

§ 2. Des 35 ans visés au § 1^{er} :

- ou bien au moins 5 ans, calculés de date à date, doivent comprendre un métier lourd. Cette période de 5 ans doit se situer dans les 10 dernières années calendrier, calculées de date à date, avant la fin du contrat de travail;

- ou bien au moins 7 ans, calculés de date à date, doivent contenir un métier lourd. Cette période de 7 ans doit se situer dans les 15 dernières années calendrier, calculées de date à date, avant la fin du contrat de travail.

Pour l'application de l'alinéa précédent, est considéré comme un « métier lourd » :

- le travail en équipes successives, plus précisément le travail en équipes en au moins deux équipes comprenant deux travailleurs au moins, lesquelles font le même travail tant en ce qui concerne son objet qu'en ce qui concerne son ampleur et qui se succèdent dans le courant de la journée sans qu'il n'y ait d'interruption entre les équipes successives et sans que le chevauchement excède un quart de leurs tâches journalières, à condition que le travailleur change alternativement d'équipes;

- le travail en services interrompus dans lequel le travailleur est en permanence occupé en prestations de jour où au moins 11 heures séparent le début et la fin du temps de travail avec une interruption d'au moins 3 heures et un nombre minimum de prestations de 7 heures.

Par « permanent » il faut entendre : que le service interrompu soit le régime habituel du travailleur et qu'il ne soit pas occasionnellement occupé dans un tel régime;

- le travail dans un régime tel que visé dans l'article 1^{er} de la convention collective de travail n° 46, conclue le 23 mars 1990 et rendue obligatoire par l'arrêté royal du 10 mai 1990.

CHAPITRE IV. — Complément d'entreprise

Art. 6. § 1^{er}. Le complément d'entreprise est calculé sur la base du salaire net, qui équivaut au salaire brut plafonné diminué des cotisations de sécurité sociale et du précompte professionnel applicables aux travailleurs dont le lieu de travail et le domicile fiscal sont situés en Belgique.

§ 2. Pour les travailleurs qui font usage du droit à une réduction des prestations tel que prévu à l'article 8 de la convention collective de travail n° 103, et qui passent de la diminution de carrière au chômage avec complément d'entreprise, le complément d'entreprise sera calculé sur la base du régime de travail préalable à cette réduction.

Commentaire paritaire

Les travailleurs de 50 ans ou plus ayant fait usage du droit à une réduction des prestations tel que prévu à l'article 9, § 1^{er} de la convention collective de travail n° 77bis continuent à bénéficier de l'application du présent paragraphe.

§ 3. En cas de reprise du travail, les dispositions des articles 4bis, 4ter et 4quater de la convention collective de travail n° 17 s'appliquent.

CHAPITRE V. — Durée de validité

Art. 7. La présente convention collective de travail est conclue pour une durée déterminée. Elle entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019 et cesse d'être en vigueur le 31 décembre 2020.

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 7 janvier 2021.

Le Ministre du Travail,
P.-Y. DERMAGNE

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C - 2021/40265]

26 JANVIER 2021. — Arrêté royal fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques dans des circonstances exceptionnelles ou des situations de force majeure

PHILIPPE, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 72bis, § 2bis de inséré par la loi du 27 avril 2005;

§ 2. Van de 35 jaar bedoeld in § 1 moeten :

- ofwel minstens 5 jaar, gerekend van datum tot datum, een zwaar beroep behelzen. Deze periode van 5 jaar moet gelegen zijn in de loop van de laatste 10 kalenderjaren, gerekend van datum tot datum, vóór het einde van de arbeidsovereenkomst;

- ofwel minstens 7 jaar, gerekend van datum tot datum, een zwaar beroep behelzen. Deze periode van 7 jaar moet gelegen zijn in de loop van de laatste 15 kalenderjaren, gerekend van datum tot datum, vóór het einde van de arbeidsovereenkomst.

Voor de toepassing van het vorige lid wordt als "zwaar beroep" beschouwd :

- het werk in wisselende ploegen, meer bepaald de ploegenarbeid in minstens twee ploegen van minstens twee werknemers, die hetzelfde werk doen, zowel qua inhoud als qua omvang en die elkaar in de loop van de dag opvolgen zonder dat er een onderbreking is tussen de opeenvolgende ploegen en zonder dat de overlapping meer bedraagt dan één vierde van hun dagtaak, op voorwaarde dat de werknemer van ploegen alterneert;

- het werk in onderbroken diensten waarbij de werknemer permanent werkt in dagprestaties waarvan de begintijd en de eindtijd minimum 11 uur uit elkaar liggen met een onderbreking van minstens 3 uur en minimumprestaties van 7 uur.

