

Smalle en brede afbakening voor advies HIC en IHT

Obv brondata 2023 - versie 06 February, 2026



Inhoudsopgave

1	Vooraf	3
2	Smalle afbakening	4
2.1	Declaraties episode binnen budget	5
2.1.1	Aantal patiënten met crisis-episode per maand	5
2.1.2	Aantal crisis-episodes per persoon	6
2.1.3	Aantal crisisprestaties per episode	7
2.1.4	Aantal en kosten per type aanbieder	11
2.2	Proxy voor HIC en IHT	12
2.2.1	Proxy voor HIC en IHT	13
2.3	Vervolg na acute psychiatrie	14
2.3.1	Totaal zorginzet	14
2.3.2	Doorstroom setting	16
2.3.3	Zorgvraagtypes	17
2.3.4	Verloop zorginzet	18
2.3.5	Opstarten vervolgzorg	19
3	Brede afbakening	20
3.1	Aantal per proxy	20
3.1.1	Aantal patiënten per proxy	21
3.2	Kosten per proxy	23
3.2.1	Kosten per persoon per proxy	24
3.2.2	Verdeling kosten over behandeldagen	25
3.2.3	Gemiddelde kosten per behandeldag	26
3.3	Aantal aanbieders	27
3.3.1	Kosten per type aanbieder	28
3.4	Type zorgprestaties	29
3.4.1	Settingen	30
3.4.2	Beroepscategorieën	31

1 Vooraf

Zoals in de verkenning beschreven is het niet goed mogelijk HIC of IHT af te bakenen in de bestaande gegevens. Er zijn namelijk geen prestaties die specifiek gelden voor de HIC of de IHT en er is geen label of ander informatie-element waarmee HIC en IHT kunnen worden gefilterd uit de declaratiegegevens. Daarom doen wij twee benaderingen van de HIC en IHT.

- 1) Aan de ene kant weten we dat HIC en IHT dichtbij de acute ggz liggen, die wordt gefinancierd met inkoop in representatie met een budget. Uit de stukken rondom HIC en IHT blijkt dat het vaak dezelfde teams zijn die acute psychiatrie leveren als die HIC of IHT leveren. De acute psychiatrie kunnen we daarom oprekken buiten de eerste drie dagen die binnen budget worden geleverd, naar de eerste drie weken, zoals de gewenste maximale ligduur op de HIC is. Dit noemen we de **smalle afbakening**.
- 2) Aan de andere kant kan zorg worden gekozen die een vergelijkbare organisatiegraad of ernst kent als de HIC of IHT. In dit geval zien we declaraties in de outreachende setting als proxy voor de IHT. Voor de HIC nemen we verblijfsdagen met verzorgingsgraad F, G en H met de daarbij geleverde zorg in de klinische en hoogspecialistische settings. Dit noemen we de **brede afbakening**.

2 Smalle afbakening

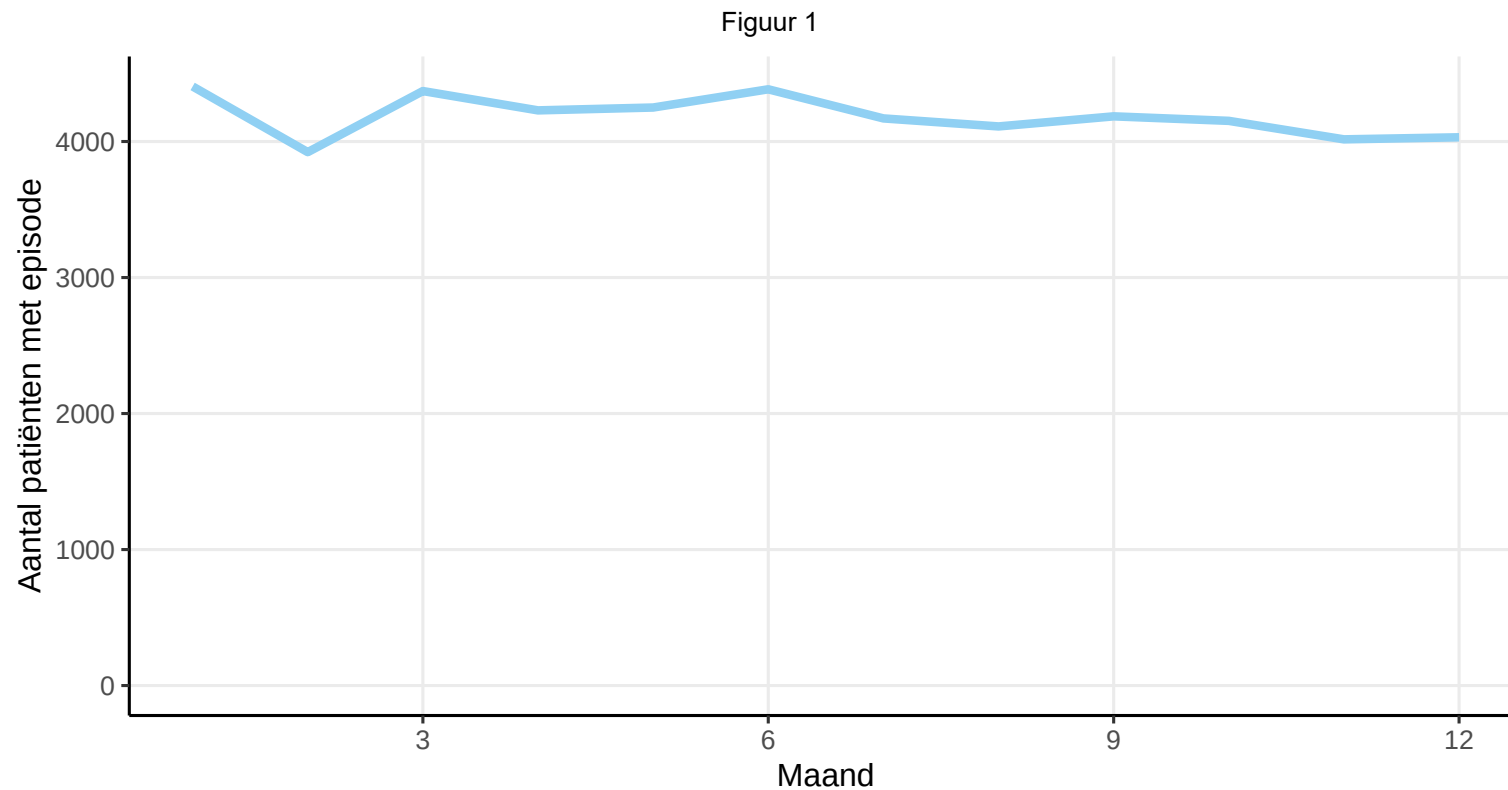
Voor deze sectie nemen we aan dat HIC en IHT dichtbij de acute ggz liggen. Uit de stukken rondom HIC en IHT blijkt dat het vaak dezelfde teams zijn die acute psychiatrie leveren als die HIC of IHT leveren. De acute psychiatrie kunnen we daarom oprekken buiten de eerste drie dagen die binnen budget worden geleverd, naar de eerste drie weken, zoals de gewenste maximale ligduur op de HIC is. Hiermee missen we vermoedelijk HIC en IHT-zorg, omdat deze definitie alleen patiënten includeert die in crisis zijn (geweest), terwijl HIC en IHT soms ook geleverd kan worden zonder tussenkomst van het triageteam van de acute ggz. Er zal ook zorg worden geïnccludeerd die we niet tot HIC of IHT-zorg moeten rekenen, bijvoorbeeld als een patiënt binnen drie weken voldoende hersteld is om in ambulante setting verder behandeld te worden, of wanneer de afschaalzorg van de acute ggz niet volgens de HIC- of IHT-visie wordt georganiseerd of geleverd.

2.1 Declaraties episode binnen budget

In dit deel van het rapport bekijken we de declaraties die zijn geleverd de eerste drie dagen van de acute psychiatrie, zoals de budgetbekostiging is opgezet. We nemen de eerste dag waarop een zorgprestatie binnen budget is geleverd en nemen deze dag als startdatum van de episode (dag 1). De startdatum en twee daaropvolgende dagen (dag 2 en 3) kunnen binnen budget vallen. Als er na de eerste drie dagen opnieuw acute ggz-prestaties worden gedeclareerd voor een patiënt zien we dit als een nieuwe episode voor de patiënt, ook als dit op dag 4 is.

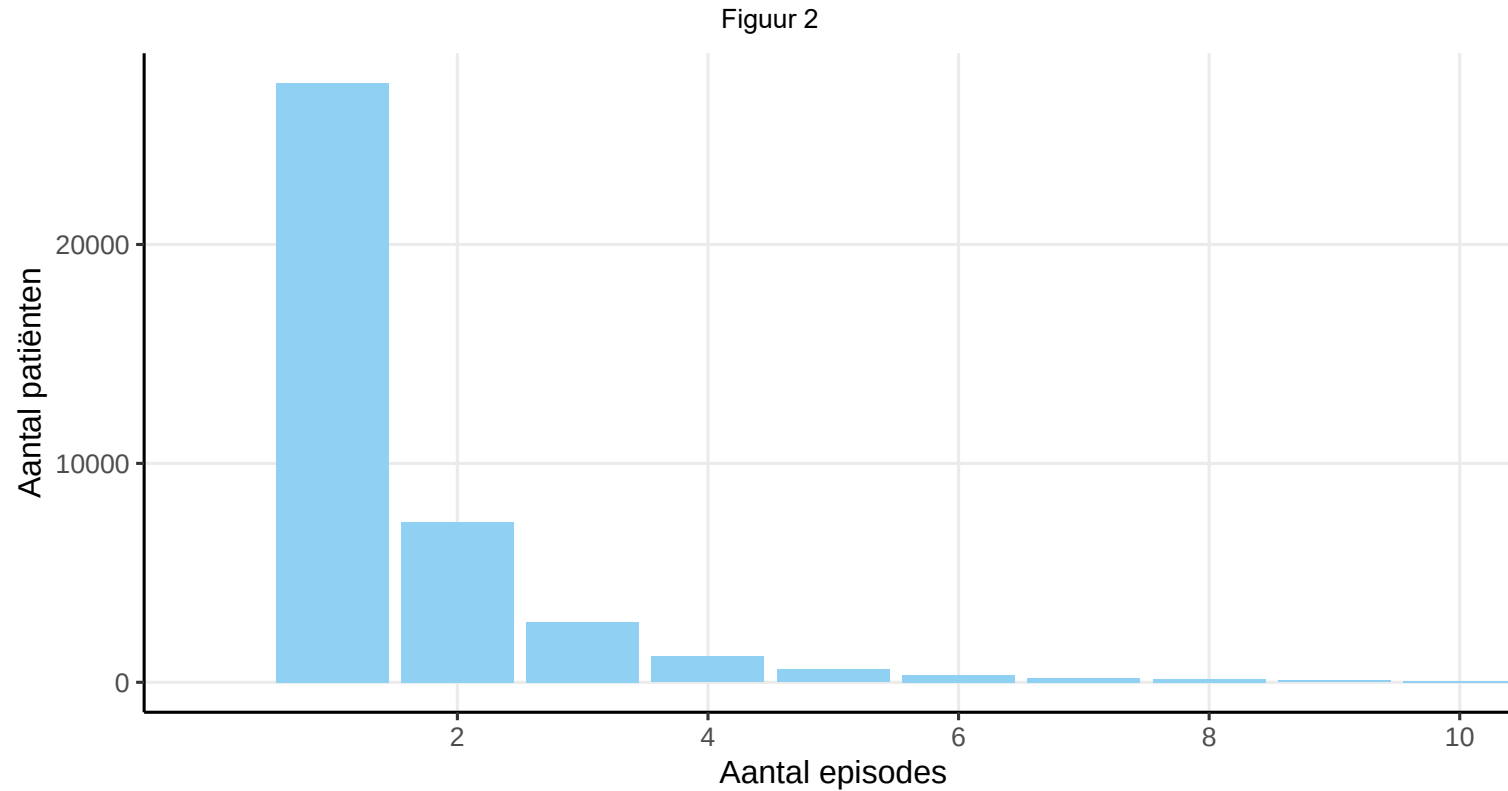
2.1.1 Aantal patiënten met crisis-episode per maand

Per maand stromen ongeveer 4.000 mensen in op de acute psychiatrie. In totaal zijn er ongeveer 40.000 patiënten met één of meerdere acute episodes in 2023.



