

# Monitor Toegankelijkheid van Zorg

Gevolgen van Covid-19



# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>4</b>
1.1	Samenvatting	4
1.1.1	Werkvoorraad ziekenhuizen	5
1.1.2	Productie ZBC's	5
1.1.3	Wachttijden	5
1.2	Leeswijzer	6
<b>2</b>	<b>Ziekenhuiszorg</b>	<b>7</b>
2.1	Verwijzingen ZorgDomein	8
2.1.1	Landelijke verwijzingen	8
2.1.2	Verwijzingen per ROAZ-regio en specialisme	9
2.1.3	Schatting aantal gemiste verwijzingen	11
2.2	Wachttijden	13
2.2.1	Actuele wachttijden vanaf augustus 2021	13
2.2.2	Wachttijden voor en tijdens de coronacrisis	18
2.3	Zorgbeeld	23
2.3.1	Druk op de zorg	23
2.3.2	Doorgang kritiek planbare zorg	28
2.3.3	Ziekteverzuim	30
2.3.4	Percentage afschaling van de operatiekamers	32
2.4	Actuele productie	33
2.5	Gemiste ingrepen, inhaalzorg en werkvoorraad	38
2.5.1	Gemiste ingrepen	38
2.5.2	Wachttijden en mogelijke inhaalzorg	44
2.5.3	Inhaalzorg	46
2.5.4	Werkvoorraden	49
<b>3</b>	<b>Langdurige zorg</b>	<b>57</b>
3.1	Bezettingsgraad V&V aanbieders	57
3.2	Ziekteverzuim	59
3.2.1	Ziekteverzuim cijfers VVT (Verpleging, Verzorging en Thuiszorg)	59

3.2.2	Ziekteverzuim cijfers GHZ	61
3.3	Aantal wachtenden	62
3.3.1	Wachtenden per sector	62
3.3.2	Ontwikkeling van de wachtlijsten: landelijk	64
<b>4</b>	<b>Geestelijke gezondheidszorg</b>	<b>65</b>
4.1	Aantal verwijzingen	65
4.2	Aantal verwijzingen naar leeftijdsgroep	68
4.3	Wachttijden	69
4.3.1	Aanmeldwachttijden	69
4.3.2	Behandelwachttijden	72
4.4	Ziekteverzuim	74
4.4.1	Resultaten ziekteverzuim in de ggz	74
<b>5</b>	<b>Bijlage: Gebruikte data en methodologie</b>	<b>76</b>
5.1	Verwijzingen	78
5.2	Ziekenhuisproductie	80
5.3	Registratie-effect en bijschatting	81
5.4	Behandeltijd	82
5.5	Urgentie	83
5.5.1	Inhaalzorg	84
5.5.2	Vervolgzorg	85
5.6	Wachttijden	85
5.7	Ziekteverzuim	91
5.8	Bezettingsgraad V&V aanbieders	91
5.9	Aantal wachtenden WLZ	91
5.10	Werkvoorraad	92

# 1 Inleiding

Covid-19 heeft een zware wissel getrokken op de toegankelijkheid van de zorg. Nog altijd heeft de zorg aan coronapatiënten gevolgen voor de reguliere zorg. Vooral de niet-urgente en planbare zorg werd langdurig afgeschaald om ruimte te bieden aan de zorg voor coronapatiënten. Een deel van deze afgeschaalde zorgvraag is inmiddels verdwenen, omdat bijvoorbeeld klachten zijn verminderd of er is gekozen voor een andere behandeling. Een ander deel van deze zorg zal nog moeten worden ingehaald. Actuele ontwikkelingen, zoals de RS-uitbraak onder jonge kinderen afgelopen zomer, maar ook de huidige stijgende druk door Covid-19 in de ziekenhuizen spelen hierbij bijvoorbeeld een rol. Daarnaast is het herstelplan voor zorgpersoneel in werking getreden. Er zijn dus verschillende factoren met een mogelijke rol bij het kunnen inhalen van zorg.

Het doel van dit rapport is om een beeld te krijgen van de huidige stand van de (inhaal)zorg en de toegankelijkheid hiervan, en te monitoren hoe dit ontwikkelt. Hierdoor kunnen we knelpunten signaleren, en ingrijpen als dat nodig is. Dit rapport wordt maandelijks uitgebracht, en zal regelmatig worden aangevuld met nieuwe inzichten. Het vormt een vervolg op de rapporten die we van mei 2020 tot juni 2021 uitbrachten, waarin we de gevolgen van de coronacrisis voor de reguliere zorg in beeld brachten.

## 1.1 Samenvatting

Er zijn veel signalen dat de druk op de zorg de afgelopen weken weer is opgelopen, met name in de eerstelijnszorg en in de ziekenhuizen. Daarbij zien we grote verschillen per regio. Redenen die worden genoemd voor de hoge druk zijn een tekort aan zorgprofessionals en de combinatie van toenemende Covid-zorg en reguliere zorg. Met de stijgende besmettingscijfers is de verwachting dat de druk de komende weken verder zal stijgen.

Steeds meer ziekenhuizen schalen de reguliere zorg weer af. Inmiddels is 9.4% van de operatiekamers afgeschaald. Op dit moment geven 5 ziekenhuizen aan de kritiek planbare zorg (FMS-klasse 3) deels te kunnen leveren en 13 ziekenhuizen kunnen niet alle reguliere planbare zorg (klasse 4 en 5) meer leveren. De toenemende druk op de IC treft met name zorg die afhankelijk is van de IC. Hierdoor is de beschikbaarheid van sommige behandelingen, zoals thoraxchirurgie (zeer) beperkt.

Ook in de vervolgzorg zien we een oplopende druk in de verpleeghuizen en woonzorgcentra en in iets mindere mate in de GHZ en GGZ. Dit alles betekent dat zorgverzekeraars, ziekenhuizen, zelfstandige klinieken en zorgprofessionals goede afspraken moeten maken over welke reguliere zorg geleverd moet worden en waar precies en dat zij de toegang tot acute zorg moeten borgen. De NZa heeft zorgverzekeraars gevraagd hun coördinerende rol hierbij nog meer op te pakken.

### Werkvoorraad ziekenhuizen

Alle ziekenhuizen en klinieken leveren op dit moment zorg aan patiënten voor wie de zorg was uitgesteld. Door deze uitgestelde zorg is in de meeste ziekenhuizen de werkvoorraad – dus het aantal mensen op een wachtlijst voor een ingreep – groter dan in 2019.

Van 44 van de 73 ziekenhuizen is inmiddels bekend hoeveel de werkvoorraad in uren is toegenomen. Deze 44 ziekenhuizen hebben afspraken met verzekeraars gemaakt om de werkvoorraad terug te brengen. Omgerekend gaat dit naar schatting om 61.000 operaties die zij extra willen inplannen de komende tijd.

Onze schatting is dat in totaal bij alle Nederlandse ziekenhuizen maximaal 180 tot 200 duizend operaties nog extra uitgevoerd moeten worden. Ongeveer de helft hiervan zien we op dit moment terug in de geschatte werkvoorraad van alle ziekenhuizen. Het beeld wisselt per specialisme. Chirurgie en urologie bijvoorbeeld hebben het beeld van de inhaalzorg vrijwel compleet, maar orthopedie, plastische chirurgie en gynaecologie hebben ongeveer de helft in beeld. Dit betekent dat tenminste een deel van de mensen met artrose-, bekkenbodemp- of oogklachten nog niet verwezen is naar het ziekenhuis.

Op basis van de werkvoorraad verwachten we een belasting van de IC met naar schatting bijna 2.500 extra IC-dagen. Dit is evenveel als 150 coronapatiënten die op de IC belanden. Hoewel de IC-afhankelijke zorg verder onder druk komt te staan, zien we dit nog niet terug in de werkvoorraad. De werkvoorraad die nu bekend is voor thoraxchirurgie is iets lager dan in 2019 en is dus niet meegeteld in de berekening van de IC-dagen.

Met de in te halen operaties is ook vervolgzorg gemoeid. Uitgaande van de nog extra uit te voeren 200 duizend operaties verwachten we dat ca. 10 duizend patiënten na hun ingreep enkele maanden fysiotherapie of andere paramedische zorg nodig hebben, die zij vóór de ingreep niet nodig hadden. Op de wijkverpleging zal door zo'n 8.000 patiënten extra gedurende ca. een maand een beroep worden gedaan. De impact hiervan op de paramedische zorg en wijkverpleging is gering, ook omdat de inhaalzorg en daarmee de vervolgzorg verspreid over een langere periode zal plaatsvinden.

### Productie ZBC's

De zelfstandige klinieken leveren inmiddels zorg boven het niveau van voor de coronacrisis en de verwijzingen naar deze klinieken zijn gestegen. Van de operaties die tijdens de coronacrisis in de ziekenhuizen zijn uitgesteld, is ca. 10% inmiddels in een zbc ingehaald. Een groter deel van alle patiënten die verwezen worden door de huisarts voor medisch specialistische zorg wordt nu verwezen naar zelfstandige klinieken. Dit maakt dat ziekenhuizen iets meer ruimte hebben om in te lopen op de werkvoorraad.

### Wachttijden

In de meeste regio's zijn de wachttijden stabiel. De NZa signaleert verschillen in wachttijden tussen regio's. Voor een aantal behandelingen waarvoor we veel inhaalzorg verwachten, zoals heup- en knie vervanging, liesbreuk en incontinentieoperaties, is de wachttijd gemiddeld 1 – 5 weken langer dan voor de coronacrisis. Dit is in lijn met de toegenomen werkvoorraad.

## 1.2 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 geven we een overzicht van de MSZ, met name de verwijzingen van huisartsen, de productie en de wachttijden. Daarnaast maken we een schatting van de grootte van de afname van de zorgvraag tijdens de coronacrisis, in termen van het aantal verwijzingen en ingrepen dat minder is gedaan tijdens de coronacrisis. Ook schatten we hier de omvang van de inhaalzorg en kijken we naar de vervolgzorg. In hoofdstuk 3 ligt de focus de langdurige zorg. In hoofdstuk 4 gaan we in op de verwijzingen en wachttijden in de ggz. Een toelichting op de gebruikte data en de uitgevoerde bewerkingen voor al deze hoofdstukken volgt in de bijlage van dit rapport.

## 2 Ziekenhuiszorg

In dit hoofdstuk kijken we allereerst naar verwijzingen gedurende de coronacrisis (hoofdstuk 2.1). Daarna kijken we hoe de wachttijden zich ontwikkeld hebben (hoofdstuk 2.2), kijken we naar de (ontwikkeling van de) druk op de zorg (hoofdstuk 2.3), en gaan we dieper in op de productie (hoofdstuk 2.4). Tot slot kijken we naar gemiste ingrepen, inhaalzorg en werkvoorraad (hoofdstuk 2.5).

Iedere paragraaf begint met een vergelijking tussen de periode voor de coronacrisis en de periode tot nu. Vervolgens kijken we naar de meest recente ontwikkelingen.

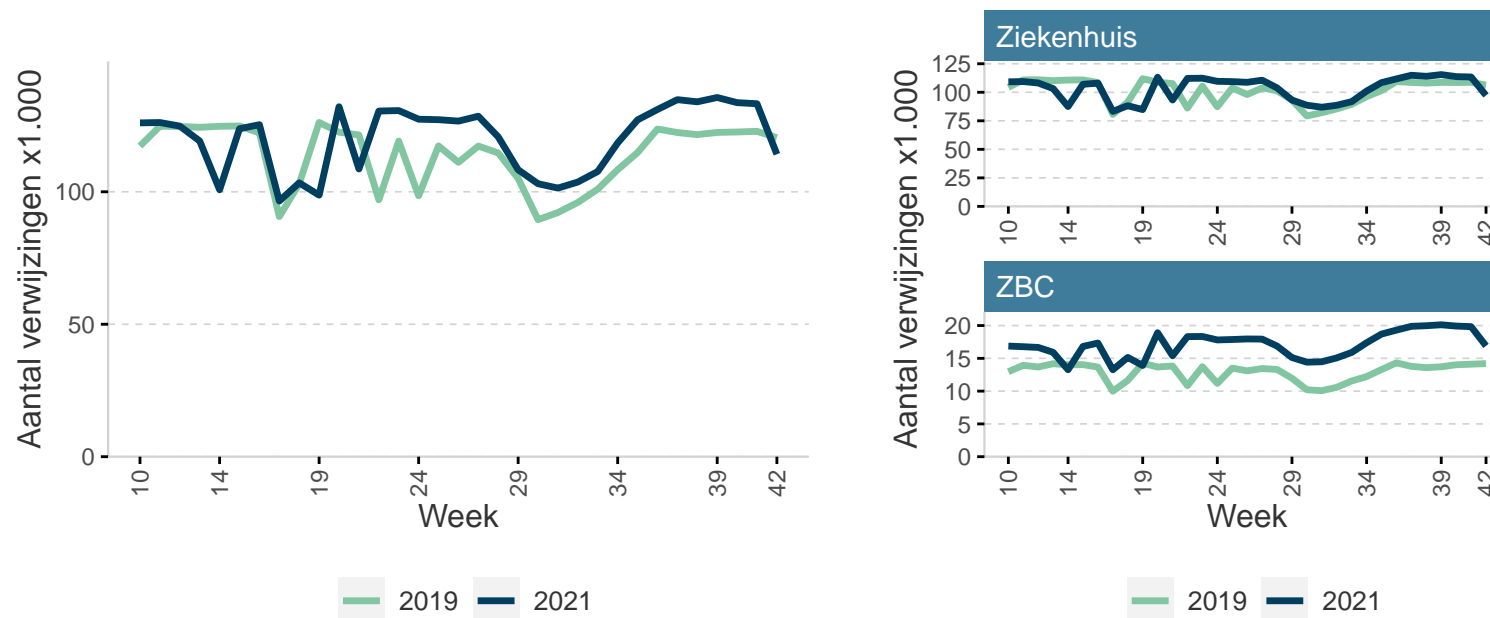
## 2.1 Verwijzingen ZorgDomein

### Landelijke verwijzingen

In Figuur 1 wordt het verwijzvolume getoond voor 2019 en 2021, met daarin het landelijke beeld (links) en met een uitsplitsing naar ziekenhuizen en zelfstandig behandelcentra (ZBC's; rechts). De referentielijn voor 2021 is die van 2019. De verwachting is dat het aantal verwijzingen per week in 2021 hoger zou liggen (zonder de effecten van de coronacrisis) 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 coronacrisis).<sup>1</sup>

We zien dat het aantal verwijzingen in de afgelopen maand vrij stabiel is gebleven, met een dip in de laatste week door de herfstvakantie (week 42). Het niveau ligt de afgelopen maand (behalve week 42) boven het niveau van 2019, maar gezien de extra aangesloten instellingen zouden we verwachten dat het aantal verwijzingen daar nog wat verder boven zou liggen. Daarnaast zien we dat het aantal verwijzingen naar ZBC's ruim boven het niveau van 2019 ligt. In week 42 hebben landelijk 114 duizend verwijzingen plaats gevonden.

Figuur 1: Landelijk en uitgesplitst (ziekenhuis/ZBC) verwijzvolume 2019 en 2021 per week

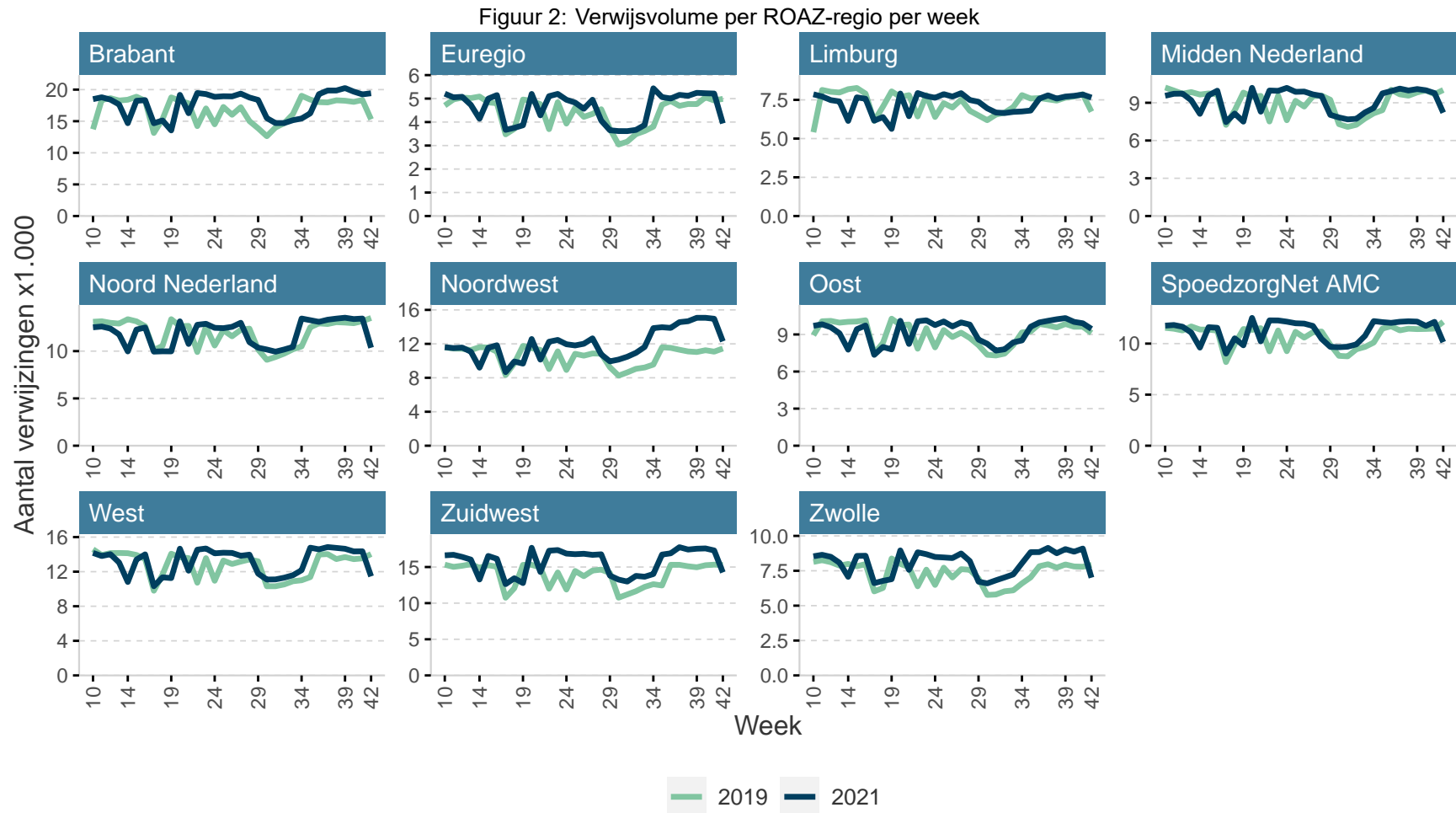


<sup>1</sup> Bij het schatten van het aantal gemiste verwijzingen door de coronacrisis (paragraaf 2.4) corrigeren we wel voor het hogere verwachte aantal verwijzingen.

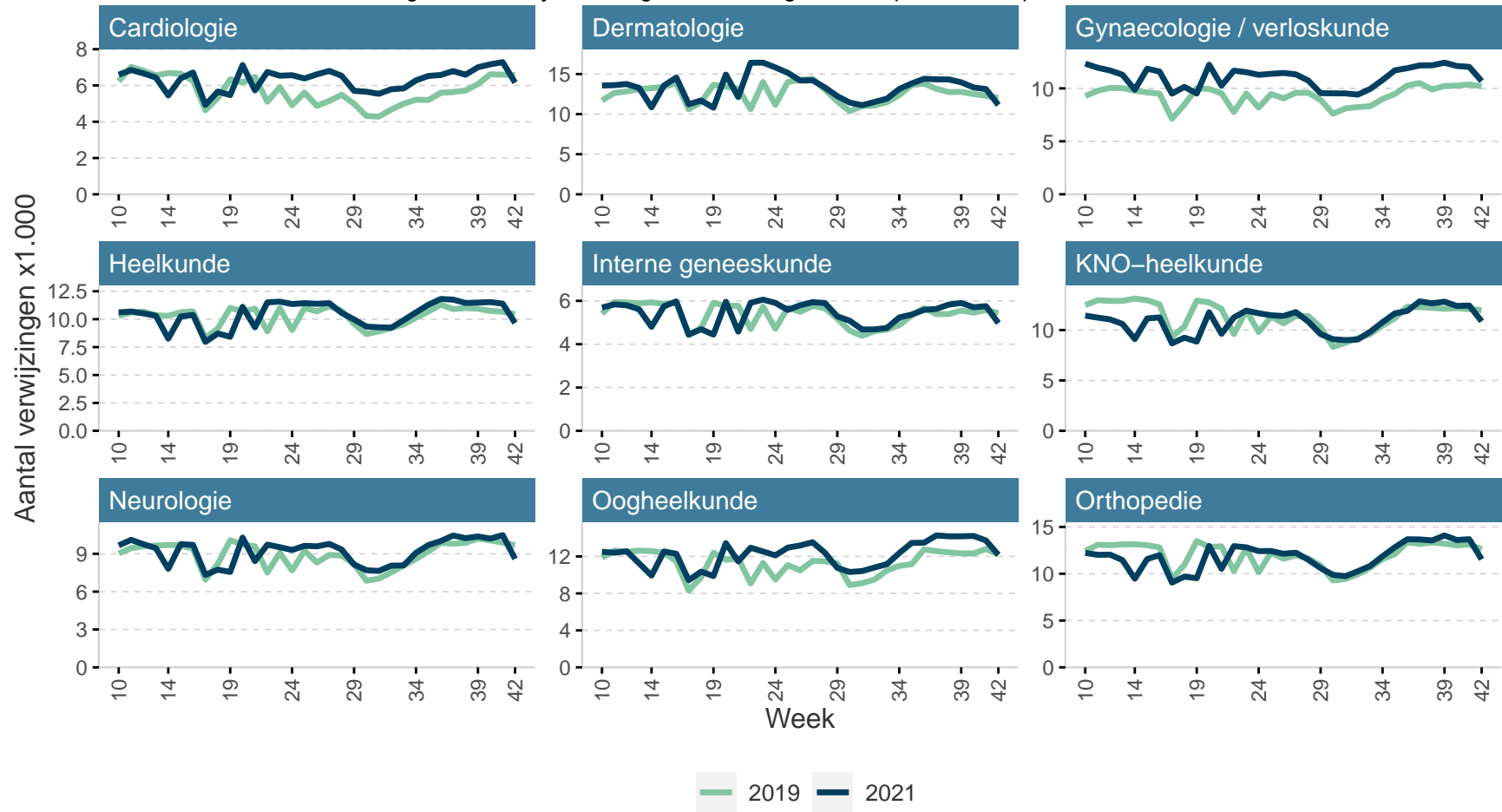


### Verwijzingen per ROAZ-regio en specialisme

In Figuur 2 wordt het verwijzvolume uitgesplitst naar ROAZ-regio. Een uitsplitsing naar specialisme volgt in Figuur 3. We zien hierdat het aantal verwijzingen de afgelopen maand (met uitzondering van week 42) in alle ROAZ-regio's boven of rond het niveau van 2019 ligt. Dit komt overeen met het beeld van vorige maand. Gezien de extra aangesloten instellingen zouden we een iets grotere stijging verwachten. Het aantal verwijzingen in de 9 getoonde specialismen ligt in de afgelopen maand boven of rond het niveau van 2019 (met uitzondering van week 42).



Figuur 3: Verwijsvolume grootste 9 ZorgDomein specialismen per week

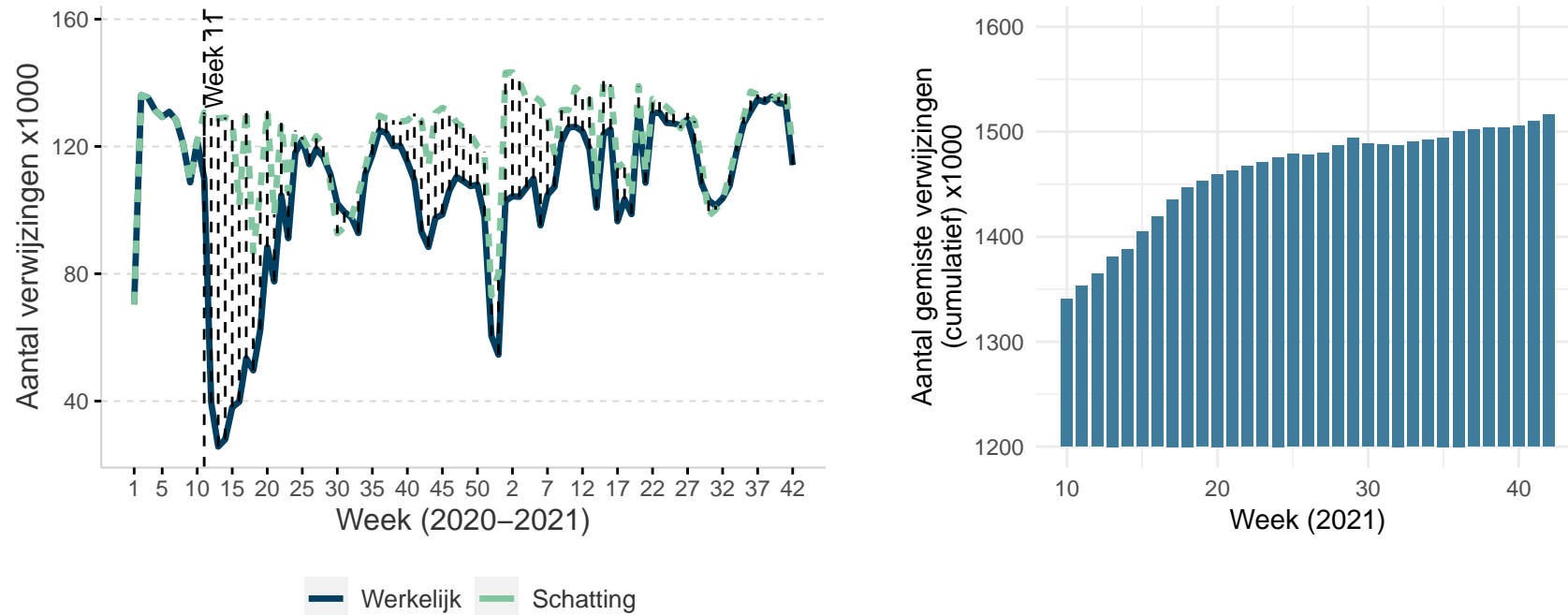


### Schatting aantal gemiste verwijzingen

In dit onderdeel maken we een schatting van het aantal gemiste verwijzingen. Dat doen we door de groei van voorgaande jaren te extrapoleren (zie bijlage voor een uitgebreide beschrijving).

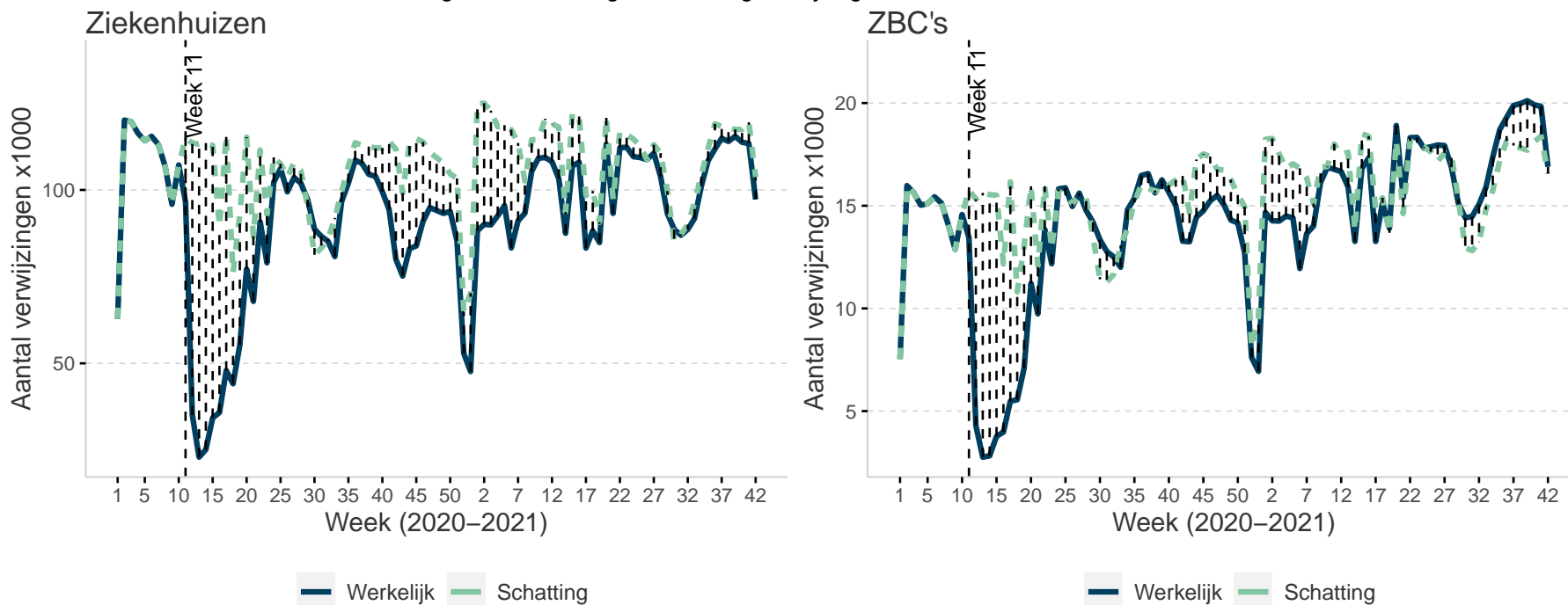
**Landelijk** In totaal zijn er ruim 1.516 miljoen minder verwijzingen dan verwacht geweest sinds de start van de coronacrisis (zie Figuur 4). Op dit moment ligt het aantal verwijzingen op 95% van het verwachte aantal verwijzingen zonder coronacrisis. In de laatste 2 weken is het aantal verwijzingen 10 duizend minder dan verwacht.

