

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

NZa  
*update 17 juni 2020*



# Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding</b>	<b>4</b>
1.1 Bronnen	4
1.2 Regionale indeling	5
1.3 Bepaling urgentie	5
1.4 Opzet	5
1.5 Samenvatting	6
1.5.1 Zorg niet geleverd	6
1.5.2 Minder verwijzingen	6
1.5.3 Urgentie zorg	7
1.5.4 Ontwikkelingen ten opzichte van vorige versie	7
<b>2. Verwijzingen ZorgDomein</b>	<b>8</b>
2.1 Data	8
2.2 Resultaten verwijzingen	10
2.2.1 Landelijke verwijzingen	10
2.2.2 Verwijzingen per provincie, ROAZ regio en specialisme	11
2.2.3 Verwijzingen per type	15
2.3 Schatting stuwmeer	19
2.3.1 Schatting van het aantal ontbrekende verwijzingen doordat mensen niet naar de huisarts zijn gegaan	19
2.3.2 Schatting van het aantal verwijzingen dat niet is opgevolgd ondanks dat de wachttijd is verstreken	21
2.3.3 Schatting van het aantal verwijzingen tijdens de coronacrisis dat niet is opgevolgd	21
<b>3. Urgentie</b>	<b>22</b>
<b>4. Actuele productie</b>	<b>27</b>
4.1 Registratie-effect	27
4.2 Patiënten	29
4.3 Verrichtingen	34
<b>5. Vervolgstappen</b>	<b>39</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, Dutch Hospital Data (DHD) 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, NVZ, DHD en LBZ 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. De NZa verwerkt voor deze rapportage geen gegevens van individuele ziekenhuizen.

## 1.2 Regionale indeling

Met ingang van het rapport van week 20 presenteren we ook cijfers per Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) regio. Figuur 1 geeft deze indeling weer.

## 1.3 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.

## 1.4 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 14 juni 2020 (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.

Figuur 1 ROAZ indeling



## 1.5 Samenvatting

Dit 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?

### 1.5.1 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). Na week 13 blijft het aantal patiënten stabiel. Met name het aantal operaties loopt in mei weer op.

### 1.5.2 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 neemt het aantal verwijzingen weer gestaag toe met uitzondering van de meivakantie. Inmiddels ligt het aantal verwijzingen nagenoeg op het niveau van de weken voor de coronacrisis.

Wij schatten dat huisartsen als gevolg van de coronacrisis ruim 768 duizend minder verwijzingen naar het ziekenhuis hebben gedaan dan verwacht. Dit getal is exclusief de verwijzingen die al eerder zijn uitgegeven, maar waarvoor de zorg door de crisis mogelijk is uitgesteld.

### 1.5.3 Urgentie zorg

Van ongeveer 90% van de zorg weten we op basis van de separaat gepubliceerde 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

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.

### 1.5.4 Ontwikkelingen ten opzichte van vorige versie

- Het verwijzsvolume is inmiddels vrijwel gelijk aan het verwijzsvolume in de weken voor het begin van de coronacrisis. Omdat we de komende periode geen grote veranderingen verwachten zullen we dit hoofdstuk in de volgende rapportage herzien.
- Het aantal patiënten is stabiel. Rekening houdend met het registratie-effect lijkt zich in sommige regio's en bij bepaalde specialismen een lichte stijging af te tekenen in mei. Algemene ziekenhuizen, die in maart sneller afschaalden, herstellen nu meer dan academische ziekenhuizen.
- Met name het aantal operaties loopt weer op. Polikliniek en opnames laten nog geen stijging zien. Meespeelt dat ziekenhuizen hun poliklinische activiteiten nu vaker combineren. Bij klinische opnames speelt het registratie-effect een rol.
- Urgente zorg heeft vanaf week 11 voorrang gekregen boven minder urgente zorg. Dit verschil lijkt in mei kleiner te zijn geworden.

## 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, ROAZ regio, 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>1</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 moet rekening gehouden worden met een aantal zaken:

- 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 naar het ziekenhuis gaat. Dit effect kan door angst voor besmetting groter zijn dan normaal.
- Verwijzingen zijn niet op patiëntniveau, sommige patiënten krijgen meer dan een 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 huisartsen 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:

---

<sup>1</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.

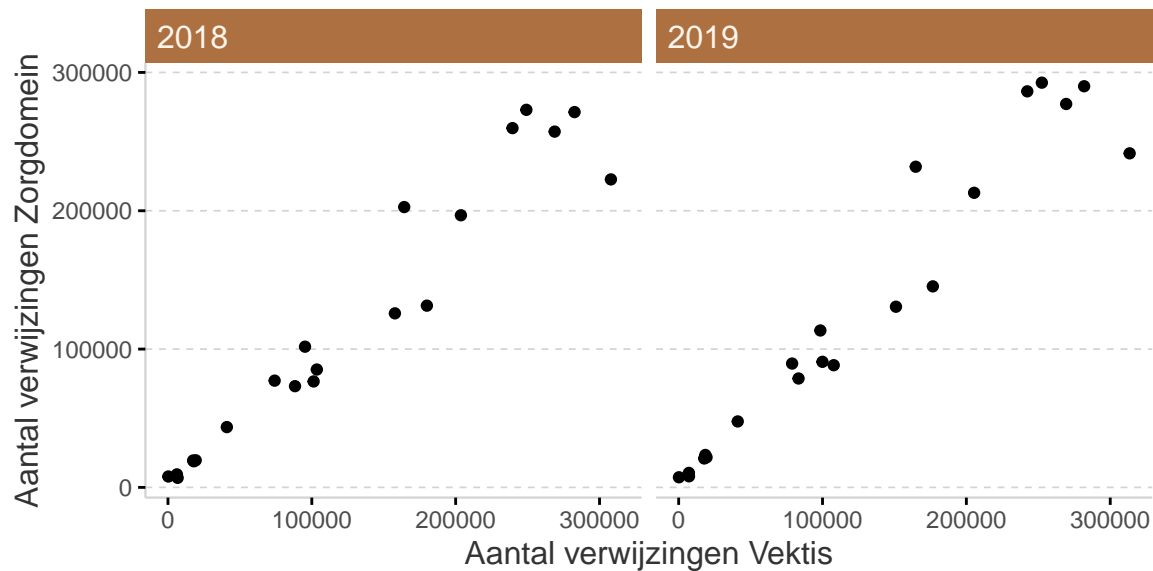


- Niet iedere verwijzing zal resulteren in een zorgtraject.
- De periodes worden een op een vergeleken, terwijl een verwijzing ook later opgevolgd kan worden.
- De dekking van ZorgDomein is niet volledig.

Figuur 2 geeft de relatie tussen de verwijzingen in ZorgDomein en de zorgtrajecten in Vektis. Elk datapunt staat voor een NZa specialisme. In totaal kunnen we 97.7% 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 2 Dekking gegevens ZorgDomein*

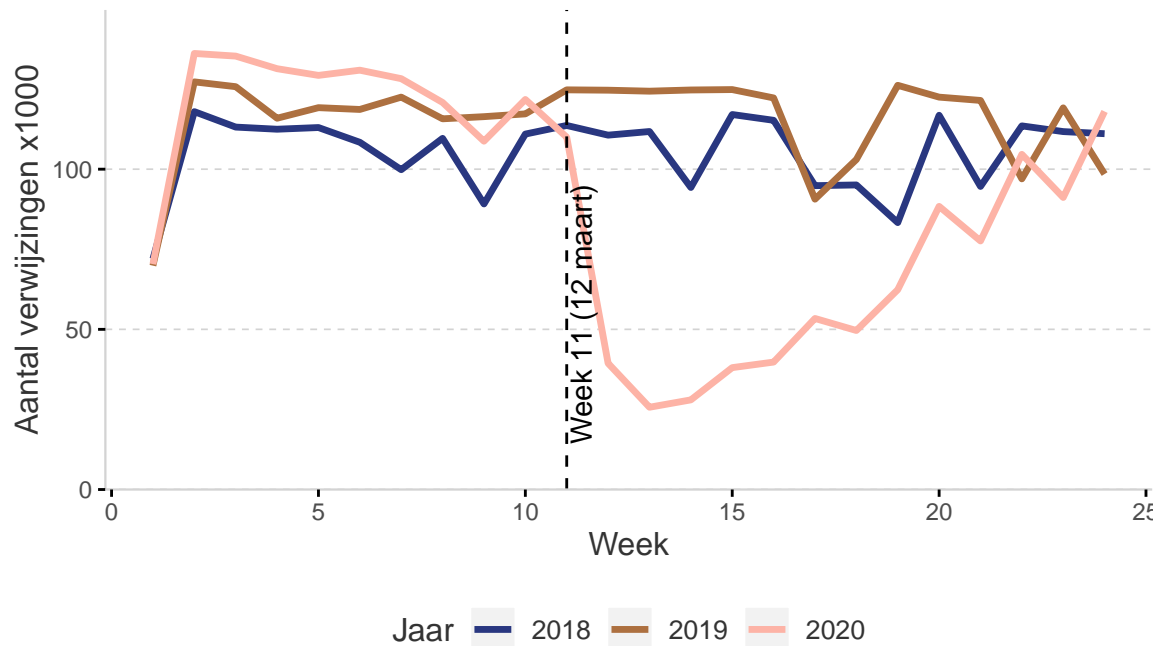


## 2.2 Resultaten verwijzingen

### 2.2.1 Landelijke verwijzingen

In Figuur 3 wordt het landelijke verwijzingsvolume getoond voor de eerste 24 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 39 duizend in week 12, 26 duizend in week 13 en 28 duizend in week 14. Inmiddels ligt het verwijzingsvolume nagenoeg weer op het niveau van de weken voor de coronacrisis. In week 24 hebben 118 duizend verwijzingen plaats gevonden. Dit is ruim viermaal zoveel ten opzichte van het minimum in week 13.

