

Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor de reguliere ziekenhuiszorg

NZa
update 27 mei 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	10
2.4 Schatting aantal gemiste verwijzingen	14
3. Urgentie	15
4. Actuele productie	18
4.1 Patiënten	18
4.2 Verrichtingen	23
5. Wachttijden	30
6. Monitoring regionale druk op de zorg (bron: Zorgbeeldportaal)	35
6.1 Percentage afschaling van de operatiekamers	35
6.2 Druk op de IC	38
6.3 Druk op de kliniek	42
6.4 Druk op de overige zorg	45
6.5 Leveren van (semi-)acute zorg	48
6.6 Leveren van kritiek planbare zorg	50
6.7 Leveren van planbare zorg	53
6.8 Verhouding aantal patiënten per verpleegkundige op de IC	55
6.9 Verhouding aantal patiënten per verpleegkundige in de kliniek	58
6.10 Ziekteverzuim onder zorgpersoneel (kliniek)	61
6.11 Ziekteverzuim onder zorgpersoneel (IC)	63
7. Bijlage: Gebruikte data en methodologie	65

7.1	Hoofdstuk 2: Verwijzingen	67
7.2	Hoofdstuk 3: Urgentie	69
7.3	Hoofdstuk 4: Productie	71
7.4	Registratie-effect en bijschatting	71
7.5	Hoofdstuk 5: Wachttijden	73
7.6	Hoofdstuk 6: Zorgbeeld	74

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

We zien dat het landelijk aantal verwijzingen in de afgelopen maand eerst is afgenomen en daarna weer toenam, en nu boven het niveau van 2019 ligt.

Vrijwel alle provincies en ROAZ regio's laten de afgelopen maand dezelfde daling en stijging zien. In alle provincies en ROAZ regio's ligt het aantal verwijzingen in de laatste week boven of rond dat van 2019. Wat betreft de ontwikkelingen tussen de verschillende type verwijzingen, zien we dat ook hier in de meest recente week alle verschillende type verwijzingen boven of rond het niveau van 2019 liggen.

Op dit moment ligt het aantal verwijzingen op 95% van het verwachte aantal verwijzingen zonder coronacrisis.

1.1.2 Wachttijden voor de medisch specialistisch zorg

Voor dit rapport is de wachttijdendata beschikbaar tot en met april 2021. We zien landelijk een lichte daling in het aantal wachttijden van het type 'behandeling' waarbij de gemiddelde wachttijd hoger ligt dan de Treeknorm. Voor de typen 'polikliniek' en 'diagnostiek' zien we de afgelopen maand een stabilisering. We zien echter verschillen tussen de regio's. In de regio's Midden Nederland en Limburg is het aantal sterk gestegen behandelwachttijden het grootst: vier van de aangeleverde wachttijden zijn met minstens drie weken gestegen ten opzichte van het gemiddelde van twee maanden daarvoor.

1.1.3 Geleverde medisch specialistische zorg

Deze week (peilmoment: afgelopen maandag) waren er 34% minder operatiekamers in gebruik dan normaal. Dit is een lichte afname ten opzichte van vorige maand (38%). In de productiedata zien we dat in april het aantal kritiek planbare operaties lager ligt dan de maanden ervoor, met name bij operaties met een hoger risico op een IC-opname. De (semi-)acute zorg gaat volgens de ziekenhuizen nog steeds volledig door. De kritieke planbare zorg – die binnen 6 weken moet plaatsvinden om gezondheidsschade te voorkomen – kan niet overal volledig volgens planning doorgaan. Op dit moment is het percentage ziekenhuizen dat aangeeft kritiek planbare zorg volledig volgens planning te kunnen leveren 50%. De overige 50% geeft aan deze zorg deels te kunnen leveren.

Wanneer we naar de productiedata kijken, zien we dat het geschat aantal patiëntencontacten per week in april 2021 duidelijk lager ligt dan in april 2019. Dit betreft ook polikliniekbezoeken (al dan niet op afstand) en operaties. Dit komt na een korte periode met iets hogere productie dan normaal. Deze ontwikkeling in patiëntencontacten is zichtbaar bij alle typen zorginstellingen. Ook krijgt de urgentere zorg in april weer wat meer prioriteit. Het aantal verpleegdagen laat al vanaf de jaarwisseling een dalende tendens zien bij bijna alle specialismen. Ook het aantal operaties ligt bij bijna alle specialismen in april op een laag niveau. Staaroperaties vinden nog steeds plaats, maar heup- en knie vervangingen lijken weer te worden uitgesteld.

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 23 mei 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.

2. Verwijzingen ZorgDomein

2.1 Landelijk beeld

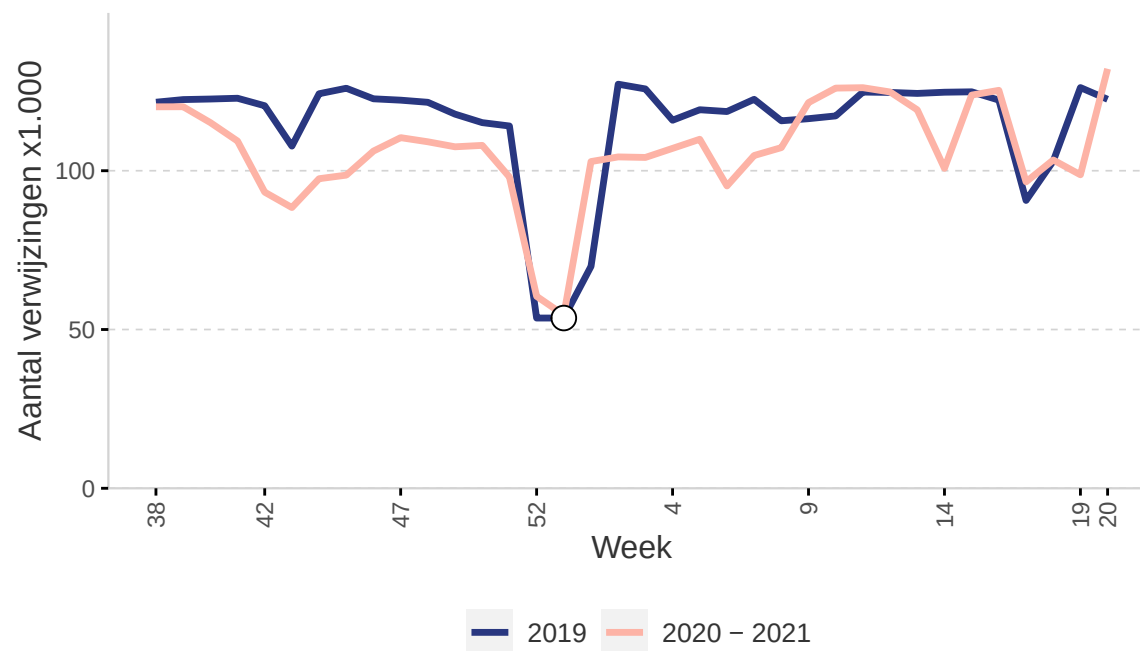
In Figuur 1 wordt het landelijke verwijzvolume getoond voor 2019 en 2020/2021. Voor 2020/2021 wordt vanaf week 38 tot en met week 20 weergegeven. De referentielijn voor 2020/2021 is die van 2019. Deze referentielijn start in week 38 van 2019, gaat in januari over naar week 1 van 2019 en eindigt in week 20 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

We zien dat het aantal verwijzingen in de afgelopen maand eerst is afgenomen en daarna weer toenam. Het niveau ligt nu boven het niveau van 2019. In week 20 hebben 132 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 verwijzvolume 2019 en 2020-2021 per week

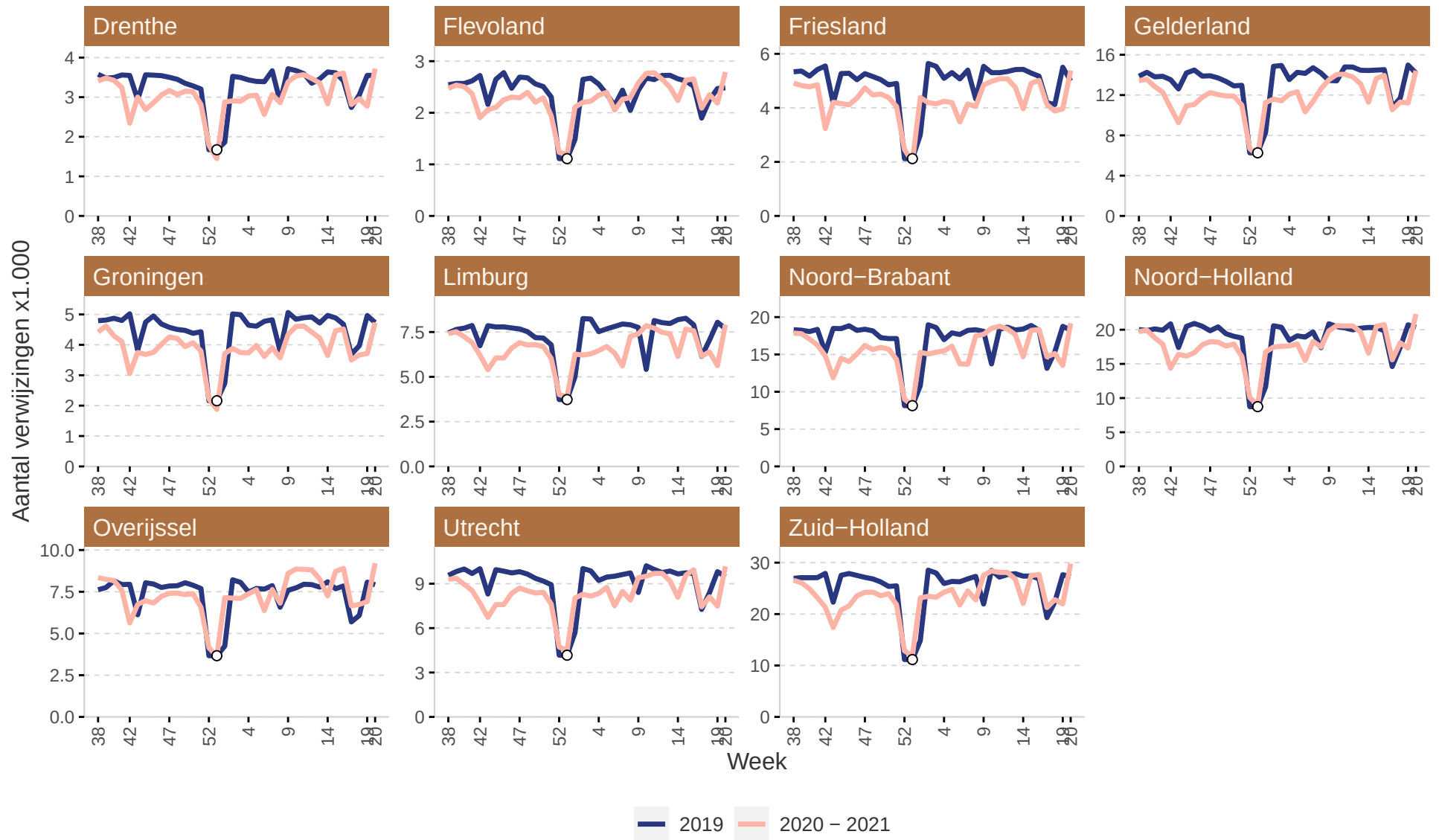


2.2 Beeld per provincie, ROAZ regio en specialisme

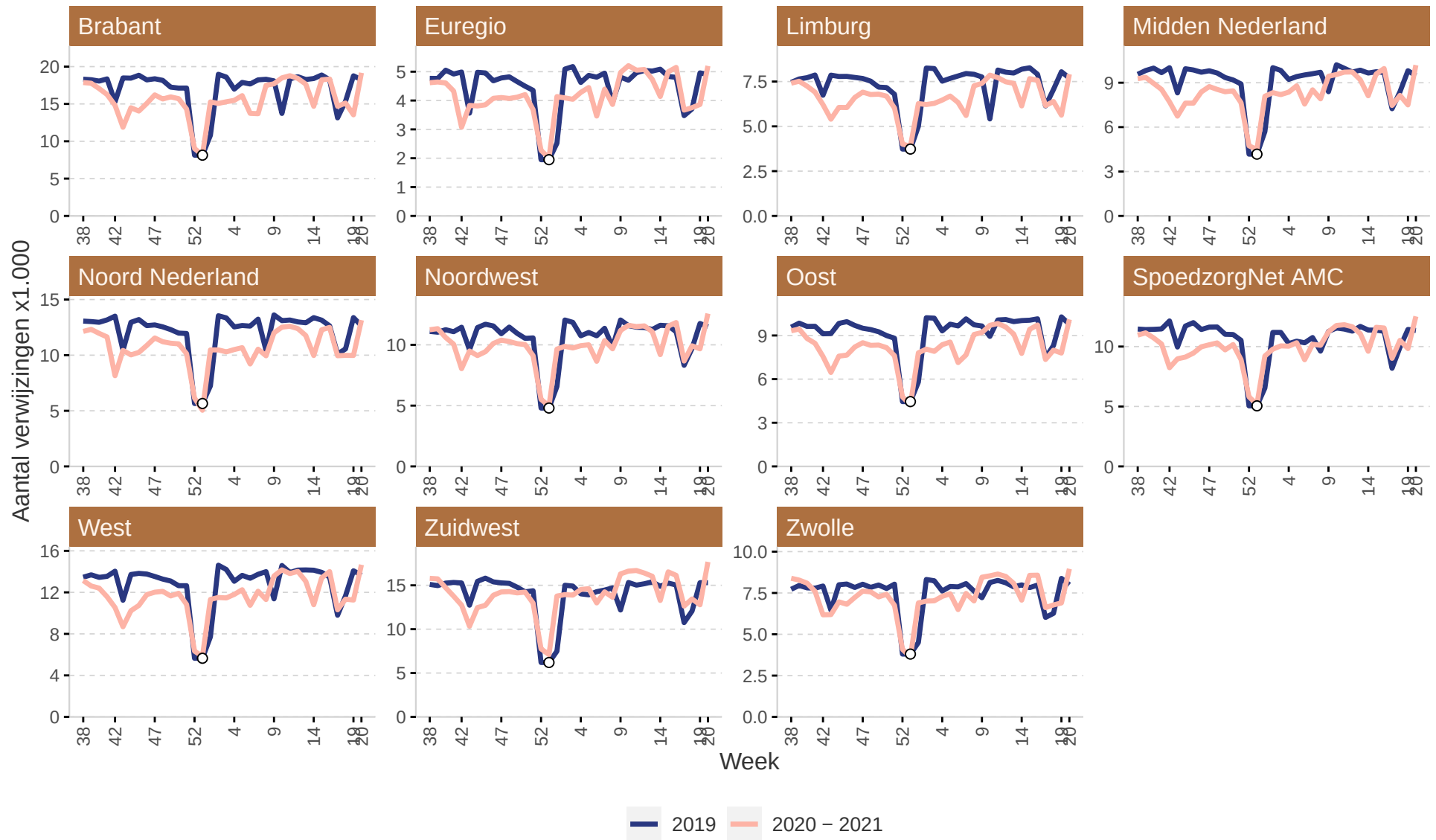
In Figuur 2 en 3 wordt het verwijzvolume uitgesplitst naar provincie en ROAZ regio. Een uitsplitsing naar specialisme volgt in Figuur 4. Uit deze figuren kunnen we het volgende concluderen:

- Het aantal verwijzingen ligt in de laatste week (week 20) in alle provincies en ROAZ regio's boven of rond het niveau van 2019.
- Het aantal verwijzingen in 11 van de 13 getoonde specialismen ligt in de meest recente week boven het niveau van dezelfde week in 2019.

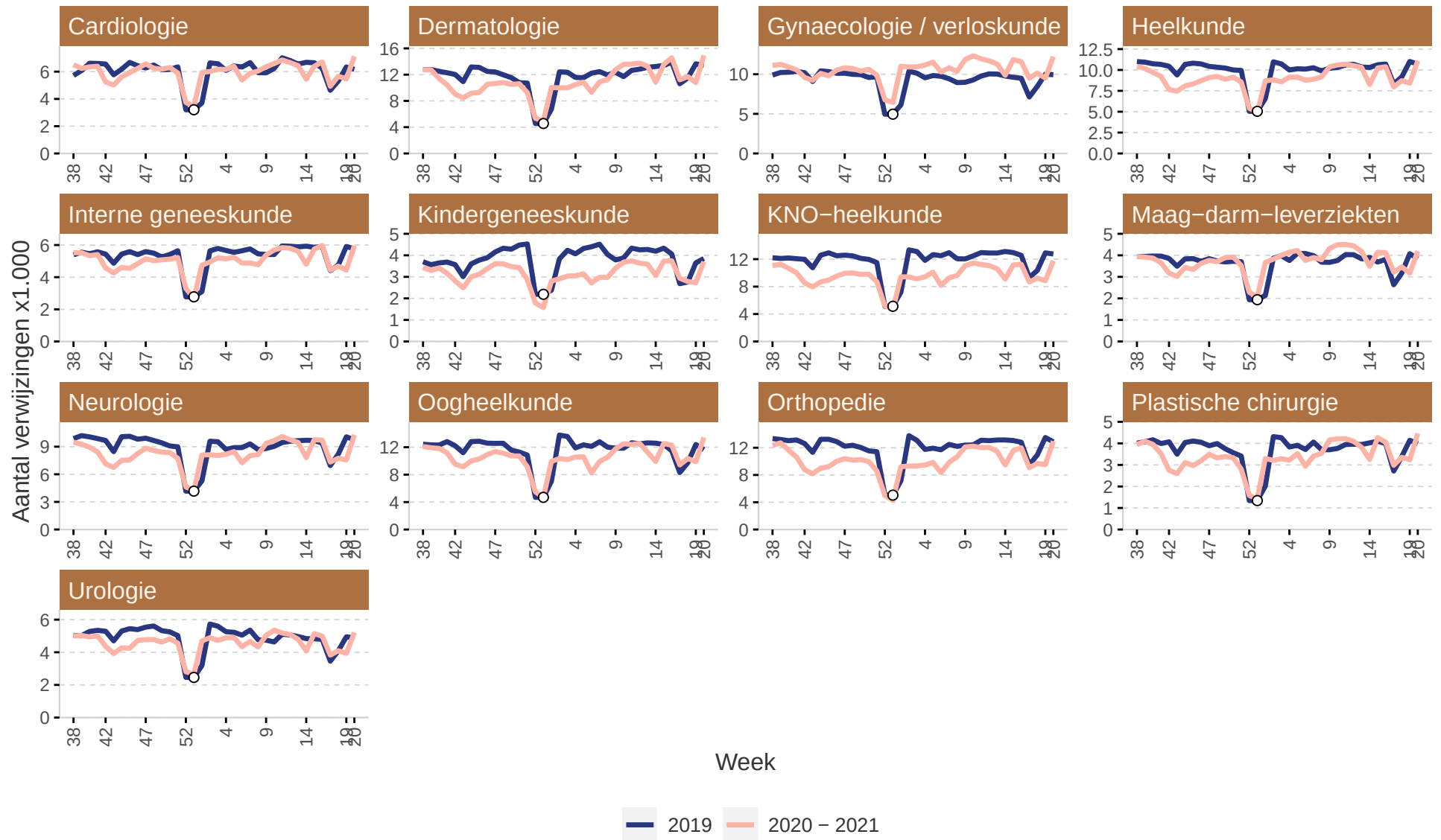
Figuur 2 Verwijzingsvolume per provincie per week



Figuur 3 Verwijsvolume per ROAZ regio per week



Figuur 4 Verwijzingsvolume grootste 13 ZorgDomein specialismen per week



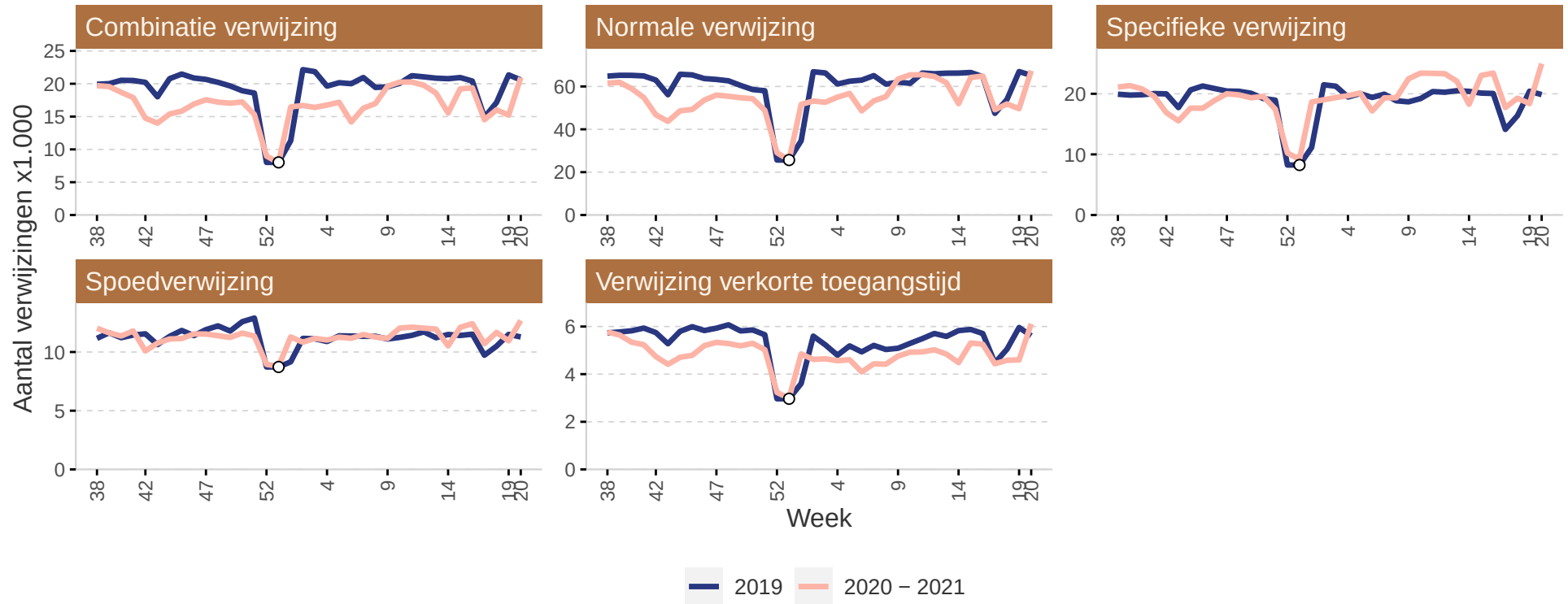
2.3 Beeld per type verwijzingen

In Figuur 5 zien we de ontwikkelingen in verwijzingen per 'type' verwijzing. Ook hier zien we afgelopen maand eerst een daling en daarna een stijging. Momenteel ligt het aantal verwijzingen voor alle types boven of rond het niveau van 2019.

