

Nadere invulling ex-post instrumenten

ALLEEN VOOR INTERN GEBRUIK

Inleiding

De crisis vanwege het coronavirus betekent een uitzonderlijke zware belasting van het zorgsysteem. Er zijn gevolgen voor verschillende aspecten van de zorg. Ook voor het vereveningsjaar 2021 zullen er effecten zijn. Het gaat hierbij om zowel de omvang als de verdeling. Vanwege corona zal meer zorg nodig zijn, maar tegelijkertijd zal mogelijk ook in 2021 niet acute zorg worden verdrongen, ingehaald of verschoven. Het is onduidelijk hoe lang de crisis aanhoudt. Het totaaleffect op de zorg is dus lastig in te schatten en hiermee ook de mogelijke effecten voor de risicoverevening 2021.

Afhankelijk van de duur van de crisis zullen ook in 2021 de reguliere kosten (niet-coronakosten) mogelijk afwijkend zijn. Inhaalzorg kan een volume-effect (meer zorg dan geraamd) hebben, en wellicht ook een samenstellingseffect (als met name de zorg voor de minder zware gevallen uitgesteld zal worden). Het is de vraag of dit allemaal goed mee te nemen is in de OT2021. Op totaalniveau kan een macroprestatiebedrag (MPB) veel opvangen, maar het gaat hier om specifieke kosten voor specifieke groepen. Hierdoor is een onevenredige verdeling op verzekeraarsniveau zeer waarschijnlijk. Met de kennis van nu kunnen we niet anders dan concluderen dat de kans op afwijkingen tussen realisaties en ramingen groter is dan gebruikelijk.

De WBR+ heeft vijf mogelijke beleidsvarianten geselecteerd voor het omgaan met de onzekerheid. Deze varianten bestaan uit combinaties van ex-post instrumenten. Uitgangspunt bij de instrumenten voor het vereveningsjaar 2021 is dat deze worden toegepast op de reguliere kosten. Hiermee worden alle Zvw-kosten bedoeld, met uitzondering van de coronakosten omdat deze incidentele kosten onder de catastrofereregeling vallen. Voor deze coronakosten (in 2020 en 2021) is het uitgangspunt dat de catastrofereregeling een adequate compensatie biedt.

Conclusie van de WBR+ is dat gezien bovenstaande onzekerheden het best gekozen kan worden voor de combinatie van macronacalculatie en een bandbreedteregeling. De macronacalculatie leidt tot meer zekerheid vooraf. Er is geen risico meer op landelijke over- of onderschrijdingen en door de toepassing van de bandbreedteregeling worden de risico's voor individuele zorgverzekeraars verder beperkt. De instrumenten zullen worden toegepast op alle drie modellen (somatische zorg, GGZ en eigen risico). Deze notitie geeft een nadere kwantitatieve invulling van de twee instrumenten. Het advies van het Zorginstituut met betrekking tot criteriumneutraliteit heeft invloed op deze invulling. Het eerste concept advies van het Zorginstituut gaat uit van een zeer brede inzet van criteriumneutraliteit. Dit zorgt er voor dat ook zonder macronacalculatie het macrorisico in bepaalde mate wordt gedempt, maar niet volledig wordt weggenomen.

Macronacalculatie

Bij toepassing van macronacalculatie wordt achteraf het in totaal uit te keren bedrag aangepast aan de feitelijke gerealiseerde kosten van alle zorgverzekeraars gezamenlijk. Dit gebeurt per deelbedrag en zou toegepast moeten worden op de macro-deelbedragen voor somatische kosten en GGZ-kosten en op de afslag voor het verplicht eigen risico. Het op grond van macronacalculatie extra of minder uit te keren bedrag wordt verrekend met het Zorgverzekeringsfonds. Voor het GGZ-model is macronacalculatie extra van belang in verband met verschillende onzekerheden in verband met beleidswijzigingen.