Onder "permanent" verstaat men : dat de onderbroken dienst de gewone arbeidsregeling van de werknemer vormt en dat hij niet occasioneel in een dergelijke dienst wordt tewerkgesteld;

- het werk in een arbeidsregime zoals bedoeld in artikel 1 van de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 46 gesloten op 23 maart 1990 en algemeen verbindend verklaard bij koninklijk besluit van 10 mei 1990.

HOOFDSTUK IV. — Bedrijfstoeslag

Art. 6. § 1. De bedrijfstoeslag wordt berekend op basis van het nettoloon dat gelijk is aan het begrensd brutoloon verminderd met de sociale zekerheidsinhoudingen en bedrijfsvoorheffing die van toepassing zijn op werknemers die in België tewerkgesteld zijn en er hun fiscale verblijfplaats hebben.

§ 2. Voor de werknemers die gebruik maken van het recht op een vermindering van de arbeidsprestaties zoals bepaald in artikel 8 van de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 103, en die overstappen van de loopbaanvermindering naar werkloosheid met bedrijfstoeslag, zal de bedrijfstoeslag worden berekend op basis van het arbeidsregime voorafgaand aan deze vermindering.

Paritaire commentaar

De werknemers van 50 jaar of ouder die gebruik hebben gemaakt van een recht op vermindering van prestaties zoals voorzien in artikel 9, § 1 van de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 77bis blijven verder genieten van de toepassing van deze paragraaf.

§ 3. Bij werkherhvatting gelden de bepalingen van artikel 4bis, 4ter en 4quater van de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 17.

HOOFDSTUK V. — Geldigheidsduur

Art. 7. Deze collectieve arbeidsovereenkomst wordt gesloten voor bepaalde duur. Zij treedt in werking op 1 januari 2019 en houdt op van kracht te zijn op 31 december 2020.

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 7 januari 2021.

De Minister van Werk,
P.-Y. DERMAGNE

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2021/40265]

26 JANUARI 2021. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten in buitengewone omstandigheden of overmachtsituaties

FILIP, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 72bis, § 2bis, ingevoegd bij de wet van 27 april 2005;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 2 septembre 2020 en application de l'article 2, premier alinéa, de l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé ;

Vu l'avis du Comité de l'assurance des soins de santé, donné le 7 septembre 2020 en application de l'article 2, premier alinéa, de l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé ;

Vu l'avis de l'inspecteur des Finances, donné le 15 septembre 2020;

Vu l'accord de la secrétaire d'État au Budget, donné le 22 décembre 2020;

Vu l'urgence, motivée par le fait que dans le contexte de la pandémie actuelle de COVID-19, il est nécessaire de pouvoir mettre en œuvre des modifications de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables immédiatement ou dans un délai particulièrement court afin de continuer à garantir la continuité des soins des patients, en tenant compte des indisponibilités actuelles des spécialités pharmaceutiques, ou afin de garantir l'accès aux thérapies essentielles dans la lutte contre la pandémie actuelle de COVID-19.

Vu l'avis n° 68.626/2 du Conseil d'État, donné le 11 janvier 2021, en application de l'article 84, § 1, premier alinéa, 3°, des lois sur le Conseil d'État, coordonné le 12 janvier 1973 ;

Considérant l'avis de la Commission de Remboursement des Médicaments, donné le 1^{er} septembre 2020;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Pour l'application du présent arrêté, les définitions fixées dans l'arrêté royal du 1^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques s'appliquent.

Art. 2. Dans des circonstances exceptionnelles ou des situations de force majeure déterminées par le Conseil des ministres, le Ministre peut modifier temporairement la liste des spécialités remboursables, sur proposition du service, et après l'avis de la Commission, lorsque le Ministre constate que les bénéficiaires sont privés de l'intervention de l'assurance pour des moyens thérapeutiques valables.

Le service formule une proposition de modification de la liste qui est transmise à la Commission pour avis. La Commission formule un avis dans un délai de quatorze jours calendrier. Si la Commission ne formule pas d'avis dans le délai prévu, l'avis est considéré comme donné.

Le Ministre prend une décision motivée après avoir pris connaissance de la proposition du service et de l'avis de la Commission. Le Ministre peut s'écarter de la proposition du service et/ou de l'avis de la Commission sur la base d'éléments sociaux ou budgétaires ou sur la base d'une combinaison de ces éléments.

