

Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor de reguliere ziekenhuiszorg

NZa
update 23 februari 2021

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
1.1 Samenvatting	3
1.2 Leeswijzer	4
2. Verwijzingen ZorgDomein	5
2.1 Landelijk beeld	5
2.2 Beeld per provincie, ROAZ regio en specialisme	6
2.3 Beeld per type verwijzingen	11
2.4 Schatting aantal gemiste verwijzingen	14
3. Urgentie	15
4. Actuele productie	17
4.1 Patiënten	17
4.2 Verrichtingen	22
5. Wachttijden	29
6. Zorgbeeld (regionaal)	33
6.1 Percentage afschaling van de operatiekamers	34
6.2 Druk op de IC	36
6.3 Druk op de kliniek	39
6.4 Druk op de overige zorg	42
6.5 Leveren van (semi-)acute zorg	45
6.6 Leveren van kritiek planbare zorg	47
6.7 Leveren van planbare zorg	49
6.8 Verhouding aantal patiënten per verpleegkundige op de IC	51
6.9 Verhouding aantal patiënten per verpleegkundige in de kliniek	53
6.10 Ziekteverzuim onder zorgpersoneel	55
7. Bijlage: Gebruikte data en methodologie	57
7.1 Hoofdstuk 2: Verwijzingen	59

7.2	Hoofdstuk 3: Urgentie	62
7.3	Hoofdstuk 4: Productie	63
7.4	Registratie-effect en bijschatting	63
7.5	Hoofdstuk 5: Wachttijden	64
7.6	Hoofdstuk 6: Zorgbeeld	66

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. Het doel van dit rapport is om de doorgang van de reguliere zorg te monitoren tijdens de Covid-19 pandemie. Dit rapport wordt maandelijks uitgebracht, en bevat zowel landelijke als regionale inzichten. In de rapporten tot en met januari 2021 werd gekeken naar de gehele corona-periode. Vanaf februari 2021 focussen de rapporten op de periode vanaf de tweede golf, i.e. de periode vanaf week 38 van 2020.

1.1 Samenvatting

1.1.1 Verwijzingen naar de medisch specialistische zorg

In tegenstelling tot 2019, nam het aantal verwijzingen in 2021 substantieel af in de tweede week van februari. Naar verwachting spelen de winterse weersomstandigheden hierbij een rol: KNMI gaf code rood en oranje uit wegens sneeuwval en gladheid. In de meest recente week is deze dip deels hersteld. In alle weken van februari ligt het aantal verwijzingen onder het niveau van 2019. In de laatste twee weken meegenomen in dit rapport zijn er 58 duizend verwijzingen minder geweest dan verwacht. Vrijwel alle provincies en ROAZ regio's laten een soortgelijke trend zien in februari. De relatief grootste afwijkingen ten opzichte van 2019 zijn te vinden in de provincies Gelderland, Friesland, Groningen en Limburg en de ROAZ regio's Brabant, Limburg, Noord Nederland en Oost. We zien dat er grote verschillen tussen de specialismen zijn in de mate waarin het aantal verwijzingen in februari 2021 achterblijft bij dat in 2019. Het relatief grootste verschil tussen 2019 en 2021 is te vinden bij de specialismen kindergeneeskunde, oogheelkunde, orthopedie en KNO heelkunde. Bij gynaecologie, cardiologie en MDL zien we nog steeds vrijwel geen verschil met 2019. De terugval in februari zien we niet terug voor spoedverwijzingen. Wel zien we dat het aantal spoedverwijzingen momenteel nog steeds ruim onder het niveau van 2019 ligt voor wat betreft de specialismen kindergeneeskunde en KNO.

1.1.2 Wachttijden voor de medisch specialistisch zorg

Voor dit rapport was de wachttijdendata beschikbaar tot en met januari 2021. Het aantal wachttijden dat de treeknorm overschrijdt is tussen december en januari licht gedaald. Opvallend is wel dat er grote verschillen zijn tussen de ROAZ-regio's waar het de wachttijden voor behandelingen betreft: in Euregio en Oost neemt het aantal overschrijdingen van de treeknorm duidelijk toe, terwijl we in Zuidwest en Noordwest juist een sterke daling zien. In de ROAZ-regio Euregio is het aantal 'sterk gestegen behandelwachttijden' ook het grootst: zeven van de aangeleverde wachttijden voor de behandelingen zijn met minstens drie weken

gestegen ten opzichte van het gemiddelde van twee maanden daarvoor. In Spoedzorg AMC en Noordwest zien we bij het overgrote deel van de behandelingen juist een afname in de wachttijd. De wachttijd voor de heupvervangende en knieoperaties lijkt ook in de meeste regio's gedaald. Opvallend is verder dat, in tegenstelling tot in december, de gemiddelde wachttijd voor de behandeling van vaatafwijking in Nederland nu wel de treeknorm overschrijdt.

1.1.3 Geleverde medisch specialistische zorg

Vrijwel alle bevraagde ziekenhuizen geven halverwege februari aan dat zij nog alle (semi-)acute zorg kunnen leveren (2% geeft aan deze zorg deels te kunnen leveren). Ongeveer 3/4 geeft aan volledig kritiek planbare zorg te kunnen leveren (overige ziekenhuizen leveren deze zorg deels). Dit is een stijging ten opzichte van januari 2021, toen twee derde van de ziekenhuizen aangaf deze zorg te kunnen leveren. Het percentage van de operatiekamers dat in gebruik is, is tussen januari en februari gegroeid van 54% naar 72%.

Wanneer we naar de productiedata kijken, zien we dat het geschat aantal patiëntencontacten per week in januari 2021 zelfs iets hoger is dan in januari 2019. Dit betreft ook polikliniekbezoeken (al dan niet op afstand) en operaties. De groei in patiëntencontacten ten opzichte van voorgaande jaren is vooral zichtbaar bij academische instellingen, en bij de urgentere zorg. Het aantal verpleegdagen is na de stijging van begin december, vanaf de feestdagen weer duidelijk lager dan normaal bij de meeste specialismen. Ook het aantal operaties ligt bij de meeste specialismen in januari weer op normaal niveau, uitgezonderd orthopedie en keel-neus-oorheelkunde waar minder operaties werden uitgevoerd dan in 2019.

1.2 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 geven we een overzicht van de verwijzingen van huisartsen naar medisch specialistische zorg in de periode 2019 en 2020/2021. Voor 2021 wordt de data t/m 21 februari 2021 getoond. Daarnaast maken we een schatting van de grootte van de afname van de zorgvraag tijdens de coronacrisis. 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 hoofdstuk 5 staan de analyses met betrekking tot de wachttijden voor medisch specialistische zorg. In het laatste hoofdstuk wordt actuele informatie vanuit het Zorgbeeld portaal over de druk op de zorg en beschikbare capaciteit weergegeven. Een toelichting op de gebruikte data en de uitgevoerde bewerkingen voor al deze hoofdstukken volgt in de bijlage van dit rapport. De bijlage blijft in principe onveranderd.

2. Verwijzingen ZorgDomein

2.1 Landelijk beeld

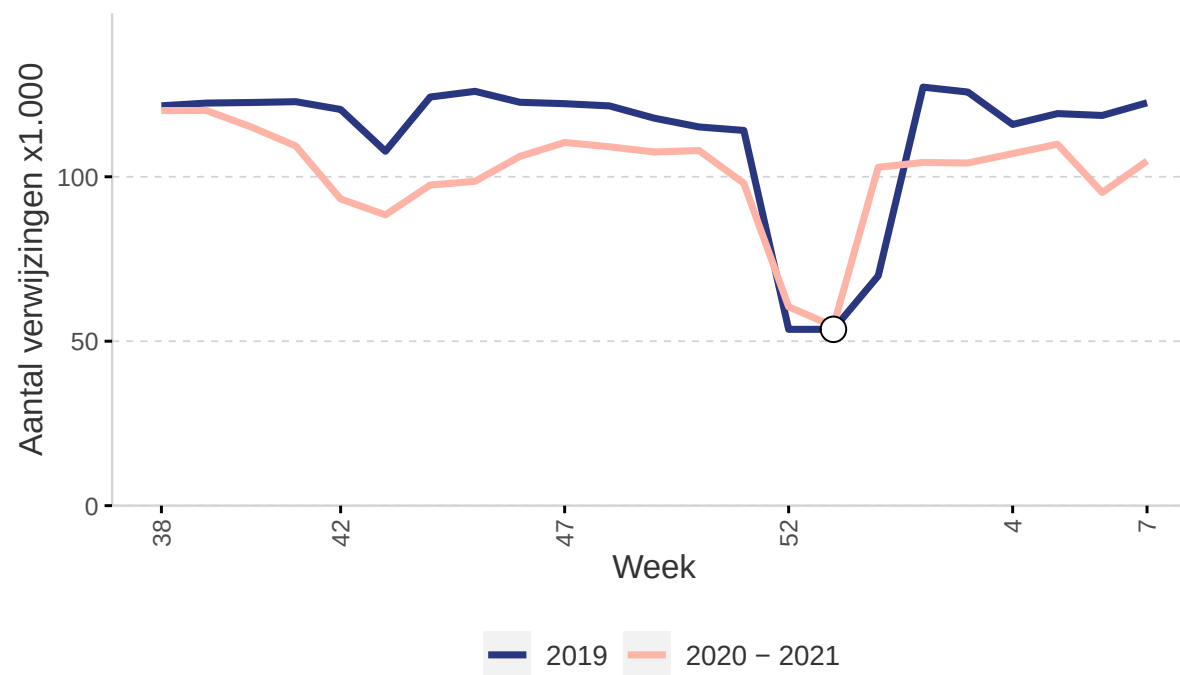
In Figuur 1 wordt het landelijke verwijzvolume getoond voor 2019 en 2020/2021. Voor 2020/2021 wordt vanaf week 38 tot en met week 7 weergegeven. De referentielijn voor 2020/2021 is die voor 2019. Deze referentielijn start in week 38 van 2019, gaat in januari over naar week 1 van 2019 en eindigt in week 7 van 2019. Omdat week 53 alleen in 2020 bestond, hebben we in 2019 een lege cirkel bij hetzelfde aantal verwijzingen als in week 52 in 2019 geplaatst.

De verwachting is dat het aantal verwijzingen per week in 2021 hoger zou liggen (zonder de effecten van pandemie) dan in 2019 omdat er meer zorgaanbieders aangesloten zijn bij het systeem van Zorgdomein. Onderstaande figuren geven de werkelijke aantallen weer zonder correcties. De lijn van 2021 zou daarom boven de lijn van 2019 moeten liggen (zonder pandemie).¹

In de tweede week van februari 2021 zien we een sterke terugval in verwijzingen die wij op basis van 2019 niet zouden verwachten. Naar verwachting is de sneeuwval de oorzaak van deze daling: KNMI gaf code rood en oranje uit wegens sneeuwval en gladheid. In de meest recente week is deze dip deels hersteld. In week 7 hebben 105 duizend verwijzingen plaats gevonden.

¹ Bij het schatten van het aantal gemiste verwijzingen door de pandemie (paragraaf 2.4) corrigeren we wel voor het hogere verwachte aantal verwijzingen.

Figuur 1 Landelijk verwijzingsvolume 2018-2020 per week



2.2 Beeld per provincie, ROAZ regio en specialisme

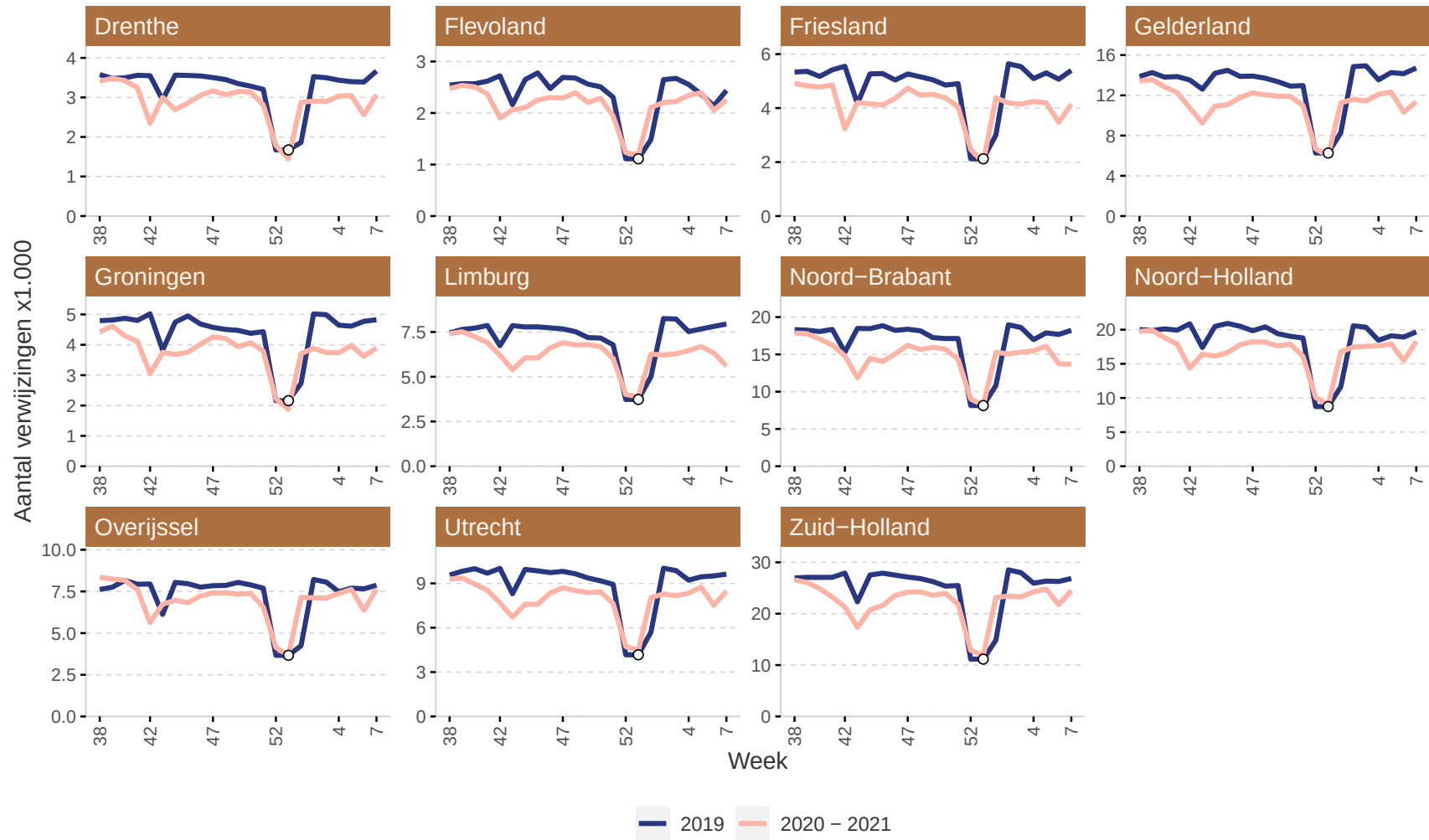
In Figuur 2 en 3 wordt het verwijzingsvolume uitgesplitst naar provincie en ROAZ regio. Een uitsplitsing naar specialisme volgt in Figuur 4. Vrijwel alle provincies en ROAZ regio's laten in de tweede week van februari dezelfde opvallende daling zien. Deze daling is in de meest recente week grotendeels hersteld met uitzondering van de ROAZ regio's Brabant en Limburg. Dit kan te maken hebben met de voorjaarsvakantie die plaatsvond in de meest recente week in regio Zuid.

- De enige provincie waarin het aantal verwijzingen in februari 2021 gelijk is aan dat van 2019 is Flevoland.
- De relatief grootste afwijkingen tussen het aantal verwijzingen in februari in het aantal verwijzingen van diezelfde maand in 2019

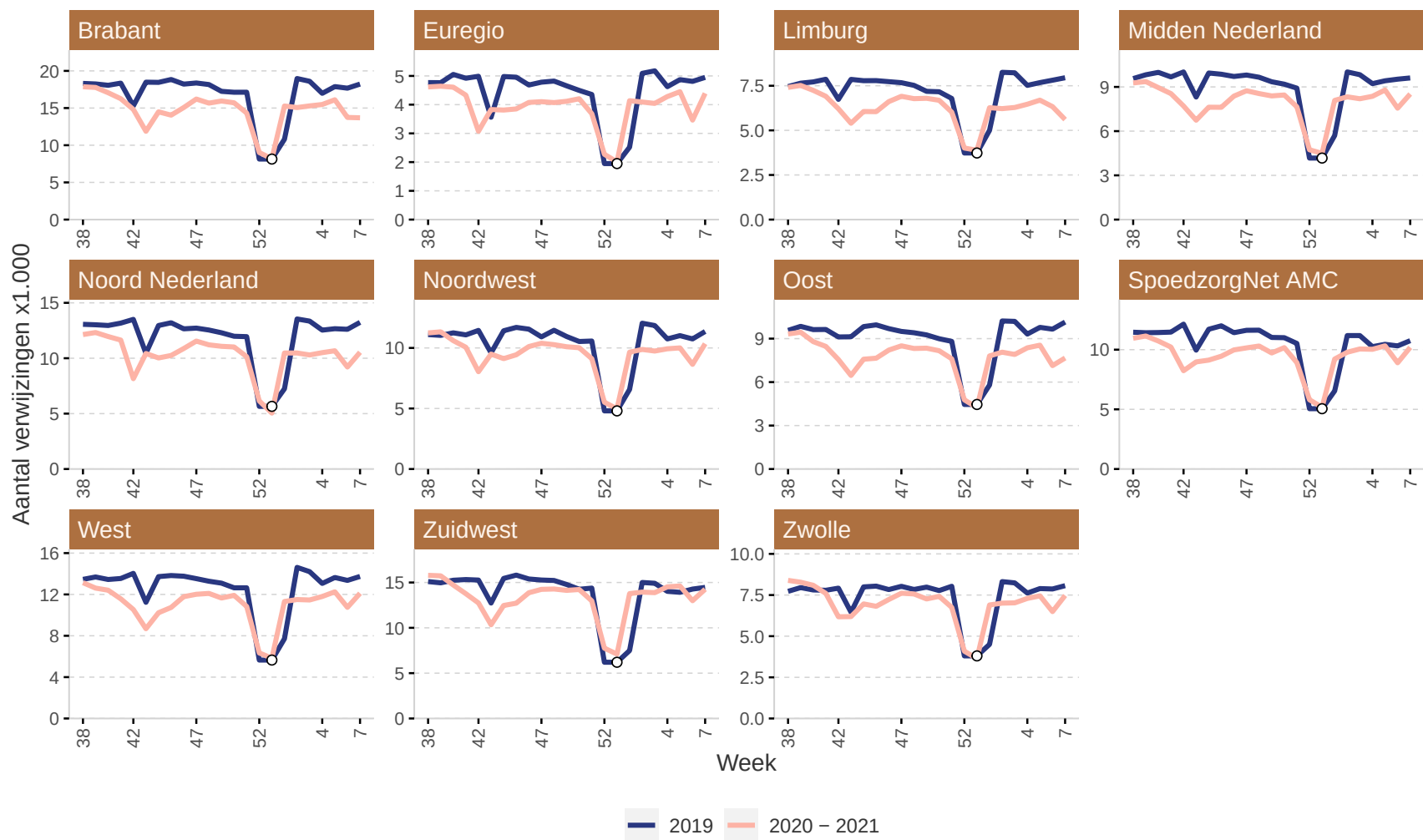
zijn te vinden in de provincies Gelderland, Friesland, Groningen en Limburg en de ROAZ regio's Brabant, Limburg, Noord Nederland en Oost.

- We zien dat er grote verschillen tussen de specialismen zijn in de mate waarin het aantal verwijzingen in februari 2021 achterblijft bij dat in 2019. Het relatief grootste verschil tussen 2019 en 2021 is te vinden bij de specialismen kindergeneeskunde, oogheelkunde, orthopedie en KNO heerkunde. Bij gyneacologie, cardiologie en MDL zien we nog steeds vrijwel geen verschil met 2019.
- De 13 getoonde specialismen samen zitten in week 7 op minimaal 71% van het gemiddeld aantal verwijzingen in de weken 2 tot en met 11 van 2020. Het hoogste en laagste percentage (100% en 71%) vinden we bij Gynaecologie / verloskunde en KNO-heelkunde.