Figuur 4: Schatting ontwikkeling verwijzingen



**Splitsing ziekenhuis/ZBC** We hebben aantal verwijzingen opgesplitst in ziekenhuizen en ZBC's (Figuur 5). We zien de laatste maanden dat het aantal verwijzingen naar ZBC's ruim hoger is dan wat je op basis van onze verwachting zou schatten.

Figuur 5: Schatting ontwikkeling verwijzingen voor ziekenhuizen/ZBC's



## 2.2 Wachttijden

De wachttijden in de medisch specialistische zorg laten zien hoe lang het gemiddeld duurt om een afspraak in te plannen voor de polikliniek, voor diagnostiek en voor behandeling als er geen indicatie is voor spoed. Dit geeft een indicatie voor de hoeveelheid inhaalzorg die al kan worden ingepland en de extra tijd die patiënten moeten wachten op zorg. Ook identificeren we welke inhaalzorg - zoals geïdentificeerd in het vorige hoofdstuk - de langste wachttijden kent en waar de grootste knelpunten zijn of dreigen te ontstaan.

Daarnaast kijken we naar lokale verschillen in wachttijden en veranderingen in wachttijden om te zien of de toegankelijkheid gelijk blijft in het hele land. Daarbij vergelijken we de wachttijden met de Treeknormen<sup>2</sup> die voor deze wachttijden gelden. Voor veel behandelingen waren de wachttijden al langer dan de Treeknorm en is een verdere verslechtering extra onwenselijk.

Per 1 augustus 2021 is de nieuwe regeling aanlevering wachttijden MSZ<sup>3</sup> ingegaan. In het eerste gedeelte van het hoofdstuk vindt u analyses gebaseerd op de meest actuele data. Het tweede gedeelte bevat analyses met data op basis van de oude regeling.

### Actuele wachttijden vanaf augustus 2021

In Figuur 6 zien we de ontwikkeling van de gemiddelde wachttijden volgens de nieuwe wachttijdenregeling (per 1 augustus 2021). Gemiddeld genomen blijven de wachttijden de laatste maanden ongeveer op hetzelfde niveau. Hierbij zien we dat er bij de ene regio sprake kan zijn van een stijgende trend, terwijl er een daling gaande is bij een andere regio. Met name in Noord Nederland en Midden Nederland zijn de wachttijden langer dan gemiddeld.

Figuur 7 gaat in op de regionale verschillen tussen negen relevante behandelingen. Deze behandelingen zijn uitgelicht omdat ze gedurende de coronacrisis sterk gestegen zijn en/of op dit moment een hoge werkvoorraad hebben. De getoonde wachttijden zijn een gemiddelde van de laatste twee meetpunten. Vooral voor de behandelingen met langere wachttijden zien we ook grotere verschillen tussen regio's. Voor deze behandelingen kan bovenregionale bemiddeling helpen voor mensen die eerder geholpen willen worden.

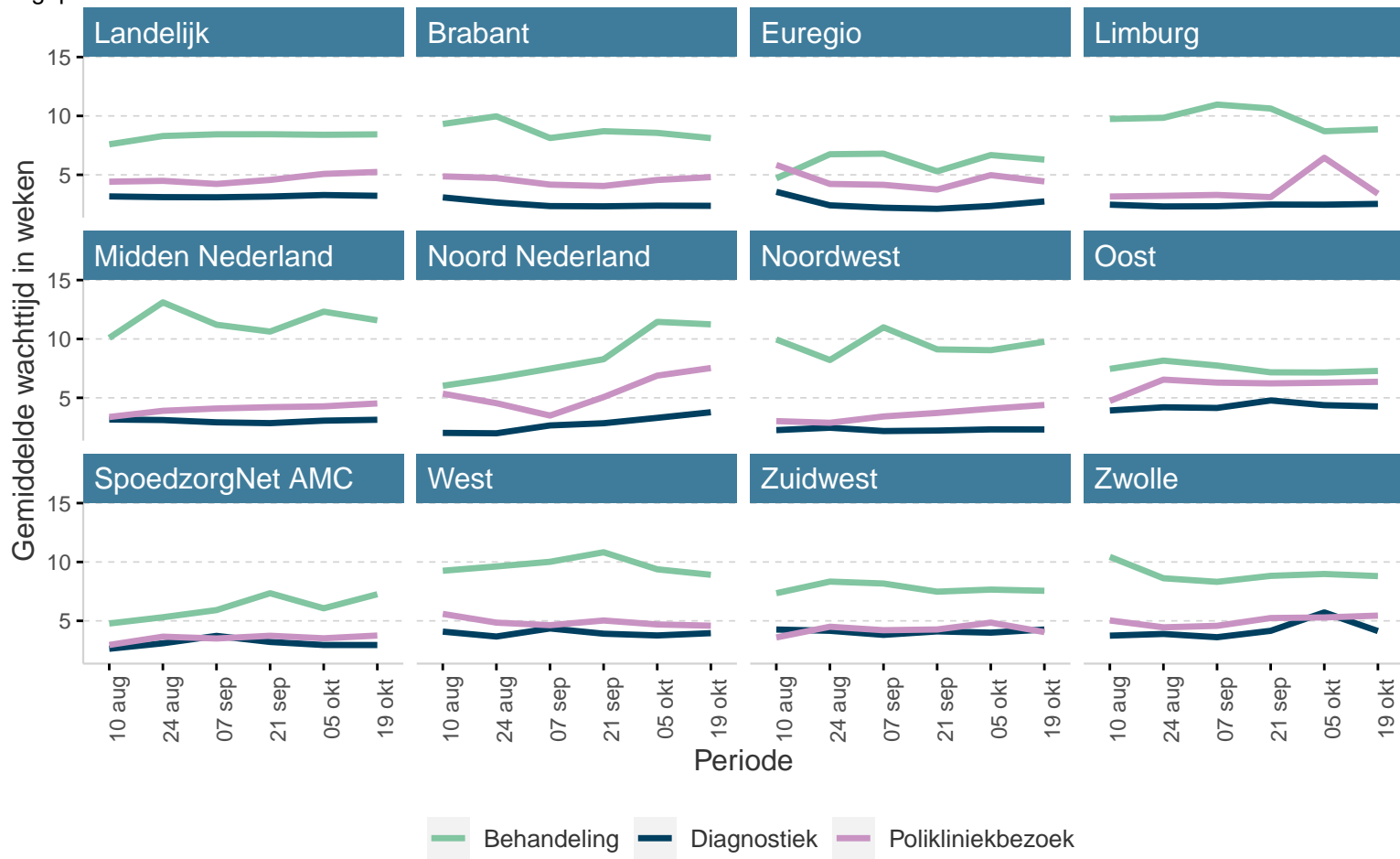
Een lange wachttijd kan ook samenvallen met behandelingsduur (bijvoorbeeld borstreconstructie in een oncologisch traject). De cijfers over de wachttijden worden meegenomen in gesprekken met de regio's en patiëntenorganisaties.

---

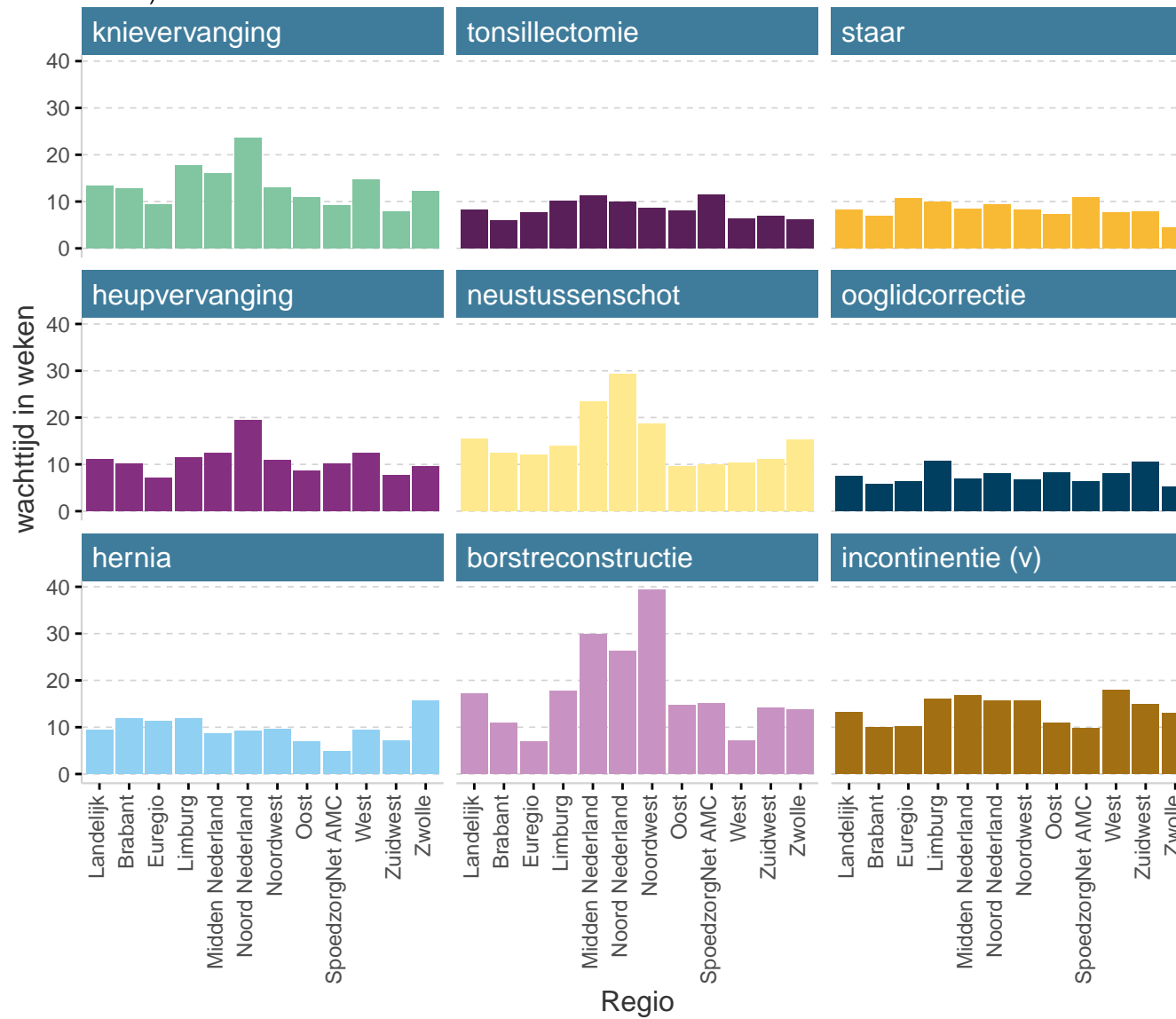
<sup>2</sup> De maximaal aanvaardbare wachttijd die door zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk is overeengekomen (de Treeknorm) bedraagt voor de toegang tot de polikliniek en diagnostiek 4 weken. Voor behandeling is de maximaal aanvaardbare wachttijd 7 weken

<sup>3</sup> Regeling Aanleveren wachttijden medisch-specialistische zorg (NR/REG-2127)

Figuur 6: De gemiddelde wachttijd voor behandeling, diagnostiek en polikliniek per regio. NB: in eerdere versies werd hier het aantal wachttijden boven de treeknorm geplot.



Figuur 7: De verschillen in wachttijd per regio voor 9 behandelwachtlijden. De weergegeven wachttijd is het gemiddelde van de laatste 2 peildatum (5 oktober 2021 en 19 oktober 2021).



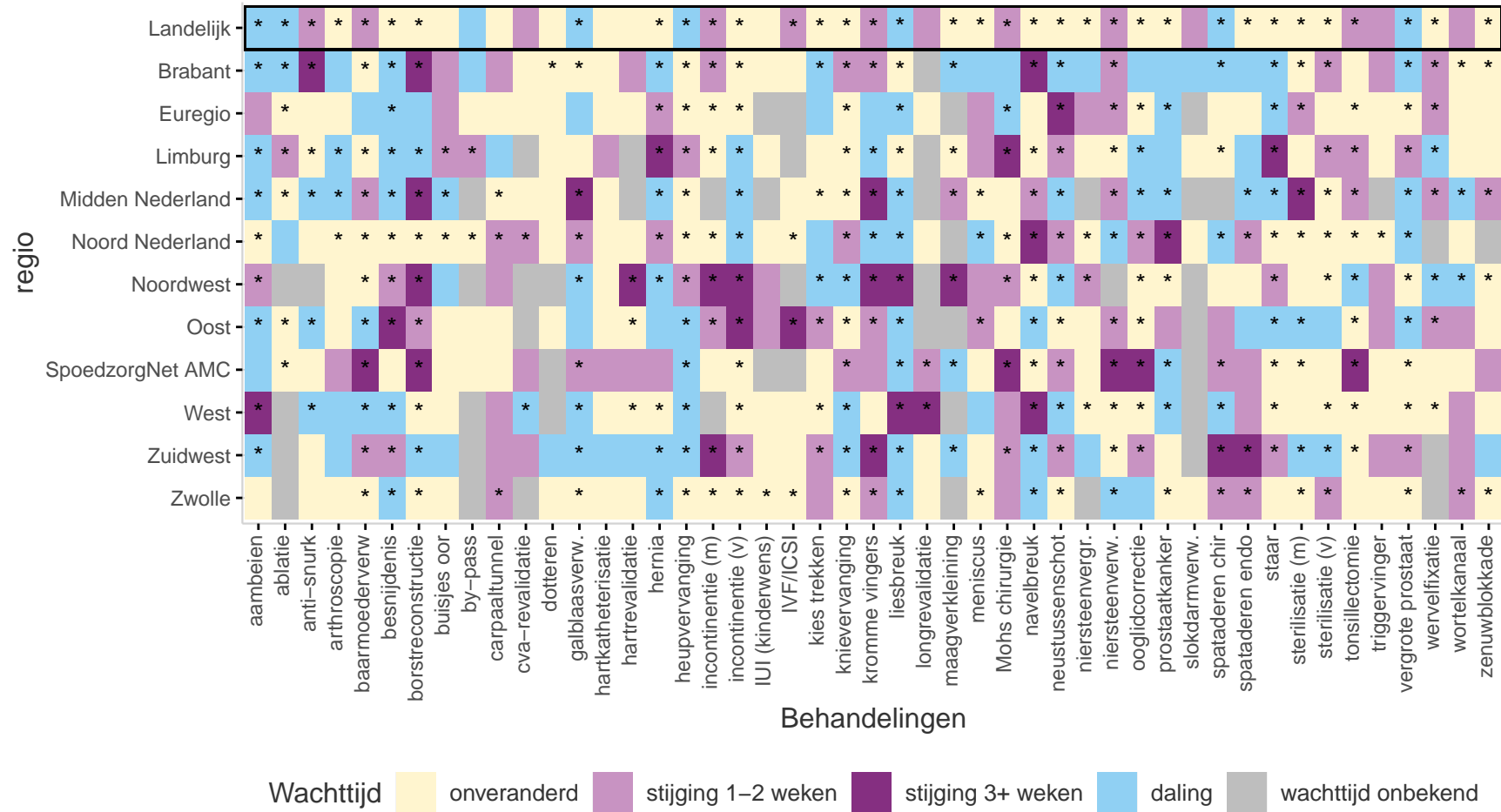
De recente ontwikkelingen voor alle wachttijden voor het type 'behandeling' is te vinden in Figuur 8. Hierin zien we per type behandeling het verschil tussen de gemiddelde wachttijd in de afgelopen peildatum (19 oktober 2021) ten opzichte van de peildatum daarvoor (5 oktober 2021).

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 wachttijd onbekend. Deze laatste categorie ('wachttijd onbekend') betekent dat voor deze behandeling in één of meerdere peildatums 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 8 zijn te vinden in Tabel 1.

We zien net als in Figuur 6 en Figuur 7 dat de ontwikkeling van de wachttijden afhangt van de regio en betreffende behandeling.



Figuur 8: Het landelijke en regionale (ROAZ-regio) verschil tussen de gemiddelde wachttijd van de laatste peildatum ten opzichte van de peildatum ervoor. Indien er in één of meerdere maanden geen wachttijd in de regio beschikbaar is valt deze regio / wachttijd combinatie in de categorie 'wachttijd onbekend'. Regio's met een gemiddelde wachttijd boven de Treeknorm in de laatst beschikbare maand zijn gemarkeerd met een \*.



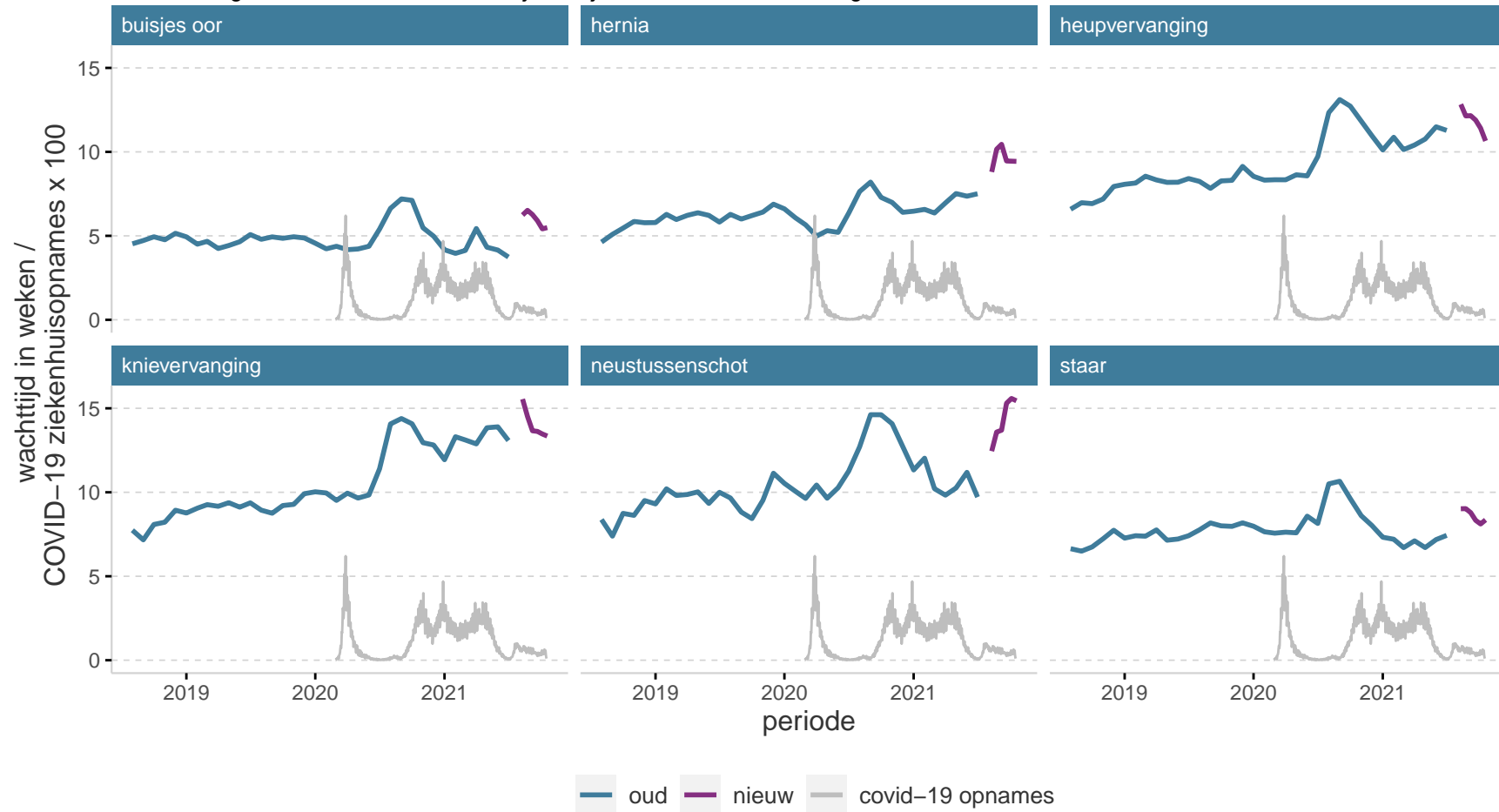
Tabel 1: Overzicht totalen behandelwachtijden behorende bij Figuur 8

Regio	daling	onveranderd	stijging 1-2 wk	stijging 3+ wk	boven treeknorm	totaal
Landelijk	8	26	13	0	33	47
Brabant	19	14	10	3	28	46
Euregio	10	24	8	1	18	43
Limburg	11	19	10	3	26	43
Midden Nederland	15	12	7	4	32	38
Noord Nederland	9	25	8	2	32	44
Noordwest	9	12	10	7	28	38
Oost	13	15	12	3	24	43
SpoedzorgNet AMC	5	19	13	6	21	43
West	12	21	4	4	27	41
Zuidwest	18	8	13	4	26	43
Zwolle	6	27	8	0	24	41

#### Wachttijden voor en tijdens de coronacrisis

Vanwege de verschillen tussen de oude en nieuwe wachttijden regeling is het lastig om ontwikkelingen over heel 2021 te volgen. In figuur 9 zien we 6 behandelingen die zowel in de oude als in de nieuwe regeling uitgevraagd worden. We moeten zeer terughoudend zijn bij het vergelijken van de beide methodes, maar wat we wel kunnen doen is kijken naar de trends. De wachttijd voor een operatie aan het neustussenschot is sinds augustus stijgende, tegelijk met het aantal ziekenhuisopnames per dag. De wachttijden voor oorbuisjes, heupoperaties, knieoperaties en staar zijn sinds augustus dalend. Dit duidt erop dat deze zorg op veel plaatsen al wordt ingehaald.

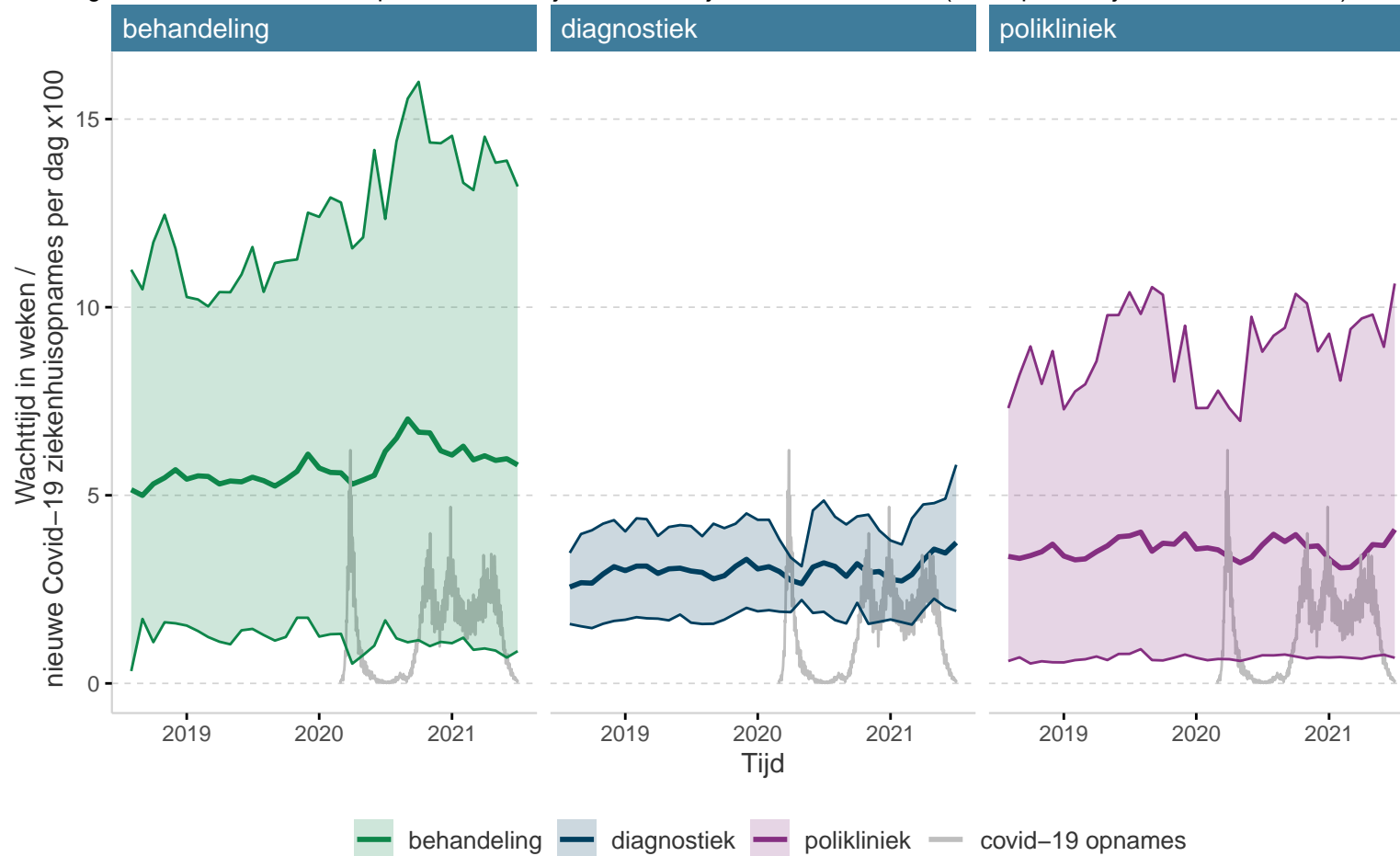
Figuur 9: Trends in de wachttijden bij een aantal 6 behandelingen met de oude en nieuwe rekenmethode.



Hieronder is het wachttijdverloop geplot van de gemiddelde wachttijden van januari 2018 t/m juli 2021. Veel wachttijden fluctueerden ook al voor de coronacrisis. Dit maakt het lastig om te zeggen wat het effect van de coronacrisis precies is. Als er minder behandelingen kunnen plaatsvinden, stijgt de wachttijd. Als er minder doorverwijzingen zijn, daalt de wachttijd. Deze effecten kunnen elkaar opheffen. Hierdoor kan het zijn dat de wachttijd hetzelfde bleef, terwijl er minder zorg geleverd kon worden. In het hoofdstuk over de werkvoorraad beschrijven we de relatie tussen de inhaalzorg en het verloop

van de wachttijden gedurende de coronacrisis. Voor de meeste aandoeningen waar de werkvoorraad is toegenomen, omdat operaties zijn uitgesteld, is de wachttijd ook met enkele weken toegenomen. Alleen bij staaroperaties is de wachttijd juist iets gedaald.

Figuur 10: Gemiddeld verloop van de wachttijden voor en tijdens de coronacrisis (bron opnamecijfers: NICE via RIVM)

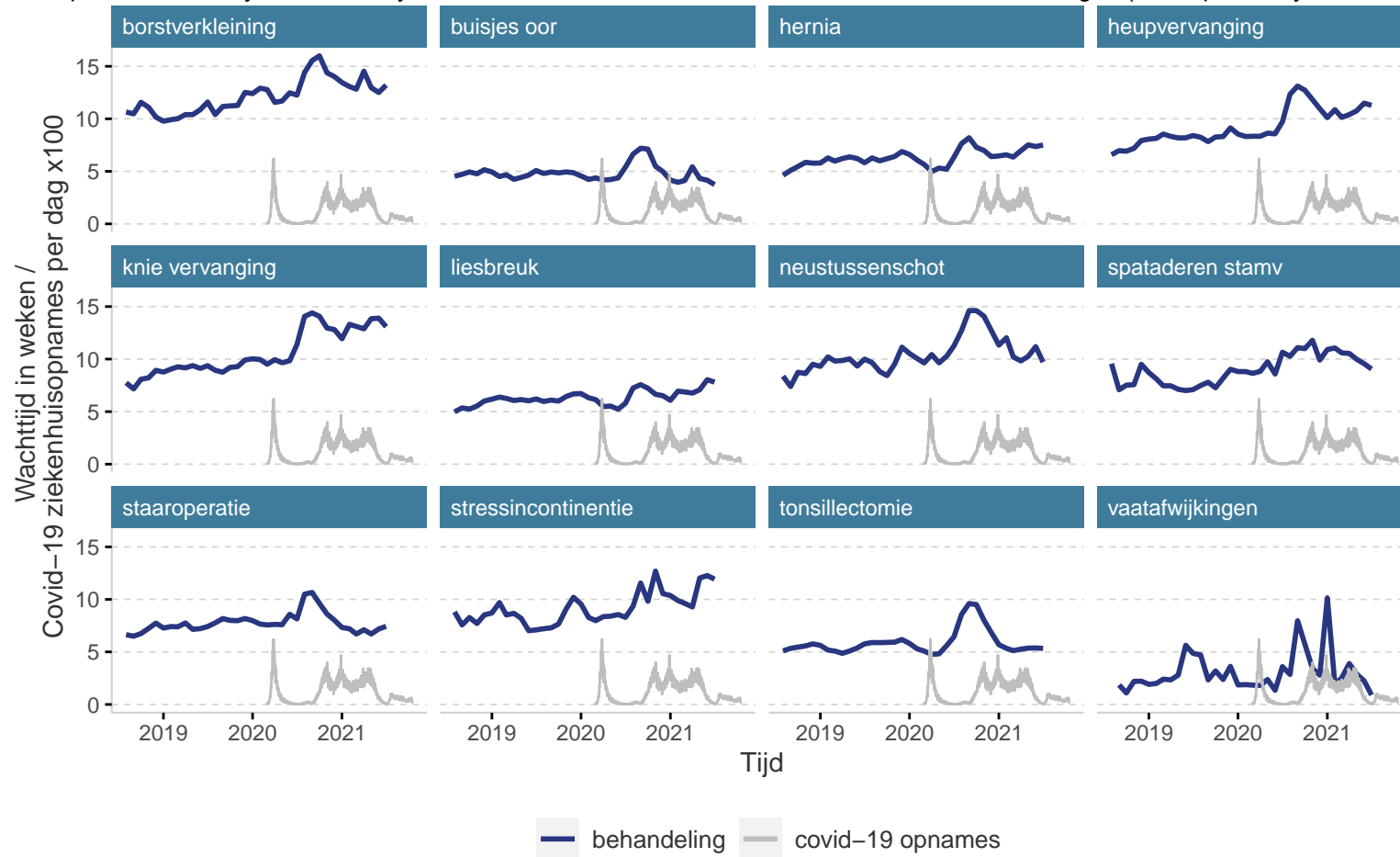


Opvallend is dat de wachttijden voor polikliniekbezoek en diagnostiek nauwelijks zijn veranderd. Voor behandelingen is de gemiddelde wachttijd wel opgelopen. In Figuur 11 is voor een aantal veelvoorkomende behandelingen de ontwikkeling van de wachttijd apart weergegeven. Voor behandelingen

met weinig verwachte inhaalzorg, zoals tonsillectomie en buisjes (zie hoofdstuk 1), is de wachttijd weer op het oude niveau van voor de coronacrisis. Voor behandelingen met relatief veel inhaalzorg varieert het beeld. Bij oogheelkunde zijn de wachttijden zelfs iets afgenomen. Mogelijk kan door de korte operatietijd (veelal 15 minuten of minder) een oplopende vraag sneller worden ingelopen. Het kan ook zijn dat hier nog sprake is van achterblijvende vraag en deze patiënten nog op de wachtlijst moeten komen.

