



Vlaams
Parlement

stuk **37-D** (2011-2012) – Nr. 1
ingediend op 12 januari 2012 (2011-2012)

Verslag

van het Rekenhof

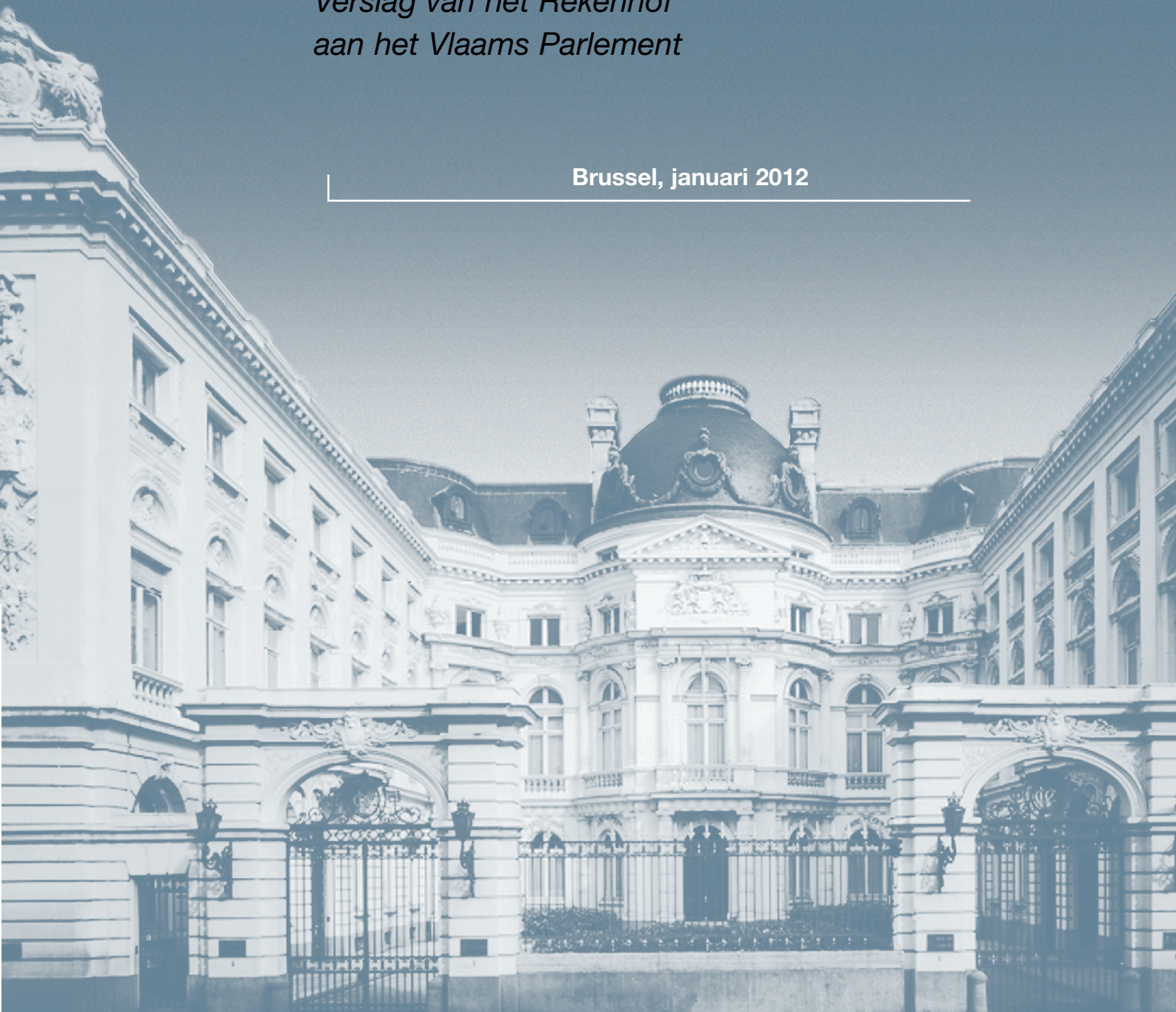
over de centra voor geestelijke gezondheidszorg:
doelgroepenbeleid, financiering en toezicht

R E K E N H O F

Centra voor geestelijke gezondheidszorg: doelgroepenbeleid, financiering en toezicht

*Verslag van het Rekenhof
aan het Vlaams Parlement*

Brussel, januari 2012



REKENHOF

Centra voor geestelijke gezondheidszorg: doelgroepenbeleid, financiering en toezicht

*Verslag van het Rekenhof
aan het Vlaams Parlement*

Goedgekeurd in de
Nederlandse kamer van het Rekenhof
op 10 januari 2012

Inhoud

Afkortingenlijst	5
Samenvatting	6
1 Inleiding	9
1.1 Situering	9
1.1.1 Taakomschrijving	9
1.1.2 Verantwoording en aansturing	10
1.2 Onderzoeksdomein	10
1.3 Methodiek	12
1.4 Structuur van het verslag	12
2 Doelgroepen- en aandachtsbeleid	13
2.1 Inschatting van de zorgbehoeften	13
2.2 Uitvoering van het doelgroepen- en aandachtsbeleid	14
2.2.1 Aandachtsbeleid voor jongeren	15
2.2.2 Aandachtsbeleid voor ouderen	16
2.2.3 Aandachtsbeleid voor sociaal en financieel zwakkeren	17
2.3 Samenwerking	18
2.4 Bereikbaarheid en permanentie	20
2.5 Wachttijden	21
2.5.1 Begripsomschrijving	21
2.5.2 Wachttijden in 2008 en 2009	22
2.5.3 Verklarende factoren voor de wachttijd op cliëntenniveau	24
2.5.4 Verklarende factoren voor de wachttijd op CGG-niveau	26
2.6 Conclusie	28
3 Financiering	30
3.1 Overzicht van de financieringsbronnen	30
3.1.1 Subsidiëring door de Vlaamse overheid: enveloppenfinanciering	31
3.1.2 Subsidiëring door de Vlaamse overheid: uitbreidingen en projectsubsidies	33
3.1.3 Subsidiëring door de Vlaamse overheid: VIPA- subsidies en overige	37
3.1.4 Subsidiëring via derden	37
3.1.5 Cliëntenbijdragen en RIZIV-bijdragen	38
3.1.6 Overige financiële middelen: financiële en uitzonderlijke opbrengsten	38
3.2 Efficiëntie financiering	39
3.3 Conclusie	41
4 Verantwoording en toezicht	43
4.1 Inleiding	43
4.2 Verantwoording door de CGG	43
4.2.1 Voortgangsrapportering aan het VAZG	43
4.2.2 Driejaarlijkse rapportering aan de Vlaamse Regering	46
4.2.3 Financiële verslaggeving aan het VAZG	46

4.3	Kwaliteit van het meet- en registratiesysteem	47
4.3.1	Arcade.....	48
4.3.2	EPD.....	48
4.4	Inspectie van de CGG.....	50
4.4.1	Wettelijke opdracht van de Zorginspectie.....	50
4.4.2	Planning van de inspecties	51
4.4.3	Referentiekader.....	52
4.4.4	Modus operandi van de inspecties	53
4.4.5	Rapportering	53
4.4.6	Opvolging	54
4.5	Conclusie	55
5	Algemene conclusie	56
6	Aanbevelingen	58
7	Antwoord van de Vlaamse minister van Volksgezondheid.....	60
	Bijlage 1: Overzicht van de CGG met hun maatschappelijke zetel.....	62
	Bijlage 2: Regressies van de wachttijden op cliënniveau	63
	Bijlage 3: Regressies van de wachttijden op CGG-niveau	68
	Bijlage 4: Antwoord van de Vlaamse minister van Volksgezondheid....	71

Afkortingenlijst

BVR	Besluit van de Vlaamse Regering
CAW	Centrum voor Algemeen Welzijnswerk
CGG	Centrum voor geestelijke gezondheidszorg
CLB	Centrum voor leerlingenbegeleiding
DSM-IV	Diagnostic and statistical manual for mental disorders, version 4
EFQM	The European Foundation for Quality Management
EPD	Elektronisch Patiënten Dossiersysteem
FDGG	Federatie van Diensten van Geestelijke Gezondheidszorg
FTF	Face-to-face
GGZ-decreet	Decreet betreffende geestelijke gezondheidszorg van 18 mei 1999
KB	Koninklijk besluit
MB	Ministerieel besluit
LOGO	Locoregionaal gezondheidsoverleg en –organisatie
OCMW	Openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn
RIAGG	Regionale Instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
VAD	Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
VAZG	Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid
VDIP	Vroege Detectie en Interventie van Psychose
VIA	Vlaamse Intersectorale Akkoorden
VIF	Variation Inflation FactorAangelegenheden
VIPA	Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden
VTE	Voltijds equivalent
VVGG	Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg
WT_1	Wachttijd tussen aanmelding en eerste FTF-gesprek
WT_2	Wachttijd tussen aanmelding en tweede FTF-gesprek
WT_12	Wachttijd tussen eerste en tweede FTF-gesprek
WVG	Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
WVC	Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Samenvatting

Vlaanderen telt twintig centra voor geestelijke gezondheidszorg. Elk centrum staat binnen zijn territoriaal afgebakend werkingsgebied in voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg. De decreetgever wenste dat de CGG zich profileren als tweedelijnsorganisatie en schoof kinderen en ouderen, alsook sociaal en financieel zwakkere personen als aandachtsgroepen naar voren. De Vlaamse Regering heeft echter nagelaten de decretaal voorziene zorgbehoefteparameters te definiëren waarmee de zorgbehoeften in elk werkingsgebied kunnen worden geschetst. Ook hebben de CGG nog geen systematische omgevingsanalyse gemaakt. Het doelgroepen- en aandachtsbeleid van de CGG is bijgevolg onvoldoende onderbouwd. 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 nl. verscheidene aandachtsgroepen toegevoegd, zonder bijbehorende doelstellingen en indicatoren in die plannen te integreren.

De CGG beschikken voor jongeren over een uitgebreidere basiswerking dan voor ouderen. Dat verschil is ook aanwezig in de initiatieven die de CGG ondernemen om beide aandachtsgroepen te bereiken. Hun acties verschillen sterk in opzet, aantal en participatiegraad. Alle CGG hantieren een verlaagd tarief voor de sociaal en financieel zwakkeren, hoewel de Vlaamse Regering het decretaal opgelegde besluit daartoe nog niet heeft genomen. 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 het VAZG onmogelijk een oordeel te vellen over de inhoudelijke kwaliteit of de efficiëntie van de samenwerkingsverbanden.

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. Die grote verschillen kunnen deels worden verklaard door factoren op CGG-niveau, zoals de schaalgrootte en het aantal dienstverleningen (bv. vorming aan de eerstelijnsactoren). CGG met veel vestigingen, dienstverleningen en behandelde patiënten per jaar kennen kortere wachttijden. Overige psychiatrische zorgcapaciteit in het werkingsgebied van het CGG maakt de wachttijd ook minder lang. De personeelssamenstelling en de mate waarin een CGG zich financiert via niet-enveloppenmiddelen, beïnvloedt 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.

De financiering van de CGG gebeurt grotendeels door de Vlaamse overheid. De enveloppenfinanciering steunt op historische personeelsgegevens, niet op een objectieve inschatting van de zorgbehoeften in

elk werkingsgebied. De laatste jaren zijn er verscheidene uitbreidingen en projectsubsidies toegekend door de Vlaamse overheid op een eerder ad-hocbasis. Die bijkomende subsidiëring is vaak gekoppeld aan specifieke opdrachten, wat de autonomie van de CGG beperkt. CGG mogen middelen uit de enveloppe toewijzen aan projecten die worden gefinancierd door derden, zonder dat daarover duidelijke regels bestaan.

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 meer dan dat het aantal zorgperiodes, hulpactiviteiten of gepresteerde arbeidsuren stijgt.

De CGG verantwoorden hun gevoerde beleid via de jaarlijkse voortgangsrapportering en de financiële rapportering. De decretaal voorziene driejaarlijkse rapportering over de factoren die de geestelijke gezondheid in hun werkingsgebied beïnvloeden, hebben ze nooit opgesteld. Hoewel het sjabloon van de voortgangsrapportering een schematische en adequate verantwoording toelaat, voldoet die rapportering onvoldoende als opvolgingsinstrument. De herhaaldelijke wijziging 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. Ten slotte is het registratiesysteem herhaaldelijk gewijzigd in het laatste decennium. 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 registratiegegevens.

Hoewel het GGZ-decreet van 1999 voorziet in verschillende toezichtstructuren, worden de CGG pas sinds 2005 geïnspecteerd. De decretaal voorziene visitatiecommissie is nooit opgericht. De Vlaamse overheid oefent toezicht uit via de inspecties van het agentschap Zorginspectie. Het agentschap baseert zich niet op een onderbouwde risicoanalyse om de selectie, frequentie en volgorde van de te inspecteren CGG te onderbouwen. De frequentie van de financiële inspecties is 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. Alleen de niet-financiële inspectie leidt tot een olijsting van non-conformiteiten, tekortkomingen of aanbevelingen. De financiële inspecties leiden niet tot dergelijke uitspraken. De samenwerkingsovereenkomst tussen de Zorginspectie en het agentschap VAZG respecteert onvoldoende de functiescheiding tussen beide, aangezien dit laatste agentschap kan beslissen over de aard van de conclusies van de inspectie.

Antwoord van de minister

De Vlaamse minister van Volksgezondheid ging uitgebreid in op verschillende aanbevelingen en vaststellingen van het ontwerpverslag. Zo bevestigde hij dat nog geen objectieve zorgbehoeftenparameters zijn opgesteld. Hij acht dit een taak voor een studiecentrum maar wees erop

dat de invulling van die decretale verplichting op dit moment niet opportuun is, gelet op de huidige hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg.

1 Inleiding

1.1 Situering

De Vlaamse Gemeenschap telt 20 centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG). Die centra stelden in 2010 in totaal 931 VTE te werk en behandelden 52.730 cliënten. Ze hebben de juridische vorm van een vzw of van een vereniging opgericht volgens de artikelen 118-135 van de OCMW-wet uit 1976. De begroting 2011 voorziet voor de CGG in een bedrag van 59,7 miljoen euro. Bijlage 1 bevat een overzicht per provincie van de verschillende CGG met hun maatschappelijke zetel.

1.1.1 Taakomschrijving

Elk centrum staat binnen zijn territoriaal afgebakend werkingsgebied in voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg. In principe kan iedereen – van jong tot oud – met een psychische problematiek een beroep doen op een CGG. De decreetgever¹ wenste echter dat een CGG zich profileert als een tweedelijnsorganisatie. Dat beperkt de doelgroep voornamelijk tot personen met een vrij ernstige psychische problematiek, die zijn doorverwezen vanuit de eerstelijnszorg². Bovendien vraagt de decreetgever binnen die doelgroep bijzondere aandacht voor kinderen, ouderen en sociaal en financieel zwakkere personen.

De verantwoorde zorg die elk CGG moet verstrekken, kent vier aspecten³. Ten eerste moet een potentiële cliënt binnen een redelijke termijn een intakegesprek kunnen hebben met een zorgverlener van het CGG. Ten tweede moet een multidisciplinair team op basis van het intakegesprek een diagnose en indicatiestelling opstellen. Dat team, dat minstens bestaat uit een psychiater, een psycholoog, een agoog en een sociaal assistent, beslist in samenspraak met de cliënt over het behandelingsplan. Ten derde kan de cliënt worden doorverwezen⁴ of binnen het CGG in aanmerking komen voor een ambulante sociaalpsychiatrische of psychotherapeutische behandeling en begeleiding. Daartoe beschikt elk centrum over een team van begeleiders. Ten slotte moet elk CGG ook afspraken maken en onderhouden met de overige actoren binnen de geestelijke gezondheidszorg in zijn werkingsgebied. Die afspraken kunnen zowel gaan over het doorverwijzingbeleid en het delen van expertise als over preventieve acties rond geestelijke gezondheidszorg.

¹ Decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg van 18 mei 1999 (hierna GGZ-decreet).

² Huisartsen, centra voor leerlingenbegeleiding (CLB), enz.

³ Artikel 2, artikel 4, artikel 7, artikel 9, §1, en artikel 32, §3, van het GGZ-decreet.

⁴ Dat kan zowel naar de eerstelijnszorg zijn als naar de derdelijnszorg (residentiële psychiatrie).

1.1.2 Verantwoording en aansturing

Elk CGG sluit met de Vlaamse minister voor Volksgezondheid een driejaarlijkse overeenkomst af. De overeenkomst bestaat uit twee delen: het beleidsplan en de bepaling van de subsidie-enveloppe. Het beleidsplan omschrijft de algemene en specifieke doelstellingen, evenals de prestaties en de resultaten waartoe het CGG zich verbindt. De subsidie-enveloppe is onderverdeeld in een subsidie voor de personeelskosten en voor de werkingskosten.

Net zoals de vorige generaties overeenkomsten, bepalen de overeenkomsten 2009-2011 dat elk CGG een jaarlijks voortgangsrapport moet opstellen. Dat rapport beschrijft de stand van zaken betreffende de uitvoering van de overeenkomst. Daarnaast vraagt het GGZ-decreet dat een CGG driejaarlijks aan de Vlaamse Regering de factoren meldt die op systematische wijze de geestelijke gezondheid beïnvloeden in zijn werkingsgebied. Daarvoor kan een CGG zich deels baseren op de geanonimiseerde gegevens van de cliëntenpopulatie uit het Elektronisch Patiënten Dossiersysteem (EPD). Elk CGG moet jaarlijks ook een financieel verslag opstellen met daarin o.a. een lijst van alle ontvangen subsidies, de subsidieverleners en het doel van die subsidies. Op basis van die rapporteringen stuurt het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (VAZG) de CGG aan.

Het agentschap Zorginspectie houdt toezicht op de CGG. Het agentschap gaat na of de CGG functioneren in overeenstemming met de geldende normen. Daarnaast voorziet het GGZ-decreet in een zesjaarlijkse doorlichting van de CGG door een visitatiecommissie, bestaande uit ambtenaren en externe deskundigen.

1.2 Onderzoeksdomein

In 1996 heeft de Inspectie van Financiën op vraag van de Vlaamse minister van Financiën een begrotingsonderzoek uitgevoerd naar de algemene werking, het beheer en de financiële situatie van de CGG⁵. Daarvoor heeft de inspectie een steekproef van 20 CGG genomen uit de toen nog 84 centra. Uit het onderzoek kwamen enkele problemen naar voren:

- De overheid stelde geen voorwaarden aan de aard of ernst van de psychische problematiek, noch aan de socio-economische situatie van de hulpvrager.
- De subsidieregeling steunde op het personeelsbestand en hield geen rekening met de prestaties van een CGG.
- Veel centra hadden niet de kritische massa om op professionele wijze te werken.

⁵ P. VAN SPRUNDEL en W. PALINGS, *De centra voor geestelijke gezondheidszorg. Rapport van de begrotingsenquête uitgevoerd door de Inspectie van Financiën*, Brussel, januari 1997.

Met die opmerkingen is in 1999 rekening gehouden in het GGZ-decreet. 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 initiatiefnemers 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 20 centra. Daardoor zouden de hulpverleners minder tijd moeten besteden aan niet-cliëntgebonden activiteiten.

In 2004 heeft het Rekenhof een audit uitgevoerd over de afstemming van het zorgaanbod op de Vlaamse beleidsdoelstellingen⁶. Daarin werd de kwaliteit van de doelstellingen doorheen de beleidscyclus onderzocht binnen zes beleidsvelden van Welzijn en Volksgezondheid. De audit onderzocht ook hoe groot de begrotingsbudgetten waren en hoeveel percent daarvan was aangewend. Ten slotte probeerde het Rekenhof na te gaan of de beleidsdoelstellingen waren gerealiseerd, maar voor de GGZ-sector bleek dat onmogelijk bij gebrek aan een degelijk registratiesysteem. Naar aanleiding daarvan heeft de Vlaamse administratie een meet- en registratiesysteem ontwikkeld binnen de CGG, dat later is vervangen door het EPD.

Mede op basis van de EPD-cijfergegevens ging het Rekenhof in het huidige onderzoek na of de wijzigingen door het GGZ-decreet doelmatig zijn geweest. De onderzoeksvragen luiden:

- Is de doelgroepenbepaling voor de CGG onderbouwd en wordt een effectief doelgroepen- en aandachtsbeleid gevoerd?
- Is de financiering van de CGG transparant en is ze afgestemd op de beoogde resultaten?
- Organiseert de Vlaamse overheid een kwaliteitsvol toezicht op het bestuurlijk beheer en de inhoudelijke werking van de CGG?

Het onderzoek is op 20 juli 2010 aangekondigd bij de voorzitter van het Vlaams Parlement, de Vlaamse minister van Volksgezondheid, de secretaris-generaal van het departement WVG, de waarnemend administrateur-generaal van het agentschap Zorginspectie en de administrateur-generaal van het VAZG. Op 19 juli 2011 bezorgde het Rekenhof het voorontwerp van verslag aan het VAZG, het agentschap Zorginspectie en het departement WVG. Het Rekenhof ontving een gezamenlijk antwoord van het VAZG en het agentschap Zorginspectie op 9 september 2011. Na verwerking van hun reactie heeft het Rekenhof op 25 oktober 2011 het ontwerp van verslag voorgelegd aan de Vlaamse minister van Volksgezondheid. De minister antwoordde op 25 november 2011. Zijn antwoord is integraal opgenomen in de bijlage 4.

⁶ *Afstemming van het zorgaanbod op de Vlaamse beleidsdoelstellingen*. Stuk 37-A (2004-2005) – Nr. 1, 3 januari 2005.

1.3 Methodiek

Het Rekenhof heeft zijn onderzoek uitgevoerd in het najaar van 2010 en het voorjaar van 2011. Het gebruikte normenkader steunt op het GGZ-decreet, de bijbehorende uitvoeringsbesluiten, het decreet betreffende de kwaliteit in de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen van 17 oktober 2003 en het besluit van de Vlaamse Regering van 26 maart 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap Zorginspectie. In bijkomende orde hield het Rekenhof rekening met de bepalingen uit de overeenkomsten 2006-2008 en 2009-2011, alsook met de relevante literatuur.

Steunend op dat normenkader heeft het Rekenhof de benodigde documenten geanalyseerd, bijvoorbeeld de overeenkomsten, rapporteringen en interne verslagen. Daarnaast heeft het Rekenhof het agentschap Zorginspectie, het VAZG, vijf CGG⁷ en het departement WVG geïnterviewd. Mede op basis van de beschikbare data uit het EPD heeft het Rekenhof verschillende regressieanalyses uitgevoerd. Daardoor is het mogelijk om een inleidend inzicht te krijgen in de determinanten van de wachttijden.

1.4 Structuur van het verslag

Hoofdstuk 2 van dit verslag analyseert het doelgroepen- en aandachtsbeleid van de CGG, met specifieke aandacht voor de wachttijden. Hoofdstuk 3 onderzoekt de financiering van de CGG en gaat na in welke mate de financiering efficiënt is. Hoofdstuk 4 bespreekt de verantwoording door en het toezicht op de CGG. Hoofdstukken 5 en 6 bevatten de algemene conclusies en aanbevelingen. Hoofdstuk 7 vat ten slotte de reactie van de minister samen.

⁷ Het Rekenhof heeft aselect één CGG per provincie geselecteerd: Ahasverus, De 3 Stromen, Largo, LITP en Vagga.