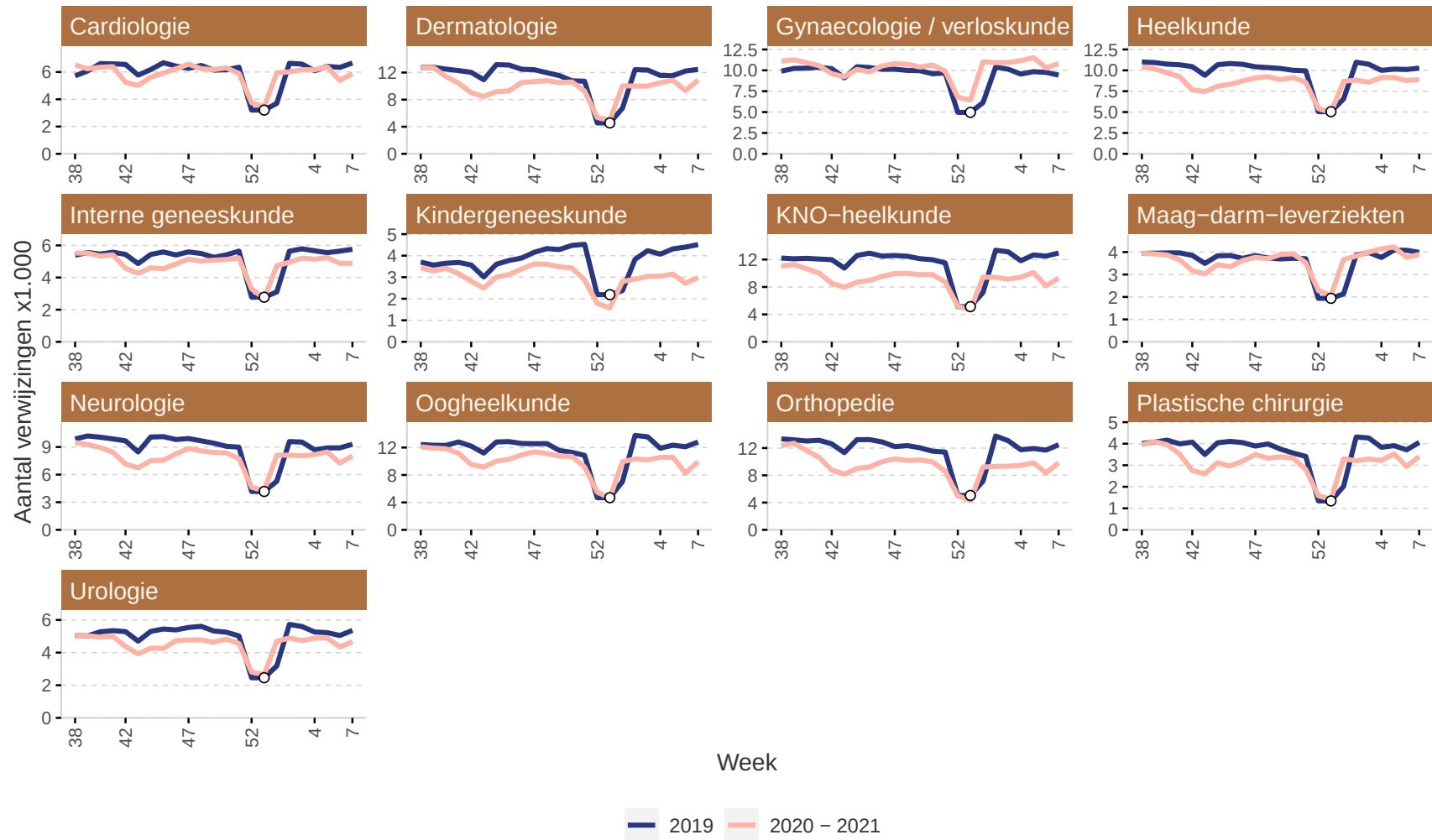
Figuur 2 Verwijzingsvolume per provincie per week



Figuur 3 Verwijzingsvolume per ROAZ regio per week



Figuur 4 Verwijzvolume grootste 13 ZorgDomein specialismen per week

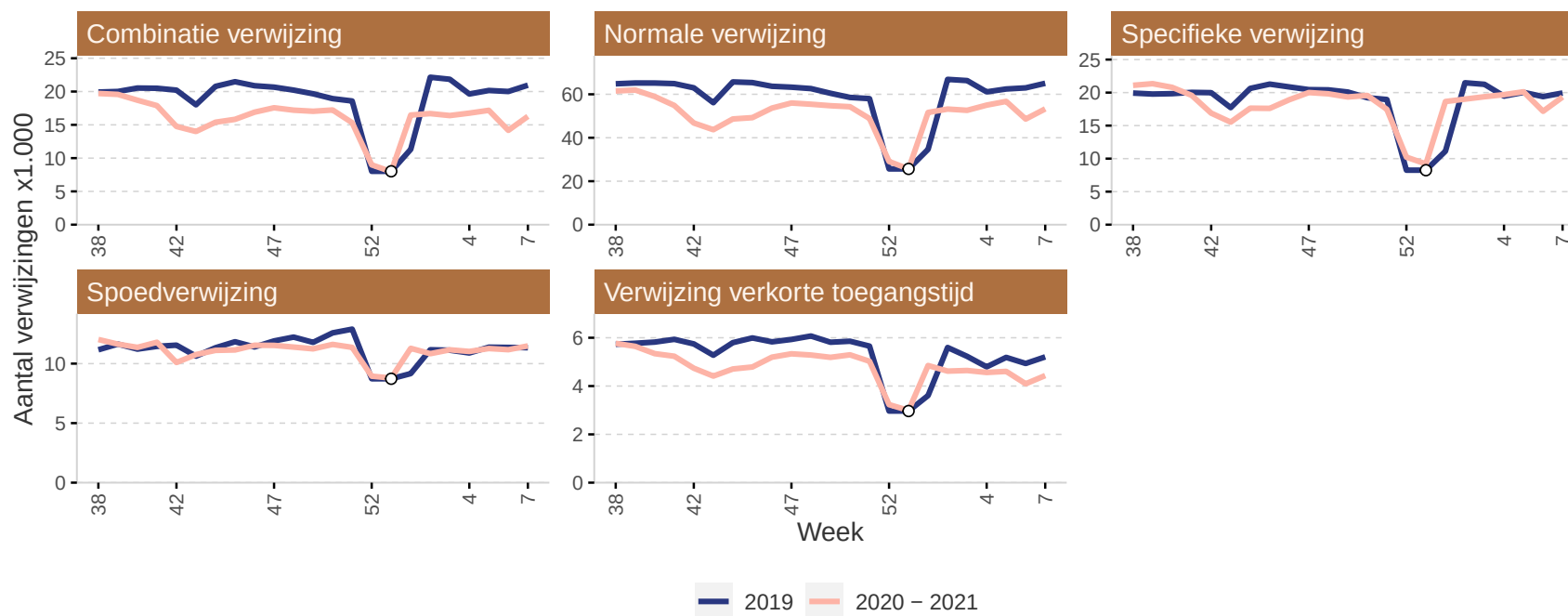


2.3 Beeld per type verwijzingen

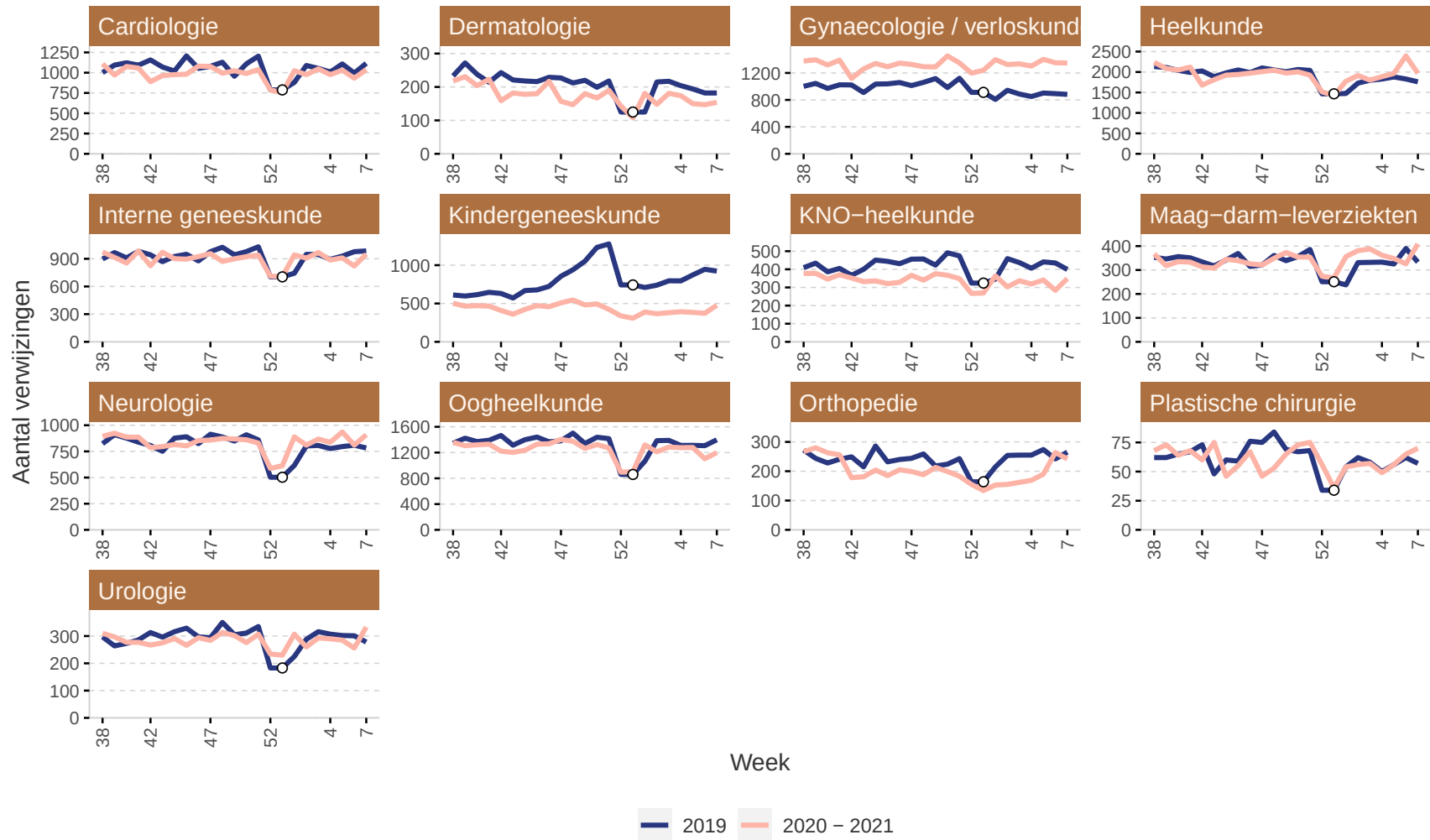
In Figuur 5 zien we de ontwikkelingen in verwijzingen per 'type' verwijzing. Met uitzondering van spoedverwijzingen, kennen alle categorieën een terugval in februari die in 2019 niet voorkwam.

Het aantal spoedverwijzingen ligt momenteel ruim onder het niveau van 2019 voor wat betreft de specialismen kindergeneeskunde en KNO (zie Figuur 6). De toename in spoedverwijzingen naar het specialisme heelkunde kan mogelijk te maken hebben met gevolgen van winterse weer (botbreuken). We zien dat het verschil met 2019 voor betreft verwijzingen met een verkorte toegangstijd doorzet bij de meeste specialismen (zie Figuur 7).

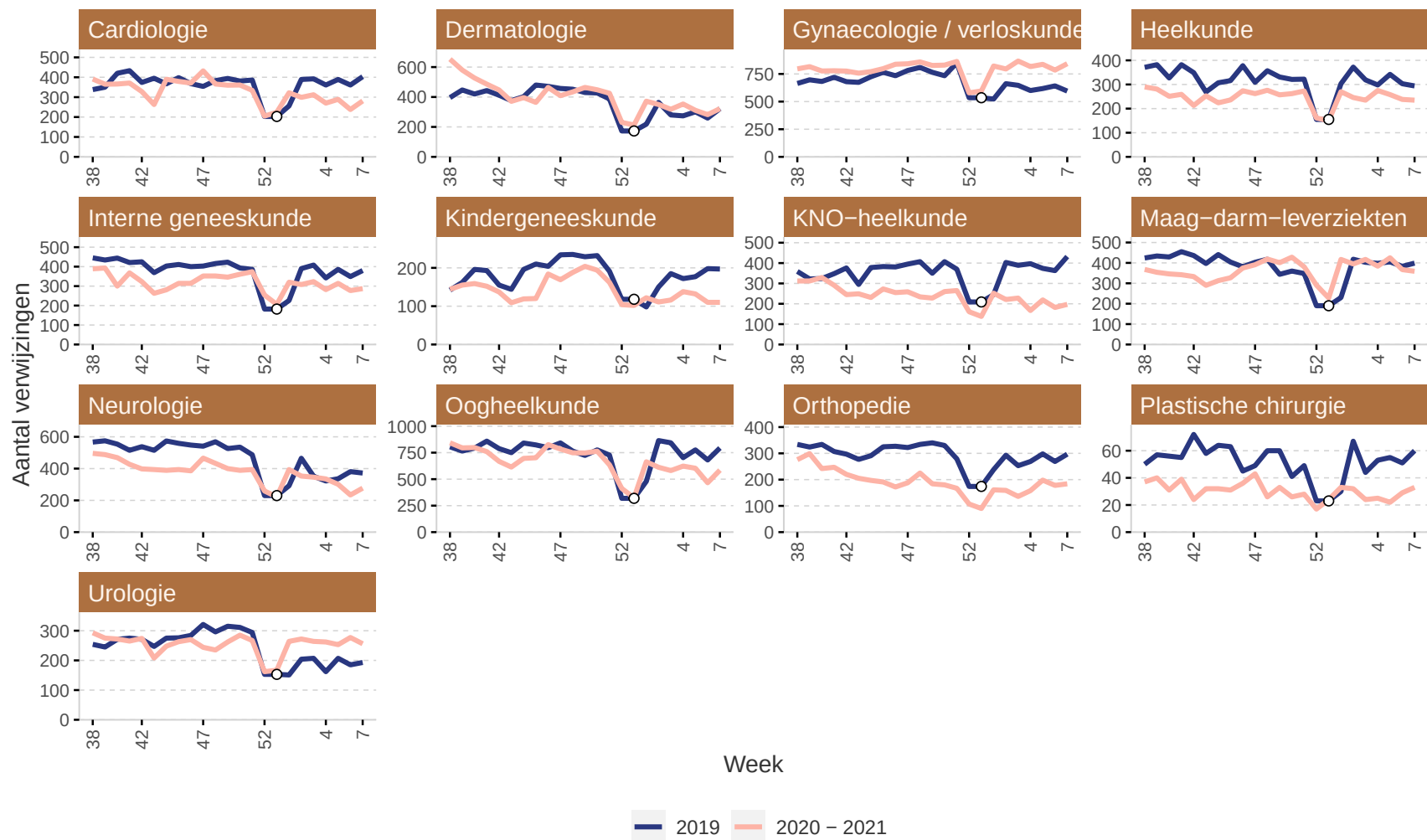
Figuur 5 Verwijzingsvolume per type verwijzing per week



Figuur 6 Verwijzingsvolume spoedverwijzing per specialisme per week



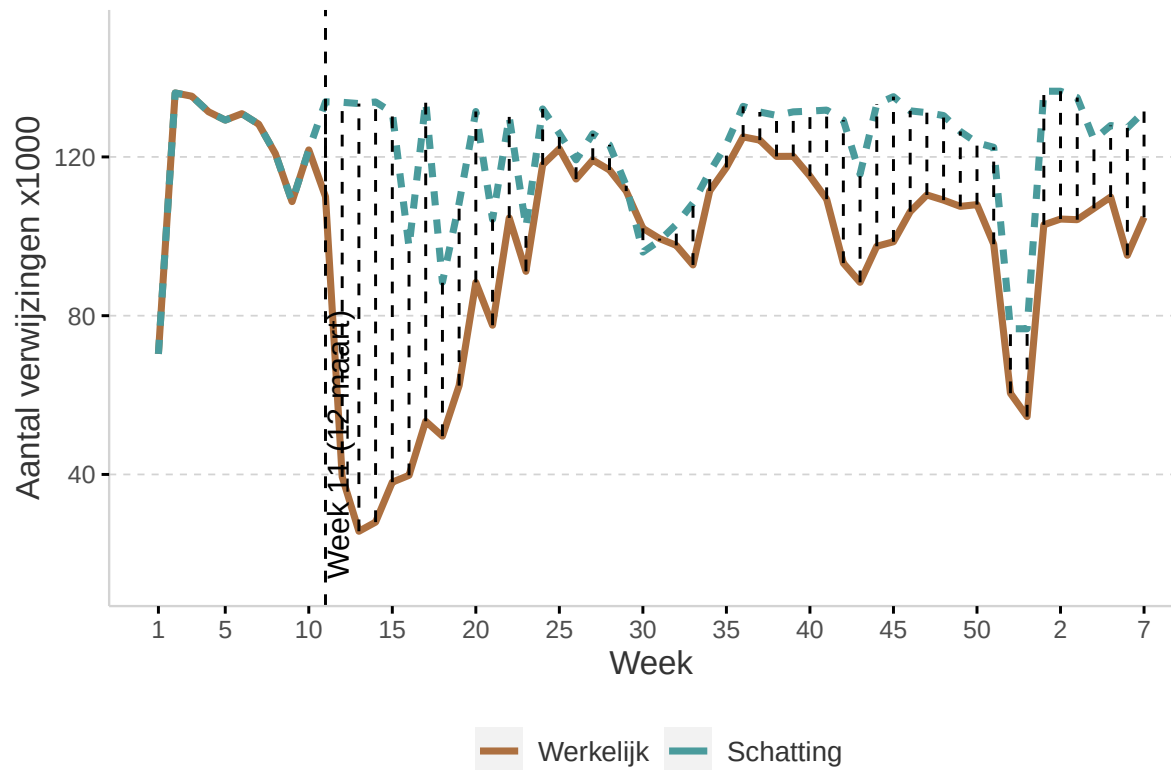
Figuur 7 Verwijzingsvolume verkorte toegangstijd per specialisme per week



2.4 Schatting aantal gemiste verwijzingen

Om een inschatting te maken van het aantal verwijzingen dat niet is gedaan doordat mensen niet naar de huisarts zijn gegaan, hebben we het aantal verwijzingen geschat in het geval de coronacrisis niet zou hebben plaatsgevonden. Het verschil tussen het verwachte aantal verwijzingen en het daadwerkelijke aantal verwijzingen in 2020 en 2021 is te zien in Figuur 8. Het gaat in totaal om ruim 1.382 miljoen minder verwijzingen dan dat we zouden verwachten zonder coronacrisis. Op dit moment ligt het aantal verwijzingen op 79% van het verwachte aantal verwijzingen zonder coronacrisis. In de laatste 2 weken is het aantal verwijzingen 58 duizend minder dan verwacht.

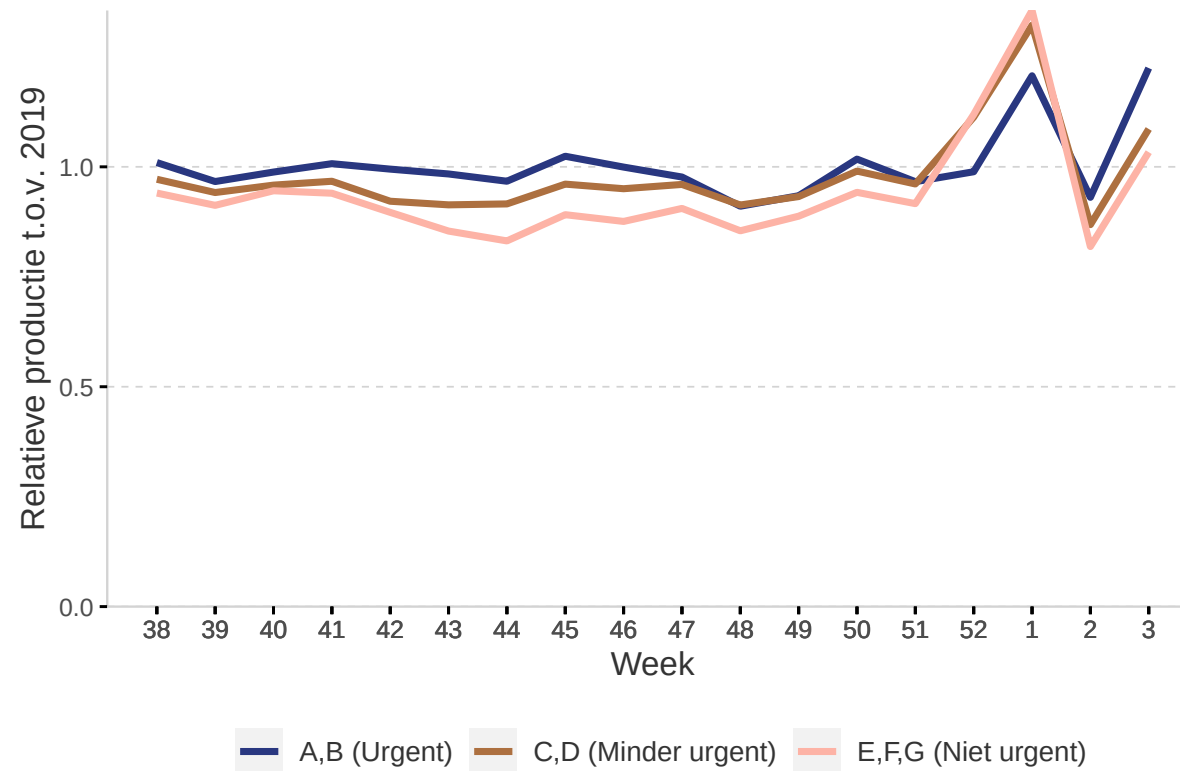
Figuur 8 Schatting gemiste verwijzingen



3. Urgentie

Er zijn grote verschillen in de urgentie van de verleende zorg. Om deze variatie inzichtelijk te maken houden we de indeling naar urgentie van het Zorginstituut en het LCPS aan. Meer informatie over deze indeling en over de totstandkoming van Figuur 9 is te vinden in de bijlage.

Figuur 9 Productie uitgesplitst naar urgentie per week



Figuur 9 laat zien hoe de productievolumes van de verschillende urgentieklassen zich ontwikkelden vanaf medio september 2020. Per urgentieklasse is het relatieve productievolume zichtbaar (gemeten in een geschat aantal verrichtingen) ten opzichte van dezelfde week in 2019. Hierbij is op dezelfde wijze gecorrigeerd voor registratie-effecten als in de rest van dit rapport.

We zien dat de urgente zorg in oktober en november prioriteit krijgt boven de minder urgente zorg. Dit kan het gevolg zijn van keuzes die in de ziekenhuizen worden gemaakt m.b.t. afschaling van bepaalde typen zorg. Ook kan het een samenstellingseffect zijn: academische instellingen die relatief meer urgente zorg leveren, hebben in de laatste maanden van 2020 hun zorg minder afgeschaald.

