



Landelijke vereniging van
Artsen in Dienstverband

Arbeidsvoorwaardenbeleid 2018

Inhoud

Samenvatting: inzet van de LAD in 2018.....	3
1. Over het arbeidsvoorwaardenbeleid	4
2. Externe ontwikkelingen	6
3. Primaire arbeidsvoorwaarden	10
4. Arbeidsomstandigheden	12
5. Arbeidsmarkt	14

Samenvatting: inzet van de LAD in 2018

Hieronder geven we puntsgewijs de inzet weer van de LAD voor de cao-onderhandelingen voor haar ruim 30.000 leden in 2018. Deze punten worden in de hiernavolgende hoofdstukken nader toegelicht.

Primaire arbeidsvoorwaarden

- Looneis van 3%, inkomensontwikkeling passend bij de omstandigheden in de betreffende deelsector.
- Vergoeding voor gemaakte beroepskosten, waaronder ook scholing en persoonlijke ontwikkeling.
- Bij aanvulling van de WW-uitkering moet het salaris het uitgangspunt zijn en niet het maximum dagloon.
- Stagevergoeding en volledige reiskostenvergoeding voor coassistenten in alle sectoren.
- Vergoeding door de werkgever van contributies voor beroepsverenigingen en vakbonden.
- Geen verdere aantasting van de pensioenopbouw, uitbetaling van het werkgeversvoordeel wanneer dit toch gebeurt.

Arbeidsomstandigheden

- Versteving van de positie van de artsen in de organisatie; ze moeten betrokken worden bij strategische en tactische beslissingen (zoals onderhandelingen met financiers) en tijd krijgen om zich hiermee bezig te houden.
Om haar leden te ondersteunen in het pakken van hun rol, worden de trainingen 'Beter in beeld' en de vervolgtraining 'Beter in onderhandelen' aangeboden.
- Integraal levensfasebewust personeelsbeleid, met aandacht voor levenslang leren, het faciliteren van een goede balans tussen werk en privé, zeggenschap over de manier waarop, waar en wanneer gewerkt wordt, goed in- en doorstroombeleid en het bevorderen van mobiliteit.
- Gezond en veilig werken: bestrijding van psychische en fysieke werkdruk, monitoren implementatie en naleving van gemaakte afspraken (onder meer in arbocatalogi en in het programmaveilige zorg en veilige publieke taak). Blijven agenderen van het thema om werkgevers en werknemers te stimuleren er op instellingsniveau voortdurend aandacht aan te geven. Werknemers handvatten aanreiken door het aanbieden van cursussen time- en stressmanagement.
- Arbeidstijden: werken volgens de in de sector geldenden werkweken, correcte toepassing van het Arbeidstijdenbesluit, verantwoord roosteren en hersteltijd na diensten.

Arbeidsmarkt

- Beperken van de instroom van studenten voor de studie geneeskunde, zodat deze beter aansluit bij de behoefte op de arbeidsmarkt.
- Bevorderen van instroom van net afgestudeerde artsen bij specialismen met tekorten.
- Inzet op behoud van werkgelegenheid en op werk-naar-werk-trajecten.
- Beperken van externe flexibele arbeidsrelaties en bevorderen van interne flexibiliteit.

1. Over het arbeidsvoorwaardenbeleid

Het arbeidsvoorwaardenbeleid van de LAD vormt het kader voor de cao-inzet en cao-onderhandelingen voor 2018. De LAD behartigt de werknemersbelangen van (aankomende) artsen in dienstverband – van coassistent tot a(n)ios, van basisarts tot medisch specialist, van jeugdarts tot psychiater en van bedrijfsarts tot specialist ouderengeneeskunde. Daarnaast behartigt de LAD de werknemersbelangen van een aantal aanverwante beroepsgroepen, te weten: apothekers, klinisch chemici en fysici, technisch geneeskundigen en ziekenhuisapothekers¹. Het gaat in totaal om ruim 30.000 werknemers in dienstverband.

Onze speerpunten

De LAD richt zich op drie speerpunten:

1. goede en toekomstbestendige arbeidsvoorwaarden;
2. goede en reële arbeidsomstandigheden;
3. een arbeidsmarkt met perspectief.

Deze drie speerpunten vormen de rode draad voor het arbeidsvoorwaardenbeleid. Voor de inzet bij de cao-onderhandelingen in 2018 worden de onderliggende thema's nader uitgewerkt. Daarbij wordt onder meer rekening gehouden met landelijke ontwikkelingen die van invloed zijn op de arbeidsomstandigheden en de arbeidsmarkt. Denk bijvoorbeeld aan bezuinigingen of nieuwe transities in de zorg, gewijzigde wet- en regelgeving, maar ook aan innovaties in de zorg. In deze nota lichten we deze ontwikkelingen op hoofdlijnen toe.

