

Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor de reguliere ziekenhuiszorg

NZa
update 26 augustus 2020

Inhoudsopgave

| | |
|--|-----------|
| 1. Inleiding | 3 |
| 1.1 Bronnen | 3 |
| 1.2 Regionale indeling | 4 |
| 1.3 Bepaling urgentie | 4 |
| 1.4 Opzet | 4 |
| 1.5 Samenvatting | 5 |
| 1.6 Wijzigingen / ontwikkelingen | 6 |
| 2. Verwijzingen ZorgDomein | 7 |
| 3. Urgentie | 9 |
| 4. Actuele productie | 12 |
| 4.1 Registratie-effect en bijschatting | 12 |
| 4.2 Patiënten | 13 |
| 4.3 Verrichtingen | 18 |
| 5. Wachttijden | 22 |

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. Het wachttijdhoofdstuk is gebaseerd op de wachttijden die zorgaanbieders in de MSZ bij de NZa hebben aangeleverd. 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. Met uitzondering van de wachttijden, verwerkt de NZa 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 23 augustus 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). In het laatste hoofdstuk staan de analyses met betrekking tot de wachttijden voor medisch specialistische zorg.

Figuur 1 ROAZ indeling



1.5 Samenvatting

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

- Hoeveel zorg is niet geleverd en om hoeveel patiënten of 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?
- Hoe staat het met de wachttijden in de MSZ?

1.5.1 Zorg niet geleverd

Het totaal aantal unieke patiënten in zorg in de onderhandenwerk registratie van 2020, in de periode januari tot en met juli, is 7,3 miljoen. Dat is 15% minder dan in 2019. We weten echter dat een deel van de patiënten in zorg nog niet is geregistreerd. Eind juli bedraagt het aantal patiëntencontacten per week ongeveer drie kwart van het aantal in dezelfde periode een jaar eerder. Als we o.b.v. registratieeffecten dat corrigeren, lijkt het totaal aantal patiënten dat in het ziekenhuis behandeld wordt in juli iets hoger dan in 2018 en 2019. Dit betreft ook polikliniekbezoeken en operaties. 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 afgelopen maanden 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 concludeerden we dat tijdens de coronacrisis het aantal verwijzingen van huisartsen naar het ziekenhuis over de gehele breedte van de zorg was afgenomen. Vanaf begin april nam het aantal verwijzingen weer gestaag toe en is op dit moment gestabiliseerd rond het niveau van eerdere jaren.

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

1.5.4 Wachttijden

Het landelijk aantal poliklinische wachttijden dat de treeknorm overschrijdt is in juni en juli ongeveer terug op het niveau van begin dit jaar. Het aantal behandelwachttijden dat landelijk de treeknorm overschrijdt is iets gestegen. Vooral bij de behandelwachttijden zijn er behoorlijke regionale verschillen. Na de vakantieperiode zal duidelijk worden of dit echt een corona-effect is of een regulier seizoenseffect.

1.6 Wijzigingen / ontwikkelingen

We brengen regelmatig een geactualiseerde versie van dit rapport uit die we in overleg met de dataleveranciers (Zorgdomein en DHD) uitbreiden en verbeteren. In deze versie is het volgende gewijzigd ten opzichte van de vorige versie:

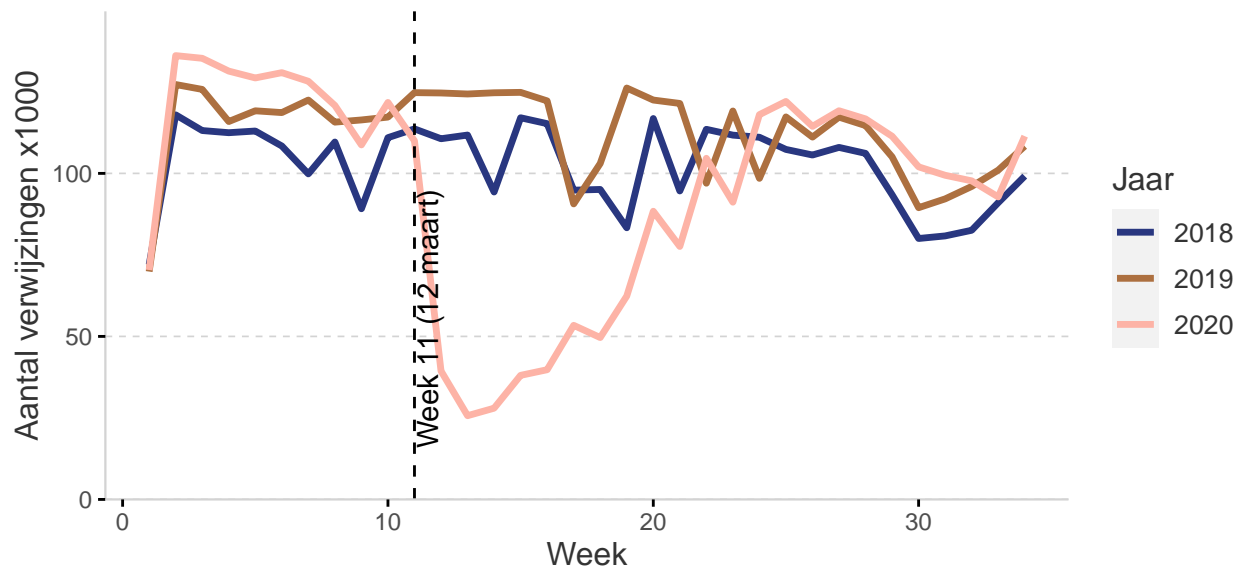
- Het verwijsvolume is inmiddels vergelijkbaar met het volume van 2019 en 2018. Vooralsnog lijkt het alsof er geen inhaalslag plaatsvindt wat betreft verwijzingen. Omdat we de afgelopen periode geen grote veranderingen in het verwijsvolume zagen en dit voor de komende periode ook niet verwachten, is het hoofdstuk 'Verwijzingen' ingekort. Wel blijven we monitoren of (een deel van) de achtergebleven verwijzingen wordt ingehaald, doordat er meer patiënten worden doorverwezen dan gebruikelijk.
- Volgens de onderhandenwerk-registratie van 2020 zijn er in de periode januari tot en met juli 7,3 miljoen (unieke) patiënten in zorg. Dat is 15% minder dan in 2019.
- Vanaf juni neemt het aantal patiëntcontacten weer licht toe tot ongeveer drie kwart van het aantal in dezelfde periode vorig jaar.
- Dit is het eerste rapport waarin ook het registratie-effect op de waargenomen productie inzichtelijk gemaakt per specialisme. De registratie lijkt veel effect te hebben, waardoor we schatten dat de productie per week voor wat betreft aantal patiënten, operatieve verrichtingen en polikliniekbezoeken in juli op het verwachte niveau ligt (vergelijkbaar met 2019 en 2018). Met de correctie op registratie-effecten is het aantal patiënten in behandeling bij alle specialismen weer ongeveer terug op het oude niveau.
- Dit is tevens het eerste rapport waaraan wij wachttijden hebben toegevoegd.