De aanpak bij macronacalculatie is dat de vereveningsbijdragen per zorgverzekeraar proportioneel met de over- of onderschrijding worden aangepast. Als bijvoorbeeld de werkelijke kosten € 42 miljard blijken te zijn en het totaal van de vereveningsbijdragen van de zorgverzekeraars is € 40 miljard, dan worden deze vereveningsbijdragen met 5% opgehoogd (=2/40). Bij een onderschrijding gebeurt het tegenovergestelde. Er zijn varianten mogelijk met gedeeltelijke, conditionele of asymmetrische macronacalculatie. Omdat Financiën geen volledige macronacalculatie wil, wordt in dit memo ook aandacht besteed aan gedeeltelijke macronacalculatie. Wij zijn overigens van mening dat ook bij 100% macronacalculatie voldoende prikkels voor verzekeraars blijven bestaan. Immers ook bij macronacalculatie blijft de verevening

haar werk doen en loont het voor verzekeraars om het beter dan gemiddeld te doen. Ook zorgt de concurrentie op de premie voor prikkels ongeacht macronacalculatie.

Indien sprake is van een beperktere macronacalculatie wordt niet de volledige afwijking bij een over- of onderschrijding gecompenseerd. Als bijvoorbeeld de werkelijke kosten € 42 miljard blijken te zijn en het totaal van de vereveningsbijdragen van de zorgverzekeraars is € 40 miljard en er is sprake van een 90% macronacalculatie dan wordt de vereveningsbijdrage opgehoogd met $(2 \cdot 90\%) / 40 = 4,5\%$.

Voor het deel van de kosten waarvoor geen macronacalculatie geldt, in bovenstaande voorbeeld 10%, geldt dat hier flankerend beleid wordt toegepast.

Flankerend beleid (gelijk speelveld) bestaat uit twee stappen. Allereerst wordt de vereveningsbijdrage per verzekeraar gecorrigeerd met de macro-verhouding tussen de totale kosten en de totale vereveningsbijdrage. Vervolgens wordt in een tweede stap het verschil tussen de totale bijdrage en de totale kosten naar rato van het aantal verzekerden herverdeeld over de verzekeraars. Als de bijdrage groter is dan de kosten betreft de tweede stap een ophoging. Als de bijdrage kleiner is dan de totale kosten is sprake van korting. Bij bijvoorbeeld een onderschrijding is het flankerend beleid in het voordeel van gezonde portefeuilles. Dit is ook de bedoeling van flankerend beleid, omdat een te hoge bijdrage een relatief voordeel geeft voor ongezonde portefeuilles (deze krijgen immers een hogere bijdrage dan de gezonde portefeuilles).

Bandbreedteregeling

De bandbreedteregeling grijpt in op de spreiding van het vereveningsresultaat tussen verzekeraars. Het resultaat is (per deelbedrag) gedefinieerd als het verschil tussen de bijdrage en de kosten, uitgedrukt in euro's per premie-equivalent. Boven een zekere drempel wordt een deel van het resultaat nagecalculeerd. De drempel is meestal gelijk aan een bepaalde absolute afwijking van het gewogen marktgemiddelde. Afwijkingen aan beide kanten van het gemiddelde worden dan (deels) gecompenseerd bij een negatief resultaat of afgeroomd bij een positief resultaat. Een eventueel verschil wordt verrekend met het Zorgverzekeringsfonds.

Belangrijkste uitdaging bij toepassing van de bandbreedteregeling is de bepaling van de drempel. Een nauwe bandbreedte geeft misschien comfort bij verzekeraars, maar grijpt wel stevig in op de concurrentiemogelijkheden / reguliere verhoudingen tussen verzekeraars. Hierbij wordt ook veel meer verrekend dan alleen de gevolgen van corona. Om dit te voorkomen, zou een ruime bandbreedte gehanteerd kunnen worden, maar dat helpt verzekeraars dan in mindere mate. In het vervolg van deze paragraaf wordt een aantal mogelijke benaderingen verkend. De verkenning begint met een kort overzicht van in het verleden toegepaste bandbreedten.

Bandbreedte in het verleden

In het verleden is ook gebruik gemaakt van de bandbreedteregeling. Onderstaand staat deze toepassing kort weergegeven (p.e. betekent per premie-equivalent).