2 Doelgroepen- en aandachtsbeleid

2.1 Inschatting van de zorgbehoeften

Het voorkomen van psychische stoornissen wordt beïnvloed door verschillende factoren⁸, zoals leeftijd, echtelijke status, werkloosheid en stadsgrootte. Daarnaast blijkt de buurt waarin mensen wonen, een significante invloed te hebben op de geestelijke gezondheid⁹. Die factoren variëren in elk werkingsgebied van een CGG en zijn medebepalend voor de zorgverleningcapaciteit waarin de overheid moet voorzien, wil ze de beoogde doelgroep bereiken.

Het GGZ-decreet van 1999¹⁰ bepaalt dat de Vlaamse Regering de parameters moet bepalen om de zorgbehoeften in elk werkingsgebied te detecteren. Op die manier kan de gesubsidieerde zorgverleningcapaciteit op een evenwichtige en objectieve basis worden verdeeld. In tegenstelling tot in sommige andere sectoren¹¹, is dat in de GGZ-sector nog niet gebeurd. Het Rekenhof merkte dat al op in zijn audit uit 2004¹². Volgens het departement WVG ontbreken daarvoor de nodige epidemiologische gegevens. Door geldgebrek zijn er geen wetenschappelijke studies bij het Steunpunt WVG besteld en buitenlandse wetenschappelijke studies worden als onvoldoende betrouwbaar beschouwd. In hun antwoord op het voorontwerp en ontwerp van verslag bevestigden het VAZG en de minister dat de opdracht aan een kenniscentrum zou moeten worden toegekend. Zij achten een dergelijke omvattende studie momenteel evenwel niet zinvol wegens de op til staande hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg.

Om de zorgbehoefteparameters adequaat te kunnen bepalen, moeten ook de CGG een bijdrage leveren. Volgens het GGZ-decreet¹³ dienen zij driejaarlijks informatie te verstrekken aan de regering over de factoren die op systematische wijze de geestelijke gezondheid van de bevolking in hun werkingsgebied beïnvloeden. Tot nu toe is dat niet gebeurd¹⁴.

⁸ Bruffaerts, R., Bonnewyn, A. & Demyttenaere, K. (2008). *Mental Health in Belgium: Current situation and Future perspectives*. In Kesler RC & Üstün TB (Eds.). *The World mental Health Survey Initiative Volume One: Patterns of mental illness in the WMH Surveys* (279-304). New York: Cambridge University Press.

⁹ Kawachi, I., Kennedy, B.P. & Glass, R. (1999). *Social capital and self-rated health: a contextual analysis*. *American Journal of Public Health*, 89(8), 1187-1193.

¹⁰ Artikel 28.

¹¹ Infrastructuursubsidies voor algemene ziekenhuizen en voorzieningen in de bijzondere jeugdbijstand, ouderen- en thuiszorg steunen op zorgstrategische plannen. Die plannen bevatten o.a. een uitgebreide omgevingsanalyse en een projectie van de zorgbehoeften en het beschikbare zorgaanbod. Tegelijkertijd zijn de programmacyfers voor de woonzorgcentra rechtstreeks gekoppeld aan de doelgroep.

¹² *Afstemming van het zorgaanbod op de Vlaamse beleidsdoelstellingen*. Stuk 37-A (2004-2005) – Nr. 1, 3 januari 2005.

¹³ Artikel 15.

¹⁴ Zie ook 4.2.2.

Bovendien moeten zij volgens de overeenkomsten 2009-2011 een omgevingsanalyse uitvoeren. Die analyse geeft een inzicht in de vraag- en aanbodkenmerken van de geestelijke gezondheidszorg in het betrokken werkingsgebied, waardoor het doelgroepen- en aandachtsbeleid concreet wordt gemaakt. Dat helpt om de zorgbehoeften in het werkingsgebied beter te kenschetsen. Tot nu toe is dat niet systematisch gebeurd. Volgens sommige geïnterviewde CGG is het onvoldoende duidelijk wat de Vlaamse overheid precies bedoelt met een omgevingsanalyse. Zo is er geen sjabloon beschikbaar. Bovendien beschikt de Vlaamse overheid zelf al over verschillende gegevens die nodig zijn voor een omgevingsanalyse. Het agentschap VAZG denkt er dan ook aan zelf een omgevingsanalyse te maken voor de overeenkomsten 2012-2014.

Voor zover het Rekenhof heeft kunnen nagaan, is alleen bij het project *Vroegdetectie, diagnose, toeleiding naar en behandeling van jongvolwassenen met schizofrene psychose*¹⁵ getracht uit te gaan van een objectieve inschatting van de zorgbehoeften. De middelen voor het project zijn berekend om 20% van de psychoses in een werkingsgebied te kunnen behandelen. Het project is nu opgestart in zes CGG. Bij de verdeling van de middelen houdt het VAZG rekening met de relatieve zorgsterkte aanwezig in het werkingsgebied, de kenmerken van de bevolking en epidemiologische gegevens. Concreet krijgt een CGG meer geld als zijn werkingsgebied veel allochtonen telt, als het geconfronteerd wordt met een grootstedelijke problematiek of als zijn werkingsgebied relatief weinig andere geestelijke gezondheidsactoren kent. De trekker van het project, het CGG Ahasverus, is zich ervan bewust dat die verdeelsleutel onvoldoende wetenschappelijk is onderbouwd.

2.2 Uitvoering van het doelgroepen- en aandachtsbeleid

Uit bevolkingstudies blijkt dat ongeveer 11% van de Belgische bevolking op jaarbasis een psychische stoornis heeft¹⁶. Niet iedereen met een psychische stoornis komt echter in aanmerking om behandeld te worden in een CGG. De decreetgever definieert de doelgroep van een CGG als personen met ofwel een ernstig geestelijke gezondheidsprobleem, ofwel een geestelijk gezondheidsprobleem met een ernstig risico op chroniciteit. Op die manier worden de CGG gepositioneerd als tweedelijsorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg. Personen met lichtere klachten die van eerder voorbijgaande aard zijn, kunnen terecht in de eerstelijnszorg. De derdelijnszorg behandelt mensen met ernstige psychische problemen in een (semi)residentieel kader.

¹⁵ VR 2008 0512 DOC.1374.

¹⁶ De European Study of the Epidemiology of Mental Disorders is een Europees epidemiologisch onderzoek dat deel uitmaakt van de World Mental Health Surveys die worden gecoördineerd door Harvard University en de Wereldgezondheidsorganisatie. Een psychische stoornis wordt daarin gedefinieerd als voorkomend in de DSM-IV standaard.

Binnen de afgebakende doelgroep moet elk CGG uitdrukkelijk aandacht schenken aan drie aandachtsgroepen: kinderen (<18 jaar), ouderen (>65 jaar) en sociaal en financieel zwakkere personen. De beleidsplannen, die deel uitmaken van de overeenkomsten tussen de Vlaamse overheid en de CGG, vertalen die aandacht in een aantal indicatoren met bijbehorende streefdoelen en acties om de streefdoelen te bereiken. De CGG rapporteren daarover in de voortgangsrapportering¹⁷.

Daarnaast laat het GGZ-decreet¹⁸ toe dat de Vlaamse Regering bijkomende aandachtsgroepen definieert. Via beslissingen van de Vlaamse Regering, ministeriële besluiten of omzendbrieven heeft de Vlaamse overheid in de loop der jaren herhaaldelijk bijkomende aandachtsgroepen gedefinieerd¹⁹, zonder daarvoor specifieke indicatoren of doelstellingen in de beleidsplannen op te nemen. De CGG rapporteren daarover in de voortgangsrapportering of in afzonderlijke rapporteringen²⁰. De minister en het VAZG stelden dat de beleidsplannen 2012-2014 wel alle nieuwe aandachtsgroepen zullen omvatten.

Het gevoerde beleid rond de drie decretale aandachtsgroepen wordt hieronder besproken.

2.2.1 Aandachtsbeleid voor jongeren

Alle CGG beschikken over een basiswerking met specifiek therapeutisch personeel voor jongeren. Het merendeel van de centra heeft problemen met het vinden van voldoende kinderpsychiaters²¹. Uit de voortgangsrapportering 2009 blijkt dat 22% van de personeelsmiddelen worden ingezet voor de aandachtsgroep jongeren, terwijl die groep maar 19,7% van de totale populatie van het Vlaams Gewest uitmaakt²².

De beleidsplannen van alle twintig CGG vermelden concrete en specifieke acties om de jongeren te bereiken. Die acties zijn bijna altijd gelieerd aan projecten, dienstverleningen²³ of samenwerkingsverbanden.

Zestien van de twintig CGG hebben één of meer projecten lopen om de aandachtsgroep jongeren te bereiken. Tussen de CGG onderling ver-

¹⁷ Zie ook 4.2.1.

¹⁸ Artikel 9, §2.

¹⁹ O.a. etnisch-culturele minderheden, vluchtelingen en mensen met een precair verblijfsstatuut, gedetineerden en geïnterneerden, verslaafden, verstandelijk gehandicapten.

²⁰ Zolang de bijkomende middelen in het kader van een uitbreiding of project nog niet opgenomen zijn in de enveloppe (zie hoofdstuk 4)

²¹ Enkel de CGG VAGGA, Andante en VBO kregen daarover geen opmerking in hun feedbackbrief (zie 4.2).

²² Voor CGG Brussel: 22% voor het Brussels Hoofdstedelijk gewest (bron: Studiedienst Vlaamse Regering).

²³ Dienstverleningen zijn (kleinere) doorlopende activiteiten die zijn gericht naar of plaatsvinden in andere entiteiten, zoals stagebegeleiding, vormingssessies, informatieverstrekking, outreaching, coaching, enz.

schillen de beschreven projecten aanzienlijk in opzet, aantal en participatiegraad.

- De opzet varieert van nascholing voor leerkrachten tot begeleiding van slachtoffers van intrafamiliaal seksueel misbruik²⁴. De projecten waarvan de thematiek door diverse CGG tegelijk wordt ondersteund, zijn schaars. Het samenwerkingsproject KOPP/KOAP (*Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problematiek/Kinderen van Ouders met AfhankelijkheidsProblematiek*) is daarvan een voorbeeld²⁵.
- Het aantal beschreven projecten varieert tussen één en vier per CGG.
- De mate waarin de CGG in projecten participeren, is divers. Een CGG kan projecthouder of coördinator van een project zijn. Het kan participeren in stuur- of werkgroepen van overlegplatforms of zich beperken tot zorgoverleg over eigen cliënten of sommige externe cliënten.

Alle CGG doen aan dienstverlening op het gebied van jongerenbeleid of hebben een samenwerkingsverband (zie 2.3) met actoren uit de jongerenzorg. Opvallend is dat ook op dat vlak een grote diversiteit bestaat tussen de CGG onderling. Een beperkt aantal acties wordt gemeenschappelijk uitgevoerd. Zo beschrijven negentien CGG²⁶ hun samenwerking betreffende de netwerken Integrale Jeugdhulp. Ze participeren ook allemaal in een provinciale overlegstructuur voor jongeren.

Ten slotte zijn acht CGG actief in één of meer therapeutische projecten. Die federale projecten willen cliënten een continu zorgtraject aanbieden door geïntensifieerd overleg tussen alle betrokken actoren. In dat opzicht zorgen de projecten in principe niet voor extra therapeutisch aanbod voor jongeren in de CGG.

2.2.2 Aandachtsbeleid voor ouderen

Hoewel ze daartoe decretaal zijn verplicht, beschikken twee CGG niet over een basiswerking met specifiek therapeutisch personeel voor ouderen²⁷. Bij vier andere CGG bestaat de basiswerking uit minder dan één VTE. De voortgangsrapportering 2009 leert dat maar ongeveer 4% van de personeelsmiddelen worden ingezet voor de aandachtsgroep ouderen, terwijl 65-plussers 16,9% van de totale populatie van het Vlaams

²⁴ Andere voorbeelden: projecten gericht naar preventieve therapeutische interventie bij moeders en hun baby, naar kinderen die getuige/medeslachtoffer zijn van partnergeweld, naar kinderen die opgroeien in kansarme gezinnen, naar probleemgedrag op school, naar opvoedingsondersteuning, enz.

²⁵ CGG Waas en Dender, CGG Mandel en Leie, CGG Vlaams-Brabant Oost, CGG Ahasverus, CGG Andante en CGG Eclipse.

²⁶ CGG Mandel en Leie niet.

²⁷ De werking rond ouderen van CGG Largo en CGG Prisma is opgenomen in de volwassenenwerking.

Gewest uitmaken²⁸. Uit de interviews met de CGG blijkt dat verschillende CGG de aandachtsgroep ouderen niet volledig loskoppelen van de reguliere volwassenenwerking. In die zin dient de bovenstaande onderbezetting te worden genuanceerd.

Het aantal acties naar ouderen is beperkter in omvang en aard dan de acties rond minderjarigen. Het agentschap VAZG is door de voortgangsrapportering op de hoogte van de situatie, maar zijn reactie is beperkt. In de feedbackbrieven²⁹ vraagt het te blijven investeren in het bereik van de doelgroep ouderen of vermeldt het dat de doelgroep ouderen blijven de aandacht verdient. De laatste jaren hebben de CGG vooral outreachingprojecten ondernomen³⁰: projecten die de Vlaamse minister van Volksgezondheid heeft ingevoerd om de ouderen in de residentiële ouderenvoorzieningen op te zoeken. In 2006 werd gestart met projecten bij negen CGG en in 2008 werd dat aantal verder uitgebreid. Uit de voortgangsrapportering blijkt dat in 2009 vijftien CGG aan outreaching doen³¹. Bij drie van die vijftien CGG zit de outreaching nog in de opstartfase³².

Het Rekenhof stelde vast dat twee CGG³³ geen specifieke acties naar de aandachtsgroep ouderen ondernamen. Hoewel dat niet noodzakelijk betekent dat die CGG de ouderen niet bereiken, beschouwt het Rekenhof dat als een tekortkoming. In antwoord op het voorontwerp van verslag deed het VAZG mee dat beide CGG intussen wel acties voor de doelgroep ouderen ondernemen.

2.2.3 Aandachtsbeleid voor sociaal en financieel zwakkeren

Een CGG dient uitdrukkelijk aandacht te schenken aan sociaal en financieel zwakkere personen. Volgens artikel 18 van het GGZ-decreet moet de regering de bestemming en de modaliteiten van de cliëntenbijdrage vastleggen, onder meer naargelang het inkomen, de gezinssituatie, de intensiteit en de chroniciteit van de zorgbehoefte. Tot nu toe is dat niet gebeurd. Wel vermeldt het *beleidsplan geestelijke gezondheidszorg Vlaanderen* van november 2010 als actiepunten dat daartoe een ministerieel besluit moet worden opgesteld. Volgens de administratie zal dat toekomstige besluit vertrekken van een uniform tarief voor alle CGG-clienten dat steunt op het remgeld voor een psychiatrische consultatie

²⁸ Voor CGG Brussel: 13,4% in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (bron: Studiedienst van de Vlaamse Regering).

²⁹ Zie hoofdstuk 4.

³⁰ Acht CGG zijn daarnaast betrokken bij therapeutische projecten.

³¹ Vijf CGG doen dat niet: CGG VAGGA, Eclips, De 3 Stromen, De Kempen en Andante. Andante was nochtans een van de CGG die in 2006 betrokken waren bij de eerste projecten.

³² CGG Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg (VGGZ), CGG Noord-West-Vlaanderen en Mandel en Leie. Het CGG VGGZ heeft afgesproken dat het andere CGG in zijn werkingsgebied de outreachende activiteiten op zich zou nemen.

³³ CGG De Kempen en CGG Andante.

(15 euro). Cliënten die een speciaal RIZIV statuut hebben, komen in aanmerking voor een vermindering tot 3 euro. In zijn reactie op het ontwerp van verslag deelde de minister mee dat het ontwerp van BVR en MB op korte termijn zal worden voorgelegd aan de inspecteur van Financiën en de Vlaamse Regering³⁴.

Voorlopig baseert de sector zich grotendeels op een gedragscode uit 1994³⁵. Daarin krijgt elk CGG de autonomie om op basis van eigen inzichten te beslissen over de cliëntenbijdrage, rekening houdend met enkele randvoorwaarden:

- Het remgeld voor een psychiatrische raadpleging moet gelden als niet te overschrijden maximumtarief voor een niet-medische consultatie.
- Een kosteloze hulpverlening moet tot de mogelijkheden behoren.
- De regeling die in een CGG geldt voor de inning van bijdragen moet volledig, duidelijk en vóór de aanvang van de behandeling worden bekendgemaakt aan iedereen die op het CGG een beroep doet.

Uit de inspectieverslagen en de rapporteringen door de CGG bleek dat de CGG de gedragscode volgen. Alle CGG houden rekening met de financiële draagkracht van hun cliënten, waarbij de tarieven variëren van minimaal 0 euro en maximaal 15 euro voor een niet-medische consultatie. In één CGG³⁶ worden nooit cliëntenbijdragen gevraagd. Voor de psychiatrische consultaties hanteren alle CGG de geldende RIZIV-tarieven volgens het derdebetalersysteem³⁷. Opvallend is dat bij de helft van de CGG de beslissing om een verminderd tarief toe te kennen, steunt op het inzicht van het begeleidende team of de therapeut. De cliënt moet geen officiële bewijsstukken voorleggen. Daarnaast proberen vijf CGG bijkomend therapeutisch aanbod vrij te maken voor de sociaal en financieel zwakkeren door kapitaalkrachtigere cliënten door te sturen naar privétherapeuten³⁸. Geen enkel CGG voert een beleid waarbij sociaal en financieel zwakkeren automatisch voorrang krijgen.

2.3 Samenwerking

Een verantwoord doelgroepen- en aandachtsbeleid is mogelijk als een CGG als tweedelijnsorganisatie op een adequate wijze samenwerkt met

³⁴ Het VAZG had eerder in haar reactie op het voorontwerp van verslag gesproken van het najaar 2011.

³⁵ Gedragscode m.b.t. vragen van financiële bijdragen aan cliënten voor niet-medische prestaties in de CGG, zoals goedgekeurd door de raad van beheer van het samenwerkingsplatform FDGG-VMSI (Verbond der Medisch-Sociale Instellingen) op 28 februari 1994.

³⁶ CGG Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg.

³⁷ De financiële verslaggeving van het CGG Mandel en Leie vermeldt nochtans geen RIZIV-inkomsten.

³⁸ CGG ZOV, Passant, Largo, Eclips en Andante.

de eerstelijns- en derdelijnszorg op het vlak van behandeling³⁹. Op die manier verloopt het therapeutisch traject van een cliënt continu.

Ten eerste schrijft het GGZ-decreet voor dat CGG samenwerken met de verwijzers en met de eerstelijnswelzijns- en gezondheidsactoren in hun werkingsgebied⁴⁰. Tot nu toe heeft de Vlaamse Regering daartoe nog geen kaderprotocollen opgesteld. Wel heeft de Vlaamse Regering in 2008 via drie omzendbrieven extra samenwerking gevraagd met de voorzieningen uit de bijzondere jeugdzorg, met de actoren op het terrein van de Vlaamse hulp- en dienstverlening aan gedetineerden, met de justitiële actoren en met de woonzorgcentra. In 2008 heeft de Vlaamse Regering in een eenmalige subsidie van 700.000 euro voorzien om de samenwerking tussen de CGG en de CAW te verbeteren en te consolideren. Daarnaast kunnen CGG zelf bepalen om samenwerkingsinitiatieven te nemen, wat ze ruimschoots hebben gedaan. Zo nemen CGG deel aan verschillende overlegstructuren, aan lokale, provinciale of intersectorale samenwerkingsverbanden en werken ze op individuele basis samen met residentiële voorzieningen uit de geestelijke gezondheidszorg of met andere voorzieningen⁴¹. Zoals al bleek uit het gevoerde aandachtsbeleid voor jongeren en ouderen (zie 2.2.1 en 2.2.2), zijn de samenwerkingsverbanden niet uniform voor de diverse CGG. Elk CGG bepaalt zelf welk initiatief het neemt en hoe ver het erin gaat. Het VAZG wordt daarover alleen geïnformeerd in de voortgangsrapportering. Die rapportering maakt het niet mogelijk een inhoudelijk oordeel te vellen over de kwaliteit, de efficiëntie of het nut van elk samenwerkingsverband. Het VAZG oordeelt in zijn evaluaties alleen over de globale omvang van de samenwerkingsverbanden, niet over de inhoud.

Ten tweede voorziet het GGZ-decreet in een samenwerkingsverband tussen de CGG en de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)⁴². Die samenwerking moet de effectiviteit, uniformiteit en professionaliteit van de aanpak van de drugproblematiek vrijwaren. Op 20 maart 2008 hebben elf CGG het samenwerkingsprotocol *Alcohol- en andere Drugpreventie Vlaamse Overheid, CGG preventiewerk en VAD* mee ondertekend⁴³. Het protocol werd afgesloten in het natraject van de gezondheidsconferentie over tabak, alcohol en drugs van december 2006 en voorziet in de begeleiding en ondersteuning door de VAD van het CGG-preventiewerk.

³⁹ Daarnaast moet een CGG samenwerkingsakkoorden met LOGO's afsluiten in het kader van secundaire en tertiaire preventie. Uit de inspectieverslagen van de Zorginspectie blijkt dat die samenwerking goed loopt, maar in enkele gevallen niet zoals gewenst.

⁴⁰ Artikel 4, artikel 7, §4 en artikel 9, §1.

⁴¹ Bv. CLB, kinderdagverblijven, vertrouwenscentra kindermishandeling, wijkgezondheidscentra, voorzieningen VAPH, thuiszorgdiensten, woonzorgcentra, enz.

⁴² Artikel 9, §3.

⁴³ Die elf CGG omvatten het volledige grondgebied van de Vlaamse Gemeenschap.

Ten slotte bepaalt het GGZ-decreet dat elk CGG moet functioneren in een psychiatrisch netwerk⁴⁴. Dat is algemeen geformuleerd als een functionele samenwerking tussen juridisch onafhankelijke voorzieningen in de psychiatrische zorg om coherente zorgprogramma's te creëren. Door die decretale bepaling kunnen CGG participeren in de federale samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten uit de tweede en derde lijn⁴⁵. Die verbanden zijn geformaliseerd als een feitelijke vereniging of een vzw. De betrokken partners overleggen geregeld over de taakverdeling, het opname-, ontslag- en doorverwijzingsbeleid en de samenwerking met derden. Op dit moment zijn er zes van dergelijke overlegplatforms actief in de Vlaamse Gemeenschap, één voor elke provincie en voor Brussel. Alle CGG participeren in de federale samenwerkingsverbanden. De vraag naar de waarde of resultaten van de overlegstructuren is moeilijk te beantwoorden. Op de websites van de overlegplatforms zijn geen teksten of verslagen geplaatst. Een diepgaandere vorm van samenwerking is geïnitieerd door de interministeriële conferentie Volksgezondheid op 28 september 2009⁴⁶. Alle ministers bevoegd voor volksgezondheid, gezondheidsbeleid en sociale zaken hebben toen beslist over te gaan tot de implementatie van artikel 107 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen⁴⁷. Dat artikel wil komen tot de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken om zo de zorgcontinuïteit te verzekeren. Eind 2010 zijn achttien projectvoorstellen goedgekeurd voor een totaalbedrag van 6,5 miljoen euro. In Vlaanderen zijn tien voorstellen goedgekeurd voor een totaalbedrag van 3,5 miljoen euro.

