

Het doel van de paneldiscussie was om ideeën op te halen over de nadere invulling van het WPR. De discussie heeft veel ideeën voor onderzoek opgeleverd. Om ervoor te zorgen dat iedereen (binnen en buiten het WPR) zijn voordeel kan doen met deze ideeën, is dit verslag openbaar gemaakt. Omdat het vooral gaat om wat er is gezegd (en niet om 'wie wat heeft gezegd') is deze openbare versie van het verslag geanonimiseerd.

Wat zijn interessante onderzoeksrichtingen voor het WPR?

- *Deelnemer*: Wat is de relatie tussen risicoverevening en prikkels voor passende zorg en wat betekent dat voor de vormgeving van het vereveningsmodel? Toelichting: In eerder onderzoek is gekeken naar specifieke casussen. Bijvoorbeeld: In hoeverre beïnvloedt risicoverevening de prikkels voor gewenste substitutie? Er is behoefte aan een algemeen conceptueel kader voor het analyseren van de relatie tussen risicoverevening en prikkels voor passende zorg. Dat kan helpen om tot een structurele oplossing te komen voor eventuele perverse prikkels.
- *Deelnemer*: Wat zijn interessante alternatieve manieren om vereveningscriteria vorm te geven? Toelichting: het Nederlandse vereveningsmodel bevat verschillende vereveningscriteria die naast elkaar worden toegepast. Het is interessant om na te denken over eventuele integratie van vereveningskenmerken. *Deelnemer*: Hieraan gerelateerd: Bij de WOR-onderzoeken met betrekking tot "groot onderhoud" wordt een vereveningscriterium doorgaans in isolatie bekeken. Het zou goed zijn om een transitie door te maken van een groot onderhoud per sector naar een groot onderhoud per *aandoening*, omdat er samenhang zit tussen de zorg uit verschillende sectoren. Dat wordt nu onvoldoende meegenomen in het groot onderhoud.
- *Deelnemer*: Wat is er qua sociaaleconomische kenmerken (SES, AVI en PPA) nog nodig gegeven alle gezondheidskenmerken die reeds in het model zijn opgenomen? Toelichting: Zijn sociaaleconomische kenmerken misschien alleen nog voor bepaalde subgroepen relevant? Dat zou een grote vereenvoudiging van dit soort kenmerken kunnen betekenen.
- *Deelnemer*: Het huidige SES-criterium houdt uitsluitend rekening met inkomen. Het is interessant om na te gaan of daar andere sociaaleconomische kenmerken aan kunnen worden toegevoegd. *Deelnemer*: Hoe verhoudt deze suggestie zich tot de eerdere conclusie van Equalis dat het SES-criterium niet zo belangrijk is voor de risicoverevening?
- *Deelnemer*: Welke consequenties hebben veranderingen in de bekostiging van zorg voor de risicoverevening? Toelichting: Methoden voor de bekostiging van zorgaanbieders zijn onderhevig aan verandering/hervorming. Het is belangrijk om na te denken over de consequenties voor de risicoverevening, bijvoorbeeld voor de declaratiegegevens waaruit zorgkosten en vereveningscriteria zijn afgeleid. Blijven die declaratiegegevens beschikbaar? Zo niet, wat betekent dat voor het onderzoek en de uitvoering van de risicoverevening?
- *Deelnemer*: Is er een analytische verklaring voor de empirische bevinding dat constrained regression kan leiden tot betere uitkomsten van het vereveningsmodel dan OLS? Toelichting: Uit empirisch onderzoek blijkt dat constrained regression kan leiden tot een betere verevenende werking op het niveau van polistypen, verzekeraars en subgroepen die niet expliciet zijn opgenomen als risicoklassen in het vereveningsmodel. Is er een theoretische/wiskundige verklaring voor deze empirische bevinding? Zo ja, bieden de wiskundige formules achter constrained regression aanknopingspunten voor een optimale vormgeving van constraints?
- *Deelnemer*: Wat zijn de mogelijkheden en effecten van meerjarig gebruik van morbiditeitskenmerken als vereveningscriteria? Toelichting: De vereveningscriteria FKG, DKG, HKG en FDG zijn momenteel gebaseerd op jaar t-1. Chronisch zieken maken niet per se elk jaar gebruik van de zorg die leidt tot indeling bij deze vereveningscriteria, maar zijn wel levenslang

ziek. Het idee is om een chronisch zieke verzekerde met een levenslange aandoening dan standaard te identificeren en niet elk jaar opnieuw via een zogenaamd 'levenslang aandoeningen kenmerk'. Het is interessant om te kijken naar de mogelijkheden voor (en effecten van) het baseren van deze criteria op meerjarige informatie over diagnoses/zorggebruik.

