

Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor de reguliere ziekenhuiszorg

NZa
update 21 juli 2020

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
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
2. Verwijzingen ZorgDomein	9
2.1 Data	9
2.2 Resultaten verwijzingen	11
2.2.1 Landelijke verwijzingen	11
2.2.2 Verwijzingen per provincie, ROAZ regio en specialisme	12
2.2.3 Verwijzingen per type	16
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
2.3.4 Conclusie stuwmeer	21
3. Urgentie	22
4. Actuele productie	27
4.1 Registratie-effect	27
4.2 Patiënten	28
4.3 Verrichtingen	33
5. Vervolgstappen	38

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 is samen met andere partijen met man en macht gewerkt aan het verzamelen van zoveel mogelijk relevante databronnen.

De eerste weken is veel zorg die ziekenhuizen en klinieken kunnen uitstellen afgezegd. Al snel werd de meest urgente zorg weer opgestart. Inmiddels zien we dat overal in het land ook de uitstelbare zorg weer is opgestart. 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 lag in eerste instantie op de meest noodzakelijke planbare ziekenhuiszorg. Deze verschuift nu naar de overige ziekenhuiszorg, 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 plaatsgevonden. 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 19 juli 2020 (2018, 2019 en 2020). Daarnaast maken we een schatting van de grootte van de afname van de zorgvraag tijdens de coronacrisis, 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

In de eerste zes maanden van 2019 werden 7,4 miljoen patiënten in het ziekenhuis behandeld. Daarbij baseren we ons op de productiecijfers van ziekenhuizen (bron: DHD in de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuizen). In de registratie vinden we in de eerste helft van 2020 6,2 miljoen patiënten terug. We weten echter dat een deel van de patiënten in zorg nog niet is geregistreerd. Het aantal behandelde patiënten in de ziekenhuiszorg is naar schatting inmiddels ruim 90% van wat we zouden verwachten op basis van de aantallen van vorig jaar. Vanaf week 18 is weer een lichte stijging zichtbaar in het aantal patiënten dat per week in behandeling is in een ziekenhuis. Dit betreft vooral polikliniekbezoeken en operaties; in het aantal klinische opnamen is nog onvoldoende inzicht. Eind juni bedraagt het aantal patiëntencontacten per week ongeveer tweederde van het aantal in dezelfde periode een jaar eerder. Het totaal aantal patiënten dat in juni voor het eerst gezien is, is relatief groot in vergelijking met vorig jaar. Dit lijkt er op te wijzen dat de achterstand die in maart en april ontstaan is, wordt ingehaald zonder dat dit gepaard gaat met capaciteitstekorten. De stijging van het aantal patiëntencontacten is vooral zichtbaar bij de specialismen die in het voorjaar de grootste terugval lieten zien, en bij de (algemene) ziekenhuizen die snel afschaalden.

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 en is op dit moment gestabiliseerd op het niveau van eerdere jaren.

Wij schatten dat huisartsen als gevolg van de coronacrisis ruim 791 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.

1.5.4 Ontwikkelingen ten opzichte van vorige versie

- Het verwijzvolume is inmiddels vrijwel gelijk aan het verwachte verwijzvolume. Omdat we de komende periode geen grote veranderingen verwachten zullen we in een volgend rapport niet standaard meer rapporteren over het stuwmeer. Wel blijven we monitoren of (een deel van) de achtergebleven verwijzingen wordt ingehaald, doordat er meer patiënten worden doorverwezen dan gebruikelijk.

- Vanaf week 18 is een lichte stijging zichtbaar in het aantal patiënten dat per week is behandeld in een ziekenhuis. Eind juni bedraagt het aantal patiënten ongeveer tweederde van het aantal in dezelfde periode een jaar eerder. Er zijn relatief veel nieuwe patiënten gezien.
- De stijging is het grootst bij KNO, oogheelkunde en orthopedie. Dit zijn over het algemeen ook de specialismen waar in maart het snelst werd afgeschaald. Dit zijn ook de specialismen met relatief veel zorg die zonder schade enige maanden uitgesteld kan worden. De stijging bij deze specialismen duidt erop dat ook deze minder urgente zorg inmiddels weer is hervat.
- Algemene en topklinische ziekenhuizen, die in maart sneller afschaalden, bevinden zich weer op hetzelfde relatieve niveau als UMC's, die bij aanvang van de crisis langer doorgingen met zorgverlening maar minder herstel laten zien in juni. Urgente zorg heeft vanaf week 11 voorrang gekregen boven minder urgente zorg. In de afgelopen maand is er weer meer aandacht gekomen voor niet-urgente zorg, zonder dat dit ten koste is gegaan van de urgente zorg.
- Herstel is duidelijk zichtbaar in een toename van het aantal polikliniekbezoeken. Het aantal verpleegdagen neemt nog niet toe, maar daar speelt mee dat de registratie van verpleegdagen vaak pas op een later moment plaatsvindt. Het aantal operatieve activiteiten neemt wel duidelijk toe.
- In dit rapport kunnen we niet analyseren wat het effect is van het vertraagd registreren van zorg. De datastructuur in de levering van juni is gewijzigd en het aantal patiënten is berekend op een ander aggregatieniveau. Daardoor is de vergelijking met vorige leveringen niet mogelijk.

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 2019.¹ 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:

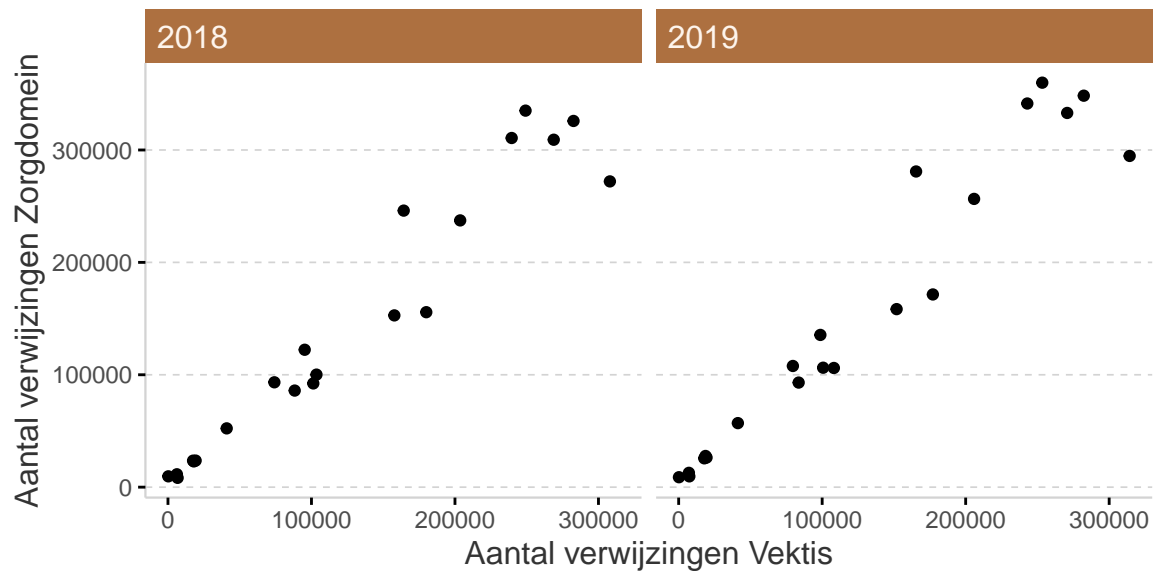
¹ Week 1 bestaat niet elk jaar uit hetzelfde aantal dagen, daarom zijn gegevens van week 1 niet vergelijkbaar tussen jaren en met andere weken.

- 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 97.69% 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

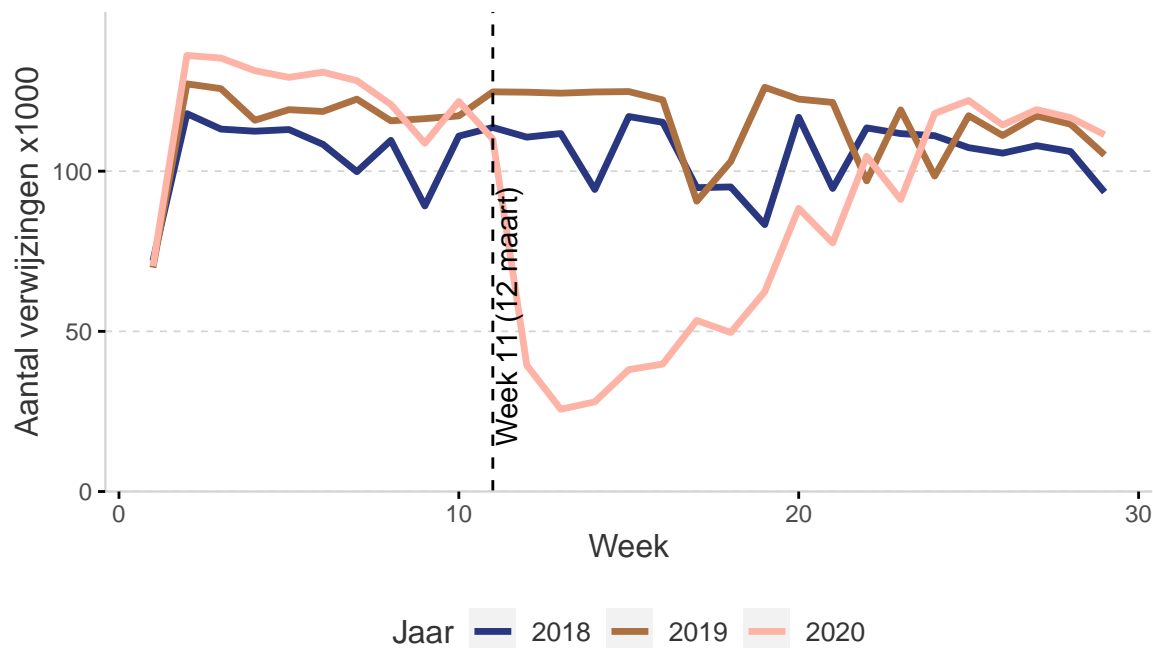


2.2 Resultaten verwijzingen

2.2.1 Landelijke verwijzingen

In Figuur 3 wordt het landelijke verwijzingsvolume getoond voor de eerste 29 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 29 hebben 111 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