2.4 Bereikbaarheid en permanentie

Naast een goede samenwerking is een vlotte bereikbaarheid van de CGG noodzakelijk om een doelmatig doelgroepenbeleid te voeren⁴⁸. Buiten de kantooruren moet een CGG mogelijke cliënten via zijn antwoordapparaat doorverwijzen naar Tele-Onthaal en naar een huisarts⁴⁹.

⁴⁴ Artikel 2, 4° en 9, §1, 5°.

⁴⁵ KB van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten. In de samenwerkingsverbanden zitten de psychiatrische ziekenhuizen en verzorgingstehuizen, de psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen, de CGG, de inrichtende machten van de initiatieven beschut wonen en de voorzieningen met een RIZIV-conventie om een specifiek aanbod in de geestelijke gezondheidszorg te organiseren.

⁴⁶ Als verdere uitwerking van de gemeenschappelijke verklaring van 24 juni 2002 betreffende de toekomst van de geestelijke gezondheidszorg waarop alle bevoegde ministers stelden dat samenwerking essentieel is om te komen tot een degelijk globaal vraaggericht zorgaanbod.

⁴⁷ *De Koning kan in specifieke financieringswijzen voorzien om, op experimentele basis en beperkt in de tijd, een prospectieve en programmeergerichte financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken.*

⁴⁸ Artikel 16 van het GGZ-decreet en artikel 9 van de overeenkomsten 2009-2011 tussen de Vlaamse Gemeenschap en de CGG.

⁴⁹ Artikel 9 van de overeenkomsten 2009-2011 tussen de Vlaamse Regering en de CGG.

Het Rekenhof heeft vastgesteld dat bij drie van de twintig geselecteerde CGG-vestigingen op een zondagavond geen antwoordapparaat was ingesteld. Van de overige CGG verwezen twee CGG noch naar Tele-Onthaal noch naar de huisarts, drie niet naar Tele-Onthaal en één verwees niet naar de huisarts. Daarnaast moeten de CGG volgens de overeenkomsten minstens eenmaal per week open zijn tot 20 uur. Naargelang de behoeften van de doelgroep moeten de centra ook voldoende bereikbaar zijn buiten de kantooruren in alle vestigingen. Daarover vermelden twaalf CGG niets op hun website.

Buiten de opgelegde bereikbaarheid kunnen de websites van de CGG helpen om de juiste cliënten te selecteren en vragen op te vangen van zowel cliënten, familie als hulpverleners⁵⁰. Cliënten die eerder thuishoren in de eerstelijnszorg kunnen worden georiënteerd naar de betrokken voorzieningen, zoals Tele-Onthaal, de zelfmoordlijn, CAW, enz. Idealiter bevat de website ook een beveiligde omgeving waarin een mogelijke cliënt op voorhand een algemene vragenlijst kan invullen, zodat het intakegesprek efficiënter verloopt. Alle CGG bleken over een operationele website te beschikken. Slechts in zeven gevallen verduidelijkt de website op afdoende wijze dat een CGG een tweedelijnsvoorziening is, die cliënten bij voorkeur alleen na doorverwijzing helpt. Het aantal websites met gepaste verwijzingen naar de eerstelijnszorg is beperkt tot acht. De helft van de websites beschrijft voldoende gedetailleerd de opdrachten van een CGG betreffende de drie decretaal bepaalde aandachtsgroepen. Hoewel de meeste websites vermelden dat een beperkte financiële draagkracht van een cliënt geen hinderpaal mag vormen voor begeleiding, geven maar acht websites een helder beeld van de cliëntenbijdragen. Slechts één CGG biedt de mogelijkheid aan zich aan te melden via een – weliswaar onbeveiligd – internetformulier.

2.5 Wachttijden

Het probleem van de wachttijden in de CGG is niet nieuw. Al in 1995 sprak de Vlaamse minister van Volksgezondheid over maatregelen om de wachttijden te beheersen. De decreetgever hoopte in 1999 door een strakke definiëring van de doelgroep, alsook door een schaalvergroting en een verhoogde financiering het probleem van de wachttijden te milderen. Als het gevoerde doelgroepenbeleid voldoende effectief is, zou de wachttijd voor de cliënt beperkt moeten blijven.

2.5.1 Begripsomschrijving

Het dienstverleningsproces begint als een cliënt of een verwijzer contact opneemt met het CGG. De aanmeldingsdatum is de dag waarop de cliënt of verwijzer schriftelijk, elektronisch of rechtstreeks in het centrum

⁵⁰ Voorgestelde minimale kwaliteitsvereiste op p. 65 uit het rapport *Indicatoren als basis voor een zelfevaluatie- en auditinstrument van CGG* (Steunpunt WVG, 2009).

die aanmelding doet. De onthaalfunctie van het CGG voert een eerste selectie uit door cliënten die duidelijk niet tot de doelgroep behoren, door te verwijzen.

Bij de aanmelding legt het onthaal een afspraak vast voor een gesprek tussen de cliënt en een hulpverlener. Dat intakegesprek wordt ook FTF1 (Face-to-Face 1) genoemd. Als de cliënt niet komt opdagen, blijft de afspraak geregistreerd (de hulpverlener heeft tijd moeten vrijmaken), met de verduidelijking dat de cliënt niet is komen opdagen. Tijdens het intakegesprek tracht de hulpverlener een diagnostisch inzicht te verwerven in de problematiek van de cliënt. Op basis daarvan zal het multidisciplinair team achteraf een diagnose stellen, waarna de behandeling van start kan gaan. Een behandeling bestaat uit verschillende contacten tussen de begeleider en de cliënt. Elk van die bijeenkomsten wordt aangeduid als FTF. De administratieve afsluitdatum is de datum van de laatste bijeenkomst.

Het hele proces tussen de aanmeldingsdatum en de afsluitdatum wordt een zorgperiode genoemd. Een cliënt kan meerdere zorgperiodes hebben als hij in behandeling is voor verschillende diagnoses of als er minstens zes maanden zijn verstreken na de afsluiting van een vorige zorgperiode.

De overeenkomsten met de CGG maken een onderscheid tussen de wachttijd tot het eerste FTF-gesprek (WT_1), de wachttijd tot het tweede FTF-gesprek (WT_2) en de wachttijd tussen die twee FTF-gesprekken (WT_12). De wachttijd is gedefinieerd als het aantal kalenderdagen tussen dat begin- en eindpunt.

2.5.2 Wachttijden in 2008 en 2009

De berekening van de wachttijden steunt op de gegevens uit het registratiesysteem EPD⁵¹. Bij de bepaling van de wachttijden heeft het Rekenhof alleen rekening gehouden met zorgperiodes waarvoor de volgende voorwaarden cumulatief voldaan zijn⁵²:

- De zorgperiode heeft betrekking op een hoofdcliënt. De wachttijd voor nevencliënten die betrokken zijn bij de behandeling of begeleiding van een hoofdcliënt (bv. ouder), werden buiten beschouwing gelaten.
- De aanmeldingsdatum van de zorgperiode ligt niet te ver in het verleden. In concreto werden alle zorgperiodes waarvan de aanmeldingsdatum voor 1 januari 2006 viel, buiten beschouwing gelaten⁵³.

⁵¹ Zie 4.3.

⁵² De definitie verschilt licht van de VAZG-definities. Daardoor zijn er verschillen mogelijk met de berekeningen van het agentschap.

⁵³ Zo wordt het risico op verkeerde ARCADE-gegevens kleiner. ARCADE was het registratiesysteem dat de CGG gebruikten tussen 2003 en 2007. Het systeem kende verschillende problemen (zie 4.3).

- De wachttijd tussen aanmelding en FTF1 is niet langer dan drie jaar. In die gevallen is immers naar alle waarschijnlijkheid sprake van verkeerd ingevoerde gegevens.
- Zorgperiodes waarvan de datum van FTF1 en FTF2 niet in 2008 of 2009 vallen, tellen niet mee. Bovendien is een wachttijd steeds gedefinieerd op jaarbasis. Dit wil zeggen dat vb. de wachttijd WT_12 uit 2009 enkel steunt op zorgperiodes waarvan zowel FTF1 als FTF2 in het jaar 2009 vallen⁵⁴.

Na aanmelding moet een cliënt gemiddeld ongeveer 35 dagen wachten op FTF1 en ongeveer 75 dagen op FTF2⁵⁵. De wachttijden variëren weinig tussen 2008 en 2009. Wel verschillen de wachttijden sterk tussen de verschillende CGG. Het gemiddelde wordt omhoog getrokken door enkele CGG waarvan de cliënten aanzienlijk langer moeten wachten. Zo bedraagt de wachttijd tot FTF1 voor 2009 in het CGG De Kempen meer dan het vierdubbele van de wachttijd in het CGG Largo.

Tabel 1 gaat voor alle CGG dieper in op de drie soorten wachttijden voor de jaren 2008 en 2009.

Tabel 1: Wachttijden 2008 en 2009 van de CGG

CGG	2008			2009		
	WT_1	WT_2	WT_12	WT_1	WT_2	WT_12
Ahasverus	55,9	91,9	27,5	26,3	59,0	26,4
NWV	24,1	56,3	29,1	28,0	61,0	30,2
De 3 Stromen	22,8	53,3	25,7	29,6	62,7	27,9
Eclips	33,5	57,5	19,2	32,2	55,5	20,4
DAGG	30,0	87,3	45,7	34,9	88,6	39,2
LITP	26,5	61,8	29,6	28,0	70,4	32,9
VGGZ	18,1	60,1	32,3	18,5	59,4	31,6
VBO	39,3	72,8	23,8	32,1	67,4	25,9
De Pont	64,4	116,3	28,1	69,8	135,6	30,5
Largo	15,4	65,0	36,7	16,5	57,3	37,3
Waas en Dender	28,7	78,5	36,1	29,9	84,8	36,1
CGGZ Brussel	28,9	57,9	21,9	23,5	50,8	21,9
Andante	27,3	81,7	42,3	30,9	89,1	42,5
VAGGA	54,6	92,1	29,8	62,9	100,2	31,1
RCGG	42,4	69,8	22,8	53,4	88,5	24,3
ZOV	23,0	68,4	34,7	24,3	64,8	33,6

⁵⁴ Dit betekent vb. ook dat WT_12 en WT_1 voor het jaar 2009 niet gelijk zijn aan WT_2 voor dit jaar. Het FTF1-gesprek voor WT_2 kan immers in 2008 vallen.

⁵⁵ Volgens de VAZG-cijfers bedroeg in 2008 de gemiddelde wachttijd tot FTF1 33 dagen, tot FTF2 73 dagen en tussen beide gesprekken 38 dagen. In 2009 bedroegen die cijfers respectievelijk 34, 73 en 39 dagen en voor 2010 40, 84 en 40 dagen.

CGG	2008			2009		
	WT_1	WT_2	WT_12	WT_1	WT_2	WT_12
Prisma	26,7	55,1	23,5	28,0	55,0	23,4
Mandel en Leie	44,5	73,2	24,9	48,0	78,0	25,2
De Kempen	59,8	131,4	32,2	72,4	123,5	32,2
Passant	44,5	81,1	24,4	38,1	77,7	29,6
Gemiddelde per cliënt	34,5	73,9	29,4	35,1	74,9	30,2

Bron: bewerking Rekenhof van EPD-registratiegegevens

2.5.3 Verklarende factoren voor de wachttijd op cliënniveau

Om een inleidend inzicht te krijgen in de mogelijke verklarende factoren⁵⁶ voor de individuele wachttijden, heeft het Rekenhof verschillende regressieanalyses uitgevoerd⁵⁷. In eerste instantie ging het op basis van de EPD-gegevens na in welke mate de wachttijden afhankelijk zijn van enkele socio-economische cliëntkenmerken en van sommige kenmerken van de problematiek waarvoor de cliënt in behandeling is. De definities van alle gebruikte variabelen zijn terug te vinden in bijlage 2. De kwaliteit van de beschikbare gegevens zorgt ervoor dat het enkel mogelijk is de richting aan te geven van de effecten op de wachttijden tot FTF1 en FTF2. Om een meer onderbouwde uitspraak te kunnen doen over de (relatieve) sterkte van de effecten, is een uitgebreider en diepgaander onderzoek vereist.

Tabel 2 en 3 vatten de vastgestelde effecten samen van alle verklarende variabelen die werden opgenomen in de regressieanalyses⁵⁸. De eerste kolom beschrijft de verklarende variabele. Als een bepaalde waarde van die variabele een verlengende of verkortende invloed heeft op de wachttijd, staat dat beschreven in respectievelijk de derde en vierde kolom. Voor kwalitatieve variabelen is in dat geval een referentiecategorie nodig ten opzichte waarvan die verlenging of verkorting wordt genomen. Die referentiecategorie is vermeld in de tweede kolom. Alleen bij de kwantitatieve variabelen *leeftijd bij aanmelding* en *ernst diagnose*⁵⁹ is een referentiecategorie overbodig. Als een verklarende variabele uitsluitend de wachttijd tot het eerste of tweede gesprek beïnvloedt, is dat tussen haakjes aangeduid met respectievelijk FTF1 en FTF2. Het me-

⁵⁶ Zoals bij elke regressieanalyse duiden de verklarende factoren niet op een causaliteitsrelatie. Een regressieanalyse kan alleen correlaties vastleggen om op die manier het gedrag van die variabelen te verklaren.

⁵⁷ Een gelijkaardig onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Limburgse CGG-overleg door de UHasselt op Arcade-gegevens uit het jaar 2004: Bruckers, L., Laenen, A. (2006). *Objectivering van de wachttijden in de Limburgse CGG*. Dit onderzoek focuste voornamelijk op de verschillen tussen de vestigingen van de Limburgse CGG.

⁵⁸ Het effect van de dummyvariabelen voor elk CGG is hier niet weergegeven.

⁵⁹ Dat is een inschatting van de ernst van de aandoening op een schaal van 1 tot 100 (zie bijlage 2).

rendeel van de variabelen heeft echter dezelfde verklarende invloed op beide wachttijden.

Tabel 2: Invloed van socio-economische gegevens cliënt op wachttijd

Verklarende variabele	Referentie-categorie	Verlenging wachttijd	Verkorting wachttijd
Socio-economische gegevens cliënt			
Geslacht	Man	/	/
Leefsituatie	Alleenwonend	/	Collectief wonen
Inkomsten	Geen inkomen	Sociale uitkeringen (FTF2)	Beroepsinkomsten (FTF1)
Leeftijd bij aanmelding binnen aandachts-groep		Ouder	Jonger

Bron: Rekenhof

Tabel 3: Invloed van kenmerken problematiek op wachttijden

Verklarende variabele	Referentie-categorie	Verlenging wachttijd	Verkorting wachttijd
Kenmerken problematiek			
Verwijzer	Eigen initiatief	Bijzondere jeugdzorg Kind- en jongerenvoorzieningen Onderwijs Gehandicaptensector	Ouderenzorg
Daderschap, Drugproblematiek Kindermishandeling Suïciderisico	Geen probleem	Kindermishandeling	Suïciderisico
Aanmeldingsproblematiek	Lichamelijke klachten	Gedragsproblemen Interactieproblemen Ontwikkelingsproblemen	Realiteitsverlies (FTF1) Maatschappelijke problemen
DSM-IV diagnose	Stemmingsstoornissen	Kinder- en adolescentiestoornissen Cognitieve stoornissen Verslavingsproblemen Psychotische stoornissen Psychische stoornis door somatische aandoening (FTF1)	
Ernst diagnose		Ernstiger probleem	Lichter probleem

Bron: Rekenhof

Uit het onderzoek bleek dat voornamelijk factoren die verbonden zijn aan kinderen en adolescenten de wachttijd verlengen. Zo is de wachttijd langer voor cliënten die zijn doorverwezen door het onderwijs, de kind- en jongerenvoorzieningen en de instellingen voor bijzondere jeugdzorg. Hetzelfde geldt voor zorgperiodes die te maken hebben met kindermishandeling, waarbij de cliënt zich aanmeldt met ontwikkelingsproblemen of waarbij de therapeut als diagnose kinder- of adolescentiestoornissen stelt.

Een beperkt aantal factoren die verband houden met ouderen verkorten de wachttijd. Zo moet een cliënt minder lang wachten als hij wordt doorverwezen door de ouderenzorg of als hij collectief woont (bv. rusthuizen).

Zowel bij de aandachtsgroep ouderen als jongeren verkort de wachttijd naarmate de cliënt jonger is.

2.5.4 Verklarende factoren voor de wachttijd op CGG-niveau

Uit tabel 1 bleek dat de wachttijden tussen de CGG aanzienlijk verschillen. Dit wordt bevestigd door de regressieanalyses op cliënteniveau. Het Rekenhof ging op basis van de beschikbare gegevens na welke factoren die verschillen op CGG-niveau kunnen verklaren. Meer specifiek steunen de uitgevoerde regressieanalyses op de beschikbare personeels- en financieringsgegevens, enkele basisgegevens uit de voortgangsrapporteringen en de residentiële psychiatrische zorgcapaciteit in het werkingsgebied van het betrokken CGG. In totaal zijn er negen verklarende variabelen opgenomen in de regressies. De definities van alle gebruikte variabelen zijn terug te vinden in bijlage 3.

De onderstaande tabel 4 vat de vastgestelde effecten samen van de verklarende variabelen. De tweede kolom duidt aan of de variabele de wachttijd verlengt (↗) of inkort (↘). De derde kolom geeft voor de verschillende wachttijden een indicatie van de sterkte van het effect.

Het aantal projecten waaraan een CGG deelneemt, heeft een verlengende invloed op de wachttijd tot FTF1 en FTF2. Zo verlengt 1 bijkomend project de wachttijd tot FTF1 met 0,7 tot 3,6 dagen⁶⁰ en met 0,9 tot 4,1 dagen tot FTF2. Dat kan verband houden met de onderfinanciering van sommige projecten die door enkele geïnterviewde CGG werd aangehaald. Daardoor moeten de CGG een deel van het hulpverlenend personeel deels toewijzen aan sommige projecten.

Naarmate een CGG meer aan dienstverleningen doet, is de wachttijd voor de cliënt minder lang. Vergeleken met de overige verklarende vari-

⁶⁰ Op 90% betrouwbaarheidsniveau.

abelen, is het effect van die variabele het sterkst⁶¹. Verscheidene CGG doen aan vorming van eerstelijnsmedewerkers of aan outreachende dienstverlenende activiteiten, waardoor de vraag naar hulpverlening gericht kan worden.

Uit de regressieanalyses bleek dat de wachttijd verkort als CGG meer behandelde zorgperiodes per 1000 inwoners hebben. Daarnaast is er ook een negatieve correlatie tussen het aantal vestigingen van een CGG en de wachttijd in het CGG.

Tabel 4: Resultaten van de regressieanalyses op CGG-niveau

Verklarende variabele	Richting effect	Grootte effect ⁶² (in kalenderdagen)
Aantal projecten	↗	0,7 tot 3,6 (WT_1)
		0,9 tot 4,1 (WT_2)
		0,1 tot 1,2 (WT_12)
Aantal dienstverleningen	↘	1,0 tot 2,3 (WT_1)
		2,1 tot 3,5 (WT_2)
		0,1 tot 0,7 (WT_12)
Aantal vestigingen	↘	0,5 tot 6,4 (WT_1)
		2,4 tot 9 (WT_2)
		/ (WT_12)
Aantal behandelde zorgperiodes per 1000 inwoners	↘	5 tot 13 (WT_1)
		11 tot 25 (WT_2)
		/ (WT_12)
% hulpverleners in totaal personeelsbestand	↗	0 tot 1,1 (WT_1)
		/ (WT_2)
		/ (WT_12)
% psychiaters in hulpverlenend personeel	/	
% enveloppenfinanciering in totale financiering	/	
Enveloppenfinanciering per 100 000 inwoners	↗	1,3 tot 6 (WT_1)
		1,9 tot 7,3 (WT_2)
		/ (WT_12)
Overige psychiatrische zorgcapaciteit ⁶³ in regio per 1000 inwoners	↘	/ (WT_1)
		1 tot 2 (WT_2)
		0 tot 1 (WT_12)

Bron: Rekenhof

⁶¹ Beta-parameter het grootst, behalve bij de regressie van de wachttijd tussen FTF1 en FTF2. Bij die laatste regressie is de beta-parameter van de overige psychiatrische zorgcapaciteit iets groter.

⁶² Het betreft de 90% betrouwbaarheidsintervallen van de regressiecoëfficiënten.

⁶³ Zorgperiode in een ander CGG actief in hetzelfde werkingsgebied of verblijf in residentiële psychiatrische instellingen.

De keuzes die een CGG maakt in de samenstelling van zijn personeel, beïnvloeden de wachttijden niet significant⁶⁴. Cliënten moeten dus niet minder lang wachten naarmate een CGG een hoger percentage hulpverlenend personeel tewerkstelt. Ook het aandeel van psychiaters in het hulpverlenend personeel heeft geen significante invloed.

Het percentage dat de enveloppe uitmaakt in de totale financiering van een CGG heeft evenmin een significante invloed op de wachttijd. Centra met relatief veel psychiaters (en dus RIZIV-inkomsten) verschillen - wat de wachttijd betreft - niet met de andere centra. Dat bevestigt onrechtstreeks de vaststellingen over de invloed van de personeelssamenstelling.

De wachttijd wordt in het algemeen korter naarmate de aanwezigheid in een werkingsgebied toeneemt van psychiatrische zorgcapaciteit buiten het betrokken CGG⁶⁵. Dat duidt erop dat de CGG en de overige psychiatrische zorginstellingen⁶⁶ deels functioneren als substituten.

De wachttijd wordt langer naarmate een CGG meer enveloppenfinanciering per inwoner ontvangt van de Vlaamse overheid. Dat effect zal waarschijnlijk verdwijnen als rekening wordt gehouden met het feit dat in de meeste regio's twee CGG actief zijn, waardoor de CGG in de praktijk niet actief zijn in hun volledig wettelijk werkingsgebied⁶⁷.

2.6 Conclusie

De Vlaamse overheid heeft geen duidelijk zicht op de objectieve zorgbehoeften in elk werkingsgebied. Ze heeft voorlopig nagelaten de decretaal voorziene zorgbehoefteparameters te definiëren. Dat komt minstens gedeeltelijk doordat de CGG geen systematische omgevingsanalyses uitvoeren en ook doordat centra de decretaal voorziene informatie over factoren die de geestelijke gezondheid in hun werkingsgebied beïnvloeden, niet signaleren.

De beleidsplannen van de CGG bevatten specifieke doelstellingen met bijbehorende indicatoren om de decretaal voorziene aandachtsgroepen op te volgen. De aandachtsgroepen die de Vlaamse overheid in de loop der jaren daaraan heeft toegevoegd, zijn echter niet opgenomen in de beleidsplannen 2006-2009 en 2009-2011. Daardoor vormden die beleidsplannen geen volwaardig beheersinstrument. De beleidsplannen

⁶⁴ De invloed van de variabele op de wachttijd tot het eerste gesprek is wel licht significant.

⁶⁵ Dat effect is alleen onvoldoende significant voor de wachttijd tot FTF1.

⁶⁶ Psychiatrische ziekenhuizen, andere CGG, enz.

⁶⁷ Het is niet mogelijk geweest op een zinvolle manier de werkingsgebieden waar meer CGG actief zijn, zodanig op te delen dat elk CGG een uniek deelwerkingsgebied heeft. Een kunstmatige opdeling waarin elk CGG een uniek deelwerkingsgebied heeft met de helft van het aantal inwoners van het volledige werkingsgebied, zorgde ervoor dat de positieve regressiecoëfficiënt niet langer significant was.

2012-2014 zullen volgens de minister en het VAZG wel alle nieuwe aandachtsgroepen omvatten.

