

4° en cas de paiement poursuivi par huissier de justice à la requête du receveur, à la date de la remise des fonds dans les mains de l'huissier de justice ;

5° en cas de paiement avec une carte de débit au terminal de paiement du bureau, à la date de l'opération ;

6° en cas de paiement via le module de paiement intégré à l'application internet mise à la disposition par le Service public fédéral Finances, au moment où le paiement est confirmé par l'application.

Le Ministre des Finances ou son délégué détermine la date à laquelle le paiement prend effet lorsqu'il autorise, conformément au paragraphe 2, alinéa 2, d'autres modes de paiement.”.

CHAPITRE 4. — *Entrée en vigueur - Exécution*

Art. 19. L'article 7 produit ses effets le 6 juin 2019.

Art. 20. Notre ministre qui a les Finances dans ses attributions, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 18 juillet 2019.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Vice-Premier Ministre et Ministre des Finances,
A. DE CROO

4° bij een betaling na vervolgingen ingesteld door een gerechtsdeurwaarder in opdracht van de ontvanger, op de datum van de overhandiging der betaalmiddelen in handen van de gerechtsdeurwaarder;

5° bij een betaling met debetkaart aan de betaalterminal van het kantoor, op de datum van deze verrichting;

6° bij een betaling via de betaalmodule geïntegreerd in de internet-toepassing die de Federale Overheidsdienst Financiën ter beschikking stelt, op het moment waarop de betaling wordt bevestigd door de toepassing.

De Minister van Financiën of zijn gedelegeerde bepaalt de datum waarop de betaling uitwerking heeft, wanneer hij overeenkomstig paragraaf 2, tweede lid, andere wijzen van betaling toestaat.”.

HOOFDSTUK 4. — *Inwerkingtreding - Uitvoering*

Art. 19. Artikel 7 heeft uitwerking met ingang van 6 juni 2019.

Art. 20. Onze minister die bevoegd is voor Financiën, is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 18 juli 2019.

FILIP

Van Koningswege :

De Vice-Eerste Minister en Minister van Financiën,
A. DE CROO

GOVERNEMENTS DE COMMUNAUTE ET DE REGION GEMEENSCHAPS- EN GEWESTREGERINGEN GEMEINSCHAFTS- UND REGIONALREGIERUNGEN

VLAAMSE GEMEENSCHAP — COMMUNAUTE FLAMANDE

VLAAMSE OVERHEID

[C – 2019/13728]

17 MEI 2019. — Besluit van de Vlaamse Regering tot wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 9 november 2012 inzake erkenning en subsidiëring van de centra voor kinderzorg en gezinsondersteuning, het besluit van de Vlaamse Regering van 28 maart 2014 tot uitvoering van het decreet van 29 november 2013 houdende de organisatie van preventieve gezinsondersteuning en het besluit van de Vlaamse Regering van 17 november 2017 betreffende de erkenning en subsidiëring van de vertrouwenscentra kindermishandeling en de partnerorganisatie

DE VLAAMSE REGERING,

Gelet op de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, artikel 20, gewijzigd bij bijzondere wet van 16 juli 1993;

Gelet op het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen, artikel 5, artikel 6, § 1 en §2, artikel 12, § 1, 2°, en artikel 14;

Gelet op het decreet van 30 april 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Opgroeien regie, artikel 5, § 1, 1°, f) en § 2, 2°, vervangen bij het decreet van 1 maart 2019, en artikel 12, gewijzigd bij het decreet van 1 maart 2019;

Gelet op het decreet van 12 juli 2013 betreffende de integrale jeugdhulp, artikel 42, § 2;

Gelet op het decreet van 29 november 2013 houdende de organisatie van preventieve gezinsondersteuning, artikel 8, derde lid;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 9 november 2012 inzake erkenning en subsidiëring van de centra voor kinderzorg en gezinsondersteuning;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 28 maart 2014 tot uitvoering van het decreet van 29 november 2013 houdende de organisatie van preventieve gezinsondersteuning;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 17 november 2017 betreffende de erkenning en subsidiëring van de vertrouwenscentra kindermishandeling en de partnerorganisatie;

Gelet op het ministerieel besluit van 10 juni 2002 betreffende de kwaliteitszorg in de centra voor kinderzorg en gezinsondersteuning;

Gelet op het ministerieel besluit van 10 juni 2002 betreffende de kwaliteitszorg in de vertrouwenscentra kindermishandeling;

Gelet op het akkoord van de Vlaamse minister, bevoegd voor de begroting, gegeven op 27 maart 2019;

Gelet op advies 65.943/1 van de Raad van State, gegeven op 9 mei 2019, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op voorstel van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin;

Na beraadslaging,

Besluit :

HOOFDSTUK 1. — *Wijzigingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 9 november 2012 inzake erkenning en subsidiëring van de centra voor kinderzorg en gezinsondersteuning*

Artikel 1. Aan artikel 1 van het besluit van de Vlaamse Regering van 9 november 2012 inzake erkenning en subsidiëring van de centra voor kinderzorg en gezinsondersteuning, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 30 januari 2015, worden een punt 11° tot en met 13° toegevoegd, die luiden als volgt:

“11° decreet van 17 oktober 2003: het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen;

12° outputgebieden: de resultaatgerichte aandachtsgebieden die betrekking hebben op de verschillende aspecten van de organisatievoering, met name de gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten;

13° kernprocessen: de basisprocessen en -procedures volgens welke een organisatie haar hulpverlening vormgeeft, en die bestaan uit:

- a) het onthaal van de gebruiker;
- b) de doelstelling en het handelingsplan;
- c) de afsluiting en de nazorg;
- d) het pedagogische profiel;
- e) het gebruikersdossier.”.

Art. 2. Aan hoofdstuk 3 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018, wordt een afdeling 4, die bestaat uit artikel 26/1 tot en met 26/5, toegevoegd, die luidt als volgt:

“Afdeling 4. Kwaliteitsbeleid

Art. 26/1. De voorziening heeft een kwaliteitsbeleid als vermeld in artikel 4 en 5, § 1, van het decreet van 17 oktober 2003, dat al de volgende elementen bevat:

- 1° de missie van de voorziening;
- 2° de visie van de voorziening;
- 3° de waarden;
- 4° de te creëren maatschappelijke meerwaarde, alsook de strategische doelstellingen om die meerwaarde te realiseren;
- 5° de omschrijving van al de volgende aandachtsgebieden:

- a) kwaliteitszorg;
- b) inputgebieden:
 - 1) leiderschap;
 - 2) personeelsbeleid;
 - 3) beleid en strategie;
 - 4) middelen en partnerschappen;
- c) kernprocessen;
- d) outputgebieden:
 - 1) gebruikersresultaten;
 - 2) medewerkersresultaten;
 - 3) samenlevingsresultaten.

In het eerste lid, 5°, b), wordt verstaan onder inputgebieden: de organisatorisch gerichte aandachtsgebieden die betrekking hebben op de activiteiten die het mogelijk maken dat de organisatie bepaalde resultaten behaalt op het vlak van leiderschap, personeelsbeleid, beleid en strategie, en middelen en partnerschappen.

Art. 26/2. Met toepassing van artikel 6, § 2, van het decreet van 17 oktober 2003 heeft de voorziening in haar kwaliteitsbeleid aandacht voor de volgende aspecten:

- 1° gelijke kansen op het gebied van toegankelijkheid, diversiteit en non-discriminatie;
- 2° goed bestuur, in het bijzonder wat betreft de diversiteit in samenstelling, de deskundigheid, de opdrachten en de verantwoordelijkheden van de bestuursorganen.

Art. 26/3. De voorziening beschikt over een kwaliteitsmanagementsysteem als vermeld in artikel 4 en 5, § 2, van het decreet van 17 oktober 2003, dat minimaal de organisatorische structuur, de bevoegdheden, de verantwoordelijkheden en de processen en procedures in het bijzonder van de aandachtsgebieden, vermeld in artikel 26/1, eerste lid, 5°, van dit besluit, bevat.