2.1.2 Aantal crisis-episodes per persoon

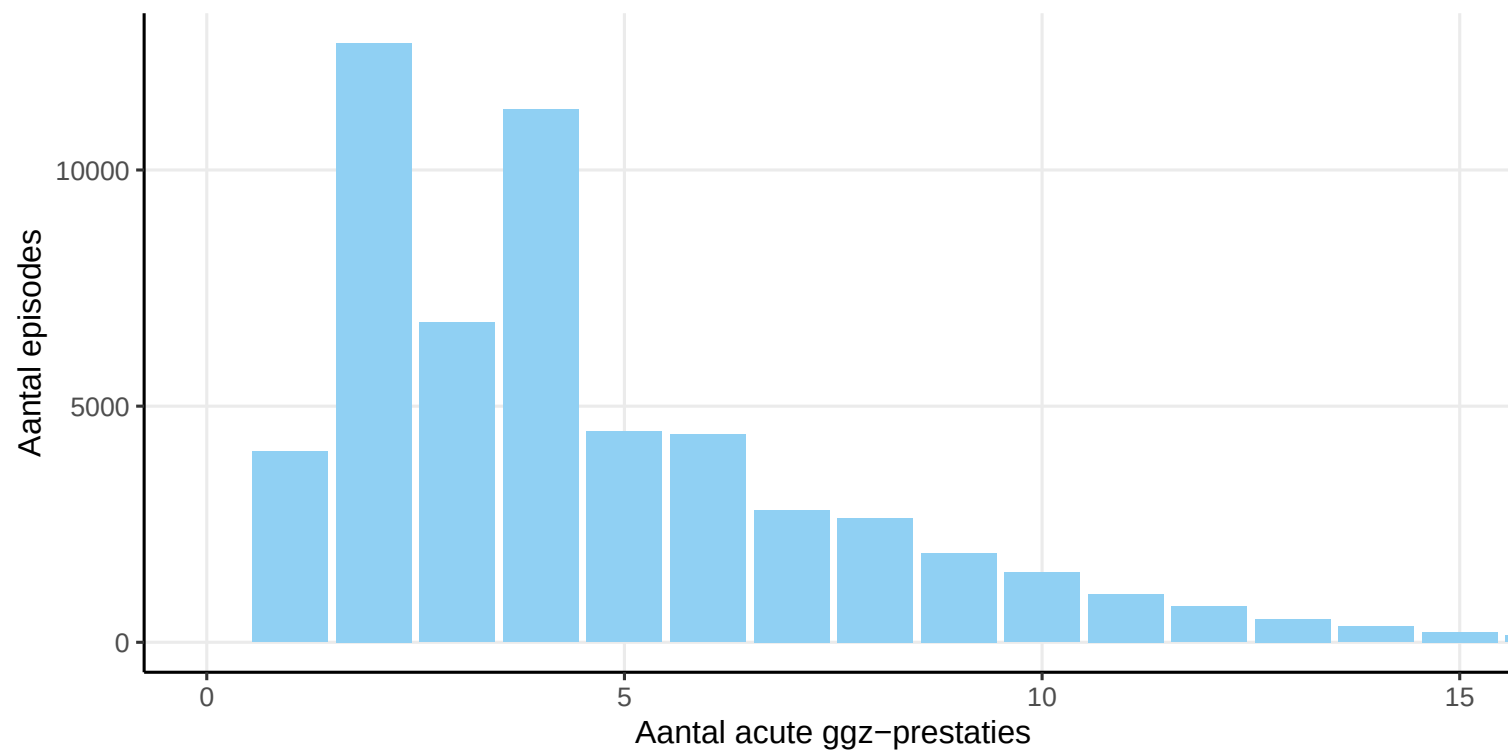
Het komt voor dat een persoon meerdere malen in een jaar in crisis komt. In figuur 2 visualiseren we hoe veel episodes patiënten hebben in 2023. De meeste patiënten hebben slechts één episode (68 % van de patiënten), maar het komt ook regelmatig voor dat een persoon meerdere crises heeft in een jaar. We kappen de x-as af op 10 crisis, maar er zijn 241 patiënten met meer dan 10 crises in 2023. De hoogste uitschieter heeft 109 crises in 2023.



2.1.3 Aantal crisisprestaties per episode

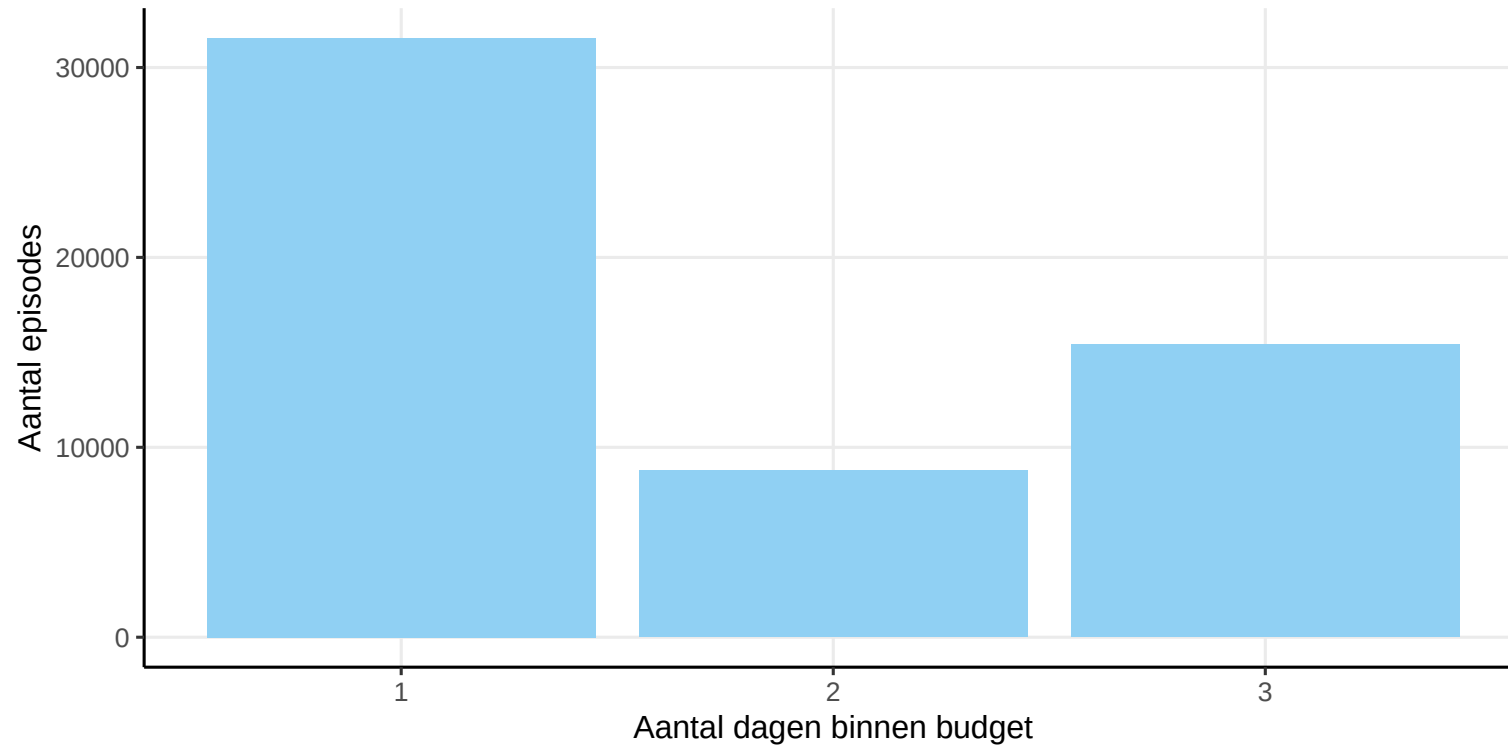
Een crisis-episode duurt maximaal drie dagen. Gedurende die drie dagen kunnen prestaties binnen het budget worden gedeclareerd. Soms zijn dit er veel, soms slechts één. Hoeveel crisis-prestaties zien we terug? In figuur 3 zien we dat er vaak één tot zes acute ggz-prestaties gedeclareerd worden tijdens een episode. Er zijn echter ook episodes waarin meer prestaties worden geleverd.

Figuur 3



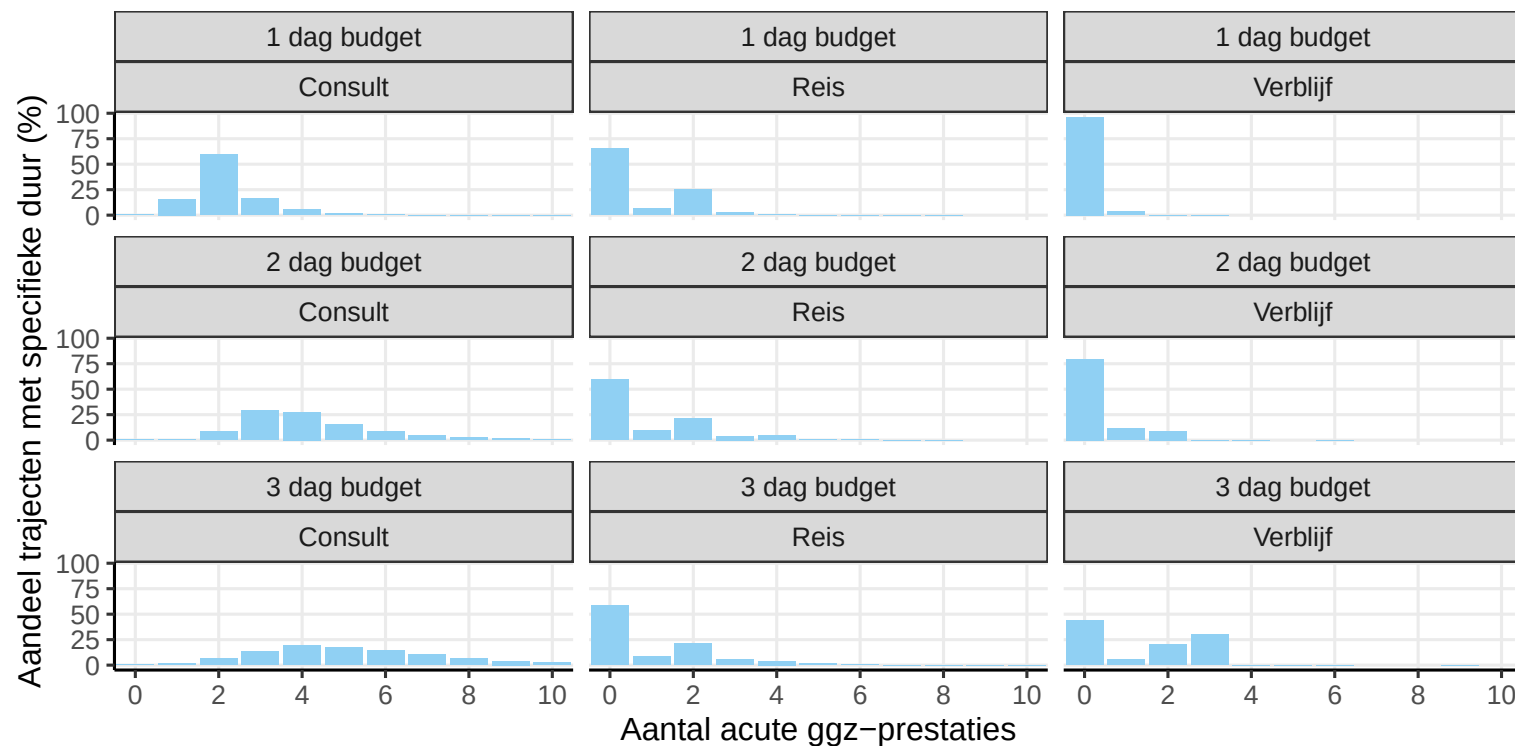
Duur episode binnen budget We kunnen veronderstellen dat het aantal prestaties dat binnen budget wordt geleverd in relatie staat tot de duur van het deel van de zorg dat binnen budget wordt geleverd voor de episode. De acute ggz binnen budget kan in de huidige bekostiging maximaal de eerste drie dagen betreffen, maar het kan ook minder zijn, bijvoorbeeld wanneer er eerder sprake is van herstel, of wanneer tijdens beoordeling er geen sprake van crisis blijkt te zijn. In figuur 4 is te zien dat voor de meeste episodes er slechts gedurende de eerste dag activiteiten binnen budget worden geregistreerd, in iets minder dan de helft van de episodes wordt er ook zorg geleverd op dagen 2 en/of 3.

Figuur 4



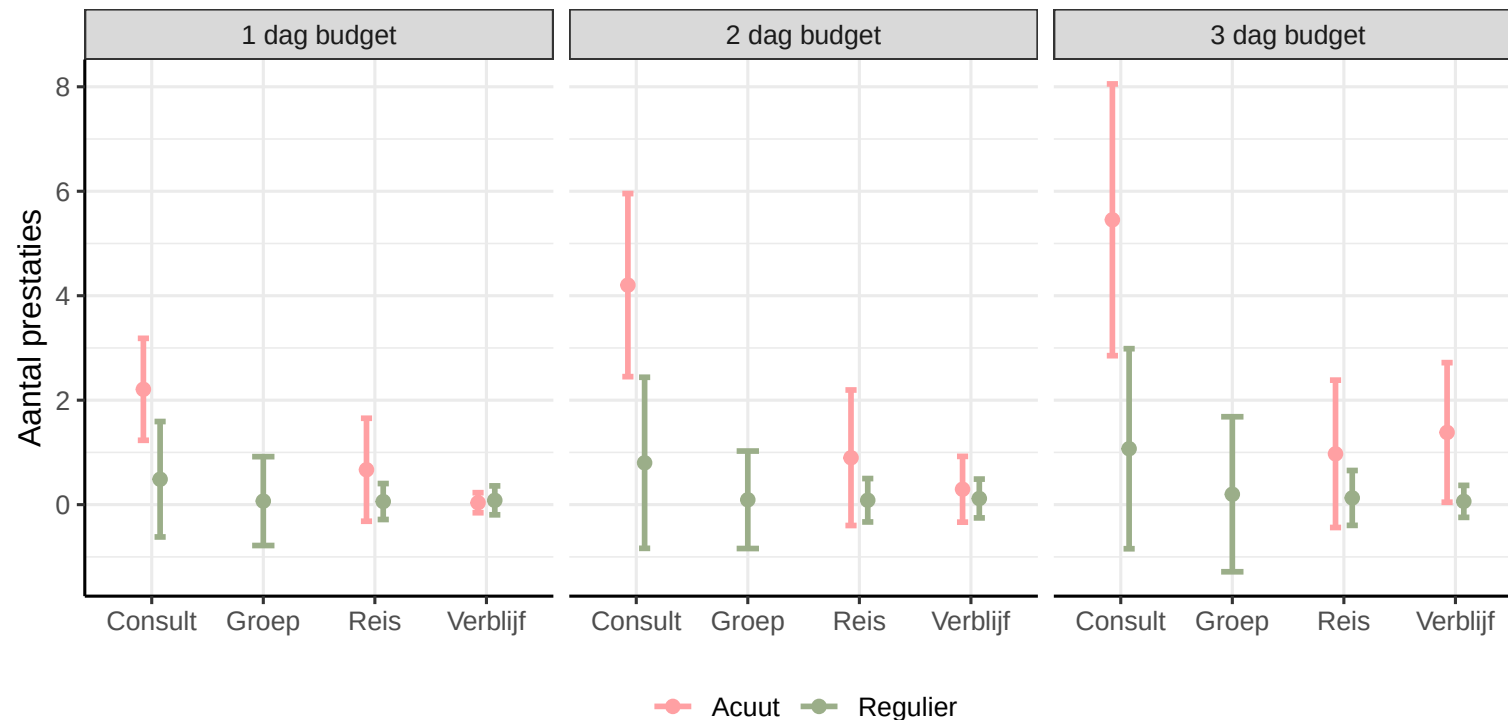
Aantal crisisprestaties per episode per type en duur Het is nuttig ook te bezien welk type prestatie wordt geleverd. We zien dat tijdens vrijwel elke episode, ongeacht de duur, in ieder geval één consult wordt geleverd. In de episodes van één dag worden meestal twee consulten geleverd, veelal zonder reistijdprestatie (70%) en slechts bij uitzondering wordt een verblijfsdag geleverd. In episodes met een duur van twee dagen worden vaak drie of vier consulten geleverd, al kan dit ook ruim meer zijn, wederom is dit meestal zonder reistijd en in 70% van de episodes zijn er geen verblijfsdagen geleverd. In de episodes van drie dagen is er een bredere verdeling van het aantal consulten met vaak drie tot acht consulten, in de meeste episodes (66%) zonder reistijd. In episodes van drie dagen komt verblijf significant vaker voor, namelijk in zo'n 60% van de episodes, er is dan vaak sprake van twee of drie verblijfsdagen.