Over de cao-onderhandelingen

De LAD behartigt de belangen van haar leden rechtstreeks in onderhandelingen waar ze cao-partij is, maar vaak ook indirect via [cao-partij FBZ](#), die mede namens de LAD onderhandelt aan grote cao-tafels in de zorg. Daarnaast oefent de LAD invloed uit door samen te werken met andere werknemersorganisaties, werkgevers en partners binnen de KNMG.

De LAD is geen voorstander van het meer decentraal regelen van majeure arbeidsvoorwaarden binnen de instellingen door de werknemers zelf. De inbreng van de vakbonden, die hiervoor over de benodigde kennis en vaardigheden beschikken, is hierbij onmisbaar.

De LAD is betrokken bij de volgende cao-onderhandelingen:

Cao's	Loopt af per	Aantal werknemers
Apothekers in dienstverband	31 december 2017	800
Arbo Unie	31 december 2017	1.400
Gehandicaptenzorg	31 maart 2019	158.000
Gezondheidscentra	31 december 2017	4.500
GGZ	1 juni 2019	85.000

¹ Waar in deze nota wordt gesproken over artsen, wordt bedoeld op alle leden van de LAD. Waar een specifieke groep wordt bedoeld, wordt dit in de tekst aangegeven.

Hidha	1 juli 2017	900
Jeugdzorg	1 april 2019	31.000
Nederlandse Universiteiten	1 juli 2017	52.000
SBOH	31 december 2017	2.260
Universitair Medische Centra	31 december 2017	67.000
VVT	31 maart 2018	450.000
Ziekenhuizen	1 april 2019	200.000
Arbeidsvoorwaardenregelingen		Aantal werknemers
AMS (Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten, onderdeel Cao Ziekenhuizen)	De nieuwe AMS gaat in op 1 januari 2018	3.250
HAMS (Honoreringsregeling Academisch Medisch Specialisten, onderdeel Cao UMC)	Deze regeling is voor het laatst herzien per 1 januari 2014	4.200
AHG (Arbeidsvoorwaardenregeling Huisartsen in Gezondheidscentra, onderdeel Cao Gezondheidscentra)	31 december 2017	4.500

2. Externe ontwikkelingen

Economische en maatschappelijke ontwikkelingen zijn direct van invloed op de werkgelegenheid. Maar ook op de setting van het werk en de werkprocessen. Daarmee beïnvloeden zij de manier waarop het werk wordt uitgevoerd. De LAD anticipeert in het arbeidsvoorwaardenbeleid onder meer op de volgende ontwikkelingen.

Economische ontwikkeling

De Nederlandse economie heeft zich hersteld van de crisis. Vanwege internationale ontwikkelingen en spanningen is het economisch herstel echter nog fragiel, terwijl ook de verminderde gaswinning een remmend effect heeft. In 2016 werd een economische groei van 2,2% bereikt, de koopkracht in Nederland steeg in 2016 gemiddeld met 2,7%. Voor 2017 wordt een economische groei van 3,3% en in 2018 van 2,5% verwacht. De inflatie is met 1,3% in 2017 en in 2018 laag. De contractlonen in de bedrijven groeien naar verwachting met 1,6% in 2017 en 2,2% in 2018, waardoor in 2017 een koopkrachtverbetering van 0,3% en in 2018 een van 0,6% zou resulteren. De werkloosheid daalt in 2017 naar ca. 4,9%, en in 2018 naar 4,3%. De overheidsfinanciën zijn gezond, met een overschot van 0,6% in 2017 en 0,9% in 2018. De schuldquote daalt naar 57,2% in 2017 en 53,7% in 2018 van het BBP, wat ruimschoots beneden de EU-norm van 60% is². Voor de middellange termijn (2018-2021) verwacht het Centraal Planbureau (CPB) een economische groei van gemiddeld 1,8% per jaar, een werkloosheid van 4,6% in 2021, een gemiddelde inflatie van 1,5% per jaar en een begrotingsoverschot van 1,6% bij een overheidsschuld van 45% BBP in 2021.

Volgens de doorrekening door het CPB van het regeerakkoord van het kabinet-Rutte III leidt dit akkoord in vergelijking met de hierboven gegeven prognoses tot een hogere economische groei, lagere werkloosheid, verbetering van de koopkracht, een kleiner overschot op de overheidsbegroting, afname van de inkomensongelijkheid op langere termijn en een hogere structurele werkgelegenheid.

