

Rammeavtale mellom De regionale helseforetak og Den norske legeforening om avtalepraksis for legespesialister

Kommentarutgave

Forord

Kjære avtalespesialister!

En viktig milepæl i Legeforeningens arbeid for avtalespesialister er nådd. Ved årsskiftet trer en ny rammeavtale i kraft. Med dette går vi over i en ny fase i Regjeringens - og Legeforeningens satsing på avtalepraksis.

Satsingen på avtalepraksis er nedfelt i regjeringserklæringen. Der står det at Regjeringen vil "utvide antallet hjemler for avtalespesialister og benytte avtalespesialistene mer". Dette er i tråd med Legeforeningens politikk. Avtalepraksis er desentraliserte og effektive spesialisthelsetjenester av høy kvalitet. Hos avtalespesialister er du garantert å møte en spesialist. For både pasienter og samarbeidsaktører har det en verdi at kontinuiteten på legesiden er høy.

Legeforeningen, RHF og staten har tilbakelagt en dialogprosess hvor partene sammen gikk gjennom virkemiddelapparatet for å vurdere hensiktsmessige tilpasninger. Det var et mål å bevare de verdier som allerede ligger i ordningen og samtidig sørge for nødvendig utvikling. Dette mener jeg at vi har lyktes med.

En viktig satsing er styrking av samarbeidet mellom avtalespesialist og helseforetak. Vi har allerede mange gode eksempler på dette, men det er fortsatt et stort forbedringspotensial. Den nye avtalen gir en plikt til å aktivt medvirke til at slikt samarbeid kommer i gang. Det er en klar forutsetning at dette samarbeidet skal være likeverdig og balansert. Det forutsetter at begge parter tar ansvar for en god dialog om mulighetene. RHF og Legeforeningen er enige om å utarbeide felles veiledningsmateriale til hjelp for de lokale prosessene.

Vi er også enige om å jobbe videre for et godt system med utdanning i avtalepraksis og at avtalespesialistene skal få rett og plikt til å rettighetsvurdere pasienter på lik linje med sykehusene. Her vil det pågå viktige utrednings- og piloteringsarbeid fremover.

En stor jobb er nå gjort i tett og godt samarbeid med PSL. Jeg er stolt av å lede en forening som gjennom mange år har ledet an i partssamarbeid om bruk av næringsdrivende aktører for å løse offentlige oppgaver. Dette er ordninger som er fremtidsrettede og effektive. Jeg håper arbeidet fører til gode prosesser og godt samarbeid lokalt. Det er først da vi kan si at vi virkelig har lyktes.

Takk for innsatsen så langt og lykke til videre!

Med vennlig hilsen

Marit Hermansen
President

Om kommentarutgaven

Avtalepraksis er en del av den offentlige helsetjenesten. Det er et mål med revisjonen av rammeavtalen at det legges til rette for at avtalespesialistene integreres enda bedre med resten av den offentlige spesialisthelsetjenesten. Av den grunn ønsker vi at denne kommentarutgaven skal bidra til å sette avtalepraksis inn i en større sammenheng, og vise hvilket virkemiddel rammeavtalen kan være.

Den nye rammeavtalen inneholder både nye bestemmelser, men også en god del justeringer og presiseringer av gjeldende regler. Det var et mål under forhandlingene at avtalen skulle bli mer pedagogisk og enklere å finne frem i enn den forrige. Likevel er det begrenset hva som kan beskrives i avtaleteksten, og det er behov for veiledning til medlemmer og tillitsvalgte om hvordan Legeforeningen mener avtalen skal forstås.

Vi håper denne kommentarutgaven blir et nyttig hjelpemiddel til gode prosesser rundt organisering og drift av avtalepraksis.

Lars Duvaland

Direktør, avdeling for jus og arbeidsliv

Hanne Riise-Hanssen

seksjonssjef, næringsdrivende leger

1. GENERELT OM AVTALESPELIALISTER

Avtalespesialistene er næringsdrivende som arbeider innenfor en offentlig finansiering. Dette innebærer at avtalspesialisten både må forholde seg til regelverk knyttet til offentlig forvaltning, og til den regulering som gjelder for næringsdrivende og arbeidsgivere. Selve avtalspesialistordningen er regulert på flere nivåer, i lov, forskrift, sentrale avtaler og individuelle avtaler.

Grunnlaget og premisset for ordningen er i spesialisthelsetjenesteloven. Loven har imidlertid få bestemmelser som regulerer ordningen. Rettigheter og plikter for det regionale helseforetaket og avtalspesialistene er først og fremst regulert i rammeavtale mellom Legeforeningen og det regionale helseforetak (RHF).

I tillegg til rammeavtalen, som gir de overordnede reglene i ordningen, inngås det individuelle avtaler mellom RHF og den enkelte spesialist. Den individuelle avtalen gir legen rett til å drive som avtalspesialist, herunder ha refusjonsrett. Refusjonsrett innebærer at legen kan tilby helsetjenester som pasienten får dekket gjennom folketrygden. Finansiering av ordningen følger av forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, også kalt normaltariffen. Den har hjemmel i folketrygdloven. Normaltariffen regulerer refusjonstakstene, i tillegg kommer egenandelene som vedtas av Stortinget.