2006-2014: deelbedrag variabel 90%; drempel variërend tussen 17,5 en 40 euro p.e.

2010-2016: deelbedrag GGZ 18+ 100% en 7,50 p.e. aflopend naar 75% en 17,50 p.e.

2016: deelbedrag IGGZ 100%, 5 euro p.e.

2015+2016: deelbedrag wijkverpleging 95%, 5 euro p.e. en 75%, 15 euro p.e.

De toepassing van de bandbreedte in het verleden wordt gekenmerkt door behoorlijk lage drempels en hoge percentages. Het is de vraag in hoeverre dit noodzakelijk en wenselijk is vanwege de effecten van corona.

Varianten drempels

In de WBR+ is geconcludeerd dat het waarschijnlijk lastig is om tot een (wetenschappelijk) onderbouwde bandbreedte te komen. De WBR+ ziet dit vooral als een bestuurlijke keuze, net zoals het dat in het verleden was.

De keus voor een BB is dus lastig, maar enkele overwegingen kunnen helpen. De BB wordt geïntroduceerd om de effecten van corona op de reguliere kosten tussen verzekeraars te mitigeren. Nadeel is daarbij dat de BB niet op de betreffende kosten sec ingezet kan worden (die kosten zijn ook niet afzonderlijk bekend). Dat maakt dat niet alleen de effecten van corona, maar ook andere verschillen/effecten, worden betrokken. Wat ons betreft zoeken we dus een BB die aan de ene kant wel kan helpen wanneer de effecten van corona (op de reguliere kosten) uit de band springen, maar die aan de andere kant niet teveel de andere effecten wegneemt.

Dat brengt ons op de gedachte om de bandbreedte zodanig te kiezen dat de bulk van de verzekeraars er in een normaal jaar zou binnen blijven, maar bij een toename van de resultaatverschillen de BB wel in werking treedt. Dat betekent dat een bandbreedte wordt gekozen die strak om de bulk van de waarnemingen past, en waarbij de uitschieters buiten de bandbreedte vallen.

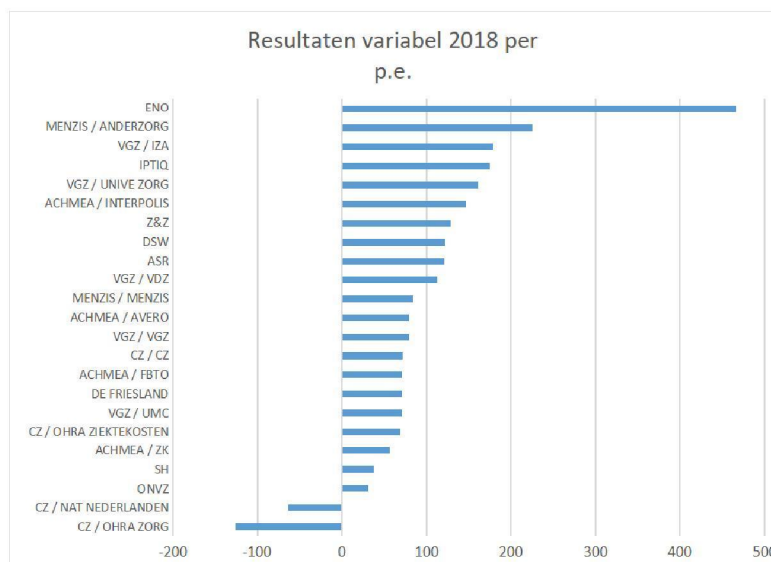
Een alternatief voor deze benadering is om te kijken naar het eerste en derde kwartiel zodat naar verwachting de helft van de verzekeraars binnen de bandbreedte valt en de helft erbuiten. Dit levert een smallere bandbreedte op dan de hiervoor genoemde variant. De analyse is aangevuld met twee varianten met respectievelijk een ruime en een smalle bandbreedte. Hiermee kan inzichtelijk worden gemaakt wat de verschillen zijn.