Bij heupvervangning (+2,9 weken), knievervangning (+4,3 weken) en operatieve behandeling van stressincontinentie (+4,6 weken) is de gemiddelde wachttijd van mei t/m juli 2021 ten opzichte van dezelfde periode in 2019 het meest toegenomen. Dit betreft klinische zorg en deze behandelingen behoren tot de top 10 van de in te halen operatieve zorg. Bij andere voorbeelden van chirurgische behandelingen zoals varices (+2,4 weken) en liesbreuk (+1,5 weken) was de toename geleidelijker. Bij varices (spataderen) was er in juli al weer duidelijk een daling waarneembaar.

Figuur 11: Verloop van de wachttijden voor en tijdens de coronacrisis van enkele veelvoorkomende behandelingen (bron opnamecijfers: NICE via RIVM)



## 2.3 Zorgbeeld

De NZa heeft ziekenhuizen gevraagd om informatie aan te leveren over de druk op de zorg. Sinds 10 november 2020 leveren ziekenhuizen deze aan via het Zorgbeeldportaal. In de volgende figuren laten we een aantal inzichten uit het Zorgbeeldportaal zien. Daarnaast laten we een aantal van de ontwikkelingen per regio over tijd zien. Deze ontwikkelingen worden per week weergegeven, waarbij de maandag en donderdag peilmomenten kunnen zijn. Bij de berekening is rekening gehouden met de verschillen in omvang van ziekenhuizen door het aantal normaal beschikbare operatiekamers mee te wegen. In de afgelopen week heeft 73.3% van de ziekenhuizen de data in het Zorgbeeldportaal geactualiseerd.

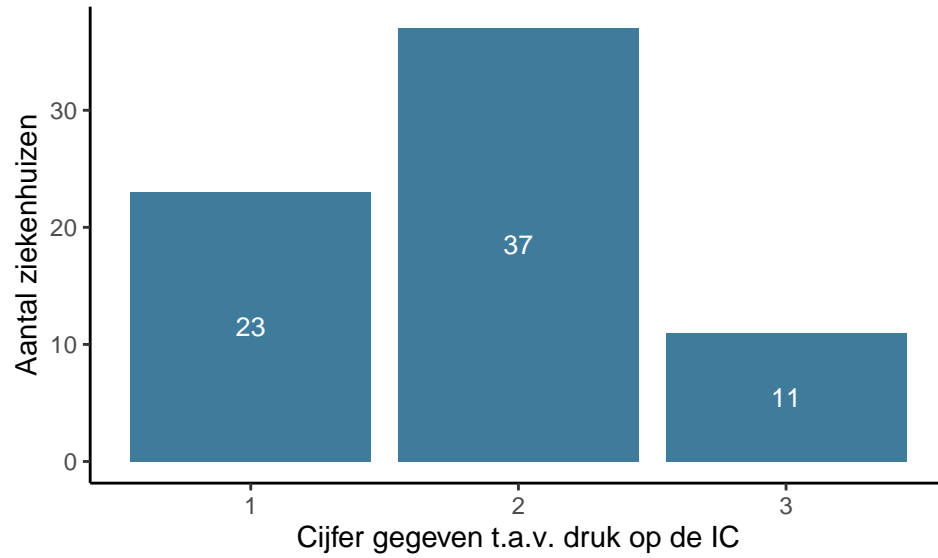
### Druk op de zorg

Aan de ziekenhuizen is gevraagd om een inschatting te maken van de druk op de IC en de kliniek. 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

**Druk op de IC** Onderstaand ziet u hoeveel ziekenhuizen welke mate van druk ervaren op het leveren van zorg op de IC. De aangegeven gewogen gemiddelde druk in Nederland op de IC is 1.9, dit is vergelijkbaar met vorige maand. Er zijn echter veel signalen uit het veld dat de gepercipieerde druk op de IC toeneemt.

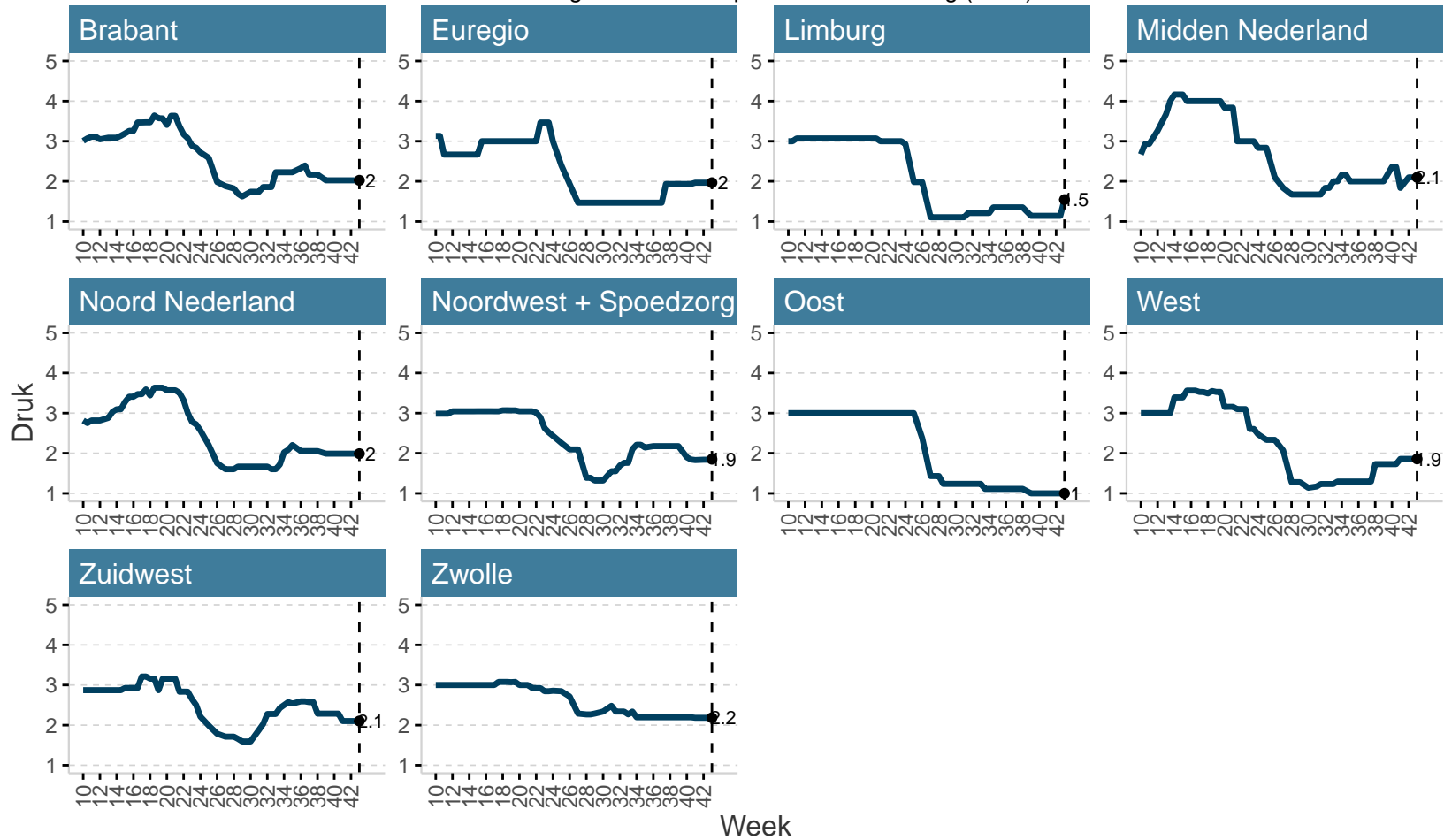
Figuur 12: Variatie tussen ziekenhuizen in druk op de IC





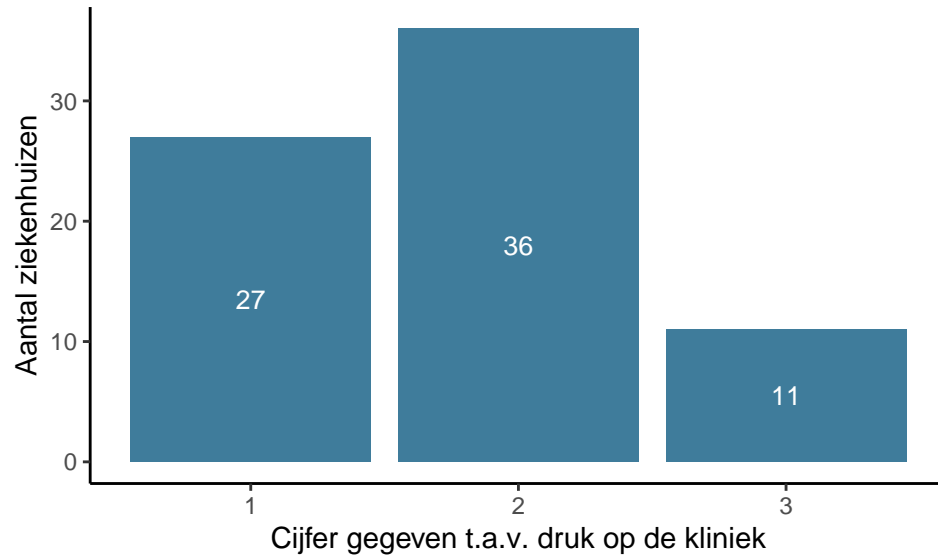
In de onderstaande figuur wordt per ROAZ-regio de ontwikkeling over de afgelopen maanden van de druk op de IC weergegeven.

Figuur 13: Druk op de IC - ontwikkeling (2021)



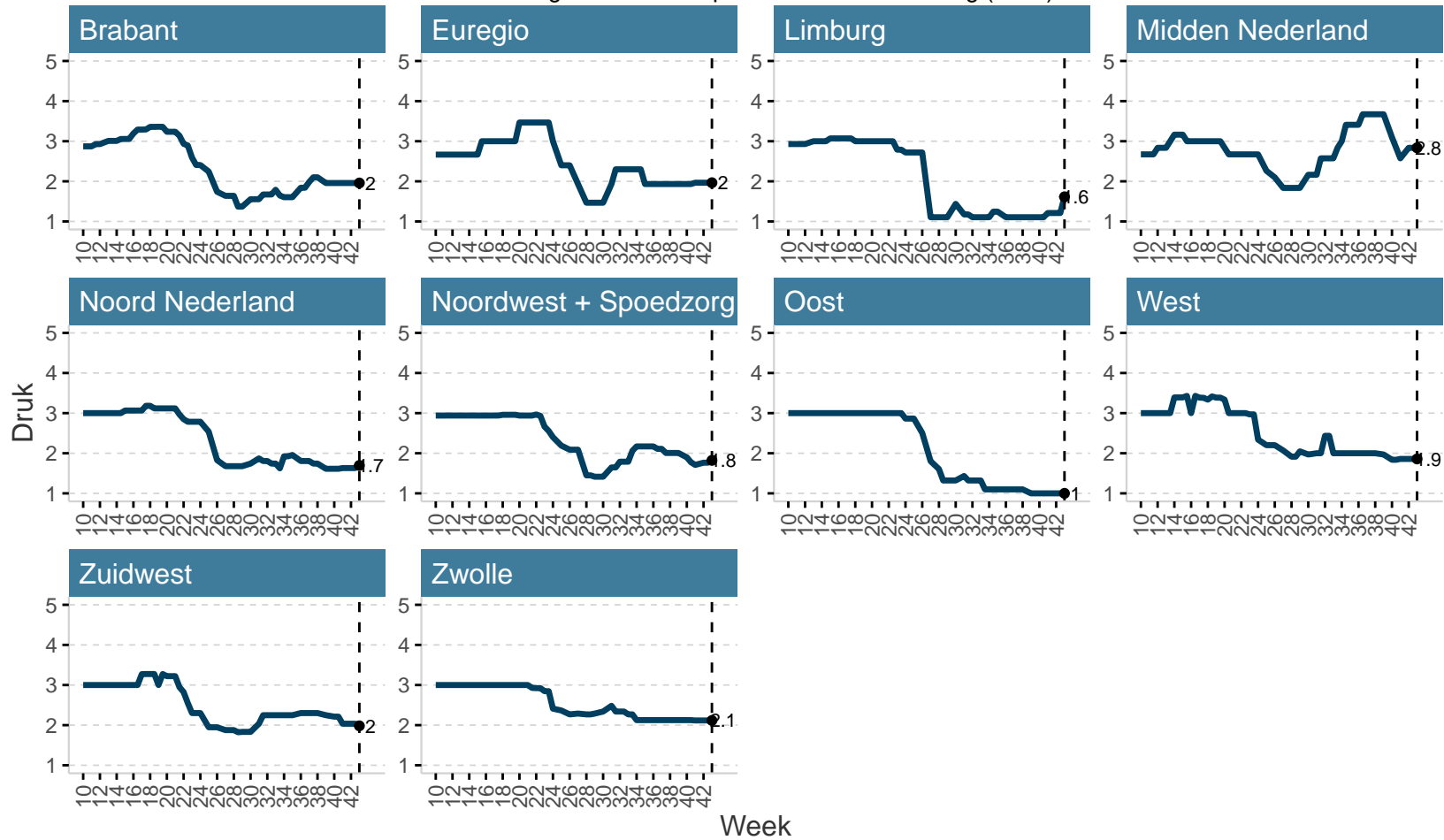
**Druk op de kliniek** Onderstaand ziet u hoeveel ziekenhuizen welke mate van druk ervaren op de zorg die geleverd wordt in de kliniek. De gewogen gemiddelde druk in Nederland op de kliniek is 1.9, ook dit is vergelijkbaar met vorige maand.

Figuur 14: Variatie tussen ziekenhuizen in druk op de kliniek



In de onderstaande figuur wordt per ROAZ-regio de ontwikkeling over de afgelopen maanden van de druk op zorg in een klinische setting weergegeven.

Figuur 15: Druk op de kliniek - ontwikkeling (2021)



### Doorgang kritiek planbare zorg

Alle ziekenhuizen kunnen kritiek planbare zorg (deels) leveren. Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft kritiek planbare zorg (hierna: KPZ<sup>4</sup>) volledig volgens planning te kunnen leveren is 89% (vorige maand was dit 86%). Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft deels KPZ volgens planning te kunnen leveren is 11%.

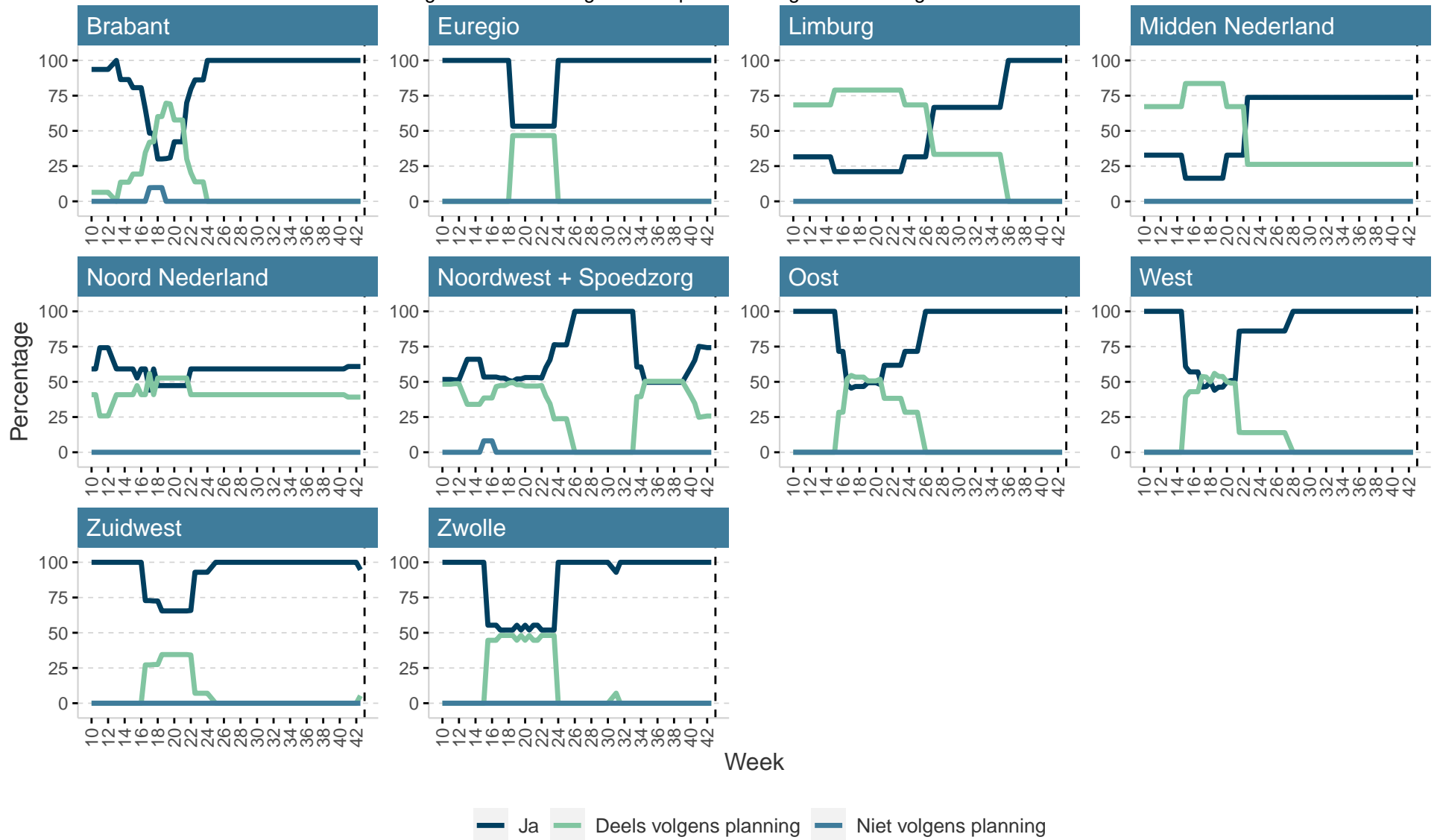
Wanneer de KPZ niet volgens planning wordt geleverd, betekent dit niet per definitie dat de KPZ langer dan 6 weken op zich laat wachten. Daarom is de ziekenhuizen gevraagd of de KPZ die deels of niet conform planning geleverd kon worden wel binnen 6 weken geleverd kon worden. Van de 5 ziekenhuizen die aangaven de KPZ slechts deels of volledig niet te kunnen leveren volgens planning, gaven 3 ziekenhuizen aan dit nog wel binnen 6 weken te kunnen leveren, 2 ziekenhuizen aan dit deels binnen 6 weken te kunnen leveren en 0 ziekenhuizen aan dit niet meer binnen 6 weken te kunnen leveren. In totaal kan 93.3% van de ziekenhuizen de KPZ volledig binnen 6 weken leveren.

Op de volgende pagina zien we per ROAZ-regio de ontwikkeling van het percentage van ziekenhuizen dat zegt de KPZ volledig niet, slechts deels, of volledig volgens de planning te kunnen leveren. Het gaat hier om percentages gewogen voor de grootte van het ziekenhuis.

---

<sup>4</sup> Hieronder valt zorg uit urgentieklasse 3, waarbij een aanmerkelijk risico op permanente gezondheidsschade dan wel verlies van levensjaren ontstaat bij uitstel > 6 weken.

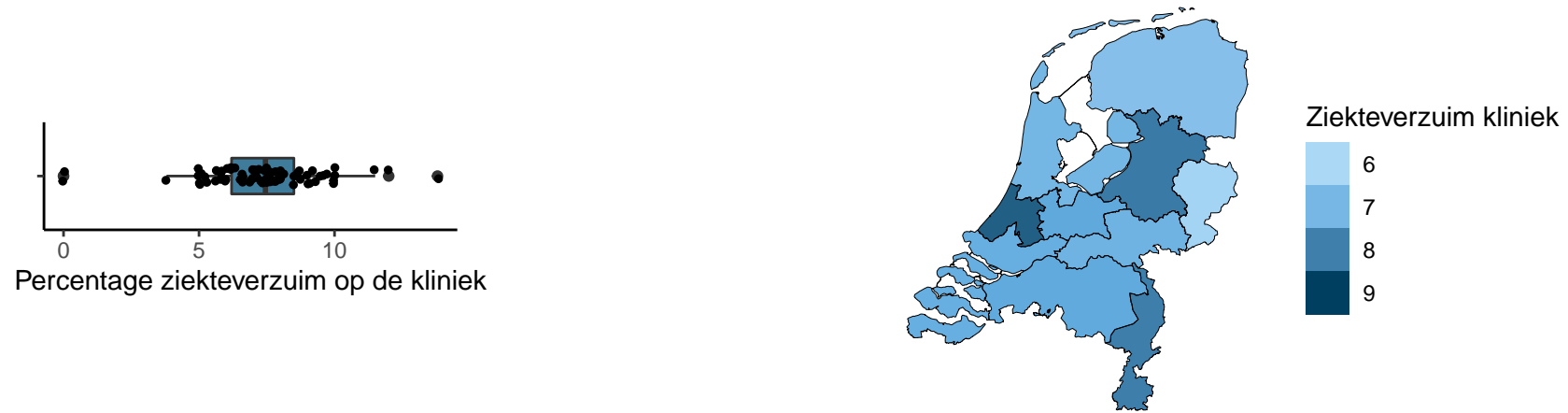
Figuur 16: Percentages kritiek planbare zorg - ontwikkeling



## Ziekteverzuim

**Ziekteverzuim onder zorgpersoneel - kliniek** Het gemiddelde percentage ziekteverzuim (in de kliniek) onder personeel dat direct zorg levert aan patiënten (inclusief personeel dat afwezig is door positieve coronatest, quarantaineverplichtingen etc.) is 7.4%. Dit is een stijging ten opzichte van vorige maand (6.8%). Zoals hieronder in figuur 17 (links) te zien is zijn er grote verschillen tussen ziekenhuizen. Ook zien we verschillen tussen ROAZ regio's (rechts). De range tussen de verschillende regio's loopt van 6.1% tot 8.5% (vorige maand was dit 5.2% tot 7.8%).

Figuur 17: Ziekteverzuim kliniek



Bron: Dataportal NZa

**Ziekteverzuim onder zorgpersoneel - IC** Het gemiddelde percentage ziekteverzuim op de IC onder personeel dat direct zorg levert aan patiënten (inclusief personeel dat afwezig is door positieve coronatest, quarantaine verplichtingen etc.) is 7.7%. Dit is een toename ten opzichte van vorige maand (7%)<sup>5</sup>. Zoals hieronder in figuur 18 (links) te zien is varieert dit percentage sterk tussen ziekenhuizen. Ook hier zien we verschillen tussen ROAZ regio's (rechts). De range tussen de verschillende regio's loopt van 5.4% tot 8.8% (vorige maand was dit 4% tot 8.6%).

Figuur 18: Ziekteverzuim IC



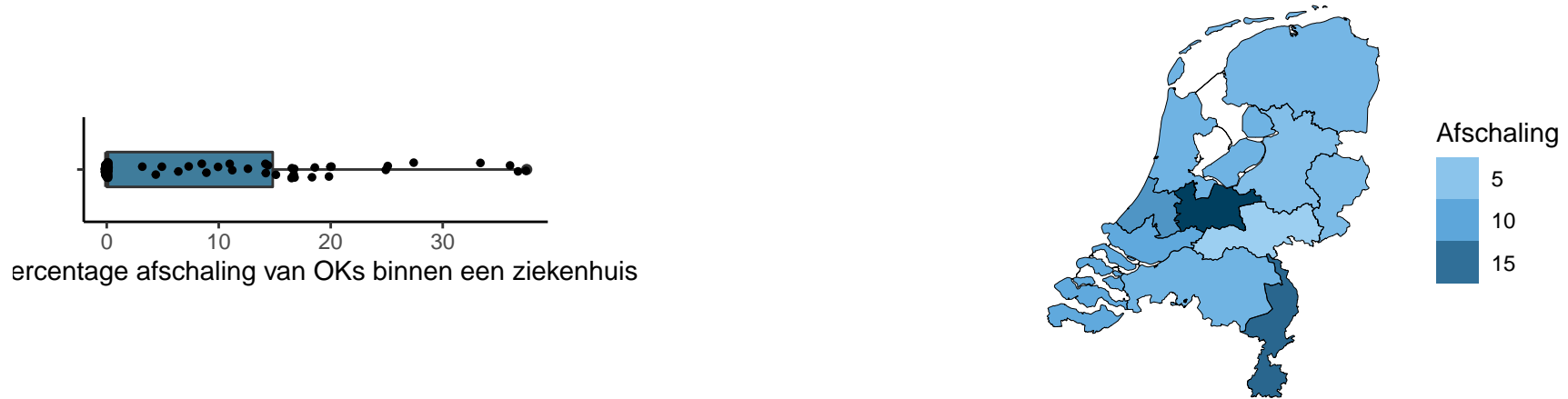
Bron: Dataportal NZa

<sup>5</sup> Vanwege een wijziging in het Zorgbeeldportaal rondom deze vraag (waarbij het totale ziekteverzuim is gesplitst in ziekteverzuim IC en ziekteverzuim in de kliniek) namen we tot en met vorige maand ziekenhuizen die hier een 0 hadden ingevuld niet mee.

### Percentage afschaling van de operatiekamers

Het gemiddelde afschalingspercentage van de operatiekamers is 9.4% (vorige maand was dit 9.9%). In figuur 19 (links) is de spreiding tussen ziekenhuizen te zien. Ook zien we (aan de rechterkant) verschillen tussen ROAZ regio's. Het afschalingspercentage van de verschillende regio's loopt van 3% tot 19.7% (vorige maand was dit 0% tot 20%).

Figuur 19: Percentage OK afschaling

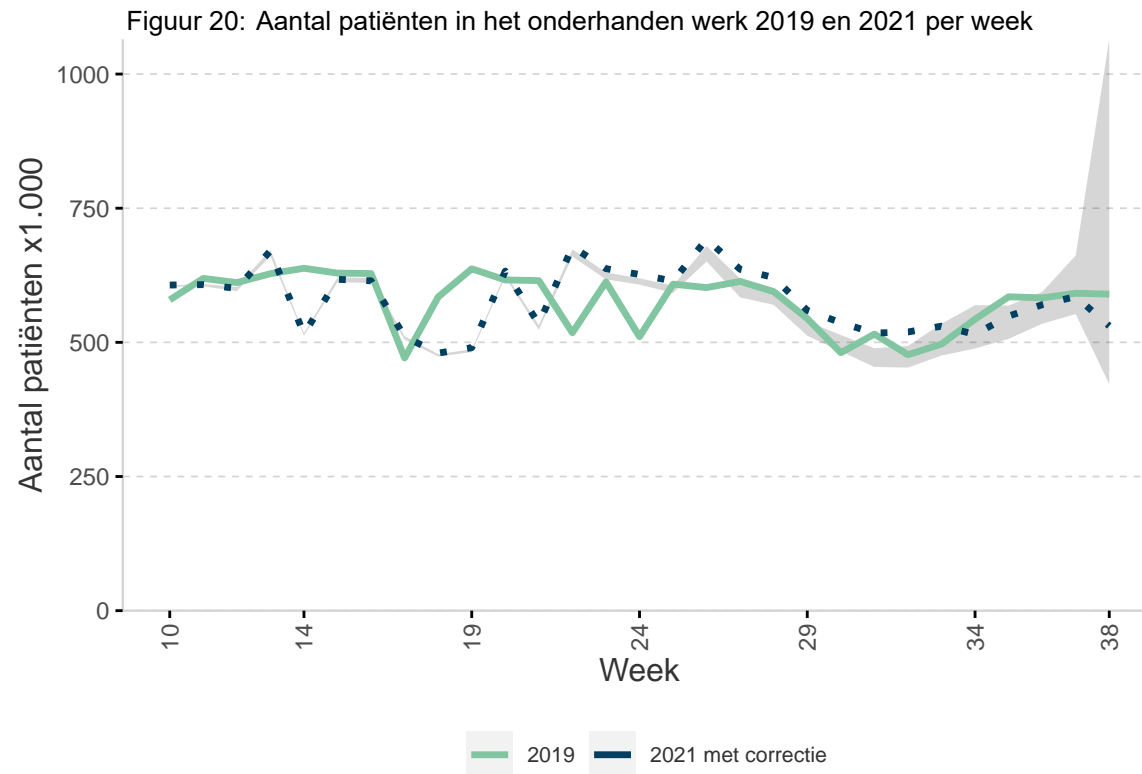


Bron: Dataportal NZa



## 2.4 Actuele productie

Figuur 20 geeft de landelijke ontwikkeling van het aantal patiënten per week weer. Vanaf begin juni (week 22) lijkt het aantal patiënten dat door een arts gezien is, hoger dan normaal. Gedurende de zomervakantie lag het aantal patiënten weer rond normaal, en in september lijkt het aantal iets onder normaal te blijven<sup>6</sup>. Hoe de data wordt gecorrigeerd voor registratie-effecten en hoe de onzekerheid daarin wordt bepaald en weergegeven, wordt verder uitgelegd in de bijlage.



<sup>6</sup> De data is beschikbaar tot en met week 38, dat is eind september.