La décision motivée concernant la modification de la liste comprend une décision relative à la base du remboursement, aux modalités de remboursement, à la date de début et de fin de la modification. Si la date de fin exacte ne peut être déterminée clairement, la décision comprend une description claire des critères objectifs signifiant la fin de l'inscription temporaire. La modification de la liste expire de plein droit à la date de fin de la modification, telle que décidée par le Ministre et au plus tard 12 mois après la date de début de la modification, sous réserve d'une décision motivée du Ministre concernant la prolongation de la modification de la liste. La modification de la liste expire de plein droit lors de l'inscription de la spécialité sur la liste selon les modalités prévues par l'arrêté royal du 1^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques.

La liste est ensuite adaptée et cette adaptation entre en vigueur le lendemain du jour où la décision de l'inscription sur la liste a été publiée sur le site Internet de l'Institut à l'adresse <http://www.riziv.fgov.be>.

Le remboursement des spécialités inscrites conformément aux dispositions de cet arrêté n'est toutefois possible que dans les conditions fixées dans l'annexe I de la liste, et que dans la mesure où elle a été prescrite, importée et délivrée conformément aux dispositions fixées par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions. Les

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 2 september 2020 met toepassing van artikel 2, eerste lid, van het koninklijk besluit nr.20 van 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19 pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 7 september 2020 met toepassing van artikel 2, eerste lid, van het koninklijk besluit nr. 20 van 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19 pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 15 september 2020;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting van 22 december 2020;

Gelet op het verzoek om spoedbehandeling, gemotiveerd door de omstandigheid dat het in de context van de huidige COVID-19 pandemie noodzakelijk is wijzigingen aan de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten onmiddellijk of op bijzonder korte termijn te moeten doorvoeren, met het oog op het blijven garanderen van de continuïteit van de zorgen voor patiënten, rekening houdend met de actuele tekorten in farmaceutische specialiteiten, of met het oog op het verzekeren van de toegang tot essentiële therapieën in de strijd tegen de huidige COVID-19 pandemie.

Gelet op het advies nr. 68.626/2 van de Raad van State, gegeven op 11 januari 2021, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 3°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende het advies van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, gegeven op 1 september 2020;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Voor de toepassing van dit besluit gelden de definities vastgesteld in het Koninklijk Besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten.

Art. 2. In buitengewone omstandigheden of overmachtsituaties vastgesteld door de Ministerraad, kan de Minister de lijst van vergoedbare specialiteiten tijdelijk wijzigen, op voorstel van de Dienst, en na advies van de Commissie, wanneer de Minister vaststelt dat rechthebbenden de verzekeringstegemoetkoming voor deugdelijke therapeutische middelen moeten derven.

De Dienst formuleert een voorstel voor wijziging van de lijst dat wordt overgemaakt voor advies aan de Commissie. De Commissie formuleert een advies binnen de veertien kalenderdagen. Indien de Commissie geen advies formuleert binnen de gestelde termijn, wordt het advies beschouwd als gegeven.

De Minister neemt na kennisname van het voorstel van de Dienst en het advies van de Commissie een gemotiveerde beslissing. De Minister kan afwijken van het voorstel van de Dienst en/of het advies van de Commissie op basis van sociale of budgettaire elementen of een combinatie van deze elementen.

De gemotiveerde beslissing omtrent het wijzigen van de lijst omvat een beslissing over de vergoedingsbasis, de vergoedingsmodaliteiten, de begindatum en de einddatum van de wijziging. Wanneer de exacte einddatum niet eenduidig kan worden vastgesteld, omvat de beslissing een duidelijke beschrijving van de objectieve criteria die het einde van de tijdelijke inschrijving betekenen. De wijziging van de lijst vervalt van rechtswege op de einddatum van de wijziging, zoals beslist door de Minister en ten laatste twaalf maanden na de startdatum van de wijziging, behoudens een gemotiveerde beslissing van de Minister omtrent het verlengen van de wijziging van de lijst. De wijziging van de lijst vervalt van rechtswege bij een inschrijving van de specialiteit op de lijst door middel van de procedures vastgelegd in het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten.

Vervolgens wordt de lijst aangepast en deze aanpassing treedt in werking op de dag volgend op de dag waarop de beslissing van de opname op de lijst werd gepubliceerd op de internetsite van het Instituut op het adres <http://www.riziv.fgov.be>.

