

Sveriges Kommuner och Landsting

Pacta

Sveriges Läkarförbunds yrkanden i 2012 års avtalsrörelse

OFR:s förbundsområde Läkare överlämnar härmed genom Sveriges läkarförbund sina yrkanden i 2012 års avtalsrörelse.

Inledning

För Läkarförbundets medlemmar är det självklart att ta ett fortsatt stort ansvar i hälso- och sjukvården. Utan engagerade och ansvarstagande läkare kan inte hälso- och sjukvården klara sina mål att erbjuda patienterna en effektiv, säker och högkvalitativ vård.

Läkare har ett ansvarsfullt och krävande arbete i en allt mer pressad arbetsmiljö. Lönen måste vara konkurrenskraftig och motsvara det ansvar och de krav som ställs på läkare. Dessutom måste arbetsvillkoren göras mera flexibla och anpassas efter var och ens individuella förutsättningar.

Huvudregeln på svensk arbetsmarknad är tillsvidareanställning. Vi förutsätter att parterna gemensamt arbetar för att detta ska gälla även för läkare. Alltför många underläkare arbetar på vikariat eller har allmän visstidsanställning. Arbetsgivaren utnyttjar tyvärr till fullo lagstiftningens möjligheter till korta, osäkra visstidsanställningar. De omfattas många gånger inte av årliga löneöversynsförhandlingar.

I en kunskapsintensiv verksamhet som sjukvården är läkares kompetensutveckling en avgörande faktor för en bättre och säkrare vård. Det ska vara ett naturligt inslag i läkares vardag att tid finns avsatt för kompetensutveckling och handledning av yngre. Den stora generationsväxling som nu sker innebär också att tid för kompetensöverföring måste finnas. I läkares ansvar ligger att följa och ta del av den medicinska utvecklingen och arbetsgivaren måste bereda möjlighet till det.

Löneavtalet

Landstingen/regionerna måste erbjuda läkarkåren konkurrenskraftiga löner för att behålla och rekrytera läkare. De äldre läkarna kan med sin kunskap och kompetens motiveras att stanna längre i arbetslivet om lön och villkor uppmuntrar till fortsatt engagemang. Lönen ska också stimulera till verksamhetsutveckling och effektivisering.

Läkarförbundet yrkar X % per 1 april 2012 och om avtalsperioden blir längre än ett år, X % per 1 april 2013 i centralt lägstutrymme för lokal fördelning.

Vi vill påminna om att Läkarförbundet i 2010 års avtalsrörelse tog sitt samhällsansvar genom att teckna ett avtal som innebar en låg nivå på det garanterade utrymmet, särskilt för 2011.

Som ansvarstagande part vill vi tillsammans med arbetsgivaren lokalt arbeta med lönebildningsfrågorna. Det är genom den traditionella förhandlingsmodellen som vi kan åstadkomma en bra lönebildning vid löneöversynen. Modellen stödjer hög kvalitet i löneöversynen. Kända och diskuterade lönekriterier, som är relevanta för läkare och som kopplas till mål och verksamhetsutveckling, kan leda till högre effektivitet och bättre resultatuppfyllelse. Läkares lön och löneutveckling ska fortsatt vara individuell och differentierad och lönen ska avspegla uppnådda mål.

När det gäller Löneavtalet § 2 p 7 anmärkning 1 yrkar vi på möjligheten för lokala parter att kunna använda del av det garanterade utrymmet för att förbättra den dåliga ersättningen för bundenhet under beredskap. Sjukvården måste fungera såväl kvälls- som nattetid som under helger, när den ordinarie verksamheten är reducerad. Gällande avtal ger möjligheter att lokalt anpassa bemanningen vid varje tidpunkt på dygnet. Trots att arbetsbelastningen för läkargruppen idag är mycket hög, tar läkarkåren sitt ansvar för jour- och beredskapsverksamheten på ett effektivt och flexibelt sätt. Jour och beredskap är ett mycket kostnadseffektivt utnyttjande av kvalificerad medicinsk kompetens. Denna medicinska läkarkompetens som krävs under kvällen, nätter och helger måste ersättas bättre.

Många föreningar har problem med vilka som ska ingå i löneunderlaget. Stora grupper av läkare står utanför löneöversynsförhandlingarna eftersom de har tidsbegränsade anställningar, i synnerhet många unga läkare anställda vid universitetssjukhusen.

