

Impact Corona op de medisch specialistische zorg 2021

Resultaten en bevindingen analyse



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

06 Oktober 2020 Confidential
Versie 1.2



Aanleiding en context (I / II)

Covid-19 had in 2020 significante impact op zorg...

ZIEKENHUISDORS | 20 APR 2020 **ZORGVISIE**

Hoe de reguliere ziekenhuiszorg halveerde na corona-uitbraak

Niet alleen spoedzorg en zware operaties, maar ook de radiologie en chemotherapie zijn in ziekenhuizen stilgevallen door de toestroom van

Het Parool
Artsen hebben moeite met aanpak: hoelang kan alles om Covid-19 draaien?

NIUWS ZORG TUDONG DE CORONA/CRISIS
Afgezegde zorg dreigt meer levens te kosten dan corona

NIUWS

Nieuwe problemen voor de ziekenhuizen: een stuwmeer aan patiënten én geldzorgen

In het kort

- Corona ligt onder controle, dus ziekenhuizen hervatten langzaam de reguliere zorg.
- Een groot deel van de zorg lag stil, dus duizenden patiënten wachten nu op behandeling.

Zorgomzet ziekenhuizen daalt met bijna de helft

Skor Redactie 6 mei 2020, 16:01 1364 keer gelezen

... en afgelopen periode stond in teken van herstel

CORONAVIRUS

OPSCHALEN REGULIERE ZORG VERLOOPT MOEZAAM VOOR ZIEKENHUIZEN

EWK, Medisette | Vrijdag, 03:22
100000 reacties 27-05

De grootste piek van de coronacrisis ligt achter ons en toch verloopt het opschalen van de reguliere zorg moeizaam. De capaciteit is in veel gevallen nog lang niet op het niveau van vóór de crisis, zo blijkt uit een vraag door BNR bij de tien grote en middelgrote ziekenhuizen.

De exitstrategie van ziekenhuizen: zo wordt de reguliere zorg opgeschaald

ZORG

Eindelijk: ziekenhuizen en verzekeraars sluiten deal over coronakosten

In het kort

- De zorgverzekeraars zetten alle contracten voor dit jaar om naar eenheidsommen, dus een vast bedrag voor het hele jaar.

Nieuws Ziekenhuiszorg

Ziekenhuiszorg en ggz in coronatijd: verwijzingen en behandelingen terug op oude niveau, maar focus moet niet liggen op terugkeer naar de oude situatie

19 maart 2020 | 08:48:00 | 10000

Het aantal verwijzingen naar medisch-specialistische zorg en

De Covid-19 uitbraak in maart 2020 zorgde voor een significante verstoring van de reguliere ziekenhuiszorg.

Ziekenhuiscapaciteit, met name op de verpleegafdelingen en IC, werd vrijgemaakt om de piek aan besmettingen op te vangen.

Veel reguliere zorg werd hierbij uitgesteld, of niet ingevuld (bijvoorbeeld doordat patiënten wegbleven).

Na stabilisatie van Covid-19 besmettingen in recente maanden is veel in werking gesteld om de reguliere zorg te continueren.

Het herstel werd (en wordt) hierbij echter bemoeilijkt door 1,5m maatregelen in en rond het ziekenhuis.

In juli '20 is op veel plaatsen het productieniveau hersteld. Echter resteren er veel vragen rond het 'stuwmeer' aan uitgestelde zorg ...

Aanleiding en context (II / II)

Effecten van Covid-19 zullen doorwerken in 2021

- Waar ZN, de NVZ, de NFU, ZKN en overige betrokken partijen met verschillende regelingen de effecten van Covid-19 in 2020 opvangen, zullen naar verwachting ook in 2021 de implicaties van uitgestelde zorg voelbaar zijn
- Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) tezamen met de leden van een in dit kader opgerichte werkgroep hebben om deze reden verschillende vragen geformuleerd welke zo goed mogelijk moeten worden beantwoord, om een passende aanpak te formuleren voor 2021
- Gezien haar uitgebreide ervaring rond de (financiële) bedrijfsvoering van ziekenhuizen, is LOGEX gevraagd te ondersteunen met het (waar mogelijk kwantitatief) onderzoeken van deze onderwerpen
- Dit [eindrapport](#) presenteert de van de uitgevoerde analyses ten behoeve van de verschillende deelvragen. De analyses zijn uitgevoerd met focus op algemene ziekenhuizen (excl. UMC's en ZBC)

Onderzoeksvragen

Vraag 1: Wat zijn de te verwachten meerkosten van de coronacrisis in de MSZ in 2021 e.v. voor de reguliere zorg¹?

Vraag 2: Wat is de financiële impact in 2021 van de reguliere zorg die niet geleverd is in 2020 en ingehaald moet worden?

Vraag 3: Wat zijn kansen voor en gevolgen van zorgvraag-ontwikkeling n.a.v. Covid-19 (JZOJP) en versnelde digitalisering?

In dit rapport biedt LOGEX een zo goed mogelijk beeld van de verwachte MSZ productie ontwikkeling in 2020 en 2021 in de nasleep van de Covid-19

Uitgangspunten van LOGEX analyse verwachte productieniveau 2020-21

Prognose 2020-21 kent meerdere onbekenden

- De ontwikkeling van het ziektebeeld Covid-19 is ongekend en brengt significante onzekerheid mee in het opstellen van een prognose voor het verwachte productieniveau in de periode 2020-2021
- LOGEX geeft via deze analyse een zo goed mogelijk beeld van de verwachte ontwikkeling van reguliere zorg en de implicaties van potentiële 'inhaalzorg' op de capaciteit van het ziekenhuis
- In deze prognose zijn enkele uitgangspunten gehanteerd, welke belangrijk zijn om in ogenschouw te nemen bij interpretatie van de bevindingen.
- Deze uitgangspunten zijn rechts weergegeven ter achtergrond:

Algemene uitgangspunten van analyse

Uitgangspunt 1:

In het hoofdsценario van de prognose 2020-21 wordt geen significante verstoring van reguliere MSZ zorg door Covid-19 verondersteld (op basis van data beschikbaar ten tijden van analyse).

Uitgangspunt 2:

Maatschappelijke (1,5m) maatregelen rond Covid-19 blijven in bepaalde mate aanwezig in de samenleving / zorg in 2021. Veronderstelling is dat de maatschappelijke (1,5m) maatregelen in de loop van 2021 worden opgeheven (medio 2021 bij scenario 'hoge productie' en eind / na 2021 bij 'lage productie')

Uitgangspunt 3:

De onderliggende ontwikkeling van ziekten onder de bevolking ziet geen structurele wijzigingen door Covid-19, met uitzondering van enkele ziektebeelden waar door de huidige maatschappelijke (1,5m) beperkingen een situatie-gedreven afname in incidentie zichtbaar is (b.v. Traumatologie).
Op termijn wordt verondersteld dat incidentie van de laatstgenoemde ziektebeelden herstelt naar het niveau van vóór de covid-19 uitbraak, wanneer 1,5m maatregelen versoepelen. Dit staat los van het vraagstuk rond 'verdamping' van uitgestelde zorg tijdens de 1^e golf

In dit rapport biedt LOGEX een zo goed mogelijk beeld van de verwachte MSZ productie ontwikkeling in 2020 en 2021 gegeven deze uitgangspunten

Analyse impact Covid-19 op MSZ productie in 2021

1 Samenvatting

Bevindingen analyse MSZ productie 2020

Tot eind juli 2020 loopt de (bruto) productieachterstand op tot 7,8% regulier jaarniveau

- Acute zorgvragen (-1,4%pt) en Oncologie (-1%pt) zagen relatief veel doorgang tijdens de Covid piek, waar Chronische- (-3,1%pt) en vooral Electieve (-2,5%pt) zorg significant uitstel zagen
- Het landelijke productieniveau is eind juli hersteld naar ~90% maar vlt in de zomer af. Uit analyse van onderliggende trends is zichtbaar dat uitgestelde vervolgtrajecten (ZT21) reeds deels zijn ingehaald. Instroom van nieuwe patiënten (ZT11) blijft echter beneden regulier niveau (~85%)

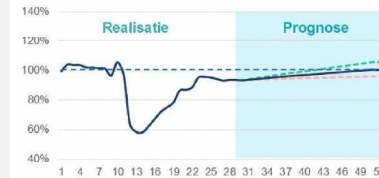
O.b.v. huidige trend herstelt productieniveau naar verwachting tot c.a. 100% eind 2020

- Huidige projecties houden naast de recente realisatie trend rekening met actueel sentiment in de sector. De prognose houdt geen rekening met een mogelijke 2e golf (met significante verstoring)
- Slechts voor enkele onderdelen van de reguliere zorg wordt een lichte inhaal van uitgestelde zorgvraag verwacht in 2020. Voor andere ziektebeelden blijft het 'stuwmeer' echter licht toenemen

Netto resterende zorgvraag door uitstel is eind 2020 naar verwachting 4,4% tot 5,7%

- Op basis van de actuele trends en kenmerken van de zorgvraag en behandelingen ontwikkelde LOGEX een initiele schatting van het aandeel van zorg dat na uitstel nog resteert (inhaalzorg)
- Naar verwachting zal 40%-50% van de opgebouwde productieachterstand door verdamping (o.a. t.g.v. beperkingen in capaciteit) niet meer ingehaald worden in 2021

Verwachte productieontwikkeling 2020 % productieniveau 2019



Schatting van bruto en netto achterstand % jaarproductie 2019



Analyse impact Covid-19 op MSZ productie in 2021

2 Samenvatting

Bevindingen analyse MSZ productie 2021

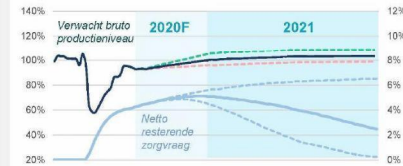
Verhoging productieniveau in 2021 kan netto additionele zorgvraag in 1 jaar halveren

- Per zorgcluster en type behandeltraject ontwikkelt LOGEX een prognose voor het verwachte (en realiseerbare) productieniveau in 2021 met 3 scenario's
- Algemeen wordt verwacht dat in 2021 mogelijk kan worden hersteld naar een productieniveau van 1%-3% boven het niveau van 2019 voor het inhalen van achterstand. Bij dit niveau wordt de achterstand in 2021 grofweg gehalveerd. Deze inhaalzorg legt echter zware belasting op de capaciteit van de verschillende afdelingen, de OK in het bijzonder
- Een productieniveau van c.a. +5% is benodigd voor het elimineren van het 'stuwmeer' in één jaar. LOGEX ziet echter ook scenario's waar het herstel bemoeilijkt blijft door 1,5m maatregelen

Versnelde toepassing van Digitalisering en JZOJP kan last op ziekenhuis verlichten

- Digitalisering kan oplossingen bieden voor verlichting van fysieke capaciteit van het ziekenhuis, m.n. omtrent 1,5m maatregelen. Voor verschillende ziektebeelden wordt een gemiddeld (theoretisch) substitutiepotentieel geschat van c.a. 9% voor belconsulten en c.a. 2% voor videoconsulten
- Ook identificeert LOGEX enkele overige aandachtspunten welke kunnen bijdragen de druk op afdelingen te verlichten, voor versneld wegwerken van de zorgachterstand. LOGEX identificeert een theoretisch (indicatief) potentieel voor reductie van policontacten, verpleegdagen, IC-dagen en patiënteninstroom aan de hand van concrete voorbeelden en spreidingsanalyses (zie hoofdstuk 3.5)

Verwachte productieontwikkeling 2021 % productieniveau 2019



Impact additionele inhaal op capaciteit

Productie per week	Scenario Verwacht		Scenario Hoog	
	Additionele inhaal 2021		Additionele inhaal 2021	
	% van jaar-productie	Per week	% van jaar-productie	Per week
Diagnostiek (uren)	883	2,8% 24u / wk	4,4%	39u / wk
Policontacten (#)	8.186	2,1% 175 / wk	3,8%	311 / wk
Kliniek (vplid)	2.400	2,6% 60 / wk	4,1%	99 / wk
Operatief (uren)	373	3,7% 14u / wk	6,5%	24u / wk

+ verschillende initiatieven Digitalisering en JZOJP kunnen additionele druk op capaciteit structureel verlichten

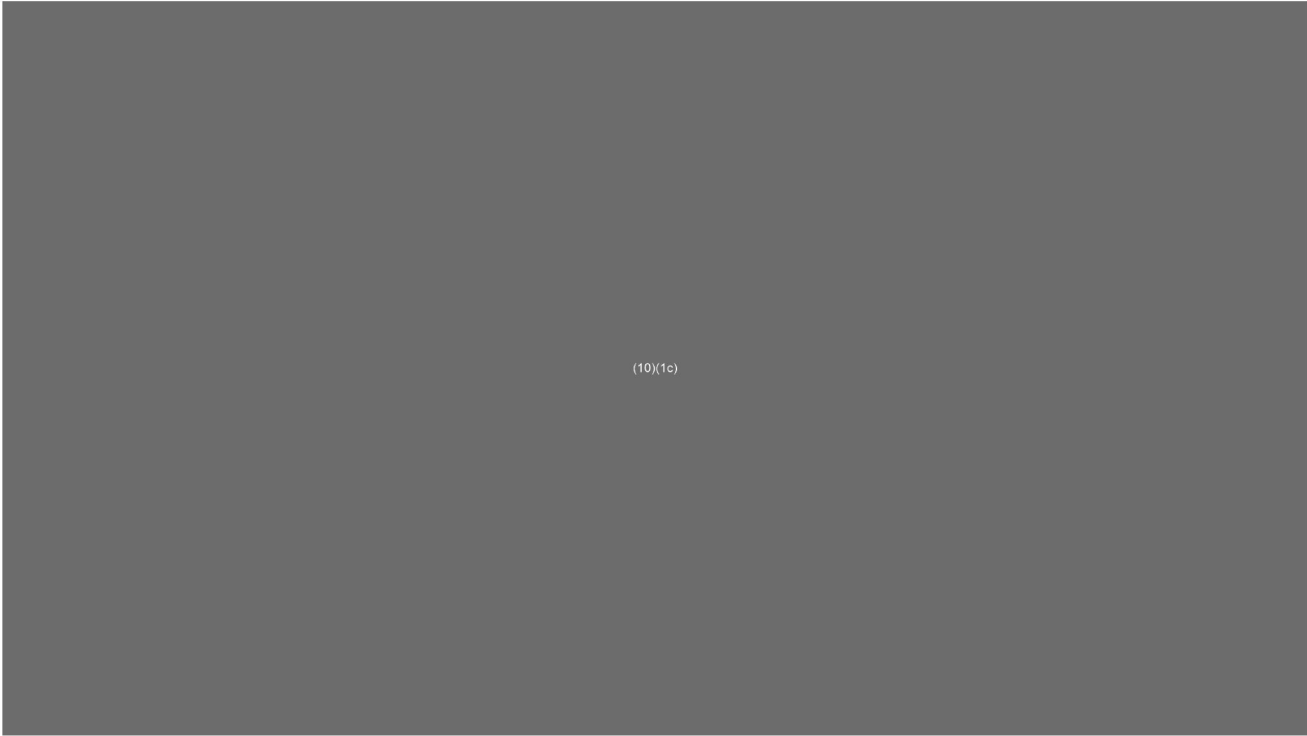
Agenda

1. Introductie
2. Toelichting aanpak en methodiek
3. Analyse impact Covid-19 op medisch specialistische zorg 2021:
 1. Begrijpen van impact Covid-19 op reguliere **productie 2020**
 2. Analyse van resterende **netto zorgvraag** na uitstel door Covid-19
 3. Implicaties van inhaalzorg voor **verwachte productie 2021**
 4. Analyse van **verwachte meerkosten 2020 / 2021** door Covid-19
 5. Analyse van kansen versnelde **JZOJP en Digitalisering** in 2021
4. Over LOGEX
5. Appendix