De CGG concretiseren het decretaal voorziene doelgroep- en aandachtsbeleid in verscheidene projecten, dienstverleningen en samenwerkingsverbanden. Hun acties verschillen sterk in opzet, aantal en participatiegraad. Een beperkt aantal acties is gemeenschappelijk. De CGG spenderen meer aandacht aan de aandachtsgroep jongeren dan aan de ouderen. Dat blijkt o.a. uit de verdeling van de personeelsmiddelen over beide aandachtsgroepen. Alle CGG komen door middel van een aangepaste cliëntenbijdrage tegemoet aan de aandachtsgroep sociaal en financieel zwakkeren. Nochtans is de Vlaamse Regering de decretale verplichting nog niet nagekomen om een regeling voor de cliëntenbijdragen op te stellen. Bij de helft van de CGG beslissen de therapeuten zonder officiële bewijsstukken of een cliënt in aanmerking komt voor een verminderde bijdrage.

Zoals decretaal opgelegd, participeren de CGG ruimschoots aan allerlei samenwerkingsverbanden. De Vlaamse Regering heeft daarvoor nog niet voorzien in kaderprotocollen. Op basis van de rapporteringen van de CGG is een oordeel over de inhoudelijke kwaliteit of de efficiëntie van de samenwerking - inclusief de federale samenwerkingsverbanden - niet mogelijk. Het agentschap VAZG beoordeelt alleen de globale omvang van de samenwerking, niet de inhoud.

Hoewel alle CGG over een operationele website beschikken, gebruikt maar een minderheid die website om de decretale doelgroep te oriënteren. De meeste CGG vermelden niet of ze bereikbaar zijn buiten de kantooruren. Niet alle CGG beschikken over een werkend antwoordapparaat.

De wachttijd verschilt sterk tussen de verschillende CGG. Globaal gezien verkort de wachttijd in 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 mate waarin een CGG zich financiert via niet-enveloppenmiddelen, 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

3.1 Overzicht van de financieringsbronnen

De CGG worden op verschillende manieren gefinancierd. In dit verslag maakt het Rekenhof een onderscheid tussen 6 financieringsbronnen⁶⁸.

- De belangrijkste bron is de Vlaamse overheid. Meer dan 80% van de CGG-middelen is afkomstig van de Vlaamse overheid.
- Daarnaast ontvangen de CGG geld van andere overheden en van niet-overheidsorganisaties. Die groep *derden* is erg divers en omvat zowel werkgelegenheidssubsidies als vergoedingen voor bijkomende taken. De bijdrage van derden schommelt rond de 10%.
- Het decreet laat toe dat de CGG een financiële bijdrage vragen aan hun cliënten. Die bijdragen vormen een beperkte financieringsbron.
- Ook de RIZIV-bijdragen die de CGG ontvangen voor de prestaties van psychiaters zijn beperkt.
- De laatste twee financieringsbronnen zijn afkomstig uit de resultatenrekeningen en omvatten de financiële en uitzonderlijke opbrengsten die de CGG hebben geboekt. Globaal gezien zijn die financieringsbronnen financieel onbelangrijk.

De financiële rapportering van de CGG liet onvoldoende toe eenduidige en volledige bedrijfseconomische gegevens samen te stellen (zie 4.2.3). Daarom steunen de gegevens zoveel mogelijk op het boekhoudsysteem van de Vlaamse Gemeenschap. Dat betekent dat alle inkomsten van de CGG vanuit de Vlaamse ministeries - met uitzondering van de VIPA-subsidies - op kasbasis zijn weergegeven.

Een gedetailleerd overzicht van de financieringsbronnen is hieronder weergegeven.

⁶⁸ Die omvatten niet alle manieren waarop de CGG worden gefinancierd. Geregeld stelt een lokale overheid of een non-profitorganisatie gebouwen of materiaal ter beschikking tegen een gereduceerde kostprijs. Ook is het mogelijk dat een CGG bijkomende personeelsondersteuning krijgt. Die indirecte vormen van financiering zijn moeilijk te waarderen en heeft het Rekenhof niet onderzocht.

Tabel 5: Financieringsbronnen van de CGG in 2008 en 2009

Financieringsbron	2008		2009	
	Bedrag	%	Bedrag	%
1. Vlaamse overheid	50.025.774	82,12%	58.014.930	83,36%
<i>Enveloppe</i>	47.832.352	78,52%	53.957.447	77,53%
<i>Uitbreiding</i>	854.178	1,40%	896.537	1,29%
<i>Projectsubsidies</i>	745.404	1,22%	2.492.874	3,58%
<i>VIPA-subsidies</i>	173.764	0,29%	166.699	0,24%
<i>Overige (VIA, Nationale Loterij, enz.)</i>	420.075	0,69%	501.374	0,72%
2. Derden	5.752.757	9,44%	6.553.734	9,42%
<i>Federaal</i>	3.355.937	5,51%	3.197.242	4,59%
<i>Lokaal</i>	1.444.425	2,37%	1.901.495	2,73%
<i>Overige</i>	334.564	0,55%	525.596	0,76%
<i>Niet-overheid</i>	617.831	1,01%	929.402	1,34%
3. Cliëntenbijdragen	1.404.473	2,31%	1.542.005	2,22%
4. RIZIV-bijdragen	2.336.846	3,84%	2.458.525	3,53%
5. Financiële opbrengsten	974.327	1,60%	487.878	0,70%
6. Uitzonderlijke opbrengsten	421.602	0,69%	539.094	0,77%
Totaal	60.915.779	100,00%	69.596.166	100,00%

Bron: financiële verslaggeving CGG, VAZG en boekhoudsysteem Vlaamse Gemeenschap

Hierna worden de belangrijkste financieringsbronnen uit tabel 5 meer in detail besproken.

3.1.1 *Subsidiëring door de Vlaamse overheid: enveloppenfinanciering*

De Vlaamse overheid subsidieert de CGG langs verschillende kanalen (zie hoger tabel 5). De enveloppenfinanciering vormt met ongeveer 78% het belangrijkste kanaal. De grootte van de enveloppe is bepaald in de driejaarlijkse overeenkomsten tussen de Vlaamse Regering en de CGG.

Artikel 2, 7° en artikel 24 van het GGZ-decreet omschrijven de subsidie-enveloppe als het budget dat een CGG jaarlijks ontvangt om de in de overeenkomst overeengekomen prestaties en resultaten kwaliteitsvol te leveren. Nog volgens het decreet steunt dat budget op vooraf door de regering vastgestelde parameters. Het zou logisch zijn mochten die parameters in overeenstemming zijn met de (nog niet gedefinieerde) zorg-

behoefteparameters zoals voorzien in artikel 28 van het GGZ-decreet⁶⁹. De minister benadrukte ook dat de subsidie-enveloppe de financiering voor alle taken omvatte⁷⁰. Die responsabilisering was een van de uitgangspunten van het GGZ-decreet dat in voege trad vanaf het jaar 2000.

Tot en met 1999 werden de personeelskosten van elk CGG voor 100% gesubsidieerd en de werkingskosten werden forfaitair betoelaagd. De enveloppe voor het jaar 2000 bleef gebaseerd op de historische subsidiëring: de enveloppe voor de pas gefuseerde CGG was gelijk aan de som van de toegekende subsidies uit 1999 van de CGG die deel uitmaakten van het gefuseerde CGG.

Daarna was het de bedoeling om de subsidie-enveloppe anders te bepalen. De overheid en de centra zouden onderhandelen over de enveloppe, over de verhouding van de personeels- en de werkingskosten en over de mate waarin de enveloppe evolueert door indexering en weddedrift. De onderhandelaars dienden zich daarvoor te baseren op de beoogde prestaties en de behaalde resultaten.

Tot nu toe passen de onderhandelaars de enveloppe alleen aan ingevolge weddedrift, indexatie en eventueel bijkomende VIA-middelen (Vlaamse Intersectorale Akkoorden). Zo werden in de periode 2000-2005 de enveloppen verhoogd met indexaanpassingen en de uitvoering van het VIA-akkoord 2000-2005. Tijdens de jaren 2000-2002 werd ook een jaarlijkse anciënniteitscoëfficiënt van 1,7% toegepast. In de periode 2006-2010 verhoogde de enveloppe verder als gevolg van indexaanpassingen, twee eenmalige anciënniteitscoëfficiënten van 1,9% en 2%⁷¹ en de uitbreidingen in het kader van het VIA 2006-2010. Daarnaast zijn enkele uitbreidingen voor specifieke aandachtsgroepen opgenomen in de enveloppe (zie 3.1.2). Wat de berekening van de subsidie-enveloppen 2008-2009 betreft, is niet duidelijk waarom begin 2008 een indexering voor een volledig jaar werd toegekend⁷².

De enveloppefinanciering steunt dus vooralsnog op (historisch bepaalde) personeelsgebonden parameters en niet op zorggerelateerde parameters of op een vastgestelde kostprijs voor welbepaalde taken. De hoogte van de huidige enveloppen kan bijgevolg niet objectief worden verantwoord.

⁶⁹ Het decreet bepaalt dat de Vlaamse Regering zorgbehoefteparameters detecteert om te komen tot een evenwichtige zorgverleningscapaciteit. Zie ook hoofdstuk 2.1

⁷⁰ Stuk 1322 (1998-1999) – Nr. 4, 8 april 1999, p. 4.

⁷¹ Toegekend in respectievelijk 2006 en 2009.

⁷² De spilindex werd in december 2007 overschreden, zodat de indexaanpassing pas vanaf februari 2008 inging (cf. besluit van 18 januari 2008 van de administrateur-generaal houdende betaalbaarstelling van subsidies aan de centra voor geestelijke gezondheidszorg).

3.1.2 Subsidiëring door de Vlaamse overheid: uitbreidingen en projectsubsidies

Conform artikel 9, §2, van het GGZ-decreet kan de regering bijkomende taken opdragen aan de CGG. Die taken richten zich op specifieke doelgroepen, problematieken en regionale behoeften of op acute crisissituaties. De administrateur-generaal van het VAZG kan daartoe convenants sluiten met de CGG voor een termijn van maximaal drie jaar⁷³. Tot nu toe is dat niet gebeurd. In plaats daarvan geeft de Vlaamse Regering of de bevoegde minister facultatieve subsidies. De Vlaamse administratie maakt daarbij een onderscheid tussen uitbreidingen en projectsubsidies. Een uitbreiding van de middelen wordt normaliter in de enveloppe opgenomen in het jaar volgend op het jaar van de uitbreiding. Bij een projectsubsidie is dat niet zo.

Doordat uitbreidingen in het eerste jaar worden toegekend in de vorm van (individuele) facultatieve subsidies, omzeilt de minister de bevoegdheidsbeperking die hem door het bevoegdheidsbesluit van de Vlaamse Regering werd opgelegd⁷⁴. In tegenstelling tot de goedkeuring van de driejarige overeenkomst en de budgettaire weerslag ervan, worden de uitbreidingen niet goedgekeurd door de Vlaamse Regering.

De inhoudelijke en financiële verantwoording van de ontvangen projectsubsidies dient afzonderlijk van de voortgangsrapportering te gebeuren. Tegelijkertijd wordt in principe in de jaarlijkse voortgangsrapportering gerapporteerd over die projectsubsidies, alsook over de uitbreidingen. In de meeste gevallen veroorzaakt projectfinanciering door de gedetailleerde financiële verantwoording meer administratief werk voor de CGG.

In 2008 en 2009 zijn er vier uitbreidingen geweest:

- September 2008: hulp aan senioren met psychiatrische of psychische problemen: 312.507 euro.
- September 2008: bevordering van de samenwerking tussen de bijzondere jeugdzorg en de CGG in het kader van hulpverlening aan kinderen en jongeren: 208.335 euro.
- September 2008: uitbouw van hulp- en dienstverlening aan gedetineerden in het kader van het Vlaams strategisch plan *hulp- en dienstverlening aan gedetineerden*: 336.336 euro.
- April 2009: extra middelen basisopdrachten: 896.537 euro.

De drie uitbreidingen uit 2008 zijn in 2009 in de enveloppe opgenomen voor een totaalbedrag van 2.050.000 euro.

Het merendeel van de uitbreidingen heeft de facto betrekking op een algemene verhoging van de subsidie-enveloppe. Van de vier uitbreidingen heeft strictu sensu alleen de uitbreiding voor gedetineerden betrekking op bijkomende taken zoals voorzien in artikel 9, §2, van het GGZ-

⁷³ Artikel 2 van het uitvoeringsbesluit van 17 december 1999 van het GGZ-decreet.

⁷⁴ Artikel 8, 2°, van het BVR van 27 juli 2004 en artikel 7, 2°, van het BVR van 13 juli 2009 tot bepaling van de bevoegdheden van de leden van de Vlaamse Regering.

decreet. Ook de recente uitbreiding voor ambulante psychiatrische zorg voor personen met een handicap⁷⁵ breidt de decretaal voorziene kernopdrachten uit door een bijkomende aandachtsgroep te definiëren. Opmerkelijk is dat de uitbreiding van april 2009 al enkele maanden na de start van de nieuwe cyclus overeenkomsten 2009-2011 werd ingevoerd. Bovendien heeft de Vlaamse overheid die uitbreiding toegekend voor het volledige jaar (dus retroactief gestart op 1 januari 2009). De beleidsplannen, die één geheel vormen met de overeenkomsten, werden niet gewijzigd. De CGG dienden echter een bijkomend plan van aanpak op te stellen.

De verdeling van de uitbreidingsmiddelen steunt in belangrijke mate op de gesubsidieerde capaciteit per inwoner uit het werkingsgebied. Centra die minder subsidies ontvangen dan het sectorgemiddelde, krijgen relatief meer bijkomende middelen in vergelijking met de overige centra. Op die manier probeert de Vlaamse overheid te evolueren naar een grotere gelijkgeschakeling van de CGG op het vlak van subsidiëring per inwoner. Dat ondersteunt de vaststelling dat de financiering niet is gebaseerd op objectieve zorgbehoefteparameters. Aangezien sommige uitbreidingen zijn bedoeld voor specifieke aandachtsgroepen, beperkt de Vlaamse overheid bovendien door de uitbreidingen de autonomie van de CGG. Dat geldt in het bijzonder voor de CGG die relatief onderbedeeld zijn in vergelijking met hun sectorgenoten.

In 2008 waren in totaal voor 745.404 euro aan projectsubsidies toegekend aan de CGG. In 2009 steeg dat cijfer tot 2.492.874 euro. Hieronder volgt een overzicht:

Tabel 6: Projectsubsidies CGG in 2008 en 2009

(in euro)			
Project	2008	2009	Totaal
Vroegdetectie en -interventie van initiële psychose (VDIP) ⁷⁶	49.896	703.290	753.186
Project samenwerking CGG-CAW ⁷⁷	-	692.337	692.337
Buddyproject/metawonen	100.000	312.000	412.000

⁷⁵ De Vlaamse Regering heeft op 3 december 2010 daarvoor 360.000 euro uitgetrokken.

⁷⁶ De Vlaamse Regering kende in totaal 1.356.950 euro toe voor de periode december 2006 tot en met december 2010. Op 10 juni 2011 werd een subsidie van 937.284 euro toegekend voor de periode tot en met december 2011.

⁷⁷ Het BVR van 24 oktober 2008 kende een totaal bedrag van 700.000 euro toe aan de CGG.

Project	2008	2009	Totaal
Locoregionale uitvoering Vlaams actieplan suïcidepreventie ⁷⁸	228.896	164.658	393.554
Subsidie werkgroep <i>Verder nabestaanden</i>	55.836	84.144	139.980
Preventie + projecten expertisecentrum dementie	68.023	67.275	135.298
Schooluitvalpreventie	25.487	98.176	123.663
Kom Binnen/Yot - personen met een handicap	100.000	-	100.000
Functie facilitator cultuurintensieve zorg	-	99.999	99.999
Opvang suïcidepogers in ziekenhuizen	14.936	53.708	68.644
Project armoedebestrijding	22.500	27.500	50.000
Coördinatie via FDGG/Zorgnet Vlaanderen ⁷⁹	22.100	135.893	157.993
Kleinere projecten	57.731	53.893	111. 624
Totaal	745.404	2.492.874	3.238.278

Bron: financiële verslaggeving CGG, VAZG en boekhoudsysteem Vlaamse Gemeenschap

De projectsubsidiëring verloopt geregeld trapsgewijs. Zo treedt het CGG Ahasverus op als projecthouder voor het VDIP-project: het centrum ontvangt de volledige subsidie en verdeelt die middelen verder door naar andere CGG. Die CGG en ook Ahasverus kunnen nog mee worden gefinancierd door overlegplatforms of andere partners. Een ander voorbeeld zijn de projecten rond de locoregionale uitvoering van het Vlaams actieplan suïcidepreventie, waarbij drie CGG worden gesubsidieerd, die op hun beurt het geld verdelen naar andere CGG via andere kanalen, zoals het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg.

In andere gevallen verloopt de projectsubsidiëring indirect via de werkgeversorganisaties Zorgnet Vlaanderen en de Federatie Diensten Gees-

⁷⁸ Het BVR van 30 november 2007 kende een totaalbedrag van 1.272.530 euro toe voor de locoregionale uitvoering van het Vlaamse actieplan. Dat geld kon worden besteed door de LOGO's, de overlegplatforms en de CGG in de periode december 2007 tot en met november 2010.

⁷⁹ Het VAZG subsidieerde de koepelvereniging FDGG in totaal voor 272.063 euro in 2008 en 520.017 euro in 2009. Voor de koepelvereniging Zorgnet Vlaanderen belopen die bedragen respectievelijk 185.943 euro en 192.276 euro.

telijke Gezondheidszorg (FDGG). Een overeenkomst tussen hen en de Vlaamse Gemeenschap geeft hen o.a. een coördinatiefunctie om uitbreidingen te implementeren en acties te ondersteunen betreffende zelfmoordpreventie, kindermishandeling en daderhulp. Een gedeelte van die middelen kan verder worden verdeeld aan enkele CGG. In 2008 en 2009 hebben de CGG via dat kanaal in totaal 157.993 euro ontvangen.

Hoewel die trapsgewijze en indirecte financiering complex is, benut de Vlaamse overheid op die wijze de beschikbare expertise in de kleine CGG-sector.

Voor enkele belangrijke projectsubsidies besliste de minister van Volksgezondheid of de Vlaamse Regering de financiering structureel te maken en ze op te nemen in de enveloppenfinanciering:

- project Kom Binnen en Yot: ambulant therapeutisch aanbod voor mensen met een verstandelijke handicap en psychische problemen (sinds begin 2009),
- project facilitator cultuurintensieve zorg: gericht op etnisch-culturele minderheden, vluchtelingen en mensen met een precair verblijfsstatuut (sinds begin 2010),
- project ondersteuning cultuursensitieve zorg - subsidie in het kader van de hulpverlening in het federaal detentiecentrum Tongeren⁸⁰ (sinds begin 2011),
- buddyproject Vlaanderen: uitbouwen van vrijwilligerswerk tussen buddy en personen met chronische psychiatrische aandoening (vanaf eind 2011).

Door de projectsubsidies te incorporeren in de subsidie-enveloppen, beperkt de Vlaamse overheid de administratieve lasten, zorgt ze voor meer zekerheid over de financiering en voor meer transparantie.

Via de uitbreidingen en sommige projecten die worden opgenomen in de enveloppe breiden de taken van de CGG systematisch uit. Daardoor verzwakt het verband tussen de enveloppenfinanciering en de aanwezige zorgbehoeften in elk CGG. Het Rekenhof heeft niet kunnen nagaan in welke mate de bijkomende opdrachten de kernopdracht van de CGG onder druk hebben gezet. Het is ook onduidelijk in welke mate de CGG expliciet moeten blijven rapporteren over de bijkomende opdrachten.

⁸⁰ Die projectsubsidie (60.000 euro) dateert pas van 3 mei 2010 en is bijgevolg niet opgenomen in tabel 6.

3.1.3 Subsidiëring door de Vlaamse overheid: VIPA-subsidies en overige

Naast de bovenstaande financieringsmechanismen ontvangen de CGG ongeveer 1% van hun totale financiering langs enkele kleinere kanalen van de Vlaamse overheid. Hieronder volgen de twee belangrijkste.

De CGG hebben recht op investeringssubsidies van het VIPA-agentschap, aangezien ze actief zijn in de sector van persoonsgebonden aangelegenheden⁸¹. Die financiering staat los van de enveloppenfinanciering. De VIPA-subsidies zouden ongeveer 60% van de totale kostprijs van een renovatie- of nieuwbouwproject moeten dekken. Ze worden in schijven uitbetaald naarmate de werken vorderen. Van 2000 tot en met 2009 heeft VIPA aan de CGG voor in totaal 13.339.840 euro subsidiebeloftes gedaan. De VIPA-subsidies in tabel 5 vormen per definitie een onderschatting. Het Rekenhof stelde immers vast dat de VIPA-investeringssubsidies in de rapporteringen soms wel en soms niet werden vermeld. Tabel 5 bevat alleen de door de CGG gerapporteerde subsidies die in resultaat werden genomen.

Naast de VIPA-subsidies ontvangen de CGG bijkomende middelen van het derde Vlaamse intersectoraal akkoord (VIAIII) voor de social-profitsector. Voor de jaren 2008 en 2009 ontvingen de CGG in totaal 713.343 euro. Met die middelen investeert de Vlaamse overheid in bijkomende tewerkstelling, managementondersteuning, werkdrukvermindering en koopkrachtverhoging in de social-profitsector.

3.1.4 Subsidiëring via derden

De subsidiëring via derden staat in voor ongeveer 9,4% van de totale subsidiestroom naar de CGG.

Ongeveer de helft van die middelen heeft als doel de werkgelegenheid te bevorderen. Zo verlaagt de federale overheid de RSZ-bijdragen (Sociale Maribel)⁸² om de werkgelegenheid te verhogen in de non-profitsector, wat de CGG in 2008 en 2009 in totaal 4.869.300 euro heeft opgebracht. Ook de middelen omschreven als *overige* in tabel 5 dienen grotendeels om de werkgelegenheid te bevorderen⁸³.

⁸¹ Het BVR van 8 juni 1999 tot vaststelling van de totale investeringssubsidie en bouwtechnische normen voor preventie en ambulante gezondheidszorg is vorig jaar vervangen door het BVR van 10 september 2010 tot vaststelling van de investeringssubsidie en de bouwtechnische en bouwfysische normen voor de preventieve en de ambulante gezondheidszorg.

⁸² Artikel 35, §5 van de wet van 29 juni 1981 houdende de algemene beginselen van de sociale zekerheid voor werknemers en het KB van 18 juli 2002 houdende maatregelen met het oog op de bevordering van de tewerkstelling in de non-profitsector.

⁸³ Bv. subsidies van Actiris.

De andere helft betreft specifieke projecten. Artikel 9 van het GGZ-decreet geeft CGG de mogelijkheid tegen vergoeding bijkomende opdrachten te aanvaarden van personen, diensten of voorzieningen die geen verwijzer zijn. Die opdrachten moeten in het verlengde liggen van hun opdrachtverklaring en mogen in ieder geval de normale werking van het CGG niet bemoeilijken. Het leeuwendeel van die bijkomende projectmiddelen is afkomstig van de federale en de lokale overheid. Over de aard en de omvang van die bijkomende projecten wordt de Vlaamse overheid maar beknopt geïnformeerd via de voortgangsrapportering. Hieruit blijkt dat de projecten zich richten op cliëntwerking, samenwerking of preventie. Een CGG beslist autonoom over de projecten die zij opneemt. In veel gevallen worden er ook middelen uit de basisenveloppe voor ingezet. Daarvoor bestaan geen duidelijke regels.

