Vlaams Parlement

stuk **37-D** (2011-2012) – Nr. 2
ingediend op 2 maart 2012 (2011-2012)

Verslag

van het Rekenhof

over de centra voor geestelijke gezondheidszorg: doelgroepenbeleid, financiering en toezicht

Verslag

namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebeleid
uitgebracht door mevrouw Marijke Dillen

verzendcode: REK

Samenstelling van de commissie:

Voorzitter: de heer Tom Dehaene.

Vaste leden:
de heer Tom Dehaene, de dames Cindy Franssen, Vera Jans, Katrien Schryvers;
mevrouw Marijke Dillen, de heren Felix Strackx, Erik Tack;
de heer Peter Gysbrechts, mevrouw Vera Van der Borght;
de dames Mia De Vits, Else De Wachter;
de dames Lies Jans, Helga Stevens;
mevrouw Ulla Werbrouck;
mevrouw Mieke Vogels.

Plaatsvervangers:
de dames Sonja Claes, Griet Coppé, Kathleen Helsen, Tinne Rombouts;
de dames Gerda Van Steenberge, Linda Vissers, de heer Wim Wienen;
de dames Gwenny De Vroe, Lydia Peeters;
mevrouw Güler Turan, de heer Bart Van Malderen;
de dames Danielle Godderis-T'Jonck, Goedele Vermeiren;
de heer Jurgen Verstrepen;
de heer Bart Caron.

Stukken in het dossier:
37-D (2011-2012) – Nr. 1: Verslag van het Rekenhof

INHOUD

I. Uiteenzetting door de heer Raf Carmeliet, eerste auditeur van het Rekenhof 4
1. Inleiding 4
2. Doelgroepenbeleid 4
3. Financiering 5
4. Toezicht 5
5. Samenvatting 6
6. Reactie van de minister 6
II. Antwoord van de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 6
III. Bespreking 13
Gebruikte afkortingen 17

Op de dinsdagen 7 en 14 februari 2012 besprak de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebeleid het verslag van het Rekenhof over de centra voor geestelijke gezondheidszorg: doelgroepenbeleid, financiering en toezicht.

I. UITEENZETTING DOOR DE HEER RAF CARMELIET, EERSTE AUDITEUR VAN HET REKENHOF

1. Inleiding

Het Rekenhof heeft een audit uitgevoerd van de centra voor geestelijke gezondheidszorg. In 1996 heeft de Inspectie van Financiën al een onderzoek uitgevoerd naar de cgg. Met haar opmerkingen is rekening gehouden in het decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg. Door een strakkere definiëring van de doelgroep wenste de decreetgever het gespecialiseerde karakter van de cgg als tweedelijnsorganisatie te bewaken. Bovendien was het de bedoeling dat de cliënten minder lang zouden moeten wachten op behandeling. Het decreet voerde ook een verhoogde enveloppenfinanciering in, die de cgg meer autonomie en verantwoordelijkheid geeft. Ten slotte werd een belangrijke schaalvergroting en professionalisering doorgevoerd in de cgg-sector: de 84 toenmalige centra zijn gefuseerd tot de huidige twintig.

Het Rekenhof ging in het huidige onderzoek na of de wijzigingen door het decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg doelmatig zijn geweest op het vlak van doelgroepenbeleid, financiering en toezicht.

2. Doelgroepenbeleid

Wat het doelgroepenbeleid betreft, kwam het Rekenhof tot de conclusie dat de Vlaamse overheid geen duidelijk zicht heeft op de objectieve zorgbehoeften in het werkingsgebied van elk cgg. Ze heeft nagelaten de decretaal bepaalde zorgbehoefteparameters te definiëren. Dat komt minstens gedeeltelijk doordat de cgg geen systematische omgevingsanalyses uitvoeren en ook doordat de decretaal bepaalde driejaarlijkse rapportering ontbreekt, waarin de centra de factoren zouden moeten signaleren die de geestelijke gezondheid in hun werkingsgebied beïnvloeden. De beleidsplannen, die deel uitmaken van de overeenkomsten tussen de Vlaamse Regering en de cgg, vormen geen volwaardige beheersinstrumenten om te garanderen dat het doelgroepen- en aandachtsbeleid wordt gerealiseerd. In de loop der jaren werden aandachtsgroepen toegevoegd, zonder bijbehorende doelstellingen en indicatoren in die plannen te integreren.

De cgg concretiseren het decretaal bepaalde doelgroep- en aandachtsbeleid in hun basiswerking enerzijds, en in verscheidene projecten, dienstverleningen en samenwerkingsverbanden anderzijds. De cgg beschikken voor jongeren over een uitgebreidere basiswerking dan voor ouderen. Dat verschil is ook aanwezig in de initiatieven of acties die de cgg ondernemen om beide aandachtsgroepen te bereiken. Hun acties verschillen sterk in opzet, aantal en participatiegraad. Een beperkt aantal acties is gemeenschappelijk. Alle cgg hanteren een verlaagd tarief voor de sociaal en financieel zwakkeren. Nochtans is de Vlaamse Regering de decretale verplichting niet nagekomen om een regeling voor de cliëntenbijdragen op te stellen. Ze nemen die beslissing vaak zonder officiële bewijsstukken te vragen.

Zoals decretaal gevraagd, participeren de cgg ruimschoots aan allerlei samenwerkingsverbanden. De Vlaamse Regering heeft daartoe nog niet voorzien in kaderprotocollen. Op basis van de rapporteringen van de cgg is het voor de verantwoordelijke administratie, het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, onmogelijk een oordeel te vellen over de inhoudelijke kwaliteit of de efficiëntie van de samenwerkingsverbanden.

Mede dankzij het systeem van de cgg voor de registratie van hun cliënten en de afgeleverde zorg heeft het Rekenhof verschillende regressieanalyses kunnen uitvoeren. Daar-

door is het mogelijk inzicht te krijgen in de wachttijden. De wachttijd tot het eerste gesprek bedraagt gemiddeld ongeveer 35 dagen en tot het tweede gesprek 75 dagen. De wachttijden verschillen sterk tussen de diverse cgg. Algemeen gezien verkort de wachttijd in grotere centra met veel vestigingen die actief aan dienstverlening doen. Ook de overige psychiatrische zorgcapaciteit in het werkingsgebied van het cgg maakt de wachttijd minder lang. De personeelssamenstelling en de financieringswijze beïnvloeden de wachttijd niet. Wat betreft de invloed van de cliëntkenmerken op de wachttijd, heeft het Rekenhof vastgesteld dat verschillende factoren die verband houden met jongeren de wachttijd verlengen, zoals cliënten met ontwikkelingsproblemen of cliënten die zijn doorverwezen door de onderwijssector.

