

**GOUVERNEMENTS DE COMMUNAUTE ET DE REGION
GEMEENSCHAPS- EN GEWESTREGERINGEN
GEMEINSCHAFTS- UND REGIONALREGIERUNGEN**

VLAAMSE GEMEENSCHAP — COMMUNAUTE FLAMANDE

MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

N. 2005 — 63

[C — 2004/36910]

17 DECEMBER 2004. — Besluit van de Vlaamse Regering houdende de voorwaarden van de vaststelling, de uitbetaling en de terugvordering van de subsidies van de zorgkassen in het kader van de zorgverzekering voor het jaar 2005

De Vlaamse Regering,

Gelet op het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, gewijzigd bij de decreten van 22 december 1999, 8 december 2000, 18 mei 2001, 20 december 2002 en 30 april 2004;

Gelet op het akkoord van de Vlaamse minister, bevoegd voor de Begroting, gegeven op 14 december 2004;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, vervangen bij de wet van 4 juli 1989 en gewijzigd bij de wet van 4 augustus 1996;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat aan de zorgkassen onverwijld rechtszekerheid moet worden geboden over de toekomstige subsidiëring van de zorgkassen zoals bepaald in artikel 17 van het decreet;

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

Na beraadslaging,

Besluit :

HOOFDSTUK I. — *Definities*

Artikel 1. In dit besluit wordt verstaan onder :

1° decreet : het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering;

2° zorgkas : een zorgkas die erkend is krachtens artikel 15, eerste lid, van het decreet, of de zorgkas die opgericht is overeenkomstig artikel 14 van het decreet;

3° tenlastenemingen : de tenlastenemingen van de kosten of prestaties, bedoeld in artikel 6, § 1, eerste lid, van het decreet;

4° ledenbijdragen : de bijdragen, bedoeld in artikel 13, eerste lid, 3°, van het decreet, die, namens het Fonds, door de zorgkassen worden geïnd;

5° minister : de Vlaamse minister, bevoegd voor de Bijstand aan Personen;

6° Fonds : het Vlaams Zorgfonds, bedoeld in artikel 11 van het decreet;

7° lopend dossier : een dossier van een zorgbehoevende dat werd goedgekeurd en waarvan de termijn voor tenlastenemingen nog niet verstreken is. Het Fonds kan bij het opvragen van de stavingsstukken nader bepalen welke dossiers hieraan beantwoorden.

HOOFDSTUK II. — *Beschrijving van de subsidies*

Afdeling I. — Algemene bepalingen

Art. 2. De zorgkassen ontvangen een subsidie die jaarlijks door het Fonds wordt vastgesteld op basis van artikel 17, eerste lid, 1°, van het decreet, en op de wijze, bepaald in dit besluit. Deze subsidie wordt de subsidie voor tenlastenemingen genoemd.

De zorgkassen, erkend krachtens artikel 15, eerste lid, van het decreet, ontvangen een subsidie die jaarlijks door het Fonds wordt vastgesteld op basis van artikel 17, eerste lid, 3°, van het decreet, en op de wijze, bepaald in dit besluit. Deze subsidie wordt de subsidie voor werkingskosten genoemd.

Art. 3. Een zorgkas heeft recht op de subsidies, genoemd in artikel 2, als ze aan de volgende voorwaarden voldoet :

1° de zorgkas voldoet aan alle erkenningsvoorwaarden;

2° de zorgkas bezorgt aan het Fonds de vereiste stavingsstukken voor het berekenen van de definitieve subsidies en de voorschotten op de subsidies. Het Fonds bepaalt de nadere regels waaraan de stavingsstukken moeten voldoen en de termijn waarbinnen de stavingsstukken ingediend moeten worden.

*Afdeling II. — Subsidie voor tenlastenemingen**Onderafdeling I. — Bepaling van de subsidie voor tenlastenemingen*

Art. 4. § 1. De subsidie voor tenlastenemingen voor het jaar 2005 is gelijk aan de uitgaven voor tenlastenemingen die de zorgkas in de periode van 1 januari 2005 tot en met 15 januari 2006 heeft gedaan voor het jaar 2005 of voor voorgaande jaren, verminderd met het totaal van alle geïnde ledenbijdragen die de zorgkas in het jaar 2005 heeft ontvangen en verminderd met alle terugvorderingen van onrechtmatig betaalde tenlastenemingen die tussen 15 januari 2005 en 15 januari 2006 vastgesteld zijn. Uitgaven voor tenlastenemingen die de zorgkas voor de jaren die voorafgaan aan het jaar 2005 heeft uitbetaald en die door het Fonds al gesubsidieerd werden, komen niet meer in aanmerking voor de berekening van de subsidie voor tenlastenemingen voor het jaar 2005.