3.1.5 *Cliëntenbijdragen en RIZIV-bijdragen*

Een andere bron van inkomsten voor de CGG zijn de cliënt- en RIZIV-bijdragen⁸⁴. Het CGG kan een persoonlijke bijdrage van de cliënt vragen voor elke afspraak met een begeleider. In 2008 verwierven de CGG in totaal 1.404.473 euro cliëntenbijdragen. In 2009 steeg dat tot 1.542.005 euro. Dat is iets meer dan 2% van de globale financiering van de CGG. Uit de inspectieverslagen blijkt dat de cliëntenbijdragen variëren tussen 0 euro (verminderd tarief) en 15 euro per niet-medische consultatie. Voor consultaties bij psychiaters passen de CGG de geldende RIZIV-tarieven toe.

3.1.6 *Overige financiële middelen: financiële en uitzonderlijke opbrengsten*

Normaliter bestaat het merendeel van financiële opbrengsten uit rente op de opgebouwde reserves⁸⁵. De regels betreffende de opbouw van reserves zijn niet geheel duidelijk. De overeenkomsten tussen de Vlaamse Regering en de CGG bevatten de bepaling dat maximaal 20% van de enveloppe jaarlijks mag worden gereserveerd. De gecumuleerde reserve, gegenereerd uit de jaarlijkse subsidie-enveloppe, mag niet meer bedragen dan de jaarlijkse subsidie-enveloppe. Het begrip reserve is echter niet gedefinieerd in de overeenkomsten. De overheid heeft ook niet bepaald dat een CGG de opgebouwde reserves moet aanwenden vooraleer VIPA-investeringsubsidies kunnen worden gebruikt.

Een rondzendbrief van 23 april 2009 van de administrateur-generaal van het VAZG beperkt het begrip reserve tot de boekhoudkundige bestemde fondsen en het overgedragen resultaat. Bovendien moet er alleen rekening worden gehouden met 80% van de gecumuleerde reserves. De

⁸⁴ Zie ook 2.2.3.

⁸⁵ De financiële opbrengsten 2008 waren aanzienlijk hoger dan die van 2009. Dat is onder andere toe te schrijven aan geboekte meerwaarden op de realisatie van vlottende activa (CGG VAGGA).

Zorginspectie interpreteert het begrip terecht ruimer door ook rekening te houden met de fondsen van de vereniging en zelfs met de voorzieningen.

In 2009 bleken 2 CGG meer dan de toegelaten reserves te hebben opgebouwd⁸⁶. Gemiddeld bedroegen de reserves van de CGG in 2009 1,7 miljoen EUR⁸⁷.

3.2 Efficiëntie financiering

Om de efficiëntie van de CGG te beoordelen worden input en output vergeleken. Aan inputzijde wordt een onderscheid gemaakt tussen de totale subsidiëring door de Vlaamse overheid en de totale financiële middelen waarover een CGG beschikt. De rapportering van de CGG maakte het mogelijk drie aspecten aan outputzijde te bekijken. De sociale balansen bevatten het totaal aantal bezoldigde uren dat de werknemers in dienst bij de CGG hebben gepresteerd⁸⁸. Daarnaast houdt het EPD het aantal actieve zorgperiodes en het aantal hulpactiviteiten per jaar bij.

Grafiek 1 zet voor 2004⁸⁹ tot en met 2009 het aantal actieve zorgperiodes, het aantal hulpactiviteiten⁹⁰ in de CGG en de grootte van de begrotingsenveloppe⁹¹ uit. De cijfers van de zorgperiodes en het aantal hulpactiviteiten zijn afkomstig van het VAZG. Er is voor gekozen alleen rekening te houden met de kredieten ingeschreven op de basisallocatie *subsidies geestelijke gezondheidzorg kaderend in decreet van 18 mei 1999*. Dat is een consistente benadering van de middelen waarover de CGG beschikken vanuit de Vlaamse overheid⁹². De cijfers komen altijd uit de laatste begrotingsaanpassing.

⁸⁶ CGG VAGGA en CGG VBO.

⁸⁷ Met een minimum van 0,5 miljoen euro en een maximum van 6,7 miljoen euro. Als reserves werden de (historische) fondsen van de vereniging, de bestemde fondsen en het overgedragen resultaat in rekening gebracht.

⁸⁸ Dat aantal uren bestaat uit de uren die de therapeuten aan cliënten besteden, de uren van het administratief en leidinggevend personeel, enz.

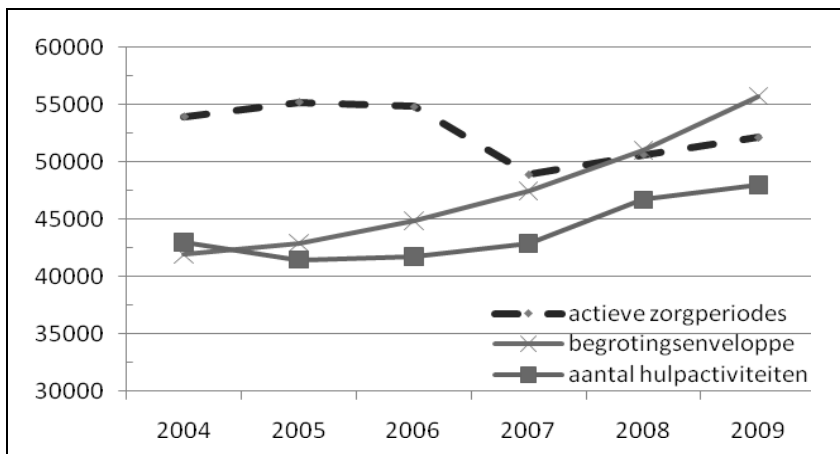
⁸⁹ Er zijn geen of geen betrouwbare cijfers beschikbaar die dateren van vóór 2004. Zie 4.3.

⁹⁰ In essentie zijn hulpactiviteiten alle activiteiten met een direct en persoonlijk contact met de cliënt, zoals intakegesprekken, groepstherapie, dagbesteding, enz. Hier worden ze uitgedrukt in eenheid van 10 activiteiten.

⁹¹ Uitgedrukt in eenheid van 1.000 euro.

⁹² Verschillen zijn mogelijk doordat sommige (preventie)projecten op een andere basisallocatie zijn aangerekend en omdat op de betrokken basisallocatie ook de subsidie aan de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en de koepels zit inbegrepen. In absolute waarden gaat het echter om vrij kleine verschillen.

Figuur 1: Evolutie actieve zorgperiodes, omvang begrotingsenveloppe en aantal hulpactiviteiten van de CGG



Bron: EPD-gegevens, begrotingcijfers

De financiële middelen die de Vlaamse overheid via die basisallocatie ter beschikking stelt, groeit elk jaar gestaag. De totale stijging van 2004 tot 2009 bedraagt 33%⁹³.

Wat de output van de CGG betreft, is een onderscheid nodig tussen de jaren 2004-2006 en 2008-2009. In 2007 zijn de CGG overgeschakeld naar het EPD. Dat systeem was een verbetering in vergelijking met het tot dan toe gebruikte systeem (Arcade). Het zorgde er onder andere voor dat alle dubbeltellingen uit het Arcade-systeem verdwenen. Daarom is in 2007 een significante daling waar te nemen in het aantal actieve zorgperiodes. Tegelijkertijd liet het EPD toe veel nauwkeuriger het aantal hulpactiviteiten te registreren. Dat verklaart de stijging van het aantal hulpactiviteiten in 2007, ook al nam het aantal geregistreerde zorgperiodes sterk af. Voor beide periodes stellen we vast dat de middelen op de basisallocatie sterker stijgen dan het aantal zorgperiodes of het aantal hulpactiviteiten. In 2004 besteedde de Vlaamse overheid bij benadering 776 euro per zorgperiode. In 2006 was dat gestegen tot 819 euro per zorgperiode. In 2008 lag het benaderend cijfer al op 1008 euro. In 2009 steeg het verder tot 1071 euro⁹⁴.

Voor de jaren 2008 en 2009 is een uitgebreidere analyse mogelijk op basis van de financiële gegevens⁹⁵ uit 3.1. De resultaten zijn weergegeven in tabel 7. In de tweede en vierde kolom is het effect van de indexaties uitgezuiverd⁹⁶.

⁹³ 18,5% als de indexaties eruit worden gefilterd.

⁹⁴ Zonder indexaties is de stijging minder groot: van 774 euro in 2004 tot 949 euro in 2009.

⁹⁵ Bestaande uit enveloppenfinanciering, uitbreidingen, projectsubsidies, VIPA-subsidies, VIA-middelen en enkele kleine overige subsidies (bv. middelen van de Nationale Loterij).

⁹⁶ In 2008 zijn er drie indexsprongen geweest. Het effect daarvan is uitgezuiverd uit de enveloppe en de uitbreidingen.

Tabel 7: Efficiëntie van de CGG (in euro)

Efficiëntiemaatstaven	2008		2009	
	zonder index	met index	zonder index	met index
Vlaamse subsidiëring per gepresteerd uur	36,9	38,2	40,0	42,3
Totale financiering per gepresteerd uur	45,3	46,5	48,5	50,7
Vlaamse subsidiëring per zorgperiode	955,2	988,2	1052,9	1112,6
Totale financiering per zorgperiode	1170,3	1203,3	1275,0	1334,7
Vlaamse subsidiëring per hulpactiviteit	103,6	107,1	114,3	120,8
Totale financiering per hulpactiviteit	126,9	130,5	138,5	144,9

De Vlaamse overheid subsidieerde in 2008 elk werkelijk gepresteerd uur in een CGG met 38,2 euro. In 2009 steeg dit tot 42,3 euro. Die vermindering in efficiëntie is voornamelijk te wijten aan een sterk toegenomen subsidiëring (+15%). Het aantal gepresteerde uren stijgt voorlopig nog niet in dezelfde mate. Ook de efficiëntiemaatstaven op basis van het aantal zorgperiodes en het aantal hulpactiviteiten wijst op een neerwaartse tendens: de outputparameters nemen minder sterk toe dan de subsidiëring. Dat effect blijft bestaan als de indexaties eruit worden gefilterd en als rekening wordt gehouden met de totale financiering van de CGG in plaats van de Vlaamse subsidiëring.

Op basis van de voorgaande cijfers is het niet mogelijk een gefundeerd oordeel te vellen over de efficiëntie van de CGG. De tijdreeks is onvoldoende lang, voornamelijk ingevolge de wijziging in het registratiesysteem. Daardoor is het mogelijk dat sommige effecten van bijkomende middelen (bv. opstartfases nieuwe methodologie) nog niet zichtbaar zijn in het aantal zorgperiodes. Een diepgaandere beoordeling van de efficiëntiemaatstaven vereist betrouwbare data over een langere periode.

3.3 Conclusie

De CGG worden op verschillende manieren gefinancierd. De Vlaamse subsidiestroom vormt met ongeveer 80% de belangrijkste bron. De derdenfinanciering staat in voor ongeveer 10% van de middelen. De rest van de subsidiëring is afkomstig van cliëntenbijdragen, RIZIV-bijdragen en enkele financiële en uitzonderlijke opbrengsten.

De Vlaamse subsidiestroom bestaat bijna volledig uit enveloppenfinanciering. Omdat de Vlaamse overheid zich niet baseert op objectieve zorgbehoefteparameters, maar op historische en personeelsgebonden parameters, is de enveloppengrootte niet objectief te verantwoorden. De overige Vlaamse financiering, voornamelijk uitbreidingen en projectsubsidies, is financieel gezien relatief onbelangrijk. Het onderscheid tussen uitbreidingen en projectsubsidies is niet altijd even duidelijk, wat de transparantie van de financiering beperkt. Via die bijkomende middelen 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 derdenfinanciering bestaat uit middelen die de CGG krijgen van andere overheden en van niet-overheidsorganisaties. De Vlaamse Regering wordt daarover erg beknopt geïnformeerd. De CGG mogen middelen vanuit de enveloppe toewijzen aan projecten die door derden worden gesubsidieerd, zonder dat daarover duidelijke regels bestaan.

Er zijn te weinig betrouwbare gegevens beschikbaar over een voldoende lange periode om gefundeerd de efficiëntie van de subsidiëring te beoordelen. Het Rekenhof stelde wel vast dat de subsidiëring van de CGG in 2009 meer stijgt dan het aantal zorgperiodes, hulpactiviteiten of gepresteerde arbeidsuren.

4 Verantwoording en toezicht

4.1 Inleiding

De CGG voeren het beleid van de Vlaamse overheid uit op het vlak van ambulante geestelijke gezondheidzorg. De overheid moet erop toezien dat zij dat doen zoals afgesproken in de overeenkomsten en beleidsplannen. Daarom moeten de CGG transparant rapporteren over hun werking en het bereiken van de doelstellingen. Dat vergroot het draagvlak om het beleid te laten uitvoeren door derden en biedt de overheid de mogelijkheid om het beleid van de CGG te evalueren en zo nodig bij te sturen. Een belangrijker wordend aspect daarbij is de kwaliteit van de registratiegegevens. Naast de CGG-verantwoording moet de overheid beschikken over een adequaat inspectiemodel. De inspectie moet onafhankelijk kunnen beoordelen of de CGG hun opdracht correct uitvoeren in overeenstemming met de regelgeving. Inspectieverslagen vormen bovendien een bijkomende bron om het gevoerde beleid van de CGG te evalueren.

4.2 Verantwoording door de CGG

De regelgeving voorziet in drie verplichte rapporteringen: de jaarlijkse voortgangsrapportering, de financiële verslaggeving en een driejaarlijkse rapportering. Dat laatste rapport moet de factoren beschrijven die op systematische wijze de geestelijke gezondheid beïnvloeden in een werkingsgebied.

4.2.1 Voortgangsrapportering aan het VAZG

De voortgangsrapportering beschrijft elk jaar de stand van zaken betreffende de uitvoering van het beleidsplan. Elk jaar moeten de CGG de voortgangsrapportering van het voorbije jaar tegen 1 juni van het huidige jaar indienen bij het VAZG. In het najaar ontvangen de CGG van het VAZG een feedbackbrief over hun voortgangsrapportering. Daarmee wil het agentschap de CGG eerder bijkomend advies verlenen dan corrigerend optreden.

Het VAZG heeft een vast sjabloon opgesteld dat de CGG moeten gebruiken voor de voortgangsrapportering. Het sjabloon volgt dezelfde structuur als de beleidsplannen en omvat de volgende vijf elementen:

- het organogram van het CGG,
- de accommodatie waarover het beschikt,
- de kerntaken,
- de financiering,
- de uitvoering en opvolging van kerntaken.

Alle CGG hebben formeel voldaan aan de rapporteringverplichting. De laatste drie elementen van de voortgangsrapportering worden hieronder in detail besproken.

Kerntaken

Het VAZG heeft vier kerntaken gedefinieerd voor de CGG: De eerste twee, cliëntenwerking en preventiewerking, zijn een rechtstreekse vertaling van het GGZ-decreet. Als derde kerntaak onderscheidt het agentschap projectwerking en dienstverleningen. Die projecten kunnen worden gesubsidieerd door de Vlaamse overheid of door derden. Overheadactiviteiten (directie, secretariaat, e.d.) vormen de laatste kerntaak.

De voortgangsrapportering bevat een schematische en kernachtige beschrijving van de kerntaken, met telkens een aanduiding van het aantal VTE dat erin is tewerkgesteld. Zeker het sjabloon voor de projectwerking maakt een beknopte maar volledige beschrijving mogelijk. Voor elk project waarin een CGG betrokken is, moet de voorziening op één pagina omschrijven wat de doelstelling, de werkwijze, de timing, de partners en de resultaten van het project zijn.

Dit deel van de voortgangsrapportering is de enige wijze waarop de administratie wordt geïnformeerd over de aanvullende taken die CGG uitvoeren voor derden. Het laat echter niet toe voldoende te bepalen in welke mate de bijkomende opdrachten de opdrachtverklaring van de CGG in gevaar brengen, hoewel artikel 9, §4, van het GGZ-decreet oplegt dat te beoordelen. Op basis van de voortgangsrapportering is het evenmin mogelijk een inhoudelijk oordeel te vellen over de kwaliteit, de efficiëntie of het nut van de verschillende samenwerkingsverbanden⁹⁷.

Het onderscheid tussen projecten en systematische vormen van dienstverlening is niet altijd duidelijk afgelijnd. Zo beschouwen sommige CGG hun deelname aan therapeutische projecten als projectwerking en andere CGG als dienstverlening.

Financiering

Het financieringselement in de voortgangsrapportering is geen financiële rapportering over het gevoerde beleid. De CGG moeten alleen voor elke kerntaak aangeven welk percentage van het aangeduide personeelsbestand wordt betaald vanuit de enveloppe of vanuit andere bronnen. In een bijlage van de voortgangsrapportering wordt dat verder toegelicht⁹⁸. Het is onduidelijk welke meerwaarde dit onderdeel biedt. In 3.1.2 bleek immers al dat het onderscheid tussen de Vlaamse projectfinanciering en de uitbreidingen van de enveloppe niet altijd duidelijk is.

⁹⁷ Zie ook 2.3.

⁹⁸ De bijlage bevat alle personeelsleden uit het jaar waarop de voortgangsrapportering betrekking heeft en duidt voor elk personeelslid aan hoe ze zijn gefinancierd en voor welke percentages ze zijn tewerkgesteld voor de vier kerntaken.

Uitvoering en opvolging van de kerntaken

Het deel over de uitvoering en opvolging van de kerntaken gaat dieper in op de vijf beleidsdoelstellingen⁹⁹ die het VAZG heeft geformuleerd, met bijbehorende indicatoren en streefdoelen. Het VAZG berekent jaarlijks de indicatorwaarden van de gedefinieerde doelstellingen en bezorgt ze aan de CGG, die de cijfers kunnen gebruiken in hun voortgangsrapportering. De huidige doelstellingen concretiseren de verwachte resultaten voor de kerntaak cliëntenwerking. Dergelijke doelstellingen ontbreken echter voor de overige kerntaken, alsook voor de bijkomende opdrachten¹⁰⁰. Die laatste worden in eerste instantie opgevolgd via een afzonderlijk plan van aanpak of een afzonderlijke rapportering. De voortgangsrapportering geeft dus geen allesomvattend beeld, wat de transparantie niet ten goede komt.

Door met gekwantificeerde doelstellingen te werken, wou het VAZG onder andere de mogelijkheid creëren om de CGG met elkaar te vergelijken over een langere periode. De voortgangsrapportering laat dat in onvoldoende mate toe. De oorzaak is tweeledig. Ten eerste zijn de technische definities van de indicatoren de laatste jaren herhaaldelijk gewijzigd, waardoor historische nulmetingen en meetwaarden aan belang inboeten. De geïnterviewde CGG, alsook het VAZG zien de indicatoredefiniëring als een iteratief proces om te komen tot betere indicatoren. De geïnterviewde partijen geven aan dat ze nu een stabiele set van indicatoren hebben gevonden. Ten tweede zijn de streefdoelen niet altijd concreet gedefinieerd en worden ze af en toe tijdens de looptijd van het beleidsplan aangepast. Dat kan omdat de streefdoelen worden bepaald in onderling overleg tussen het CGG, het kabinet en het VAZG. Tegelijkertijd worden acties geconcretiseerd om die streefdoelen te halen. De onderhandelingspartners baseren zich op de beschikbare meetwaarden van de indicatoren uit het verleden. Ze baseren zich dus niet op een objectieve inschatting van de zorgbehoeften in het werkingsgebied (zie 2.1). Het beleidsplan wordt niet gewijzigd als de indicatoren of streefdoelen worden aangepast. Dat bemoeilijkt de afstemming tussen het beleidsplan en de voortgangsrapportering.

⁹⁹ Het gaat om de volgende doelstellingen:

1. Het psychisch evenwicht van cliënten wordt hersteld of de psychische stoornissen worden draaglijk gemaakt voor de cliënt en zijn omgeving.
2. De behandeling start binnen een redelijke termijn.
3. Een CGG heeft bijzondere aandacht voor kinderen en jongeren, voor ouderen en voor sociaal en financieel zwakkeren.
4. Een CGG positioneert zich als tweedelijnsvoorziening.
5. Het aantal problematische afsluitingen wordt binnen de perken gehouden en het aantal vroegtijdige en eenzijdige afsluitingen bij zorgperiodes van meer dan vier sessies verminderen.

¹⁰⁰ Toegekend via uitbreidingen of projectfinanciering.

4.2.2 Driejaarlijkse rapportering aan de Vlaamse Regering

Elk CGG moet driejaarlijks aan de Vlaamse Regering meedelen welke factoren de geestelijke gezondheid van de bevolking in hun werkgebied structureel beïnvloeden. Daarvoor moeten ze zich baseren op de systematische gegevensverzameling via het verplichte registratiesysteem. Uit de memorie van toelichting bij het GGZ-decreet blijkt dat de overheid de rapportering wou gebruiken om een onderbouwd preventief en inclusief beleid uit te stippelen.

De periodiciteit van de driejaarlijkse rapportering valt samen met de beleidsplannen. In concreto hadden de CGG moeten rapporteren in 2003, 2006 en 2009. Die rapporteringen hebben niet plaatsgevonden. De geïnterviewde CGG en de administratie stellen dat de sector onvoldoende expertise heeft om te voldoen aan de rapporteringverplichting. De CGG hebben gedegen wetenschappelijke ondersteuning nodig. De administratie verwacht een nuttige inbreng van de studie rond uitkomstenmanagement van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg (VVGZ). De Vlaamse overheid financiert die studie sinds 2006 om na te gaan in welke mate en hoe de effectiviteit van de geestelijke gezondheidszorg kan worden gemeten. Op dit moment is het moeilijk in te schatten of de studie voldoende ondersteuning kan bieden voor de driejaarlijkse rapportering.

4.2.3 Financiële verslaggeving aan het VAZG

De regering¹⁰¹ bepaalt dat de CGG jaarlijks uiterlijk eind juli een financieel verslag moeten indienen bij het VAZG over het voorbije jaar. Aan de hand daarvan dient de administratie de financiële gezondheid van de CGG en de verantwoording van de subsidies te kunnen bewaken. Het financieel verslag bestaat uit de goedgekeurde jaarrekening, de resultatenrekening en een lijst met alle subsidies van elke overheidsinstantie. De CGG hebben formeel voldaan aan die rapporteringvereiste voor het jaar 2009.

In concreto bevat elk financieel verslag de officieel neergelegde jaarrekening bij de Nationale Bank van België. Van de 20 jaarrekeningen uit 2009 waren er 15 geattesteerd door een externe deskundige. In 9 gevallen was dat door één of meer bedrijfsrevisoren-commissarissen belast met de controle krachtens artikel 17, §5, van de vzw-wet van 27 juni 1921¹⁰². Opvallend is dat 2 CGG die volgens dat artikel verplicht zijn hun

¹⁰¹ Het BVR van 13 januari 2006 betreffende boekhouding en financieel verslag van de voorzieningen in bepaalde sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. De minister heeft voor de CGG geen specifiek rekeningenstelsel opgelegd ter uitvoering van artikel 11 van het BVR.

¹⁰² De wet van 27 juni 1921 betreffende de verenigingen zonder winstoogmerk, de internationale verenigingen zonder winstoogmerk en de stichtingen.

jaarrekening door een commissaris te laten attesteren, dat niet hebben gedaan¹⁰³.