3. Financiering

De cgg worden op verschillende manieren gefinancierd. Het Rekenhof onderzocht of de financiering van de cgg transparant is, en is afgestemd op de beoogde resultaten.

De Vlaamse subsidiestroom vormt met ongeveer 80 percent de belangrijkste bron. De derdenfinanciering staat in voor ongeveer 10 percent van de middelen. De rest van de financiering is afkomstig van cliëntenbijdragen, RIZIV-bijdragen en enkele financiële en uitzonderlijke opbrengsten. De Vlaamse subsidiestroom bestaat bijna volledig uit enveloppenfinanciering.

De enveloppengrootte steunt op historische personeelsgegevens, niet op een objectieve inschatting van de zorgbehoeften in elk werkingsgebied en is bijgevolg niet objectief te verantwoorden. De laatste jaren zijn er verscheidene uitbreidingen en projectsubsidies toegekend door de Vlaamse overheid op ad-hocbasis. Via die uitbreidingen probeert de Vlaamse overheid de verschillen in basisfinanciering tussen de cgg weg te werken. Het nadeel is dat de bijkomende middelen vaak gekoppeld zijn aan specifieke opdrachten, wat de autonomie van de cgg beperkt.

De cgg mogen middelen uit de enveloppe toewijzen aan projecten die worden gefinancierd door derden, zonder dat daarover duidelijke regels bestaan.

Algemeen gezien kennen de cgg geen financiële moeilijkheden. Gemiddeld bedroegen de reserves van de cgg in 2009 1,7 miljoen euro.

Er zijn te weinig betrouwbare gegevens beschikbaar over een voldoende lange periode om gefundeerd de efficiëntie van de subsidiëring na te gaan. De subsidiëring van de cgg stijgt in 2009 sneller dan het aantal zorgperiodes, hulpactiviteiten of gepresteerde arbeidsuren.

4. Toezicht

Het Rekenhof onderzocht tot slot de verantwoording door de cgg en het toezicht op de centra. De overheid moet er immers op toezien dat de cgg het beleid van de Vlaamse overheid uitvoeren zoals afgesproken in de overeenkomsten en beleidsplannen. Daarom moeten de centra transparant rapporteren over hun werking en het bereiken van de doelstellingen, zodat de overheid het beleid van de cgg kan evalueren en zo nodig bijsturen.

De cgg verantwoorden hun beleid in de jaarlijkse voortgangsrapportering en de financiële rapportering. De decretaal bepaalde driejaarlijkse rapportering over de factoren die de geestelijke gezondheid in hun werkingsgebied beïnvloeden, hebben ze nooit opgesteld. Het sjabloon van de voortgangsrapportering maakt een schematische en adequate beschrijving mogelijk van een groot deel van de cgg-werking, maar maakt het niet mogelijk het bereiken van de doelstellingen adequaat op te volgen en voldoet bijgevolg niet als opvolgingsinstrument. Het wijzigen van de indicatorendefinities en de soms vage formulering van de streefdoelen liggen aan de basis daarvan. De subsidielijst, een onderdeel van de financiële verslaggeving, is niet betrouwbaar en onvoldoende vergelijkbaar tussen de cgg.

Om kwaliteitsvol intern en extern te rapporteren is een degelijk meet- en registratiesysteem een voorwaarde. Het registratiesysteem van de cgg is in het laatste decennium herhaaldelijk gewijzigd. Het huidige registratiesysteem is performanter en betrouwbaarder dan de vorige systemen. Buiten een jaarlijkse controle op de juistheid van de berekende indicatorwaarden, gebeurt er echter geen systematische ex-postcontrole op de validiteit van de gegevens.

Hoewel het decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg voorziet in verschillende toezichtstructuren, worden de cgg pas sinds 2005 geïnspecteerd. De decretaal bepaalde visitatiecommissie moest minimaal zesjaarlijks de cgg doorlichten om zo hun algemene zorgverlening te kunnen optimaliseren, maar die visitatiecommissie is nooit opgericht. Vanaf 2006 gebeuren de inspecties door het agentschap Zorginspectie. De lopende inspectiecyclus van de cgg bestrijkt intussen vijf jaar. Het Rekenhof stelde vast dat Zorginspectie zich niet baseert op een onderbouwde risicoanalyse om de selectie, frequentie en volgorde van de te inspecteren cgg te onderbouwen. Zeker voor cgg zonder externe attestatie van de jaarrekening acht het Rekenhof de frequentie van de financiële inspecties laag. Het agentschap baseert zich op het internationale en algemeen erkende referentiekader EFQM, maar de cgg-sector ontbeert wettelijke minimale kwaliteitsnormen om in dat kader in te passen. De financiële inspecties leiden trouwens niet tot een oplijsting van inbreuken op de (boekhoud)wetgeving, tekortkomingen of aanbevelingen. Het Rekenhof wijst erop dat de samenwerkingsovereenkomst tussen Zorginspectie en het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, onvoldoende de functiescheiding tussen beide respecteert, aangezien dit laatste agentschap kan oordelen over de conclusies van Zorginspectie.

5. Samenvatting

De Vlaamse overheid heeft geen duidelijk zicht op de objectieve zorgbehoeften in het werkingsgebied van de cgg. Het doelgroepen- en aandachtsbeleid van de cgg is bijgevolg onvoldoende onderbouwd en de effectiviteit ervan niet gegarandeerd. Ook de financiering van de cgg is onvoldoende transparant. Er is niet aan alle voorwaarden voldaan om een kwaliteitsvol toezicht op de cgg mogelijk te maken.