Figuur 5



Gemiddeld aantal prestaties per episode Het is logisch niet alleen te kijken naar de verdeling, zoals in 5, maar ook te kijken naar het gemiddelde. Daarnaast is het goed ook stil te staan bij de prestaties buiten budget die worden geleverd in een periode waarin ook budget-prestaties zijn gedeclareerd. We laten daarom het gemiddeld aantal prestaties per prestatietype en bekostigingsvorm zien voor de verschillende prestatie-duren. We nemen hier de reguliere prestaties mee, als deze zijn geleverd op dezelfde dag als een acute ggz-prestatie binnen budget. Dit kan een overschatting van de reguliere prestaties opleveren, omdat er reguliere zorg kan worden geleverd op dezelfde dag, maar voordat de episode volgens de zorgstandaard begon of nadat de patiënt is overgedragen aan de 'reguliere zorg'. Mogelijk is dit de reden dat er voor episodes van twee of drie dagen gemiddeld ongeveer één regulier consult wordt geleverd tijdens een episode, andere prestaties komen slechts bij uitzondering voor (5-20%).

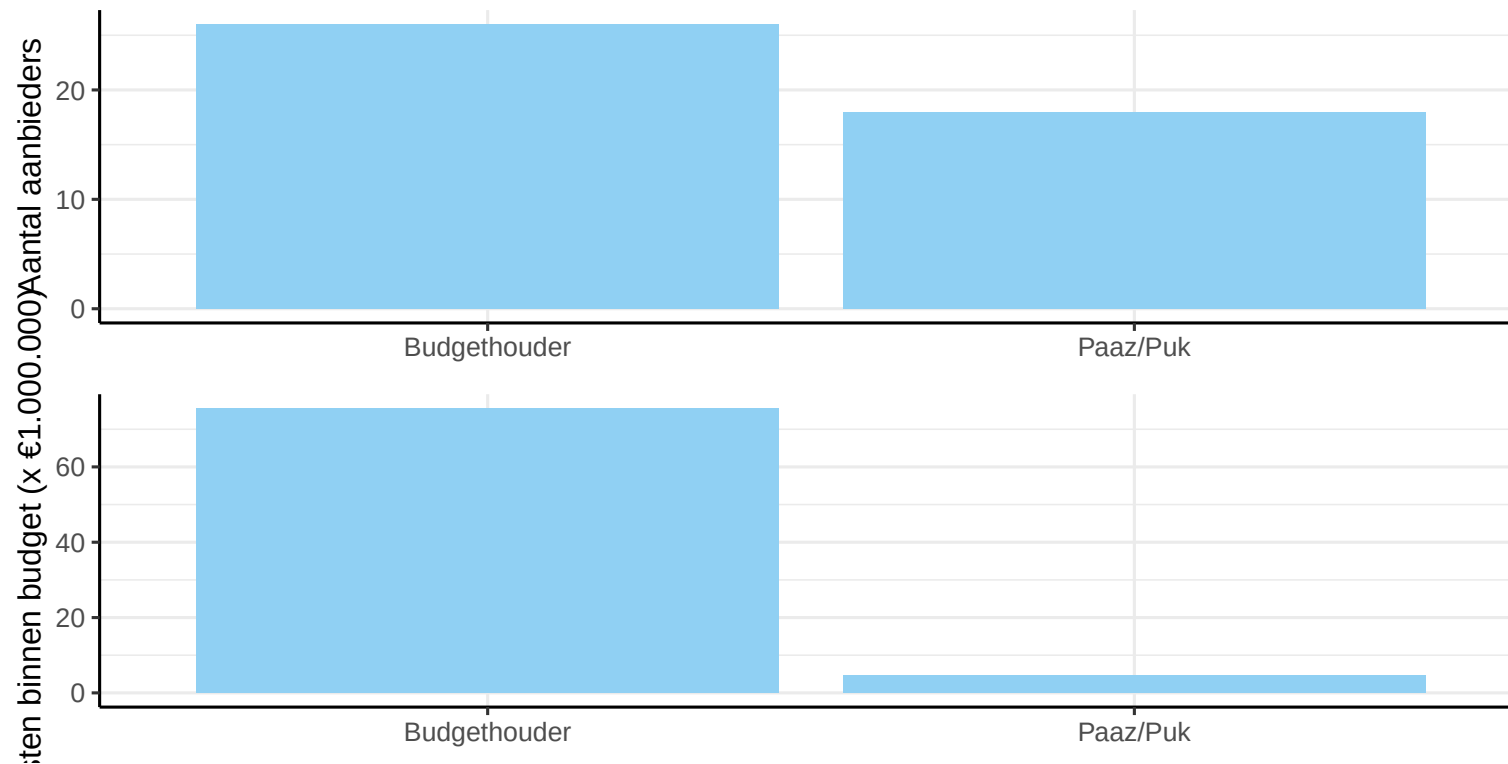
Figuur 6



2.1.4 Aantal en kosten per type aanbieder

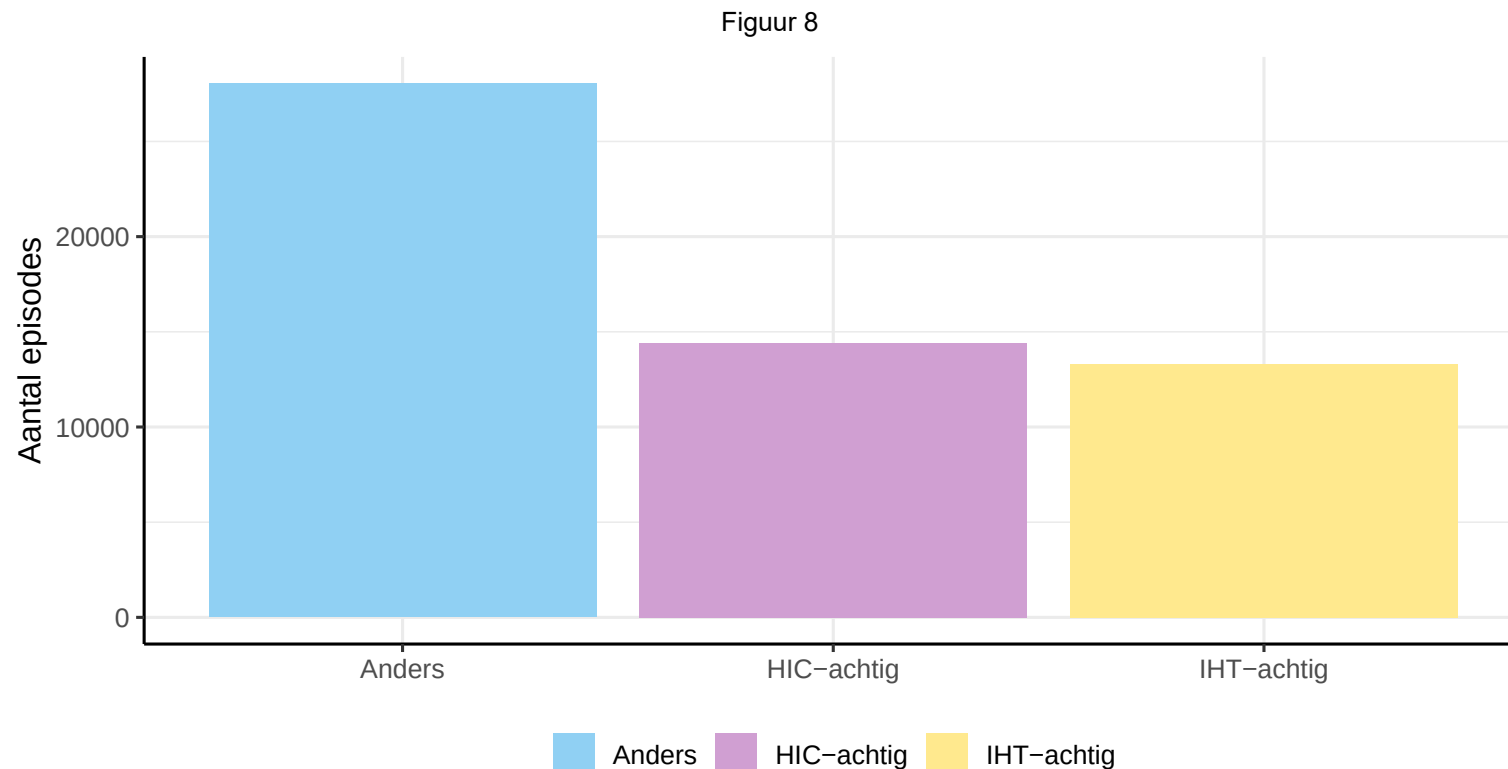
Hoeveel aanbieders zijn betrokken bij de acute ggz? Het blijkt dat er in totaal door 26 budgethouders zorg binnen budget wordt gedeclareerd, in sommige gevallen zijn dit meerdere regio's voor één aanbieder. Daarnaast declareren 34 PAAZ/PUK'en zorg binnen budget. Er is ook een klein aantal declaraties van acute ggz-prestaties die zijn geleverd door vrijgevestigde praktijken, het is niet duidelijk hoe dit kan. Het gaat om zeer kleine aantallen, daarom laten we de overige aanbieders weg uit deze analyse. De kosten worden grotendeels gemaakt bij de budgethouders, ongeveer 6% van de kosten voor levering van acute ggz wordt gemaakt bij de PAAZ/PUK'en.

Figuur 7



2.2 Proxy voor HIC en IHT

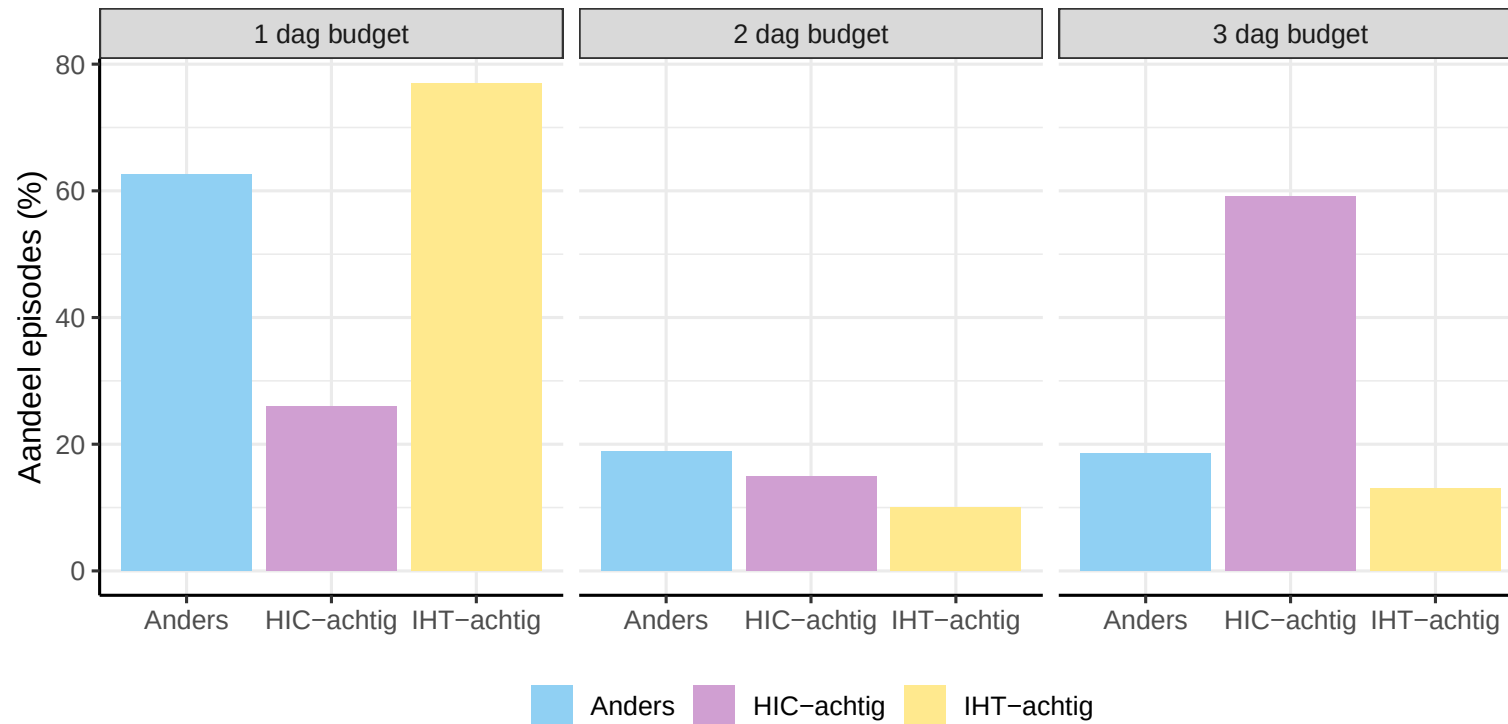
Omdat deze analyses moeten dienen als proxy voor een goede afbakening van HIC en IHT op bestaande gegevens moeten we aannames doen over welk deel van de acute ggz geleverd wordt op de HIC (of erop lijkt) en welk deel geleverd wordt door een IHT-team (of een team dat daarop lijkt). Dit onderscheid kunnen we maken door de acute ggz-episodes te classificeren op basis van het type zorg dat is geleverd. Als er een verblijfsdag is geleverd zullen we de episode classificeren als HIC-achtig, terwijl we de episode als IHT-achtig zullen classificeren als er wel reistijd is en geen verblijfsdag. Als er van geen van beiden sprake is nemen we de episode verder niet mee in de analyses. We classificeren op basis van de zorg op de laatste dag van de episode binnen budget, omdat we aannemen dat een patiënt in vergelijkbare setting verder wordt behandeld. We richten ons in deze afbakening verder op de zorg die is geleverd in de eerste 21 dagen na instroom in de acute ggz binnen budget. We zien dat er ongeveer 14.000 episodes als HIC-achtig zijn geclassificeerd en ongeveer 13.000 als IHT-achtig.