Van de 20 CGG volgen er 16 het verkorte schema voor hun jaarrekening¹⁰⁴. Daarin wordt geen uitsplitsing gemaakt van de bedrijfsopbrengsten. Op basis van de vermelde brutomarge is het niet mogelijk de totale opbrengsten van die centra te achterhalen. De totale opbrengsten op sectorniveau zijn bijgevolg niet bekend. Die opmerking heeft het Rekenhof al gemaakt in zijn verslag uit 2005¹⁰⁵.

De rapportering over het laatste aspect van de financiële verslaggeving, de subsidielijst, steunt op een Excel-sjabloon dat het VAZG heeft opgesteld. Daarin moeten de centra drie gegevens invullen: de subsidieverlener, het doel van de subsidie en het subsidiebedrag. Het Rekenhof heeft vastgesteld dat de ingevulde gegevens onvoldoende betrouwbaar zijn. Zo werden niet alle subsidies (bv. sociale Maribel) opgenomen in de subsidielijst. Eén CGG vermeldde zelfs niet de eigen enveloppen-subsidie in het overzicht. Geregeld vulde een CGG het subsidieproject in plaats van de subsidieverlener in of bevatte de kolom subsidieverlener de benaming *diverse derden*, waaronder verschillende projecten kunnen zijn vervat¹⁰⁶. Bovendien zijn de subsidielijsten onvoldoende vergelijkbaar. Sommige CGG voegden enkele projectsubsidies bij de enveloppenfinanciering. Er is ook een verschil tussen de rapportering van de subsidies en de jaarrekening. Sommige subsidielijsten werden op kasbasis opgesteld (met vermelding van afrekeningen van voorschotten van het vorige jaar), terwijl de jaarrekening altijd volgens een bedrijfseconomische logica is opgesteld. Die tekortkomingen zorgen ervoor dat de subsidielijst niet voldoet als aansturingsinstrument. Daarom steunt de administratie in de praktijk op controles ter plaatse (zie 4.4).

4.3 Kwaliteit van het meet- en registratiesysteem

Een degelijk meet- en registratiesysteem is een voorwaarde om kwaliteitsvol intern en extern te rapporteren. Daarom bepaalt het GGZ-decreet¹⁰⁷ dat de CGG kwantitatieve en kwalitatieve gegevens over de cliënten en de afgeleverde zorg moeten registreren. Die registratie moet uniform zijn voor de verschillende centra.

¹⁰³ CGG Eclips en CGG VBO.

¹⁰⁴ Zoals bepaald in artikel 16 van het KB van 19 december 2003 betreffende de boekhoudkundige verplichtingen en de openbaarmaking van de jaarrekening van bepaalde verenigingen zonder winstoogmerk, internationale verenigingen zonder winstoogmerk en stichtingen.

¹⁰⁵ *Afstemming van het zorgaanbod op de Vlaamse beleidsdoelstellingen*. Stuk 37-A (2004-2005) - Nr.1.

¹⁰⁶ Bv. CGG VBO 2009. Er wordt vermeld dat er 518.146,64 euro aan subsidies werd ontvangen van diverse derden.

¹⁰⁷ Artikel 12 en 15.

4.3.1 Arcade

Tot 2003 registreerden de CGG vrijwillig en op eigen initiatief in de systemen MEDAR en Idéfix. Daarover werd gerapporteerd aan de VVGG. Conceptueel ging het om vrij beperkte systemen¹⁰⁸.

In de loop van 2003 schakelden de centra over op het Arcade-registratiesysteem. Daarin registreerden ze verschillende socio-economische kenmerken van de cliënten, enkele karakteristieken van de zorgperiodes¹⁰⁹ en van de activiteiten¹¹⁰. Het VAZG had zowel een handleiding als een parametertabel met de standaarddefinities opgesteld, waarin een onderscheid werd gemaakt tussen gegevens die verplicht moesten worden geregistreerd en welke niet. De grote conceptuele verschillen tussen het Arcade-systeem en de voorgaande systemen maken het onmogelijk de geregistreerde gegevens in een historisch perspectief te plaatsen. Bovendien verliep het overgangsjaar 2003 moeizaam, waardoor de gegevens uit dat jaar niet vergelijkbaar zijn met latere gegevens.

Het werkveld was niet tevreden over Arcade. Het servergeoriënteerde systeem kende verschillende performantieproblemen. Bovendien gebeurde de registratie per vestiging, niet per CGG. Toen de vestigingen van een CGG meer geïntegreerd raakten na de fusie, werden de centra meer en meer geconfronteerd met dubbeltellingen en andere anomalieën.

4.3.2 EPD

Uit onvrede met Arcade schakelden de CGG in de loop van 2007 over op het EPD. Dat elektronisch patiëntendossiersysteem hebben de CGG zelf aangekocht van het RIAGG¹¹¹ uit Maastricht. De CGG staan zelf in voor het algemeen en technisch beheer van het systeem. De beheerskosten worden door de CGG gedragen pro rata de enveloppengrootte.

Het EPD vertrekt vanuit het patiëntendossier en is gekoppeld aan de elektronische agenda van de consultants. Daardoor vermindert de administratieve werklast voor de consultants. De directies kunnen het systeem ook gebruiken om hun medewerkers op te volgen. Dankzij de positieve ervaringen met EPD willen de CGG de functionaliteiten van het systeem uitbreiden met een geïntegreerde facturatiemodule, een briefwisselingsysteem, enz. De relatief oude broncode (uit 1995) bemoeilijkt echter dat proces.

¹⁰⁸ Zo kon een zorgperiode nooit meer dan tien activiteiten tellen.

¹⁰⁹ Data, diagnose, enz.

¹¹⁰ Locatie, duur, enz.

¹¹¹ Regionale instelling voor geestelijke gezondheidszorg, het Nederlandse equivalent van een CGG. Intussen zijn de meeste RIAGG's in Nederland gefuseerd met de residentiële psychiatrische instellingen.

In grote lijnen worden in het EPD dezelfde gegevens geregistreerd als in Arcade. Ook de standaarddefinities zijn gelijklopend. Voor de nieuwe aandachtsgroepen (zoals gedetineerden) is in bijkomende registratievelden voorzien. Bij elke wijziging veranderen de CGG de handleiding en de parametertabel met standaarddefinities. Daardoor blijven die documenten, die beknopt en toegankelijk zijn, actueel.

De centra bezorgen het VAZG maandelijks een exportbestand met de verplichte gegevens. Die gegevens werden geanonimiseerd. Op basis daarvan berekent het agentschap de indicatoren - net zoals dat het geval was bij de Arcade-gegevens. De gegevens dienen ook om een jaarlijks samenvattend rapport op te stellen en op parlementaire vragen te kunnen antwoorden. Verschillende elementen eruit zijn ook terug te vinden op de website van het VAZG.

Ondanks de gelijkenissen met Arcade zijn de registratiegegevens van beide systemen onvoldoende vergelijkbaar¹¹². Naast het wegvallen van de dubbeltellingen, verschillen de systemen aanzienlijk in het aantal geregistreerde activiteiten. Dit laatste verschil wordt waarschijnlijk veroorzaakt door de veel nauwkeuriger registratie in het EPD. Het EPD is immers gekoppeld aan de elektronische agenda's van de consultants, die worden gefiatteerd door de directie van elk CGG. De EPD-gegevens zijn betrouwbaarder dan die uit Arcade. Het systeem bevat verschillende ingebouwde controlemechanismen. Zo laat het niet toe dat bepaalde verplichte gegevens niet ingevuld worden of blijven. De geïnterviewde CGG geven ook aan dat de centrale positie van het EPD in de organisatie de betrouwbaarheid ten goede komt. Zo kunnen de CGG bv. de cliëntenbijdragen berekenen op basis van de EPD-registratiegegevens.

Uit de regressieanalyses¹¹³ bleek dat het EPD vrij veel vrijheid laat aan de gebruikers. Zo is het mogelijk dat een consultant een geboortedatum invoert die onrealistisch vroeg valt. Het systeem bevatte ook verschillende zorgperiodes waarvan de aanmeldingsdatum na het intakegesprek viel. Heel wat variabelen stonden nog op hun startwaarde. Dat wijst erop dat een systematische ex-postcontrole op de validiteit van de gegenereerde data ontbreekt. Het foutenrapport dat het VAZG ten tijde van Arcade aan de CGG bezorgde, zou daartoe een goede aanzet zijn. Er vindt wel een jaarlijkse controle plaats op de berekeningswijze van de indicatoren. Zowel het agentschap als de centra berekenen de indicatoren op basis van dezelfde EPD-gegevens. In 2008 was er een verschil van ongeveer 5% tussen beide berekeningen. In 2010 waren de verschillen nog minimaal. De centra en het VAZG werken vlot samen om de verschillen uit te klaren.

¹¹² Daardoor verliezen de gegevens in het overgangsjaar 2007 ook aan betekenis.

¹¹³ Zie 2.5.

4.4 Inspectie van de CGG

Het GGZ-decreet bepaalt dat de Vlaamse administratie toezicht houdt op de inhoudelijke werking van de CGG, alsook op het financieel en bestuurlijk beheer. Dit veronderstelt een adequaat inspectiemodel. Tot voor de reorganisatie Beter Bestuurlijk Beleid was de afdeling Verzorgingsvoorzieningen van het departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) verantwoordelijk voor de inspecties. Vanaf 2006 gebeuren de inspecties door het intern verzelfstandigd agentschap zonder rechtspersoonlijkheid Zorginspectie.

Daarnaast voerde het GGZ-decreet een bijkomend toezicht in via een visitatiemodel. Een visitatiecommissie moest minimaal zesjaarlijks de CGG doorlichten om zo hun globale zorgverlening te kunnen optimaliseren. De commissie moest externe deskundigen bevatten, maar is nooit opgericht. Volgens de administratie is het werkveld erg klein, waardoor het moeilijk is voldoende onafhankelijke externe deskundigen te vinden. De betrokken partijen geven aan dat de opdracht van de visitatiecommissie grotendeels is overgenomen door een gemoderniseerde inspecterende administratie.

4.4.1 Wettelijke opdracht van de Zorginspectie

De Zorginspectie¹¹⁴ inspecteert alle voorzieningen die door het departement of de agentschappen in het beleidsdomein WVG worden erkend, geattesteerd, vergund of gesubsidieerd. De inspectieopdracht is drieledig:

- De inspectie gaat na of de voorziening voldoet aan alle opgelegde normen. Dat kunnen zowel decretale vergunningsvoorwaarden zijn als formele afspraken tussen het agentschap en de voorziening.
- De inspectie evalueert het kwaliteitsbeleid en de rapportering erover van de voorziening, zoals gevraagd door het kwaliteitsdecreet uit 2003¹¹⁵.
- De inspectie controleert de wijze waarop de voorziening de subsidiemiddelen heeft aangewend.

Elke inspectie resulteert in een rapport dat wordt bezorgd aan de verantwoordelijke administratie. Voor de CGG is dat het VAZG. Het is ook het VAZG dat beslist over de verdere gevolgen voor het geïnspecteerde CGG. De Zorginspectie heeft daarbij de taak het CGG te adviseren over de vastgestelde gebreken. De Zorginspectie moet haar kennis ook ter beschikking stellen voor beleidsondersteuning.

De Vlaamse Regering heeft de inspectiefunctie formeel gescheiden van de erkennings- en subsidiëringfunctie. Tegelijkertijd verplichtten de oprichtingsbesluiten van het VAZG en de Zorginspectie uit 2004 een sa-

¹¹⁴ Het BVR van 26 maart 2004 tot oprichting van de IVA Zorginspectie.

¹¹⁵ Het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen.

menwerkingsovereenkomst tussen beiden. De eerste formele samenwerkingsovereenkomst werd ondertekend in 2010 en concretiseert de wederzijdse afstemming, de overleg- en informatieverplichtingen.

4.4.2 Planning van de inspecties

Er zijn geen strikte bepalingen die de frequentie van de inspecties bepalen. Alleen het kwaliteitsdecreet uit 2003 bepaalt dat de inspectie minimaal om de vijf jaar elke voorziening moet evalueren op haar kwaliteitsbeleid.

Tussen 1998 en 2004 beschouwde de administratie de CGG niet als prioritair te inspecteren organisaties. Ze koos er daarom voor de beperkte personeelscapaciteit in te zetten om andere organisaties te inspecteren. Sinds 2005 gebeuren er opnieuw inspecties van de CGG. Op dat ogenblik opteerde de afdeling Verzorgingsvoorzieningen van het departement WVC voor een driejaarlijkse inspectiecyclus. Die cyclus viel niet samen met de periode van de beleidsplannen. Bij de inwerking-treding van het agentschap Zorginspectie in april 2006 nam de Zorginspectie die cyclus over. Ingevolge personeelskrapte verlengde de Zorginspectie de termijn van de tweede inspectiecyclus met één jaar, tot 2011. Aangezien drie CGG pas worden geïnspecteerd in 2012, zal de initiële vierjarige planning van de tweede inspectiecyclus niet worden gerespecteerd. Behoudens een bijkomende verlenging van de termijn blijft de Zorginspectie voldoen aan de verplichting opgelegd door het kwaliteitsdecreet.

Tijdens elke inspectiecyclus wil de Zorginspectie elk CGG één keer inspecteren. De volgorde van de te inspecteren CGG tijdens één inspectiecyclus is arbitrair vastgesteld tijdens de eerste cyclus en wordt sindsdien aangehouden. De Zorginspectie heeft ook de intentie een opvolgingsinspectie uit te voeren twee jaar nadat ze een CGG heeft geïnspecteerd. Tot nu toe heeft de Zorginspectie echter maar sporadisch een opvolgingsinspectie uitgevoerd. In de praktijk vat de Zorginspectie de planning op als een dynamisch gegeven, dat wordt aangepast volgens de beschikbaarheid van de medewerkers.

Uit het bovenstaande blijkt dat de Zorginspectie geen onderbouwde risicoanalyse uitvoert om na te gaan welk CGG een groter risico loopt om onvoldoende kwalitatieve zorg te verstrekken. Zeker voor de CGG zonder externe attestatie van de jaarrekening, is de frequentie van de (financiële) inspectie laag. Het is nog niet duidelijk welke de modaliteiten zullen zijn in de derde inspectiecyclus.

4.4.3 Referentiekader

Met het kwaliteitsdecreet uit 2003 legde de decreetgever meer de nadruk op de kwaliteit van de geleverde zorg en minder op de benodigde kwaliteitssystemen¹¹⁶. Mede daardoor verschoof de inspectie van een controle op de materiële en structurele elementen naar een breder inspectiemodel. De Zorginspectie noemt dat model een auditmodel. Op die manier wordt de nood aan wettelijke, sectorspecifieke minimale kwaliteitsvereisten groter. De zoektocht ernaar is gestart in 1998 met een consultancyopdracht en duurt nog altijd voort. Volgens het VAZG is het moeilijk eenduidige en adequate kwaliteitsvereisten op te stellen omdat de kwaliteit van de geleverde zorg wordt bepaald door erg veel zorgprocessen. Verscheidene andere welzijnssectoren, zoals de gehandicaptenzorg en thuiszorg, beschikken intussen wel over minimale kwaliteitsvereisten.

Tijdens de eerste inspectiecyclus baseerde de Zorginspectie zich op een referentiekader dat nog was ontwikkeld door de afdeling Verzorgingsvoorzieningen. Dat kader bestond uit vooraf bepaalde modules waarrond de verwachtingen en toetsingspunten werden bevraagd. In de huidige cyclus gebruikt de Zorginspectie het internationaal erkende referentiekader EFQM¹¹⁷ als kader om de globale kwaliteit van de organisatie te inspecteren. De Zorginspectie koppelt de negen domeinen van EFQM op een degelijke wijze aan de vereisten van de regelgeving, als ook aan de eigen verwachtingen. Voor het financiële deel in EFQM heeft de Zorginspectie in 2009 een leidraad financiële inspectie ontwikkeld. Daarin wordt aandacht besteed aan de financiële gezondheid van de centra, aan de aanwending van de subsidies en aan de controle op de gebruikersbijdragen. De Zorginspectie heeft in het aangepaste EFQM-model geen koppeling gemaakt met de beleidsdoelstellingen en bijbehorende indicatoren. Hoewel dat wettelijk is opgelegd¹¹⁸, bevat de leidraad geen normen over de redenen waarom een reserve wordt aangelegd¹¹⁹. De Zorginspectie heeft evenmin een quoteringsysteem ge-

¹¹⁶ De eerste kwaliteitsdecreten (decreet van 25 februari 1997 betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen en het decreet van 29 april 1997 inzake de kwaliteitszorg in de welzijnsvoorzieningen) benadrukten het belang van meetbare kwaliteitssystemen. Zo moest elke voorziening een kwaliteitshandboek opstellen en een kwaliteitscoördinator aanstellen.

¹¹⁷ *The European Foundation for Quality Management* is een organisatie die sinds 1998 een globaal kwaliteitsmodel ontwikkelt. In het model worden negen aspecten van de organisatie behandeld: leiderschap, beleid en strategie, medewerkers, partnerships en middelen, processen, resultaten bij klanten, bij medewerkers, in de samenleving en van de sleutelprestatie.

¹¹⁸ Artikel 94, A, III, van het KB van 30 januari 2001 bepaalt dat de toelichting bij een vzw een staat van de bestemde fondsen moet bevatten. Voor de fondsen bestemd om een sociaal passief te dekken, moeten duidelijk de waarderingsregels zijn vermeld om het bestemde bedrag te bepalen.

¹¹⁹ CGG Vagga heeft bv. als waarderingsregel *Bestemde fondsen worden gevormd vanuit het positieve resultaat, en waaraan men een specifieke bestemming wenst te geven. De berekeningswijze en mogelijke aanwending dienden duidelijk bepaald te worden.*

bruikt, hoewel EFQM dat mogelijk maakt. Daardoor is het moeilijker de prestaties van de CGG met elkaar te vergelijken.

Momenteel is het VAZG bezig een referentiekader te ontwikkelen, waarin de zorgkwaliteit centraler komt te staan. Het is ook de bedoeling expliciet rekening te houden met de beleidsindicatoren.

4.4.4 *Modus operandi van de inspecties*

Sinds de start van de tweede inspectiecyclus moeten de CGG voorafgaand aan de fysieke inspectie een zelfevaluatie maken. Ze moeten zich baseren op de negen domeinen van het EFQM-model. De Zorginspectie bakent de deelaspecten af die de CGG minimaal moeten behandelen. De zelfevaluatie fungeert als vertrekbasis voor het interview tussen de inspecteurs en de directie van het gecontroleerde CGG. De bevindingen van de inspecteurs worden vervolgens afgetoetst via twee inspecties op het terrein. Daarbij is de directie niet aanwezig. De financiële inspecties gebeuren in dezelfde periode als de inhoudelijke inspecties van de CGG. Ze nemen gemiddeld één dag ter plaatse in beslag en worden uitgevoerd door een gespecialiseerde inspecteur. Een dergelijke specialisatie komt de kwaliteit van de inspecties ten goede. In een volgende fase stelt het inspectieteam een ontwerprapport op. Nadat het VAZG de remediëringstermijnen heeft toegevoegd¹²⁰, bespreken de betrokken partijen het rapport op de zogenoemde terugkomdag. Die operationele afspraken zijn vastgelegd in de samenwerkingsovereenkomst, zonder dat de procedure is geformaliseerd in een procedurehandboek.

De inspecties worden altijd uitgevoerd door een team van minstens drie inspecteurs. Soms wordt het team verder aangevuld met een psychiater die de bevoegdheid heeft na te gaan hoe (vertrouwelijke) cliëntendossiers worden opgesteld. In de praktijk gebeurt dat alleen voor sommige CGG die over een forensische werking beschikken. Af en toe worden de inspectieteams aangevuld met een observator van het VAZG. Die mogelijkheid is voornamelijk opgenomen om nieuwe medewerkers van het agentschap kennis te laten maken met het werkveld. Toch bestaat het risico dat de functiescheiding, zoals beoogd door de Vlaamse overheid, op die manier in het gedrang komt.

4.4.5 *Rapportering*

Er wordt altijd één gezamenlijk inspectieverslag verstuurd naar een CGG, met de financiële verslaggeving in bijlage. Daarnaast heeft de Zorginspectie een horizontale analyse van de jaarrekeningen 2006-2007-2008 gemaakt.

¹²⁰ Zie 4.4.6.

Het definitieve inspectieverslag bevat vier soorten conclusies. Er is sprake van een non-conformiteit als het centrum een wettelijke bepaling niet respecteert. Een tekortkoming is een organisatorisch of functioneel aspect waarvoor het centrum onvoldoende scoort in vergelijking met andere centra of met een meer algemene professionele standaard. Daarnaast maakt het inspectieteam aanbevelingen om de zorgkwaliteit te verbeteren op punten die niet wettelijk zijn genormeerd. Ten slotte duidt een inspectieverslag nog sterke punten aan waarop een CGG merklijk beter scoort in vergelijking met het verleden of met het sector-gemiddelde. De samenwerkingsovereenkomst tussen het VAZG en de Zorginspectie geeft het VAZG de uiteindelijke bevoegdheid om te oordelen in welke categorie een conclusie van de Zorginspectie valt. Die mogelijkheid is een inbreuk op de onafhankelijke positie van de Zorginspectie.

De financiële inspecties resulteren altijd in een uitspraak over de financiële gezondheid en over het al dan niet correcte beeld van de jaarrekening, voor zover het de aanwending van de subsidies door de Vlaamse overheid betreft. In tegenstelling tot de inhoudelijke inspecties wordt de samenvatting of conclusie van een financiële inspectie niet duidelijk opgedeeld in inbreuken op de (boekhoud)wetgeving, tekortkomingen (bv. op het vlak van interne controle) en aanbevelingen, wat ook de opvolging bemoeilijkt. De toegepaste cliëntenbijdragen worden beschreven, maar niet beoordeeld.

4.4.6 Opvolging

Volgens haar oprichtingsbesluit moet de Zorginspectie de voortgangscntrole verzorgen. Volgens de inspectie verhindert een personeelsgebrek die opdracht en beperkt ze zich daarom tot enkele sporadische opvolgingsinspecties¹²¹. Het is niet duidelijk op basis van welke criteria de Zorginspectie in die gevallen heeft besloten een opvolgingsinspectie uit te voeren.

In de praktijk gebeurt de opvolging door het VAZG. Het agentschap bepaalt de termijnen waarin de CGG de non-conformiteiten en tekortkomingen moeten remediëren. Ze onderzoekt ook de documenten die de centra in dat kader opsturen. De volledige opvolging gebeurt via e-mail.

De opvolging resulteert niet in een opvolgingsrapport. Het Excelbestand dat de stand van zaken bijhoudt, is niet rechtstreeks toegankelijk voor de Zorginspectie. In de samenwerkingsovereenkomst tussen beide agentschappen ontbreken concrete afspraken over die informatie-uitwisseling. Niettemin gaven de medewerkers aan dat de informatie-stroom tussen beide vlot verloopt.

¹²¹ Tot nu toe vonden er acht opvolgingsinspecties plaats, waarvan het merendeel in 2006.

