

# Berenschot

**Aan:** DGV  
**Cc:**  
**Onderwerp:** Aandachtspunten vanuit worst case scenario's

**Datum:** 1 mei 2020  
**Van:** Scenariogroep  
**Status:** Intern vertrouwelijk

## Memo

### Inleiding

Veel van de maatregelen die in het kader van de Corona-aanpak genomen zijn, brengen een spanning met zich mee. Zij zijn enerzijds hard nodig om het virus te controleren, kwetsbare personen tegen het virus te beschermen en overbelasting van de zorg te voorkomen. Anderzijds hebben zij ook negatieve effecten op de reguliere beleidsdoelstellingen en speerpunten van VWS. Om vroegtijdig inzicht te krijgen in de aard en omvang van voorstelbare effecten van het in stand houden dan wel afschalen van maatregelen, is medio april een scenariogroep ingesteld. Deze heeft eerst naar de verwachte effecten op de korte termijn gekeken. In het nu voorliggende memo verschuiven we de focus naar voorstelbare effecten van de maatregelen op de langere termijn (1 jaar). We zijn daarbij nadrukkelijker dan in de eerste fase op zoek gegaan naar factoren die nu nog niet in beeld zijn, maar dat wel moeten komen.

### Worst case scenario's

De directies is gevraagd om voor de eigen beleidsterreinen worst case scenario's uit te werken. Worst case scenario's zijn een effectief middel om latente factoren en voorstelbare 'effecten achter effecten' in beeld te brengen. Doel is nadrukkelijk om factoren naar voren te brengen die niet 'top of mind' zijn, maar in de aanpak mogelijk al wel aandacht verdienen om zo onwenselijke situaties zoveel mogelijk te voorkomen. Het reikt dus verder dan de effecten die in het realistisch scenario verwacht worden. De worst case scenario's zijn onder te verdelen in twee 'hoofdscenario's': het worst case scenario bij instandhouding van de huidige maatregelen voor de duur van tenminste één jaar en het worst case scenario bij onmiddellijke afschaling van alle maatregelen.

### Overkoepelende bevindingen

- De effecten die in de worst case scenario's beschreven zijn, zijn zeer divers van aard en slaan ook bij heel verschillende doelgroepen neer.
- De effecten betreffen deels geëxtrapoleerde effecten (effecten die zich nu al op kleinere schaal voordoen en/of op korte termijn verwacht worden, maar over tijd in heftigheid zullen toenemen) en deels echt nieuwe effecten, die zich alleen op de lange termijn zullen voordoen.
- Het tweede hoofdscenario laat zien dat er ook bij directe afschaling van de coronamaatregelen flinke negatieve effecten op de beleidsterreinen van VWS kunnen ontstaan.

### Hoofdpunten worst case scenario's in stand houden maatregelen (per directie)

Hieronder volgen enkele elementen uit de worst case scenario's van de directies met als uitgangspunt het één jaar in stand houden van het huidige maatregelenpakket:

#### CZ

- *Worst case bij instandhouding.* Voor CZ zou een worst case ontstaan wanneer er alsnog een hoge besmettingsgraad (bijvoorbeeld  $R_0=3$ ) van COVID-19 zou zijn (ondanks de maatregelen), met dagelijks 2400 IC bedden bezet met voornamelijk COVID-19 patiënten, een tekort aan PBM en geneesmiddelen, een niet-werkende zorg op afstand in de GGZ en een bevolking die zich niet meer aan de maatregelen houdt.
- *Medisch specialistische zorg en GGZ.* In dat geval zouden zich de volgende effecten kunnen voordoen: het zwarte scenario is in werking (kwalitatief suboptimale IC-zorg door personeel dat niet goed geschoold is; veel patiënten geweigerd op grond van niet medische gronden); veel calamiteiten in de zorg; olopende wachtlijsten over de gehele linie van ziekenhuiszorg en in de GGZ; hoge uitval van zorgmedewerkers; eisen/klachten van burgers door uitblijven zorg; schadeclaims van nabestaanden en van mensen die geen

# Berenschot

ziekenhuiszorg en/of GGZ hebben ontvangen; toename van depressie en suicidaliteit onder bevolking; opkomende 'zwarte markt' voor medisch specialistische zorg en GGZ (kwakzalvers); zorginstellingen die in de financiële problemen komen en omvallen; hoogoplopende discussies/ besluiteloosheid over vraag welke ziekenhuiszorg urgent is en hoeveel een mensenleven waard is aan economische schade; jarenlang tekort aan zorgpersoneel, doordat alle opleidingen gestopt zijn.