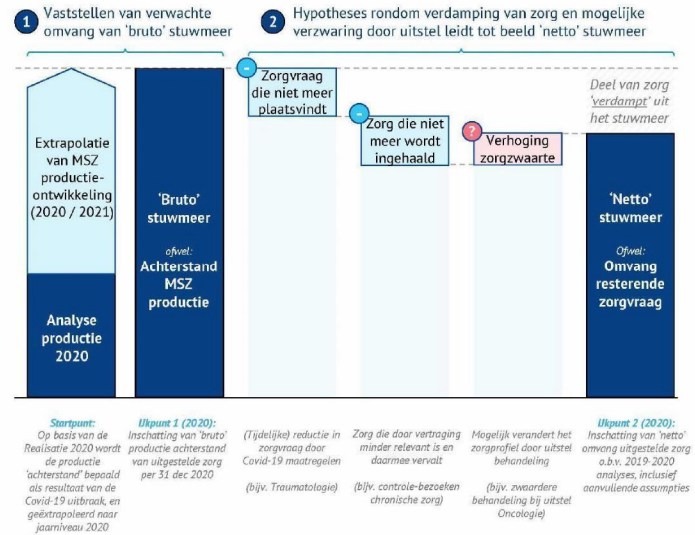
LOGEX richt zich op de volgende onderwerpen voor uitwerking analyse



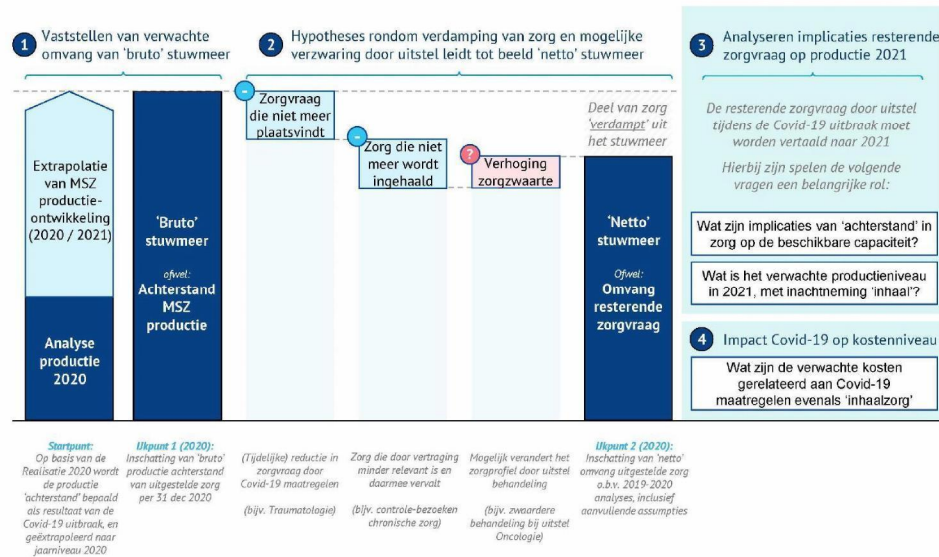


(10)(1e)

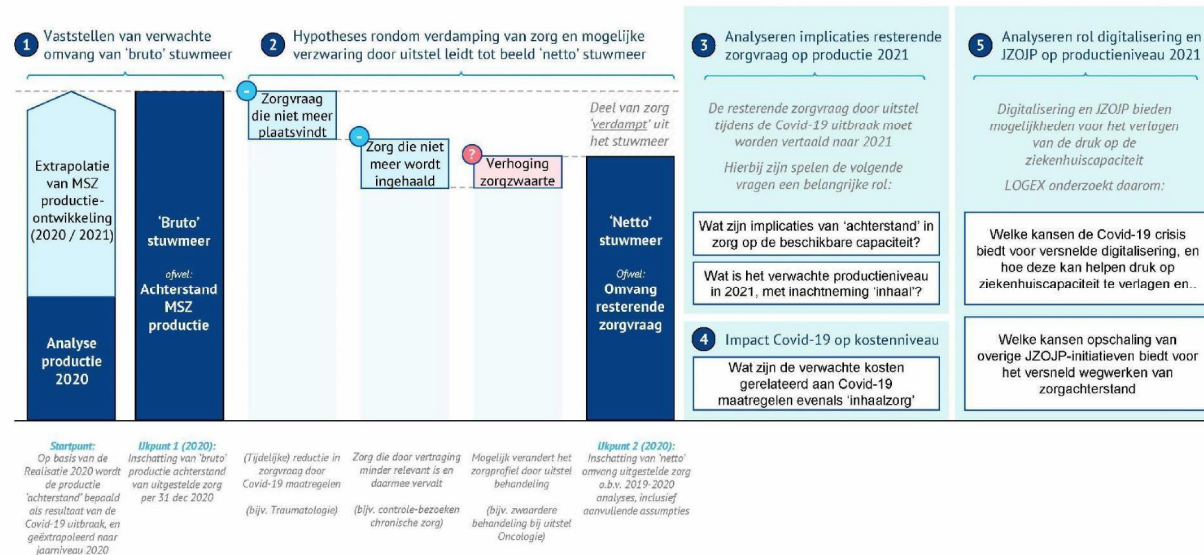
LOGEX analyseert de effecten van Covid-19 op productie 2020 en 2021



LOGEX analyseert de effecten van Covid-19 op productie 2020 en 2021



LOGEX analyseert de effecten van Covid-19 op productie 2020 en 2021

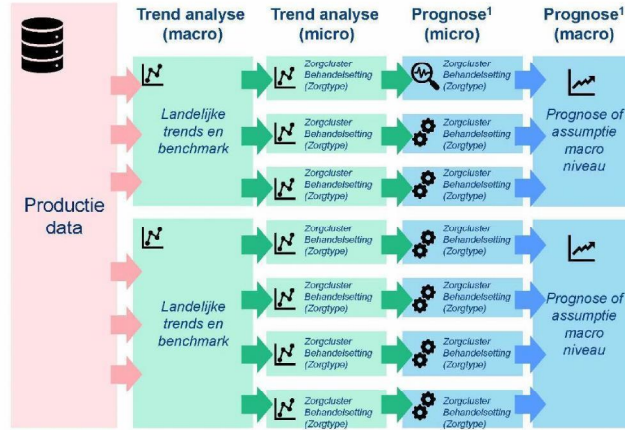


LOGEX werkwijze voor omgang met onbekenden Covid-19 ontwikkelingen

Toelichting op onze werkwijze

- Covid-19 heeft een ongekend effect op onze (MSZ) gezondheidszorg en samenleven, en treedt vele historische referentiekaders te buiten
- Binnen de **vele onbekenden** die die situatie rond het virus meebrengt is het zeer complex een betrouwbare prognose op te stellen
- LOGEX adresseert deze uitdagingen door gedetailleerde trendanalyse op microniveau, welke terugwerken naar een onderbouwd totaalbeeld:
 - Door weloverwogen **clustering van verschillende typen zorg** en relevante **dwarsdoorsnedes** wordt op gedetailleerd niveau de productieontwikkeling inzichtelijk gebracht
 - Per component wordt op **microniveau** een **kwalitatieve** onderbouwing (en **kwantitatief** waar mogelijk) gegeven voor **prognose of assumptie**
 - Zo wordt de prognose onderbouwd met **>50 individuele micro-analyses** met **elk 3 scenario's**
 - Voor assumpties rond **verdamping** van zorg werden **>175 individuele dwarsdoorsnedes** geanalyseerd

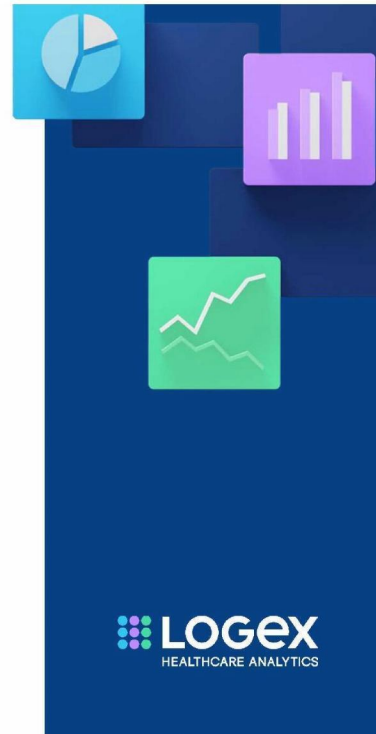
Schematische weergave werkwijze LOGEX



Deze werkwijze combineert een kwantitatieve onderbouwing en kwalitatieve inzichten voor een zo goed mogelijk beeld gegeven de bekende onzekerheden

Agenda

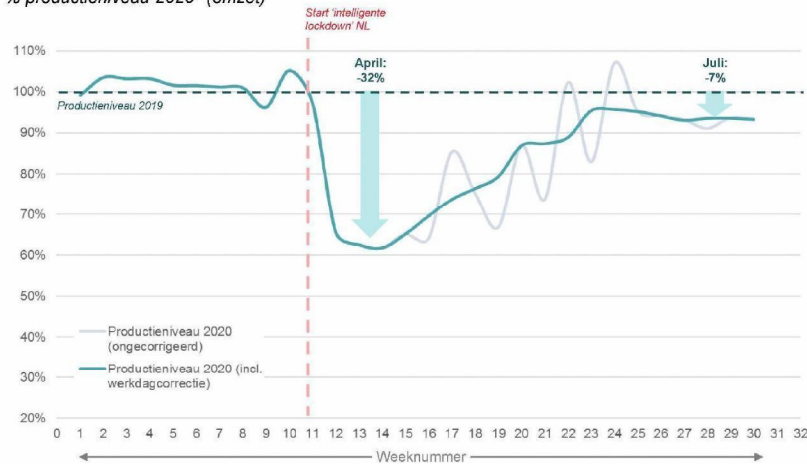
1. Introductie
2. Toelichting aanpak en methodiek
3. Analyse impact Covid-19 op medisch specialistische zorg 2021:
 1. Begrijpen van impact Covid-19 op reguliere **productie 2020**
 2. Analyse van resterende **netto zorgvraag** na uitstel door Covid-19
 3. Implicaties van inhaalzorg voor **verwachte productie 2021**
 4. Analyse van **verwachte meerkosten 2020 / 2021** door Covid-19
 5. Analyse van kansen versnelde **JZOJP en Digitalisering** in 2021
4. Over LOGEX
5. Appendix



Reguliere zorg is in juli 2020 veelal hersteld, maar nog niet op oude niveau

Covid-19 resulteerde in significante daling ziekenhuisproductie

% productieniveau 2020¹ (omzet)



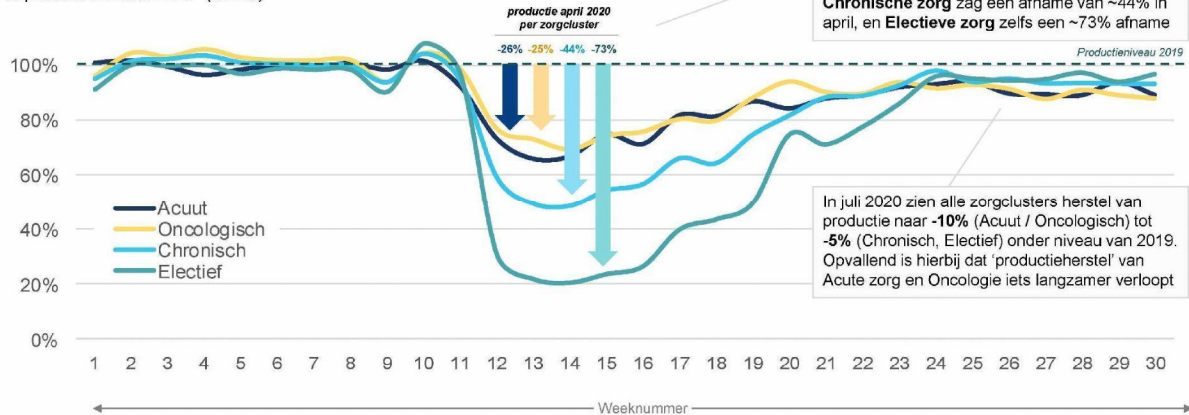
Toelichting

- Landelijk schaalden ziekenhuizen in maart / april 2020 de reguliere zorg significant af om capaciteit vrij te maken voor Covid-19 zorg
- Reguliere zorgproductie lag in april 32% lager in vergelijking met 2019 (o.b.v. OHW)
- Vanaf week 15 (begin mei) werd reguliere zorg geleidelijk hervat, echter verliep dit in veel ziekenhuizen relatief moeizaam, o.a. vanwege 1,5m maatregelen
- In juni / juli 2020 hebben veel Nederlandse ziekenhuizen een productieniveau van ~95% t.o.v. het voorgaande jaar
- Het herstel stabiliseert dus voorlopig onder de 100%. De vakantieperiode (incl. uitgesteld verlof) speelt hier mogelijk een rol, maar dit effect kan ook het resultaat zijn van structurele beperkingen i.v.m. 1,5m maatregelen

Chronische en Electieve zorg zien sterkste mate van uitstel door Covid-19

Productieontwikkeling per type zorgvraag

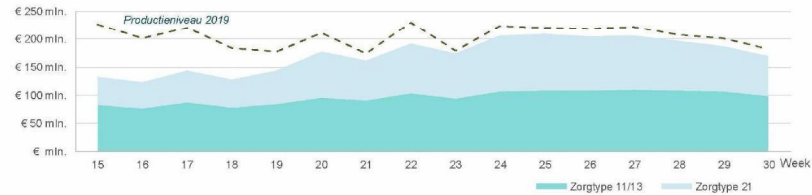
% productieniveau 2020¹ (omzet)



Instream nieuwe patiënten ziet langzamer herstel dan vervolgzorg

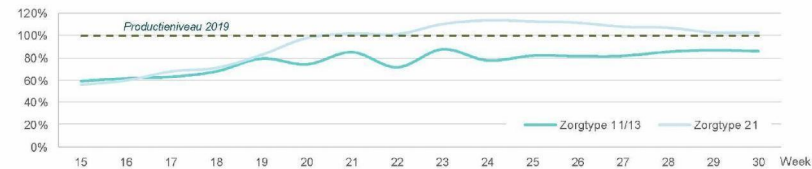
Absolute productie per zorgtype

Productieniveau 2020¹ (€ mln omzet)



Relatieve productieontwikkeling per zorgtype

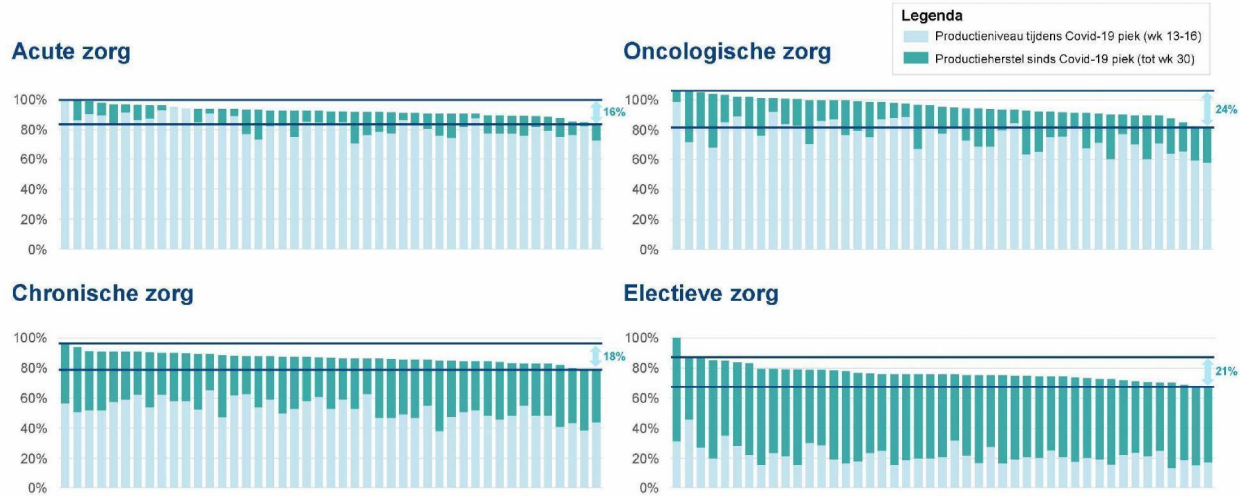
% Productieniveau 2020 (% 2019)