Figuur 3 Landelijk verwijzingsvolume 2018-2020 per week



### 2.2.2 Verwijzingen per provincie, ROAZ regio en specialisme

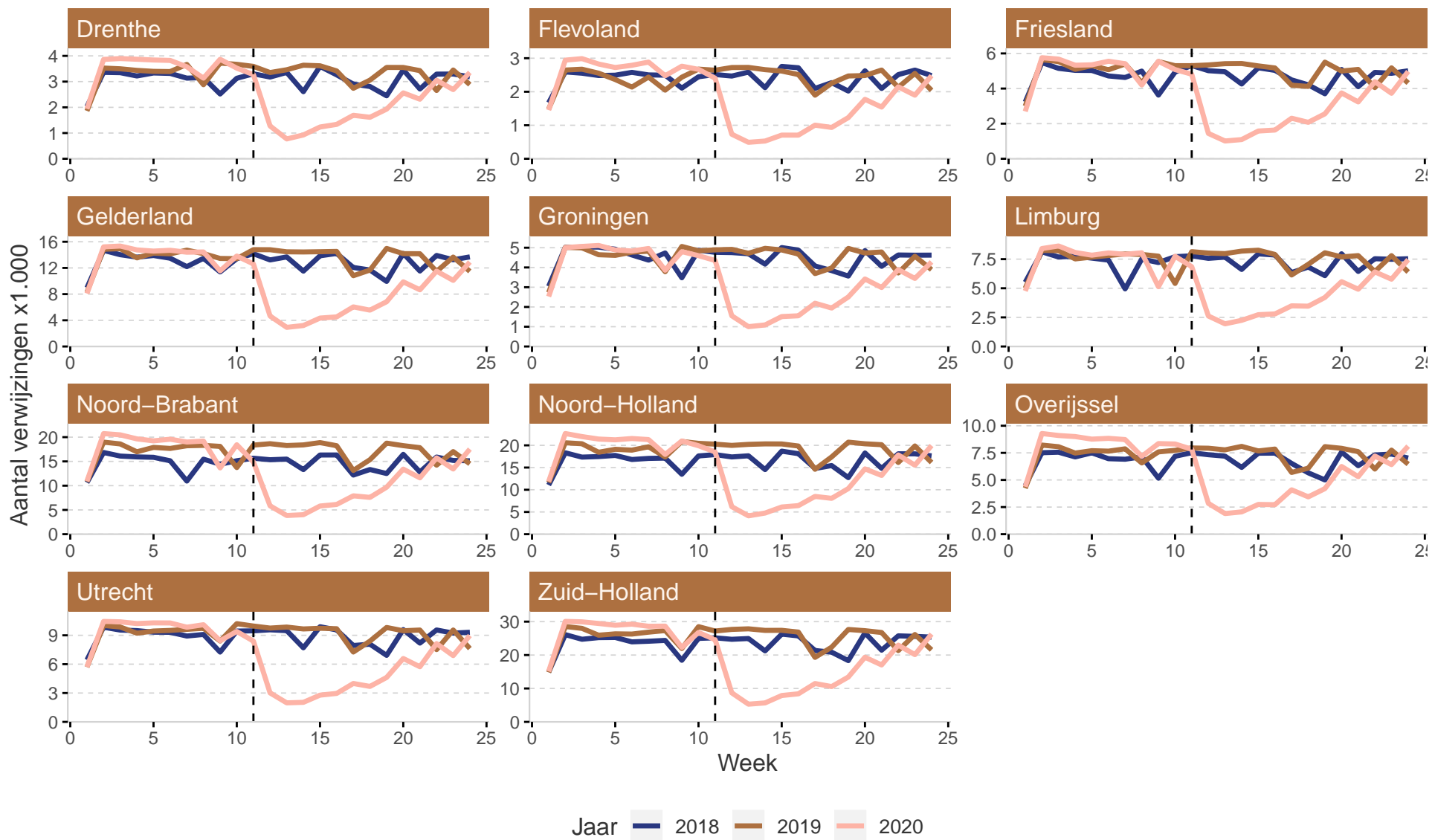
In Figuur 4 en 5 wordt het verwijzvolume uitgesplitst naar provincie en ROAZ regio. Een uitsplitsing naar specialisme volgt in Figuur 6. Voor het specialisme wordt het ZorgDomein specialisme gebruikt en we laten alleen de 12 specialismen zien waarnaar het meest verwezen wordt in 2020.<sup>2</sup> In 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:

- Alle specialismen in week 24 op minimaal 88% van het aantal verwijzingen zit ten opzichten van het gemiddelde over week 2 tot en met week 11. Het hoogste en laagste percentage (102% en 88%) vinden we bij Gynaecologie / verloskunde en KNO-heelkunde.
- Specialismen waarbij de initiële daling relatief meevalt zijn cardiologie (sneller herstel) en gynaecologie (minder daling). In week 24 zijn er 6.4 duizend cardiologie verwijzingen, dit is 99% van het gemiddelde aantal verwijzingen over week 2 tot en met week 11 van 2020 (6.5 duizend). Gynaecologie zit inmiddels op 102% ten opzichte van de eerste weken van dit jaar.
- In week 20 stijgt voor het eerst sinds het begin van de coronacrisis ook bij longziekten het aantal verwijzingen sterk. Het huidige niveau (week 24) is 93%.
- Inmiddels ligt het verwijzvolume weer bijna op het oude niveau, dit geldt voor alle specialismen en regio's.

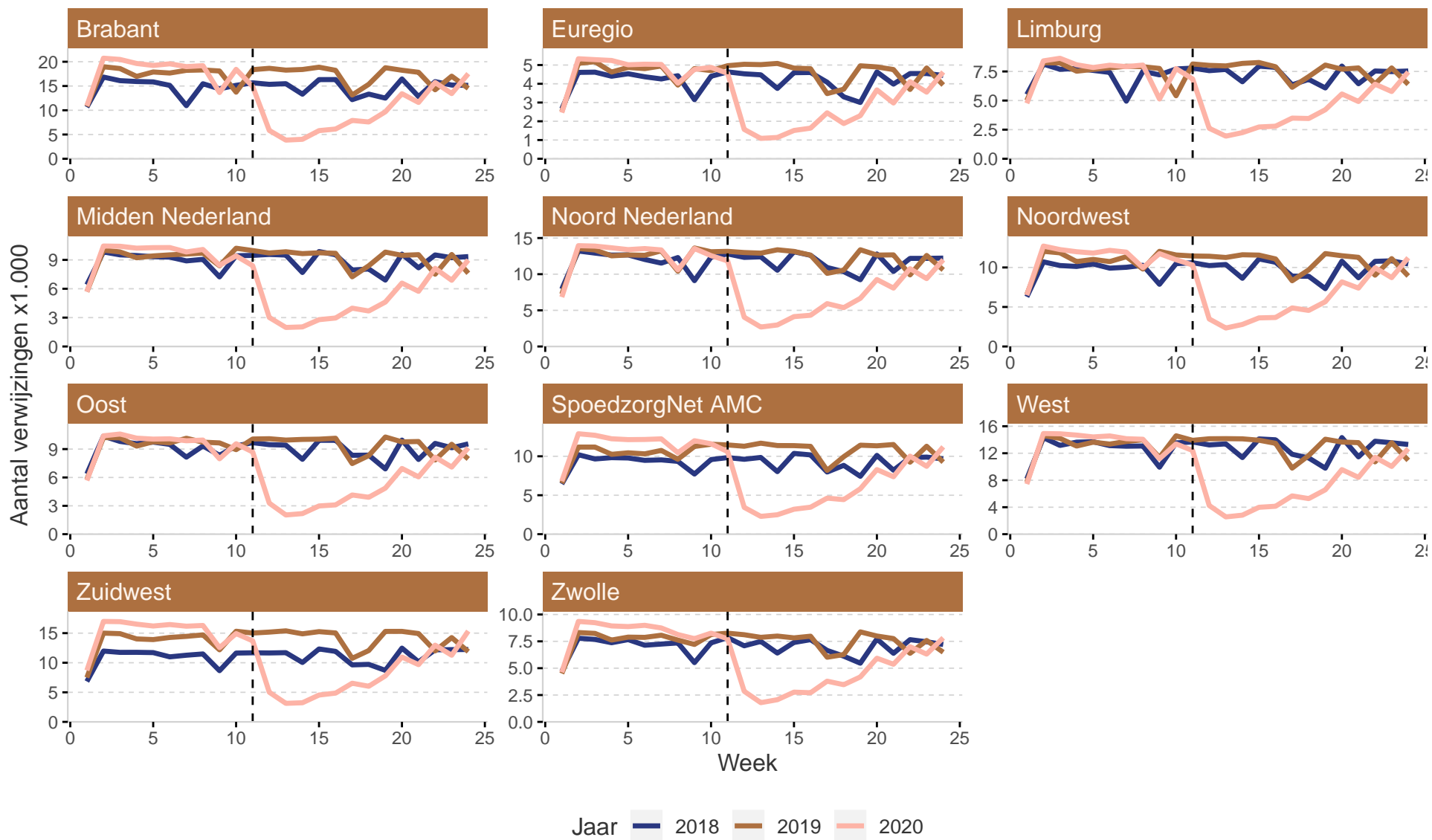
---

<sup>2</sup> De selectie van specialismen kan afwijken van eerdere versies van dit rapport doordat het totaal van verwijzingen over 2020 na elke nieuwe week anders is.

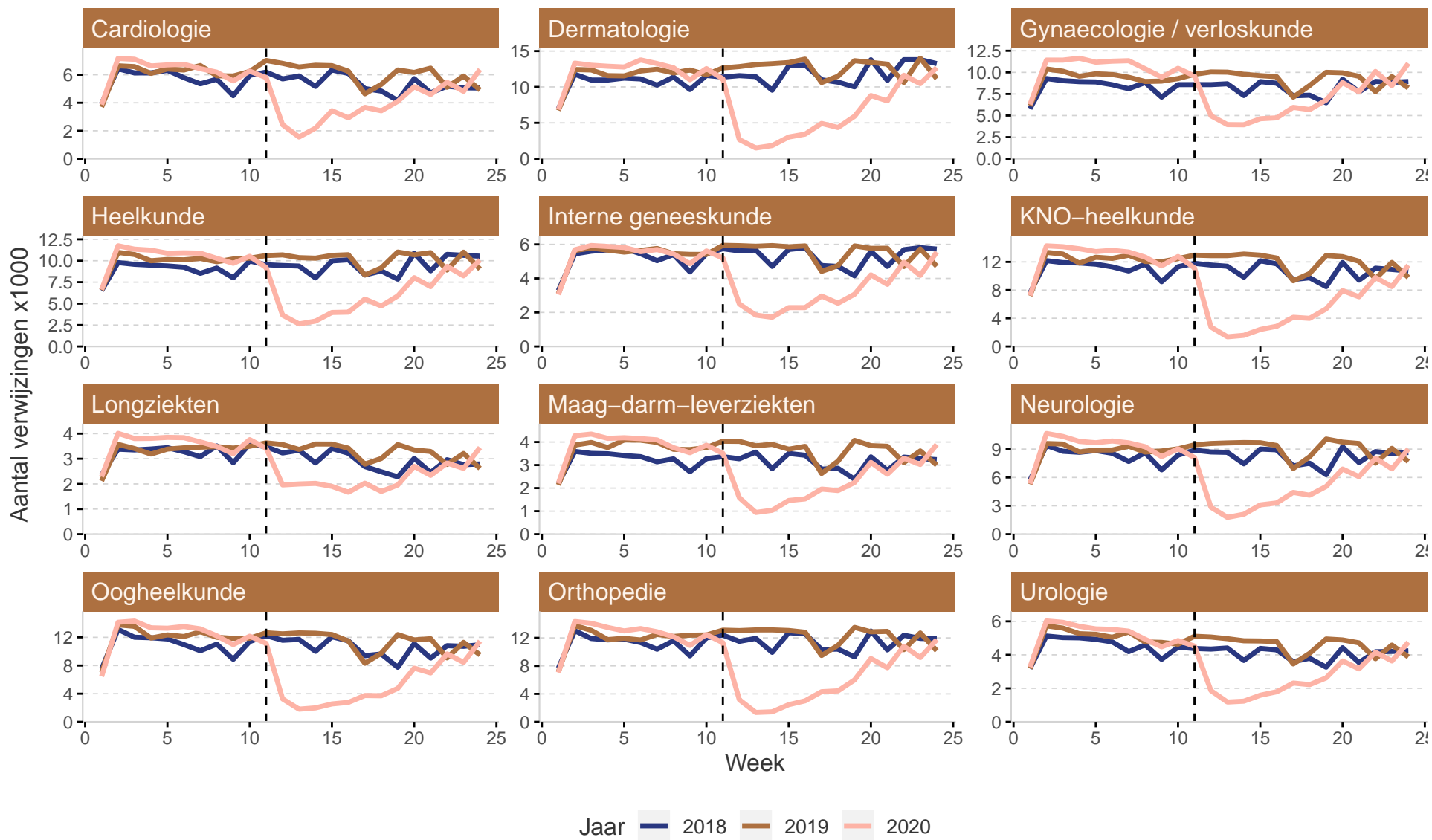
Figuur 4 Verwijsvolume per provincie per week