## DMO

- *Kwetsbare groepen.* Grotere kwetsbaarheid voor dak- en thuislozen; vergroot risico voor toch al kwetsbare populaties (ouderen, mensen met beperking) door uitblijven passende zorg, uitblijven (dag)activiteiten voor dagbesteding en respijtzorg en meer eenzaamheid. Daardoor extra druk op zorg en ondersteuning thuis.

## GMT

- *MedTech.* Afname van extramurale hulpmiddelenzorg, waardoor de kwaliteit van leven en de gezondheid van (kwetsbare) mensen thuis verslechtert, de wachtlijsten toenemen en de druk op de zorg elders in de keten (vb. ziekenhuis) vergroot wordt; toename van de wachtlijsten, doordat minder reguliere zorg wordt geleverd en minder maatwerk (zoals aangepaste protheses of op maat gemaakte rolstoelen) kan worden geboden; tekorten en prijsstijgingen medische technologie en hulpmiddelen (door diverse oorzaken); en uitstel van inwerkingtreding verordening medische hulpmiddelen (MDR) met één jaar.
- *Orgaandonatie.* Afname van aantal potentiële orgaandonoren met als gevolg stijging van de wachttijd en meer sterfte van patiënten met orgaanfalen op de wachtlijst; afname weefseldonaties met als gevolg tekorten aan weefsels en minder transplantaties. Gevolg is kwaliteitsverlies van zorg en leven bij de patiënten.
- *Beschikbaarheid reguliere geneesmiddelen.* Mogelijke tekorten aan diverse reguliere geneesmiddelen, als er door het heropstarten van de reguliere zorg een tijdelijk grotere vraag ontstaat naar geneesmiddelen (i.v.m. inhaalslag van uitgestelde zorg); er kan verder een tekort ontstaan aan IC-geneesmiddelen, die ook voor COVID-19 worden gebruikt, als reguliere operaties weer gaan plaatsvinden en geneesmiddelen ook weer worden gebruikt op de OK's.

## IGJ

- *Verminderde veerkracht in samenleving en (zorg)organisaties.* Veel meldingen bij LMZ (voor burgers) en meldpunt over tekorten in zorgverlening (middelen en mensen); klachten over GGD'en die niet reageren of niet verdelen; klachten over zorgorganisaties in de regio die ander beleid hanteren; teruglopende solidariteit, saamhorigheid en samenwerking bij zorgorganisaties; zelfs strijd vanwege o.a. schaarste van middelen.
- *Toezicht.* Vanuit positie zoveel mogelijk thuiswerken en zo min mogelijk bezoek etc. is toezicht op afstand op den duur niet meer effectief. Behoefte aan toezicht juist groter vanwege opzoeken mazen van de wet bijv. voor geneesmiddelen, PBM en slechtere naleving van wetgeving; uitdaging om organisaties, na verloop van tijd weer terug te krijgen in goede compliance.

## IZ

- *Internationaal gezondheidsbeleid.* Geen internationaal face-to-face overleg (politiek en ambtelijk) met verstoorde internationale relaties als gevolg; negatievere perceptie t.a.v. internationale samenwerking; geen ruimte op internationale agenda voor andere onderwerpen dan corona; weinig tot geen economische ontwikkeling van de NL-gezondheidssector in het buitenland; flinke afname export.