De drempels voor de bulkbenadering en de benadering op basis van het eerste en derde kwartiel hebben we gebaseerd op de uitkomsten van de voorlopige vaststellingen over 2017 en 2018 en van de Overall Toetsen van 2019 en 2020¹. Ter illustratie van deze methoden zijn hieronder de resultaten van verzekeraars voor de somatische zorgkosten bij de eerste voorlopige vaststelling 2018 weergegeven. De BB tussen de resultaten bedraagt € 592 met een gemiddeld marktresultaat van € 92. Door twee uitschieters (aan beide kanten van de BB één) weg te laten reduceert de BB tot € 290. Weglaten van vier uitschieters (aan beide kanten van de BB twee) geeft een BB van 148 (van 31 tot 179) euro. Op het oog is dat de bulk.

Het eerste kwartiel is de 6^e waarneming van onder ((10)(2g) € 69), het derde kwartiel is de 6^e waarneming van boven ((10)(2g) € 146). Het verschil bedraagt 77 euro.

Beide methoden leiden niet tot een symmetrische bandbreedte rondom het gemiddelde. Dat is wel gewenst (beter uitlegbaar). Daarom wordt bij de daadwerkelijke varianten gebruikgemaakt van een symmetrische bandbreedte. Voor de uitkomsten van de overige afzonderlijke bronnen wordt verwezen naar bijlage 1.

¹ Beide bronnen hebben nadelen. De gegevens uit de voorlopige vaststellingen zijn niet openbaar en niet heel recent is. De informatie uit de Overall Toetsen (OT's) is wel openbaar, en ook voor recentere jaren beschikbaar. Nadelen hiervan zijn echter dat de uitkomsten geen gerealiseerde uitkomsten zijn en dat de niet-ingezetenen niet meegenomen worden.



Concreet leidt dit tot de volgende vier varianten voor de somatische zorgkosten.

- A. Een ruime variant waarin alleen echte uitschieters buiten de BB vallen; resultaten die 150 euro hoger of lager zijn dan het gemiddelde vallen buiten de BB. De BB is dus 300.
- B. Een eerste middenvariant waarbij de BB rondom de resultaten ligt die weinig van elkaar verschillen. Je kijkt naar het centrale deel van de verdeling (de bulk). Deze zou uit kunnen komen op een afwijking van plus of min 70 euro ten opzichte van het gemiddelde. Dit is een (symmetrische) bandbreedte van 140 euro.
- C. Een tweede middenvariant, waarin de grenzen van de BB bepaald worden door het eerste en derde kwartiel. Bij deze variant geldt een symmetrische bandbreedte van 70 euro (van 35 euro onder het gemiddelde tot 35 euro boven het gemiddelde).
- D. Een krappe variant van plus of min 20 euro, waarin veel verzekeraars buiten de BB vallen.

In de WBR+ is het idee geopperd dat de bandbreedte minstens zo groot kan zijn als het risico dat verzekeraars lopen bij de catastrofereregeling. Dit levert een bandbreedte van globaal 150 (2 keer 75) euro per premie-equivalent. Dit spoort qua omvang met variant B. Het is de vraag of die argumentatie helemaal sluitend is.

Percentage vergoeding

Uitgaande van de benadering dat de bandbreedteregeling echt voor uitzonderingen is en dat de bulk van de verzekeraars er (in de normale situatie) binnen blijft, ligt het voor de hand een aanzienlijk deel van het resultaat buiten de bandbreedte te compenseren / terug te halen. Niet alles, want dan zijn er helemaal geen prikkels meer zodra duidelijk is dat de bandbreedte wordt overschreden. In deze notitie gaan we uit van twee alternatieven: 75% en 90%. Mocht besloten worden tot een veel smallere bandbreedte, dan ligt een lager vergoedingspercentage voor de hand.