2. Verwijzingen ZorgDomein

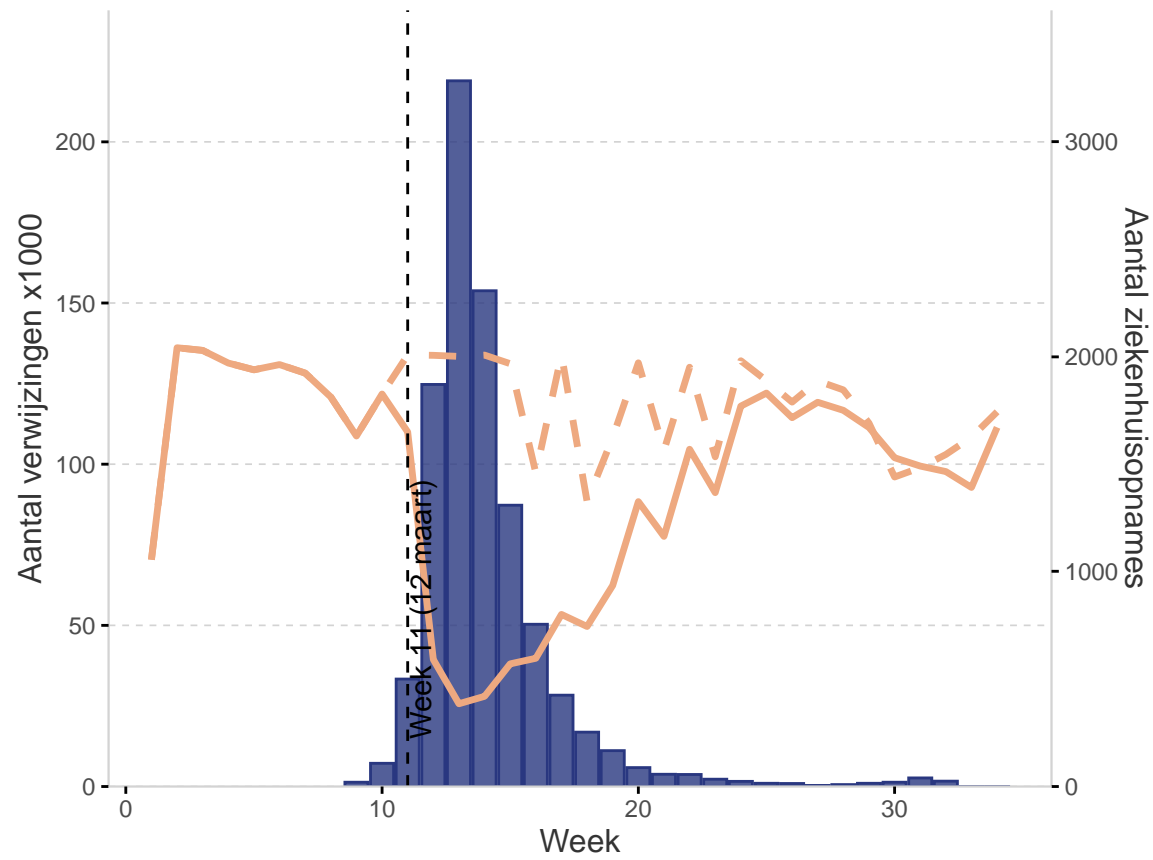
ZorgDomein biedt een online platform waar vraag (vanuit de patiënt en huisarts) en aanbod bij elkaar komen. Huisartsen kunnen via het platform van ZorgDomein patiënten doorverwijzen naar aangesloten instellingen. Vrijwel alle ziekenhuizen en een groot deel van de huisartsen maakt gebruik van dit systeem. De NZa ontvangt van ZorgDomein wekelijks een geaggregeerd bestand met verwijstotalen. Tot met de rapportage van juli 2020 hebben we steeds een update gegeven over het aantal verwijzingen. Omdat het aantal verwijzingen al een aantal weken op niveau is (zie Figuur 2), blikken we alleen nog kort terug op de impact van de coronacrisis op het aantal verwijzingen. Mochten de cijfers daar aanleiding toe geven dan zullen we dit hoofdstuk weer uitbreiden.

Figuur 3 geeft het aantal verwijzingen en ziekenhuisopnames (bron: RIVM) tegelijk weer. De zalmroze stippellijn geeft een schatting van het aantal verwijzingen dat verwacht mocht worden zonder coronacrisis. Te zien is dat met de stijging van het aantal ziekenhuisopnames het aantal verwijzingen daalde met als dieptepunt week 13. Het verwijzsvolume is inmiddels vergelijkbaar met het volume van 2019 en 2018.

Figuur 2 Landelijk verwijzsvolume 2018-2020 per week



Figuur 3 Landelijk verwijzvolume en ziekenhuisopnames per week



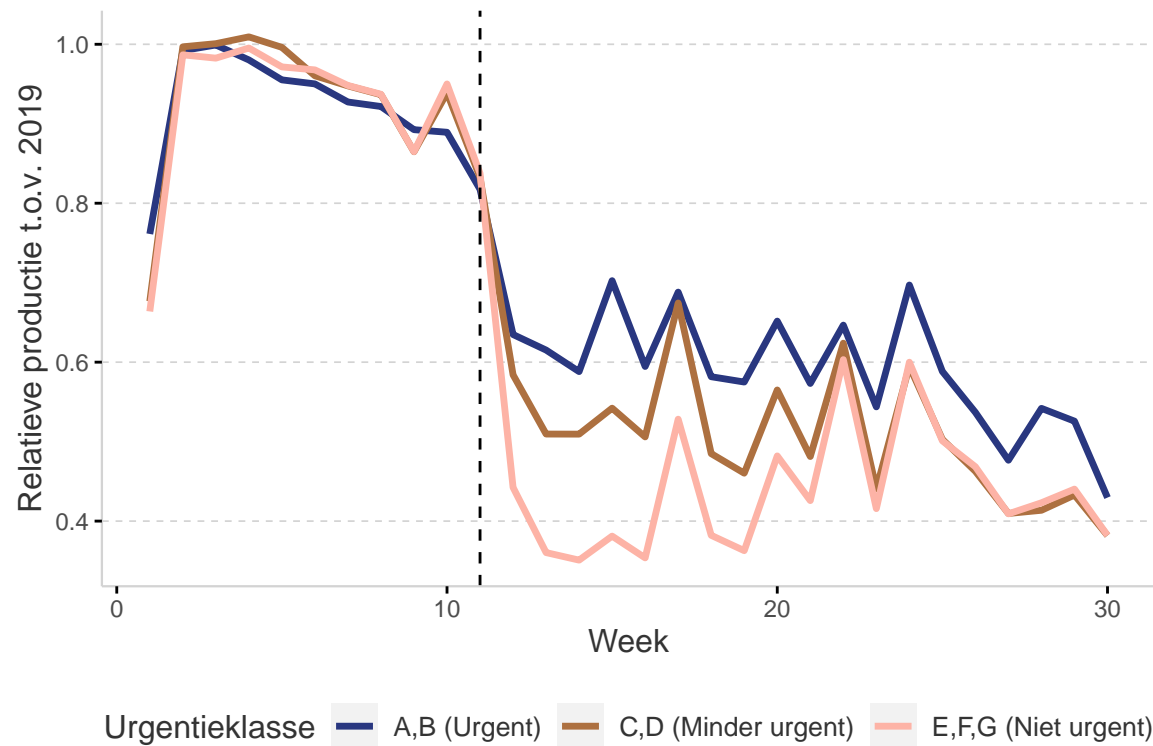
3. Urgentie

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.

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 4 Productie uitgesplitst naar urgentie per week



Figuur 4 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. Hierbij is niet gecorrigeerd voor registratieachterstanden, zoals in de rest van dit rapport.