Art. 26/4. Met toepassing van artikel 4 en 5, § 3, van het decreet van 17 oktober 2003 evalueert de voorziening systematisch zelf haar werking en minimaal de aandachtsgebieden kwaliteitszorg, kernprocessen en outputgebieden, vermeld in artikel 26/1, eerste lid, 5°, van dit besluit, op basis van het schema dat opgenomen is in de bijlage die bij dit besluit is gevoegd.

Op basis van de zelfevaluatie, vermeld in het eerste lid, formuleert de voorziening verbeteracties die betrekking kunnen hebben op alle elementen van het kwaliteitsbeleid, vermeld in artikel 26/1.

Art. 26/5. De voorziening beschikt over een borgend kwaliteitshandboek als vermeld in artikel 5, § 4, en artikel 6 van het decreet van 17 oktober 2003, dat al de volgende elementen bevat:

- 1° het kwaliteitsbeleid, vermeld in artikel 26/1 van dit besluit;
- 2° het kwaliteitsmanagementsysteem, vermeld in artikel 26/3 van dit besluit;
- 3° de zelfevaluatie en de verbeteracties, vermeld in artikel 26/4 van dit besluit.

Het kwaliteitshandboek, vermeld in het eerste lid, is gebruiksvriendelijk en toegankelijk en wordt door alle geledingen van de voorziening gedragen.”.

Art. 3. Aan hetzelfde besluit, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 21 december 2018, wordt een bijlage toegevoegd, die bij dit besluit is gevoegd.

HOOFDSTUK 2. — *Wijzigingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 28 maart 2014 tot uitvoering van het decreet van 29 november 2013 houdende de organisatie van preventieve gezinsondersteuning*

Art. 4. In artikel 61 van het besluit van de Vlaamse Regering van 28 maart 2014 tot uitvoering van het decreet van 29 november 2013 houdende de organisatie van preventieve gezinsondersteuning worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- 1° voor paragraaf 1, die paragraaf 1/1 wordt, wordt een nieuwe paragraaf 1 ingevoegd, die luidt als volgt:
“§ 1. Het subsidiebedrag dat een organisator kan krijgen, bestaat uit een vast en een variabel deel.”;
- 2° in paragraaf 1, die paragraaf 1/1 wordt, worden in het eerste lid tussen de woorden “herberekening van het” en het woord “subsidiebedrag” de woorden “variabel deel van het” ingevoegd;
- 3° in paragraaf 1, die paragraaf 1/1 wordt, worden in het eerste lid de woorden “dat een organisator kan krijgen” opgeheven;
- 4° aan paragraaf 6, die wordt vernummerd tot paragraaf 3, wordt een tweede lid toegevoegd, dat luidt als volgt:
“De minister bepaalt de hoogte van het vaste bedrag per aanbodsform en kan een maximumbedrag bepalen dat per aanbodsform wordt toegekend.”.

HOOFDSTUK 3. — *Wijzigingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 17 november 2017 betreffende de erkenning en subsidiëring van de vertrouwenscentra kindermishandeling en de partnerorganisatie*

Art. 5. Artikel 27 van het besluit van de Vlaamse Regering van 17 november 2017 betreffende de erkenning en subsidiëring van de vertrouwenscentra kindermishandeling en de partnerorganisatie wordt vervangen door wat volgt:

“Art. 27. Het vertrouwenscentrum kindermishandeling en de partnerorganisatie, erkend conform dit besluit, ontvangen binnen de perken van de begrotingskredieten jaarlijks een algemene werkingssubsidie ter ondersteuning van de personeels- en werkingskosten.

Het agentschap kent voor de duur van de erkenning een subsidie toe als vermeld in het eerste lid.”.

Art. 6. In artikel 31 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- 1° in paragraaf 3 wordt de zinsnede “50.000,00 euro (vijftigduizend euro)” vervangen door de zinsnede “79.000 euro (negenenzeventigduizend euro)”;
- 2° er wordt een paragraaf 3/1 ingevoegd, die luidt als volgt:
“§ 3/1. De jaarlijkse subsidie voor de partnerorganisatie bedraagt 100.000 euro (honderdduizend euro).”;
- 3° in paragraaf 4 wordt de zin “De subsidies, vermeld in dit artikel, zijn uitgedrukt tegen 100 % van de spilindex die van toepassing is op 1 januari 2017.” vervangen door de zin “De subsidies, vermeld in dit artikel, zijn gekoppeld aan de spilindex die van toepassing is op 1 januari 2017, met uitzondering van de subsidie vermeld in paragraaf 3/1 van dit artikel, die gekoppeld is aan de spilindex die van toepassing is op 1 januari 2019.”.

HOOFDSTUK 4. — *Slotbepalingen*

Art. 7. Het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen treedt in werking voor de centra voor kinderzorg en gezinsondersteuning.

Art. 8. De volgende regelingen worden opgeheven:

- 1° het ministerieel besluit van 10 juni 2002 betreffende de kwaliteitszorg in de centra voor kinderzorg en gezinsondersteuning;
- 2° het ministerieel besluit van 10 juni 2002 betreffende de kwaliteitszorg in de vertrouwenscentra kindermishandeling.

Art. 9. Artikel 5 en 6 hebben uitwerking met ingang van 1 januari 2019.

Art. 10. De Vlaamse minister, bevoegd voor de bijstand aan personen, is belast met de uitvoering van dit besluit.

Brussel, 17 mei 2019.

De minister-president van de Vlaamse Regering,
G. BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
J. VANDEURZEN

Bijlage. Schema als vermeld in artikel 26/4, eerste lid

Groei-niveaus (0-5)	Kwaliteitszorg: organisatie en visie	Kwaliteitszorg: betrokkenheid	Kwaliteitszorg: methodieken en instrumenten	Kwaliteitszorg: verbetertraject
0	De organisatie heeft geen visie op kwaliteitszorg.	Binnen de organisatie is er geen betrokkenheid op het vlak van kwaliteitszorg.	De organisatie hanteert geen methodieken noch instrumenten voor de kwaliteitszorg.	De organisatie formuleert geen verbetertrajecten.
	De organisatie onderneemt geen acties om te komen tot een adequate kwaliteitszorg.	De organisatie onderneemt geen acties om de betrokkenheid te vergroten.		
1	Er is structureel overleg over de kwaliteitszorg van de organisatie.	De organisatie betreft de directie en de medewerkers op ad-hocbasis bij het beleid.	De organisatie hanteert alleen ad-hoc methodieken en instrumenten voor de kwaliteitszorg.	De organisatie formuleert ad-hoc verbetertrajecten.
	De organisatie heeft een basiskennis van de basisprincipes en modellen van integrale kwaliteitszorg.			
2	De organisatie heeft een of meer personeelsleden die kwaliteitszorg als eindverantwoordelijkheid in hun takenpakket hebben.	De organisatie betreft de medewerkers bij het beleid.	De organisatie beschikt over een kwaliteitshandboek waarin een kwaliteitsbeleid is opgenomen.	De organisatie ontwikkelt SMART-geformuleerde verbetertrajecten.
	De organisatie heeft een visie op integrale kwaliteitszorg.	De organisatie betreft de bestuursorganen bij het beleid.	De organisatie beschikt over een methodiek of instrument voor zelfevaluatie.	De organisatie informeert de medewerkers over de verbetertrajecten.