Toelichting

- Zorgproductie voor zowel nieuwe patiënten als bestaande patiënten is sterk gedaald tijdens en na Covid-19 uitbraak
- LOGEX ziet dat in recente maanden de zorg voor **patiënten bij wie eerder een behandeling is gestart** (Zorgtype 21) relatief sterk is hersteld.
- In juni is voor deze (ZT21) zorg een productieniveau van **>100%** van het peil 2019 zichtbaar. Dit suggereert dat een deel van de uitgestelde zorg is 'ingehaald' vanaf juni 2020
- De **instroom aan nieuwe patiënten** (Zorgtype 11) toont echter zwakker herstel. Zorgproductie voor deze patiënten ligt in juni / juli op 'slechts' **80%-90%** van 2019 niveau

Spreiding bruto productieachterstand 2020 verschilt per zorgcluster

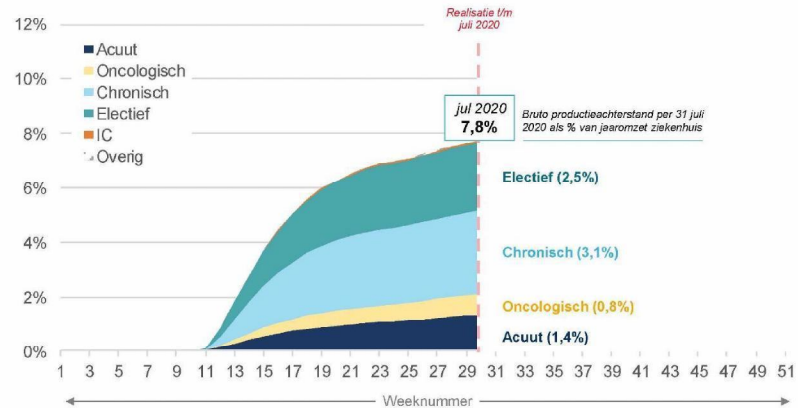


Landelijk is variatie zichtbaar in de mate waarin ziekenhuizen het productieniveau kunnen herstellen na de piek van de Covid-19 uitbraak in april; **Oncologische-** en **Electieve zorg** zien landelijk de sterkste variatie aan de hand van het behaalde productieniveau eind juli 2020

Cumulatieve productieachterstand (vs. 2019) bereikt 7,8% per eind juli 2020

Gemeten bruto productieachterstand (excl. Covid-19, IC, DGM)

Bruto productie achterstand t.o.v. 2019 (als % jaaromzet)



Toelichting

- De verschillende zorgclusters zijn elk op eigen manier beïnvloed door de effecten Covid-19:
- Per eind juli 2020 is de **Chronische zorg** het hoofdbestand van de productieachterstand (3,1% van de jaaromzet 2019¹), gevolgd door **Electieve zorg** (2,5% jaaromzet 2019)
- Zorgclusters **Acuut en Oncologisch** hebben gezamenlijk een achterstand van 2,1%
- Dure geneesmiddelen** worden in dit overzicht van productieachterstand buiten beschouwing gelaten. De ontwikkeling hiervan toont een grillig verloop sinds de 1^e Covid-golf:



O.b.v huidige trend wordt een algemeen herstel naar 100% verwacht in 2020

Realisatie en prognose zorgproductie 2020

% van productieniveau 2019



Uitgangspunten / assumpties Prognose 2020

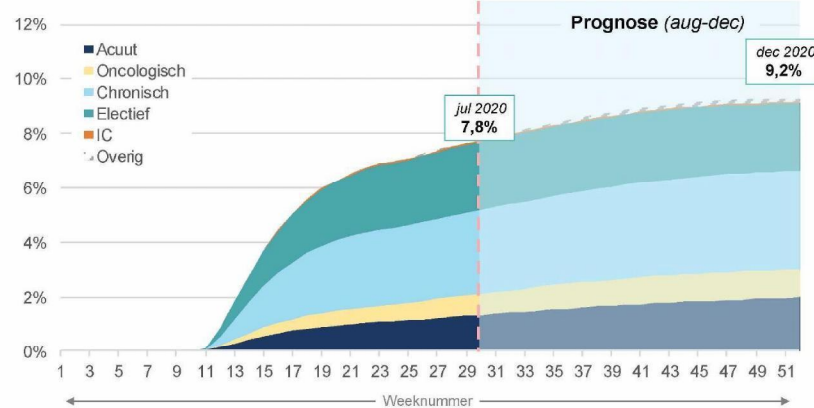
- Acute ziektebeelden blijven naar verwachting nog een lager productiepatroon volgen tot in 2021, vanwege lagere zorgvraag door maatschappelijke (1,5m) maatregelen
- Obstetrie zorg ligt eind juli 2020 nog structureel onder 2019 niveau, m.u.v. operatieve ingrepen (c.a. 100%)
- Oncologie toont al grotendeels herstel na de Covid-19 piek. Assumptie dat productie stijgt tot c.a. 102% eind 2020, m.u.v. Borst-, Darm-, en Huidkanker waar instroom langzamer herstelt (verwacht c.a. 100% per 2020)
- Chronische zorg toont herstel tot c.a. 93% mid-2020, met assumptie dat herstel doorzet naar 100% eind 2020
- Electieve zorg toont de sterkste mate van herstel tot >95% mid-2020. Assumptie verder herstel tot c.a. 105% eind 2020 voor start inhaalzorg

- **Eind juli 2020** ligt het landelijke productieniveau **c.a. 5% onder het niveau van 2019**. Het afvlakken van het herstel in periode juni-juli (onder 100%) wordt als indicator gezien dat herstel naar een 100% niveau in resterende maanden significant minder snel zal verlopen dan in de maanden april-mei
- De prognose wordt opgesteld door (detail-)analyse van c.a. **50 componenten** waar onderscheid wordt gemaakt naar type **zorgvraag** en **behandelsetting**, elk beoordeeld op een **verwachte ontwikkeling** evenals een **hoog** en **laag** scenario
- Zie de **Appendix** voor meer detail van onderliggende trends en assumpties per zorgcluster (grondslag van prognose)

Cumulatieve productieachterstand (vs. 2019) naar verwachting ~9% eind 2020

Gemeten bruto productieachterstand (excl. Covid-19, DGM)

Bruto productie achterstand t.o.v. 2019 (als % jaaromzet)



Toelichting

Op basis van detailanalyse m.b.t. onderliggende trends per zorgcluster en behandelsetting kan een prognose worden gevormd tot eind 2020.

Naar verwachting loopt de (bruto) productieachterstand op tot ~9,2% jaaromzet

Electief (2,4%)

Hoewel productie reguliere zorg grotendeels stabiliseert, behandelen ziekenhuizen in juli 2020 vooralsnog onder het niveau van 2019

Chronisch (3,6%)

Hierdoor blijft de achterstand licht oplopen in resterende maanden

Oncologisch (1,0%)

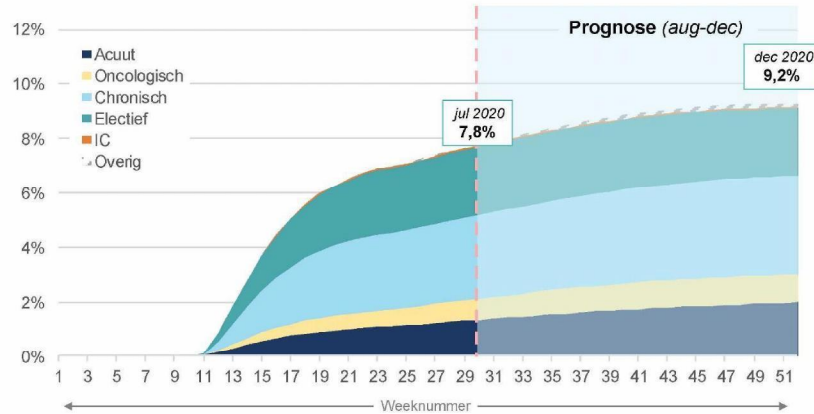
Op de volgende slide biedt LOGEX verder inzicht in de realisatie en gerelateerde prognose per zorgcluster en/of behandelsetting combinatie

Acuu (2,0%)

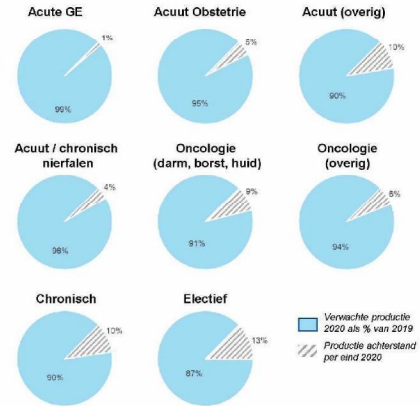
Cumulatieve productieachterstand (vs. 2019) naar verwachting ~9% eind 2020

Gemeten bruto productieachterstand (excl. Covid-19, DGM)

Bruto productie achterstand t.o.v. 2019 (als % jaaromzet)



Verwachte productie achterstand



Netto resterende zorgvraag geschat op c.a. 5% van jaarproductie ziekenhuis

Schatting van (netto) resterende zorgvraag eind 2020

% van 2019 productie



Toelichting

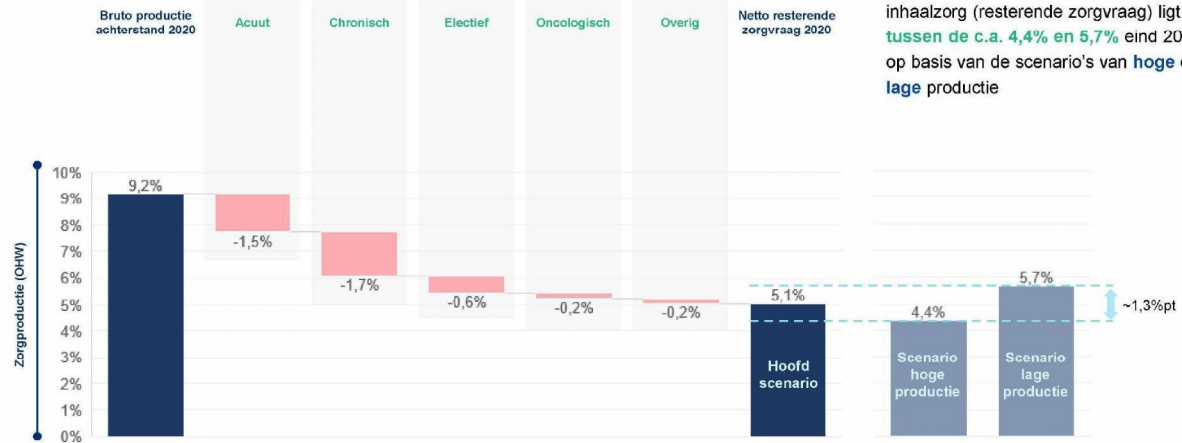
- LOGEX schat in op basis van de huidige productie trend dat eind 2020 een netto resterende zorgvraag van c.a. 5,2% is ontstaan door productieachterstand
- Deze inschatting wordt gemaakt door op **microniveau assumpties** te ontwikkelen voor het aandeel van zorg dat wordt **ingehaald ondanks significante uitstel**
- N.B.** de inschatting van 'verdamping' van zorg heeft **geen directe relatie tot de zinnigheid van zorg**, gezien ook andere effecten een rol kunnen spelen (bijv. verlaagde incidentie of doorlopende behandelingen)

In de **Appendix** wordt nader toegelicht hoe een beeld wordt ontwikkeld van geschat aandeel in te halen zorg

Verschillende productiescenario's schatten inhaalzorg in tussen 4,4% en 5,7%

Schatting van (netto) resterende zorgvraag eind 2020

% van 2019 productie



Toelichting

- De ingeschatte omvang van mogelijke inhaalzorg (resterende zorgvraag) ligt **tussen de c.a. 4,4% en 5,7%** eind 2020 op basis van de scenario's van **hoge en lage** productie

Resterende (inhaal)zorgvraag legt naar verwachting grootste druk op OK

Schatting van (netto) resterende zorgvraag eind 2020

% van 2019 productie

	Bruto productie achterstand 2020	Acuut	Chronisch	Electief	Oncologisch	Overig	Netto resterende zorgvraag 2020
Diagnostiek (uren)	9,6%	-1,6%	-1,7%	-0,6%	-0,4%		5,3%
Poli (# consult)	7,6%	-1,1%	-1,1%	-0,8%	-0,1%	n.v.t.	4,5%
Kliniek (# vpid)	10,6%	-2,5%	-2,3%	-0,4%	-0,4%		5,0%
OK (snijtijd)	11,1%	-0,8%	-1,1%	-0,8%	-0,3%		8,1%



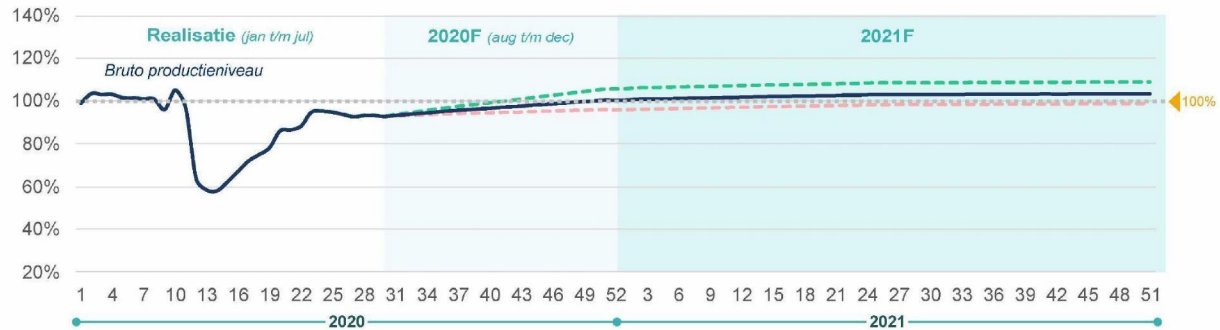
Toelichting

- Door de onderliggende profielen te analyseren van de resterende zorg welke mogelijk nog wordt ingehaald, kan het **capaciteitsbeslag van de inhaalzorg** worden ingeschat
- Naar schatting behoeft de resterende zorgvraag **c.a. 5% van jaarlijkse productie** (voor Poli, Kliniek, Diagnostiek)
- **Operatieve behandelingen** lopen naar verwachting een meer significante achterstand op van c.a. **8% jaarproductie**

Prognose 2021 sterk bepaald door mate van herstel naar 100% in 2020

Realisatie en prognose zorgproductie 2020

% van productieniveau 2019

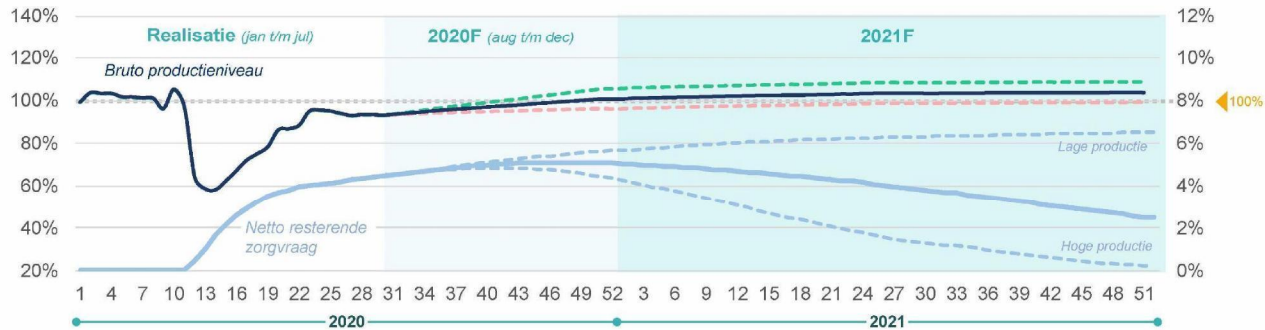


- Per zorgcluster + behandelsetting combinatie wordt de **verwachte zorgproductie in 2021 geëxtrapoleerd** aan de hand van verwachte continuïteit van herstel waar van toepassing, evenals de mogelijkheid om inhaalzorg te leveren (op niveau van behandelsetting)
- Ook hier wordt rekening gehouden met een additionele **scenario's hoog** (schatting van maximalisering inhaalzorg) en **laag** (assumptie blijvende beperkingen capaciteit) voor een inschatting van de bandbreedte