Als het bedrag van de uitgaven voor tenlastenemingen, vermeld in het eerste lid, lager is dan het bedrag van de ledenbijdragen en terugvorderingen, vermeld in het eerste lid, dan moet de zorgkas het verschil tussen beide bedragen aan het Fonds storten.

§ 2. De onrechtmatig betaalde tenlastenemingen, bedoeld in § 1, worden verrekend op het ogenblik dat de zorgkas of het Fonds het onrechtmatige karakter van de betaling vaststelt. De zorgkas moet de onrechtmatig betaalde tenlastenemingen onmiddellijk terugvorderen.

§ 3. De zorgkas compenseert met eigen middelen de tenlastenemingen die vanaf 1 januari 2005 onrechtmatig worden uitbetaald en die niet terugvorderbaar zijn.

Art. 5. Het Fonds kan in door de minister te bepalen uitzonderlijke gevallen een vrijstelling van terugvordering verlenen van onrechtmatig uitbetaalde tenlastenemingen onder de volgende voorwaarden :

1° de zorgkas toont aan dat alle middelen die ze ter beschikking heeft, werden aangewend om de terugvordering te voldoen;

2° de tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg werd uitgevoerd na de twintigste dag van de maand en de tenlasteneming voor residentiële zorg na de laatste dag van de maand waarop ze betrekking heeft.

De minister kan nadere regels bepalen waaraan de vrijstelling van terugvordering moet voldoen.

Art. 6. Elke zorgkas bezorgt voor 15 februari 2006 het overzicht voor het jaar 2005 van de tenlastenemingen, de geïnde ledenbijdragen en de terugvorderingen, bedoeld in artikel 4, § 1.

Het jaaroverzicht, bedoeld in het eerste lid, wordt opgenomen in het boekhoudkundige verslag dat overeenkomstig artikel 14, § 2, van het besluit van de Vlaamse Regering van 17 juli 2000 betreffende de organisatie, het beheer, de werking en de erkenning van zorgkassen en betreffende de controle op de zorgkassen, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 14 december 2001, op 30 april ingediend wordt. De zorgkas verklaart de verschillen tussen het jaaroverzicht en het boekhoudkundige verslag.

Onderafdeling II. — Regeling van de voorschotten op de subsidie voor tenlastenemingen

Art. 7. Het Fonds betaalt voor de vijftiende dag van elke maand een voorschot op de subsidie voor tenlastenemingen. Dat voorschot wordt bepaald door het positieve verschil tussen enerzijds de som van de door het Fonds al uitbetaalde subsidie voor tenlastenemingen, van de door de zorgkas effectief ontvangen ledenbijdragen tot en met die maand en van de raming van de ledenbijdragen die de zorgkas tot en met die maand zal ontvangen, en anderzijds de som van het door de zorgkassen uitbetaalde bedrag aan tenlastenemingen tot en met die maand en van de raming van de tenlastenemingen die de zorgkas tot en met die maand zal uitbetalen. Het betreft hier alle ledenbijdragen en tenlastenemingen van het huidige jaar en van voorgaande jaren die nog niet door het Fonds verrekend zijn.

*Afdeling III. — Subsidie voor werkingskosten**Onderafdeling I. — Bepaling van de subsidie voor werkingskosten*

Art. 8. De subsidie voor werkingskosten voor alle erkende zorgkassen is gelijk aan 7.400.000 euro voor het jaar 2005. Dit bedrag wordt verdeeld onder de zorgkassen volgens de bepalingen in artikel 9.

Als een zorgkas in de loop van 2005 erkend wordt of als een erkende zorgkas vrijwillig haar activiteiten stopzet of haar erkenning verliest, wordt de subsidie pro rata berekend.

Art. 9. Het Fonds betaalt voor 2005 een forfaitaire vergoeding van 60.000 euro aan elke erkende zorgkas die meer dan 20.000 leden en 400 lopende dossiers heeft op 31 december 2004. Het Fonds heeft voor het verstrekken van die vergoeding een maximaal budget van 420.000 euro per jaar. Als het vastgestelde budget overschreden wordt, wordt de forfaitaire vergoeding van elke erkende zorgkas evenredig verminderd.