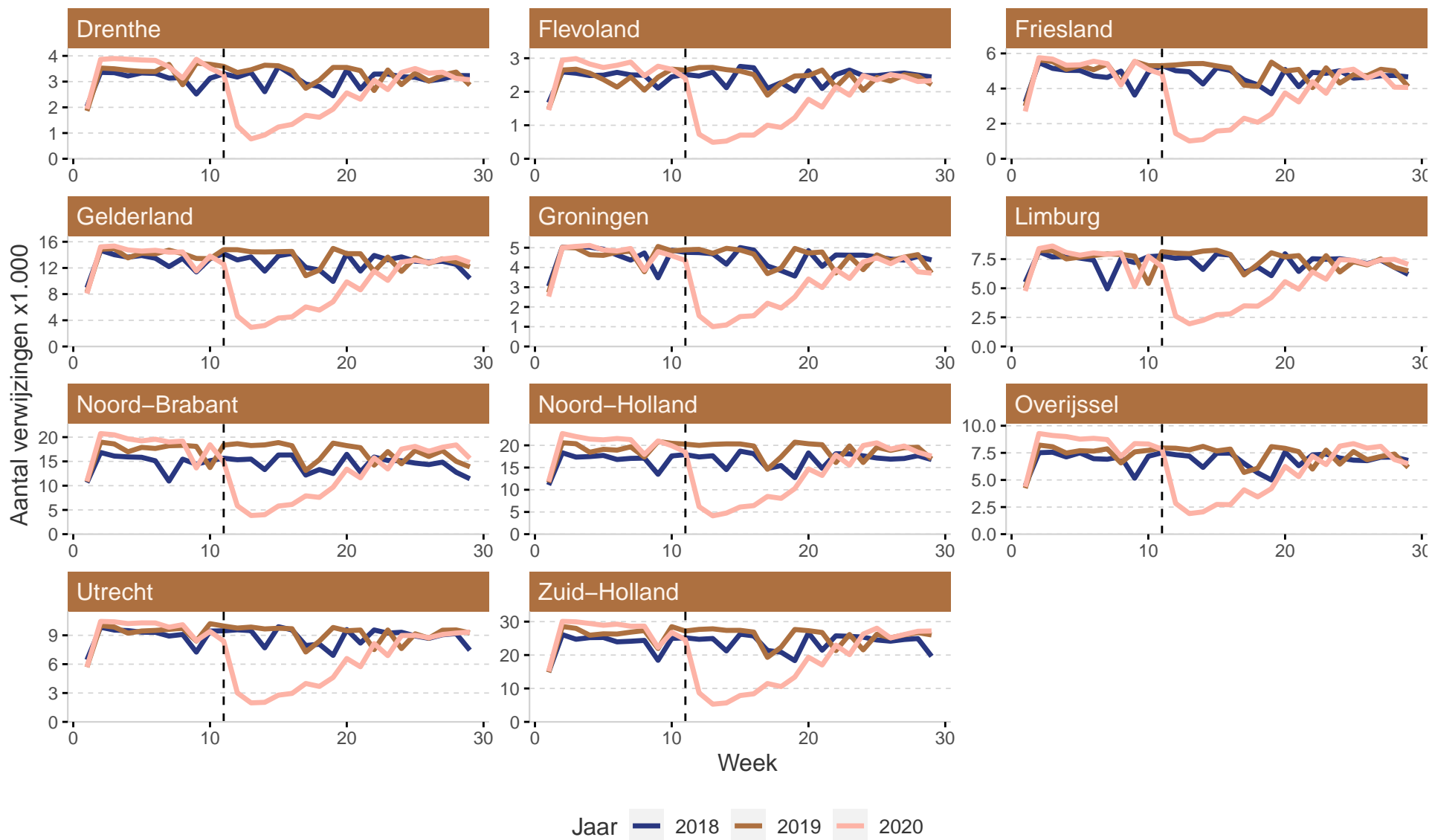
2.2.2 Verwijzingen per provincie, ROAZ regio en specialisme

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 de 12 specialismen zien waarnaar het meest verwezen wordt in 2020.² Inmiddels behoort longziekten niet langer tot deze 12 specialismen, maar is het nu het 13e specialisme waarnaar het meest verwezen wordt. Om ook de ontwikkelingen in dit specialismen te laten zien, worden in dit rapport de 13 specialismen getoond waar het meest naar verwezen wordt. 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:

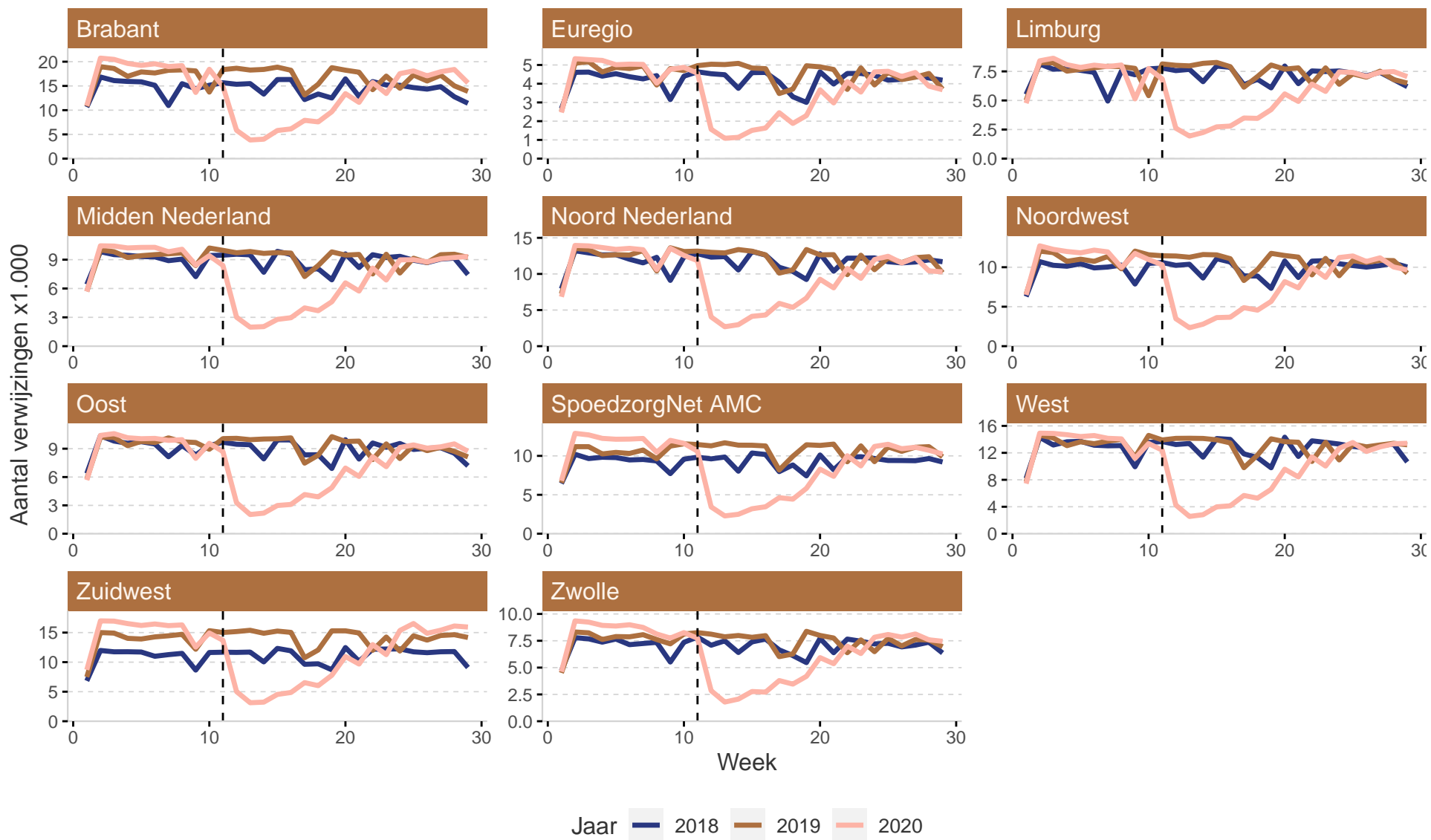
- De 13 specialismen waarnaar het meest is verwezen in 2020 in week 29 op minimaal 79% van het aantal verwijzingen zit ten opzichten van het gemiddelde over week 2 tot en met week 11. Het hoogste en laagste percentage (100% en 79%) vinden we bij Cardiologie en KNO-heelkunde.
- Specialismen waarbij de initiële daling relatief meevalt zijn cardiologie (sneller herstel) en gynaecologie (minder daling). In week 29 zijn er 6.5 duizend cardiologie verwijzingen, dit is 100% van het gemiddelde aantal verwijzingen over week 2 tot en met week 11 van 2020 (6.5 duizend). Gynaecologie zit inmiddels op 98% ten opzichte van de eerste weken van dit jaar. Voor beide specialismen ligt het aantal verwijzingen intussen boven het niveau van 2018 en 2019.
- Het aantal verwijzingen van longziekten is inmiddels minimaal op het niveau van de verwijzingen in 2018 en 2019.
- Op dit moment ligt het verwijzvolume weer bijna op het oude niveau, dit geldt voor alle specialismen en regio's.

² 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.