6. Reactie van de minister

De Vlaamse minister bevoegd voor Volksgezondheid ging uitgebreid in op verschillende aanbevelingen en vaststellingen van het Rekenhof. Zo bevestigde hij dat er tot nu toe geen objectieve zorgbehoeftenparameters zijn opgesteld. Omdat noch het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid noch de cgg daarin geslaagd zijn, acht hij dat een taak voor een studiecentrum maar hij wees erop dat de invulling van die decretale verplichting uit 1999 op dit moment niet opportuun is gelet op de huidige hervormingen binnen de geestelijke gezondheidszorg.

II. ANTWOORD VAN DE HEER JO VANDEURZEN, VLAAMS MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

Het voornaamste bezwaar van het Rekenhof en de rode draad door al zijn opmerkingen, is dat de Vlaamse overheid geen gevolg geeft aan de decretaal bepaalde zorgbehoefteparameters die de zorgbehoeften in elk werkingsgebied van de cgg schetst. Door het ontbreken van een systematische omgevingsanalyse van de werkingsgebieden is er onvoldoende onderbouwing van het doelgroepen- en aandachtsbeleid van de Vlaamse overheid in de cgg. De financiering van de cgg steunt daardoor niet op een objectieve inschatting van de zorgbehoeften in elk werkingsgebied.

De beleidsplannen – die deel uitmaken van de overeenkomsten tussen de Vlaamse Regering en de cgg – zijn hiervoor geen volwaardige beleidsinstrumenten. Het instrument van

de jaarlijkse voortgangsrapportering is onvoldoende als opvolgingsinstrument en er is te weinig financiële inspectie.

Om een efficiënt doelgroepen- en aandachtsbeleid te voeren, moet de Vlaamse Regering de decretaal opgelegde objectieve zorgbehoefteparameters bepalen. De enveloppenfinanciering en andere bijkomende middelen moeten daarop steunen.

Om objectieve zorgparameters voor de cgg te bepalen dient vooreerst de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg in heel Vlaanderen in kaart te worden gebracht. Het betreft zowel de behoefte aan ambulante zorg, thuiszorg als residentiële zorg. Slechts wanneer de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg in kaart is gebracht, kan bepaald worden hoe groot de behoefte is voor psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen, cgg, privétherapeuten enzovoort. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, noch de cgg en de koepels van de cgg, noch de Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheid is erin geslaagd een dergelijke oefening te maken.

Dit is een opdracht die de Vlaamse Regering, eventueel in coöperatie met de federale overheid, moet opnemen en toekennen aan een kenniscentrum of onderzoeksinstituut, en waarvoor de nodige middelen moeten uitgetrokken worden.

De huidige hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg (de federale overheid, de gemeenschappen en de gewesten hebben projecten opgestart om de geestelijke gezondheidszorg te hervormen tot zorgcircuits en -netwerken voor de doelgroep van de +16-jarigen, de zogenaamde artikel 107-projecten) maken dat alle geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen in bepaalde werkingsgebieden betrokken zijn bij een evolutie.

Binnen de artikel 107-projecten moeten alle aanbieders van geestelijke gezondheidzorg met de kennis van het huidige aanbod en de problematieken in de betrokken regio, nagaan welke behoefte er bestaat voor de verschillende doelgroepen. Op die manier werkt men binnen de artikel 107-projecten aan een omgevingsanalyse. Het kenniscentrum dat in opdracht van de Vlaamse Regering de zorgbehoefteparameters onderzoekt, kan aansluiten bij de omgevingsanalyses in deze artikel 107-projecten. Een kanttekening hierbij is dat nog niet overal in Vlaanderen artikel 107-projecten zijn opgestart. Gezien de besparingsronde lijkt dat ook niet voor morgen te zijn.

De Vlaamse Regering moet de beleidsplannen van de cgg hanteren als een volwaardig aansturingsinstrument. Dit betekent dat de beleidsplannen alle bijkomende aandachtsgroepen moeten integreren, inclusief bijbehorende doelstellingen en indicatoren.

De beleidsplannen voor de periode 2012 tot 2014 omvatten alle nieuwe aandachtsgroepen. In 2008 was er een uitbreiding naar forensische teams in kader van het strategisch plan voor gedetineerden, in 2010 was er een uitbreiding voor de doelgroep van verstandelijk gehandicapten, en in 2011 was er een uitbreiding voor het buddyproject Vlaanderen voor de doelgroep van ex-psychiatrische patiënten. Deze groepen, met inbegrip van de bijhorende doelstellingen, worden opgenomen in het beleidsplan voor de periode van 2012 tot 2014.

De Vlaamse Regering moet de decretaal bepaalde kaderprotocollen opstellen. Op die manier kunnen de verschillende samenwerkingsverbanden tussen de cgg en de overige actoren in de zorgsector worden gestroomlijnd.

De cgg participeren aan samenwerkingsverbanden. De Vlaamse Regering heeft daartoe nog niet voorzien in kaderprotocollen.

Artikel 7, §4, van het decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg bepaalt dat de Vlaamse Regering voorziet in kaderprotocollen tussen de gezondheids- en

welzijnssectoren en cgg. Volgens de memorie van toelichting beoogt de decreetgever met dit artikel het opstellen van samenwerkingsovereenkomsten tussen de cgg en de centra algemeen welzijnswerk. De Vlaamse overheid heeft geen sjablonen voor samenwerkingsovereenkomsten opgesteld, maar heeft deze verwachting op een andere manier gerealiseerd.

In 2008 kregen de cgg immers een eenmalige projectsubsidie om de samenwerking tussen cgg en CAW te bevorderen. Hiertoe dienden de cgg en de CAW een samenwerkingsovereenkomst met een duurzaam karakter af te sluiten. In 2011 lanceerde de Vlaamse Regering de projecten eerstelijnspsychologische functie waarbij een van de vereisten was dat minimaal een cgg, een CAW en een medische praktijk (huisartsenkring of wijkgezondheidscentrum) een samenwerkingsverband zouden afsluiten voor de realisatie van deze functie. De Vlaamse Regering volgt deze projecten van nabij en heeft aan het Steunpunt WVG gevraagd deze projecten wetenschappelijk te begeleiden. Tussentijdse evaluaties zorgen voor het nodige materiaal voor de decretaal vereiste kaderprotocollen, en dit in overleg met de sector.