2.2.1 Proxy voor HIC en IHT

We bekijken ook hoe deze proxies zich verdelen over de duur van de episode binnen budget. We visualiseren hoe lang episodes duren als aandeel van alle episodes van het type. We zien dat 75% van de IHT-achtige episodes één dag duurt, evenals 60% van de niet geclassificeerde episodes, terwijl dit slechts 25% van de HIC-achtige episodes betreft. Twee dagen komt voor alle groepen tussen de 10% en 20% voor. Drie dagen is met bijna 60% het meest waarschijnlijk voor de HIC-achtige episodes en komt veel minder vaak voor (10-20%) onder de andere twee groepen.

Figuur 9



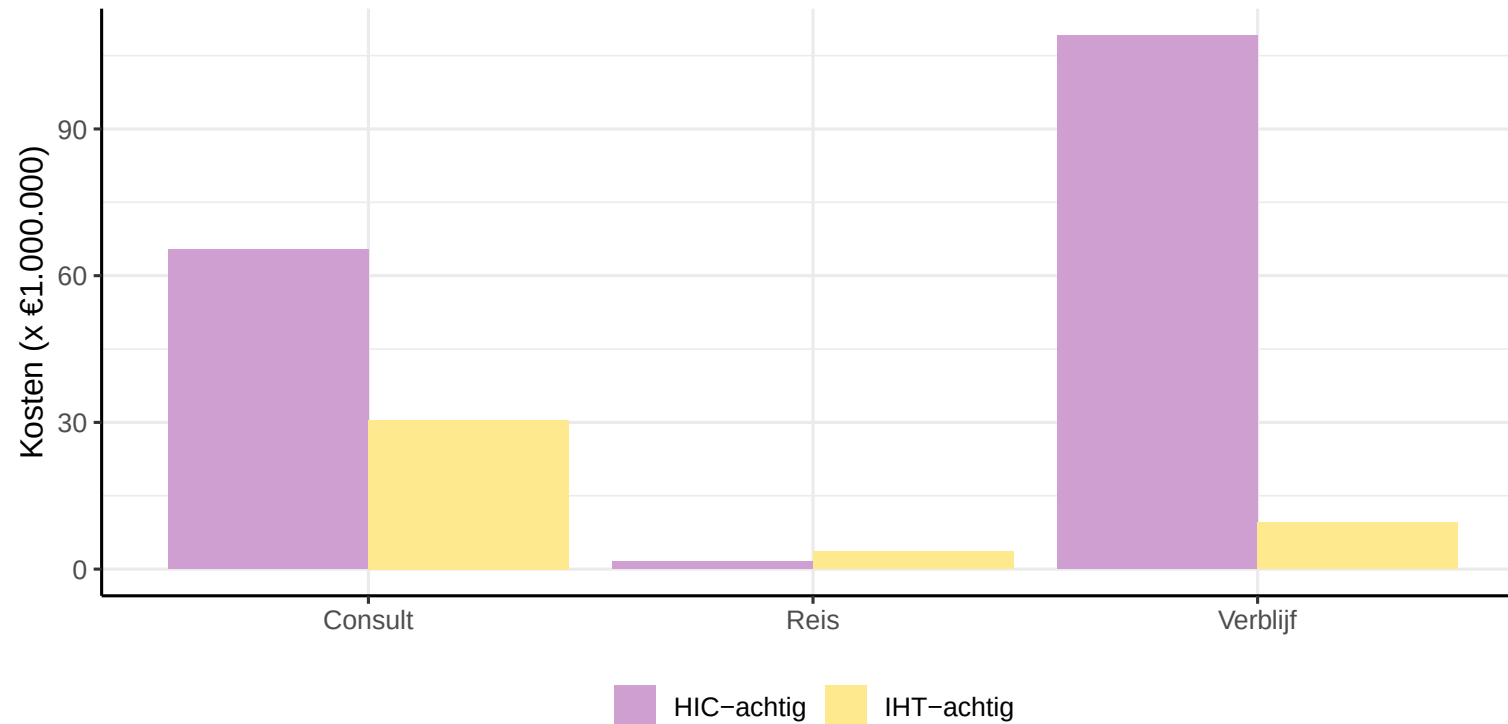
2.3 Vervolg na acute psychiatrie

We verbreden de blik hier van de eerste drie dagen naar de eerste drie weken. We nemen hierbij alleen de patiënten die we in 8 hebben geclassificeerd als HIC- of IHT-achtig.

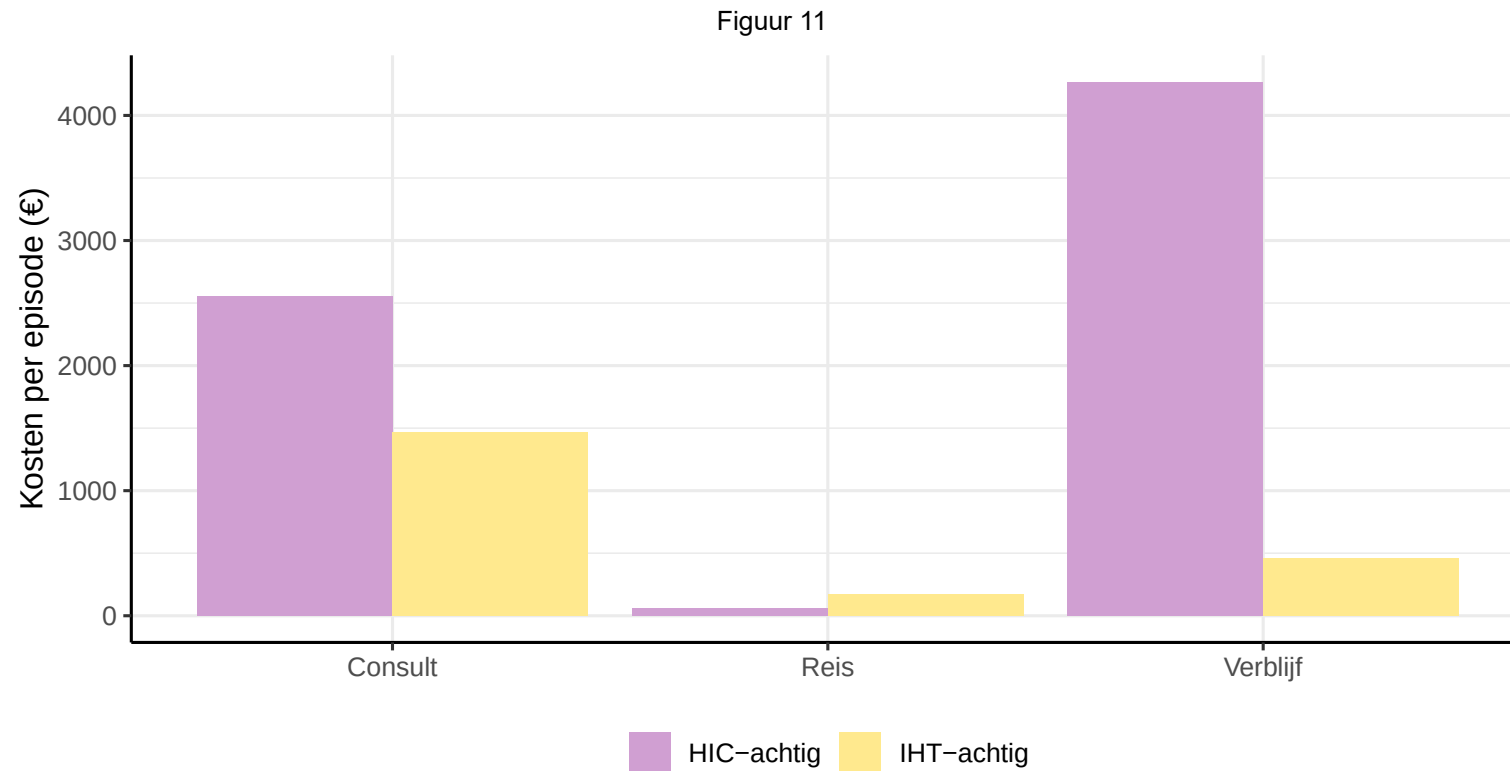
2.3.1 Totaal zorginzet

Hoeveel zorg wordt er in totaal geleverd aan de twee groepen per type zorgprestatie? We kwantificeren de hoeveelheid zorg als de kosten die per prestatie zijn geleverd in de 21 dagen vanaf het begin van de episode, inclusief het gedeelte dat momenteel in de budgetbesteding van de acute psychiatrie zit. We zien dat er meer kosten aan consulten worden gemaakt in de groep HIC-achtige trajecten en dat er veel meer verblijfskosten zijn voor deze groep. Voor de IHT-achtige groep zijn er logischerwijs juist meer kosten aan reistijd gemaakt. Groepsconsulten visualiseren we niet, dit gaat om beperkte kosten ten opzichte van de reguliere consulten.

Figuur 10



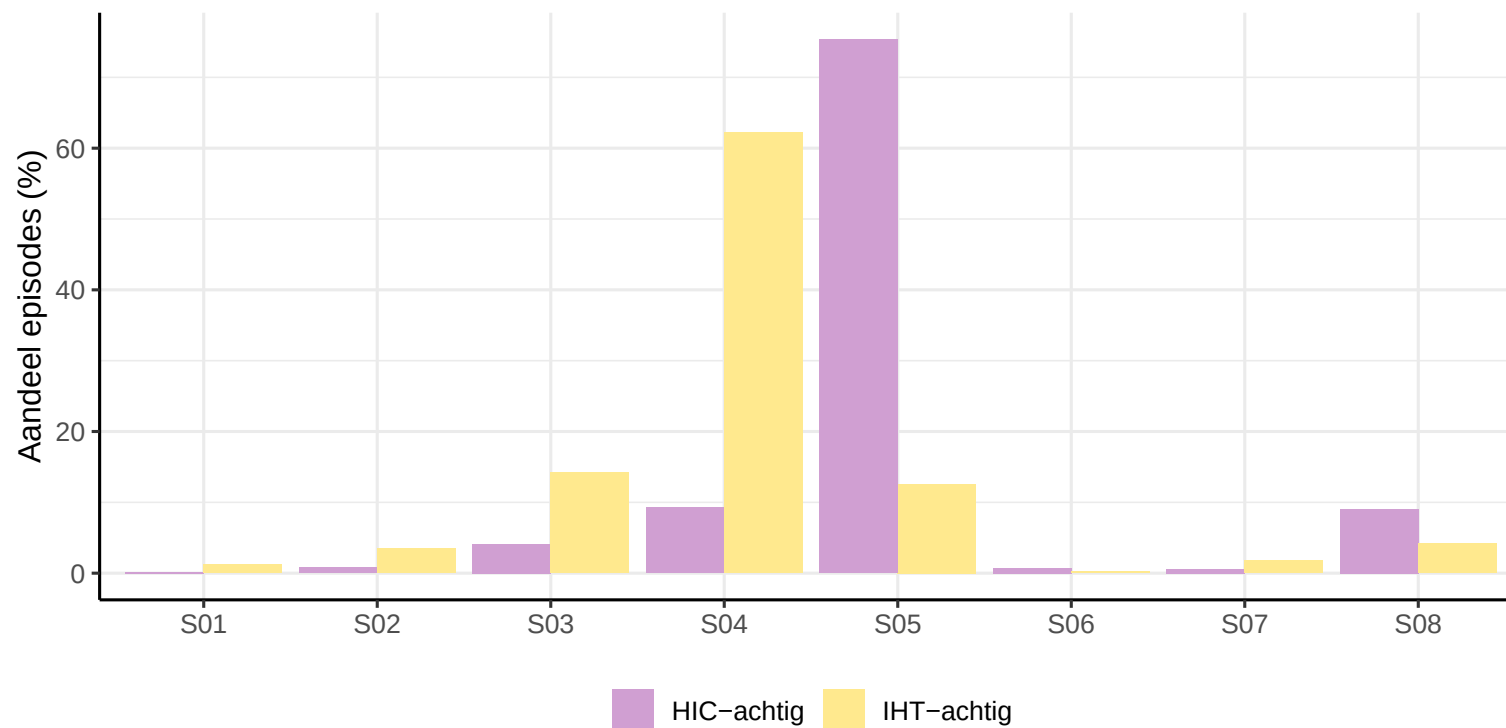
Zorginzet per episode Het aantal patiënten in de twee groepen is niet exact gelijk, dus de totale bedragen kunnen enige vertekening geven in de hoeveelheid zorg die er per patiënt wordt geleverd. Daarom visualiseren we ook hoeveel kosten er per episode worden gemaakt. In figuur 11 wordt een vergelijkbaar patroon zichtbaar als in het voorgaande figuur 10.



2.3.2 Doorstroom setting

Het is te verwachten dat patiënten met HIC-achtige zorg na de budgetbekostigde zorg verder zorg ontvangen in klinische of hoogspecialistische setting en dat patiënten met IHT-achtige budgetzorg vervolg krijgen in de outreachende setting. We bekijken of de werkelijkheid in lijn is met deze verwachting door te kijken in welke settings patiënten terecht komen. We gebruiken de consulten om de setting te bepalen en we doen dit door te kijken voor welke setting de meeste kosten worden gemaakt in de 21 dagen na start van de episode. Het valt op dat voor 33% van de IHT-achtige episodes geen reguliere consulten worden geleverd in de 21 dagen na begin van de episode, tegenover 3% van de HIC-achtige episodes. Trajecten zonder reguliere consulten na einde van het budget sluiten we uit in deze analyse. Zoals verwacht vervolgen de meeste patiënten met een HIC-achtige episode hun zorg in de klinische setting (S05, 75%), terwijl zo'n 62% van de patiënten met IHT-achtige episode uitstroomde naar de outreachende setting (S04). Voor beide groepen is er ook enige uitstroom (10-13%) naar de setting van de andere groep (S04 en S05 resp voor HIC- en IHT-achtig). In ongeveer 4-14% van de gevallen van beide groepen is er uitstroom naar de multidisciplinaire setting en ongeveer 9% van de HIC-achtige episodes stroomt uit naar de hoogspecialistische setting. De andere settings komen in minder dan 5% van de episodes voor.