## Jeugd

- *Algemeen.* Flink toename van mentale en somatische gezondheidsproblemen die in sommige gevallen jaren kunnen na-ijlen; verhoogd risico op huiselijk geweld/kindermishandeling; toename online pesten en seksueel misbruik (bv sexting); groeiende onvrede bij jongeren (12-18) met als gevolg een grote toename van overlast op straat; toenemende (over)belasting van ouders/verzorgers; toename van sociale verschillen (vb. door leerachterstanden);
- *Jeugdhulp (ambulant en met verblijf).* Uitstelgedrag en het mijden van zorg; jongeren in een verblijfsetting raken geïsoleerd met mogelijke opstanden tot gevolg.; fors toenemende kosten jeugdhulp (i.v.m. noodzakelijke alternatieven voor groepsbehandelingen en aanpassingen aan gebouwen); groeiende vraag naar jeugdhulp terwijl het personeel onder druk komt te staan (hogere werkdruk, hoger ziekteverzuim) en (met name specialistische) jeugdhulpaanbieders gaan failliet; toenemende financiële druk voor gemeenten op het sociaal domein; dak- en thuisloze jongeren raken geïsoleerd en raken vaker besmet.

# Berenschot

- *Gezinnen met een kind met een levenslange beperking.* Overbelaste mantelzorgende ouders (ze kunnen niet werken en mantelzorg verlenen tegelijk); extra leerachterstanden voor deze jongeren; verergering van mentale en fysieke gezondheid door het uitstellen van de zorg; toename isolatie van kinderen met een verstandelijke beperking en ernstige autisme (sociaal netwerk wordt nog kleiner); veel minder of geen contact tussen ouders en verstandelijk beperkte kinderen die in een instelling verblijven.

## LZ

- *Verpleeghuizen.* Onhoudbaar maatschappelijk en politiek debat over toegang tot verpleeghuizen door naasten; onbegrip onder de bewoners en hun familie dat zij elkaar niet kunnen bezoeken; onrustige bewoners; daardoor grotere druk op zorgmedewerkers in verpleeghuizen (en omdat naasten hun partner/familieid willen bezoeken of naar huis willen halen); toename van overbelaste mantelzorgers; grote leegstand in verpleeghuizen (naar schatting 50% met maandelijks 4-5% toename); grote omzetsdaling verpleeghuizen (circa 50%) terwijl lasten niet/nauwelijks dalen; vraagtoename in de wijkverpleging, thuiszorg en huishoudelijke hulp; toename van crisissituaties in de thuiszorg.
- *Gehandicaptenzorg.* Vergelijkbare effecten als in de verpleeghuizen: onhoudbaar maatschappelijk en politiek debat, eenzaamheid onder bewoners; toename aan verward gedrag omdat bewoners de maatregelen niet begrijpen; toename belasting zorgmedewerkers; leegstand in de gehandicaptenzorg (mensen willen niet meer naar een zorginstelling, omdat ze geen bezoek mogen ontvangen); ouderen die hun kinderen weer in huis nemen; toename van aantal overbelaste mantelzorgers; toename van aantal crisissituaties in de thuiszorg.

## PG

- *Preventie (niet-corona) en infectieziekten.* Risico op uitbraken vanwege dalende vaccinatiegraad binnen het cohort (vooral mazelen, ook andere landen waar vaccinatieprogramma's stagneren, vormen een risico); toename 'gemiste' kanker gevallen, ziektelast en onnodige sterfte doordat bevolkingsonderzoeken nog niet zijn opgestart; verslechterende algemene volksgezondheid; minder vroeg signalering op ontwikkelingsachterstanden en groeistoornissen bij baby's en kinderen; meer verspreiding van SOA's/minder zicht op SOA's.
- *Gezond leven.* Toename obesitas, toename chronische ziekten zoals diabetes, hart- en vaatziekten, depressie, suicides.
- *Euthanasie.* Mogelijk minder honorering van euthanasieverzoeken en/of meer euthanasieverzoeken die als onzorgvuldig beoordeeld worden door de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, door overbelasting euthanasiezorgmedewerkers; daardoor teruglopend aantal euthanasieverzoeken en –uitvoeringen; daardoor langduriger uitzichtloos en ondraaglijk lijden van patiënten/een stuwmeer voor wanneer euthanasie weer gemakkelijker verleend kan worden/toename van suicides.
- *Abortus.* Mogelijke toename van onbedoelde zwangerschappen (door minder plaatsing langdurig anticonceptie) en dus groter beroep op de abortussector; toenemende druk op abortuszorg (o.m. door moeilijk te verkrijgen PBM, toenemende duur van ingreep, toenemende complexiteit door verder gevorderde ongewenste zwangerschap); aanpassing van de behandeling door tekorten aan middelen voor de afbreking (propofol); meer druk op abortusklinieken door wegvallen patiënten uit buitenland en druk van anti-abortus belangengroepen. Ook meer druk op ambtelijke apparaat.