Zorguitgaven en financiële situatie

Het regeringsbeleid dat gericht is op het afvlakken van de zorguitgaven, begint resultaten op te leveren. De totale zorguitgaven zijn jarenlang hard gestegen. In 2013 was voor het eerst een groei-afname te zien (met name door daling in uitgaven aan geneesmiddelen en van de tarieven in verpleging en verzorging), maar in 2014 was weer sprake van een lichte stijging van 1,8% (bron: CBS). Over de jaren 2013, 2014 en 2015 stegen de zorguitgaven met gemiddeld 0,9% per jaar, maar dat is toch ruimschoots minder dan de gemiddelde economische groei in die jaren (1,7%). In 2015 bedroegen de zorguitgaven 5.628 euro per inwoner, een stijging van 0,4% ten opzichte van 2014. In 2016 stegen de zorgkosten met 1,7 miljard naar ruim 96 miljard euro. Dat is een groei van 1,8%, opnieuw minder dan de groei van het BBP. Het aandeel van de zorguitgaven in het BBP daalde daardoor van 14,0% in 2015 naar 13,8% in 2016. Voor 2017 wordt echter een groei van de zorguitgaven met 2,5% geraamd, dat is net iets meer dan de economische groei van 2,4%. Vooral de uitgaven aan persoonsgebonden budgetten in het kader van de Wet langdurige zorg stijgen fors (in 2016 met 11,5%). Het kabinet-Rutte III wil door het (opnieuw) afsluiten van hoofdlijnenakkoorden 1,9 miljard euro per jaar besparen op de zorg.

² Macro Economische Verkenning (MEV), CPB, september 2017

De financiële situatie verschilt per deelsector binnen de zorg, en soms zelfs binnen een sector per instelling. Zorgelijk is de situatie in bijvoorbeeld de verpleeghuizen en in de zorg in instellingen die sinds 2015 gefinancierd wordt door de gemeenten. Verpleeghuizen hebben in toenemende mate te maken met patiënten die complexere zorg nodig hebben, terwijl het personeel daar zowel kwantitatief als kwalitatief niet op is berekend. Voor 2018 en volgende jaren zijn extra middelen voor de verpleeghuizen uitgetrokken.

Transitie en normalisering

Sinds 2015 is de zeggenschap van de gemeenten op het terrein van de zorg sterk vergroot door invoering en wijziging van de Wet maatschappelijke ondersteuning, Jeugdwet, Participatiewet en de Wet langdurige zorg. In de sectoren waar op basis van aanbesteding contracten gesloten worden met gemeenten, zijn de middelen sterk beperkt doordat gemeenten minder diensten afnemen en daarvoor lagere tarieven betalen. De betreffende instellingen zijn nog niet allemaal voldoende ingesteld op de nieuwe situatie. De LAD verwacht dat dit ook de komende jaren zal leiden tot reorganisaties, ontslagen en mogelijk faillissementen. De LAD zal zich inzetten voor de totstandkoming van goede sociaal plannen om de negatieve effecten voor werknemers zo goed mogelijk op te vangen.

In november 2016 heeft de Eerste Kamer het voorstel voor de Wet normalisering rechtspositie ambtenaren aangenomen. Hierdoor zal (naar verwachting per 2020) een aantal artsen die nu onder de rechtspositie van de ambtenaren vallen, onder het private arbeidsrecht worden gebracht. De LAD zet zich in voor een verantwoorde afwikkeling van dit proces en het behartigen van de belangen van haar achterban door zich te melden aan relevante nieuwe cao-tafels.

Meer zorg aan huis en in de eerste lijn

Het overheidsbeleid is gericht op het meer zelfstandig laten wonen van ouderen en het bieden van meer zorg aan huis in plaats van in instellingen. Dit betekent een grotere rol voor de eerstelijns en de gemeenten. Er is al jaren sprake van substitutie van zorg waarbij specialistische zorg is overgenomen door hulpverleners in de eerste lijn. Met de hoofdlijnsakkoorden 2018 is een flinke impuls gegeven aan substitutie van zorg van de tweede- naar de eerstelijns. Uit het budgetkader MSZ is 75 miljoen euro gereserveerd om substitutie mogelijk te maken. Dit is een belangrijke stap in de beweging naar 'de juiste zorg op de juiste plek'. Daarin speelt de huisartsenzorg een sleutelrol. Naast de al bestaande substitutie van chronische zorg is deze nu uitgebreid met zorg voor kwetsbare ouderen thuis. Een goede samenwerking met andere disciplines is hierbij essentieel en in dat kader wordt in toenemende mate samengewerkt met specialisten ouderengeneeskunde. Zij zijn sinds 2016 ook buiten een verpleeghuis werkzaam. Ook zijn er meer praktijkondersteuners die de substitutie van zorg naar de eerstelijns mogelijk maken, en verder investeert het kabinet in meer wijkverpleegkundigen die nauw samenwerken met huisartsen. Daarnaast is er vanuit de eerstelijns steeds meer verbinding met het sociale domein op het gebied van welzijn. Door de substitutie zal sprake zijn van een verschuiving van werkgelegenheid van de tweede- naar de eerstelijns en de anderhalvelijnszorg. Het is van groot belang dat zorgverleners goed gefaciliteerd worden bij het uitvoeren van nieuwe taken. Dit geldt met name voor huisartsen, die vanwege hun centrale rol in de substitutie steeds meer werk op zich af zien komen. Praktijkverkleining is hierbij een optie.