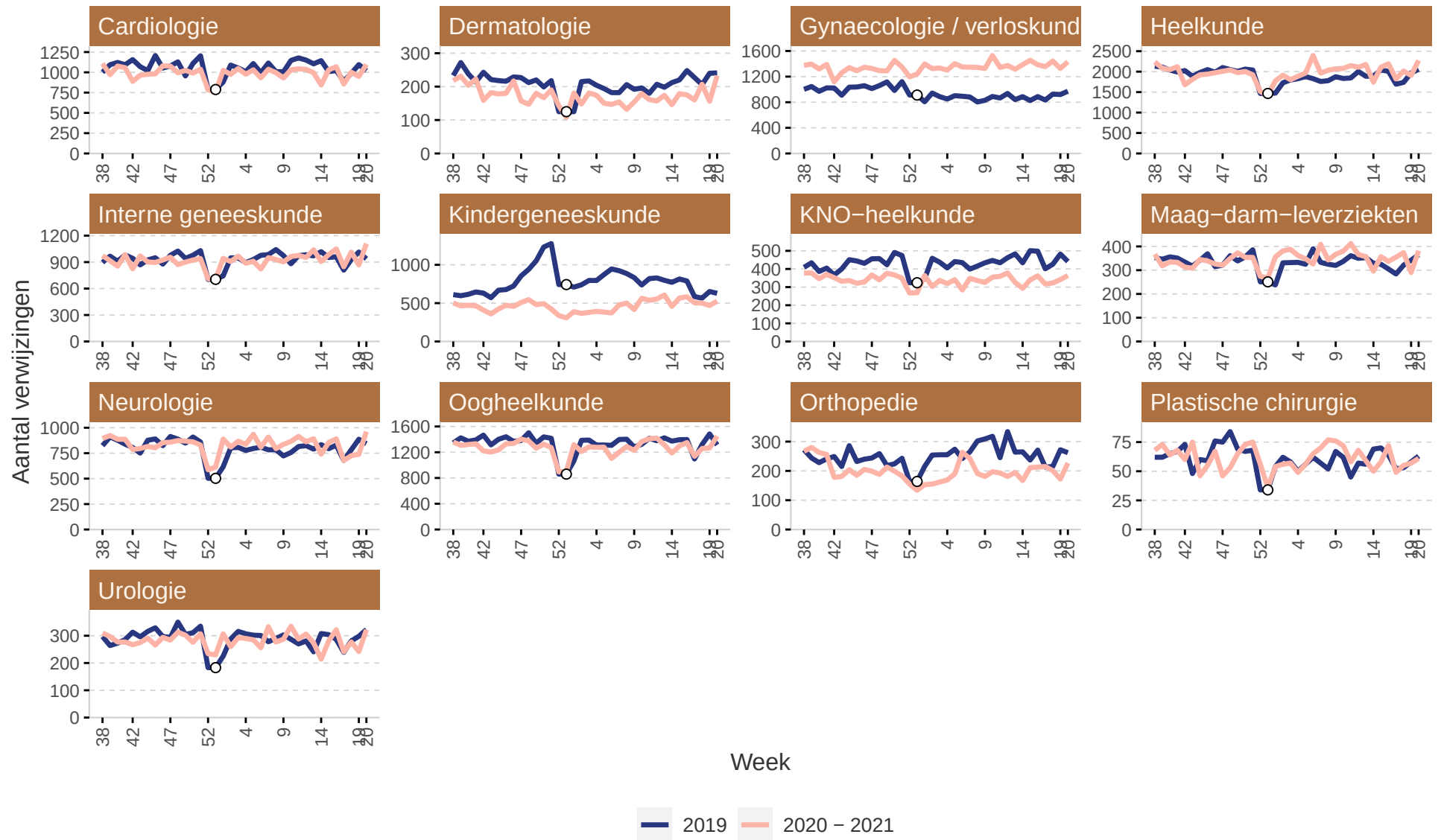
Bij de specialismen Kindergeneeskunde, KNO-heelkunde en Orthopedie ligt het aantal spoedverwijzingen momenteel onder het niveau van 2019 (en bij de specialismen Dermatologie, Urologie en Plastische chirurgie net onder het niveau van 2019 - zie Figuur 6).

Voor verwijzingen met een verkorte toegangstijd zien we in de laatste weken een flinke toename van het aantal verwijzingen bij de meeste specialismen (zie Figuur 7).

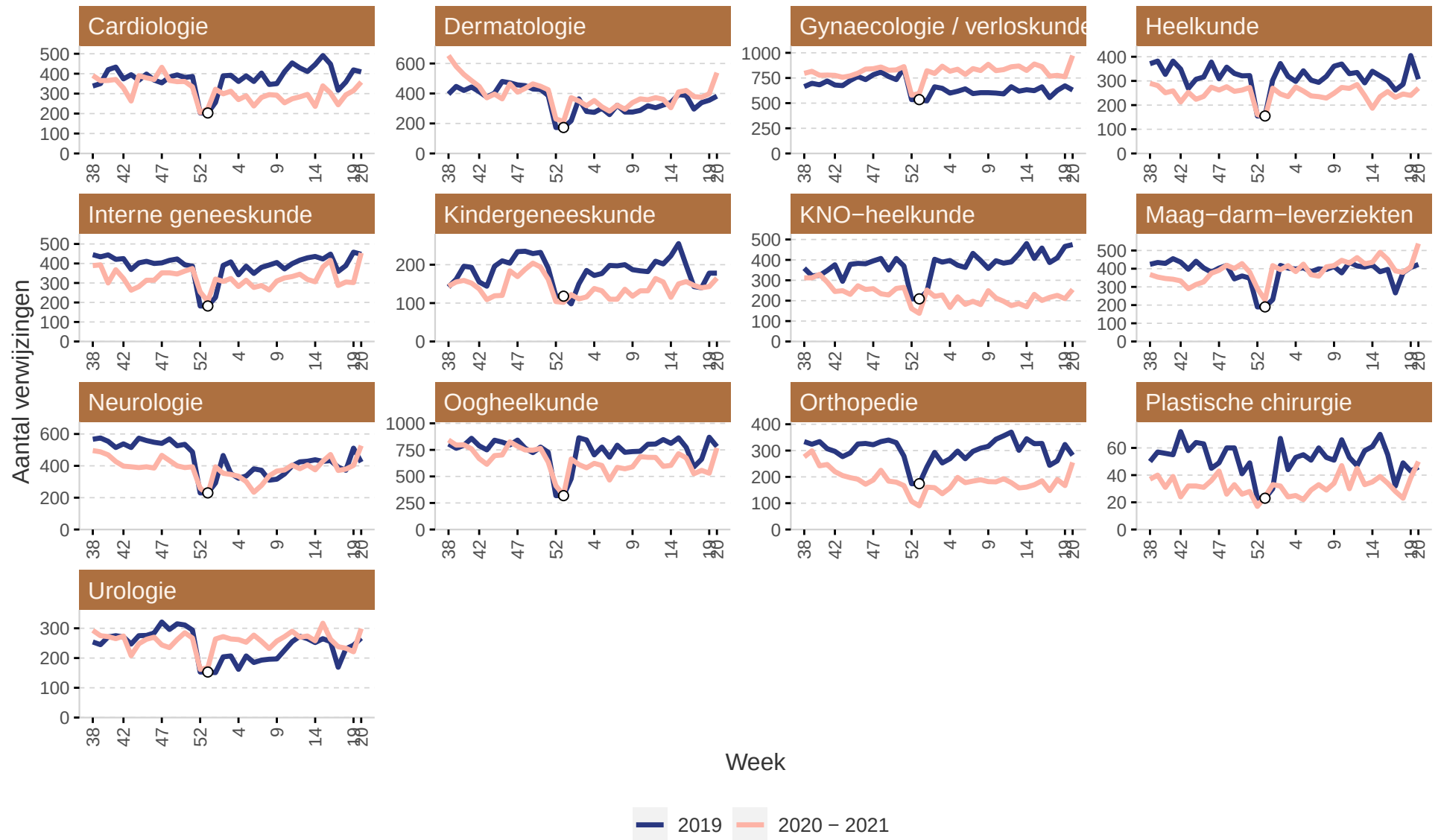
Figuur 5 Verwijzingsvolume per type verwijzing per week



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 dat 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 1.459 miljoen minder verwijzingen dan dat we zouden verwachten zonder coronacrisis. Op dit moment ligt het aantal verwijzingen op 95% van het verwachte aantal verwijzingen zonder coronacrisis. In de laatste twee weken is het aantal verwijzingen 12 duizend minder dan verwacht.

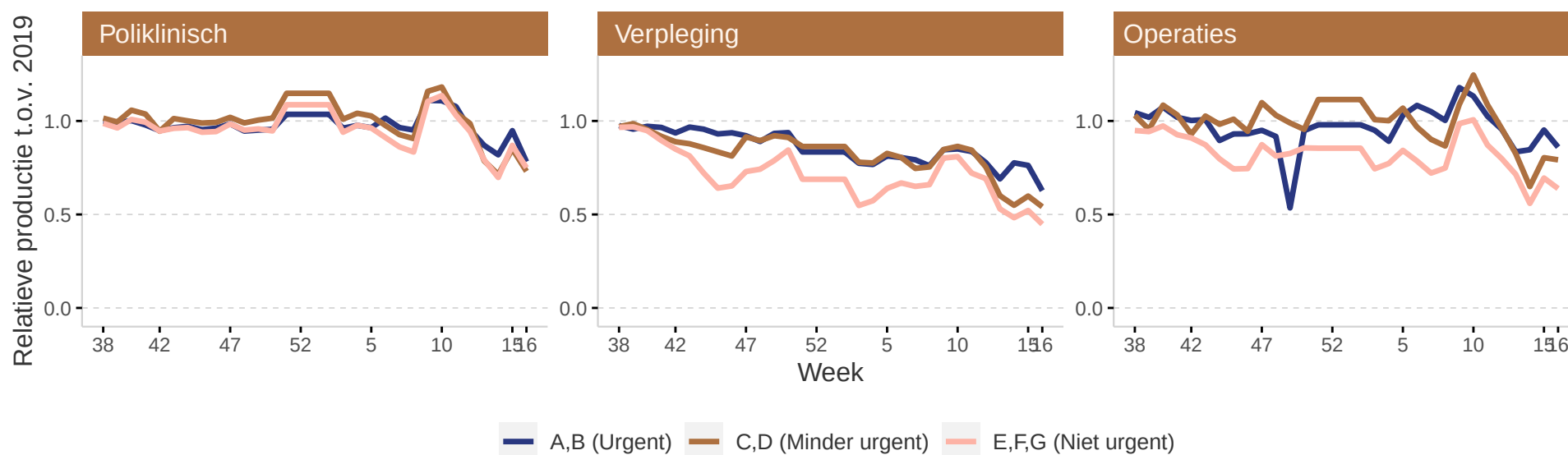
Figuur 8 Schatting gemiste verwijzingen



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



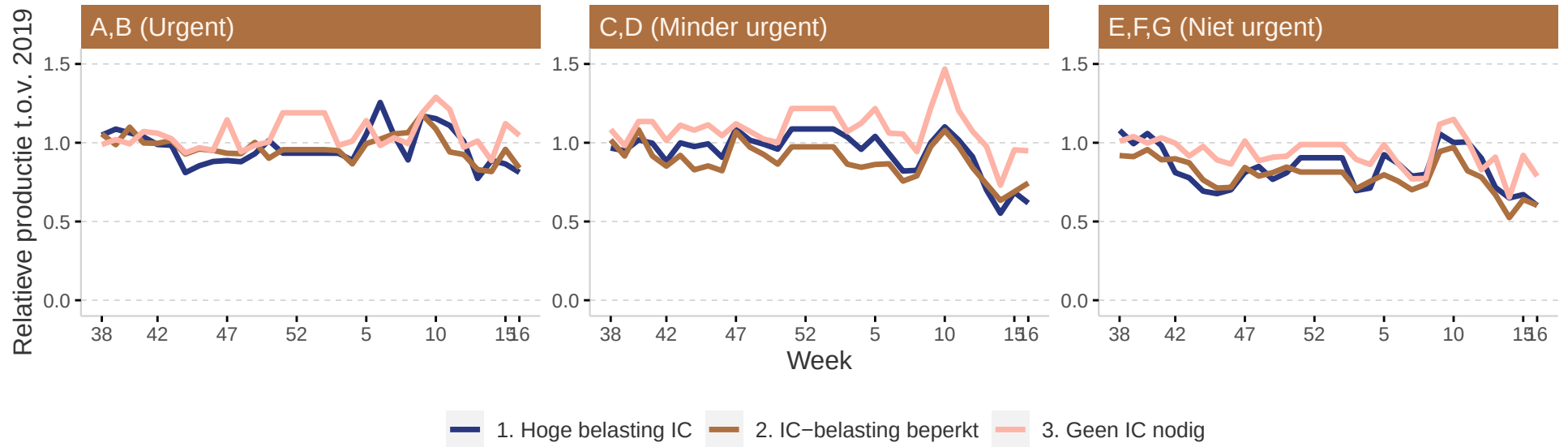
Figuur 9 laat zien hoe de productievolumes van de verschillende urgentieklassen zich ontwikkelden vanaf medio september 2020. Per urgentieklasse is het relatieve productievolume zichtbaar (gemeten in een geschat aantal verrichtingen) ten opzichte van dezelfde week in 2019. Hierbij is op dezelfde wijze gecorrigeerd voor registratie-effecten als in de rest van dit rapport. Bij de weken 51 t/m 2 is het gemiddelde over deze periode weergegeven (de feestdagen zorgen voor grote jaar-op-jaarverschillen in deze periode rond de jaarwisseling).

De urgente zorg lijkt in april weer meer prioriteit te krijgen, na een korte intensivering van vooral de niet-urgente zorg in maart. Met name bij de klinische opnames en operaties is de prioritering naar urgentie duidelijk zichtbaar. In alle categorieën is afgeschaald, maar de urgente het minst. Bij poliklinische afspraken is het onderscheid minder duidelijk.

Wat betreft operaties maken we in Figuur 10 onderscheid naar de belasting op de intensive care waarmee de operaties gepaard gaan. Operaties die soms of vaak gepaard gaan met opname op de IC (>1% kans op IC-opname) vallen in categorie 1. Operaties die nooit een IC-opname hebben op dezelfde dag vallen in categorie 3. De tussengroep betreft operaties waarbij in zeldzame gevallen (tot 1%) een beroep op de IC wordt gedaan.

In alle urgentiecategorieën zien we dat de operaties die geen beroep doen op de IC, het minst zijn afgeschaald gedurende de afgelopen maanden. Bij de meest urgente zorg (operaties die meestal binnen 1 week zouden moeten plaatsvinden) gingen de operaties waarbij een beroep wordt gedaan op de IC over het algemeen nog wel door, al lijkt dat in april iets minder te worden. De kritiek planbare zorg (categorie C (operaties binnen 2 weken) en D (operaties binnen een maand)) is de afgelopen maand over de hele breedte afgeschaald. Het aantal IC-intensieve operaties lag in april veel lager dan normaal en veel lager dan in de periode vanaf oktober 2020, en ook de operaties die geen beroep doen op de IC vonden minder vaak plaats dan normaal.

Figuur 10 Productie uitgesplitst naar beslag op de IC



4. Actuele productie

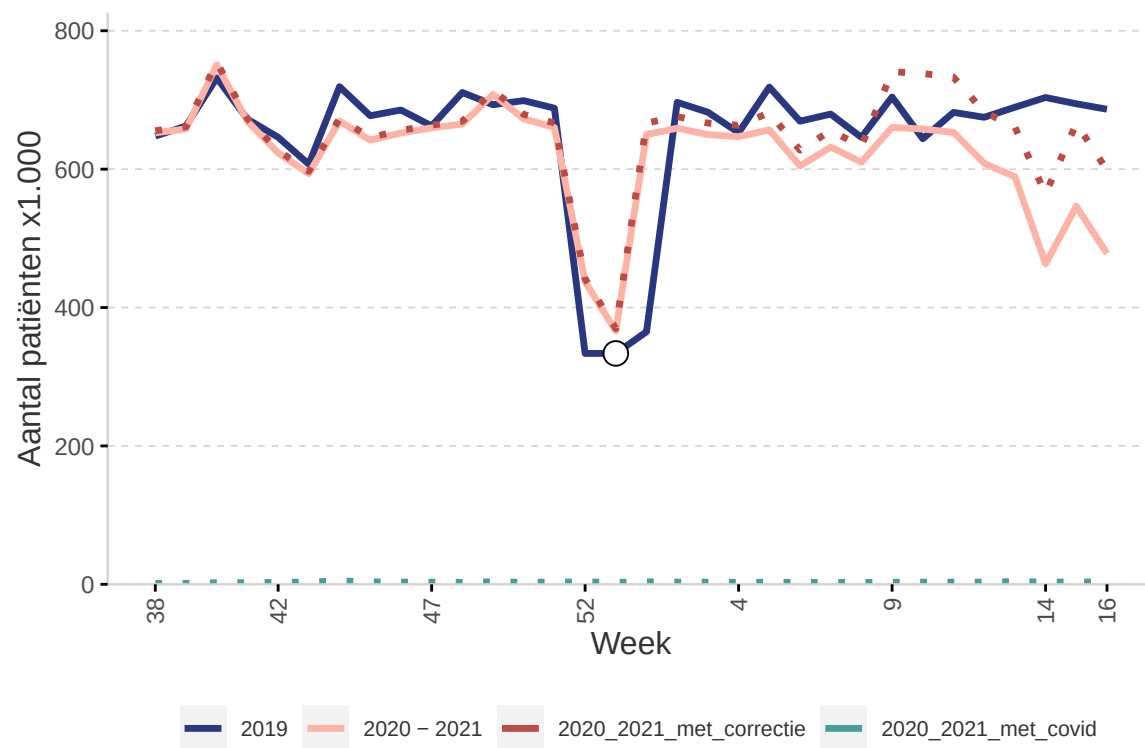
Van Dutch Hospital Data (DHD) ontvangen we maandelijks data over het onderhanden werk van ziekenhuizen. Dankzij de aanlevering hebben we inzicht in het onderhanden werk van 49 ziekenhuizen die dit versneld hebben kunnen aanleveren. Het onderhanden werk omvat de productiecijfers tot en met maart 2021 (week 16). De herkomst van de data en de bijschatting vanwege registratie-effecten wordt verder toegelicht in de bijlage.

