

# Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor de reguliere zorg

NZa



## Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding</b>	<b>4</b>
1.1 Bronnen	4
1.2 Bepaling urgentie	4
1.3 Opzet	5
1.4 Samenvatting	5
1.4.1 Zorg niet geleverd	5
1.4.2 Minder verwijzingen	6
1.4.3 Urgentie zorg	6
<b>2. Verwijzingen ZorgDomein</b>	<b>8</b>
2.1 Data	8
2.2 Resultaten verwijzingen	9
2.2.1 Landelijke verwijzingen	9
2.2.2 Verwijzingen per provincie en specialisme	10
2.2.3 Verwijzingen per type	14
2.3 Schatting stuwmeer	16
2.3.1 Inschatting van het aantal mensen dat niet naar de huisarts is gegaan	16
2.3.2 Inschatting van het aantal mensen dat op de wachtlijst stond voor de coronacrisis	17
2.3.3 Inschatting van het aantal mensen met verwijzing, maar zonder zorg	18
<b>3. Urgentie</b>	<b>19</b>
<b>4. Actuele productie</b>	<b>21</b>
4.1 Patiënten	21
4.2 Verrichtingen	25
<b>5. Vervolgstappen</b>	<b>30</b>

## 1. Inleiding

Het is belangrijk dat mensen ook tijdens de corona-uitbraak de zorg krijgen die zij nodig hebben. Daarom gaf het ministerie van VWS de Nederlandse Zorgautoriteit de opdracht om regie te nemen om de reguliere zorg zorgvuldig en veilig door te laten gaan. In het kader van deze taak wordt samen met andere partijen met man en macht gewerkt aan het verzamelen van zoveel mogelijk relevante databronnen. De afgelopen weken is veel zorg die ziekenhuizen en klinieken kunnen uitstellen afgezegd. Inmiddels zien we overal in het land initiatieven om de zorg weer op gang te laten komen. Dat is nodig om gezondheidsschade en te lange wachttijden te voorkomen. Het is van belang om te komen tot een goed evenwicht tussen zorg voor mensen die besmet zijn met het coronavirus en reguliere ziekenhuiszorg. Hiervoor is regie en goede organisatie van zorg in de regio nodig, en waar nodig bovenregionaal. De focus ligt in eerste instantie op de meest noodzakelijke planbare ziekenhuiszorg. Maar we werken ook aan de overige ziekenhuiszorg en starten met de ggz, thuiszorg, eerstelijnszorg en de langdurige zorg. Randvoorwaarden voor deze opdracht zijn:

1. voldoende personeel;
2. voldoende capaciteit;
3. voldoende beschermingsmiddelen
4. duidelijkheid voor beroepsgroepen over wat mogelijk is binnen de 1,5 meter economie.

### 1.1 Bronnen

Samen met zorgaanbieders, zorgprofessionals en zorgverzekeraars, ZorgDomein en het Landelijke Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) hebben wij een overzicht gemaakt van het huidige aantal verwijzingen en de behandelingen die de afgelopen jaren in deze periode hebben plaats gevonden. Via de NFU en NVZ hebben we data gekregen over de onderhanden werk positie van ziekenhuizen. Tenslotte hebben we beperkt bruikbare informatie gekregen over de klinische capaciteit in Nederland. Om tot een verantwoorde opschaling te komen is een beter inzicht in de capaciteit van de hele keten nodig.

### 1.2 Bepaling urgentie

Samen met Zorginstituut Nederland en medisch professionals heeft het LCPS (Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding) een indeling gemaakt om de urgentie van de zorgvragen te bepalen. Niet alle patiënten kunnen tegelijk in het ziekenhuis terecht. Daarom

moet de zorg gefaseerd worden opgestart. Medisch specialisten kunnen het beste bepalen welke patiënten eerst zorg nodig hebben. Met deze indeling willen we hen houvast bieden om te kunnen vergelijken en een onderverdeling te maken op basis van urgentie. De indeling is door medisch specialisten beoordeeld en door het Zorginstituut gevalideerd. Deze indeling wordt separaat gepubliceerd.

### 1.3 Opzet

In hoofdstuk 2 geven we een overzicht van de verwijzingen van huisartsen naar medisch specialistische zorg, in de periode 1 januari tot en met 10 april (2018, 2019 en 2020). Daarnaast maken we een schatting van het stuwmeer aan zorg, op basis van de verwijzingen. In hoofdstuk 3 ligt de focus op de urgentie van zorg. In hoofdstuk 4 gaan we in op de zorg die ziekenhuizen leveren (de actuele productie). En in het laatste hoofdstuk beschrijven we vervolgstappen.

### 1.4 Samenvatting

Dit eerste rapport focust op de ziekenhuiszorg. Daarin stellen we de volgende vragen:

- Hoeveel zorg is niet geleverd?
- Om hoeveel patiënten en hoeveel behandelingen gaat dit?
- Welk deel van de patiënten is nog niet in beeld bij het ziekenhuis?
- Hoe snel moet deze zorg geleverd worden om gezondheidsschade te voorkomen?
- Wat zijn de vervolgstappen?

#### 1.4.1 Zorg niet geleverd

Jaarlijks worden ongeveer 7,3 miljoen patiënten behandeld in het ziekenhuis. In de eerste drie maanden van het jaar gaat het om 5,5 miljoen patiënten, van wie 40% binnen een maand door een medisch specialist beoordeeld moet worden. Dit jaar zien we dat vanaf maart, het begin van de coronacrisis, de geleverde zorg flink is afgenomen ten opzichte van vorige jaren. Daarbij baseren we ons op de productiecijfers van ziekenhuizen (bron: DHD in de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuizen). Een goede schatting van de afname van de geleverde zorg maken is in dit stadium nog niet mogelijk door de registratieachterstand. We gaan met ziekenhuizen in gesprek om de actualiteit van de gegevens te verbeteren. Kijken we naar het aantal polikliniekbezoeken per specialisme dan valt op

dat alle specialismen een daling laten zien vanaf week 11. De daling is het kleinst bij interne geneeskunde en longziekten. Bij de klinische opnames laat het specialisme longziekten ondanks de registratieachterstand zelfs een stijging zien.

#### **1.4.2 Minder verwijzingen**

Daarnaast hebben we de daling in kaart gebracht van het aantal patiënten dat door huisartsen is doorverwezen naar het ziekenhuis. Daarbij gaat het om patiënten die normaliter wel zouden zijn doorverwezen naar een medisch specialist, maar die nu niet in beeld zijn bij de ziekenhuizen. Op basis van de gegevens van ZorgDomein concluderen we dat het aantal verwijzingen van huisartsen naar het ziekenhuis over de gehele breedte van de zorg is afgenomen. Het beeld in de verschillende provincies is sterk vergelijkbaar. We zien wel verschillen tussen specialismen. Gynaecologie/verloskunde en cardiologie zijn minder teruggevallen dan de specialismen dermatologie en orthopedie. Vanaf begin april zijn er weer meer verwijzingen, waarbij het grootste herstel zichtbaar is bij de spoedverwijzingen. Deze categorie is ook minder gedaald.

Wij schatten dat huisartsen als gevolg van de coronacrisis ruim 360 duizend minder verwijzingen<sup>1</sup> naar het ziekenhuis hebben gedaan dan verwacht en dat nog eens 290 duizend verwijzingen waarschijnlijk niet zijn opgevolgd, ondanks dat de gemiddelde wachttijd is verstreken. Hierbij gaan we er vanuit dat alle afspraken afgezegd zijn. Wanneer we beter data over de ziekenhuisproductie hebben kunnen we deze veronderstelling toetsen en de schatting verbeteren.

#### **1.4.3 Urgentie zorg**

Van ongeveer 90% van de zorg weten we op basis van de separaat te publiceren urgentielijst hoe urgent die zorg nodig is om gezondheidsschade te voorkomen. Het Zorginstituut en het LCPS houden daarbij de volgende indeling aan:

- Zorg die binnen 24 uur verleend moet worden
- Zorg die binnen een week verleend moet worden
- Zorg die binnen 2 weken verleend moet worden
- Zorg die binnen 1 maand verleend moet worden
- Zorg die binnen 2 maanden verleend moet worden
- Zorg die binnen 3 maanden verleend moet worden
- Zorg die langer dan 3 maanden uitgesteld kan worden

<sup>1</sup> De oorspronkelijke versie van het rapport sprak per abuis van mensen in plaats van verwijzingen.

Op basis van gegevens over voorgaande jaren weten we dat 40% van de ziekenhuiszorg waarvan de urgentie is bepaald binnen een maand verleend moet worden. Hiervan heeft ruim de helft van de patiënten nog sneller zorg nodig, namelijk 12% binnen 24 uur en 11% binnen een week.

De levering van acute zorg is geborgd, maar niet alle ziekenhuizen zijn door de coronacrisis nog in staat om ook semi-acute zorg te leveren. De Landelijke Coördinatie Patiënten Spreiding (LCPS) verplaatst daarom covid patiënten naar ziekenhuizen die capaciteit over hebben, zodat de reguliere semi-acute zorg voor alle patiënten binnen hun eigen regio geleverd kan worden.