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 de periode daarna blijft er relatief meer aandacht bij de urgente zorg. Hoewel de verschillen gering zijn, lijkt er ook in juli nog iets meer aandacht voor urgente zorg te zijn boven minder urgente zorg. Omdat de capaciteit en de totale productie weer op het oude niveau zijn (zie hoofdstuk 4) zou dit kunnen wijzen op een inhaaleffect: Het aantal patiënten met urgente

zorgvragen is groter dan gebruikelijk. Patiënten met urgente klachten gaan hiermee alsnog naar de huisarts en naar het ziekenhuis. Het verhoogde aantal spoedverwijzingen en verwijzingen met versnelde toegang wijst hier ook op. Hieronder kunnen ook patiënten zijn die te lang hebben gewacht om naar de dokter te gaan, waardoor schade is opgetreden die direct behandeld moet worden.

Het is niet duidelijk of patiënten met minder urgente klachten dan ook langer moeten wachten. We weten niet of het aantal patiënten dat op behandeling wacht hoger is dan gebruikelijk of dat patiënten (eventueel met hun huisarts) besluiten een eerste bezoek nog uit te stellen bij minder urgente klachten en dus ook nog niet op een wachtlijst worden geplaatst. Het totale aantal doorverwijzingen door de huisarts is niet hoger dan gebruikelijk, wat er op zou wijzen dat er in juli relatief minder patiënten met naar verwachting uit te stellen zorgvragen naar het ziekenhuis zijn gegaan voor onderzoek. In onze data kunnen we dit onderscheid naar urgentieniveaus niet maken. Het aantal verwijzingen zegt niet alles, omdat veel patiënten al bekend zijn bij de specialist en voor herhaalbezoeken – en behandelingen geen verwijzing nodig hebben. Het kan dus ook zijn dat minder urgente behandelingen ook nog iets langer worden uitgesteld. De kans bestaat dus dat de wachttijden voor uitstelbare zorg, zoals staaroperaties of knie- en heupvervangingen hierdoor gaan oplopen. De komende tijd zullen we de wachttijden daarom extra monitoren.

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 55 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 juli 2020 (week 30). 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.

4.1 Registratie-effect en bijschatting

We vermoeden dat mede door de bijzondere omstandigheden tijdens de coronacrisis de hoeveelheid zorg die is geregistreerd de afgelopen maanden niet de volledige productie weergeeft. De consequentie is dat het herstel van de reguliere productie in de afgelopen maanden waarschijnlijk wordt onderschat. We zien ook dat bij iedere nieuwe aanlevering nog productie wordt toegevoegd voor alle voorgaande maanden. Dit verklaart gedeeltelijk de blijvend lage lijn in de meeste productiecijfers. De laatste twee weken zijn het meest onvolledig, maar ook de cijfers over april zijn in onlangs nog met enkele procenten opgehoogd.

In dit rapport vergelijken we de verschillende aanleveringen van DHD om het registratie-effect vanaf april te schatten, met de aanname dat de data van januari, februari en maart volledig zijn. Hierbij hebben we een correctie toegepast op de aantallen van 2020 om het registratie-effect dat we op basis van alle leveringen hebben kunnen schatten te demonstreren. In de meeste figuren wordt deze geschatte productie weergegeven met een extra lijn, bovenop de lijn die de daadwerkelijk gemeten productie toont.

We doen dit door op het niveau van ziekenhuizen en specialismen te berekenen hoe groot de toename in aanlevering over een bepaalde productiemaand is na 1 maand, na 2 maanden enzovoort. Deze percentages gebruiken we vervolgens om een factor te berekenen waarmee naar verwachting de data voor een bepaalde maand nog zal toenemen in de komende maanden totdat deze

compleet zal zijn. De aangeleverde data hogen we op met deze factor. Het registratie-effect kan per ziekenhuis en per levering verschillend zijn. Bij verdeling naar specialismen worden dit soort uitzonderingen redelijk uitgemiddeld. Bij verdeling naar ROAZ-regio, kan de bijschatting voor een ROAZ-regio met slechts enkele ziekenhuizen sterk beïnvloed worden door een enkel ziekenhuis, als die bijvoorbeeld in één maand heel veel data aanlevert. Daarom tonen we de gecorrigeerde aantallen niet per ROAZ-regio.

Tenslotte zijn er nog een aantal aanvullende factoren die tot registratie artefacten kunnen leiden: 1. 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. 2. Het registratie-effect is groter bij verrichtingen, omdat deze pas later gecodeerd en aan een patient en specialisme worden gekoppeld. De daling is daarom sterker bij consulten, opnamen en operaties dan bij aantallen patiënten. Dit geldt in het bijzonder voor verpleegdagen.

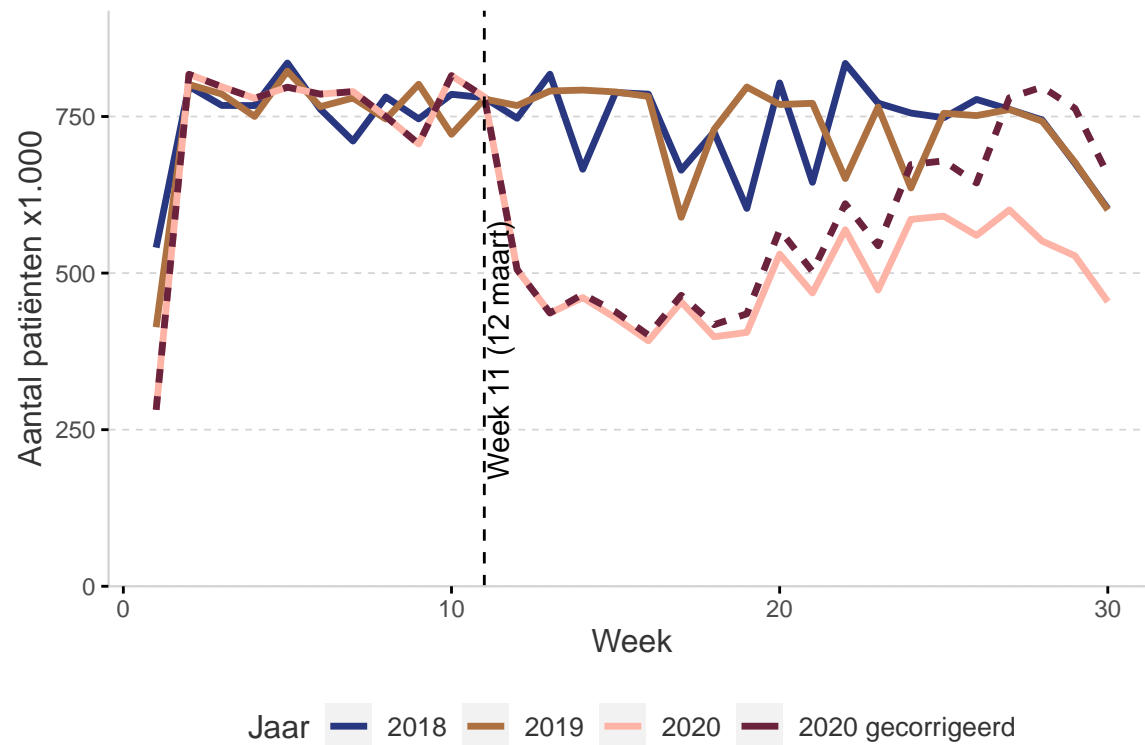
4.2 Patiënten

Figuur 5 geeft de landelijke ontwikkeling van het aantal patiënten per week weer.¹ 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 vanaf juni zien we een duidelijke toename. Als we corrigeren voor de eerder genoemde registratie-effecten, lijkt het totaal aantal patienten dat in het ziekenhuis behandeld wordt in juli iets hoger dan in 2018 en 2019. De daling in alle jaren vanaf week 28 laat zich verklaren door het begin van de zomervakantie.