	Integrale kwaliteitszorg bestaat minimaal de volgende domeinen van de organisatie: leiderschap, personeelsbeleid, beleid en strategie, middelen en partnerschappen, kernprocessen, gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten.				
3	Kwaliteitszorg is geïntegreerd in de dagelijkse werking van alle activiteiten centra of afdelingen van de organisatie.	Alle functiegroepen participeren in de kwaliteitszorg.	Het kwaliteitshandboek is gebruiksvriendelijk en bevat alle elementen volgens artikel 5, §4, van het kwaliteitsdecreet.	De verbetertrajecten zijn SMART gedefinieerd en als dusdanig opgesteld dat de PDCA-cyclus herkenbaar is.	
	Alle elementen van kwaliteitszorg zijn op elkaar afgestemd en vormen een geheel.	De organisatie bepaalt op een doordachte wijze waar de gebruiker bij de kwaliteitszorg betrokken wordt.	Alle functiegroepen passen het kwaliteitshandboek toe.	De organisatie stelt verantwoordelijken aan voor de uitvoering en voortgang per verbetertraject.	
		De organisatie bepaalt op een doordachte wijze wanneer de externe partners (verwijzers, andere hulpverleners, ...) bij de kwaliteitszorg betrokken worden.	De zelfevaluatie wordt uitgevoerd op basis van een vooraf vastgelegde en gestandaardiseerde manier, waarin de PDCA-cyclus duidelijk aanwezig is en waarin minimaal de volgende domeinen van de organisatie aan bod komen: leiderschap, personeelsbeleid, beleid en strategie, middelen en partnerschappen, kernprocessen, gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten.	De organisatie overloopt systematisch minimaal de volgende domeinen van een organisatie (leiderschap, personeelsbeleid, beleid en strategie, middelen en partnerschappen, kernprocessen, gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten) om verbetertrajecten binnen het jaar- of meerjarenplan van de organisatie te bepalen.	
		De bestuursorganen participeren in de kwaliteitszorg.		De organisatie communiceert de resultaten van de verbetertrajecten aan de betrokkenen van het verbetertraject.	

4	De organisatie evalueert systematisch de kwaliteitszorg en stuurt ze bij.	De organisatie evalueert de wijze waarop de externe partners en de gebruikers bij het beleid betrokken worden en stuurt die bij.	De organisatie evalueert systematisch de ingezette methodiek of het instrument voor de zelfevaluatie en stuurt die methodiek of dat instrument bij.	De organisatie voert de verbetertrajecten conform de planning uit, evalueert ze en stuurt ze bij.
	De organisatie brengt minimaal de gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten samen in een synthese, die de basis vormt om prioritaire verbetertrajecten te bepalen.		De organisatie evalueert systematisch het kwaliteitshandboek en stuurt het bij.	De organisatie implementeert de resultaten van de verbetertrajecten in de werking van de organisatie en legt ze samen met andere beleidsrelevante informatie.
				De organisatie neemt de resultaten van de verbetertrajecten op in het kwaliteitshandboek.
5	De organisatie benchmarkt haar kwaliteitszorg en zelfevaluatie.	De organisatie maakt de manier waarop alle betrokkenen bij het beleid betrokken worden, actief kenbaar.	De organisatie onderneemt actief initiatieven voor kennisdeling van de gebruikte methodieken en instrumenten.	De organisatie communiceert actief over de verbetertrajecten en de resultaten ervan.
	De organisatie heeft een kwaliteitscertificaat.		De organisatie vergelijkt haar methodieken en instrumenten nationaal en internationaal.	
	De organisatie maakt haar kwaliteitszorg en zelfevaluatie actief kenbaar.		De methodieken en instrumenten zijn gecertificeerd of wetenschappelijk onderbouwd.	

	Kernprocessen: onthaal van de gebruiker	Kernprocessen: doelstellingen en ondersteuningsplan	Kernprocessen: afsluiting en nazorg	Kernprocessen: agogisch en pedagogisch profiel	Kernprocessen: gebruikersdossier
0	Er is geen procedure voor onthaal.	Er is geen procedure voor de doelstellingen en het ondersteuningsplan.	Er is geen procedure voor afsluiting en nazorg.	Er is geen agogisch en pedagogisch profiel.	Er zijn geen procedures voor het beheer en de uitwisseling van gebruikersdossiers.
1	De organisatie bepaalt ad hoc een werkwijze.	De organisatie bepaalt ad hoc een werkwijze.	De organisatie bepaalt ad hoc een werkwijze.	De medewerkers stemmen hun visie op en de uitvoering van de hulpverlening ad hoc af.	De organisatie beheert ad hoc de gebruikersdossiers.
2	Er is een procedure voor onthaal.	Er is een procedure voor de doelstellingen en het ondersteuningsplan.	Er is een procedure voor afsluiting en nazorg.	Er is een, agogisch en pedagogisch profiel.	Er zijn procedures voor het beheer en de uitwisseling van gebruikersdossiers.
3	De organisatie stelt de procedure op met inspraak van de proceseigenaars.	De organisatie stelt de procedure op met inspraak van de proceseigenaars.	De organisatie stelt de procedure op met inspraak van de proceseigenaars.	De organisatie documenteert de visie op hulpverlening aan de hand van onderbouwde referentiekaders met handvatten voor de hulpverleners.	De organisatie stelt de procedures op met inspraak van de proceseigenaars.
	De procedure is geëxpliciteerd met duidelijke verantwoordelijke(n) instrumenten en werkwijzen.	De procedure is geëxpliciteerd met duidelijke verantwoordelijke(n), doelstellingen en instrumenten.	De procedure is geëxpliciteerd met duidelijke verantwoordelijke(n), doelstellingen en instrumenten.	De organisatie heeft een duidelijke visie op afspraken over de essentiële aspecten van de hulpverlening.	De procedures voor het beheer en de uitwisseling van gebruikersdossiers zijn geëxpliciteerd volgens de wettelijke bepalingen met duidelijke afspraken over het beheer en de toegankelijkheid (intern en extern) van de dossiers.

	De organisatie communiceert over de procedure.	De organisatie documenteert de procedure en communiceert erover.	De organisatie documenteert de procedure en communiceert erover.	Alle betrokkenen passen de visie en de afspraken toe.	De organisatie documenteert de procedures en communiceert erover.
	Alle medewerkers passen de procedure toe.	Alle medewerkers passen de procedure toe.	Alle medewerkers passen de procedure toe.	De gebruiker heeft inspraak en participeert in alle aspecten van zijn hulpverleningstraject.	Alle medewerkers passen de procedures toe.
				De hulpverlening maakt voor elke gebruiker samenwerkingsafspraken met het externe hulpverleningsnetwerk.	
				De hulpverlening betreft het directe sociale netwerk actief in het hulpverleningstraject van de gebruiker.	
4	De organisatie evalueert systematisch de procedure en stuurt die bij.	De organisatie evalueert systematisch de procedure en stuurt die bij.	De organisatie evalueert systematisch de procedure en stuurt die bij.	De organisatie evalueert systematisch de visie op hulpverlening en de afspraken daaroveren stuurt die bij.	De organisatie evalueert systematisch de procedures en stuurt die bij.
	De gebruikers en de interne partners hebben inspraak in de evaluatie.	De gebruikers en de interne partners hebben inspraak in de evaluatie.	De gebruikers en de interne partners hebben inspraak in de evaluatie.	De gebruikers en de interne partners hebben inspraak in de evaluatie.	De gebruikers en de interne partners hebben inspraak in de evaluatie.
				De organisatie evalueert systematisch de wijze waarop de inspraak en participatie van de gebruiker vorm krijgen en stuurt die bij.	

5	De organisatie communiceert systematisch extern over de procedure.	De organisatie communiceert systematisch extern over de procedure.	De organisatie communiceert systematisch extern over de procedure.	De organisatie communiceert systematisch extern over de procedure.	De organisatie communiceert systematisch extern over de procedures.
	De organisatie evalueert systematisch de procedure met inspraak van de externe partners.	De organisatie evalueert systematisch de procedure met inspraak van de externe partners.	De organisatie evalueert de procedure met inspraak van de externe partners.	Een onafhankelijke externe evalueert de visie op hulpverlening, en de afspraken daarover. De organisatie communiceert over die resultaten en stuurt de visie, de afspraken en de uitvoering bij.	De organisatie evalueert systematisch de procedures met inspraak van de externe partners.
	De procedure staat model voor andere organisaties.	De procedure staat model voor andere organisaties.	De procedure staat model voor andere organisaties.	De organisatie stelt de visie op hulpverlening en de afspraken daarover als model voor andere organisaties.	De procedures staat model voor andere organisaties.