Vilkårene for refusjonsrett fremgår av folketrygdloven kapittel 5 og av forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter. Grunnvilkårene for refusjon er at legen har driftsavtale med regionalt helseforetak. Men det ytes også refusjon der legen yter øyeblikkelig hjelp, jf. helsepersonelloven § 7 og ved pasientbehandling hos utdanningskandidater og lærere ved visse under- visningsinstitusjoner etter departementets bestemmelser.

For å kunne drive spesialistpraksis må man i tillegg ha gyldig spesialistgodkjenning.

2. LOVGIVNING, FORSKRIFTER, VEILEDERE, AVTALEVERK OG ØVRIGE RAMMEBETINGELSER

2.1. Spesialisthelsetjenesteloven

Det regionale helseforetaket har etter spesialisthelsetjenesteloven §2-1 a første ledd plikt til å sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon. Etter bestemmelsens sjette ledd kan dette sørge for ansvaret oppfylles ved at spesialisthelsetjeneste ytes av de regionale helseforetakene selv, eller ved at de inngår avtale med andre tjenesteytere. De individuelle avtalene som det regionale helseforetaket inngår med avtalspesialistene er avtaler som omfattes av sjette ledd, jf helseforetaksloven § 2a.

2.2. Annen helselovgivning

Avtalspesialister er omfattet av det alminnelige regelverk for helsevirksomhet, unntatt de enkeltbestemmelser som etter ordlyden ikke omfatter avtalspesialister, se for eksempel punkt 2.5 nedenfor. Det innebærer at avtalspesialistene er omfattet av blant annet helsepersonelloven, pasientjournalloven, pasient- og brukerrettighetsloven (med enkelte

unntak), spesialisthelsetjenesteloven, helseregisterloven, pasientskadeloven, helsetilsynsloven (med plikt til internkontrollsystem) samt forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten og skal drive sin virksomhet i samsvar med disse.

2.3. Sentrale avtaler

Avtalespesialistordningen er regulert i rammeavtalen mellom de regionale helseforetak, som har et "sørge-for" ansvar for spesialisthelsetjenester, og Legeforeningen som representerer næringsdrivende spesialister. Som nevnt ovenfor er også staten involvert i finansieringen gjennom Statsavtalen. Det er derfor et trepartssamarbeid som ligger til grunn for avtalespesialistordningen.

2.4. Individuelle avtaler

Den individuelle avtalen inngås mellom det enkelte RHF og legen, og gir legen rett til å drive som avtalespesialist med refusjonsrett. Avtalen bygger på en mønsteravtale som partene har utarbeidet i felleskap. Avtalen tilpasses likevel i det enkelte tilfellet, det er f.eks anledning til å avtale en særlig praksisprofil eller at avtalespesialisten skal ta et særskilt ansvar innenfor et fagområde i regionen. Det regionale helseforetaket kan ikke ensidig kreve avtalen endret etter inngåelse, men det er mulig å tilpasse avtalen dersom partene er enige om det.

2.5. Pasient – og brukerrettighetsloven - rettighetsvurdering

Ved henvisning til spesialisthelsetjenesten skal det vurderes om pasienten har rett på nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten har rett til å få henvisningen vurdert innen 10 virkedager. Alle pasienter som anses å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten blir rettighetspasienter, og alle pasienter som får et tilbud om spesialisthelsetjenester, skal få en juridisk frist for når de senest skal få nødvendig helsehjelp.

Foreløpig foretas ikke rettighetsvurdering i avtalespesialistordningen da avtalepraksis er unntatt fra bestemmelsen, og avtalespesialisten har derfor ikke myndighet til slik rettighetsvurdering. Dette har ulemper for pasienter som henvises til avtalespesialist. Det arbeides for tiden med et pilotprosjekt knyttet til avtalespesialisters vurdering og tildeling av pasient- og brukerrettigheter.

2.6. Prioriteringsforskriften og prioriteringsveiledere

Det er utarbeidet prioriteringsveiledere¹ som verktøy for vurdering av pasientrettigheter. Veilederne skal bidra til økt forståelse av prioriteringsvilkårene og mer lik praktisering. Selv om avtalespesialistene per i dag ikke er omfattet av prioriteringsforskriften vil det alminnelige forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven § 4 langt på vei medføre at pasienter i avtalepraksis må prioriteres etter samme prinsipper som prioriteringsforskriften gir uttrykk for. I tillegg følger det nå av rammeavtalen at avtalespesialistene er forpliktet til å forholde seg til disse veilederne, jf rammeavtalen § 4.1

Avtalespesialisten kan ikke returnere henvisninger som er mangelfulle til henvisende instans uten vurdering. Kravet til faglig forsvarlig virksomhet kan tilsa at den som vurderer henvisningen bør ta kontakt med pasient eller henviser for tilleggsopplysninger. Hvis dette ikke er mulig, må henvisningen uansett vurderes. Usikkerhet om pasienten har rett til

¹ Prioriteringsveiledere for spesialisthelsetjenesten, <https://helsedirektoratet.no/prioritering/prioriteringsveiledere-for-spesialisthelsetjenesten>

nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten vil kunne bety at pasienten gis rett for å unngå at pasienten blir den skadelidende part. I etterkant bør spesialisthelsetjenesten ta kontakt med henviser for veiledning.

2.7. Nasjonal veileder for henvisninger til spesialisthelsetjenesten

Det er utarbeidet en henvisningsveileder² i forbindelse med endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og endringer i prioriteringsforskriften som skal være veiledende for de som henviser til spesialisthelsetjenesten. Vurderingen i spesialisthelsetjenesten skal skje på grunnlag av henvisningen, og veilederen skal bidra til at henvisninger inneholder den nødvendige informasjon slik at pasienten får best mulig vurdering og helsehjelp.