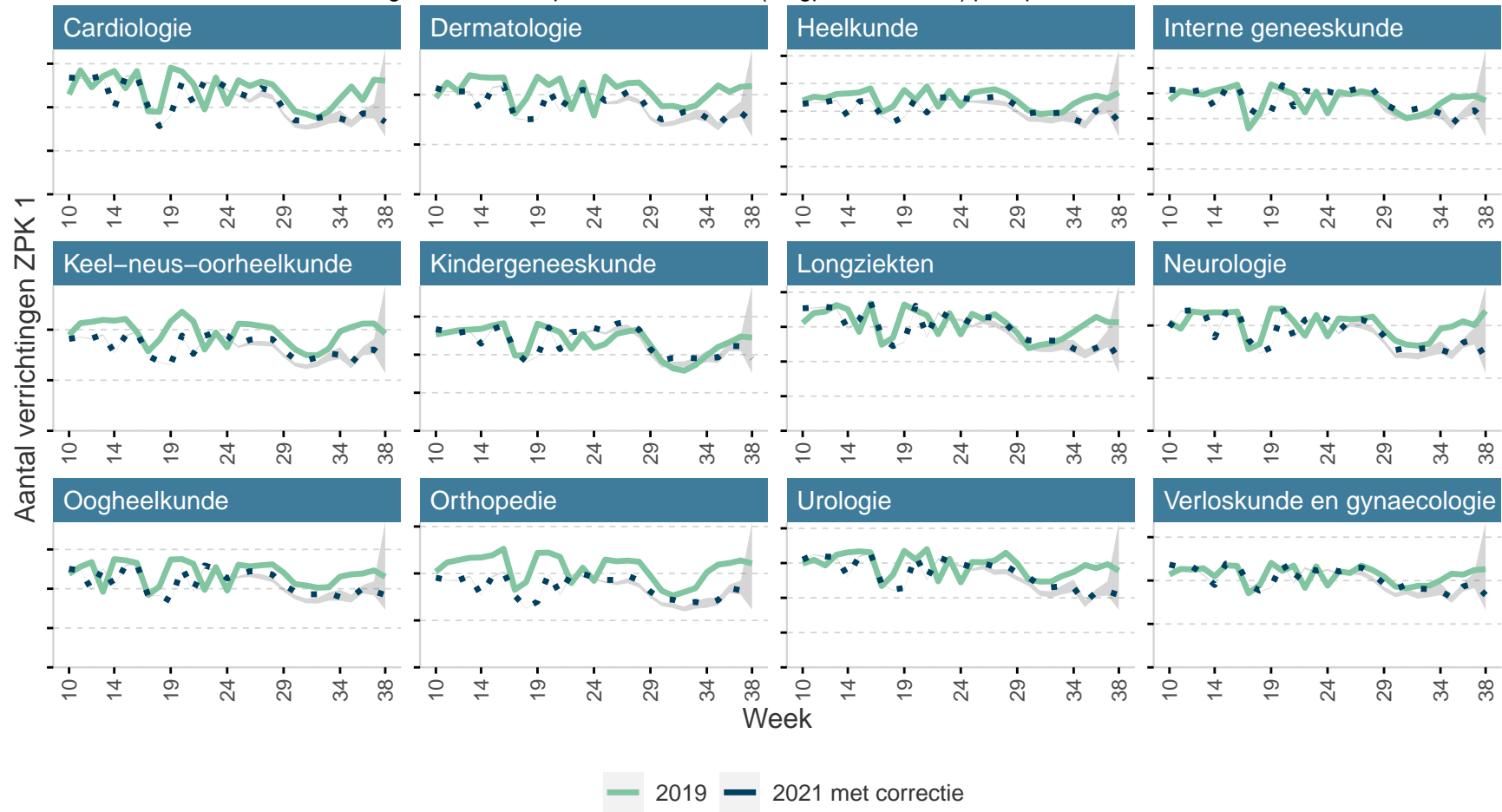
Naast het aantal patiënten kunnen we ook kijken naar het aantal activiteiten. We focussen hierbij op een uitsplitsing naar specialismen.

Figuur 21 laat het aantal polikliniekbezoeken (inclusief belconsulten/e-consulten) zien per specialisme. Het aantal polikliniekbezoeken ligt vanaf de zomer bij bijna alle grote specialismen iets onder normale niveaus. In september lijkt dit verschil nog iets groter te worden. Alleen bij kindergeneeskunde waren in de afgelopen maanden evenveel poliklinische activiteiten als in dezelfde weken van 2019.

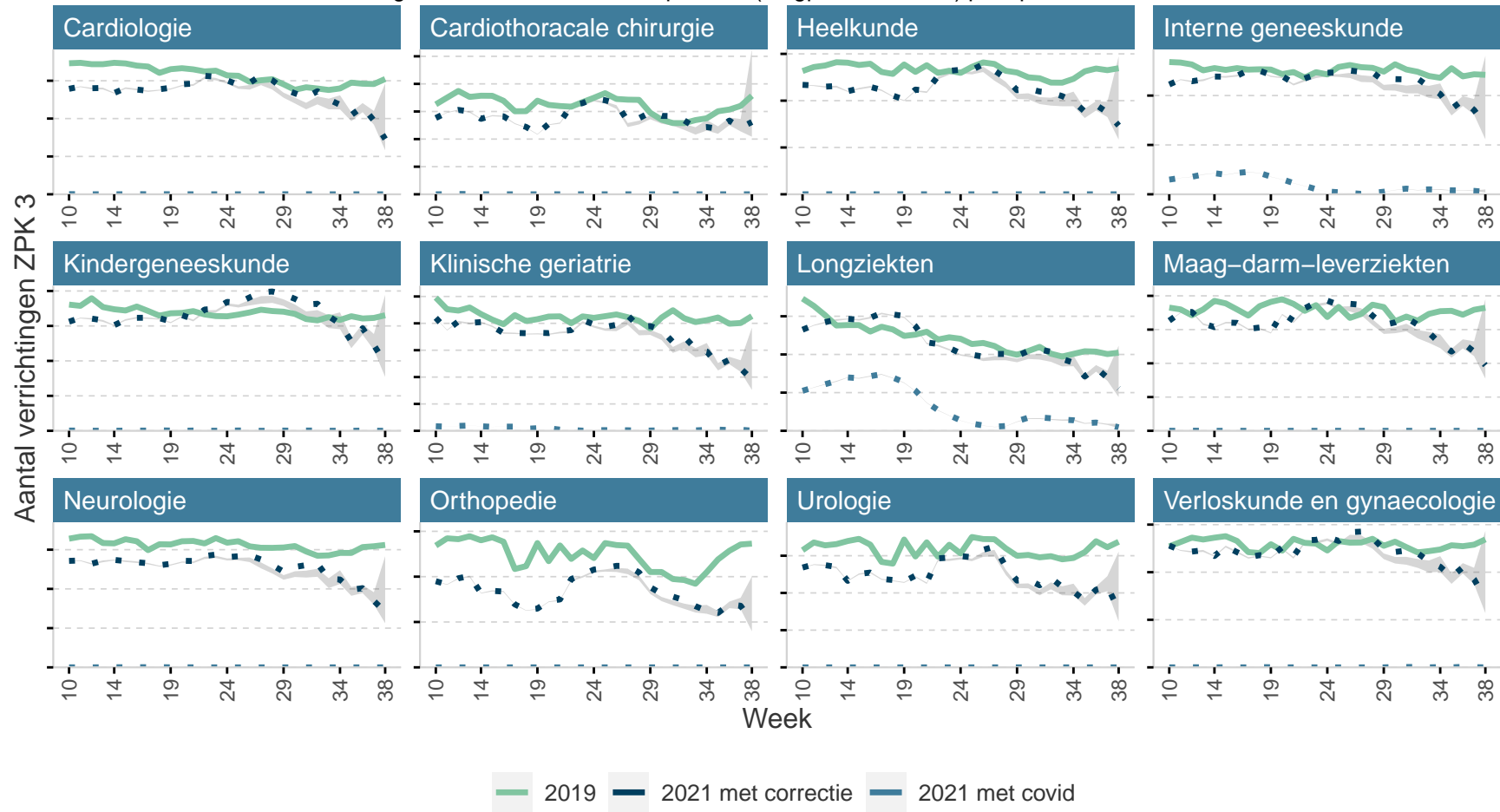
Het aantal verpleegdagen (Figuur 22) blijft bij een aantal specialismen al langere tijd sterk achter op de normale aantallen, zoals bij orthopedie en urologie. Bij cardiologie, heelkunde, interne geneeskunde en MDL was het aantal klinische opnames in de zomerperiode vergelijkbaar met normaal, maar in september lijkt hier het aantal opnames ook lager dan in 2019. Kindergeneeskunde en verloskunde & gynaecologie hadden in de zomermaanden meer dan normale aantallen opnames, maar ook hier lijkt een daling zichtbaar. Een deel van de verpleegdagen wordt met grote vertraging aangeleverd, waardoor de cijfers voor verpleegdagen in september mogelijk een onderschatting zijn. De verpleegdagen van coronapatiënten zijn met een afzonderlijke lijn zichtbaar gemaakt in de figuren. Vanaf week 24 is het aantal opnames dat toe te wijzen is aan Covid-19 relatief gering.

Bij het aantal operaties (Figuur 23) 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 de meeste specialismen ligt het aantal operaties in september iets onder normaal niveau. Met name bij orthopedie en urologie is het aantal ingrepen minder dan normaal. Oogheelkunde blijft dicht bij het niveau van 2019. Dit laat zien dat er nog steeds geprioriteerd wordt in ziekenhuizen.

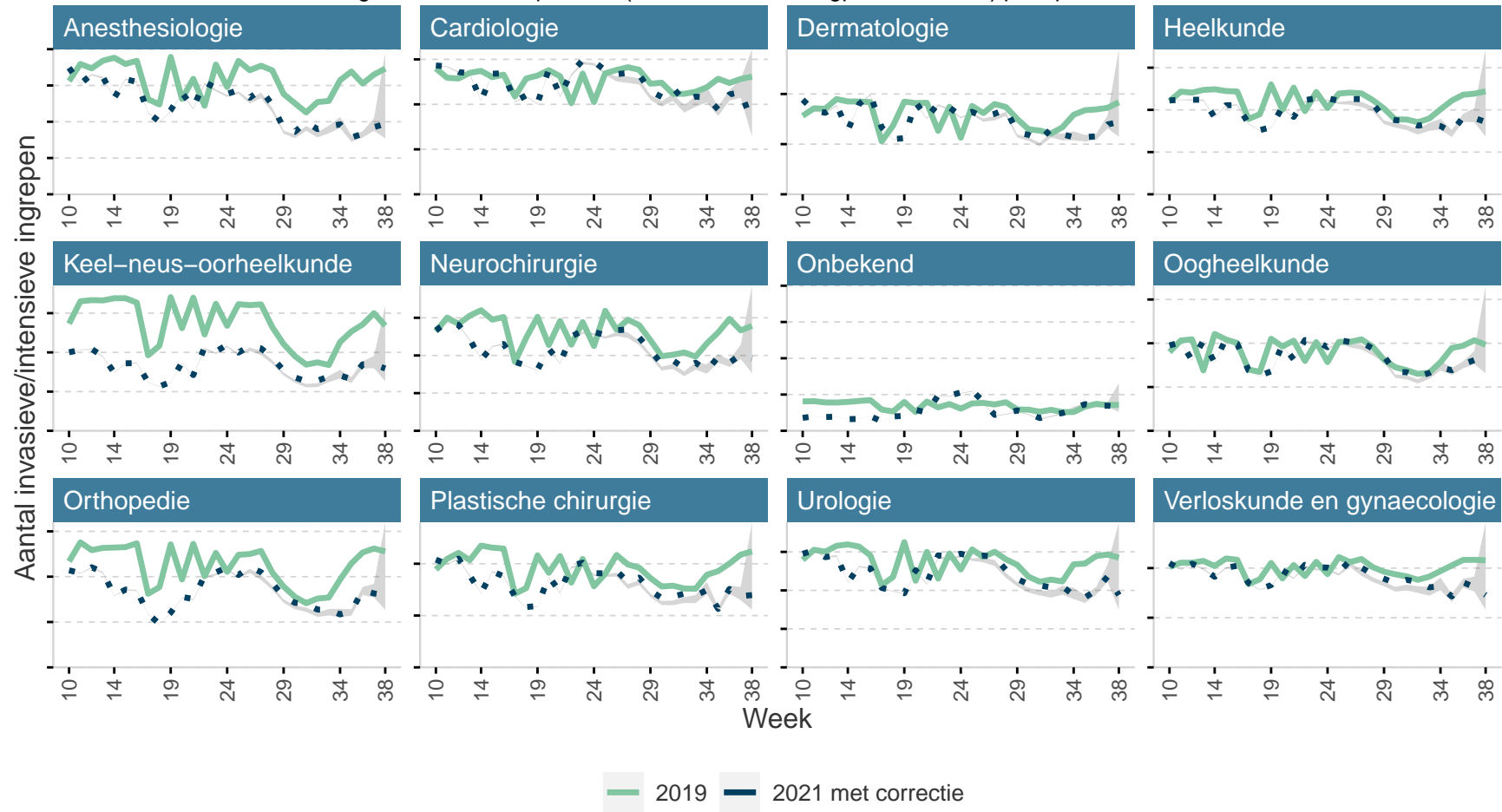
Figuur 21: Aantal polikliniekbezoeken (zorgprofielklasse 1) per specialisme



Figuur 22: Aantal klinische opnames (zorgprofielklasse 3) per specialisme



Figuur 23: Aantal operaties (subselectie van zorgprofielklasse 5) per specialisme



## 2.5 Gemiste ingrepen, inhaalzorg en werkvoorraad

### Gemiste ingrepen

Vanaf maart 2020 tot en met week 38 van 2021 zijn er bij de 44 ziekenhuizen waarvan we op dit moment productiedata hebben 1.9 miljoen polikliniekbezoeken minder geweest dan normaal in dezelfde periode. Dit komt overeen met -8% van de productie die we zouden verwachten in deze periode. In dezelfde periode waren er 0.9 miljoen verpleegdagen minder, en 251 duizend operaties minder<sup>7</sup>. Dit zijn alle operaties uitgezonderd de kleine poliklinische ingrepen, ongeacht specialisme. Het gaat naar verwachting om ca. 230 duizend unieke patiënten.

Tabel 2: Afname van het aantal polikliniekbezoeken, verpleegdagen en operaties in 2020 - 2021 t.o.v. 2019

Groep	Verskil met normaal (x 1.000 verrichtingen)	Percentage van normaal jaar
Poliklinische consulten	-1877	-11.7
Verpleegdagen	-871	-20.6
Operatieve verrichtingen	-315	-26.9

Deze cijfers hebben dus alleen betrekking op de ziekenhuizen waarvan wij over volledige data beschikken. Extrapoleren we deze cijfers, dan schatten we dat er in totaal tussen 380 en 420 duizend operaties minder zijn uitgevoerd dan onder normale omstandigheden in alle Nederlandse ziekenhuizen. Deze aantallen zijn ten opzichte van onze vorige publicatie (eind september) onveranderd. In de voorgaande figuren zagen we al dat de productie in de ziekenhuizen in september bij nagenoeg alle specialismen beneden het niveau van 2019 lag. Tegelijk is in de nieuwste data het aantal operaties in eerdere maanden iets naar boven bijgesteld. De schattingen in dit hoofdstuk kennen dan ook een bepaalde mate van onzekerheid die zichtbaar wordt in de maandelijkse publicaties: onze schattingen zijn gebaseerd op data van ongeveer 50% - 60% van de ziekenhuizen, en dat is niet elke maand dezelfde groep.

Van ZBC's hebben we geen recente cijfers. Op basis van declaratiegegevens over 2020 en het eerste kwartaal van 2021 weten we wel dat ZBC's begin 2021 de operaties die zij in het voorgaande jaar moesten uitstellen voor het grootste deel weer hadden ingehaald, en dat het aantal operaties in ZBC's begin 2021 ca. 10% hoger lag dan in hetzelfde kwartaal van 2019. Verderop in deze paragraaf kijken we in meer detail naar de bijdrage van ZBC's aan de ingehaalde operaties.

Van de operaties die minder zijn uitgevoerd in de ziekenhuizen hebben we zoveel mogelijk ingeschat op welke patiëntgroep deze betrekking hebben, en welke mate van urgentie hierbij waarschijnlijk aan de orde was. Dit wordt in de bijlage verder toegelicht. In Figuur 24 is voor de meest voorkomende behandelingen weergegeven bij welke patiëntgroepen de afname van het aantal operaties het grootst was. De omvang van de vierkantjes is proportioneel met het aantal operaties in een normaal jaar (2019). De kleur geeft weer welk percentage operaties er in 2020 en 2021 minder zijn

<sup>7</sup> Tijdens iedere operatie worden gemiddeld ongeveer 1,2 operatieve verrichtingen uitgevoerd, dit verschilt per diagnose.

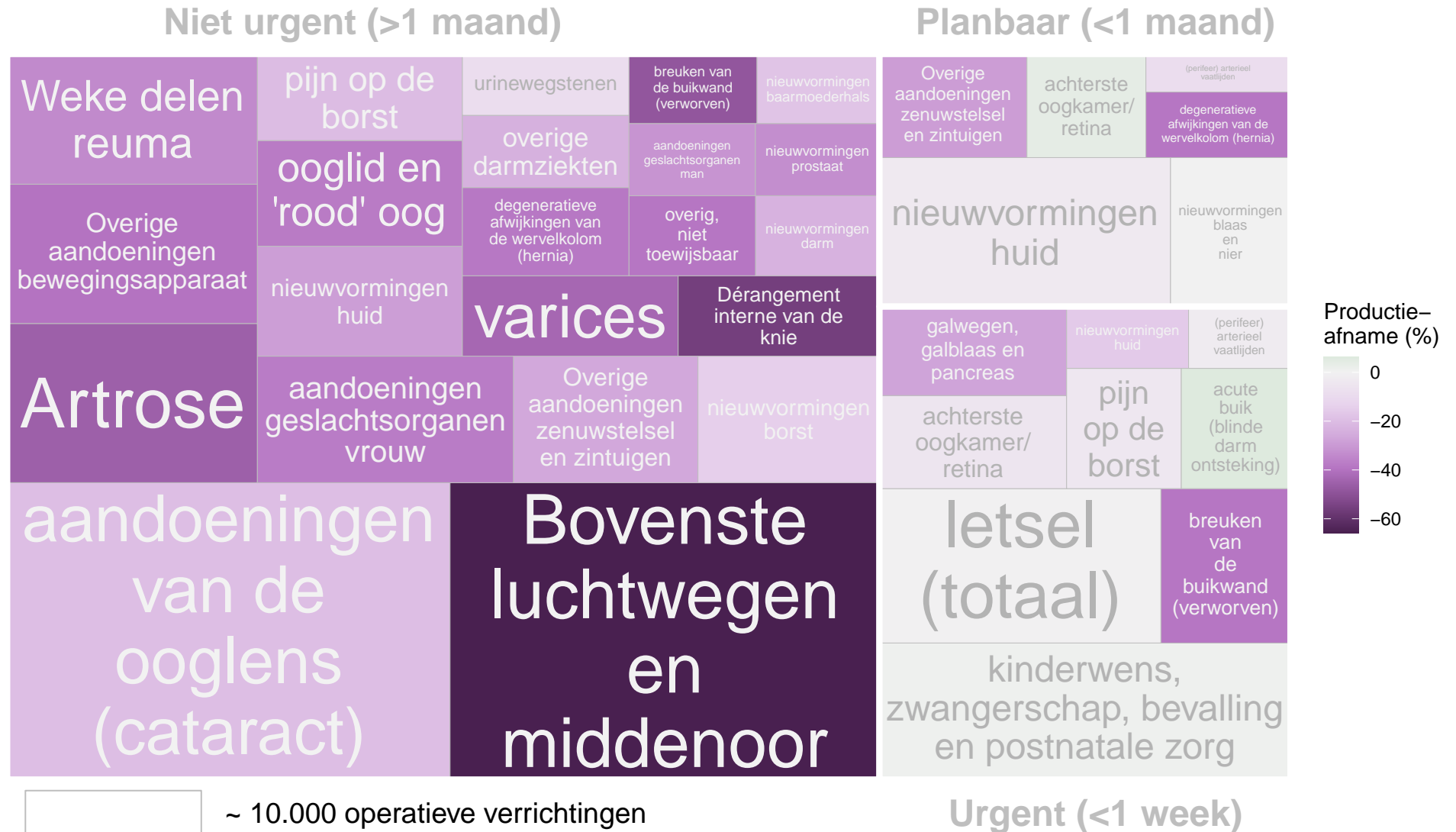
uitgevoerd. Ook hier is de daling uitgedrukt als percentage t.o.v. één jaar (2019). Deze figuur is een momentopname, van een aantal belangrijke groepen is in Figuur 29 de recente ontwikkeling te zien.

Rechts onderin zijn de meest urgente operaties te zien, rechts boven de minder urgente (categorie C en D<sup>8</sup>), en het grootste deel (links) heeft betrekking op de niet urgente zorg. Duidelijk zichtbaar is dat de afname bij de urgente operaties (waar bijvoorbeeld letsel en geboortezorg in vallen) beperkt is. De afname is zowel in absolute als in relatieve zin het grootst bij de niet-urgente ingrepen aan de bovenste luchtwegen en het middenoor. Hierbij moet gedacht worden aan het plaatsen van buisjes in het trommelvlies en het verwijderen van keelamandelen. Van dergelijke ingrepen vonden er bij de betrokken ziekenhuizen 72.500 minder plaats, een afname van ca. 62%. Omdat het hier vaak om twee of meer gelijktijdige ingrepen gaat, betreft het ongeveer 46.000 operaties. Andere grote groepen zijn cataractoperaties (24.000 operaties minder dan normaal) en operaties vanwege artrose aan knie of heup (14.000 operaties minder).

---

<sup>8</sup> indeling o.b.v. urgentielijst medisch-specialistische zorg ([https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_306624\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_306624_22/1/))

Figuur 24: Aantal operaties dat minder is gedaan sinds maart 2020 (excl. zbc's)



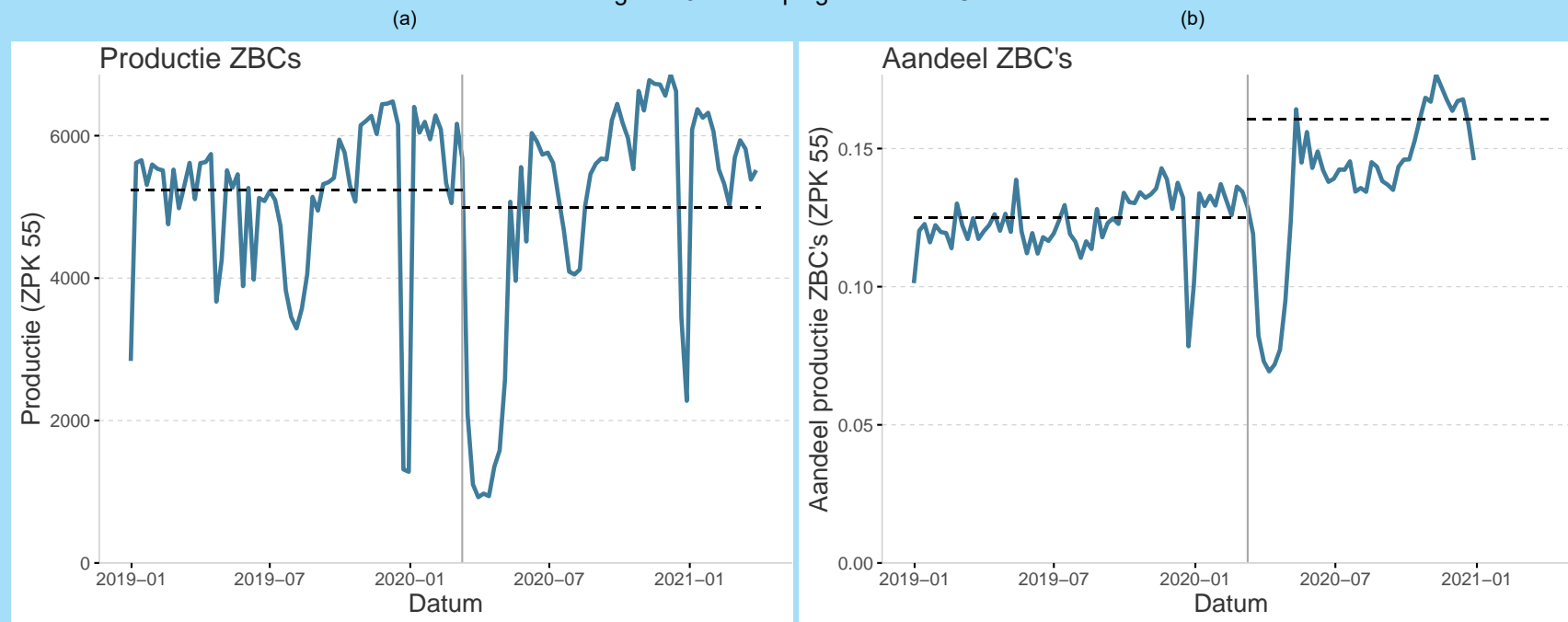


Deze operaties die minder zijn gedaan, hebben voor een deel betrekking op zorgvragen die (nog) niet in beeld zijn bij het ziekenhuis, omdat patiënten minder snel met klachten naar de huisarts en naar het ziekenhuis zijn gegaan. Voor een deel zijn het patiënten die wel voor diagnostiek naar het ziekenhuis zijn gekomen, maar waarvoor de ingreep is uitgesteld. Hierbij is het goed om te benadrukken dat voor een deel van deze operaties de zorg niet hoeft worden ingehaald, omdat bijvoorbeeld klachten niet zijn ontstaan (bijvoorbeeld minder luchtweginfecties vanwege de afstandsmaatregelen), klachten in de tussentijd zijn verdwenen of er is gekozen voor een andere behandeling. In een volgende paragraaf gaan wij hier dieper op in.

### Verdieping: Productie ZBC's

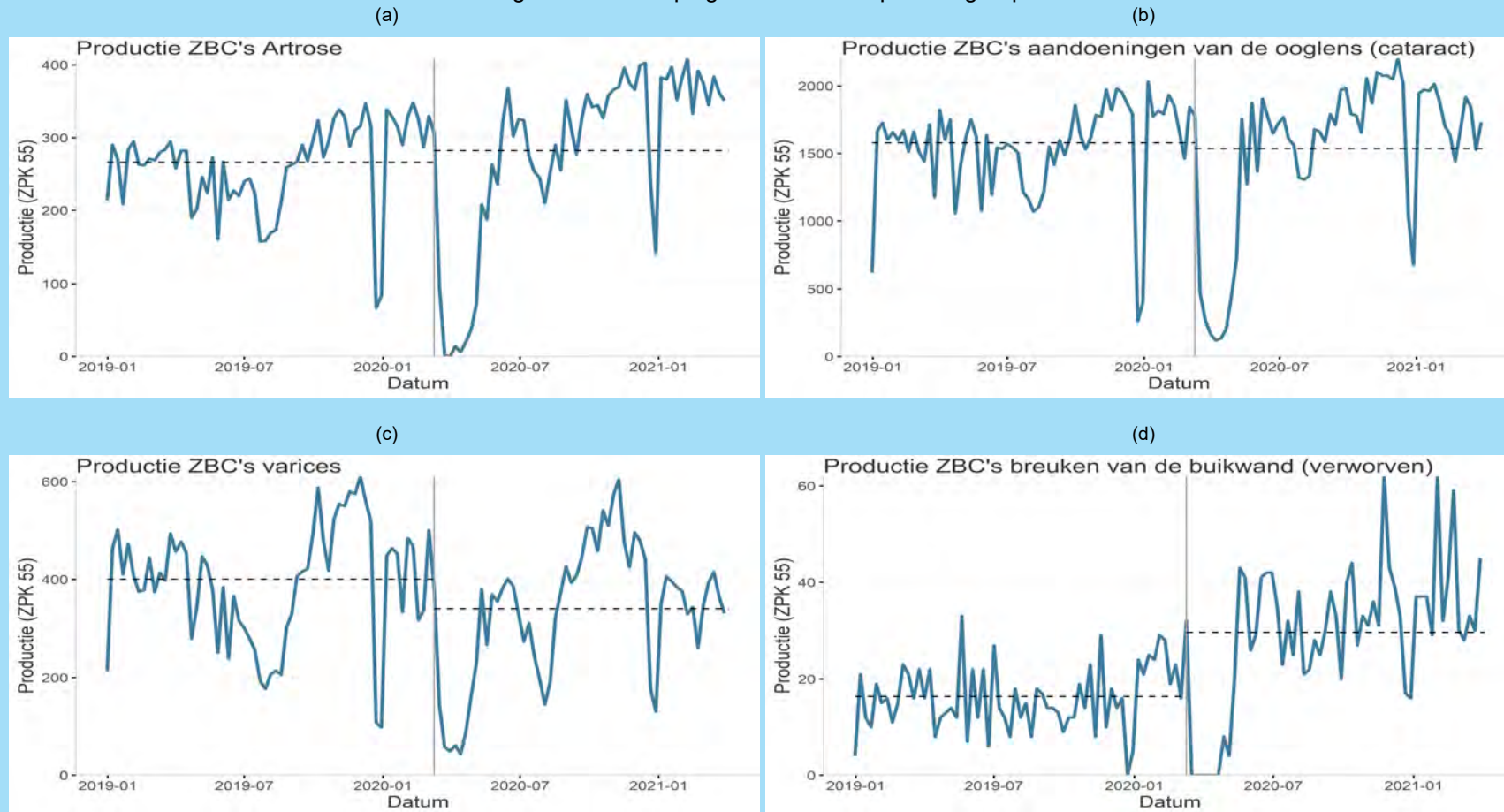
De DHD-data hebben geen betrekking op de zelfstandige behandelcentra (ZBC's). ZBC's voeren ongeveer 10-15% van de operatieve verrichtingen uit. Uit de analyse van de declaratiegegevens van Vektis blijkt dat ook ZBC's minder productie hebben geleverd in 2020 (na de start van de coronacrisis) dan in 2019. Deze onderproductie is rond het begin van 2021 weer grotendeels ingelopen. Omdat de terugval minder groot was dan bij ziekenhuizen is het aandeel van ZBC's in het totaal uitgevoerde operaties groter geworden (tot ca. 17% aan het einde van 2020). Omdat ziekenhuisdeclaraties meestal later binnenkomen dan declaraties van ZBC's kunnen we de onderlinge verhouding voor het eerste kwartaal van 2021 nog niet berekenen. Het aantal verwijzingen naar ZBC's (zie Figuur 5) is pas sinds juni boven het niveau dat we zouden verwachten zonder coronacrisis en zonder inhaalzorg. In die verwachting is wel meegenomen dat er ieder jaar meer vanuit ZorgDomein wordt verwezen naar ZBC's (doordat meer aanbieders zijn aangesloten). Het is daarmee onwaarschijnlijk dat een substantieel deel van de in dit hoofdstuk beschreven "inhaalzorg" al is uitgevoerd door ZBC's.