Groei-niveaus (0-5)	Gebruikersresultaten: klachtenbehandeling	Gebruikersresultaten: gebruikerstevredenheid over hulpverleningsprocessen, over hulpuitvoering, over inspraak en participatie	Gebruikersresultaten: effect van de hulpverlening
0	De organisatie heeft geen klachtenbehandeling.	De organisatie gaat de gebruikerstevredenheid niet na.	De organisatie gaat het effect van de hulpverlening voor de gebruikers niet na.
1	De organisatie bepaalt ad hoc een werkwijze voor de klachtenbehandeling.	De organisatie gaat ad hoc de gebruikerstevredenheid na.	De organisatie gaat ad hoc de effecten van de hulpverlening na.
2	De organisatie heeft een klachtenprocedure.	De organisatie hanteert een of enkele methodieken of instrumenten om de gebruikerstevredenheid na te gaan.	De organisatie hanteert een of enkele methodieken of instrumenten om het effect van de hulpverlening te meten.
3	De organisatie stelt de klachtenprocedure op met inspraak van de proceseigenaars.	De organisatie heeft een duidelijke procedure of afspraken om de gebruikerstevredenheid te meten.	De organisatie heeft SMART indicatoren geformuleerd om het effect van de hulpverlening na te gaan.
	De klachtenprocedure is geëxpliciteerd met een duidelijk stappenplan, en tijdsplan, en tijdspad, aangewezen verantwoordelijken, doelgerichtheid en terugkoppeling aan de gebruiker die de klacht heeft ingediend.	De organisatie gebruikt systematisch een methodiek die afgestemd is op de doelgroep(en) om de gebruikerstevredenheid te meten, waarbij ze minimaal de hulpverleningsprocessen, de hulpuitvoering, de inspraak en de participatie bevat.	De organisatie gebruikt systematisch de eigen en de sectorale gegevens uit een uniform registratiesysteem (als dat voorhanden is) om de effecten en processen van de hulpverlening in kaart te brengen.
	De organisatie communiceert over de klachtenprocedure.	De organisatie gebruikt de gegevens van de tevredenheidsmeting als input voor de beleidsvoering van de organisatie.	De organisatie participeert in wetenschappelijk onderzoek.

	Alle betrokkenen passen de klachtenprocedure toe.	De organisatie gebruikt de gegevens van de tevredenheidsmeting om de communicatie en de samenwerking met gebruikers te verbeteren.	
	De organisatie bundelt systematisch de klachten van gebruikers en bespreekt ze tijdens (beleids)overleg.		
4	De organisatie evalueert systematisch de klachtenprocedure en stuurt die bij.	De organisatie evalueert systematisch de instrumenten om de gebruikerstevredenheid te meten, en stuurt ze bij.	De organisatie evalueert systematisch de gehanteerde indicatoren en instrumenten om de effecten van de hulpverlening te meten en stuurt ze bij.
	De gebruikers en medewerkers hebben inspraak in de evaluatie.	De gebruikers hebben inspraak in de evaluatie.	De organisatie gebruikt de aanbevelingen van wetenschappelijk onderzoek om de hulpverlening te optimaliseren.
	Vanuit de gegevens van de klachtenprocedure zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen.	Vanuit de gegevens van de tevredenheidsmeting zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen.	De organisatie gebruikt haar eigen gegevens en de sectorale gegevens uit een uniform registratiesysteem om systematisch acties op te zetten rond de inputgebieden en de kernprocessen.
	De organisatie linkt de gegevens van de klachtenprocedure aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.	De organisatie linkt de gegevens van de tevredenheidsmeting aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.	De organisatie linkt de resultaten van de effectmeting aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.

5	De organisatie communiceert systematisch extern over de klachtenprocedure.	Een onafhankelijke externe evalueert de tevredenheidsmeting. De organisatie communiceert over die resultaten en stuurt de tevredenheidsmeting bij.	De organisatie gebruikt systematisch haar eigen registratiegegevens en de sector om te benchmarken.	
	De organisatie evalueert systematisch de klachtenprocedure met inspraak van externe partners.	De tevredenheidsmeting is wetenschappelijk onderbouwd .	De organisatie gebruikt systematisch haar eigen registratiegegevens en de sector om te benchmarken .	
	De klachtenprocedure staat model voor andere organisaties.	De organisatie stelt de tevredenheidsmeting als model voor andere organisaties.	De organisatie staat model voor andere organisaties op het vlak van het meten van de effectiviteit van de hulpverlening.	
		De organisatie publiceert de resultaten van de tevredenheidsmeting.	De organisatie publiceert de resultaten van de hulpverlening, de registratiegegevens en de resultaten van het wetenschappelijk onderzoek.	

Groei-niveaus (0-5)	Medewerkersresultaten: personeelstevredenheid	Medewerkersresultaten: indicatoren en kengetallen (objectieve personeelsgegevens)
0	De organisatie gaat de personeelstevredenheid niet na.	De organisatie houdt geen personeelskengetallen bij.
1	De organisatie gaat ad hoc de personeelstevredenheid na.	De organisatie houdt ad hoc personeelskengetallen bij.
2	De organisatie hanteert een of meer methodieken of instrumenten om de personeelstevredenheid na te gaan.	De organisatie geeft een aanzet tot het systematisch bijhouden van een aantal personeelskengetallen.
3	De organisatie heeft een duidelijke procedure voor of duidelijke afspraken over het meten van de personeelstevredenheid.	De organisatie bepaalt de personeelskengetallen op een doordachte wijze.
	De organisatie meet systematisch de personeelstevredenheid, waarbij ze alle thema's systematisch bevroegt.	De organisatie houdt de verschillende personeelskengetallen systematisch bij en bespreekt ze systematisch op (beleids)overleg.
	De organisatie voert een duidelijk beleid om signalen en input van medewerkers op te vangen, en communiceert daarover.	
	De organisatie bundelt systematisch signalen en input van medewerkers en bespreekt ze op (beleids)overleg.	
	De organisatie gebruikt de gegevens van de tevredenheidsmeting als input voor de beleidsvoering van de organisatie.	
4	De organisatie evalueert systematisch het beleid rond de personeelstevredenheid en rond het omgaan met signalen en input van medewerkers en stuurt het bij.	De organisatie evalueert systematisch de personeelskengetallen en stuurt ze bij.
	De medewerkers hebben inspraak in de evaluatie.	Vanuit de gegevens van de personeelskengetallen zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen.

	Op basis van de gegevens van de tevredenheidsmeting en de signalen en de input van medewerkers zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen.	De organisatie linkt de resultaten van de personeelskengetallen aan de resultaten van de andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.
	De organisatie linkt de gegevens van de tevredenheidsmeting en de signalen en de input van medewerkers aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.	
5	Een onafhankelijke externe evalueert de tevredenheidsmeting. De organisatie communiceert over de resultaten en stuurt de tevredenheidsmeting bij.	Een onafhankelijke externe evalueert de wijze waarop de personeelskengetallen worden verzameld, en de resultaten ervan. De organisatie communiceert over de resultaten van die evaluatie en stuurt ze bij.
	De tevredenheidsmeting is wetenschappelijk onderbouwd.	De organisatie gebruikt systematisch de personeelskengetallen om te benchmarken.
	De organisatie stelt de tevredenheidsmeting als model voor andere organisaties.	De organisatie stelt de personeelskengetallen als model voor andere organisaties.

Groei-niveaus (0-5)	Samenlevingsresultaten: waardering strategische partners	Samenlevingsresultaten: maatschappelijke opdracht en maatschappelijke tendensen
0	De organisatie gaat de waardering van de strategische partners niet na.	De organisatie gaat niet na wat haar maatschappelijke opdracht is.
		De organisatie gaat de maatschappelijke tendensen die een impact hebben op het welzijn van de gebruiker en de werking van de organisatie, niet na.
1	De organisatie gaat ad hoc de waardering van de strategische partners na.	De organisatie gaat ad hoc na of haar maatschappelijke opdracht nog actueel ingevuld is.
		De organisatie speelt ad hoc in op maatschappelijke tendensen die impact hebben op het welzijn van de gebruiker en op de werking van de organisatie.
2	De organisatie neemt initiatief om de waardering van de strategische partners na te gaan.	De organisatie neemt initiatief om haar maatschappelijke opdracht te actualiseren.
		De organisatie neemt initiatief om in te spelen op de maatschappelijke tendensen en de impact ervan op het welzijn van de gebruiker en de werking van de organisatie.
3	De organisatie verzamelt en analyseert systematisch gegevens over de waardering.	De organisatie actualiseert systematisch haar maatschappelijke opdracht en houdt systematisch rekening met maatschappelijke tendensen en de impact ervan op het welzijn van de gebruiker en de werking van de organisatie.
		De organisatie communiceert aan de overheid en andere betrokkenen over maatschappelijke tendensen die impact hebben op het welzijn van de gebruiker en de werking van de organisatie.
4	Vanuit de analyse van de gegevens over de waardering zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen.	Vanuit de actualisatie van de maatschappelijke opdracht, rekening houdend met maatschappelijke tendensen en de impact op het welzijn van de gebruiker en de werking van de organisatie, zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen.