2.8. Forskrift om IKT standarder i helse- og omsorgstjenesten – Normen

Forskrift om IKT standarder i helse- og omsorgstjenesten trådte i kraft 1. september 2015, og stiller krav til at behandlingsrettede helseregistre (pasientjournaler) føres elektronisk. Forskriften har videre en rekke detaljerte krav til programvare for meldingsutveksling. For å oppfylle forpliktelsene i forskriften må legen stille krav til egen leverandør om at journalsystemet skal være i overensstemmelse med forskriftskravene.

Det henvises videre til [statsavtalens](#) bestemmelser om IKT. Her fremgår at alle legekantor skal ha et elektronisk pasientjournalsystem som skal støtte sending og mottak av elektroniske meldinger; alle legekantor skal være tilknyttet Norsk Helsenett, alle legekantor skal ha digitale sertifikat for kryptering og signering av meldinger (PKI) og alle legekantor skal oppfylle [Norm for informasjonssikkerhet i Helsesektoren](#) ("Normen"). Sistnevnte dokument er et omforent sett av de krav som gjennom lovverket er stilt til informasjonssikkerhet. I tillegg til at Normen gir en oversikt over relevante krav, finner man her også en veileder for legekantor samt en rekke såkalte faktaark som er ment å gi praktiske anvisninger på ulike problemstillinger.

2.9. Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen innebærer at kommunene har et større ansvar for helsetjenestetilbudet som tidligere tilhørte spesialisthelsetjeneste. Avtalepraksis er en sentral del av det totale offentlige spesialisthelsetjenestetilbudet, og det er viktig at ordningen videreutvikles som en integrert del av spesialisthelsetjenesten. Med øket spesialisering og fusjoner av sykehus, er det et antatt høyere behov for avtalespesialistordningen som et desentralisert tilbud. Med samhandlingsreformen har behovet økt ytterligere.

2.10. Nasjonal helse- og sykehusplan (2016 – 2019)

Nasjonal helse- og sykehusplan viser til regjeringens politiske plattform og omtaler forsøksprosjektet som nevnt i punkt 2.5³ samt andre tilgrensende oppgaver. Planen viser til at Helse- og omsorgsdepartementet i 2015 har bedt de regionale helseforetakene å vurdere hvordan de kan videreutvikle samarbeidet med avtalespesialistene for å redusere ventetidene.

² Nasjonal veileder for henvisninger til spesialisthelsetjenesten, <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/henvisningsveileder>

³ Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019). Regjeringen 20.11.2015

Planen understreker også at private lege- og psykologspesialister med avtale utgjør en viktig del av behandlingstilbudet for voksne med psykiske lidelser. Gjennom god dialog og utvikling av nye samarbeidsformer ønsker regjeringen å legge til rette for at de på en bedre måte blir delaktig i et sammenhengende, helhetlig behandlingstilbud. Avtalespesialisten er en viktig samarbeidspart når pasienter trenger helhetlige behandlingsforløp, og det er nå presisert i rammeavtalen at avtalespesialister skal bidra til hensiktsmessig samarbeid med RHF, HF og andre relevante institusjoner for å sikre gode pasientforløp, jf rammeavtalen §§ 1.2 og 4.1.

3. VEDLEGG: DEN INDIVIDUELLE AVTALEN, PROTOKOLL 3. NOVEMBER 2015, ENIGHETSDOKUMENT FRA DIALOGMØTER

Legeforeningens kommentarer til Rammeavtalen

§ 1 Formål og virkeområde

1.1

Denne avtalen regulerer rammebetingelser for tildeling og drift av avtalepraksis for legespesialister.

Avtalepraksis organiseres i samsvar med vedtatte regionale og nasjonale planer for spesialisthelsetjenesten og i henhold til gjeldende lovgivning.

Rammeavtalen og den individuelle avtalen gjelder som samlet grunnlag for legens virksomhet. Legen og det Regionale Helseforetak (RHF) kan avtale tilpasninger i den individuelle avtalen dersom regionens behov tilsier det.

Kommentar:

Rammeavtalen angir de overordnede rettigheter og plikter for partene i avtalespesialistordningen. Rammeavtalen angir minimumsrettigheter, og setter begrensninger for hva en av partene kan kreve ensidig. På visse punkter kan ikke RHF og legen – selv om de er enige – fravike avtalen, mens på andre punkter er den ikke til hinder for avtaler som begge parter finner hensiktsmessig. Legen og RHF kan for eksempel ikke avtale seg bort fra utlysingsplikten i § 5.2. Rammeavtalen er derimot ikke til hinder for at partene kan bli enige om at driftsavtalen forlenges utover 72 år, selv om aldersgrensen i rammeavtalen er 72 år.

Gjennomgående ser vi at de tilfellene der det blir uenighet og konflikt er der en av partene ensidig krever endringer eller tillegg som mangler hjemmel i rammeavtalen.

Bestemmelsens tredje ledd siste setning kom inn i rammeavtalen ved siste revisjon, men er en presisering av gjeldende forståelse om at det kan gjøres tilpasninger i den individuelle avtalen ved enighet mellom partene. Punktet åpner for fleksibilitet og kan brukes som grunnlag for justering i praksisens profil dersom "regionens behov" tilsier det. Henvisningen til regionens behov innebærer et krav om at RHF må dokumentere de behov som begrunner de konkrete tilpasninger og endringer i den individuelle avtalen, jf § 3.1 om RHF's plikt til å utarbeide og vedta regionale planer for utvikling og fordeling av avtalepraksis i regionen.