Figuur 25: Verdieping voor de ZBC's



**Verdieping: Productie ZBC's - per doelgroep** In het eerste kwartaal van 2021 hebben de ZBC's ca. 6.800 operaties meer uitgevoerd dan in het eerste kwartaal van 2019. Vier patiëntgroepen lichten we hier uit. Het grootste deel van deze extra productie betreft operaties vanwege cataract en artrose. Ook bij breuken van de buikwand hebben ZBC's in de eerste maanden van 2021 in relatieve zin veel meer operaties uitgevoerd, al gaat het hierbij om kleine aantallen. Bij varices ligt het aantal operaties juist lager in 2021. Hoe de productie bij ZBC's zich verder heeft ontwikkeld in de loop van dit jaar kunnen we met de huidige beschikbare data nog niet zeggen.

Figuur 26: Verdieping voor de ZBC's per doelgroep

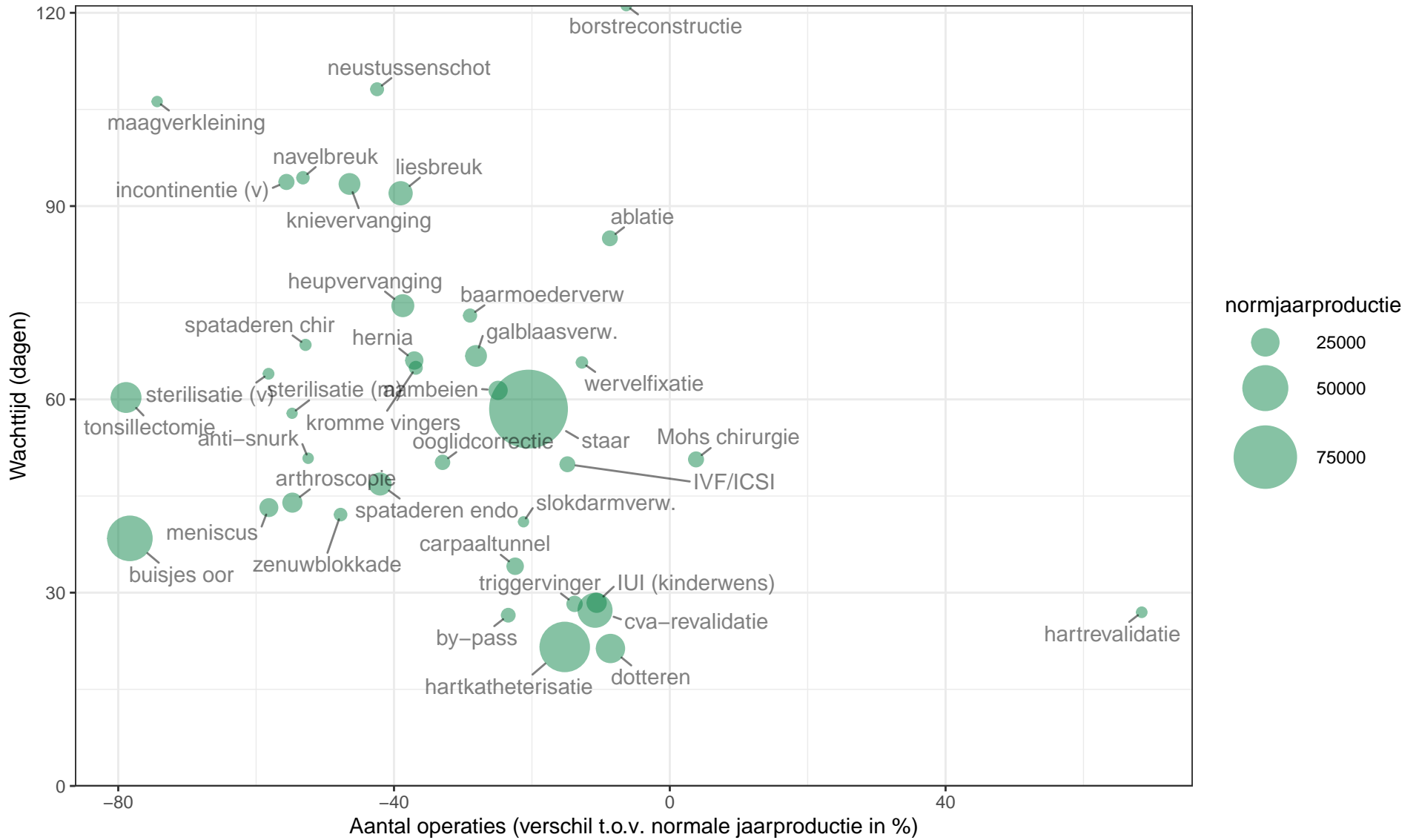


### Wachttijden en mogelijke inhaalzorg

De grootste knelpunten zouden we kunnen verwachten bij behandelingen waarbij veel operaties uitgesteld zijn, die (nu al) een lange wachttijd kennen. In figuur 27 wordt per behandeling weergegeven hoeveel ingrepen er minder zijn uitgevoerd, en wat de bijbehorende actuele wachttijd is. Ook geldt hier dat niet alle gemiste behandelingen nog moeten worden ingehaald.

De wachttijden zijn het langst bij enkele orthopedische ingrepen (heup en knie), bij plastische chirurgie (borstreconstructie), en bij gynaecologie (stressincontinentie). Deze worden veelal uitgevoerd bij patiëntgroepen waarin het afgelopen jaar veel minder operaties zijn uitgevoerd. De grootste groep (in absolute aantallen) betreft staaroperaties, waarvoor de wachttijd ongeveer 8 weken bedraagt.

Figuur 27: Afgenomen aantal operaties en bijbehorende wachttijden



## Inhaalzorg

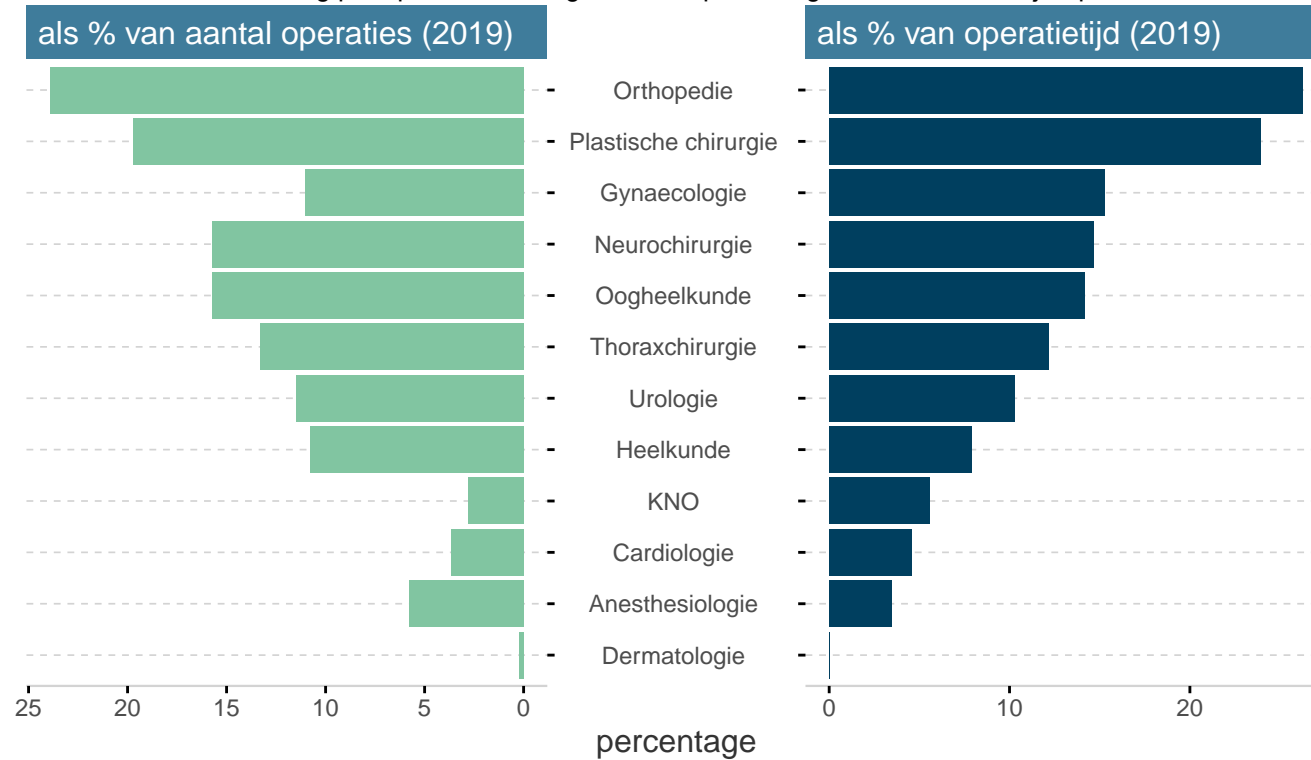
We verwachten dat ca. 45% tot 55% van de afname van het aantal operaties op een later moment nog moeten worden uitgevoerd. In de bijlage wordt toegelicht hoe dit percentage geschat is. Op basis van deze inschatting verwachten wij dat het totaal aantal nog in te halen operaties tussen maximaal 180 duizend en 200 duizend bedraagt.

Het gaat om ruim 200 uiteenlopende patiëntengroepen. De operaties met de hoogste aantallen patiënten hierbinnen zijn staar- en nastaaroperaties (18%), heup- en knie vervanging (10%), liesbreuken en andere buikwandbreuken (8%), operaties bij spataderen (3%), en operaties bij incontinentie en prolaps (3%). In totaal schatten we het aantal in te halen operaties op 12% tot 14% van het normale jaarlijkse aantal operaties.

De meeste operaties verwachten we bij oogheelkunde en orthopedie. Ten opzichte van de normale jaarlijkse productie is het aantal ingrepen dat nog zal worden ingehaald het grootst bij orthopedie. We schatten dat bij orthopedie tussen 23% en 25% van het normale jaarlijkse aantal ingrepen nog wordt ingehaald. Voor plastische chirurgie ligt dit rond 20%, en voor oogheelkunde en neurochirurgie rond 15%.

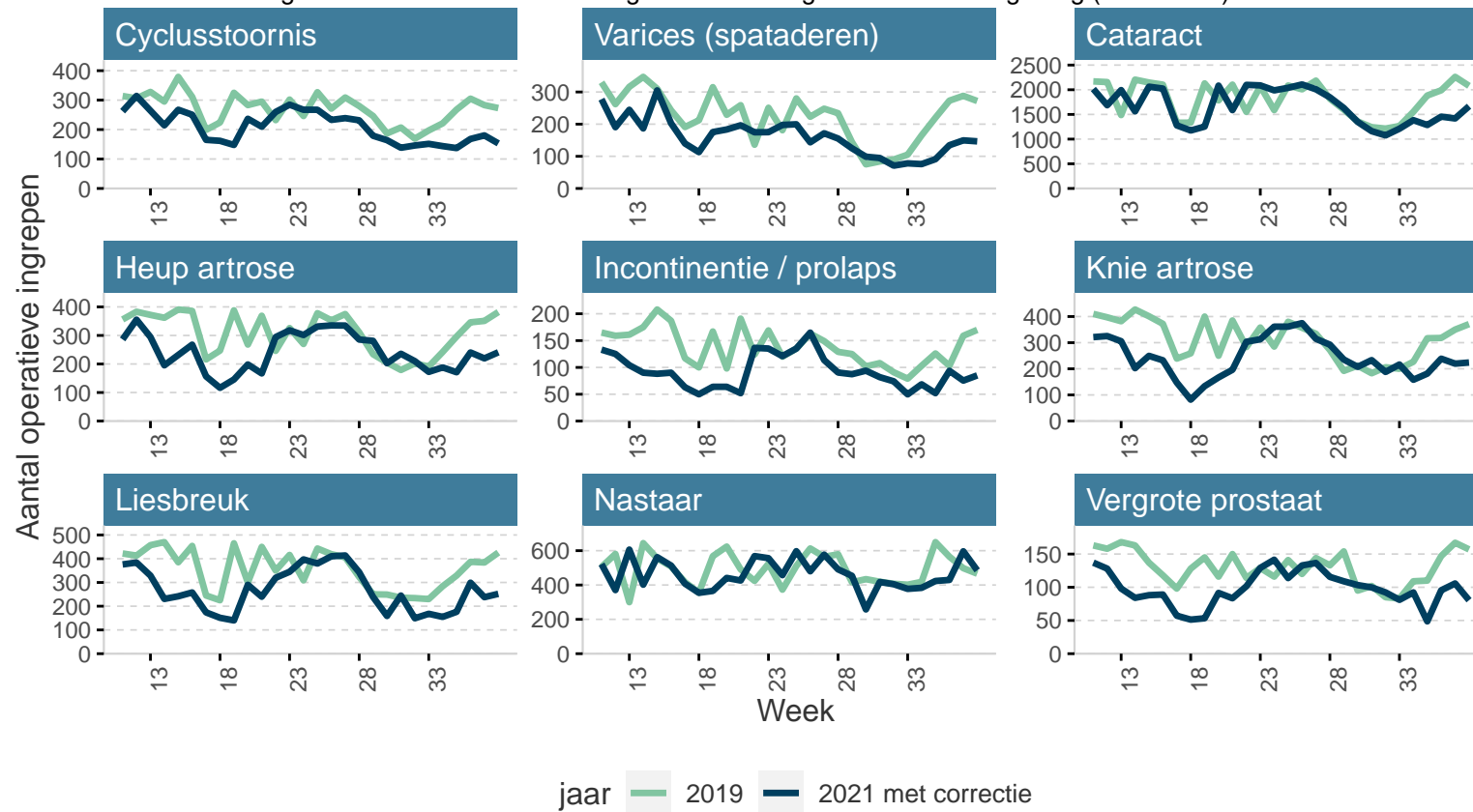
Met behulp van normtijdgegevens van Logex kunnen we deze aantallen omrekenen naar operatietijd. Dan zien we dat bij orthopedie iets meer dan een kwart van de normale jaarlijkse operatietijd naar verwachting ingehaald moet worden. Bij plastische chirurgie ligt dit iets onder 25%. In Figuur 28 is per specialisme te zien hoe de verwachte inhaalvraag zich verhoudt tot de normale (2019) jaarlijkse productie, zowel in termen van aantallen als van operatietijd.

Figuur 28: Geschatte inhaalvraag per specialisme, uitgedrukt als percentage van de normale jaarproductie



**Diagnoses met de grootste inhaalzorgvraag** Van de diagnoses met de meeste ingrepen die minder zijn gedaan en die naar verwachting nog ingehaald moeten worden, is in Figuur 29 afzonderlijk weergegeven hoeveel ingrepen er wekelijks plaatsvinden. Bij de meeste van deze behandelingen lag het aantal ingrepen in juli rond normaal, maar daalde het vanaf medio augustus tot iets onder normale niveaus. Bij de gynaecologische diagnoses (cyclusstoornis, incontinentie en prolaps) vinden al langere tijd minder ingrepen plaats dan normaal. Het lijkt erop dat ziekenhuizen nog niet goed in staat zijn om de productie op te schalen, mede vanwege het hoge ziekteverzuim. Mogelijk speelt ook mee dat behandelprotocollen zijn veranderd onder druk van de hoog belaste zorg gedurende de afgelopen anderhalf jaar. Op basis van deze data verwachten we dat de werkvoorraad nog niet daalt of zelfs verder oploopt, maar de wachttijden laten bij bijvoorbeeld staar en heup- en knie vervanging wel een lichte daling zien in dezelfde periode. Dit suggereert dat ZBC's bij deze diagnoses een belangrijke bijdrage leveren.

Figuur 29: Productie van de diagnoses met de grootste inhaalzorgvraag (excl. zbc's)

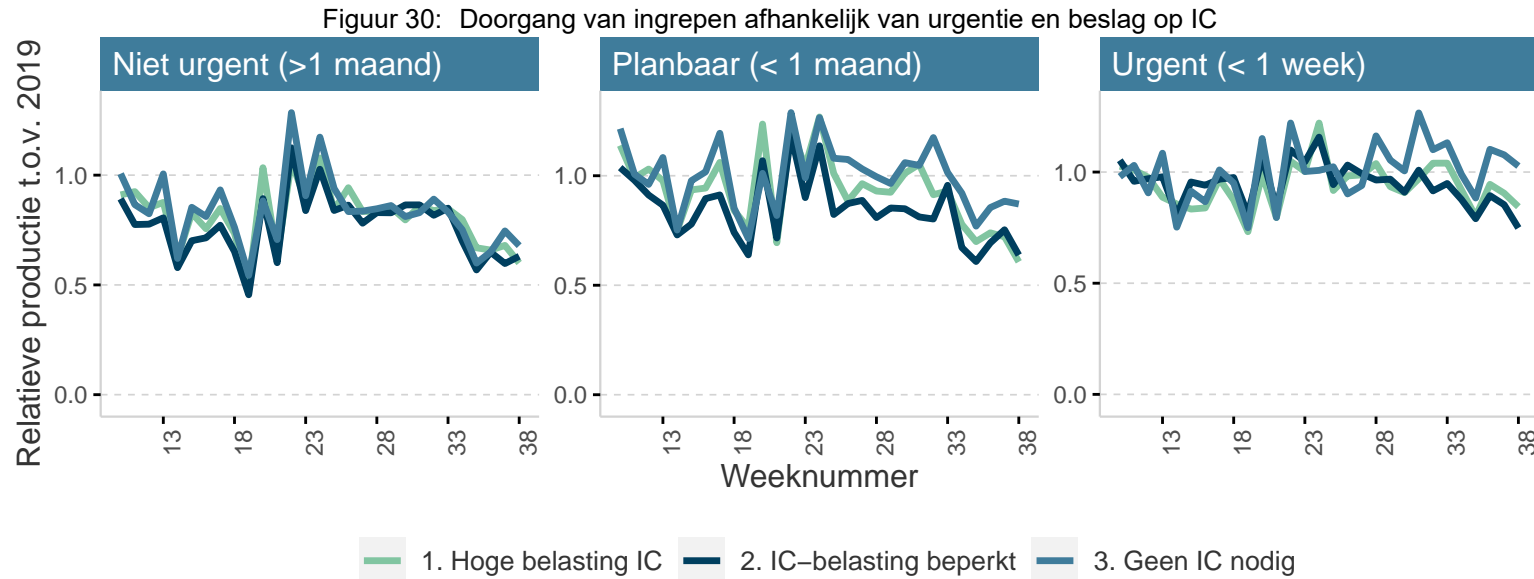


Figuur 30 laat zien in hoeverre operaties doorgaan afhankelijk van de urgentie en de mate van afhankelijkheid van IC-capaciteit<sup>9</sup>. Operaties die soms of vaak gepaard gaan met opname op de IC (>1% kans op IC-opname) vallen in categorie 1. Operaties die nooit een IC-opname hebben op dezelfde dag vallen in categorie 3. De tussengroep betreft operaties waarbij in zeldzame gevallen (tot 1%) een beroep op de IC wordt gedaan.

<sup>9</sup> voor deze urgentiebepaling is gebruik gemaakt van de urgentielijst medisch-specialistische zorg ([https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_306624\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_306624_22/1/)). Deze indeling wijkt daarom af van een andere veelgebruikte indeling waarbij de grens tussen kritiek planbare zorg en overig planbare zorg op 6 weken ligt.



De meest urgente zorg heeft gedurende het hele jaar normale doorgang gevonden. De planbare zorg, en in sterkere mate de niet-urgente zorg, liggen wel onder het niveau van 2019. Dit bevestigt het beeld dat de ziekenhuizen hun productiecapaciteit nog niet hebben opgeschaald voor inhaalzorg. Bij de urgente en planbare zorg zien we verder dat vooral de zorg waarvoor geen IC-capaciteit nodig is op of boven het normale niveau ligt. Dit geldt minder voor zorg die wel een beroep doet op de IC.



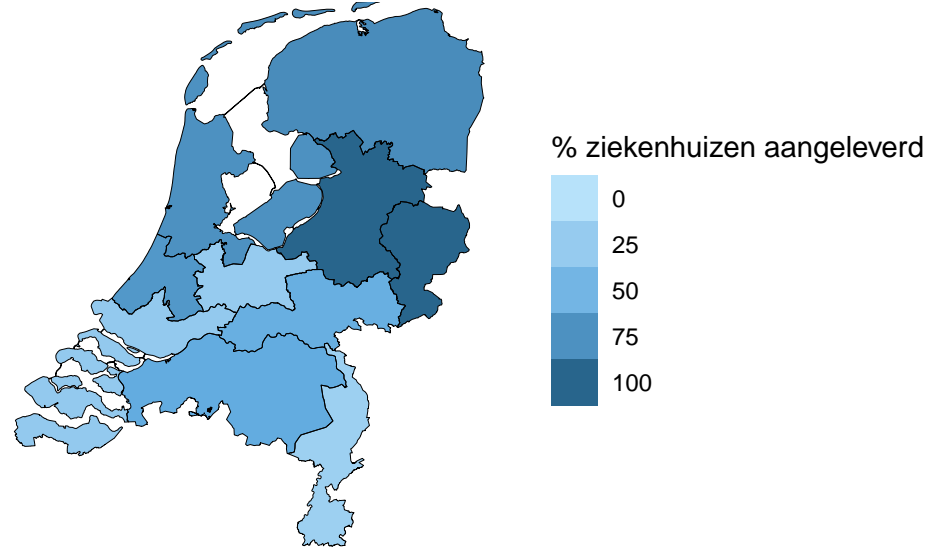
### Werkvoorraden

Verzekeraars hebben met ziekenhuizen (incl. umc's) afgesproken de actuele werkvoorraad<sup>10</sup> per specialisme in kaart te brengen en hoe die zich de komende tijd ontwikkelt. Deze gegevens worden in het Zorgbeeldportaal van de NZa aangeleverd. Tot nu toe hebben 44 ziekenhuizen met een Plan Inhaalzorg dit gedaan<sup>11</sup>. ZN rapporteert voor deze maand een afname van de extra werkvoorraad van 6%. Dat betekent dat ongeveer 5,5 duizend operaties zijn ingehaald bij deze ziekenhuizen.

<sup>10</sup> Werkvoorraad is een proxy. Op dit moment leveren nog niet alle ziekenhuizen/umc's werkvoorraad OK-uren aan om verschillende redenen. Dit wordt nader onderzocht door ZN, NVZ en NFU.

<sup>11</sup> De spreiding is groot. Het lijkt erop dat de grootste toenames van de werkvoorraad zich voordoen bij een beperkt aantal ziekenhuizen.

Figuur 31: Aanlevering van werkvoorraad voor verschillende ROAZ-regio's



Figuur 32: Spreiding van verschil in werkvoorraad tussen ziekenhuizen



De werkvoorraad is uitgedrukt in OK-uren. Een aantal ziekenhuizen heeft ter vergelijking een werkvoorraad van 6 weken electieve zorg aangeleverd in plaats van historische cijfers (2019). Het verschil in werkvoorraad is hier geïdentificeerd als de uitgestelde zorg, de “inhaalzorg”. In tabel 3 is het aantal OK-uren vertaald naar aantallen operaties inhaalzorg per specialisme op basis van de Logex-cijfers over de gewogen gemiddelde duur van een inhaaloperatie bij dit specialisme. In totaal hebben de 44 ziekenhuizen naar schatting bijna 61 duizend operaties extra in hun werkvoorraad. Als we dit

extrapoleren naar alle ziekenhuizen dan is de totale werkvoorraad toegenomen met ongeveer 100 duizend operaties. Ongeveer de helft van de door ons geschatte inhaalzorg zit dus nog niet in de werkvoorraden van de ziekenhuizen.

Niet voor alle specialismen is de werkvoorraad in kaart gebracht. De 6 specialismen in tabel 3 vertegenwoordigen ongeveer 90% van de totale inhaalzorg. Voor thoraxchirurgie zijn de werkvoorraden wel opgevraagd, maar waren die niet hoger dan in 2019. Dit specialisme is daarom niet opgenomen in de tabel.

In tabel 3 vergelijken we de toename in OK-uren ook met het totaal aantal OK-uren in een jaar per specialisme<sup>12</sup> en rekenen die terug naar volledige werkweken. De werkvoorraad van een week is dus de hoeveelheid OK-uren die normaal gesproken in een week wordt uitgevoerd. De werkvoorraad die nu bekend is kan wel over meer weken zijn uitgesmeerd. Soms is een deel van de werkvoorraad voor een langere periode bekend, omdat voor sommige patiëntgroepen langere besluitvorming nodig is, patiënten al eerder in beeld zijn of omdat de wachttijden langer zijn.

**Relatieve toename werkvoorraad** Als de werkvoorraad toeneemt, is meer operatiecapaciteit voor dat specialisme nodig. Dit gaat dan tijdelijk ten koste van tijd voor de polikliniek of vraagt verruiming van werktijden. Wanneer dit niet mogelijk is, vanwege capaciteitsbeperkingen in het ziekenhuis of omdat er te weinig gespecialiseerde artsen of onvoldoende OK-personeel beschikbaar zijn om meer operaties te doen, dan nemen de wachttijden toe.

Tabel 3: Actuele werkvoorraad van 44 ziekenhuizen die via Zorgbeeldportaal hebben aangeleverd

Specialisme	Procentuele stijging	Huidig aandeel werkvoorraad	Normaal aandeel werkvoorraad	Geschat aandeel werkvoorraad in onderproductie	Toename werkvoorraad in weken	Geschat aantal operaties
Chirurgie	75%	16%	9%	86%	3,4	21.912
Gynaecologie	47%	16%	11%	33%	2,5	4.070
Oogheelkunde	40%	11%	8%	23%	1,6	8.017
Orthopedie	53%	35%	23%	46%	6,1	12.965
Plastische chirurgie	48%	28%	19%	38%	4,6	7.233
Urologie	59%	24%	15%	88%	4,5	6.774
Totaal	64%	-	-	56%	-	60.971

Uit de data die ziekenhuizen hebben aangeleverd, blijkt dat de werkvoorraad als gevolg van de pandemie het meest is toegenomen bij chirurgie. Dit zijn ruim 20 duizend operaties. Tegelijkertijd is de doorstroming bij chirurgie hoger dan bij de meeste specialismen en is de werkvoorraad ten opzichte van de totale productie relatief beperkt. De werkvoorraad wordt onder normale omstandigheden geschat op ongeveer 9% van de jaarproductie, wat zich

<sup>12</sup> OK uren berekening door Logex.

verhoudt tot 4,5 week. Een 75% toename vertaalt zich daarom in een volume van 3,4 weken bij een gebruikelijke capaciteit, terwijl een toename van 53% bij orthopedie een volume 6,1 weken beslaat. Voor oogheelkunde komen jaarlijks grote aantallen patiënten voor een operatie naar het ziekenhuis. Tijdens de pandemie is deze zorg fors minder geleverd. Het gaat echter om operaties van korte duur. De werkvoorraad is met 40% toegenomen, maar dit vertaalt zich naar een volume van 1,6 weken. Daarnaast zijn ook enkele duizenden operaties verschoven naar ZBCs.

Uit de analyse van de verwijzingen weten we echter dat nog niet alle patiënten met een in te halen (oogheekundige) zorgvraag zich gemeld hebben en verwezen zijn. Wanneer de Nivel-cijfers<sup>13</sup> beschikbaar zijn voor 2020 kunnen wij achterhalen of deze patiënten wel bekend zijn in de eerste lijn. We kunnen nu nog niet voorspellen wanneer deze inhaalzorg zich aandient. Daarom blijven we de ontwikkeling in de verwijzingen, de werkvoorraad en wachttijden monitoren.

**Vergelijking wachttijden** Wanneer we de toename van de werkvoorraad in weken vergelijken met de toename van de wachttijd tussen het begin van de coronacrisis en 1 juli 2021 voor kenmerkende ingrepen van dit specialisme dan zien we dat voor oogheelkunde de extra werkvoorraad geheel kon worden opgevangen. Tijdens de 2e en 3e golf is de wachttijd opgelopen en enkele maanden ruim boven de Treeknorm uitgekomen. De gemiddelde wachttijd in de periode mei t/m juli 2021 was weer op het niveau van dezelfde periode in 2019 en zelfs iets daaronder (zie onze analyse in hoofdstuk 2.2). Oogheekundige zorg wordt op heel veel locaties geleverd en zal mede hierdoor sneller kunnen worden opgeschaald.

Voor chirurgie zijn kenmerkende ingrepen met een grote inhaalzorgvraag liesbreuken en varices (spataderen). De wachttijden van liesbreuk zijn gemiddeld met ongeveer 1,5 week toegenomen. De wachttijden van chirurgische varices-behandelingen zijn tijdens de coronapandemie opgelopen, maar zijn inmiddels ook weer wat afgenomen. De gemiddelde wachttijd van mei t/m juni 2021 ligt nog ruim 2 weken hoger dan de wachttijd in dezelfde periode in 2019.

Voor orthopedie, gynaecologie en urologie zien we een toegenomen werkvoorraad die blijkens de toegenomen wachttijden niet geheel is opgevangen door opschaling binnen het ziekenhuis of door verplaatsing naar klinieken. De wachttijd bij knie- en heupvervangende operaties (orthopedie) van 6 à 7 weken is toegenomen met zo'n 3 tot 4 weken. Dit komt overeen met de relatieve toename van de werkvoorraad. Ook de toegenomen wachttijd voor bijvoorbeeld bekkenbodemplachten zien we terug in de toegenomen werkvoorraad van urologie en gynaecologie.