De Vlaamse Regering moet een regeling uitwerken voor de cliëntenbijdrage in de cgg, zoals decretaal opgelegd. Alle cgg hanteren op dit moment reeds een verlaagd tarief voor de sociaal en financieel zwakkeren, hoewel de Vlaamse Regering het decretaal opgelegde besluit daartoe niet heeft genomen. Uit recente analyses van de beleidsplannen van de cgg blijkt dat het aantal bereikte financieel en sociaal zwakkeren jaar na jaar stijgt. Op dit moment behoort 15 percent van het totale cliënteel tot deze doelgroep.

Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, de minister bevoegd voor Volksgezondheid en de koepelorganisaties zijn sinds 2010 bezig aan het opmaken van een uitvoeringsbesluit voor cliëntenbijdragen. Het ontwerp van besluit over de bepaling van de cliëntenbijdragen in de cgg zal in het voorjaar van 2012 voorgelegd worden aan de Vlaamse Regering. Daardoor wordt voldaan aan artikel 18 van het decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg.

Het ontwerp van besluit voorziet in een standaardtarief voor alle cgg-cliënten. Daarnaast wordt een uitzonderingstarief in het vooruitzicht gesteld voor cliënten met een Omniostatuut. Ook zijn er enkele groepen die gratis hulpverlening krijgen zoals bijvoorbeeld gedetineerden. Zo wordt het bereik van de doelgroep van de financieel en sociaal zwakkeren gegarandeerd. Om de toegankelijkheid te verhogen zal de intake in een cgg kosteloos zijn als deze gebeurt op verwijzing van een welzijns- of gezondheidsverstrekker.

De inning van de cliëntenbijdragen zal gebeuren door secretariaatsmedewerkers. Zij zullen bij de cliënten navraag doen of ze beschikken over een Omnio-statuut. Cliënten kunnen op basis van hun SIS-kaart aantonen over een Omnio-statuut te beschikken. In het uitvoeringsbesluit zal eveneens opgenomen worden dat de cliëntenbijdragen transparant dienen gecommuniceerd te worden met de cliënten, onder andere door de tarieven in de wachtzaal uit te hangen.

Het is aangewezen dat de Vlaamse Regering het gebruik van uitbreidingen en projectsubsidies tot een minimum beperkt. Op die manier kan de decretaal gekozen techniek van enveloppenfinanciering en de daaraan gekoppelde responsabilisering maximaal worden ontplooid. De enveloppenfinanciering steunt op historische personeelsgegevens, niet op een objectieve inschatting van de zorgbehoeften in elk werkingsgebied.

De Vlaamse overheid heeft de voorbije jaren heel wat inspanningen geleverd om de enveloppes van de cgg meer gelijk te stellen door bij uitbreidingen rekening te houden met de verhouding van aantal inwoners in het werkingsgebied ten opzichte van de subsidie van het cgg. De budgetten zijn niet meer zuiver historisch gedreven. Bij iedere uitbreiding werd

stelselmatig een correctie doorgevoerd op basis van bevolking en doelgroepen om deze historische toestand recht te trekken.

Om de subsidie van de Vlaamse Gemeenschap per inwoner in het werkingsgebied voor alle cgg gelijk te maken zijn er twee mogelijkheden. Enerzijds het herverdelen van de huidige middelen tussen de twintig cgg. Dit betekent dat sommige cgg middelen zouden moeten afstaan. Anderzijds door een substantiële uitbreiding van de middelen aan de cgg die momenteel onder de capaciteit van het Vlaamse gemiddelde zijn. Beide opties zijn moeilijk realiseerbaar.

Enerzijds merkt het Rekenhof op dat weinig initiatieven van de cgg gemeenschappelijk zijn en dat wordt geïnterpreteerd als een te grote autonomie van de centra. Anderzijds wordt er gesteld dat de Vlaamse overheid soms specifieke opdrachten geeft aan de centra die hun autonomie beperken, en wordt er dus gepleit voor een versterking van de autonomie van de cgg. Het verslag is op dat punt niet consistent. Tot slot mogen de cgg niet autonoom over een zekere beleidsmarge beschikken om deel te nemen aan innovatieve projecten. Minister *Jo Vandeurzen* wijst op artikel 33 van het decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidzorg: "§1. Om specifieke deskundigheid maximaal aan te wenden kan maximum 10 procent van het personeel van een centrum voor geestelijke gezondheidzorg worden toegewezen aan een project waaraan andere centra voor geestelijke gezondheidzorg en/of één of meerdere partners van een psychiatrisch netwerk en/of de multidisciplinaire ondersteuning zoals bedoeld in artikel 30 en/of de dienstverlenende organisaties zoals bedoeld in artikel 31, participeren.".

Daarnaast stipt de minister aan dat cgg kunnen participeren aan projecten in overeenstemming met artikel 9, §4, van het decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg, en het is ook eigen aan enveloppenfinanciering dat voorzieningen eigen accenten kunnen leggen.

Ter nuancering merkt de minister op dat op basis van de personeelslijsten van 1 januari 2011 blijkt dat slechts 8,79 percent van het cgg-personeel op sectorniveau wordt ingezet voor projecten en dienstverlening. Dit percentage omvat alle financieringsbronnen. Slechts ongeveer een kwart van die 8,79 percent wordt met enveloppenmiddelen gefinancierd, voor het overige trekken de cgg externe financiering aan om deze projecten en dienstverlening te kunnen realiseren. Het gaat maar om een marginaal gedeelte van de besteding van enveloppenmiddelen.

Overigens wijst het Rekenhof er volledigheidshalve op dat het verslag niet de interpretatie bevat dat de cgg te autonoom zouden zijn. Een grote mate van operationele autonomie is inderdaad een logisch gevolg van enveloppenfinanciering.

De Vlaamse Regering moet minimale kwaliteitsnormen opstellen waarop Zorginspectie kan steunen om de cgg te inspecteren. Bij gebrek aan wettelijke minimale kwaliteitsnormen baseert het agentschap zich op het internationale en algemeen erkende referentiekader EFQM.

EFQM is geen eisenkader, maar een indeling om eisen te ordenen en onder te brengen in resultaatsgebieden. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid is bezig met het opstellen van een referentiekader voor de cgg waarin alle vereisten en verwachtingen opgenomen zijn. Dit referentiekader zal af zijn in het voorjaar van 2012.

Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid dient de cgg de nodige ondersteuning te bieden om een omgevingsanalyse en de decretaal bepaalde driejaarlijkse rapportering op te stellen. Dat is een voorwaarde om een efficiënt doelgroepen- en aandachtsbeleid te realiseren.

Het is wenselijk dat het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid de wachttijd opvolgt, alsook de door het Rekenhof aangeduide factoren die de wachttijd beïnvloeden, opdat het eventueel suggesties kan formuleren op basis waarvan de Vlaamse Regering kan bijsturen.

De wachttijden verschillen sterk tussen de diverse cgg. Die grote verschillen kunnen deels verklaard worden door factoren op cgg-niveau, zoals de schaalgrootte en het aantal dienstverleningen.

Uit de statistische analyses die het Rekenhof heeft uitgevoerd, blijkt dat de verschillen in wachttijd tussen de cgg onderling verband houden met factoren op cgg-niveau, zoals schaalgrootte en het aantal dienstverleningen. Het is echter niet correct om hieruit causale conclusies te trekken. Er kunnen nog allerlei andere factoren bestaan, die het aangetoonde verband mee beïnvloeden. Zo kijkt het Rekenhof enkel naar de aanbodszijde, maar brengt de vraag naar zorg niet in rekening. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid vraagt om de interpretaties uit deze analyses voorzichtiger en correcter te verwoorden.

Uit de laatste beleidsplannen blijkt dat de wachttijden iets verbeterd zijn in vergelijking met voorgaande jaren. Dit komt omdat de cgg enorme inspanningen leveren om de cliënten beter te bereiken, maar ook door de juiste cliënten te bereiken, namelijk de cliënten die nood hebben aan tweedelijns gespecialiseerde hulp en de financieel zwakkere cliënten. Cliënten die privépraktijken kunnen betalen, worden systematisch doorverwezen. Maar ook staat het onderwerp van de wachtlijsten bovenaan de agenda van de cgg. Dat blijkt uit de inspanningen uit hun beleidsplannen.

Er is ten eerste de optimalisatie van instroomprocedures: voordeurteam, aanbieden van kortdurende psycho-educatieve programma's en telefonische screening. Ten tweede is er de regelmatige en snellere evaluatie van de zorgperiodes waardoor zorgperiodes rapper worden afgesloten. Dit heeft te maken met het feit dat alle cgg met een behandelplan werken. Er is ten derde de uitbreiding van de hulpverleningscapaciteit. De minister wijst er daarnaast op dat de Vlaamse Regering sinds 2006 de personeelscapaciteit van de cgg met meer dan 100 vte heeft laten groeien.

Ten vierde wordt meer nadruk gelegd op wachttijd. Ze worden wekelijks per team besproken, en maken deel uit van het evaluatiegesprek van personeelsleden. Ten slotte wordt gebruik gemaakt van methodieken zoals groepstherapie en kortdurende therapie, is er de dienstverlening aan en ondersteuning van de eerste lijn, en wordt de CAPA-methodiek toegepast, een methodiek die time- en personeelsmanagement nastreeft.

Het Rekenhof stelt dat voornamelijk factoren die verbonden zijn aan kinderen en adolescenten de wachttijden verlengen. De wachttijd is langer bij doorverwijzing door onderwijs, door instellingen uit de bijzondere jeugdzorg en bij kindermishandeling. Het huidige project preventiecoaches geestelijke gezondheid (sinds 2009 in het kader van het Vlaamse actieplan suïcidepreventie) heeft onder meer als opdracht de doorverwijzing tussen onderwijs en cgg vlotter te laten verlopen. Ook de middelen die sinds 2008 besteed worden aan 'outreach' van cgg naar bijzondere jeugdzorg, moeten de samenwerking tussen beide vlotter maken. Er zijn de Vlaamse 'outreach'-projecten van OPZ Geel en PC Sleidinge met de gemeenschapinstellingen. Er wordt in 2012 onderzocht hoe deze samenwerking intensiever kan verlopen. Het Rekenhof stelt immers ook vast dat naarmate een cgg meer aan ('outreachende') dienstverleningen doet dit de wachttijd aanzienlijk verkort.

Het aantal projecten waaraan een cgg deelneemt heeft een verlengende invloed op de wachttijd. De minister beaamt dat dit moet worden bijgesteld.

Het Rekenhof stelt verder vast dat het aantal vestigingen van een cgg, de personeelssamenstelling (meer hulpverlening of meer overhead), het aandeel van psychiaters in een cgg en

het percentage van de Vlaamse enveloppe in de totale financiering geen invloed heeft op wachttijden.

Een andere opmerkelijke vaststelling van het Rekenhof is dat naarmate in een werkingsgebied de aanwezigheid van psychiatrische zorgcapaciteit toeneemt, de wachttijd korter wordt. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid dient een volledig overzicht op de financieringsbronnen van de cgg te bewaren. Daartoe moet het agentschap onder andere de subsidielijst van de financiële verslaggeving controleren en actiever gebruiken om de cgg aan te sturen

De minister bevestigt deze opmerking. Als het cgg zich engageert in projecten met financiële steun van andere overheden of van niet-overheidsorganisaties en het gebruikt daarvoor tevens enveloppemiddelen moet het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid hiervan op de hoogte zijn en tevens een regeling voor uitwerken.

Het is raadzaam dat het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid het sjabloon van de voortgangsrapportering zodanig wijzigt dat de verschillende samenwerkingsverbanden duidelijker worden. Op basis daarvan dient het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid de verschillende samenwerkingsverbanden te evalueren en zo nodig bij te sturen.

De minister antwoordt dat er ook indicatoren opgesteld worden op basis van doelstellingen van samenwerking.

Zorginspectie moet haar werkzaamheden organiseren op basis van een risicogedreven en realistische inspectieplanning.

Zorginspectie is ook voorstander van een risicogestuurd toezicht. De resultaten van de reeds uitgevoerde financiële inspecties in de cgg-sector wijzen er echter geenszins op dat er (grote) financiële risico's bestaan in deze sector. Het zou eerder logisch zijn mocht de frequentie van financiële inspecties verlagen.