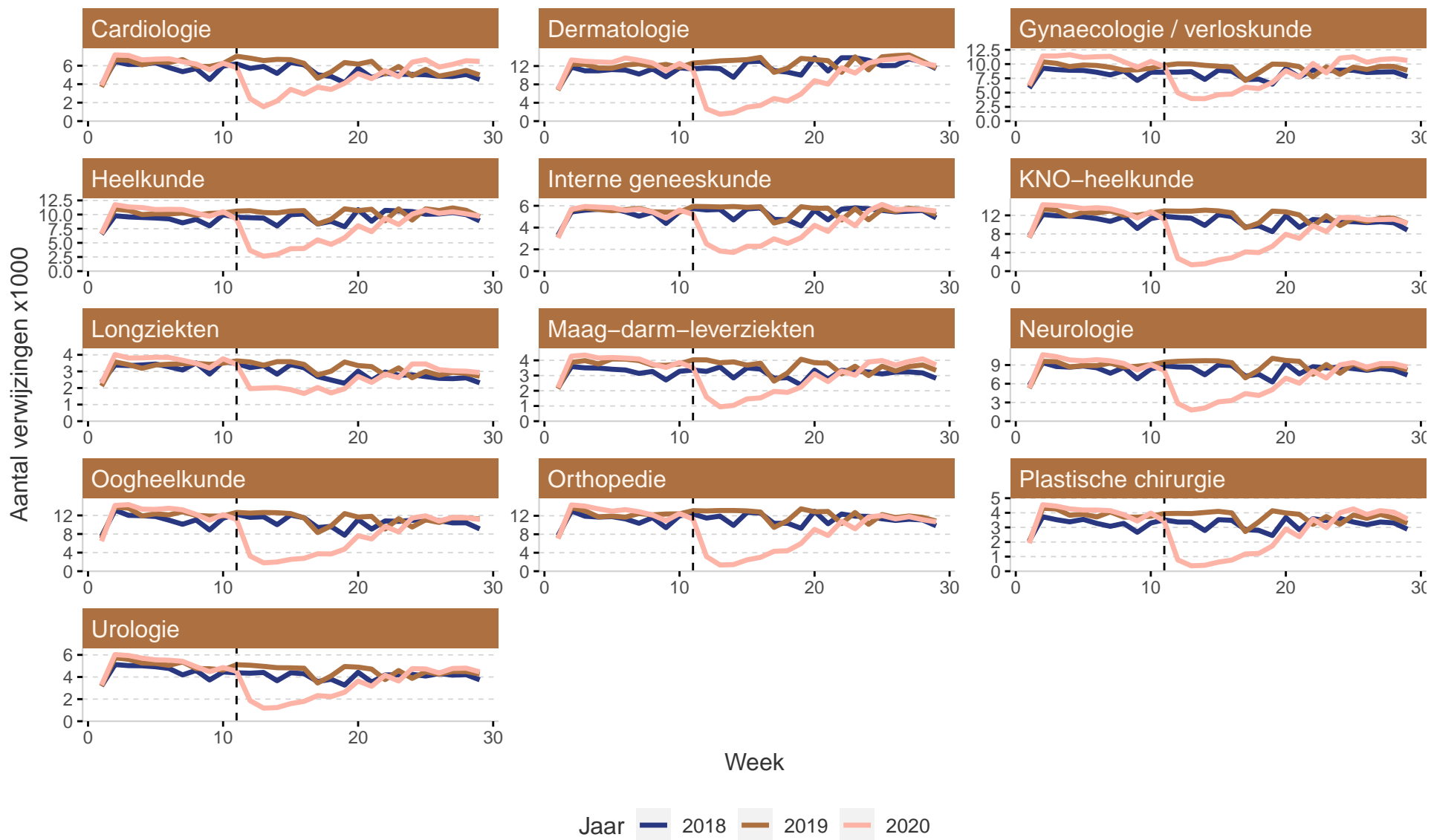
Figuur 4 Verwijsvolume per provincie per week



Figuur 5 Verwijzingsvolume per ROAZ regio per week



Figuur 6 Verwijzingsvolume grootste 13 ZorgDomein specialismen per week

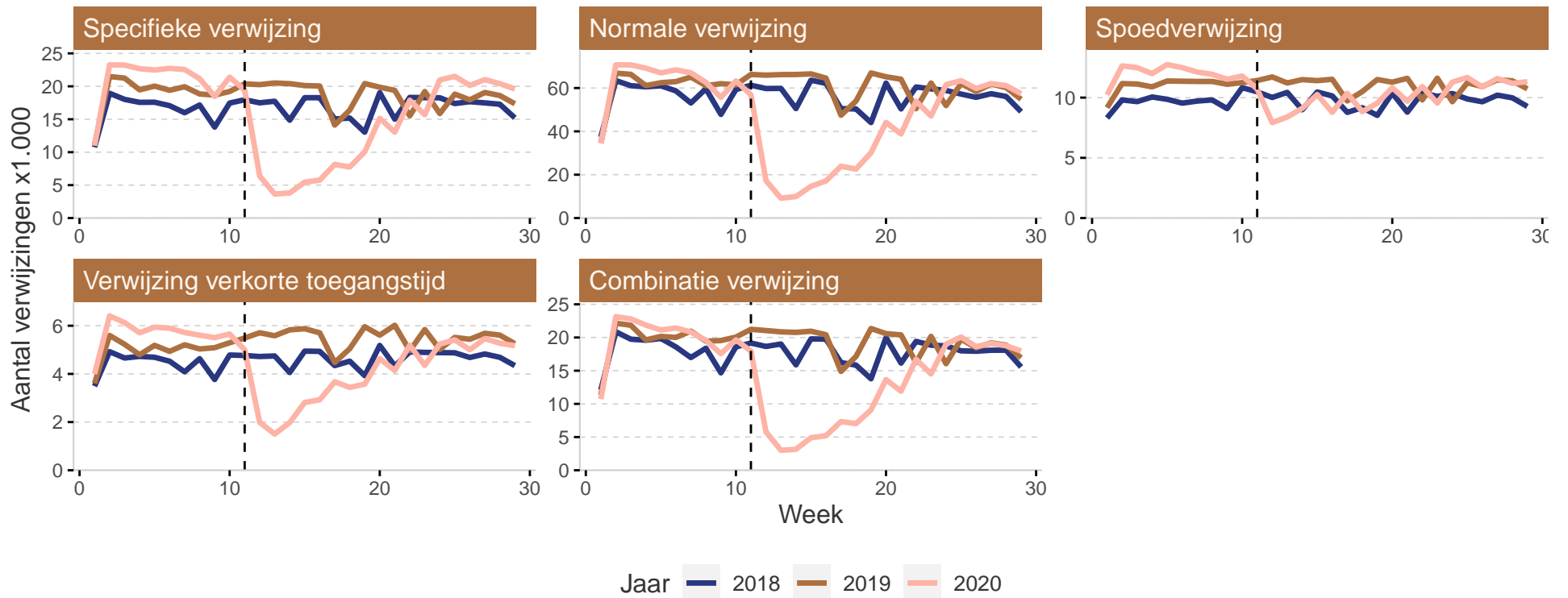


2.2.3 Verwijzingen per type

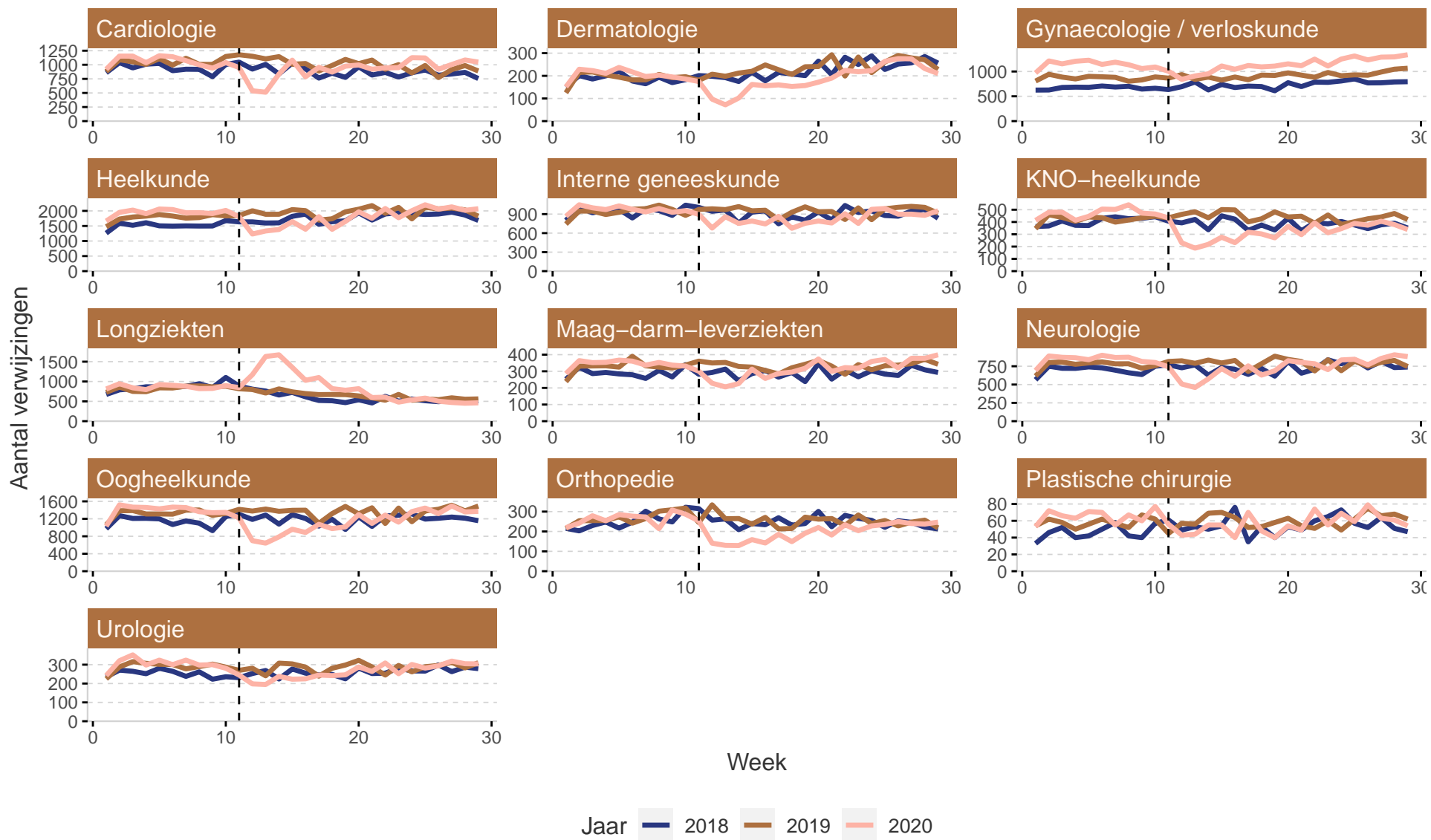
De gegevens van ZorgDomein bevatten ook informatie over het type verwijzing. Zoals te zien is in Figuur 7 kent alleen de categorie spoedverwijzingen vrijwel geen terugval. Alle andere verwijstypes zijn sterk teruggevallen, maar zijn nu weer vrijwel op het oude niveau.