Figuur 5 Verwijzingsvolume per ROAZ regio per week



Figuur 6 Verwijzingsvolume grootste 12 ZorgDomein specialismen per week

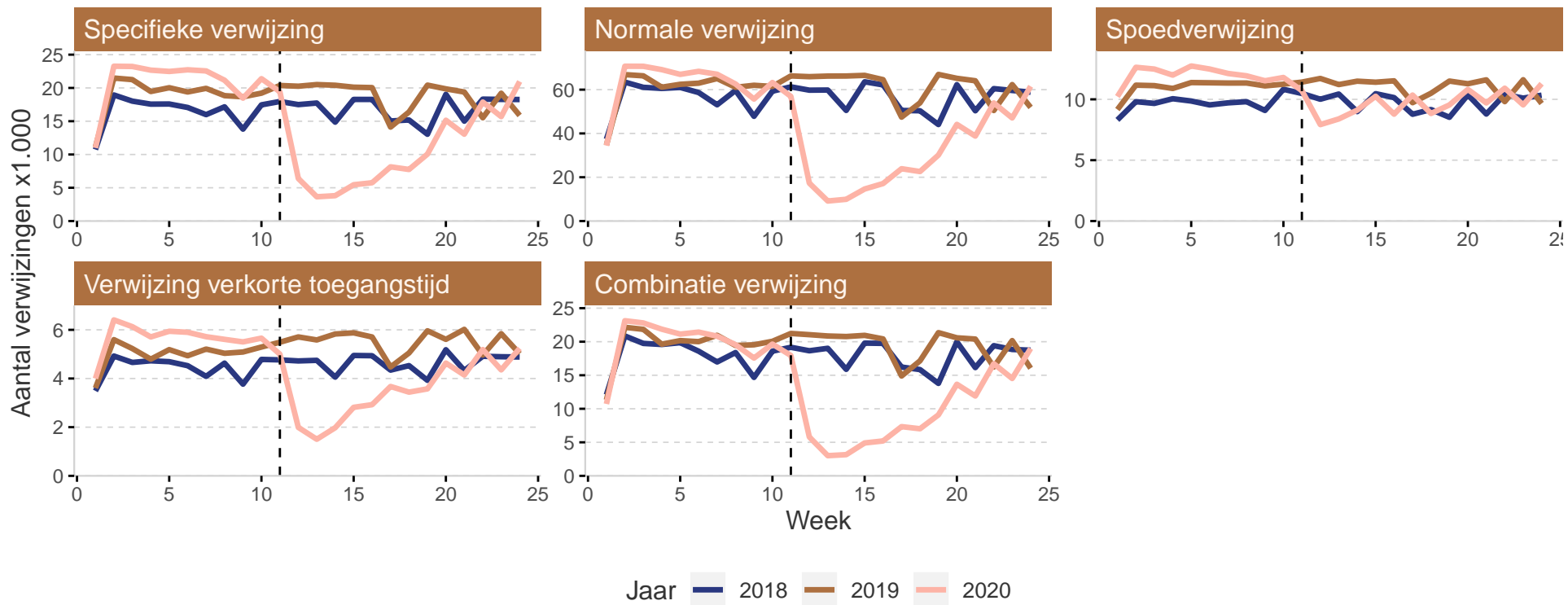


### **2.2.3 Verwijzingen per type**

De gegevens van ZorgDomein bevatten ook informatie over het type verwijzing. Zoals te zien is in Figuur 7 kent alleen de categorie spoedverwijzingen vrijwel geen terugval en zijn deze bijna weer op het oude niveau. Alle andere verwijstypes vallen sterk terug, waaronder de reguliere verwijzingen en de verwijzingen met verkorte toegangstijd. Deze laatste categorie neemt weer wel snel toe en is weer bijna terug op het niveau van voorgaande jaren.

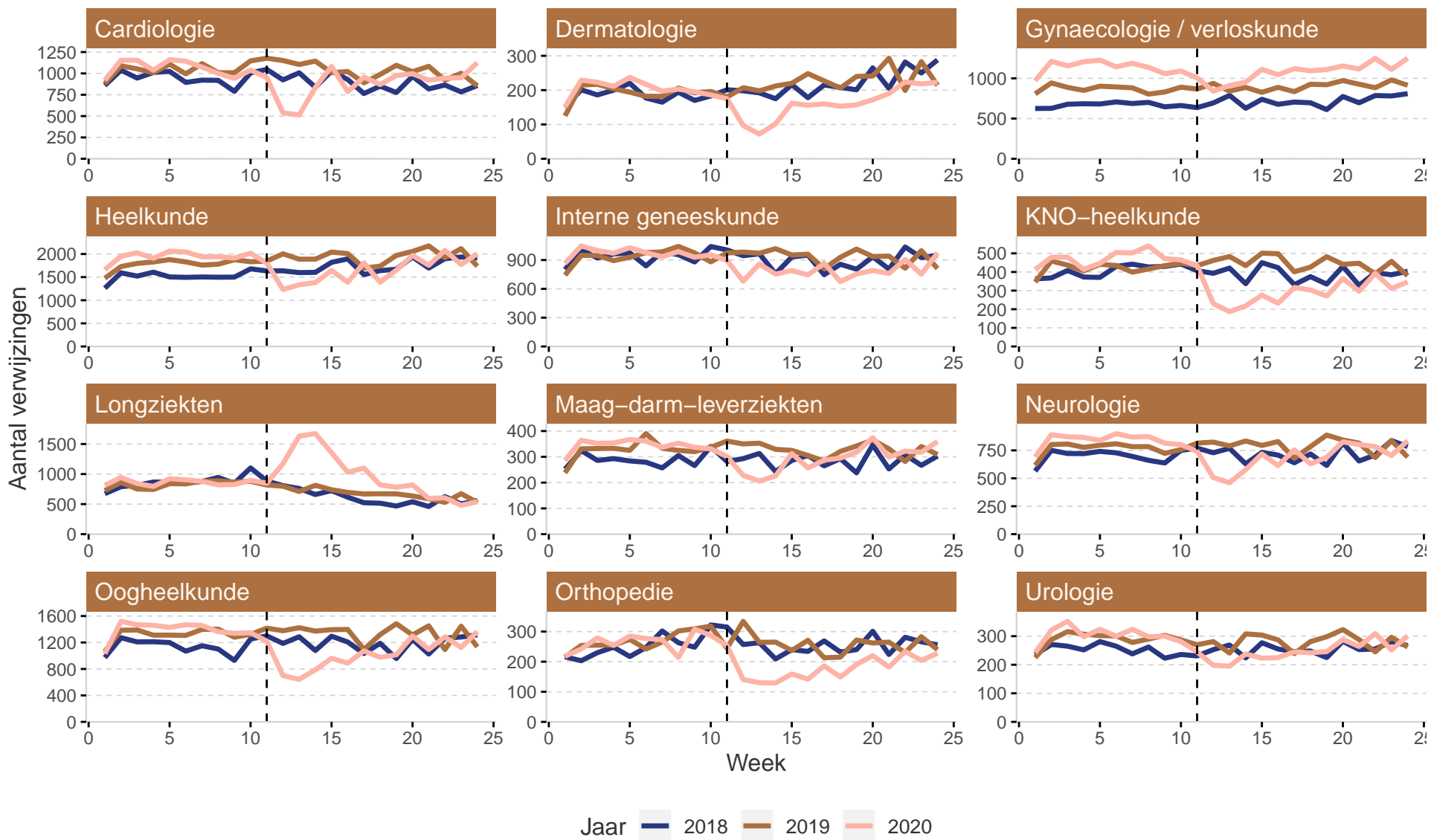
In Figuur 8 splitsen we de spoedverwijzingen uit naar specialisme. Bij het specialisme longziekten neemt het aantal spoedverwijzingen in eerste instantie juist toe, waarschijnlijk als gevolg van de corona-uitbraak. Inmiddels ligt het aantal spoedverwijzingen bij alle specialismen weer op het oorspronkelijke niveau. Het aantal verwijzingen met een verkorte toegangstijd wordt, voor de 12 grootste specialismen, weergegeven in Figuur 9. Hierbij valt op dat alleen orthopedie enigszins achterblijft.

Figuur 7 Verwijzingsvolume per type verwijzing per week

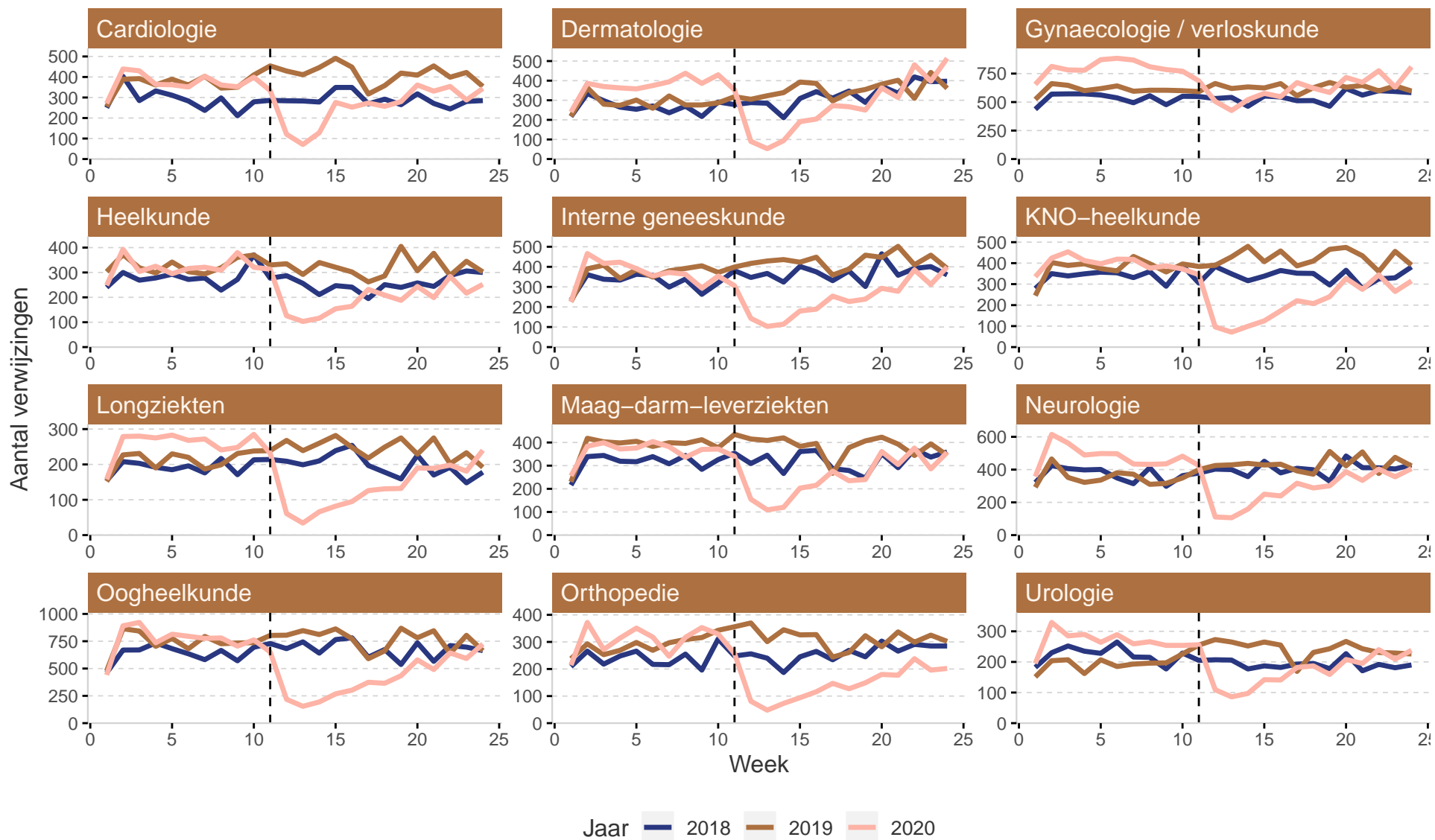




Figuur 8 Verwijzingsvolume spoedverwijzing per specialisme per week



Figuur 9 Verwijzvolume verkorte toegangstijd per specialisme 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 tijdens de crisis.
- Mensen die op de wachtlijst stonden voor de coronacrisis begon en door de crisis nog niet zijn geholpen.
- Mensen die tijdens de crisis 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 Schatting van het aantal ontbrekende verwijzingen doordat mensen niet naar de huisarts zijn gegaan