4.5 Conclusie

De CGG leven de rapporteringsverplichtingen grotendeels na. Het VAZG-sjabloon voor de jaarlijkse voortgangsrapportering maakt een schematische en transparante beschrijving mogelijk van een groot deel van de CGG-werking, maar maakt het niet mogelijk het bereiken van de doelstellingen adequaat op te volgen. De herhaaldelijke wijzigingen van de technische indicatorendefinities, alsook de soms vage formulering van de streefdoelen in sommige beleidsplannen liggen aan de basis daarvan. Het GGZ-decreet legt ook een driejaarlijkse rapportering op, maar aan die verplichting voldoen de CGG niet. Het VAZG heeft daartoe trouwens geen sjabloon opgesteld. Hoewel de financiële verslaggeving het niet mogelijk maakt de totale opbrengsten van de sector te bepalen, kan het VAZG er wel de globale financiële gezondheid van de CGG mee inschatten. De gegevens van de ingediende subsidielijsten zijn echter onbetrouwbaar en onvoldoende vergelijkbaar tussen de CGG, waardoor ze niet voldoen als aansturingsinstrument.

Het registratiesysteem in de CGG-sector is het laatste decennium herhaaldelijk gewijzigd. Daardoor zijn de gegevens moeilijk vergelijkbaar in een historisch perspectief. Het huidige registratiesysteem is een verbetering in vergelijking met de vorige op het vlak van performantie en betrouwbaarheid. Buiten een jaarlijkse controle op de juistheid van de berekende indicatorwaarden, vindt geen systematische ex-postcontrole plaats op de validiteit van de registratiegegevens.

Hoewel het GGZ-decreet in verschillende toezichtstructuren voorzag voor de CGG, worden de centra pas sinds 2005 geïnspecteerd. De decretaal voorziene visitatiecommissie is nooit opgericht. De Zorginspectie baseert zich niet op een onderbouwde risicoanalyse om de selectie, frequentie en volgorde van de te inspecteren CGG te onderbouwen. De planning is eerder een dynamisch gegeven dat wordt aangepast naar gelang de beschikbaarheid van de medewerkers. De frequentie van de financiële inspecties is laag. De Zorginspectie gebruikt het internationale en algemeen erkende referentiekader EFQM maar de CGG-sector ontbeert wettelijke minimale kwaliteitsnormen om in dat kader in te passen. De inspectieverslagen bevatten voor de financiële inspecties geen oplijsting van inbreuken op de (boekhoud)wetgeving, tekortkomingen en aanbevelingen. De door beter bestuurlijk beleid geïnitieerde functiescheiding tussen de inspectie en de subsidiëring is onvoldoende gegarandeerd. De samenwerkingsovereenkomst tussen de Zorginspectie en het VAZG geeft het VAZG immers de bevoegdheid te beslissen over de aard van de conclusies van de Zorginspectie.

5 Algemene conclusie

Het doelgroepen- en aandachtsbeleid van de CGG is onvoldoende onderbouwd. De Vlaamse Regering heeft nagelaten de decretaal voorziene zorgbehoefteparameters te definiëren waarmee ze de zorgbehoeften in elk werkingsgebied kan kenschetsen. De CGG zijn nog niet overgegaan tot een systematische omgevingsanalyse, zoals overeengekomen met de Vlaamse Regering. Ook de decretaal voorziene driejaarlijkse rapportering ontbreekt om het beleid te onderbouwen.

De effectiviteit van het doelgroepen- en aandachtsbeleid is onvoldoende gegarandeerd. Ten eerste vormen de beleidsplannen geen volwaardig beheersinstrument. Hoewel de beleidsplannen van de CGG specifieke doelstellingen met bijhorende indicatoren bevatten om de decretaal voorziene aandachtsgroepen op te volgen, zijn er in de loop der jaren verscheidene aandachtsgroepen toegevoegd, zonder bijbehorende doelstellingen en indicatoren in die plannen te integreren. Ten tweede maken de rapporteringen van de CGG het niet mogelijk de inhoudelijke kwaliteit of de efficiëntie van de talrijke samenwerkingsverbanden te beoordelen. De Vlaamse Regering heeft daartoe niet in kaderprotocollen voorzien. Daarnaast heeft de Vlaamse Regering de cliëntenbijdrage nog niet bepaald, hoewel haar dit decretaal is opgelegd. De CGG passen wel een verminderd tarief toe voor de aandachtsgroep sociaal en financieel zwakkeren, maar vragen hiervoor niet altijd officiële bewijsstukken. Ten slotte verschillen de wachttijden tussen de verschillende CGG sterk. Dat wordt deels verklaard door factoren zoals het aantal vestigingen van een CGG, het aantal dienstverleningen door het centrum en de overige psychiatrische zorgcapaciteit in zijn werkingsgebied. Op individueel cliënteniveau heeft het Rekenhof vastgesteld dat verschillende factoren die verband houden met jongeren de wachttijd verlengen.

De financiering van de CGG is onvoldoende transparant. De enveloppenfinanciering en de toekenning van bijkomende middelen steunen niet op objectieve zorgbehoefteparameters. Bovendien probeert de Vlaamse Regering met die bijkomende middelen de basisfinanciering van de verschillende CGG gelijk te schakelen, hoewel ze vaak zijn bedoeld om specifieke problematieken te behandelen. Daarnaast mogen de CGG middelen uit de enveloppe toewijzen aan projecten die worden gesubsidieerd door derden, zonder dat daarvoor duidelijke regels bestaan.

Om de efficiëntie van de subsidiëring te beoordelen, zijn te weinig betrouwbare gegevens beschikbaar over een voldoende lange periode. Wat de subsidiëring in de periode 2008-2009 betreft, stelt het Rekenhof wel vast dat de subsidiëring van de CGG meer stijgt dan dat het aantal zorgperiodes, hulpactiviteiten of gepresteerde arbeidsuren stijgt.

Niet alle voorwaarden zijn voldaan om een kwaliteitsvol toezicht op het bestuurlijk beheer en de inhoudelijke werking van de CGG mogelijk te maken. Hoewel het VAZG-sjabloon voor de jaarlijkse voortgangsrapportering een schematische en transparante beschrijving mogelijk maakt,

verhinderen de herhaaldelijke wijzigingen van de indicatorendefinities en de soms vage formulering van streefdoelen dat het VAZG via de voortgangsrapportering de beleidsdoelstellingen adequaat opvolgt. De subsidie uit de financiële verslaggeving is dan weer onbetrouwbaar en onvoldoende vergelijkbaar. Hoewel het huidige registratiesysteem performanter en betrouwbaarder is dan de vorige, zijn door de frequente verandering van systeem de meetgegevens moeilijk in een historisch perspectief te plaatsen. Buiten een jaarlijkse controle op de juistheid van de berekende indicatorwaarden, vindt geen systematische ex-post-controle op de validiteit van de registratiegegevens plaats. Bovendien baseert de Zorginspectie zich niet op een risicoanalyse om de selectie, frequentie en volgorde van de te inspecteren CGG te onderbouwen. De planning hangt vooral af van de beschikbaarheid van de medewerkers. Er zijn geen wettelijke minimale kwaliteitsnormen vastgesteld. De financiële inspecties leiden niet tot een oplijsting van inbreuken op de (boekhoud)wetgeving, tekortkomingen of aanbevelingen en de frequentie ervan is laag. Ten slotte beslist het VAZG volgens de samenwerkingsovereenkomst over de aard van de conclusies van de Zorginspectie, wat een inbreuk vormt op de autonomie van de Zorginspectie.

6 Aanbevelingen

Vlaamse Regering

- Om een efficiënt doelgroepen- en aandachtsbeleid te voeren, moet de Vlaamse Regering de decretaal voorziene objectieve zorg-behoefteparameters bepalen. De enveloppenfinanciering en andere bijkomende middelen moeten daarop steunen.
- De Vlaamse Regering moet de beleidsplannen van de CGG hanteleren als een volwaardig aansturinginstrument. Dat betekent dat de beleidsplannen alle bijkomende aandachtsgroepen moeten integreren, inclusief bijbehorende doelstellingen en indicatoren.
- De Vlaamse Regering moet de decretaal voorziene kaderprotocollen opstellen. Op die manier kunnen de verschillende samenwerkingsverbanden tussen de CGG en de overige actoren in de zorgsector worden gestroomlijnd.
- De Vlaamse Regering moet een regeling uitwerken voor de cliëntenbijdrage in de CGG, zoals decretaal opgelegd.
- 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 Vlaamse Regering moet minimale kwaliteitsnormen opstellen waarop de Zorginspectie kan steunen om de CGG te inspecteren.

Administraties

- Het VAZG dient de CGG de nodige ondersteuning te bieden om een omgevingsanalyse en de decretaal voorziene driejaarlijkse rapportering op te stellen. Dat is een voorwaarde om een efficiënt doelgroepen- en aandachtsbeleid te realiseren.
- Het is wenselijk dat het VAZG 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.
- Het VAZG dient een volledig overzicht op de financieringsbronnen van de CGG te bewaren. Daartoe moet het agentschap o.a. de subsidielijst van de financiële verslaggeving controleren en actiever gebruiken om de CGG aan te sturen.
- Het is raadzaam dat het VAZG het sjabloon van de voortgangsrapportering zodanig wijzigt dat de verschillende samenwerkingsverbanden duidelijker worden. Op basis daarvan dient het VAZG de verschillende samenwerkingsverbanden te evalueren en zo nodig bij te sturen.
- De Zorginspectie moet haar werkzaamheden organiseren op basis van een risicogedreven en realistische inspectieplanning.

- Het VAZG en de Zorginspectie moeten in hun samenwerkingsovereenkomst de onafhankelijkheid van de Zorginspectie maximaal respecteren.
- Het is aangewezen dat de Zorginspectie in de samenvatting of conclusie van de financiële inspectie vastgestelde inbreuken op de (boekhoud)wetgeving, tekortkomingen en aanbevelingen oplijst.

7 Antwoord van de Vlaamse minister van Volksgezondheid

De minister hernam in zijn antwoord grotendeels de reactie van de administratie op het voorontwerp van verslag. In totaal formuleerde hij veertien opmerkingen (zie bijlage 4).

Als antwoord op de eerste aanbeveling van het verslag stelde hij dat een kenniscentrum objectieve zorgbehoeftenparameters dient te bepalen omdat noch de administratie, noch de CGG of de VVGG daarin geslaagd zijn. Hij acht het echter niet opportuun de decretaale verplichting nu in te vullen, gelet op de huidige hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg.

Wat betreft de tweede aanbeveling, bevestigde de minister de reactie van de administratie dat de beleidsplannen 2012-2014 alle nieuwe aandachtsgroepen zullen omvatten.

De minister bevestigde in zijn derde opmerking dat de CGG een uitgebreidere werking hebben voor de doelgroep kinderen en jongeren dan voor de aandachtsgroep ouderen. Daarvoor haalde hij verschillende redenen aan, zoals het groter aantal verwijzers dat jongeren kan doorsturen en de grotere druk vanuit de samenleving.

Dat weinig initiatieven van de CGG gemeenschappelijk zijn en dat het Rekenhof dat interpreteert als een te grote autonomie van de centra, is volgens de minister (opmerkingen 4 en 8) inconsistent met een andere vaststelling uit het verslag, dat de bijkomende opdrachten die de Vlaamse overheid aan de centra geeft, hun autonomie beperkt. De laatste vaststelling wenste de minister verder te nuanceren door te wijzen op het geringe financiële belang van dergelijke bijkomende opdrachten. Volledigheidshalve wijst het Rekenhof erop 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.

Sinds 2010 zijn de minister en de administratie bezig een uitvoeringsbesluit rond de cliëntbijdragen op te stellen (opmerking 5). Het ontwerp zal op korte termijn worden voorgelegd aan de inspecteur van Financiën en de Vlaamse Regering. Daarmee zal worden tegemoetgekomen aan de vierde aanbeveling van het verslag.

De derde aanbeveling van het Rekenhof handelt over de decretaal verplichte kaderprotocollen tussen de CGG en de gezondheids- en welzijnssectoren. Volgens de minister (opmerking 6) bedoelde de decreetgever daarmee alleen een samenwerking met de CAW en is die in 2008 gerealiseerd door een eenmalige projectsubsidie waarvoor de CGG en de CAW een samenwerkingsovereenkomst dienden te sluiten.

In de zevende opmerking stelde de minister dat het Rekenhof causale conclusies trekt uit de gevoerde statistische analyses. Daarnaast wees

hij erop dat de analyses geen vraagvariabelen hebben beschouwd. Als gevolg daarvan moeten de analyses voorzichtiger en correcter worden verwoord, aldus de minister. Volledigheidshalve wijst het Rekenhof erop dat het verslag de resultaten van de regressieanalyses niet interpreteert als causale relaties.

Dat de enveloppenfinanciering steunt op historische personeelsgegevens werd volgens de minister (opmerking 8) gecorrigeerd door bij de uitbreidingen rekening te houden met de verhouding van het aantal inwoners in het werkingsgebied ten opzichte van de subsidie van het CGG. Bij iedere uitbreiding werd stelselmatig een correctie doorgevoerd afhankelijk van bevolking en doelgroepen.

In de negende opmerking verklaarde hij dat er naar aanleiding van de jaarrapporten per CGG een controle plaatsvindt op de EPD-cijfergegevens, meer specifiek op de uitzonderlijke waarden. De onmogelijke waarden worden vervolgens gerapporteerd aan de CGG. Niettemin stelde het Rekenhof bij zijn regressieanalyse verschillende invalide data vast.

De minister bevestigde (opmerking 10) dat de decretaal voorziene visitatiecommissie nooit is opgericht. Niemand uit het werkveld wenste op te treden als controleur van zijn collega's.

Opmerking 11 betreft een vaststelling die het Rekenhof als gevolg van het antwoord van de administratie heeft aangepast. Bijgevolg is de opmerking zonder voorwerp geworden. Dat geldt eveneens voor opmerking 14.

De minister ging in de twaalfde opmerking uitgebreid in op de vaststelling dat er onvoldoende functiescheiding is tussen het agentschap Zorginspectie en het VAZG. Hij bevestigde dat volgens de samenwerkingsovereenkomst tussen beide agentschappen de Zorginspectie haar vaststellingen ter plaatse doet en een voorstel van kwalificatie formuleert. Op basis daarvan beslist het VAZG uiteindelijk over de kwalificaties van de conclusies. Hij gaf twee voorbeelden waarin het VAZG de kwalificatie van de Zorginspectie recht zet, zonder wijzigingen aan te brengen in haar vaststellingen. Het Rekenhof handhaaft zijn conclusie dat de onafhankelijkheid van de Zorginspectie in de samenwerkingsovereenkomst onvoldoende is gegarandeerd.

In opmerking 13 stelde de minister dat de Zorginspectie ook een voorstander is van risicogestuurd toezicht. Volgens hem wijzen de al uitgevoerde financiële inspecties in de CGG-sector geenszins op grote financiële risico's zodat het eerder logisch zou zijn de frequentie van de financiële inspecties te verlagen. Hij wijst ook op het administratief toezicht dat het VAZG uitoefent.

Bijlage 1: Overzicht van de CGG met hun maatschappelijke zetel

Provincie Antwerpen	
Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Andante	Antwerpen
Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg De Pont	Mechelen
Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Kempen	Turnhout
Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg Antwerpen (VAGGA)	Antwerpen
Provincie Limburg	
Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg – Limburgs Instituut voor Toegepaste Psychologie (LITP)	Hasselt
Dienst Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (DAGG)	Lommel
Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg (VGGZ)	Hasselt
Provincie Oost-Vlaanderen	
Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg De Drie Stromen	Dendermonde
Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Regio Groot Gent Eclips	Gent
Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Waas en Dender	Sint-Niklaas
Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Zuid-Oost-Vlaanderen (ZOV)	Aalst
Regionaal Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Deinze-Eeklo-Gent (RCGG)	Gent
Provincie Vlaams-Brabant	
Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Ahasverus	Asse
Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Passant	Halle
Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant Oost (VBO)	Leuven
Provincie West-Vlaanderen	
Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Largo	Roeselare
Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Mandel en Leie	Kortrijk
Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Noord-West-Vlaanderen (NWV)	Brugge
Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Prisma	Blankenberge
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	
Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (CGGZ Brussel)	Brussel

Bijlage 2: Regressies van de wachttijden op cliëntenniveau

De gegevens waarmee het Rekenhof de regressies uitvoerde, zijn afkomstig uit het EPD. Het moederbestand dat de administratie bezorgde, bevatte de meetwaarden voor alle 115 verplicht bijgehouden gegevens. De gegevens hadden betrekking op alle zorgperiodes die nog actief waren eind 2010. Dat waren 74.404 zorgperiodes.

Het merendeel van de registratiegegevens was niet bruikbaar voor de regressieanalyses. Vaak hadden ze alleen betrekking op een deelpopulatie (zoals forensische zorg). Soms was de betrouwbaarheid van de gegevens onvoldoende gegarandeerd. Zo krijgen de invulbare variabelen op het einde van de zorgperiode soms standaard de waarde mee die de variabele had bij het begin van de zorgperiode. Bijgevolg is de kans niet onbestaande dat de variabelen verouderde meetgegevens bevatten.

Van de variabelen die werden opgenomen in de regressieanalyses, waren niet alle meetwaarden bruikbaar (niet-ingevulde gegevens, anomalieën, enz.). Bij de beschrijving van de gebruikte variabelen hieronder wordt telkens weergegeven hoeveel van de oorspronkelijke zorgperiodes daardoor buiten beschouwing zijn gelaten. Soms waren de meetwaarden uit het EPD gedetailleerder dan nodig voor de regressieanalyses. In die gevallen is een nieuwe variabele gedefinieerd.

CGG

Elke zorgperiode is gekoppeld met 1 CGG. Om de invloed van een CGG te onderzoeken, bevatten de regressieanalyses 19 dummyvariabelen, 1 voor elk CGG. Het CGG Largo werd gekozen als referentiecategorie.

Verwijzer

Van elke zorgperiode is bijgehouden wie de persoon of instantie was die als laatste de cliënt heeft doorverwezen naar het CGG. Voor 3.089 zorgperiodes was de verwijzer niet ingevuld en bij 1.445 zorgperiodes was de verwijzer onbekend. Daardoor vielen 4.534 zorgperiodes buiten de regressieanalyses.

Er zijn 11 soorten verwijzers:

- Eigen initiatief (12.887 zorgperiodes).
- Omgeving, zoals familie, werk, enz. (8.466 zorgperiodes).
- Gezondheidszorg, zoals huisarts, paramedici, enz. (26.409 zorgperiodes).
- Welzijnszorg, zoals CAW, OCMW, enz. (4.275 zorgperiodes).
- Bijzondere jeugdbijstand, zoals pleegzorg, gezinstehuis, enz. (2.078 zorgperiodes).

- Voorzieningen kinderen en jongeren, zoals consultatiebureaus, opvoedingstelefoon, enz. (844 zorgperiodes).
- Gehandicaptenzorg, zoals medisch-pedagogische instituten (MPI), dagcentra, enz. (933 zorgperiodes).
- Ouderenzorg (770 zorgperiodes).
- Justitie (5.363 zorgperiodes).
- Andere, zoals pastoraat, asielcentra, enz. (1.142 zorgperiodes).
- Onderwijs, zoals CLB, zorgcoördinator, enz. (6.703 zorgperiodes).

De verwijzer eigen initiatief fungeert als referentiecategorie. De overige zijn verwerkt als dummyvariabelen.

Aanmeldingsproblematiek

De variabele aanmeldingsproblematiek categoriseert de mogelijke antwoorden die de cliënt of verwijzer geeft op de vraag: *Welke klacht vormt voor u de aanleiding om op dit moment met een CGG contact te zoeken?* Het is dus niet de mening van de therapeut op de aanmeldingsproblematiek. Voor 7.627 zorgperiodes had de variabele de waarde *geen klachten*. Omdat het in die gevallen naar alle waarschijnlijkheid gaat om nevencliënten, werden de betrokken zorgperiodes niet meegenomen in de regressies.

Er zijn 11 mogelijke categorieën:

- Lichamelijke klachten, zoals hoofdpijn, vermoeidheid, enz. (2.276 zorgperiodes).
- Psychische problemen, zoals depressie, fobie, enz. (23.586 zorgperiodes).
- Klachten m.b.t. realiteitscontrole, zoals wanen, hallucinaties, enz. (903 zorgperiodes).
- Gedragsproblemen zoals automutilatie, agressie, enz. (7719 zorgperiodes).
- Interactieproblemen, zoals pestslachtoffer, relatieproblemen, enz. (9.782 zorgperiodes).
- Ontwikkelingsproblemen, zoals leerproblemen, enuresis, enz. (2.539 zorgperiodes).
- Maatschappelijke problemen m.b.t. werk, onderwijs, enz. (1.462 zorgperiodes).
- Slachtofferschap bij verwaarlozing, misbruik, enz. (1.613 zorgperiodes).
- Verwerkingsproblemen bij rouw, trauma, enz. (6.924 zorgperiodes).
- Verslavingsproblemen, zoals gokken, drugs, enz. (6.717 zorgperiodes).
- Andere, zoals adviesvraag, juridisch opgelegde hulp, enz. (3.256 zorgperiodes).

De categorie lichamelijke klachten is de referentiecategorie voor de 10 overige gecreëerde dummyvariabelen.

Geslacht

Het EPD registreert het geslacht van elke cliënt.

Specifieke problematieken

Het EPD kent 4 nominale variabelen die aanduiden of de zorgperiode betrekking heeft op drugs, zelfmoord, ouderschap of kindermishandeling. De 4 variabelen zijn opgenomen als onafhankelijke variabelen in de regressies.

Leefsituatie

De leefsituatie is de plaats waar de cliënt de laatste 3 maanden voorafgaand aan FTF1 verbleef. EPD kent een vrij gedetailleerde opsplitsing met 32 categorieën. Daarvan werden er 3 niet in de regressieanalyses meegenomen: andere leefsituatie (887 zorgperiodes), onbekende leefsituatie (1.631 zorgperiodes) en niet ingevuld (5.715 zorgperiodes). De overige categorieën zijn herschaald in 3 categorieën:

- Alleenwonend (12.342 zorgperiodes): die categorie fungeert als referentiecategorie.
- Samenwonend (50.012 zorgperiodes): die dummyvariabele omvat alle cliënten die in het ouderlijke huis wonen, bij familie of het eigen gezin verblijven.
- Collectieve woonvormen (3.817 zorgperiodes): die dummyvariabele omvat alle residentiële opvang in de hulpverlening, waaronder rusthuizen, gemeenschapsinstellingen, enz., maar ook de gevangissen.

Inkomsten

De variabele inkomsten categoriseert de bron van inkomsten die het hoogste bedrag genereert gedurende 3 maanden voorafgaand aan het FTF1, in 20 mogelijke categorieën. Daarvan waren er 2 niet bruikbaar in de regressieanalyses (niet ingevuld met 5.763 zorgperiodes en onbekend inkomen met 3.549 zorgperiodes). De overige categorieën zijn herschaald tot 4 categorieën:

- Geen inkomen (22.835 zorgperiodes): dat is de referentiecategorie en omvat cliënten van wie de partner in het levensonderhoud voorziet of die geen bestaansmiddelen hebben.
- Beroepsinkomen (20.364 zorgperiodes).
- Sociale uitkering (20.939 zorgperiodes): die dummyvariabele omvat alle cliënten die een werkloosheidsuitkering krijgen, een pensioen, een invaliditeitsuitkering, een leefloon, enz.
- Alimentatie/overige (954 zorgperiodes): daarin zitten cliënten die leven van alimentatie, zwartwerk, illegaal werk, renteopbrengsten, enz.