Verwachte productieontwikkeling schat netto stuwmeer eind 2021 op ~2,5%

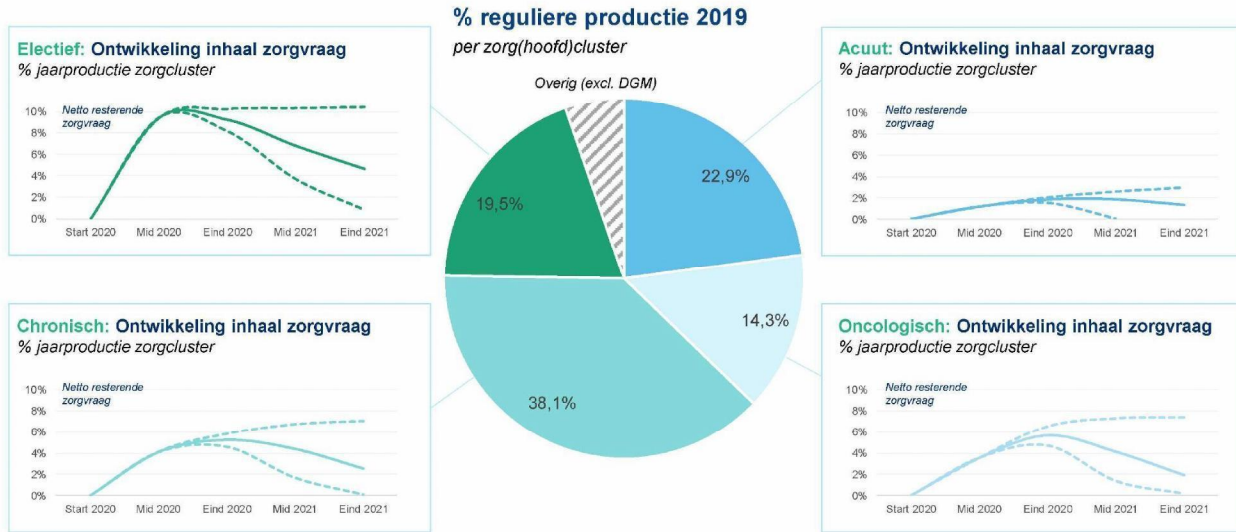
Realisatie en prognose zorgproductie 2020

% van productieniveau 2019



- Per zorgcluster + behandelsetting combinatie wordt de **verwachte zorgproductie in 2021 geëxtrapoleerd** aan de hand van verwachte continuering van herstel waar van toepassing, evenals de mogelijkheid om inhaalzorg te leveren (op niveau van behandelsetting)
- Ook hier wordt rekening gehouden met een additionele **scenario's hoog** (schatting van maximalisering inhaalzorg) en **laag** (assumptie blijvende beperkingen capaciteit) voor een inschatting van de bandbreedte

Bij hoog productiescenario kan netto stuwmeer in theorie worden ingehaald



Halvering netto stuwmeer vergt significante additionele productie afdelingen

Verwachte implicaties van inhaalzorg voor ziekenhuis met c.a. €300M zorgomzet / jr

Zorgcluster	Jaarproductie (gem. zkh)	Productie per week	Start 2021		Eind 2021		Additionele (inhaal)productie 2021			
			Additionalene zorgvraag (#)	Additionalene zorgvraag (%)	Resterende zorgvraag (#)	Resterende zorgvraag (%)	% van jaar-productie	Per jaar	per week	
Diagnostiek <i>nomuren</i>	Acuut	9.866	190	2,3%	157	1,6%	0,7%	66	1u / wk	
	Oncologisch	12.505	240	708	5,7%	237	1,9%	3,8%	471	9u / wk
	Chronisch	17.750	341	1.084	6,1%	606	3,4%	2,7%	477	9u / wk
	Electief	5.799	112	422	7,3%	171	2,9%	4,3%	251	5u / wk
	Totaal	45.920	883	2.436	5,3%	1.171	2,5%	2,8%	1.265	24u / wk
Poliklinik <i># consulten</i>	Acuut	75.748	1.457	1.376	1,8%	970	1,3%	0,5%	406	8 / wk
	Oncologisch	48.979	942	2.105	4,3%	644	1,3%	3,0%	1.462	28 / wk
	Chronisch	214.009	4.116	10.794	5,0%	6.523	3,0%	2,0%	4.271	82 / wk
	Electief	86.939	1.672	4.989	5,7%	2.042	2,3%	3,4%	2.947	57 / wk
	Totaal	425.675	8.186	19.264	4,5%	10.178	2,4%	2,1%	9.085	175 / wk
Kliniek <i># vpld</i>	Acuut	46.966	903	845	1,8%	624	1,3%	0,5%	221	4 / wk
	Oncologisch	20.109	387	1.479	7,4%	680	3,4%	4,0%	800	15 / wk
	Chronisch	38.105	733	1.840	4,8%	641	1,7%	3,1%	1.199	23 / wk
	Electief	19.621	377	2.114	10,8%	1.225	6,2%	4,5%	889	17 / wk
	Totaal	124.801	2.400	6.278	5,0%	3.169	2,5%	2,5%	3.109	60 / wk
Operatief <i>snijtijd (uren)</i>	Acuut	3.187	61	47	1,5%	27	0,8%	0,6%	20	0u / wk
	Oncologisch	3.983	77	262	6,6%	105	2,6%	3,9%	157	3u / wk
	Chronisch	4.644	89	310	6,7%	146	3,2%	3,5%	164	3u / wk
	Electief	7.604	146	959	12,6%	578	7,6%	5,0%	380	7u / wk
	Totaal	19.418	373	1.578	8,1%	857	4,4%	3,7%	721	14u / wk

Toelichting

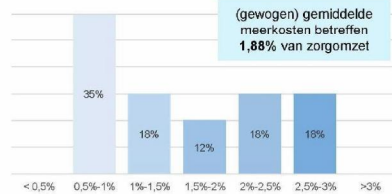
- O.b.v. de productie prognose en verwachte zorgvraag kan worden vastgesteld hoeveel additionele zorg moet worden geleverd door het ziekenhuis
- LOGEX maakt de verwachte impact op de capaciteit concreet a.d.h.v. vier productieparameters
- Indicatief:** Voor een ziekenhuis met €300M zorgomzet per jaar is per week benodigd*:
 - ~24 normuur diagnostiek / wk
 - ~175 consulten / wk
 - ~60 verpleegdagen / wk
 - ~14 uur OK snijtijd / week

* Indicatief voor het halveren van resterende zorgvraag in één jaar

Doorlopende kosten Covid-19 crisis slechts zeer indicatief te benaderen

Variatie Covid-meerkosten 2020

% van ziekenhuizen (meerkosten % van zorgomzet¹)



- Ziekenhuizen zien in 2020 **tussen 0,5% en 3% Covid-19 meerkosten** (gem. c.a. 1,88%)
- Een **jaareinde verwachting blijkt voor veel instellingen complex** (onzekerheid). Prognose is in veel gevallen gebaseerd op YTD kosten +10%
- De **verwachte structurele meerkosten** (niet directe Covid-19 zorg) kent verschillende interpretatie mogelijkheden. LOGEX schetst daarom verschillende scenario's, in afwachting op verdere definitie van *meerkosten*
- Uitgangspunt: 1,5m maatregelen blijven in 2021

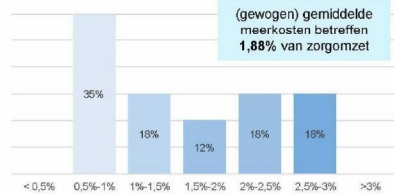
Vraagstelling rond *meerkosten coronacrisis in 2021* vergt verdere verfijning voordat hier een beeld voor kan worden gevormd. LOGEX ziet een bandbreedte van mogelijke implicaties (en definities)

Type Covid-19 meerkosten in 2020	% aandeel meerkosten	Implicaties/Definities
Personeelskosten	42%	Personeelskosten in 2020 voor groot deel gedreven door overuren voor covid-zorg. Echter deel van kosten bevat ook additionele inzet PNIL voor logistiek en flexibele capaciteit
Materialen (Patiëntgebonden)	13%	Materialiaankosten bevat deels kosten beschermingsmiddelen (echter registratieverschillen zichtbaar in administratie zkh)
Onderzoek (Patiëntgebonden)	10%	Veelal geneesmiddelen covid-zorg (buiten scope definitie)
Hotelmatic	9%	Schoonmaakkosten liggen mogelijk structureel hoger dan voorgaande niveau door covid-19 maatregelen
Gebouwgebonden	4%	Aanpassingen gebouw t b v. 1,5m maatregelen worden veel geregistreerd als onderhoudskosten (lopen mogelijk deels door)
Covid-19 maatregelen	3%	
Patiëntgebonden (overig)	3%	Omgang gemaakte kosten Apparatuur en Afschrijvingen is afhankelijk van gehanteerde definitie. Apparatuur is immers gerelateerd aan Covid-19 kosten, maar resulteert in structurele verhoging kostenbasis. Tevens zijn afschrijvingskosten resultaat van verhogen nodige capaciteit of aanpassingen gebouw welke zijn toe te schrijven aan situatie rond Covid-19
Apparatuur	3%	
Afschrijvingen	1%	
Overige kosten	12%	Kosten registratie is niet in alle ziekenhuizen eenduidig Overige kosten bevat in sommige gevallen ook kosten beschermingsmiddelen en/of andere kosten 1,5m maatregelen (klein deel niet-gespecificeerde kosten mogelijk doorlopend)
Totaal	100%	

Doorlopende kosten Covid-19 crisis slechts zeer indicatief te benaderen

Variatie Covid-meerkosten 2020

% van ziekenhuizen (meerkosten % van zorgomzet¹⁾)



- Ziekenhuizen zien in 2020 **tussen 0,5% en 3% Covid-19 meerkosten** (gem. c.a. 1,88%)
- Een **jaareinde verwachting blijft voor veel instellingen complex** (onzekerheid). Prognose is in veel gevallen gebaseerd op YTD kosten +10%
- De **verwachte structurele meerkosten** (niet directe Covid-19 zorg) kent verschillende interpretatie mogelijkheden. LOGEX schetst daarom verschillende scenario's, in afwachting op verdere definitie van *meerkosten*
- Uitgangspunt: 1,5m maatregelen blijven in 2021

Vraagstelling rond *meerkosten coronacrisis in 2021* vergt verdere verfijning voordat hier een beeld voor kan worden gevormd. LOGEX ziet een **bandbreedte van mogelijke implicaties (en definities)**

		Zeer indicatieve inschatting doorlopende meerkosten (niet direct gerelateerd aan covid-zorg)	
Type Covid-19 meerkosten in 2020	% aandeel meerkosten	Schatting Laag % aandeel doorlopend	Schatting Hoog % aandeel doorlopend
Personeelskosten	42%	0% Scenario: inzet PNIL voor Covid inzetbaarheid niet geldt als structurele meerkosten	20% Scenario: structureel hogere inzet PNIL door instellingen verhoogt kostenniveau
Materialen (Patiëntgebonden)	13%	25% Scenario waar aandeel kosten beschermingsmiddelen doorloopt op lager niveau	50% Scenario: Aandeel beschermingsmiddelen loopt door, overige materialen = covid zorg
Onderzoek (Patiëntgebonden)	10%	0% Scenario: Onderzoekskosten gerelateerd aan covid-19 vallen buiten definitie meerkosten	0% Scenario: Onderzoekskosten gerelateerd aan covid-19 vallen buiten definitie meerkosten
Hotelmatic	9%	25% Scenario: beperkte extra kosten schoonmaak & hotel door 1,5m maatregelen	50% Scenario: structureel hogere schoonmaak & hotelkosten door 1,5m
Gebouwgebonden	4%	0% Scenario: Huidige (1,5m) aanpassingen gebouw volstaan. Geen verbetering nodig	25% Scenario: Verdere meerkosten voor (structurele 1,5m) aanpassingen gebouw noodzakelijk
Covid-19 maatregelen	3%	50% Scenario: directe covid-19 maatregelen lopen enkel in beperkte mate door	75% Scenario waar kosten covid-19 maatregelen periodiek moeten worden gemaakt
Patiëntgebonden (overig)	3%	0% Veelal geneesmiddelen. Gerelateerd aan covid-19 zorg, valt buiten scope	0% Veelal geneesmiddelen. Gerelateerd aan covid-19 zorg, valt buiten scope
Apparatuur	3%	0% Scenario: Benodigde investeringen in apparatuur reeds gedaan, geen doorl. kosten	50% Scenario: verdere investeringen in apparatuur noodzakelijk voor paraatheid Covid-19
Afschrijvingen	1%	50% Scenario: Gemaakte investeringen slechts deels gezien als definitie 'meerkosten'	100% Scenario: alle investeringen gemaakt voor Covid-19 gezien als doorlopend
Overige kosten	12%	5% Scenario: Deels doorlopend (faciliteit, onderst. pers., etc), bevat soms beschermingsmiddelen	10% Scenario: Deels doorlopend (faciliteit, onderst. pers., etc), bevat soms beschermingsmiddelen
Totaal	100%	0,2% Indicatieve ondergrens (conservatief)	0,5% Indicatieve bovengrens (afhankelijk van definities)

Agenda

1. Introductie
2. Toelichting aanpak en methodiek
3. Analyse impact Covid-19 op medisch specialistische zorg 2021:
 1. Begrijpen van impact Covid-19 op reguliere **productie 2020**
 2. Analyse van resterende **netto zorgvraag** na uitstel door Covid-19
 3. Implicaties van inhaalzorg voor **verwachte productie 2021**
 4. Analyse van **verwachte meerkosten 2020 / 2021** door Covid-19
 5. Analyse van kansen versnelde **JZOJP en Digitalisering** in 2021
4. Over LOGEX
5. Appendix



Covid-19 legt extra nadruk op de juiste zorg op de juiste plek

Zorg op afstand komt in een stroomversnelling en..



RVS: versnelling digitale zorg niet vanzelfsprekend

Bert Bekkers 27 augustus 2020, 12:08 254 keer gelezen

- Zorg op afstand heeft deels een vlucht genomen door noodzakelijke aanpassingen in ziekenhuis organisatie en processen t.g.v. Covid-19
- De tijdelijke, maar voorgenomen structurele, verruiming van declaratiemogelijkheden faciliteert deze ontwikkeling
- Een structurele transitie vereist effectieve bekostiging

..opschaling van JZOJP kan druk op organisatie verlichten



Opinie: gezondheidszorg
Dit is de tijd om de zorg grondig te hervormen


- Ziekenhuizen staan voor een lastige opgave om het stuwmeer van zorg weg te werken met bestaande capaciteit
- Extra aandacht voor en opschaling van JZOJP kan ruimte creëren om het stuwmeer versneld weg te werken
- De verdamping van bepaalde zorg, maar meer nog bestaande variaties duiden op het bestaan van kansen hiervoor

Methodiek: Inzicht in landelijke spreiding voor vaststellen ZOJP potentieel

In kaart brengen potentieel Digitalisering / JZOJP

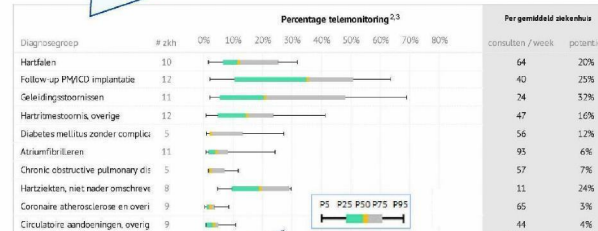
De basis van dit hoofdstuk betreft het **inzichtelijk maken van landelijke spreiding** van de inzet van zorg op afstand of bekende, reeds vóór Covid-19 bestaande JZOJP-bewegingen:

Toelichting methodiek LOGEX

- Analyse op basis van vrijwel volledige OVA, SAZ en STZ-benchmark.
- Landelijke spreiding tussen ziekenhuizen in de benchmark wordt getoond, op totaal-, vakgroep- of ziektebeeldniveau.
 - Spreiding wordt weergegeven a.d.h.v. boxplots 
- Voor een deel van de analyses kan een integraal inzicht geboden worden, voor een ander deel zal dit omwille van registratiekwaliteit meer casus-gedreven zijn.
- De spreidingsinzichten worden middels een P25-vergelijking vertaald naar een indicatief verbeterpotentieel. De streefwaarde is vastgesteld per diagnosegroep per specialisme.
- N.B. Voorzichtigheid** dient betracht te worden bij de interpretatie van deze cijfers, in sommige gevallen gelden valide verklaringen voor afwijkingen waarvoor in de analyse niet kan worden gecorrigeerd.