Het Fonds betaalt aan elke erkende zorgkas een forfaitaire vergoeding van 3 euro per dossier voor een tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg die nog loopt op 31 december 2005 en waarvoor de zorgkas de gegevens van de mantelzorger of mantelzorgers van de gebruiker geregistreerd heeft. Het Fonds heeft voor het verstrekken van deze vergoeding een maximaal budget van 200.000 euro voor 2005. Als het vastgestelde budget overschreden wordt, wordt de forfaitaire vergoeding van elke erkende zorgkas evenredig verminderd. De minister kan nadere regels bepalen waaraan de registratie van de mantelzorg moet voldoen en bepaalt op welke wijze de zorgkassen rapporteren over de registratie van de mantelzorg.

Van het bedrag, bedoeld in artikel 8, eerste lid, wordt na voorafname van het gedeelte, bedoeld in artikel 9, eerste en tweede lid, de helft onder de erkende zorgkassen verdeeld op basis van het aantal leden per erkende zorgkas op 31 december 2004. De andere helft wordt verdeeld op basis van het aantal lopende dossiers per erkende zorgkas op 31 december 2004.

Onderafdeling II. — Regeling van de voorschotten op de subsidie voor werkingskosten

Art. 10. Het Fonds betaalt voor de vijftiende dag van de eerste maand van elk kwartaal een voorschot van 25 procent van de forfaitaire vergoeding, vermeld in artikel 9, eerste lid, aan elke erkende zorgkas met meer dan 20 000 leden en 400 lopende dossiers op 31 december 2003.

Het Fonds verdeelt voor de vijftiende dag van de eerste maand van elk kwartaal verhoudingsgewijze over de erkende zorgkassen een voorschot van 22,5 % van het bedrag, vermeld in artikel 8, eerste lid, verminderd met de forfaitaire vergoeding, vermeld in het eerste lid. De helft van het voorschot wordt verdeeld op basis van het aantal leden per erkende zorgkas op 31 december 2003. De andere helft wordt verdeeld op basis van het aantal lopende dossiers per erkende zorgkas op 31 december 2003.

Afdeling IV. — Definitieve vaststelling van de subsidies en verrekening van de voorschotten

Art. 11. Voor 15 juli 2006 gaat het Fonds over tot de saldering, zowel wat betreft de subsidies voor tenlastenemingen als wat betreft de subsidies voor werkingskosten. Het Fonds bezorgt aan elke zorgkas een gedetailleerd overzicht van de vaststelling van de subsidies en het saldo dat het Fonds zal uitbetalen aan of vorderen van de zorgkas.

De zorgkassen zijn verplicht om het saldo dat het Fonds vordert, binnen de vijftien dagen na het ontvangen van het overzicht, vermeld in het eerste lid, aan het Fonds te storten.

HOOFDSTUK III. — Vergoeding voor indicatiestellingen

Art. 12. § 1. Een zorgkas ontvangt een vergoeding van 75 euro per uitgevoerde indicatiestelling op voorwaarde dat die indicatiestelling uitgevoerd werd door een door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger gekozen gemachtigde indicatiesteller en op voorwaarde dat de zorgkas de gemachtigde indicatiesteller voor de indicatiestelling vergoedt.

Elke maand dient de zorgkas daartoe een aanvraag in bij het Fonds volgens de voorwaarden die het Fonds zelf vastlegt. Het Fonds betaalt de in het eerste lid genoemde vergoeding per maand.

§ 2. Als de dienst voor gezinszorg of het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn dat over een erkende dienst voor gezinszorg beschikt, als gemachtigde indicatiesteller de indicatiestelling heeft uitgevoerd en als ze binnen zes maanden na die indicatiestelling gezinszorg verstrekken aan de gebruiker, dan vervalt het recht op de vergoeding voor de uitgevoerde indicatiestelling. In voorkomend geval wordt de hiervoor uitbetaalde vergoeding in mindering gebracht op de volgende uit te betalen vergoedingen.

§ 3. Elke maand moeten de gemachtigde indicatiestellers de facturen voor de vergoeding van indicatiestellingen in het kader van de zorgverzekering sturen naar de zorgkas waarbij de geïndiceerde aangesloten is. Het Fonds kan nadere voorwaarden bepalen waaraan de facturatie moet voldoen. Het Fonds geeft geen vergoeding voor de indicatiestelling als de factuur van de gemachtigde indicatiesteller niet voldoet aan de voorwaarden, opgelegd door het Fonds.