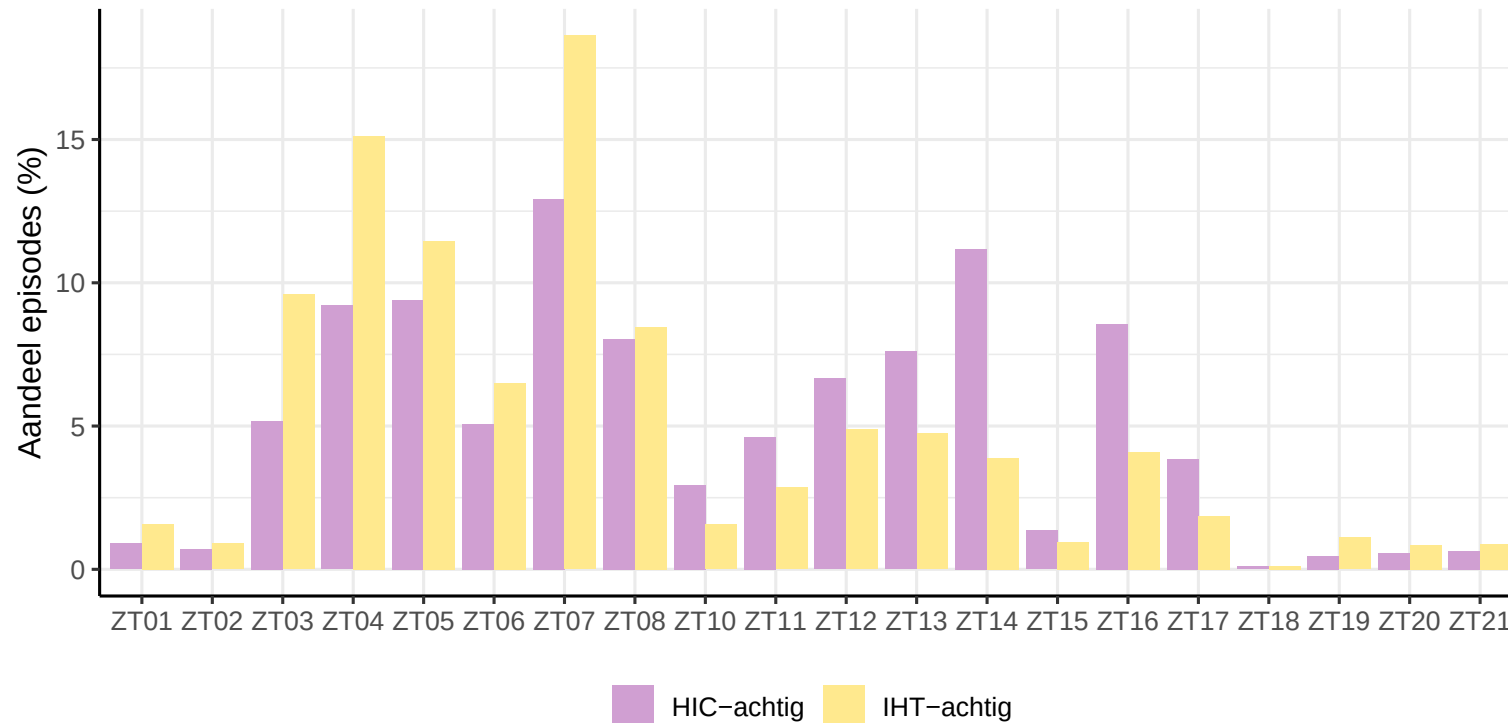
Figuur 12



2.3.3 Zorgvraagtypes

Het is de verwachting dat voornamelijk patiënten met een complexe zorgvraag in behandeling komen in een IHT-team of op de HIC. Dit maken we inzichtelijk door in kaart te brengen welke zorgvraagtypes binnen de twee afbakeningen vallen. Net als bij de settingen bepalen we, in het geval van meerdere settingen voor een patiënt, het zorgvraagtype waarvoor de meeste kosten zijn gemaakt. We sluiten episodes uit wanneer geen zorgvraagtype is geregistreerd, dit gaat om 30% IHT-achtige en 5% HIC-achtige episodes. We zien een grote diversiteit van zorgvraagtypes, waaronder ook relatief eenvoudige zorgvragen. Mogelijk is dit het geval wanneer de patiënt terugkeert naar de reguliere behandelaar en deze het zorgvraagtype niet aanpast aan de nieuwe situatie of wanneer er voldoende herstel is na afloop van de crisisinterventie. Ten opzichte van de IHT-achtige episodes is er voor de HIC-achtige episodes relatief vaak sprake van zorgvraagtypes in de hoofdgroep Y (psychotische klachten), terwijl er relatief vaak hoofdgroep X voorkomt bij IHT-achtige episodes.

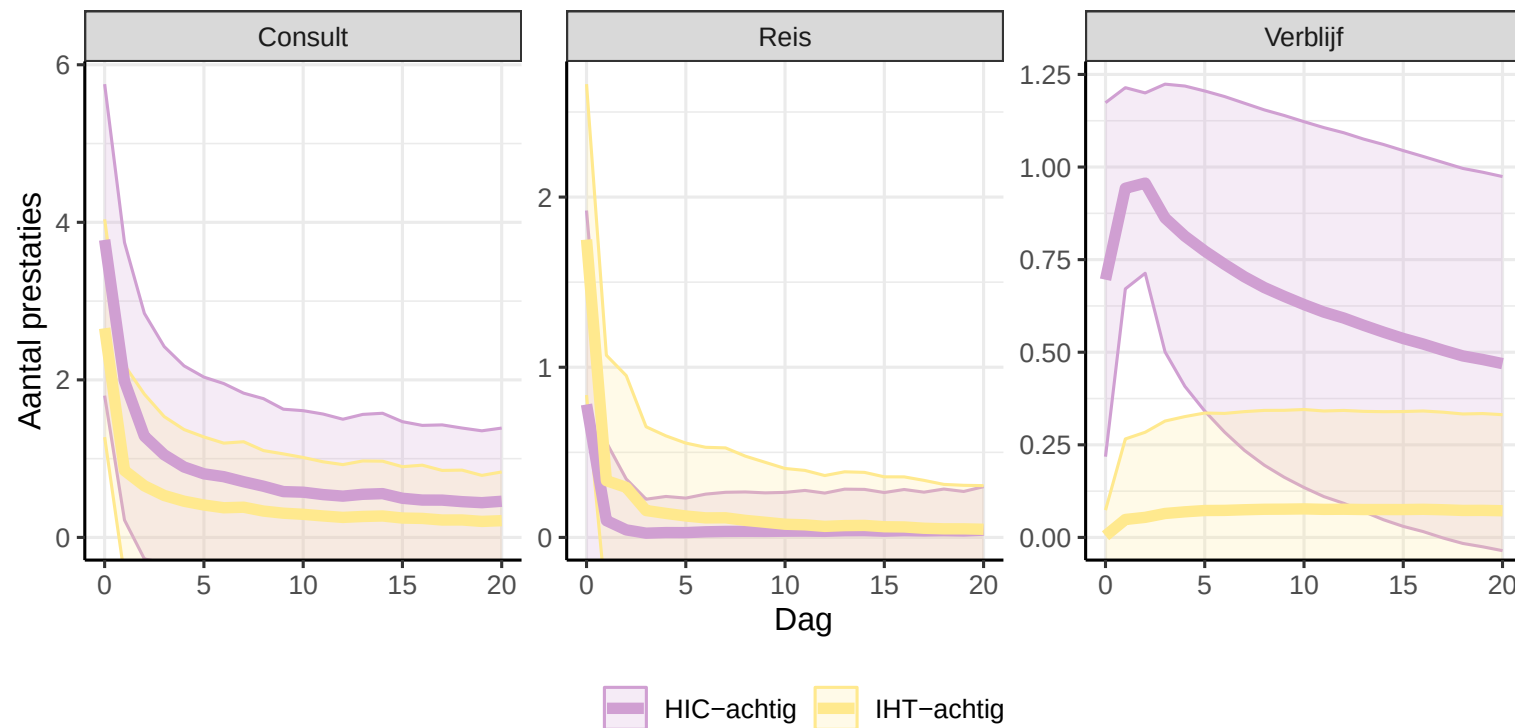
Figuur 13



2.3.4 Verloop zorginzet

We kijken hoe de zorginzet zich (gemiddeld) ontwikkelt over de drie weken na begin van de episode. Onderstaande figuur laat zien dat de zorg in de dagen en weken na de periode binnen budget minder intensief wordt. Het gemiddeld aantal consulten neemt snel af van gemiddeld rond de 3-4 op de eerste dag tot minder dan 1 gemiddeld na een week en 0,25-0,5 gemiddeld na drie weken. Ook de het aantal prestaties reistijd en verblijf nemen snel af na de 'budget-periode', voor reistijd zelfs tot bijna 0 gemiddeld per dag voor zowel HIC-achtige als IHT-achtige trajecten. Voor de IHT is er een kleine toename van het aantal benodigde verblijfsdagen tot zo'n 10%, mogelijk door escalatie van de situatie van de patiënt. Voor de HIC-achtige episodes neemt het aantal verblijfsdagen af van ongeveer één tot ongeveer 0,5, dit betekent dat ongeveer de helft van de HIC-achtige patiënten niet meer klinisch verblijft drie weken na instroom in de acute psychiatrie.

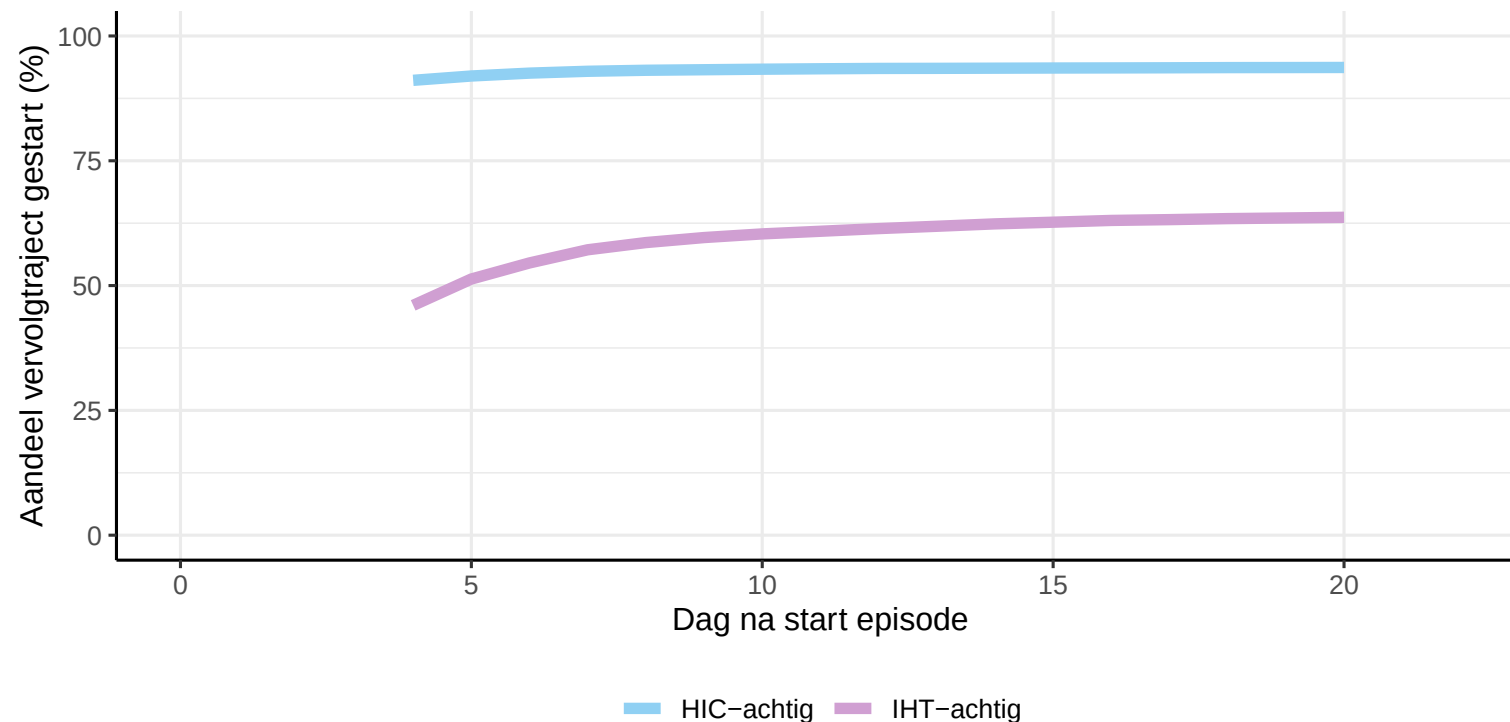
Figuur 14



2.3.5 Opstarten vervolgzorg

Hoe lang duurt het voor een patiënt zorg ontvangt na uitstroom uit de acute psychiatrie binnen budget? Wanneer een markt te weinig aanbod heeft voor de vraag die er is, dan kan niet iedereen met een (zorg-)vraag direct geholpen worden. We kunnen bekijken hoe toegankelijk de uitstroomzorg is voor de HIC- en IHT-achtige groepen. We bekijken de eerste zorgactiviteit die is geleverd na de budgetbekostiging en bezien per dag welk aandeel van de patiënten zorg heeft ontvangen buiten de budgetsystematiek. We zien dat een groot aandeel van de HIC-achtige patiënten (92%) zorg ontvangt op de dag nadat de budgetbekostiging is afgelopen, dit loopt op tot ongeveer 95%. Voor de IHT-achtige groep ontvangt slechts 46% op de eerstvolgende dag zorg en 37% van deze episodes is zelfs 21 dagen na start van de episode nog niet opgevolgd met vervolgzorg.