Löneavtalet § 2 p 7 anmärkning 4 handlar om att läkare som är anställda enligt Lag 1982:764 om vissa anställningar som läkare vid upplåtna enheter mm, ska jämföras med tillsvidareanställda läkare vid tillämpning av § 2 p 7. Med denna anmärkning avses också de som anställs enligt förordningen 1998:1518 om behörighet till vissa anställningar inom hälso- och sjukvården mm (bl.a. underläkare). Vi vill diskutera tillämpningen av denna anmärkning samt hur man kommer tillrätta med ökningen av antalet visstidsanställda underläkare.

Löneutvecklingen för medlemmar inom kommunerna har varit mycket dålig och det kan bero på bestämmelsen om att det garanterade utrymmet inte gäller när medlemmarna är färre än 5 i kommuner eller 10 i Göteborgs, Malmö och Gotlands stad/kommun. Vi yrkar på ett garanterat utrymme för dessa medlemmar också.

Osakliga skillnader i lön mellan kvinnliga och manliga läkare måste snarast elimineras. I Bilaga 4 till HÖK 10, Centrala och lokala protokollsanteckningar står det om lokala parter ansvar att söka förhindra oönskade löneskillnader mellan kvinnliga och manliga läkare.

Den svenska kollektivavtalsmodellen bygger på ett starkt engagemang hos fackliga förtroendevalda.

Kunniga och engagerade fackliga parter bidrar till att utveckla verksamheten. Därför ska fackligt arbete vara meriterande i lönesättningen.

Specialbestämmelsen

I Bilaga 5 till HÖK 10, Centrala protokollsanteckningar, Övriga anteckningar p 3 konstaterar de centrala parterna att det är sjukvårdshuvudmannen som ansvarar för att varje medarbetare har den kompetens som krävs och som ska ge förutsättningar för kompetensutveckling. Det är något som ingår i utvecklingssamtal och som formuleras i individuella utvecklingsplaner som inkluderar fortbildning. Vi menar att det är av stor vikt att läkares villkor för fortbildning förbättras. SKL har som uppdragsgivare och arbetsgivarföreträdare ett större ansvar nu än förr och vi bidrar gärna till att ytterligare belysa och arbeta med frågan genom partsgemensamt arbete med arbetsgivaren.

Som en del i ett flexibelt arbetsliv bör det vara möjligt för läkare att kunna få reducerad arbetstid. I ett långt arbetsliv är det viktigt att kunna anpassa arbetets omfattning efter livssituationen. Det kan gälla vid graviditet, vid föräldraskap eller för äldre läkare. Möjligheterna att delta i arbetet nattetid varierar också i olika faser av arbetslivet. Tyngden på arbetet och kraven på närvaro under beredskapen har ökat vilket ofta leder till stor påverkan på läkares arbetsliv. Många äldre läkare har svårare att klara frekventa nattstörningar. Möjligheterna att kunna arbeta längre ökar säkerligen om man kan bli befriad från nattarbete. Det måste vara möjligt för läkare över 55 år att på egen begäran bli befriade från jour nattetid och för läkare över 60 år att få rätt att välja bort beredskap nattetid.

För att möta en ökad mångfald av arbetsgivare måste också hindren att kombinera arbete hos flera arbetsgivare undanröjas.

I samband med införande av lagen om sjuklön 1992 diskuterades mellan Läkarförbundet och Landstingsförbundet/Kommunförbundet sjuklön under jour och beredskap. När det gäller frågan om huruvida bundenhetsersättning eller ersättning för arbetad tid under jour och beredskap ska ligga till grund för sjuklönen, verkar man att ha utgått ifrån att bundenhetsersättningen ska ligga till grund för sjuklönen. Vi vill lyfta denna fråga i förhandlingarna.

Medicine studerande avtalet

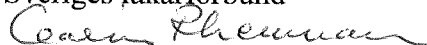
Arvodet till läkare under provtjänstgöring är för lågt och bör räknas upp.

Allmänna Bestämmelserna

Det är viktigt att de Allmänna Bestämmelserna stödjer ett hållbart arbetsliv för läkare genom att erbjuda konkurrenskraftiga villkor.

Slutligen kan Sveriges läkarförbund komma att under förhandlingarnas gång aktualisera ytterligare frågor.

Sveriges läkarförbund



Karin Rhenman

Chefsförhandlare