- *Deelnemer*: In hoeverre is het zinvol en mogelijk om verzekeraars te compenseren voor componenten van de premieopslag? Toelichting: Op dit moment compenseert de risicoverevening verzekeraars voor voorspelbare verschillen in zorgkosten. Recent onderzoek laat zien dat verzekeraars tevens te maken hebben met voorspelbare verschillen in administratiekosten (en wellicht andere componenten van de premieopslag). Dit roept de vraag op in hoeverre het noodzakelijk en mogelijk is om verzekeraars hiervoor te compenseren.
- *Deelnemer*: Wat zijn de mogelijkheden en effecten van het gebruik van informatie uit andere financieringsdomeinen (zoals Wlz en Wmo) als basis voor vereveningscriteria? Toelichting: de morbiditeitscriteria die op dit moment in het vereveningsmodel zijn opgenomen zijn hoofdzakelijk gebaseerd op Zvw-informatie. Wellicht dat informatie van andere financieringsdomeinen interessant is als basis voor nieuwe vereveningscriteria.
- *Deelnemer*: Hoe verhoudt het vereveningsmodel voor somatische zorg zich tot het vereveningsmodel voor GGZ? Toelichting: Er zijn op dit moment aparte vereveningsmodellen voor somatische zorg en GGZ. Voor welke groepen en in hoeverre vallen de vereveningsresultaten in deze modellen tegen elkaar weg? Voor welke groepen en in hoeverre versterken de vereveningsresultaten in deze modellen elkaar? Zijn er mogelijkheden om deze twee modellen te integreren in één model? Wat zijn de voordelen/nadelen daarvan?
- *Deelnemer*: In hoeverre is het zinvol en mogelijk om Qaly's (de gewonnen kwaliteit van leven bij een behandeling) mee te nemen in de risicoverevening? Toelichting: Het huidige vereveningsmodel compenseert voor voorspelbare verschillen in zorgkosten, ongeacht de kwaliteit van de onderliggende behandelingen of het gevolg op de gezondheid van een verzekerde. Is dat voldoende? Of zou je niet alleen rekening moeten houden met de kosten van behandelingen maar ook met de gewonnen kwaliteit van leven? Hoe zou dat kunnen?
- *Deelnemer*: Hoe en in welke mate werken prikkels vanuit de risicoverevening door in het gedrag van verzekeraars en verzekerden? Toelichting: Bij de ex-ante evaluatie van vereveningsmodellen wordt doorgaans gekeken naar prikkelwerking. Bijvoorbeeld: Wat zijn de prikkels voor verzekeraars om goede zorg te leveren aan (specifieke groepen van) chronisch zieken? En: In hoeverre verminderen ex-post compensaties prikkels voor doelmatigheid? Vaak moet een afweging worden gemaakt tussen verschillende typen prikkelwerking (bijvoorbeeld: een modelaanpassing vermindert de prikkels voor risicoselectie maar ook de prikkels voor doelmatigheid). Om een goede afweging te maken is inzicht nodig in of/hoe vooraf verwachte prikkels doorwerken in gedrag achteraf. Daar is weinig over bekend.
- *Deelnemer* (rakend aan het voorgaande punt): Welke gedragingen/acties zijn daarbij relevant en wat zijn de effecten van die gedragingen/acties? Toelichting: Voor een juiste interpretatie en weging van de verschillende typen prikkelwerking is het belangrijk om scherp te hebben welke gedragingen we met de risicoverevening willen beïnvloeden. Het is belangrijk om daarbij een breed perspectief te hanteren, bijvoorbeeld door niet alleen te kijken naar gedragingen op de zorgverzekeringsmarkt maar ook naar gedragingen op de zorginkoopmarkt.
- *Deelnemer*: Hoe goed is het vereveningsmodel voor GGZ-kosten? En is een adequaat vereveningsmodel voor GGZ-kosten überhaupt mogelijk? Toelichting: GGZ-kosten zijn erg scheef verdeeld. Het is onduidelijk hoe goed het huidige vereveningsmodel voor GGZ-kosten werkt en of een adequate risicoverevening voor GGZ-kosten überhaupt mogelijk is. *Deelnemer*: In dit licht kan het interessant zijn om onderzoek te doen naar de mogelijkheden en effecten van "carve-