In Figuur 8 splitsen we de spoedverwijzingen uit naar specialisme. Inmiddels ligt het aantal spoedverwijzingen bij alle specialismen weer op het oorspronkelijke niveau. Het aantal verwijzingen met een verkorte toegangstijd wordt, voor de 13 grootste specialismen, weergegeven in Figuur 9. Ook orthopedie, die eerst nog enigszins achterbleef, is weer bijna op het oorspronkelijke niveau.

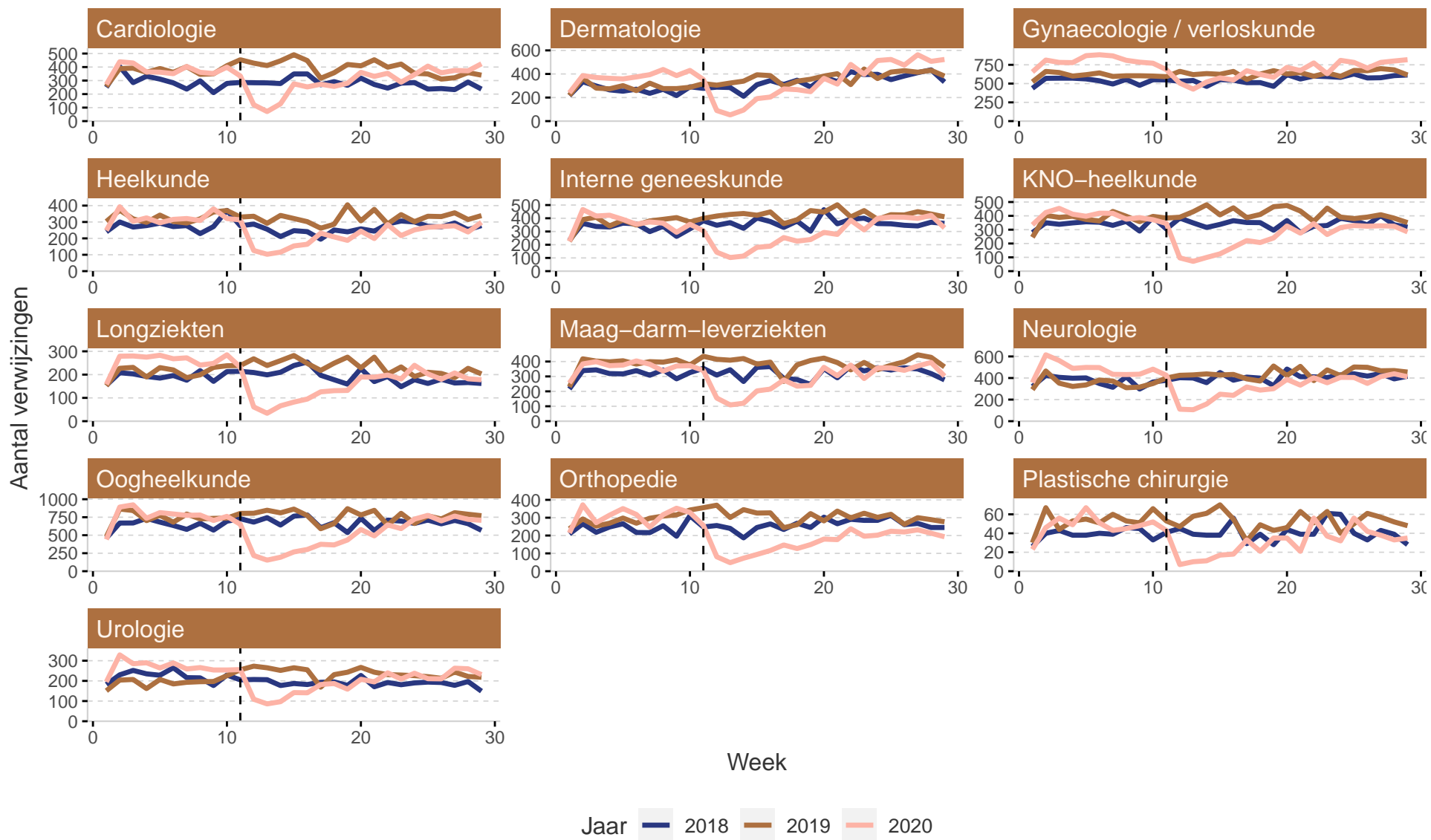
Figuur 7 Verwijzingsvolume per type verwijzing per week



Figuur 8 Verwijsvolume spoedverwijzing per specialisme per week



Figuur 9 Verwijsvolume 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

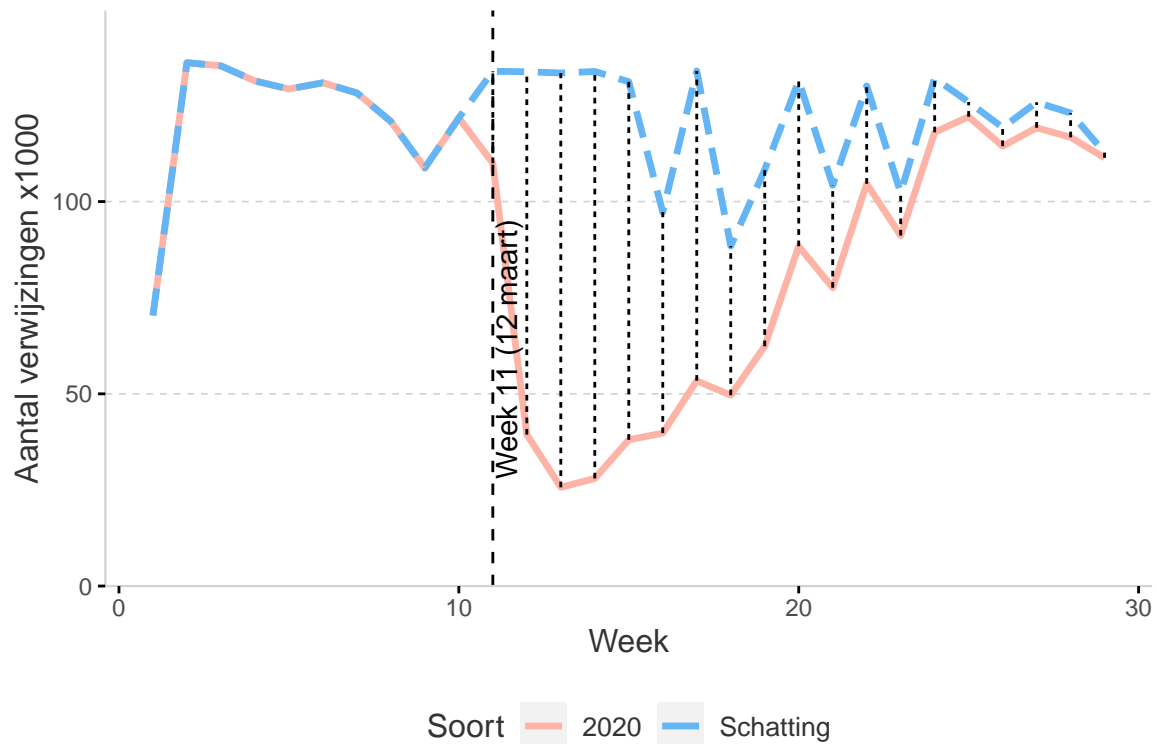
Om een inschatting te maken van het aantal verwijzingen dat niet is gedaan doordat mensen niet naar de huisarts zijn gegaan moeten we het aantal verwijzingen schatten in het geval de coronacrisis niet zou hebben plaatsgevonden. Dit doen we op de volgende manier:

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 791 duizend minder verwijzingen dan dat we zouden verwachten zonder crisis. Op dit moment ligt het aantal verwijzingen op 98% 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.

2.3.4 Conclusie stuwmeer

In een volgend rapport zullen we niet standaard meer rapporteren over het stuwmeer, omdat er inmiddels bijna geen verschil meer tussen het daadwerkelijke aantal verwijzingen en het verwachte aantal zit. Wel blijven we monitoren of (een deel van) de achtergebleven verwijzingen wordt ingehaald, doordat er meer patiënten worden doorverwezen dan gebruikelijk.