## 2. Verwijzingen ZorgDomein

ZorgDomein biedt een online platform waar vraag (vanuit de patiënt en huisarts) en aanbod bij elkaar komen. Huisartsen kunnen via het platform van ZorgDomein patiënten doorverwijzen naar aangesloten instellingen. Vrijwel alle ziekenhuizen en een groot deel van de huisartsen maakt gebruik van dit systeem. De NZa ontvangt van ZorgDomein wekelijks een geaggregeerd bestand met verwijstotalen per provincie, specialisme en verwijstype naar zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en ziekenhuizen. Behalve de gegevens van dit jaar ontvangen wij ook de data van dezelfde weken uit 2018 en 2019.<sup>2</sup> Hier leggen we kort uit wat de data van ZorgDomein laten zien. Op basis daarvan maken we een schatting van de zorg die niet is geboden door de coronacrisis, het stuwmeer.

### 2.1 Data

Bij het interpreteren van de verwijsdata geldt een aantal aandachtspunten:

- Een verwijzing betekent niet automatisch dat een patiënt hier ook daadwerkelijk gevolg aan geeft. Het aantal verwijzingen is dus waarschijnlijk een overschatting van het aantal mensen dat daadwerkelijk het ziekenhuis gaat. Dit effect kan door angst voor besmetting groter zijn dan normaal.
- Verwijzingen zijn niet op patiëntniveau, sommige patiënten krijgen meer dan 1 verwijzing. Het aantal patiënten waarop de verwijzingen betrekking hebben is dus lager dan het totaal aantal verwijzingen.

Ondanks dat de overgrote meerderheid van de verwijzingen van huisarts via ZorgDomein gaat, hebben we voor de volledigheid de verwijzingen uit 2019 gecombineerd met het totale aantal initiële subtrajecten (nieuwe zorgvragen) in Vektis waarvan de verwijzer een huisarts is. De specialismen die door ZorgDomein worden gebruikt komen niet altijd overeen met de specialismen die de NZa hanteert, waar mogelijk zijn deze gekoppeld. De vergelijking tussen het aantal verwijzingen van ZorgDomein en het aantal zorgtrajecten in Vektis kent een aantal nuances:

- Niet iedere verwijzing zal resulteren in een zorgtraject.
- De periodes worden een op een vergeleken, terwijl een verwijzing ook later opgevolgd kan worden.

<sup>2</sup> Week 1 bestaat niet elk jaar uit hetzelfde aantal dagen, daarom zijn gegevens van week 1 niet vergelijkbaar tussen jaren en met andere weken.

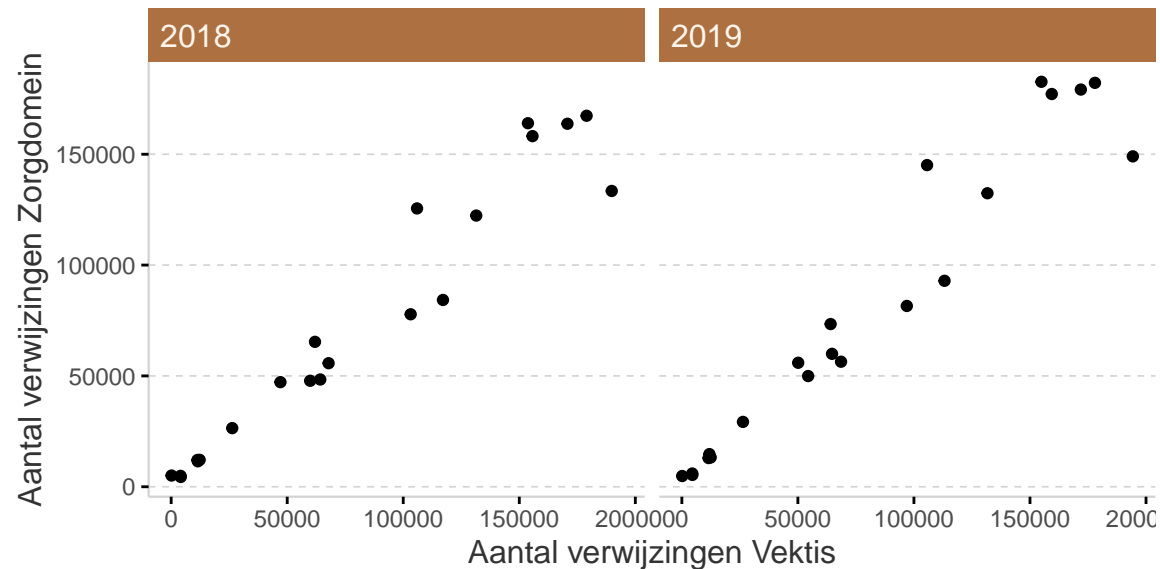


- De dekking van ZorgDomein is niet volledig.

Figuur 1 geeft de relatie tussen de verwijzingen in ZorgDomein en de zorgtrajecten in Vektis. Elk datapunt staat voor een NZa specialisme. In totaal kunnen we 97.72 procent van de verwijzingen koppelen aan een NZa specialisme. De verwijzingen die we niet kunnen koppelen zijn niet medisch specialistisch. Bijvoorbeeld verpleging en verzorging, hulpmiddelenzorg, of paramedische zorg.

Uit de analyse blijkt dat er niet getwijfeld hoeft te worden aan de representativiteit van de ZorgDomein verwijzingen.

Figuur 1 Dekking gegevens ZorgDomein



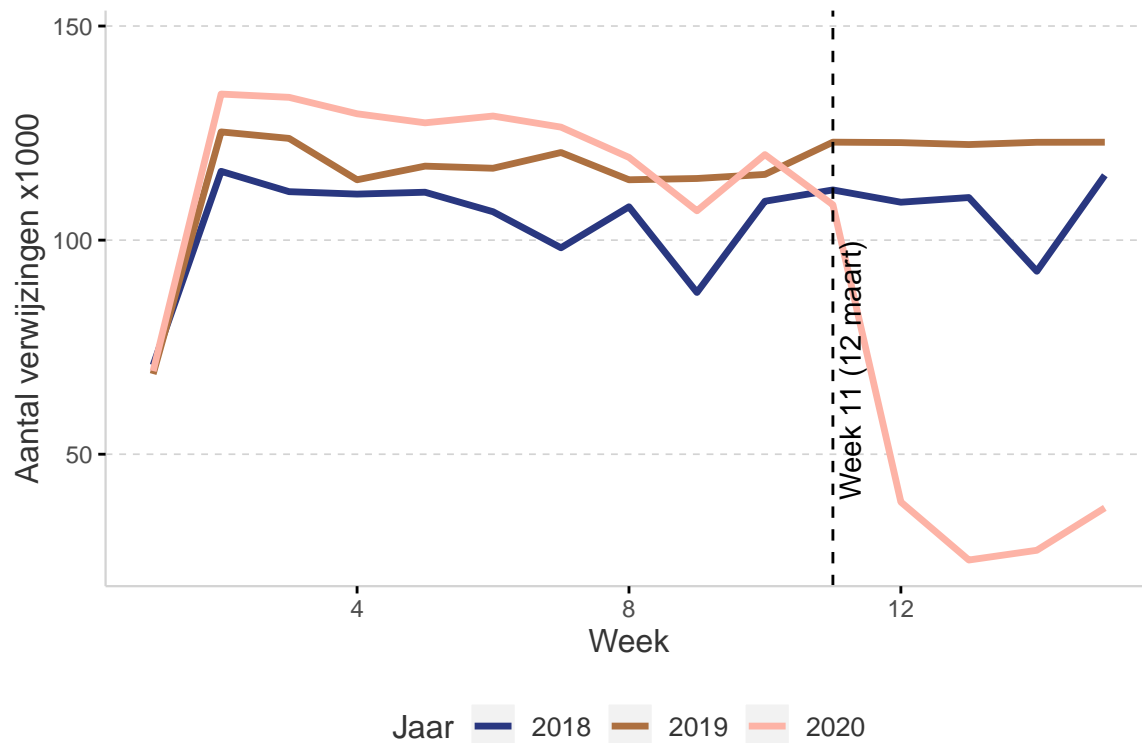
## 2.2 Resultaten verwijzingen

### 2.2.1 Landelijke verwijzingen

In Figuur 2 wordt het landelijke verwijzingsvolume getoond voor de eerste 15 weken van 2018, 2019 en 2020. In de figuur is week 11 gemarkeerd met een verticale lijn, in deze week valt 12 maart, het moment waarop de eerste landelijke covid-19 maatregelen

werden aangekondigd (op deze dag werden evenementen afgelast en riep de overheid op om zoveel mogelijk thuis te werken). Het aantal verwijzingen valt in deze week sterk terug, van ruim honderdduizend verwijzingen in de weken voor week 12 tot 38 duizend in week 12, 25 duizend in week 13, 27 duizend in week 14 en 37 duizend in week 15.

