



Landelijke vereniging van
Artsen in Dienstverband

Strategisch beleidsplan 2016-2019

Inhoud

1. Inleiding	4
2. Thema's 2016-2019	6
2.1 Positionering van artsen	6
2.2 Gezond en veilig werken	8
2.3 Ontwikkelingen arbeidsmarkt	9
2.4 Wet normering topinkomens	10
2.5 Pensioenaftopping	11
2.6 Sociale zekerheid	12
2.7 Spreiding en concentratie	12
2.8 eHealth	13
3. Interne organisatie van de LAD	15
3.1 Verhoging organisatiegraad	15
3.2 Collectieve belangenbehartiging	15
3.3 Individuele belangenbehartiging	17
3.4 Samenwerkingspartners	18

De artseneed

Wanneer medisch studenten de artsenbevoegdheid krijgen, leggen zij de volgende eed af:

“Ik zweer/beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten. Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. Ik zal aan de patiënt geen schade doen. Ik luister en zal hem goed inlichten. Ik zal geheim houden wat mij is toevertrouwd. Ik zal de geneeskundige kennis van mijzelf en anderen bevorderen. Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen, en ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving. Ik zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen. Ik maak geen misbruik van mijn medische kennis, ook niet onder druk. Ik zal zo het beroep van arts in ere houden. Zo waarlijk helpe mij God almachtig of Dat beloof ik.”

1. Inleiding: de LAD

De Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) is met ruim 27.000 leden dé werknemersorganisatie voor (aankomend) artsen die werken in dienstverband.

De LAD is een bijzondere werknemersorganisatie voor bijzondere leden. Naast artsen zijn aanverwante beroepsgroepen lid, zoals apothekers, klinisch fysici en klinisch chemici. Onze leden staan centraal. Wij zijn deskundig en betrouwbaar en gaan voor resultaat. Wij werken daarbij samen met andere organisaties.

De LAD behartigt de werknemersbelangen van de leden in de meest brede zin van het woord. Hierbij kan vooral gedacht worden aan:

- het afsluiten van goede primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden;
- het bieden van juridische ondersteuning bij vragen en problemen;
- het opkomen voor de professionele zelfstandigheid van artsen;
- het bevorderen van de kwaliteit van hun werk.

De LAD 'ontzorgt' de leden; doordat zij zich geen zorgen hoeven te maken over hun arbeidsvoorwaarden, kunnen zij zich beter richten op hun werk. De LAD maakt het zo onder meer mogelijk dat artsen in dienstverband hun bijdrage leveren aan goede en toegankelijke gezondheidszorg en hun maatschappelijke verantwoordelijkheid kunnen nemen. De LAD wil de omstandigheden voor artsen dus zodanig optimaliseren dat zij hun vak kunnen uitoefenen zoals ze dat in de artseneed hebben beloofd.

Dit uitgangspunt geldt wat de LAD betreft ook voor apothekers (die een vergelijkbare eed afleggen) en voor andere ledengroepen.

Bij de uitvoering van haar taak als belangenbehartiger overlegt de LAD met werkgevers- en werknemersorganisaties in de zorg, ministeries en andere beleidsmakers. De LAD is lid van de Federatie van Beroepsorganisaties in de Zorg (FBZ) en van de KNMG, en werkt veel samen met de Federatie Medisch Specialist, De Geneeskundestudent en De Jonge Specialist.

Thema's

Voor de jaren 2016-2019 heeft de LAD een aantal thema's benoemd die in de belangenbehartiging een grote rol spelen:

- Positionering van artsen
- Gezond en veilig werken
- Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt
- Wet Normering Topinkomens
- Pensioenaftopping
- Sociale Zekerheid
- Spreiding en concentratie
- eHealth

In hoofdstuk 2 worden deze thema's nader uitgewerkt. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de interne organisatie, waarbij achtereenvolgens het vergroten van de organisatiegraad, collectieve

belangenbehartiging en individuele belangenbehartiging aan de orde komen. Per onderdeel worden de ambities aangegeven. In dit hoofdstuk komen ten slotte ook (ambities voor) de samenwerkingsverbanden van de LAD aan bod.

2. Thema's 2016-2019

2.1 Positionering van artsen

Ontwikkelingen in de zorg

Ontwikkelingen als de doorgevoerde transitie en daarop volgende transformatie in de zorg (invoering nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning, Jeugdwet, verschuiving van AWBZ naar Wet langdurige zorg) en de daarbij behorende nieuwe financieringsstructuur hebben grote gevolgen voor patiënten en cliënten. Op grond van zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid komt de arts hierbij mede op voor de belangen van de patiënt en houdt die altijd als zwaarwegend voor ogen. Waar de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg in de knel komen, heeft de arts een signaalfunctie richting overheid en verzekeraars. Dit gebeurt collectief in diverse maatschappelijke initiatieven en bewegingen maar moet ook op individueel niveau plaatsvinden.

Dit geldt bijvoorbeeld ook bij fusieplannen of taakherschikking (specialisatie) van instellingen. Deze kunnen de efficiëntie en de kwaliteit van de zorg op een specifiek terrein vergroten, maar mogen er niet toe leiden dat bepaalde vormen van zorg in sommige delen van ons land niet meer bereikbaar zijn.

Het nieuwe stelsel heeft ook grote gevolgen voor de artsen zelf. Zaken als aanbesteding en de sterkere positie van zorgverzekeraars maken een versterking van de positie van artsen binnen instellingen en in organisaties noodzakelijk. Een goede betrokkenheid van de artsen bij de gang van zaken is niet alleen in het belang van de artsen zelf, maar versterkt ook de positie van de instelling in onderhandelingen met gemeenten en zorgverzekeraars, omdat de instelling gebruik kan maken van de inhoudelijke deskundigheid van de artsen. De LAD speelt hier op in door het stimuleren van bewustwording hierover bij artsen en het vergroten van hun vaardigheden in het nemen van positie binnen de instellingen waar zij werken.