Figuur 15



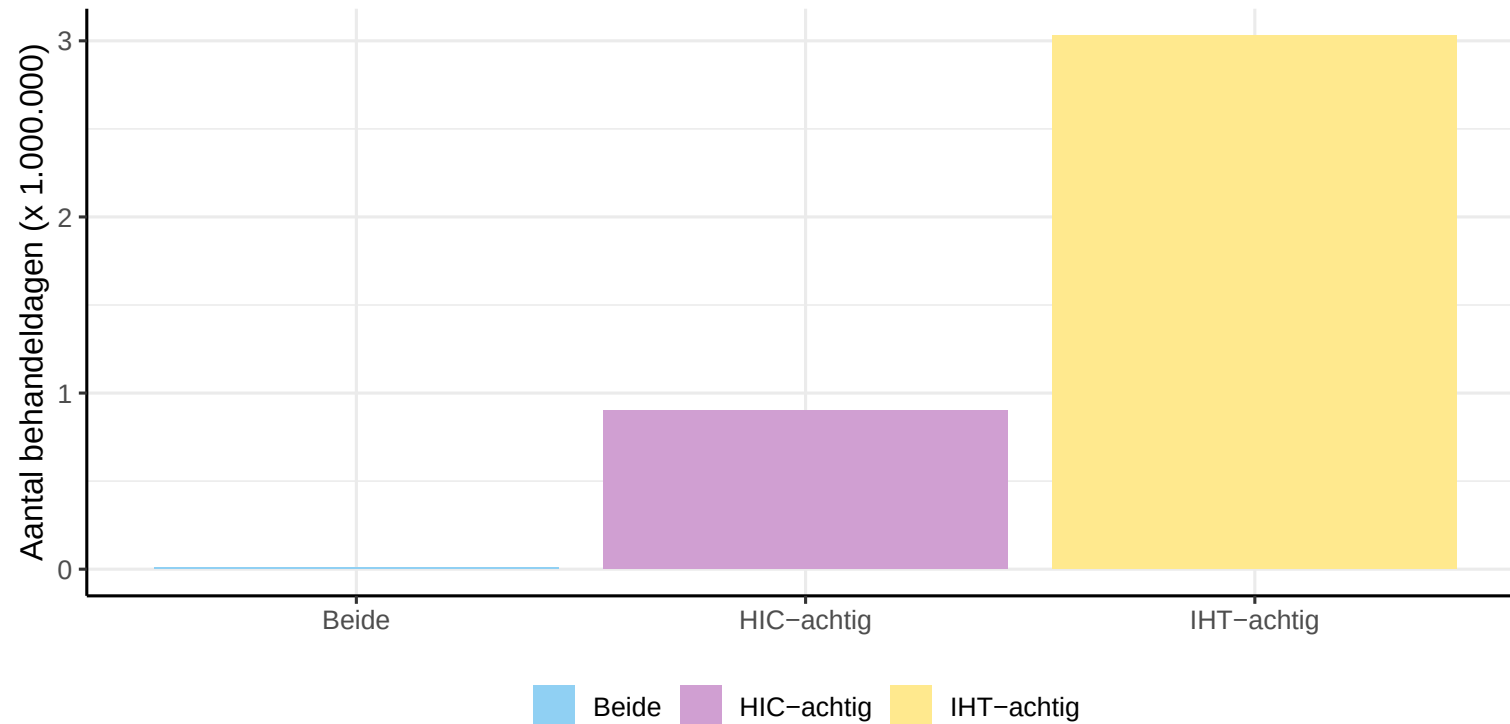
3 Brede afbakening

We hanteren in dit hoofdstuk een afbakening gebaseerd op de type prestaties die een patiënt geleverd krijgt. We definiëren HIC-achtige zorg als alle zorg die is geleverd aan een patiënt op een dag dat er ook een verblijfsdag met 'bedletter' F, G of H is gedeclareerd. IHT-achtige zorg bakenen we af als alle zorg die is geleverd op een dag dat er ook minimaal één consult in outreachende setting is geleverd. Zorg die is geleverd binnen het budget acute ggz nemen we voor dit hoofdstuk niet mee, omdat het vorige hoofdstuk voldoende inzicht geeft in deze zorg.

3.1 Aantal per proxy

We krijgen hiermee geen volledige trajecten, want patiënten kunnen de kliniek instromen en weer uitstromen naar een niet-geselecteerde setting. We tellen daarom het aantal behandeldagen per proxy om een gevoel te krijgen voor de aantallen. Het komt in sommige gevallen voor dat een behandeldag in beide definities past, dan labelen we de dag als 'Beide'. Het gaat om dermate kleine aantallen (10.595 behandeldagen), dat we deze groep in de rest van de analyses niet visualiseren. We zien ongeveer 900.000 HIC-achtige behandeldagen en ongeveer 3 miljoen IHT-achtige dagen.

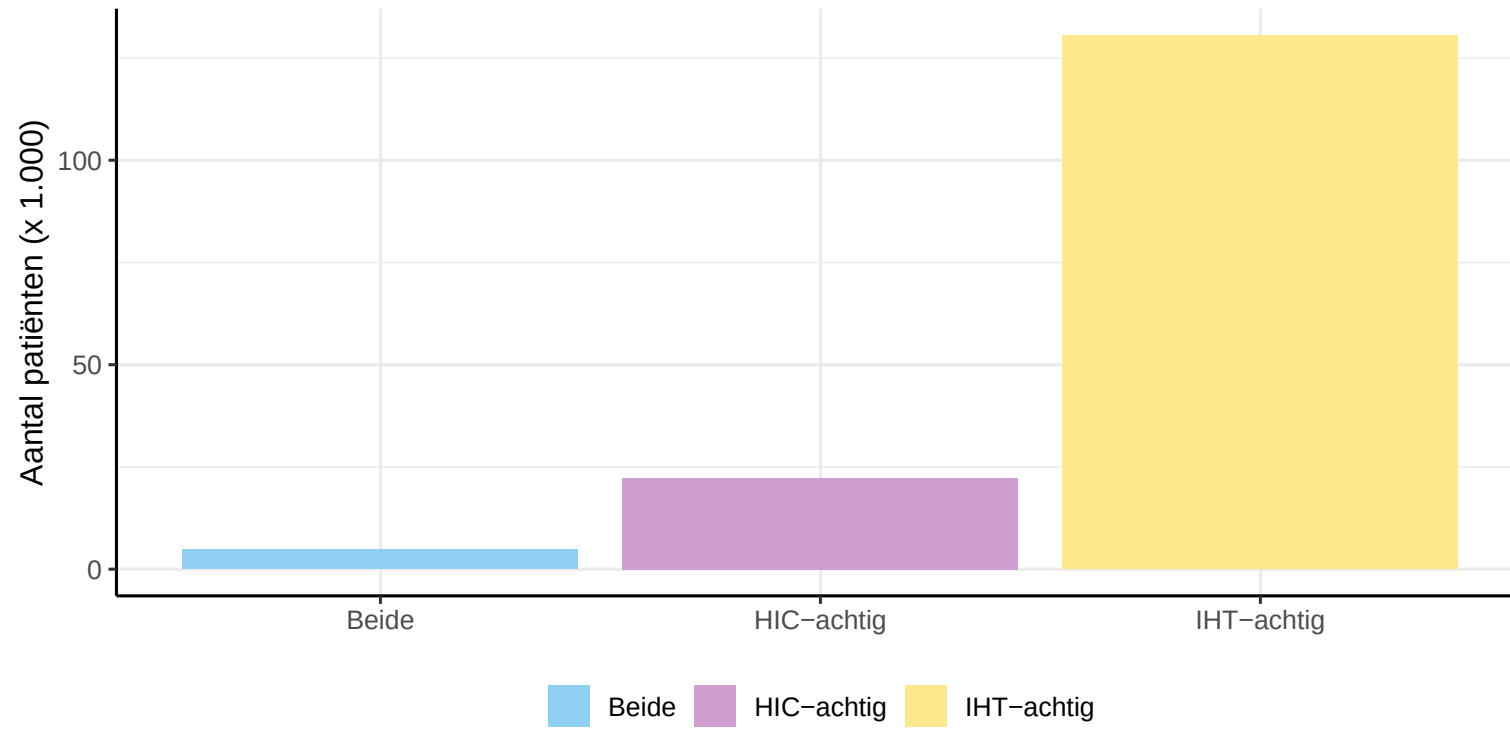
Figuur 16



3.1.1 Aantal patiënten per proxy

Meestal zijn patiënten meerdere dagen in zorg. Het is daarom nuttig om ook te bekijken hoeveel patiënten in de verschillende settings behandeld worden. Er blijken ongeveer 22.000 patiënten minimaal één dag op HIC-achtige wijze behandeld te worden, terwijl er ongeveer 130.000 patiënten minimaal één IHT-achtige dag hadden.

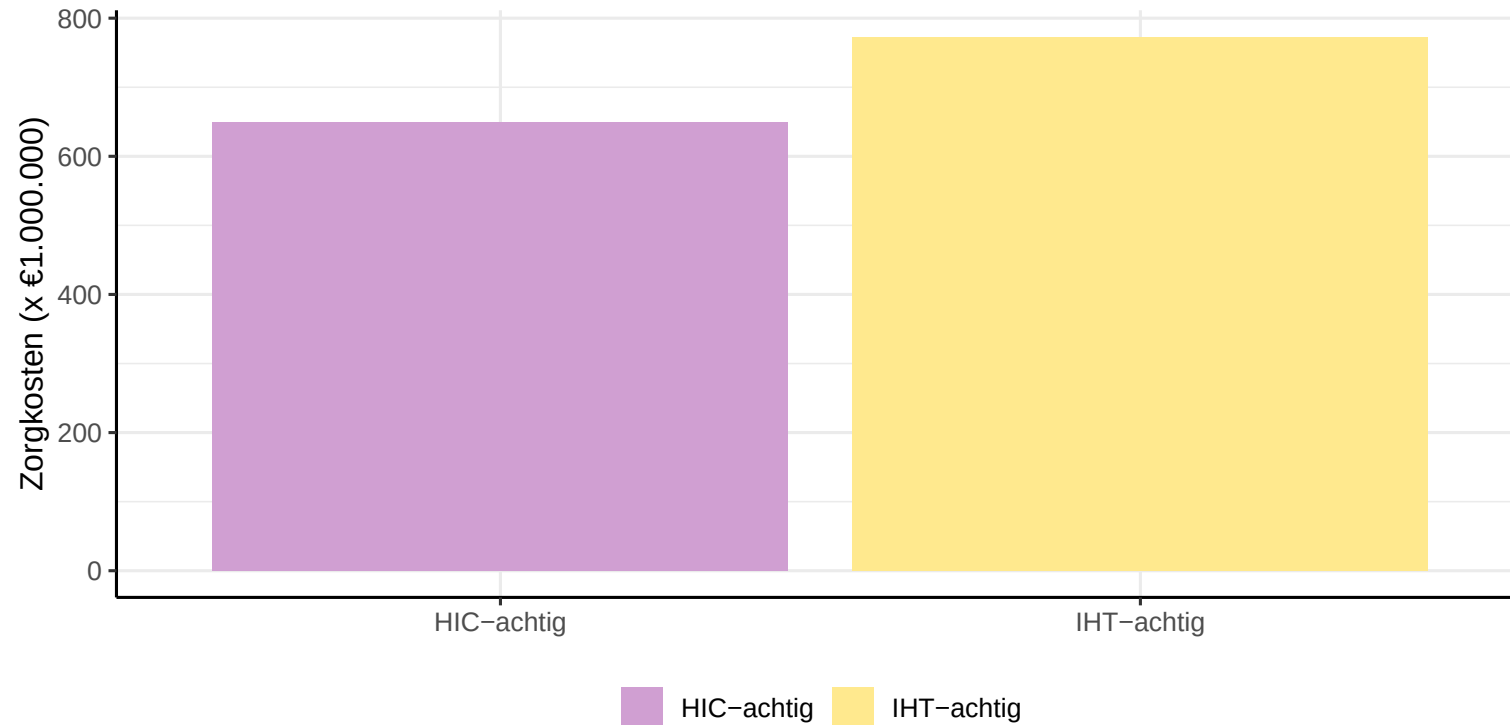
Figuur 17



3.2 Kosten per proxy

Welke kosten brengt de behandeling met zich mee. Het is te verwachten dat HIC-achtige zorg per dag een hoger kostenbeslag per patiënt heeft dan IHT-achtige zorg, vanwege de hoge kosten (en bijbehorende personele inzet) voor verblijfsdagen. Er wordt ongeveer voor €650 miljoen aan kosten gemaakt op HIC-achtige dagen en voor ruim €750 miljoen op IHT-achtige dagen.