Figuur 2 Landelijk verwijzingsvolume 2018-2020 per week

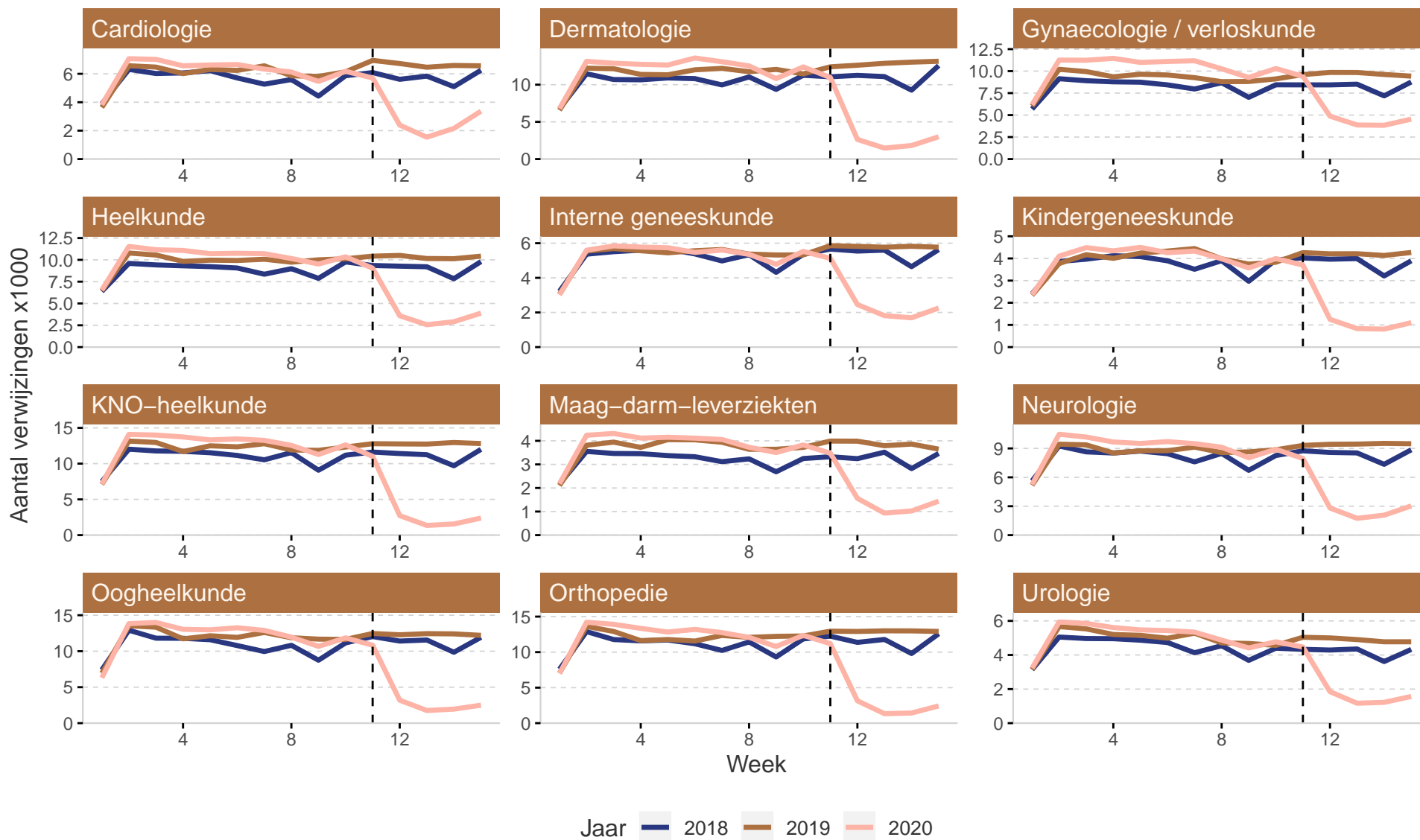


### 2.2.2 Verwijzingen per provincie en specialisme

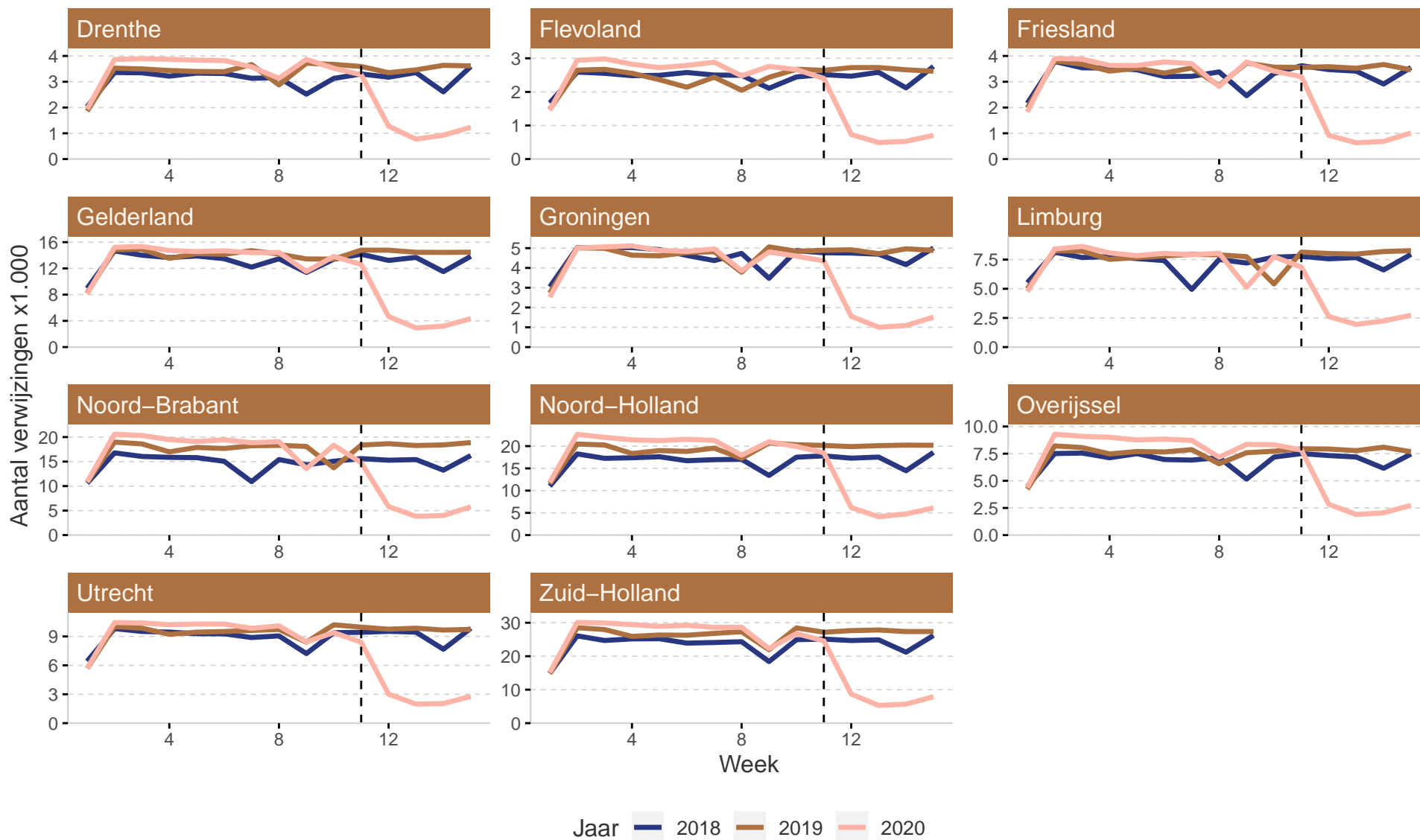
In Figuur 3 en 4 wordt het verwijzingsvolume uitgesplitst naar specialisme en provincie. Voor het specialisme wordt het ZorgDomein specialisme gebruikt en we laten alleen de 12 specialismen zien waarnaar het meest verwezen wordt in 2020. In de provinciale analyse wordt Zeeland weggelaten omdat de verwijzingen hier naar slechts een ziekenhuis leiden. Uit beide uitsplitsingen valt op te maken dat er geen uitzonderingen zijn op de terugval in verwijzingen. Verder valt op dat:

- De daling in het aantal verwijzingen voor sommige specialismen harder daalt dan voor andere specialismen. Relatief grote dalingen zijn te vinden bij orthopedie en dermatologie.
- Specialismen waarbij de daling relatief meevalt zijn cardiologie (sneller herstel) en gynaecologie (minder daling).
- Noord-Brabant niet voorloopt op de rest van Nederland.