Afspraken die worden gemaakt tussen politiek, zorgverzekeraars en zorginstellingen krijgen pas draagvlak onder artsen als zorgprofessionals zich hier mede verantwoordelijk voor voelen. Artsen zijn eindverantwoordelijk in het primaire zorgproces. Hun betrokkenheid bij beslissingen is van groot belang omdat zij vanuit hun kennis en ervaring weten wat goede zorg inhoudt.

De LAD stelt zich ten doel dat in cao's en arbeidsvoorwaardenregelingen randvoorwaarden worden vastgelegd waarin inspraak van artsen in dienstverband via de werkgever wordt geregeld. Het is belangrijk dat de arts naast zijn patiënt-gerelateerde werkzaamheden ruimte krijgt om beleidstaken, bijvoorbeeld gericht op de bedrijfsvoering van zijn werkomgeving, uit te voeren.

Of artsen voldoende inspraak hebben, is echter niet alleen afhankelijk van de werkgevers; de LAD wil artsen equiperen om ook zelf actief zijn. De LAD organiseert daartoe trainingen voor artsen in dienstverband over de manier waarop zij een positie kunnen innemen binnen hun organisatie en informeert hen over de verschillende vormen van georganiseerde invloed. Zo kunnen artsen zitting nemen in de ondernemingsraad of een vereniging oprichten waarin artsen in dienstverband zich organiseren als gesprekspartner van de werkgever.

Concurrentie

Concurrentie moet de zorg doelmatiger maken en wordt door de politiek gezien als één van de oplossingen voor beteugeling van de stijgende zorgkosten. Dit vraagt om innovatie en flexibiliteit van zorginstellingen en zorgverleners. Veel instellingen hebben (nog) moeite om zich in te stellen op deze nieuwe situatie. Zij moeten een inhaalslag maken op strategisch vlak en in hun vermogen om tegenvallers op te vangen zonder dat de continuïteit van de instelling in gevaar komt. Indien deze inhaalslag niet wordt gemaakt, breken er voor de arts in dienstverband onzekere tijden aan: fusies, reorganisaties en faillissementen kunnen dan niet worden uitgesloten. Het is ook daarom van belang dat artsen zich organiseren in groepen binnen de instelling en actief zijn binnen de Vereniging Medisch Specialisten in Dienstverband (VMSD) in hun ziekenhuis, en in de Ondernemingsraad (OR).

Dit vraagt om een actieve rol en opstelling van artsen in dienstverband. Ook bij nieuwe concurrentieverhoudingen, bezuinigingen en structuurwijzigingen blijven zij de eindverantwoordelijke zorgprofessional, en kunnen zij een waardevolle bijdrage leveren bij te maken keuzes.

Zorginstellingen zullen een marktgeoriënteerde strategie moeten nastreven. Inherent aan marktwerking is dat er steeds meer onderhandeld wordt in de zorg; instellingen onderhandelen onder andere met zorgverzekeraars. Instellingen, en daarmee ook zorgverleners, zijn medeverantwoordelijk voor het beheersen van de kosten. Voor een succesvolle bedrijfsvoering is belangrijk dat afspraken met verzekeraars verantwoorde patiëntenzorg borgen en werkbaar en haalbaar zijn voor artsen. Dit kan niet zonder de artsen ook bij de besluitvorming hierover te betrekken.

De LAD deelt de visie van de politiek dat de zorg doelmatiger kan en moet plaatsvinden. De arts heeft hierin ook een verantwoordelijkheid. In de artseneed heeft hij die maatschappelijke verantwoordelijkheid ook erkend. De LAD vindt het van groot belang dat de arts, in onderhandelingen met gemeenten en zorgverzekeraars meedenkt en -praat over de veranderingen in de zorg. Omdat artsen en andere zorgverleners in dienstverband als individu geen gesprekspartners voor bijvoorbeeld zorgverzekeraars zijn, is het belangrijk dat zij als groep of op instellingsniveau positie nemen. Zorginstellingen kunnen met de inbreng van goed georganiseerde artsen goed beslagen ten ijs komen in onderhandelingen met stakeholders. Voor borging van goede patiëntenzorg is input van artsen onmisbaar. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om groepen als huisartsen (richting gemeenten en zorgverzekeraars), jeugdartsen (richting gemeenten) en artsen in ziekenhuizen en instellingen (betrekken bij afspraken met verzekeraars in het kader van de bekostiging, zoals bijvoorbeeld in de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten, AMS).

Wat willen we bereiken?

Versterking van de positie en de betrokkenheid van artsen in dienstverband bij ontwikkelingen in de samenleving en in de instellingen mede in het licht van de wijzigingen in het zorgstelsel. Artsen in dienstverband zijn gesprekspartner bij de bedrijfsvoering in de instelling. In cao's en (andere) arbeidsvoorwaardenregelingen worden hiervoor randvoorwaarden vastgelegd zodat artsen onder meer qua tijdsbesteding de ruimte krijgen om bij het beleid betrokken te zijn.

Artsen worden gestimuleerd om actief te zijn in hun vereniging van dienstverbanders of in de OR.

2.2 Gezond en veilig werken

Uit onderzoek van onder meer IZZ blijkt dat zowel de fysieke als de psychische werkdruk bij artsen hoog is. Ongeveer 20 procent van de artsen in Nederland krijgt een burn-out. Een te hoge werkdruk is niet alleen een gevaar voor de arts, maar ook voor de patiënt. Overbelaste dokters kunnen onvoldoende aandacht besteden aan hun patiënten en de kans op het maken van fouten wordt groter.