In 2012 loopt de tweede auditcyclus af in de cgg. Zorginspectie wil de daaropvolgende inspecties in de cgg herdenken waarbij rekening gehouden zal worden met de aanbeveling. Het is sowieso de bedoeling van Zorginspectie om ook in de cgg-sector meer risicogestuurd te werken, en meer aanwezig te zijn in die cgg waar de kwaliteit van de geleverde zorg een aandachtspunt is, en/of te focussen op die aspecten in de werking van cgg waar de grootste verbetering op het vlak van kwaliteit van zorg te verwachten is.

Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en Zorginspectie moeten in hun samenwerkingsovereenkomst de onafhankelijkheid van Zorginspectie maximaal respecteren. Het Rekenhof stelt dat de samenwerkingsovereenkomst tussen Zorginspectie en het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid onvoldoende de functiescheiding respecteert tussen beide, aangezien dit laatste agentschap kan beslissen over de aard van de conclusies van de inspectie.

Beter Bestuurlijk Beleid had als doelstelling een duidelijke functiescheiding door te voeren tussen inspectie enerzijds, en plannen, erkennen en subsidiëren anderzijds. De inspecties en vaststellingen ter plaatse worden uitgevoerd door Zorginspectie. De conclusies uit deze vaststellingen worden genomen door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Om de besliste functiescheiding operationeel te maken werd een samenwerkingsovereenkomst afgesloten tussen beide agentschappen.

De aard van de conclusies, namelijk de kwalificaties van de vaststellingen, wordt bepaald in het referentiekader. Met betrekking tot het referentiekader staat in de samenwerkingsovereenkomst het volgende vermeld: "§6. Zorg en Gezondheid betrekt Inspectie WVG bij het ontwikkelen en het beheer van het referentiekader of het beantwoorden van vragen

met betrekking tot de interpretatie van regels en criteria. De ontwikkeling en het beheer van het referentiekader gebeurt door Zorg en Gezondheid, in overleg met Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Bij twijfel of vragen over de interpretatie van regelgeving of het referentiekader, is Zorg en Gezondheid de eindverantwoordelijke voor het beantwoorden van de vragen en voor de verduidelijkingen. Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin wordt om advies gevraagd en van het definitieve antwoord op de hoogte gesteld.".

Op basis van deze overeenkomst doet Zorginspectie de vaststellingen ter plaatse. Met betrekking tot de kwalificatie en de aard van de vaststelling beperkt Zorginspectie zich tot het formuleren van een voorstel. Op basis van de vaststellingen trekt het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid conclusies voor erkenning, planning en subsidiëring. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid bepaalt de ultieme kwalificatie van de vaststelling en heeft uiteindelijk de beslissingsbevoegdheid over kwalificaties en aard van de conclusies.

Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid doet nooit wijzigingen aan de vaststellingen van Zorginspectie, maar enkel naar de voorgestelde kwalificaties.

Wanneer een cgg geen tevredenheidsmetingen van cliënten organiseert, is dit een non-conformiteit. Het besluit van de Vlaamse Regering houdende uitvoering van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen in de psychiatrische ziekenhuizen en centra voor geestelijke gezondheidszorg stelt namelijk expliciet dat er cliënttevredenheidsmetingen dienen georganiseerd te worden. Als Zorginspectie hier een tekortkoming bij zou stellen, kan het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid deze wijzigen in een non-conformiteit.

Het niet beschikken over een uitgewerkt vormingsbeleid binnen een cgg is een tekortkoming. Deze is immers niet gebaseerd op regelgeving, maar op professionele expertise, ervaring in de sector en vergelijking tussen centra. Als Zorginspectie hier een non-conformiteit van zou maken, kan het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid dit wijzigen in een tekortkoming.

Dit is expliciet bepaald in de samenwerkingsovereenkomst. Beide agentschappen hebben samen de overeenkomst vormgegeven en geven op deze manier invulling aan de functiescheiding. Deze werkwijze wordt ook toegepast in andere sectoren.

Het is aangewezen dat Zorginspectie in de samenvatting of conclusie van de financiële inspectie vastgestelde inbreuken op de (boekhoud)wetgeving, tekortkomingen en aanbevelingen oplijst.

Het financieel toezicht op de voorzieningen heeft als doelstelling te controleren of de subsidies werden aangewend voor het doel waarvoor ze toegekend werden, en ook na te gaan of de financiële toestand dermate slecht is dat de continuïteit van de dienstverlening in het gedrang komt. De minister zegt dat dit toezicht niet enkel wordt gerealiseerd door financiële inspecties ter plaatse, vermits het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid administratief toezicht houdt door de jaarlijkse dossiercontrole.

Er wordt gewerkt aan een cgg-referentiekader met daarin ook een financieel onderdeel. Dit referentiekader voorziet onder andere in een aantal verwachtingen ten aanzien van het financieel beleid, de financiële gezondheid en de interne controle, waardoor de regelgevende basis voor financiële inspecties in deze sector breder wordt. Tekortkomingen aan deze verwachtingen zullen eveneens vermeld worden in het inspectieverslag en de samenvatting.

III. BESPREKING

Mevrouw *Marijke Dillen* zegt dat het Rekenhof in zijn verslag meermaals opmerkt dat het decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg niet wordt toegepast. Ze kan aannemen dat er argumenten zijn om dat niet te doen, maar roept de Vlaamse Regering op grondig te onderzoeken of het decreet niet gewijzigd moet worden.

Uit het antwoord van minister Vandeurzen leidt de spreekster af dat een aantal aanbevelingen in uitvoering is. Ze vraagt een concrete timing zodat Rekenhof en Vlaams Parlement kunnen nagaan hoe de Vlaamse Regering gevolg geeft aan de aanbeveling.

Mevrouw Marijke Dillen is het volmondig eens met de aanbeveling van het Rekenhof om uitbreidingen en projectsubsidies tot een minimum te beperken, en om minimale kwaliteitsnormen op te stellen voor de Zorginspectie.

In zijn antwoord op het verslag van het Rekenhof bevestigt de minister dat de decretaal bepaalde visitatiecommissie nooit is opgericht. De reden die daarvoor wordt aangehaald, vindt mevrouw Marijke Dillen onaanvaardbaar.