outs”, dat wil zeggen: het uitsluiten van bepaalde zorg in de definitie van risicodragende kosten. Dat geldt bijvoorbeeld voor de subgroep hoog complexe ggz-patiënten waarvoor het in de praktijk moeilijk is om toegang tot passende zorg te krijgen. *Deelnemer*: Dit raakt aan de bredere vraag of GGZ zich leent voor gereguleerde concurrentie. *Deelnemer*: In de GGZ is vaak niet duidelijk wat de beste behandeling is voor een patiënt. De behandeling vormt echter wel de basis voor de risicoverevening. Het is daarom belangrijk om goed te kijken naar de samenhang tussen risicoverevening en zorgverlening. *Deelnemer*: Voor de hoog complexe ggz-patiënten gaat het daarbij om überhaupt toegang krijgen tot zorg, meer dan over de kwaliteit van verleende zorg. *Deelnemer*: Wellicht is “gevalsnormering” interessant voor het GGZ-model.

- *Deelnemer*: Wat zijn de mogelijkheden voor het meten van doelmatigheid? Toelichting: In het onderzoek naar de risicoverevening kijken we vaak naar prikkels voor doelmatigheid. We weten echter niet precies of en hoe deze prikkels doorwerken in gedrag. Het is daarom interessant om na te denken over hoe we feitelijke doelmatigheidseffecten kunnen meten.
- *Deelnemer*: Wat betekenen veranderingen in kostenpatronen voor de vormgeving van het vereveningsmodel? Toelichting: Door de toename van dure geneesmiddelen en behandelingen wordt de kostenverdeling steeds schever. Het is belangrijk om na te denken over de consequenties hiervan voor de vormgeving van het vereveningsmodel.
- *Deelnemer*: Hoe kan preventie en innovatie door zorgverzekeraars worden gestimuleerd in het vereveningsmodel? Toelichting: Vanwege het éénjarige karakter van het vereveningsmodel zijn nu externe middelen noodzakelijk (IZA) om preventie en innovatie te stimuleren. Verschillende onderzoeken hebben laten zien dat de risicoverevening de financiële prikkels voor preventie en innovatie kan verminderen. Het is goed om na te denken over de consequenties hiervan. Is dit problematisch, of zijn er voldoende andere prikkels voor preventie en innovatie? En als dit problematisch is, welke mogelijkheden zijn er dan om preventie en innovatie alsnog te stimuleren? Moet/kan dat via de risicoverevening of op een andere manier?
- *Deelnemer*: Wat zijn de effecten van Flankerend beleid en in hoeverre zijn er alternatieven voor het huidige Flankerend beleid? Toelichting: In aanvulling op de risicoverevening wordt Flankerend beleid toegepast. Dit Flankerend beleid regelt de verdeling van het verschil tussen de gerealiseerde macrokosten en de geraamde macrokosten over de zorgverzekeraars. Het is niet helemaal duidelijk hoe het Flankerend beleid precies uitwerkt en welke prikkels daarvan uitgaan. Meer specifiek: Wat is de relatie tussen het Flankerend beleid en de berekening van de normbedragen? Bij de berekening van de normbedragen wordt het onderzoeksbestand opgehoogd naar het MPB en geschaald naar de verzekerdensraming. Vervolgens worden de normbedragen in de eerste stap van het flankerend beleid herschaald zodat de totale normkosten gelijk zijn aan de totale feitelijke kosten in het vereveningsjaar (uitgaande van een “normaal” jaar qua macrona calculatie en geen rekening houdend met criteriumneutraliteit). Hierdoor verschilt de eerste ophoging/verlaging (naar het MPB op rubriekniveau) van de tweede ophoging/verlaging (via Flankerend beleid op deelbedragenniveau). En de vraag is of dat “juist” is, anders kan/moet, erg is, etc. Ik denk dat het goed is als dat een keer onderzocht wordt.
- *Deelnemer*: Hoe werkt de risicoverevening door in de contractering van ziekenhuiszorg, en zorginkoopbeleid in het algemeen? Toelichting: verzekeraars maken bij de inkoop van ziekenhuiszorg gebruik van het “verzekerdensmutatiemodel”. Dit model monitort de marktaandelen van verzekeraars bij ziekenhuizen. Tijdens onderhandelingen leggen verzekeraars vaak een link tussen het verzekerdensmutatiemodel en de risicoverevening. Het is interessant om na te gaan hoe deze twee modellen zich tot elkaar verhouden. Meer algemeen is het interessant om in kaart te brengen hoe de risicoverevening doorwerkt in de contractering van ziekenhuiszorg. *Deelnemer*: dat geldt ook voor andere zorgvormen zoals de GGZ.