## Sport

- *Sportdeelname en beweeggedrag.* 2 op de 5 kinderen t/m 12 jaar bewegen niet of veel minder (geen bewegingsonderwijs, niet of veel minder buitenspielen) met impact op gezondheid, weerstand en beweegvaardigheid; jeugd 12 t/m 18 jaar beweegt ook minder (geen bewegingsonderwijs, minder sporten) en mist hierdoor ontwikkeling in motorische vaardigheden; verschillen in gezondheid, beweeggedrag en beweegvaardigheid tussen kinderen worden uitvergroot; van volwassenen zal met name de groep die al weinig sportte, dit nu niet of nauwelijks doen. Mensen met lage inkomens en mensen met een beperking sporten al minder dan andere groepen, en zijn nu nog kwetsbaarder; enerzijds omdat de sport duurder wordt, en anderzijds omdat er geen mogelijkheden zijn om (zonder begeleiding) in beweging te blijven.
- *Organisatie en financiering van de sport.* Circa 10% van de sportverenigingen valt om tussen nu en april 2021 omdat inkomsten uit kantines en contributies wegvallen, en steunmaatregelen onvoldoende zijn; veel commerciële sportaanbieders (met name fitnessclubs, sportscholen, klimhallen) gaan failliet, omdat ze afhankelijk zijn van inkomsten uit contributies en les gelden. Deze inkomsten vallen geheel weg omdat er een jaar lang geen activiteiten worden georganiseerd; hierdoor neemt sportdeelname fors af en hebben veel

# Berenschot

minder mensen toegang tot beweegmogelijkheden, met negatieve invloed op gezondheid, weerstand en beweegvaardigheid; de flexibele contracten bij sportverenigingen van trainers/coaches/administratief personeel/terreinbeheerders worden niet verlengd; contributies en abonnementskosten stijgen blijvend als gevolg van de coronacrisis. Financiën vormen voor een grotere groep dan nu een drempel om te gaan sporten en bewegen. Lidmaatschap van sportverenigingen neemt (grotendeels blijvend) af met ca. 25% doordat bestaande leden wegvallen, en er geen nieuwe leden kunnen worden geworven. Daardoor gaan minder mensen aan de beweegnorm voldoen, met impact op gezondheid, weerstand en beweegvaardigheid. Ook de positieve sociale effecten (saamhorigheid, maatschappelijke betrokkenheid) van lidmaatschap bij een sportvereniging vallen voor meer mensen weg.

- *Topsport.* De positieve sociale effecten van topsport, zoals saamhorigheidsgevoel, vallen weg, doordat er geen grote sportevenementen worden georganiseerd; met name kleinere topsportprogramma's worden niet doorgezet, omdat financiering wegvalt; sponsoring van individuele sporters en professionele ploegen (voetbal, schaatsen, wielrennen) valt deels weg. Er vindt geen betaald voetbal plaats in Nederland; de organisatie van sportevenementen in Nederland is op korte termijn niet mogelijk. Ook op lange termijn worden er vrijwel geen grote sportevenementen georganiseerd. Hierdoor is er vrijwel geen publieke aandacht voor sport in Nederland, wordt de sport commercieel minder interessant, en worden de negatieve effecten op financierbaarheid van de topsport nog verder vergroot. De huidige inrichting van financiering van (top)sport is daardoor niet houdbaar.