Vanaf december is het verschil tussen urgente en minder urgente zorg kleiner geworden. Rond de jaarwisseling is een piek zichtbaar die grotendeels verklaard kan worden door een verschil in werkdagen en feestdagen, al lijkt het er ook op dat er in deze vakantieperiode kortstondig meer aandacht was voor niet-urgente zorg. In de laatste weken (januari) lijkt de urgentere zorg weer meer prioriteit te krijgen.

4. Actuele productie

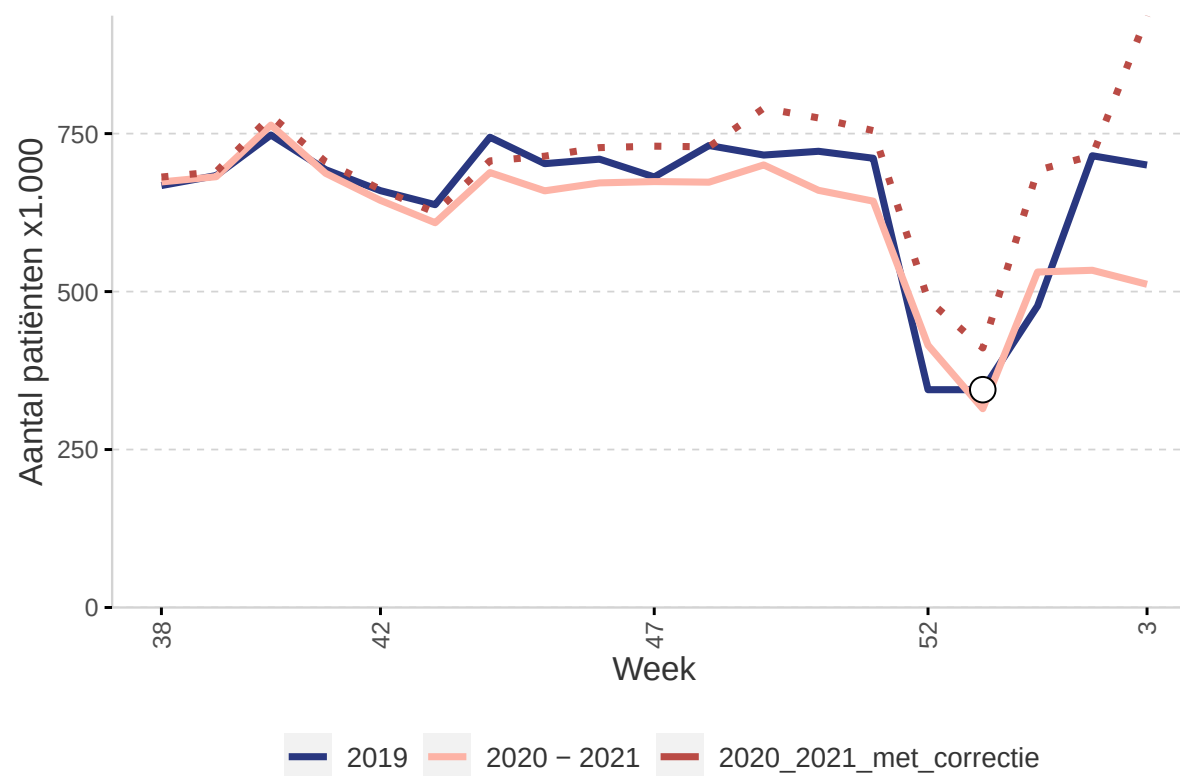
Van Dutch Hospital Data (DHD) ontvangen we maandelijks data over het onderhanden werk van ziekenhuizen. Dankzij de aanlevering hebben we inzicht in het onderhanden werk van 49 ziekenhuizen die dit versneld hebben kunnen aanleveren. Het onderhanden werk omvat de productiecijfers tot en met januari 2021 (week 3). De herkomst van de data en de bijschatting vanwege registratie-effecten wordt verder toegelicht in de bijlage.

4.1 Patiënten

Figuur 10 geeft de landelijke ontwikkeling van het aantal patiënten per week weer. In de tweede helft van september is er een kleine inhaalslag zichtbaar, met patiëntaantallen die - na correctie - iets hoger liggen dan normaal. In oktober daalt het aantal patiënten echter weer tot iets onder de niveaus van 2018/2019.² Vanaf medio november worden weer meer patiënten gezien, al kan de wijze waarop patiënten gezien worden veranderd zijn, bijvoorbeeld door bij het begin van de tweede golf sneller over te schakelen naar digitale vormen van consult. Ook in december en januari zijn meer patiënten in behandeling geweest dan normaal in dezelfde periode. Voor een klein deel kan dit verklaard worden doordat de feestdagen in 2020 gedeeltelijk met het weekend samenvielen. Bovendien viel de jaarwisseling dit jaar in week 53 (normaal in week 1), wat een goede vergelijking lastig maakt.

² Op 14 oktober werd een gedeeltelijke lockdown van kracht.

Figuur 10 Aantal patiënten in het onderhanden werk 2019 en 2020-2021 per week



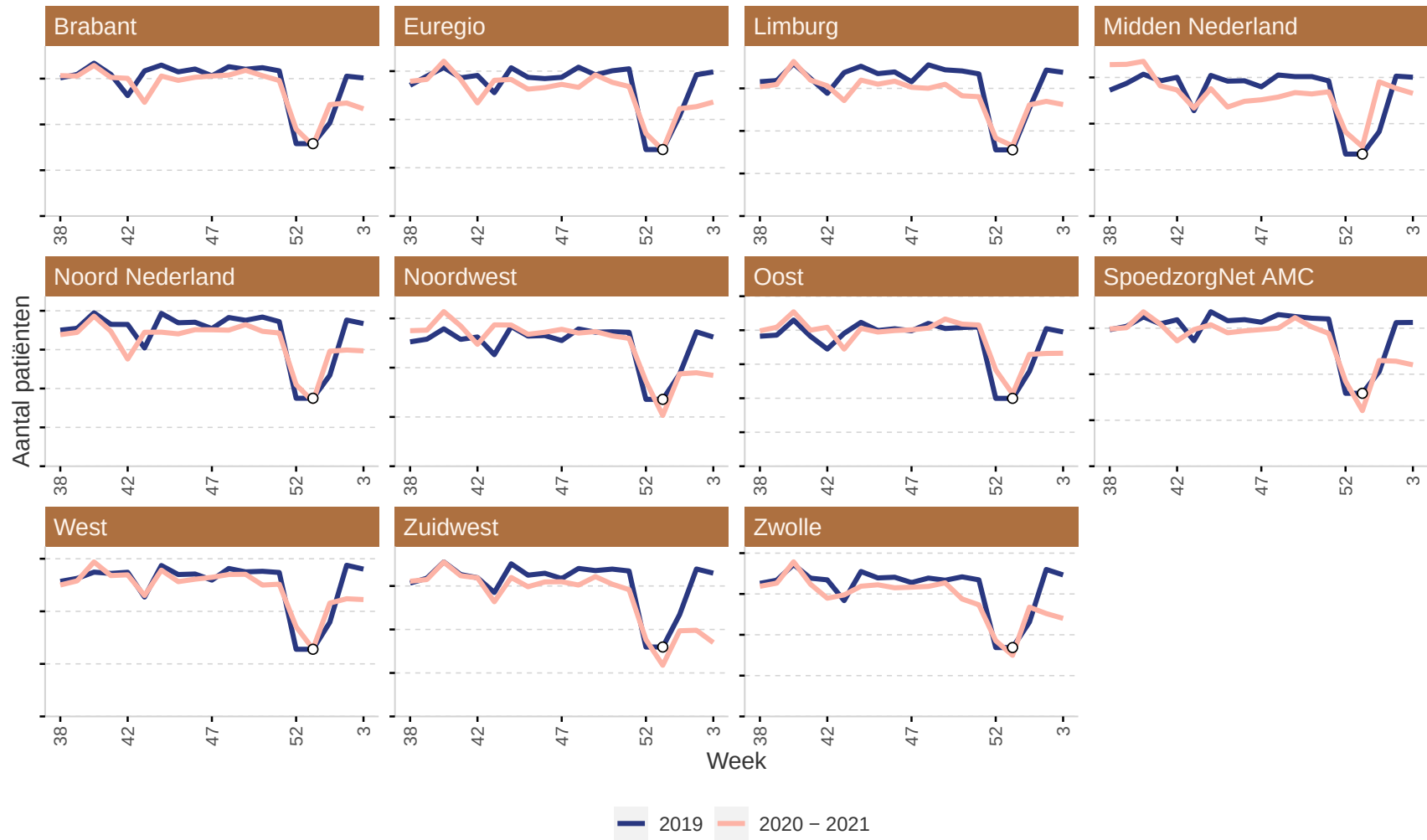
Figuur 11 en 12 laten een uitsplitsing zien naar ROAZ en naar specialisme van het aantal patiënten met een contact in die week voor de periode september t/m januari 2021 (week 38 t/m week 3) in vergelijking met dezelfde weken in 2019. Omdat de aantallen patiënten en verrichtingen verschillen ten opzichte 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.

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 de aanlevering van één ziekenhuis. Bij de uitsplitsing naar specialisme

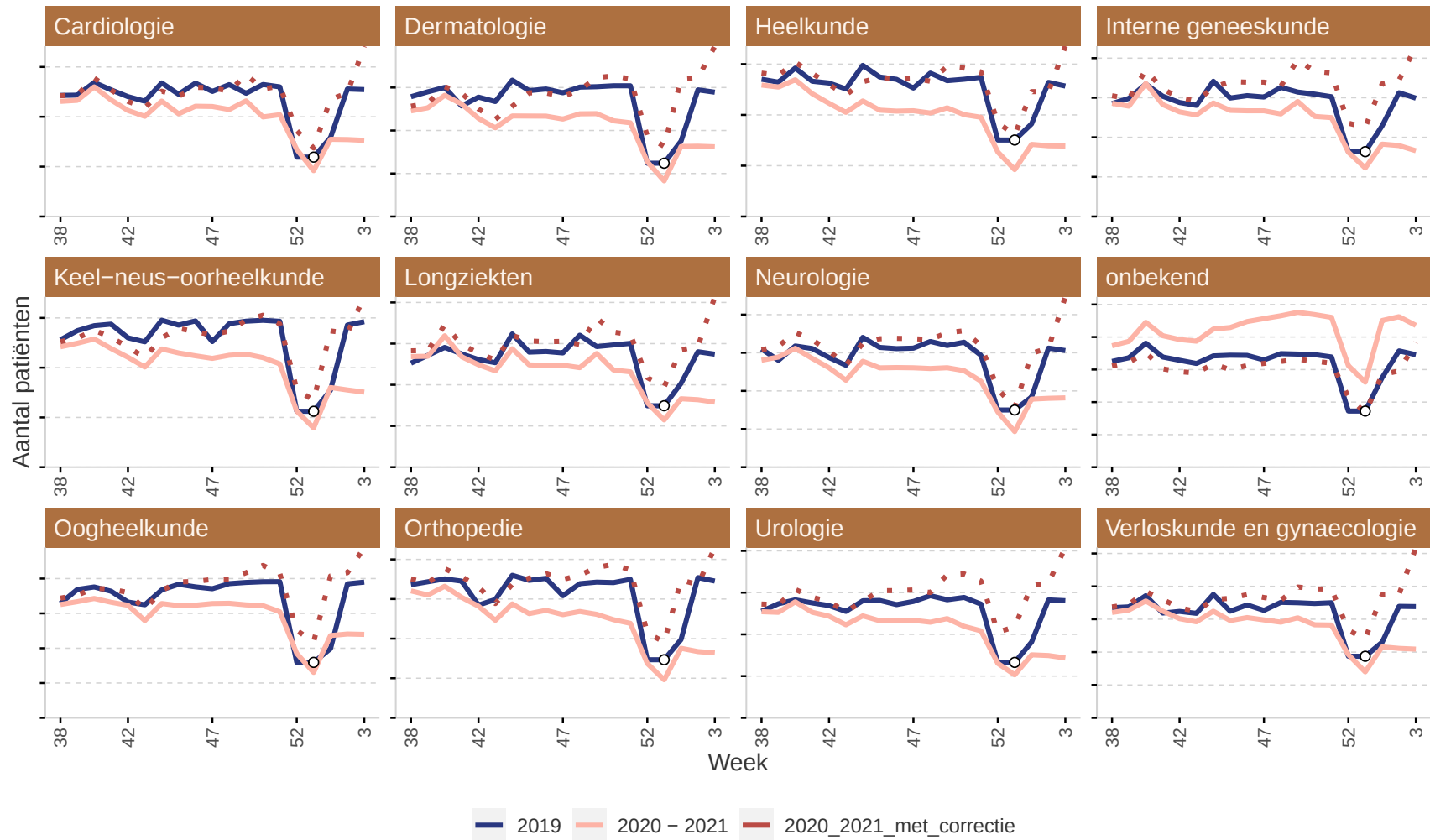
speelt dit niet. Daar is duidelijk dat het aantal patiënten in behandeling bij de meeste grote specialismen in december iets hoger, en in januari duidelijk hoger ligt dan normaal. De grootste stijging is te zien bij interne geneeskunde, oogheelkunde, urologie en verloskunde/gynaecologie. Bij cardiologie, kno- en heelkunde is het aantal patiënten in het onderhanden werk in januari nauwelijks hoger dan normaal.

Figuur 13 laat een uitsplitsing zien naar type instelling. De academische ziekenhuizen hebben na de eerste golf hun productie verder opgehoogd dan topklinische en algemene ziekenhuizen. Gedurende de hele herfst en winter ligt de productie bij de academische instellingen ruim boven het niveau van 2019. Bij de andere ziekenhuizen is de inhaalproductie beperkter. De piek rond de jaarwisseling is vooral het gevolg van een ongelijk aantal werkdagen in de betreffende weken in beide jaren.

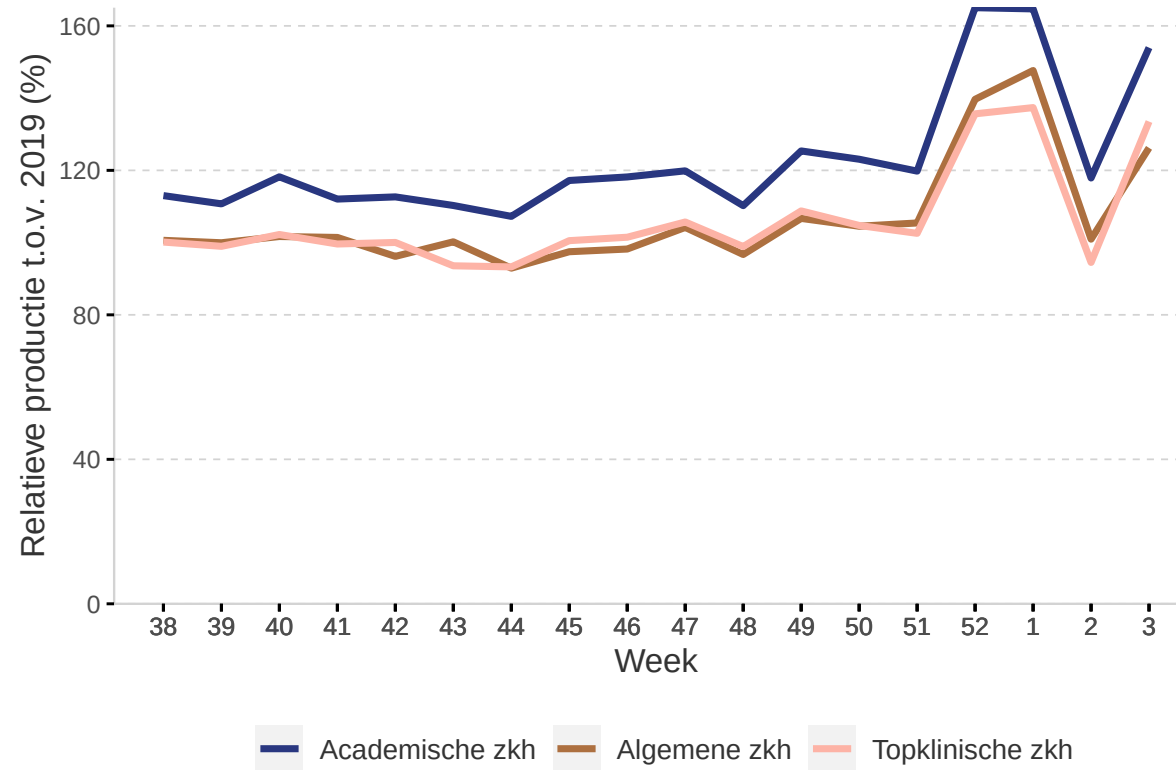
Figuur 11 Aantal patiënten in het onderhanden werk 2019 en 2020-2021 per ROAZ regio



Figuur 12 Aantal patiënten in het onderhanden werk 2019 en 2020-2021 per specialisme



Figuur 13 Aantal patiënten in het onderhanden werk 2020-2021 per type instelling per week



4.2 Verrichtingen

Naast het aantal patiënten kunnen we ook kijken naar het aantal activiteiten. We focussen hierbij op een uitsplitsing naar specialismen.

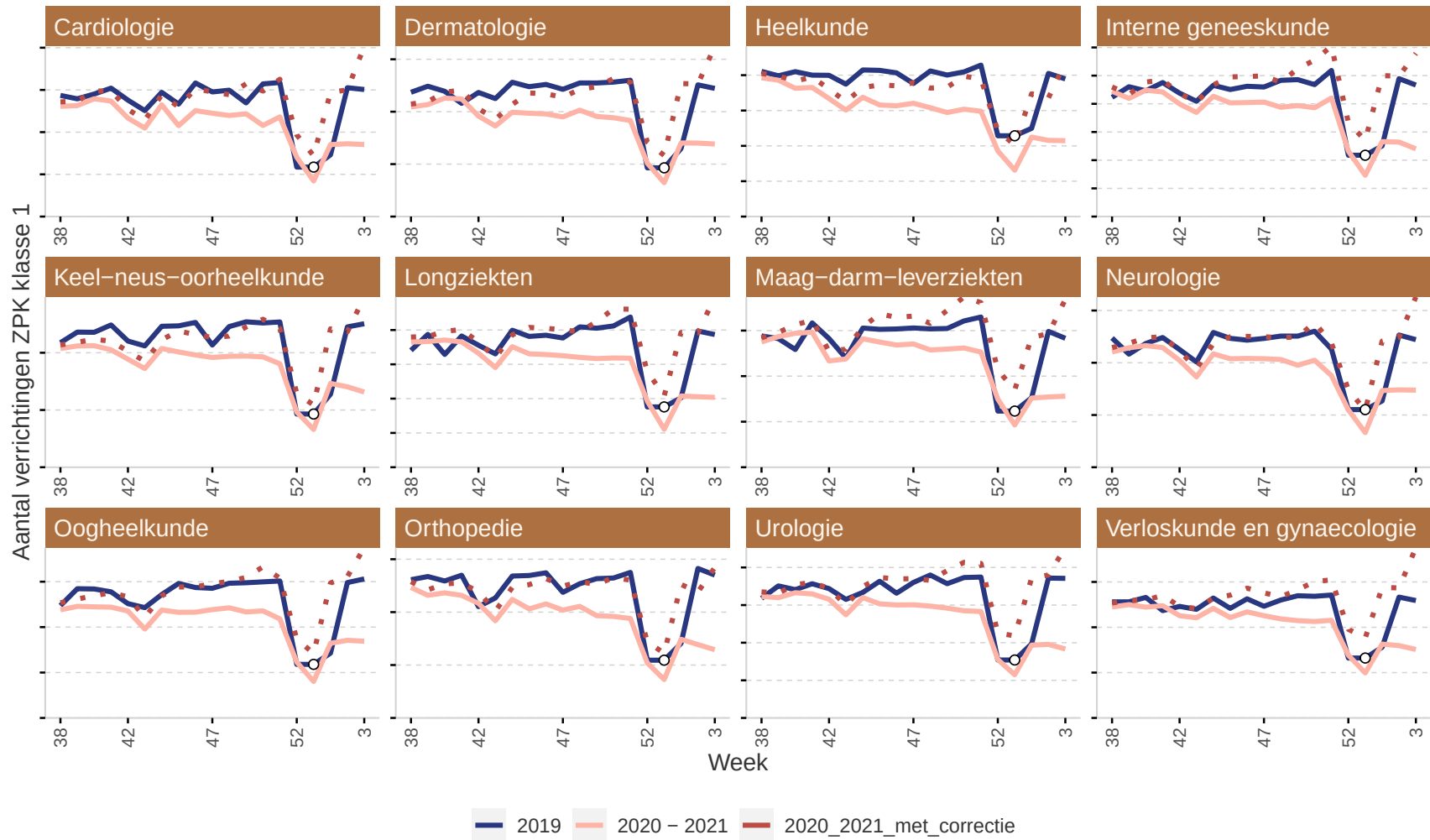
Figuur 14 laat het aantal polikliniekbezoeken (inclusief belconsulten/e-consulten) zien per specialisme. Bij de meeste specialismen zien we in oktober en begin november een aantal consulten per week dat lager is dan normaal. In december ligt het aantal consulten

bij alle specialismen weer op of rond het niveau van eerdere jaren. In januari is bij veel specialismen (na correctie) een hogere productie zichtbaar. Met name bij interne geneeskunde, MDL en verloskunde en gynaecologie is de productie duidelijk hoger, bij heeskunde blijft deze achter. De andere grote specialismen bevinden zich hier tussenin.