4.1 Patiënten

Figuur 11 geeft de landelijke ontwikkeling van het aantal patiënten per week weer. In april zijn duidelijk minder patiënten behandeld dan normaal, en minder dan in maart. Al vanaf oktober 2020 ligt het aantal patiënten overwegend rond of iets onder de niveaus van 2019.² In de tweede helft van december vond relatief meer productie plaats in de ziekenhuizen. Voor een klein deel kan de toename 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. Vanaf januari daalt het aantal patiënten weer, tot het in maart herstelt tot iets boven het niveau van 2019. Dit herstel duurt tot eind maart. In week 14 (de week waarin ook Pasen viel) worden duidelijk weer minder patiënten behandeld. Ook de weken 15 en 16 liggen onder normaal.

² Op 14 oktober werd een gedeeltelijke lockdown van kracht.

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



Figuur 12 en 13 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 april 2021 (week 38 t/m week 16) 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.

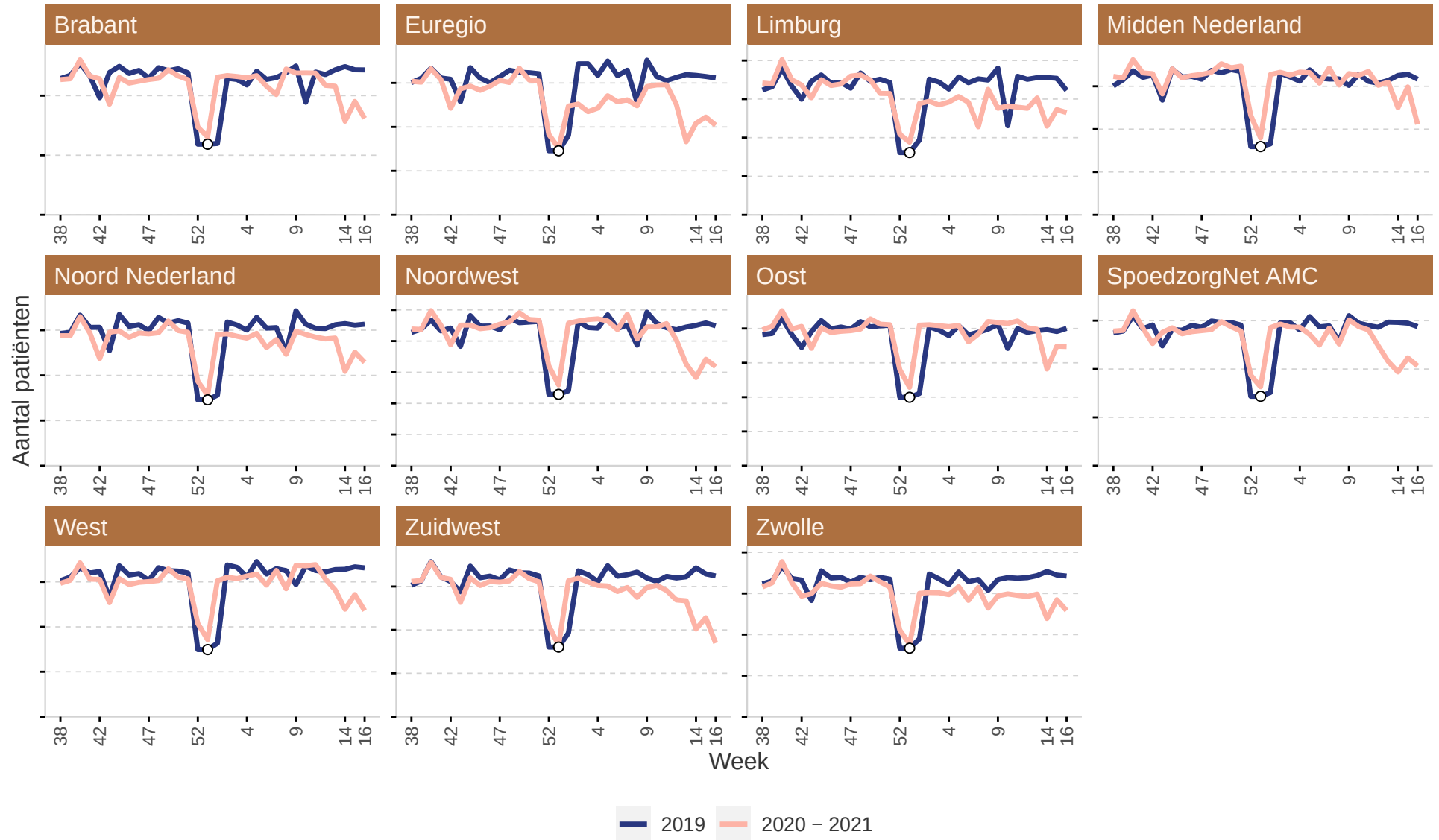
Op regioniveau is het niet goed mogelijk om te corrigeren voor registratie-effecten. Doordat het aantal ziekenhuizen in sommige regio's klein is kan de bijschatting sterk beïnvloed worden door de aanlevering van één ziekenhuis. Bij de uitsplitsing naar specialisme speelt dit niet. Daar is duidelijk dat het aantal patiënten in behandeling bij de meeste grote specialismen vanaf week 14 duidelijk is

gedaald ten opzichte van de voorafgaande weken. Tussen week 8 (waarin de voorjaarsvakantie viel in Midden- en Noord-Nederland) en week 14 (waarin Pasen viel) lag het aantal patiënten bij alle grote specialismen op of iets boven normaal. Vooral bij oogheelkunde, urologie en verloskunde en gynaecologie was een inhaalslag zichtbaar. Ook bij keel-neus-oorheelkunde en orthopedie lag het aantal patiënten hoger dan in de voorafgaande maanden (maar niet hoger dan normaal). Vanaf week 14 zet een daling in, en ligt ook bij de genoemde specialismen het aantal patiënten dat gezien is weer rond of iets lager dan normaal.

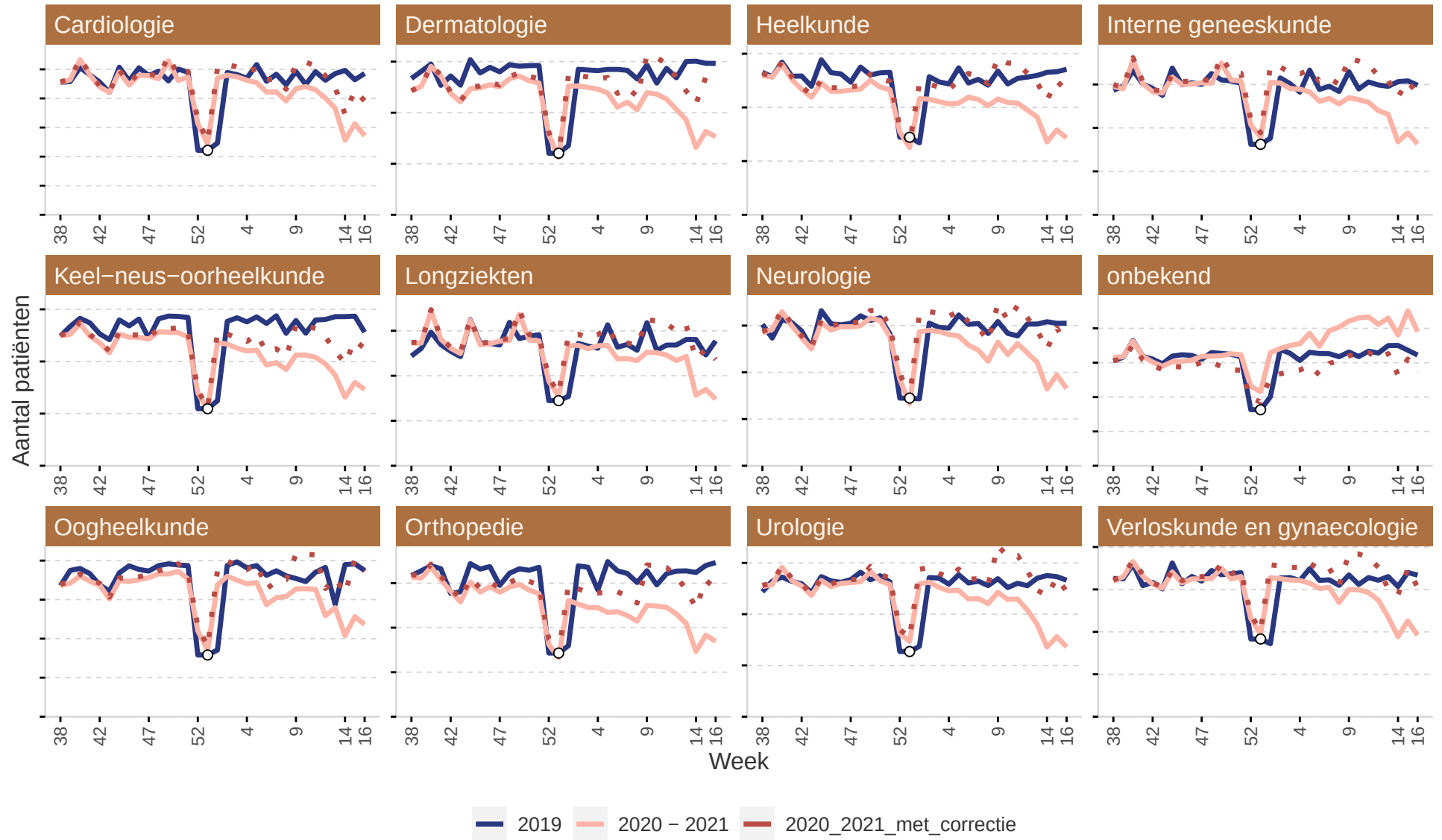
Figuur 14 laat een uitsplitsing zien van de totale productie en van het aandeel dat is gerelateerd aan Covid-19, voor drie groepen instellingen³. De academische ziekenhuizen hebben na de eerste golf in de lente van 2020 hun productie verder opgehoogd dan topklinische en algemene ziekenhuizen. Gedurende 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. Het aandeel Covid-19 gerelateerde zorg in de totale productie is in maart en april weer opgelopen tot iets onder het niveau van de eerdere pieken die eind oktober en eind december optraden. Dit aandeel is bij academische instellingen vanaf eind november al lager komen te liggen dan bij algemene en topklinische ziekenhuizen, en de toename in maart en april is bij deze laatste groepen ook duidelijker. Ondanks deze stijging bedraagt het aandeel van de Covid-19-gerelateerde zorg minder dan 1%.

³ Bij de weken 51 t/m 2 is de weekproductie gemiddeld omdat het verschillend aantal werkdagen in deze periode rond kerst en jaarwisseling zorgt voor grote jaar-op-jaarverschillen.

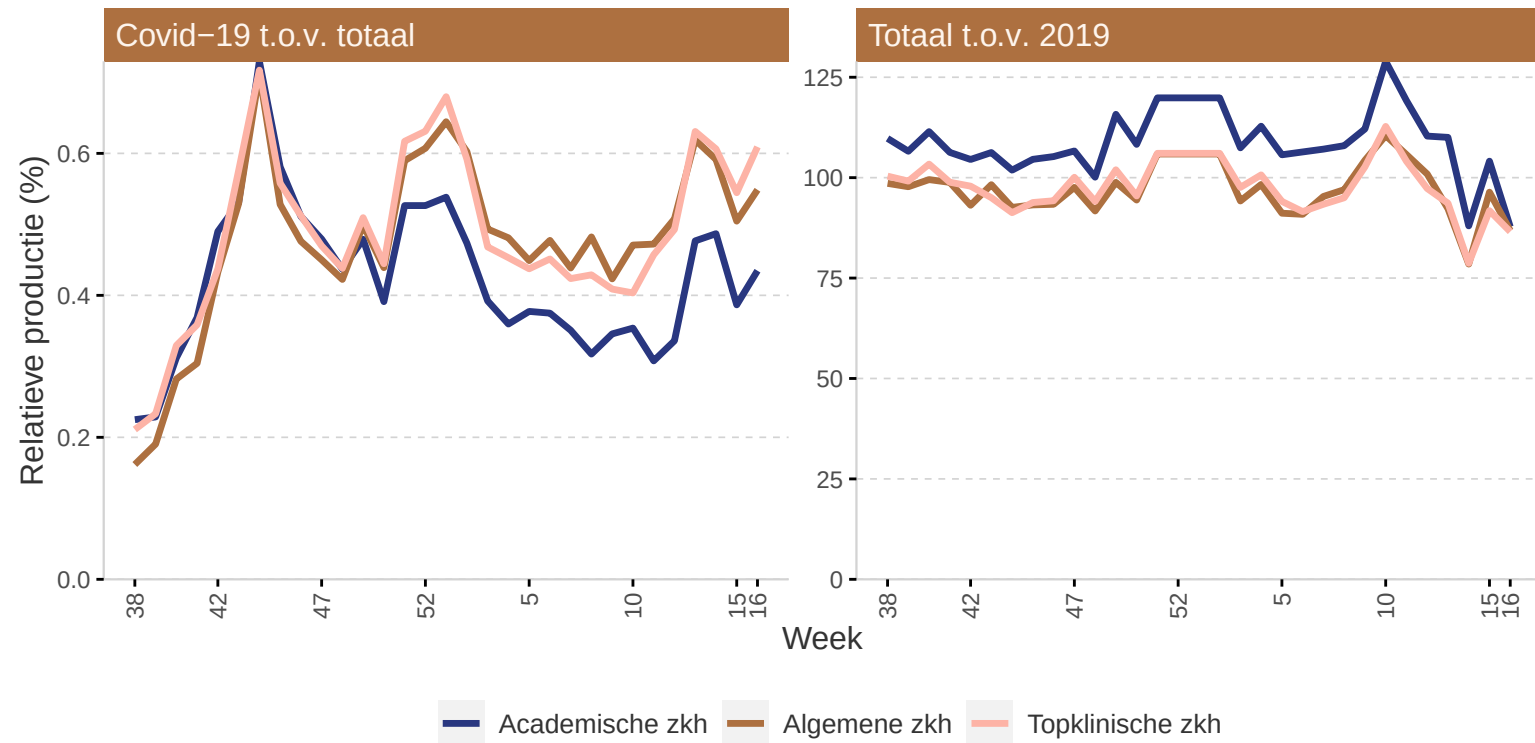
Figuur 12 Aantal patiënten in het onderhanden werk 2019 en 2020-2021 per ROAZ regio



Figuur 13 Aantal patiënten in het onderhanden werk 2019 en 2020-2021 per specialisme



Figuur 14 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.

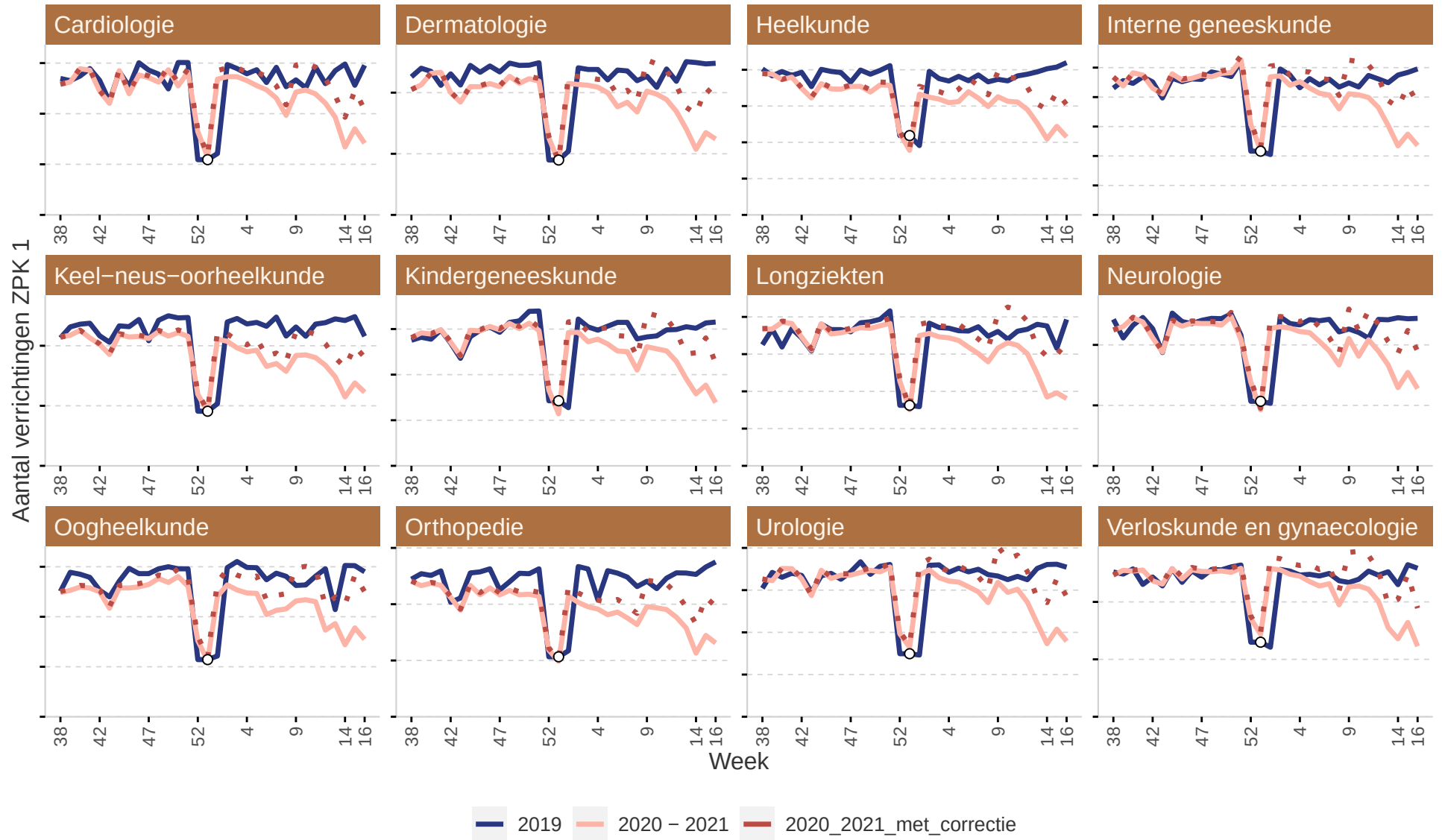
Figuur 15 laat het aantal polikliniekbezoeken (inclusief belconsulten/e-consulten) zien per specialisme. Na een tijdelijk herstel in maart ligt het aantal polikliniekbezoeken in april bij alle grote specialismen weer lager dan normaal. Bij een aantal specialismen zien

we vanaf oktober 2020 een aantal consulten per week dat vergelijkbaar is met normaal. Dit is bijvoorbeeld het geval bij cardiologie, interne geneeskunde, kindergeneeskunde, longziekten, neurologie en verloskunde en gynaecologie. Bij deze specialismen lijkt het aantal patiënten vanaf week 14 onder normaal te dalen. Andere specialismen laten al gedurende langere tijd lagere patiëntenaantallen zien, waaronder dermatologie, heelkunde, keel-neus-oorheelkunde, oogheelkunde en orthopedie.