Sociale zekerheid

In 2015 is de Wet werk en zekerheid (Wwz) ingevoerd die wijzigingen met zich meebracht op het gebied van flexibele contracten, het ontslagrecht en de werkloosheidsuitkering. Uit onderzoek blijkt dat de Wwz het ontslaan van personeel niet eenvoudiger heeft gemaakt: vóór de invoering van de Wwz werd één op de tien ontslagverzoeken afgewezen, na de invoering ervan is dit vier op de tien. Ook worden vaker schikkingen getroffen buiten de rechter om. De ontslagvergoedingen zijn gedaald van gemiddeld een maand naar een halve maand per dienstjaar. De doelstelling van de wet om meer flexwerkers een vast dienstverband te bezorgen, wordt vooralsnog niet gerealiseerd³. Uit de zorg komen signalen dat een flexibele inzet van personeel door de nieuwe wet bemoeilijkt wordt, terwijl door meer interne flexibliteit de behoefte aan externe flexibiliteit kan afnemen. Het ministerie van SZW heeft een evaluatie van de Wwz toegezegd. De LAD vindt een dergelijke evaluatie hard nodig. Bekeken moet worden welke voor werknemers nadelige effecten in de cao gerepareerd kunnen worden. In het regeerakkoord van het kabinet-Rutte III wordt al een aantal aanpassingen aangekondigd.

Tegelijk met de invoering van de Wwz is ook de Werkloosheidswet (WW) sinds 1 juli 2015 op een aantal punten veranderd. Zo is onder meer de opbouw van de WW gewijzigd. Verder is op 1 januari 2016 de maximale duur van de WW stapsgewijs teruggebracht van maximaal 38 naar 24 maanden. Er wordt gewerkt aan een private regeling waarbij de gevolgen van deze beperking worden gerepareerd. De kosten van deze regeling voor de werknemers zijn echter niet gering. De LAD is alleen voorstander van reparatie indien de kosten worden opgebracht door de werkgevers en dit niet ten koste gaat van de loonruimte. De LAD blijft zich inzetten voor aanvulling van de WW-uitkering naar 75 respectievelijk 70% van het salaris op het (in de wet geregelde) maximum dagloon.

Zzp'ers

De laatste jaren zien we ook in de zorgsector een sterke stijging van het aantal zzp'ers. Die groei is onder meer te danken aan werkloze werknemers die bij (dreigend) baanverlies tegen wil en dank als zzp'er aan de slag gaan, maar er zijn ook zorgverleners die bewust kiezen voor het zelfstandig ondernemerschap. Voor zorginstellingen kan het inzetten van zzp'ers voordelen hebben uit het oogpunt van flexibliteit, maar voor dienstverbanders zijn zzp-collega's niet altijd prettig omdat zij bijvoorbeeld geen diensten (willen) draaien. De LAD ziet meer in het vergroten van de interne flexibliteit dan in het inhuren van externen. Het inhuren van zzp'ers gebeurt soms tegen een lager tarief dan wat zij als dienstverbanders (zouden) verdienen, waardoor hun inkomsten dalen, maar het zorgt ook voor verlies van zekerheden die voorheen in hun arbeidsvoorwaarden waren geregeld. In situaties waar zzp'ers werken tegen lagere tarieven dan de gangbare personeelssalarissen, houdt dat het aanstellen van nieuwe werknemers door de werkgever tegen. De LAD monitort hoe de positie van zzp'ers zich verhoudt tot werknemers in dienstverband. Ook bekijkt ze of hierover in cao's afspraken gemaakt kunnen worden. Voorkomen moet worden dat door lage tarieven van zzp'ers verdringing van zorgverleners in loondienst ontstaat, of dat we in een spiraal van steeds lagere arbeidskosten terechtkomen.

³ VAAN – VvA Evaluatieonderzoek WWZ i.s.m. Erasmus Universiteit en Tilburg University, Rotterdam/Den Haag juni 2016. Zie ook Volkskrant 30 juni 2016.

eHealth en digitalisering

Technologie en digitalisering nemen een steeds grotere plek in in de gezondheidszorg. Niet alleen bij het efficiënter beheersen van administratieve processen (zoals bij het Elektronisch Patiëntendossier), maar ook in de uitvoering van zorgtaken. eHealth kan grote gevolgen hebben voor de manier van werken en voor de werkgelegenheid in de zorg. Er wordt bijvoorbeeld op een andere manier contact onderhouden met de patiënten. De LAD juicht initiatieven toe die gericht zijn op het vergroten van de efficiëntie van de zorg. Het staat buiten kijf dat innovaties de zorg ondersteunen. Daarmee zijn ze additioneel. Echter, ze vervangen niet de kennis en de inschatting van de professional. Een adequaat scholingsbeleid is een voorwaarde zodat werknemers in hun manier van werken meeontwikkelen met innovaties in de zorg. Daarnaast moet worden voorkomen dat de nieuwe mogelijkheden van contact met patiënten, leiden tot een vervaging van het onderscheid tussen werk- en privétijd, waardoor feitelijk een langere werkweek ontstaat. Verder moeten registratiesystemen ondersteunend aan het werk zijn. Het gebruik ervan moet niet leiden tot verhoging van de administratieve werklust. De LAD steunt initiatieven als 'ontregel de zorg', signaleert ontwikkelingen en neemt deze mee bij de cao-onderhandelingen.