Het totaal aantal unieke patiënten in zorg in de onderhandenwerk registratie van 2020, in de periode januari tot en met juli, is 7,3 miljoen. Dat is 15% minder dan in 2019.

¹ 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 5 Aantal patiënten in het onderhanden werk 2018-2020 per week



Figuur 6 en 7 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 juli (week 1 t/m week 30) in 3 opeenvolgende jaren.

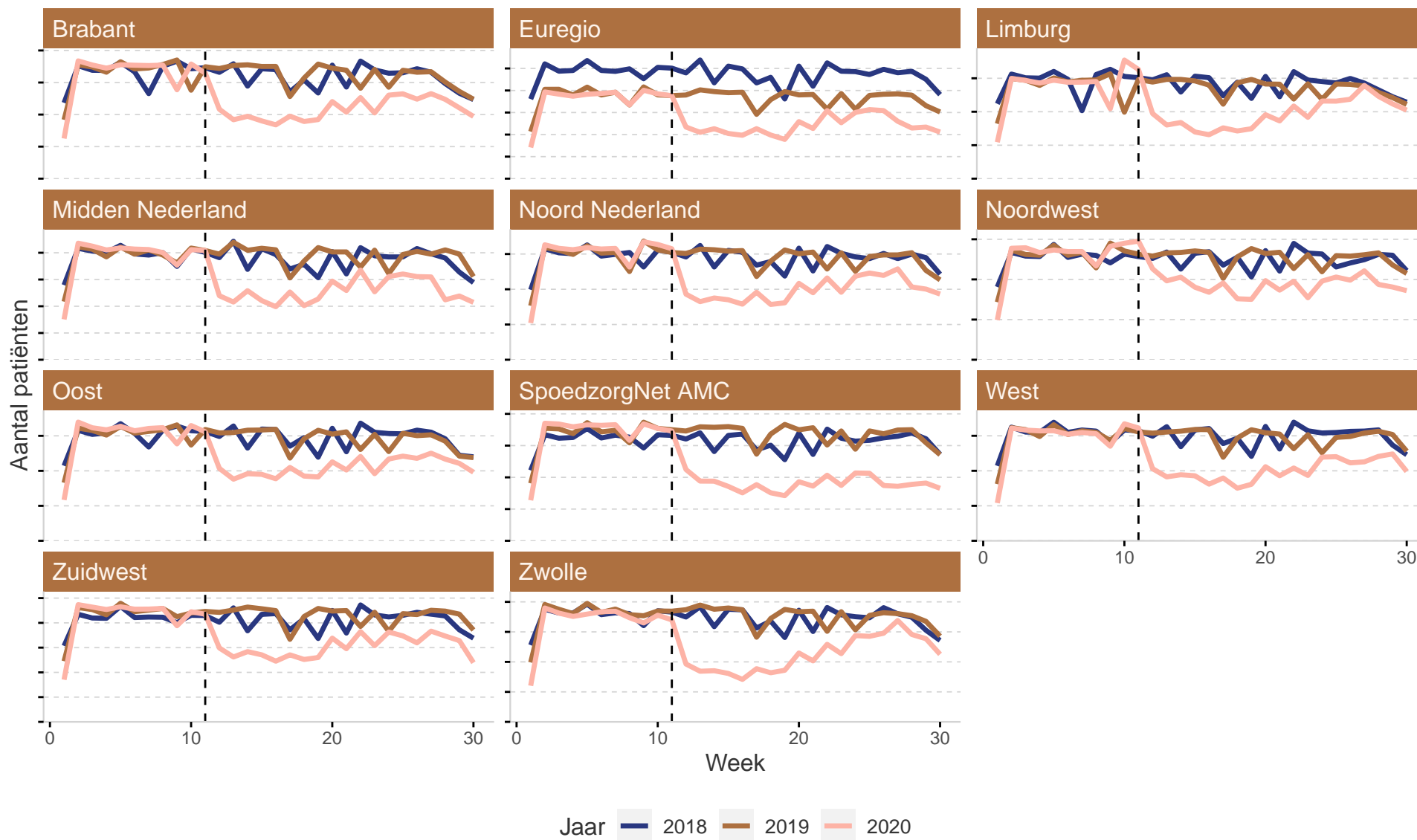
Figuur 8 laat een uitsplitsing zien naar type instelling. Tussen week 20 en 25 lijkt er weinig verschil te zijn tussen de typen instellingen. De verschillen die zichtbaar zijn vanaf week 25 zijn hoogst waarschijnlijk het gevolg van snelheidsverschillen in aanlevering van de productiedata.

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

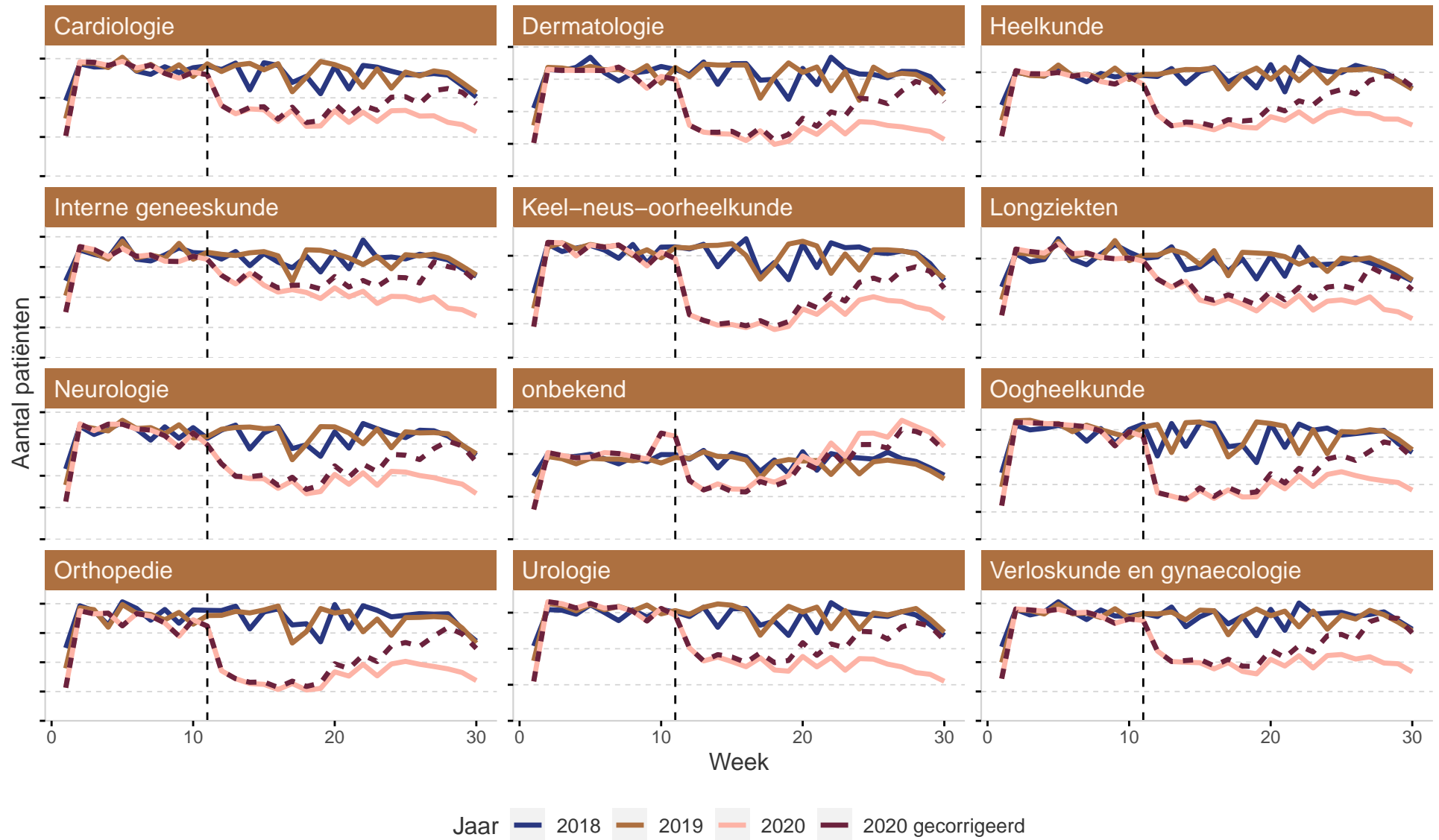
gemiddeld iets meer dan de helft van het niveau van de weken daarvoor. Ook in de regio's met de meeste coronapatiënten, zoals Brabant en Limburg, neemt het aantal patiënten per week af. In de meeste regio's neemt het aantal patiënten nog iets verder af in de loop van april tot gemiddeld iets meer dan de helft van het aantal patiënten en stabiliseert dit aantal in mei. Vanaf juni neemt het aantal patiëntcontacten weer licht toe tot ongeveer drie kwart van het aantal in dezelfde periode vorig jaar. Op regioniveau is het niet goed mogelijk om te corrigeren voor registratie-effecten. Doordat het aantal ziekenhuizen in sommige regio's klein is kan de bijschatting sterk beïnvloed worden door het aanlevergedrag van één ziekenhuis. Bij de uitsplitsing naar specialisme speelt dit niet. Daar is duidelijk dat het aantal patiënten in behandeling bij alle specialismen weer ongeveer terug is op het oude niveau, of iets daarboven als we rekening houden met de groep patiënten die in de data een onbekend specialisme hebben.