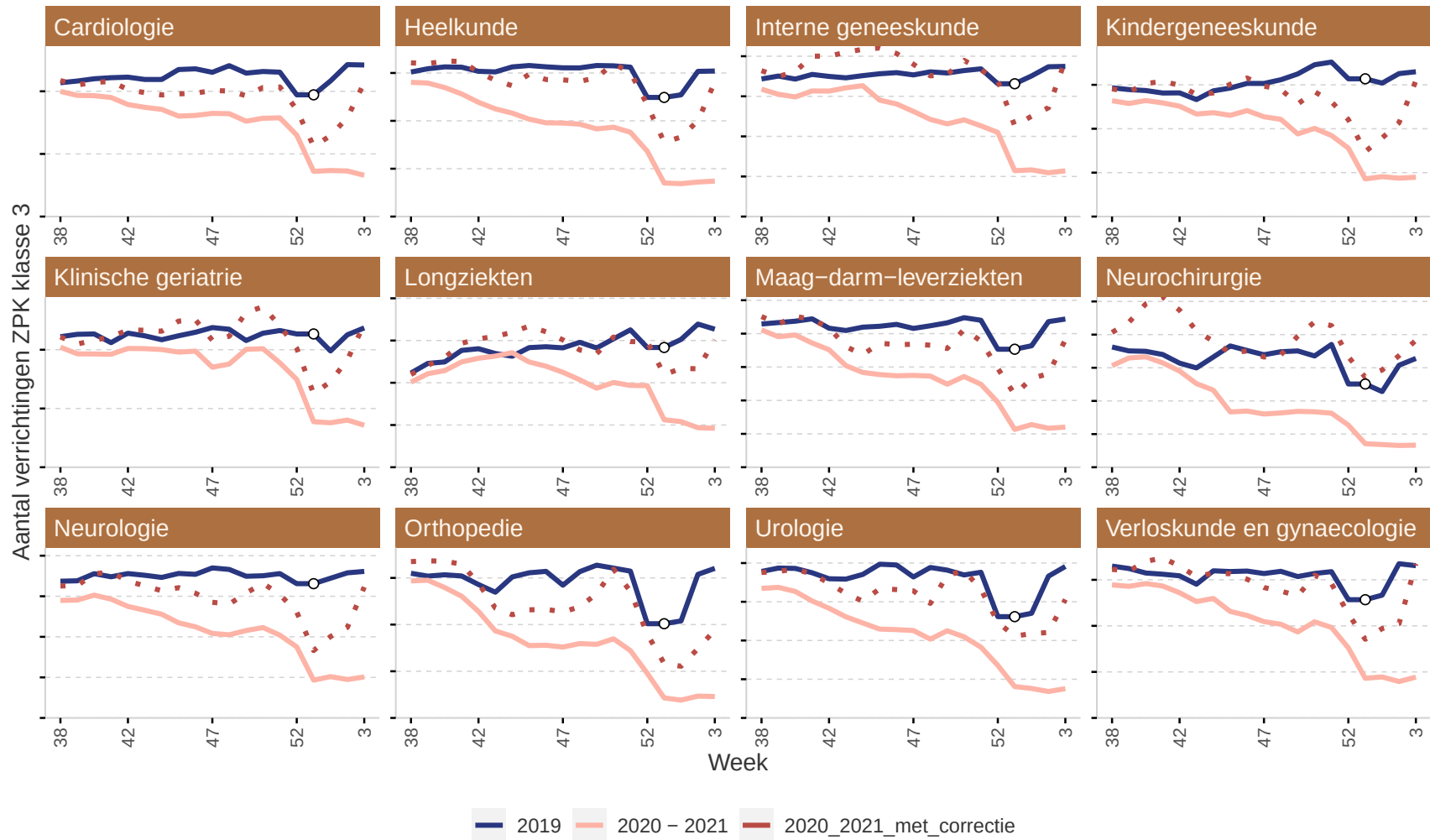
Het aantal verpleegdagen (Figuur 15) blijft vanaf oktober bij bijna alle specialismen sterk achter op de normale aantallen. Bij longziekten en interne geneeskunde bleef de daling beperkt, vermoedelijk vanwege het oplopende aantal coronapatiënten. Ook bij klinische geriatrie en neurochirurgie is het aantal verpleegdagen hoger dan normaal. In de eerste helft van december loopt het aantal verpleegdagen weer op maar vanaf week 51 daalt bij alle specialismen het aantal verpleegdagen sterk. In januari ligt bij alle specialismen het aantal verpleegdagen lager dan normaal, uitgezonderd bij neurochirurgie. 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.

Het aantal operaties (Figuur 16) laat vanaf eind oktober een minder eenduidig beeld zien. Bij heeskunde, keel-neus-oorheeskunde, neurochirurgie en orthopedie vinden in november en december minder operaties plaats dan normaal. Met name het aantal operaties vanwege heup- en knie vervanging daalt fors. In januari lijkt het aantal operaties bij de meeste grote specialismen weer toe te nemen tot het niveau van 2019, of iets daarboven, zoals bijvoorbeeld het aantal oogoperaties bij staar (Figuur 18).

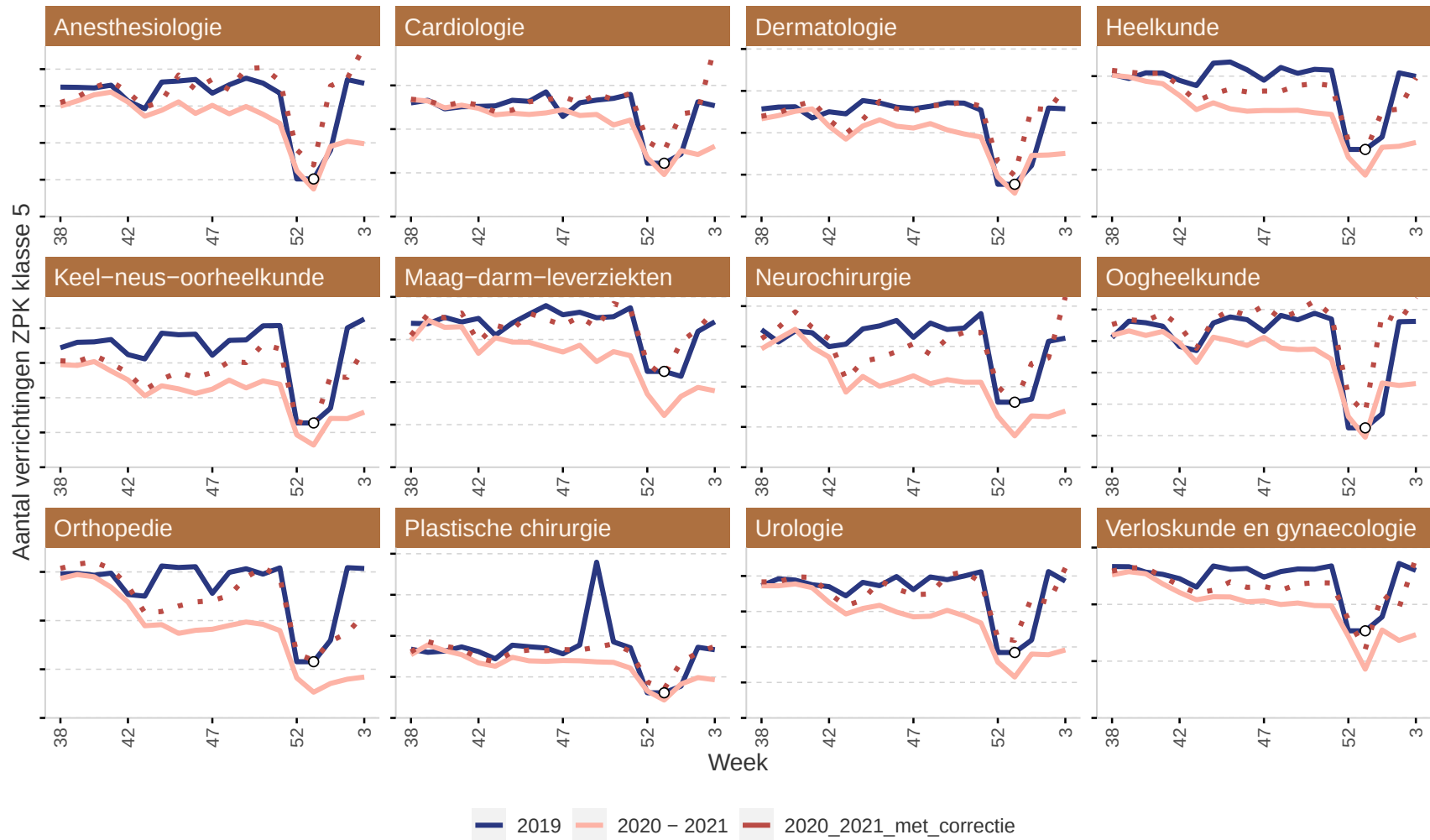
Figuur 14 Aantal polikliniekbezoeken (zorgprofielklasse 1) per specialisme



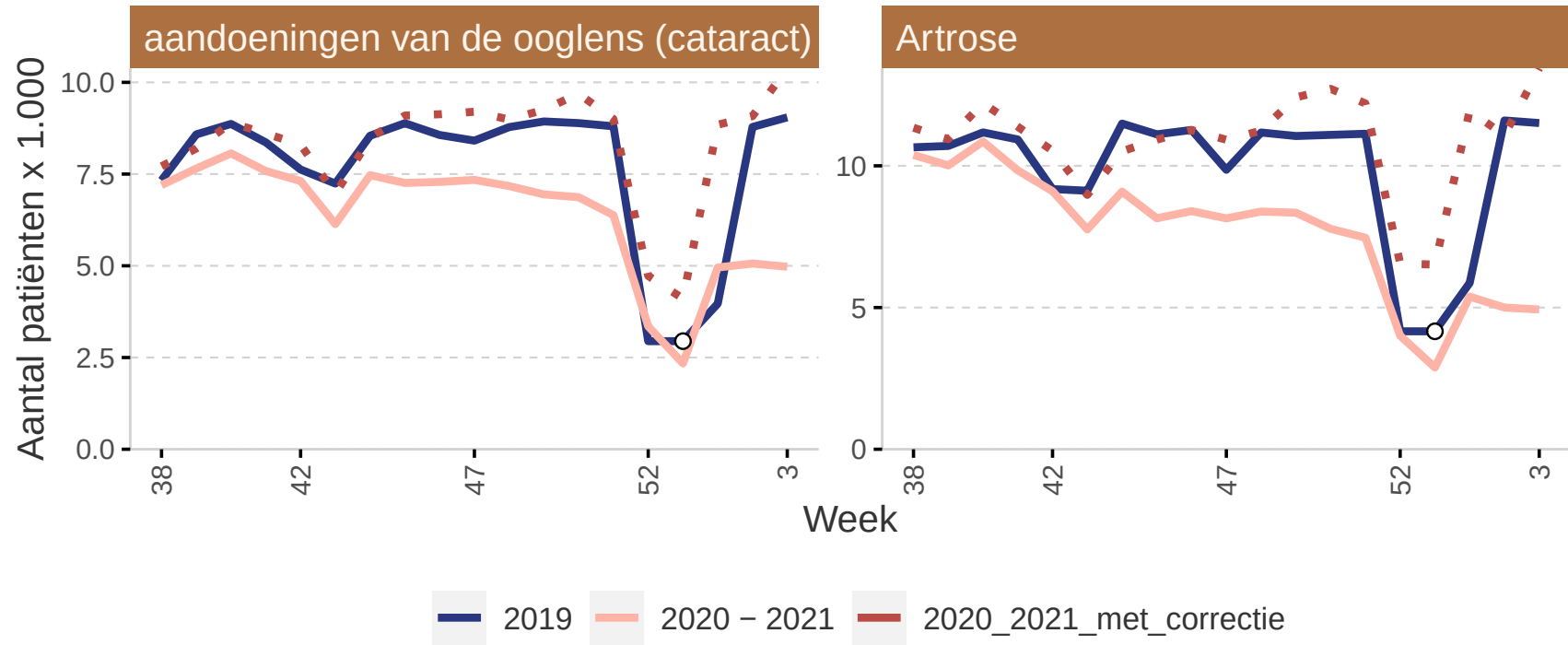
Figuur 15 Aantal klinische opnames (zorgprofielklasse 3) per specialisme



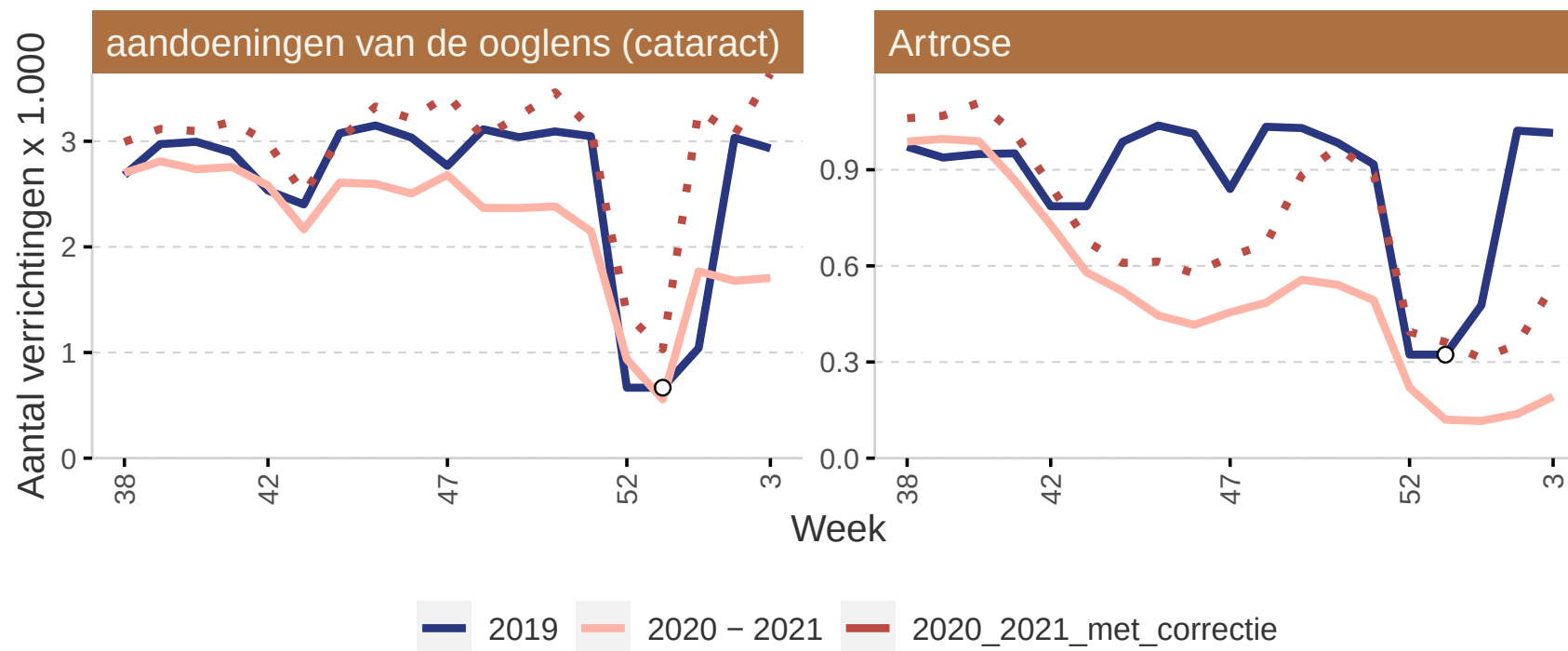
Figuur 16 Aantal operaties (zorgprofielklasse 5) per specialisme



Figuur 17 Aantal patiënten in de groepen artrose en cataract in het onderhanden werk 2018-2020.



Figuur 18 Aantal operaties (zorgprofielklasse 5) cataract en heup/knie.



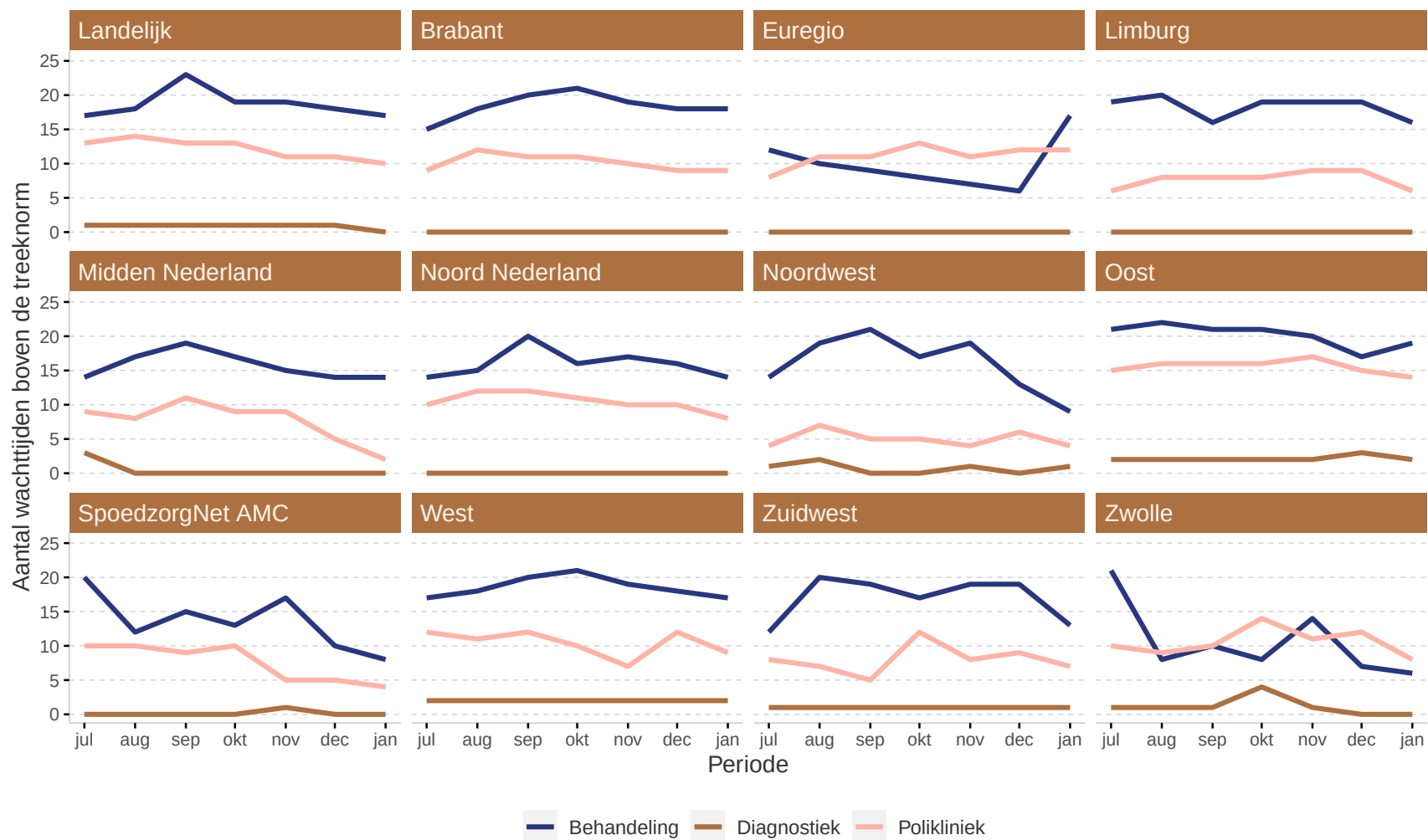
5. Wachttijden

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. In Figuur 19 wordt het aantal landelijke en regionale overschrijdingen van de treeknorm getoond voor de polikliniek, behandeling en diagnostiek. Het totaal aantal wachttijden verschilt per wachttijdssoort en per regio (voor verdere uitleg hierover zie de bijlage van dit rapport).

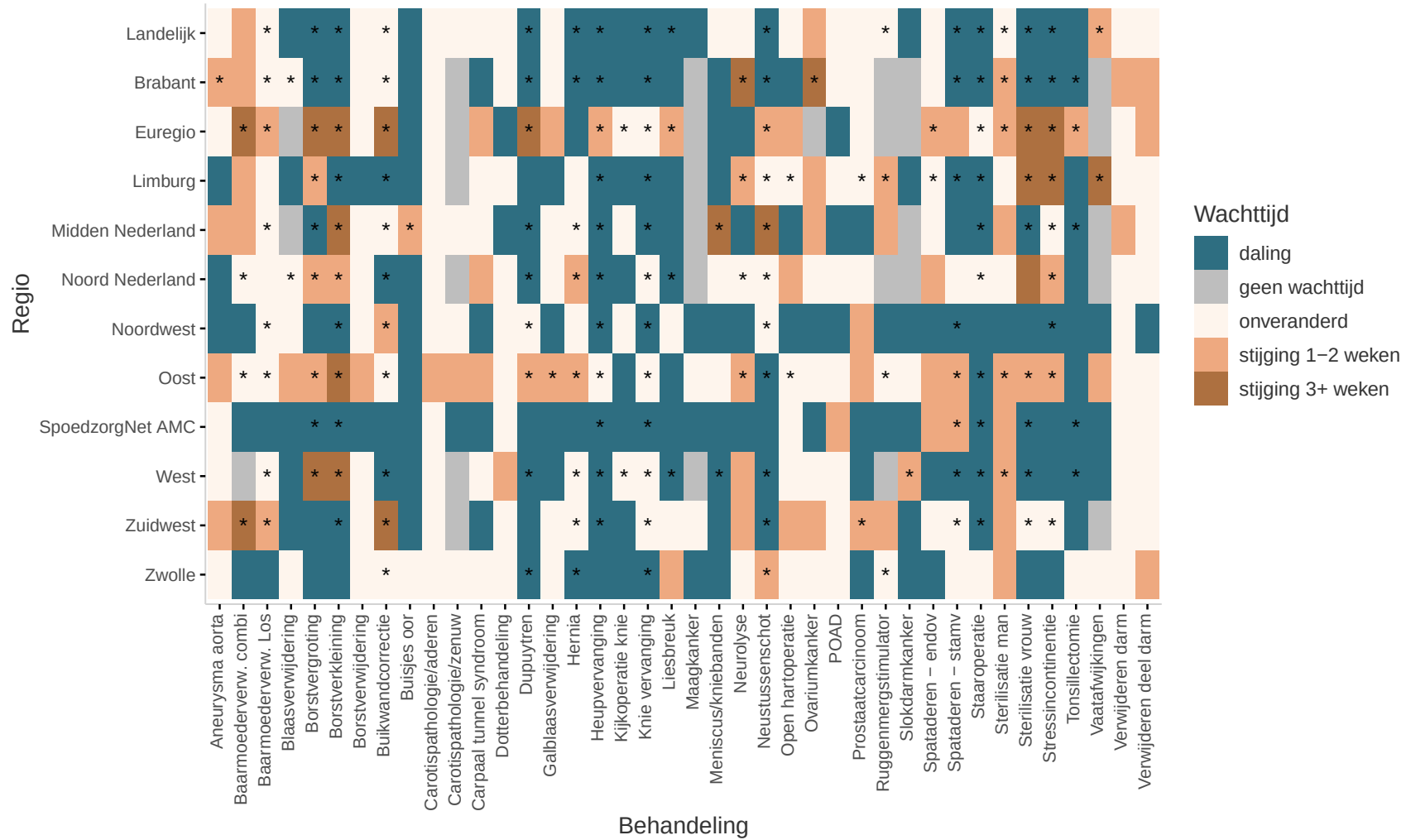
Uit Figuur 19 blijkt dat landelijk het aantal wachttijden dat de treeknorm overschrijdt, net als de voorgaande maanden, voor zowel polikliniekbezoeken, behandelingen en diagnostiek licht daalt. Wanneer we inzoomen op de regio's zien we dat er veel verschil is tussen de regio's: in Euregio en Oost zien we een duidelijke stijging in de wachttijden voor geselecteerde behandelingen dat de treeknorm overschrijdt, terwijl we in Zuidwest en Noordwest op dit punt juist een sterke daling zien. We zien minder variatie hierin voor wat betreft de wachttijden van polikliniekbezoeken. Wel kunnen we concluderen dat deze in regio's West, Noordwest, Zuidwest en Zwolle een omslag is van een lichte stijging in december naar een sterke daling in januari.