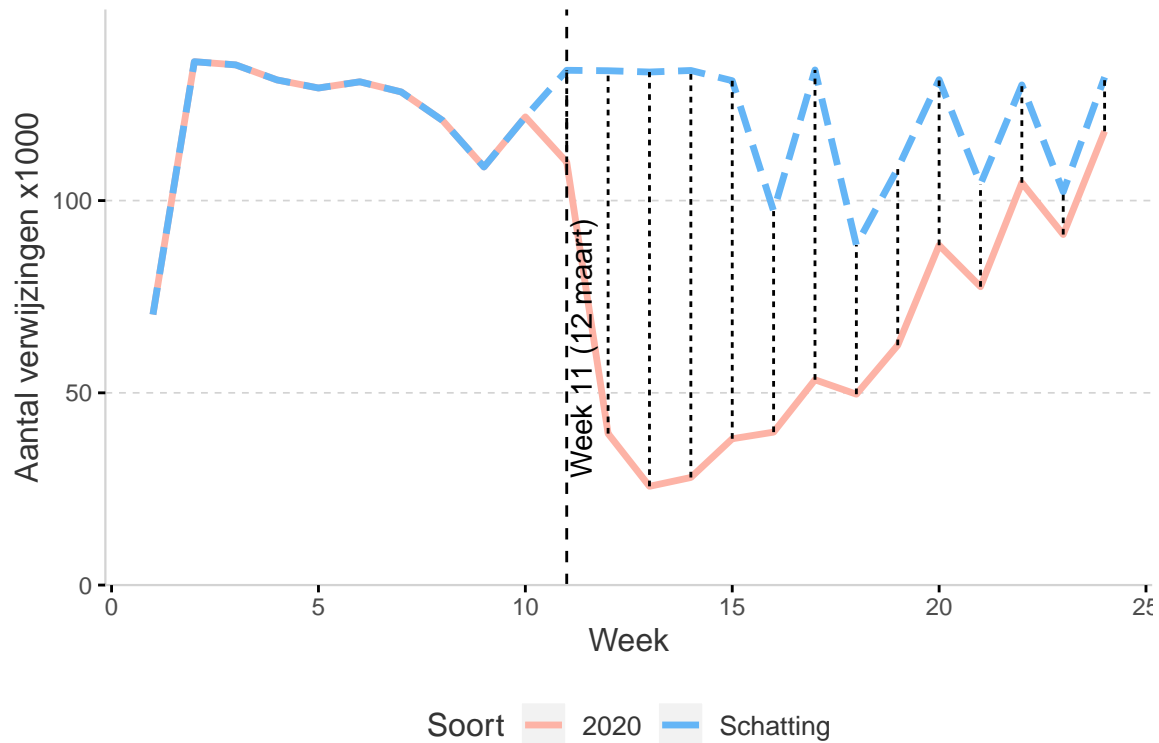
Om een inschatting te maken van het aantal verwijzingen dat niet is gedaan doordat mensen niet naar de huisarts zijn gegaan moeten we het aantal verwijzingen schatten in het geval de coronacrisis niet zou hebben plaatsgevonden. Dit doen we op de volgende manier:

1. Bepalen van het aantal verwijzingen per werkdag per week.
2. Bepalen gemiddelde aantal verwijzingen per werkdag voor week 2 tot en met 10 in 2019 en 2020 (uitgezonderd vakantieweken). Dit is de referentieperiode.
3. Voor 2019 per week vanaf week 11 bepalen van de procentuele afwijking ten opzichte van het gemiddelde van de referentieperiode in 2019. Dit noemen we het wekeffect.
4. Na week 10 vermenigvuldigen we het gemiddelde van de referentieperiode van 2020 met het wekeffect. Dit vermenigvuldigen we vervolgens met het aantal werkdagen in de betreffende week.
5. Voor Pasen en Goede Vrijdag maken we een uitzondering, hierbij gebruiken we het wekeffect van de week waarin de feestdag viel in 2019 (wekeffecten week 16/17 in 2019 gebruiken we voor week 15/16 in 2020). De meivakantie viel in 2019 ook in week 18, hiervoor hoeven we geen correctie toe te passen.

We gebruiken 2018 niet omdat het aantal verwijzingen in 2018 structureel lager lag dan in 2019 en 2020. Een verklaring hiervoor kan zijn dat er in 2018 minder huisartsen en of ziekenhuizen op ZorgDomein waren aangesloten.

Uiteindelijk nemen we het verschil tussen het verwachte aantal verwijzingen en het daadwerkelijke aantal in 2020 (zie Figuur 10). Het gaat in totaal om ruim 768 duizend minder verwijzingen dan dat we zouden verwachten zonder crisis. Op dit moment ligt het aantal verwijzingen op 89% van het verwachte aantal verwijzingen zonder coronacrisis. Er zit inmiddels bijna geen verschil meer tussen het daadwerkelijke aantal verwijzingen en het verwachte aantal.

Figuur 10 Schatting stuwmeer verwijzingen



### **2.3.2 Schatting van het aantal verwijzingen dat niet is opgevolgd ondanks dat de wachttijd is verstreken**

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 patiënten 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.

Doordat niet alle zorg stilstond na week 11 is de uitkomst van bovenstaande berekening een overschatting van het totaal aantal getroffen patiënten. Totdat we kunnen corrigeren voor de zorg die wel plaats heeft gevonden zullen we geen schattingen meer geven van het aantal patiënten met een verwijzing van voor week 11 waarvan de zorg is uitgesteld door de coronacrisis.

### **2.3.3 Schatting van het aantal verwijzingen tijdens de coronacrisis dat niet is opgevolgd**

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 houden we de indeling naar urgentie van het Zorginstituut en het LCPS aan. Per combinatie van specialisme, diagnose, zorgproduct (behandeling) is een toewijzing naar één van deze categorieën gemaakt. Deze hebben we laten valideren door 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.

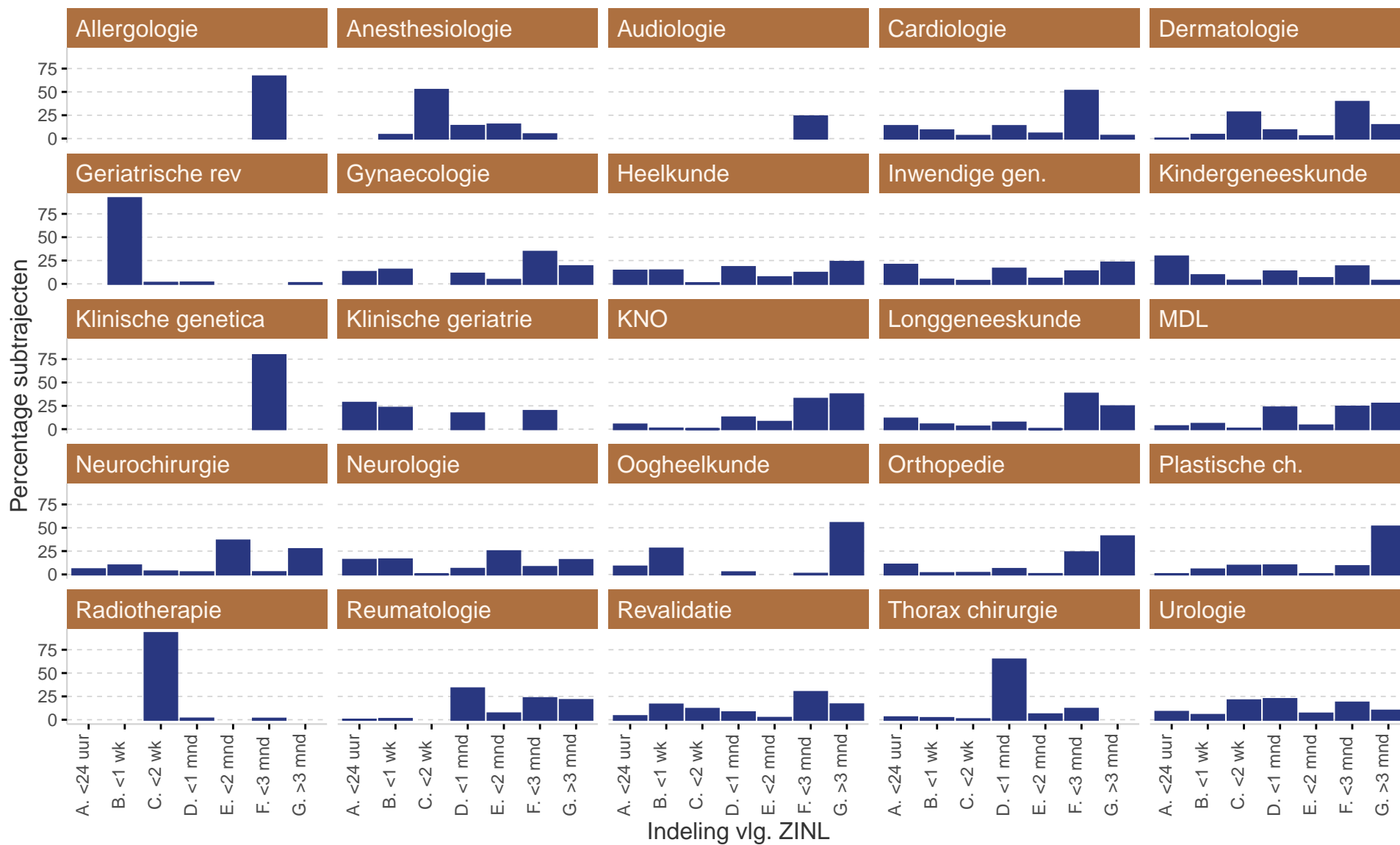
Er worden 7 urgentieklassen onderscheiden. Hieraan zijn categorielabels gekoppeld met een letter (A t/m F), en een termijn waarbinnen de eerste zorg geleverd zou moeten worden. Deze lopen uiteen van spoed (A: binnen 24 uur zorg nodig) tot uitstelbaar (F: kan eventueel 3 maanden of langer wachten). Een voorbeeld van de eerste categorie is de begeleiding van een bevalling door een gynaecoloog. De zorg voor patiënten in deze urgentieklasse gaat over het algemeen zeven dagen per week door. Het betreft relatief dure trajecten met bovendien een groot deel van de zorg in de eerste week. Een voorbeeld van de laatste categorie (F. > 3 maanden) is een staaroperatie bij een ziekte van de ooglenzen door een oogheelkundige. De zorg voor deze groep vindt over het algemeen op werkdagen plaats, kent een lagere zorgintensiteit en is over een langere periode uitgespreid.