De vergoeding van de overeenkomstig de bepalingen van dit besluit ingeschreven specialiteiten is evenwel slechts verschuldigd onder de in bijlage I van de lijst vastgestelde voorwaarden en voor zover ze zijn voorgeschreven, ingevoerd en afgeleverd conform de bepalingen die zijn uit-gevaardigd door de Minister die de Volksgezondheid onder

spécialités qui sont inscrites conformément aux dispositions du présent arrêté sont désignées par la lettre « E » dans la colonne « Observations » de la liste.

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le jour qui suit sa publication au *Moniteur belge*.

Art. 4. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 26 janvier 2021.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Vice-Premier Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

FR. VANDENBROUCKE

zijn bevoegdheid heeft. De specialiteiten die worden ingeschreven overeenkomstig de bepalingen van dit besluit worden met de letter "E" aangeduid in de kolom "Opmerkingen" van de lijst.

Art. 3. Dit besluit treedt in werking de dag volgend op de bekendmaking ervan in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 4. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 26 januari 2021.

FILIP

Van Koningswege :

De Vice-Eerste Minister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

FR. VANDENBROUCKE

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C - 2021/40272]

26 JANVIER 2021. — Arrêté royal portant exécution de l'article 37, § 16bis, alinéa 1^{er}, 3^o, et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les oxyconcentrateurs pour l'oxygénothérapie pendant la crise du COVID-19

PHILIPPE, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 37, § 16bis, 1^{er} alinéa, 3^o, inséré par la loi-programme (I) du 27 décembre 2006 et 4^{ème} alinéa, insérés par la loi-programme (I) du 27 décembre 2006.

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 12 octobre 2020;

Vu l'avis de l'inspecteur des Finances, donné le 22 novembre 2020;

Vu l'accord de la secrétaire d'État au Budget, donné le 26 novembre 2020;

Vu l'avis 68.595/2 du Conseil d'État, donné le 19 janvier 2021, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973;

Considérant l'analyse d'impact de la réglementation réalisée conformément aux articles 6 et 7 de la loi du 15 décembre 2013 portant des dispositions diverses en matière de simplification administrative ;

Sur la proposition du Ministre des Affaires Sociales et de l'avis des Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Les patients tels que définis à la section 6 du chapitre 2 de la partie I de la liste annexée à l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 2^o de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 obtiennent une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans le coût des oxyconcentrateurs figurant sur la liste reprise en annexe du présent arrêté, aux conditions fixées au présent arrêté.

Art. 2. Pour être repris sur la liste, le responsable de la demande d'admission au remboursement d'un oxyconcentrateur adresse une demande motivée au secrétariat de la direction remboursement des médicaments et politique pharmaceutique par voie électronique à l'adresse : secr-farbel@riziv-inami.fgov.be.

Cette demande doit comporter :

1° L'identification/la dénomination complète du produit

2° Le nom du demandeur (tel qu'il figurera dans la liste)

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2021/40272]

26 JANUARI 2021. — Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 37, § 16bis, eerste lid, 3^o, en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor wat oxyconcentratoren voor zuurstoftherapie gedurende de COVID-19 crisis betreft

FILIP, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 37, § 16bis, eerste lid, 3^o, ingevoegd bij de Programmawet (I) van 27 december 2006, en vierde lid, ingevoegd door de Programmawet (I) van 27 december 2006.

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 12 oktober 2020;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 22 november 2020;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting van 26 november 2020;

Gelet op het advies 68.595/2 van de Raad van State, gegeven op 19 januari 2021, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende de impactanalyse van de regelgeving, uitgevoerd overeenkomstig artikels 6 en 7 van de wet van 15 december 2013 houdende diverse bepalingen inzake administratieve vereenvoudiging;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken en op het advies van de in Raad vergaderde Ministers,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. De patiënten, zoals gedefinieerd in afdeling 6 van hoofdstuk 2 van deel I van de lijst in bijlage bij het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 2^o van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, verkrijgen een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de kost van oxyconcentratoren die zijn opgenomen in de lijst in bijlage van dit besluit onder de in dit besluit vastgestelde voorwaarden.

Art. 2. Om op de lijst te worden opgenomen, moet de persoon die verantwoordelijk is voor de aanvraag tot opname in de vergoedbaarheid van een oxyconcentrator een gemotiveerde aanvraag sturen naar het secretariaat van de directie tegemoetkoming geneesmiddelen en farmaceutisch beleid per e-mail naar : secr-farbel@riziv-inami.fgov.be.

Dit verzoek moet bevatten:

1° De volledige identificatie/naam van het product

2° De naam van de aanvrager (zoals die in de lijst zal voorkomen)