Welke data/maatstaven/analyses zijn interessant voor de structurele evaluatie?

- *Deelnemer*: Welke subgroepen zijn relevant voor de evaluatie van het vereveningsmodel? Toelichting: technisch gezien, is het aantal subgroepen dat kan worden gedefinieerd nagenoeg oneindig. Bij de evaluatie van het vereveningsmodel is het belangrijk om scherp te hebben welke subgroepen het meest relevant zijn voor de evaluatie van het model. De volgende overwegingen kunnen daarbij een rol spelen: “Welke vormen van risicoselectie kunnen plaatsvinden?”, “Wat zijn de effecten van die selectievormen?” en “Welke subgroepen zijn relevant in het licht van die selectieacties en effecten?”. Dit hebben we nog niet scherp.
- *Deelnemer*: Hoe werken wijzigingen in de risicoverevening door op de zorgverzekeringsmarkt? Toelichting: bij de ex-ante evaluatie van het risicovereveningsmodel kijken we doorgaans naar prikkelwerking. Zoals eerder aangegeven, is vaak niet duidelijk of/hoe prikkels daadwerkelijk doorwerken in gedrag. Het is interessant om – als aanvulling op de ex-ante evaluatie van prikkelwerking – te onderzoeken hoe modelwijzigingen van invloed zijn op het gedrag van verzekeraars en verzekerden, bijvoorbeeld in termen van polisaanbod/prijsstelling.
- *Deelnemer*: Maatstaven voor zelfselectie op basis van overstapgedrag van verzekerden. Toelichting: op de verzekeringsmarkt vindt zelfselectie door verzekerden plaats. Het is belangrijk om na te gaan in hoeverre het risicovereveningsmodel hiervoor compenseert. *Deelnemer*: Equalis heeft in het verleden bekeken in hoeverre de risicoverevening compenseert voor selectieve instroom/uitstroom op polisniveau. Zoiets is interessant voor de structurele evaluatie. *Deelnemer*: Mocht de risicoverevening onvoldoende compenseren voor zelfselectie dan zou als oplossingsrichting wellicht kunnen worden gekeken naar gevalsnormering.
- *Deelnemer*: In hoeverre zijn de volgende zaken van invloed op de uitkomsten van de risicoverevening: 1) ophoging van de kosten in het onderzoeksbestand naar het MPB, 2) schaling van het onderzoeksbestand naar de verzekerdenraming en 3) toepassing van criteriumneutraliteit? Toelichting: Bij de evaluatie van het risicovereveningsmodel kijken we doorgaans naar de verevenende werking van het ex-ante model vóór toepassing van de bovengenoemde beleidsmaatregelen. Deze maatregelen kunnen echter van invloed zijn op de verevenende werking. Het is interessant om te onderzoeken in hoeverre dat het geval is.
- *Deelnemer*: In hoeverre biedt informatie uit andere databronnen mogelijkheden voor zinvolle evaluatiemaatstaven? Toelichting: Voor het evalueren van de vereveningsresultaten op subgroepniveau is het belangrijk om gebruik te maken van externe informatie/gezondheids-indicatoren. Daarbij kan worden gedacht aan informatie over gebruik/kosten van Wlz- en Wmo-zorg. *Deelnemer*: Ook kan worden gedacht aan informatie uit huisartspraktijken, gegeven het ontbreken van deze informatie in het vereveningsmodel. *Deelnemer*: ook kan worden gedacht aan subgroepen als patiëntenverenigingen zodat deze aantoonbaar niet verliesgevend zijn en aantrekkelijk zijn voor zorgverzekerders om zich op te richten.
- *Deelnemer*: In hoeverre draagt de verevening bij aan de publieke doelen van betaalbaarheid, kwaliteit en toegang van het zorgstelsel? Toelichting: het is belangrijk om bij de evaluatie van het vereveningsmodel een breed perspectief te hanteren. Een analyse van de verevenende werking sec voor specifieke doelgroepen is niet genoeg. Immers, als de verevenende werking tussen subgroepen verschillend (of zelfs tegengesteld) uitpakt, dan blijft het de vraag welke subgroepen belangrijk zijn voor het functioneren van het zorgstelsel. De hamvraag is dus in hoeverre de risicoverevening bijdraagt aan de publieke doelen van het zorgstelsel.
- *Deelnemer*: In hoeverre is het zinvol en mogelijk om bij de evaluatie van vereveningsresultaten op subgroepniveau een meerjarig perspectief te hanteren? Toelichting: Bij de ex-ante evaluatie van (varianten van) het vereveningsmodel wordt onder andere gekeken naar