3. Urgentie

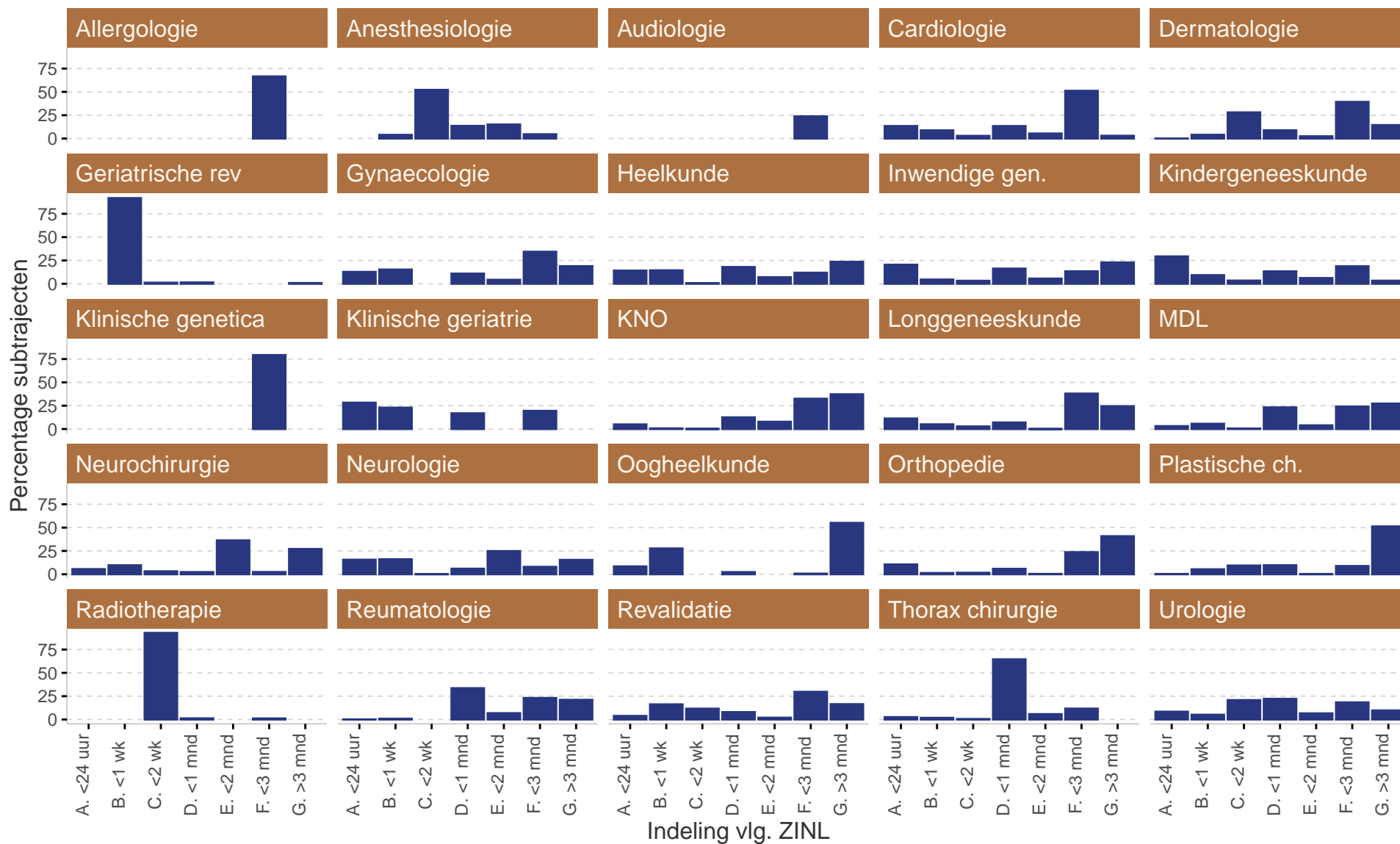
Een belangrijke parameter om het stuwmeer te duiden en te schatten hoe snel deze patiënten in de komende tijd de zorg die zij nodig hebben kunnen inhalen, is de urgentie van hun zorgvraag. Er zijn grote verschillen in de urgentie. Om deze variatie inzichtelijk te maken houden we de indeling naar urgentie 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.³ 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%).

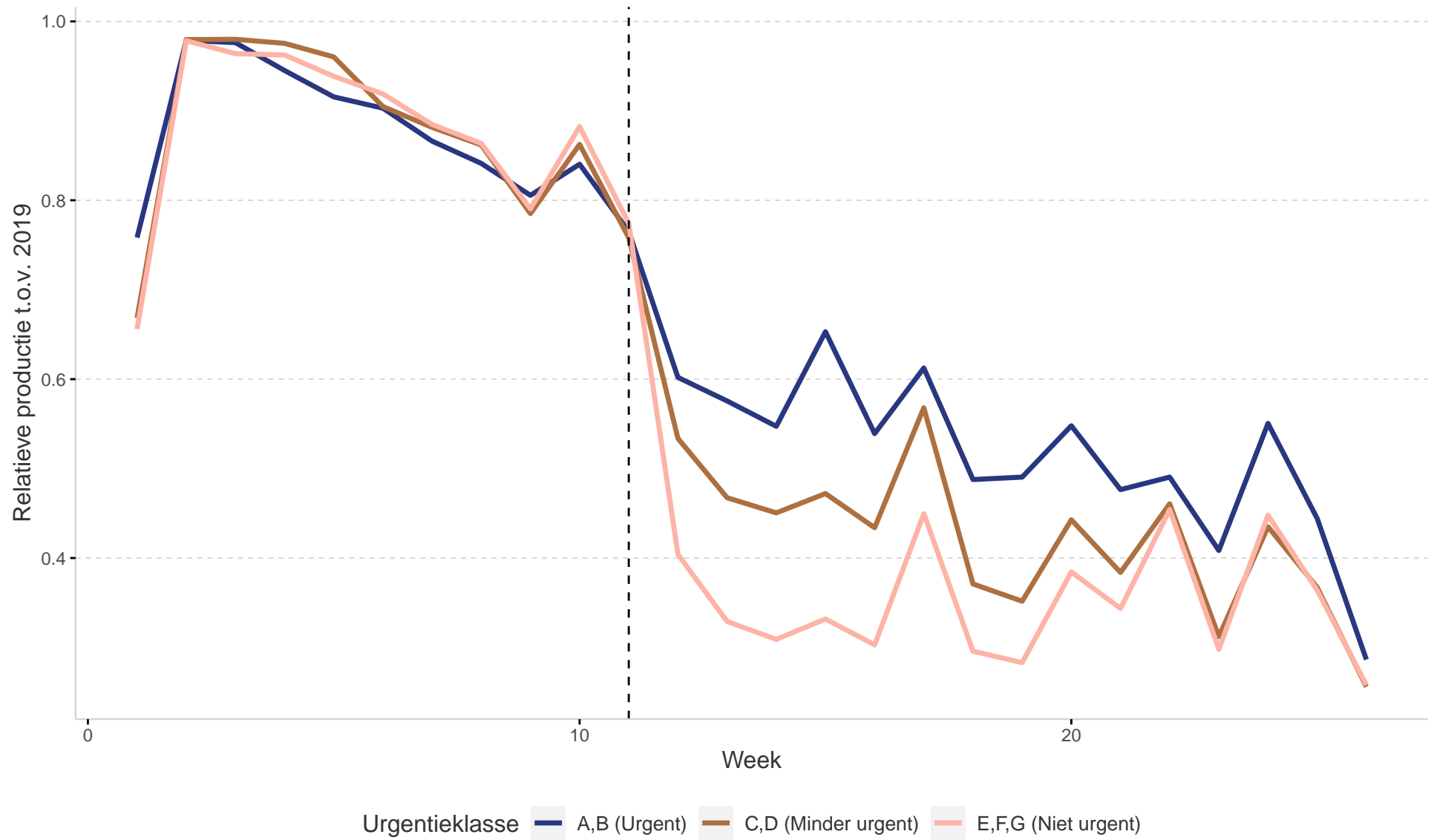
³ Omdat niet alle voorkomende diagnose-zorgproductcombinaties zijn voorzien van een urgentielabel, telt het totaal per specialisme niet op tot 100%

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 precies worden bepaald aan de hand van de data. Wel kunnen we met historische data de kans schatten dat deze zorg in een bepaalde urgentieklasse landt. Door dit voor alle patiënten te doen en de kansen op te tellen per urgentieklasse, lukt het om voor de volledige ziekenhuiszorg de urgentie toch redelijk goed te schatten.

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 zichtbaar (gemeten in een geschat aantal verrichtingen) 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. Ook in mei en juni werd relatief meer urgente zorg verleend. 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 53 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 juni 2020 (week 26). 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. Daarnaast is het onderhanden werk versneld uitgevraagd en loopt de registratie hierdoor gewoonlijk over de laatste twee weken nog iets achter op de weken daarvoor. De cijfers en figuren zijn hier niet voor gecorrigeerd.

4.1 Registratie-effect

Op basis van eerdere aanleveringen verwachten we dat het werkelijke aantal patiënten ongeveer 10% hoger ligt dan nu is geregistreerd. Er zijn geen aanwijzingen dat in de eerste maanden van 2020 de productie structureel lager was dan in de jaren ervoor. We vermoeden dat mede door de bijzondere omstandigheden tijdens de coronacrisis de hoeveelheid zorg die is geregistreerd de afgelopen maanden niet de feitelijke productie weergeeft, omdat de hoeveelheid zorg per patiënt veel minder is dan eerdere jaren. Omdat dit niet is veranderd in de opeenvolgende aanleveringen, kunnen we hier niet inschatten of en wanneer de registratie compleet is. De consequentie is dat de afname van de reguliere productie waarschijnlijk wordt overschat.

We zien dat bij iedere nieuwe aanlevering nog productie wordt toegevoegd voor alle maanden. Dit verklaart de dalende trend in alle productiecijfers. De laatste twee weken zijn het meest onvolledig en zijn in opeenvolgende aanleveringen telkens nog aangevuld.

In dit rapport vergelijken we niet meer de verschillende aanleveringen van DHD om het registratie effect van de laatste weken te schatten. De structuur van de onderhanden werkdata is gewijzigd t.o.v. de eerdere levering en het aantal patiënten wordt op een verschillend aggregatieniveau berekend. Daardoor zijn de aantallen van afgelopen leveringen niet meer met elkaar vergelijkbaar. We kunnen in de toekomstige rapporten deze analyse weer toevoegen, als er meerdere leveringen met dezelfde datastructuur

beschikbaar zijn.