Effecten varianten

De effecten van de verschillende varianten zijn in beeld gebracht door te kijken naar het aantal verzekeraars dat buiten de bandbreedte valt en naar de omvang van het bedrag aan beide zijden buiten de bandbreedte en het saldo daarvan. De bedragen die worden gecompenseerd en

afgeroomd zijn vervolgens afgezet tegen de totale resultaatverschillen. Dit brengt in beeld welk deel van de resultaatverschillen tussen verzekeraars wordt weggenomen door de bandbreedte. Uiteraard zijn de uitkomsten afhankelijk van de daadwerkelijke verdeling van de resultaten. De vier bronnen leiden dan ook tot verschillende uitkomsten. De uitkomsten voor de vier bronnen zijn in bijlage 2 opgenomen. Hier wordt slechts een grof beeld geschetst.

Deze berekeningen betreffen het volledige bedrag buiten de bandbreedte. Bij toepassing van een vergoedingspercentage (van 75% of 90%) blijft het aantal verzekeraars buiten de bandbreedte gelijk. De bedragen en percentages moeten dan met het vergoedingspercentage worden vermenigvuldigd.

A. (SOM) 300 euro (+/- 150)

Het aantal verzekeraars buiten de bandbreedte bedraagt 1-3. De totale bedragen die worden afgeroomd en gecompenseerd variëren. Bij de voorlopige vaststellingen is het saldo ongeveer 30 miljoen euro (ten bate van het fonds). Bij de OT's is sprake van een beperkte onttrekking aan het fonds. Bij de VV's gaat het om ongeveer 10 procent van de bestaande resultaatverschillen. Bij de OT's is dat 3 à 4 procent.

B. (SOM) 140 euro (+/- 70)

Het aantal verzekeraars buiten de bandbreedte bedraagt 6 op basis van de VV's en 3 à 4 bij de OT's. Het saldo ten bate van het fonds bedraagt bij de VV's 60-75 miljoen euro en bij de OT's iets minder dan 10 miljoen. Bij de verschillende bronnen wordt 16 tot 24 procent van de resultaatverschillen weggenomen.

C. (SOM) 70 euro (+/- 35)

Het aantal verzekeraars buiten de bandbreedte bedraagt ongeveer 12 (alleen bij de OT 2019 ligt het aantal met 8 wat lager). Het (batig) saldo voor het fonds ligt bij drie van de vier bronnen tussen 35 en 55 miljoen euro. Bij de VV1 2018 is het effect 112 miljoen euro. In drie gevallen wordt ongeveer een derde van de resultaatverschillen weggenomen, in het vierde geval ongeveer de helft.

D. (SOM) 40 euro (+/- 20)

Gemiddeld valt ongeveer driekwart van de verzekeraars buiten de bandbreedte. Ook hier is sprake van een batig saldo voor het fonds, variërend van 25 tot 100 miljoen euro. 45-70% van de resultaatverschillen wordt tenietgedaan.

Voor de GGZ en het ER zijn soortgelijke analyses uitgevoerd. De bandbreedtes zijn hier uiteraard smaller. De uitkomsten voor de GGZ zijn hieronder kort samengevat.

A. (GGZ) 40 euro (+/- 20)

Het aantal verzekeraars buiten de bandbreedte bedraagt 0-4. Het saldo voor het fonds is in alle gevallen positief en bedraagt maximaal 10 miljoen euro. Bij de VV's worden de resultaatverschillen met 10-15% ingeperkt, bij de OT's is de inperking marginaal.

B. (GGZ) 20 euro (+/- 10)

Hier vinden we dat 4-8 verzekeraars buiten de bandbreedte vallen. Het (batig) saldo voor het fonds bedraagt in drie gevallen 8 miljoen euro en in het vierde geval 3 miljoen euro. Bij de VV's wordt ongeveer 1/3^e van de resultaatverschillen weggenomen, bij de OT's 10%.

C. (GGZ) 12 euro (+/- 6)

Gemiddeld valt ongeveer de helft van de verzekeraars buiten de bandbreedte. Het (batig) saldo voor het fonds bedraagt 4-7 miljoen euro. Bij de VV's wordt grofweg de helft van de resultaatverschillen weggenomen, bij de OT's ruim 20%.

D. (GGZ) 5 euro (+/- 2,50)

Driekwart van de verzekeraars valt buiten de bandbreedte. Het batig saldo is maximaal circa 6,5 miljoen euro. 60-75% van de resultaatverschillen wordt weggenomen.