HOOFDSTUK IV. — Slotbepalingen

Art. 13. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2005.

Art. 14. De Vlaamse minister, bevoegd voor de Bijstand aan Personen, is belast met de uitvoering van dit besluit. Brussel, 17 december 2004.

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Y. LETERME

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

I. VERVOTTE

 TRADUCTION

MINISTERE DE LA COMMUNAUTE FLAMANDE

F. 2005 — 63

[C - 2004/36910]

17 DECEMBRE 2004. — Arrêté du Gouvernement flamand établissant les conditions de la fixation, du paiement et du recouvrement des subventions allouées aux caisses d'assurance soins dans le cadre de l'assurance soins pour l'année 2005

Le Gouvernement flamand,

Vu le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, modifié par les décrets des 22 décembre 1999, 8 décembre 2000, 18 mai 2001, 20 décembre 2002 et 30 avril 2004;

Vu l'accord du Ministre flamand chargé du Budget, donné le 14 décembre 2004;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1^{er}, remplacé par la loi du 4 juillet 1989 et modifié par la loi du 4 août 1996;

Vu l'urgence;

Considérant qu'il importe d'assurer la sécurité juridique des caisses d'assurance soins sur le plan de leur subventionnement futur, tel que prévu à l'article 17 du décret;

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

Après délibération,

Arrête :

 CHAPITRE I^{er}. — Définitions

Article 1^{er}. Dans le présent arrêté, on entend par :

1° décret : le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins;

2° caisse d'assurance soins : une caisse d'assurance soins agréée en vertu de l'article 15, alinéa 1^{er} du décret, ou la caisse d'assurance soins créée conformément à l'article 14 du décret;

3° prises en charge : les prises en charge des frais ou prestations, tels que définis à l'article 6, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, du décret;

4° cotisations des membres : les cotisations, visées à l'article 13, alinéa premier, 3°, du décret, qui sont recouvrées, de la part du Fonds, par les caisses d'assurance soins;

5° Ministre : la Ministre flamande ayant l'Assistance aux Personnes dans ses attributions;

6° Fonds : le « Vlaams Zorgfonds » (Fonds flamand d'Assurance soins), visé à l'article 11 du décret;

7° dossier en cours : un dossier d'une personne nécessitant des soins qui a été approuvé et dont le délai de prise en charge n'a pas encore expiré. Le Fonds peut déterminer au moment de la demande de transmission de pièces justificatives les dossiers susceptibles d'y répondre.

CHAPITRE II. — *Description des subventions**Section I^{re}. — Dispositions générales*

Art. 2. Les caisses d'assurance soins perçoivent une subvention qui est fixée annuellement par le Fonds sur la base de l'article 17, alinéa premier, 1^o, du décret, et suivant les modalités prévues par le présent arrêté. Cette subvention est dénommée la subvention pour prises en charge.

Les caisses d'assurance soins, agréées en vertu de l'article 15, alinéa premier, du décret, perçoivent une subvention qui est fixée annuellement par le Fonds sur la base de l'article 17, alinéa premier, 3^o, du décret, et suivant les modalités prévues par le présent arrêté. Cette subvention est dénommée la subvention pour frais de fonctionnement.

Art. 3. Une caisse d'assurance soins a droit aux subventions visées à l'article 2, si elle remplit les conditions suivantes :

1^o la caisse d'assurance soins remplit toutes les conditions d'agrément;

2^o la caisse d'assurance soins transmet au Fonds les pièces justificatives nécessaires pour le calcul des subventions définitives et des avances sur les subventions. Le Fonds détermine les modalités auxquelles les pièces justificatives doivent répondre et le délai dans lequel ces dernières doivent être présentées.

*Section II. — Subvention pour prises en charge**Sous-section I^{re}. — Fixation de la subvention pour prises en charge*

Art. 4. § 1^{er}. La subvention pour prises en charge pour l'année 2005 est égale aux dépenses pour les prises en charge que la caisse d'assurance soins a payées au cours de la période du 1^{er} janvier 2005 au 15 janvier 2006 inclus, pour l'année 2005 ou pour des années précédentes, diminuée de l'ensemble des cotisations des membres perçues au cours de l'année 2005, et diminuée de tous les recouvrements des prises en charge indûment payées qui ont été constatées entre le 15 janvier 2005 et le 15 janvier 2006. Les dépenses pour prises en charge que la caisse d'assurance soins a payées pour les années précédant l'année 2005 et qui ont déjà été subventionnées par le Fonds, n'entrent plus en considération pour le calcul de la subvention pour prises en charge pour l'année 2005.