	De organisatie linkt de waarderingsgegevens aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.	De organisatie linkt de actualisatie van de maatschappelijke opdracht, rekening houdend met maatschappelijke tendensen en de impact ervan op het welzijn van de gebruiker en de werking van de organisatie, aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.
		De organisatie stelt de werking van de bestuursorganen af op de realisatie van haar maatschappelijke opdracht.
5	De organisatie neemt initiatief en zet samen met strategische partners acties op om de waardering en de samenwerking te verbeteren.	De organisatie neemt acties om, samen met andere betrokkenen, vanuit haar maatschappelijke opdracht, proactief en constructief maatschappelijke tendensen te beïnvloeden.
	De samenwerkingsacties staan model voor andere organisaties.	De organisatie staat model voor andere organisaties op het vlak van de implementatie van maatschappelijke tendensen en nieuwe evoluties in haar eigen werking.

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van 17 mei 2019 tot wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 9 november 2012 inzake erkenning en subsidiëring en subsidiëring van de centra voor kinderzorg en gezinsondersteuning, het besluit van de Vlaamse Regering van 28 maart 2014 tot uitvoering van het decreet van 29 november 2013 houdende de organisatie van preventieve gezinsondersteuning en het besluit van de Vlaamse Regering van 17 november 2017 betreffende de erkenning en subsidiëring van de vertrouwenscentra kindermishandeling en de partnerorganisatie.

Brussel, 17 mei 2019

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Geert BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Jo VANDEURZEN

TRADUCTION

AUTORITE FLAMANDE

[C – 2019/13728]

17 MAI 2019. — Arrêté du Gouvernement flamand modifiant l'arrêté du Gouvernement flamand du 9 novembre 2012 relatif à l'agrément et au subventionnement des centres d'aide aux enfants et d'assistance des familles, l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 mars 2014 portant exécution du décret du 29 novembre 2013 portant organisation du soutien préventif aux familles et l'arrêté du Gouvernement flamand du 17 novembre 2017 relatif à l'agrément et au subventionnement des centres de confiance pour enfants maltraités et de l'organisation partenaire

LE GOUVERNEMENT FLAMAND,

Vu la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, article 20, modifié par la loi spéciale du 16 juillet 1993 ;

Vu le décret du 17 octobre 2003 relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale, article 5, article 6, § 1 et 2, article 12, § 1, 2°, et article 14 ;

Vu le décret du 30 avril 2004 portant création de l'agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique « Opgroeien regie » (régie Grandir), article 5, § 1, 1°, f) et § 2, 2°, remplacé par le décret du 1^{er} mars 2019, et article 12, modifié par le décret du 1^{er} mars 2019 ;

Vu le décret du 12 juillet 2013 relatif à l'aide intégrale à la jeunesse, article 42, § 2 ;

Vu le décret du 29 novembre 2013 portant organisation du soutien préventif aux familles, article 8, troisième alinéa ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 9 novembre 2012 relatif à l'agrément et au subventionnement des centres d'aide aux enfants et d'assistance des familles ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 mars 2014 portant exécution du décret du 29 novembre 2013 portant organisation du soutien préventif aux familles ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 17 novembre 2017 relatif à l'agrément et au subventionnement des centres de confiance pour enfants maltraités et de l'organisation partenaire ;

Vu l'arrêté ministériel du 10 juin 2002 relatif à la gestion de la qualité dans les centres d'aide aux enfants et d'assistance des familles ;

Vu l'arrêté ministériel du 10 juin 2002 relatif à la gestion de la qualité dans les centres de confiance pour enfants maltraités ;

Vu l'accord du ministre flamand ayant le budget dans ses attributions, donné le 27 mars 2019 ;

Vu l'avis 65.943/1 du Conseil d'État, donné le 9 mai 2019, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Sur la proposition du Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille ;

Après délibération,

Arrête :

CHAPITRE 1. — *Modifications de l'arrêté du Gouvernement flamand du 9 novembre 2012 relatif à l'agrément et au subventionnement des centres d'aide aux enfants et d'assistance des familles*

Article 1^{er}. À l'article 1^{er} de l'arrêté du Gouvernement flamand du 9 novembre 2012 relatif à l'agrément et au subventionnement des centres d'aide aux enfants et d'assistance des familles, modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 janvier 2015, sont ajoutés des points 11° à 13°, libellés comme suit :

« 11° décret du 17 octobre 2003 : le décret du 17 octobre 2003 relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale ;

12° domaines de sortie : les domaines d'attention axés sur les résultats et se rapportant aux différents aspects de la gestion organisationnelle, comme les résultats pour les usagers, les collaborateurs et la société ;

13° processus clés : les processus et procédures de base selon lesquels une organisation concrétise son aide, et qui comprennent :

- a) accueil de l'utilisateur ;
- b) objectifs et plan d'action ;
- c) conclusion et suivi ;
- d) profil pédagogique ;
- e) dossier d'utilisateur. ».

Art. 2. Au chapitre 3 du même arrêté, modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2018, est ajoutée une section 4 comprenant les articles 26/1 à 26/5, libellée comme suit :

« Section 4. Politique de qualité

Art. 26/1. La structure dispose d'une politique de qualité, telle que visée aux articles 4 et 5, § 1, du décret du 17 octobre 2003, qui comprend tous les éléments suivants :

- 1° la mission de la structure ;
- 2° la vision de la structure ;
- 3° les valeurs ;
- 4° la plus-value sociale à créer, ainsi que les objectifs stratégiques pour réaliser cette plus-value ;

5° une description des domaines d'attention suivants :

- a) gestion de la qualité ;
- b) domaines d'entrée :
 - 1) direction ;
 - 2) gestion du personnel ;
 - 3) politique et stratégie ;
 - 4) moyens et partenariats ;
- c) processus clés ;
- d) domaines de sortie :
 - 1) résultats pour les usagers ;
 - 2) résultats pour les collaborateurs ;
 - 3) résultats pour la société.

À l'alinéa 1^{er}, 5°, b), on entend par domaines d'entrée : les domaines d'attention de type organisationnel, liés aux activités qui permettent à l'organisation d'atteindre certains résultats en matière de leadership, de politique des effectifs, de stratégie, de ressources et de partenariats.

Art. 26/2. En application de l'article 6, § 2, du décret du 17 octobre 2003, la politique de qualité de la structure porte attention aux aspects suivants :

1° l'égalité des chances, au niveau de l'accessibilité, de la diversité et de la non-discrimination ;

2° la bonne gouvernance, en particulier en ce qui concerne la diversité de la composition, de l'expertise, des missions et des responsabilités des organes de gestion.

Art. 26/3. La structure dispose d'un système de gestion de la qualité, tel que visé aux articles 4 et 5, § 2, du décret du 17 octobre 2003, qui comprend au moins la structure organisationnelle, les compétences, les responsabilités, les processus et les procédures, en particulier des domaines d'attention, visés à l'article 26/1, alinéa 1^{er}, 5°, du présent arrêté.

Art. 26/4. En application des articles 4 et 5, § 3, du décret du 17 octobre 2003, la structure évalue systématiquement son fonctionnement et au moins les domaines d'attention de la gestion de la qualité, des processus clés et des domaines de sortie, visés à l'article 26/1, alinéa 1^{er}, 5°, du présent arrêté, sur la base du schéma repris à l'annexe jointe au présent arrêté.

Sur la base de l'auto-évaluation, visée à l'alinéa 1^{er}, la structure formule des actions d'amélioration qui peuvent avoir trait à tous les éléments de la politique de qualité, visée à l'article 26/1 du présent arrêté.