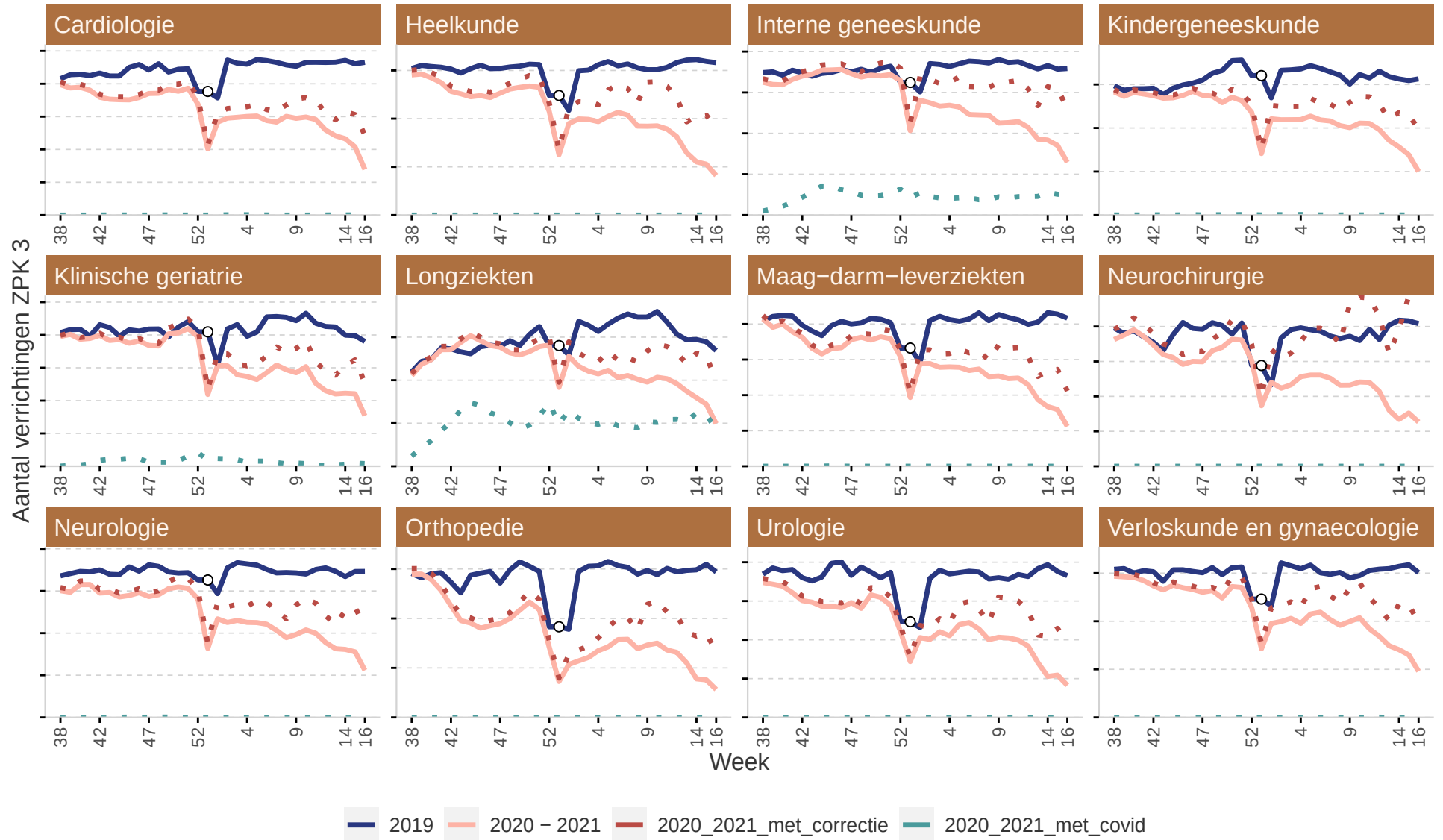
Het aantal verpleegdagen (Figuur 16) blijft vanaf oktober bij bijna alle specialismen sterk achter op de normale aantallen. Bij longziekten en interne geneeskunde was de daling beperkt vanwege het oplopende aantal coronapatiënten. De verpleegdagen van covid-patiënten zijn met een afzonderlijke lijn zichtbaar gemaakt in de figuren. Bij longziekten is ongeveer de helft van de opnames toe te wijzen aan covid-19. Ook bij interne geneeskunde (en tot begin dit jaar ook bij klinische geriatrie) is Covid-19 voor een significant deel de reden van opname, zij het minder dan bij longziekten. Vanaf december loopt het aantal verpleegdagen bij de meeste specialismen gestaag terug. Bij alle specialismen (neurochirurgie uitgezonderd) ligt het aantal verpleegdagen in april ruim tot zeer ruim onder wat normaal is in deze maand en ook lager dan de aantallen in oktober/november 2020.

Bij het aantal operaties (Figuur 17) ligt de focus in dit rapport vooral op de intensieve/invasieve zorgactiviteiten inclusief de ingrepen die vallen onder de wet bijzondere medische verrichtingen (wbmv). Lichte poliklinische ingrepen worden hier dus niet meegeteld. Bij heelkunde, keel-neus-oorheelkunde, neurochirurgie en urologie vinden al vanaf november minder operaties plaats dan normaal. Bij orthopedie leek er in maart sprake van het inhalen van (heup- en knie)operaties (Figuur 19, zowel lichte als zwaardere operatieve ingrepen), maar dit zet niet door in april. Ook bij de andere specialismen werd in april minder geopereerd dan voorgaande maanden. Alleen bij oogheelkunde lag het aantal operaties ook in april nog rond normaal.

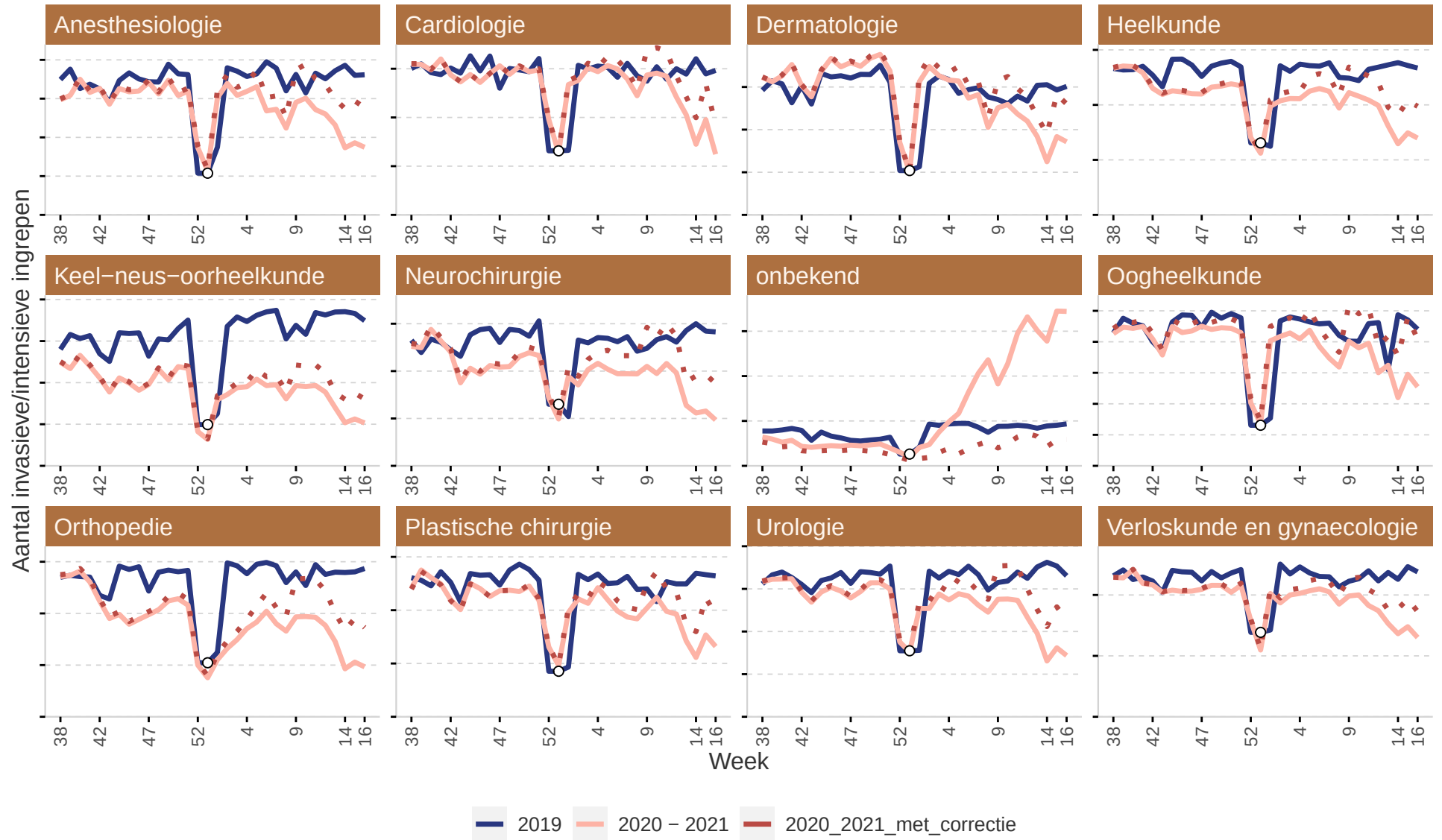
Figuur 15 Aantal polikliniekbezoeken (zorgprofielklasse 1) per specialisme



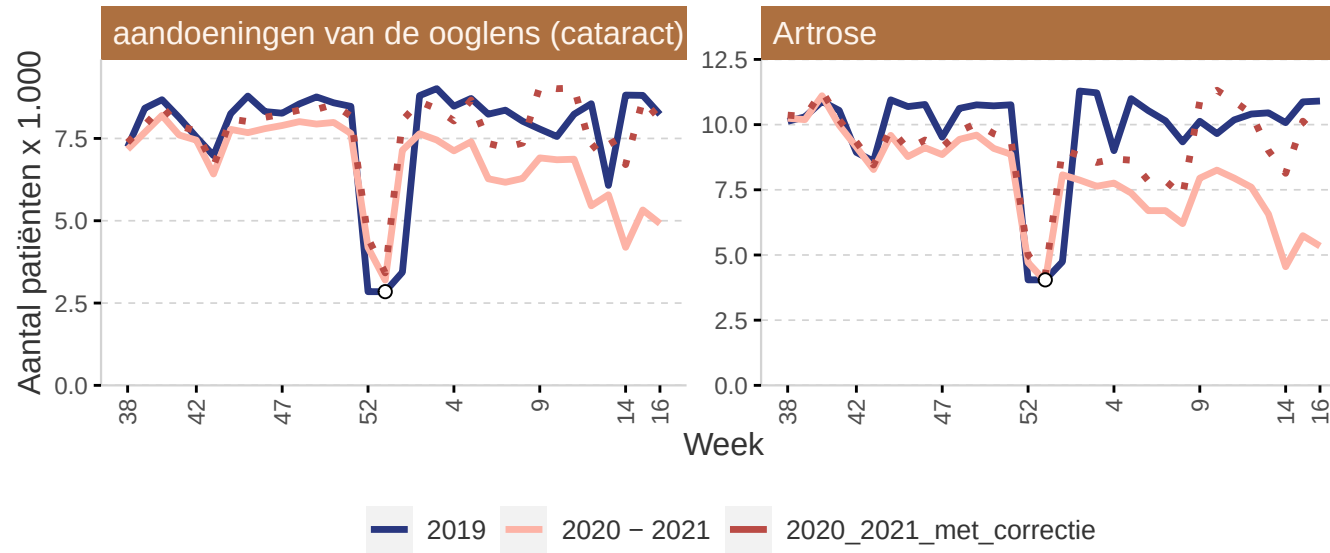
Figuur 16 Aantal klinische opnames (zorgprofielklasse 3) per specialisme



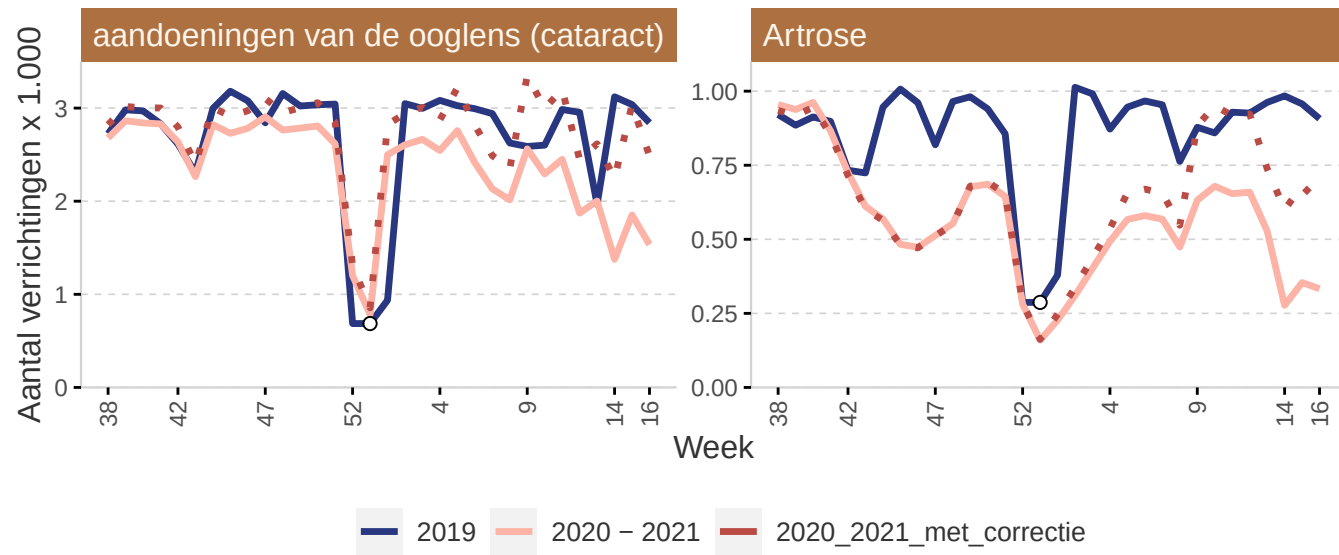
Figuur 17 Aantal operaties (subselectie van zorgprofielklasse 5) per specialisme



Figuur 18 Aantal patiënten in de groepen artrose en cataract in het onderhanden werk 2019-2021.



Figuur 19 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 deze analyse zijn er 23 wachttijdsoorten meegenomen van het type 'polikliniek', 34 wachttijdsoorten van het type 'behandeling'⁴ en 4 wachttijdsoorten van het type 'diagnostiek'. In Figuur 20 wordt het aantal wachttijdsoorten getoond waarvan de gemiddelde wachttijd boven de treeknorm ligt. Dit kunnen er dus maximaal 23, 34 en 4 zijn voor respectievelijk het type 'polikliniek', 'behandeling' en 'diagnostiek'. N.B. De gemiddelde wachttijd is een gemiddelde van de gemiddelde wachttijden die zorgaanbieders aanleveren. Het betreft een ongewogen gemiddelde: aanbieders die een groot deel van deze behandeling uitvoeren wegen even zwaar mee als aanbieders die deze zorg slechts sporadisch leveren.

Uit Figuur 20 blijkt dat op landelijk niveau het aantal wachttijden dat de treeknorm overschrijdt van het type 'behandeling' licht daalt en van het type 'polikliniek' en 'diagnostiek' stabiel is de afgelopen maand. Er zijn echter verschillen tussen de regio's. De grootste verschillen zien we voor het type 'behandeling' en 'polikliniek'.

Een verdieping van de wachttijden voor het type 'behandeling' is te vinden in Figuur 21. Hierin zien we voor een subselectie van de 34 wachttijdsoorten getoond in Figuur 21, per wachttijdsoort het verschil tussen de gemiddelde wachttijd in de afgelopen twee maanden ten opzichte van de 2 maanden daarvoor. De verschillen zijn onderverdeeld in vijf categorieën: onveranderde wachttijden, gedaalde wachttijden, licht gestegen wachttijden (1 of 2 weken), sterk gestegen wachttijden (3 weken of meer), en geen wachttijd. Deze 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 vijf verschillende categorieën worden weergegeven met kleuren en de regio's waar de wachttijd in de meest recente maand boven de treeknorm uitkomt zijn gemarkeerd met een *. Alle totalen bij Figuur 21 zijn te vinden in Tabel 1.

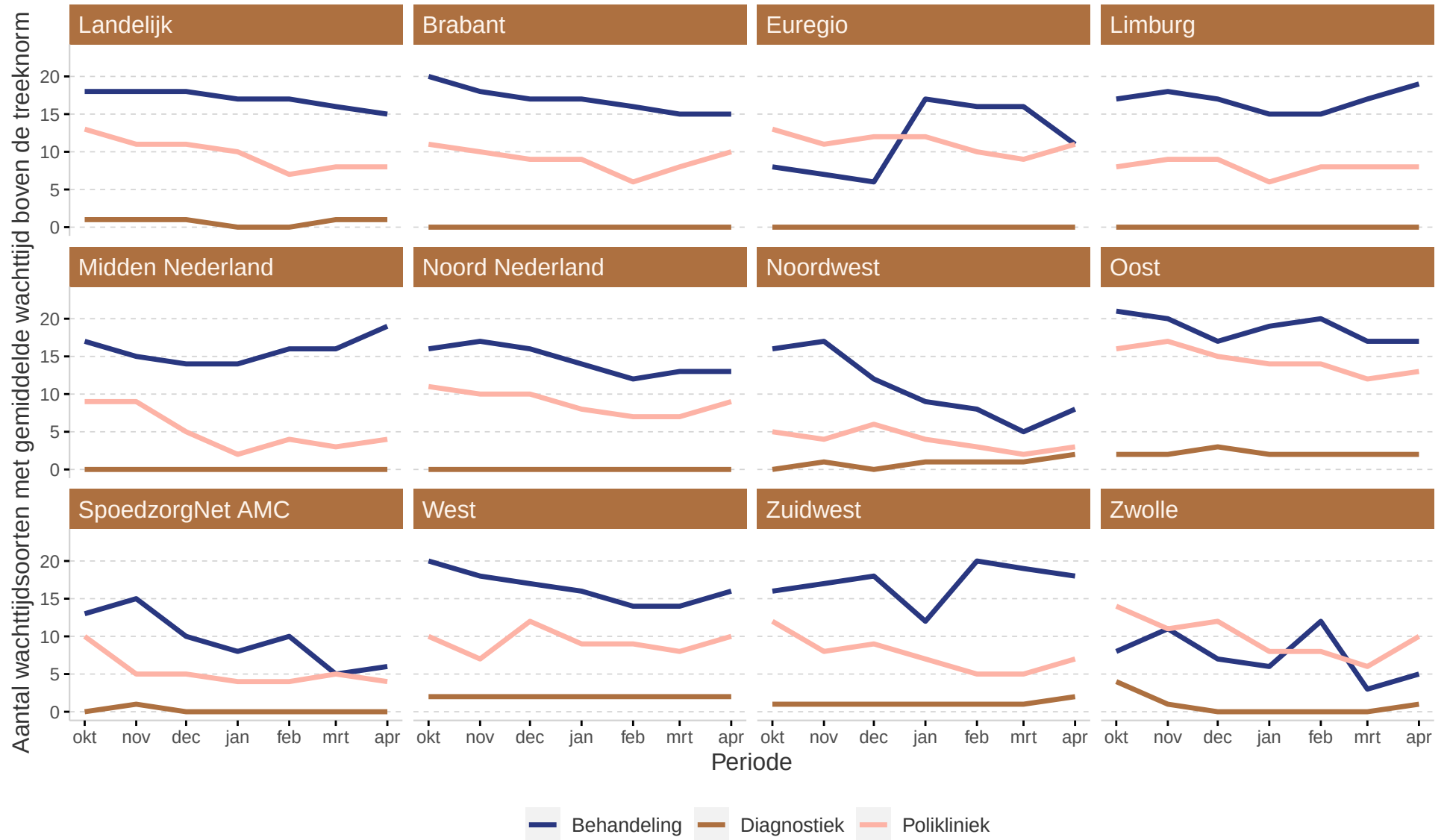
In de regio's Midden Nederland en Limburg is het aantal sterk gestegen behandelwachttijden het grootst: vier van de aangeleverde gemiddelde wachttijden zijn met minstens drie weken gestegen ten opzichte van het gemiddelde van twee maanden daarvoor. In de regio's Brabant, Limburg, Midden Nederland, West en Zuidwest ligt de gemiddelde wachttijd voor meer dan 50% van de behandeling-wachttijdsoorten boven de treeknorm. De meeste dalingen zien we in de regio SpoedzorgNet AMC (bij 16 behandelingen). Voor de behandeling 'Knie vervanging' en 'Borstverkleining' ligt de gemiddelde wachttijd in alle regio's boven de treeknorm.