Toelichting op visualisatie LOGEX analyse

Getoond staat een selectie diagnosegroepen of specialismes met het grootste verbeterpotentieel. In sommige voorbeelden zijn alle diagnosegroepen geïncludeerd, in andere voorbeelden een selectie van relevante diagnosegroepen of operatieve verrichtingen.



LOGEX hanteert de P25 of P75 als streefwaarde. In de huidige situatie realiseert 25% van de ziekenhuizen tenminste de streefwaarde.

Linkerkolom: capaciteitsbeslag per gemiddeld ziekenhuis. Rechterkolom: som van totale volume hoger dan de streefwaarde per ziekenhuis, gedeeld door het totale volume.

Hoe kan men deze analyseresultaten interpreteren?

Aandachtspunten bij analyse van JZOJP inzichten



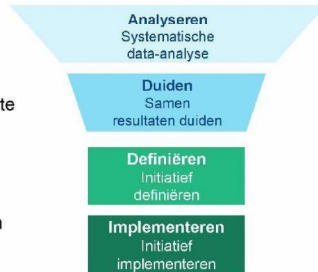
Verbeterpotentieel \neq Kostenreductie

LOGEX ervaart in de praktijk¹ dat berekend kostenpotentieel altijd nader moet worden geduid. Slechts een gedeelte van **spreadings-inzichten** levert uiteindelijk verzilverde **verbeterinitiatieven** op.

Van inzicht tot implementatie

Alvorens potentieel gerealiseerd wordt dient men afwijkingen te **duiden**, initiatieven te **definiëren** om deze vervolgens duurzaam te **implementeren**

Dit vergt een intensief proces, waarmee rekening dient te worden gehouden bij interpretatie van de uitkomsten



Overwegingen rond realiseren van potentieel

Niet al het (rekenkundig vastgesteld) **potentieel** is in de realiteit **te implementeren**. In praktijk valt deel van potentieel bij (vele) kleine initiatieven. Ook is sommige afwijking gewenst of verklaarbaar en buiten de invloedssfeer van de arts / ziekenhuis

Analyse, duiding, definiëring en implementatie van nieuwe werkwijze(n) **vergt vaak forse (tijds-)investering** en inzet van mensen en middelen, in context van al bestaande krapte en spanningen door COVID

Realisatie kan worden beïnvloed door **beperkingen in vrijmaken van benodigde capaciteit** voor het substituuat (binnen en/of buiten het ziekenhuis). B.v. capaciteit dagbehandeling voor vermindering postoperatieve verpleegdagen

LOGEX' **streefwaarden** zijn vastgesteld per diagnosegroep per specialisme. Realisatie van het potentieel vergt dus inzet op tal van **(deel-)onderwerpen** en betrokken vakgroepen

We onderscheiden JZOJP kansen t.g.v. Covid-19 van overige JZOJP kansen

Deel 1: Versnelde ontwikkeling zorg op afstand?

In de huidige situatie zijn er verschillende mogelijkheden om toepassing van digitale zorg te registreren. De NZa heeft hiervoor een wegwijzer gepubliceerd, waarop wij de contouren van de analyses op dit onderdeel hebben gebaseerd.

We bieden inzicht in de ontwikkeling t.g.v. Covid en de nog bestaande variatie (welke groei is er realistisch nog mogelijk) voor de volgende zorgactiviteiten:

- Belconsulten (190162)
- Screen-to-screen consulten (190161)
- Telemonitoring (39133)



Ook genoemd in de wegwijzer is de beoordeling van diagnostiek op afstand (o.a. ECG en teledermatologie). Doordat veel van deze zorg ook in niet-ziekenhuizen wordt verstrekt, kunnen wij dit niet goed in kaart brengen.

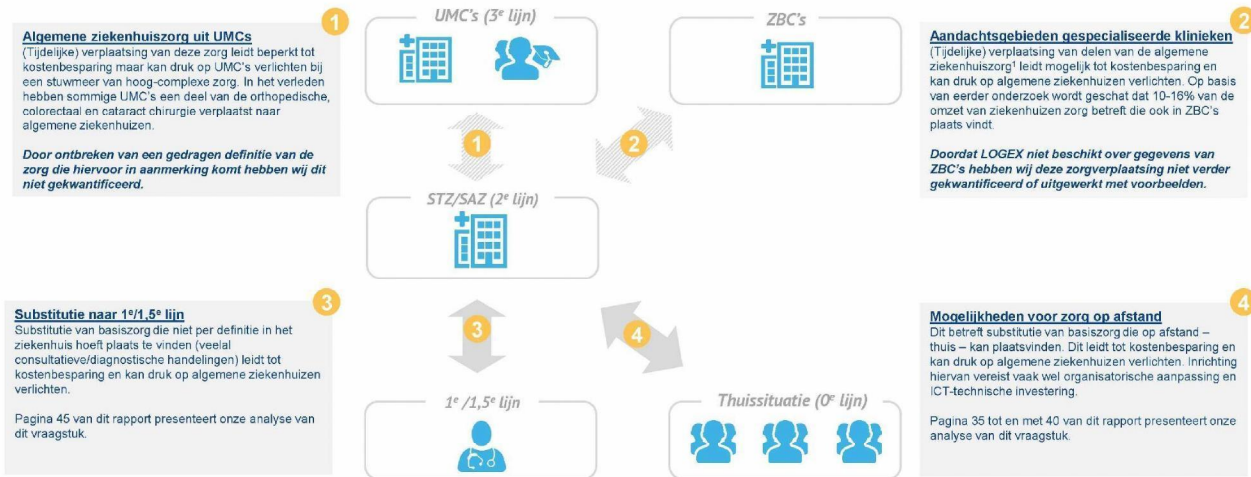
Deel 2: Aanknopingspunten voor opschalen JZOJP

Aan de hand van landelijk bekende aandachtspunten belicht LOGEX voorts enkele concrete onderwerpen waarmee de druk op de organisatie mogelijk kan worden verminderd:

- **Polikliniek:** Polireview controlebezoeken
- **Kliniek:** operaties in dagbehandeling
- **Kliniek:** verlichting IC
- **OK&Kliniek:** Operatief ingrijpen bij electieve chirurgie
- **Overkoepelend:** Substitutie van zorg

Substitutie is een breed begrip met betrekking tot zorgverplaatsing tussen de lijnen. Op de volgende slide schetsen we hiervoor een framework en maken we inzichtelijk welke substitutie we wel inzichtelijk kunnen maken en welke niet.

LOGEX Framework zorgverplaatsing tussen de lijnen



N.B. Zorgverplaatsing in het kader van Juiste zorg op de Juiste plek hoeft niet per definitie neerwaarts tussen de lijnen (3^e → 2^e → 1^e → 0^e lijn) plaats te vinden. Er zijn ook verschillende situaties waarbij een opwaartse verplaatsing gewenst is (bijvoorbeeld bij bijzondere neurochirurgie of thoraxchirurgie)

Samenvattend overzicht kansen versnelde digitalisering en JZOJP

Overzicht indicatief
(theoretisch) potentieel

Versnelde ontwikkeling zorg op afstand¹

Conclusie per initiatief

- **Opschalen van belconsulten** naar het 75e percentiel kan het aandeel belconsulten met 9% doen stijgen.
- **Opschalen van videoconsulten** naar het 75e percentiel kan het aandeel belconsulten met 2% doen stijgen.
- **Telemonitoring** verlicht mogelijk de druk op het ziekenhuis; maar er bestaan twijfels over de registratie.
- **Telemonitoring** werkt mogelijk als substituuat voor herhaalconsulten. LOGEX analyses hebben dit niet kunnen bevestigen.
- Binnen COPD, IBP en astma geldt **e-health mogelijk als proxy voor de inzet van telemonitoring** en bestaat grote spreiding in de inzet hiervan.

Substitutie potentieel²

~630 consulten / week ▲
Van face-to-face naar telefonisch

~140 consulten / week ▲
Van face-to-face naar video

Niet te kwantificeren

Niet te kwantificeren

Niet te kwantificeren

Aanknopingspunten voor opschalen JZOJP¹

Conclusie per initiatief

- **Bij niet-urgente herhaalpatiënten** kan 16% van de herhaalconsulten worden verminderd.
- **Conservatiever beleid bij electieve zorgvragen** kan 14% van de verpleeg-dagen en 15% snijtijd verminderen.
- **Operaties i.c.m. dagverpleging i.p.v. klinische opname** kan het aantal verpleegdagen met 28% verminderen.
- **Postoperatieve monitoring zonder IC-opname** kan IC-dagen bij selectie ingrepen met 40% verminderen.
- **Substitutie³ van zorg naar de 1^e lijn** kan het aantal laagcomplexere patiënten met 12% verminderen.

Indicatief potentieel²

~150 consulten / week ▲

~10u snijtijd &
35 verpleegdagen / week ▲

35 verpleegdagen / week ▲

4 IC-dagen / week ▲

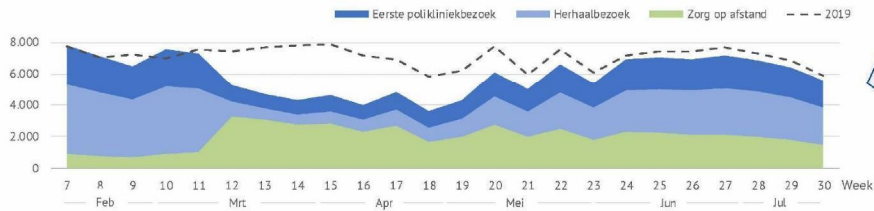
12% van laagcomplexere
patiënten ▲



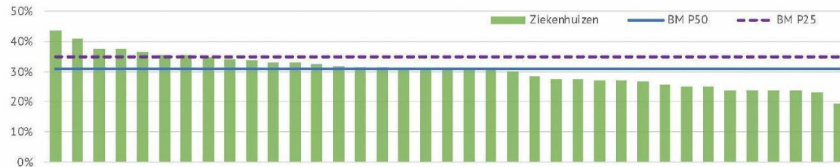
N.B. Indicatief potentieel: theoretisch maximum potentieel. Het realistische potentieel verschilt per ziekenhuis, afhankelijk van de context en de beschikbare tijd en capaciteit. Ervaring leert dat ziekenhuizen (gegeven de juiste condities) er in slagen 0-50% van het indicatieve potentieel te verzilveren

Aandeel e-health consulten stabiliseert op 31%

Verdeling fysieke en e-health consulten per week in 2020 t.o.v. het niveau in 2019¹



Spreading in het aandeel e-health consulten tussen ziekenhuizen (na stabilisatie in week 24)



Deel 1:
Zorg op afstand

Aandeel e-health consulten stijgt met factor 3 (naar 31%) door Covid-19

- Het aandeel e-health consulten neemt sterk toe vanaf week 12. Het absolute volume daalt in de weken daarna gestaag maar het aandeel en totaalniveau lijkt te stabiliseren vanaf juni (week 24).
- Voor een gemiddeld ziekenhuis betekent de toename in het aandeel consulten – nu het totale volume consulten weer nagenoeg op peil is – dat wekelijks ruim 1.370 fysieke consulten zijn vervangen door belconsulten.

Aandeel belconsulten varieert per ziekenhuis van 19% tot 44%

Tussen ziekenhuizen zien we - in de weken dat het totale consultvolume weer op niveau van 2019 is – nog een aanzienlijke spreiding in de mate van inzet van e-health consulten als vervanging van fysieke consulten.

Inzet van belconsulten varieert tussen en binnen specialismen



Deel 1:
Zorg op afstand

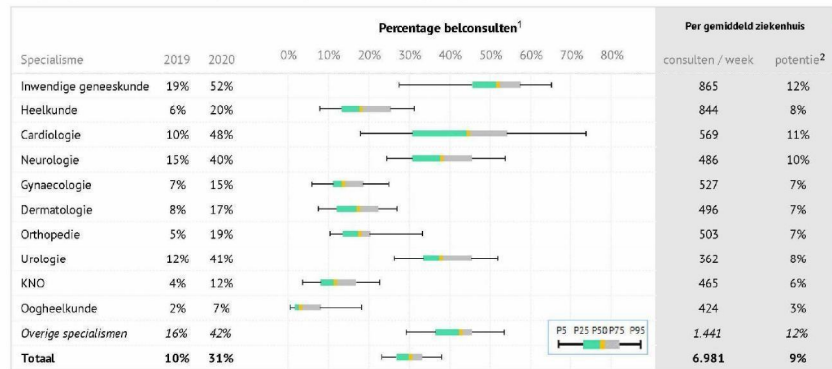
Belconsulten bieden een bijdrage in de oplossing voor het capaciteitsvraagstuk in de zorg

- De polikliniek is door de anderhalve meter maatregelen significant beperkt in productiecapaciteit. De inzet van belconsulten kan de fysieke druk op de poli verlichten.
- Landelijk zien we dat het aantal belconsulten t.g.v. Covid-19 reeds met een **factor 3** is opgeschaald. Analyse suggereert dat een gemiddeld ziekenhuis nog **~630 fysieke (herhaal-)consulten per week** kan vervangen door belconsulten.
- Nuance:** versnelling treedt alleen op als belconsulten minder tijdsintensief zijn dan fysieke consulten en/of als tijdelijk boven historische productiecapaciteit wordt uitgestegen.

Indicatief potentieel per ziekenhuis

~630 consulten / week

Van face-to-face naar telefonisch



Het indicatief potentieel belconsulten bedraagt 9 procent

- Indien alle vakgroepen naar het aandeel belconsulten van het 75^e percentiel bewegen kan het aandeel belconsulten nog met 9%-punt stijgen.
- Bij de **Inwendige geneeskunde, Cardiologie, Neurologie en Urologie** is het aandeel belconsulten met afstand het grootst in 2020 (>40%)
- Bij de **Cardiologie** is het aandeel belconsulten het sterkst gestegen t.o.v. 2019 – bijna een factor 5. De spreiding tussen ziekenhuizen is hier echter ook het grootst.
- De grootste absolute potentie bestaat bij de **Inwendige geneeskunde en Heelkunde.**

Het aantal videoconsulten stijgt sterk maar inzet is nog beperkt

Deel 1:
Zorg op afstand

Sterke relatieve groei videoconsulten¹

- Naast belconsulten bieden videoconsulten de mogelijkheid om patiënten te voorzien van zorg, zonder dat zij zich fysiek op de polikliniek hoeven te melden.
- Het aantal videoconsulten is weliswaar **20 keer groter dan vorig jaar**, echter slechts goed voor <1% van het **totaal aantal consulten**. Analyse suggereert dat een gemiddeld ziekenhuis nog **~140 fysieke (herhaal)consulten per week** kan vervangen door videoconsulten.
- **Nuance:** Deze relatieve lage implementatiegraad roept de vraag op of de videoconsulten goed geregistreerd worden; en wat de gepercipieerde meerwaarde is van videoconsulten boven belconsulten.