Een verdieping van de wachttijden voor geselecteerde behandelingen per regio is te vinden in Figuur 20. Hierin wordt landelijk en per regio het verschil getoond tussen de gemiddelde wachttijd in de afgelopen twee maanden ten opzichte van de 2 maanden daarvoor. 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 20 zijn te vinden in Tabel 1. In de ROAZ-regio Euregio is het aantal 'sterk gestegen behandelwachttijden' het grootst: zeven van de aangeleverde wachttijden zijn met minstens drie weken gestegen ten opzichte van het gemiddelde van twee maanden daarvoor. In Spoedzorg AMC en Noordwest zien we bij het overgrote deel van de behandelingen een afname in de wachttijd. De wachttijd voor de heupvervanging en knieoperaties lijkt ook in de meeste regio's gedaald. Opvallend is verder dat, in tegenstelling tot in december, de gemiddelde wachttijd voor de behandeling van vaatafwijking in Nederland nu wel de treeknorm overschrijdt.

Figuur 19 Het aantal overschrijdingen van de treeknorm per wachttijdssoort gedurende 2020 en 2021. NB Niet alle wachttijden zijn beschikbaar in elke regio



Figuur 20 Het landelijke en regionale (ROAZ regio) verschil tussen de gemiddelde wachttijd over de twee laatst beschikbare maanden ten opzichte van de gemiddelde wachttijd over de twee maanden ervoor. 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 19

	daling	onveranderd	stijging 1-2 wk	stijging 3+ wk	stijging totaal	boven treeknorm	totaal
Landelijk	18	19	3	0	3	17	40
Brabant	18	10	5	2	7	19	35
Euregio	6	8	12	7	19	17	33
Limburg	17	13	5	3	8	16	38
Midden Nederland	14	12	7	3	10	15	36
Noord Nederland	8	19	7	1	8	14	35
Noordwest	26	12	2	0	2	9	40
Oost	6	15	18	1	19	19	40
SpoedzorgNet AMC	30	6	4	0	4	8	40
West	17	13	4	2	6	18	36
Zuidwest	13	15	8	2	10	13	38
Zwolle	16	20	4	0	4	6	40

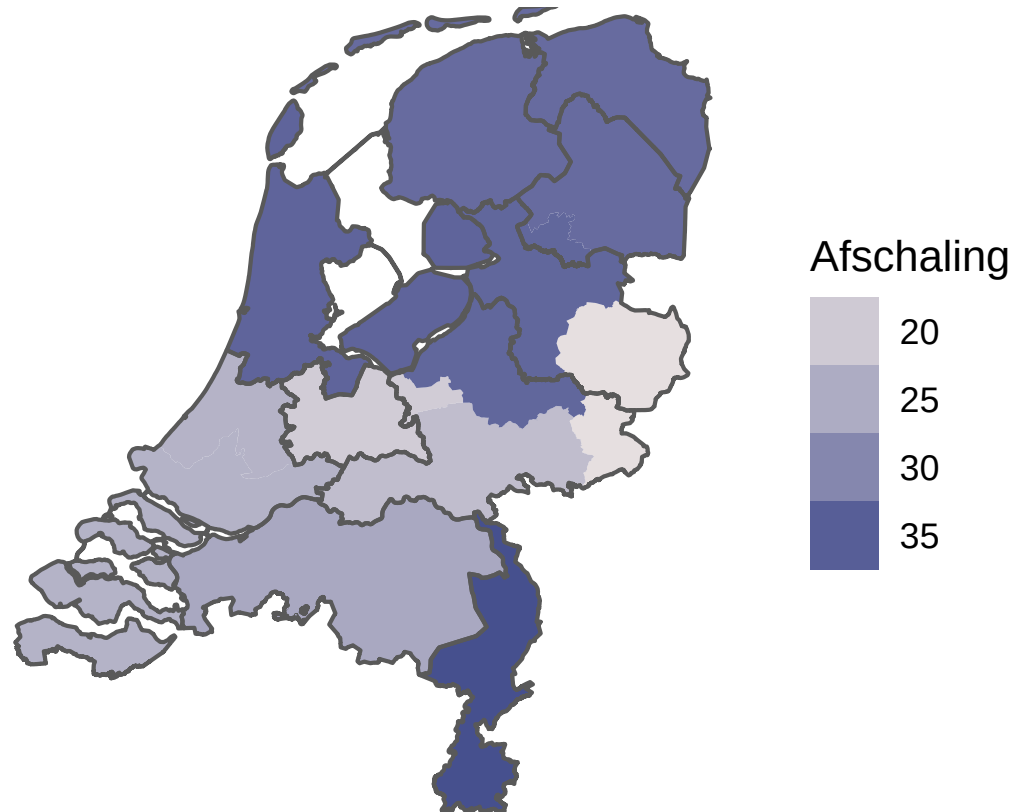
6. Zorgbeeld (regionaal)

In de volgende kaartjes laten we een aantal inzichten uit het Zorgbeeld portaal zien. Daarnaast laten we de ontwikkelingen per regio over tijd zien. Deze ontwikkelingen worden per week weergegeven, waarbij de maandag als peilmoment is gebruikt. In de berekeningen voor dit hoofdstuk is rekening gehouden met de verschillen in omvang van ziekenhuizen door het aantal normaal beschikbare operatiekamers mee te wegen. In de afgelopen week heeft 97.3 procent van de ziekenhuizen de data geactualiseerd.

6.1 Percentage afschaling van de operatiekamers

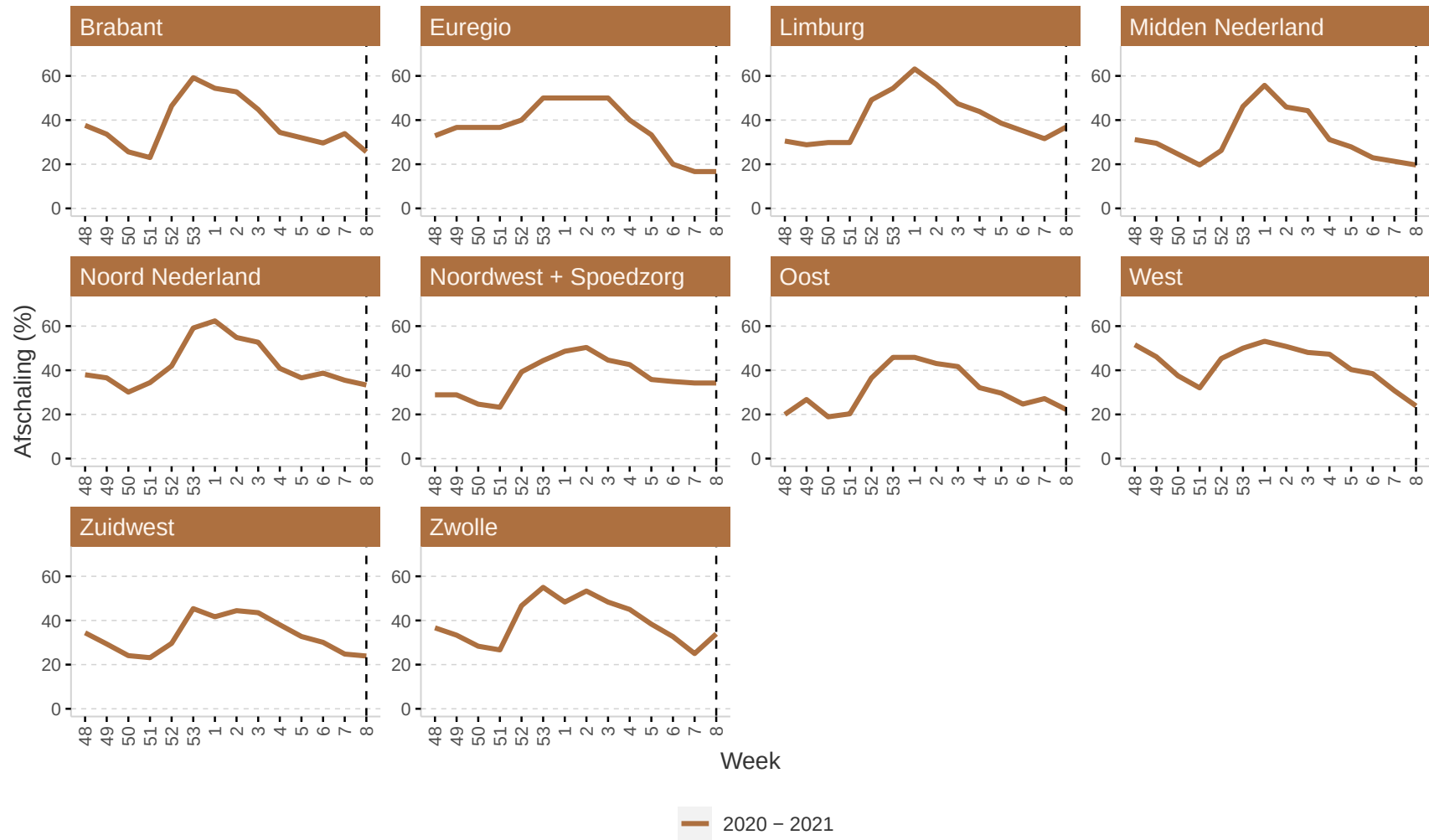
Onderstaand kaartje geeft per ROAZ- regio het afschalingspercentage van de operatiekamers weer.

Figuur 21 Percentage afschaling operatiekamers



Het gewogen gemiddelde afschaling van de operatiekamers in Nederland is 28%.

Figuur 22 Percentage afschaling operatiekamers - ontwikkeling

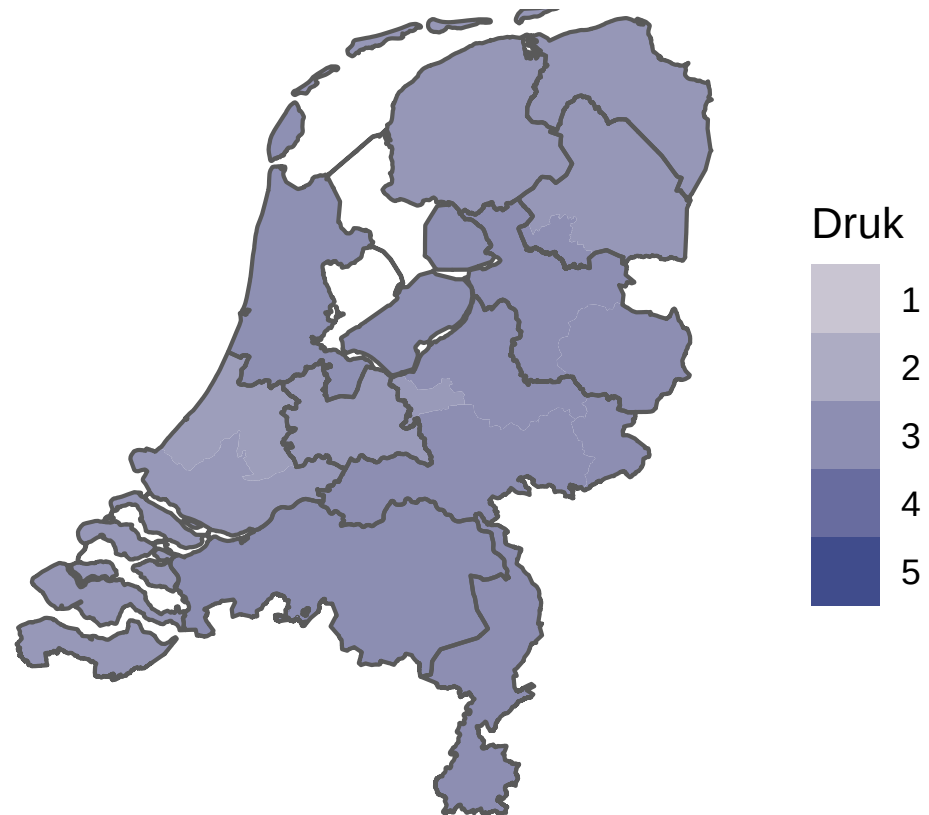


6.2 Druk op de IC

Onderstaand kaartje geeft per ROAZ-regio weer in hoeverre de zorg op de IC onder druk staat. De druk wordt hierbij uitgedrukt op een schaal van 1 tot 5 waarbij de volgende omschrijvingen gelden:

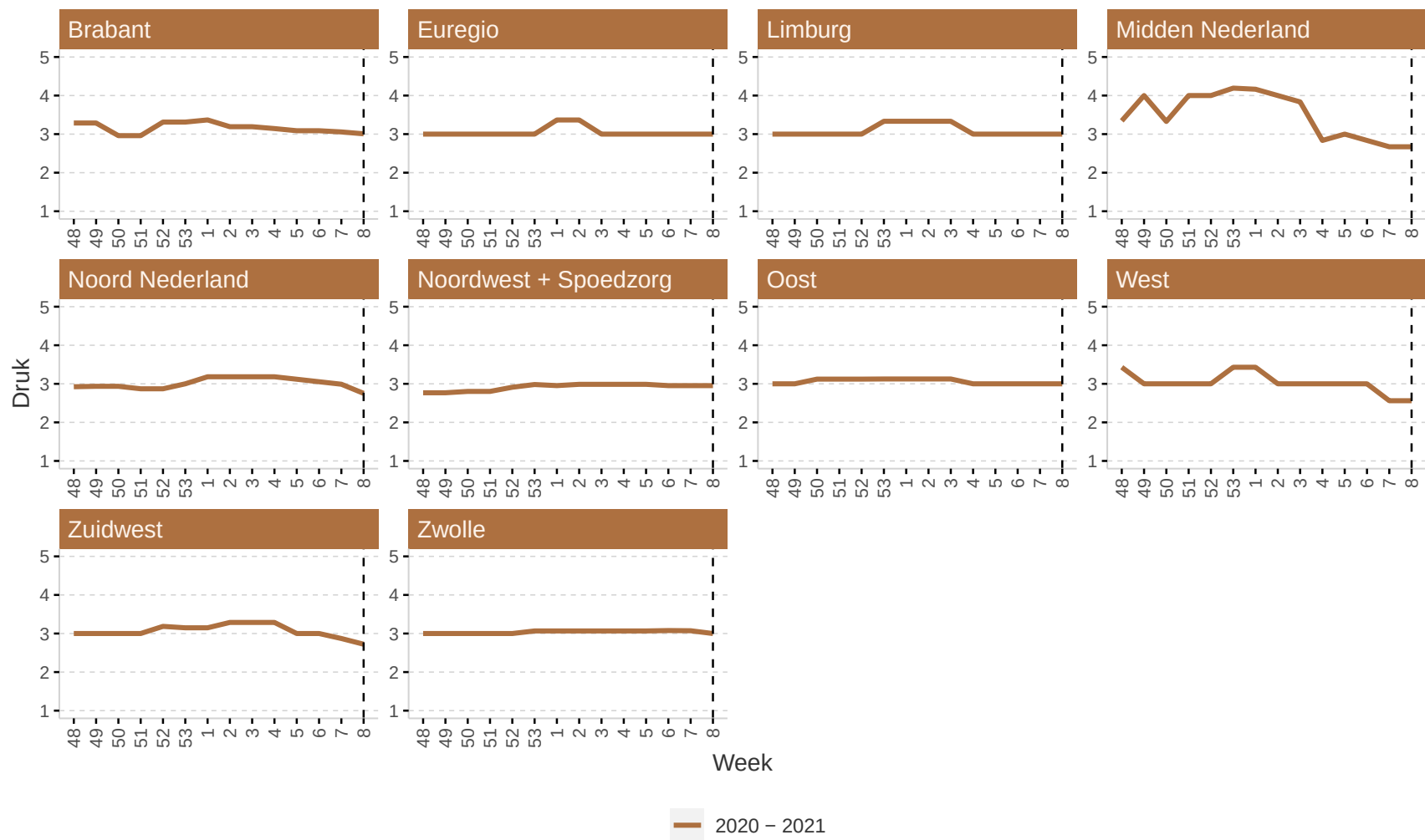
1. Gebruikelijke interne maatregelen en reguliere afspraken volstaan
2. Reguliere buffercapaciteit volledig opgebruikt maar nog geen bijzondere maatregelen
3. Bijzondere maatregelen en accentverlegging om de kwaliteit te behouden
4. Aanpassingsvermogen is volledig opgebruikt en zorgkwaliteit komt in gevaar
5. De kwaliteit en / veiligheid van zorg kan niet meer worden gewaarborgd

Figuur 23 Druk op de IC



De gewogen gemiddelde druk in Nederland op de IC is 2.8.

