

4.

Banenplan LAD

3936

Het Centraal Bestuur van de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband heeft een discussiestuk de wereld ingestuurd (zie dit nummer van Medisch Contact, blz. 431). Dit stuk zal zeker de aandacht trekken, aandacht die het volop verdient. De LAD maakt zich reeds lang zorgen over het snel toenemend aantal werkloze artsen. Thans zijn dit er al meer dan 1.500; verwacht kan worden dat we bij ongewijzigd beleid het jaar 1987 zullen ingaan met 4.000 werkloze artsen, één deel van het leger van dan omstreeks 1 miljoen werkloze Nederlanders.

Naast alle persoonlijke ellende die werkloosheid kan teweegbrengen heeft ze ook een aantal nadelige gevolgen in het professionele vlak. Het voornaamste van die nadelige gevolgen is dat kennis en vaardigheden snel zullen afnemen wanneer zij niet worden onderhouden door de uitoefening van een medisch beroep. Niet voor niets melden zich al specialisten voor een vrijwilligerschap of willen artsen onder financieel onaanvaardbare condities werken. Deze situatie lijkt op die in de vooroorlogse jaren, toen een specialist zijn opleiding vaak als vrijwillig begon. Toen paste dat in het geheel van een carrière-ontwikkeling waarin voorzien werd in een succesvolle positie als specialist. Thans liggen de zaken wel anders: kenmerkend voor de huidige situatie is het ontbreken van een toekomstperspectief voor zovele artsen.

Het feit dat de LAD zich deze problematiek aantrekt is zeer te loven. Men kan de voorstellen in haar discussienota zien als bijdragen tot een manpower-planning, naast de voorstellen tot instroombeperking van studenten aan de medische faculteiten¹. Deze voorstellen hebben een uitgesproken *macro*-karakter, die niet zonder meer kunnen worden vertaald in maatregelen op het *micro*-vlak. Dit is al niet mogelijk door de vergaande specialisatie die de geneeskunde kenmerkt en die een flexibele uitwisseling van specialisten ernstig bemmert: 'One can have poverty of numbers in the midst of plenty'².

De ruimte voor werkloze specialisten moet worden geschapen door een arbeidstijdverkorting van functionerende ziekenhuisartsen. De discussie heeft daarbij nog niet te gaan over het terugbrengen van werktijden van 40 naar 36 uur of nog lager, zoals in het bedrijfsleven, aan de universiteit en elders aan de orde is, maar van het al

J. C. van Es

**Veertigjarige werkweek
schept ander
(zelf)beeld van arts**

naar het specialisme van 48-62 uur terugbrengen tot wat anno 1984 als een normale werkweek wordt beschouwd: 40 uur. Het idee dat de LAD ter discussie stelt kan niet alleen van belang voor werkloze artsen zijn, maar ook voor de functionerende specialisten. Immers: er dreigt voortdurend een reductie in het inkomen van specialisten. Als daar een werktijdverkorting tegenover kan worden gezet is deze pil minder bitter.

Toch komen we hiermee op één van de twee voornaamste knelpunten die aan het arbeidsplaatsenplan door arbeidstijdverkorting zijn verbonden. Lapré maakt schematisch zeer duidelijk dat het in een tijd van groei mogelijk was de regel: $\text{doctors} \times \text{income} = \text{costs}$ te hanteren, maar dat we nu gedwongen zijn de regel te hanteren dat $\text{available resources} \rightarrow \text{doctors} \times \text{income}$ ³. Met andere woorden: met dezelfde hoeveelheid geld moeten meer artsen worden betaald. Daarboven komen echter aanzienlijke hoeveelheden geld vrij, waaruit ook als het inkomen gelijk blijft arbeidsplaatsen kunnen worden gefinancierd: 150 miljoen gulden als 2,1% van de loonsom van de sociaal-medische wetenschappelijke staf, maar bovendien een bedrag van minstens 20 miljoen gulden – of aanzienlijk meer – aan (nog) niet uitbetaalde overwerkvergoedingen overeenkomstig de CAO, en uit een geheel andere portemonnee nog 30-40 miljoen gulden die nu aan werkloosheidsuitkeringen moeten worden betaald aan werkloze artsen – alles bijeen zeker 200 miljoen gulden, waarmee al veel kan worden gedaan.

Het aardige van het door de LAD ter discussie gestelde plan is dat het spoort met principiële uitgangspunten van de LSV⁴: het bevorderen van de instroom van werkloze specialisten, onder meer door invoering van een degressief systeem voor zowel de ziekenfonds- als de particuliere omzet. De beschikbare fondsen zijn misschien

niet voldoende om voor iedere specialist een 40-urige werkweek te bewerkstelligen, maar met een werktijdbeperking kan in ieder geval een begin worden gemaakt.

Nu komen we echter op een tweede knelpunt, van geheel andere aard: Artsen worden van hun co-assistententijd af aan vertrouwd gemaakt met het beeld dat een goede arts hard werkt. Een goede arts wijdt zich aan zijn vak en heeft daar heel veel voor over. Menig arts heeft daar grote offers voor gebracht: zijn concerten, zijn boeken, zijn gezinsleven. Dit idealisme, dat soms desastreuze gevolgen heeft voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de arts en de zijnen, wordt nog versterkt doordat het in de praktische geneeskunde nauwelijks mogelijk is op een andere manier carrière te maken dan door het verwerven van een grote praktijk. Bij de marine kan een officier vice-admiraal worden, in een bedrijf een medewerker directeur, in het orkest een violist concertmeester, in de universiteit een wetenschappelijk medewerker hoogleraar, maar niets van dat alles treft men aan bij huisarts en specialist: bij hen is de jongste direct gelijk aan de oudste. (Opvallend is tussen haakjes dat dit bij onze ooster- en westerburen anders is georganiseerd.)

Een dergelijke situatie drijft artsen tot hard en veel werken. Daar komt nog bij dat een korte werkweek het overzicht over hetgeen op de afdeling gebeurt vermindert, en dat verdraagt ook niet iedereen. Een beperkte arbeidstijd kan dit zelfbeeld van de arts aantasten. Daardoor kunnen weerstanden tegen een plan als dat van de LAD ontstaan. Het is goed dit te herkennen. ■

1. Eerste rapportage Adviescommissie Behoeftenbepaling Artsen d.d. 31 januari 1983.

2. Farrelly PA. Problems facing Europe. In: Jaspers FCA et al (ed). Health manpower planning. Den Haag: Martinus Nijhoff, 1983.

3. Lapré RM. Planning of medical manpower for health care in the light of a changing employment market. In: Jaspers FCA et al (ed). Health manpower planning. Den Haag: Martinus Nijhoff, 1983.

4. Specialistenbrief LSV 1984, 10, 2.