## VGP

- *Gezonde voeding en gezond gewicht.* Toename van overgewicht en hieraan gerelateerde aandoeningen (diabetes type II, hart- en vaatziekten) bij consumenten; ongezonder eetpatroon bij schoolgaande kinderen; ondervoeding bij ouderen, alleenwonenden en patiënten in instellingen; verspreiding ongefundeerde dieet ideeën.
- *Voedselveiligheid en productveiligheid.* Verminderde aandacht voor voedselveiligheid bij producenten, zorginstellingen, ziekenhuizen en horeca; toename in gebruik niet-deugdelijke grondstoffen (soms fraude); toename gebruik onveilige voedingssupplementen door consumenten; verandering voedsel economie (meer lokale producten, met risico).
- *Drugs.* Sterke toename van stress, eenzaamheid, angst, depressie en daaraan gekoppeld middelengebruik bij dak- en thuislozen en mensen met verslavingsproblemen; tekortschietende capaciteit verslavingszorg, beperkte service (of sluiting) van *harm reduction* voorzieningen, geen zicht op vervuiling drugs door uitvallen testservice.
- *Alcohol.* Meer problematisch alcoholgebruik thuis, toename huiselijk geweld, meer kans op alcoholgebruik bij jongeren.
- *Tabak.* Minder (succesvolle) stoppers, vertraging van preventiemaatregelen, afname (politiek) draagvlak voor nieuw tabaksbeleid.
- *Letsel en gehoorschade.* Ander type letsel bij kinderen als gevolg van ander speelgedrag (niet per se meer), verhoogd valrisico voor ouderen, meer gehoorschade door meer/onjuist gebruik van oortjes.
- *Toezicht.* Mogelijk sterk verminderd toezicht op voedselveiligheid, productveiligheid en middelenwetgeving. Daardoor mogelijk minder veilige levensmiddelen en producten, minder aandacht voor voedsel hygiëne. Verminderd zicht op risicobedrijven.

## Z

- *Zorgplicht.* Zorgverzekeraars kunnen door te hoge druk op IC-capaciteit, onvoldoende zorgverleners, oplopende wachtlijsten, tekort aan PBM, mogelijk niet aan hun wettelijke zorgplicht voldoen wat zal leiden tot klachten en schadeclaims. Dit heeft mogelijk invloed op reserves zorgverzekeraars, op de door de DNB minimaal vereiste solvabiliteit en mogelijk op de premie.
- *Compensatiemaatregelen.* Handhaven maatregelen leidt mogelijk tot discussie over handhaven compensatiemaatregelen zorgaanbieders en daarmee mogelijke invloed op reserves zorgverzekeraars, op de door de DNB minimaal vereiste solvabiliteit en mogelijk op de premie.
- *Wlz-uitvoerders (langdurige zorg).* Mogelijke invloed op wettelijke zorgplicht door gebrek aan zorgverleners. Mogelijk discussie over handhaving compensatie zorgaanbieders kan leiden tot druk op contracteerruimte voor langdurige zorg.

# Berenschot

## Hoofdpunten worst case scenario's opheffen maatregelen (per directie)

Hieronder volgen enkele elementen uit de worst case scenario's van de directies<sup>1</sup> met als uitgangspunt het direct afschalen van alle maatregelen uit het huidige maatregelenpakket:

### CZ

- *Medisch specialistische zorg en GGZ.* Effecten uit het instandhoudingsscenario worden hier nog acuter zichtbaar, met een R0 die snel omhoog schiet; een explosieve toename van de vraag naar IC-capaciteit voor COVID-19 patiënten en oplopende wachtlijsten over de gehele linie van de ziekenhuiszorg, doordat andere urgente zorg wordt uitgesteld en reguliere zorg helemaal wordt afgezegd (met klachten en schadeclaims als gevolg). Ook is er hogere uitval door zorgmedewerkers door werkdruk, Covid-besmetting of overlijden.