Figuur 3 Verwijzingsvolume grootste 12 ZorgDomein specialismen per week



Figuur 4 Verwijsvolume per provincie per week

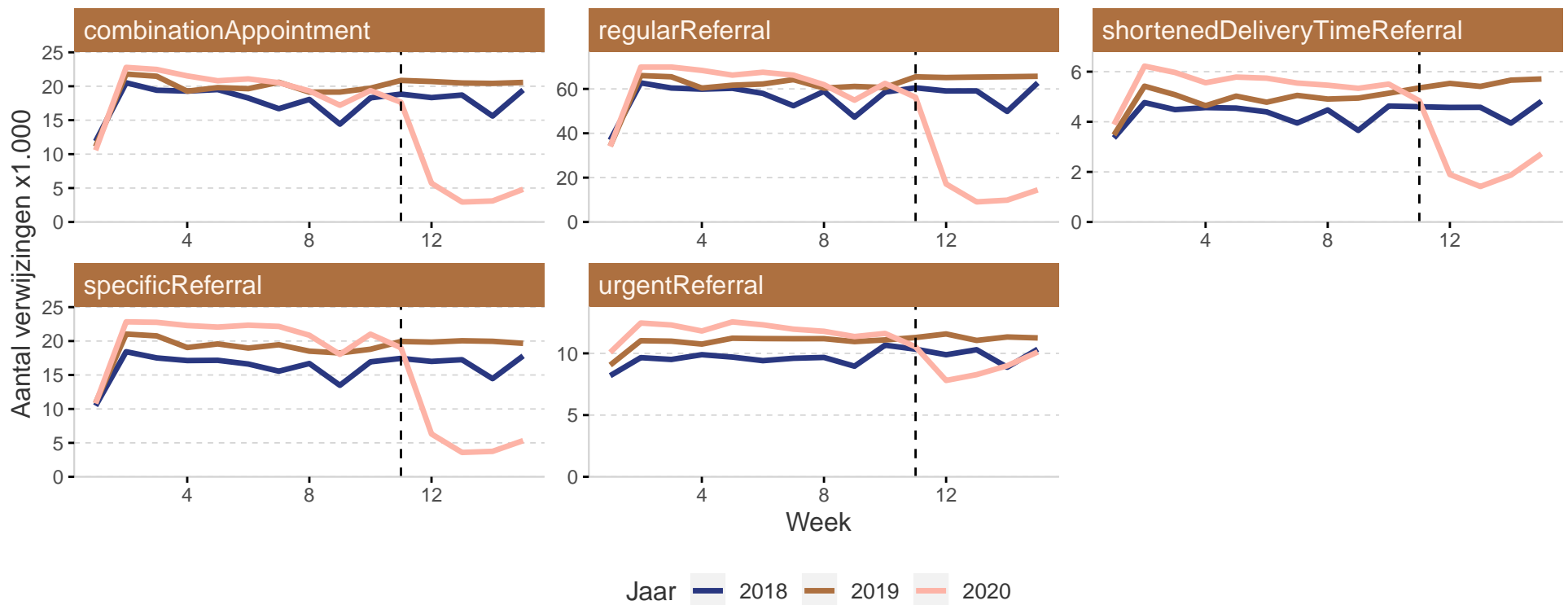


### 2.2.3 Verwijzingen per type

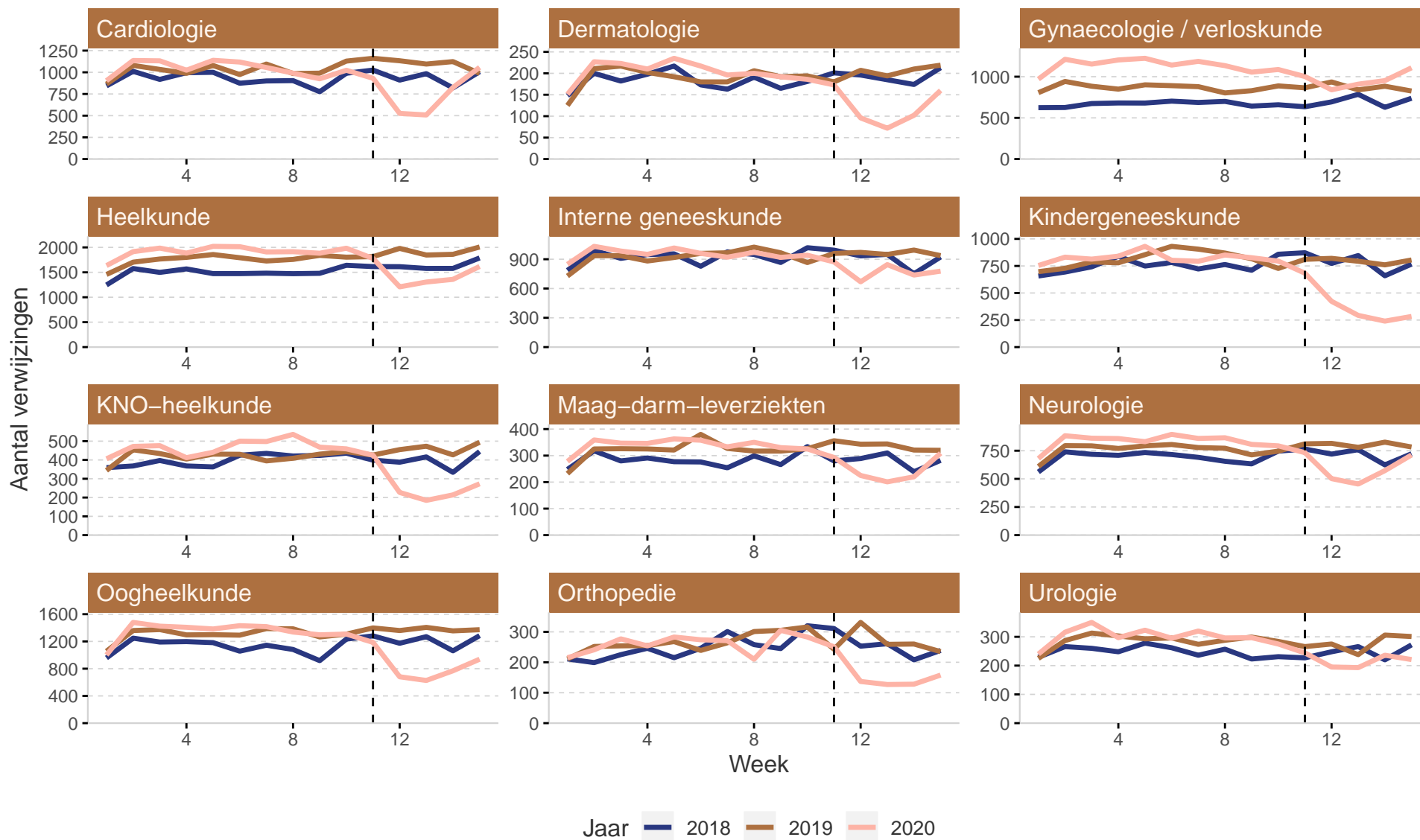
De gegevens van ZorgDomein bevatten ook informatie over het type verwijzing. Zoals te zien is in Figuur 5 kent alleen de categorie spoedverwijzingen (urgentReferral) vrijwel geen terugval. Alle andere verwijstypes vallen sterk terug, waaronder de reguliere verwijzingen (regularReferral) en de verwijzingen met verkorte toegangstijd (shortenedDeliveryTime).

In Figuur 6 splitsen we de spoedverwijzingen uit naar specialisme. Met name kindergeneeskunde en orthopedie hebben te maken met een terugloop in het aantal spoedverwijzingen zonder duidelijke tekenen van herstel.

Figuur 5 Verwijzingsvolume per type verwijzing per week



Figuur 6 Verwijzingsvolume spoedverwijzing per specialisme verwijzing per week



## 2.3 Schatting stuwmeer

De gegevens van ZorgDomein gebruiken we om een ruwe schatting te maken van de omvang van het stuwmeer aan zorg: zorg, die in vergelijking met voorgaande jaren niet is geboden. We onderscheiden drie verschillende groepen:

- Mensen die wel zorg nodig hebben, maar niet naar de huisarts zijn gegaan
- Mensen die op de wachtlijst stonden voor de coronacrisis begon en door de crisis nog niet zijn geholpen.
- Mensen die wel een verwijzing hebben gekregen, maar nog niet geholpen zijn.

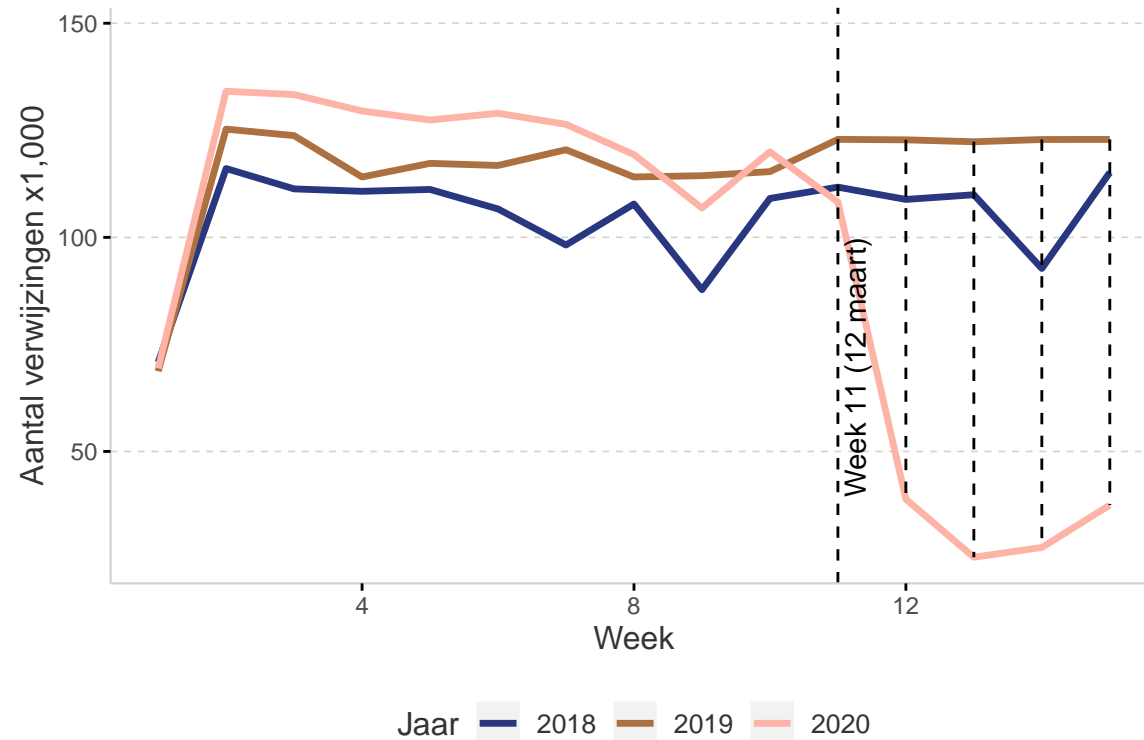
We kunnen niet het aantal mensen schatten op basis van de verwijzingen omdat iemand meerdere verwijzingen kan krijgen. De schatting van het stuwmeer zal dus in termen van verwijzingen zijn.