De wachttijden worden op basis van de afgesloten dbc-zorgproducten in de afgelopen drie maanden gerapporteerd. Hierdoor geven

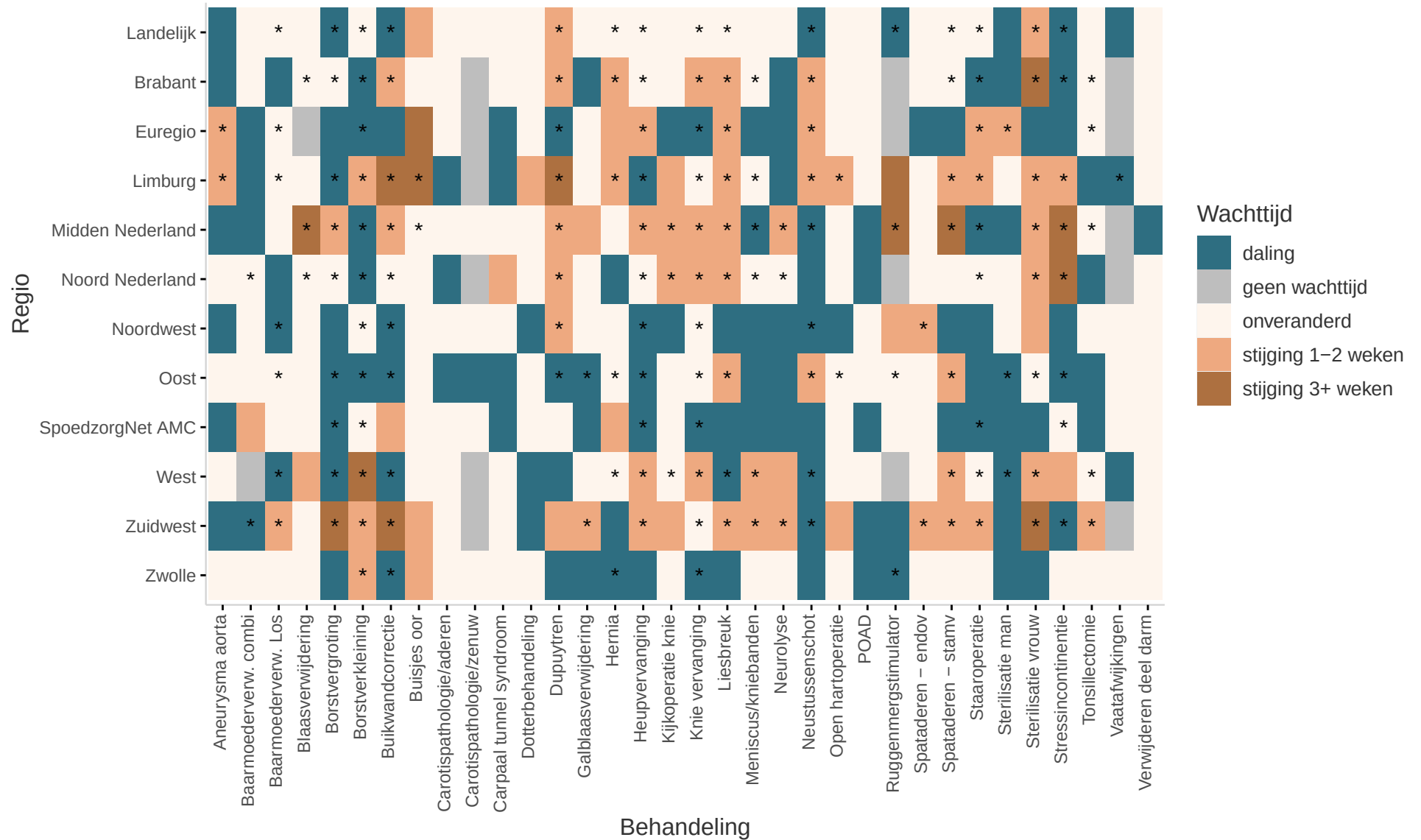
⁴ De oncologische behandelingen worden alleen getoond in het gelijktijdig met dit rapport gepubliceerde 'Gevolgen van de coronacrisis voor de oncologische zorg'.

ze niet het meest actuele beeld. Vanuit de gegevens die ziekenhuizen in het Zorgbeeldportaal registreren weten we dat de kritiek planbare zorg onder druk staat op dit moment (zie de recente rapportages).

Figuur 20 Het aantal wachttijdsoorten waarbij de gemiddelde wachttijd boven de treeknorm ligt. NB Niet alle wachttijden zijn beschikbaar in elke regio



Figuur 21 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'. 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 20

	daling	onveranderd	stijging 1-2 wk	stijging 3+ wk	stijging totaal	boven treeknorm	totaal
Landelijk	8	23	3	0	3	15	34
Brabant	8	16	6	1	7	16	31
Euregio	14	8	7	1	8	11	30
Limburg	8	9	12	4	16	19	33
Midden Nederland	9	10	10	4	14	19	33
Noord Nederland	7	17	6	1	7	15	31
Noordwest	15	15	4	0	4	8	34
Oost	15	16	3	0	3	17	34
SpoedzorgNet AMC	16	15	3	0	3	6	34
West	9	13	8	1	9	16	31
Zuidwest	9	5	15	3	18	18	32
Zwolle	13	19	2	0	2	5	34

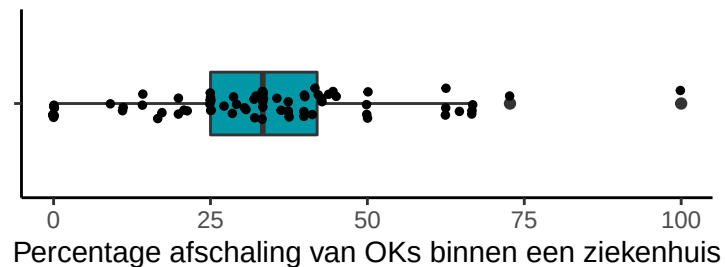
6. Monitoring regionale druk op de zorg (bron: Zorgbeeldportaal)

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. 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. Voor week 14 is de dinsdag als peilmoment gebruikt (i.v.m. tweede paasdag). 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 71.6% van de ziekenhuizen de data in het Zorgbeeldportaal geactualiseerd.

6.1 Percentage afschaling van de operatiekamers

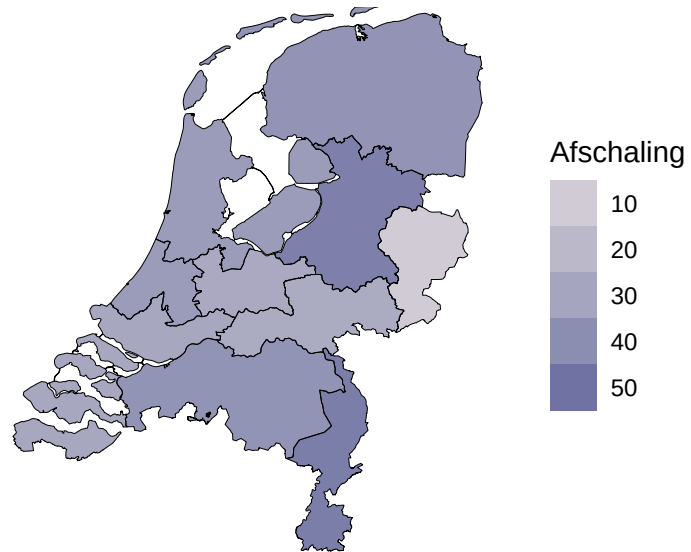
Het gewogen gemiddelde van de afschaling van de operatiekamers in Nederland is 34%. De afschaling varieert sterk tussen ziekenhuizen zoals hieronder te zien is.

Figuur 22 Variatie tussen ziekenhuizen in afschaling OK

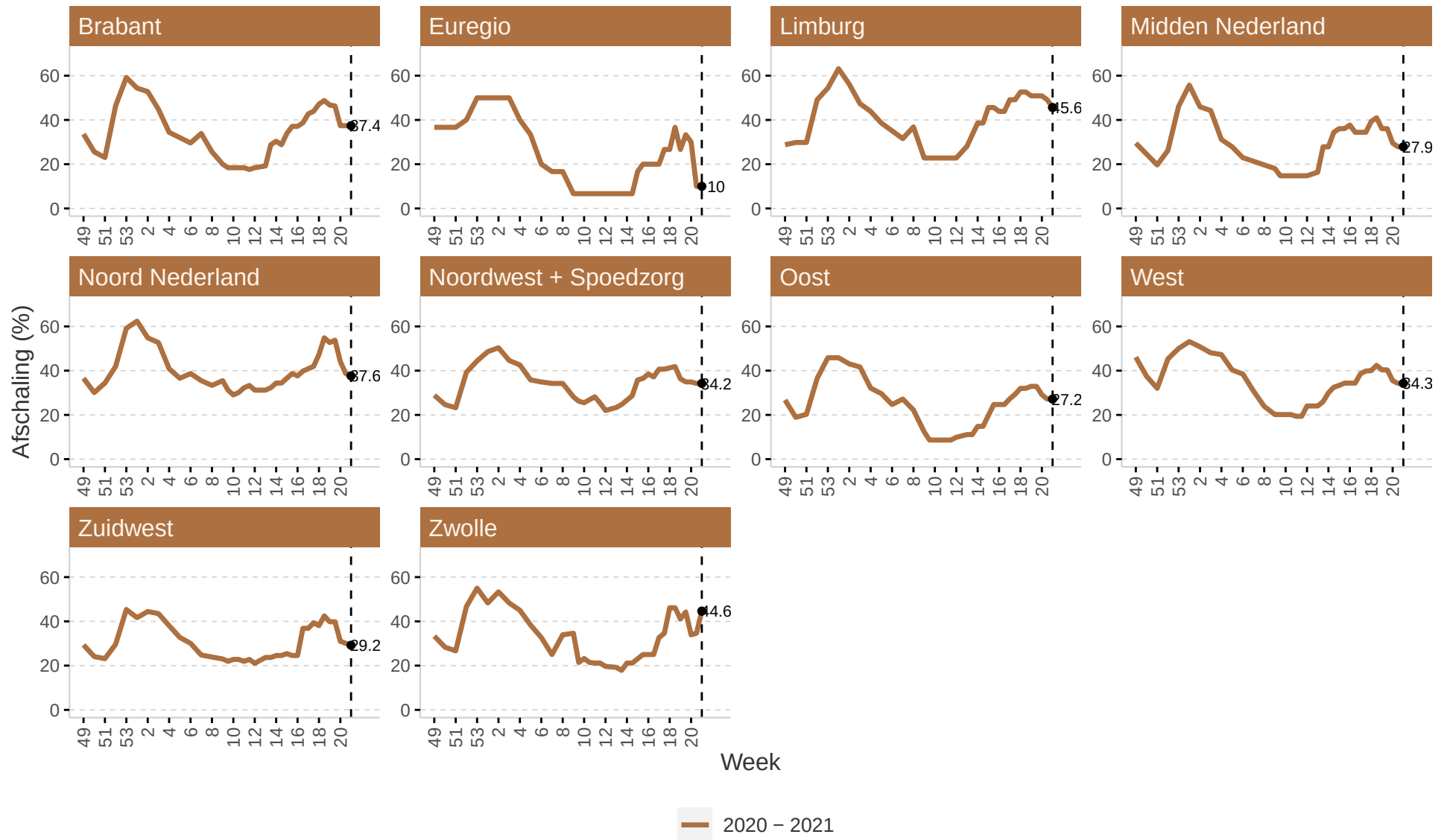


Onderstaand kaartje geeft per ROAZ- regio het afschalingspercentage van de operatiekamers weer.

Figuur 23 Percentage afschaling operatiekamers



Figuur 24 Percentage afschaling operatiekamers - ontwikkeling



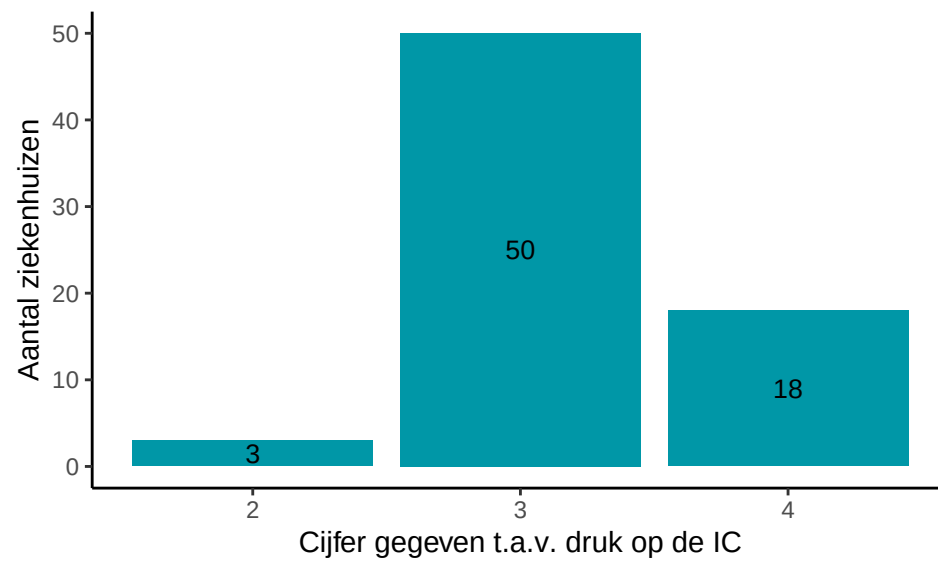
6.2 Druk op de IC

Aan de ziekenhuizen is gevraagd om een inschatting te maken van de druk op de IC. 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 / of veiligheid van zorg kan niet meer worden gewaarborgd

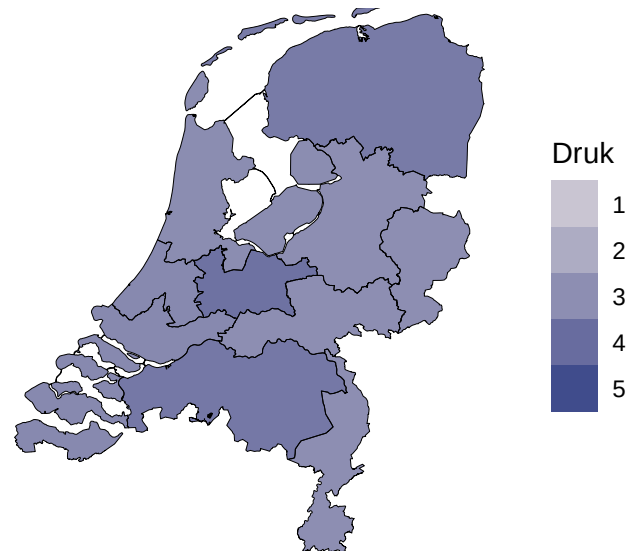
Onderstaand ziet u hoeveel ziekenhuizen welke mate van druk ervaren op het leveren van zorg op de IC. De gewogen gemiddelde druk in Nederland op de IC is 3.3.

Figuur 25 Variatie tussen ziekenhuizen in druk op de IC

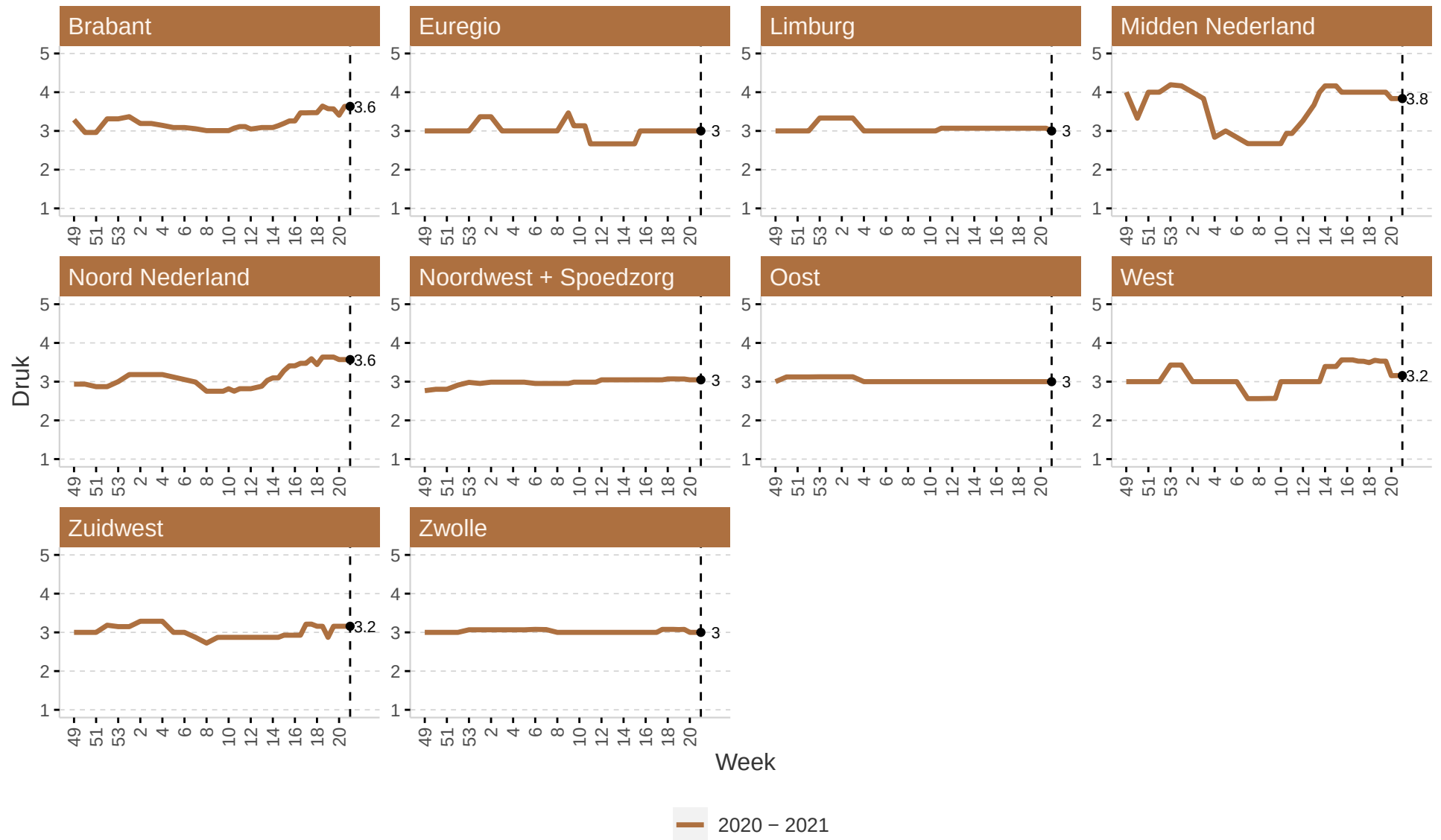


Onderstaand kaartje geeft per ROAZ-regio weer in hoeverre de zorg op de IC onder druk staat.

Figuur 26 Druk op de IC



Figuur 27 Druk op de IC - ontwikkeling

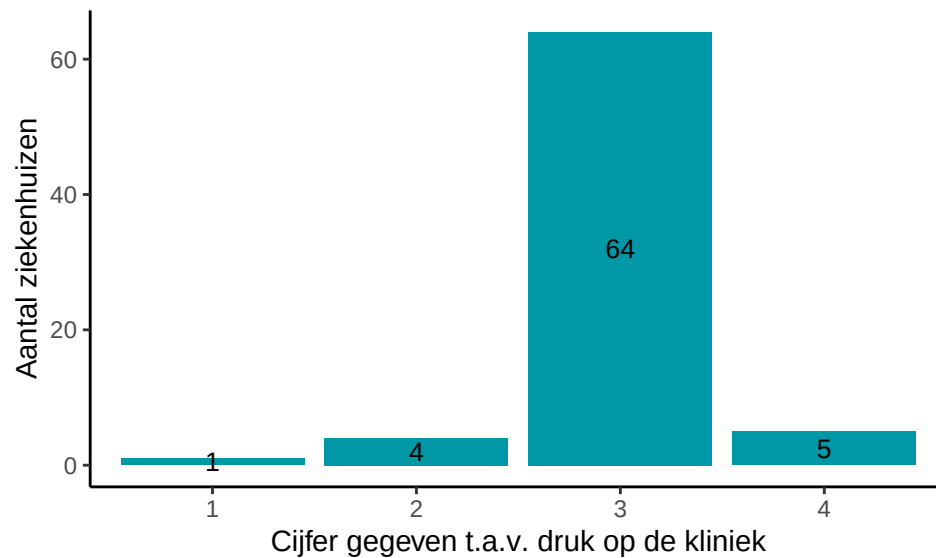


6.3 Druk op de kliniek

Aan de ziekenhuizen is gevraagd om een inschatting te maken van de druk op de kliniek. De druk wordt hierbij uitgedrukt op een schaal van 1 tot 5 zoals ook gehanteerd voor de druk op de IC (zie sectie 6.2).