Figuur 24 Druk op de IC - ontwikkeling

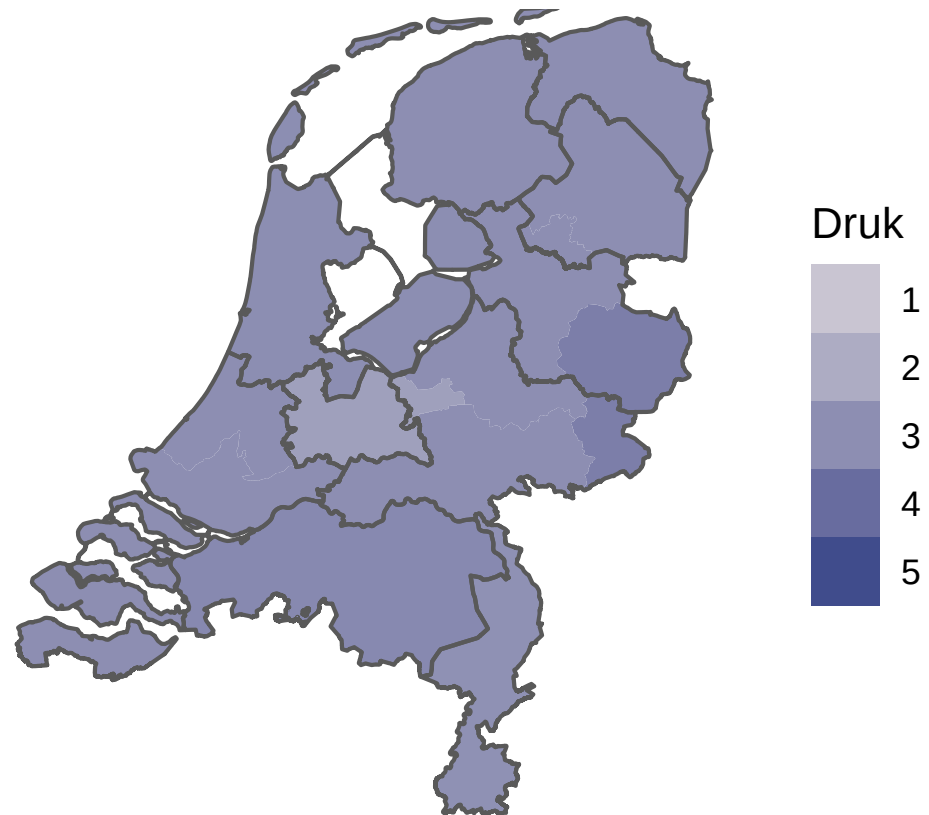


6.3 Druk op de kliniek

Onderstaand kaartje geeft per ROAZ-regio weer in hoeverre de zorg in de klinische setting onder druk staat. De druk wordt hierbij uitgedrukt op een schaal van 1 tot 5 waarbij de volgende omschrijvingen gelden:

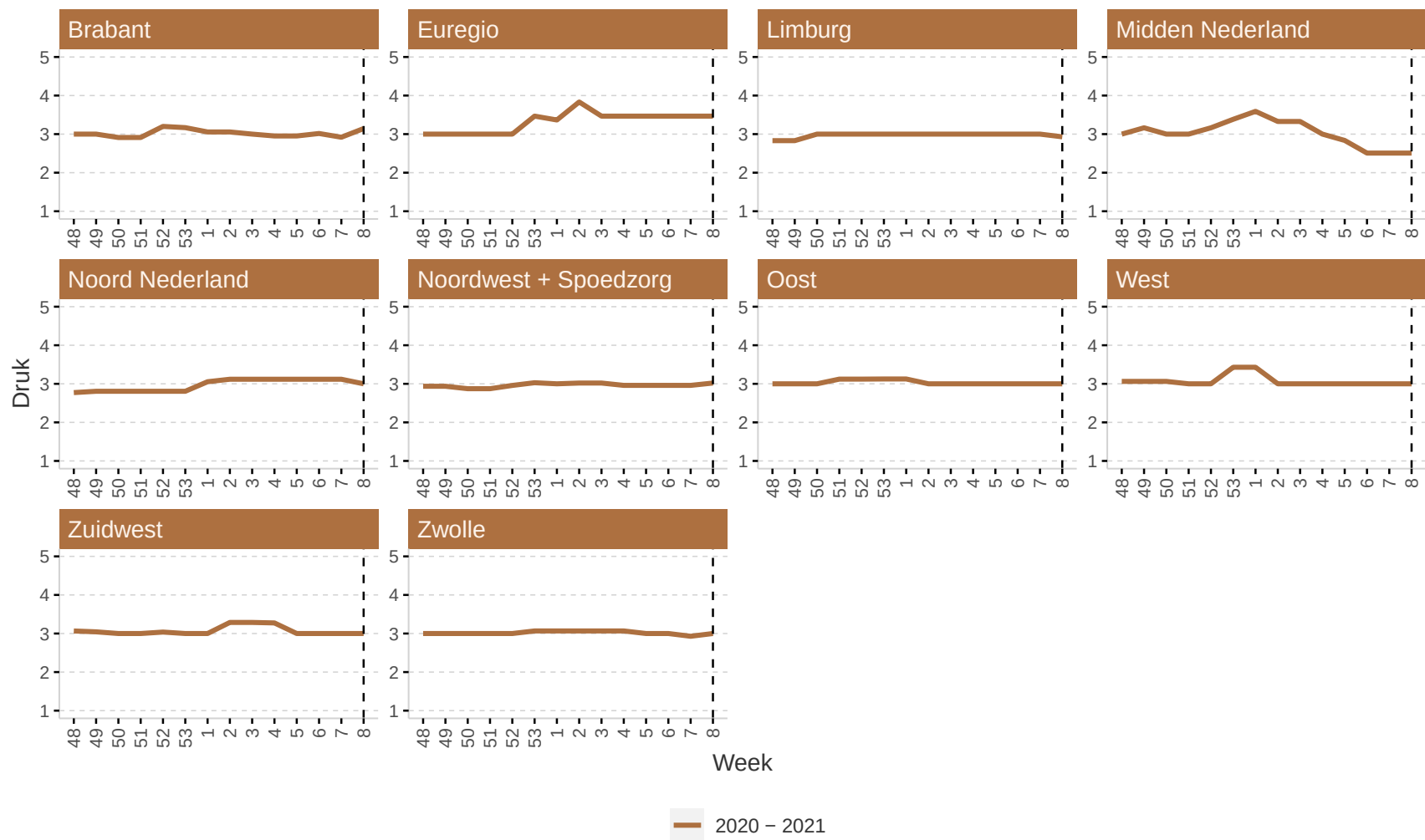
1. Gebruikelijke interne maatregelen en reguliere afspraken volstaan
2. Reguliere buffercapaciteit volledig opgebruikt maar nog geen bijzondere maatregelen
3. Bijzondere maatregelen en accentverlegging om de kwaliteit te behouden
4. Aanpassingsvermogen is volledig opgebruikt en zorgkwaliteit komt in gevaar
5. De kwaliteit en / veiligheid van zorg kan niet meer worden gewaarborgd

Figuur 25 Druk in de kliniek



De gewogen gemiddelde druk in Nederland op de kliniek is 3.

Figuur 26 Druk op de kliniek - ontwikkeling

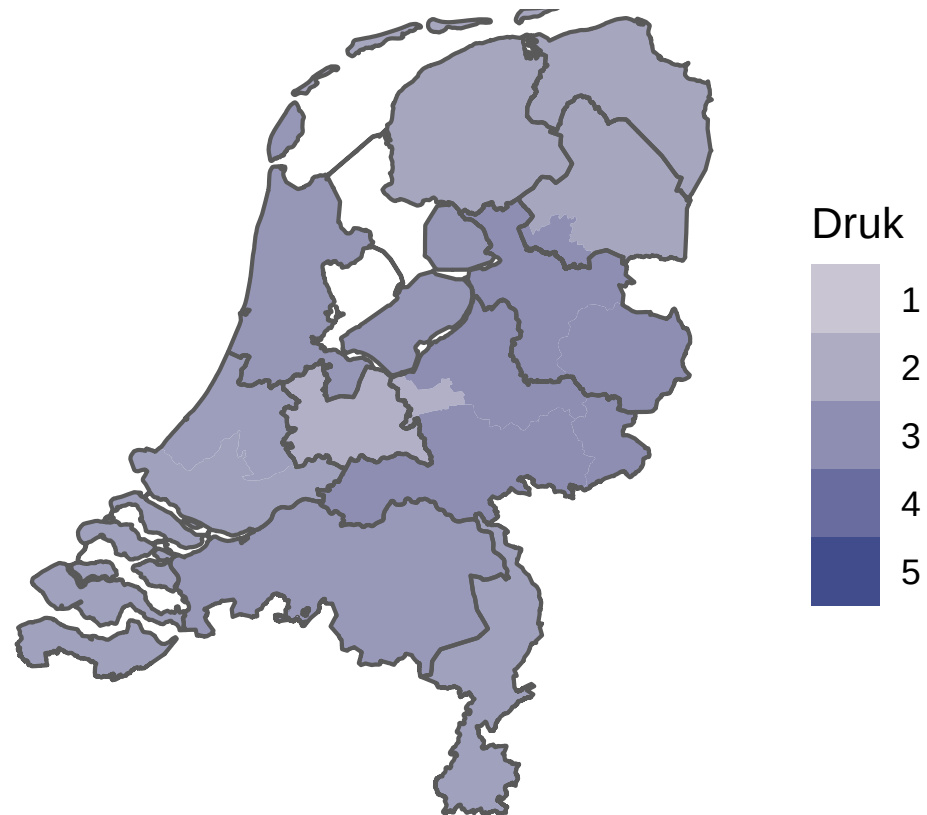


6.4 Druk op de overige zorg

Onderstaand kaartje geeft per ROAZ-regio weer in hoeverre de overige zorg onder druk staat. De druk wordt ook hierbij uitgedrukt op een schaal van 1 tot 5 waarbij de volgende omschrijvingen gelden:

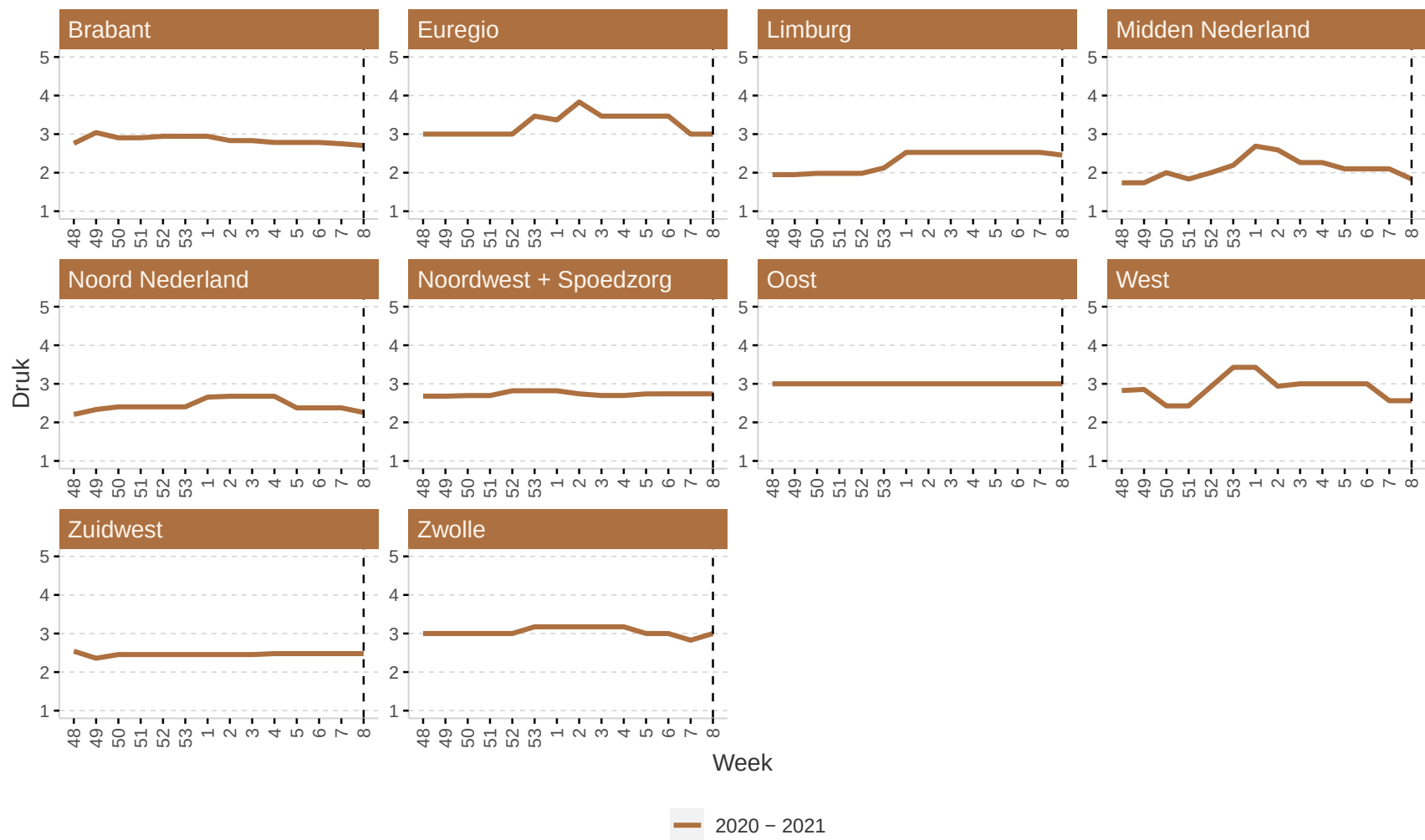
1. Gebruikelijke interne maatregelen en reguliere afspraken volstaan
2. Reguliere buffercapaciteit volledig opgebruikt maar nog geen bijzondere maatregelen
3. Bijzondere maatregelen en accentverlegging om de kwaliteit te behouden
4. Aanpassingsvermogen is volledig opgebruikt en zorgkwaliteit komt in gevaar
5. De kwaliteit en / veiligheid van zorg kan niet meer worden gewaarborgd

Figuur 27 Druk op de overige zorg



De gewogen gemiddelde druk in Nederland op de overige zorg is 2.6. Dit figuur is gebaseerd op 91.9 procent van de ziekenhuizen. De overige ziekenhuizen hebben niet aangegeven hoe het staat met de druk op de overige zorg.

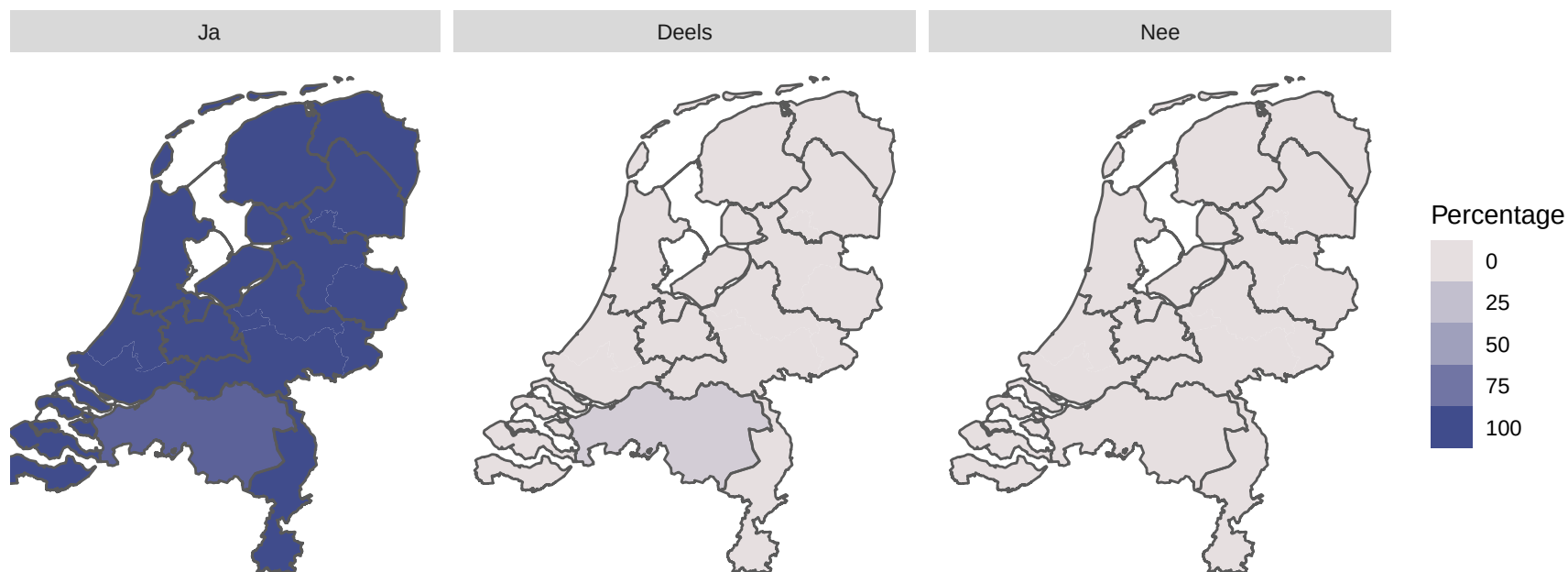
Figuur 28 Druk op de overige zorg - ontwikkeling



6.5 Leveren van (semi-)acute zorg

Onderstaand kaartje geeft per ROAZ-regio weer welk percentage van de ziekenhuizen binnen de regio (semi-)acute non-COVID zorg kan leveren; deels kan leveren, of niet meer kan leveren. Hieronder valt zorg uit urgentieklasse 1-2, waarbij een zeer hoog risico op gezondheidsschade dan wel verlies van levensjaren ontstaat bij uitstel > 1 week.

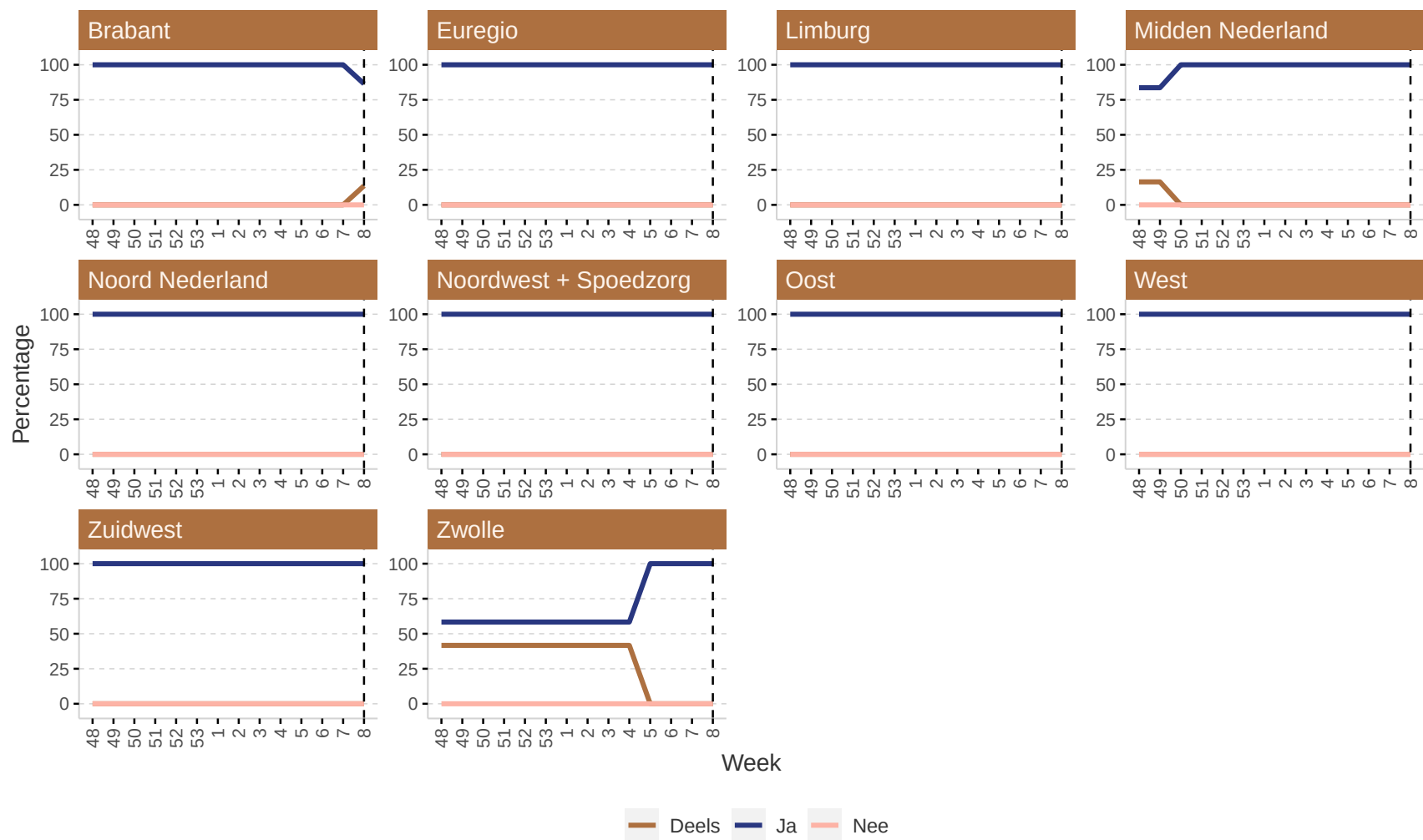
Figuur 29 Percentages (semi-) acute zorg



Bron: Dataportal NZa

Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft (semi-)acute zorg te kunnen leveren is 98%. Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft deels (semi-)acute zorg te kunnen leveren is 2%. Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft geen (semi-)acute zorg te kunnen leveren is 0%.

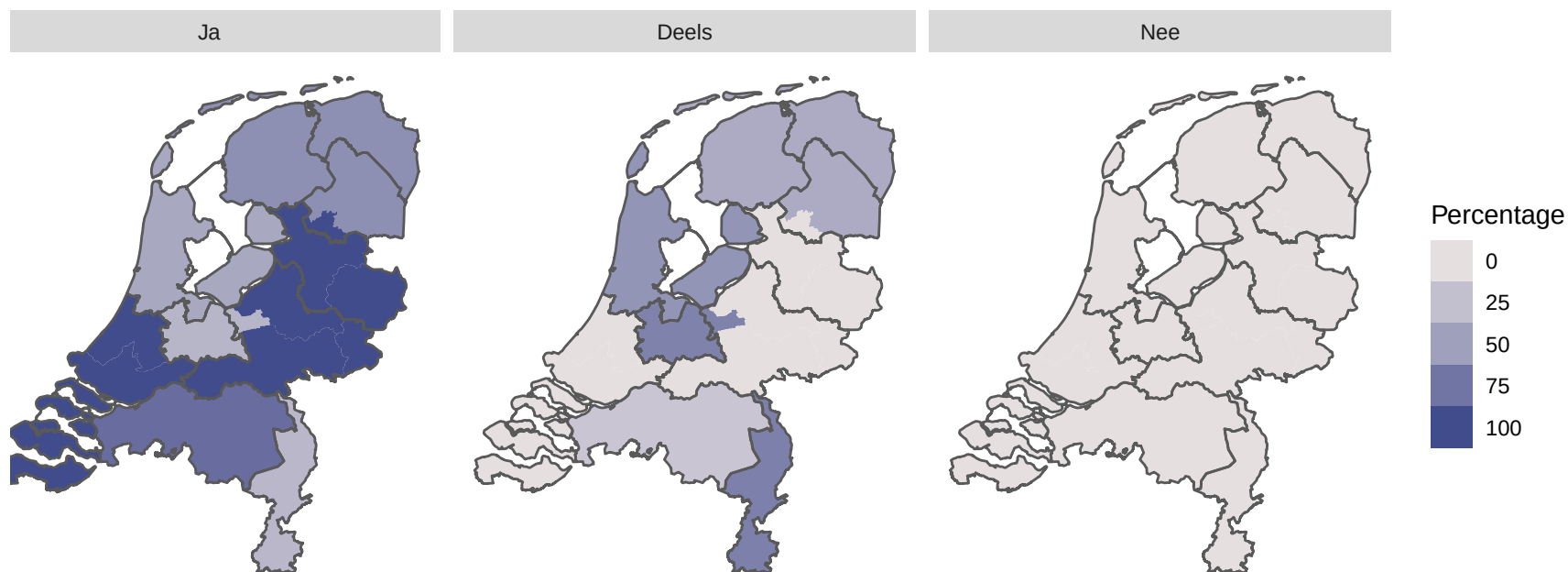
Figuur 30 Percentages semi-urgente zorg ontwikkeling



6.6 Leveren van kritiek planbare zorg

Onderstaand kaartje geeft per ROAZ-regio weer welk percentage van de ziekenhuizen binnen de regio kritiek planbare non-COVID zorg kan leveren; deels kan leveren, of niet meer kan leveren. Hieronder valt zorg uit urgentieklasse 3, waarbij een aanmerkelijk risico op permanente gezondheidsschade dan wel verlies van levensjaren ontstaat bij uitstel > 6 weken.