1.2

Det regionale helseforetaket har ansvar for spesialisthelsetjenesten i sin region. Ved ivaretagelsen av sørge-for ansvaret inngår avtalespesialistene som en integrert del. Avtalespesialisten skal innenfor avtalen utføre oppgaver som defineres som spesialisthelsetjeneste.

Et av formålene med avtalen er å tydeliggjøre ordningen med avtalepraksis som viktig for realisering av helsepolitiske mål.

Rammeavtalen skal bidra til å sikre befolkningen god tilgang til helsetjenester av høy kvalitet. Partene skal bidra til at offentlige ressurser innrettes mot å avhjelpe helsekøer og løse oppgaver i spesialisthelsetjenesten, samt til at pasienter med akutt og kronisk sykdom får korrekt medisinsk behandling og gode pasientforløp.

Rammeavtalen skal videre bidra til å sikre forutsigbare økonomiske, driftsmessige og faglige rammevilkår i spesialistpraksis.

Kommentar:

Bestemmelsen er en prinsippløst og anerkjennelse av avtalespesialistenes stilling i spesialisthelsetjenesten. Avtalespesialistene er en del av de ressurser RHF har til disposisjon for å løse sitt sørge-for ansvar.

Partene er enige om at avtalepraksis skal ha et høy faglig kvalitet, og det er et mål at pasienten får tilbud om undersøkelse og behandling hos avtalespesialist som er likeverdig (eller bedre enn) det som gis i helseforetakene.

I § 1.2 tredje ledd er det ved siste avtalerevisjon inntatt ett tillegg om at avtalespesialisten skal bidra til gode pasientforløp. Bestemmelsen innebærer ingen nye plikter for legen, men understreker betydning av at de inngår som en integrert del av regionens spesialisthelsetjeneste. Det vises her til protokoll av 3. november 2015 punkt 8 der det heter at partene er enige om at legen bidrar til gjennomføring av pakkeforløp, herunder gjennom meldingsutveksling når slike løsninger er tilrettelagt. Se også kommentarer under §4.1.

1.3 Samarbeid

Partene forutsetter aktivt og løpende samarbeid mellom avtalespesialistene, RHF og Helseforetakene (HF), herunder også andre relevante institusjoner som bidrar til å oppfylle RHF sørge-for ansvar. Partene har en intensjon om å styrke samarbeidet med helse- og omsorgstjenesten i kommunene.

RHF skal sørge for kommunikasjon og koordinering mellom samarbeidsaktørene blant annet gjennom samarbeidsutvalget og bruk av styringsdokumenter/bestillingsdokument (HF og andre relevante institusjoner). Formålet med samarbeidet er å understøtte ivaretagelsen av RHF sørge-for ansvar jfr. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a samt ivareta samhandlingsreformens intensjoner.

Det forutsettes samarbeidsavtaler mellom avtalespesialistene og relevant HF samt andre institusjoner som bidrar til å oppfylle RHF sørge-for ansvar.

Samarbeidsavtalen kan gjelde hensiktsmessig arbeidsdeling (pasientflyt/strømmer), håndtering av ventelister, fristbrudd, faglig samarbeid mellom HF avdelinger og avtalespesialister, utveksling av informasjon om kapasitet, utveksling av informasjon om felles prosedyrer og kliniske retningslinjer, deltakelse i kompetanseutvikling, rutiner for kontakt mellom legen og HF mv.

RHF skal informeres om inngåtte samarbeidsavtaler.

Kommentar:

Bestemmelsen er ny, men er en videreutvikling av et ønske og mål om samarbeid mellom avtalespesialister og HF som også ligger i tidligere avtale. §1.3 gir uttrykk for en felles intensjon om inngåelse av samarbeidsavtaler mellom avtalespesialist og RHF og Helseforetakene (HF), herunder også andre relevante institusjoner som bidrar til å oppfylle RHF's sørge-for ansvar.

Det er allerede i dag mye godt samarbeid mellom avtalespesialister og helseforetak, men omfanget er svært varierende, og parten er enige om at det er behov for rammer som legger til

rette for ytterligere samarbeid.

Bestemmelsen innebærer en gjensidig forpliktelse til aktivt å medvirke til samarbeid med helseforetak eller andre institusjoner innenfor RHF's sørge for ansvar. Det presiseres i protokoll at det ikke er et absolutt krav om inngåelse av slike avtaler fra det tidspunktet rammeavtalen trer i kraft. Den er heller ikke en betingelse for å starte virksomhet som avtalespesialist. Bestemmelsen innebærer likevel en plikt for avtalespesialisten til aktivt å medvirke til at slike samarbeidsavtaler blir inngått. Videre forutsetter det også at RHF tar ansvar for at HFene bringes inn dialog med avtalespesialistene slik at de blir kjent med mulighetene til samarbeid som finnes.

Legeforeningen og RHFene skal sammen utarbeide felles veiledning for slike avtaleprosesser, herunder hvor partsforholdet skal ligge på HF/ institusjonsnivå og håndtering der det er flere potensielle avtaleparter i avtalespesialistens område.

Bestemmelsens nest siste ledd angir noen områder som kan være hensiktsmessig å samarbeide om og inkludere i samarbeidsavtalen.