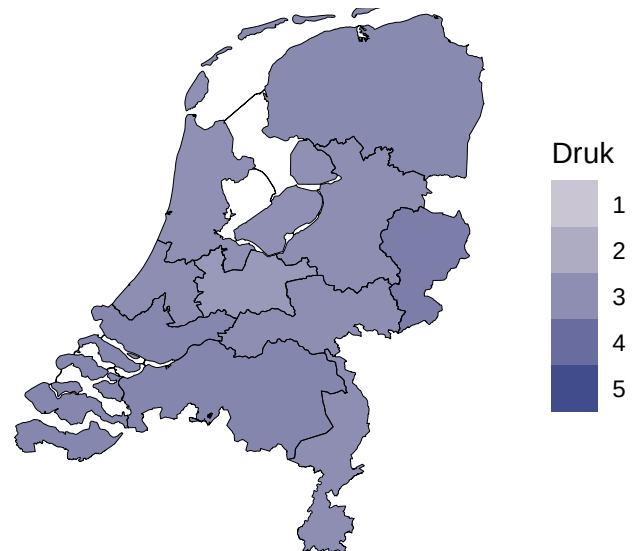
Onderstaand ziet u hoeveel ziekenhuizen welke mate van druk ervaren op de zorg die geleverd wordt in de kliniek. De gewogen gemiddelde druk in Nederland op de kliniek is 3.1.

Figuur 28 Variatie tussen ziekenhuizen in druk op de kliniek

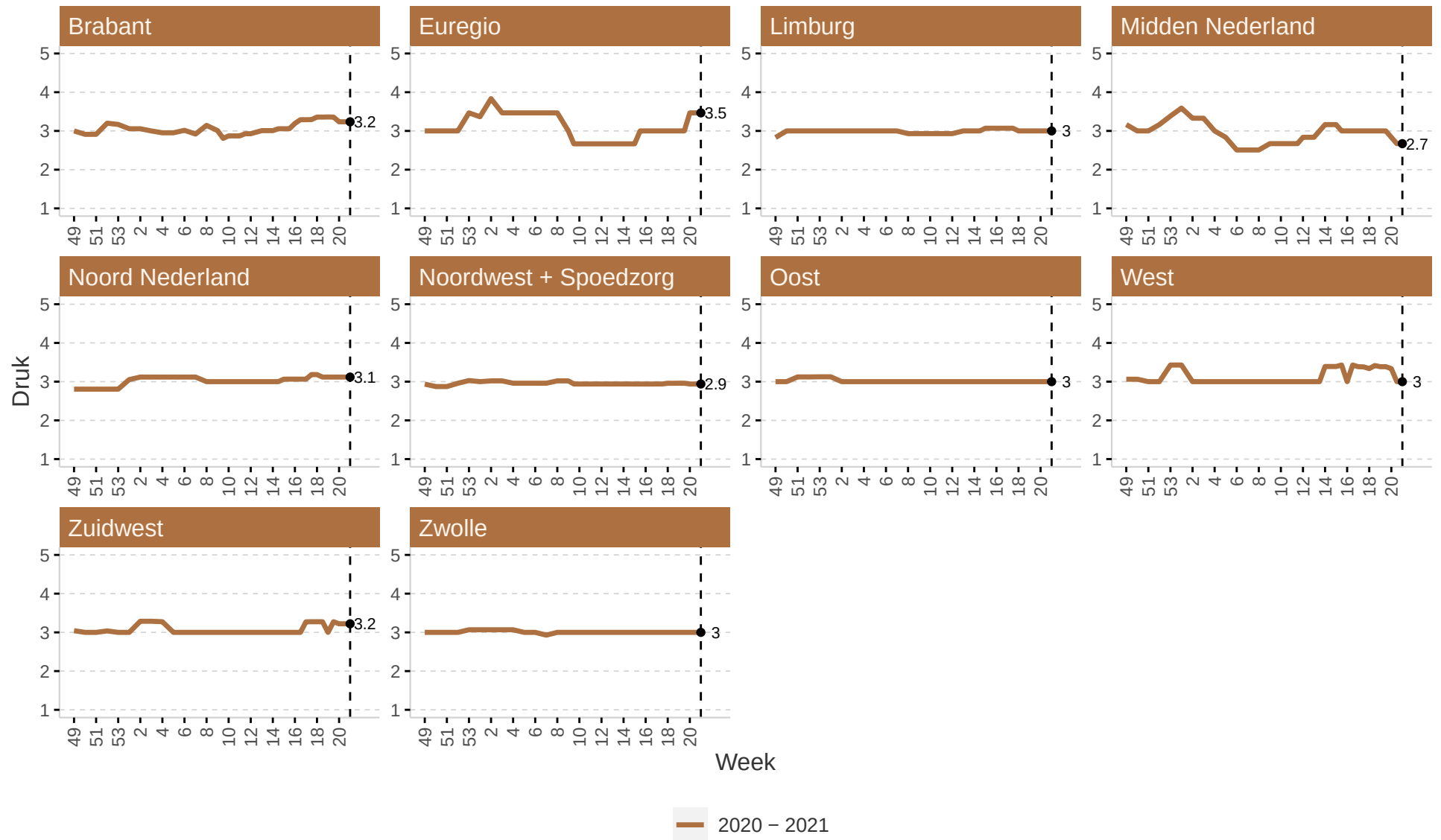


Onderstaand kaartje geeft per ROAZ-regio weer in hoeverre de zorg in de klinische setting onder druk staat.

Figuur 29 Druk op de kliniek



Figuur 30 Druk op de kliniek - ontwikkeling

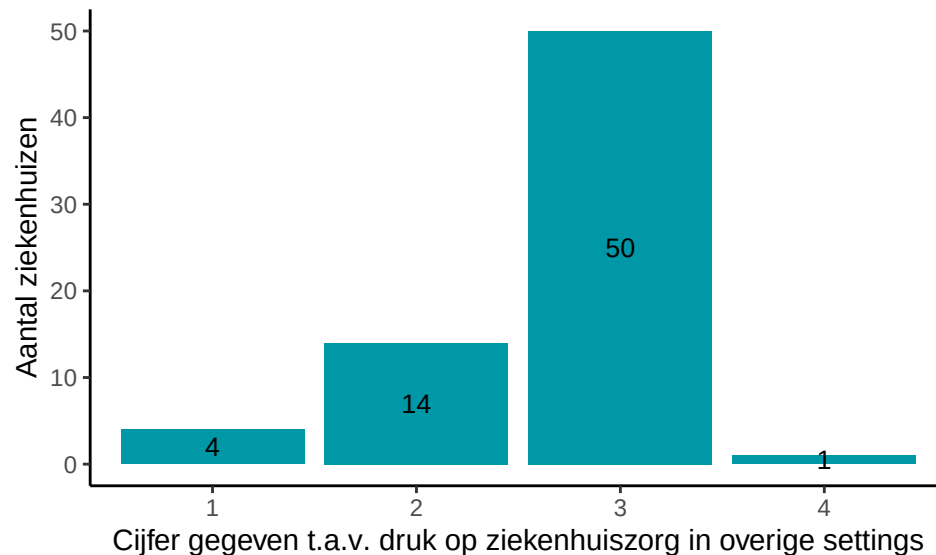


6.4 Druk op de overige zorg

Aan de ziekenhuizen is gevraagd om een inschatting te maken van de druk op de ziekenhuiszorg in de overige ziekenhuiszorg. De druk wordt hierbij uitgedrukt op een schaal van 1 tot 5 zoals ook gehanteerd voor de druk op de IC (zie sectie 6.2).

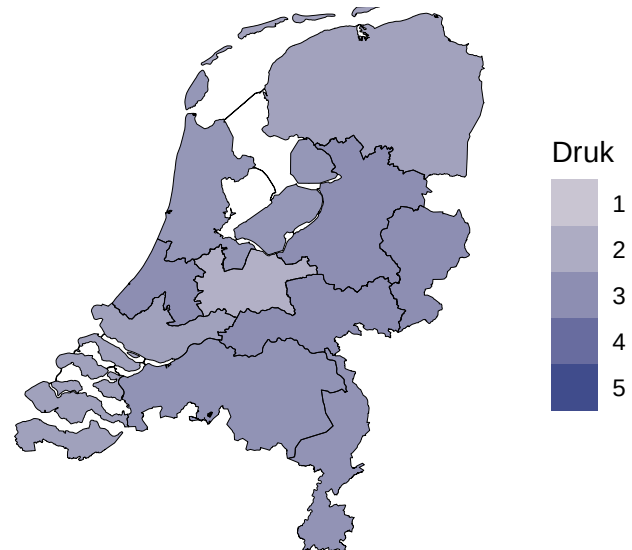
Onderstaand ziet u hoeveel ziekenhuizen welke mate van druk ervaren op het leveren van overige zorg. De gewogen gemiddelde druk in Nederland op de overige ziekenhuiszorg is 2.7. Dit figuur is gebaseerd op 93.2% van de ziekenhuizen. De overige ziekenhuizen hebben niet aangegeven hoe het staat met de druk op de overige zorg.

Figuur 31 Variatie tussen ziekenhuizen in druk overige settings

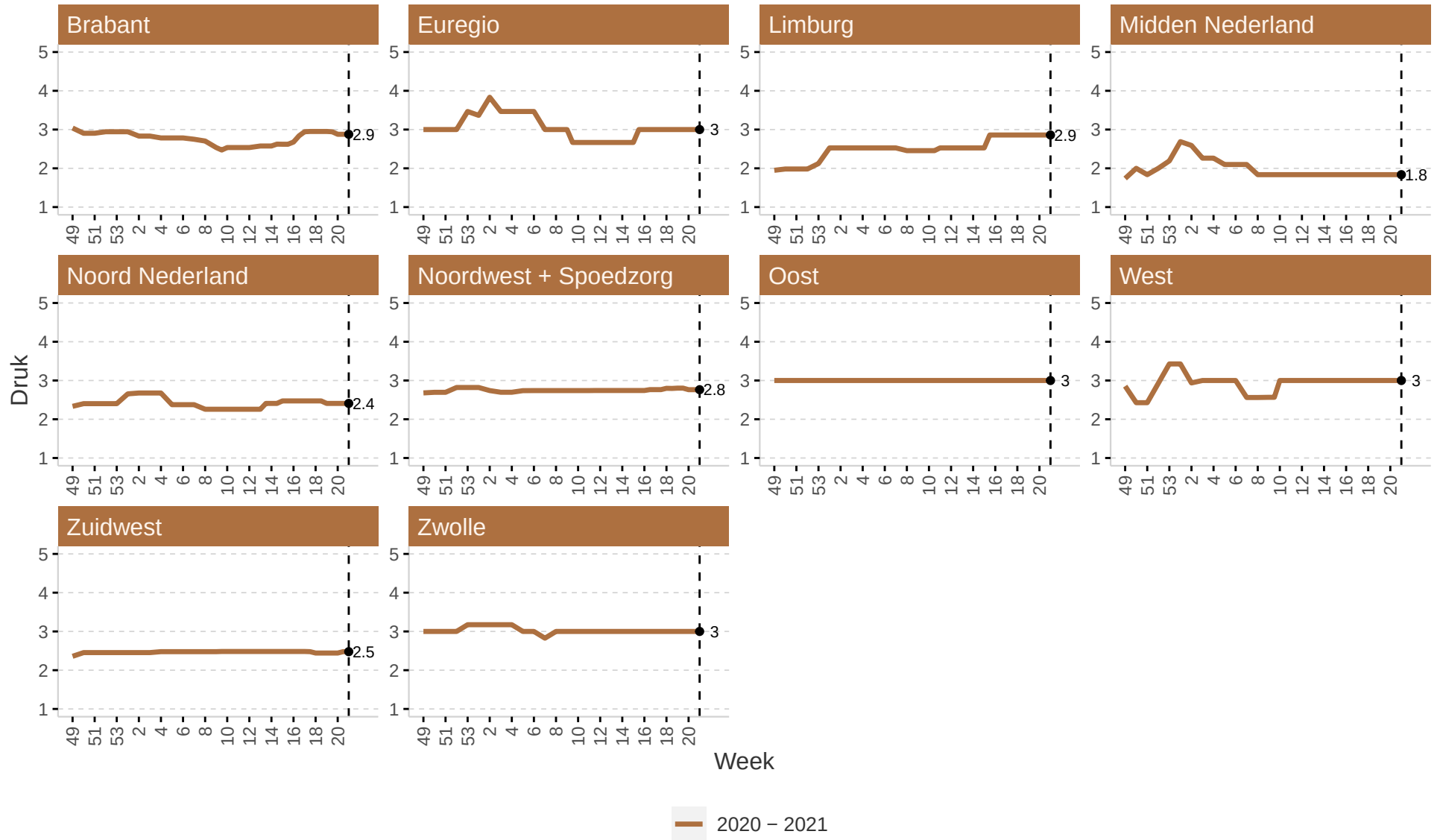


Onderstaand kaartje geeft per ROAZ-regio weer welke mate van druk de ziekenhuizen ervaren op het leveren van overige zorg.

Figuur 32 Druk op de overige zorg



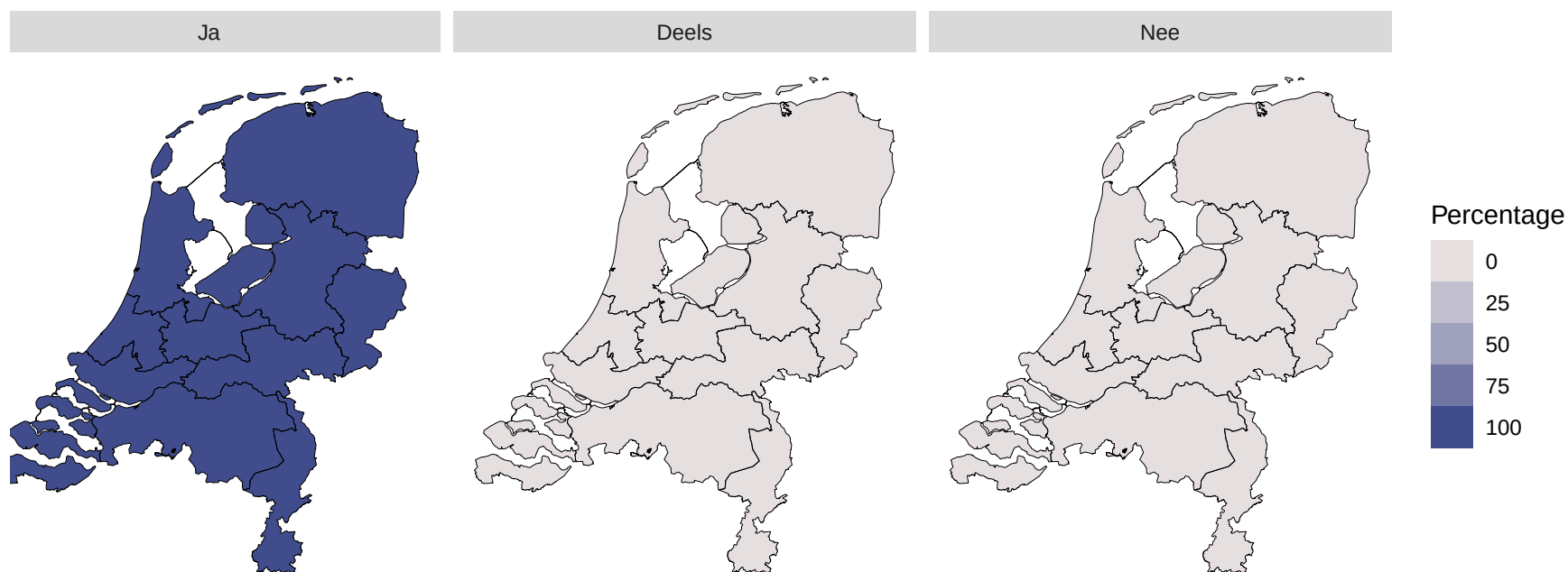
Figuur 33 Druk op de overige zorg - ontwikkeling



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.

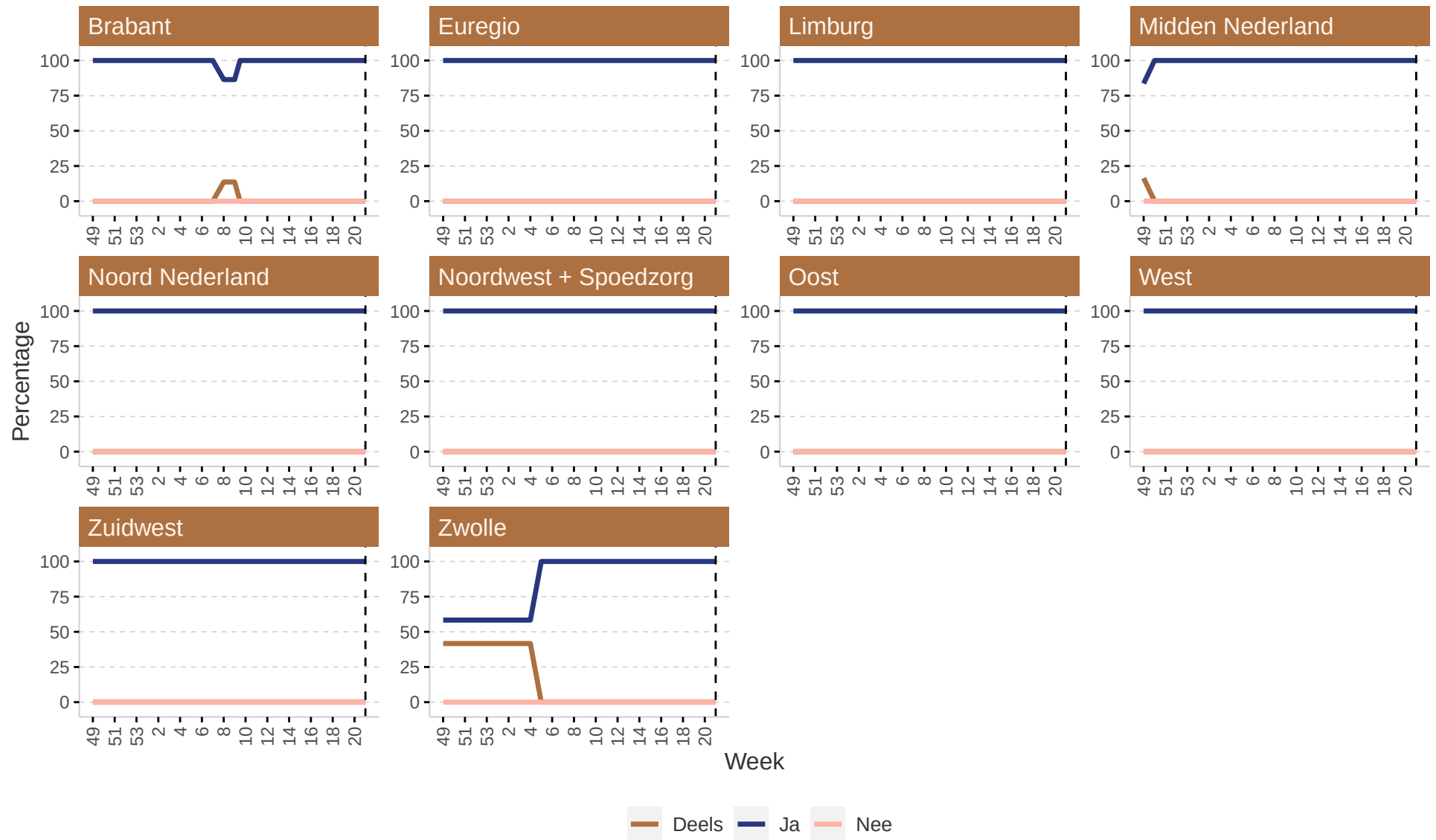
Figuur 34 Percentages (semi-)acute zorg



Bron: Zorgbeeld

Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft (semi-)acute zorg volledig te kunnen leveren is 100%. Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft deels (semi-)acute zorg te kunnen leveren is 0%. Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft volledig geen (semi-)acute zorg te kunnen leveren is 0%.