Si le montant des dépenses pour prises en charge, mentionné à l'alinéa premier, est inférieur au montant des cotisations des membres et des recouvrements, mentionné à l'alinéa premier, la caisse d'assurance soins doit verser la différence entre les deux montants au Fonds.

§ 2. Les prises en charge indûment payées, visées au § 1^{er}, sont réglées au moment que la caisse d'assurance soins ou le Fonds constate le caractère injuste du paiement. La caisse d'assurance soins doit immédiatement recouvrer les prises en charge indûment payées.

§ 3. La caisse d'assurance soins couvre, par ses propres fonds, les prises en charge indûment payées à partir du 1^{er} janvier 2005 qui ne sont pas recouvrables.

Art. 5. Dans des cas exceptionnels, à déterminer par le Ministre, le Fonds peut accorder une dispense de recouvrement pour les prises en charge indûment payées, aux conditions suivantes :

1^o la caisse d'assurance soins démontre que tous les fonds mis à sa disposition ont été engagés aux fins de recouvrement;

2^o la prise en charge pour les soins de proximité et les soins à domicile a été effectuée après la 20^e jour du mois et la prise en charge pour les soins résidentiels après le dernier jour du mois auquel elle se rapporte.

Le ministre peut arrêter les modalités auxquelles la dispense de recouvrement doit répondre.

Art. 6. Toute caisse d'assurance soins transmet, avant le 15 février 2006, l'aperçu pour l'année 2005 des prises en charge, des cotisations des membres perçues et des recouvrements, visés à l'article 4, § 1^{er}.

L'aperçu annuel, visé à l'alinéa premier, est repris dans le rapport comptable qui, conformément à l'article 14, § 2, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 17 juillet 2000 relatif à l'organisation, à la gestion, au fonctionnement et à l'agrément de caisses d'assurance soins, et relatif au contrôle des caisses d'assurance soins, modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 décembre 2001, est transmis le 30 avril. La caisse d'assurance soins explique les différences entre l'aperçu annuel et le rapport comptable.

Sous-section II. — Régime de répartition des avances sur les subventions pour prises en charge

Art. 7. Avant le quinzième jour de chaque mois, le Fonds octroie une avance sur la subvention pour prises en charge. Cette avance est déterminée par la différence positive entre d'une part, la somme de la subvention déjà payée par le Fonds pour prises en charge, des cotisations des membres perçues effectivement jusqu'à ce mois inclus par la caisse d'assurance soins et de l'estimation des cotisations des membres que la caisse d'assurance soins percevra jusqu'à ce mois inclus, et d'autre part la somme du montant payé par les caisses d'assurance soins pour prises en charge jusqu'à ce mois inclus et de l'estimation des prises en charge que la caisse d'assurance soins paiera jusqu'à ce mois inclus. Il s'agit dans ce cas de toutes les cotisations des membres et prises en charge de l'année actuelle et des années précédentes qui n'ont pas été réglées par le Fonds.

*Section III. — Subvention pour frais de fonctionnement**Sous-section I^{re}. — Fixation de la subvention pour frais de fonctionnement*

Art. 8. La subvention pour frais de fonctionnement pour toutes les caisses d'assurance soins agréées s'élève à 7.400.000 euros pour l'année 2005. Ce montant est réparti parmi les caisses d'assurance soins suivant les dispositions de l'article 9.

Si une caisse d'assurance soins est agréée au cours de l'année 2005, ou si une caisse d'assurance soins agréée cesse délibérément ses activités ou perd son agrément, la subvention est calculée au prorata.

Art. 9. Pour 2005, le Fonds paie une indemnité forfaitaire de 60.000 euros à chaque caisse d'assurance soins agréée qui a plus de 20 000 membres et 400 dossiers en cours le 31 décembre 2004. Pour l'octroi de cette indemnité le Fonds dispose d'un budget maximal de 420.000 euros par an. En cas de dépassement du budget prévu, l'indemnité forfaitaire de chaque caisse d'assurance soins agréée est réduite proportionnellement.