### GMT

- *MedTech.* Grote tekorten aan PBM in de zorgsector, waardoor zorgmedewerkers niet beschermd hun werk kunnen uitvoeren en de continuïteit van zorg niet gegarandeerd kan worden (door particuliere gebruik en grotere behoefte aan PBM in zorg door meer besmettingen); tekorten aan medische hulpmiddelen in de zorg, zoals testen en beademings-/bewakingsapparatuur (idem); 'reparatie gedrag' door leveranciers, ter compensatie van misgelopen volume wordt "extra" zorg geleverd.
- *Beschikbaarheid reguliere geneesmiddelen.* Mogelijke faillissementen van apotheken bij langdurig minder gebruik van medicatie door uitstel van reguliere zorg (minder 1<sup>e</sup> medicatie uitgiftes doordat zorg bij 2<sup>e</sup> piek gericht is op behandelen van COVID-19 patiënten); farmaceutische dienstverlening onder druk door besmettingen apothekpersoneel; mogelijk verergering van ziekte, doordat minder gebruik wordt gemaakt van reguliere medicatie; mogelijk tekort aan reguliere geneesmiddelen na langdurig laag gebruik, wanneer distributieketen niet kan voldoen aan vraagtoename (aangezien NL voor leveranciers inmiddels minder gunstige afzetmarkt is geworden).
- *Beschikbaarheid COVID-19 maatregelen.* Beschikbaarheid van medicatie (i.p.v. het beschikbaar beddenaantal) stelt een grens aan de IC capaciteit; tekort aan sedatiemiddelen door vraagtoename in verpleeghuiszorg en thuiszorg (palliatieve zorg); tekort aan middelen waarmee COVID-19 patiënten behandeld worden (bijv. bepaalde vormen van antibiotica of de middelen die experimenteel gebruikt worden bij zeer zieke patiënten), vanwege vraagtoename door meer besmettingen.

### IZ

- *Internationaal gezondheidsbeleid.* Nederlandse maatregelen lopen niet langer in de pas met die van de andere EU-lidstaten. Dit kan leiden tot internationaal onbegrip en Nederland als zwart schaap van de EU.

### LZ

- *Verpleeghuizen.* Hogere besmettingskans onder ouderen (binnen en buiten verpleeghuizen), met als gevolg meer besmettingen en sterfgevallen; hogere besmettingskans van naasten en andere mensen buiten verpleeghuizen door verhoogde bewegingsvrijheid; continuïteit van de zorg komt onder druk te staan door de extra gezondheidsrisico's voor zorgmedewerkers in verpleeghuizen; hoog (en toenemend) ziekteverzuim onder medewerkers; hogere druk op mantelzorgers en medewerkers in de thuiszorg/wijkverpleging; toename van crisissituaties in de thuiszorg; extra druk op gemeenten door toegenomen aantal aanvragen thuiszorg.
- *Gehandicaptenzorg.* Hogere besmettingskans voor bewoners en naasten, grotere verspreidingskans in zorginstelling en/of thuis; hogere besmettingskans voor andere mensen buiten zorginstelling door verhoogde bewegingsvrijheid; continuïteit van zorg in gehandicaptenzorg instellingen komt onder druk door extra gezondheidsrisico's medewerkers; toename van ziekteverzuim onder zorgmedewerkers vanwege/uit angst voor besmetting; toename van zorg aan huis uit angst voor besmetting in zorginstelling; toename van overbelaste mantelzorgers.

### PG

- *Preventie (niet-corona) en infectieziekten.* Personeelstekorten en onttrekking budget ondermijnen jeugdgezondheidszorg; angst burgers overweldigd zorg; afnemende effectiviteit bevolkingsonderzoek door gebrek aan vervolg op poli; toename SOA's en andere infectieziekten (griep); toename import van infectieziekten.
- *Gezond leven.* Mogelijk tweede piek van extra coronagevallen, waardoor maatregelen opnieuw nodig zijn en er opnieuw doden zullen vallen onder kwetsbaren.

<sup>1</sup> De directies DMO, Jeugd en Sport en de IGI hebben alleen voor instandhouden scenario's gemaakt.

# Berenschot

- *Euthanasie*. Bij tweede piek COVID-19 ontstaat toenemende druk op de euthanasiezorg (door tekort aan medisch personeel), met als gevolg langduriger uitzichtloos en ondraaglijk lijden (en/of meer suïcides).
- *Abortus*. Bij tweede piek COVID-19 ontstaat toenemende druk op de abortuszorg (door tekort aan medisch personeel); afname abortussen; vrouwen uit buitenland kunnen coronavirus meenemen naar klinieken; meer ongewenste zwangerschappen (door meer seksueel contact).