En de uitkomsten van het ER hieronder.

A. (ER) 30 euro (+/- 15)

Een of twee verzekeraars vallen buiten de bandbreedte. Er wordt per saldo geld aan het fonds onttrokken (dit is logisch, het ER-model werkt andersom). Het gaat om maximaal 8 miljoen euro. Bij de VV's wordt 14% van de resultaatverschillen weggenomen, bij de OT's ongeveer 4%.

B. (ER) 15 euro (+/- 7,50)

Het aantal verzekeraars buiten de bandbreedte varieert hier van 1 tot 7. Bij de VV's wordt er ongeveer 12 miljoen euro onttrokken aan het fonds, bij de OT's 4,5 miljoen. Bij de VV's gaat het om 20-25% van de resultaatverschillen, bij de OT's om de helft daarvan.

C. (ER) 8 (+/- 4)

Het aantal verzekeraars buiten de bandbreedte ligt rond de 10. Per saldo wordt er bij de VV's ongeveer 15 miljoen euro onttrokken aan het fonds en bij de OT's 9 miljoen. Ook hier ligt het percentage van de resultaatverschillen dat wordt weggenomen bij de VV's met 40% hoger dan bij de OT's (25%).

D. (ER) 5 (+/- 2,50)

In deze variant liggen ongeveer 15 verzekeraars buiten de bandbreedte. Er wordt 9 tot 15 miljoen euro aan het fonds onttrokken en het percentage van de resultaatsverschillen dat wordt weggenomen ligt globaal tussen 40 en 55 procent.

Conclusies

Voor 2021 heeft de WBR+ geadviseerd om twee XP instrumenten in combinatie in te zetten, namelijk macro-nacalculatie en de bandbreedteregeling. In bovenstaande memo zijn verschillende varianten hiervan uitgewerkt.

Voor macronacalculatie geldt dat we voorstander zijn van 100% nacalculatie. Dit ook vanwege de mogelijkheid van een onderschrijding op het MPB. Ander argument is dat er ook bij 100% macronacalculatie voldoende doelmatigheids- en concurrentie prikkels blijven

Bij de bandbreedte hebben de middenvarianten B en C onze voorkeur. Bij variant B wordt de BB zodanig gekozen dat het centrale deel (het deel waarbinnen de resultaten weinig van elkaar verschillen) binnen de BB valt. Variant C is gebaseerd op de kwartielen, waarbij circa de helft buiten de BB valt. Bij variant B vallen minder verzekeraars buiten de bandbreedte. Vooral in het geval van variant B blijven daarom aanzienlijke concurrentiemogelijkheden bestaan tussen verzekeraars en wordt het risico van corona gedempt.

Mocht besloten worden tot een veel smallere bandbreedte (conform bijvoorbeeld variant D), dan ligt een lager vergoedingspercentage voor de hand.

Bijlage 1 Totstandkoming varianten

Somatisch

Meting	Bulk_min	Bulk_max	Gemiddelde	Bulk_BB	Scheefheid	
VV1 2017	-11	133	49	143	12	143
VV1 2018	31	179	92	148	14	148
OT 2019	-42	63	0	105	10	105
OT 2020	-80	65	0	145	-8	145

Voorstel: bandbreedte +/- 70 (totaal 140)

GGZ

Meting	Bulk_min	Bulk_max	Gemiddelde	Bulk_BB	Scheefheid	
VV1 2017	-1	34	12	35	5	30
VV1 2018	16	35	21	19	5	19
OT 2019	-6	7	0	13	1	20
OT 2020	-6	7	0	13	1	25

Voorstel: bandbreedte +/- 10 (totaal 20)

ER

Meting	Bulk_min	Bulk_max	Gemiddelde	Bulk_BB	Scheefheid	
VV1 2017	-22	-5	-13	17	-1	17
VV1 2018	-21	-4	-14	17	1	14
OT 2019	-8	5	0	12	-1	13
OT 2020	-8	4	0	12	-2	14