Art. 26/5. La structure dispose d'un manuel de garantie de la qualité, tel que visé à l'article 5, § 4, et à l'article 6 du décret du 17 octobre 2003, comprenant les éléments suivants :

- 1° la politique de qualité, visée à l'article 26/1 du présent arrêté ;
- 2° le système de gestion de la qualité, visé à l'article 26/3 du présent arrêté ;
- 3° l'auto-évaluation et les actions d'amélioration, visées à l'article 26/4 du présent arrêté.

Le manuel de la qualité, visé à l'alinéa 1^{er}, est convivial et accessible et est porté par toutes les catégories du personnel de la structure. ».

Art. 3. Au même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 21 décembre 2018, une annexe est ajoutée, laquelle est jointe au présent arrêté.

CHAPITRE 2. — *Modifications de l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 mars 2014 portant exécution du décret du 29 novembre 2013 portant organisation du soutien préventif aux familles*

Art. 4. À l'article 61 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 mars 2014 portant exécution du décret du 29 novembre 2013 portant organisation du soutien préventif aux familles sont apportées les modifications suivantes :

1° un nouveau paragraphe 1^{er} est inséré devant le paragraphe 1 qui devient ainsi le paragraphe 1/1. Il est libellé comme suit :

« § 1. Le montant de la subvention que peut obtenir un organisateur se compose d'une part fixe et d'une part variable. » ;

2° au paragraphe 1, qui devient le paragraphe 1/1, alinéa 1^{er}, entre les mots « recalcul » et « du montant de la subvention » sont insérés les mots « de la part variable du » ;

3° au paragraphe 1, qui devient le paragraphe 1/1, alinéa 1^{er}, les mots « que peut obtenir un organisateur » sont abrogés ;

4° au paragraphe 6, qui est renuméroté en paragraphe 3, il est ajouté un alinéa 2, libellé comme suit :

« Le ministre fixe l'importance du montant fixe par forme d'offre et peut fixer un montant maximal attribué par forme d'offre. ».

CHAPITRE 3. — *Modifications de l'arrêté du Gouvernement flamand du 17 novembre 2017 relatif à l'agrément et au subventionnement des centres de confiance pour enfants maltraités et de l'organisation partenaire*

Art. 5. L'article 27 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 17 novembre 2017 relatif à l'agrément et au subventionnement des centres de confiance pour enfants maltraités et de l'organisation partenaire est remplacé par ce qui suit :

« Art. 27. Le centre de confiance pour enfants maltraités et l'organisation partenaire, agréés conformément au présent arrêté, reçoivent, dans les limites des crédits budgétaires, annuellement une subvention de fonctionnement général à titre de soutien aux frais de personnel et de fonctionnement.

L'agence octroie pour la durée de l'agrément une subvention, telle que visée à l'alinéa 1^{er}. »

Art. 6. À l'article 31 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° au paragraphe 3, le membre de phrase « 50.000,00 euros (cinquante mille euros) » est remplacé par le membre de phrase « 79.000 euros (septante-neuf mille euros) » ;

2° il est inséré un paragraphe 3/1, libellé comme suit :

« § 3/1. La subvention annuelle pour l'organisation partenaire s'élève à 100.000 euros (cent mille euros). » ;

3° au paragraphe 4, la phrase « Les subventions visées au présent article, sont exprimées à 100 % de l'indice pivot applicable au 1^{er} janvier 2017. » est remplacée par la phrase « Les subventions visées au présent article sont liées à l'indice pivot applicable au 1^{er} janvier 2017, à l'exception de la subvention visée au paragraphe 3/1 du présent article, laquelle est liée à l'indice pivot applicable au 1^{er} janvier 2019. ».

CHAPITRE 4. — *Dispositions finales*

Art. 7. Le décret du 17 octobre 2003 relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale entre en vigueur pour les centres d'aide aux enfants et d'assistance des familles.

Art. 8. Les réglementations suivantes sont abrogées :

1° l'arrêté ministériel du 10 juin 2002 relatif à la gestion de la qualité dans les centres d'aide aux enfants et d'assistance des familles ;

2° l'arrêté ministériel du 10 juin 2002 relatif à la gestion de la qualité dans les centres de confiance pour enfants maltraités.

Art. 9. Les articles 5 et 6 produisent leurs effets à compter du 1^{er} janvier 2019.

Art. 10. Le Ministre flamand ayant l'assistance aux personnes dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 17 mai 2019.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,
G. BOURGEOIS

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,
J. VANDEURZEN

Annexe. Schéma, visé à l'article 26/4, alinéa 1er

Niveaux de croissance (0-5)	Gestion de la qualité : organisation et vision	Gestion de la qualité : engagement	Gestion de la qualité : méthodologies et instruments	Gestion de la qualité : programme d'amélioration
0	L'organisation n'a pas de vision sur la gestion de la qualité.	Il n'y a aucun engagement au sein de l'organisation sur le plan de la gestion de la qualité.	L'organisation n'utilise aucune méthodologie et aucun instrument pour la gestion de la qualité.	L'organisation ne propose aucun programme d'amélioration.
	L'organisation n'entreprend aucune action en vue de parvenir à une gestion de la qualité adéquaté.	L'organisation n'entreprend aucune action en vue d'augmenter l'engagement.		
1	Il y a une concertation structurelle sur la gestion de la qualité de l'organisation. L'organisation possède des connaissances de base des principes de base et des modèles de la gestion intégrale de la qualité.	L'organisation participe de manière <i>ad hoc</i> la direction et les collaborateurs, à la	L'organisation utilise uniquement des méthodologies et des instruments <i>ad hoc</i> pour la	L'organisation propose des programmes d'amélioration <i>ad hoc</i> .
2	L'organisation dispose d'un ou de plusieurs membres de son personnel ayant parmi leurs missions la responsabilité finale de la gestion de la qualité.	L'organisation fait participer les collaborateurs à la politique menée.	L'organisation dispose d'un manuel de qualité reprenant la politique de qualité.	L'organisation développe des programmes d'amélioration formulés selon la méthode SMART.
	L'organisation a une vision sur la gestion intégrale de la qualité.	L'organisation fait participer les organismes administratifs à la politique menée.	L'organisme dispose d'une méthodologie ou d'un instrument d'auto-évaluation.	L'organisation fournit à ses collaborateurs des informations sur les programmes d'amélioration.

4	L'organisation évalue systématiquement et adapte la gestion de la qualité.	L'organisation évalue systématiquement et adapte la manière dont les partenaires externes et les usagers participent à la politique.	L'organisation évalue systématiquement et adapte la méthodologie ou l'instrument employé dans le cadre de l'auto-évaluation.	L'organisation met en œuvre les programmes conformément au planning, les évalue et les adapte.
	L'organisation rassemble au minimum les résultats pour les usagers, les collaborateurs et la société sous la forme d'une synthèse, laquelle constitue la base pour définir des programmes d'amélioration prioritaires.		L'organisation évalue systématiquement et adapte le manuel de qualité.	L'organisation intègre les résultats des programmes d'amélioration dans son propre fonctionnement et les coordonne avec d'autres informations pertinentes pour la politique menée.
				L'organisation intègre les résultats des programmes d'amélioration dans le manuel de qualité.
5	L'organisation réalise un benchmark de sa gestion de la qualité et de son auto-évaluation.	L'organisation diffuse activement la manière dont toutes les personnes participant à la politique y participent.	L'organisation entreprend activement des initiatives en faveur de la diffusion des méthodologies et instruments utilisés.	L'organisation communique activement sur les programmes d'amélioration et leurs résultats.
	L'organisation possède un certificat de qualité.		L'organisation compare ses méthodologies et instruments sur le plan national et international.	
	L'organisation diffuse activement sa gestion de la qualité et son auto-évaluation.		Les méthodologies et les instruments sont certifiés ou scientifiquement fondés.	