Indicatief potentieel per ziekenhuis

~140 consulten / week

Van face-to-face naar video

Diagnosegroep	2019	2020	Percentage videoconsulten ^{1,2}																Per gemiddeld ziekenhuis ³	
			0%	2%	4%	6%	8%	10%	12%	14%	16%	18%	consulten / week	potentie						
Infertiliteit	0,0%	2,1%																	61	10,2%
Diabetes mellitus zonder complic.	0,0%	3,3%																	55	4,3%
Borstkanker	0,0%	0,4%																	150	1,5%
Hoofdpijn (incl. migraine)	0,0%	0,8%																	55	3,3%
Chronic obstructive pulmonary dis	0,4%	1,0%																	56	2,5%
Schilddklierziekten (excl. kanker)	0,0%	0,6%																	65	1,9%
Morbus Crohn en colitis ulcerosa	0,0%	0,6%																	75	1,6%
Chronisch nierfalen	0,0%	0,7%																	81	1,3%
Psoriasis (dermatose en/of artrhiti)	0,3%	0,7%																	52	1,8%
Slaapstoornis	0,0%	0,8%																	78	1,0%
Overig	0,0%	0,2%																	6.252	1,9%
Totaal	0,0%	0,3%																	6.981	2,0%

Het indicatief potentieel videoconsulten bedraagt 2 procent

- Indien alle vakgroepen voor alle ziektebeelden naar het aandeel videoconsulten van het 75^e percentiel bewegen (vanaf juni – week 24) kan het aandeel videoconsulten nog met 2,0%-punt stijgen – goed voor ruim 140 consulten per week.
- De grootste absolute potentie bestaat bij de ziektebeelden **Infertiliteit en Diabetes mellitus zonder complicaties**.

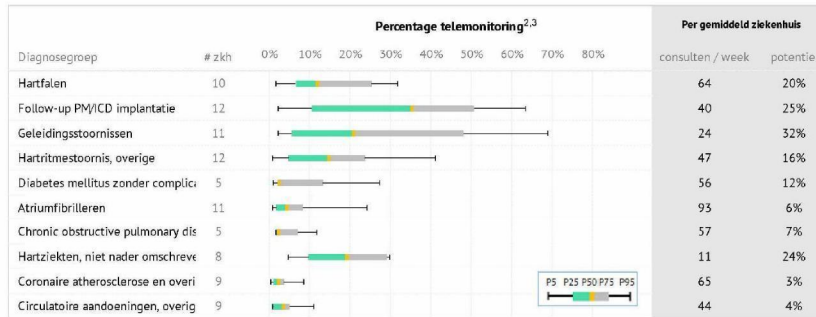
Significante spreiding in de inzet van telemonitoring



Deel 1:
Zorg op afstand

Telemonitoring¹ draagt bij aan de oplossing voor het capaciteitsvraagstuk in de zorg

- Telemonitoring is het begeleiden van patiënten op afstand. Patiënten krijgen meetapparatuur in huis waarmee zij hun ziekte monitoren, ontvangen informatie over leefstijl en medicijnen en kunnen vragen stellen aan arts of verpleegkundige op afstand.
- De verwachting is dat patiënten die gebruik maken van telemonitoring minder vaak naar het ziekenhuis hoeven te gaan. Hiermee verlicht de inzet van telemonitoring de fysieke druk op de polikliniek.
- **Nuance:** onderstaande analyse geeft aanleiding voor twijfels over de kwaliteit van de registratie van telemonitoring. Hiernaast gaan we hier verder op in.



Registratie telemonitoring komt alleen sporadisch voor binnen de Cardiologie

- Vrijwel alleen bij cardiologische ziektebeelden, en alleen binnen een beperkt aantal ziekenhuizen wordt telemonitoring geregistreerd.
- Binnen de registrerende ziekenhuizen bestaat dan wel een grote variatie in de inzet (of registratie) van telemonitoring.
- Van COPD en IBD is bekend dat telemonitoring op grote schaal wordt toegepast, maar dit blijkt niet uit de data. Dit duidt op **slechte registratie**. Het feit dat de telemonitoring zelf geen rol speelt in de DBC-grouper kan hiervoor een verklaring zijn.
- Mogelijk bestaat in de registratie van telemonitoring een **uitwisseling met consulten op afstand**. Vaak gaan deze activiteiten namelijk hand in hand.

Effecten van telemonitoring op herhaalfactor

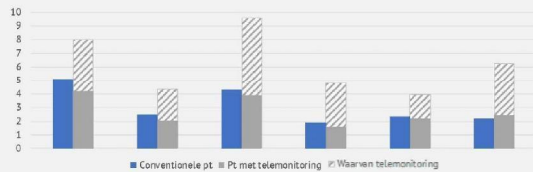
Deel 1:
Zorg op afstand

Analyse geeft geen indicatie van reductie fysieke consulten t.g.v. inzet telemonitoring

- Telemonitoring wordt gezien als substituuat voor een (fysiek) herhaalconsult (in het ziekenhuis). Verschillende wetenschappelijke studies tonen dit ook aan, maar onbekend is of dat effect in de praktijk ook gerealiseerd wordt.
- In de huidige analyse bekijken we het gemiddelde aantal consulten per patiënt per jaar. Vervolgens vergelijken we patiënten met en zonder telemonitoring, gecorrigeerd voor meest kenmerkende behandeling per jaar.
- Nuance:** In dit overzicht worden patiënten met en zonder telemonitoring met elkaar vergeleken. Mogelijk is hier echter sprake van *confounding by indication*: de groepen zijn niet volledig vergelijkbaar doordat telemonitoring selectief wordt toegepast.

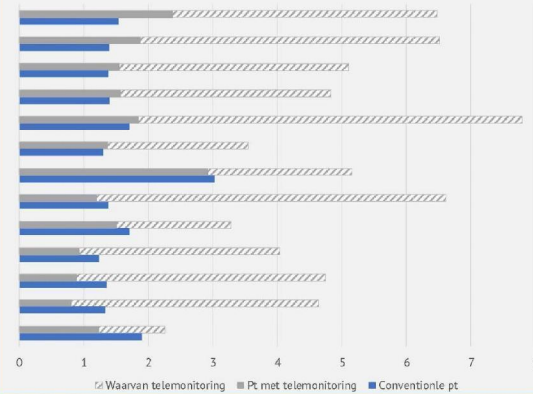
Patiënten met hartfalen en ICD of pacemaker¹

Voorlopige analyse: Telemonitoring is in vijf van de zes ziekenhuizen geassocieerd met een lager profiel consulten, dit verschil is echter beperkt. De inzet van telemonitoring staat in geen verhouding tot het verschil in consulten.



Patiënten in follow-up na ICD of pacemaker

Voorlopige analyse: Telemonitoring is geassocieerd met zowel lagere profielen in zeven ziekenhuizen, maar ook met hogere aantallen consulten per patiënt per jaar in vijf ziekenhuizen. De verschillen in aantallen fysieke consulten zijn over het algemeen beperkt.

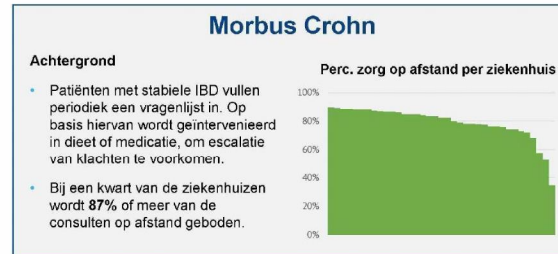
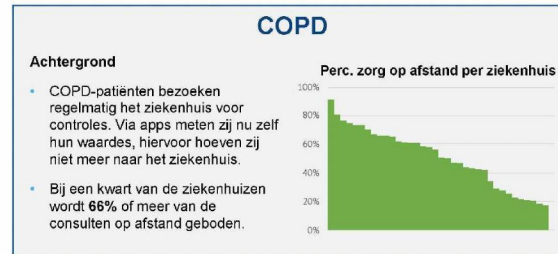
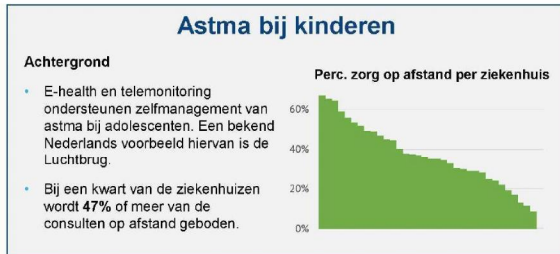


E-health bij bekende telemonitoring ziektebeelden

Deel 1:
Zorg op afstand

Spreadingsanalyses bieden handvatten voor opschaling maar vragen om voorzichtige interpretatie

- Bekend is dat telemonitoring binnen COPD, astma en Morbus Crohn en Colitis ulcerosa landelijk veelvuldig wordt toegepast. Zoals in eerder overzicht getoond, wordt de zorgactiviteit voor telemonitoring binnen deze diagnosegroepen nog maar beperkt geregistreerd.
- In de huidige analyse tonen we de spreiding van de inzet van zorg op afstand, inclusief telemonitoring, als proxy voor het gebruik van telemonitoring.
- Nuance:** Onzeker is of zorg op afstand zorgactiviteiten een valide proxy zijn voor de inzet van telemonitoring.



Reductie policontracten wellicht mogelijk door review herhaalfactor

Deel 2
Opschalen JZOJP

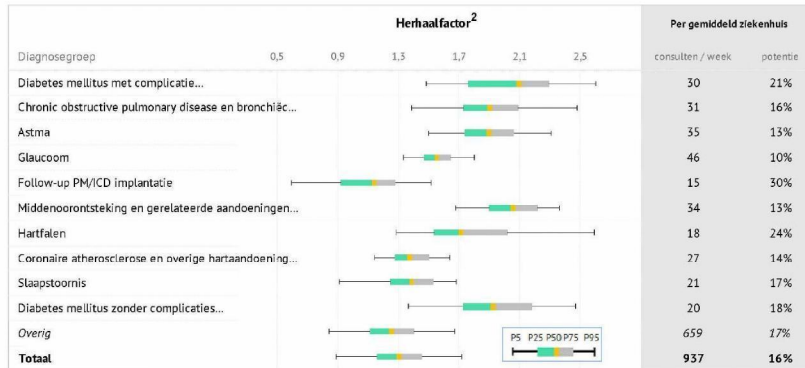
Een kritische doorlichting van niet-urgente controlebezoeken kan druk op de poli verlichten

- Covid-19 en de anderhalve meter samenleving beperken de capaciteit van de polikliniek significant. Door review van herhaalconsulten bij niet-urgente zorg¹ kunnen mogelijk contacten worden bespaard
- Op basis van de ziektebeelden met voor een groot deel niet-urgente zorg blijkt dat een gemiddeld ziekenhuis mogelijk **~150 (herhaal)consulten / week** kan reduceren
- **Nuance:** minder controlebezoeken is niet per definitie beter, er kan een goede reden zijn om aanvullende controlebezoeken te doen (bijvoorbeeld ter voorkoming van (her-)opnames).

Indicatief potentieel per ziekenhuis

~150 consulten / week

Minder controlebezoeken



Het indicatief potentieel herhaalconsulten bij niet-urgente follow-up patiënten bedraagt 16%

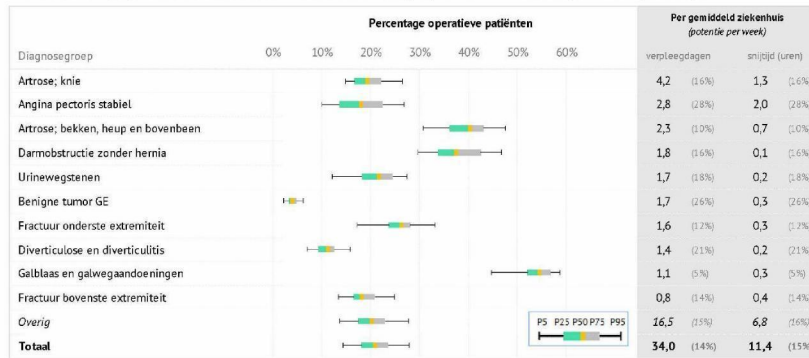
- Indien alle diagnosegroepen naar het aantal consulten per patiënt van het 25^e percentiel bewegen (vanaf juni – week 24) kan er 16% gereduceerd worden.
- Bij diabetes mellitus met en zonder complicaties, COPD, astma en middenoorontsteking is de herhaalfactor onder niet-urgente follow-up patiënten het hoogst. Bij diabetes mellitus met complicaties, COPD en astma is het potentieel het grootst.
- De spreiding tussen ziekenhuizen is het grootst bij hartfalen en diabetes mellitus zonder complicaties.

Conservatiever beleid electieve chirurgie spaart kliniek en OK

Deel 2
Opschalen JZOJP

Opschaling van gezamenlijk beslissen kan druk op de kliniek en OK verlichten

- Het stuwmeer t.g.v. Covid-19 legt een groot beslag op de kliniek en de OK. Van gezamenlijke besluitvorming is bekend dat dit in veel gevallen leidt tot een conservatievere behandelkeuze.
- Op basis van electieve ziektebeelden waarbij gebruik van keuzehulp en toepassen van gezamenlijke besluitvorming mogelijk leidt tot conservatiever behandeling blijkt dat een gemiddeld ziekenhuis indicatief **~10u snijtijd (15%) én ~35 verpleegdagen / week (14%)** kan reduceren.
- Nuance:** gezamenlijke besluitvorming vergt ook capaciteit en voor ziektebeelden waarbij conservatieve zorg naar de 1^e lijn gesubstitueerd kan worden bestaat mogelijk een overschatting van de spreiding.



Indicatief potentieel per ziekenhuis

~10u snijtijd &

35 verpleegdagen/ week

t.g.v. conservatievere behandeling door gezamenlijke besluitvorming

Het indicatief potentieel voor conservatiever beleid electieve chirurgie bedraagt ruim 1 dag OK-tijd per week

- Indien alle vakgroepen de mate van operatief ingrijpen reduceren tot het 25^e percentiel (vanaf juni – week 24) kan er 14% van de verpleegdagen en 15% snijuren gereduceerd worden.
- Bij Artrose knie en heup en stabiele angina pectoris is de absolute potentie in zowel verpleegdagen als snijuren het grootst.
- Bij Angina pectoris stabiel (28%), Benigne Tumor GE (26%) en diverticulose en diverticulitis (21%) is de relatieve potentie het grootst.

Patiënten na ingreep sneller naar huis verlicht druk op kliniek

Deel 2
Opschalen JZOJP

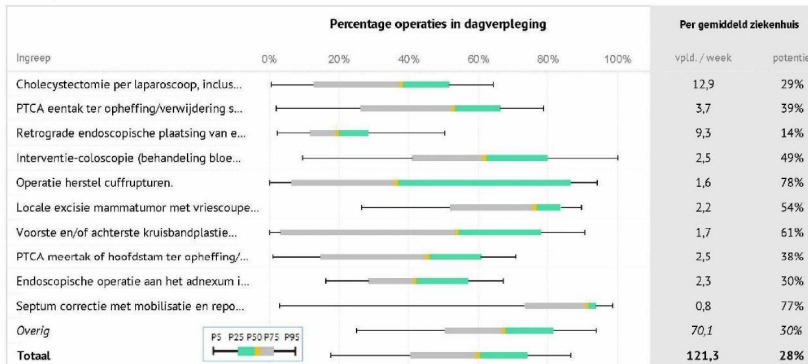
Sommige operaties worden in klinische setting verricht, maar kunnen ook in dagbehandeling

- Uitvoering van operaties in dagopname, bijvoorbeeld door deze waar mogelijk begin van de dag uit te voeren, kan bijdragen aan het reduceren van verpleegdagen.
- Op basis van een selectie van operaties, die zowel veelvuldig in klinische als in dagklinische setting plaatsvinden, blijkt dat een gemiddeld ziekenhuis indicatief **~35 postoperatieve verpleegdagen / week (28%)** kan reduceren.
- **Nuance:** naast de kliniek bestaat er in sommige ziekenhuizen ook voor de dagbehandeling een schaarste in capaciteit.