### 2.3.1 Inschatting van het aantal mensen dat niet naar de huisarts is gegaan

Om een inschatting te maken van het aantal verwijzingen dat niet is gedaan doordat mensen niet naar de huisarts zijn gegaan kijken we naar het aantal verwijzingen in dezelfde periode in 2018 en 2019. Wat opvalt is dat het aantal verwijzingen in 2018 structureel lager lag dan in 2019. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de in 2018 minder huisartsen en of ziekenhuizen op ZorgDomein waren aangesloten. Het aantal verwijzingen in 2019 na week 11 nemen we dus als het aantal verwijzingen dat we zonder coronacrisis zouden verwachten (zie Figuur 7). Het gaat in totaal om 361649 minder verwijzingen dan dat we zouden verwachten zonder crisis.



Figuur 7 Landelijk verwijzvolume 2018-2020 per week



### 2.3.2 Inschatting van het aantal mensen dat op de wachtlijst stond voor de coronacrisis

Naast de mensen die door de coronacrisis niet naar de huisarts zijn gegaan zijn er ook mensen die op de wachtlijst stonden voordat de crisis uitbrak en niet zijn geholpen, ondanks dat de gemiddelde wachttijd inmiddels is verstreken. Hiervoor gebruiken we de wachttijden per provincie en specialisme. We kunnen maximaal 11 weken terugkijken in verband met het startpunt van de data (week 1).

De berekening van het aantal wachtende zorgvragen dat door de crisis langer moet wachten verduidelijken we met een kort voorbeeld. Stel, een patiënt gaat in week 8 naar de huisarts in de provincie Utrecht met oogklachten en krijgt een verwijzing naar het ziekenhuis. De gemiddelde wachttijd voor oogheelkunde is in dit voorbeeld 6 weken. Naar verwachting zou de persoon in week 14

geholpen kunnen worden, maar het is zeer waarschijnlijk dat deze afspraak is verplaatst. Deze berekening passen we toe op alle verwijzingen vanaf 1 januari 2020 voor alle regio's en specialismen.

Een eerste schatting van het totaal aantal verwijzingen waarvan de afspraak als gevolg van covid-19 is uitgesteld of verplaatst is 293506.

### **2.3.3 Inschatting van het aantal mensen met verwijzing, maar zonder zorg**

Van deze groep kunnen we momenteel geen inschatting maken op basis van alleen de verwijzingen. Daarom beperken we ons tot de eerste twee groepen.

### 3. Urgentie

Een belangrijke parameter om het stuwmeer te kunnen duiden en te kunnen schatten hoe snel deze patiënten in de komende tijd de zorg die zij nodig hebben kunnen inhalen. is de urgentie van hun zorgvraag. Er zijn grote verschillen in de urgentie. Om deze variatie inzichtelijk te maken is een indeling gemaakt in zeven categorieën. Per combinatie van specialisme, diagnose, zorgproduct (behandeling) is een toewijzing naar één van deze categorieën gemaakt. Deze is ter validatie is voorgelegd aan een groep experts bij het Zorginstituut. Dit is voor ruim 4.300 diagnose-zorgproduct combinaties gedaan, waarmee we voor bijna 90% van de jaarlijkse patiëntenstroom een urgentie-indicatie hebben. Onderstaande tabel geeft in de eerste kolom een overzicht van de urgentie categorieën. De categorielabels geven aan binnen welke termijn de eerste zorg geleverd zou moeten worden en lopen uiteen van spoed (binnen 24 uur zorg nodig) tot uitstelbaar (> 3 maanden). Om een betere indruk te krijgen bij deze urgentie klassen bevat de tweede kolom van Tabel 1 het meest voorkomende zorgproduct binnen de urgentie categorie.

Door DIS data over 2018 te combineren met de urgentielijst hebben we in kaart gebracht hoeveel patiënten en zorgtrajecten in elke urgentie categorie vallen. Figuur 8 toont de verdeling van het aantal zorgtrajecten over de urgentiegroepen. De twee meest urgente zorgvraaggroepen hebben elk ongeveer 10 procent van het aantal zorgtrajecten. De meeste zorgtrajecten (ruim 25 procent) valt in de categorie uitstelbare zorg (G. >3 mnd in het figuur).

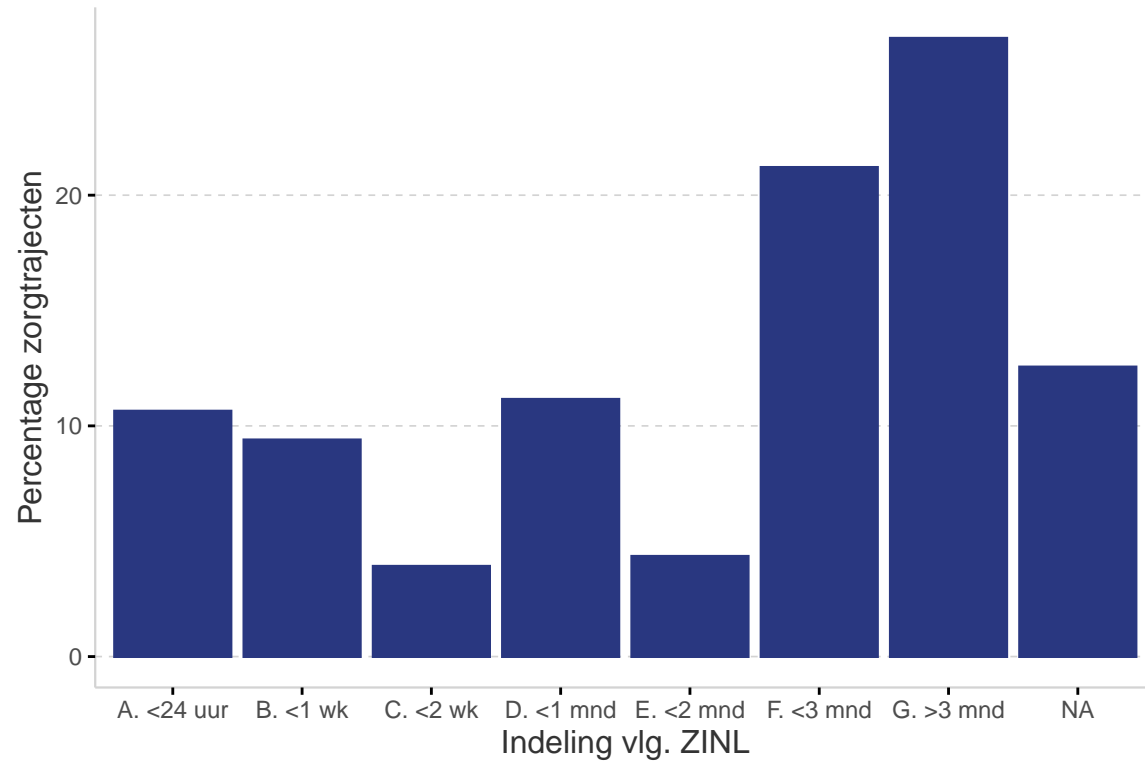
Door de koppeling met DIS (zorg die is geleverd en gedeclareerd) kunnen we ook een beeld schetsen van de aantallen patiënten, de aard van hun behandeling en de benodigde capaciteit in de loop van de tijd. De meest urgente groep betreft patiënten bij wie geen uitstel mogelijk is. Deze zorg gaat zeven dagen per week door; het betreft relatief dure trajecten met bovendien een groot deel van de zorg in de eerste week. Naarmate de urgentie lager is wordt ook de zorgintensiteit lager, vindt steeds minder zorg in het weekend plaats, en verschuift het zwaartepunt van de zorg naar latere momenten in het traject.

Tabel 1 Het meest voorkomende zorgproduct per urgentie categorie.