Overbelasting kan worden veroorzaakt door de opstelling van de werkgever, door de inrichting van de organisatie, door de heersende cultuur of door externe partijen als de overheid. Bij het laatste kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een te grote regeldruk. De LAD zet zich in cao-onderhandelingen en in overleg met werkgevers, verzekeraars en ministeries in voor het tegengaan van overbelasting.

In veel instellingen zijn protocollen beschikbaar die vermindering van fysieke of psychische werkdruk als doel hebben. Maar veel artsen kennen die protocollen niet of leven ze niet na. Voorlichting, bewustwording en training zijn hier noodzakelijk.

Het niet volgen van protocollen komt mede voort uit een cultuurprobleem: hard en veel uren werken komt onder artsen vaak voor. Werkdruk wordt mede veroorzaakt door het grote aantal uren dat artsen werken, per week of achter elkaar. Ook hier zijn bewustwording en verantwoordelijkheidsbesef nodig.

We zien binnen de zorg ook een verschuiving van taken, zowel van de ene discipline naar de andere (horizontaal) als verticaal van de hoger opgeleide professional naar de lager opgeleide, bijvoorbeeld van specialist naar Physician Assistent (PA). Dit heeft invloed op het aantal artsen en specialisten dat nodig is, en moet dus in de opleidingsplanning worden meegenomen (zie ook paragraaf 2.3). Daarnaast kan met name verticale taakherschikking ook leiden tot meer werkdruk bij artsen die eenvoudige werk kwijtraken en alleen de meer complexe taken overhouden. Dit vergt een aanpassing van inrichting van het werk zodat de arts zijn werk in gezonde en verantwoorde omstandigheden kan uitoefenen.

Wat willen we bereiken?

Gezonde en vitale artsen, goede balans tussen werk en privé. Vermindering van werkdruk, stress en burn-out bij (aankomend) artsen. Er mag geen verhoging van werkdruk ontstaan door taakherschikking.

2.3 Ontwikkelingen arbeidsmarkt

De ontwikkelingen op de arbeidsmarkt voor artsen baren de LAD zorgen. Tot 2012 was de zorg een stevige banenmotor. Tussen 2008 en 2012 groeide het personeelsbestand met maar liefst 13 procent. Sinds 2012 is sprake van een trendbreuk. Uit cijfers van het CBS blijkt dat het aantal banen in de zorg tussen 2012 en 2014 al met 2 procent is gedaald en verwacht wordt dat deze krimp verder doorzet tot aan 2017. De krimp is het grootst in de verpleging en de verzorging, waar tussen 2012 en 2017 rekening wordt gehouden met een verlies van meer dan 34.000 banen. Daarnaast verdwijnen 10.000 banen in de gehandicaptenzorg en ruim 5.000 banen in ziekenhuizen. In de ggz blijft de werkgelegenheid nagenoeg stabiel, sterker nog: de verwachting is dat deze sector zelfs groeit. Datzelfde geldt voor de huisartsenzorg.

Als we specifiek kijken naar de werkgelegenheid voor artsen, dan sluiten de CBS-cijfers aan op die van de elk kwartaal verschijnende Arbeidsmarktmonitor van de KNMG. De afgelopen twee jaar is het totaal aantal vacatures voor artsen met 26 procent afgenomen. Wel zijn er grote verschillen tussen de diverse artsengroepen. Zo liet de arbeidsmarkt voor specialisten en profielartsen de afgelopen twee jaar (2013 - 2015) weliswaar grote fluctuaties zien, maar de daling van het aantal vacatures was uiteindelijk gering (-10 procent). Voor basisartsen is de situatie veel nijpender: in twee jaar tijd zijn er 65 procent minder vacatures beschikbaar gekomen.

Ondanks die 'overall' daling, is er in bepaalde artsengroepen ook sprake van groei: zo staan psychiaters al een tijd lang bovenaan de vacatureranglijst. Al moet wel worden opgemerkt dat de oorzaak daarvan vooral ligt in de toename van het aantal psychiaters dat vanwege de taakverzwaring en bureaucratisering niet meer in dienstverband in een instelling wil werken en als zzp'er aan de slag gaat. Daarnaast zijn er tekorten aan specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten. Verder zijn er soms pieken en dalen in de vraag naar gynaecologen, reumatologen en urologen.

In de prognoses van juni 2015 houdt het UWV rekening met een voorzichtig herstel van de werkgelegenheid vanaf 2017. Door de vergrijzing wordt namelijk een steeds grotere groep mensen afhankelijk van de zorg. In totaal groeit de werkgelegenheid in de zorgsector volgens de prognoses met ruim 2 procent tussen 2017 en 2020. In 2016 en 2017 worden gemiddeld bijna 98.000 nieuwe vacatures voorspeld, waarvan 28.000 in ziekenhuizen, 19.000 in de verpleging en verzorging, 14.000 in de gehandicaptenzorg en 8.000 in de ggz.

Binnen de KNMG en in overleg met medische beroepsverenigingen, overheid en werkgevers, zet de LAD in op het terugdringen van artsentekorten en -overschotten. Meer specifiek doet de LAD dat door haar invloed in het Capaciteitsorgaan en in de cao-gerelateerde arbeidsmarktfondsen te laten gelden. In deze fondsen treffen werkgevers en werknemers maatregelen die de arbeidsmarkt, ook voor artsen, positief beïnvloeden. Daarnaast is de LAD betrokken bij de Arbeidsmarkteffectrapportage om inzicht te krijgen in de gevolgen van de veranderingen voor de arbeidsmarkt. In de Opleidings- & Ontwikkelingsfondsen worden activiteiten ontplooid om de mobiliteit te stimuleren.