Det vises for øvrig til protokoll av 3. november 2015 punkt 1.

Inngåelse av samarbeidsavtaler med HF eller avdelinger i HF, innebærer ingen endringer i finansieringen av arbeidet. Også det arbeid som utføres som følge av en slik avtale, skal finansieres innenfor gjeldende takstsystem.

§ 2 Partsforhold og utvalg

2.1

Parter i denne avtalen er de regionale helseforetakene (heretter benevnt RHF) og Den norske legeforening (heretter benevnt Legeforeningen). Parter i den individuelle avtalen er den enkelte avtalespesialist (heretter benevnt lege) og det enkelte RHF.

2.2 Samarbeidsutvalg og spesialistlegeutvalg

Det skal være et samarbeidsutvalg mellom legespesialistene og det regionale helseforetak i regionen. Samarbeidsutvalget skal bidra til å fremme nødvendig samarbeid og samhandling mellom det regionale helseforetak og legespesialistene i regionen.

RHF skal lage en regional plan for prioriteringer og aktivitet for legene. Denne planen og andre planer som har betydning for drift av avtalepraksis skal legges fram for samarbeidsutvalget til uttalelse.

Legene skal holde samarbeidsutvalget orientert om forhold av betydning knyttet til drift av avtalepraksis.

Samarbeidsutvalget skal ha like mange representanter fra hver av partene. De regionale parter organiserer selv sammensetning og ledelse av samarbeidsutvalget.

Samarbeidsutvalget fremmer forslag til mandat som skal godkjennes av Legeforeningen og RHF. Det samme gjelder endring av mandat.

Legeforeningen etablerer spesialistlegeutvalg i regionen, som skal bidra til nødvendig samarbeid mellom legene. Utvalget konstituerer seg selv og velger leder.

Spesialistlegeutvalget har fullmakt til å:

- velge representanter for legene til samarbeidsutvalget
- fremme saker overfor samarbeidsutvalget.

Kommentar:

Spesialistlegeutvalget består av PSLs tillitsvalgte i regionen. Spesialistlegeutvalget i regionen velger representantene til Samarbeidsutvalget.

Det er PSLs tillitsvalgte som oppnevnes som representanter i Samarbeidsutvalget. Landsstyret i Legeforeningen har bestemt at kostnadsdekning (reiseutgifter, praksiskompensasjon m.v.) for arbeid i Samarbeidsutvalget skjer fra PSL.

Samarbeidsutvalget består av representanter fra RHF og Legeforeningen, og bør ha en sentral rolle i utviklingen av avtalespesialistordningen i regionen. Utvalget skal involveres i planarbeidet til RHF og har blant annet en funksjon (uttalerett) når det gjelder fordeling av oppgaver i regionen. Konkret har særlig avtalepartene tenkt på situasjoner der det er over- eller underproduksjon av helsetjenester. I slike situasjoner vil et omforent forslag fra Samarbeidsutvalget i realiteten få stor innflytelse, selv om utvalget ikke har noen formell myndighet til å omfordele/fordele oppgaver.

§ 3 RHF oppgaver

3.1

RHF skal sørge for god ressursutnyttelse gjennom hensiktsmessig samarbeid med, og bruk av avtalespesialistene.

RHF skal utarbeide og beslutte regionale planer for utvikling og fordeling av avtalepraksis i regionen. Legeforeningen skal informeres og involveres i arbeidet med utvikling av planverket.

RHF skal videre blant annet:

- informere avtalespesialistene i regionen om planer og utviklingsbehov i regionen
- legge til rette for at avtalespesialisten er en integrert del av spesialisthelsetjenestetilbudet
- legge til rette for kompetanseutvikling
- legge til rette for installering og bruk av elektroniske systemer
- bidra til tjenesteinnovasjon i samarbeid med avtalespesialistene
- arbeide for etablering og utvikling av spesialistutdanning i avtalepraksis
- legge til rette for hensiktsmessig samarbeid mellom legen og HF og andre relevante institusjoner som bidrar til å oppfylle RHF sørge-for ansvar
- legge til rette for at innrapporterte opplysninger om ventetid gjøres tilgjengelig som grunnlag for henvisere og befolkningen
- etter behov foreta oppfølgingsmøter i avtalespesialistens praksis. Oppfølgingsmøtet skal varsles i rimelig tid.

Kommentar:

I dette punktet tydeliggjøres RHF's plikter innenfor avtalespesialistordningen, og overfor den enkelte lege. Bestemmelsen er ikke uttømmende, men plasserer ansvar for utvalgte oppgaver hos RHF.

RHF har ansvaret for avtalespesialistordningen i sin region. Det skal foreligge planer for utvikling av ordningen og hensiktsmessig bruk av avtalespesialistene. I dette ligger at det blant annet må være en plan for hvor mange hjemler det er behov for, i hvilke spesialiteter samt den geografiske fordelingen. Legeforeningen, gjerne ved tillitsvalgte i samarbeidsutvalget, skal informeres og involveres i planarbeidet.

RHF er ansvarlig for at avtalespesialisten er en integrert del av spesialisthelsetjenesten. De fleste punktene i denne bestemmelsen er virkemidler for å sikre dette. Mye av samarbeidet og involveringen må skje på HF nivå, men RHF har det overordnede ansvaret for å ansvarliggjøre HFene og legge til rette for godt samarbeid.