De ontwikkelingen van de technologie in de zorg brengen vragen en dilemma's met zich mee. Wat mag met alle beschikbare data gedaan worden, wie beslist daarover en hoe blijven gegevens voor de patiënt veilig opgeslagen? Ook is de vraag, welke vaardigheden de zorgprofessional moet hebben om de technologie goed te kunnen toepassen. Veel zorgprofessionals zijn nog onvoldoende digivaardig en weten niet goed wat de toepassingsmogelijkheden zijn. Of zij hebben onvoldoende scherp wat eHealth en andere technologie aan de kwaliteit in de dienstverlening aan de patiënt kan toevoegen. De LAD pleit er dan ook voor dat zorgprofessionals bijvoorbeeld in de vorm van een innovatiebudget meer tijd en training krijgen om de mogelijkheden van eHealth en nieuwe technologie te ontdekken en toe te passen.

3. Primaire arbeidsvoorwaarden

Inkomen

Bij het bepalen van de loonruimte worden de inflatie en de stijging van de arbeidsproductiviteit meegenomen, maar wordt ook gekeken naar andere externe factoren zoals de economische groei en de verhouding tot de marktsector. De verwachte groei van de arbeidsproductiviteit voor 2018 is 1,0%. De verwachte inflatie is 1,3% (Bron: CPB). Het is echter van belang dat de lonen in de zorgsector niet (gaan) achterlopen bij de lonen in de marktsector, waar een grotere stijging verwacht wordt. Daarom zet de LAD in op een loonontwikkeling van 3% in 2018.

In 2016 lag de cao-loonstijging in de zorg met 1,6% iets onder de algemene cao-loonstijging van 1,9% (Bron: CBS). Begin augustus 2017 bedroeg de gemiddelde loonstijging van de tot dan toe afgesloten cao's 1,64%, maar de loonstijging in de publieke sector (zorg, onderwijs en overheid) bleef daar met 1,43% opnieuw bij achter.

De LAD onderkent de moeilijke situatie waarin veel zorginstellingen zich bevinden. De druk op het beheersen van de zorgkosten blijft groot, zeker door de gevolgen van de grootschalige decentralisatie en marktwerking die net als voorgaande jaren ook in 2018 verder zichtbaar worden. De LAD vindt daarnaast ook dat de zorginkomens niet verder achterop mogen raken bij het landelijk gemiddelde, mede omdat de arbeidsmarkt onder druk staat. Het inkomen van werknemers kan en moet worden verbeterd. Daarom zet de LAD in op een looneis van tenminste 3%. Dit is een belangrijk uitgangspunt, evenals behoud van werkgelegenheid. De looneis kan wel per sector worden bijgesteld, afhankelijk van de specifieke situatie.

De LAD is van mening dat coassistenten in alle sectoren een redelijke stagevergoeding moeten krijgen, inclusief vergoeding van reiskosten. Bekeken moet worden of voor aiOS die al een aantal jaren als anios en in een promotietraject hebben gewerkt, een betere salariëring mogelijk is. Waar opleidingen onder het landelijk werkgeversschap van de SBOH worden gebracht (artsen verstandelijk gehandicapten, artsen Maatschappij & Gezondheid) mag dit niet leiden tot een verslechtering van de arbeidsvoorwaarden. In alle cao's moet een goede regeling getroffen worden voor het vergoeden door de werkgever van de contributies voor beroepsverenigingen en vakbonden.

Pensioen

Het belangrijkste pijnpunt op dit terrein is dat de reële waarde van pensioenen is gedaald. Nog ingrijpender is dat dit naar verwachting niet meer zal herstellen. Werknemers moeten zich instellen op een minder zeker en lager pensioen. Verhoging van de premies vindt de LAD geen alternatief, omdat dit leidt tot verlies aan koopkracht in de jaren waarin werknemers juist hoge uitgaven hebben vanwege bijvoorbeeld studerende kinderen.

De LAD maakt zich aan cao-tafels, maar ook in de besturen van de pensioenfondsen zoals PFZW en ABP, sterk voor een goed pensioen. Daarvoor oefent de LAD haar invloed uit binnen verschillende pensioenfondsen. De brede maatschappelijke discussie die de afgelopen jaren is gevoerd over een algehele herziening van ons pensioenstelsel heeft mede door de langdurige kabinetsformatie nog niet tot nieuwe voorstellen geleid. Vernieuwing van het pensioenstelsel is dringend noodzakelijk, waarbij meer solidariteit tussen de generaties wordt ingebouwd. Vanwege de lange opleidingsduur

van artsen pleit de LAD daarnaast voor een zo hoog mogelijk opbouwpercentage en een zo laag mogelijke franchise.