Specifieke aandacht vraagt de situatie van basisartsen. Ondanks zorgvuldige ramingen van het Capaciteitsorgaan bestaat momenteel een groot overschot aan basisartsen. Dat heeft niet alleen persoonlijke gevolgen voor de betreffende artsen, die hun toekomstperspectief in duigen zien vallen, maar betekent ook een verspilling van grote bedragen aan opleidingskosten. De LAD dringt via het Capaciteitsorgaan en langs andere wegen bij de minister aan op verlaging van het aantal studenten dat wordt toegelaten tot de opleiding geneeskunde van 3.050 naar 2.400. Daarnaast is voor sommige specialisaties een verhoging mogelijk van het aantal basisartsen dat kan doorstromen naar de specialistische opleidingen: met name vacatures voor artsen verstandelijk gehandicapten en voor specialisten ouderengeneeskunde worden moeilijk vervuld. De LAD zoekt in samenspraak met De Geneeskundestudent en de opleidingen naar mogelijkheden om studenten en jonge artsen te interesseren voor een opleidingsplaats bij specialismen waar nog wel vacatures zijn maar die nu minder snel worden gekozen, bijvoorbeeld door in de opleiding meer aandacht te besteden aan deze specialismen zodat de studenten zich breder kunnen oriënteren. Ook zet de LAD zich samen met De Jonge Specialist in voor verbetering van de positie van jonge medisch specialisten ('jonge klaren') op de arbeidsmarkt. De LAD waakt ervoor dat zij met een uitgedeed arbeidsvoorwaardenpakket moeten werken.

Wat willen we bereiken?

Een stabiele arbeidsmarkt voor artsen waar vraag en aanbod in evenwicht zijn. Vermindering van het overschot aan basisartsen door verlaging van het aantal toe te laten studenten. Opkomen voor een goede arbeidsmarktpositie van jonge medisch specialisten.

2.4 Wet normering topinkomens

De inkomens van artsen worden niet alleen bepaald door de resultaten van cao-onderhandelingen, maar ook door regels die de overheid stelt.

Volgens de Wet normering topinkomens mogen bestuurders van zorginstellingen niet meer verdienen dan een minister. Voor 2016 is dit bedrag vastgesteld op € 179.000. Deze norm geldt nu niet voor artsen (voor zover zij geen bestuurder zijn). In de politiek wordt echter al langer voorgesteld om de reikwijdte van de wet uit te breiden. In 2015 is de huidige wet geëvalueerd en nu zal de minister met voorstellen komen. De LAD vindt verbreding naar artsen en zorgverleners onverstandig en ongewenst. Voorkomen worden dat goede zorgprofessionals naar het buitenland vertrekken, omdat een dergelijke braindrain schadelijk is voor de Nederlandse gezondheidszorg. Daarnaast is het onwenselijk als de balans tussen enerzijds het vrije beroep en anderzijds het werken in dienstverband wordt verstoord omdat het dienstverband onaantrekkelijker wordt. Uit een inventarisatie uit 2012 blijkt ook dat er geen concrete aanleiding is om de inkomens van artsen aan te passen. De LAD volgt deze ontwikkelingen nauwgezet, en onderneemt waar nodig en mogelijk (samen met de Federatie van Medisch Specialisten) actie.

Wat willen we bereiken?

Zorgprofessionals, waaronder artsen, vallen ook in de toekomst niet onder de WNT.

2.5 Pensioenaftopping

Sinds 1 januari 2015 kan geen fiscaal gefaciliteerd pensioen meer worden opgebouwd over het inkomen boven € 100.000 bruto. Dit betekent dat ook minder pensioenpremie wordt afgedragen, zowel aan werkgevers- als werknemerskant. De verlaging van de werknemerspremie levert een hoger nettoloon op. Het voordeel van de verlaging van de werkgeverspremie wordt tot nu toe echter nog niet overal uitbetaald aan werknemers die het betreft; werkgevers houden dat deel zelf. De LAD is van mening dat dit geld dient te worden teruggeven aan werknemers, omdat het hier gaat om uitgesteld loon dat deel uitmaakt van de arbeidsvoorwaarden. Dat geldt ook wanneer de grens van de pensioenopbouw in de toekomst mogelijk verder zou worden verlaagd.

Daarnaast speelt ook de zogenaamde parttimeproblematiek worden. Onder de nieuwe regeling mogen deeltijders slechts pensioen opbouwen over het gedeelte dat correspondeert met hun deeltijdfactor. Als iemand dus € 100.000 verdient bij een deeltijdfactor van 80 procent, mag maar over € 80.000 fiscaal gefaciliteerd pensioen worden opgebouwd. Door afwijkende normwerkweken voor medisch specialisten worden deze extra benadeeld: een medisch specialist die 36 uur werkt en daarmee € 100.000 verdient, wordt als 80 procent-deeltijder aangemerkt en mag dus over € 80.000 pensioen opbouwen. Dit terwijl een niet-specialist die onder de Cao Ziekenhuizen valt of via een andere cao met hetzelfde aantal uren hetzelfde bedrag verdient, wel over € 100.000 mag opbouwen. Medisch specialisten die in deeltijd werken, worden dus dubbel getroffen, en daaraan moet zo snel mogelijk een einde komen. Dit is echter een lastig probleem waarvan de oplossing ook in 2016 nog veel tijd vraagt.

Samen met de Federatie van Medisch Specialisten probeert de LAD door onderhandelingen met de werkgeversorganisatie de problematiek van de pensioenaftopping op te lossen. Met de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) zijn voor de academische ziekenhuizen inmiddels afspraken gemaakt. Dit geldt ook voor Arbo Unie en de Gehandicaptenzorg. Als werkgevers in de overige sectoren hiertoe niet bereid zijn, zullen acties en mogelijk een rechtszaak noodzakelijk zijn.