	Processus clés : accueil de l'utilisateur	Processus clés : objectifs et plan d'assistance	Processus clés : conclusion et suivi	Processus clés : profil pédagogique et d'animation socioculturelle	Processus clés : dossier d'utilisateur
0	Il n'y a pas de procédure d'accueil.	Il n'y a pas de procédure pour les objectifs et le plan d'assistance.	Il n'y a pas de procédure pour la conclusion et le suivi.	Il n'y a pas de profil pédagogique et d'animation socioculturelle.	Il n'y a pas de procédures pour la gestion et l'échange de dossiers d'utilisateur.
1	L'organisation établit une méthode de façon <i>ad hoc</i> .	L'organisation établit une méthode de façon <i>ad hoc</i> .	L'organisation établit une méthode de façon <i>ad hoc</i> .	Les collaborateurs coordonnent de façon <i>ad hoc</i> leur vision de l'aide et la mise en œuvre de celle-ci.	L'organisation gère les dossiers d'utilisateur de façon <i>ad hoc</i> .
2	Il existe une procédure d'accueil.	Il existe une procédure pour les objectifs et le plan d'assistance.	Il existe une procédure pour la conclusion et le suivi.	Il existe un profil pédagogique et d'animation socioculturelle.	Il existe des procédures pour la gestion et l'échange de dossiers d'utilisateur.
3	L'organisation établit la procédure avec la participation des propriétaires de processus.	L'organisation établit la procédure avec la participation des propriétaires de processus.	L'organisation établit la procédure avec la participation des propriétaires de processus.	L'organisation documente la vision de l'aide au moyen de cadres de référence étayés offrant des points d'appui pour les prestataires de soins.	L'organisation établit les procédures avec la participation des propriétaires de processus.

	La procédure est explicite au moyen d'un ou de plusieurs responsables clairement désignés, d'objectifs et d'instruments.	La procédure est explicite au moyen d'un ou de plusieurs responsables clairement désignés, d'objectifs et d'instruments.	L'organisation a une vision claire des aspects essentiels de l'aide et dispose les conventions concernant.	Les procédures relatives à la gestion et à l'échange des dossiers d'utilisateur sont explicitées conformément aux dispositions légales à travers des conventions claires concernant la gestion et l'accessibilité (interne et externe) des dossiers.
	L'organisation communique sur les procédures.	L'organisation documente la procédure et communique à son sujet.	Toutes les parties concernées appliquent la vision et les conventions.	L'organisation documente les procédures et communique à leur sujet.
	Tous les collaborateurs appliquent la procédure.	Tous les collaborateurs appliquent la procédure.	L'utilisateur contribue et participe à tous les aspects de son programme d'aide.	Tous les collaborateurs appliquent les procédures.
			Le service d'aide conclut pour chaque usager des accords de coopération avec le réseau de services d'aide externes.	
			Le service d'aide appelle activement le réseau social direct à s'impliquer dans le programme d'aide de l'utilisateur.	
4	L'organisation évalue systématiquement et adapte la procédure.	L'organisation évalue systématiquement et adapte la procédure.	L'organisation évalue systématiquement et adapte la vision de l'aide et les conventions y afférentes.	L'organisation évalue systématiquement et adapte les procédures.

	Les usagers et les partenaires internes participent à l'évaluation.	Les usagers et les partenaires internes participent à l'évaluation.	Les usagers et les partenaires internes participent à l'évaluation.	Les usagers et les partenaires internes participent à l'évaluation.	Les usagers et les partenaires internes participent à l'évaluation.
		L'organisation évalue systématiquement et adapte la façon dont la participation et l'engagement de l'utilisateur prennent forme.			
5	L'organisation communique systématiquement en externe au sujet de la procédure.	L'organisation communique systématiquement en externe au sujet de la procédure.	L'organisation communique systématiquement en externe au sujet de la procédure.	L'organisation communique systématiquement en externe au sujet de la procédure.	L'organisation communique systématiquement en externe au sujet de la procédure.
	L'organisation évalue systématiquement la procédure avec la participation des partenaires externes.	L'organisation évalue systématiquement la procédure avec la participation des partenaires externes.	L'organisation évalue systématiquement la procédure avec la participation des partenaires externes.	L'organisation évalue systématiquement la procédure avec la participation des partenaires externes.	L'organisation évalue systématiquement la procédure avec la participation des partenaires externes.
	La procédure est prise en modèle par d'autres organisations.	La procédure est prise en modèle par d'autres organisations.	La procédure est prise en modèle par d'autres organisations.	La procédure est prise en modèle par d'autres organisations.	Les procédures sont prises en modèle par d'autres organisations.

Niveaux de croissance (0-5)	Résultats pour les usagers : traitement des plaintes	Résultats pour les usagers : satisfaction des usagers concernant les processus d'aide, la mise en œuvre de l'aide, l'engagement et la participation	Résultats pour les usagers : effet de l'aide
0	L'organisation ne possède pas de traitement des plaintes.	L'organisation ne vérifie pas la satisfaction des usagers.	L'organisation ne vérifie pas l'effet de l'aide pour les usagers.
1	L'organisation établit de façon <i>ad hoc</i> une méthode pour le traitement des plaintes.	L'organisation vérifie de façon <i>ad hoc</i> la satisfaction des usagers.	L'organisation vérifie de façon <i>ad hoc</i> les effets de l'aide.
2	L'organisation possède une procédure de règlement des plaintes.	L'organisation utilise un ou plusieurs instruments ou méthodologies afin de vérifier la satisfaction des usagers.	L'organisation utilise un ou plusieurs instruments ou méthodologies afin de mesurer l'effet de l'aide.
3	L'organisation établit la procédure de règlement des plaintes avec la participation des propriétaires de processus. La procédure de règlement des plaintes est explicitée au moyen d'une feuille de route et d'un calendrier, de responsables désignés, d'une orientation ciblée et d'un retour d'expérience à l'utilisateur qui a introduit la plainte.	L'organisation possède une procédure claire ou a des conventions afin de mesurer la satisfaction des usagers. L'organisation utilise systématiquement une méthodologie adaptée au(x) groupe(s) cible(s) afin de mesurer la satisfaction des usagers et interroge ce faisant au minimum sur les processus d'aide, la mise en œuvre de l'aide, l'engagement et la participation.	L'organisation a formulé des indicateurs SMART afin de mesurer l'effet de l'aide. L'organisation utilise systématiquement ses propres données ainsi que celles du secteur provenant d'un système d'enregistrement uniforme (s'il en existe un) afin de dresser le bilan des effets et des processus de l'aide.
	L'organisation communique au sujet de la procédure de règlement des plaintes.	L'organisation utilise les données provenant de l'enquête de satisfaction comme entrée pour la conduite des politiques menées par l'organisation.	L'organisation participe à des études scientifiques.

	Toutes les parties concernées appliquent la procédure de règlement des plaintes.	L'organisation utilise les données provenant de l'enquête de satisfaction afin d'améliorer la communication et la coopération avec les usagers.	
	L'organisation regroupe systématiquement les plaintes des usagers et en discute lors des concertations (sur la politique menée).		
4	L'organisation évalue systématiquement et adapte la procédure de règlement des plaintes.	L'organisation évalue systématiquement et adapte les instruments utilisés pour mesurer la satisfaction des usagers.	L'organisation évalue systématiquement et adapte les indicateurs et les instruments utilisés pour mesurer les effets de l'aide.
	Les usagers et les collaborateurs participent à l'évaluation.	Les usagers participent à l'évaluation.	L'organisation utilise les recommandations de l'étude scientifique afin d'optimiser l'aide.
	A partir des données de la procédure de règlement des plaintes, l'organisation met systématiquement en place des actions relatives aux domaines d'entrée et aux processus clés.	A partir des données de l'enquête de satisfaction, l'organisation met systématiquement en place des actions relatives aux domaines d'entrée et aux processus clés.	L'organisation utilise ses propres données ainsi que celles du secteur provenant d'un système d'enregistrement uniforme afin de mettre systématiquement en place des actions relatives aux domaines d'entrée et aux processus clés.
	L'organisation rapproche les données de la procédure de règlement des plaintes aux résultats des autres thèmes, ce qui permet de formuler une interprétation fondée des données.	L'organisation rapproche les données de l'enquête de satisfaction aux résultats des autres thèmes, ce qui permet de formuler une interprétation fondée des données.	L'organisation rapproche les résultats de la mesure des effets aux résultats des autres thèmes, ce qui permet de formuler une interprétation fondée des données.