Categorie	Diagnose-productcombinatie
A. <24 uur	obstetrie en gynaecologie, Overige begeleiding partus inclusief complicaties, nazorg en nacontrole, Begeleiding van een spontane bevalling bij een bevalling
B. <1 wk	chirurgie, Open wond eenvoudig, bijvoorbeeld snijwonden, 1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij letsel
C. <2 wk	dermatologie, Maligne dermatosen, Een tot 2 operatie(s) bij huidkanker of voortekenen daarvan
D. <1 mnd	cardiologie, Thoracale klachten eci, Diagnostiek/ ingreep en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij pijn op de borst
E. <2 mnd	neurologie, Radiculair syndroom / HNP lumbaal-thoracaal, Diagnostiek/ ingreep en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij neurologie bij een uitstulping van de tussel
F. <3 mnd	chirurgie, Enkelvoudig, 1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij letsel
G. >3 mnd	oogheelkunde, Cataract, Staaroperatie bij een ziekte van de ooglens

Een koppeling van deze inzichten met de gegevens over verwijzingen en actuele ziekenhuisinformatie moet het in de volgende fase mogelijk maken om de achtergebleven en naar verwachting in te halen zorgvraag te prioriteren.

*Figuur 8 Percentage zorgtrajecten per urgentie categorie vastgesteld door urgentielijst te combineren met DIS data over 2018.*



## 4. Actuele productie

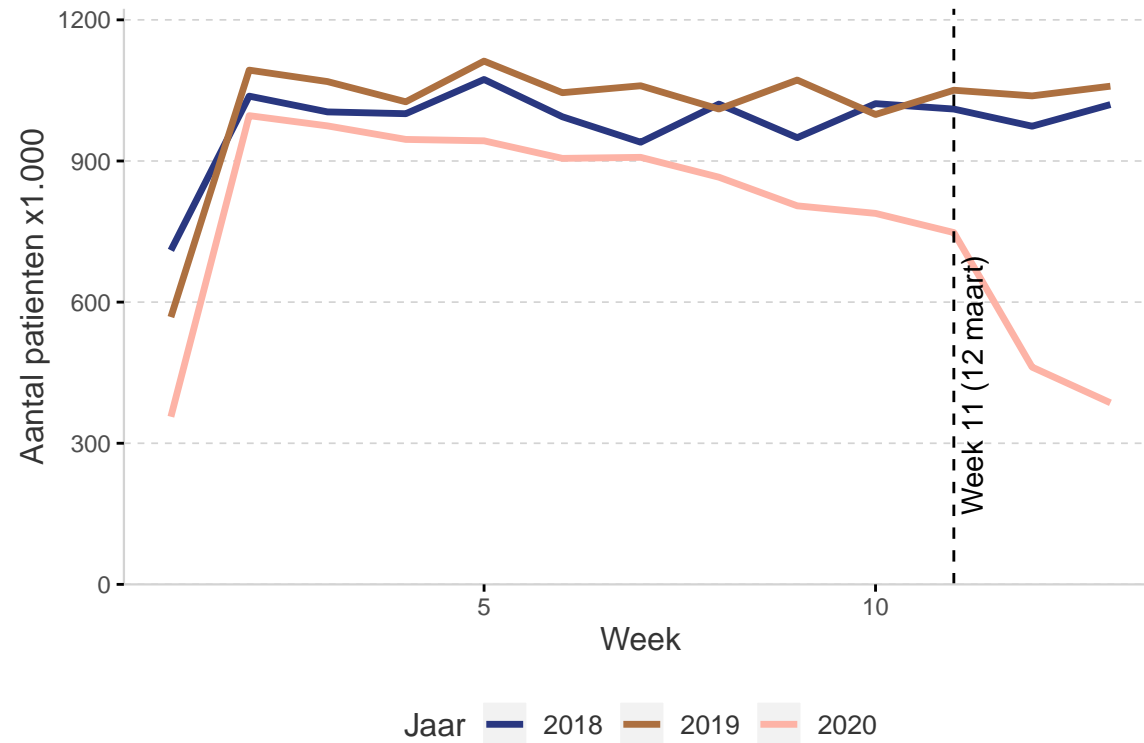
Van Dutch Hospital Data (DHD) hebben we data ontvangen over het onderhanden werk van ziekenhuizen. DHD verzamelt, beheert en bewerkt data van ziekenhuizen en beheert standaarden voor de registratie ervan. Dankzij de aanlevering hebben we inzicht in het onderhanden werk van 54 ziekenhuizen die dit versneld hebben kunnen aanleveren. Deze ziekenhuizen zijn verantwoordelijk voor ongeveer 70% van het landelijke aantal patiënten. Dit biedt ons de mogelijkheid om te kijken waar en in welke mate de productie is teruggevallen naar aanleiding van de coronacrisis. Het aantal ziekenhuizen per provincie varieert van 1 (Groningen) tot 13 (Zuid-Holland).

Het onderhanden werk omvat de productiecijfers tot en met maart 2020 (week 13). Dit is zorg die al wel aan patiënten is verleend maar nog niet is gedeclareerd. Net zoals bij de verwijzingen vergelijken we de wekelijkse cijfers met dezelfde weken in 2018 en 2019. Hierbij moet nog wel worden opgemerkt dat de cijfers van 2020 minder compleet zijn dan die van de jaren ervoor. Het onderhanden werk is versneld uitgevraagd, maar de registratie over de laatste weken loopt mogelijk nog iets achter. Dit kan nog versterkt zijn door de bijzondere omstandigheden tijdens de coronacrisis. De consequentie is dat de afname van de reguliere productie waarschijnlijk wordt overschat.

### 4.1 Patiënten

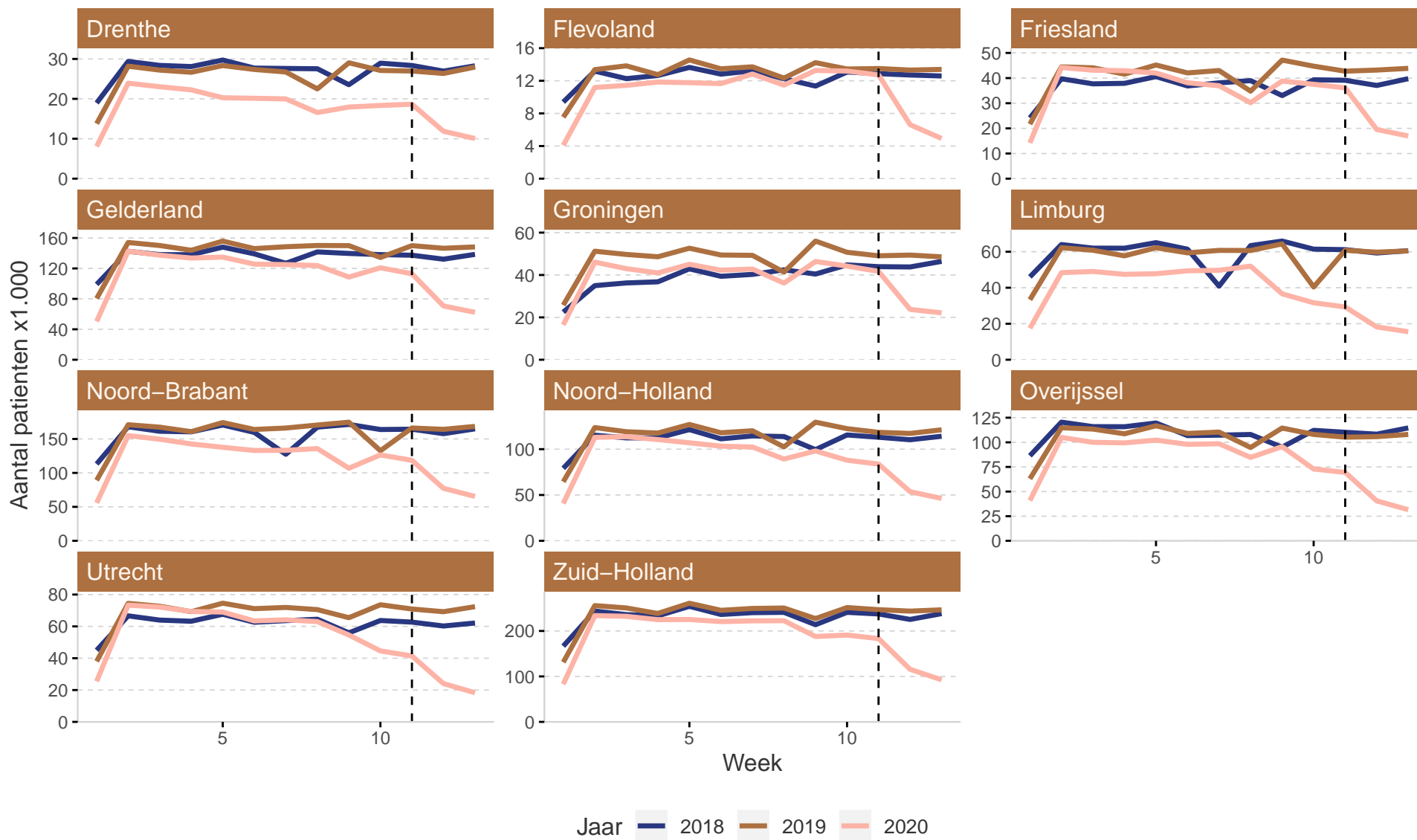
Figuur 9 geeft de landelijke ontwikkeling van het aantal patiënten per week weer. Waar het aantal patiënten in voorgaande jaren relatief constant blijft daalt het in 2020 vanaf week 2 structureel. Dit zal voornamelijk te wijten zijn aan de registratieachterstand. Na week 11 is er een sterke daling te zien die vervolgens weer wat afzwakt. Het is niet mogelijk om het effect van de coronacrisis te schatten op de productie. Dit heeft ermee te maken dat we verwachten dat het registratie-effect niet-lineair is en steeds groter wordt naarmate we dichterbij week 13 komen. Het registratie-effect kunnen we ook niet schatten op basis van historische gegevens omdat deze niet voorhanden zijn. We gaan met de ziekenhuizen in gesprek om te kijken of het mogelijk is een completer en actueler beeld te krijgen.