Door declaratiegegevens uit Vektis over 2019 te combineren met de urgentielijst hebben we in kaart gebracht hoeveel patiënten en behandeltrajecten in elke urgentiecategorie vallen. Figuur 11 toont de verdeling van het aantal subtrajecten (DBC's) over de urgentiegroepen, voor de verschillende specialismen.<sup>3</sup> Kindergeneeskunde is het specialisme met verhoudingsgewijs de meeste urgente subtrajecten (35% van de patiënten heeft zorg nodig binnen 24 uur). Plastische chirurgie heeft de minst urgente zorg (60% kan 3 maanden of langer wachten), gevolgd door oogheelkunde (59%).

---

<sup>3</sup> Omdat niet alle voorkomende diagnose-zorgproductcombinaties zijn voorzien van een urgentielabel, telt het totaal per specialisme niet op tot 100%

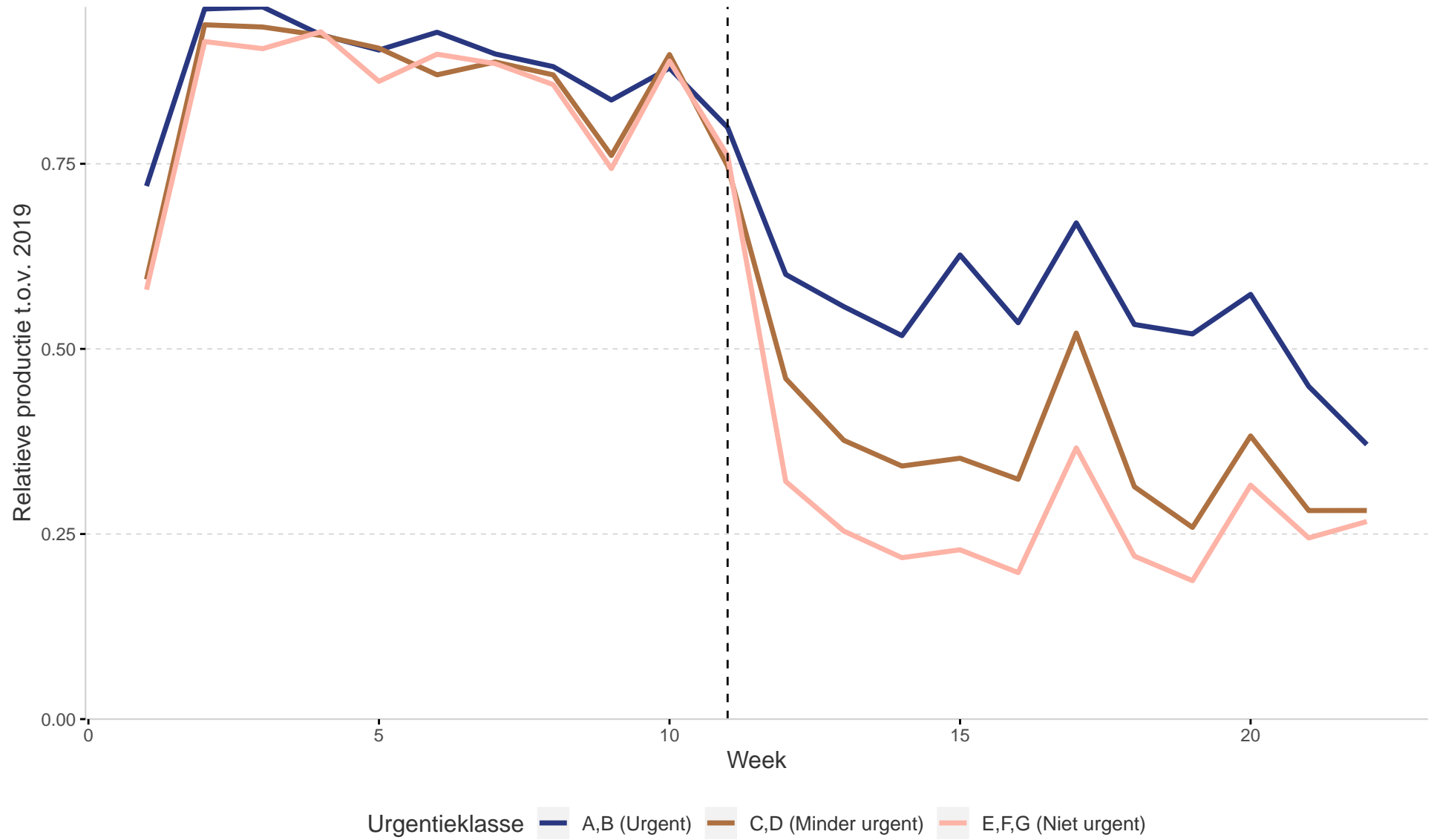
Figuur 11 Percentage zorgtrajecten per urgentie categorie vastgesteld door urgentielijst te combineren met Vektis data over 2019



Om de urgentie te bepalen van het onderhanden werk in de ziekenhuizen is een vertaalslag nodig. De openstaande subtrajecten zijn immers nog niet af te leiden tot zorgproducten, waardoor koppeling met de urgentielijst niet mogelijk is. We hebben daarom historische zorgdata (DIS-data over 2018) gebruikt om de urgentielijst zover als mogelijk om te zetten naar het niveau van diagnose plus zorgactiviteiten (op zorgprofielklasse-niveau). Voor een deel van de productie blijkt dat goed mogelijk. Dit zijn de 'homogene diagnoses': alle zorgproducten die in de praktijk afgeleid kunnen worden bij patiënten met zo'n diagnose vallen in dezelfde urgentieklasse. We hoeven dus niet te weten welk zorgproduct er wordt afgeleid. Daarnaast zijn er ook heterogene diagnoses: in welke urgentieklasse het uiteindelijke zorgproduct valt is in dat geval sterk afhankelijk van specifieke zorgactiviteiten in het zorgprofiel. Zolang dus het zorgprofiel nog niet volledig is, kan de urgentie ook niet met voldoende waarschijnlijkheid worden bepaald aan de hand van de data. Voor de analyse in dit rapport hebben we de grens gesteld op 90%: als binnen een specialisme-diagnose-zorgprofielklasse tenminste 90% van de zorgactiviteiten in historische data tot subtrajecten met eenzelfde urgentieklasse leidt, dan beschouwen we deze diagnose-zorgprofielklasse als homogeen. Dan gebruiken we die diagnose om de urgentie van het onderhandenwerk te bepalen. Op deze manier lukt het om voor 49% van de ziekenhuiszorg de urgentie in beeld te brengen.



Figuur 12 Productie uitgesplitst naar urgentie per week.



Figuur 12 laat zien hoe de productievolumes van de verschillende urgentieklassen zich ontwikkelden gedurende 2020. Per urgentieklasse is het relatieve productievolume (gemeten in een geschat aantal subtrajecten) ten opzichte van dezelfde week een jaar eerder. Duidelijk zichtbaar is de scherpe daling bij de minst urgente categorieën direct na week 11. De meest urgente zorg daalde veel minder sterk. Deze uitsplitsing is in de laatste weken minder betrouwbaar, omdat het specialisme vaker nog onbekend is. Welk effect dat op de verdeling naar urgentie heeft, kunnen we niet zeggen.

## 4. Actuele productie

Van Dutch Hospital Data (DHD) ontvangen we maandelijks data 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 50 ziekenhuizen die dit versneld hebben kunnen aanleveren. 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 verschilt ten opzichte van eerdere rapportages omdat alleen ziekenhuizen zijn weergegeven die over de gehele periode hebben aangeleverd en waarvan de cijfers voor de crisis niet teveel registratie-achterstand laten zien.

Het onderhanden werk omvat de productiecijfers tot en met mei 2020 (week 22). 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 Registratie-effect

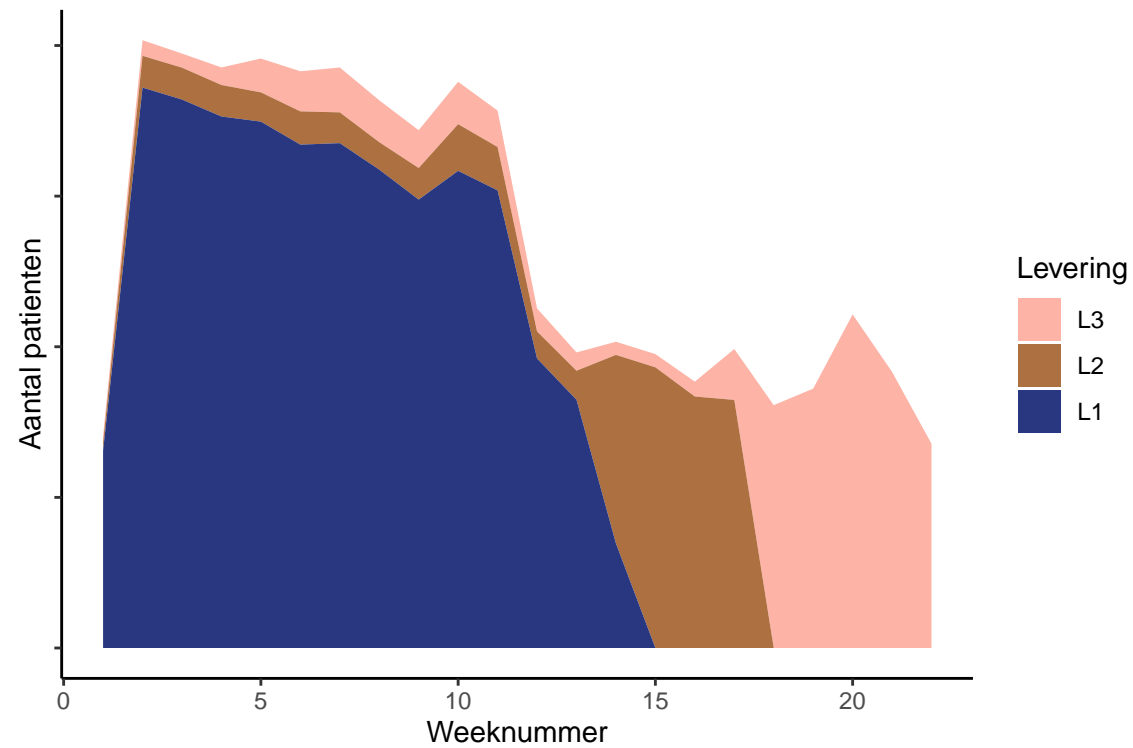
Allereerst kijken we naar het registratie-effect. We vergelijken de eerste drie leveringen van DHD met betrekking tot 2020. De eerste levering gaat over januari tot en met maart, waarna leveringen twee en drie de maanden april en mei hieraan toevoegen. Over de eerste periode (januari tot en met maart) hebben we dus drie leveringen ontvangen. De verschillen tussen de leveringen zijn inzichtelijk gemaakt in Figuur 13. Om een vergelijking mogelijk te maken is er een selectie gemaakt op ziekenhuizen die in alle drie de leveringen zitten.