Naast de algemene daling van de pensioenwaarde, speelt voor werknemers met een bruto-jaarinkomen van meer dan 100.000 euro nog een ander issue. De afgelopen jaren heeft de LAD zich intensief beziggehouden om de nadelige gevolgen van pensioenaftopping aan te pakken. Sinds 1 januari 2015 geldt de 'Wet verlaging maximumopbouw- en premiepercentages pensioen en maximering pensioengevend inkomen' (Wet Witteveen), waardoor het pensioengevend salaris is 'afgetopt' op 100.000 euro bruto, welk bedrag vervolgens jaarlijks is geïndexeerd. Die aftopping heeft tot gevolg dat de pensioenpremies worden verlaagd, zowel aan werkgevers- als werknemerskant. De verlaging van het werknemersdeel vertaalt zich in een hoger netto salaris. De verlaging van het werkgeversdeel zagen werknemers met een bruto jaarsalaris van meer dan 100.000 euro niet altijd terug in een hoger salaris: sommige werkgevers hielden het zelf. De LAD vond en vindt dat dat werkgeversdeel moet terugvloeien naar de werknemers die het betreft: pensioen is immers uitgesteld loon en dus hebben werknemers recht op teruggave van het werkgeversdeel. Met stevig onderhandelen, en in sommige sectoren ook actievoeren, is hierover uiteindelijk in de umc's, de gehandicaptenzorg, de Arbo Unie, de algemene ziekenhuizen en de ggz een akkoord bereikt.

Het regeerakkoord van het kabinet-Rutte III bevat geen voornemens voor een verdere verlaging van de pensioenopbouw. Wanneer hiervoor toch voorstellen op tafel komen, zal de LAD zich hiertegen verzetten en zich zondig opnieuw inzetten voor uitbetaling van het werkgeversvoordeel aan de werknemers.

4. Arbeidsomstandigheden

Positionering binnen het veranderend zorglandschap

Met de decentralisaties en de beperkte beschikbaarheid van financiële middelen wordt het steeds belangrijker dat artsen zich meer laten zien en hun positie claimen binnen de sector. Dit is niet alleen nodig om gunstige arbeidsvoorwaarden te bedingen. Positionering is ook noodzakelijk om invloed te kunnen uitoefenen op de arbeidsomstandigheden en strategische afwegingen van de zorginstelling. De LAD vindt dat de inspraak van artsen in dienstverband via de werkgever geborgd moet zijn en legt de randvoorwaarden hiervoor vast in cao's of landelijke arbeidsvoorwaardenregelingen, zoals de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten (AMS). Daarin is vastgelegd dat medisch specialisten in dienstverband worden betrokken bij onderhandelingen met zorgverzekeraars en regelmatig de cijfers van de kosten en omzetontwikkeling ontvangen. Bovendien is afgesproken dat een algemeen ziekenhuis naast een Vereniging Medische Staf ook een Vereniging Medisch Specialisten in Dienstverband (VMSD) heeft, die betrokken wordt bij de strategische koers van het ziekenhuis. De LAD kijkt per sector hoe de inspraak en medezeggenschap gerealiseerd kunnen worden.

In het algemeen vindt de LAD dat een arts naast zijn patiëntgerelateerde werkzaamheden de tijd, ruimte, verantwoordelijkheid en bevoegdheid moet krijgen om beleidstaken, bijvoorbeeld gericht op de bedrijfsvoering van zijn werkomgeving, uit te voeren. Naast de input voor de onderhandelingen met financiers, is ook van belang dat artsen een visie ontwikkelen op de toekomst van hun vak.

Arbeidstijden

Het is noodzakelijk, zowel voor de veiligheid van de patiënt als voor het welzijn van de arts, dat werktijden binnen redelijke grenzen blijven, ongeacht in welk soort instelling een arts werkzaam is. De wensen van artsen ten aanzien van werktijden zijn veranderd. Zowel mannen als vrouwen vinden een goede combinatie van werk en privé van groot belang en werken in deeltijd komt steeds meer voor. Daarnaast zijn de behoeften van de patiënt ook veranderd. Steeds meer artsen spelen hierop in en houden bijvoorbeeld spreekuur buiten kantooruren. In de praktijk blijkt echter dat niet altijd tegemoetgekomen wordt aan de wensen van artsen ten aanzien van werktijden. De administratieve werklast is te hoog, en veel artsen werken buiten werktijd dossiers af.

Arbeidstijden blijft daarom een belangrijk thema. De LAD benadrukt bij werkgevers en werknemers het belang van correcte naleving van de wettelijke kaders (zoals de Arbeidstijdenwet) en cao-afspraken. Waar wetgeving niet van toepassing is, zet de LAD in op heldere kaders voor werktijden in arbeidsvoorwaardenregelingen. Zo vindt de LAD dat de werktijd/dienstendruk voor medisch specialisten in verhouding moet staan tot een verantwoorde inzet.