Kompetanseutvikling – her skal RHF blant annet legge til rette for at avtalespesialistene får mulighet til å delta i fagutviklingen som skjer i HFene, blant annet med tilbud om deltakelse på seminarer, kurs og andre faglige fora.

Bruk av elektroniske systemer – i dette ligger ikke at RHF skal finansiere IKT i avtalepraksis, men et ansvar for at det er hensiktsmessige IKT systemer, særlig for kommunikasjon mellom aktørene i spesialisthelsetjenesten,

Tjenesteinnovasjon – dette punktet understreker RHF's ansvar for å videreutvikle avtalepraksis ved å legge til rette for entreprenørskap og avtalespesialistenes utvikling av praksis og fag.

Spesialistutdanning – utdanning i avtalepraksis er et ønske fra begge parter, og det er i § 7.4 og protokoll avtalt at det skal arbeides videre med etablering av en slik ordning.

Samarbeid – RHF har et særskilt ansvar for at HFene arbeider for å etablere samarbeid med avtalespesialistene, i dette ligger blant annet en bevisstgjøring om ordningen og hvilke muligheter som ligger i samarbeid

Tilgjengeliggjøre informasjon om ventetid – kunnskap om hvilke avtalespesialister som har ledig kapasitet eller lange ventelister er viktig for henviser og pasient, og viktig for at avtalespesialistene oppleves som et godt alternativ til poliklinikkene på sykehusene.

Oppfølgingsmøter – etter § 3.1 skal RHF etter behov gjennomføre oppfølgingsamtaler med avtalespesialistene. Dette er en videreføring av tidligere bestemmelse om praksisbesøk. Den bestemmelsen ble i liten grad brukt, og denne er et ledd i at RHF skal ha en noe mer aktiv avtaleforvaltning. God kunnskap om hvordan avtalepraksis drives, og hvilke forhold som er viktig for avtalespesialistene er forutsetning for god forvaltning av ordningen.

3.2

RHF yter driftstilskudd til legen etter gjeldende bestemmelser i lov, forskrifter og avtaler, jf. avtalens § 9.

Kommentar:

Driftsavtalen er personlig og RHF utbetaler derfor driftstilskuddet til avtalespesialisten personlig. RHF betaler ikke tilskuddet til andre rettssubjekter. Dersom legen driver i AS-form, må legen derfor inngå en avtale med sitt AS om overføring av driftstilskudd. Tilskuddet går da inn i AS sitt regnskap, og beskattes der. For utforming av slik avtale, må regnskapskyndig bistand kontaktes.

Driftstilskuddene er inndelt i tre klasser. Klasseplassering settes i forbindelse med inngåelse av den individuelle avtale. Selve plasseringen foretas etter en konkret vurdering i henhold til Statsavtalen pkt 3.1 hvor det heter at "Plassering i klasse baseres på den enkelte spesialists behov for rom, teknisk utstyr og hjelpepersonell. Plasseringen skjer etter lokale forhandlinger mellom det regionale helseforetak og den enkelte spesialist." Per 1. juli 2015 utgjør

klassetilskudd for hhv

klasse 1 kr 834 000

klasse 2 kr 969 000

klasse 3 kr 1 242 000

I praksis er det stort sett psykiatere som er plassert i klasse 1, mens utstyrskrevene praksiser som oftest plasseres i klasse 3. Se også § 9.1 i Rammeavtalen.

§ 4 Legens oppgaver

4.1

Legen skal foreta undersøkelser, diagnostikk og behandling innen sin spesialitet og i henhold til lov, forskrift, nasjonale, regionale planer og gjeldende faglige retningslinjer og behandlingsveiledere. Legen skal organisere sin venteliste i henhold til gjeldende prioriteringsveiledere.

Legen skal:

- sende epikrise til fastlegen når denne ikke er henvisningsinstans og pasienten ikke motsetter seg dette
- benytte pasienttransport i henhold til syketransportforskriften, og i samarbeid med pasientreisekontoret i regionen.
- tilbakeføre pasienter til henviser eller fastlege når behov for utredning og behandling ikke lenger foreligger hos spesialisten
- ha internkontrollsystem, jf forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten
- informere RHF skriftlig om andre avtalehjemler, næringsvirksomhet, arbeidsforhold, oppdrag og lignende som vedkommende har påtatt/påtar seg som lege. Dette gjelder ikke enkeltstående oppdrag av mindre omfang og kortere varighet med mindre disse har betydning for den individuelle avtalen.
- administrere sin praksis i henhold til denne avtalen og den individuelle avtalen
- samtykke til at tilsynsmyndighetene varsler RHF når det er opprettet tilsynssak som tilsynsmyndigheten mener er relevant for RHF som oppdragsgiver
- bidra til hensiktsmessig samarbeid med RHF og Helseforetakene(HF), herunder også andre relevante institusjoner som bidrar til å oppfylle RHF sørge-for ansvar, blant annet om ventelister, pasientforløp, tilsynsordninger, utvikling og etterlevelse av standarder. Jf. pkt. 1.3.

Kommentar:

Første ledd første setning er en videreføring, men også en utvidelse av legens plikt til å gjøre seg kjent med, og forholde seg til det regelverk og de faglige retningslinjer som gjelder innenfor den aktuelle spesialitet.