Het blauwe vlak geeft de ontwikkeling van het aantal patiënten weer op basis van de eerste levering. Dit stopt bij week 15 omdat alleen de gegevens tot en met maart beschikbaar waren op dat moment. Het bruine vlak geeft de veranderingen in de tweede levering ten opzichte van de eerste levering weer. Vooral in week 14 was de verandering groot omdat deze week niet volledig in de eerste levering zat. Het roze vlak geeft de veranderingen in de derde levering weer ten opzichte van de tweede levering. Opvallend is dat de derde levering, net als de tweede, ook veel mutaties kent voor de eerste weken van het jaar. Dit maakt het moeilijk om conclusies te trekken over het totale registratie-effect. De productiedata geven echter wel een goed beeld van de trend tot de laatste volledige week per levering (week 12, week 16). Bij iedere levering neemt het aantal waarnemingen toe, maar met uitzondering van

de laatste 2 weken verandert er niets noemenswaardigs in het patroon.

Het registratie-effect is groter bij uitsplitsingen naar specialisme en type patiëntcontacten. Dit komt omdat de koppeling van specialisme en verrichtingen aan patiëntcontacten vaak pas later wordt gemaakt – aan het einde van een opname of van een behandeltraject.

*Figuur 13 Overzicht registratie-effect*



## 4.2 Patiënten

Figuur 14 geeft de landelijke ontwikkeling van het aantal patiënten per week weer.<sup>4</sup> Hierbij hebben we een correctie toegepast op de laatste vier weken om te corrigeren voor het registratie-effect dat we op basis van de eerste twee leveringen hebben kunnen schatten. Naast de eerder genoemde selectie zijn hier alleen instellingen meegenomen die in alle drie de leveringen zaten.

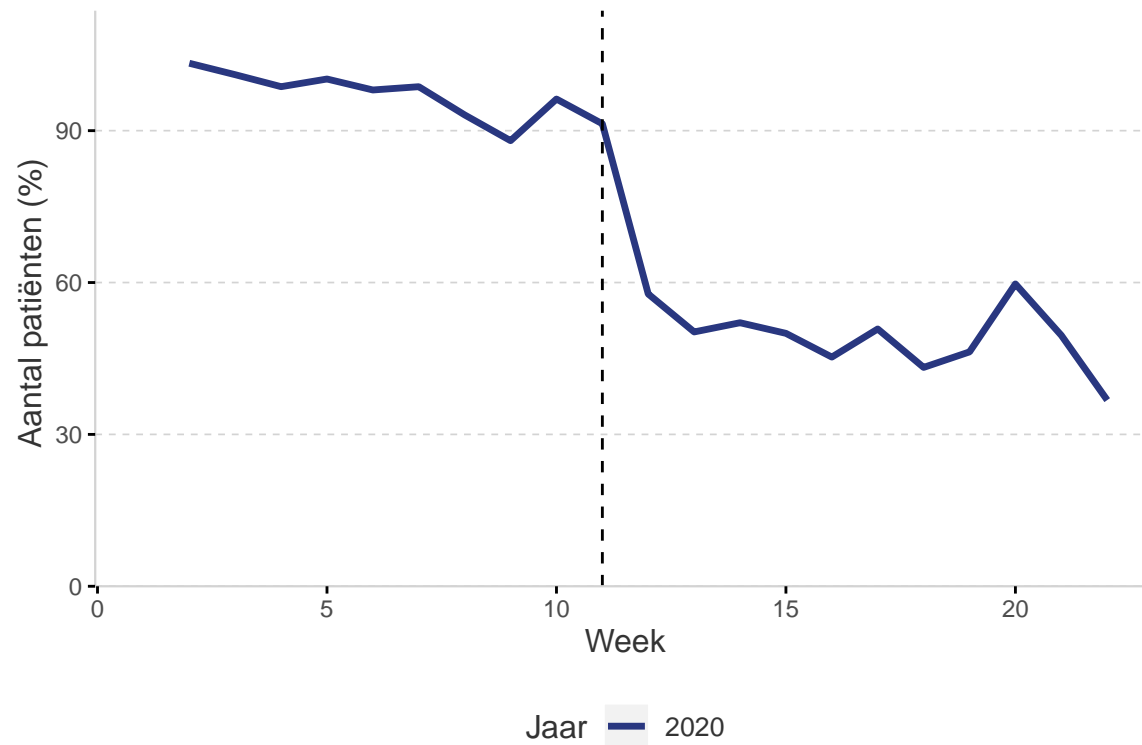
Vanaf week 11 was de daling in het aantal patiëntcontacten (per week) ongeveer 40%. Dit is in de maand april nog iets verder teruggelopen. In mei zien we een stabilisatie van het aantal patiëntcontacten per week. Deze stabilisatie ligt op iets meer dan de helft van het oude niveau. In week 16, 18 en 21 vallen nationale feestdagen. Die weken hebben dus 1 werkdag minder. In de vakantieperioden (week 8,9 en 18,19) zijn er ook minder patiënten.

Het totaal aantal unieke patiënten in zorg in 2020 is 6,0 miljoen. Dat is 19% minder dan in 2019. Het aantal patiënten dat in zorg is bij een ziekenhuis is dus veel minder afgenomen dan het aantal patiëntcontacten, zelfs als we rekening houden met een achterstand in de registratie van die laatste. Dit kan komen doordat patiënten met minder verschillende klachten naar het ziekenhuis zijn gegaan, maar ook doordat het aantal contactmomenten per klacht is teruggebracht. Een deel van de vervolgzorg kan tijdelijk zijn uitgesteld. Het lijkt er echter ook op dat zorg op een andere manier is geleverd, waarbij contactmomenten zijn samengevoegd: er komen dan minder patiënten per week, terwijl de zorg wel wordt geleverd.

---

<sup>4</sup> Het originele bestand betreft het aantal patiënten per ziekenhuis per diagnose, waardoor een patiënt met meerdere diagnoses ook meerdere keren in de overzichten terug kan komen.

Figuur 14 Aantal patiënten in het onderhanden werk 2020 per week



In het restant van dit hoofdstuk passen we de correctie voor het registratie-effect niet toe en laten we de aangeleverde cijfers zien. Omdat de aantallen patiënten en verrichtingen verschillen ten opzichte van eerdere rapporten en de dekking niet bij elk specialisme en regio gelijk is, zijn de lijnplotjes bedoeld om de relatieve ontwikkeling zichtbaar te maken. Omdat sommige ROAZ-regio's weinig ziekenhuizen tellen laten we het aantal patiënten op de verticale as achterwege. Om een indruk te geven van de absolute omvang is in de titelbalk per plotje te zien om hoeveel patiënten of verrichtingen het in een gemiddelde week ongeveer gaat (voor de coronacrisis).

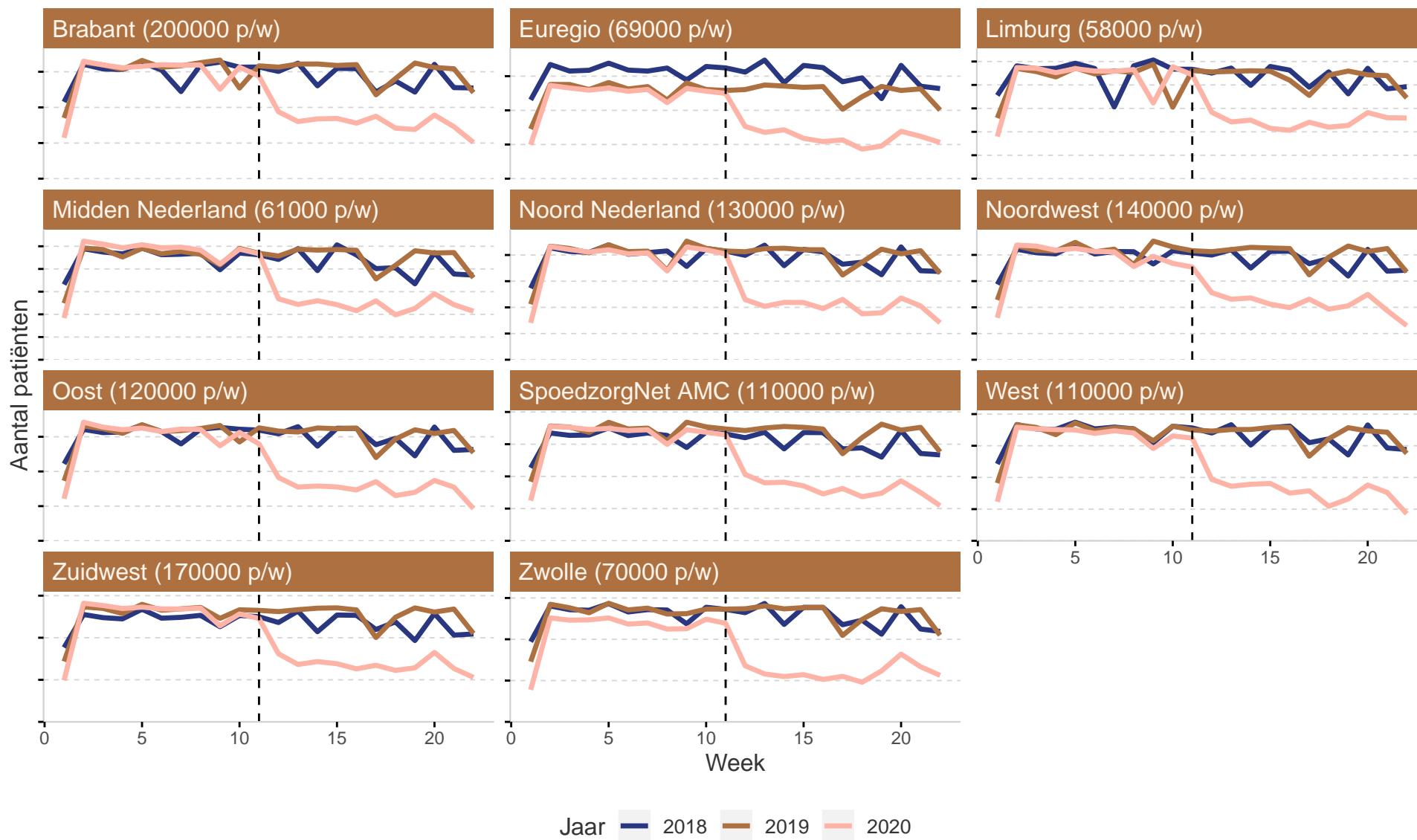
Figuur 15 en 16 laten een uitsplitsing zien naar ROAZ en naar specialisme van het aantal patiënten met een contact in die week zien voor de periode januari t/m mei ( week 1 t/m week 22) in 3 opeenvolgende jaren. Figuur 17 laat een uitsplitsing zien naar type instelling.