De heer *Peter Gysbrechts* gaat eerst in op de opmerkingen over de zorgbehoeftemeting. Volgens minister Vandeurzen moet een kenniscentrum objectieve zorgbehoefteparameters bepalen, maar gezien de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg kan daar beter mee gewacht worden. Artikel 107-projecten bieden zorgaanbieders de gelegenheid om per doelgroep de behoeften na te gaan. Ze kunnen daarvoor een beroep doen op hun kennis van het zorgaanbod en van de problemen die zich voordoen binnen hun regio. De vraag is of deze projecten een behoeftemeting mogelijk maken. De minister geeft zelf aan dat de cgg daartoe niet in staat zijn, wat de spreker doet besluiten dat de federale component van de geestelijke gezondheidszorg deze taak zal moeten uitvoeren. Bovendien zijn niet overal in Vlaanderen artikel 107-projecten opgestart. De heer Peter Gysbrechts twijfelt of de behoeftemeting uitgevoerd zal worden in het kader van artikel 107-projecten. Hij dringt erop aan dit van nabij te volgen want gezien de nakende bevoegdheidsoverdracht, is er wel degelijk behoefte aan.

Het Rekenhof stelt vast dat 22 percent van de personeelsmiddelen naar jongeren gaat. De jongeren zijn goed voor 19,7 percent van de Vlaamse bevolking. Voorts neemt elk cgg deel aan een jongerenproject, of zet het er zelf een op. Slechts vier percent van de personeelsmiddelen gaat naar ouderen, die evenwel 16,9 percent van de populatie uitmaken. Er wordt werk gemaakt van 'outreaching' in rustoorden voor bejaarden en in rust- en verzorgingstehuizen. Aangezien de groep ouderen groter wordt, vraagt de heer Peter Gysbrechts extra aandacht voor deze doelgroep. Men dient zich ook af te vragen of men de thuiswonende ouderen bereikt. Het beleid is er immers op gericht mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen.

Het Rekenhof zoekt in zijn verslag naar verklaringen voor de wachttijden. Volgens de spreker verdient een aantal tendensen nader onderzoek. Zo is het opvallend dat afhankelijk van de problematiek waarmee ze kampen de wachttijd langer wordt voor jongeren, terwijl de wachttijd voor ouderen korter wordt. Deze vaststelling is des te merkwaardiger als de personeelsinzet in rekening wordt gebracht.

De projecten waaraan cgg deelnemen in het kader van artikel 33 van het decreet van 18 mei 1999 houdende de geestelijke gezondheidzorg, verhogen de wachttijden. De heer Peter Gysbrechts vraagt of het aanwenden van regulier personeel voor projecten niet problematisch is, en wil van minister Vandeurzen vernemen hoe hij dat zal aanpakken.

De middelen op de basisallocaties stijgen sneller dan het aantal zorgperiodes en hulpactiviteiten. Het Rekenhof nuanceert deze stelling: door een gebrek aan gegevens over een

voldoende lange periode kan het zich niet uitspreken over de efficiëntie van de subsidiëring. Sedert 2006 financiert de Vlaamse overheid een studie die nagaat in welke mate en hoe de effectiviteit van geestelijke gezondheidszorg gemeten kan worden. Het is volgens het Rekenhof onduidelijk of deze studie voldoende ondersteuning kan bieden voor de driejaarlijkse rapportering. De heer Peter Gysbrechts vraagt naar de stand van zaken en de prijs van de studie, en naar tussentijdse rapporten.

De focus van de inspectie verschuift van de kwaliteit van het systeem naar de kwaliteit van de zorg. Inspectie evolueert daarom naar een audit, die evenwel decretaal bepaalde specifieke kwaliteitsvereisten veronderstelt. Daartoe is in 1998 een consultancyopdracht gestart die nog steeds loopt. De heer Peter Gysbrechts vraagt wie de opdracht uitvoert en de prijs ervan. Hij wil ook tussentijdse resultaten vernemen. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid werkt aan een referentiekader tegen het voorjaar van 2012. De spreker wil vernemen wat de bijdrage is van de consultancyopdracht aan dit referentiekader.

Mevrouw *Helga Stevens* sluit zich aan bij de vraag van de heer Gysbrechts over de objectieve zorgbehoefteparameters. Daarnaast wil ze vernemen hoe het beleid rekening zal houden met de regio's waar geen artikel 107-project loopt. Het is belangrijk dat de behoeften bekend zijn alvorens een beleid wordt bepaald.

De wachttijden evolueren gunstig. De cgg leveren daartoe grote inspanningen door bijvoorbeeld te proberen de juiste cliënten te bereiken. Het is de spreekster niet helemaal duidelijk wat bedoeld wordt met juiste cliënten, en of de cgg uitsluitend voor de zogenaamd juiste cliënten werken. Mevrouw Helga Stevens wil vernemen op welke criteria de cgg zich baseren. Een instelling die met gemeenschapsmiddelen werkt, moet immers voor iedereen toegankelijk zijn. De subsidiëring van de cgg steeg in de periode 2008-2009 sneller dan het aantal zorgperiodes en hulpactiviteiten. De spreekster vraagt een verklaring.

Mevrouw Helga Stevens sluit zich aan bij de opmerkingen van mevrouw Dillen over de decretale verplichting om een visitatiecommissie op te richten. Ze nodigt de minister uit na te denken over andere vormen van toezicht.

De spreeksters staat achter het voornemen om samenwerking te stimuleren tussen cgg en CAW. Daartoe konden de cgg in 2008 een beroep doen op een eenmalige subsidie. Het commissielid wil vernemen hoeveel cgg een samenwerkingsprotocol afgesloten. Ze informeert voorts naar de huidige stand van zaken.

Ten slotte vraagt mevrouw Helga Stevens wanneer het besluit van de Vlaamse Regering over de cliëntenbijdrage in voege zal treden.

Voor mevrouw *Vera Jans* is de essentie van dit verslag dat het decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg nog niet volledig is uitgevoerd. Het Rekenhof heeft als taak na te gaan of de uitvoering van het beleid voldoet aan de principes van goed beheer, namelijk zuinigheid, doeltreffendheid en doelmatigheid. Dit rapport voldoet daaraan maar onderbelicht de dynamiek in de sector. De minister wijst daar ook op in zijn antwoord. De spreekster geeft bij wijze van voorbeeld toe dat een uitvoeringsbesluit dat de cliëntenbijdrage regelt, uitblijft. Daartegenover staat dat alle cgg werken met aangepaste bijdragen per doelgroep.