Gezond en veilig werken

De ziekteverzuimcijfers laten zien dat het verzuim in de zorgsector hoger is dan het landelijk gemiddelde⁴. Psychosociale arbeidsbelasting en fysieke belasting zijn de belangrijkste oorzaken. Voorbeelden zijn werkdruk, onregelmatige werktijden, agressie en andere ongewenste omgangsvormen.

⁴ In het eerste kwartaal van 2017 was het ziekteverzuim in de zorg 5,7%, tegen 4,3% in alle sectoren samen. CBS, 21 juni 2017.

De zorg is na de bouw de sector waar beroepsziekten het meest voorkomen. Bij psychische beroepsziekten scoort de zorg volgens de registratie van bedrijfsartsen zelfs het hoogst van alle sectoren. Daarbij gaat het voor zo'n 75% om overspannenheid en burn-out.⁵ Uit onderzoek van Stichting IZZ blijkt dat het gebruik van fysiotherapie en van psychische zorg bij zorgmedewerkers gemiddeld beduidend hoger is dan in andere sectoren, en bovendien sterk stijgt. Nog opvallender is de conclusie dat dit gebruik per zorgwerkgever sterk varieert: bij fysiotherapiegebruik van 13% tot 76%, en bij psychische hulp van 1% tot 19%. Het beleid van de werkgever heeft hier alles mee te maken: wanneer een zorgorganisatie gezonder is voor haar medewerkers, is de uitstroom minder groot. Heeft een zorgorganisatie te maken met een hoge uitstroom van medewerkers, dan betekent dit een hogere werkdruk voor de bestaande personeelsbezetting die dan meer zorg gaat gebruiken⁶. De LAD vraagt aandacht voor zowel de fysieke als psychische werkdruk langs de volgende lijnen:

- in cao-onderhandelingen is 'gezond en veilig werken' nadrukkelijk een thema; ook wordt er bij werkgevers op aangedrongen het onderwerp te agenderen en, mits beschikbaar, bekendheid te geven aan protocollen of arbeidscatalogi, zodat artsen die kennen én gebruiken;
- daarnaast biedt de LAD artsen handvatten om fysieke en psychische werkdruk zoveel mogelijk te beperken. De LAD biedt daarvoor onder meer de training time- en stressmanagement aan;
- een goede dialoog tussen werknemer en werkgever staat voorop. Voorkomen moet worden dat zaken zó escaleren, dat een beroep wordt gedaan op rechtshulp. Soms is dit echter onontkoombaar; dan kunnen de leden vanzelfsprekend een beroep doen op de juridische hulp die ons Kennis- en DienstverleningsCentrum biedt.

Integraal levensfasebewust personeelsbeleid

De LAD is voorstander van een leeftijdsbewust personeelsbeleid waarbij wordt ingespeeld op de behoeften van de werknemer in zijn of haar specifieke levensfase. Voor jongeren gaat het dan bijvoorbeeld om het combineren van werk en privé, voor ouderen om het langer doorwerken dan voorheen. Om verantwoord en gezond langer te kunnen doorwerken, moet aan een aantal eisen worden voldaan. Werkgevers zullen een eigentijds instroom- en doorstroombeleid moeten ontwikkelen. Werkgevers moeten mogelijkheden bieden voor verdere ontwikkeling, zoals specialisatie en verbreding. Sommige ouderen ervaren stress, omdat zij moeilijker kunnen meekomen met veranderingen en omdat ze langer moeten doorwerken dan ze hadden verwacht. Daarnaast zijn er werknemers die graag willen doorwerken na de pensioengerechtigde leeftijd. De LAD zet in op het opheffen van beperkingen daarbij.

Doel is dat voor alle artsen een integraal levensfasebewust personeelsbeleid geldt met aandacht voor alle leeftijdsfasen. Bij de gemeenten blijkt het zogeheten Generatiepact goed te werken. Hierbij gaan ouderen op vrijwillige basis korter werken tegen een lager salaris maar met behoud van de volledige pensioenopbouw. Daardoor kunnen meer jongeren in dienst genomen worden. De LAD is voorstander van het toepassen van dergelijke regelingen in de zorg. In de Cao Ziekenhuizen zijn hierover afspraken gemaakt. Het effect hiervan moet nog gemonitord worden.

⁵ Kerncijfers beroepsziekten 2017, Nederlands Centrum voor beroepsziekten, september 2017.

⁶ Analyse zorggebruik, IZZ, september 2017.