Tenslotte zijn er nog een aantal aanvullende factoren die tot registratie artefacten kunnen leiden: - Er gaat enige tijd overheen voordat een patiënt wordt toegewezen aan een specialisme, mogelijk omdat er verschillende specialisten bij de behandeling betrokken zijn. Het aantal patiënten per specialisme lijkt hierdoor sneller af te nemen dan in de plotjes met het totaal aantal patiënten per week. Hiermee moet rekening gehouden worden bij de interpretatie van de figuren met aantallen patiënten per specialisme. - Het registratie-effect is groter bij verrichtingen, omdat deze pas later gecodeerd aan een patiënt en specialisme worden gekoppeld. De daling is daarom sterker bij consulten, opnamen en operaties dan bij aantallen patiënten.

4.2 Patiënten

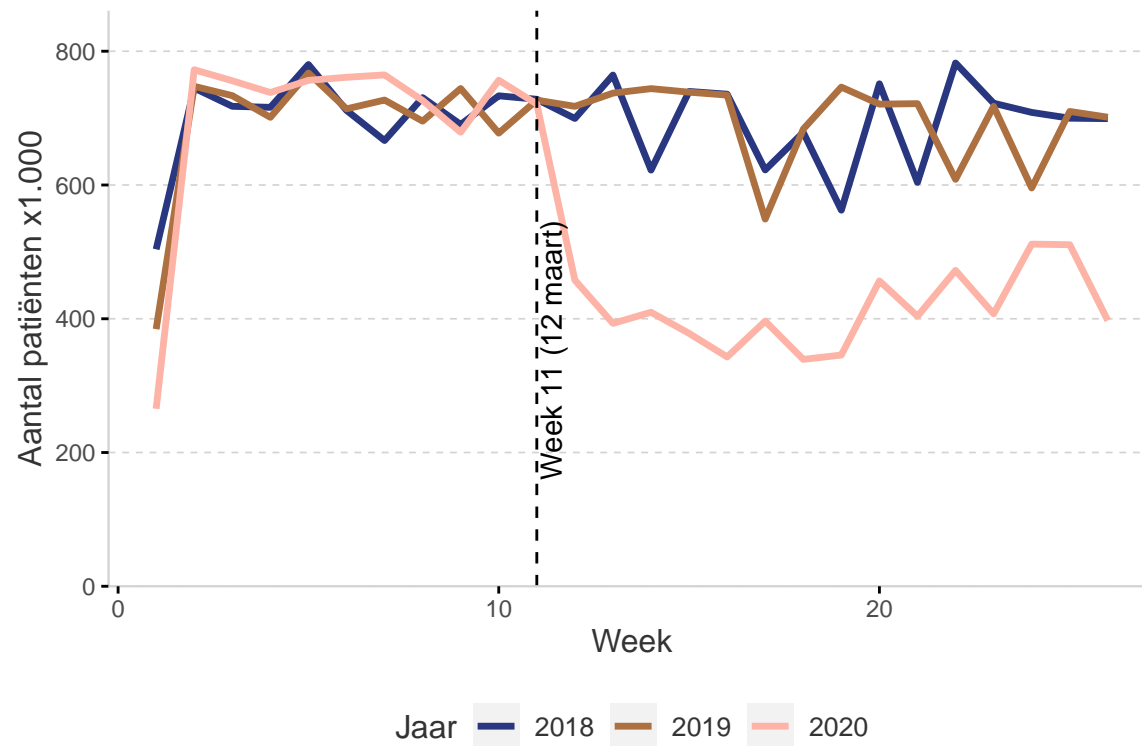
Figuur 13 geeft de landelijke ontwikkeling van het aantal patiënten per week weer.⁴ Naast de eerder genoemde selectie zijn hier alleen instellingen meegenomen die in alle drie de leveringen van mei, juni en juli zaten.

Vanaf week 11 was de daling in het aantal patiëntcontacten (per week) ongeveer 50%. Dit is in de maand april nog iets verder teruggelopen. In mei zien we een stabilisatie van het aantal patiëntcontacten per week, en in juni zien we een kleine toename tot 60% 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 patiënten dat in juni voor het eerst naar het ziekenhuis kwam, is relatief groot in vergelijking met vorig jaar.

Het totaal aantal unieke patiënten in zorg in de onderhandenwerk registratie van 2020, in de periode januari tot en met juni, is 6,2 miljoen. Dat is 17% minder dan in 2019. Het aantal patiënten dat in zorg is bij een ziekenhuis is dus veel minder afgenomen dan het aantal patiëntcontacten. We vermoeden dat registratie-effecten hier een grote rol spelen. Daarnaast zal de hoeveelheid zorg per patiënt ook daadwerkelijk zijn verminderd. 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.

⁴ 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 13 Aantal patiënten in het onderhanden werk 2018-2020 per week



Figuur 14 en 15 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 juni (week 1 t/m week 26) in 3 opeenvolgende jaren. Figuur 16 laat een uitsplitsing zien naar type instelling.

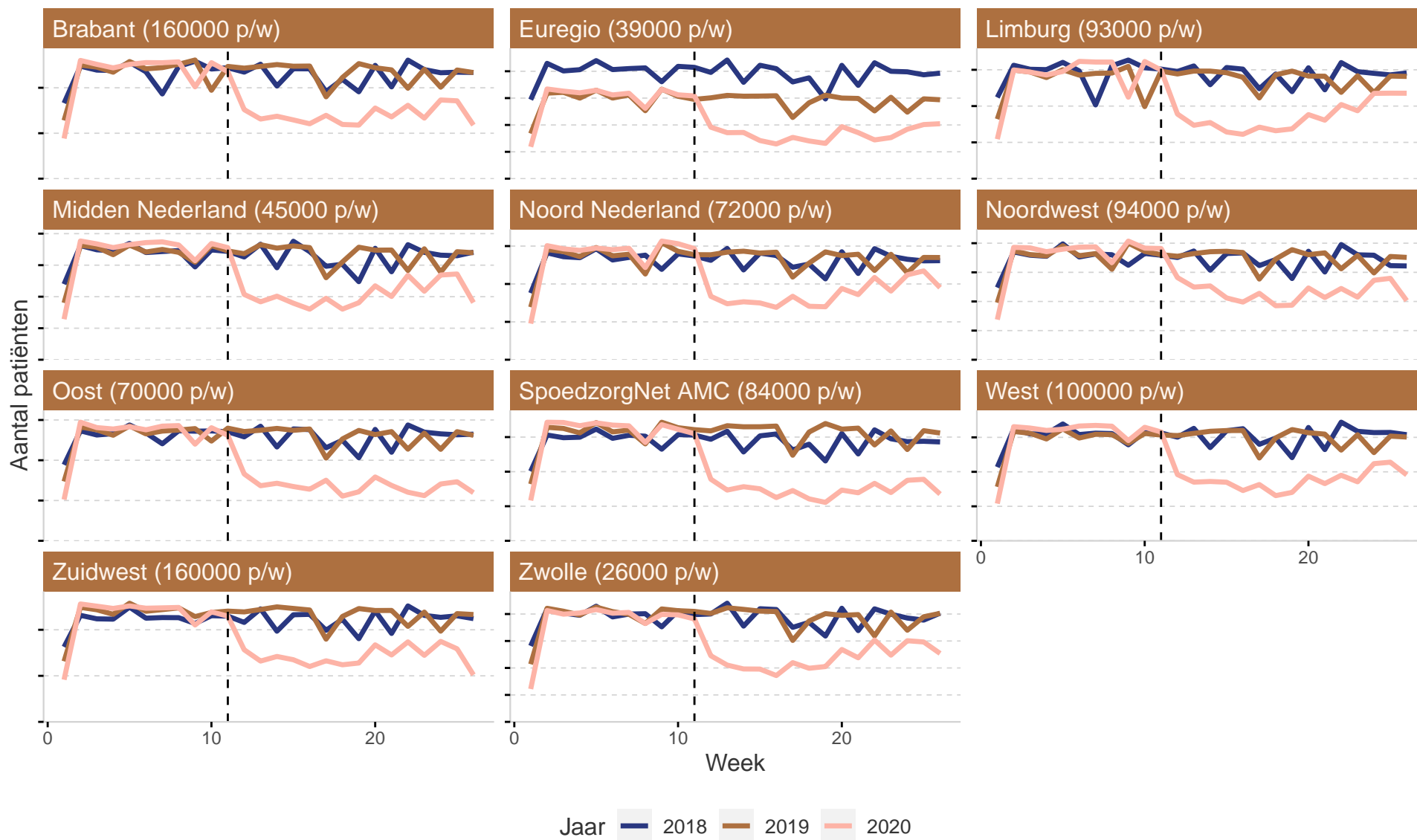
Het aantal patiënten in de eerste 2 maanden van het jaar was zeer vergelijkbaar over de jaren. Schommelingen in het aantal patiëntcontacten zijn ook vergelijkbaar en hangen samen met vrije dagen. Vanaf week 11 daalt de productie in alle regio's tot gemiddeld iets meer dan de helft van het niveau van 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. In juni neemt het

aantal patiëntcontacten weer licht toe tot ongeveer tweederde van het aantal in dezelfde periode vorig jaar. De stijging is het grootst bij KNO, oogheelkunde en orthopedie. Dit zijn over het algemeen ook de specialismen waar in maart het snelst werd afgeschaald.