vereveningsresultaten op subgroepniveau. De subgroepen die daarvoor worden gebruikt zijn doorgaans gebaseerd op informatie van het voorgaande jaar. Het zou interessant zijn om voor relevante subgroepen het vereveningsresultaat van meerdere jaren op een rijtje zetten. Interessant daarbij is om te kijken naar de subgroep die een aandoening ontwikkelt. Als iemand in jaar t voor het eerst ziek (beginnend chronisch ziek) wordt, zien we over het algemeen een negatief resultaat ontstaan. Het jaar erna zou de verevening zijn werk moeten doen (althans, voor groepen van verzekerden met deze ziekte) en het vereveningsresultaat ongeveer 0 moeten zijn. Voor de jaren erna geldt hetzelfde. Maar gezien niet alleen het chroniciteitskenmerk bepalend is voor de inschatting of iemand zorgkosten gaat maken, is het interessant om te zien hoe voor deze (groep) verzekerde(n) het vereveningsresultaat de jaren ervoor was en de jaren erna is. Ik verwacht dat je hier vaak een volgend patroon zult zien: voor ziekte positief vereveningsresultaat, daarna negatief en daarna rond een 0-resultaat. En als vervolg is het dan interessant om te kijken wat dit betekent. Is het erg voor verzekeraars als dit patroon zichtbaar is? Zien we deze groep verzekerden vaak overstappen? En zo ja, is dat telkens in een bepaalde fase van het proces? (Bijv. overstap van jaar $t-1$ naar t als ze weten dat ze in jaar t voor het eerst kosten (en volgens het model dus in $t+1$ "chronisch ziek" worden) gaan maken?)

- *Deelnemer*: Rakend aan het voorgaande punt: Hoe ontwikkelen zorgkosten en vereveningsresultaten zich over zorgpaden/levensloop? Toelichting: Op het niveau van aandoeningen kan sprake zijn van een specifiek meerjarig patroon in zorgkosten. Bijvoorbeeld: oplopende zorgkosten in de periode voorafgaand aan het moment waarop een chronische aandoening voor het eerst wordt gediagnosticeerd, relatief hoge zorgkosten in de periode ná die eerste diagnose en stabilisatie van kosten in latere jaren. Het is interessant om deze meerjarige patronen in beeld te brengen. Dit biedt wellicht aanknopingspunten voor modelaanpassingen.
- *Deelnemer*: Onderzoek naar de oorzaken van onder/overcompensatie door het vereveningsmodel. Toelichting: Het huidige vereveningsmodel is niet perfect. Een mogelijke oorzaak daarvoor is dat niet alle chronisch zieken worden opgepikt door de huidige vereveningscriteria. Een andere oorzaak kan zijn dat er een zekere mate van risicoheterogeniteit bestaat binnen de morbiditeitsklassen van het model. In dit licht is het interessant om te kijken naar 1) de voorspelbare kostenvariatie tussen subgroepen gezond/ongezond o.b.v. externe informatie en 2) de voorspelbare kostenvariatie binnen risicoklassen van het model.
- *Deelnemer*: Hoe rekening te houden met de time-lag tussen het onderzoeksbestand waarop de ex-ante evaluatie van het vereveningsmodel wordt uitgevoerd en het vereveningsjaar. Toelichting: De ex-ante evaluatie van vereveningsmodellen wordt doorgaans uitgevoerd op de onderzoeksbestanden die zijn geconstrueerd voor de Overall Toets met kostendata, vereveningscriteria en verzekeraarsportefeuilles van jaar $t-3$. Het is interessant om na te gaan in hoeverre de uitkomsten van die evaluatie representatief zijn voor het vereveningsjaar zelf. *Deelnemer*: de genoemde time-lag is ook problematisch wanneer je de link wilt leggen tussen prikkelwerking (zoals onderzocht met het onderzoeksbestand met informatie van jaar $t-3$) en het gedrag van verzekeraars en verzekerden op de zorgverzekeringmarkt (in jaar t).
- *Deelnemer*: Fictieve portefeuilles als maatstaf voor de verevenende werking op verzekeraarsniveau. Toelichting: Naast de uitkomsten op subgroepniveau is het belangrijk en informatief om te kijken naar uitkomsten op verzekeraar/polisniveau. Echter, vereveningsresultaten op verzekeraar/polisniveau worden niet alleen beïnvloed door het vereveningsmodel zelf maar ook door verschillen in doelmatigheid. Bovendien geven die portefeuilles een momentopname van de (toevallige) portefeuillesamenstelling. Als alternatief kan het daarom interessant zijn om te kijken naar fictieve portefeuilles.
- *Deelnemer*: In hoeverre kloppen de aannames die worden gemaakt bij de vormgeving van het vereveningsmodel? Toelichting: onlangs kwamen issues aan het licht met betrekking tot de