Voorstel: bandbreedte +/- 7,50 (totaal 15)

Bijlage 2 Uitkomsten varianten

Somatisch

	Aantal zvf buiten de BB	Afgeroomd in mln	Gecompenseerd in mln	Netto baten Zvf in mln	Verschoven bedragen als % van resultaatverschillen
Variant A - 300 euro (+/- 150)					
VV1 2017	3	53,3	19	34,3	11%
VV1 2018	3	36,3	5,6	30,7	8%
OT 2019	2	3,7	10,6	-6,9	4%
OT 2020	1	0	14,9	-14,9	3%
Variant B - 140 euro (+/- 70)					
VV1 2017	6	112,4	37,1	75,4	24%
VV1 2018	6	85,7	25	60,7	20%
OT 2019	3	33	24,8	8,1	17%
OT 2020	4	39,3	30,1	9,1	16%
Variant C - 70 euro (+/- 35)					
VV1 2017	14	183,8	132	51,8	50%
VV1 2018	12	156,5	44,7	111,8	37%
OT 2019	8	69,1	31,6	37,5	30%
OT 2020	13	95,5	41,8	53,8	31%
Variant D - 40 euro (+/- 20)					
VV1 2017	17	229,1	203,8	25,3	69%
VV1 2018	20	201,5	99,4	102,1	55%
OT 2019	13	103,8	45,6	58,2	44%
OT 2020	18	141,2	90,9	50,3	53%

GGZ

	Aantal zvf buiten de BB	Afgeroomd in mln	Gecompenseerd in mln	Netto baten Zvf in mln	Verschoven bedragen als % van resultaatverschillen
Variant A - 40 euro (+/- 20)					
VV1 2017	4	10,4	1,1	9,3	11%
VV1 2018	3	11	1	9,9	16%
OT 2019	2	1,6	0	1,6	2%
OT 2020	0	0	0	0	0%
Variant B - 20 euro (+/- 10)					
VV1 2017	8	21,4	13	8,4	33%
VV1 2018	8	15,6	7,8	7,7	31%
OT 2019	4	7,7	0	7,7	10%
OT 2020	6	4,4	1,4	3	9%
Variant C - 12 euro (+/- 6)					
VV1 2017	13	29,5	25,4	4	53%
VV1 2018	12	18,8	11,8	7	41%
OT 2019	8	11,6	4,6	7	21%
OT 2020	12	10,4	4,6	5,8	23%
Variant D - 5 euro (+/- 2,50)					
VV1 2017	17	39,4	39,1	0,3	76%
VV1 2018	18	26,9	21,2	5,8	64%
OT 2019	19	25,9	19,5	6,4	60%
OT 2020	17	22,5	17,1	5,4	61%

ER

	Aantal zvv buiten de BB	Afgeroomd in mln	Gecompenseerd in mln	Netto baten Zvf in mln	Verschoven bedragen als % van resultaatverschillen
Variant A - 30 euro (+/- 15)					
VV1 2017	2	0	7,5	-7,5	14%
VV1 2018	2	0	7,8	-7,8	14%
OT 2019	1	0	2,1	-2,1	5%
OT 2020	1	0	1,3	-1,3	3%
Variant B - 15 euro (+/- 7,50)					
VV1 2017	7	0,5	12,2	-11,8	24%
VV1 2018	3	0,1	12,3	-12,1	22%
OT 2019	1	0	4,5	-4,5	11%
OT 2020	2	0	4,3	-4,3	10%
Variant C - 8 euro (+/- 4)					
VV1 2017	11	3,7	17,9	-14,2	41%
VV1 2018	9	2,1	18,2	-16,1	37%
OT 2019	10	0,4	9,7	-9,3	25%
OT 2020	9	0,4	9,9	-9,5	24%
Variant D - 5 euro (+/- 2,50)					
VV1 2017	15	8,8	20,4	-11,6	56%
VV1 2018	15	6,3	21,2	-14,9	50%
OT 2019	15	2,8	13,5	-10,7	41%
OT 2020	17	4,5	13,6	-9,1	43%