Figuur 9 Aantal patiënten in het onderhanden werk 2018-2020 per week

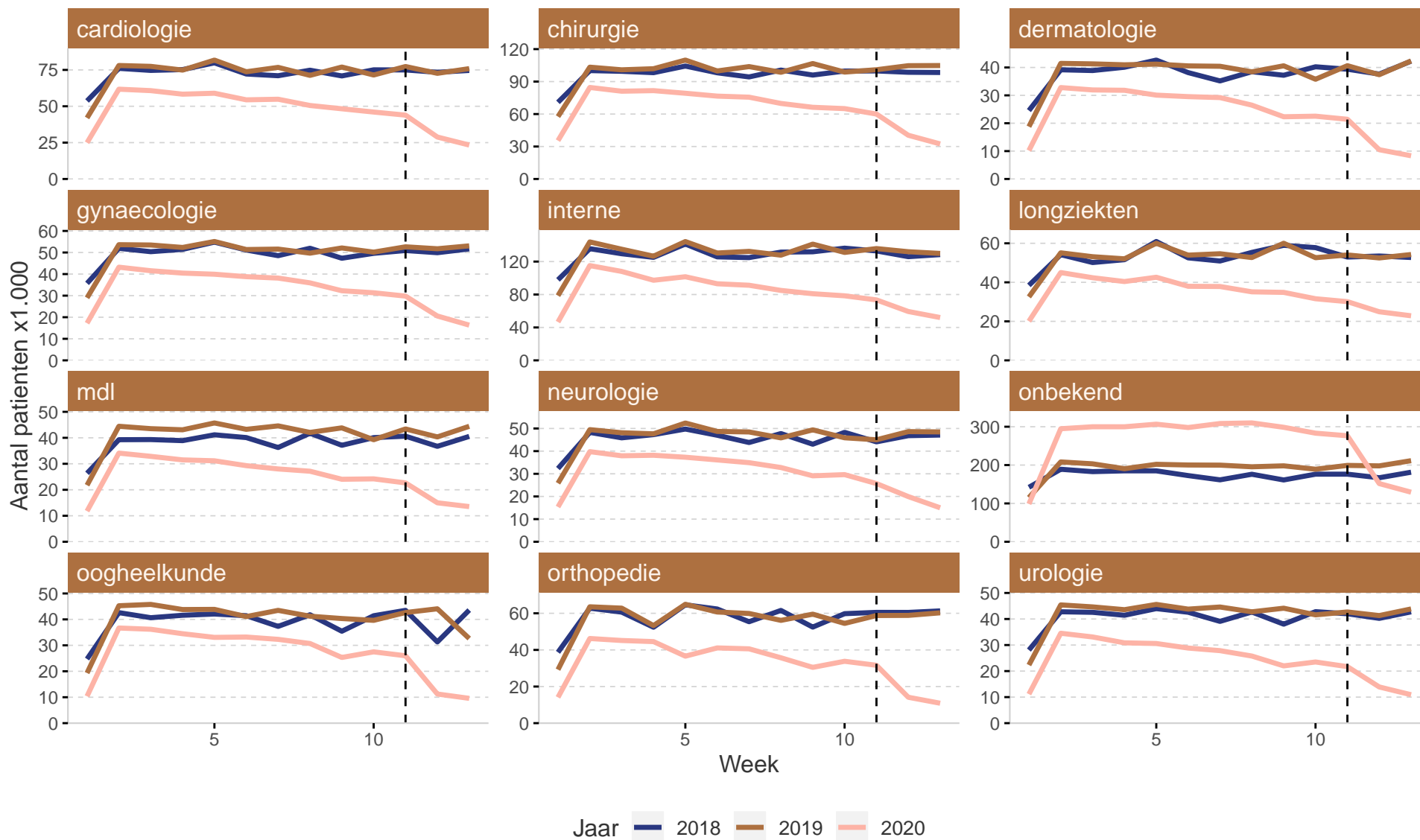


In Figuur 10 en 11 splitsen we het aantal patiënten uit naar provincie en specialisme. Op het niveau van provincies zien we grote verschillen, vooral in het registratie-effect. In de provincies Groningen en Flevoland lijkt dit minimaal, maar in de grotere provincies met meer ziekenhuizen is het registratie-effect prominenter aanwezig (Noord-Brabant, Noord-Holland). Tussen specialismen zien we dit minder verschillen, afgezien van de specialismen longziekten en interne geneeskunde. Dat deze specialismen na week 11 geen terugval laten zien zou te maken kunnen hebben met de aard van het virus.

Figuur 10 Aantal patiënten in het onderhanden werk 2018-2020 per provincie.



Figuur 11 Aantal patiënten in het onderhanden werk 2018-2020 per specialisme.