Første ledd andre setning om prioritering er et skritt i retning av at avtalespesialisten skal være bundet av samme krav til prioritering som den øvrige spesialisthelsetjeneste. Partene er i protokoll av 3. november 2015 enige om å ha en intensjon " om at avtalespesialistene skal ta del i prioritering og fristfastsetting på lik linje med helseforetakene. Når Helsedirektoratets

beskrivelse av pilot for rettighetstildeling foreligger, forplikter partene seg til å arbeide for en snarlig gjennomføring av nødvendig utredning og pilotering." Bestemmelsen er et utslag av at avtalespesialisten er en del av den offentlige spesialisthelsetjenesten, som skal bidra til å oppfylle RHF's sørge for ansvar.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med den individuelle avtalen, og den praksisprofil avtalespesialisten har, og den kan ikke brukes for å pålegge ensidige og vesentlige endringer i avtalt eller forutsatt profil.

Epikrise – for å sikre god oppfølging og helhetlig behandling er det ønskelig at fastlegen er kjent med de undersøkelser og den behandling pasientene mottar. Dette gjelder også der fastlegen ikke er henviser, men av hensyn til taushetsplikten må avtalespesialisten i disse tilfellene gjøre pasienten oppmerksom på at epikrise blir sendt. Pasienten har en rett til å motsette seg oversendelse.

Pasienttransport – legen må sette seg inn i, og følge, regelverket knyttet til pasienttransport.

Tilbakeføre pasienter- hensynet bak denne bestemmelsen er at kapasiteten i avtalespesialistordningen skal kunne utnyttes best mulig, og sørge for rom for ny-henviste pasienter. Legeforeningen oppfatter at langt de fleste avtalepraksiser har god pasientgjennomstrømning, bestemmelsen pålegger imidlertid legen å ha et spesielt fokus på dette.

Internkontrollsystem – dette er et lovpålagt krav etter internkontrollforskriften. Se Legeforeningens hjemmesider for mer informasjon om denne plikten.

Informasjon om andre arbeidsforhold – bestemmelsen er en videreføring av tidligere avtale og er en informasjonsplikt til RHF. Plikten omfatter erverv eller stillinger som er av en viss varighet ikke kommer i tillegg til avtalepraksisen. Det er et ikke et krav at RHF skal godkjenne slikt arbeid.

Administrere i henhold til avtaler - Dette er en videreføring av tidligere avtale. Bestemmelsen understreker at avtalespesialisten har en plikt til å etterleve rammeavtalen og den individuelle avtalen. Avtalespesialisten er forpliktet til å følge rammeavtalen gjennom henvisning til regelverket i den individuelle avtalen.

Varsel fra tilsynsmyndigheten- denne bestemmelsen er ny. Tilsynssaker kan etter sin art og omfang ha betydning for avtalepraksisen, og RHF ønsker å bli varslet slik at eventuelle nødvendige tiltak kan iverksettes. Det er ikke alle tilsynssaker som skal varsles, kun de tilsynsmyndighetene mener er nødvendig for RHF å kjenne til. Dette vil i hovedsak være i de mer alvorlige sakene der tap av autorisasjon er aktuelt. Merk at en tilsynssak i seg selv ikke gir grunnlag for opphør av driftsavtalen, jf § 10.4. Automatisk opphør av avtalen trer først inn når endelig forvaltningsvedtak foreligger. Tilsynssaker kan i noen tilfeller likevel være saklig grunn for oppsigelse etter § 10.5.

Bidra til hensiktsmessig samarbeid – avtalespesialisten har plikt til å medvirke til hensiktsmessig samarbeid med helseforetak, eller andre som arbeider innenfor RHF's sørge for ansvar. Det nærmere samarbeidet skal baseres på gjensidig bebyrdede avtaler, og HF kan ikke ensidig pålegge avtalespesialistene oppgaver med hjemmel i rammeavtalen. Avtalespesialistene kan likevel ikke motsette seg å bidra inn i et samarbeid dersom vilkårene

er rimelige. Legeforeningen og RHF arbeider med å legge rammer for slikt samarbeid, herunder retningslinjer for prosess og avtalemaler.

4.2

Partene fastsetter i felleskap normtall for de ulike spesialitetene. Hver av partene kan en gang pr avtaleår kreve en regulering av normtallene.

Aktivitetsnivå basert på normtall skal framgå av den individuelle avtalen.

Kommentar:

Normtall fastsettes av partene og er det antall konsultasjoner partene mener bør kreves innenfor den enkelte spesialiteter pr. år. Det presiseres at normtallene for den enkelte lege også skal inkluderes i den individuelle avtalen. De individuelle normtallene kan avvike fra de "nasjonale" normtallene, og det er da normtallet i den individuelle avtalen som gjelder.

Gjeldende normtall har ikke blitt justert siden innføringen i 2006. Nytt i bestemmelsen er en henvisning til at begge parter kan kreve regulering av normtallene. Det kreves enighet for endring i normtallene.

I protokoll av 3. november 2015 heter det i punkt 10 at: "Dersom Legen har en høyere aktivitet enn normtallene på årsbasis vil dette være gjenstand for forklaring/gjennomgang i oppfølgingsmøte." Protokollbestemmelsen innebærer at RHF har rett til å følge opp leger som har en høyere aktivitet enn avtalt i den individuelle avtalen, og at legen har en plikt til å opplyse saken og forklare årsaken til avviket. Bestemmelsen må forstås slik at det gis rom for avvik dersom disse kan begrunnes.