De wachttijden zijn de laatste maanden relatief stabiel. Voor orthopedie, gynaecologie en urologie zien we tevens dat de productie in september (net) onder het niveau van dezelfde maand in 2019 ligt. ZBCs opereren sinds eind 2020 wel meer. Dit duidt erop dat er nog geen sprake is van het opschalen van capaciteit bij ziekenhuizen en het inlopen op de wachttijden.

Bij plastische chirurgie waren de wachttijden al geruime tijd langer dan bij de meeste andere specialismen. De toename van de werkvoorraad zien we niet vertaald naar een (nog) langere wachttijd.

<sup>13</sup> <https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/jaarcijfers-aandoeningen-huisartsenregistraties>

Bij veel aandoeningen is de wachttijd niet één op één te vertalen naar de werkvoorraad. Wel is het zo dat zowel de wachttijd als de werkvoorraad langer (bekend) zijn als de besluitvorming langer duurt. Voor bijvoorbeeld een knieervangende operatie is de tijd tussen diagnose en operatie gemiddeld meer dan een jaar.

Het exacte moment dat een patiënt wordt toegevoegd aan de werkvoorraad kan verschillen per instelling. De werkvoorraad is meer een rekenmodel, bedoeld als inschatting van de benodigde capaciteit op de middellange termijn. Dit model kan rekening houden met de patiënten die al bekend zijn in het ziekenhuis, zoals verwijzingen, maar niet met de “onbekende” patiënt. Een deel van de instellingen heeft de werkvoorraad berekend op basis van de capaciteit voor 6 weken van de electieve zorg. Het moment dat een patiënt daadwerkelijk wordt ingepland is meestal pas kort van te voren.

Doordat operaties vaker werden verplaatst zijn de gemeten wachttijden in 2020 extra opgelopen, terwijl dit niet direct het geval hoefde te zijn voor de werkvoorraad. Toch geeft het vergelijken van de verandering in werkvoorraad en de verandering in wachttijd een indruk van bij welke specialismen de toegankelijkheid meer onder druk is komen te staan.

**Inhaal IC** Verder is de IC-capaciteit ook een belangrijk aandachtspunt bij de inhaalzorg. We proberen in te schatten hoeveel IC-dagen er nodig zijn bij het inhalen van de uitgestelde ingrepen. Hiervoor gaan we uit van een gemiddeld aantal IC-dagen per type operatie <sup>14</sup>. Het inhalen van de 200 duizend operaties uit onze eigen schatting legt naar verwachting een beslag op de IC van ca. 12 duizend extra IC-dagen. Tweederde hiervan, ca. 8.000 IC-dagen, heeft betrekking op patiënten in de groep ‘pijn op de borst’.

In de praktijk hebben de instellingen inhaaloperaties al gepland voor de aankomende weken. Met deze gegevens kunnen we beter schatten hoe veel IC-dagen we daadwerkelijk kunnen verwachten. In Tabel 4 staat het aantal geschatte IC-dagen ten behoeve van de landelijke aantallen in te halen operaties en het aantal IC-dagen ten behoeve van de geplande operaties van 44 ziekenhuizen. Chirurgie is het specialisme met de grootste verwachte IC-belasting, zowel ten behoeve van de geschatte gemiste operaties als ten behoeve van de geplande operaties. Bij chirurgie en urologie wordt meer dan 50% van de IC-dagen binnenkort ingehaald ten opzichte van het totale aantal in te halen IC-dagen (aantal IC-dagen t.b.v. gemiste operaties), als de geplande operaties volgens de planning worden doorgevoerd.

Van de bovengenoemde 8.000 IC-dagen die gerelateerd zijn aan inhaaloperaties bij de patiëntgroep ‘pijn op de borst’ zien we het grootste deel niet terugkomen in de schatting die gebaseerd is op de werkvoorraden. Dat kan betekenen dat onze inschatting dat deze zorg nog moet worden ingehaald niet correct is, bijvoorbeeld omdat het toch meer urgente zorg is die ofwel gelijk door is gegaan, of niet meer ingehaald hoeft te worden. Mogelijk zijn in deze groep relatief veel patiënten overleden als gevolg van corona.

---

<sup>14</sup> Bron: DIS-data 2019.

Tabel 4: Aantal IC-dagen t.b.v. de gemiste/geplande operaties per specialisme

Specialisme	Aantal IC-dagen t.b.v. gemiste operaties	Aantal IC-dagen t.b.v. geplande operaties
Chirurgie	4.000	2.000
Orthopedie	900	300
Urologie	200	100
Plastische chirurgie	100	30
Gynaecologie	100	30
Oogheelkunde	3	1

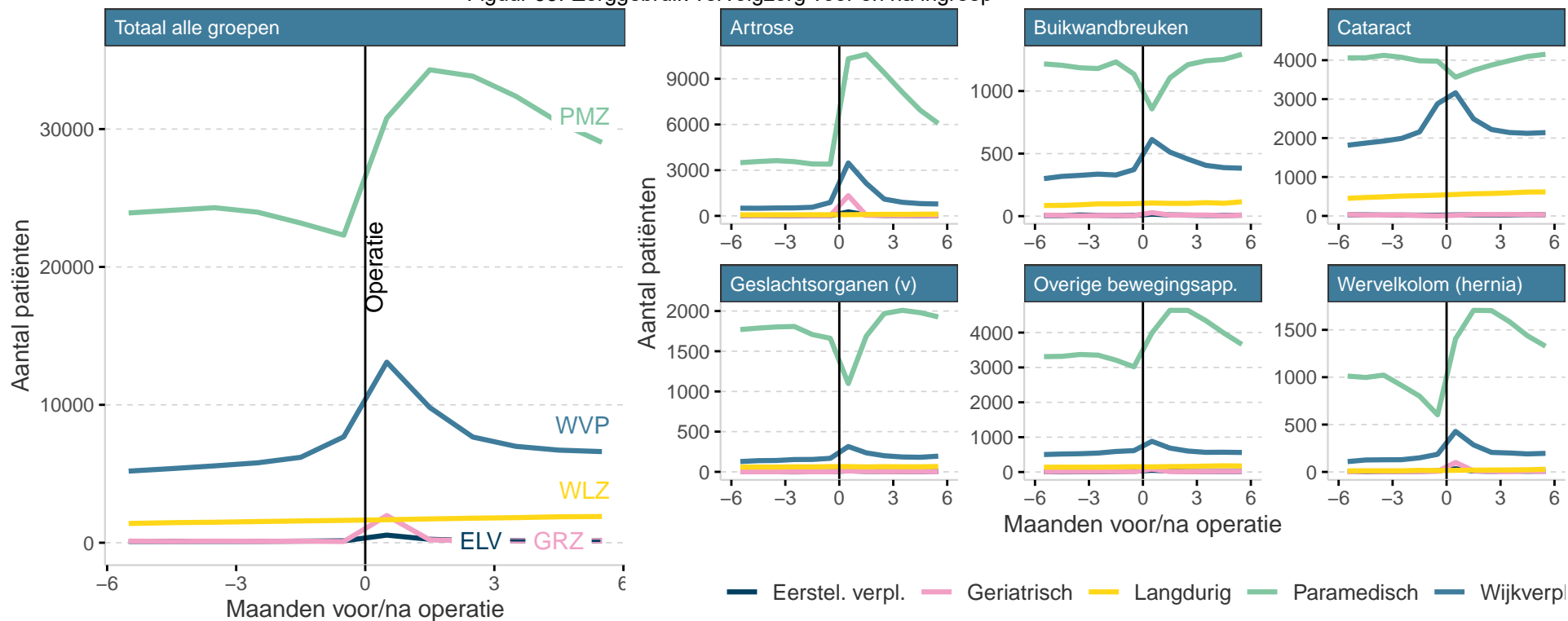
**Vervolg zorg** De toename van de werkvoorraad heeft ook gevolgen voor de vervolgzorg. Ook na de operatie is er extra capaciteit nodig. Dit is zorg die veelal wordt verleend door bijvoorbeeld huisartsen, wijkverpleging en fysiotherapeuten. Het vertalen van de aantallen patiënten die we per aandoening verwachten naar benodigde capaciteit doen we op basis van historische data (zie bijlage voor een toelichting). We kijken hierbij naar paramedische zorg, wijkverpleging, eerstelijns verpleging, geriatrische revalidatie en langdurige zorg.

Het aantal patiënten dat na de ingreep een beroep zal doen op vervolgzorg verschilt sterk per aandoening. In totaal gaat het om ca. 35.000 patiënten die in de eerste maanden na hun operatie gebruik zullen maken van paramedische zorg (o.a. fysio-, oefen- en ergotherapie). Dat zijn er ruim 10.000 extra t.o.v. de periode voorafgaand aan de ingreep. Een deel hiervan zal ook 6 maanden na de ingreep nog zorg gebruiken. Normaal gebruiken ruim 1,1 miljoen personen per maand fysiotherapie<sup>15</sup>. Zo'n 13.000 mensen zullen in de maand na hun ingreep een beroep doen op wijkverpleging (waarvan ruim 5.000 dat voor de ingreep ook al deden). Normaal kent de wijkverpleging ca. 300 duizend patiënten per maand. Ruim 2.000 patiënten zullen als gevolg van hun operatie naar verwachting ten hoogste één maand gebruik maken van geriatrische revalidatie of eerstelijns verpleging. De impact op de langdurige zorg is nihil.

De 6 patiëntgroepen met het grootste beroep op vervolgzorg worden in Figuur 33 uitgelicht. Van de 14.000 patiënten die in onze schatting nog een heup- of knie vervanging moeten ondergaan, zullen er 10.000 gedurende de eerste maanden na operatie een beroep doen op paramedische zorg, terwijl dat er voorafgaand aan de operatie 3.500 zijn. Ook zal een deel in de eerste maand een beroep doen op wijkverpleging en een klein deel op de geriatrische revalidatie. Op het aantal patiënten dat (meer) gebruik maakt van eerstelijns verpleging of langdurige zorg heeft de inhaalvraag geen invloed. Een vergelijkbaar patroon doet zich voor bij afwijkingen van de wervelkolom en overige aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Bij andere patiëntgroepen zoals cataract, breuken van de buikwand en aandoeningen aan de vrouwelijke geslachtsorganen is het beroep op de paramedische zorg juist minder in de eerste maand na ingreep.

<sup>15</sup> <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/effect-van-corona-op-paramedische-zorg-en-wijkverpleging>

Figuur 33: Zorggebruik vervolgzorg voor en na ingreep



**Geleverde zorg overige sectoren** In tabel 5 is voor zes sectoren gekeken naar de totale geleverde zorg in 2020, ook in vergelijking met 2019<sup>16</sup>. We kijken hierbij naar het ambulancevervoer, eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg, huisartsenzorg, paramedische zorg en wijkverpleging. Er is voor elke sector te zien aan hoeveel patiënten er zorg is geleverd. Ook is te zien hoe groot het percentuele verschil is ten opzichte van dezelfde zorg in 2019.

Te zien is dat voor de meeste sectoren het aantal patiënten lager ligt dan in 2019, met uitzondering van het eerstelijnsverblijf en huisartsenzorg. De sterkste daling over deze sectoren wordt gezien in de geriatrische revalidatiezorg, met 17,5% minder patiënten t.o.v. 2019.

<sup>16</sup> Op basis van declaratiedata

Tabel 5: Aantal patiënten en het totale vergoede bedrag in 2020 voor verschillende sectoren

Sector	Aantal patiënten	Aantal patiënten t.o.v. 2019
Ambulancevervoer	572.462	-3,4%
Eerstelijnsverblijf	37.438	1,5%
Geriatrische revalidatiezorg	43.970	-17,5%
Huisartsenzorg	13.294.367	+1,8%
Paramedische zorg	1.524.339	-3,5%
Wijkverpleging	574.045	-2,1%

Over het geheel van de huisartsenzorg in segment 1 (de reguliere huisartsenzorg) zien we in 2020 een stijging in het aantal patiënten dat contact had met de huisarts. De werkzaamheden voor deze patiënten zijn wel heel anders verdeeld in 2020 dan in voorgaande jaren. Een deel van de gewone consulten verliep telefonisch. De huisartsen speelden een rol in de vaccinatiecampagne en de intensieve zorg nam toe. Hieronder worden ook de visites gerekend aan patiënten die mogelijk besmet waren met het coronavirus. Ook nam de palliatieve zorg toe. De spoedeisende zorg in de avonden en weekenden (HAP/HSD) werd veel minder bezocht. Het aantal consulten daalde met een kwart. Het eerstelijnsverblijf bij de huisarts nam ook af met een kwart. En het aantal bijzondere verrichtingen zoals longfunctiemetingen, maar ook vrijwel alle niet-corona-klachten gerelateerde zorg zoals bloeddrukmetingen, Doppler onderzoek en kleine chirurgische ingrepen werden significant minder vaak gedaan. In diezelfde periode werden ook veel minder patiënten verwezen naar het ziekenhuis (zie hoofdstuk 2.1).

Huisartsen hebben inmiddels de fysieke consulten, sociale visites en ook nascholingen weer meer opgepakt. Op dit moment ervaren huisartsen de werkdruk als hoog en vindt driekwart dit te hoog. Dit heeft ook te maken met de krapte op de arbeidsmarkt, waardoor er minder waarnemers zijn<sup>17</sup>. Deze toegenomen druk is ook merkbaar in de wijkverpleging en geriatrische revalidatiezorg. Het aantal patiënten is weer toegenomen, terwijl de capaciteit iets lager is door met name het hoge ziekteverzuim. Er zijn nog geen cijfers beschikbaar over het totaal aantal patiënten in zorg.

<sup>17</sup> LHV Onderzoek 2021: Zorgen over werkdruk en bezetting. <https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2021/10/LHV-Onderzoek-2021-Zorgen-over-werkdruk-en-bezetting.pdf>



### 3 Langdurige zorg

Dit hoofdstuk staat in het teken van de langdurige zorg. Onder langdurige zorg vallen de sectoren verpleging & verzorging (V&V), de gehandicaptenzorg (GHZ) en een deel van de geestelijke gezondheidszorg (ggz). In dit hoofdstuk ligt de focus op de bezettingsgraad in de V&V, de ziekteverzuimcijfers en aantal wachtenden in de langdurige zorg.

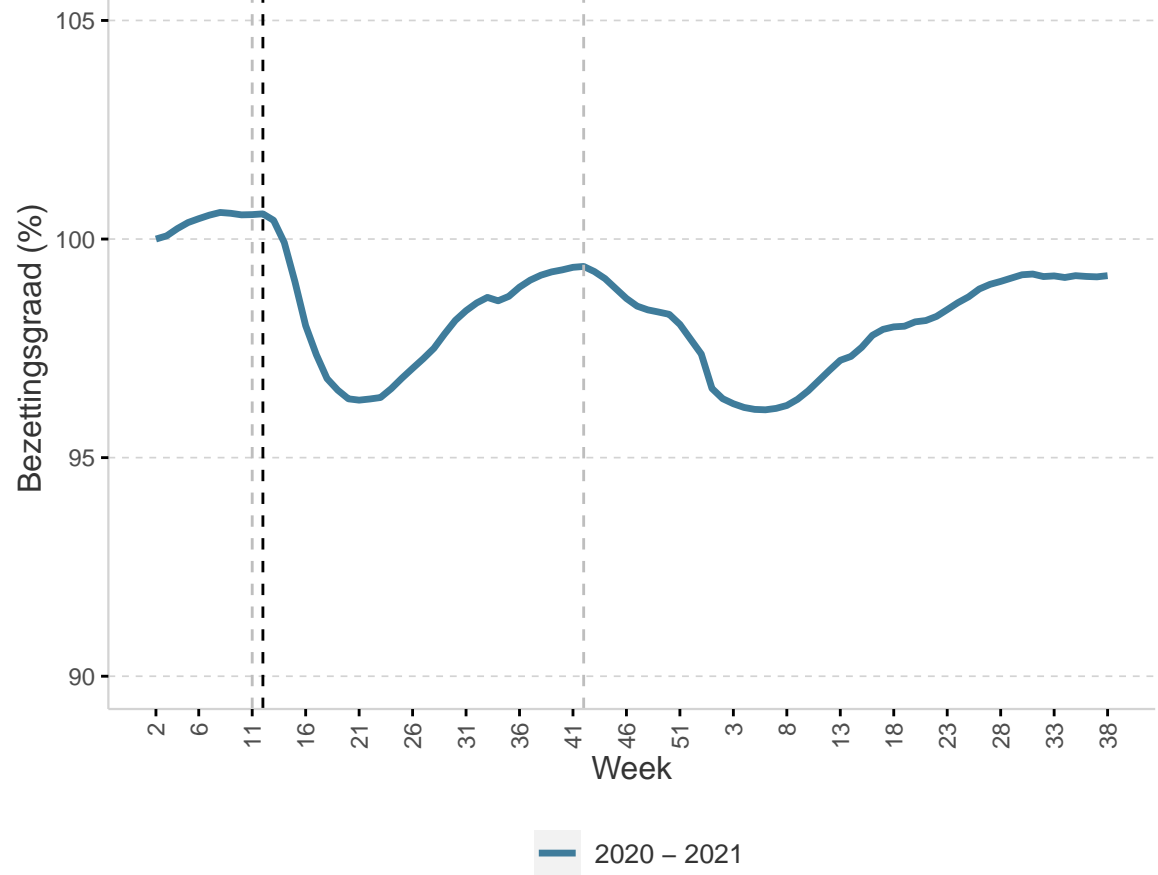
#### 3.1 Bezettingsgraad V&V aanbieders

In Figuur 34 is de bezettingsgraad van de V&V aanbieders in Nederland weergegeven voor de weken 2 van 2020 t/m 38 van 2021. In de figuur zijn de weken 11, 42 (beide grijs) en 12 (zwart) van 2020 gemarkeerd met een verticale stippellijn. In week 11 2020 valt 12 maart, het moment waarop de eerste landelijke coronamaatregelen werden aangekondigd (op deze dag werden evenementen afgelast en riep de overheid op om zoveel mogelijk thuis te werken). In week 12 werden de bezoekersrestricties in de verpleeghuizen ingevoerd en vanaf week 42 was er wederom sprake van een landelijke, gedeeltelijke lockdown. De data is geïndexeerd op week 2 van 2020, op dat moment waren er gemiddeld 129.916 plekken bezet.

Vanaf week 7 2021 zien we de bezettingsgraad in de verpleeghuizen weer toenemen. Dit lijkt het effect te zijn van het vaccineren van bewoners en personeel en de daling die te zien is in het aantal (Covid-19 gerelateerde) sterfgevallen. In de laatste weken zien we een stabilisering van die toename. De bezettingsgraad heeft tot op heden het niveau van voorafgaand aan de coronacrisis niet meer gehaald. Ten opzichte van het gemiddelde over week 2 tot en met 10 in 2020 (voorafgaand aan de coronacrisis), ligt de landelijke bezetting van de V&V aanbieders op basis van de laatste data in week 38 nog 1.587 plekken lager. Dit waren op het laagste punt in 2021 nog 5.573 lege plaatsen in totaal.

Een lage bezettingsgraad impliceert dat er lege plaatsen zijn bij V&V aanbieders. Er kunnen verschillende redenen zijn waarom deze lege plaatsen niet direct zijn gevuld. Zo kan het zijn dat personen met een Wlz-indicatie opname in een instelling hebben uitgesteld en zorg zo lang mogelijk thuis proberen te regelen met behulp van mpt, vpt, pgb en mantelzorg. Daarnaast zijn er veel signalen dat het ziekteverzuim in verpleeghuizen hoog is, wat voor (extra) personeelstekorten zorgt. Ook is er vanuit het CIZ een achterstand in het beoordelen van indicatieaanvragen.

Figuur 34: Bezettingsgraad van V&V aanbieders tov week 2 2020, landelijk weergegeven



Databron: Zorgkantoren

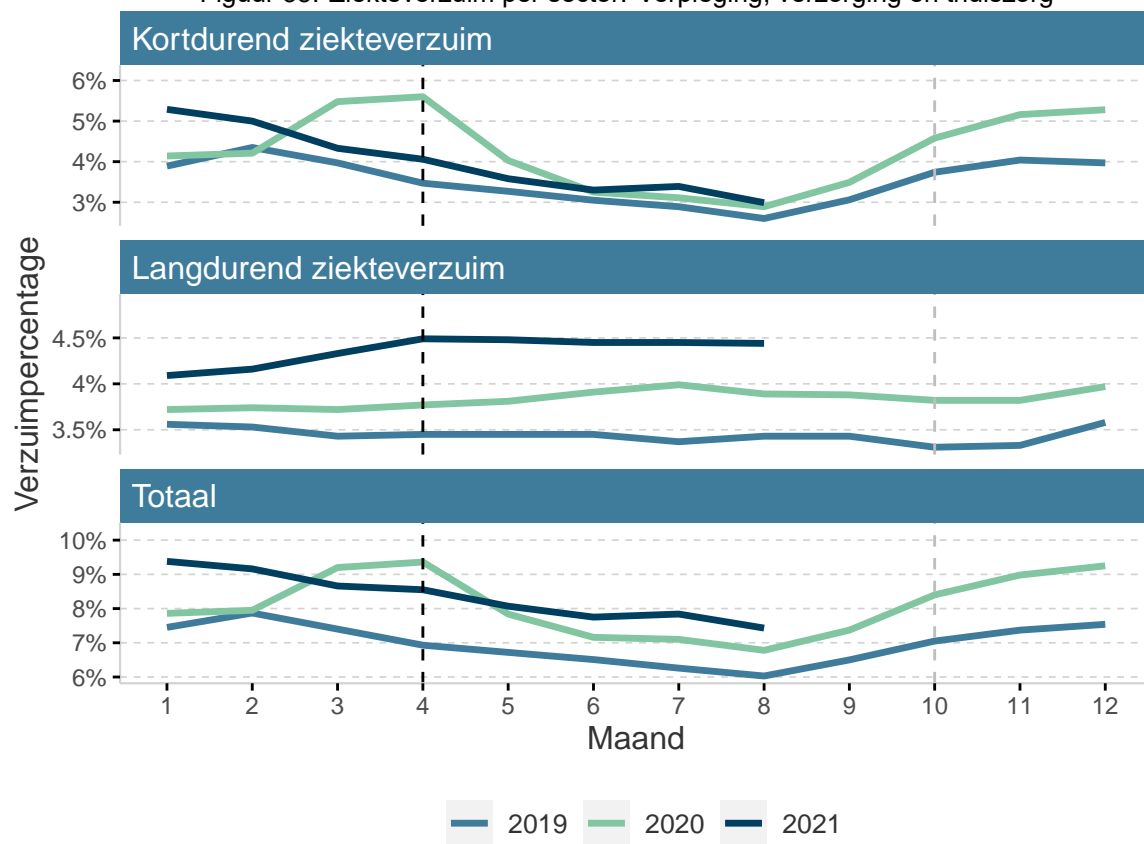
## 3.2 Ziekteverzuim

In de volgende figuren worden de ziekteverzuim cijfers (bron: Vernet) weergegeven met betrekking tot zowel kortdurend (1 t/m 91 dagen) als langdurend ziekteverzuim (92 t/m 730 dagen). Data over kortdurend ziekteverzuim (en dus ook in het totale verzuim) laat over het algemeen een sterk seizoenspatroon zien met een lager ziekteverzuim in de zomermaanden. De cijfers kunnen daarom het beste vergeleken worden met dezelfde periode van het voorgaande jaar.

### Ziekteverzuim cijfers VVT (Verpleging, Verzorging en Thuiszorg)

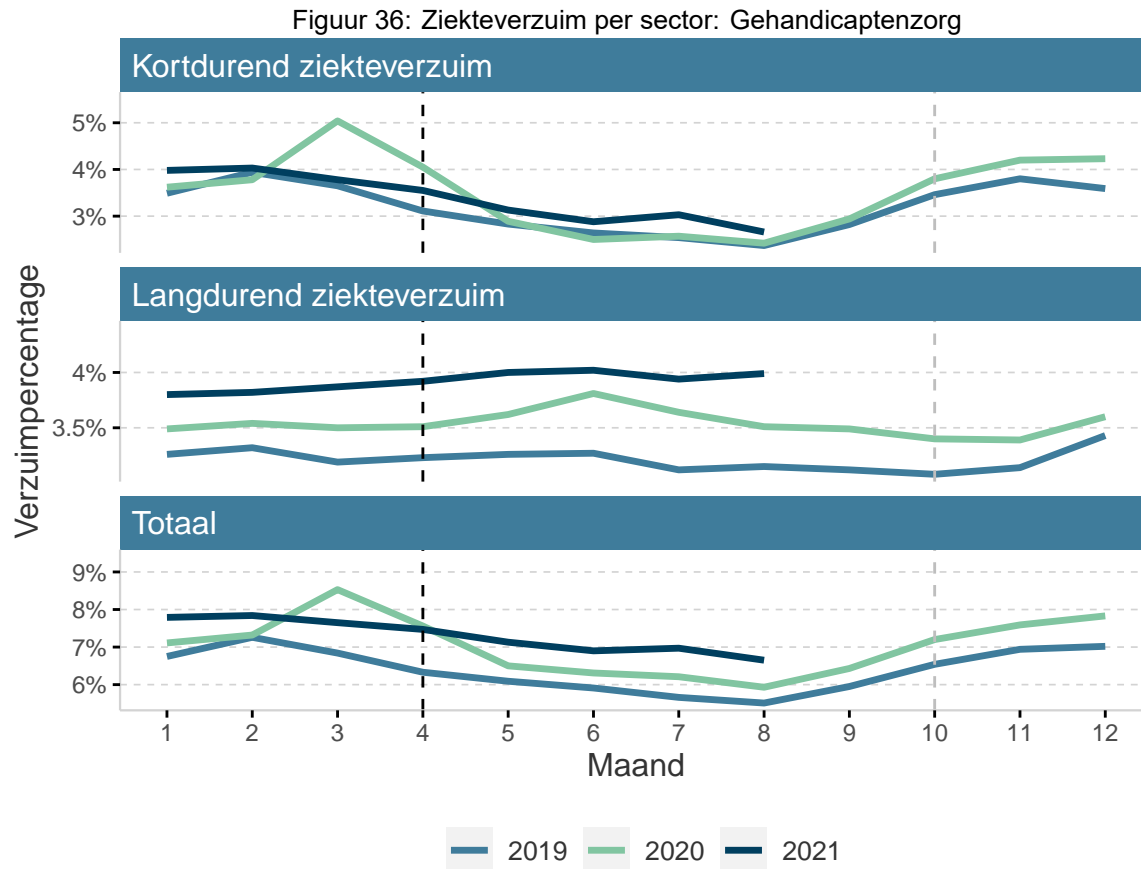
In Figuur 35 zijn de verzuimpercentages weergegeven voor de VVT sector. Hier zien we een afname in het totale ziekteverzuim sinds januari. Op 1 augustus ligt het nog wel boven het niveau van 2019 en 2020. Het totale verzuimpercentage in de VVT sector is op 1 augustus 2021 7.4%, ten opzichte van 6.8% op 1 augustus 2020. Bij het kortdurende ziekteverzuim zien we sinds de jaarwisseling een daling. Langdurend ziekteverzuim liet sinds eind 2020 een stijging zien, maar is de afgelopen maanden stabiel.

Figuur 35: Ziekteverzuim per sector: Verpleging, verzorging en thuiszorg



### Ziekteverzuim cijfers GHZ

In Figuur 36 zijn de verzuimpercentages weergegeven voor de GHZ sector. We zien hier een vergelijkbaar patroon met de VVT sector. De piek in de kortdurende en de totale verzuimcijfers lag in maart 2020. Vervolgens daalt het percentage tot aan augustus 2020, waarna het verzuim weer toeneemt. Sinds januari 2021 zien we hier weer een dalende trend. Op 1 augustus 2021 is het totale verzuimpercentage in de GHZ sector 6.7%. Het langdurend verzuim in de GHZ is al het hele jaar hoger dan voorgaande jaren.



### 3.3 Aantal wachtenden

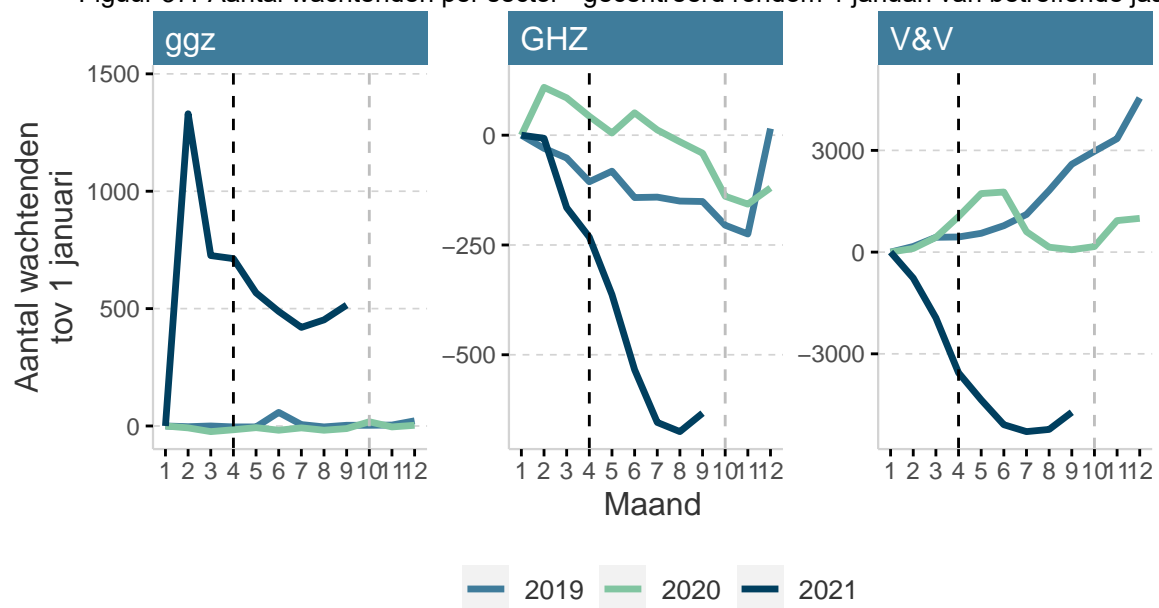
#### Wachtenden per sector

Figuur 37 geeft de ontwikkeling van het totaal aantal wachtenden in de langdurige zorg per sector weer voor 2019, 2020 en een deel van 2021. Maand 4 (april) is gemarkeerd met een verticale lijn. Dit is rond het peilmoment in 2020 waarop de maatregelen van de eerste golf van kracht waren. De gegevens zijn gecentreerd rondom de stand van peildatum 1 januari van het betreffende jaar. Op 1 januari 2021 was het aantal wachtenden voor de langdurige ggz 25, voor de GHZ 2.475 en voor de V&V 21.029 personen.