Wat willen we bereiken?

Het werkgeversdeel in de pensioenpremie boven € 100.000 wordt volledig en structureel uitgekeerd aan de werknemers die door de pensioenaftopping worden getroffen. De parttimeproblematiek wordt opgelost.

2.6 Sociale zekerheid

De invoering van de Wet werk en zekerheid (Wwz) brengt onder meer een verkorting van de Werkloosheidswet (WW) en een versoepeling van het ontslagrecht met zich mee. De wet biedt echter de mogelijkheid om sommige verslechtingen bij cao te repareren. De LAD zet zich hiervoor in bij de diverse cao-onderhandelingen die in de komende periode zullen plaatsvinden.

Tegelijk met de invoering van de Wwz is ook de WW sinds 1 juli 2015 op een aantal punten gewijzigd. Zo is onder meer de opbouw van de WW gewijzigd. Verder wordt op 1 januari 2016 de maximale duur stapsgewijs teruggebracht van maximaal 38 naar 24 maanden.

Inzet van de LAD is om in cao-afspraken ook voor hogere inkomens de negatieve gevolgen van de aanpassingen van de WW ongedaan te maken, met name door reparatie van het derde WW-jaar en door aanvulling van de uitkering tot 70 resp. 80 procent van het salaris in plaats van het maximum dagloon. Bij een aantal cao's die in 2015 zijn afgesloten, is al bepaald dat de WW-duur en opbouw ongewijzigd blijven. Bij cao's die in 2016 aflopen is het streven dat ook aan die onderhandelingstafels te bewerkstelligen.

Wat willen we bereiken?

Bij de vaststelling van nieuwe cao's worden de negatieve gevolgen van de aanpassing van de WW ongedaan gemaakt door reparatie van het derde WW-jaar en door aanvulling van de uitkering tot 70 resp. 80 procent van het salaris in plaats van het maximum dagloon.

2.7 Spreiding en concentratie

Het overheidsbeleid is gericht op meer zorg aan huis en minder in een instelling. Door het inzetten van meer zorg vanuit het netwerk en van meer wijkgerichte multidisciplinaire zorg dichtbij de patiënt, zullen mensen minder vaak en korter in het ziekenhuis verblijven. Dit heeft gevolgen voor patiënten en zorgverleners, maar ook voor de capaciteit en de bedrijfsvoering van ziekenhuizen. Nu al zien we dat in het kader van een betere en efficiëntere gezondheidszorg kleinere ziekenhuizen worden samengevoegd tot grotere, waarbij bepaalde voorzieningen geconcentreerd worden op de hoofdlocatie.

Ook worden in het kader van specialisatie steeds meer behandelingen geconcentreerd in een beperkt aantal ziekenhuizen zodat daarmee meer ervaring en wordt opgedaan en kosten kunnen worden bespaard. Zo ontstaat hoog-specialistische zorg in soms sterk gespecialiseerde ziekenhuizen, terwijl anderen een breder voorzieningspakket bieden.

Dit heeft gevolgen voor patiënten, waarbij artsen gevraagd mag worden dat zij opkomen voor een goede toegankelijkheid van de zorg voor iedereen. Maar er zijn ook gevolgen voor artsen. Zij zullen een andere baan moeten zoeken (soms zelfs een andere specialisatie) en meer reizen of verhuizen. Daarbij mag van hen flexibiliteit verwacht worden, maar de werkgever dient dit ook mogelijk maken.

Wanneer zorginstellingen in dit kader besluiten te fuseren of te reorganiseren, zet de LAD zich maximaal in voor goede sociale plannen waarin voorwaarden worden geregeld voor een optimaal functioneren van de arts, waaronder inrichting van het werk, werktijden, vergoeding van reis- en verhuiskosten en opleidingen ter vergroting van de (inhoudelijke) mobiliteit.

Wat willen we bereiken?

Bij spreiding en concentratie van voorzieningen zetten artsen zich in voor behoud van de toegankelijkheid van de zorg voor de patiënt. Waar artsen geconfronteerd worden met fusies of reorganisaties worden flexibiliteit bevorderende voorwaarden geregeld met betrekking tot de inrichting van het werk, werktijden, vergoeding van reis- en verhuiskosten en opleiding.

2.8 eHealth

Technologie en digitalisering nemen een steeds grotere plek in de gezondheidszorg in; niet alleen bij het efficiënter beheersen van administratieve processen (zoals bij het Elektronisch Patiëntendossier), maar ook in de uitvoering van zorgtaken. Consumenten verzamelen met behulp van apps en andere toepassingen steeds meer gegevens, bijvoorbeeld door de hoeveelheid beweging, slaap en hartslag bij te houden via smartphones. Dat soort ontwikkelingen is vooral gericht op lifestyle, maar de toepassingen van eHealth zijn veel breder en manifesteren zich ook op het gebied van zelfdiagnostiek en zelfbehandeling. Daarnaast is eHealth inzetbaar in de interactie tussen patiënt en hulpverlener en in de medische zorg. Volgens een rapport van IHS Technology¹ zal het aantal patiënten dat gebruikmaakt van telemonitoring tot 2020 jaarlijks met gemiddeld 35 procent toenemen. In een rapport van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg wordt vermeld dat de supercomputer Watson van IBM al wordt ingezet om met behulp van kunstmatige intelligentie medische besluitvorming te ondersteunen. Nog een stap verder gaat robotisering, waar in Japan, de VS en Italië al vijftien jaar mee wordt geëxperimenteerd. Robots zouden, met het oog op de vergrijzende samenleving, in de toekomst een rol kunnen spelen in de verpleging en revalidatie ('care'), maar er wordt ook al gesproken over robots die in de 'cure' kunnen optreden in de behandel- en operatiekamers. Daarnaast wordt ook steeds meer gebruikgemaakt van technologie in de thuiszorg (domotica).