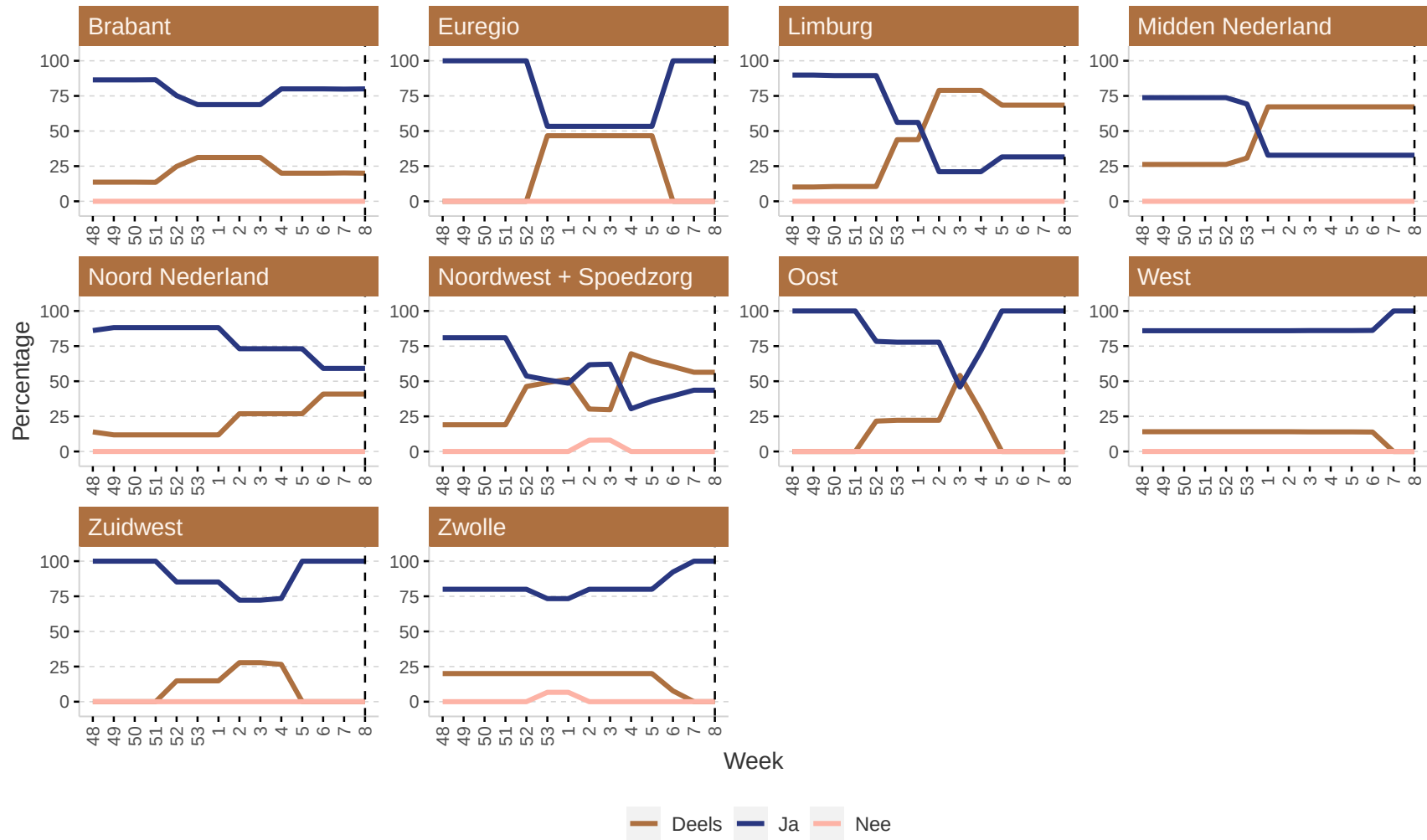
Figuur 31 Percentages kritieke planbare zorg



Bron: Dataportal NZa

Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft kritiek planbare zorg te kunnen leveren is 75%. Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft deels kritiek planbare zorg te kunnen leveren is 25%. Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft geen kritiek planbare zorg te kunnen leveren is 0%.

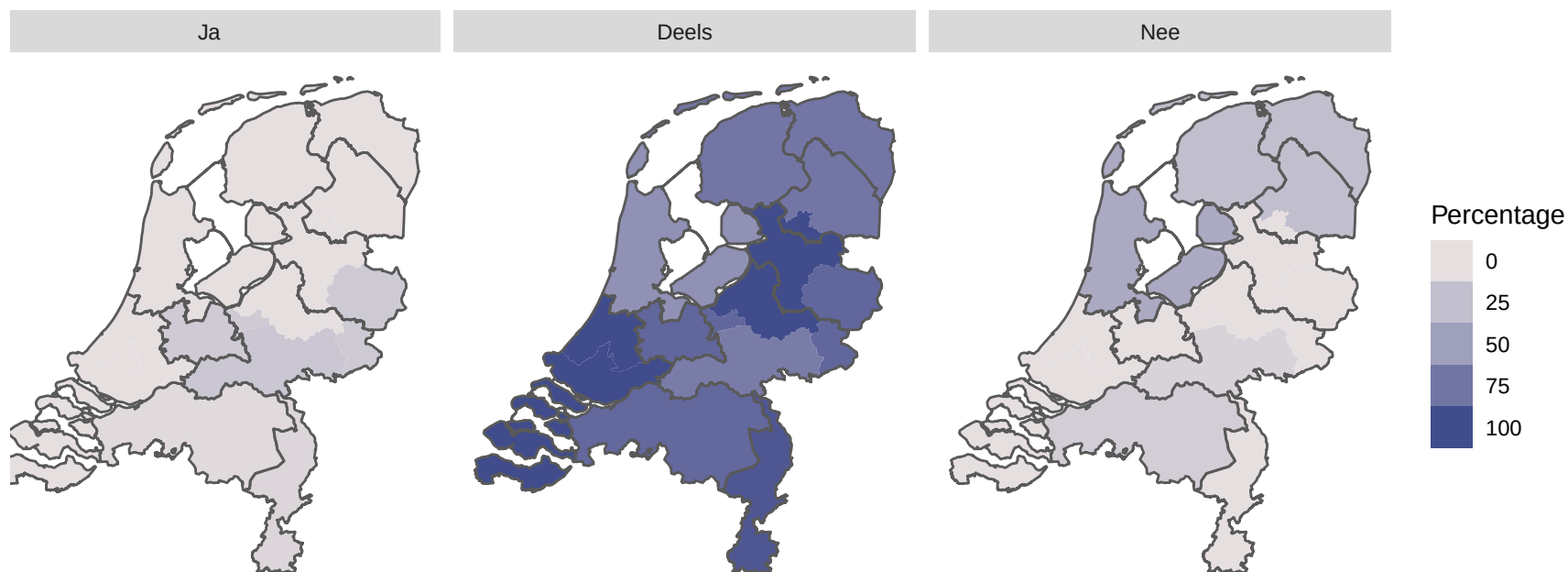
Figuur 32 Percentages kritieke planbare zorg - ontwikkeling



6.7 Leveren van planbare zorg

Onderstaand kaartje geeft per ROAZ-regio weer welk percentage van de ziekenhuizen binnen de regio planbare zorg kan leveren; deels kan leveren, of niet meer kan leveren. Hieronder valt zorg uit urgentieklasse 4-5, waarbij enig of geen risico op permanente gezondheidsschade dan wel verlies van levensjaren ontstaat bij uitstel > 6 weken.

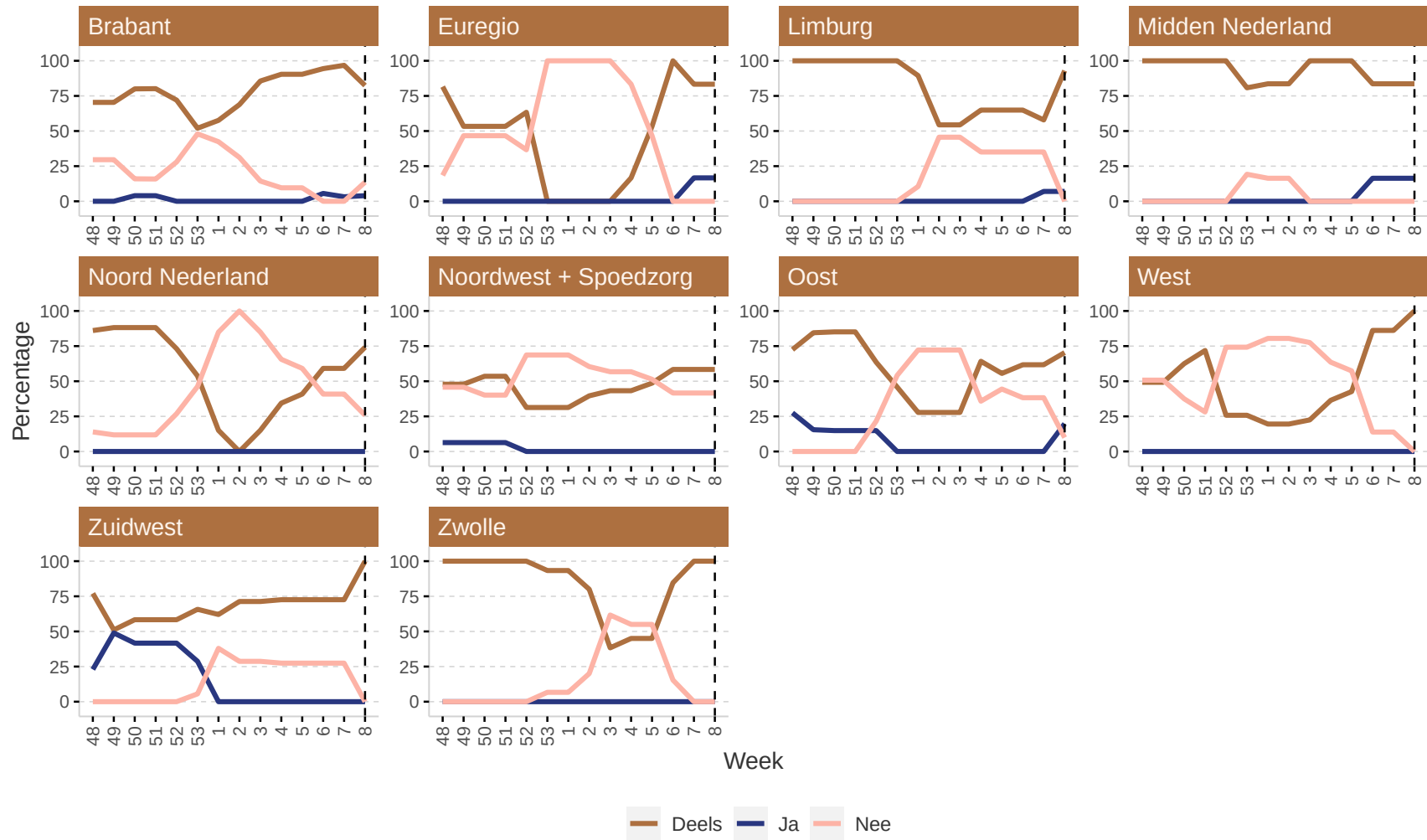
Figuur 33 Percentages planbare zorg



Bron: Dataportal NZa

Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft planbare zorg te kunnen leveren is 4%. Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft deels planbare zorg te kunnen leveren is 83%. Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft geen planbare zorg te kunnen leveren is 12%.

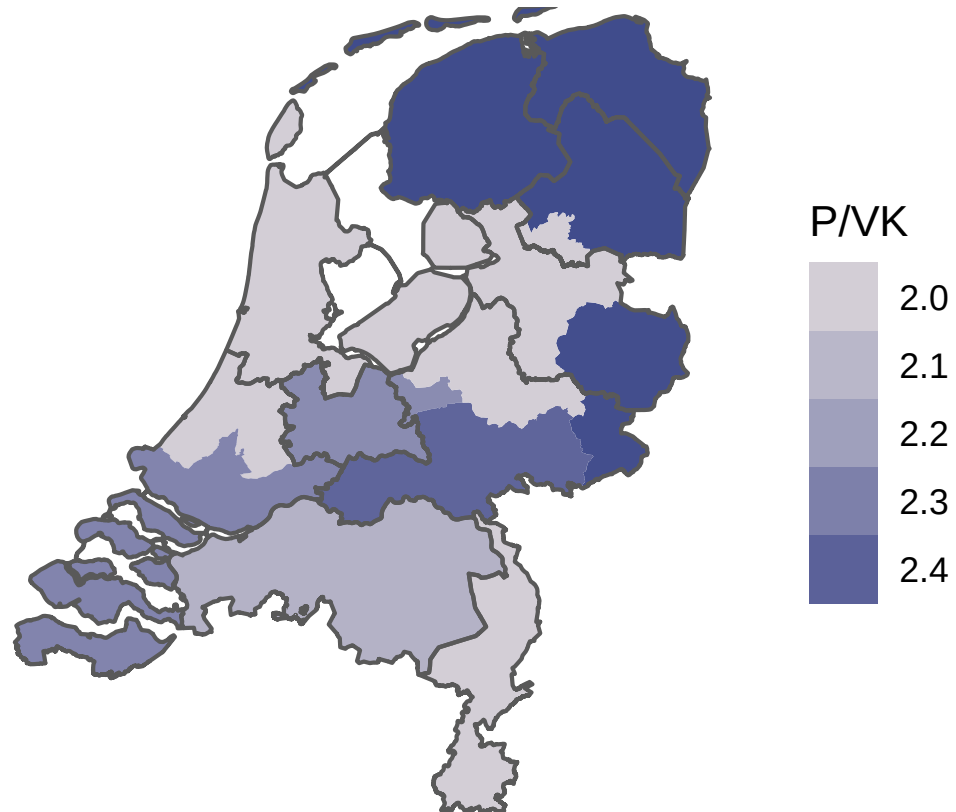
Figuur 34 Percentages planbare zorg



6.8 Verhouding aantal patiënten per verpleegkundige op de IC

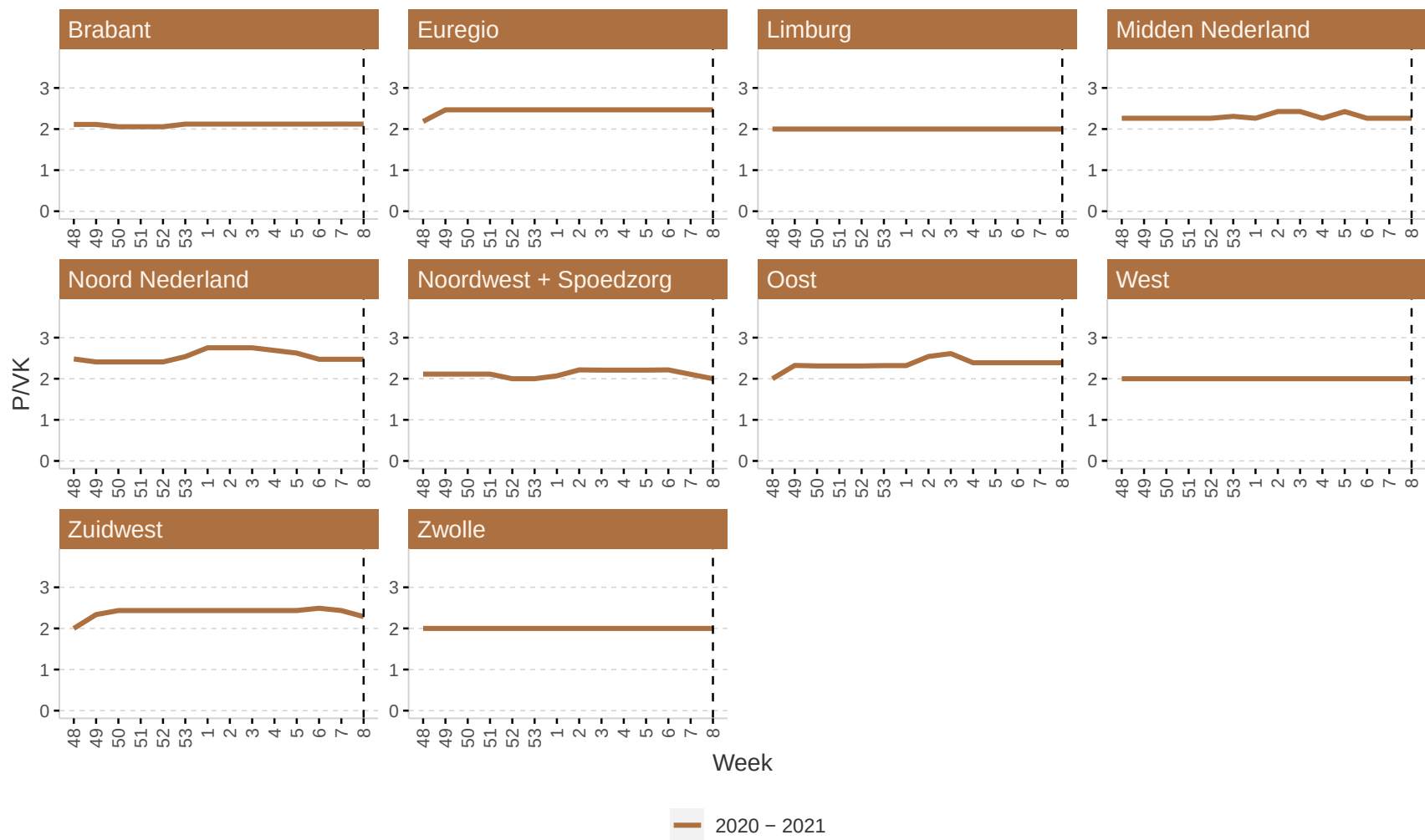
Onderstaand kaartje geeft per ROAZ- regio weer hoeveel IC-patiënten er per gediplomeerd IC-verpleegkundige verzorgd worden.

Figuur 35 Patienten per verpleegkundige (P/VK) op IC



Het gemiddeld aantal IC-patiënten dat per gediplomeerd IC-verpleegkundige verzorgd wordt bedraagt 2.2.

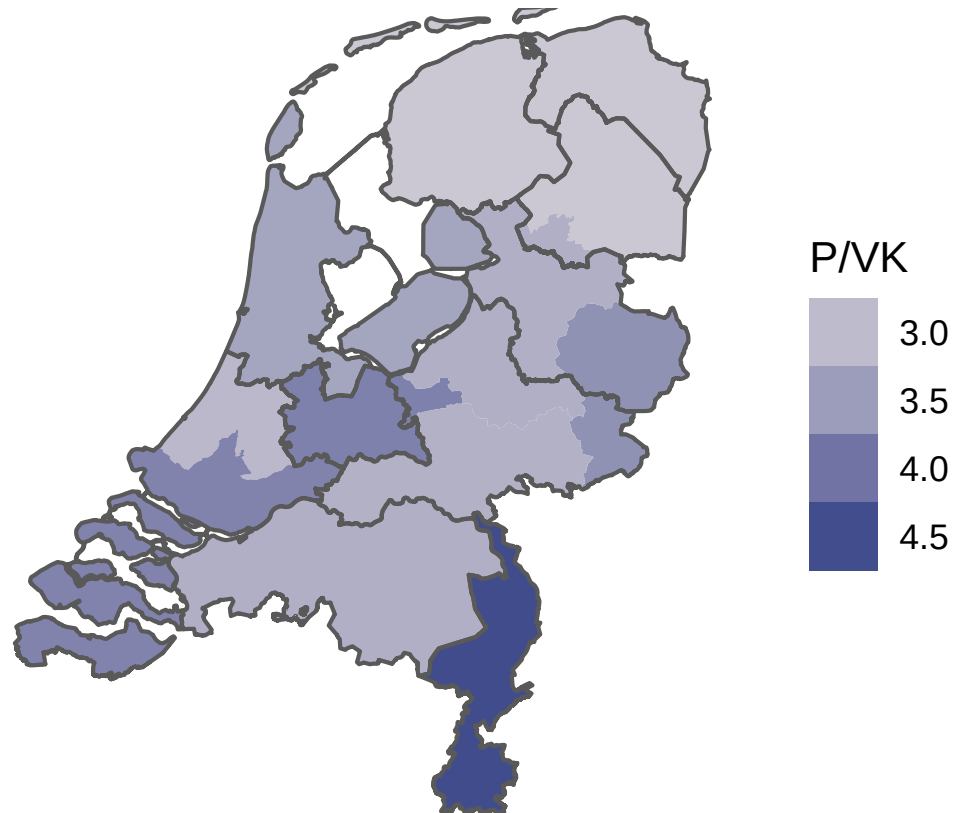
Figuur 36 Patienten per verpleegkundige (P/VK) op IC - ontwikkeling



6.9 Verhouding aantal patiënten per verpleegkundige in de kliniek

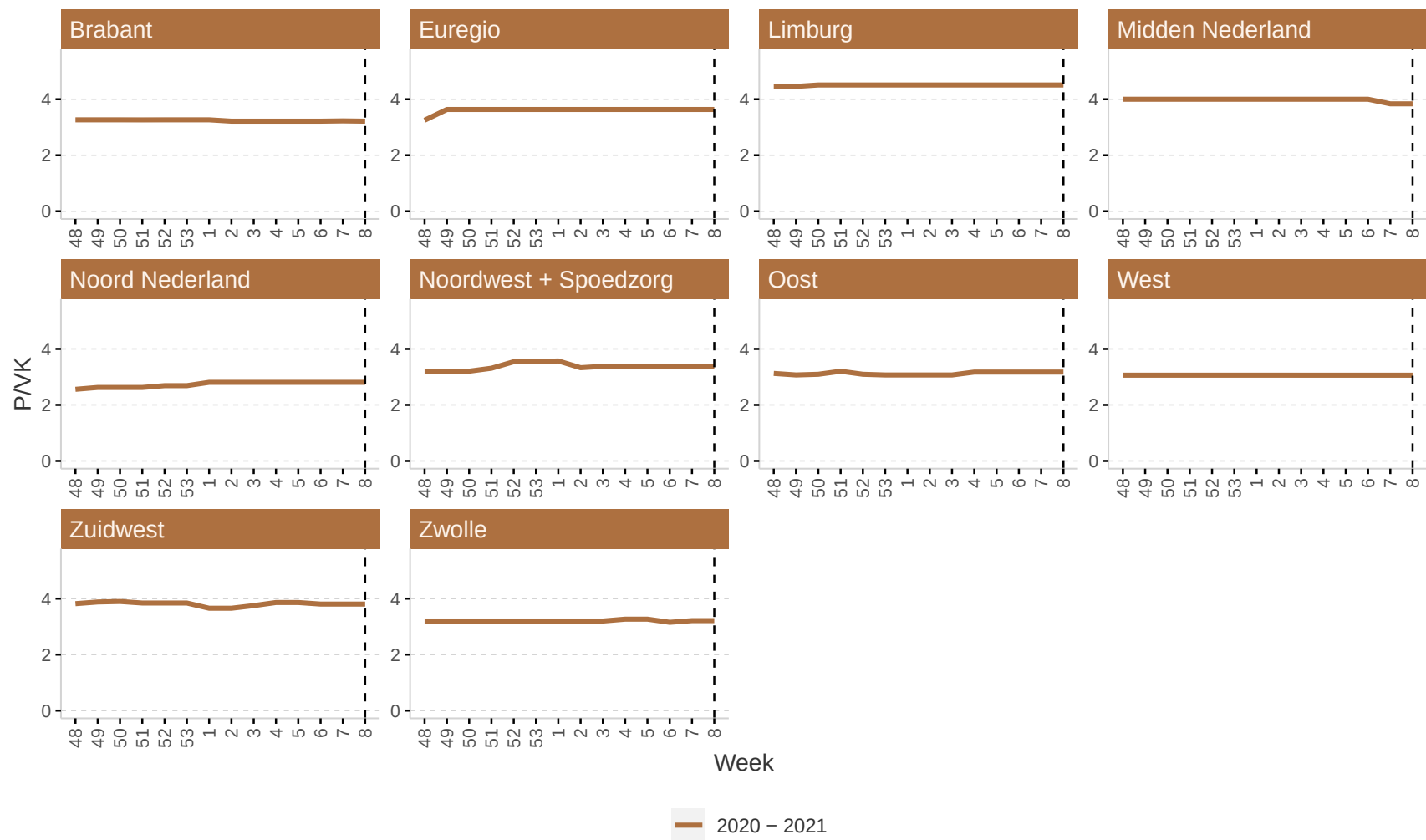
Onderstaand kaartje geeft per ROAZ- regio weer hoeveel patiënten met COVID er per verpleegkundige verzorgd worden in de klinische setting gedurende de dagdienst.