Figuur 35 Percentages (semi-)acute zorg ontwikkeling



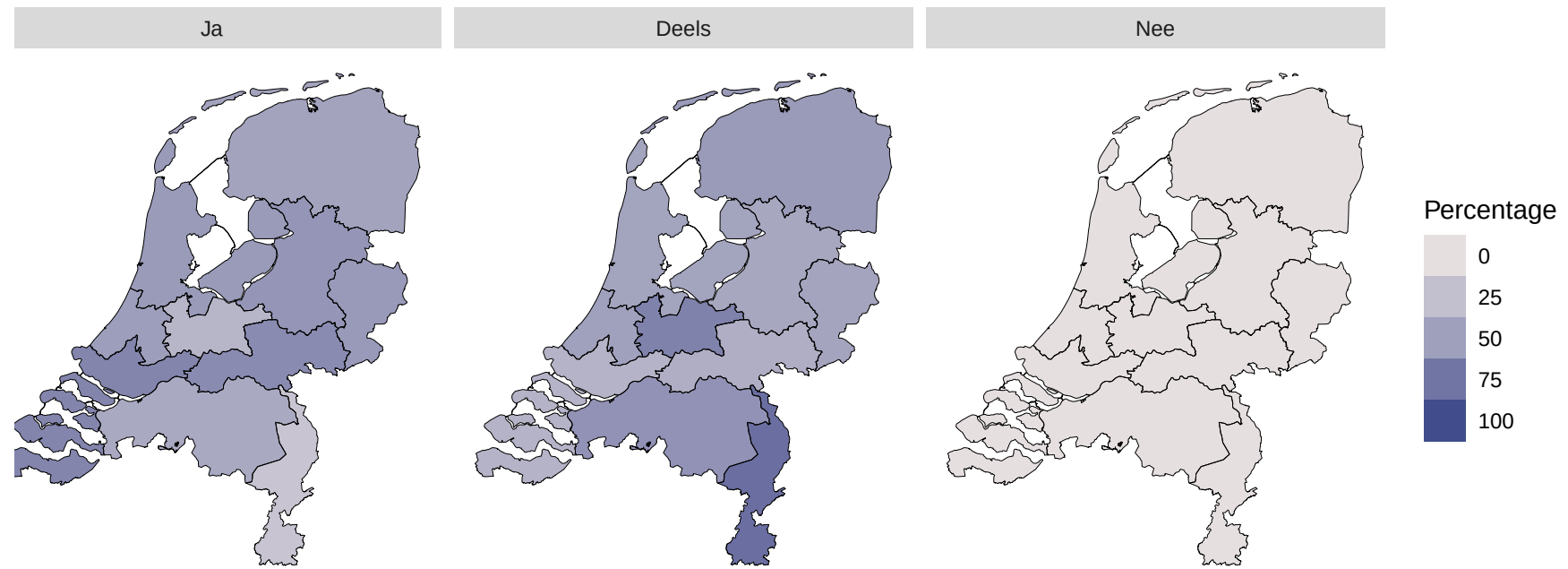
6.6 Leveren van kritiek planbare zorg

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.

Afgelopen week gaven 25 ziekenhuizen aan de kritiek planbare zorg niet (volledig) te kunnen leveren. Van deze ziekenhuizen gaven er 14 aan dit nog wel binnen 6 weken te kunnen leveren. Er zijn 10 ziekenhuizen die dit niet meer volledig binnen 6 weken kunnen leveren, en er is 1 ziekenhuis dat niet heeft aangegeven of dit nog binnen 6 weken kan worden geleverd. N.B. de percentages in het figuur hieronder zijn gewogen voor de grootte van het ziekenhuis.

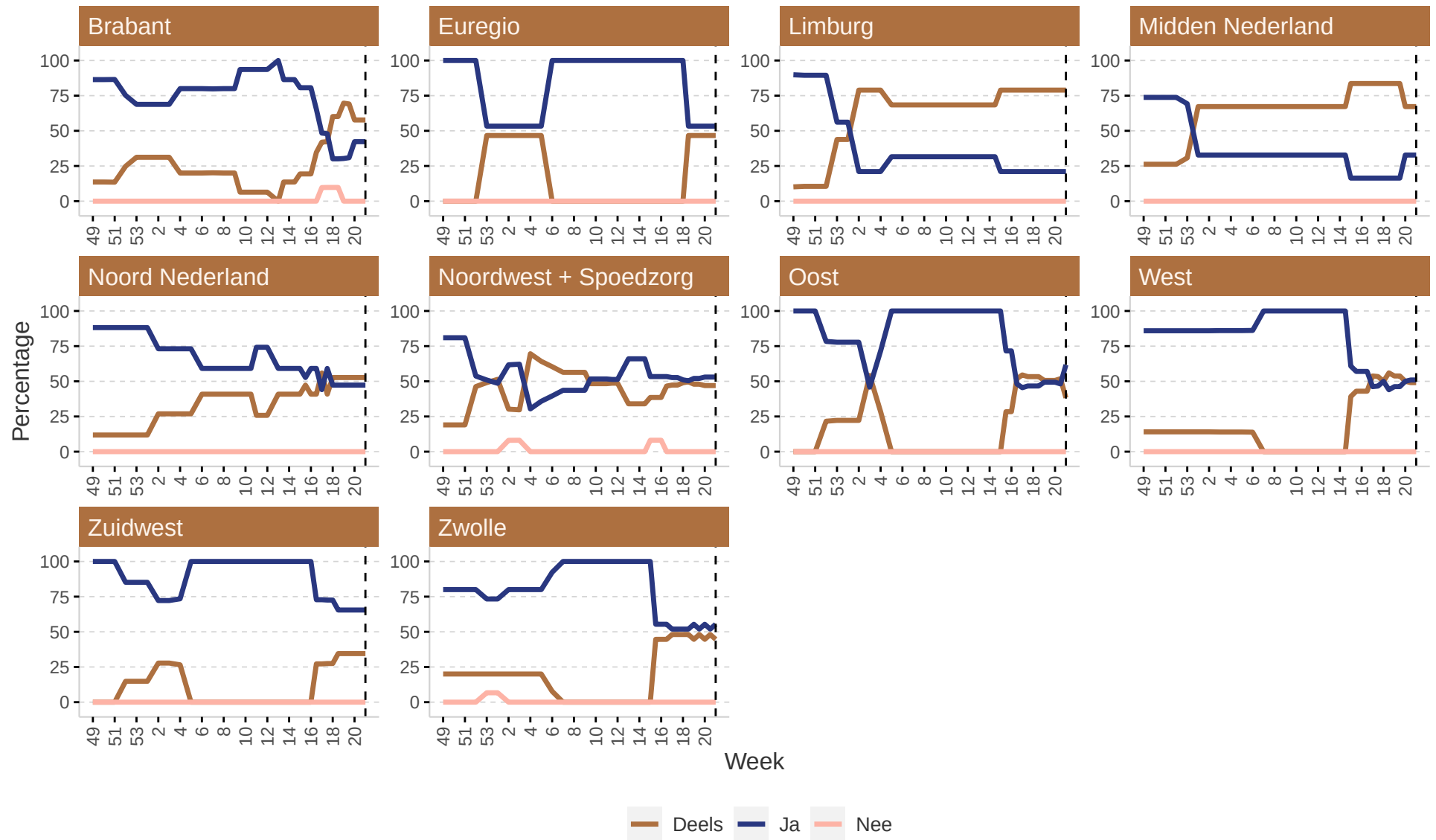
Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft kritiek planbare zorg volledig te kunnen leveren is 50%. Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft deels kritiek planbare zorg te kunnen leveren is 50%. Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft volledig geen kritiek planbare zorg te kunnen leveren is 0%.

Figuur 36 Percentages kritiek planbare zorg



Bron: Zorgbeeld

Figuur 37 Percentages kritiek planbare zorg - ontwikkeling

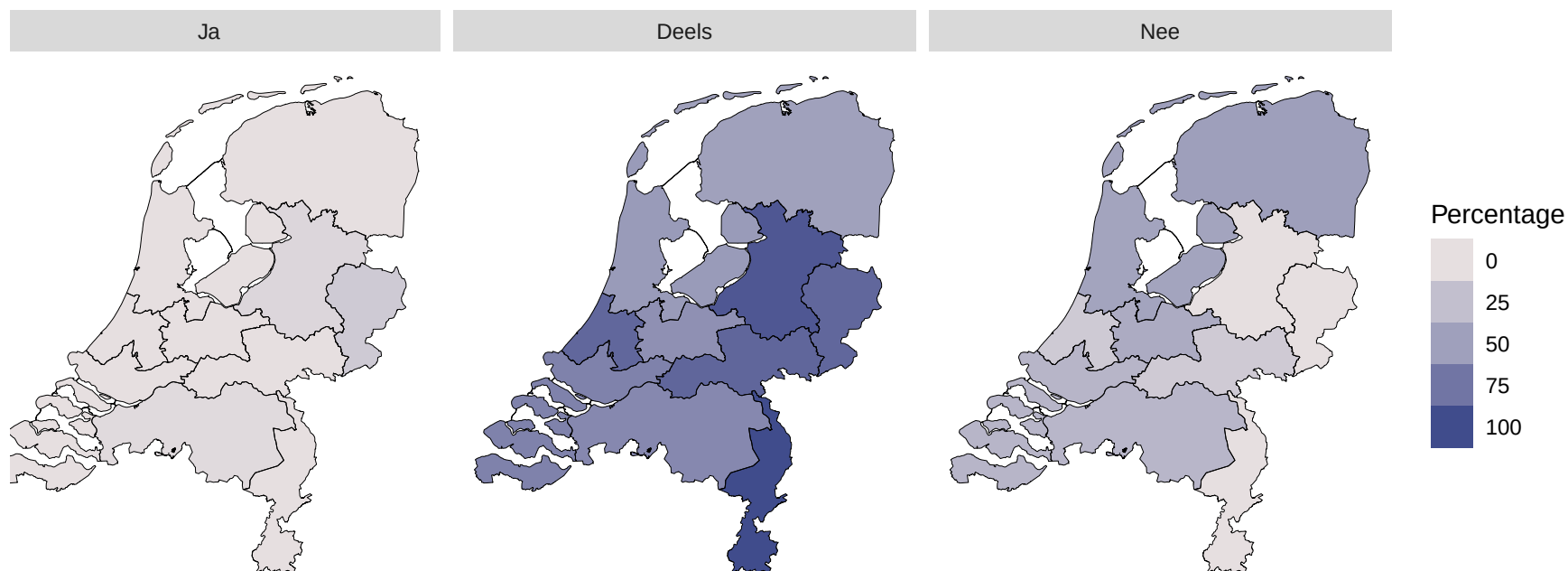


6.7 Leveren van planbare zorg

Onderstaand kaartje geeft per ROAZ-regio weer welk percentage van de ziekenhuizen binnen de regio planbare zorg volledig 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.

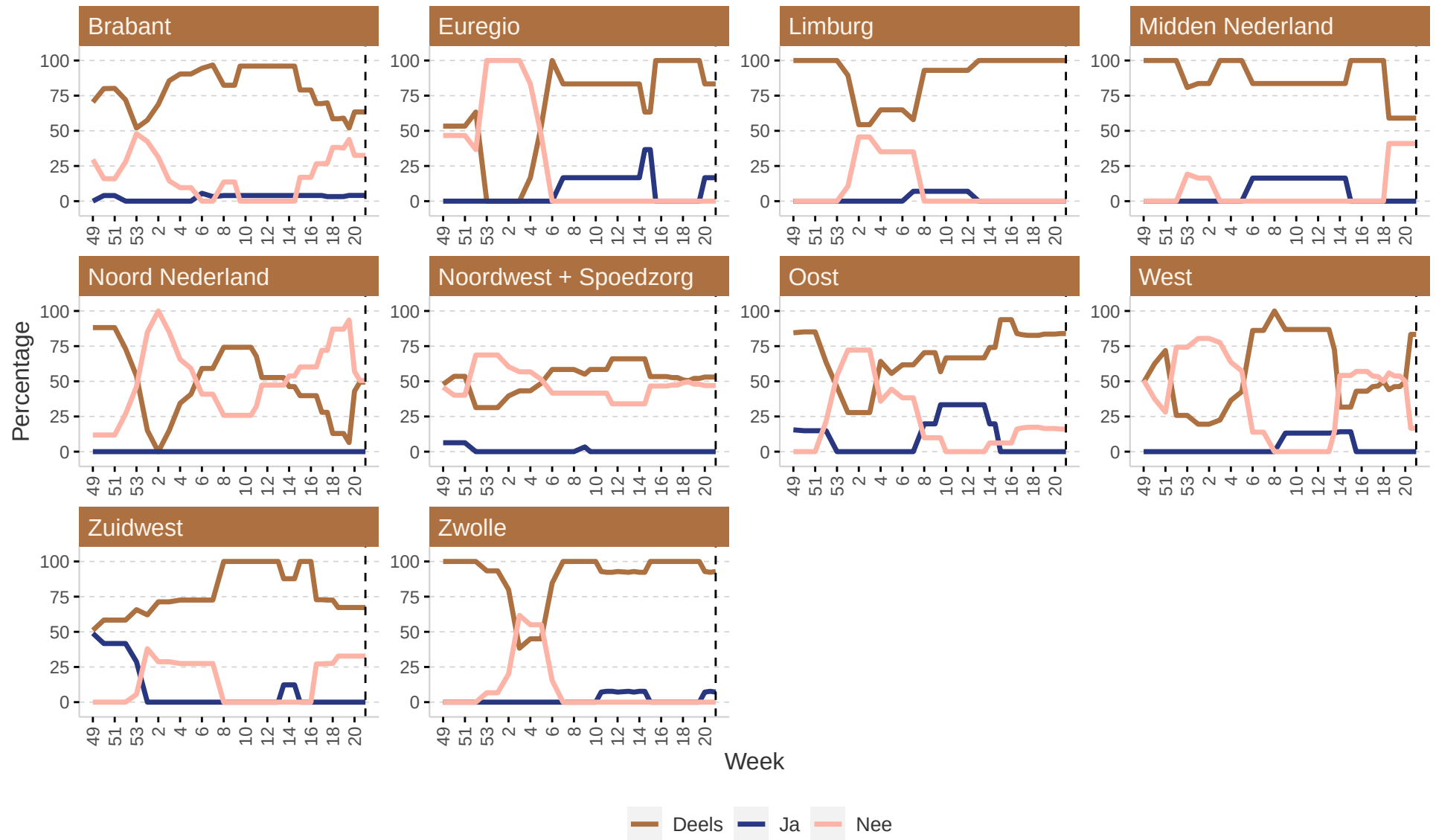
Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft planbare zorg volledig te kunnen leveren is 2%. Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft deels planbare zorg te kunnen leveren is 70%. Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft volledig geen planbare zorg te kunnen leveren is 29%.

Figuur 38 Percentages planbare zorg



Bron: Zorgbeeld

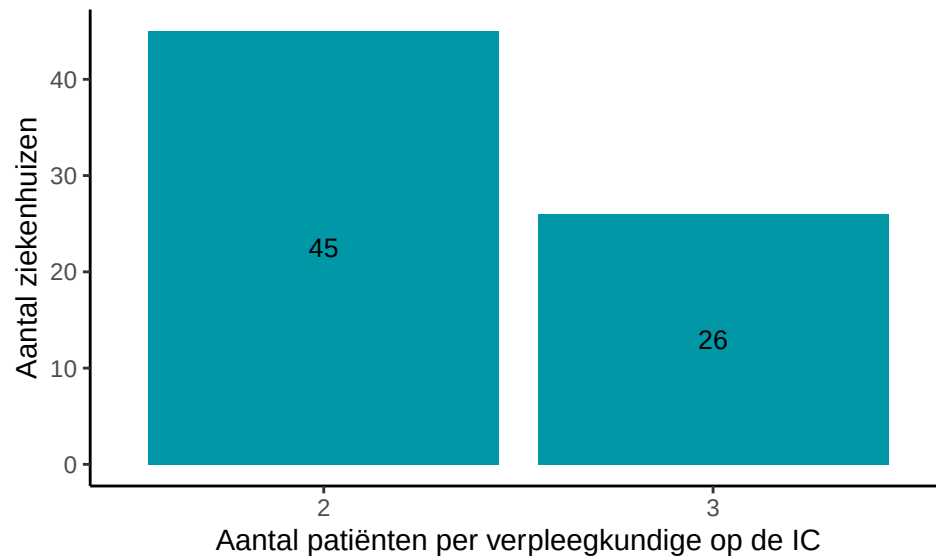
Figuur 39 Percentages planbare zorg



6.8 Verhouding aantal patiënten per verpleegkundige op de IC

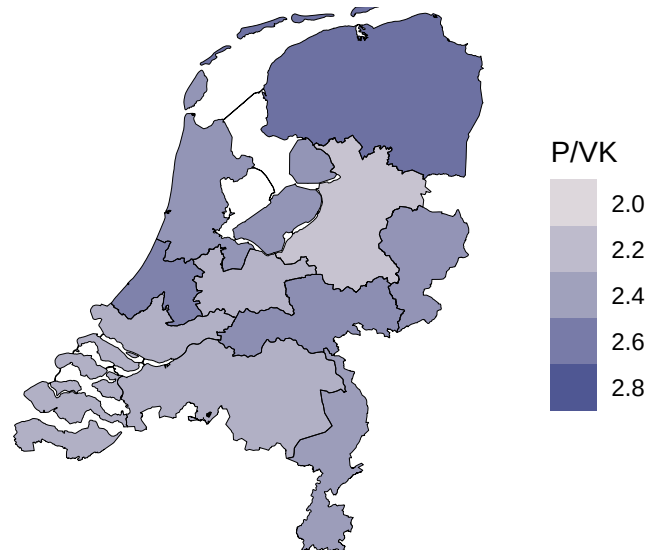
Het gemiddeld aantal IC-patiënten dat per gediplomeerd IC-verpleegkundige verzorgd wordt bedraagt 2.4. De verhouding varieert tussen ziekenhuizen zoals hieronder te zien is.