Welke vlucht dit soort ontwikkelingen zal nemen, is lastig te voorspellen, maar feit is dat eHealth een steeds grotere rol speelt in de zorg. Niet alleen voor artsen, maar ook voor patiënten, die via medische platforms en andere informatie van internet meer gericht en met kennis naar een arts toegaan.

De LAD juicht initiatieven die gericht zijn op het vergroten van de efficiëntie in de zorg toe. Het stimuleren van eHealth-initiatieven is belangrijk voor zover dit de kwaliteit en bereikbaarheid van de zorg bevordert. Wel staat volgens de LAD buiten kijf dat persoonlijke zorg noodzakelijk blijft;

¹ Telehealth and Remote Patient Monitoring - 2015

zelfdiagnosticering is voor patiënten een mooi hulpmiddel, maar kan de kennis en inschatting van een arts nooit vervangen.

Door eHealth zal het werk veranderen. Als belangenbehartiger vindt de LAD het belangrijk dat er voldoende aandacht is voor de introductie en het eigen maken van noodzakelijke e-skills en voor de condities die nodig zijn voor een veilige en verantwoorde werkomgeving. Aangezien dit geen kwestie is van 'plug and play', is een goede ondersteuning hierbij belangrijk, ook voor het behoud van perspectief op de arbeidsmarkt. De medewerker 2.0 moet in de gelegenheid gesteld worden arbeidsmarktfit te blijven.

eHealth kan ook grote gevolgen hebben voor de manier van werken en voor de werkgelegenheid in de zorg. Er wordt op een andere manier contact onderhouden met de patiënten. Dit kan leiden tot vermindering van werkdruk, maar door vervaging van werktijden en van het onderscheid tussen werk en privé kan de werkdruk ook worden verhoogd. De LAD blijft de ontwikkelingen volgen en waar nodig aankaarten tijdens cao-onderhandelingen.

Wat willen we bereiken?

eHealth is een nuttig hulpmiddel, maar kan de arts niet vervangen. Door het gebruik van eHealth zal de rol van de arts wel veranderen. In cao's worden randvoorwaarden geboden voor het leren omgaan door artsen met eHealth en voor het opvangen van de gevolgen van eHealth voor arbeidsomstandigheden en arbeidstijden van artsen.

3. Interne organisatie van de LAD

3.1 Verhoging organisatiegraad

Per 1 januari 2016 telt de LAD ruim 27.000 leden. Dit is een verdubbeling ten opzichte van enkele jaren geleden. Dit resultaat is vooral bereikt door een intensieve samenwerking met organisaties als de Federatie Medisch Specialist, de Geneeskundestudent en De Jonge Specialist waarbij gecombineerde lidmaatschappen werden geïntroduceerd.

Door deze ledengroei is de positie van de LAD aan een aantal overlegtafels flink verbeterd. Dat willen we doorzetten. De komende jaren richt de LAD zich daarbij vooral ook op aanwas van individuele leden. Een verdere vergroting van het aantal leden in de komende jaren is van groot belang, om de volgende redenen:

- meer leden betekent een hogere organisatiegraad, waarmee de positie van de LAD als belangenbehartiger bij werkgevers, (andere) vakbonden en overheidsinstanties kan worden versterkt;
- als de LAD meer leden heeft, kunnen meer artsen in dienstverband worden bijgestaan in hun belangenbehartiging en kan specifiek per doelgroep worden gewerkt.

Om het ledenaantal verder te verhogen, zet de LAD de komende jaren in op twee punten:

- vasthouden en binden van de huidige leden: door te onderzoeken wat hun wensen zijn en hoe de dienstverlening verbeterd kan worden, kan de tevredenheid van de leden worden verhoogd;
- werving van nieuwe leden door te werken aan een grotere naamsbekendheid van de LAD bij de doelgroep, en per subgroep na te gaan hoe zij naar de LAD toegetrokken kunnen worden en welke samenwerkingsverbanden daarbij nuttig kunnen zijn.

In dit kader is een plan opgesteld, dat gericht is op werving, binding en behoud van de diverse ledengroepen.

Wat willen we de komende vier jaar bereiken in de ledenwerving?

De LAD wil in tegenstelling tot ontwikkelingen bij andere vakbonden blijven stijgen in ledental. Ter vergroting van het aantal leden wordt een plan uitgevoerd dat gericht is op werving, binding en behoud van leden binnen de diverse ledengroepen.

3.2 Collectieve belangenbehartiging

De LAD is zelfstandig of via de FBZ, het Ambtenarencentrum of de CMHF betrokken bij de vaststelling van 12 cao's en 3 arbeidsvoorwaardenregelingen. We streven ernaar dit aantal uit te breiden naar andere cao's waar LAD-leden onder vallen. Waar dit niet mogelijk is, zoekt de LAD samenwerking met andere organisaties en sluit hiermee allianties om de belangen van de LAD-leden te behartigen. De kaders voor de cao-onderhandelingen van LAD en FBZ worden jaarlijks vastgelegd in nota's over het arbeidsvoorwaardenbeleid. Bij de opstelling van de inzet voor een concrete cao vormt deze nota

het uitgangspunt. De betreffende leden worden hierbij betrokken door middel van klankbordgroepen. Uiteindelijk hebben de leden het laatste woord: onderhandelingsresultaten worden aan de leden voorgelegd in ledenraadplegingen.