DSM-IV diagnose

De diagnose wordt ingedeeld volgens het *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*-schema. Die diagnose verloopt op 4 assen. Op de eerste as wordt de klinische stoornis uitgezet, op de tweede as de persoonlijkheidsstoornis, op de derde as de somatische stoornissen en op de vierde as de aard van de psychosociale en omgevingsproblemen. Gezien het grote aantal niet-diagnoses op de assen 2 tot en met 4, maken de regressieanalyses alleen gebruik van de klinische diagnose. De niet-ingevulde velden (11.664 zorgperiodes) en de zorgperiodes waarvoor de diagnose uitgesteld (3.792 zorgperiodes) of afwezig is (1.870 zorgperiodes), werden buiten beschouwing gelaten. De 366 overige categorieën werden herschaald in de volgende 13 samenvattende categorieën:

- Kinder- en adolescentiestoornissen, zoals leerstoornissen, tics, enz. (6.689 zorgperiodes).
- Cognitieve stoornissen, zoals dementie, delirium, enz. (299 zorgperiodes).
- Verslavingsproblemen (6.273 zorgperiodes).
- Psychotische stoornissen, zoals schizofrenie en schizo-affectieve stoornissen (1.633 zorgperiodes).
- Stemmingsstoornissen, zoals depressie en bipolaire stoornissen (12.290 zorgperiodes)
- Angst- en dissociatioestoornissen, waaronder posttraumatische stress (5.247 zorgperiodes).
- Psychische stoornissen door somatische aandoeningen, zoals catatonie (322 zorgperiodes).
- Somatoforme en nagebootste stoornissen, zoals hypochondrie (591 zorgperiodes).
- Seksuele en genderstoornissen (660 zorgperiodes).
- Eet- en slaapstoornissen, zoals anorexia en narcolepsie (553 zorgperiodes).
- Aanpassingsstoornissen (4.799 zorgperiodes).
- Relatiestoornissen (7.650 zorgperiodes).
- Overige stoornissen, zoals pyromanie en levensfaseproblemen (3.728 zorgperiodes).

De categorie kinder- en adolescentiestoornissen fungeert als referentie-categorie. De overige categorieën zijn dummyvariabelen.

Algemene diagnose

Naast de DSM-IV diagnose maakt de consulent een diagnose op basis van de *Global Assessment of Functioning*-schaal. Die schaal beoordeelt het algemeen functioneren van de cliënt door er een cijfer aan te geven variërend van 1 (constant gevaar) tot 98 (geen symptomen). Bij 17.689

zorgperiodes werd als waarde *onvoldoende gegevens* ingevuld. Die zorgperiodes zijn niet in rekening genomen in de regressieanalyses.

Wachttijden

De wachttijden werden berekend op basis van de datumvelden aanmelding, FTF1 en FTF2. Zoals beschreven in hoofdstuk 2.5, werd alleen rekening gehouden met zorgperiodes waarvoor de aanmeldingsdatum na 1 januari 2006 lag. Daardoor verdwenen 6.644 zorgperiodes uit de populatie. Bij de regressieanalyse voor de wachttijd tot FTF1 werd geen rekening gehouden met die zorgperiodes waarvoor FTF1 nog niet was ingevuld (5.205 zorgperiodes), waar de wachttijd kleiner was dan nul dagen (107 zorgperiodes!) of waar de wachttijd groter was dan 3 jaar (1.712 zorgperiodes). Bij de regressieanalyse voor de wachttijd tot FTF2 werd geen rekening gehouden met die zorgperiodes waarvoor FTF2 nog niet was ingevuld (18.816 zorgperiodes) en waarvoor de wachttijd tot FTF2 groter was dan 3 jaar (1.886 zorgperiodes). Er waren geen zorgperiodes waarbij de datum van FTF2 voor de datum van FTF1 viel.

Leeftijd bij aanmelding

Het EPD registreert het geboortjaar van elke cliënt, alsook de aanmeldingsdatum van elke zorgperiode. Op basis daarvan heeft het Rekenhof de leeftijd van elke cliënt bij de aanmelding bepaald. De zorgperiodes waarbij de cliënt een negatieve leeftijd zou hebben (20 gevallen) en waarbij de leeftijd van de cliënt bij aanmelding hoger was dan 100 jaar (202 gevallen), werden niet meegenomen in de regressies.

Bijlage 3: Regressies van de wachttijden op CGG-niveau

De gegevens die nodig zijn om de wachttijden te berekenen, zijn afkomstig uit het EPD. De administratie heeft het Rekenhof het bestand met alle actieve zorgperiodes voor het jaar 2008 en 2009 bezorgd.

Uit de voortgangsrapporteringen voor de jaren 2008 en 2009 werden 3 variabelen geselecteerd:

- Aantal vestigingen: het aantal vestigingen en antennepunten dat een CGG heeft. Een CGG heeft gemiddeld 5,6 vestigingen. Het aantal varieert tussen 3 en 8 vestigingen.
- Aantal projecten: het aantal lopende projecten gedurende het jaar. Het gemiddeld aantal projecten in 2008 (2009) bedroeg 4,65 (4,8). Het minimum aantal projecten is 1, het maximum aantal is 10 (in 2009).
- Dienstverlening: het aantal in de voortgangsrapportering beschreven dienstverleningsactiviteiten gedurende het jaar (bv. vorming aan eerstelijnsmedewerkers, samenwerkingsactiviteiten andere zorgverleners, enz.). Door de diffuse aard van de dienstverleningen en de wijze waarop daarover werd gerapporteerd, is dat aantal moeilijker exact vast te stellen. In 2008 had een gemiddeld CGG 9,15 dienstverleningen, in 2009 steeg het cijfer naar 10,3. Daar zaten echter vrij grote verschillen tussen: het aantal varieerde tussen 2 en 33 dienstverleningen.

Op basis van de personeelsgegevens van elk CGG werden de volgende gegevens gedestilleerd:

- P_hulp_perc: het percentage aan hulpverlenend personeel binnen het totale personeelsbestand van een CGG. Het personeelsbestand van elk CGG is opgedeeld in 4 categorieën: hulpverlenend personeel, overhead, projectwerking en preventiepersoneel. In 2008 (2009) was gemiddeld 62% (62,9%) van het personeel van een CGG actief als hulpverlener. Dat percentage varieerde tussen 52,9% (49,7%) en 75,3% (76,3%) in 2008 (2009).
- P_psych_perhulp: het percentage psychiaters binnen het hulpverlenend personeel. Grosso modo zijn er 3 soorten hulpverleners: sociaal assistenten, psychologen en psychiaters. Psychiaters zijn het moeilijkst te rekruteren. Hun aandeel in het hulpverlenend personeel was in 2008 (2009) gemiddeld 10,9% (10,3%). Dat percentage varieerde tussen 2,9% (1,1%) en 19,1% (21%) in 2008 (2009).

Een tweede belangrijke beheersfactor in een CGG is de financiering. De financiële gegevens die werden opgevraagd bij het agentschap (zie ook 3.1), verduidelijken de financieringsbronnen van elk CGG. Omdat de wachttijd een efficiëntieparameter is, die de resultante is van uitstroom en instroom, wordt de financiering uitgedrukt volgens het aantal inwoners in het werkingsgebied van een CGG. De bevolkingscijfers per gemeente zijn afkomstig van Statbel.

- F_env_per: het percentage dat de enveloppenfinanciering¹²² uitmaakt in de totale financiering van het CGG. Dat percentage bedroeg 79,2% in 2008 en 78,3% in 2009. Die vermindering is voornamelijk te wijten aan de toegenomen projectmiddelen voor de CGG in 2009. In 2008 (2009) varieerde het aandeel van de enveloppe in de totale financiering tussen 72,2% (68,1%) en 91,8% (89,4%).
- F_env_inw: het bedrag van de enveloppenfinanciering¹²³ gedeeld door het totaal aantal inwoners in het werkingsgebied. In 2008 (2009) kreeg een CGG gemiddeld 4,97 (5,26) euro per inwoner. Dat bedrag varieert tussen 1,2 euro en 12,2 euro per inwoner in 2008 en 1,49 en 13,3 euro per inwoner in 2009.

De schaalgrootte van een CGG kan ook een invloed hebben op de wachttijd. Daarom bevat elke regressie een variabele die het aantal beschouwde zorgperiodes meet. Dat aantal is gelijk aan het aantal zorgperiodes dat in rekening werd genomen bij de bepaling van de wachttijden. Vandaar dat er andere variabelen nodig zijn bij de uitgevoerde regressieanalyse. Bij de regressie van de wachttijd tot FTF1 werden alleen de geselecteerde zorgperiodes opgenomen (Zp_1_inw). Idem voor de wachttijd tot FTF2 (Zp_2_inw) en tussen de 2 gesprekken (Zp_12_inw). Die variabelen zijn telkens uitgedrukt per 100.000 inwoners in het werkingsgebied. Hieronder worden enkele kerngegevens weergegeven voor de jaren 2008 en 2009 van de betrokken variabelen.

2008	Zp_1_inw	Zp_2_inw	Zp_12_inw
Gemiddelde	239,0	179,0	161,3
Minimum	63,8	50,9	46,7
Maximum	431,8	328,3	287,9
2009	Zp_1_inw	Zp_2_inw	Zp_12_inw
Gemiddelde	245,4	182,9	165,1
Minimum	77,3	61,0	56,7
Maximum	455,2	337,7	302,2

De instroom en uitstroom van cliënten in een CGG kan ook worden bepaald door de andere psychiatrische zorgcapaciteit die aanwezig is in het werkingsgebied. Voor de 3 uitgevoerde regressies (naar WT_1, WT_2 en WT_12) wordt dat gemeten door de respectievelijke variabelen totalezorg_1_inw, totalezorg_2_inw en totalezorg_12_inw. Die variabelen zijn gelijk aan de som van het aantal beschouwde zorgperiodes van andere CGG actief in het werkingsgebied en het aantal verblijven in de residentiële psychiatrie, en dit per 100.000 inwoners in het werkingsgebied. De cijfers voor de residentiële psychiatrie zijn afkomstig van de Acces-toepassingen IPAG en IZAG. Daarin registreren de psychiatrische ziekenhuizen en de algemene ziekenhuizen o.a. het aantal verblij-

¹²² Inclusief VIA-middelen en Nationale Loterij.

¹²³ Inclusief VIA-middelen en Nationale Loterij.

ven per jaar. In de regressieanalyses is geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende vormen van residentiële psychiatrie¹²⁴. Hieronder zijn voor die indicatoren enkele kerngegevens opgenomen voor de jaren 2008 en 2009.

2008	totalezorg_1_inw	totalezorg_2_inw	totalezorg_12_inw
Gemiddelde	1.676,6	1.624,2	1.609,7
Minimum	187,6	187,6	187,6
Maximum	2.882,2	2.837,7	2.824,1
2009	totalezorg_1_inw	totalezorg_2_inw	totalezorg_12_inw
Gemiddelde	1.693,3	1.635,4	1.620,4
Minimum	269,5	269,5	269,5
Maximum	3.044,6	2.993,0	2.981,4

CGG hebben niet op een uniforme manier gerapporteerd over de bijkomende diensten die ze verlenen. Daardoor bevatten de regressies meetfouten en zijn de regressies vatbaar voor een endogeniteitsrisico.

¹²⁴ Kinderpsychiatrie (dag/nacht), neuropsychiatrie (dag/nacht), psychogeriatric, psychiatrische afdelingen algemeen ziekenhuis, enz.

Bijlage 4: Antwoord van de Vlaamse minister van Volksgezondheid

25 november 2011

Betreft: Ontwerpverslag m.b.t. de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg: doelgroepenbeleid, financiering en toezicht

Geachte heren,

Ik heb uw ontwerpverslag van de audit van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG): doelgroepenbeleid, financiering en toezicht goed ontvangen.

De agentschappen Zorg en Gezondheid en Zorginspectie hebben in september jl. reeds een reactie gegeven op het voorlopige verslag. Ik stel vast dat er slechts minimale wijzigingen zijn aangebracht aan het ontwerpverslag n.a.v. deze reactie. Gezien ik akkoord ben met de opmerkingen van beide agentschappen wil ik u deze nogmaals bezorgen via dit schrijven.

1. Om een efficiënt doelgroepen- en aandachtsbeleid te voeren, moet de Vlaamse Regering de decretaal voorziene objectieve zorgbehoeftesparameters bepalen. De enveloppefinanciering en andere bijkomende middelen moeten daarop steunen.

Om objectieve zorgparameters voor de CGG te bepalen dient vooreerst de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg in gans Vlaanderen in kaart te worden gebracht. Het betreft hier zowel de behoefte aan ambulante, thuis-, 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, privé therapeuten,....

Het agentschap Zorg en Gezondheid, noch de CGG, noch de Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg zijn erin geslaagd een dergelijke oefening te maken. Dit is een opdracht die moet toegekend worden aan een kenniscentrum en waarvoor de nodige middelen moeten uitgetrokken worden.

Gezien de huidige hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg is het echter niet zinvol deze behoefte nu te meten. De federale overheid en de gemeenschappen en gewesten hebben projecten opgestart om de geestelijke gezondheidszorg te hervormen naar zorgcircuits en -netwerken. Alle geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen zijn betrokken in deze evolutie en maken wijzigingen door in hun werking. Binnen de projecten artikel 107 moeten alle GGZ-zorgaanbieders met de kennis

van het huidige aanbod, de problematieken die zich stellen, in de betrokken regio nagaan welke behoefte er bestaat aan GGZ-aanbod voor de verschillende doelgroepen. Op die manier werkt men binnen de projecten 107 aan een omgevingsanalyse.

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

De beleidsplannen 2012-2014, die momenteel voorbereid worden, omvatten alle nieuwe aandachtsgroepen. Bijvoorbeeld in 2010 is er een uitbreiding geweest voor de doelgroep verstandelijk gehandicapten, deze groep is nu opgenomen in het beleidsplan.

3. De CGG beschikken voor jongeren over een uitgebreidere basiswerking dan voor ouderen.

De CGG hebben inderdaad een grotere werking voor de doelgroep kinderen en jongeren, dan voor de doelgroep ouderen. De voorbije jaren zijn er initiatieven genomen om de doelgroep ouderen beter te bereiken (bv. outreach naar de woon- en zorgcentra). Elk CGG beschikt momenteel over een ouderenwerking.

Er zijn verschillende redenen waarom het aanbod voor kinderen en jongeren groter is, o.a. de grotere vraag/druk vanuit de maatschappij naar ambulante psychologische of psychiatrische hulpverlening voor kinderen en jongeren dan ouderen. Bij jongeren en kinderen gaat dit immers om problemen die een invloed kunnen hebben op hun toekomst. Daarnaast zijn er meer verwijzers (o.a. scholen, jongerenwelzijn, VAPH,...) waar de hulpverleners mee te maken krijgen bij de doelgroep kinderen en jongeren. Dit alles vergt meer capaciteit aan hulpverleners.

4. De CGG beslissen grotendeels autonoom over initiatieven, weinig acties zijn gemeenschappelijk.

Het basisaanbod in de CGG is wel degelijk gemeenschappelijk. Zij bieden namelijk ambulante psychische en psychiatrische behandeling, via Face-to-Face therapie, aan de doelgroepen kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen. Daarnaast kunnen de CGG ook participeren aan projecten conform artikel 9 §4 van het decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg. Op deze manier ontstaan er verschillende projecten in de CGG. Deze projecten zijn afhankelijk van subsidieverlener, regio,...

Het is ook eigen aan het principe van een 'enveloppefinanciering' dat voorzieningen eigen accenten kunnen leggen.

5. Alle CGG hanteren een verlaagd tarief voor de sociaal en financieel zwakkeren, hoewel de Vlaamse Regering het decreetaal opgelegde besluit daartoe niet heeft genomen.

In samenwerking met het agentschap Zorg en Gezondheid en de koepelorganisaties van de CGG ben ik sinds 2010 bezig aan het opmaken van een uitvoeringsbesluit rond cliëntbijdragen. Het ontwerpbesluit van de Vlaamse Regering en het ministerieel besluit rond de bepaling van de cliëntbijdragen in de CGG zal op korte termijn voorgelegd worden aan de inspecteur van Financiën en de Vlaamse Regering. Daardoor wordt voldaan aan artikel 18 van het decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg van 18 mei 1999.

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

Artikel 7 §4 van het decreet stelt dat de regering voorziet in kaderprotocollen tussen de gezondheids- en welzijnssectoren en de sector Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

De decreetgever beoogde met dit artikel het opstellen van samenwerkingsovereenkomsten tussen de CGG en de CAW (Centra voor 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 de CGG en de CAW te bevorderen. Hiertoe dienden de CGG en de CAW een samenwerkingsovereenkomst af te sluiten.

7. 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, dat is één van de basiswetten van statistiek. Er kunnen nog allerlei andere factoren bestaan, die het aangetoonde verband mee beïnvloeden. Zo kijk men bijv. enkel naar de aanbodszijde, maar brengt men de vraag naar zorg niet in rekening. De interpretaties uit deze analyses moeten dus voorzichtiger en correcter verwoord worden.

8. 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 aantal inwoners in het werkingsgebied ten opzichte van de subsidie van het CGG. De budgetten zijn op dit ogenblik dus niet meer zuiver historisch gedreven. Bij iedere uitbreiding werd stelselmatig een correctie doorgevoerd ivf bevolking, 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 20 CGG. Dit betekent dat sommige CGG middelen zouden moeten afstaan. Anderzijds door een substantiële uitbreiding van de middelen aan de CGG die momenteel ondercapacitair zijn.

Beide pistes zijn momenteel moeilijk realiseerbaar.

We stellen vast dat het Rekenhof enerzijds opmerkt dat weinig initiatieven van de CGG gemeenschappelijk zijn en dat dit wordt geïnterpreteerd als een te grote autonomie van de centra. Anderzijds stelt het Rekenhof 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 rapport is hier niet consistent. De Vlaamse overheid laat toe dat de CGG autonoom over een zekere beleidsmarge beschikken om deel te nemen aan innovatieve projecten.

Ter nuancering: op basis van de personeelslijsten van 1/1/2011 blijkt dat er slechts 8,79% van het CGG-personeel op sectorniveau wordt ingezet voor projecten en dienstverlening. Dit percentage omvat alle financieeringsbronnen. Slechts ongeveer 25% van deze groep wordt met enveloppemiddelen gefinancierd, voor het overige trekken de CGG externe financiering aan om deze projecten en dienstverlening te kunnen realiseren. Het gaat hier dus maar om een marginaal gedeelte van de besteding van enveloppemiddelen.

9. Buiten een jaarlijkse controle op de juistheid van de berekende indicatorwaarden, gebeurt er echter geen ex-postcontrole op de validiteit van de registratiegegevens

Er worden door het VAZG jaarlijks jaarrapporten opgemaakt per CGG vanuit de EPD (Elektronisch Patiënten Dossier)gegevens. Er gebeurt wel degelijk een controle hierop, meer specifiek op uitzonderlijke waarden. Dit zijn waarden die onmogelijk kunnen zijn. Deze worden gerapporteerd aan het CGG.

10. Hoewel het GGZ-decreet van 1999 voorziet in verschillende toezichtstructuren, worden de CGG pas sinds 2005 geïnspecteerd. De decretaal voorziene visitatiecommissie is nooit opgericht.

De decretaal voorziene visitatiecommissie was er op gericht om 'peers' als experts in te schakelen in het toezicht en op die manier de CGG onderling te stimuleren in het bevorderen van de kwaliteit van zorg.

Na de publicatie van het decreet heeft de Vlaamse Overheid een oproep gedaan naar de CGG-koepels om externe deskundigen te vinden die wensen te participeren aan deze visitatiecommissie. Via de koepels vernamen wij dat niemand wenste op te treden als 'controleur' van zijn collega's.

11. Bij gebrek aan wettelijke minimale kwaliteitsnormen baseert het agentschap zich op het internationale en algemeen erkend referentiekader EFQM.

EFQM is geen eisenkader, maar een indeling om eisen te ordenen en onder te brengen in resultaatsgebieden.

Het VAZG werkt momenteel aan een referentiekader voor de CGG waarin alle vereisten en verwachtingen opgenomen zijn.

12. De samenwerkingsovereenkomst tussen Zorginspectie en het Agentschap Zorg en Gezondheid respecteert onvoldoende de functiescheiding tussen beide, aangezien dit laatste agentschap kan beslissen over de aard van de conclusies van de inspectie.

BBB (Beter Bestuurlijk Beleid) had als doelstelling een duidelijke functiescheiding door te voeren tussen inspectie enerzijds en plannen, erkennen en subsidiëren anderzijds.

De inspecties/ vaststellingen ter plaatse worden uitgevoerd door het agentschap Zorginspectie.

De conclusies uit deze vaststellingen naar erkennen, plannen en subsidiëren worden genomen door het Agentschap Zorg en Gezondheid.

Om de besliste functiescheiding operationeel te maken werd een samenwerkingsovereenkomst afgesloten tussen beide Agentschappen.

De aard van de conclusies m.n. 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 betreft Inspectie WVG (i.e. agentschap Zorginspectie) bij het ontwikkelen en het beheer van het referentiekader of het beantwoorden van vragen m.b.t. de interpretatie van regels en criteria. De ontwikkeling en het beheer van het referentiekader gebeurt door Zorg en Gezondheid, in overleg met Inspectie WVG.

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 WVG 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/aard van de vaststelling (Non-conformiteit (NC) /Tekortkoming (TK)/...) beperkt het agentschap Zorginspectie zich tot het formuleren van een voorstel.

Op basis van de vaststellingen trekt het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid conclusies naar erkenning, planning en subsidiëring. Het Agentschap Zorg en Gezondheid bepaalt de ultieme kwalificatie van de vaststelling en heeft uiteindelijk de beslissingsbevoegdheid i.v. m. kwalificaties/aard van de conclusies.

Het agentschap Zorg en Gezondheid doet nooit wijzigingen aan de vaststellingen van Zorginspectie, maar enkel aan de voorgestelde kwalificaties bv. van NC naar TK,....

Om dit duidelijker te maken, geef ik u enkele voorbeelden van 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 Zorg en Gezondheid deze wijzigen naar 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 Zorg en Gezondheid dit wijzigen naar een tekortkoming.

13. Voorlopige aanbevelingen (1): De Zorginspectie moet haar werkzaamheden organiseren op basis van een risicogedreven en realistische inspectieplanning. De tussentijd tussen twee financiële inspecties moet kleiner worden.

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 dus eerder logisch zijn dat de frequentie van financiële inspecties zou verlagen.

Het financieel toezicht op de voorzieningen heeft als finaliteit 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. We wensen erop te wijzen dat dit toezicht niet enkel wordt gerealiseerd door financiële inspecties ter plaatse. vermits het Agentschap Zorg en Gezondheid administratief toezicht houdt d.m.v. jaarlijkse dossiercontrole.

14. Voorlopige aanbevelingen (2): De Zorginspectie moet de financiële inspecties beoordelen volgens hetzelfde stamien (non-conformiteiten, tekortkomingen, aanbevelingen) als de niet-financiële inspecties.

Zoals hierboven reeds aangehaald, heeft financiële inspectie als finaliteit te controleren of de subsidies werden aangewend voor het doel waarvoor ze toegekend werden en na te gaan of de financiële toestand dermate slecht is dat de continuïteit van de dienstverlening in het gedrang komt. Vermits dit totaal andere vragen zijn dan de inhoudelijke items uit het CGG-decreet, is het onlogisch (en zelfs onmogelijk) om voor dit soort inspecties te werken met non-conformiteiten en dergelijke.

Ik hoop dat u bij het opstellen van het definitief verslag rekening houdt met mijn opmerkingen.

Met vriendelijke groeten

Jo Vandeurzen
Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

druk	Albe De Coker
adres	Rekenhof Regentschapsstraat 2 B-1000 Brussel
tel	02-551 81 11
fax	02-551 86 22
website	www.rekenhof.be