Indicatief potentieel per ziekenhuis

35 verpleegdagen/week

t.g.v. verandering van de postoperatieve behandelsetting



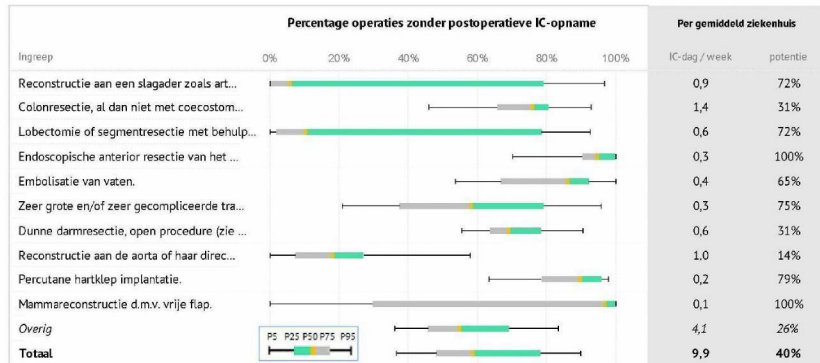
Het indicatief potentieel postoperatieve verpleegdagen bedraagt 28%

- Indien alle ziekenhuizen de postoperatieve behandelsetting organiseren als de P75 ziekenhuizen, worden **35 verpleegdagen** voorkomen.
- Operaties met veel potentie voor verbetering zijn de **PTCA's en cholecystectomieën**.
- De spreiding in behandelsetting per operatie is opvallend groot, dit duidt op **protocol gedreven verschillen** in aanbod van zorg en hiermee mogelijkheden voor verbetering.

Protocol na operatie kan druk op IC verlichten

Inzet IC na operatie is mogelijk niet in alle gevallen noodzakelijk

- Door COVID-19 is IC capaciteit zeer schaars en moet bewust worden ingezet. Door review van protocol na de operatie is mogelijk reductie van IC-dagen realiseerbaar
- Op basis van een selectie van operaties, die zowel met als zonder postoperatieve IC-opname plaatsvinden, blijkt dat een gemiddeld ziekenhuis indicatief **~4 postoperatieve IC-dagen / week (40%)** kan reduceren.
- **Nuance:** in de benchmark analyse is geen rekening gehouden met de aanwezigheid van een medium care afdeling, hetgeen voor een deel de spreiding kan verklaren.



Deel 2
Opschalen JZQJP

Indicatief potentieel per ziekenhuis

4 IC-dagen/week

t.g.v. verandering van de postoperatieve behandelsetting

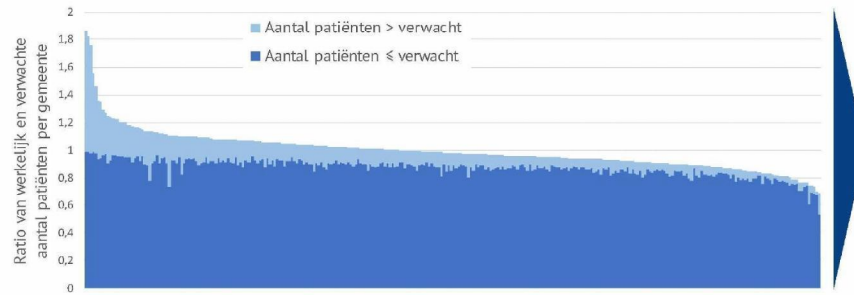
Het indicatief potentieel postoperatieve IC-dagen bedraagt 40%

- Verschillende operaties worden door een deel van de ziekenhuizen altijd in combinatie met postoperatieve IC-opname uitgevoerd, waarbij de andere ziekenhuizen regelmatig tot standaard niet kiezen voor een postoperatieve IC-opname.
- Indien alle ziekenhuizen de postoperatieve behandelsetting organiseren als de P75 ziekenhuizen, worden **4 IC-dagen** voorkomen.
- Operaties met veel potentie voor verbetering zijn de **slagader reconstructie** en **colonresectie**.

Substitutie naar eerste, of anderhalve lijn

Substitutie van laagcomplexere zorg draagt bij aan de oplossing voor het capaciteitsvraagstuk

- Het 'Juiste plek' gedeelte van JZOJP betekent onder meer dat patiënten buiten het ziekenhuis behandeld kunnen worden waar mogelijk, en in het ziekenhuis waar nodig.
- Voor N=111 diagnosegroepen (selectie LOGEX³) geldt dat *een deel van* de patiënten in de nulde, eerste, of anderhalve lijn voldoende kunnen worden geholpen. Op basis van ziekenhuisdata en CBS-inwonersgegevens (leeftijd, geslacht, sociaaleconomische status) berekent LOGEX het *werkelijke* en *verwachte* aantal consultatieve en diagnostische patiënten per gemeente.
- Uit de analyse blijkt dat op basis van landelijke prevalentie per risicogroep indicatief **~12% van de conservatieve patiënten** uit het ziekenhuis in aanmerking komt voor substitutie.
- **Nuance:** niet voorhanden risicokenmerken kunnen mogelijk een deel van het verschil in prevalentie verklaren



Top 5 substitueerbare ziektebeelden

Ziektebeeld	Patiënten ¹ (p25-50-75)	Potentie ²
Screening/uitsluiten somatische klachten	1064 - 1233 - 1376	8%
Middenoorontsteking	567 - 689 - 800	10%
Astma	405 - 527 - 632	12%
Oppervl. letsel/kneuzing	371 - 498 - 578	13%
Coronair atherosclerose	460 - 571 - 642	11%
Overige		12%

Het indicatief potentieel laagcomplexere patiënten dat in aanmerking komt voor substitutie bedraagt 12%

- Indien ziekenhuizen en ketenpartners het aantal patiënten terugbrengen tot de landelijke verwachting, vermindert het aantal consultatieve/diagnostische patiënten met 12%.
- De grootste absolute potentie bestaat bij de ziektebeelden **Screening en uitsluiting van somatische klachten** en **Middenoorontsteking en gerelateerde aandoeningen**.

Agenda

1. Introductie
2. Toelichting aanpak en methodiek
3. Analyse impact Covid-19 op medisch specialistische zorg 2021:
 1. Begrijpen van impact Covid-19 op reguliere **productie 2020**
 2. Analyse van resterende **netto zorgvraag** na uitstel door Covid-19
 3. Implicaties van inhaalzorg voor **verwachte productie 2021**
 4. Analyse van **verwachte meerkosten 2020 / 2021** door Covid-19
 5. Analyse van kansen versnelde **JZOJP en Digitalisering** in 2021
4. Over LOGEX
5. Appendix



Over LOGEX

Heldere inzichten gedreven door data

- Opgericht in 2008 en organisch gegroeid tot een team van meer dan 100 experts
- Actief in meer dan 90% van de Nederlandse ziekenhuizen
- LOGEX wordt erkend als dé benchmarking standaard in Nederland. Meer dan 70 ziekenhuizen en 7.000 medisch specialisten
- Ondersteuning van financiële processen met een jaarlijkse waarde van meer dan € 15 miljard
- Intern ontwikkeld plug-and-play Smart Hospital Grid® technologie
- We bieden oplossingen aan de volgende gebruikers:



Actief in >90% Nederlandse ziekenhuizen

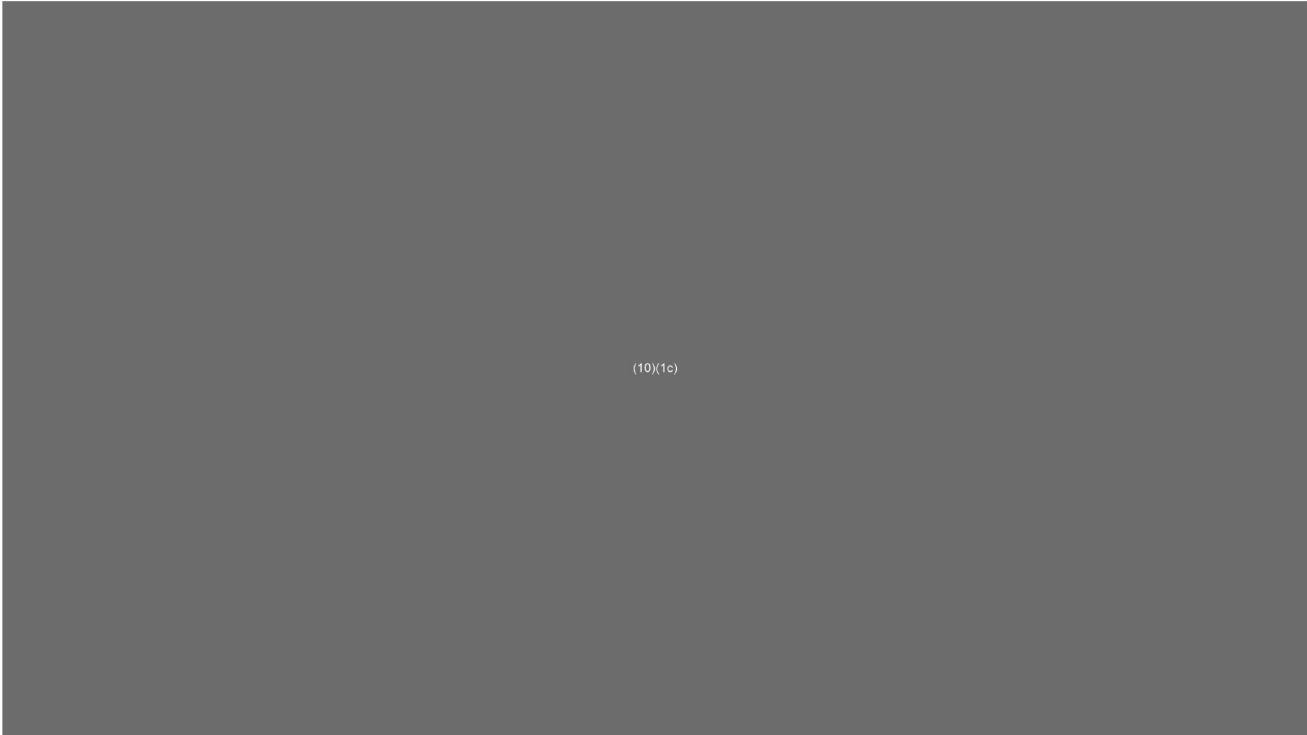


7.000+ fte in LOGEX Benchmark®



€15 miljard zorgkosten via modellen LOGEX





(10)(1e)

Appendix

Toelichting LOGEX indeling diagnosegroepen

Specialisme-overstijgende diagnosegroepen*

- Binnen dit rapport wordt de geleverde zorg weergegeven door de productie uit te splitsen naar: **specialisme – hoofddiagnosegroep – diagnosegroep**. Deze structuur biedt vernieuwde inzichten die medisch beter herkenbaar zijn dan de huidige DOT structuur.
- Het laagste niveau hierbij zijn de **specialisme-overstijgende diagnosegroepen**, hiermee wordt het steeds beter mogelijk om de geleverde zorg rondom een (multidisciplinaire) aandoening inzichtelijk te maken. De huidige specialisme-specifieke DBC-diagnoses zijn hierbij per aandoening ingedeeld in herkenbare specialisme overstijgende diagnosegroepen*. Op basis van de zorg per diagnosegroep kan, over de specialismen heen, **gekanteld** worden ingezoomd per aandoening.
- Iedere diagnosegroep is voorts in te delen in één van de vier per specialisme afhankelijke hoofddiagnosegroepen.
- Met deze **hiërarchische indeling** van de diagnoses, conform de schematische weergave hiernaast, kan de geleverde zorg vervolgens op verschillende niveaus inzichtelijk worden gemaakt. Afhankelijk van het gepaste detailniveau vinden de analyses in het prestatie-model plaats op het niveau van **hoofddiagnosegroep of diagnosegroep**.

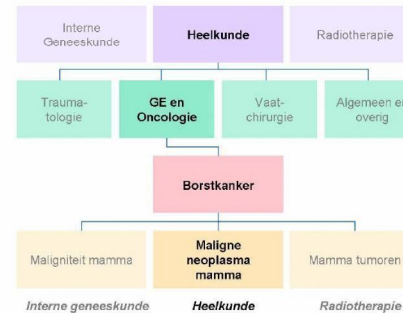
Schematische weergave (voorbeeld)

SPECIALISMEN

HOOFDDIAGNOSE-
GROEPEN
4 per specialisme

DIAGNOSEGROEP*
329 (specialisme-
overstijgend)

DBC-DIAGNOSES
2.739 diagnoses



Specialisme-overstijgend: faciliteert weergave van zorg rond aandoening.



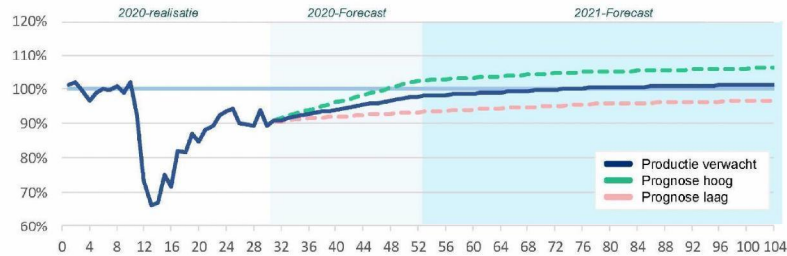
Hiërarchische indeling: analyse geleverde zorg op meerdere niveaus.



Toekomstbestendig: 1-op-1 vertaling naar clustering van ICD-10 codes

Zorgcluster Acut: inzichten productie ontwikkeling en prognose

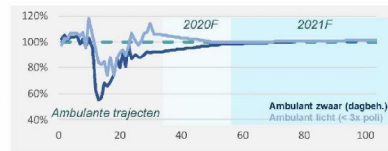
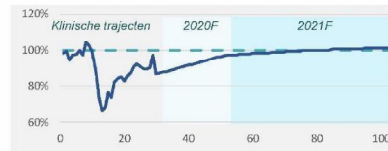
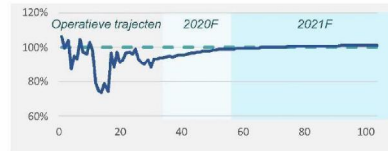
Productie ontwikkeling (% productieniveau vs. 2019)



Analyse en overwegingen prognose 2020-2021

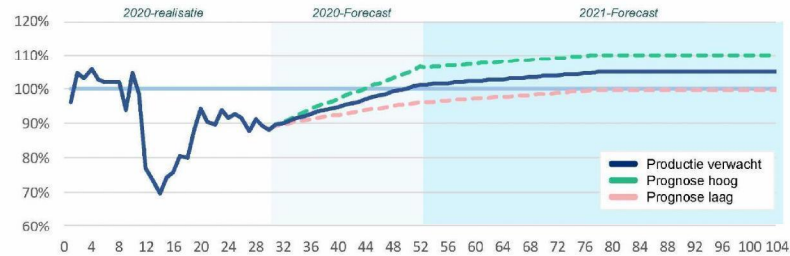
- Zorgproductie Acute ziektebeelden ligt eind juli 2020 nog beneden niveau van vorig jaar (90%). Ondanks duidelijk herstel stagneert dit in de laatste maanden.
- Mogelijk wordt dit effect – met name bij ambulante trajecten – deels gedreven door maatschappelijke (1,5m) maatregelen. Gezien deze maatregelen nog grotendeels van kracht zijn, wordt verwacht dat productie slechts langzaam 'herstelt' naar het niveau van het voorgaande jaar. In het hoofdscenario wordt het stuwmeer deels hersteld
- Naast de hoofdprognose (**blauw**) schetsen we een conservatief scenario (**rood** – productie blijft tot eind 2021 onder peil) en een progressieve prognose (**groen** – productie weer op peil per eind 2020).