Door de transities in de zorg (invoering nieuwe Wmo en Jeugdwet, verschuiving AWBZ naar Wlz), de bijbehorende aanbestedingen en de beperking van besteedbare middelen, blijft het aantal reorganisaties in de zorg de komende jaren hoog. De LAD zet zich bij het vaststellen van sociale plannen in voor de belangen van de betrokken werknemers. Ook hierbij geldt dat zoveel mogelijk samenwerking wordt gezocht met andere organisaties en met de betreffende OR. LAD-leden binnen de betreffende instelling worden zoveel mogelijk bij het proces en de besluitvorming betrokken.

De LAD is vertegenwoordigd in de bestuursorganen van diverse pensioenfondsen en daarmee betrokken bij het beleid en beheer van de pensioenen van de leden.

In het kader van de collectieve belangenbehartiging ondersteunt de LAD ook groepen artsen in instellingen, bijvoorbeeld in de vorm van de Verenigingen van Medisch Specialisten in Dienstverband (VMSD's) of verenigingen van huisartsen in gezondheidscentra.

Het toenemend aantal zzp'ers heeft ook gevolgen voor de collectieve belangenbehartiging door de LAD. Ter bescherming van zowel zzp'ers als dienstverbanders (een level playing field van arbeidsvoorwaarden is het uitgangspunt) zullen in cao-verband afspraken moeten worden gemaakt met betrekking tot minimumtarieven voor beide groepen.

In de komende jaren richt de LAD zich in de collectieve belangen behartiging op de volgende punten.

1. Behoud van een adequate honorering voor alle artsen en andere leden in dienstverband. Langdurige zekerheid en rust in de arbeidsvoorwaarden. Evenwichtig beloningsbeleid.
2. Waarborging professionele zelfstandigheid. Bestuurders, zorgverzekeraars en overheid moeten niet treden in de professionele deskundigheid van de arts, maar medische oordelen aan de arts overlaten. Daarbij nemen de artsen hun maatschappelijke verantwoordelijkheid in acht.
3. Meer uniformiteit van arbeidsvoorwaarden in diverse cao's. Slaan van bruggen tussen branches. Hierdoor wordt arbeidsmobiliteit bevorderd, ook in het kader van reorganisaties.
4. Bij de vaststelling van sociale plannen worden behoud van werk, het voorkomen van gedwongen ontslagen, salarisgaranties en een herplaatsingsprocedure op basis van objectieve criteria als uitgangspunten gehanteerd.
5. Een veilige werkomgeving voor alle artsen. Uit onderzoek blijkt dat zowel de fysieke als de geestelijke werkbelasting te hoog is. De LAD wil dit aanpakken door afspraken in cao's en door het aanbieden van voorlichting en training aan artsen.

Wat willen we de komende vier jaar bereiken in de collectieve belangenbehartiging?

- Behoud van een adequate honorering voor alle artsen en andere leden in dienstverband.
- Waarborging professionele zelfstandigheid.
- Meer uniformiteit van arbeidsvoorwaarden in diverse cao's.

- Bij de vaststelling van sociale plannen worden gedwongen ontslagen voorkomen, worden salarisgaranties gegeven en wordt een herplaatsingsprocedure op basis van objectieve criteria gehanteerd.
- Een veilige werkomgeving voor alle artsen.
- Afspraken in cao's met betrekking tot minimumtarieven voor zzp'ers en dienstverbanders.

3.3 Individuele belangenbehartiging

LAD-leden kunnen met vragen en/of problemen rondom hun (aanstaande) dienstverband terecht bij het Kennis- en Dienstverleningscentrum (KDC) dat door de LAD en de Federatie Medisch Specialisten is opgezet.

Het KDC is hét loket voor vragen en advies op het gebied van onder meer arbeidszaken. Daarbij gaat het om arbeidsvoorwaarden en arbeidsomstandigheden zoals:

- salarissen;
- pensioenen;
- functiewaardering;
- ziekte/arbeidsongeschiktheid;
- cao's;
- sociale verzekeringen.

Ook beoordelen de juristen van het KDC arbeidsovereenkomsten, bemiddelen zij bij (dreigende) arbeids- en opleidingsconflicten, voeren zij (gerechtelijke) procedures en verlenen zij juridische bijstand bij fusies en reorganisaties.

Daarnaast heeft het KDC specifieke expertise op het gebied van ondernemerszaken voor de medisch specialisten in het vrije beroep, en gezondheidsrecht bijvoorbeeld inzake functioneren, klachtenregelingen, etc. Ten slotte ondersteunt het KDC ook groepen van artsen, zoals bij het organiseren van een Vereniging van Medisch Specialisten in Dienstverband (VMDS).

Het KDC onderscheidt zich ten opzichte van andere aanbieders door de wisselwerking met onder meer de onderhandelaars en de beleidsafdeling van de LAD enerzijds, en de belevingswereld van de zorgprofessional in dienstverband anderzijds. Het KDC heeft een signaalfunctie voor collectieve activiteiten van de LAD, zowel op landelijk als op instellingsniveau. De juristen van het KDC zijn nauw betrokken bij het maken van het beleid. Zij brengen hun expertise vanuit de praktijk in en toetsen of het beleid in de praktijk voldoet. Voorbeelden van dossiers in dit verband zijn pensioenaftopping, cao-onderhandelingen en nieuwe samenwerkingsverbanden in ziekenhuizen. Dit maakt het KDC uniek en onderscheidend ten opzichte van bijvoorbeeld advocatenkantoren en rechtsbijstandsverzekeraars.

Elk LAD-lid heeft recht op maximaal twintig uur gratis rechtshulp per kalenderjaar. Als er meer nodig is, wordt een uurtarief van 100 euro exclusief btw gehanteerd. Coassistenten die LAD-lid zijn, hebben recht op tien uur gratis rechtshulp per jaar. Daar waar de LAD de leden niet kan vertegenwoordigen (hoger beroepzaken) of als het straf- of tuchtzaken zijn waarin een lid is verwickeld, heeft de LAD

voor de leden een collectieve rechtsbijstandverzekering en aanvullende beroepsaansprakelijkheidsverzekering bij de VvAA. In dat kader wordt dan (kosteloos voor het LAD-lid) een advocaat ingeschakeld. Bovendien werkt het KDC nauw samen met andere partijen, bijvoorbeeld op het gebied van coaching en opleidingen waarnaar leden kunnen worden verwezen.