registratie van hulpmiddelen die als basis dienen voor het HKG-criterium. Dit roept de vraag op in hoeverre elders relevante issues spelen waar we op dit moment geen weet van hebben.

Wat zijn de behoeftes qua kennisdeling? Wat zijn geschikte vormen daarvoor?

- *Deelnemer:* Wat zijn interessante ontwikkelingen in de wetenschap? En wat zijn interessante ontwikkelingen in andere landen? Toelichting: Internationale onderzoeken en ontwikkelingen kunnen relevant zijn voor Nederland. Het zou daarom mooi zijn als relevante inzichten/lessen hun weg vinden naar onderzoek en beleid in Nederland. *Deelnemer:* gegeven dat er jaarlijks zo'n 100 internationale publicaties verschijnen op het terrein van "risk adjustment" zou het heel mooi zijn als relevante inzichten doorsijpelen naar beleid en praktijk. *Deelnemer:* Het zou heel mooi zijn als er een online platform komt waarop relevante inzichten uit onderzoek kunnen worden gedeeld, bijvoorbeeld in de vorm van filmpjes, samenvattingen, nieuwsberichten..., met een link naar de onderliggende artikelen.
- *Deelnemer:* Naast het delen van inzichten uit onderzoek, is het interessant om na te denken over het delen van programmatuur. Toelichting: Door nieuw ontwikkelende programmatuur (bijvoorbeeld een algoritme voor een nieuw vereveningskenmerk of een modelschatting met een nieuwe vorm van machine learning) te delen wordt het makkelijker voor onderzoekers om vervolgonderzoek uit te voeren en wordt innovatie bevorderd/versneld.
- *Deelnemer:* Qua vorm van kennisdeling kan naast kennissessies worden gedacht aan werksessies met ruimte voor brainstorming, co-creatie en ontwikkeling van nieuwe ideeën.
- *Deelnemer:* Naast het delen van wetenschappelijke inzichten met beleid en praktijk is het belangrijk om ook de omgekeerde route te bewandelen. Toelichting: In beleid en praktijk kunnen we tegen vraagstukken aanlopen die vragen om een wetenschappelijke benadering. Het zou mooi zijn als die vraagstukken daadwerkelijk hun weg vinden naar wetenschappelijk onderzoek.
- *Deelnemer:* Het zou mooi zijn als relevante inzichten uit wetenschappelijk onderzoek zo snel mogelijk doorsijpelen naar praktijk en beleid. Toelichting: Het duurt soms jaren voordat een wetenschappelijk artikel daadwerkelijk wordt gepubliceerd. Het is belangrijk dat eventueel relevante inzichten uit een artikel al eerder kunnen worden benut.
- *Deelnemer:* Het is belangrijk om bij kennisdeling ook de zorgaanbieders en patiënten te betrekken. Toelichting: Zorgaanbieders en patiënten zijn niet structureel vertegenwoordigd in bestaande gremia. Het is echter belangrijk dat ook zij op de hoogte zijn van het belang van risicoverevening en relevante ontwikkelingen op dit terrein. Daarnaast kan de input van zorgaanbieders en patiënten interessante informatie opleveren over de uitwerking van het vereveningsmodel in de praktijk, en wellicht ook aanknopingspunten geven voor verbetering.

Tot slot

- Heel veel dank aan alle deelnemers voor hun inbreng. De paneldiscussie heeft een prachtige lijst aan ideeën opgeleverd waar eenieder zijn voordeel mee kan doen!