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. Het aantal patiënten op de verticale as laten wij daarom achterwege.

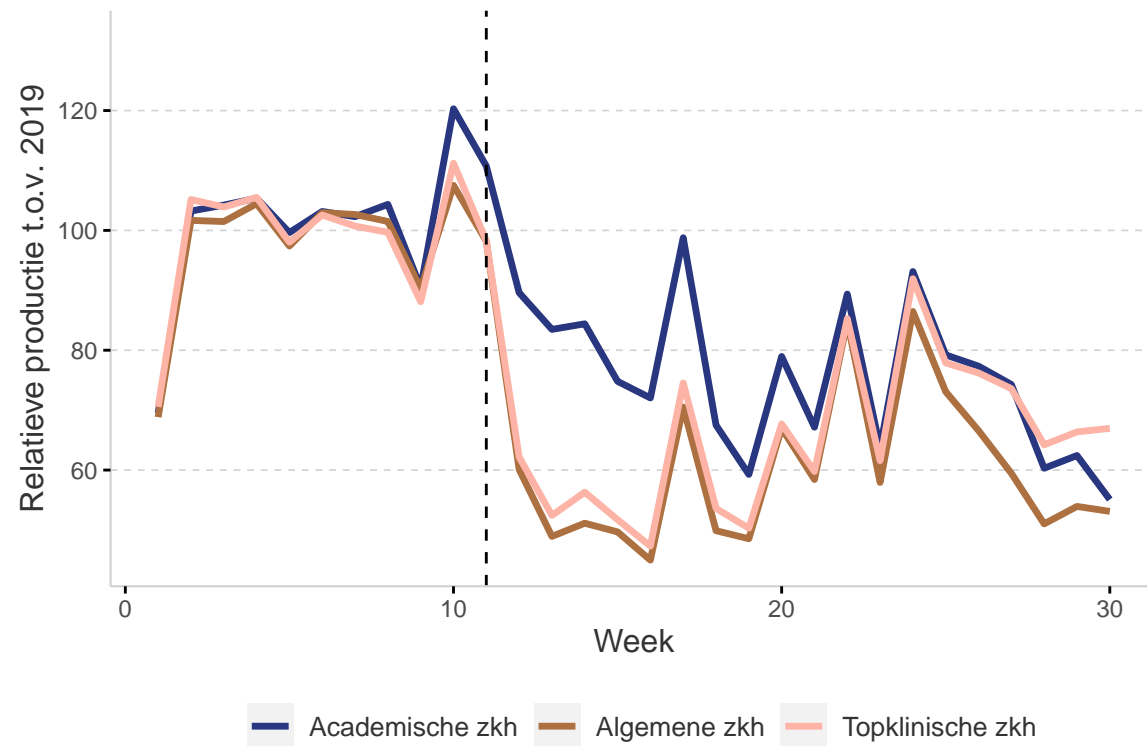
Figuur 6 Aantal patiënten in het onderhanden werk 2018-2020 per roaz regio



Figuur 7 Aantal patiënten in het onderhanden werk 2018-2020 per specialisme



Figuur 8 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 vanaf juni.

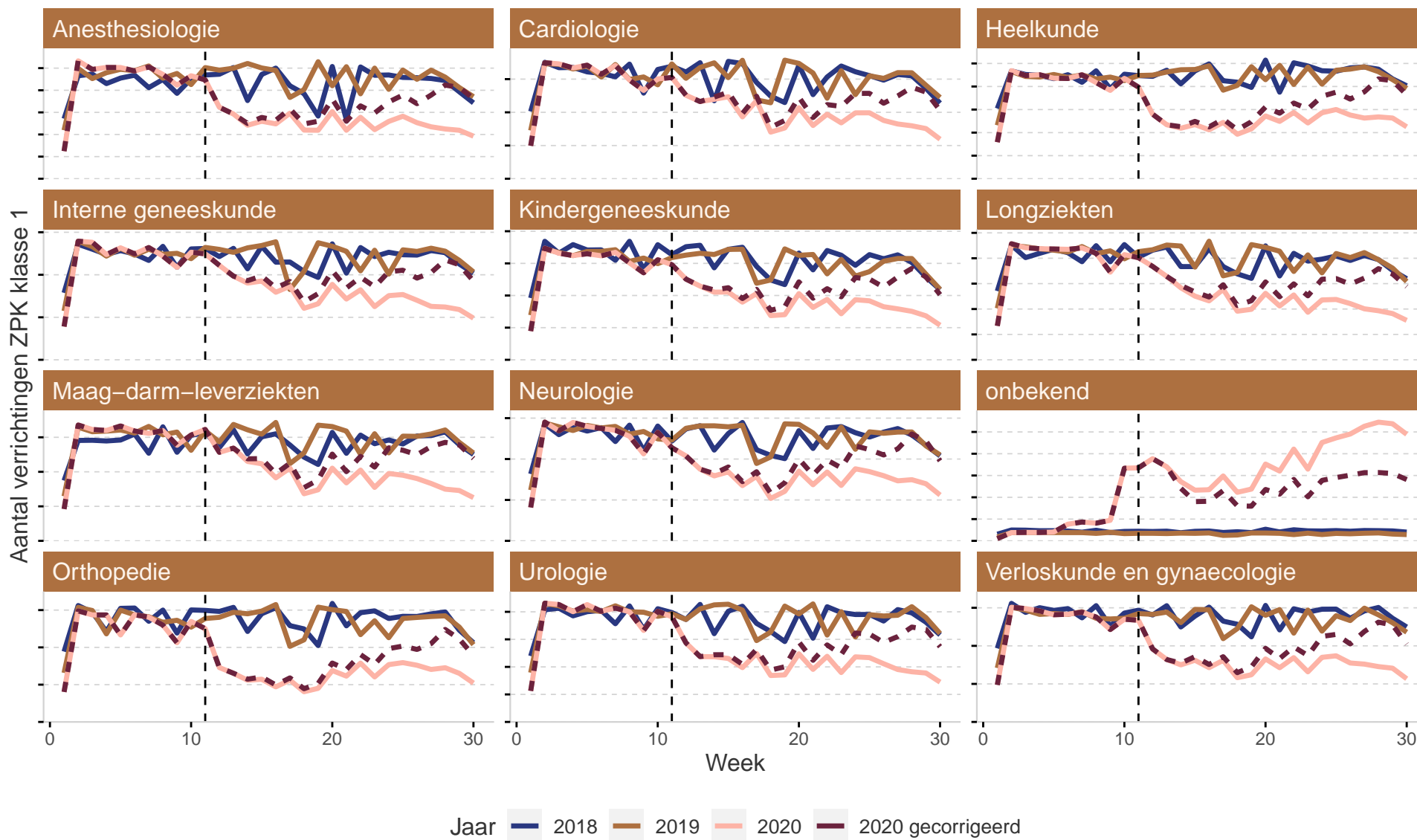
Figuur 9 laat het aantal polikliniekbezoeken (inclusief belconsulten/e-consulten) zien per specialisme. Bij de meeste specialismen lijkt het aantal polikliniekbezoeken na correctie terug op het niveau van 2018/2019. Voor nieuwe patiënten is de behandelaar vaak nog