Figuur 40 Variatie tussen ziekenhuizen in deze verhouding

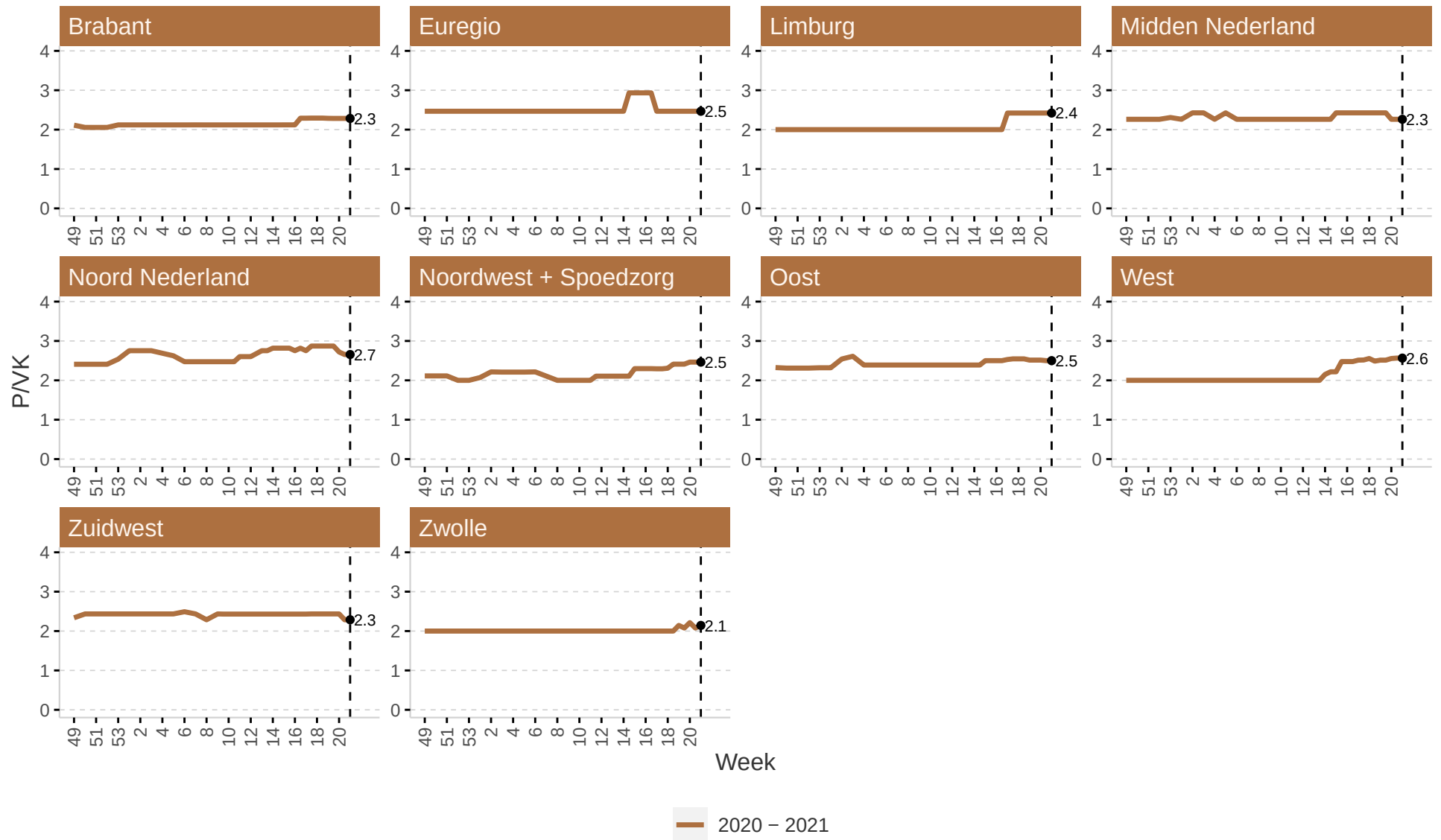


Onderstaand kaartje geeft per ROAZ- regio weer hoeveel IC-patiënten er per gediplomeerd IC-verpleegkundige verzorgd worden.

Figuur 41 Patienten per verpleegkundige (P/VK) op IC



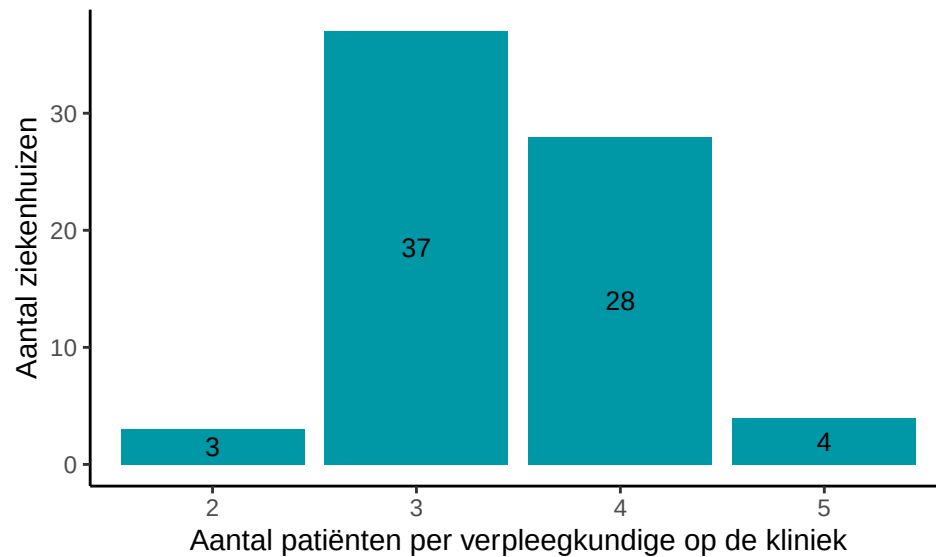
Figuur 42 Patienten per verpleegkundige (P/VK) op IC - ontwikkeling



6.9 Verhouding aantal patiënten per verpleegkundige in de kliniek

Het gemiddeld aantal patiënten met COVID dat per verpleegkundige verzorgd wordt in de klinische setting gedurende de dagdienst bedraagt 3.4. De verhouding varieert tussen ziekenhuizen zoals hieronder te zien is.

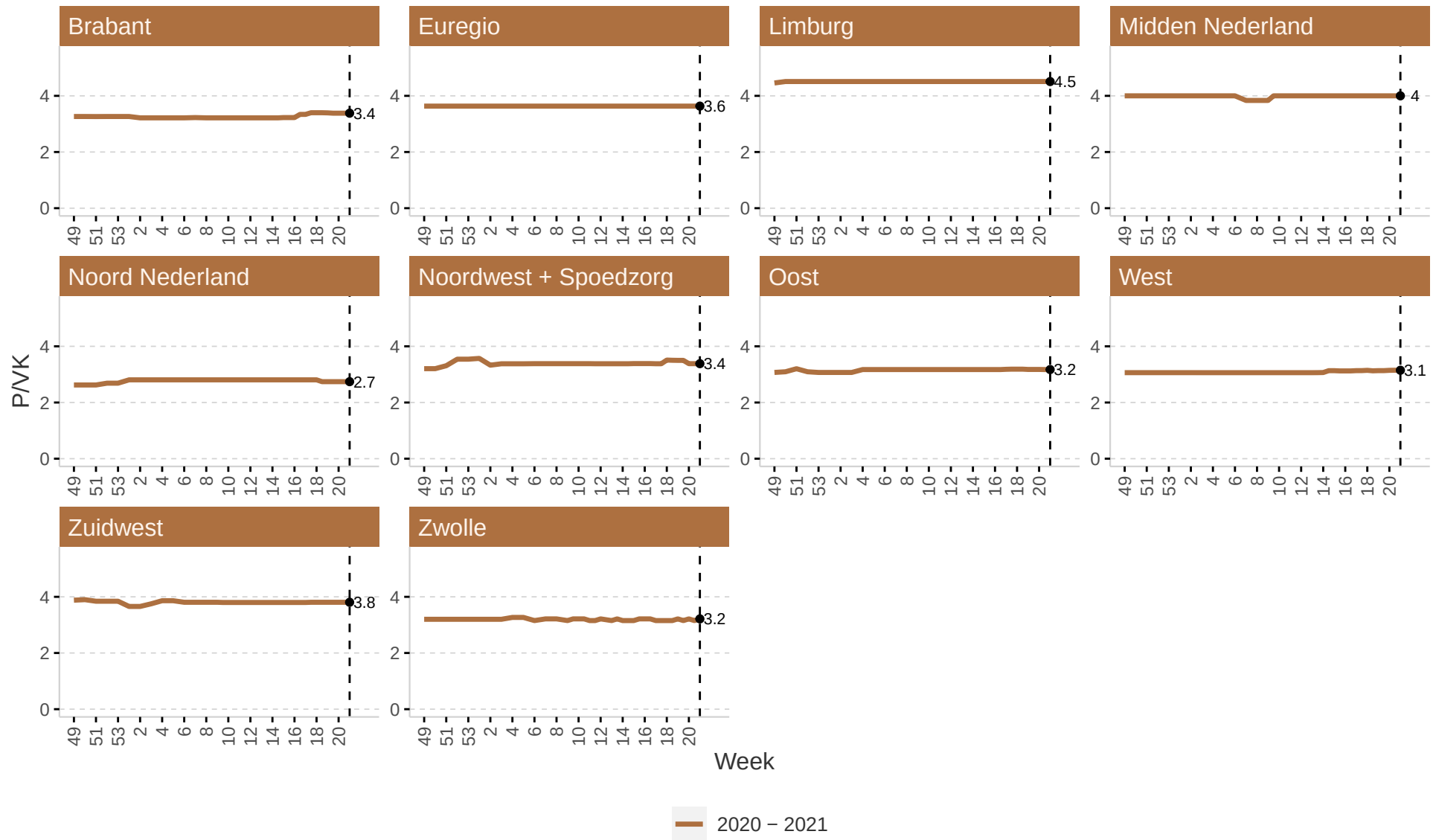
Figuur 43 Variatie tussen ziekenhuizen in deze verhouding



Figuur 44 Patienten per verpleegkundige (P/VK) in kliniek



Figuur 45 Patienten per verpleegkundige (P/VK) in kliniek - ontwikkeling

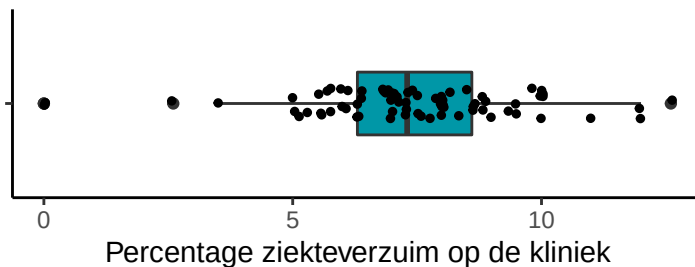


6.10 Ziekteverzuim onder zorgpersoneel (kliniek)

Het gemiddelde percentage ziekteverzuim (in de kliniek) is onder personeel dat direct zorg levert aan patiënten (inclusief personeel dat afwezig is door positieve COVID-test, quarantaine verplichtingen etc.) 7.5%. Dit percentage varieert sterk tussen ziekenhuizen zoals hieronder te zien is.

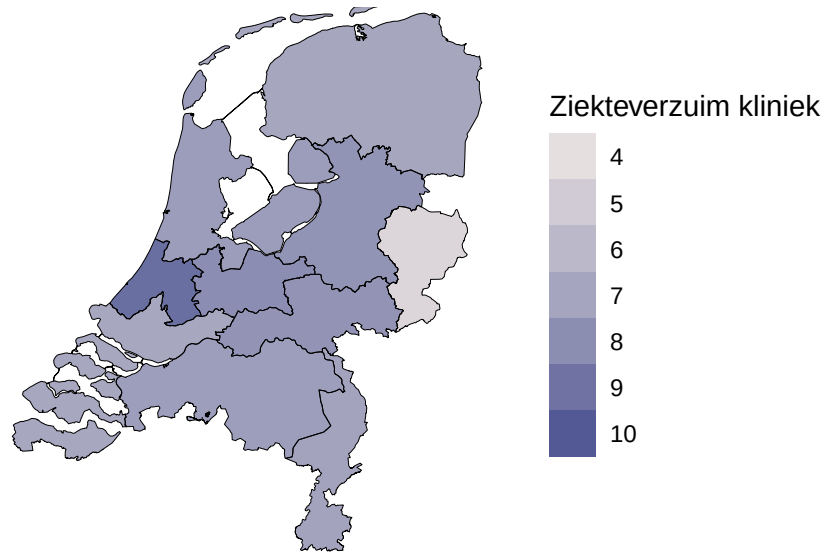
N.B. Vanwege een recente wijziging in het Zorgbeeldportaal rondom deze vraag (waarbij het totale ziekteverzuim nu wordt gesplitst in ziekteverzuim IC en ziekteverzuim in de kliniek), is het van belang om onderstaande cijfers met voorzichtigheid te interpreteren.

Figuur 46 Variatie tussen ziekenhuizen in ziekteverzuim



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

Figuur 47 Ziekteverzuim

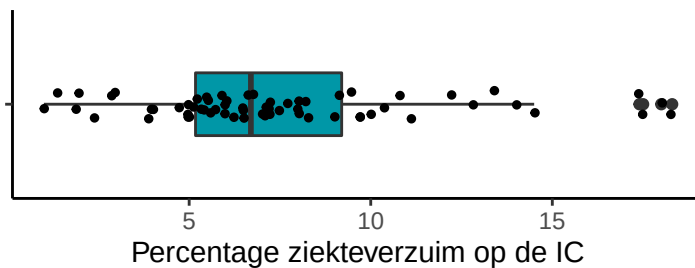


6.11 Ziekteverzuim onder zorgpersoneel (IC)

Vanwege een recente wijziging in het Zorgbeeldportaal rondom deze vraag (waarbij het totale ziekteverzuim is gesplitst in ziekteverzuim IC en ziekteverzuim in de kliniek), is het van belang om onderstaande cijfers met voorzichtigheid te interpreteren. Bij de splitsing van deze vragen is in Zorgbeeld standaard een 0 als waarde ingevuld voor het ziekteverzuim IC. Omdat nog niet alle ziekenhuizen dit percentage hebben aangepast, is ervoor gekozen om alle ziekenhuizen die hier 0 hebben staan niet mee te nemen in de berekeningen hierover.

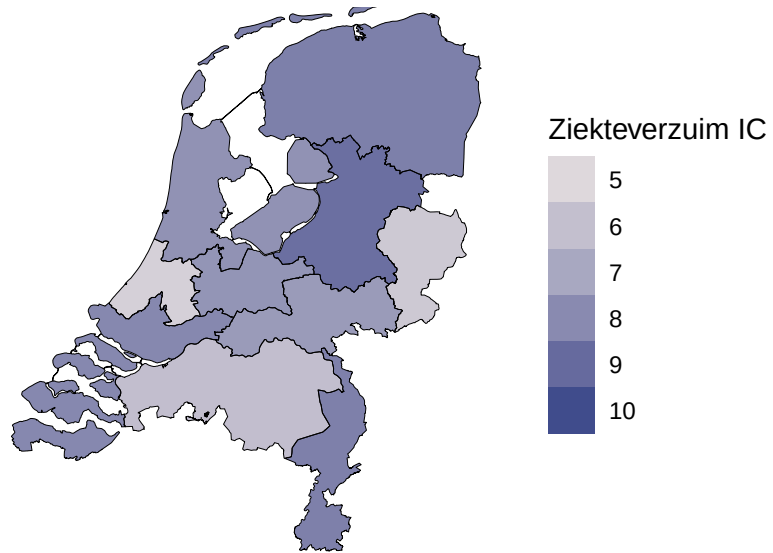
Het gemiddelde ziekteverzuim op de IC is in Nederland 7.3%. Dit percentage varieert sterk tussen ziekenhuizen zoals hieronder te zien is.

Figuur 48 Variatie tussen ziekenhuizen in ziekteverzuim



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

Figuur 49 Ziekteverzuim IC



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 50 geeft de indeling van de regio's weer).

Figuur 50 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 2020.⁵ In de provinciale analyse wordt Zeeland weggelaten omdat de verwijzingen hier naar slechts één 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.

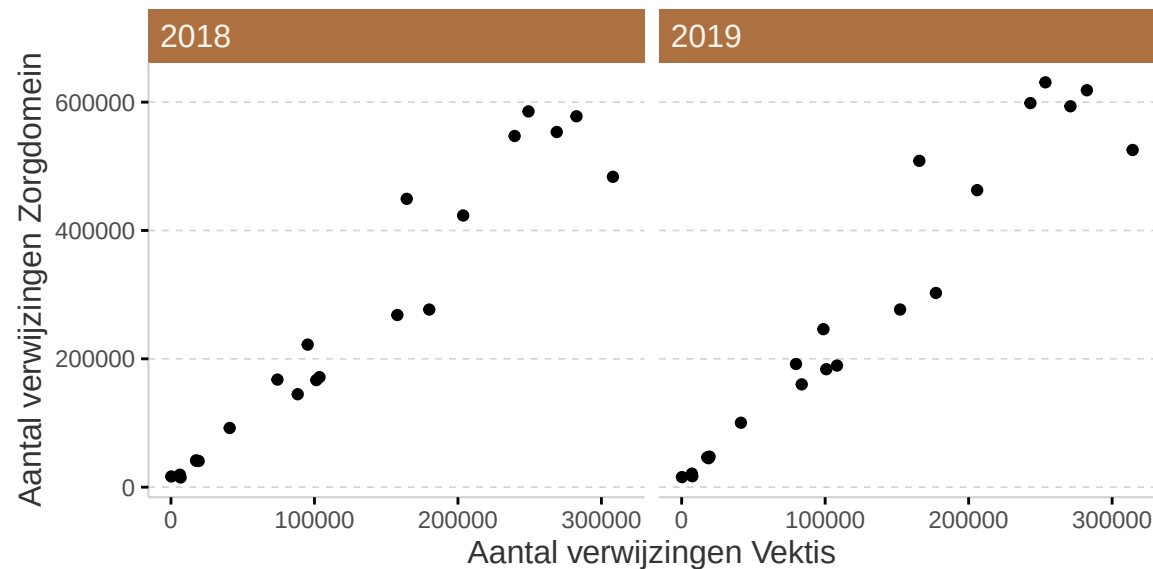
⁵ De selectie van specialismen kan afwijken van eerdere versies van dit rapport doordat het totaal van verwijzingen over 2020/2021 na elke nieuwe week anders is.

- De dekking van ZorgDomein is niet volledig.

Figuur 51 geeft de relatie weer 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 51 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 verwachte 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, voor de periode week 1 van 2018 tot week 10 van 2020.
2. Het fitten van een regressielijn op de data van deze periode, om een schatting te kunnen maken van het aantal verwijzingen dat er in een situatie zonder Corona zou hebben plaatsgevonden.
3. Het berekenen van week-effecten: We nemen hiervoor per week de gemiddelde afwijking van de regressielijn tot het daadwerkelijk aantal verwijzingen voor de periode week 1 2018 tot week 10 2020.
4. Voor de periode ná de start van de coronacrisis (vanaf week 10 2020) berekenen we het aantal geschatte verwijzingen per week door het aantal geschatte verwijzingen per dag (berekend o.b.v. de regressie) te vermenigvuldigen met het week-effect van de desbetreffende week, en dat vervolgens te vermenigvuldigen met het aantal werkdagen in die week.
5. Voor de volgende feestdagen en vakanties hebben we een correctie toegepast: Goede vrijdag, Pasen, Hemelvaart, Pinksteren, voorjaarsvakantie, en de kerstvakantie. De meivakantie, herfstvakantie en zomervakantie vielen in elk jaar in dezelfde weken, hiervoor hoeven we geen correctie toe te passen. 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. Uiteindelijk nemen we het verschil tussen het verwachte aantal verwijzingen en het daadwerkelijke aantal in 2020 en 2021.

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.

Op een vergelijkbare manier proberen we het onderhanden werk uit te splitsen naar de mate van beslag op de intensive care. Op basis van dezelfde historische data hebben we per diagnose vastgesteld hoe vaak een operatie samengaat met een opname op de IC. Hiermee hebben we drie groepen gemaakt. In groep 1 bevinden zich alle diagnosen waarbij een operatie soms of vaak (>1 % van de operaties) samenvalt met een opname op de IC. In deze groep valt ruim 15% van het jaarlijkse aantal operaties. Hierbij moet bijvoorbeeld gedacht worden aan bypass-operaties, transplantaties of andere hartoperaties. In groep 2 bevinden zich de diagnosen waarbij zelden (tussen 0% en 1%) een IC nodig is na operatie. Dit is de grootste groep, en omvat ongeveer 60% van de operaties. Veelvoorkomende ingrepen in deze groep zijn bijvoorbeeld bij appendicitis, artrose, of bevallingen. Groep drie is de groep van diagnosen waarbij in 2018 nooit een patiënt naar de IC ging na een operatie (ca. 25%).

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 gedeclareerd⁶. 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.

Vanaf maart 2021 is er bij een aantal figuren een extra lijn toegevoegd die het aantal patiënten weergeeft die met Covid-19 zijn opgenomen in het ziekenhuis. Hierop is dezelfde correctie toegepast voor registratie-effecten als het totaal aantal patiënten. Omdat dit een relatief kleine groep is (het aandeel schommelt rond de 0,5%) komt de lijn bijna niet boven de horizontale as uit.

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

⁶ 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.

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.

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, 34 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. N.B. De gemiddelde wachttijd is een gemiddelde van de gemiddelde wachttijden die zorgaanbieders aanleveren. Het betreft een ongewogen gemiddelde: aanbieders die een groot deel van deze behandeling uitvoeren wegen even zwaar mee als aanbieders die deze zorg slechts sporadisch leveren.

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.