De wachttijden blijven een probleem. Het Rekenhof geeft aan dat de wachttijd langer wordt naarmate een cgg meer enveloppenfinanciering ontvangt. Mevrouw Vera Jans trekt deze vaststelling niet in twijfel, maar haalt een aantal andere mogelijke oorzaken aan voor de lange wachttijden, zoals het profiel van de zorgvrager en het aantal projecten waaraan een cgg deelneemt.

Nieuwe beleidsinitiatieven starten vaak als een project. De spreekster beaamt dat goede projecten in de problemen raken wanneer de projectsubsidies wegvallen zonder dat er voor structurele financiering is gezorgd.

Het verslag biedt een goed inzicht in de werking, financiering en hiaten van de artikel 107-projecten. In zijn antwoord geeft minister Vandeurzen aan op welke kritische opmerkingen het beleid al is ingegaan. Mevrouw Vera Jans vraagt naar de stand van zaken van de omgevingsanalyse die het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid zelf wil uitvoeren. Volgens het Rekenhof zijn er onvoldoende betrouwbare gegevens om over een lange periode de efficiëntie van de subsidiering te beoordelen. Het Rekenhof stelt voorts vast dat de subsidies in 2009 sneller zijn gestegen dan het aantal zorgperiodes en hulpactiviteiten. Mevrouw Vera Jans vraagt de minister hoe hij dat verklaart.

Minister *Jo Vandeurzen* ziet twee opties voor een decreet dat niet volledig wordt uigevoerd. Het kan worden aangepast of de uitvoerende macht maakt alsnog werk van de uitvoering. Het verslag van het Rekenhof is een aanleiding om het decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg te evalueren en na te gaan welke bepalingen kunnen verdwijnen, aangepast moeten worden of uitgevoerd moeten worden. De minister vraagt zich bijvoorbeeld af of de visitatiecommissie behouden moet blijven. Mogelijks moet werk worden gemaakt van een andere aanpak.

De Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg werkt sedert 2006 aan een tool om de outcome van een cgg te meten. De tool is in 2011 gevalideerd en wordt in 2012 geïmplementeerd.

Het aantal projecten is relatief beperkt. In uitbreidingsrondes is meer rekening gehouden met parameters als het bevolkingsaantal. Het aantal inwoners zegt niets over de zorgbehoefte in een regio, maar is een stap in de richting van meer objectivering.

De wachttijden evolueren gunstig. De cgg zijn sedert 2006 uitgebreid met 100 vte. Er is een aantal factoren dat daarin een rol speelt. Wachttijden zijn korter in cgg die ‘outreachend’ werken. De nabijheid van andere vormen van geestelijke gezondheidszorg is van belang. Voorts valt het op dat de wachttijden onderling sterk verschillen.

De zorgvormen zijn gewijzigd en complexer geworden. Het gaat steeds vaker om ernstige psychiatrische zorg of tweedelijnszorg, die een langdurige behandeling vergen. De cgg werken steeds vaker ‘outreachend’, en staan in voor deskundigheidsbevordering op de eerste lijn. De cgg hebben er met het forensische welzijnswerk en het buddyproject enkele specifieke doelgroepen bij gekregen.

Artikel 9, §3, van het decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg verplicht de cgg extra inspanningen te leveren voor kwetsbare groepen, zoals mensen die het financieel moeilijk hebben. Psychiatrische zorg in onder meer (poliklinieken van) ziekenhuizen valt onder de ziekteverzekering. Psychiaters die ambulante werken, doen dat op basis van een eigen conventie, die ook geldt voor prestaties binnen een cgg. Het werk van psychologen wordt niet terugbetaald door de ziekteverzekering waardoor de cgg in een dubbelzinnige situatie zitten.

De zorgbehoeften kunnen niet uitsluitend op basis van de artikel 107-projecten gemeten worden. Wie een artikel 107-project start, dient weliswaar eerst zijn situatie te analyseren. Op dit ogenblik is er evenwel niet in elke regio zo’n project. Daarnaast is minister Jo Vandeurzen van oordeel dat de behoeftemeting een wetenschappelijke taak is. Hij gaat ervan uit dat Vlaanderen zich zal moeten spiegelen aan het Nederlandse model.

Het referentiekader zal gebaseerd zijn op de bepalingen uit het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen. De besprekingen daarover met de sector zijn vergevorderd.

In 2012 worden de ouderenteams uitgebreid.

Minister Jo Vandeurzen is het eens met de stelling dat de overheadkosten te hoog zijn. Gezien de schaarse middelen en de grote vraag naar aanbod, moet met de sector nagedacht worden over de meest efficiënte aanwending van de middelen. Overheadkosten die een bepaald percentage overschrijden zullen kritisch bekekenen worden. Dergelijk overleg kan niet gevoerd worden op basis van een beperkt aantal cijfers. Er moet immers gezocht naar de onderliggende oorzaken.

In 2008 zijn maatregelen genomen om de samenwerking met de CAW te bevorderen. Elk cgg heeft een samenwerkingsprotocol afgesloten met de sector van het algemeen welzijnswerk. Ook de projecten voor de invoering van de eerstelijnspsychologische functie zijn pas ontvankelijk na afsluiting van een samenwerkingsprotocol.

De regeling voor de cliëntenbijdrage wordt in de komende maanden omgezet in een voorstel van besluit, dat aan de Vlaamse Regering zal worden voorgelegd. Het besluit zal een uniforme regeling invoeren, zoals opgelegd in het decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg.

Tom DEHAENE,
voorzitter

Marijke DILLEN,
verslaggever

Gebruikte afkortingen

CAPA	Choice and Partnership Approach
CAW	centrum algemeen welzijnswerk
cgg	centrum voor geestelijke gezondheidszorg
EFQM	European Foundation for Quality Management
OPZ	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum
PC	psychiatrisch centrum
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
SIS	Sociaal Informatiesysteem
vte	voltijdsequivalent / voltijdequivalent
WVG	Welzijn, Volksgezondheid en Gezin