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.

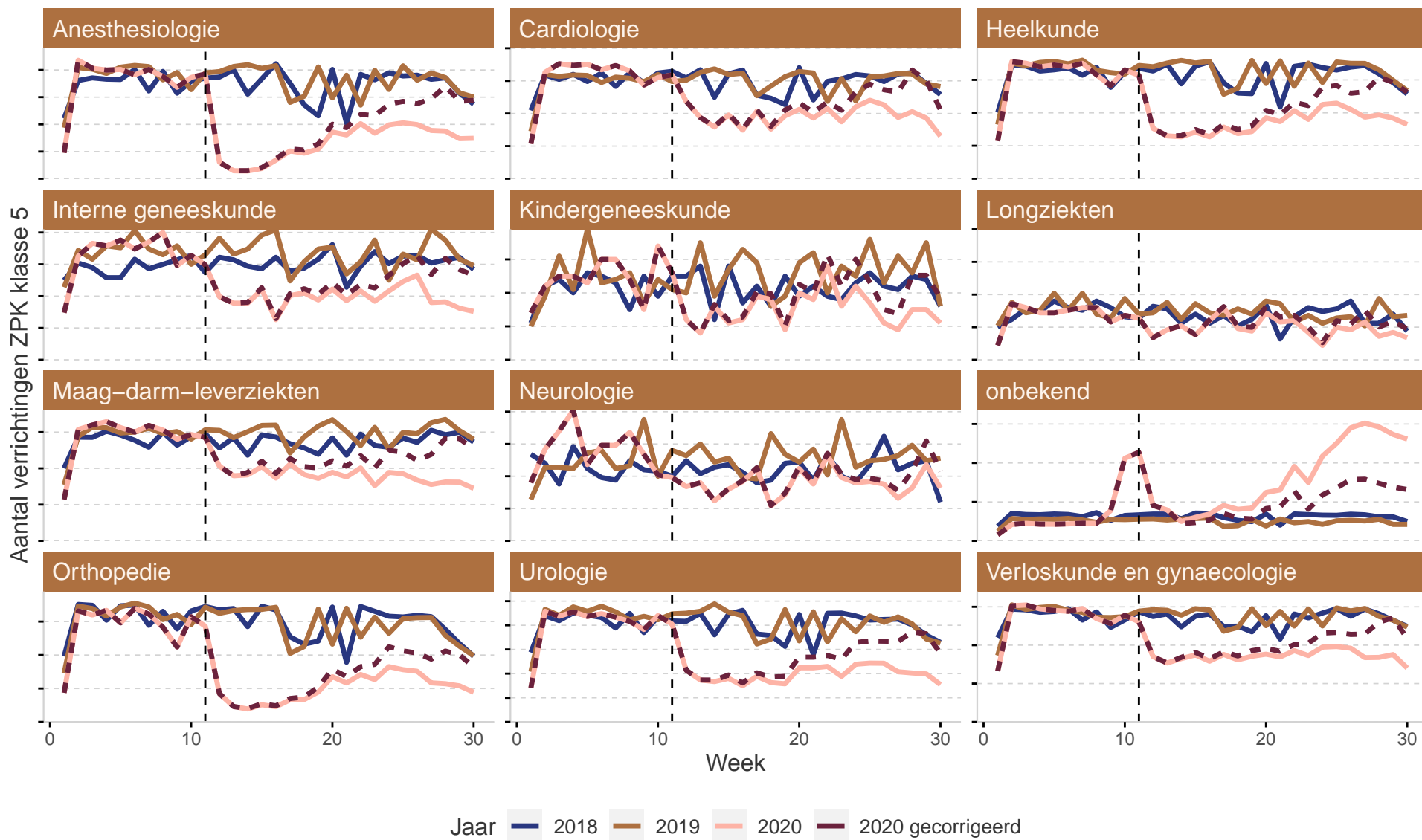
De registratie van verpleegdagen (zorgprofielklasse 3) kent om verschillende redenen een zodanige vertraging dat ze in heel 2020 structureel lager liggen dan de werkelijke productie. Ook maakt dit het niet goed mogelijk om deze bij te schatten. Om deze reden laten we de figuur met het aantal klinische opnames achterwege.

Het aantal operaties (Figuur 10) neemt de laatste maanden weer duidelijk toe. Na correctie is ook dit type zorgactiviteiten weer ongeveer op het niveau van 2018/2019.

Figuur 9 Aantal polikliniekbezoeken (zorgprofielklasse 1) per specialisme



Figuur 10 Aantal operaties (zorgprofielklasse 5) per specialisme



5. Wachttijden

Naast de verwijzingen en productiedata gebruikt de NZa de wachttijden MSZ om de gevolgen van de coronacrisis voor de reguliere ziekenhuiszorg te monitoren. Het gaat om de wachttijden voor polikliniekbezoeken, behandelingen en diagnostische activiteiten. Alle details omtrent deze regeling kunt u hier terugvinden. De wachttijden worden, in samenwerking met het RIVM, maandelijks gepubliceerd op www.volksgezondheidszorg.info.

Voor de drie wachttijdsorten zijn treeknormen vastgesteld. Dit zijn de maximaal aanvaardbare wachttijden waarbinnen de patiënt zorg moet kunnen krijgen, zoals afgesproken door veldpartijen in het Treekoverleg en vastgelegd in het 'Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw'. De treeknorm voor de wachttijden polikliniek en diagnostiek is vier weken. Voor de poliklinische behandelingen geldt een treeknorm van zes weken, voor klinische behandelingen is dit zeven weken. Het is lastig om per behandeling een vaste setting toe te wijzen, daarom gebruiken we voor alle behandelingen de norm van zes weken. Bij het vaststellen van het aantal wachttijden dat de treeknorm overschrijdt leidt dit tot een kleine overschatting van het werkelijke aantal overschrijdingen.