Figuur 37 Patiënten per verpleegkundige (P/VK) in kliniek



Het gemiddeld aantal patiënten met COVID dat per verpleegkundige verzorgd wordt in de klinische setting gedurende de dagdienst bedraagt 3.4.

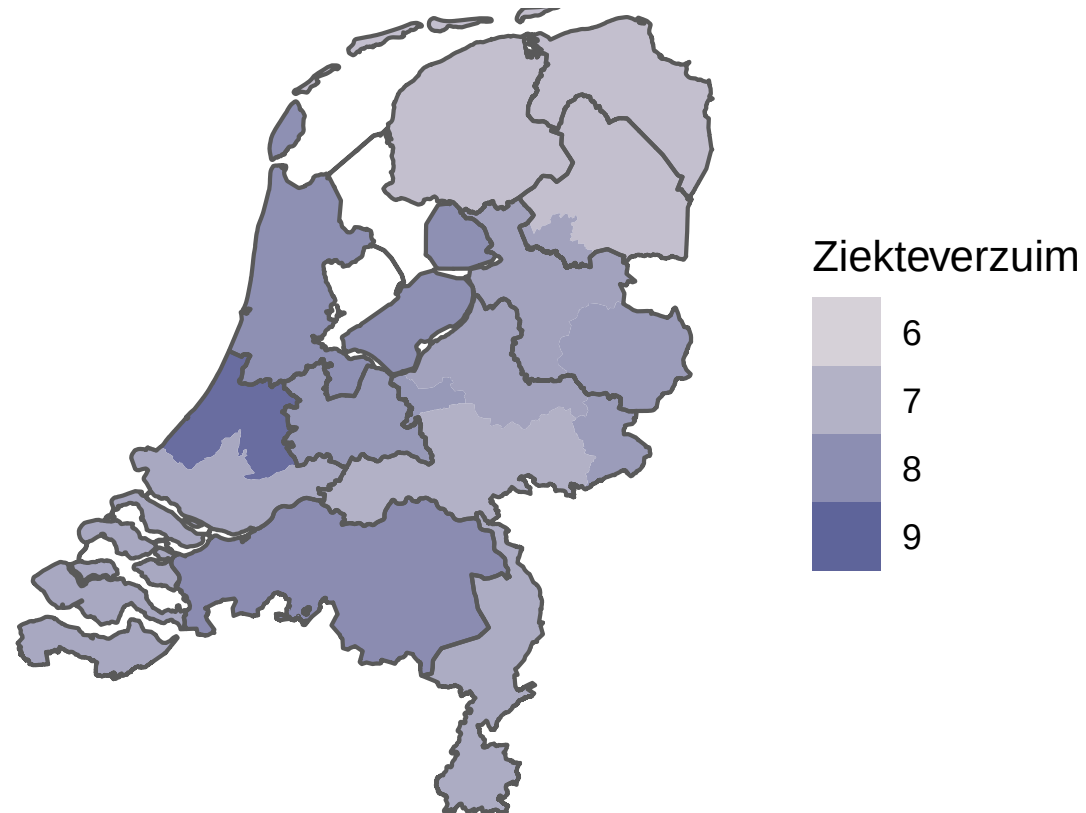
Figuur 38 Patienten per verpleegkundige (P/VK) in kliniek - ontwikkeling



6.10 Ziekteverzuim onder zorgpersoneel

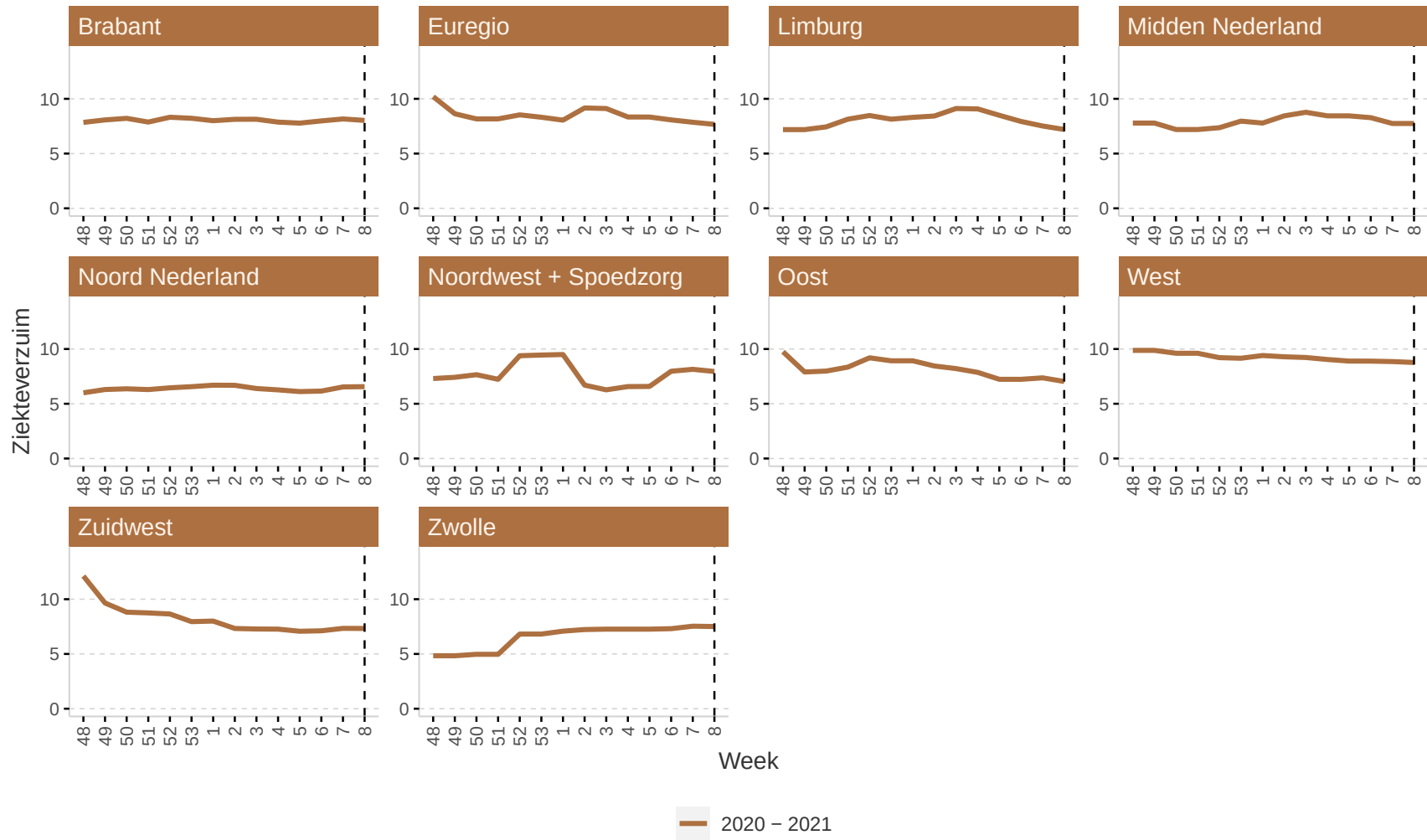
Onderstaand kaartje geeft per ROAZ-regio weer wat het percentage ziekteverzuim is onder personeel dat direct zorg levert aan patiënten (inclusief personeel dat afwezig is door positieve COVID-test, quarantaine verplichtingen etc.).

Figuur 39 Ziekteverzuim



Het gemiddelde ziekteverzuim in Nederland is 7.7 procent.

Figuur 40 Ziekteverzuim - ontwikkeling



7. Bijlage: Gebruikte data en methodologie

In deze bijlage zetten wij per hoofdstuk uiteen welke data de NZa voor dit rapport heeft gebruikt en welke bewerkingen daarop zijn uitgevoerd om de cijfers en figuren in dit rapport te creëren. Voor de regionale inzichten maken we gebruik van de indeling van de 'Regionaal Overleg Acute Zorgketen'-regio's (ROAZ) (Figuur 41 geeft de indeling van de regio's weer).

Figuur 41 ROAZ indeling



7.1 Hoofdstuk 2: Verwijzingen

Dit hoofdstuk is gebaseerd op de verwijzingen data die de NZa wekelijks van ZorgDomein krijgt. 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. We ontvangen gegevens van 2019, 2020 en 2021. Voor het specialisme wordt het ZorgDomein specialisme gebruikt en we laten de 13 specialismen zien waarnaar het meest verwezen wordt in 2020.³ In de provinciale analyse wordt Zeeland weggelaten omdat de verwijzingen hier naar slechts een ziekenhuis leiden.

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.
- De vakantieperiode kan per regio in een andere periode vallen, waardoor een mogelijk vakantie effect in een andere periode zichtbaar is. Ook kan de vakantieperiode per regio verschillen ten opzichte van vorig jaar.

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:

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

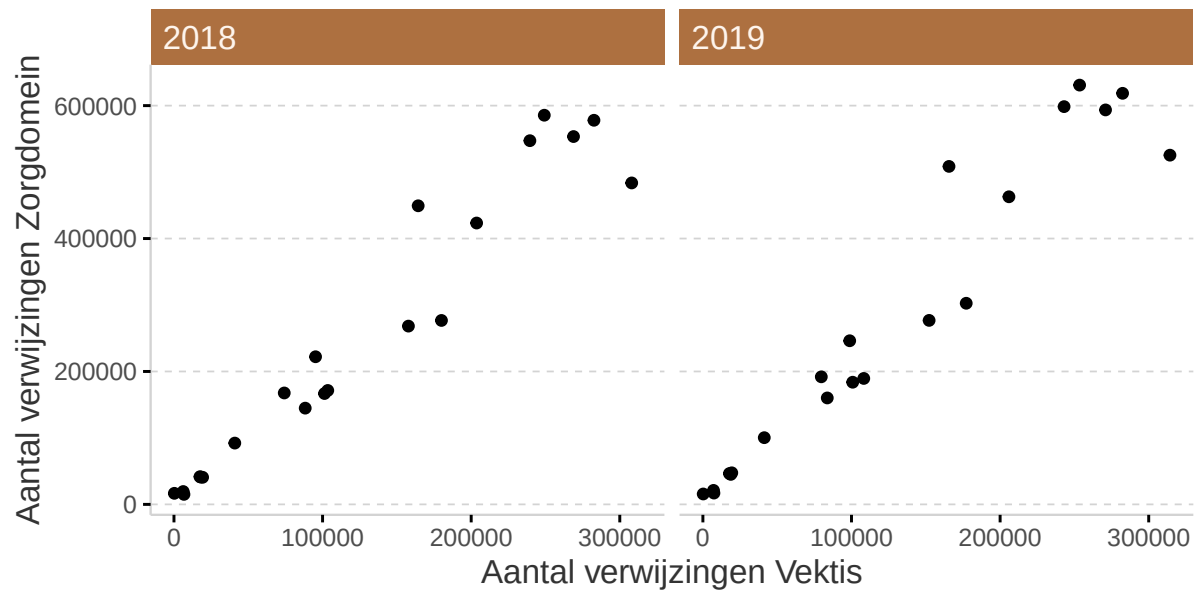
³ De selectie van specialismen kan afwijken van eerdere versies van dit rapport doordat het totaal van verwijzingen over 2020/2021 na elke nieuwe week anders is.

- De dekking van ZorgDomein is niet volledig.

Figuur 42 geeft de relatie tussen de verwijzingen in ZorgDomein en de zorgtrajecten in Vektis. Elk datapunt staat voor een NZa specialisme. In totaal kunnen we 97.66% 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 42 Dekking gegevens ZorgDomein



De gegevens van ZorgDomein hebben wij ook gebruikt om een ruwe schatting te maken van de omvang van het stuwmeer aan zorg: zorg, die in vergelijking met voorgaande jaren niet is geboden. Het is een ruwe schatting omdat het een verschil betreft tussen het verwachtte en het daadwerkelijke aantal verwijzingen naar de medisch specialistische zorg. Dit verschil is daarnaast niet één op één door te vertalen naar verschillen in geboden zorg, denk daarbij aan verwijzingen die nog niet tot zorg hebben geleid. 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. 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 weekeffect.
4. Na week 10 vermenigvuldigen we het gemiddelde van de referentieperiode van 2020 met het weekeffect. 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 weekeffect van de week waarin de feestdag viel in 2019 (weekeffecten week 16/17 in 2019 gebruiken we voor week 15/16 in 2020). De meivakantie en herfstvakantie vielen in 2019 en in 2020 in dezelfde weken, hiervoor hoeven we geen correctie toe te passen. Voor de zomervakantie is geen correctie toegepast. De vakantieperiode kan per regio in een andere periode vallen, waardoor een mogelijk vakantie effect in een andere periode zichtbaar is. Ook kan de vakantieperiode per regio verschillen ten opzichte van vorig jaar.
6. De schatting voor het aantal verwijzingen in week 53 2020 is gelijk aan de schatting van week 52 2020, omdat week 53 niet bestaat in 2019.
7. Voor de schatting in 2021 vermenigvuldigen we het gemiddelde van de referentieperiode van 2020 met het weekeffect (2019). Dit vermenigvuldigen we vervolgens met het aantal werkdagen in de betreffende week van 2021.
8. Voor week 1 van 2021 wordt het weekeffect van week 2 2019 gebruikt, omdat week 1 in 2019 een vakantieperiode was en week 1 in 2021 niet.
9. Uiteindelijk nemen we het verschil tussen het verwachte aantal verwijzingen en het daadwerkelijke aantal in 2020 en 2021.

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.

7.2 Hoofdstuk 3: 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. De indeling is door medisch specialisten beoordeeld en door het Zorginstituut gevalideerd. Deze indeling is separaat gepubliceerd. Met deze indeling willen we medisch specialisten - die het beste kunnen bepalen welke patiënten eerst zorg nodig hebben - houvast bieden om te kunnen vergelijken en een onderverdeling te maken op basis van urgentie.

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.

Per combinatie van specialisme, diagnose en zorgproduct (behandeling) is een toewijzing naar één van deze categorieën gemaakt. Dit is voor ruim 4.300 diagnose-zorgproduct combinaties gedaan, waarmee we voor bijna 90% van de jaarlijkse patiëntenstroom een urgentie-indicatie hebben.

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.

7.3 Hoofdstuk 4: 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 tientallen 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 kan verschillen tussen rapportages, omdat alleen ziekenhuizen zijn weergegeven die over de gehele periode vanaf begin 2019 tot afgelopen maand hebben aangeleverd.

Het onderhanden werk omvat de productiecijfers tot en met de laatste volledige maand. Dit bevat ook zorg die al wel aan patiënten is verleend maar nog niet is gedeclareerd⁴. Net zoals bij de verwijzingen vergelijken we de wekelijkse cijfers met dezelfde weken in 2019. De laatste weken van 2020 worden dus vergeleken met laatste weken in 2019, en de eerste weken van 2021 worden vergeleken met de eerste weken van 2019. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat de cijfers van de laatste maanden 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.

7.4 Registratie-effect en bijschatting

In het afgelopen jaar hebben we gezien dat de hoeveelheid zorg die is geregistreerd en in de daaropvolgende maanden wordt aangeleverd niet de volledige productie weergeeft. Hierdoor lijkt het telkens alsof de productie sterker daalt (of minder stijgt) dan achteraf daadwerkelijk het geval is. We weten inmiddels dat bij iedere nieuwe aanlevering nog productie wordt toegevoegd voor alle voorgaande maanden. De laatste twee weken zijn het meest onvolledig, maar ook over de maanden daarvoor zijn in de afgelopen maand door sommige ziekenhuizen nog cijfers aangeleverd.

Dit lossen we op door de omvang van dit registratie-effect te schatten en de analyseresultaten hiermee te corrigeren. In dit rapport vergelijken we de verschillende aanleveringen van DHD om het registratie-effect vanaf april 2020 te schatten, met de aanname dat de data van januari, februari en maart 2020 volledig zijn. De uitkomst van deze berekening gebruiken we om de daadwerkelijke productie in de rest van 2021 te schatten, gecorrigeerd voor het registratie-effect. In de meeste figuren wordt deze geschatte productie weergegeven met een extra (gestippelde) lijn, bovenop de lijn die de daadwerkelijk gemeten productie toont.

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.

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. Verder berekenen we nog afzonderlijke correctiefactoren voor de laatste 4 weken. In deze periode is het registratie-effect het grootst, vooral in de laatste week verwachten we een significant grotere correctiefactor dan in de eerste week van de laatste maand.

We berekenen de correctiefactoren op basis van de aanleveringen vanaf april 2020, onder de aanname dat vertragingen in registratie en aanlevering in de nabije toekomst gemiddeld genomen onveranderd zullen blijven. Als er (bijvoorbeeld vanwege een golf aan besmettingen) al veranderingen zijn in de snelheid van aanlevering, houden we daar geen rekening mee. We zien wel enige variatie in de maandelijks berekende registratie-effecten, maar die is niet zo groot dat we echt kunnen spreken van een betekenisvolle verandering van aanlevering.

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 patiënt 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.

7.5 Hoofdstuk 5: Wachttijden

Voor de drie wachttijdsoorten 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 is voor zowel diagnostiek als voor polikliniekbezoeken vier weken. Voor de 'poliklinische' behandelingen geldt een treeknorm van zes weken, voor 'klinische' behandelingen is dit zeven weken. Omdat het lastig is om vast te

stellen of een behandeling 'poliklinisch' is uitgevoerd gebruiken wij de zes week-treeknorm ook voor klinische behandelingen. 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 coronaperiode 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.

Voor de eerste figuren van het hoofdstuk wachttijden is van belang rekening te houden met het feit dat het totaal aantal aangeleverde wachttijden per wachttijdsoort verschilt. Voor de polikliniek gebruiken we alleen de 23 hoofdspecialismen. Er zijn, respectievelijk 23, 40 en 4 wachttijden polikliniek (alleen hoofdspecialismen), behandeling en diagnostiek. Daarnaast zijn niet alle wachttijden beschikbaar in elke regio. Doordat niet alle zorg in alle regio's geleverd wordt kan het beschikbare aantal wachttijden per regio verschillen. Er wordt aan gewerkt om het wachttijdbeeld spoedig compleet te maken.

Bij het interpreteren van de overige figuren in hoofdstuk 5 is verder van belang rekening te houden met het feit dat het wegvallen van waarnemingen met hoge of lage wachttijden in regio's met wat minder zorgaanbieders kan leiden tot flinke schommelingen in het gemiddelde.

7.6 Hoofdstuk 6: Zorgbeeld

De NZa heeft ziekenhuizen gevraagd om informatie aan te leveren over de druk op de zorg. Sinds 10 november leveren ziekenhuizen deze aan via het Zorgbeeldportaal. Bij de berekeningen voor dit hoofdstuk is rekening gehouden met de verschillen in omvang van ziekenhuizen door het aantal normaal beschikbare operatiekamers mee te wegen.