Het aantal patiënten in de eerste 2 maanden van het jaar waren zeer vergelijkbaar over de jaren. Schommelingen in het aantal patiëntcontacten zijn ook vergelijkbaar en hangen samen met vrije dagen. Vanaf week 11 daalt de productie in alle regio's tot gemiddeld iets meer dan de helft van het niveau van de weken daarvoor. Ook in de regio's met de meeste Coronapatiënten, zoals Brabant en Limburg, neemt het aantal patiënten per week af. In de meeste regio's neemt het aantal patiënten nog iets verder af in de loop van april tot gemiddeld iets meer dan de helft van het aantal patiënten en stabiliseert dit aantal in mei. Er is hier geen correctie toegepast voor de laatste twee weken van mei. Waarschijnlijk is hier geen sprake van een daling ten opzichte van de weken daarvoor.

De verschillen tussen specialismen zijn groter. KNO, oogheelkunde, dermatologie en orthopedie zijn veel verder afgeschaald dan andere specialismen vanaf week 11. De data zijn wel moeilijker te interpreteren, omdat voor nieuwe patiënten het behandelende specialisme nog niet altijd is opgenomen in de registratie. Hierdoor lijkt het alsof het aantal patiënten van week tot week daalt, maar dat is hoogstwaarschijnlijk niet het geval.

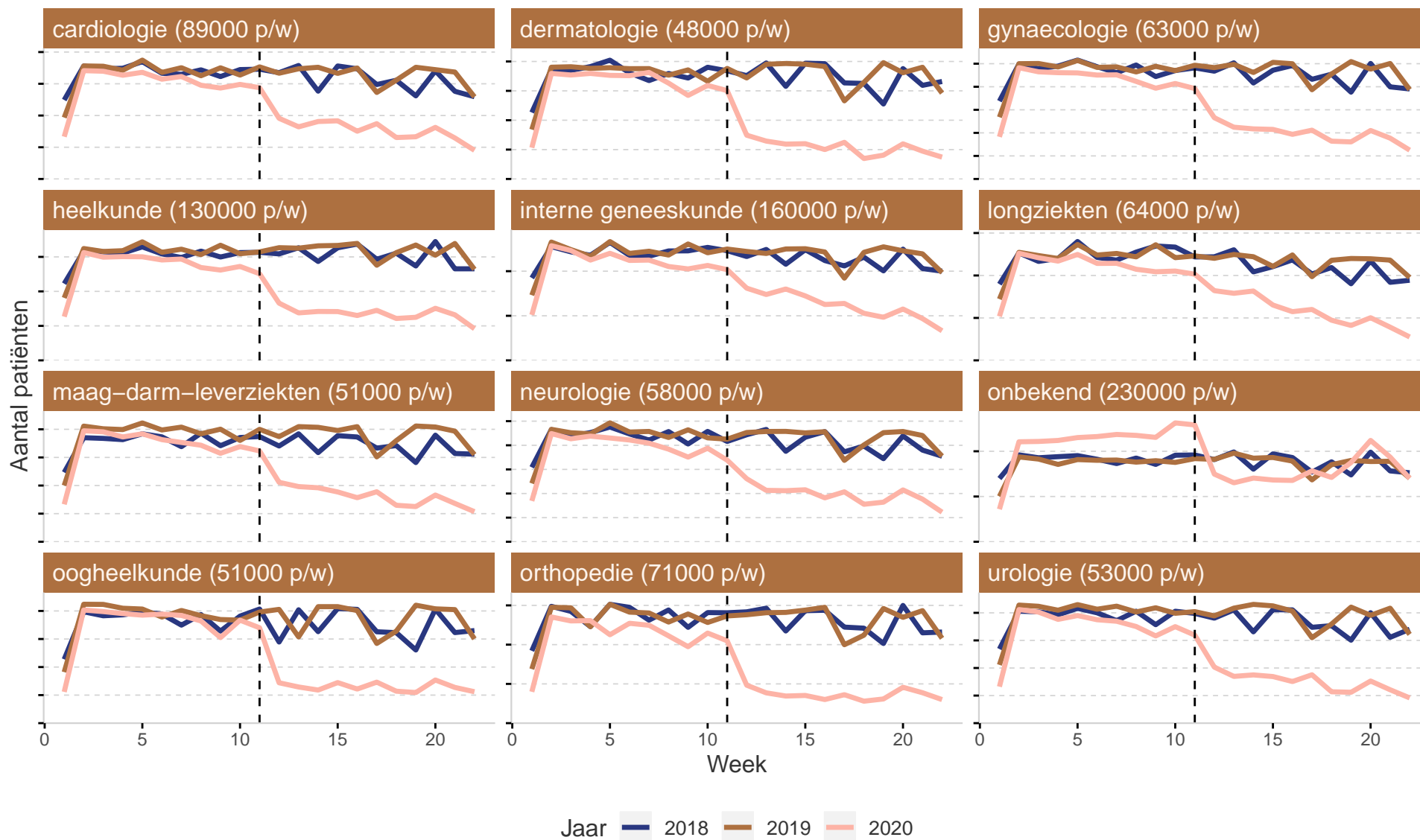
UMC's laten een iets ander beeld zien dan algemene en topklinische ziekenhuizen. Algemene ziekenhuizen zijn in maart direct sneller afgeschaald, en laten nu weer een duidelijke stabilisatie zien. Rekening houdend met een lichte achterstand in registraties duidt dit op een duidelijk herstel. Bij academische ziekenhuizen is minder sterk afgeschaald in maart, maar is nu ook nog geen herstel zichtbaar. Omdat het registratie-effect bij deze groep sterker is (zie bijvoorbeeld de ogenschijnlijke afname in de eerste weken van 2020 t.o.v. 2019) is er inmiddels waarschijnlijk geen sprake meer van een daling, en bevinden de verschillende typen instellingen zich weer ongeveer op eenzelfde niveau.

Figuur 15 Aantal patiënten in het onderhanden werk 2018-2020 per roaz regio

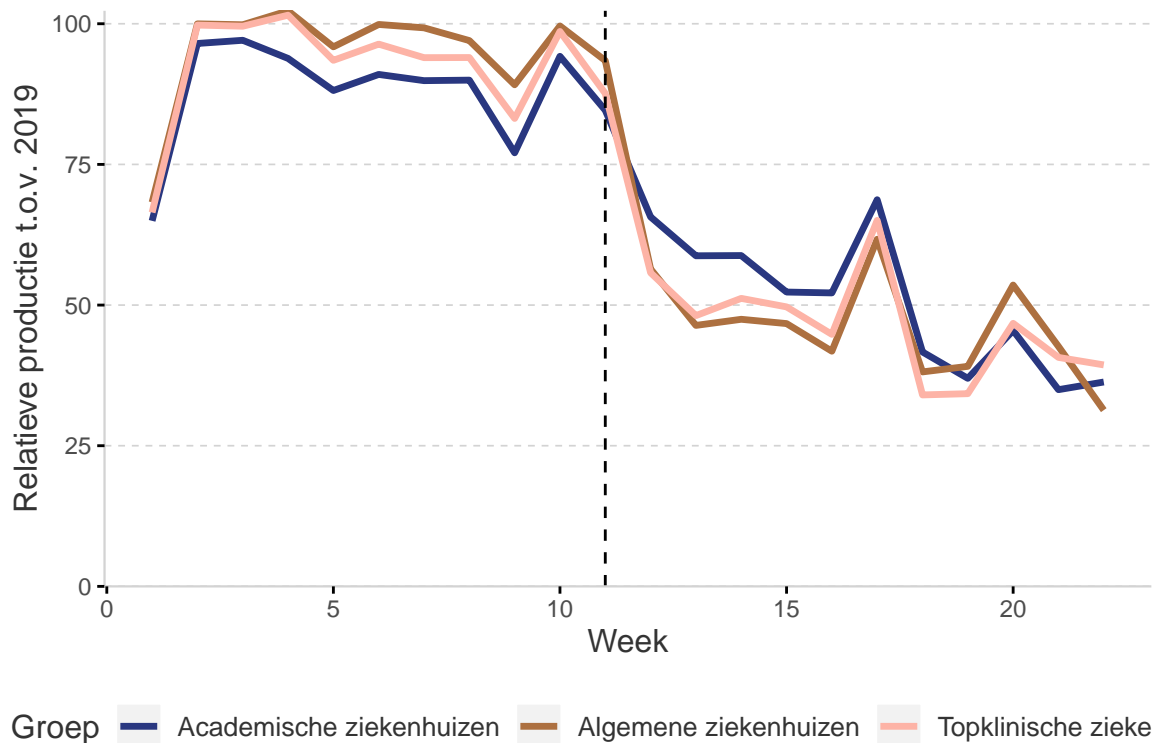




Figuur 16 Aantal patiënten in het onderhanden werk 2018-2020 per specialisme.



Figuur 17 Aantal patiënten in het onderhanden werk 2020 per type instelling per week



### 4.3 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. In de DHD data blijft de productie ongeveer gelijk in april en mei. We gaan in de aankomende tijd nog iets dieper duiken in de verrichtingen om ontwikkelingen te beschrijven.

Figuur 18 laat het aantal polikliniekbezoeken (inclusief belconsulten/e-consulten) zien per specialisme. Bij alle specialismen lijkt sprake van een verdere daling van het aantal polikliniekbezoeken. De trendmatige daling van week tot week kan een gevolg zijn van

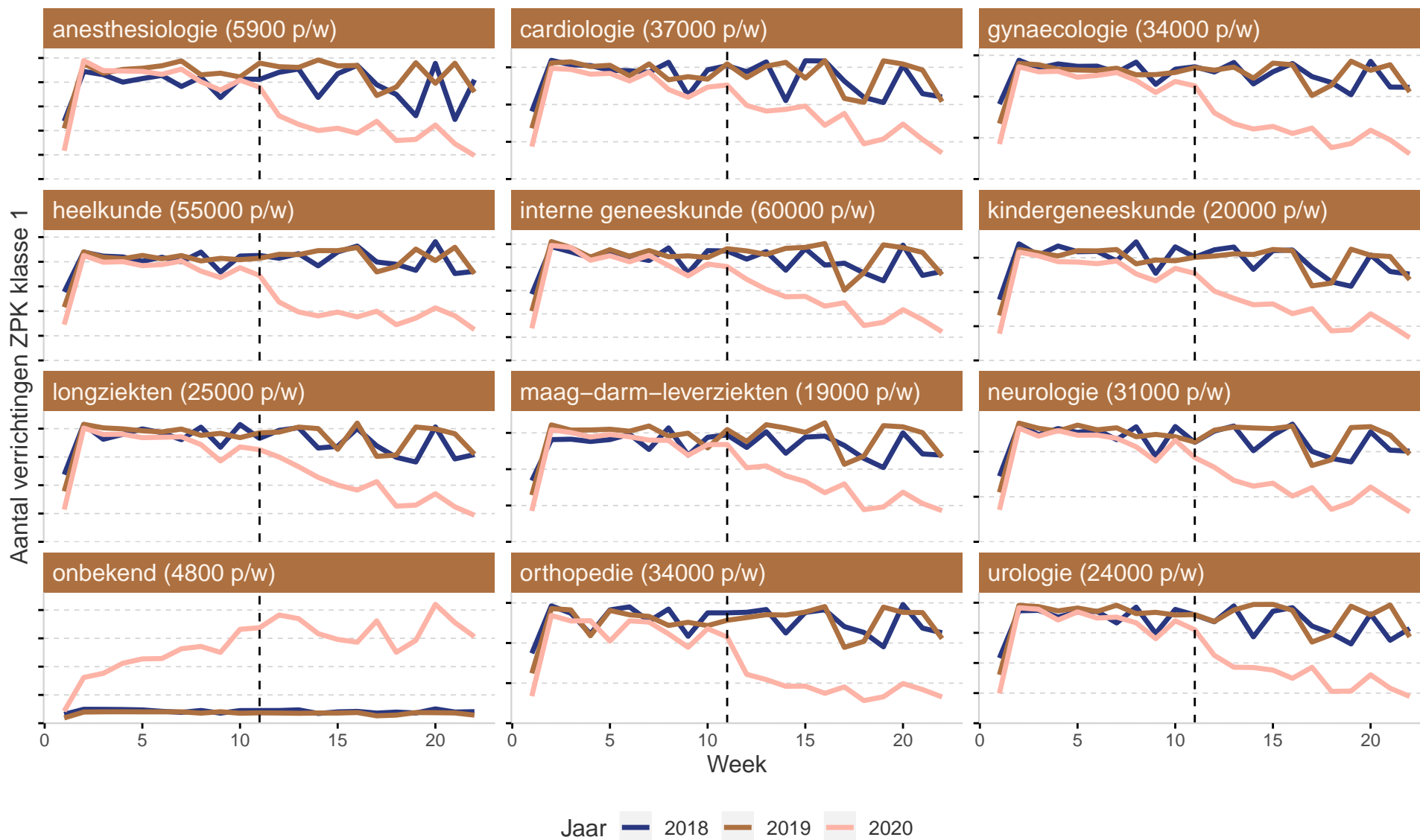
de registratie bij ziekenhuizen: voor nieuwe patiënten is de behandelaar vaak nog niet opgenomen in de registratie en kan een patiënt dus niet worden toegewezen aan een specialisme. In de data staan deze patiënten met specialisme onbekend.