Zorgaanbieders kunnen wachttijden die bij de NZa worden aangeleverd actueel of retrospectief berekenen. Bij de actuele methode (alleen voor wachttijden polikliniek en diagnostiek) wordt gerekend met de derde beschikbare mogelijkheid in de agenda voor het maken van een afspraak. Bij de retrospectieve methode wordt gekeken naar de gerealiseerde wachttijd over de afgelopen maanden. De corona periode kan direct invloed hebben op de uitkomsten van beide methoden:

- Voor wachttijden die volgens de actuele methode berekend worden kan het afzeggen van afspraken leiden tot legere agenda's, en dus kortere toegangstijden volgens de letter van de regeling (de tijd tot de derde mogelijkheid in de agenda).
- Voor de retrospectieve wachttijden geldt dat er gedurende een bepaalde periode waarschijnlijk minder observaties zijn. Het aandeel urgente patiënten in de zorg die wel geleverd is, is mogelijk groter dan normaal. Het gevolg is dat de wachttijden een te rooskleurig beeld van de werkelijkheid schetsen.

De gemiddelde landelijke en regionale wachttijden worden in twee stappen berekend:

1. Per instelling (zowel ziekenhuizen als ZBC's) wordt de gemiddelde wachttijd berekend over alle locaties van de instelling waar de wachttijd beschikbaar is (het specialisme / de behandeling geleverd wordt).
2. De gemiddelde wachttijden van alle instellingen worden vervolgens gebruikt om het landelijke en regionale gemiddelde te berekenen.

In Figuur 11 wordt het aantal landelijke en regionale overschrijdingen van de treeknorm getoond voor de wachttijden polikliniek, behandeling en diagnostiek. Het totaal aantal wachttijden verschilt per wachttijdsoort. Voor de polikliniek gebruiken we alleen de 23 hoofdspecialismen. Daarnaast zijn er 40 behandelingen en 4 diagnostische activiteiten opgenomen in de regeling. Doordat niet alle zorg in alle regio's geleverd wordt kan het beschikbare aantal wachttijden per regio verschillen. Ook ontbreken in sommige regio's nog ziekenhuizen in de dataset. Er wordt aan gewerkt om het wachttijdbeeld spoedig compleet te maken.

In de meeste subfiguren in Figuur 11 is een dip te zien in april en mei. Dit wordt veroorzaakt door een flinke terugval in het aantal wachttijden dat in deze maanden is aangeleverd. In april en mei zijn er, respectievelijk 30% en 35% minder wachttijden aangeleverd ten opzichte van de eerste drie maanden van 2020 (berekend over het hele land). In regio's met wat minder zorgaanbieders kan het wegvallen van waarnemingen met hoge of lage wachttijden leiden tot flinke schommelingen in het gemiddelde (bijvoorbeeld regio Zwolle).

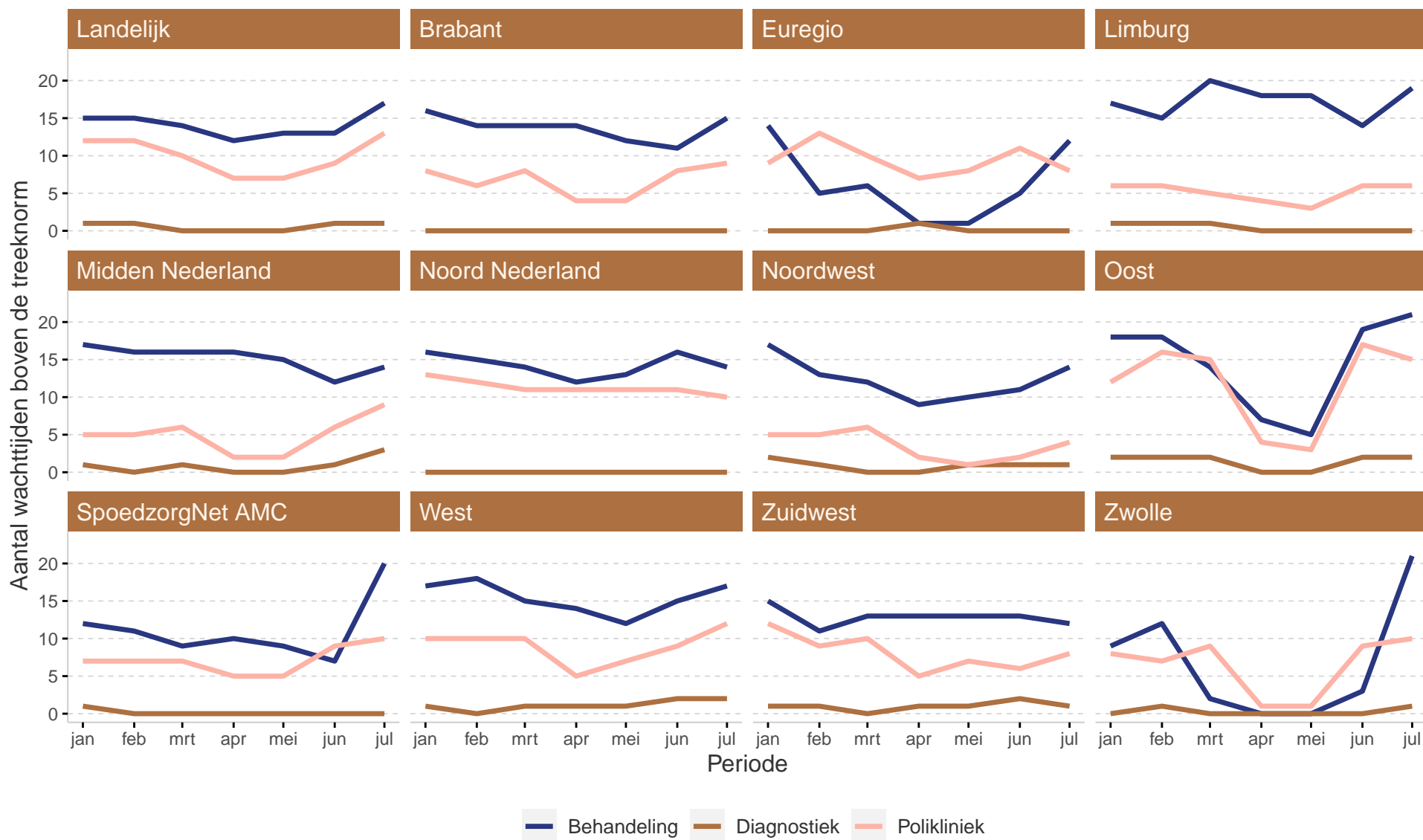
Uit Figuur 11 blijkt verder dat het landelijk aantal poliklinische wachttijden dat de treeknorm overschrijdt in juni en juli ongeveer terug is op het niveau van begin dit jaar. Het aantal behandelwachttijden dat landelijk de treeknorm overschrijdt is iets gestegen.

In een aantal regio's stijgt het aantal wachttijden dat de treeknorm overschrijdt boven het niveau uit van begin dit jaar. Dit gebeurt bij de poliklinische wachttijden (Midden Nederland), maar vooral bij de behandelwachttijden in de regio's Zwolle, Euregio en SpoedzorgNet AMC. Of de recente stijging een seizoens- of corona-effect is zal de komende maanden moeten blijken.