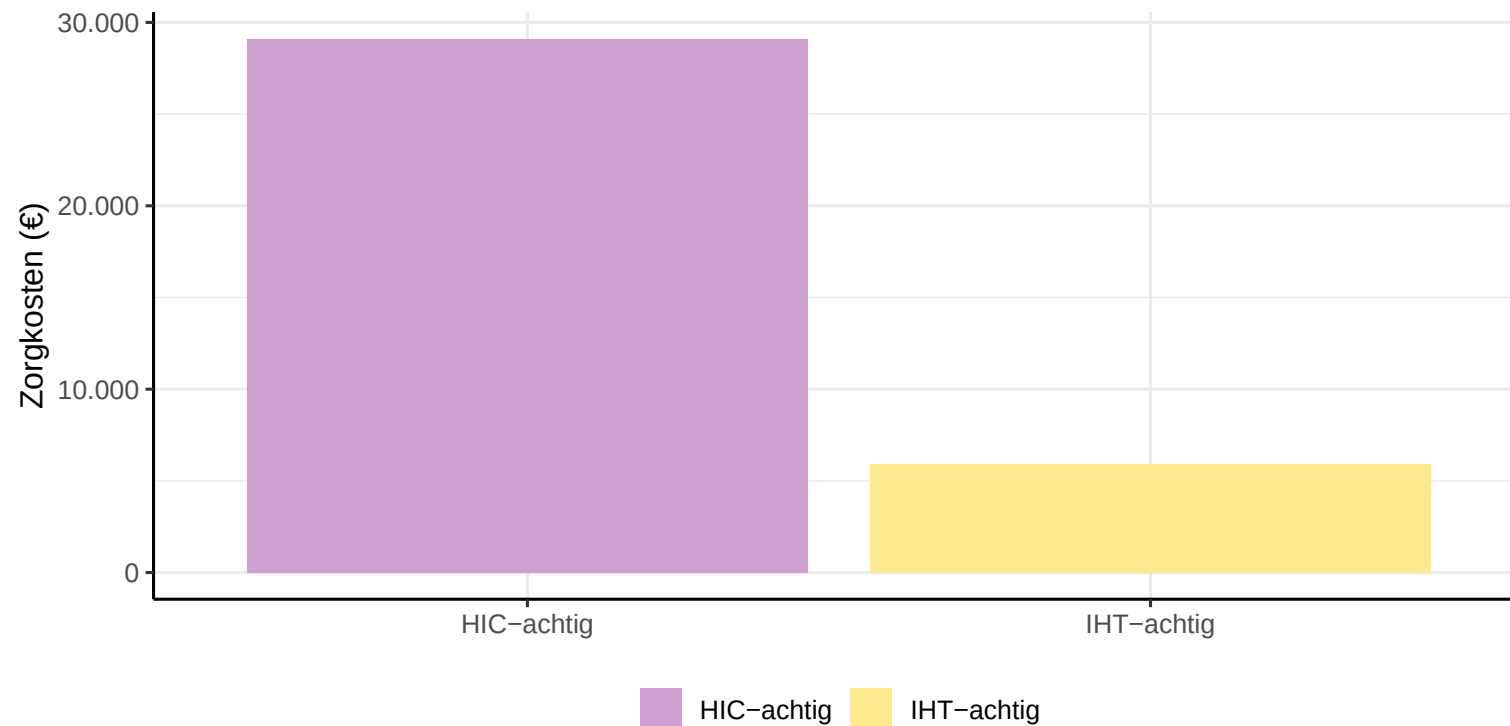
Figuur 18



3.2.1 Kosten per persoon per proxy

We kunnen ook bekijken wat de kosten zijn per patiënt. Dit doen we door de totale kosten voor de proxy op te tellen en te delen door het totaal aantal patiënten dat in 2023 in ieder geval één dag binnen de proxy viel. Dit geeft een onderschatting van de daadwerkelijke kosten per persoon, want het neemt ook de patiënten mee die 31 december 2023 voor het eerst werd opgenomen en in 2023 dus vrij lage kosten hadden, maar in 2024 vermoedelijk veel extra kosten maken én het neemt kosten buiten de IHT-achtige en HIC-achtige dagen niet mee. We zien dat een gemiddelde HIC-achtige patiënt bijna €30.000 aan HIC-achtige kosten maakt en dat dit bijna €6.000 is voor een gemiddelde IHT-achtige patiënt.

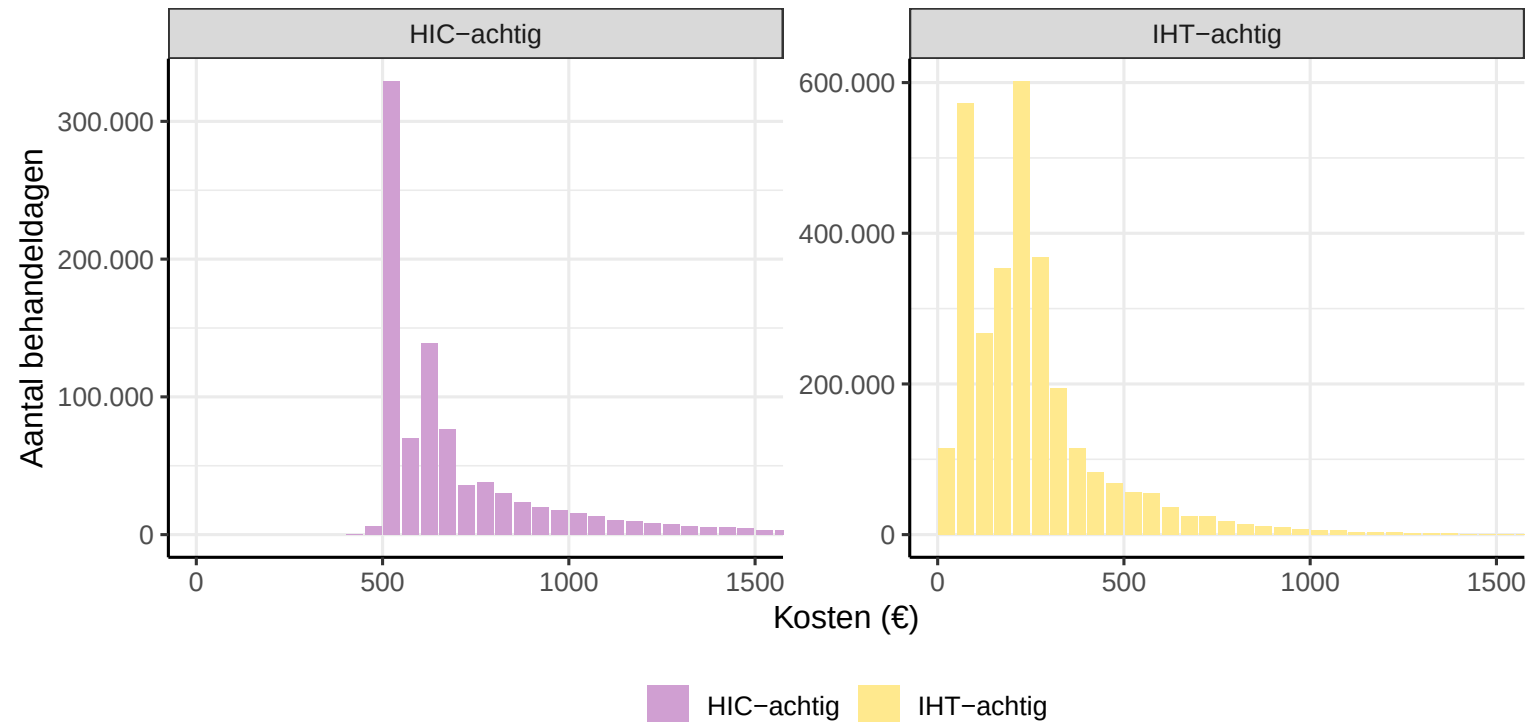
Figuur 19



3.2.2 Verdeling kosten over behandeldagen

Het is ook nuttig te bekijken hoe de kosten zich verdelen over de behandeldagen. Zijn er behandeldagen met zeer hoge kosten? We tellen per behandeldag de kosten op en visualiseren daaropvolgend de verdeling. We zien dat er vrijwel altijd €500 of meer aan kosten worden gemaakt voor een HIC-achtig traject, met uitschieters ver omhoog (3% boven €1.500). De verdeling van kosten voor IHT-achtige dagen ligt veelal lager, met vooral kosten tussen €25 en €500, al zijn er ook voor deze groep uitschieters tot boven €1.500 (0,26%).

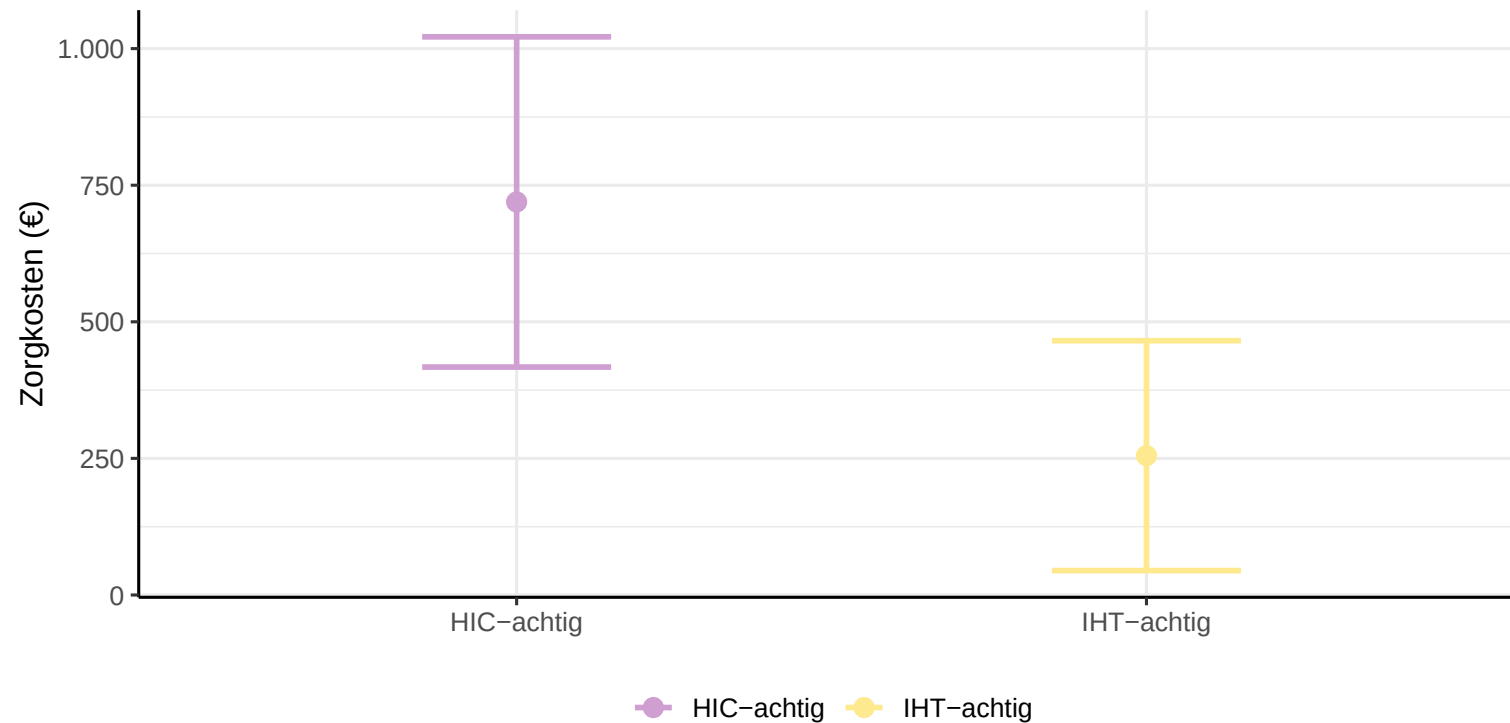
Figuur 20



3.2.3 Gemiddelde kosten per behandeldag

Het is ook nuttig te bekijken hoeveel kosten er gemiddeld worden gemaakt op de behandeldagen en wat de spreiding is. Dit doen we door per behandeldag de kosten op te tellen. Vervolgens middelen we over de behandeldagen en berekenen we de standaardafwijking. We zien dat er gemiddeld ongeveer €750 aan kosten wordt gemaakt op een HIC-achtige dag, terwijl dit ongeveer €250 is voor een IHT-achtige dag. De spreiding is in beide gevallen €200-300.

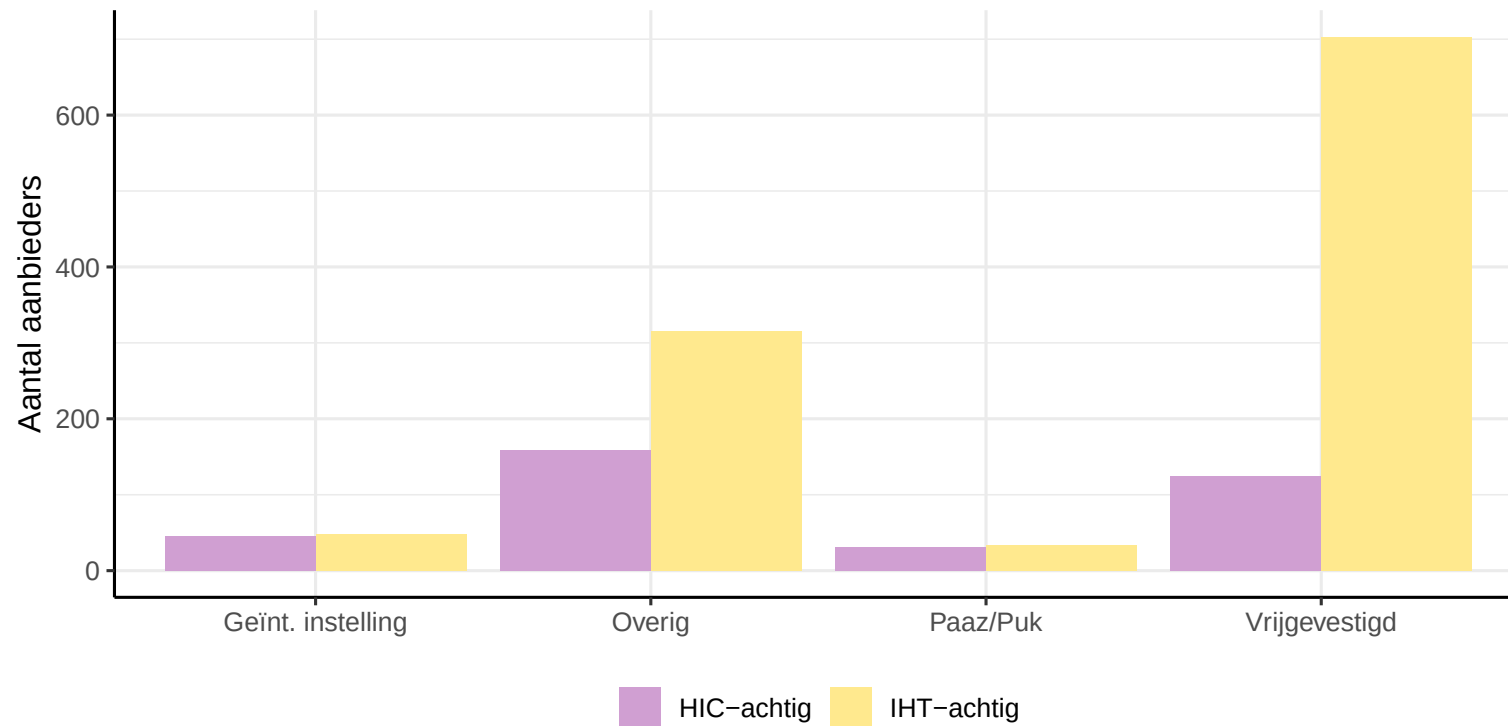
Figuur 21



3.3 Aantal aanbieders

Hoeveel aanbieders leveren de HIC-achtige en IHT-achtige zorg? Er blijken ongeveer 700 vrijgevestigde aanbieders betrokken te zijn bij de zorglevering tijdens IHT-achtige dagen, en 125 vrijgevestigde aanbieders voor de HIC-achtige dagen. Ongeveer 30 ziekenhuizen en 46-48 geïntegreerde instellingen leveren HIC-achtige of IHT-achtige zorg. Er zijn zo'n 150 overige zorgaanbieders die zorg leveren op HIC-achtige dagen en ruim 300 op IHT-achtige dagen. De 'overige' aanbieders zijn voornamelijk instellingen met AGB-codes '2222' (zelfstandige behandelcentra) en '73' (Wlz gecombineerd).