Uit deze figuren blijkt niet dat het aantal (al dan niet digitale) consulten plotseling is gedaald vanaf week 11, behalve voor orthopedie, heelkunde en anesthesiologie waar wel een plotselinge daling in het aantal patiëntcontacten zichtbaar is in week 12. Drie van de vier specialismen met de grootste daling in het totale aantal patiëntcontacten zijn hier niet opgenomen: KNO, oogheelkunde en dermatologie, omdat dit relatief wat kleinere specialismen zijn.

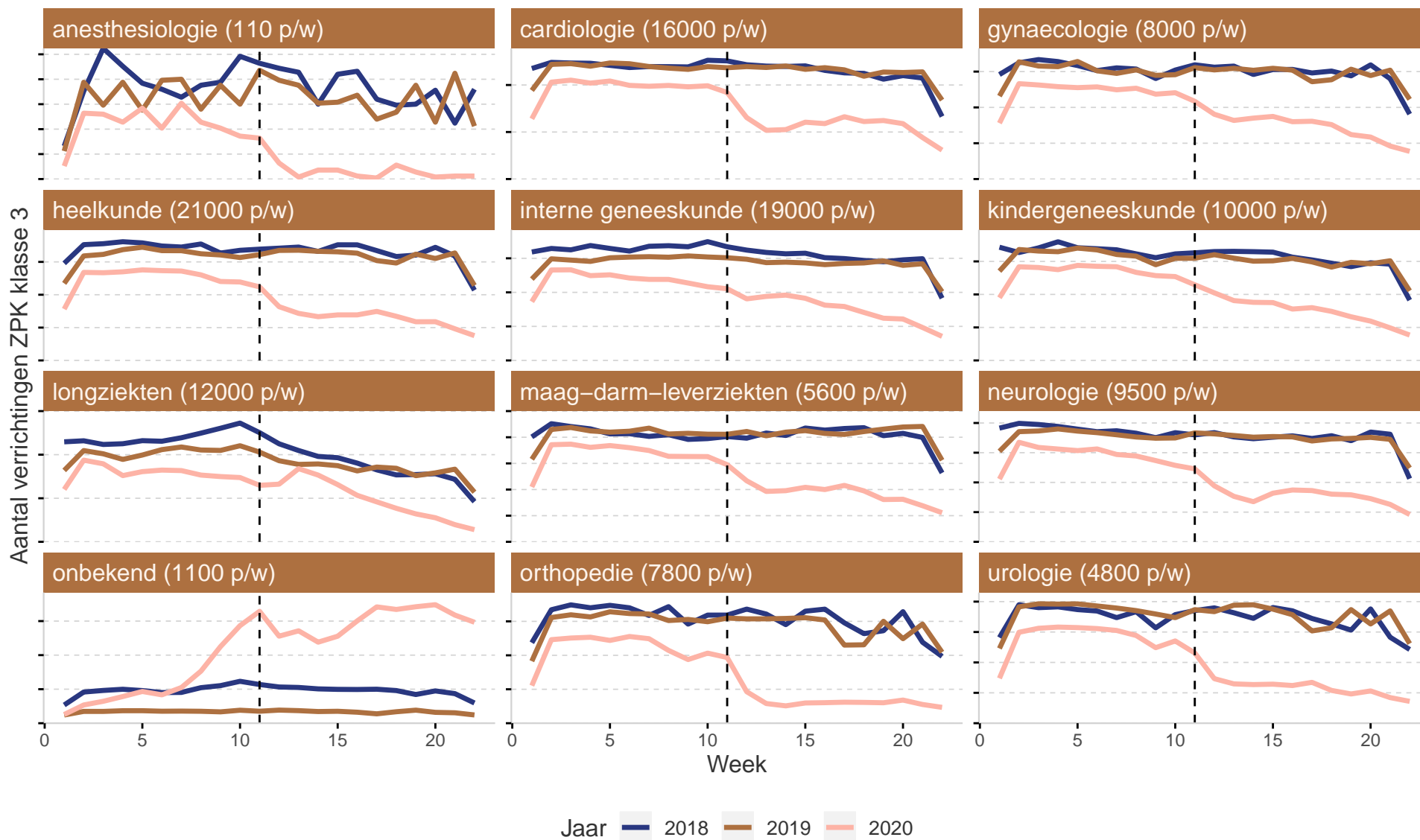
Uit figuur 19 blijkt dat voor een aantal specialismen het aantal opnames plotseling is gedaald in week 12, zoals voor anesthesiologie, cardiologie en orthopedie. Ook bij heelkunde en urologie lijkt er sprake van een plotselinge afname. Bij andere specialismen is dat minder zichtbaar en bij longziekten is er duidelijk sprake van een piek in week 13. In hoeverre er sprake is van een herstel kunnen we op dit moment nog niet vaststellen, omdat de registratie van opnamen pas aan het einde van een opname of zelfs van een zorgtraject wordt vastgelegd en het specialisme vaak nog niet is toegekend.

Het aantal operaties (figuur 20) is ook voor vrijwel alle specialismen afgeschaald in week 12, behalve bij neurologie en kindergeneeskunde. Het sterkste effect is weer bij anesthesiologie, heelkunde, orthopedie en urologie. Voor de overige specialismen lijkt het erop dat de meeste operaties toch doorgang hebben kunnen vinden.

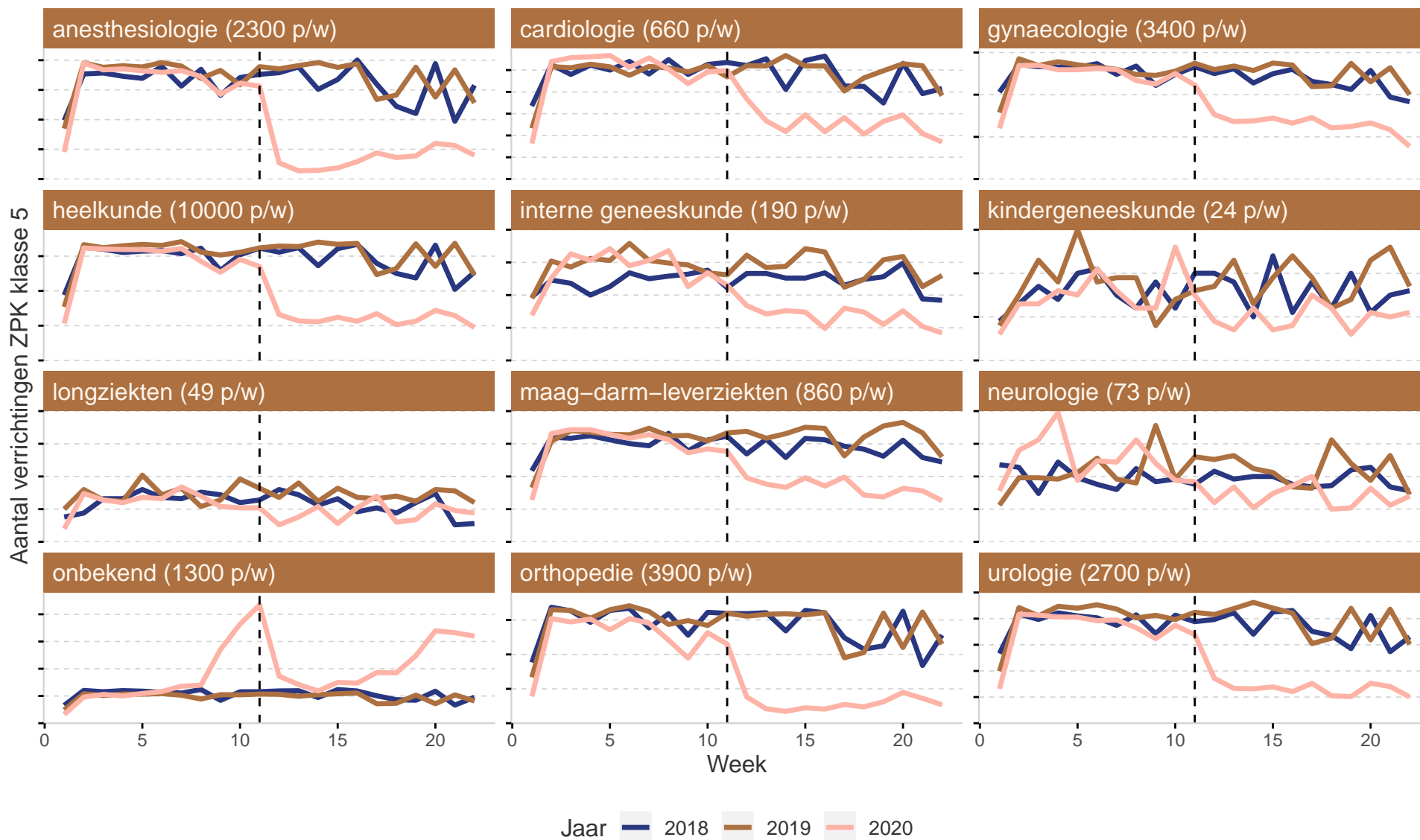
Figuur 18 Aantal polikliniekbezoeken (zorgprofielklasse 1) per specialisme.



Figuur 19 Aantal klinische opnames (zorgprofielklasse 3) per specialisme.



Figuur 20 Aantal operaties (zorgprofielklasse 5) per specialisme.



## 5. Vervolgstappen

In dit rapport hebben we 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 regelmatig een geactualiseerde versie van dit rapport 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.