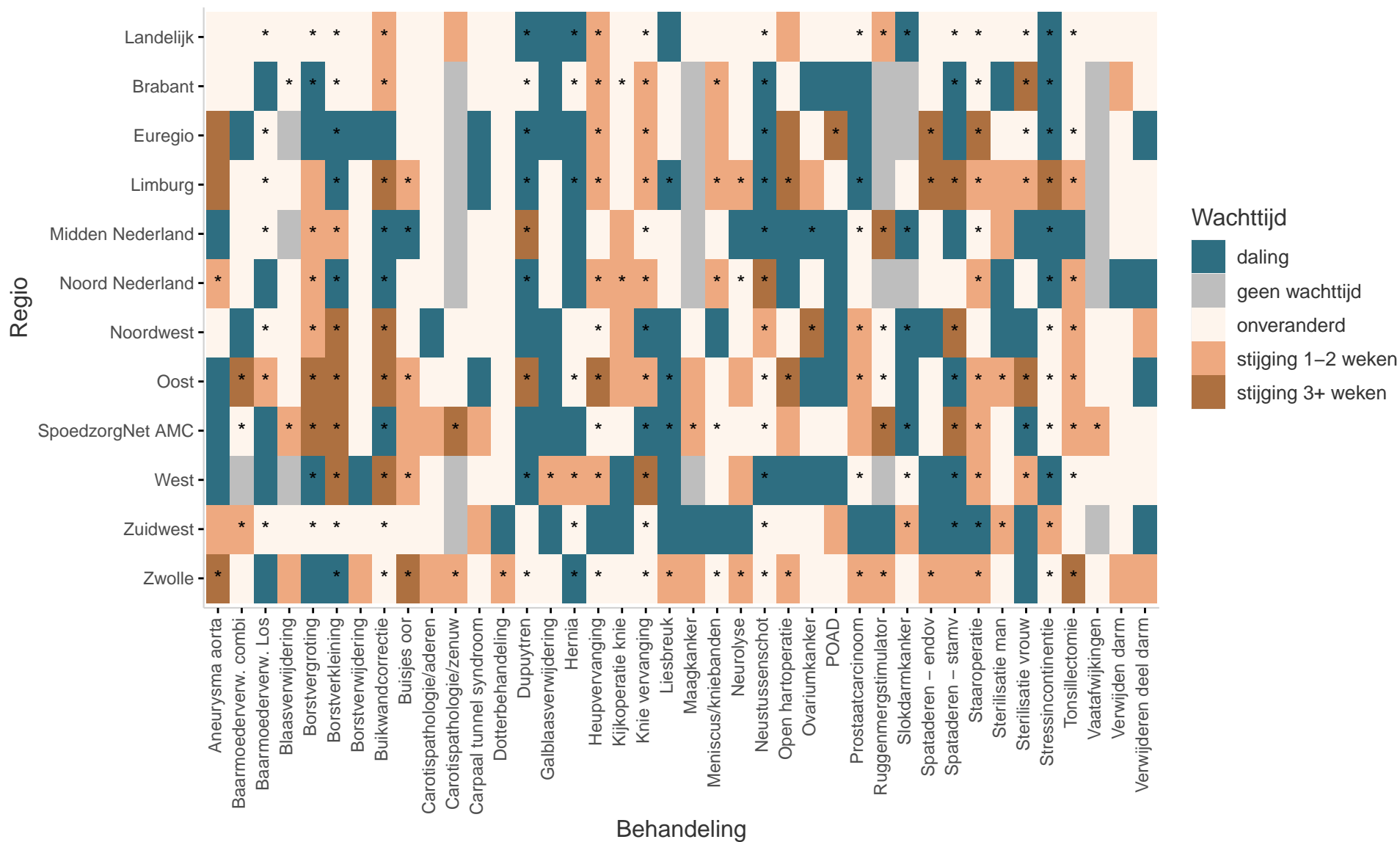
Een verdieping van de behandelwachttijden per regio is te vinden in Figuur 12. Hierin wordt landelijk en per regio het verschil getoond tussen de gemiddelde wachttijd in januari en februari (de pre-corona periode) en de gemiddelde wachttijden in de afgelopen twee maanden. De verschillen worden onderverdeeld in vijf categorieën: onveranderde wachttijden, gedaalde wachttijden, licht gestegen wachttijden (1 of 2 weken) en sterk gestegen wachttijden (3 weken of meer). De laatste categorie, 'geen wachttijd', betekent dat voor deze behandeling in één of meerdere maanden die gebruikt worden in de berekening van het gemiddelde verschil geen wachttijd beschikbaar is. De verschillende categorieën worden weergegeven met kleuren en de regio's waar de wachttijd in de meest recente maand boven de treeknorm uitkomen zijn gemarkeerd met een *. Alle totalen bij Figuur 12 zijn te vinden in Tabel 1.

De drie regio's met het hoogste aantal sterk gestegen behandelwachttijden (3+ weken) zijn Oost (8), Limburg (6) en Euregio (5). In de regio Oost zijn deze sterke stijgingen waarbij de treeknorm overschreden wordt te vinden bij mogelijk meer electieve zorg, zoals heupvervangingen, borstvergrotingen, en borstverkleiningen, maar ook bij open hartoperaties. Zwolle is de regio met het grootste aantal totale stijgingen (19). Inmiddels moet daar voor meer dan de helft (21/40) van de behandelingen langer dan de treeknorm gewacht worden. Dit is ook het geval in de regio's Oost, SpoedzorgNet AMC en Limburg (Limburg heeft in totaal 36 in plaats van 40 wachttijden waarvoor het verschil tussen januari/februari en de afgelopen twee maanden bekend is).

Figuur 11 Het aantal overschrijdingen van de treeknorm per wachttijdsort gedurende de afgelopen zes maanden. De treeknorm voor een polikliniekbezoek of diagnostiek is vier weken. Voor poliklinische behandelingen is de treeknorm zes weken, voor een klinische behandeling is dit zeven weken. Het is lastig om de exacte behandelsetting vast te stellen. Daarom hanteren we voor alle behandelwachtlijden een norm van zes weken. Er zijn, respectievelijk 23, 40 en 4 wachttijden polikliniek (alleen hoofdspecialismen), behandeling en diagnostiek. Niet alle wachttijden zijn beschikbaar in elke regio.



Figuur 12 Het landelijke en regionale (ROAZ regio) verschil tussen de gemiddelde wachttijd in januari en februari ten opzichte van de gemiddelde wachttijd over de twee laatst beschikbare maanden. Indien er in één of meerdere maanden geen wachttijd in de regio beschikbaar is valt deze regio / wachttijd combinatie in de categorie 'geen wachttijd beschikbaar'. Regio's met een gemiddelde wachttijd boven de treeknorm in de laatst beschikbare maand zijn gemarkeerd met een *.



Tabel 1 Overzicht totalen behandelwachtijden behorende bij Figuur 11

| | daling | onveranderd | stijging 1-2 wk | stijging 3+ wk | stijging totaal | boven treeknorm | totaal |
|------------------|--------|-------------|--------------------|-------------------|--------------------|--------------------|--------|
| Landelijk | 6 | 29 | 5 | 0 | 5 | 17 | 40 |
| Brabant | 10 | 19 | 5 | 1 | 6 | 15 | 35 |
| Euregio | 14 | 12 | 3 | 5 | 8 | 12 | 34 |
| Limburg | 7 | 12 | 11 | 6 | 17 | 20 | 36 |
| Midden Nederland | 14 | 16 | 4 | 2 | 6 | 14 | 36 |
| Noord Nederland | 11 | 15 | 8 | 1 | 9 | 14 | 35 |
| Noordwest | 12 | 18 | 6 | 4 | 10 | 14 | 40 |
| Oost | 9 | 13 | 10 | 8 | 18 | 21 | 40 |
| SpoedzorgNet AMC | 10 | 15 | 10 | 5 | 15 | 20 | 40 |
| West | 14 | 11 | 7 | 3 | 10 | 17 | 35 |
| Zuidwest | 15 | 16 | 7 | 0 | 7 | 13 | 38 |
| Zwolle | 5 | 16 | 16 | 3 | 19 | 21 | 40 |