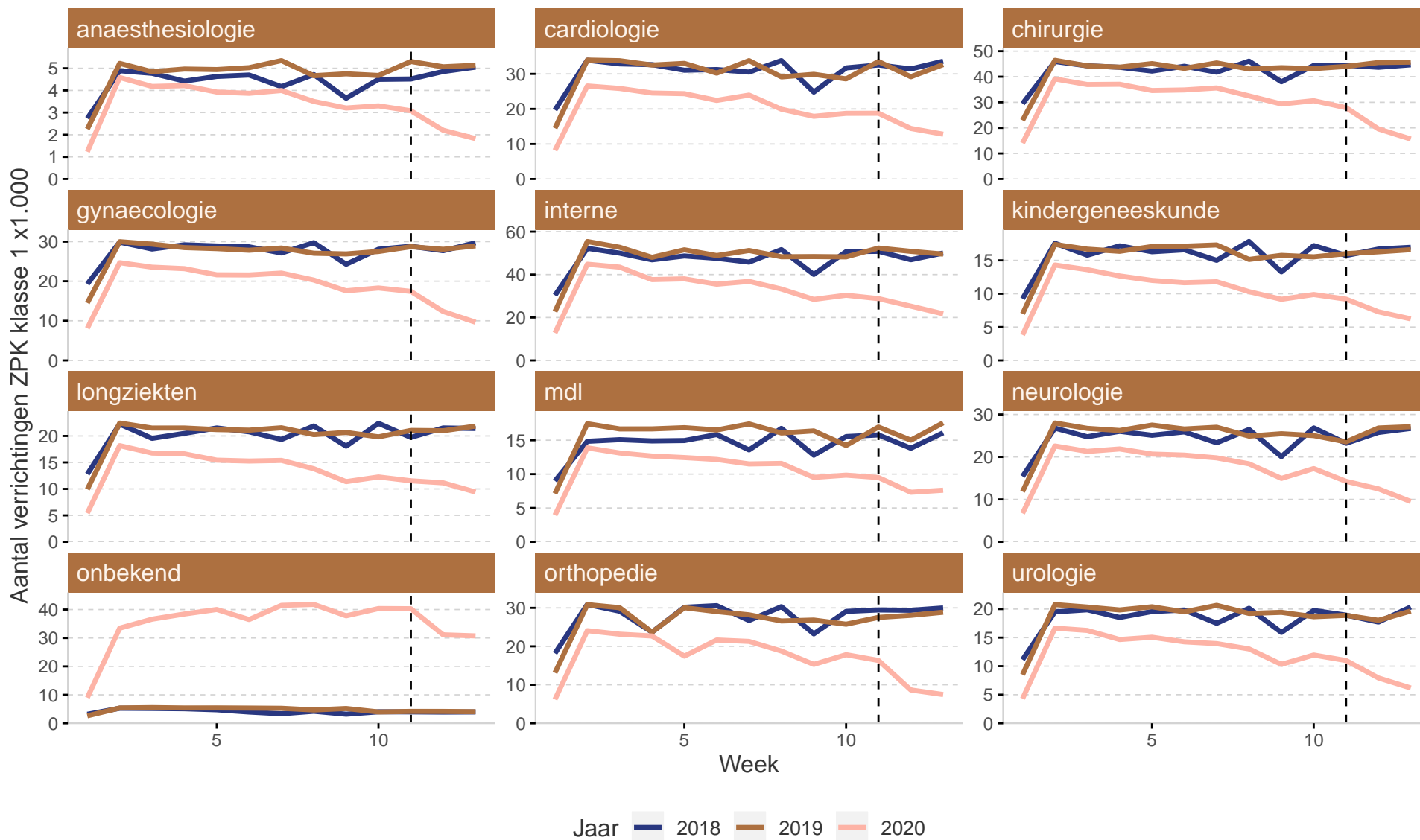




## 4.2 Verrichtingen

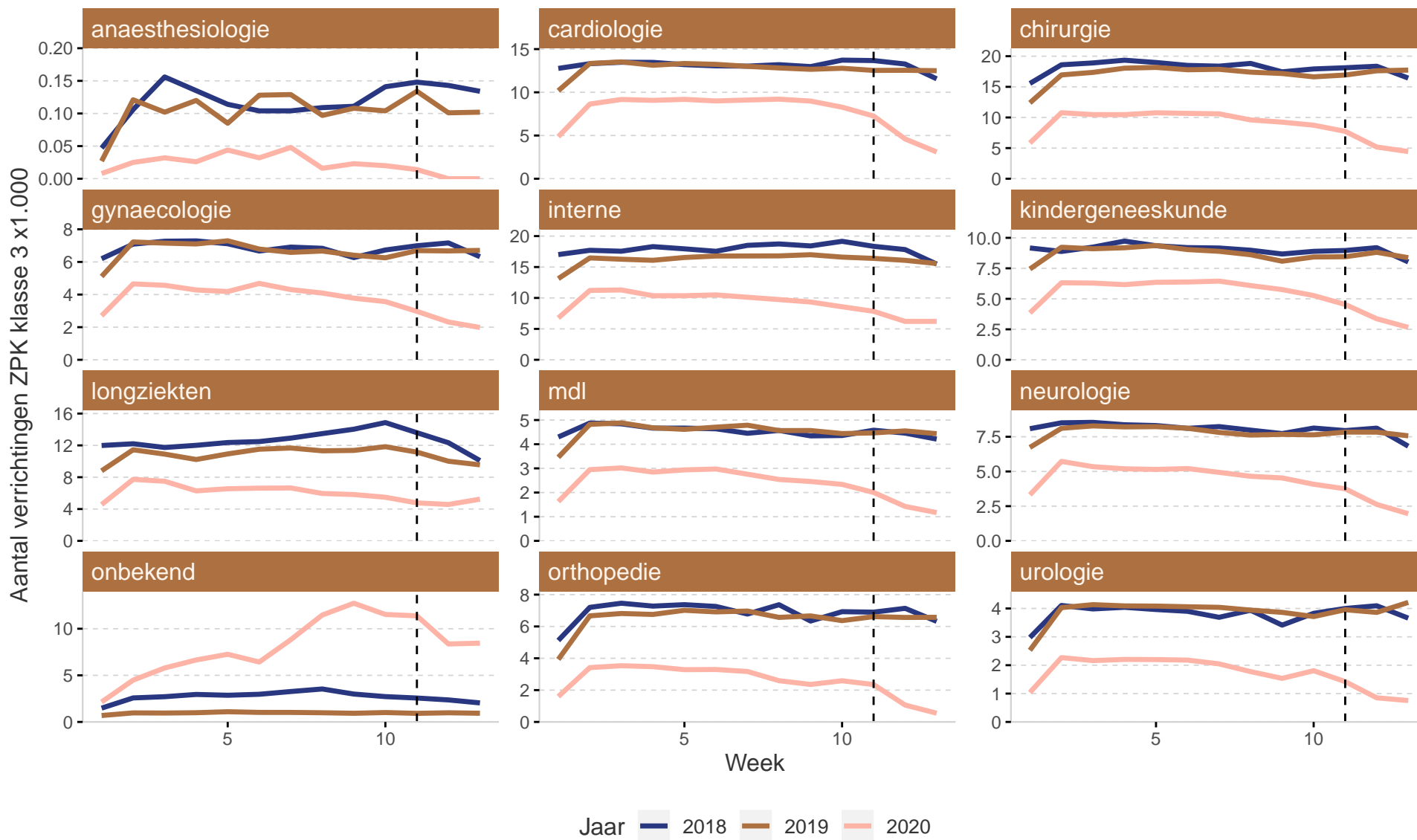
Naast het aantal patiënten kunnen we ook kijken naar het aantal activiteiten. Omdat de verschillen tussen provincies moeilijk te duiden zijn beperken we ons nu tot de uitsplitsing naar specialismen. Figuur 12 geeft het aantal polikliniekbezoeken (inclusief belconsulten/e-consulten) per specialisme weer. Ook hier lijkt de kleinste daling sinds het begin van de crisis zich voor te doen bij longziekten.

Figuur 12 Aantal polikliniekbezoeken (zorgprofielklasse 1) per specialisme.

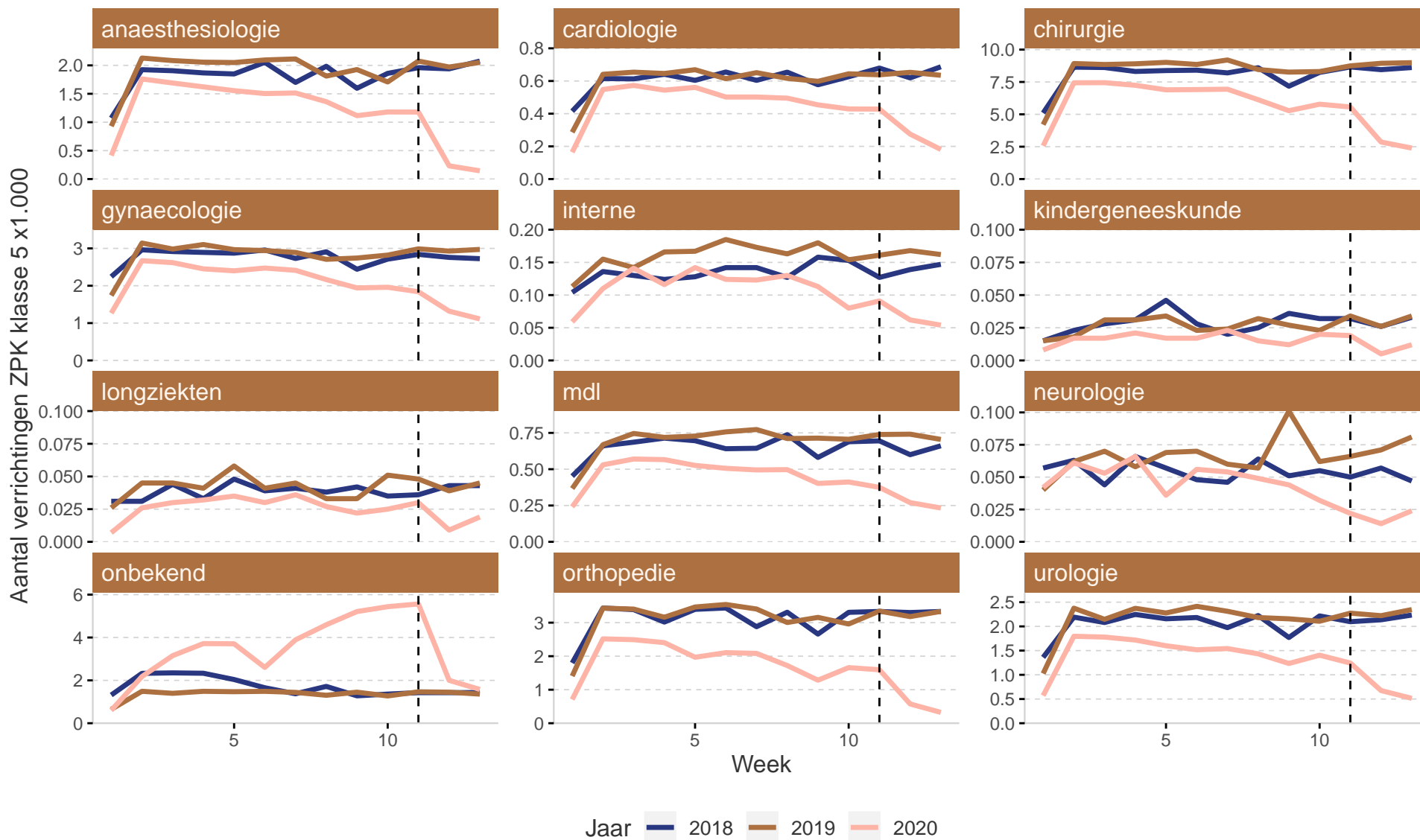


Figuur 13 en 14 laten het aantal klinische opnames en het aantal operaties zien per specialisme. Bij klinische opnames valt op dat het aantal verrichtingen na week 11 - ondanks de registratieachterstand -bij interne geneeskunde constant is en zelfs stijgt bij longziekten. Bij het aantal operaties zien we een wat gemengder beeld, zo laat bijvoorbeeld ook het specialisme neurologie tekenen van herstel zien.

Figuur 13 Aantal klinische opnames (zorgprofielklasse 3) per specialisme.



Figuur 14 Aantal operaties (zorgprofielklasse 5) per specialisme.



## 5. Vervolgstappen

In dit rapport hebben we voor het eerst inzicht gegeven in de gevolgen van de corona uitbraak voor de urgente planbare zorg. We zijn ZorgDomein, DHD en de betrokken ziekenhuizen dankbaar voor alle hulp en de snelheid waarmee de eerste data bestanden zijn opgeleverd. Het Zorginstituut zijn we erkentelijk voor het valideren van de lijst, net als de LCPS en medisch specialisten die de oorspronkelijke lijst hebben samengesteld.

We brengen wekelijk een geactualiseerde versie uit die we in overleg met de dataleveranciers (Zorgdomein en DHD) uitbreiden en verbeteren. Als eerste willen we wachtlijstgegevens verzamelen en die aansluiten op de afspraken over de prioritering op basis van urgentie.