Op 1 februari 2021 zien we een piek in het aantal wachtenden ggz, maar daarna neemt dit aantal weer wat af. Per 1 januari 2021 is directe toegang tot de Wlz voor ggz zorgprofielen uitgebreid. Dit betekent dat het aantal ggz-wachtenden binnen de Wlz ook is toegenomen. Dit was in de data van peilmoment 1 januari 2021 nog niet zichtbaar. Sinds juli zien we weer een lichte stijging van het aantal wachtenden in deze sector.

In zowel de V&V sector als de GHZ sector zien we na 1 januari 2021 een forse daling in het aantal wachtenden, met een lichte toename vanaf de zomer. Tussen 1 januari 2021 en 1 september 2021 is het aantal GHZ wachtenden afgenomen met 633 wachtenden, en is het aantal V&V wachtenden afgenomen met 4.723 wachtenden.

Figuur 37: Aantal wachtenden per sector - gecentreerd rondom 1 januari van betreffende jaar



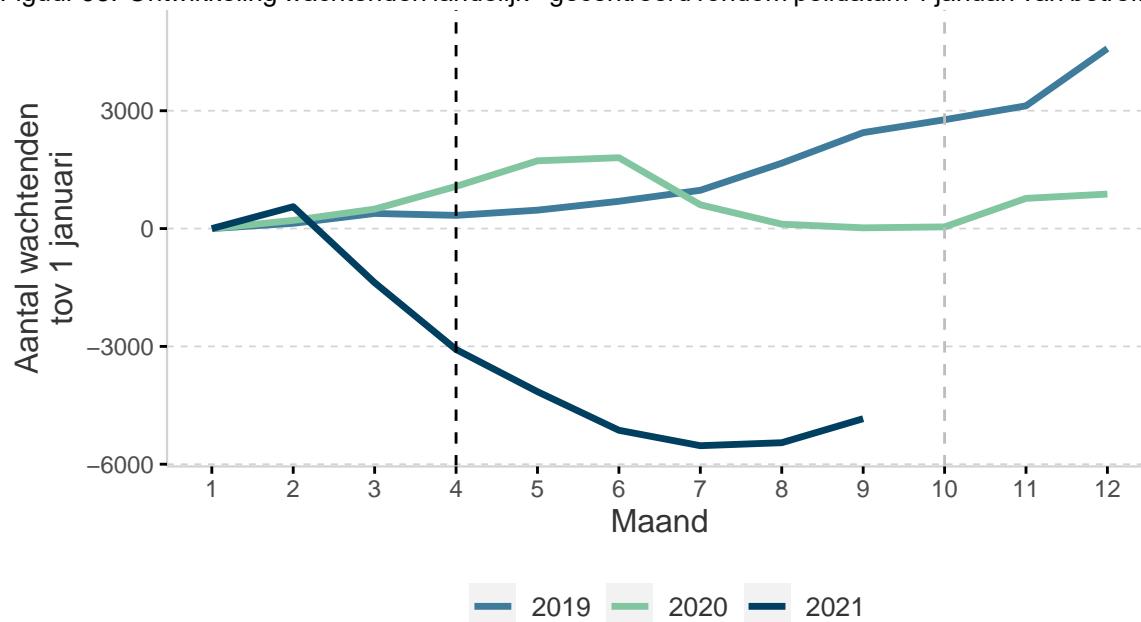
Databron: ZINL

### Ontwikkeling van de wachtlijsten: landelijk

Figuur 38 toont de landelijke ontwikkeling van de wachtlijsten ten opzichte van 1 januari in 2019, 2020 en 2021. Hierin zijn alle regio's en alle wachtstatussen (actief, urgent, wachtend op voorkeur met en zonder zorg) meegenomen. De aantallen zijn gecentreerd ten opzichte van peildatum 1 januari van de betreffende jaren. Op 1 januari 2019 was het aantal wachtenden 17.929, op 1 januari 2020 was het aantal wachtenden 22.676 en op 1 januari 2021 was het aantal wachtenden 23.529.

In 2021 zien we eerst een kleine stijging in het aantal wachtenden. Uit de eerdere grafieken blijkt dat deze stijging geheel veroorzaakt wordt door de toestroom van nieuwe ggz cliënten in de Wlz. Vanaf 1 februari neemt het aantal wachtenden af, en deze daling zet door tot aan 1 juli 2021. In de laatste twee maanden zien we een kleine stijging in het aantal wachtenden. In voorgaande jaren zagen we dat het totaal aantal wachtenden niet of nauwelijks onder het niveau van 1 januari van het betreffende jaar kwam.

Figuur 38: Ontwikkeling wachtenden landelijk - gecentreerd rondom peildatum 1 januari van betreffende jaar



Databron: ZINL



## 4 Geestelijke gezondheidszorg

In dit hoofdstuk presenteren wij het aantal verwijzingen naar de ggz dat via ZorgDomein wordt gedaan. Daarnaast laten we de wachttijden zien voor de ggz.

### 4.1 Aantal verwijzingen

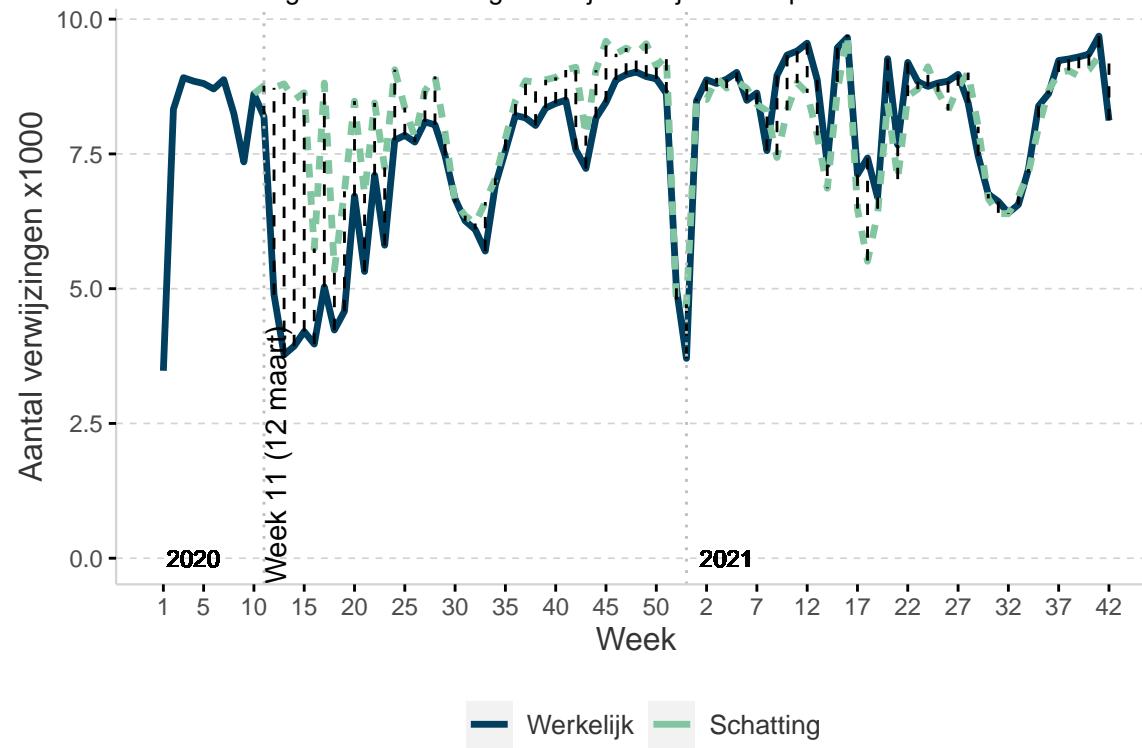
In week 42 hebben ongeveer 8100 verwijzingen plaatsgevonden. Dit is vergelijkbaar met het aantal verwijzingen in week 41. Vanwege de vakantie is het aantal verwijzingen vanaf week 30 aanzienlijk lager dan daarvoor.

Vanwege de coronacrisis kan het aantal verwijzingen afwijken van het gebruikelijke aantal. Om dit te berekenen kijken we naar het verschil tussen het verwachte aantal verwijzingen zonder pandemie en het aantal daadwerkelijke verwijzingen. Sinds maart 2020 gaat het in totaal om ongeveer 38.000 minder verwijzingen dan we zouden verwachten zonder pandemie. Dit aantal verwijzingen moet nog worden opgeschaald omdat we niet alle verwijzingen in beeld hebben. We hebben berekend dat de dekking van de verwijsdata rond de 59% van de geopende initiële dbc's ligt. Dit zou betekenen dat het in totaal gaat om ongeveer 65.000 minder verwijzingen dan we zouden verwachten zonder pandemie.

Uit Figuur 39 is duidelijk af te leiden dat zeker vanaf week 20 de schatting en het werkelijk aantal verwijzingen elkaar nauw volgen. Dit betekent dat op totaalniveau het aantal verwijzingen net zo hoog is als we zouden verwachten zonder Covid-19. Hieronder (Figuur 41) zien we dat dit niet voor alle leeftijdsgroepen geldt. De laatste weken zien we wel weer een vrij forse stijging in het aantal verwijzingen, met een dip in de laatste week vanwege de herfstvakantie (week 42).

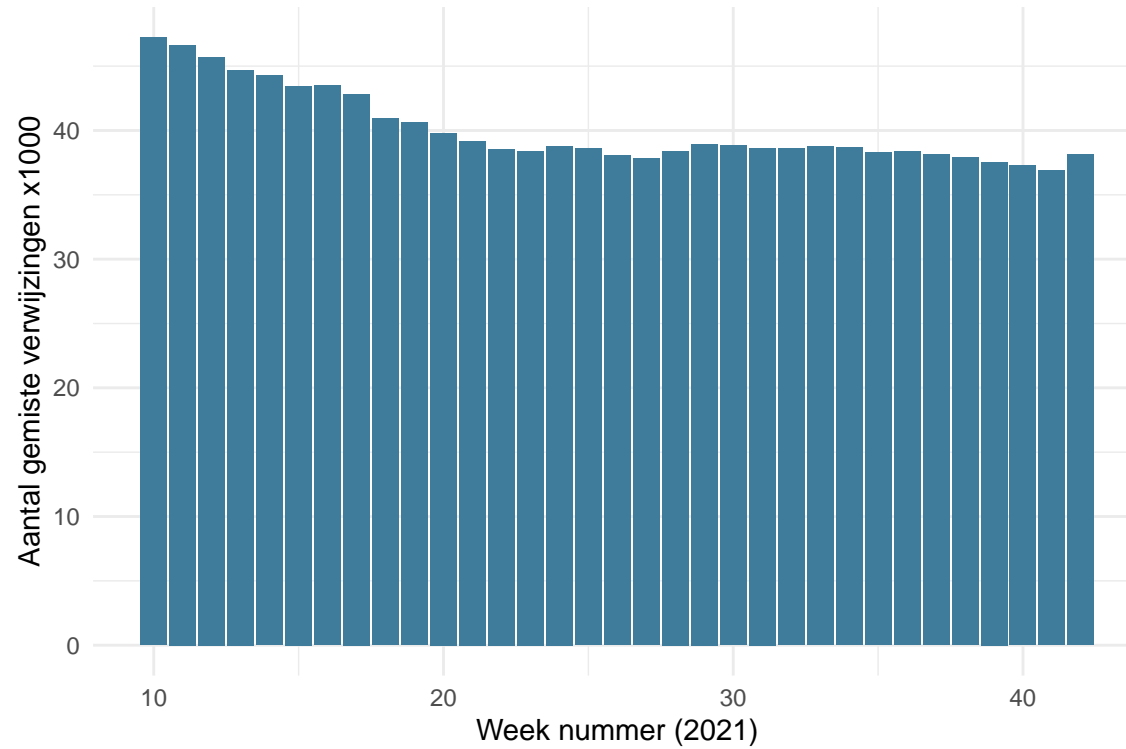
Let op: deze getallen zijn schattingen.

Figuur 39: Schatting landelijk verwijzingsvolume per week



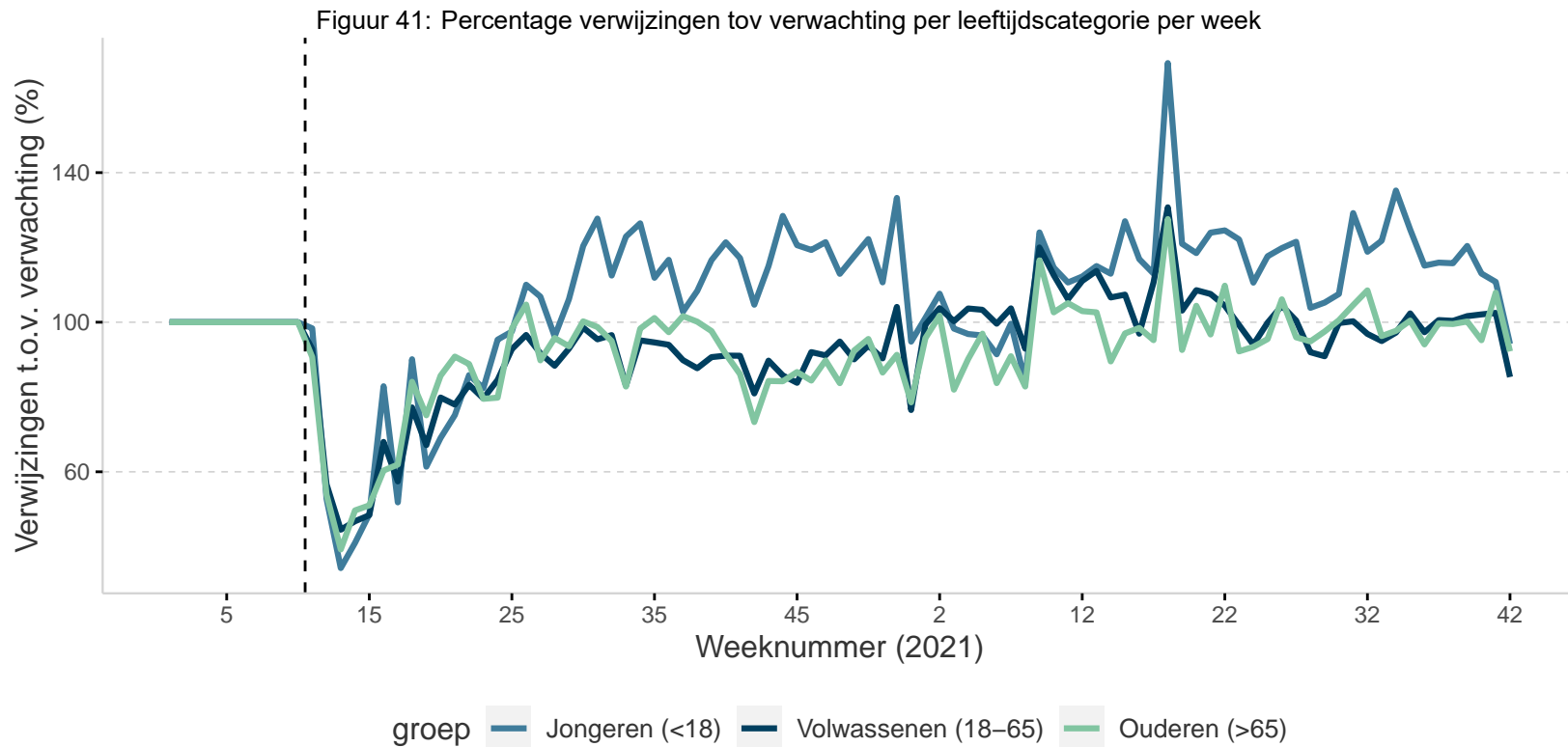
In Figuur 40 zien we het totaal aantal verwijzingen dat we op basis van onze aannames nog verwachten. Dit aantal was de afgelopen weken enigszins aan het stabiliseren. De laatste weken begint het weer af te nemen. Een deel van deze verwijzingen zal wellicht niet ingehaald worden.

Figuur 40: Schatting van het totaal aantal nog te verwachten verwijzingen



## 4.2 Aantal verwijzingen naar leeftijdsgroep

In Figuur 41 is in beeld gebracht hoeveel procent het aantal verwijzingen per leeftijdsgroep afwijkt van de schatting. Elke lijn geeft dus het verschil weer tussen de schatting en het werkelijk aantal verwijzingen. Een waarde van 100% betekent dat het aantal verwijzingen gelijk is aan de schatting. We zien dat het aantal verwijzingen voor jongeren het afgelopen jaar consistent boven verwachting ligt (gemiddeld 15%). Voor volwassenen zien we de afgelopen weken een toenemende trend. Het aantal verwijzingen voor ouderen laat de laatste weken ook een opleving zien, met een dip in de laatste week vanwege de herfstvakantie (week 42).



### 4.3 Wachttijden

In het kader van de Transparantieregeling zorgaanbieders ggz van de NZa leveren zorgaanbieders voor elke vestiging maandelijks bij Vektis aan hoe lang de wachttijd is voor een diagnosehoofdgroep bij de betreffende vestiging. Aanbieders mogen de wachttijd op één van twee manieren schatten<sup>18</sup>:

- Prospectief, op basis van de derde mogelijkheid om een afspraak te plannen in de agenda;
- Retrospectief, de gemiddelde gerealiseerde wachttijd voor patiënten die zich de afgelopen twee maanden hebben aangemeld (aanmeldwachttijd) of in behandeling zijn genomen (behandelwachttijd).

Kleinere aanbieders gebruiken naar verwachting vooral de prospectieve schatting, terwijl grote ggz-instellingen vooral retrospectieve schattingen doen.

Hierbij zijn de wachttijden opgedeeld in de aanmeld- en behandelwachttijd voor de diagnosehoofdgroepen die de aanbieder onder behandeling heeft. Deze wachttijden zijn door Vektis verrijkt en doorgeleverd aan de NZa. De gegevens in dit hoofdstuk gaan specifiek over de wachttijd en niet over het aantal mensen dat op een ggz-wachtlIJst staat. Op 1 januari 2021 is de vernieuwde Transparantieregeling zorgaanbieders ggz ingegaan. Deze verplicht aanbieders ook het aantal wachtenden aan te leveren.

Van sommige diagnosehoofdgroepen zijn er relatief weinig aanbieders die wachttijden aanleveren. Daardoor kunnen de wachttijden sterk fluctueren. Deze diagnosehoofdgroepen, specifiek eetstoornissen, stoornissen in de kindertijd en restgroep diagnoses, hebben we uit de huidige rapportage gelaten.

Sinds februari 2021 leveren aanbieders de wachttijden voor pervasieve stoornissen en angststoornissen uitgesplitst aan. Voor deze uitsplitsingen kunnen we nog geen goede weging maken. Daarom laten we de wachttijden van deze diagnosehoofdgroepen na 1 februari 2021 niet zien.

In de ggz waren er al aanzienlijke wachttijden vóór de coronapandemie. We houden er rekening mee dat de wachttijden in de ggz de komende maanden verder oplopen. We zullen dit nauwlettend blijven monitoren.

We hebben geen gegevens over de wachttijden voor de poh-ggz. Wel krijgen we signalen binnen dat deze wachttijden oplopen. Voor een volgende monitor proberen we hier meer inzicht in te krijgen.

#### Aanmeldwachttijden

Wanneer een patiënt contact opneemt met een ggz-aanbieder komt hij of zij vaak eerst op een wachtlIJst voordat er een intake gedaan kan worden. De periode dat de patiënt wacht op een intakegesprek is de aanmeldwachttijd. In Figuur 42 laten we het verloop van de gewogen gemiddelde

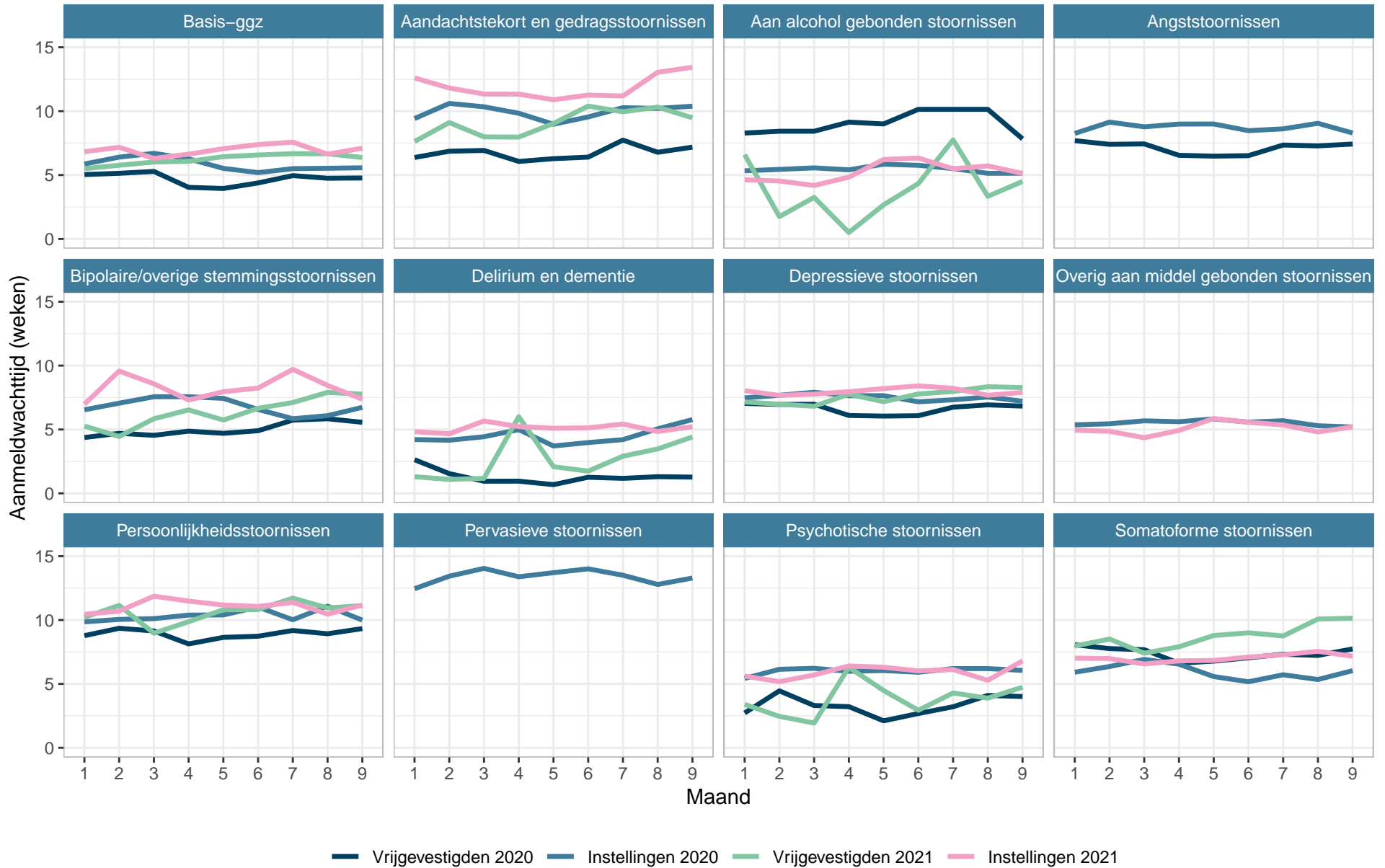
<sup>18</sup> Zie transparantieregeling zorgaanbieders ggz voor meer achtergrond

aanmeldwachtijden zien per diagnosehoofdgroep.<sup>19</sup> Deze maand valt op dat met name de anmeldwachtijd voor Aandachtstekort en gedragsstoornissen relatief sterk stijgt.

---

<sup>19</sup> Sinds februari 2021 worden de wachttijden voor pervasieve stoornissen en angststoornissen gesplitst aangeleverd. Hierdoor beschikken we niet over een goede weging, daarom zullen we de meest recente maand voor deze diagnosegroepen weggelaten uit deze rapportage. Voor een volgende rapportage zullen we meer inzicht in deze groepen kunnen verkrijgen.

Figuur 42: De aanmeldwachtijd per diagnosehoofdgroep per maand

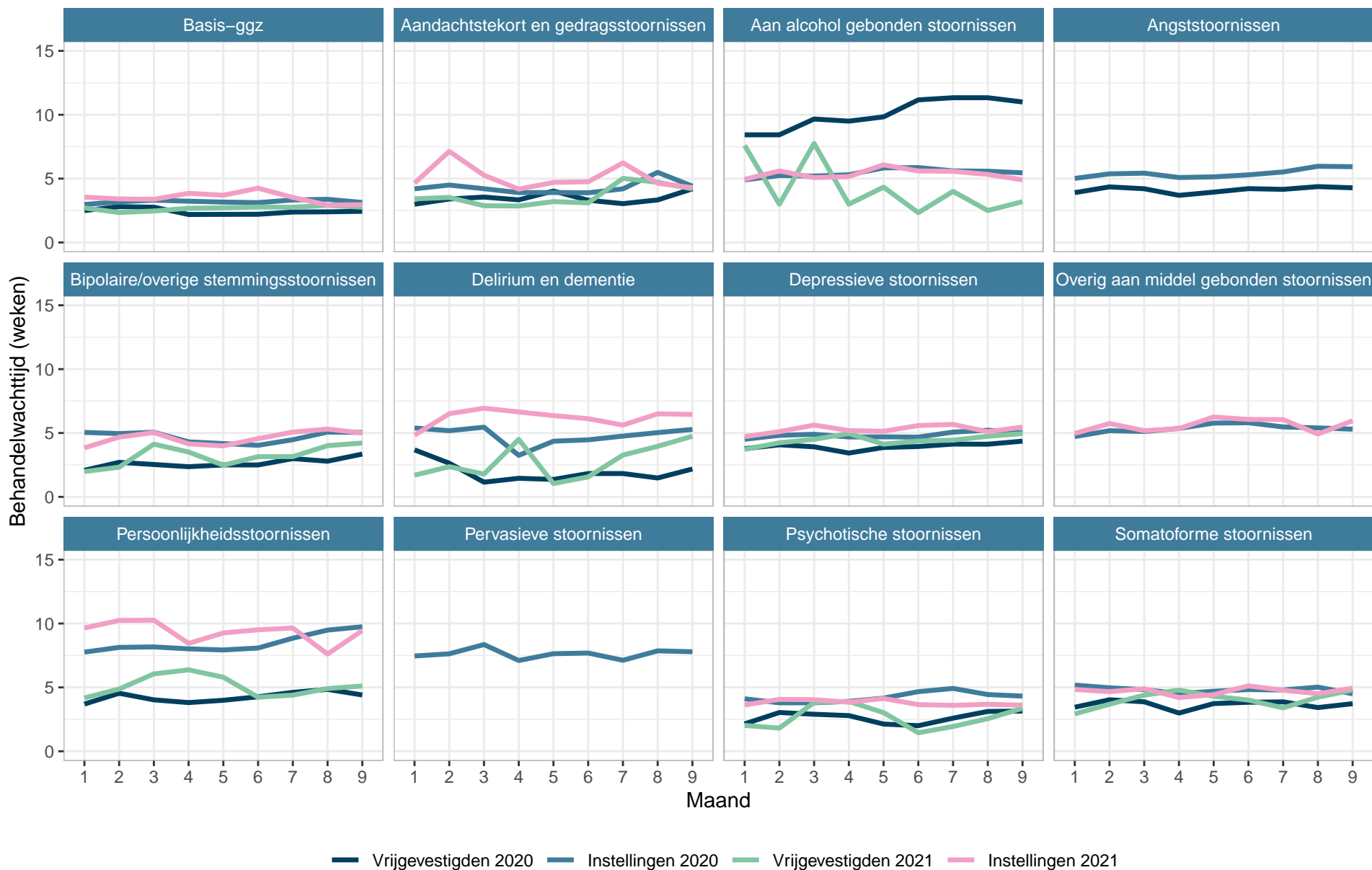


### Behandelwachtlijden

Na de intake wordt een patiënt in veel gevallen op een nieuwe wachtlijst geplaatst voor de behandeling kan beginnen. De wachttijd die hierbij hoort wordt als behandelwachtlijden aangeleverd bij Vektis. Hieronder geven we de gewogen gemiddelden weer van de behandelwachtlijden van de verschillende diagnosehoofdgroepen (figuur 43). In de meeste gevallen ligt de behandelwachtlijden rond hetzelfde niveau als een jaar geleden.