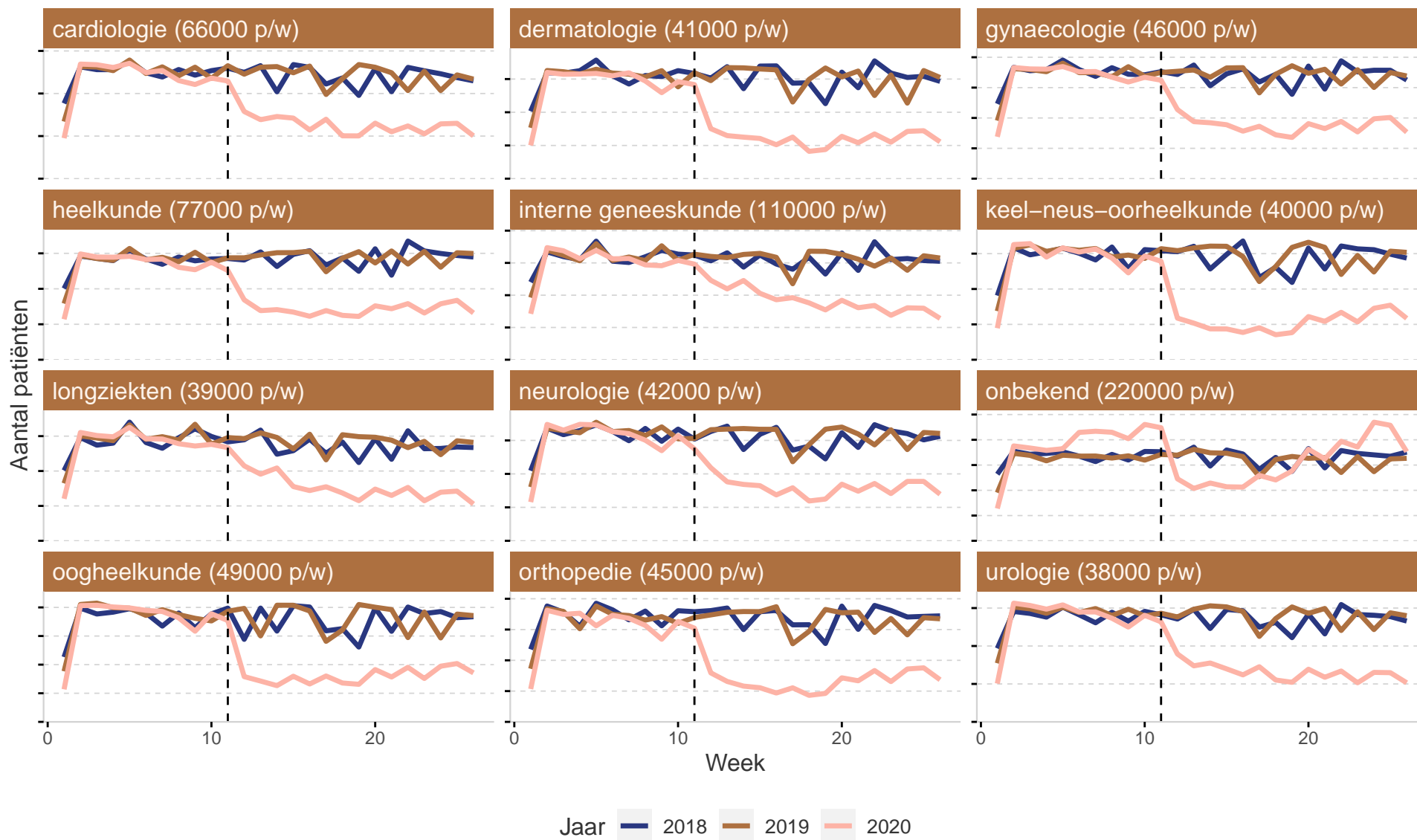
UMC's laten een iets ander beeld zien dan algemene en topklinische ziekenhuizen. Algemene en topklinische ziekenhuizen zijn in maart direct sneller afgeschaald en laten nu weer een lichte toename zien. Rekening houdend met een lichte achterstand in registraties duidt dit op een duidelijk herstel. Bij academische ziekenhuizen is minder sterk afgeschaald in maart en is het herstel daarna minder sterk. Inmiddels bevinden de verschillende typen instellingen zich weer ongeveer op eenzelfde niveau.

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).

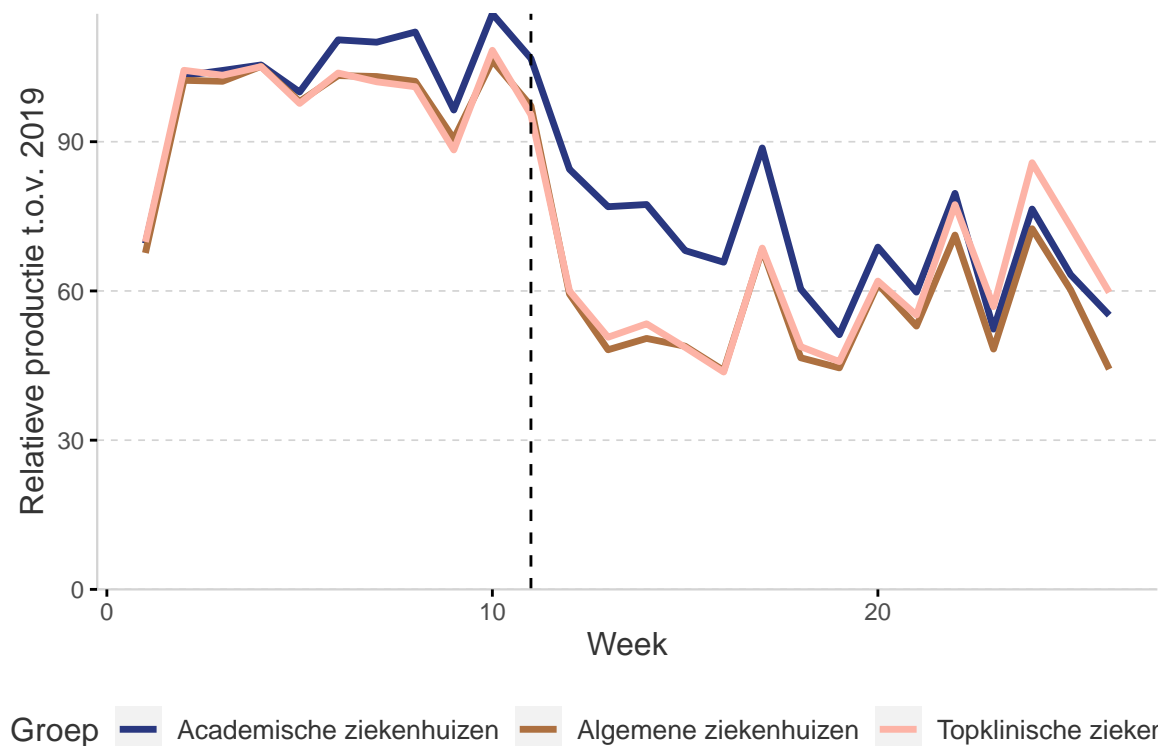
Figuur 14 Aantal patiënten in het onderhanden werk 2018-2020 per roaz regio



Figuur 15 Aantal patiënten in het onderhanden werk 2018-2020 per specialisme.



Figuur 16 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, en neemt dit toe in juni.

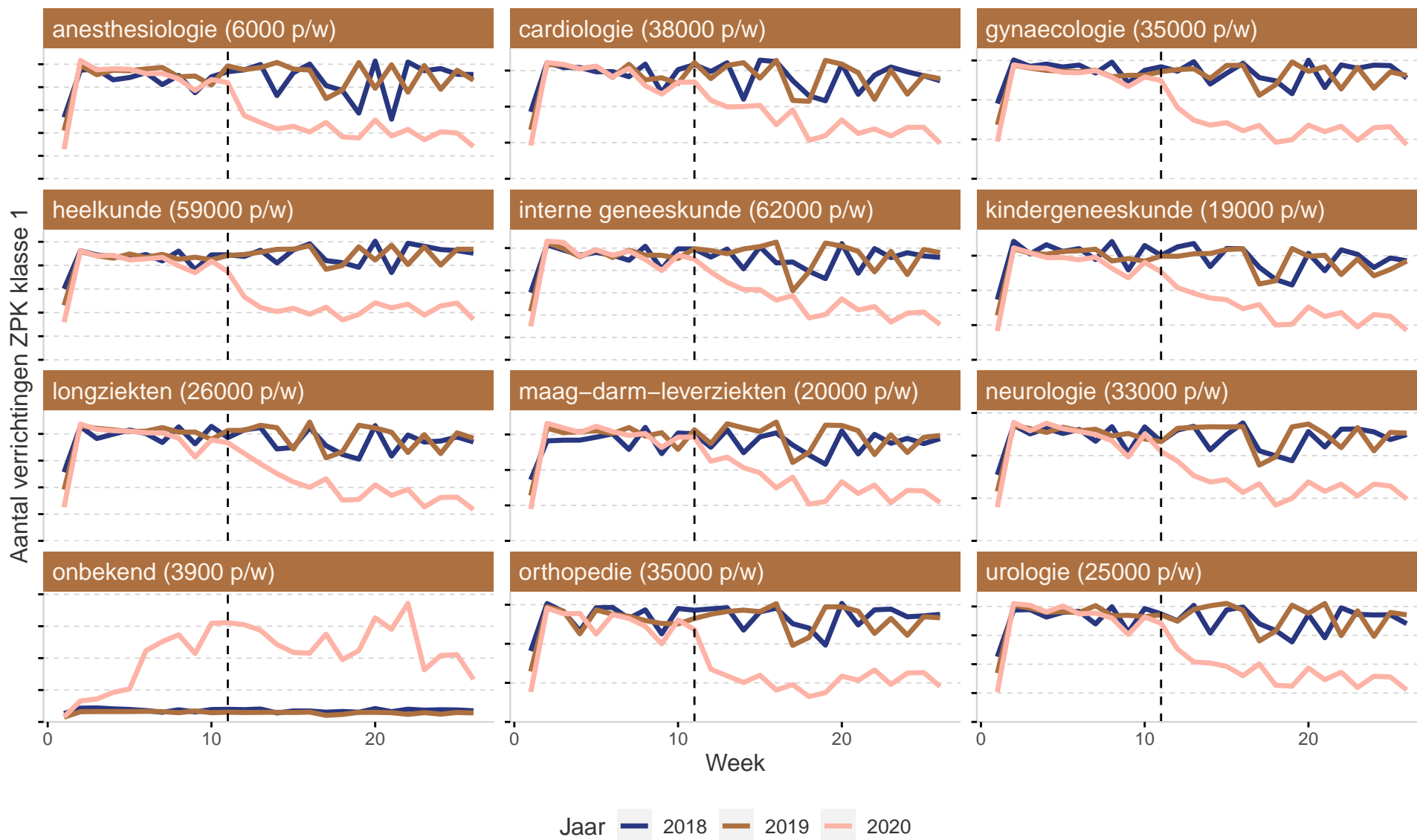
Figuur 17 laat het aantal polikliniekbezoeken (inclusief belconsulten/e-consulten) zien per specialisme. Bij de meeste specialismen lijkt het aantal polikliniekbezoeken gestabiliseerd, bij enkele is weer een toename zichtbaar. Voor nieuwe patiënten is de behandelaar

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. Vooral in de laatste weken is de toename in werkelijkheid dus wat groter dan uit de figuren blijkt.