## VGP

- *Gezonde voeding en gezond gewicht*. Mogelijk ongezonder horeca-aanbod; ongezond eetgedrag door aanhoudende recessie.
- *Voedselveiligheid en productveiligheid*. Verminderde aandacht voor voedselveiligheid en productveiligheid bij producenten/bedrijven; mogelijk onveilige PBM op de markt.
- *Drugs*. Mogelijke toename van covid-19 patiënten onder dak- en thuislozen en mensen met verslavingsproblemen; vervuiling van drugs /nieuwe riskante stoffen.
- *Alcohol*. Mogelijk verminderde naleving van leeftijdsgrenzen, toename van (problematisch) alcoholgebruik.
- *Tabak*. Minder (succesvolle) stoppers, vertraging van preventiemaatregelen, afname (politiek) draagvlak voor nieuw tabaksbeleid (zelfde effecten als bij instandhouding).
- *Letsel en gehoorschade*. Plotselinge toename letsels en blessures door intensieve activiteiten en te weinig training, waardoor grote toeloop op SEH's.
- *Toezicht*. Mogelijk minder aandacht voor voedselveiligheid en productveiligheidsregelgeving door 'inhaalgedrag' bedrijven; mogelijk onveilige PBM op de markt.

## Z

- *Zorgplicht*. Zorgverzekeraars kunnen door te hoge druk op IC-capaciteit, onvoldoende zorgverleners, oplopende wachtlijsten, tekort aan PBM, mogelijk niet aan hun wettelijke zorgplicht voldoen wat zal leiden tot klachten en schadeclaims. Dit heeft mogelijk invloed op reserves zorgverzekeraars, mogelijk op de door de DNB minimaal vereiste solvabiliteit en mogelijk op de premie.
- *Wlz-uitvoerders (langdurige zorg)*. Uitvoerders kunnen door toenemend ziekteverzuim, minder zorgpersoneel, leegstand verpleeghuizen mogelijk niet aan hun zorgplicht voldoen.

## Hoe kunnen de opgestelde worst case scenario's worden gebruikt?

De worst case scenario's geven een beeld van zeer diverse effecten die zich kunnen voordoen. Op zichzelf geven ze daarmee al bewustwording van wat mogelijk is. Om ze daarnaast ook praktisch te kunnen gebruiken, hebben we van de worst case scenario's een serie (concept) 'scenario drivers' afgeleid: variabelen die het scenarioverloop bepalen. Deze kunnen – na verdere verfijning – op twee manieren worden gebruikt:

1. *Monitoring*. Door de scenario drivers te monitoren, kan gericht worden nagaan in hoeverre de situatie naar de beschreven worst case scenario's neigt (of naar een positiever scenario tendeeert).
2. *Sturing*. De scenario drivers vormen in de tweede plaats de 'draaiknoppen' voor eventuele aanpassing van de aanpak. Dit kan door herijking/aanpassing van de Corona-maatregelen en/of ontwikkeling van aanvullend beleid.

## Hoe gaan we verder?

De komende weken zal de scenariogroep de opgestelde worst case scenario's aanscherpen met gebruikmaking van andere scenario-analyses en effectstudies. Daarbij zal ook aandacht worden besteed aan cross-over effecten tussen directies. Tot slot zal de huidige set scenariodivers en indicatoren worden verfijnd om zo uit te komen op een hanteerbare en passende set.

## Voorstel vervolgproces: twee sporen

Tot nu toe heeft de scenariogroep producten gemaakt die primair bedoeld waren om u voor te bereiden op de Catshuissessies. Inmiddels wordt binnen VWS ook nagedacht over de afschalingsstructuur ('het nieuwe normaal') waarbinnen de komende periode gewerkt zal worden. De inzichten die nu in fase 2 van de scenariogroep worden opgedaan, hebben betrekking op de effecten die het komende jaar zichtbaar zullen worden (of blijven).

Voorgesteld wordt daarom om de input van de scenariogroep te betrekken bij de vormgeving van de afschalingsstructuur en de inhoudelijke discussies die binnen deze structuur gevoerd zullen worden. In dat geval zal binnen die structuur een (tweede) opdrachtgever gevonden moeten worden. Daarnaast zal de scenariogroep vanzelfsprekend input blijven leveren voor uw voorbereiding voor de Catshuissessies.