5	<p>L'organisation communique systématiquement en externe au sujet de la procédure de règlement des plaintes.</p> <p>L'organisation évalue systématiquement la procédure de règlement des plaintes avec la participation de partenaires externes.</p> <p>La procédure de règlement des plaintes est prise en modèle par d'autres organisations.</p>	<p>Une partie externe indépendante évalue l'enquête de satisfaction. L'organisation communique au sujet de ces résultats et adapte l'enquête de satisfaction.</p> <p>L'enquête de satisfaction est scientifiquement fondée.</p> <p>L'organisation présente l'enquête de satisfaction en modèle pour d'autres organisations.</p> <p>L'organisation publie les résultats de l'enquête de satisfaction.</p>	<p>L'organisation utilise systématiquement ses propres données d'enregistrement ainsi que celle du secteur afin de réaliser des benchmarks.</p> <p>L'organisation utilise systématiquement ses propres données d'enregistrement ainsi que celle du secteur afin de procéder à du benchmarking.</p> <p>L'organisation est prise en modèle par d'autres organisations en ce qui concerne la mesure de l'efficacité de l'aide.</p> <p>L'organisation communique les résultats de l'aide, les données d'enregistrement et les résultats de l'étude scientifique.</p>	

Niveaux de croissance (0-5)	Résultats pour les collaborateurs : satisfaction du personnel	Résultats pour les collaborateurs : indicateurs et chiffres clés (données personnelles objectives)
0	L'organisation ne vérifie pas la satisfaction du personnel.	L'organisation n'enregistre pas les chiffres clés du personnel.
1	L'organisation vérifie de façon <i>ad hoc</i> la satisfaction du personnel.	L'organisation enregistre de façon <i>ad hoc</i> les chiffres clés du personnel.
2	L'organisation utilise un ou plusieurs instruments ou méthodologies afin de vérifier la satisfaction du personnel.	L'organisation amorce l'enregistrement systématique des chiffres clés du personnel.
3	L'organisation possède une procédure claire afin de mesurer la satisfaction des usagers ou a des conventions claires à ce sujet.	L'organisation fixe les chiffres clés du personnel de façon réfléchie.
	L'organisation mesure systématiquement la satisfaction du personnel en interrogeant systématiquement sur tous les sujets.	L'organisation enregistre systématiquement les différents chiffres clés du personnel et en discute systématiquement lors des concertations (sur la politique menée).
	L'organisation mène une politique claire afin de repérer les signaux et les entrées des collaborateurs et communiquer à ce sujet.	
	L'organisation regroupe systématiquement les signaux et les entrées des collaborateurs et en discute lors des concertations (sur la politique menée).	
	L'organisation utilise les données de l'enquête de satisfaction comme entrée pour la conduite des politiques menées par l'organisation.	
4	L'organisation évalue systématiquement et adapte la politique relative à la satisfaction du personnel et au traitement des signaux et des entrées des collaborateurs.	L'organisation évalue systématiquement et adapte les chiffres clés du personnel.
	Les collaborateurs participent à l'évaluation.	A partir des données des chiffres clés du personnel, l'organisation met systématiquement en place des actions relatives aux domaines d'entrée et aux processus clés.

	A partir des données de l'enquête de satisfaction et des signaux et entrées des collaborateurs, l'organisation met systématiquement en place des actions relatives aux domaines d'entrée et aux processus clés.	L'organisation rapproche les résultats des chiffres clés du personnel aux résultats des autres thèmes, ce qui permet de formuler une interprétation fondée des données.
	L'organisation rapproche les données de l'enquête de satisfaction et les signaux et entrées des collaborateurs aux résultats des autres thèmes, ce qui permet de formuler une interprétation fondée des données.	
5	Une partie externe indépendante évalue l'enquête de satisfaction. L'organisation communique au sujet des résultats et adapte l'enquête de satisfaction.	Une partie externe indépendante évalue la manière dont les chiffres clés du personnel sont collectés et les résultats de ceux-ci. L'organisation communique au sujet des résultats et les adapte.
	L'enquête de satisfaction est scientifiquement fondée.	L'organisation utilise systématiquement les chiffres clés du personnel à fins de benchmarking.
	L'organisation présente l'enquête de satisfaction en modèle pour d'autres organisations.	L'organisation présente les chiffres clés du personnel en modèle pour d'autres organisations.

Niveaux de croissance (0-5)	Résultats pour la société : appréciation des partenaires stratégiques	Résultats pour la société : mission sociale et tendances sociales
0	L'organisation ne vérifie pas l'appréciation des partenaires stratégiques.	L'organisation ne vérifie pas quelle est sa mission sociale.
		L'organisation ne vérifie pas les tendances sociales qui ont une incidence sur le bien-être de l'utilisateur et le fonctionnement de l'organisation.
1	L'organisation vérifie de façon <i>ad hoc</i> l'appréciation des partenaires stratégiques.	L'organisation vérifie de façon <i>ad hoc</i> si sa mission sociale est encore effectivement accomplie.
		L'organisation réagit de façon <i>ad hoc</i> aux tendances sociales qui ont une incidence sur le bien-être de l'utilisateur et le fonctionnement de l'organisation.
2	L'organisation prend des initiatives pour vérifier l'appréciation des partenaires stratégiques.	L'organisation prend des initiatives pour actualiser sa mission sociale.
		L'organisation prend des initiatives pour réagir aux tendances sociales et à leur incidence sur le bien-être de l'utilisateur et le fonctionnement de l'organisation.
3	L'organisation collecte et analyse systématiquement des données relatives à l'appréciation.	L'organisation actualise systématiquement sa mission sociale et tient systématiquement compte des tendances sociales et de leur incidence sur le bien-être de l'utilisateur et le fonctionnement de l'organisation.
	L'organisation communique avec les partenaires stratégiques au sujet de l'analyse des données relatives à l'appréciation.	L'organisation communique avec les pouvoirs publics et les autres parties prenantes au sujet des tendances sociales qui ont une incidence sur le bien-être des usagers et le fonctionnement de l'organisation.
4	A partir de l'analyse des données relatives à l'appréciation, l'organisation met systématiquement en place des actions relatives aux domaines d'entrée et aux processus clés.	A partir de l'actualisation de la mission sociale compte tenu des tendances sociales et de leur incidence sur le bien-être de l'utilisateur et le fonctionnement de l'organisation, l'organisation met systématiquement en place des actions relatives aux domaines d'entrée et aux processus clés.

	L'organisation rapproche les données relatives à l'appréciation aux résultats des autres thèmes, ce qui permet de formuler une interprétation fondée des données.	L'organisation rapproche l'actualisation de la mission sociale compte tenu des tendances sociales et de leur incidence sur le bien-être de l'utilisateur et le fonctionnement de l'organisation aux résultats des autres thèmes, ce qui permet de formuler une interprétation fondée des données.
		L'organisation adapte le fonctionnement des organismes administratifs en fonction de la réalisation de sa mission sociale.
5	L'organisation prend des initiatives pour améliorer l'appréciation et la coopération et met en place des actions en ce sens en collaboration avec les partenaires stratégiques. Les actions de coopération sont prises en modèle par d'autres organisations.	Dans le cadre de sa mission sociale, l'organisation met en place des actions afin d'agir de manière proactive et constructive sur les tendances sociales, et ce, en collaboration avec les autres parties prenantes. L'organisation est prise en modèle par d'autres organisations en ce qui concerne l'intégration des tendances sociales et des nouvelles évolutions dans son propre fonctionnement.

Arrêté du Gouvernement flamand modifiant l'arrêté du Gouvernement flamand du 9 novembre 2012 relatif à l'agrément et au subventionnement des centres d'aide aux enfants et d'assistance des familles, l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 mars 2014 portant exécution du décret du 29 novembre 2013 portant organisation du soutien préventif aux familles et l'arrêté du Gouvernement flamand du 17 novembre 2017 relatif à l'agrément et au subventionnement des centres de confiance pour enfants maltraités et de l'organisation partenaire

Bruxelles, le 17 mai 2019

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,

Geert BOURGEOIS

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,

Jo VANDEURZEN