De LAD biedt naast de aantrekkelijkheid als werknemersorganisatie en beroepsvereniging ook diensten aan die in het verlengde liggen van de kerntaken en voor leden (financieel) aantrekkelijk zijn. Een voorbeeld is korting op verzekeringen bij VvAA en hulp bij belastingaangifte tegen een gereduceerd tarief.

Wat willen we in de komende vier jaar bereiken in de individuele dienstverlening?

Voor de toekomst ligt de focus van het KDC op het verder professionaliseren en profileren van de dienstverlening. Doel is onder meer om de wisselwerking met de onderhandelaars en de beleidsafdeling van de LAD te versterken. De expertrol ten behoeve van beleid wil het KDC in de toekomst verder uitbouwen. Daarnaast wordt ingezet op behoud van kwaliteit van de dienstverlening en uitbreiding van het dienstenpakket. Een belangrijk onderdeel daarbij is het doen van onderzoek naar de tevredenheid van de LAD-leden over de individuele dienstverlening, en naar de wensen men heeft met betrekking tot uitbreiding van de dienstverlening. Zo nodig worden hiervoor samenwerkingsafspraken met derden gemaakt.

3.4 Samenwerkingspartners

Bij de uitvoering van haar taak als belangenbehartiger van artsen in dienstverband werkt de LAD zoveel mogelijk samen met andere organisaties. Waar de specifieke invalshoek vanuit de doelgroep dit nodig maakt, treedt de LAD zelfstandig op. Met een aantal organisaties zijn afspraken gemaakt over een gecombineerd lidmaatschap (paragraaf 3.1).

De Federatie van Beroepsorganisaties in de Zorg (FBZ), waarvan de LAD deel uitmaakt, voert in een aantal gevallen cao-onderhandelingen namens de LAD. In andere gevallen doet de LAD dit zelf. In het kader van het arbeidsvoorwaardenbeleid wordt ook samengewerkt met andere werknemersorganisaties, met name vakbonden die zijn aangesloten bij de vakcentrales FNV en CNV en NU'91.

Voor de financiële en juridische dienstverlening aan de leden werkt de LAD samen met VvAA.

De LAD werkt intensief samen met vooral de volgende organisaties in het zorgveld.

- De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG) waarin naast de LAD ook de Federatie Medisch Specialisten, De Geneeskundestudent, de KAMG, de LHV, de NVAB, de NVVG en Verenso deelnemen. De LAD heeft zitting in het bestuur van de KNMG en participeert in lobbytrajecten die in KNMG-verband worden uitgevoerd. Een voorbeeld hiervan is de inzet voor versoepeling van de eisen rond herregistratie.
- Federatie Medisch Specialisten. Deze organisatie is de koepel van wetenschappelijke verenigingen voor de diverse medisch specialismen. Bij de belangenbehartiging van medisch specialisten in

dienstverband en voor veel inhoudelijke onderwerpen trekken de LAD en de Federatie samen op, bijvoorbeeld bij onderhandelingen over de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten en in het kader van de pensioenaftopping. LAD en Federatie hebben samen het Kennis- en Dienstverleningscentrum (KDC) opgezet waar leden terecht kunnen met vragen en voor advies en/of juridische ondersteuning.

- De Jonge Specialist, de vereniging van aios, anios, profielartsen en arts-onderzoekers. De LAD werkt samen met De Jonge Specialist bij de belangenbehartiging voor de achterban van De Jonge Specialist. Zo zet de LAD zich samen met De Jonge Specialist in voor naleving van het arbeidstijdenbesluit en verbetering van de positie van jonge medisch specialisten ('jonge klaren') op de arbeidsmarkt.
- De Geneeskundestudent, de vereniging van Geneeskundestudenten in Nederland. De LAD werkt samen met De Geneeskundestudent bij de belangenbehartiging van toekomstige artsen. Speerpunten zijn een stagevergoeding voor coassistenten en goed evenwicht in vraag naar en aanbod van de medische vervolgopleidingen. In 2016 zal de LAD een activiteit van De Geneeskundestudent ondersteunen die gericht is op het terugdringen van burn-out bij coassistenten.
- De KNMP, de vereniging van apothekers. Met deze organisatie wordt de samenwerking in 2016 geïntensiveerd met het doel meer apothekers lid te laten worden van de LAD.
- Met de Nederlandse Vereniging van Technisch geneeskundigen (NVvT), de Nederlandse Vereniging van Klinisch Chemicci (NVKC) en de Nederlandse Vereniging van Klinisch Fysici (NVKF) wordt eveneens samengewerkt in het kader van de ledenwerving.
- FEMS, de Europese organisatie voor medisch specialisten. De LAD woont de bijeenkomsten van deze organisatie bij en zal in 2017 een bijeenkomst van de organisatie in Nederland organiseren. Daarnaast participeert de LAD in de Europese organisatie voor jonge specialisten (EJD). De LAD-zetel in deze organisatie wordt ingevuld door De Jonge Specialist.

Wat wil de LAD bereiken in de samenwerking met partnerorganisaties?

Bij de uitvoering van haar taak als belangenbehartiger van artsen in dienstverband werkt de LAD zoveel mogelijk samen met andere organisaties. Waar de specifieke invalshoek vanuit de doelgroep dit nodig maakt, treedt de LAD zelfstandig op.