Trend per behandelsetting



Zorgcluster Oncologisch: inzichten productie ontwikkeling en prognose

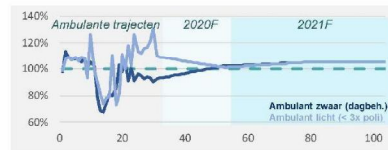
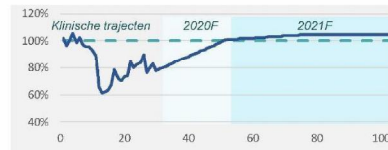
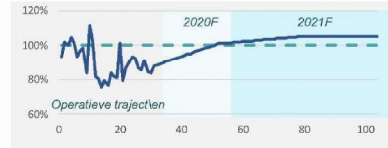
Productie ontwikkeling (% productieniveau vs. 2019)



Analyse en overwegingen prognose 2020-2021

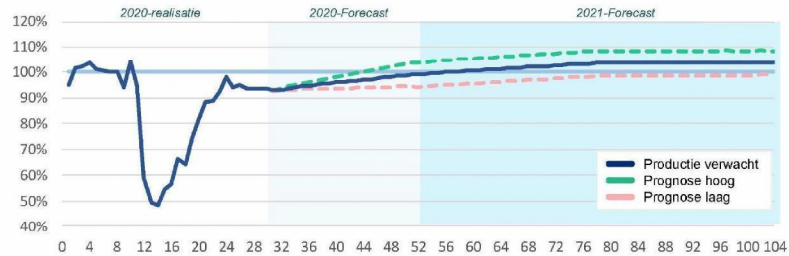
- Zorgproductie Oncologische ziektebeelden ligt eind juli 2020 nog beneden niveau van vorig jaar (88%)
- Ondanks dat zowel operatieve als klinische trajecten nog fors beneden peil 2019 liggen eind juli zien we een duidelijke herstellertrend die, naar verwachting, ertoe leidt dat eind 2020 het historische productieniveau wordt bereikt. In 2021 kan – waar de maximale productiecapaciteit dit toelaat – het stuwmeer worden weggewerkt.
- Voor de maximale productiecapaciteit hanteren we naast de hoofdpoging (blauw - 105% per medio 2021) een conservatief scenario (rood – 100% per medio 2021) en een progressieve prognose (groen – 110% per medio 2021).

Trend per behandelsetting



Zorgcluster Chronisch: inzichten productie ontwikkeling en prognose

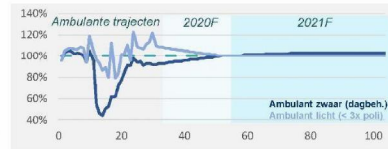
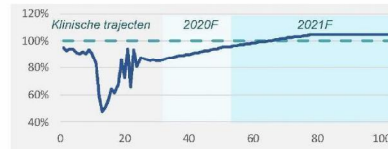
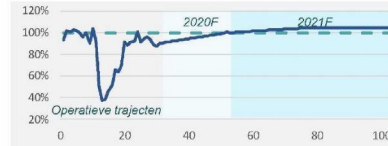
Productie ontwikkeling (% productieniveau vs. 2019)



Analyse en overwegingen prognose 2020-2021

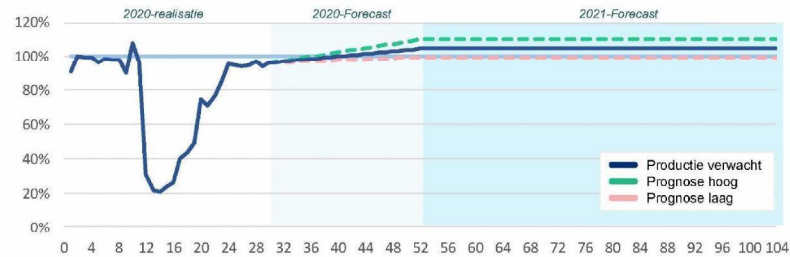
- Zorgproductie Chronische ziektebeelden ligt eind juli 2020 nog beneden niveau van vorig jaar (93%)
- Ondanks dat met name klinische trajecten nog fors beneden peil 2019 liggen eind juli zien we een duidelijke herstellend trend die, naar verwachting, ertoe leidt dat begin 2021 het historische productieniveau wordt bereikt. In de 2^e helft van 2021 kan – waar de maximale productiecapaciteit dit toelaat – het stuwmeer worden weggewerkt.
- Voor de maximale productiecapaciteit hanteren we naast de hoofdprognose (**blauw** - 102% per medio 2021) een conservatief scenario (**rood** – 98% per medio 2021) en een progressieve prognose (**groen** – 109% per medio 2021).

Trend per behandelsetting



Zorgcluster Electief: inzichten productie ontwikkeling en prognose

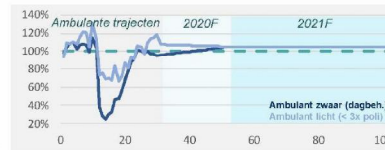
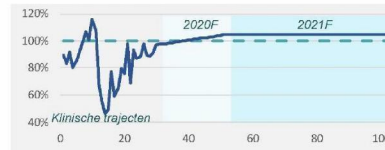
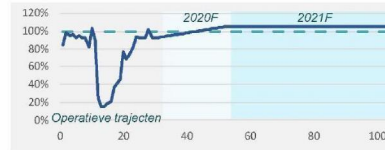
Productie ontwikkeling (% productieniveau vs. 2019)



Analyse en overwegingen prognose 2020-2021

- Zorgproductie Electieve ziektebeelden ligt eind juli 2020 nog beneden niveau van vorig jaar (96%)
- Bij elk type traject zien we een duidelijke herstellend trend die, naar verwachting, ertoe leidt dat in de 2^e helft van 2020 reeds het historische productieniveau wordt bereikt. In de 2^e helft van 2020 en in 2021 kan – waar de maximale productiecapaciteit dit toelaat – het stuwmeer worden weggewerkt. Mogelijkerwijs wordt een deel van het stuwmeer in de electieve chirurgie bij ZBC's onder gebracht.
- Voor de maximale productiecapaciteit hanteren we naast de hoofdprognose (blauw - 105% per medio 2021) een conservatief scenario (rood – 100% per medio 2021) en een progressieve prognose (groen - 110% per medio 2021).

Trend per behandelsetting



Verwachte (gewogen) verdamping van zorg in geval van significante uitstel

(Indicatief) Assumpties van mogelijke verdamping door uitstel¹

Toelichting

Kwalitatieve beschouwing, onderbouwd op analyse en assumpties op micro-niveau

Zorgcluster	Operatief		Klinisch	Ambulant		Totaal	LOGEX analyseerde trends en verwachte effecten in detail op het niveau cluster + behandeling + zorgtype
	Klinisch	Poliklinisch	Opname	Zwaar	Licht		
Acute GE	89%	83%	89%	87%	90%	88%	Veelal hoog-urgente zorg; afname productie gedreven door incidentie
Obstetrie	90%	87%	90%	86%	90%	89%	Stabiele, urgente zorgvraag; bij uitstel wordt zorg vrijwel niet ingehaald
Acuut overig	75%	75%	75%	75%	75%	75%	Met name bij Traumatologie en Hart / Vaat relatief weinig 'inhaal' verwacht
Acuut / Chronisch nierfalen	25%	25%	50%	72%	50%	59%	Stabiel ziektebeeld, chronische aard; Onderzoek / ingrepen deels ingehaald
Chronisch overig	50%	36%	75%	34%	41%	44%	Zorgvraag vervolgzorg (ingrepen) blijft; Klinische opnames vaak meer acuut
Electieve zorg	10%	10%	75%	58%	57%	20%	Snel uitgesteld, maar zorgvraag blijft bestaan; Ambulant vervolg minder inhaal
Darm, Borst & Huid Oncologie	13%	16%	25%	25%	25%	21%	Weinig verdamping (m.n bij Operatieve ingreep). Wel afstel bij follow-up zorg
Oncologie overig	16%	16%	25%	25%	25%	23%	Weinig verdamping (m.n bij Operatieve ingreep). Wel afstel bij follow-up zorg
Totaal	26%	21%	68%	44%	47%		
DGM - Oncolytica			25%			25%	Oncolytica bij uitstel slechts latere start, behandeling zet grotendeels door
DGM - Overig			75%			75%	Veelal Chronische zorg (doorlopend). Uitstel betreft vaak pauze of latere start
Intensive Care			90%			90%	Grotendeels acuut van aard, echter deel gerelateerd aan operatieve ingreep
Overig (OZP)			41%			41%	Bepaald op basis van gewogen gemiddelde reguliere zorg (veel OZP)

Verwachte (gewogen) verdamping van zorg in geval van significante uitstel

(Indicatief) Assumpties van mogelijke verdamping door uitstel¹

Kwalitatieve beschouwing, onderbouwd op analyse en assumpties op micro-niveau

Zorgcluster	Totaal	Soort zorgvraag en behandeling			Verwachte verdamping	Rationale
		Behandelsetting	Zorgtype	Aandeel		
Acute GE	88%					
Obstetrie	89%					
Acuut overig	75%					
Acuut / Chronisch nierfalen	59%					
Chronisch overig	44%					
Electieve zorg	20%					
Darm, Borst & Huid Oncologie	21%					
Oncologie overig	23%					
Totaal						
DGM - Oncolytica	25%					
DGM - Overig	75%					
Intensive Care	90%					
Overig (OZP)	41%					

Behandelsetting	Zorgtype	Aandeel	Verwachte verdamping	Rationale
Ambulant licht	11	5%	25%	Langdurige zorgvraag; Instroom vindt op deels later moment plaats
Ambulant zwaar	11	25%	25%	
Klinisch, niet operatief	11	11%	75%	Vaak acuut van aard, weinig inhaal
Operatief klinisch	11	9%	50%	Oper. deels planbaar, deels acuut
Operatief, niet klinisch	11	5%	25%	Poliklin. ingrepen meer planbaar
Ambulant licht	21	9%	75%	Lichte follow-up zorg vervalt
Ambulant zwaar	21	20%	50%	Frequente follow-up vervalt slechts deels
Klinisch, niet operatief	21	5%	75%	Vaak acuut van aard, weinig inhaal
Operatief klinisch	21	6%	50%	Vaker meer planbaar dan in geval 'nieuwe' zorgvraag, zal mogelijk deels verdampen
Operatief, niet klinisch	21	4%	50%	

Voorbeeld: Hoewel de daadwerkelijke effecten van uitstel moeilijk zijn te voorspellen (afhankelijk van situatie van de patiënt), kan LOGEX door kwalitatief onderbouwde assumpties op detailniveau een geconsolideerd beeld ontwikkelen.

LOGEX analyseert hierbij een overwogen selectie zorgclusters op de volgende elementen:

- Onderliggende **zorgvraag** (Diagnosegroepen)
- **Behandelsetting** van het traject
- Of het **nieuwe instroom** of **follow-up zorg** betreft (Zorgtype)

Indicatieve impact van verwacht vs. hoog productie scenario op capaciteit

Verwachte implicaties van inhaalzorg voor ziekenhuis met c.a. €300M zorgomzet / jr

Zorgcluster	Jaarproductie (gem. zkh)	Productie per week	Start 2021		Eind 2021		Benodigde (inhaal)productie 2021			Scenario Hoog		
			Additionele zorgvraag (#)	Additionele zorgvraag (%)	Resterende zorgvraag (#)	Resterende zorgvraag (%)	% van jaar-productie	Per jaar	per week	Additionele Inhaal 2021		
Diagnostiek nomuren	Acuut	9.866	190	2,3%	157	1,6%	0,7%	66	1u / wk	1,9%	4u / wk	
	Oncologisch	12.505	240	708	5,7%	237	1,9%	3,8%	471	9u / wk	4,5%	11u / wk
	Chronisch	17.750	341	1.084	6,1%	608	3,4%	2,7%	477	9u / wk	5,3%	18u / wk
	Electief	5.799	112	422	7,3%	171	2,9%	4,3%	251	5u / wk	5,7%	6u / wk
	Totaal	45.920	883	2.436	5,3%	1.171	2,5%	2,8%	1.265	24u / wk	4,4%	39u / wk
Polikliniek # consulten	Acuut	75.748	1.457	1.376	1,8%	970	1,3%	0,5%	406	8 / wk	1,5%	22 / wk
	Oncologisch	48.979	942	2.105	4,3%	644	1,3%	3,0%	1.462	28 / wk	3,4%	32 / wk
	Chronisch	214.009	4.116	10.794	5,0%	8.523	3,0%	2,0%	4.271	82 / wk	4,5%	184 / wk
	Electief	86.939	1.672	4.989	5,7%	2.042	2,3%	3,4%	2.947	57 / wk	4,4%	73 / wk
	Totaal	425.675	8.186	19.264	4,8%	10.178	2,4%	2,1%	9.085	175 / wk	3,8%	311 / wk
Kliniek # vpld	Acuut	46.966	903	845	1,8%	624	1,3%	0,5%	221	4 / wk	1,5%	14 / wk
	Oncologisch	20.109	387	1.479	7,4%	680	3,4%	4,0%	800	15 / wk	6,0%	23 / wk
	Chronisch	38.105	733	1.840	4,8%	641	1,7%	3,1%	1.199	23 / wk	4,1%	30 / wk
	Electief	19.621	377	2.114	10,8%	1.225	6,2%	4,5%	889	17 / wk	8,6%	32 / wk
	Totaal	124.801	2.400	6.278	5,0%	3.169	2,5%	2,5%	3.109	60 / wk	4,1%	99 / wk
Operatief snijtijd (uren)	Acuut	3.187	61	47	1,5%	27	0,8%	0,6%	20	0u / wk	1,1%	1u / wk
	Oncologisch	3.983	77	262	6,6%	105	2,6%	3,9%	157	3u / wk	5,4%	4u / wk
	Chronisch	4.644	89	310	6,7%	146	3,2%	3,5%	164	3u / wk	5,8%	5u / wk
	Electief	7.604	146	959	12,6%	578	7,6%	5,0%	380	7u / wk	9,9%	14u / wk
	Totaal	19.418	373	1.578	8,1%	857	4,4%	3,7%	721	14u / wk	6,5%	24u / wk

Contact



ALGEMEEN

+31 (0) 20 308 4000
info@logex.nl



MEDISCH SPECIALISTEN

+31 (0) 20 3084001



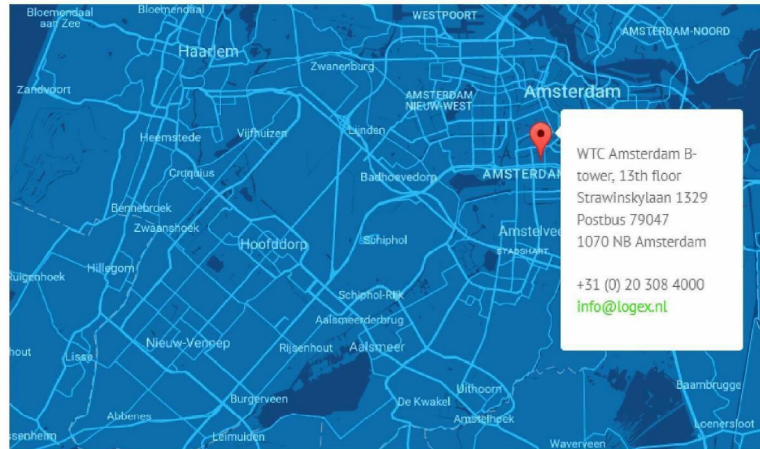
ZORGINSTELLINGEN

+31 (0) 20 3084002



HR

+31 (0) 20 308 4100
hr@logex.nl



Disclaimer

This document was prepared by LOGEX Holding B.V. This document, in whole or parts thereof, and the information contained herein may not be used, reproduced or copied, or used in any way, without the explicit written consent of LOGEX Holding B.V. All intellectual rights to this document and the information contained herein and the underlying analysis, research, databases, products and services, tradenames and rights belong to LOGEX Holding B.V.

No rights can be derived from this document or the information contained herein. LOGEX Holding B.V. does not assume any responsibility or liability for any financial damages or other damages resulting directly or indirectly from the use of this document and/or the information contained herein.

This document and the information and data contained herein are confidential and privileged and may not be shared. For this document the terms and conditions of LOGEX B.V. apply, as filed with the chamber of commerce in Amsterdam.