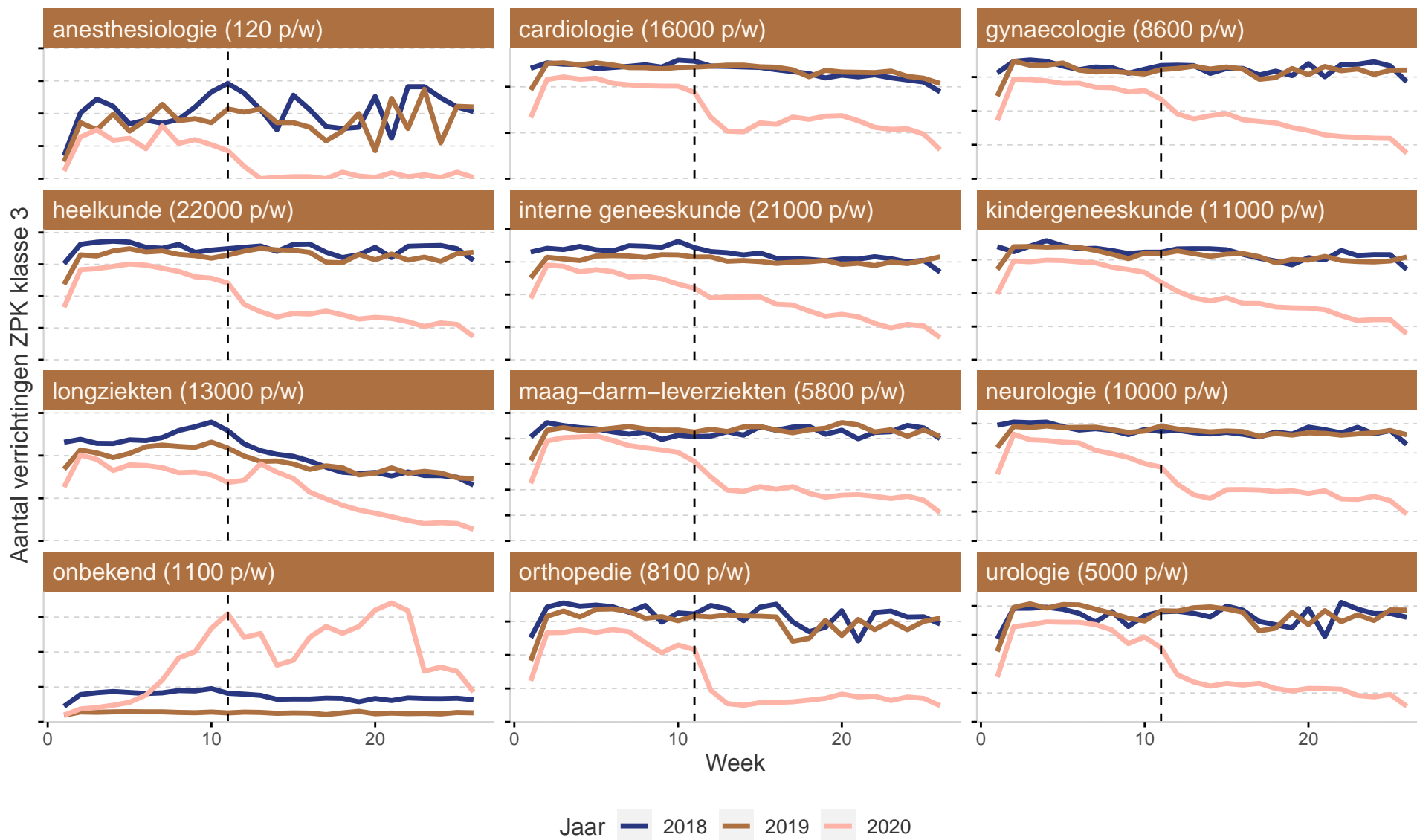
Uit figuur 18 blijkt dat voor een aantal specialismen het aantal opnames plotseling is gedaald in week 12, zoals voor anesthesiologie, cardiologie en orthopedie. Ook bij heelkunde en urologie lijkt er sprake van een plotselinge afname. Bij andere specialismen is dat minder zichtbaar en bij longziekten is er duidelijk sprake van een piek in week 13. Bij sommige specialismen, waaronder cardiologie en orthopedie, is na het dieptepunt rond week 13/14 weer een toename in het aantal verpleegdagen zichtbaar. In hoeverre er sprake is van een breed 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 19) neemt de laatste weken weer duidelijk toe. Dit is vooral goed zichtbaar bij anesthesiologie, heelkunde en orthopedie. Toch is ook daar het aantal verrichtingen per week nog ruim lager dan in dezelfde periode vorig jaar.

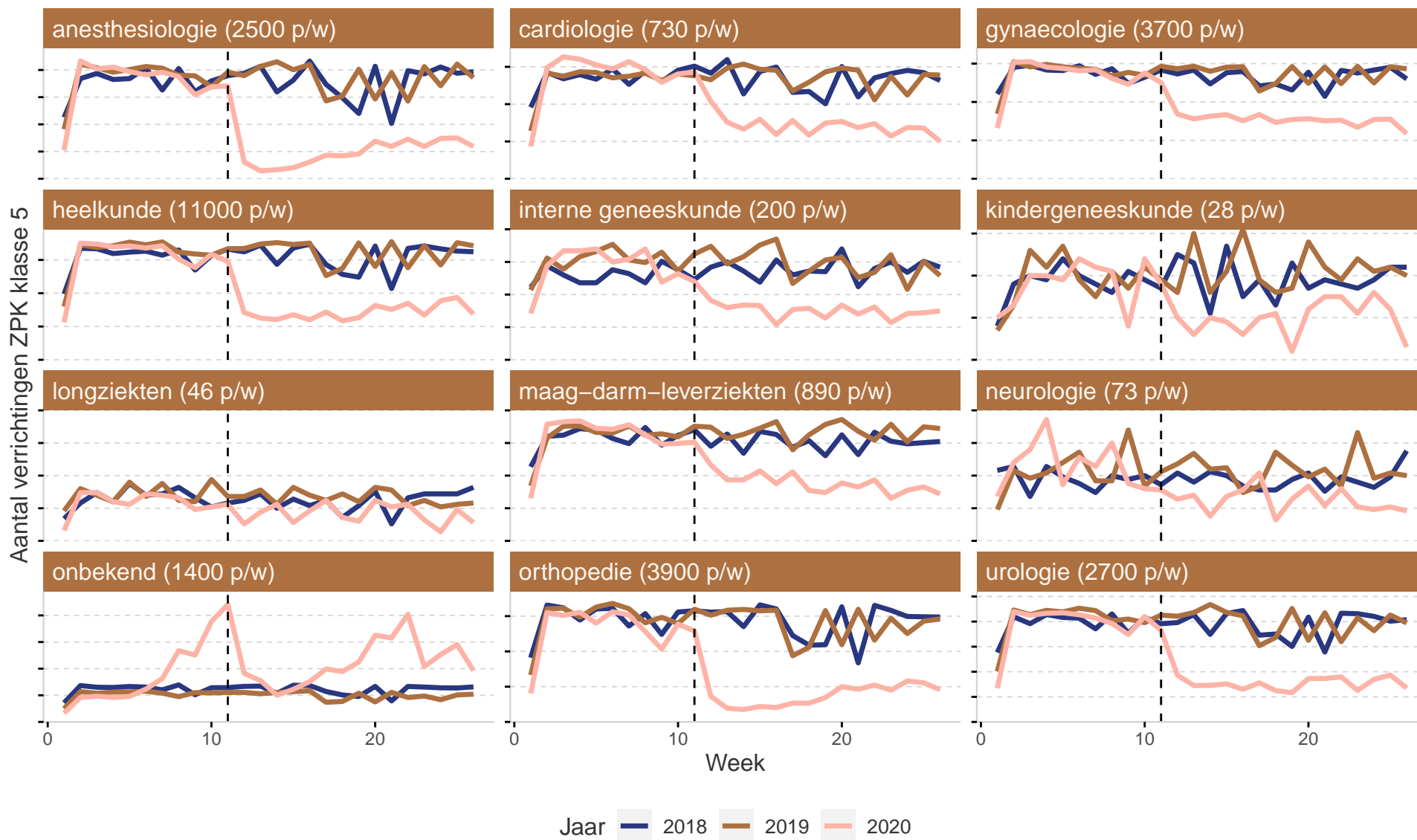
Figuur 17 Aantal polikliniekbezoeken (zorgprofielklasse 1) per specialisme.



Figuur 18 Aantal klinische opnames (zorgprofielklasse 3) per specialisme.



Figuur 19 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.