Le Fonds paie à toute caisse d'assurance soins agréée une indemnité forfaitaire de 3 euros par dossier pour une prise en charge pour soins de proximité et soins à domicile qui court jusqu'au 31 décembre 2005, et pour laquelle la caisse d'assurance soins a enregistré les données du (des) intervenant(s) de proximité de l'utilisateur. Pour l'octroi de cette indemnité le Fonds dispose d'un budget maximal de 200.000 euros pour 2005. En cas de dépassement du budget prévu, l'indemnité forfaitaire de chaque caisse d'assurance soins agréée est réduite proportionnellement. Le Ministre peut arrêter les modalités auxquelles l'enregistrement des soins de proximité doit répondre, et arrête les modalités de rapportage par les caisses d'assurance soins sur l'enregistrement des soins de proximité.

La moitié du montant, visé à l'article 8, alinéa premier, est répartie, après prélèvement de la partie visée à l'article 9, alinéas premier et deux, parmi les caisses d'assurance soins sur la base du nombre de membres par caisse d'assurance soins le 31 décembre 2004. L'autre moitié est répartie sur la base du nombre de dossiers en cours par caisse d'assurance soins le 31 décembre 2004.

Sous-section II. — Régime de répartition des avances sur les subventions pour frais de fonctionnement

Art. 10. Avant le quinzième jour du premier mois de chaque trimestre, le Fonds paie une avance de 25 pour cent de l'indemnité forfaitaire, mentionnée à l'article 9, alinéa premier, à chaque caisse d'assurance soins agréée qui a plus de 20 000 membres et 400 dossiers en cours le 31 décembre 2003.

Avant le quinzième jour du premier mois de chaque trimestre, le Fonds répartit proportionnellement parmi les caisses d'assurance soins une avance de 22,5 % du montant, mentionné à l'article 8, alinéa premier, diminué de l'indemnité forfaitaire, mentionnée à l'alinéa premier. La moitié de l'avance est répartie sur la base du nombre de membres par caisse d'assurance soins le 31 décembre 2003. L'autre moitié est répartie sur la base du nombre de dossiers en cours par caisse d'assurance soins le 31 décembre 2003.

Section IV. — Fixation définitive des subventions et régularisation des avances

Art. 11. Avant le 15 juillet 2006, le Fonds procède à l'établissement du solde, pour les subventions pour prises en charge ainsi que pour les subventions pour frais de fonctionnement. Le Fonds fait parvenir à chaque caisse d'assurance soins un aperçu détaillé de la fixation des subventions et du solde que le Fonds paiera ou recouvrera à charge de la caisse d'assurance soins.

Les caisses d'assurance soins sont tenues de rembourser au Fonds, dans les quinze jours de la réception de l'aperçu, mentionné à l'alinéa premier, le solde recouvré par le Fonds.

CHAPITRE III. — Indemnité pour indications

Art. 12. § 1^{er}. Une caisse d'assurance soins perçoit une indemnité de 75 euros par indication établie, à la condition qu'il s'agisse d'une indication établie par un indicateur désigné par l'utilisateur ou son représentant et que la caisse d'assurance soins indemnise l'indicateur mandaté pour l'établissement de l'indication.

A cet effet, la caisse d'assurance soins présente chaque mois au Fonds une demande aux conditions que le Fonds fixe. Le Fonds paie par mois l'indemnité visée à l'alinéa premier.

§ 2. Si le service d'aide aux familles ou le centre public d'aide sociale qui dispose d'un service agréé d'aide aux familles, a établi l'indication en sa qualité d'indicateur mandaté et s'ils délivrent une aide à l'utilisateur dans les six mois après l'établissement de l'indication, le droit à l'indemnité devient nul pour l'indication établie. Le cas échéant, l'indemnité octroyée à cet effet est déduite des indemnités suivantes à payer.

§ 3. Les indicateurs mandatés doivent transmettre chaque mois, dans le cadre de l'assurance soins, les factures pour l'indemnisation des indications, à la caisse d'assurance soins à laquelle est affiliée la personne faisant l'objet de l'indication. Le Fonds peut arrêter les modalités de facturation. Le Fonds n'indemnise pas l'indication si la facture de l'indicateur mandaté ne répond pas aux conditions imposées par le Fonds.

CHAPITRE IV. — Dispositions finales

Art. 13. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 2005.

Art. 14. La Ministre flamande qui a l'Assistance aux Personnes dans ses attributions est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 17 décembre 2004.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,
Y. LETERME

La Ministre flamande du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,
I. VERVOTTE