5. Arbeidsmarkt

Ontwikkelingen arbeidsmarkt

De afgelopen jaren waren voor de zorg krimpjaren als gevolg van de landelijke bezuinigingen en transitie in de zorg. In de jaren 2013 t/m 2015 nam de werkgelegenheid in de zorg met 3% af. In 2016 groeide de werkgelegenheid in de zorg als geheel met ongeveer 10.000 fte (1,1%), waarmee we terugkwamen op het niveau van 2014. Per branche zijn er wel verschillen. Zo nam de werkgelegenheid in de jeugdzorg, de VVT en de ggz nog steeds af. Anderzijds nam de werkgelegenheid in de umc's, huisartsenzorg en gezondheidscentra toe⁷.

Prognoses van het UWV laten zien dat de verwachte groei van de werkgelegenheid in Nederland niet evenredig verdeeld is over de diverse sectoren⁸. De groei zit vooral bij de uitzendbureaus (+ 2%) en in de bouw (+ 2,1%). De sector zorg en welzijn, die met 1,24 miljoen werknemers de grootste sector is, zal in 2018 een groei van 1,4% vertonen. Het aantal vacatures blijft in 2017 gelijk en stijgt in 2018 met 4%. Binnen de sector zorg daalt de werkgelegenheid alleen in de jeugdzorg (zowel in 2017 als 2018) en in de ziekenhuizen (alleen in 2017); in alle andere deelsectoren wordt in 2017 en 2018 een groei van het aantal banen verwacht. De komende jaren worden in de zorg grote tekorten verwacht aan met name verplegend en verzorgend personeel.

Vacatureontwikkeling

Het aantal vacatures voor artsen is de afgelopen jaren volgens de Arbeidsmarktmonitor van de KNMG fors gedaald. De cijfers over 2016 zijn lastig te vergelijken met die over voorgaande jaren omdat de monitor tot op heden is uitgevoerd door het Capaciteitsorgaan, dat een andere methode voor het opsporen van vacatures hanteert. Hierdoor worden meer vacatures zichtbaar. Wel blijft het beeld met betrekking tot de verschillen tussen de diverse artsengroepen bestaan. Er blijft een grote vraag naar psychiaters, specialisten ouderengeneeskunde, artsen verstandelijk gehandicapten, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Voor bedrijfsartsen geldt dat hier weinig instroom is. Door de sterke vergrijzing in deze beroepsgroep ontstaat binnen afzienbare tijd een groot tekort. De LAD zet zich samen met De Geneeskundestudent in om studenten te stimuleren om te kiezen voor richtingen waar nu tekorten bestaan. Hiertoe zou aan deze richtingen meer en eerder aandacht besteed moeten worden in de opleiding geneeskunde.

Terugdringen werkloosheid basisartsen

In het kader van de cijfers en prognoses van het Capaciteitsorgaan en de Opleidings- en ontwikkelingsfondsen zet de LAD in op het terugdringen van artsentekorten en -overschotten. Het terugdringen van het overschot aan basisartsen staat hoog op de agenda. Immers: een overschot leidt niet alleen tot werkloosheid, maar ook tot dreigend verlies van wettelijk verplichte registraties, persoonlijk leed en kapitaalvernietiging. Om dit probleem niet nog groter te laten worden, is een drastische vermindering van de instroom in de studie geneeskunde noodzakelijk. Hierdoor kunnen ook problemen in de opleiding, waar studenten nu soms één tot anderhalf jaar moeten wachten op coschappen, en lang moeten wachten op een plek in de gekozen vervolgopleiding, worden verminderd.

⁷ Rapportages arbeidsmarkt Zorg en Welzijn, www.azwinfo.nl, juli 2017.

⁸ UWV Arbeidsmarktprognose 2017-2018.

Op basis van cijfers van het Capaciteitsorgaan pleit de LAD ervoor de jaarlijkse instroom te verminderen van 3.050 nu naar 2.400 studenten in de komende jaren. Het Capaciteitsorgaan heeft bij de minister, mede namens de LAD, ook aangedrongen op een vermindering van de instroom. Tot nog toe zonder resultaat, daarom blijven we hierop aandringen.

Ook voor bepaalde groepen medisch specialisten dreigt volgens berekeningen van het Capaciteitsorgaan een overschot. Daarom heeft het Capaciteitsorgaan, met steun van de LAD, de minister geadviseerd de instroom in de opleidingen voor deze specialismen te verminderen. Hierdoor ontstaat anders een nog groter overschot aan basisartsen, wat de noodzaak van beperking van de instroom in de studie geneeskunde nog eens extra benadrukt.

Door een goede financiering van de opleiding voor bedrijfsartsen zouden veel werkloze basisartsen als bedrijfsarts aan het werk kunnen komen.

Artsen die net hun opleiding tot medisch specialist hebben afgerond, krijgen veelal kortdurende tijdelijke contracten aangeboden waardoor zij steeds van ziekenhuis en mogelijk ook van woonplaats moeten veranderen. Dit is voor de specialist niet wenselijk, maar draagt ook niet bij aan de kwaliteit en continuïteit van de zorg. De LAD vindt dit niet acceptabel en maakt zich sterk voor afspraken waarbij de specialist zo spoedig mogelijk een vaste aanstelling krijgt.