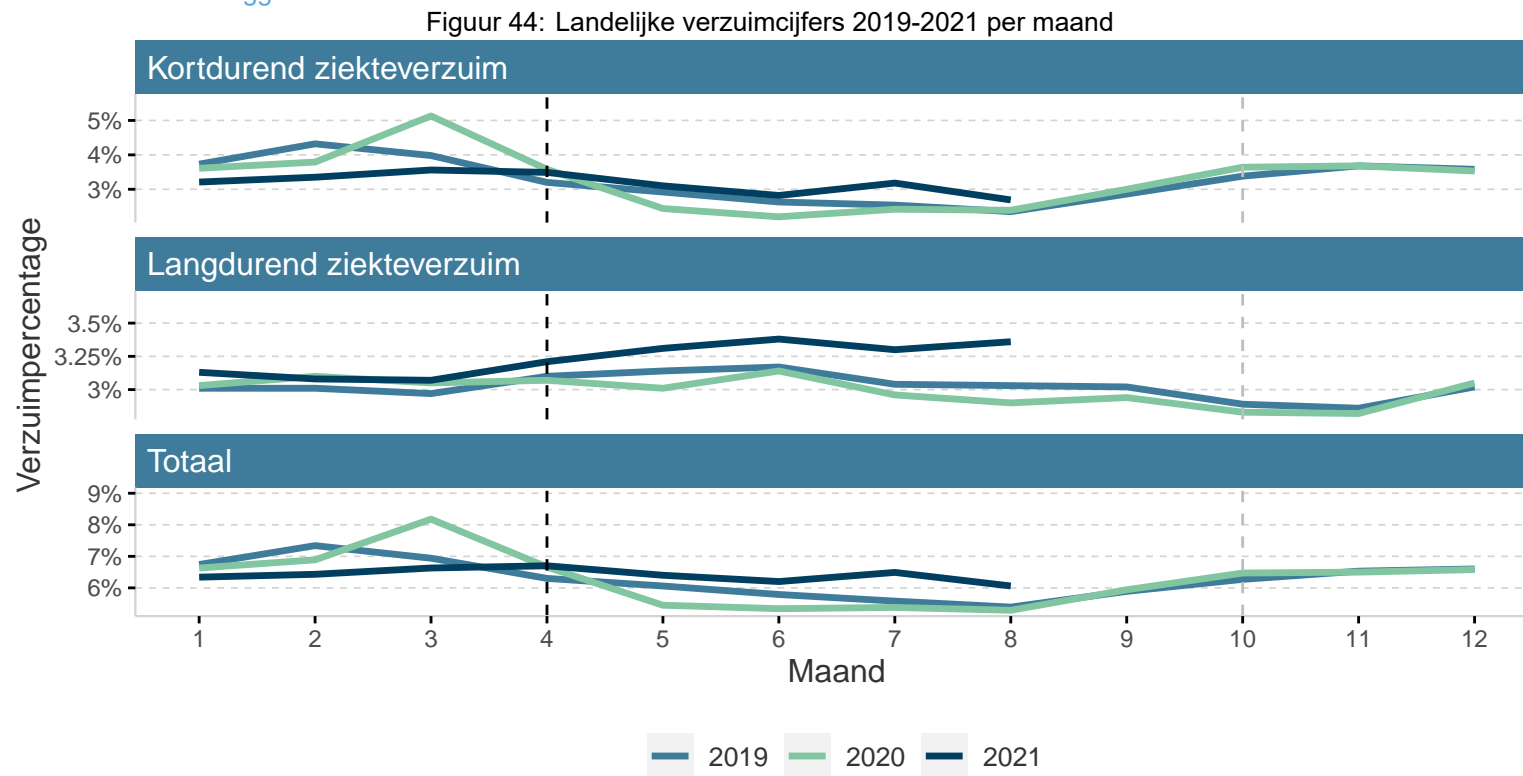


Figuur 43: Behandelwachtijd per diagnosehoofdgroep per maand



## 4.4 Ziekteverzuim

Resultaten ziekteverzuim in de ggz



In Figuur 44 worden de cijfers weergegeven met betrekking tot zowel kortdurend (1 t/m 91 dagen) als langdurend ziekteverzuim (92 t/m 730 dagen).

Data over kortdurend ziekteverzuim (en dus ook in het totale verzuim) laat over het algemeen een sterk seizoenspatroon zien met een lager ziekteverzuim in de zomermaanden (zie Figuur 44). De cijfers kunnen daarom het beste vergeleken worden met dezelfde periode van een eerder jaar. In deze rapportage laten we 2019 en 2020 ter vergelijking zien.

Kortdurend verzuim liet van juni naar juli een sterke stijging zien. Dit is van juli naar augustus weer wat gedaald. Het percentage langdurend verzuim laat vanaf april een afwijkend patroon zien ten opzichte van eerdere jaren. Het gaat richting de 3.5%, waar het de afgelopen jaren op 3% lag rond deze tijd van het jaar. Het totale verzuim is opgebouwd uit de som van langdurend en kortdurend verzuim en laat dezelfde fluctuaties zien als het kortdurende verzuim. Op 1 augustus 2021 is het totale verzuimpercentage in de ggz 6.1%.

## 5 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 45 geeft de indeling van de regio's weer).

Figuur 45: ROAZ indeling



## 5.1 Verwijzingen

De data over verwijzingen krijgt de NZa wekelijks van ZorgDomein. ZorgDomein biedt een online platform waar vraag (vanuit de patiënt en huisarts) en aanbod bij elkaar komen. Huisartsen kunnen via het platform van ZorgDomein patiënten doorverwijzen naar aangesloten instellingen. Vrijwel alle ziekenhuizen en een groot deel van de huisartsen maakt gebruik van dit systeem. De NZa ontvangt van ZorgDomein wekelijks een geaggregeerd bestand met verwijstotalen per provincie, ROAZ regio, specialisme en verwijstype naar zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en ziekenhuizen. 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.<sup>20</sup> 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:

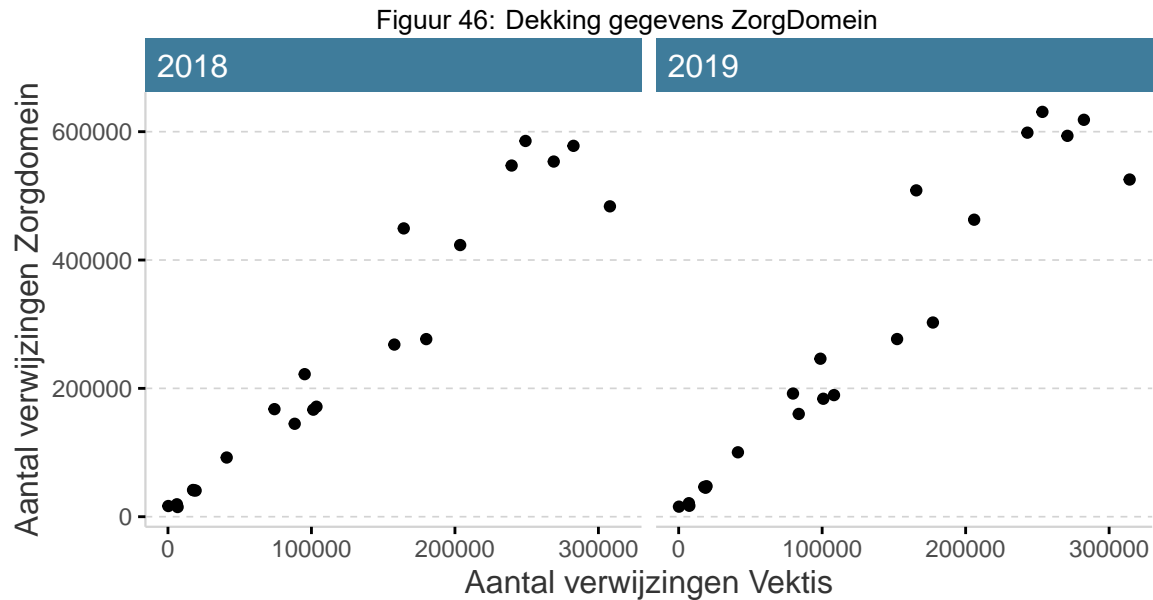
- Niet iedere verwijzing zal resulteren in een zorgtraject.
- De periodes worden een op een vergeleken, terwijl een verwijzing ook later opgevolgd kan worden.
- De dekking van ZorgDomein is niet volledig.

---

<sup>20</sup> 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.

Figuur 46 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.



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 coronacrisis 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.

## 5.2 Ziekenhuisproductie

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, en in hoeverre deze weer is hersteld. 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 gedeclareerd<sup>21</sup>. 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.

---

<sup>21</sup> Het originele bestand betreft het aantal patiënten per ziekenhuis per diagnose, waardoor een patiënt met meerdere diagnoses ook meerdere keren in de overzichten terug kan komen.



Bij de figuren met betrekking tot het aantal verpleegdagen is 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 het een relatief kleine groep is (het aandeel patiënten kwam tijdens de piek iets boven de 0,5%) laten we deze informatie in de andere figuren achterwege.

### 5.3 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 gedeeltelijk 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.

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 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.

Vanaf augustus 2021 wordt in de grafieken de geschatte productie getoond met een bandbreedte die de onzekerheid in deze schatting moet weergeven. Deze band wordt bepaald door onze eerdere schattingen van de patiëntenaantallen (gepubliceerd in de periode november '20 tot en met juli '21) te

vergelijken met de uiteindelijk gerealiseerde patiëntenaantallen. Dit geeft voor elke week dat we terugkijken een gemiddelde afwijking van het geschatte niveau ten opzichte van de gerealiseerde productie (bias) en de variatie daarin (standaard deviatie). Deze vormen de grijze band rondom de lijnen die de actuele productie weergeven in dit rapport. De randen van de band worden gevormd door één standaarddeviatie onder en boven de geschatte productie plus bias. Soms heeft dit tot gevolg dat de geschatte productie buiten de bandbreedte komt, wat een indicatie zou kunnen zijn van een standaardfout in de schatting. Omdat we geen fundamentele oorzaak kunnen geven voor deze afwijking corrigeren we de schatting hier niet verder voor.

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.

## 5.4 Behandeltijd

De meeste cijfers en figuren in dit rapport gaan over aantallen patiënten en aantallen verrichtingen/operaties. Bij de operaties maken we ook een vertaling naar de behandeltijd. Hiervoor maken we gebruik van normtijden per verrichting die afkomstig zijn van Logex. Zij stellen jaarlijks gemiddelde operatietijden vast op basis van de OK registratie van alle ziekenhuizen die bij hen zijn aangesloten. Om de productiegegevens te laten koppelen met normtijden zijn wel enkele bewerkingen uitgevoerd en aannames gedaan. De DHD-data zijn beschikbaar op specialisme, diagnose en zorgprofielklasse-niveau. Door profielen te maken van historische ziekenhuisdata (DIS 2019) schatten we per diagnose om welke zorgactiviteiten het gaat, en wat de verwachte aantallen (normaal, en nog in te halen) per zorgactiviteit zijn. Dit beperken we uiteraard ook weer tot de intensieve/invasieve en wbm- verrichtingen. We veronderstellen dat de aandelen van de verschillende operatieve activiteiten binnen dezelfde diagnose gelijk is gebleven over de jaren 2019-2021. Door nu de aantallen in 2020/2021 te vergelijken met die in 2019 kan per specialisme het aantal operaties en de operatietijd geschat worden.

Voor een heel klein deel (ca. 0,5%) van de operaties werd er na week 10 van 2020 vaker geopereerd dan ervoor, wat resulteert in een klein negatief aantal in te halen operaties. Dit hebben we zo gelaten, omdat substitutie hier mogelijk een rol in speelt (bijvoorbeeld omdat vanwege afschaling een lichtere operatie werd uitgevoerd in plaats van een zwaardere). Specialismen die zelden of nooit opereren, worden niet in de figuur opgenomen. Dit zijn inwendige geneeskunde, MDL, longgeneeskunde, neurologie en radiotherapie.

## 5.5 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: kan eventueel 3 maanden of langer wachten) is een staaroperatie bij een ziekte van de oog lens 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 en de gemiste ingrepen 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 diagnoses 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 diagnoses 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 diagnoses waarbij in 2018 nooit een patiënt naar de IC ging na een operatie (ca. 25%). In de figuur waarin de zorgproductie wordt uitgesplitst naar urgentie en beslag op de IC zijn de ingrepen met een onbekend specialisme (en daardoor onbekende urgentie) proportioneel verdeeld over de andere groepen met hetzelfde IC-gebruik. Vervolgens zijn de ingrepen met een onbekende urgentie én een onbekend IC-gebruik (dit is nog maar een kleine groep, 3 tot 5%) proportioneel verdeeld over de andere groepen in dezelfde week.

### Inhaalzorg

Welk deel van de ingrepen die minder zijn gedaan niet ingehaald hoeft te worden, is op basis van de beschikbare data niet met zekerheid te zeggen. Een deel van deze zorgvragen die niet ingehaald kunnen worden zijn eenvoudigweg niet ontstaan vanwege de pandemie en de bijbehorende maatregelen. Denk hierbij aan minder verkeers- en sportongevallen en minder infectieziekten. Bij een ander deel was sprake van een urgente zorgvraag die, als die al zou zijn ontstaan, nu niet meer kan worden ingehaald. In sommige gevallen zal dat betekenen dat de patiënt die niet tijdig hulp heeft gezocht nu zwaardere zorg nodig heeft en/of hier op een later moment schadelijke gevolgen van ondervindt. Deze schade is echter heel moeilijk te kwantificeren en te voorspellen en wordt niet meegenomen. De oversterfte (door Covid-19) laten we vooralsnog ook buiten beschouwing.

De gehanteerde criteria voor zorg die niet ingehaald hoeft of kan worden zijn:

- acute zorg (zoals breuken en hartinfarcten)
- infectieziekten
- periodiek/herhaaldelijk geleverde zorg (zoals sommige pijnbehandelingen)
- klachten van voorbijgaande aard
- vooruitgeschoven zorg

Aan de hand van deze criteria hebben we per diagnose die in de data voorkomt een inschatting gemaakt of de gemiste operaties nog zullen moeten worden ingehaald. Deze inschatting vormt de basis voor de verdere schatting van de aantallen in te halen operaties. Ook binnen diagnoses kan er natuurlijk nog een grote variatie zijn (ook wat betreft inhaalnoodzaak), wat bijdraagt aan de onzekerheid in deze schatting.

Er zijn verschillende manieren om het aantal in te halen operaties te schatten. Als we uitgaan van de data tot en met week 26 (begin juli) dan beschikken we over een compleet beeld van alle ziekenhuizen en hoeven we geen registratiecorrectie toe te passen. In totaal schatten we dan het aantal nog in te halen operaties op 180 duizend. Op basis van de data over de maanden daarna verwachten we dat het totaal nog wat verder is opgelopen. Gebruiken we data tot en met week 38 (eind september) inclusief correctie vanwege onvolledige aanlevering, dan schatten we het totaal aantal in te halen operaties op ruim 200 duizend. Dit is zonder rekening te houden met de mogelijke extra productie door ZBC's. Vanwege beperkte data over de zelfstandige

klinieken kunnen we deze impact niet goed in de totale schatting verwerken, maar als de ZBC's het productieniveau van het eerste kwartaal vast hebben gehouden zou het totaal daarmee ook tussen 180 duizend en 200 duizend in te halen operaties uitkomen.

### Vervolgzorg

Om te schatten hoeveel patiënten na een ingehaalde operatie gebruik zullen maken van de IC maken we gebruik van DIS-data over 2019. Op diagnosesniveau is het gemiddeld aantal IC-dagen per operatie gecombineerd met het aantal verwachte in te halen operaties om te schatten hoe groot de belasting zou kunnen zijn als alle uitgestelde operaties ingehaald zouden worden. Op specialismeniveau is het gemiddeld aantal IC-dagen per operatie gecombineerd met de werkvoorraden om het aantal IC-dagen te schatten dat ziekenhuizen kunnen verwachten op basis van de ingeplande operaties.

Voor de andere sectoren is gebruik gemaakt van Vektisdata over 2018 en 2019. Op basis van een steekproef van patiënten die in 2018 een operatie ondergingen, met dezelfde kenmerken en samenstelling als de geschatte populatie die wacht op een in te halen operatie, wordt de vervolgzorg in 5 sectoren gedurende 6 maanden voor tot 6 maanden na ingreep uitgerekend, op patiëntgroepniveau.

## 5.6 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.

Tot 1 augustus 2021 konden zorgaanbieders wachttijden die bij de NZa worden aangeleverd actueel of retrospectief berekenen. Vanaf 1 augustus 2021 leveren zorgaanbieders alleen actuele wachttijden aan. Bij de actuele methode voor wachttijden polikliniek en diagnostiek wordt gerekend met de derde beschikbare mogelijkheid in de agenda voor het maken van een afspraak. Bij de actuele methode voor behandelingen (vanaf 1 augustus) wordt de mediane wachttijd van orderdatum tot afspraakdatum bepaald. De mediaan wordt berekend over alle afspraken binnen twee maanden na de peildatum, waarbij er minimaal 5 waarnemingen moeten zijn. Bij de retrospectieve methode (tot 1 augustus) werd gekeken naar de gemiddelde gerealiseerde wachttijd voor behandelingen uitgevoerd in de afgelopen 3 maanden.

De coronaperiode kan direct invloed hebben op de uitkomsten van zowel de oude als de nieuwe methode:

- Voor wachttijden die volgens de actuele methode voor polikliniek en diagnostiek 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 (tot 1 augustus) 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 nieuwe rekenmethode voor behandelingen (vanaf 1 augustus) vereist minimaal 5 afspraken om de mediane wachttijd mee te bepalen. Wanneer er vanwege de coronaperiode te weinig waarnemingen waren, ontbreekt de wachttijd data.

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 wachttijdssoort verschilt. In de oude regeling (tot 1 augustus) zijn er respectievelijk 23, 34 en 4 wachttijden polikliniek (alleen hoofdspecialismen), behandeling en diagnostiek. In de nieuwe regeling zijn er respectievelijk 52 wachttijden polikliniek (waarvan 24 hoofdspecialismen), 47 wachttijden behandeling en 15 wachttijden diagnostiek.

Niet alle wachttijden zijn beschikbaar in elke regio. Doordat niet alle zorg in alle regio's geleverd wordt kan het beschikbare aantal wachttijden per regio verschillen.

Bij het interpreteren van de overige figuren in hoofdstuk 2 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

In deze monitor zijn afkortingen van de wachttijd omschrijvingen gebruikt voor de leesbaarheid. Tabel 6 bevat de afkortingen en de volledige wachttijd omschrijvingen geldig vanaf augustus 2021.

Tabel 6: Volledige omschrijvingen en afkortingen van de wachttijden

volledige omschrijving	afkorting
Kindergeneeskunde - Algemeen	kinder-algemeen
Kindergeneeskunde - Interne geneeskunde	kinder-interne
Kindergeneeskunde - Cardiologie	kinder-cardio
Kindergeneeskunde - Orthopedie	kinder-ortho
Kindergeneeskunde - Neurologie	kinder-neuro
Dermatologie - Algemeen	dermat-algemeen
Dermatologie - Oncologie (verdachte plek)	dermat-onco verdacht
KNO - Algemeen	kno-algemeen
KNO - Doofheid en gehoorverlies	kno-gehoor
Maag, darm en leverziekten - Algemeen	mdl-algemeen
Neurologie - Algemeen	neuro-algemeen
Neurologie - Hernia nek	neuro-hernia nek
Neurologie - Hernia rug	neuro-hernia rug
Reumatologie - Algemeen	reuma-algemeen
Chirurgie (heelkunde) - Algemeen	chir-algemeen
Chirurgie (heelkunde) - Liesbreuk	chir-liesbreuk
Chirurgie (heelkunde) - Proctologie	chir-procto
Chirurgie (heelkunde) - Mammapoli / Borstonderzoek	chir-mamma
Chirurgie (heelkunde) - Vaatchirurgie	chir-vaatchir
Neurochirurgie - Algemeen	neurochir-algemeen
Neurochirurgie - Hernia nek	neurochir-hernia nek
Neurochirurgie - Hernia rug	neurochir-hernia rug
Orthopedie - Algemeen	ortho-algemeen
Orthopedie - Rugklachten	ortho-rug
Orthopedie - Knieklachten	ortho-knie
Orthopedie - Schouderklachten	ortho-schouder
Orthopedie - Voet en/of enkelklachten	ortho-voet/enkel
Orthopedie - Heupklachten	ortho-heup
Anesthesiologie / Pijnbestrijding	anesth-pijn

Tabel 6: Volledige omschrijvingen en afkortingen van de wachttijden (*continued*)

volledige omschrijving	afkorting
Plastische Chirurgie - Algemeen	plast-algemeen
Plastische Chirurgie - Oncologie	plast-onco
Interne geneeskunde - Algemeen	interne-algemeen
Interne geneeskunde - Endocrinologie	interne-endocrino
Interne geneeskunde - Immunologie	interne-immuno
Interne geneeskunde - Oncologie	interne-onco
Interne geneeskunde - Nefrologie	interne-nefro
Interne geneeskunde - Allergologie	interne-allergo
Oogheelkunde - Algemeen	oog-algemeen
Oogheelkunde - Staar	oog-staar
Cardiologie - Algemeen	cardio-algemeen
Klinische geriatrie	geria-klin ger
Gynaecologie - Algemeen	gynae-algemeen
Gynaecologie - Infertilitet	gynae-infert
Gynaecologie - Incontinentie voor de vrouw	gynae-incont
Kaakchirurgie	MKA
Longgeneeskunde - Algemeen	long-algemeen
Psychiatrie	consultat psych
Revalidatie	revalidatie
Urologie - algemeen	urologie
Sportgeneeskunde	sportgeneeskunde
Slaapcentra	slaapcentra
Transgender zorg	transgender
Colonscopie	mdl-coloscopie
Gastroscopie	mdl-gastroscopie
CT	rad-CT
MRI hersenen	rad-MRI hersenen
MRI heup(en)/ onderste extremiteit(en)	rad-MRI heup/been
MRI nek	rad-MRI nek



Tabel 6: Volledige omschrijvingen en afkortingen van de wachttijden (*continued*)

volledige omschrijving	afkorting
MRI rug	rad-MRI rug
MRI schouder(s)/ bovenste extremiteit(en)	rad-MRI schd/arm
Mammografie (radiologie)	rad-mammografie
Echografie (radiologie)	rad-echo
Röntgen (radiologie)	rad-röntgen
Botdichtheidsmeting DEXA meting (radiologie)	rad-DEXA
Slaapapnoe diagnostisch onderzoek / screening (kno, longgeneeskunde, neurologie)	screening slaapapneu
Slaaponderzoek / Polysomnografie (kno, longgeneeskunde, neurologie)	polysomnografie
Baarmoederhalsafwijkingen uitstrijkje (gynaecologie)	gynae-uitstrijkje
Operatieve behandeling navelbreuk (hernia umbilicalis) bij volwassenen (heelkunde)	navelbreuk
Operatieve behandeling goedaardige aandoeningen van/rondom de anus (heelkunde)	aambeien
Operatieve behandeling liesbreuk (hernia inguinalis/ hernia femoralis) (heelkunde)	liesbreuk
Galblaasverwijdering (heelkunde)	galblaasverw.
Volumereductieoperatie maag bij overgewicht (heelkunde)	maagverkleining
Operatieve verwijdering slokdarm (heelkunde)	slokdarmverw.
Initiële operatieve behandeling carpaal tunnel syndroom (heelkunde, orthopedie, plastische chirurgie)	carpaaltunnel
Extractie gebitselement(en) (kaakchirurgie)	kies trekken
Apexresectie(s) (kaakchirurgie)	wortelkanaal
Ooglidcorrectie (oogheelkunde)	ooglidcorrectie
Initiële staaroperatie (oogheelkunde)	staar
Operatieve behandeling hernia nuclei pulposi/kanaalstenose (orthopedie, neurochirurgie)	hernia
Spondylodese operatie aan de wervelkolom anders dan ihkv behandeling van hernia nuclei pulposi/kanaalstenose (orthopedie, neurochirurgie)	wervelfixatie
Neurolyse perifere zenuw, waaronder carpaal tunnel syndroom (neurochirurgie)	zenuwblokkade
Initiële totale heupvervanging (orthopedie)	heupvervanging
Diagnostische en/of therapeutische kijkoperatie knie (orthopedie)	arthroscopie
Initiële totale knie vervanging (orthopedie)	knievervanging
Operatieve behandeling meniscus en/of kniebanden (geen vers letsel, exclusief artroscopische behandeling) (heelkunde, orthopedie)	meniscus

Tabel 6: Volledige omschrijvingen en afkortingen van de wachttijden (*continued*)

volledige omschrijving	afkorting
Triggerfingerrelease (plastische chirurgie)	triggervinger
Operatieve behandeling contractuur van Dupuytren (plastische chirurgie)	kromme vingers
Operatieve borstreconstructie (plastische chirurgie)	borstreconstructie
Hartrevalidatie (revalidatiegeneeskunde)	hartrevalidatie
Revalidatie na beroerte (revalidatiegeneeskunde)	cva-revalidatie
Longrevalidatie (revalidatiegeneeskunde)	longrevalidatie
Vergruizing niersteen (urologie)	niersteenvergr.
Percutane niersteenverwijdering (urologie)	niersteenverw.
Operatieve behandeling bij vergrote prostaat (urologie)	vergrote prostaat
Operatieve behandeling urine-incontinentie en/of blaasverzakking bij man (urologie)	incontinentie (m)
Operatieve behandeling prostaatkarcinoom (urologie)	prostaatkanker
Sterilisatie man als zelfstandige verrichting (urologie, heelkunde)	sterilisatie (m)
Besnijdenis als zelfstandige verrichting (urologie, heelkunde)	besnijdenis
Ablatie (cardiologie)	ablatie
Bypass-operatie als zelfstandige verrichting (cardiopulmonale chirurgie)	by-pass
Hartkatheterisatie (cardiologie)	hartkatheterisatie
Dotterbehandeling (cardiologie)	dotteren
IUI (gynaecologie)	IUI (kinderwens)
IVF/ICSI (gynaecologie)	IVF/ICSI
Geïsoleerde/ op zichzelf staande baarmoederverwijdering (gynaecologie)	baarmoederverw
Operatieve behandeling urine-incontinentie en/of verzakking bij vrouw (gynaecologie)	incontinentie (v)
Sterilisatie vrouw als zelfstandige verrichting (gynaecologie)	sterilisatie (v)
(Vaat)chirurgische behandeling spataderen (heelkunde)	spataderen chir
Behandeling spataderen (endovasculaire procedure) (dermatologie, heelkunde)	spataderen endo
Mohs chirurgie (dermatologie)	Mohs chirurgie
Tonsillectomie en/of adenotomie (kno)	tonsillectomie
Primaire operatieve behandeling van afwijkingen van neustussenschot (kno)	neustussenschot
Plaatsen middenoorbeluchtingsbuisjes (kno)	buisjes oor
Anti-snurkbehandeling (CPAP, operatieve behandeling) (kno)	anti-snurk

## 5.7 Ziekteverzuim

Het Vernet Netwerk brengt verzuimcijfers uit diverse zorgsectoren in kaart. De dataset bevat gegevens over kortdurend verzuim (1 t/m 91 dagen), langdurend verzuim (92 t/m 730 dagen) en totalen. Het verzuimpercentage is het aandeel fte dat in een bepaalde periode wordt gemist als gevolg van ziekte van zorgmedewerkers. In dit rapport is verzuimdata van januari 2019 tot en met augustus 2021 opgenomen.

## 5.8 Bezettingsgraad V&V aanbieders

De gegevens over de bezettingsgraad zijn verzameld door de zorgkantoren en worden gebundeld aangeleverd. De gegevens betreffen de bezetting van V&V aanbieders per zorgkantoorregio. De data zijn geschoond en worden weergegeven voor de weken 2 van 2020 t/m week 38 van 2021<sup>22</sup>. Let wel: de data van de bezettingsgraad bij VV aanbieders kan met terugwerkende kracht nog veranderen<sup>23</sup>.

De gegevens zijn als volgt opgezet:

- Voor gecontracteerde V&V aanbieders worden per datum (op dag niveau) de aantallen cliënten opgeteld die bij deze aanbieder 'In zorg' zijn voor 'Verblijf met opname'. De status 'In zorg' wordt afgeleid van informatie uit toewijzingen en bijbehorende meldingen (dus niet op basis van declaratie-informatie).
- De sector is bepaald op aanbieder niveau. Verblijft bijvoorbeeld een cliënt met 3VG indicatie/toewijzing bij een V&V aanbieder, dan telt deze cliënt mee. Verblijft bijvoorbeeld een 4V&V-client bij een VG instelling, dan telt deze cliënt niet mee.

## 5.9 Aantal wachtenden WLZ

De zorgkantoren leveren maandelijks gegevens over wachtlijsten en wachttijden in de langdurige zorg aan bij het Zorginstituut Nederland (ZINL). Deze data wordt door het Zorginstituut geaggregeerd en maandelijks aangeleverd bij de NZa. De data bestaat uit het aantal personen per wachtstatus, de wachtduur en de zorginstelling. De gegevens zijn vervolgens geaggregeerd op sector. In dit rapport hebben wij de wachtlijstgegevens gebruikt van 1 januari 2019 tot en met 1 augustus 2021.

---

<sup>22</sup> Week 1 van 2020 bestaat in deze dataset niet uit een volledige week, daarom zijn gegevens van week 1 niet vergelijkbaar tussen jaren en met andere weken.

<sup>23</sup> Soms zit er een vertraging tussen het moment dat een cliënt wordt opgenomen en dat deze wordt aangemeld als zijnde 'In zorg'. Deze aanmelding kan met terugwerkende kracht worden gedaan. Ook komt het voor dat het aantal aanbieders, dat meegenomen wordt bij het berekenen van de bezettingsgraad van een regio, wijzigt. Een aanbieder die zowel GHZ als VV zorg levert, kan bij nader inzien toch als V&V aanbieder worden meegenomen, bijvoorbeeld. Dit heeft impact op de bezettingsgraad horende bij een regio.

## 5.10 Werkvoorraad

Verzekeraars hebben met ziekenhuizen (incl. UMC's) afgesproken de actuele werkvoorraad per specialisme in kaart te brengen en hoe die zich de komende tijd ontwikkelt. Deze gegevens worden aangeleverd aan Zorgverzekeraars Nederland via het Zorgbeeldportaal van de NZa. De NZa gebruikt de cijfers voor deze rapportage met toestemming van Zorgverzekeraars Nederland, de NVZ en de NFU. Tot nu toe is dat aangeleverd door 50% van de ziekenhuizen met een Plan Inhaalzorg. Dat zijn 31 ziekenhuizen in totaal. Vanwege dit lage aantal moeten we voorzichtig zijn met de getrokken conclusies.

De werkvoorraad wordt aangeleverd in OK-uren. Ter vergelijking wordt bij voorkeur de werkvoorraad van 2019 aangeleverd. Ziekenhuizen die deze gegevens niet beschikbaar hebben, wordt - als alternatief - de mogelijkheid gegeven om aan te geven hoeveel werkvoorraad kan worden geleverd in 6 weken (de Treeknorm voor behandeling bij een polikliniek) bij volle bezetting. Het aandeel van ziekenhuizen dat de werkvoorraad van 2019 heeft aangeleverd varieert per specialisme tussen de 57 en 81 procent.