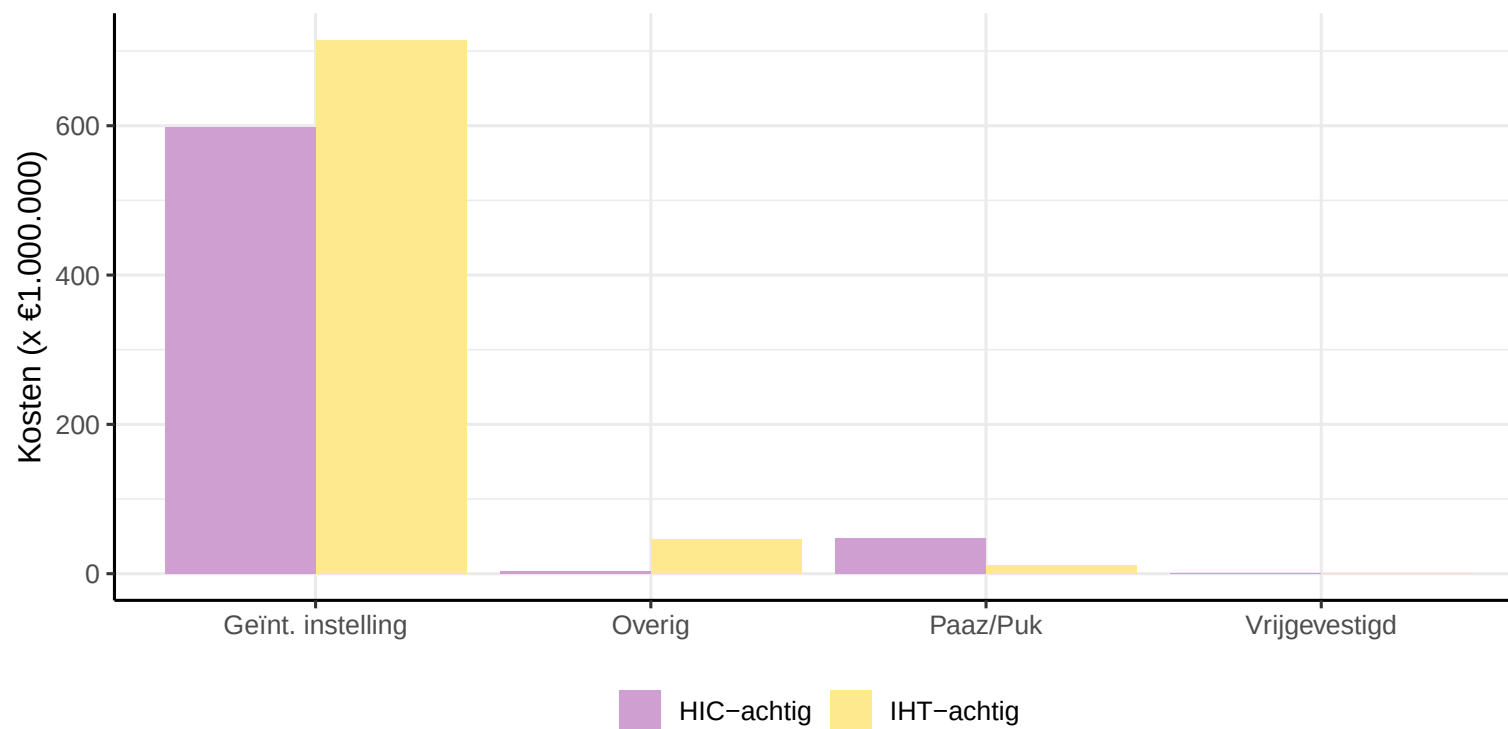
Figuur 22



3.3.1 Kosten per type aanbieder

Het blijkt dat vrijwel alle kosten terecht komen bij de kleine groep geïntegreerde instellingen (92%) voor zowel HIC- als IHT-achtige zorg. Overige instellingen leveren ongeveer 6% van de kosten voor IHT-achtige zorg, terwijl PAAZ/PUK'en ongeveer 7% van de kosten voor HIC-achtige zorg voor hun rekening nemen.

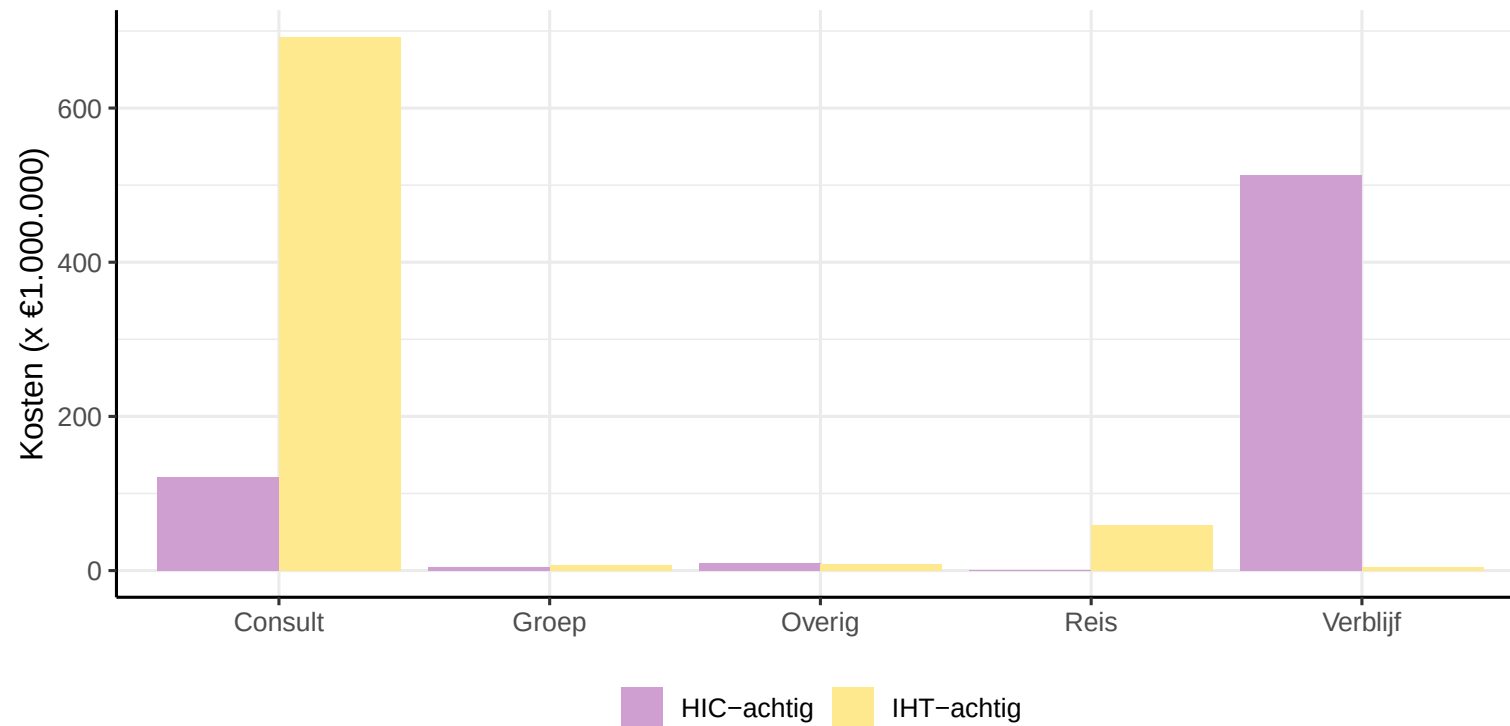
Figuur 23



3.4 Type zorgprestaties

Hoe is de geleverde zorg verdeeld over de verschillende soorten prestaties? Logischerwijs wordt er op HIC-achtige dagen veel verblijf geleverd, in totaal voor ongeveer €500 miljoen. Voor de IHT-achtige dagen komt verblijf bij hoge uitzondering voor, dit moeten verblijfsdagen A-E zijn, want anders was de zorg als zowel HIC-achtig als IHT-achtig geclassificeerd en daarmee uitgesloten. Op de IHT-achtige dagen wordt voor ongeveer €700 miljoen aan consulten geleverd, met ongeveer €60 miljoen aan kosten vanuit reistijd. Voor de HIC-achtige dagen wordt ruim €100 miljoen aan consulten geleverd. Groepsconsulten en overige prestaties komen zeer beperkt voor.

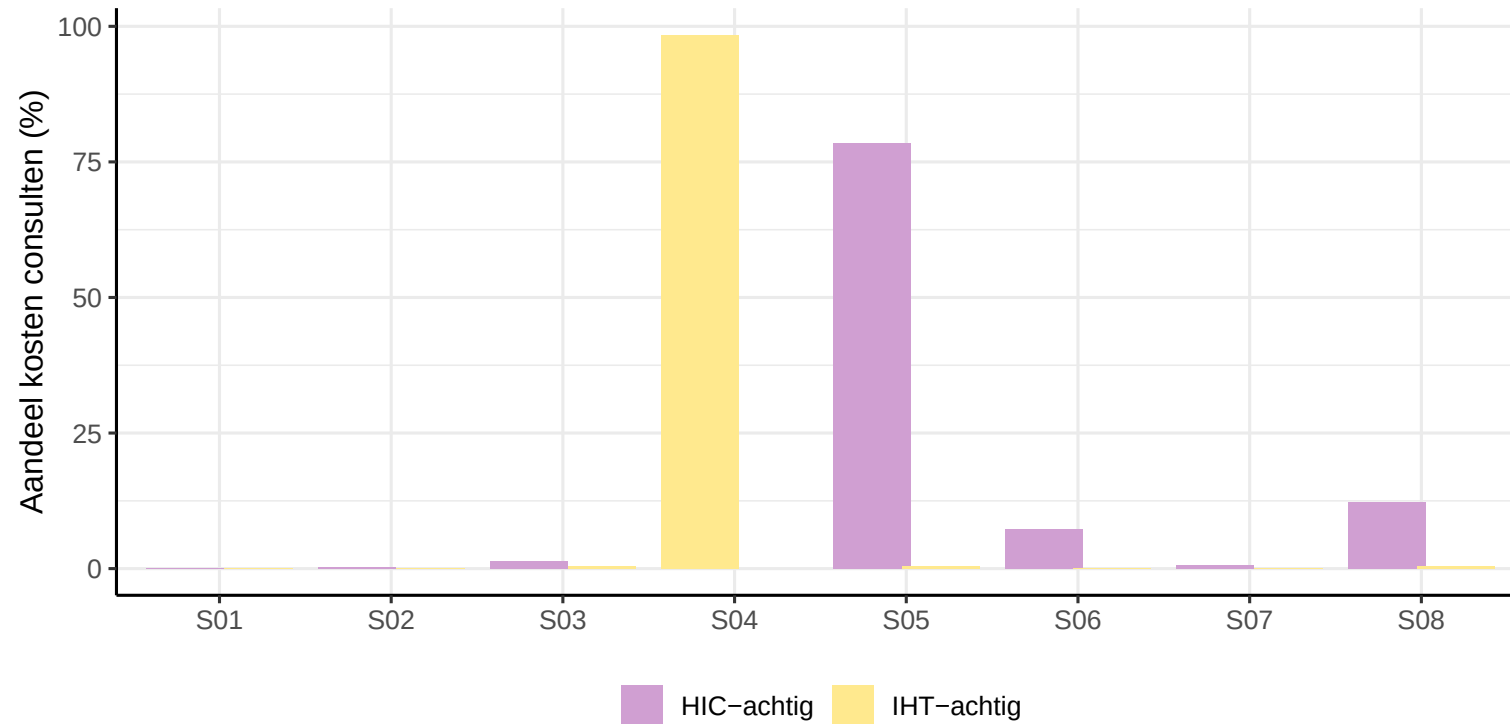
Figuur 24



3.4.1 Settings

Het lijkt logisch dat consulten voor IHT-achtige dagen in outreachende setting worden geleverd en consulten voor HIC-achtige dagen in klinische of hoogspecialistische setting. We bekijken of dit inderdaad overeen komt met de werkelijkheid. Het blijkt dat logischerwijs vrijwel alle consulten (98% van de kosten) voor IHT-achtige dagen in outreachende setting (S04) valt. Voor HIC-achtige dagen valt ruim 75% van de kosten aan consulten in klinische setting (S05) en ongeveer 12% in hoogspecialistische setting (S08), aangevuld met ongeveer 7% aan consultkosten in beveiligde klinische setting (S06).

Figuur 25



3.4.2 Beroepscategorieën

Door welke beroepen worden de consulten geleverd? We zien dat op de HIC-achtige dagen ongeveer 35% van de kosten voor consulten volgen uit inzet van medisch specialisten (voornamelijk psychiaters) en dat ongeveer 28% van de kosten volgt uit de inzet van artsen. Verder komt er op de HIC-achtige dagen ongeveer 15% inzet van overige beroepen voor en ongeveer 10% van verpleegkundigen. De verdere beroepen komen minder voor op de HIC-achtige dagen. Voor de IHT-achtige dagen valt op dat bijna 45% van de kosten volgt uit inzet van verpleegkundigen en dat minder kosten volgen uit de inzet van overige beroepen (22%) en medisch specialisten.

Figuur 26