4.3

Lege som er tillagt tilplikting etter tidligere regler om dette, kan si opp sin stilling med 3 måneders varsel uten at dette får konsekvenser for den individuelle avtalen. Oppsigelse fra HF's side krever saklig grunn, jfr. arbeidsmiljølovens regler.

Kommentar:

Også etter tidligere rammeavtaler og regelverk, kunne leger tilpliktes/pålegges til å arbeide inntil en dag på et HF. Dette ble da et ordinært arbeidstakerforhold.

Tidligere var det slik at dersom man ønsket å si opp arbeidet i HF, risikerte man at RHFet sa opp driftsavtalen. Denne regelen forsvant ved rammeavtalen av 2006-2007. Leger som er i slike arbeidsforhold, kan si opp arbeidsavtalen i HF, uten at dette får konsekvenser for driftsavtalen.

Det er imidlertid slik at noen avtalespesialister ønsker å arbeide også i HF, og for disse vil arbeidsmiljølovens verneregler gjelde dersom HF ønsker å si opp legen. Dette kan være relevant, idet bierversreglement på HF kan medføre at disse ønsker at legen skal velge jobben som avtalespesialist eller sykehusansatt. For oppsigelse av driftsavtalen gjelder saklighetskravet i Rammeavtalen § 10.5.

Det må presiseres at denne adgangen til å si opp sykehusstillinger uten tap av driftsavtale, gjelder for tilpliktingsstillinger i Rammeavtalens forstand. For andre typer kombistillinger, for eksempel 60 % på sykehus og 40 % i privat praksis, vil adgangen til å si opp sykestillingen

vurderes etter alminnelige kontraktsrettslige regler, herunder hvilke forutsetninger avtalen ble inngått på. Dette er praktisk viktig for tilfeller hvor en større driftsavtale-brøk i sin tid ble gitt i rekrutteringsøyemed, dvs at det lå en grunnleggende forutsetning i tilbudet som ble gitt legen om at legen også skulle jobbe på sykehus. Det kan oppstå grensetilfeller.

Det er imidlertid ikke noe rettslig i veien for å ta spørsmålet opp med RHF, og forsøke å få et samtykke til delvis oppsigelse. Det gjøres oppmerksom på at RHFene har ulik praksis knyttet til å gi slike samtykker.

§ 5 Kunngjøring, tilbud og individuell avtale

5.1

Ny hjemmel opprettes av RHF etter behov og plan. Spesialitet, omfang og praksisprofil fastsettes av RHF. Det skal som hovedregel benyttes heltidshjemler. Ved særlige grunner kan avtalehjemmelens omfang begrenses. Nye hjemler bør ikke være mindre enn 40 %.

Kommentar:

Legeforeningen og RHF har et felles mål at deltidshjemler blir utvidet til heltidshjemler og at nye hjemler fortrinnsvis skal være 100 %.

Deltidshjemler kan opprettes der det foreligger tungtveiende grunner, f. eks der pasientgrunnlaget ikke er tilstrekkelig for heltidshjemler eller hvor deltidshjemler er et godt alternativ til ambulerende sykehusleger. Partene er likevel enig om at nye avtalehjemler bør være på minst 40 %.

5.2

RHF skal kunngjøre nye og ledige avtalehjemler med minst tre ukers søknadsfrist. Kunngjøring bør dekke hele landet.

Vilkår knyttet til avtalehjemmelen, skal fremgå av kunngjøringen. Ved utlysning beskriver RHF faglig hovedvirkeområde, dvs. krav til spesialitet, grenspesialitet og de oppgaver som ligger innenfor de nasjonale og regionale mål og prioriteringer, jf. pkt. 3.1. Det skal også fremgå at Rammeavtalen kommer til anvendelse for avtaleforholdet.

Når særlige grunner foreligger, kan tildeling av avtalehjemmel finne sted uten forutgående kunngjøring. Legeforeningens uttalelse skal i så fall innhentes på forhånd.

Kommentar:

Den klare hovedregel er at ledige avtalehjemler skal lyses ut. Det sentrale hensynet bak regelen om offentlig utlysning er å sikre at forvaltningen tildeler hjemmelen til legen med best mulig kompetanse i forhold til de oppgavene det offentlige skal utføre. Den ledige hjemmelen må bli allment kjent for at aktuelle kandidater får en oppfordring til å søke, og en offentlig kunngjøring av ledige hjemler er normalt en forutsetning for å finne frem til den best kvalifiserte legen.

Tildeling av avtalehjemmel er en fordeling av et begrenset offentlig gode av stor økonomisk betydning for søkerne til hjemmelen. Dette legger føringer på hvor grundig saken blant annet må opplyses og innholdet i begrunnelse i vedtaket fra RHF, se mer om saksbehandling ved tildeling av avtalehjemmel under kommentarene til § 5.3.

Første ledd: Det er en forutsetning at RHF lyser ut ledige hjemler så snart som mulig, og under enhver omstendighet slik at tildeling kan skje og praksis kan overdras innen oppsigelsesfristen utløp. Likevel vil det kunne forekomme tilfeller hvor dette i praksis ikke kan gjennomføres, f.eks hvor tiltredende lege har 6 måneders oppsigelsesfrist fra sitt ansettelsesforhold.

Annet ledd: Av bestemmelsen følger at eventuelle vilkår knyttet til hjemmelen, skal gis i utlysningen. Et viktig hensyn bak bestemmelsen er å lette overdragelsesprosessen ved å skape forutsigbarhet. Fratredende leges rett til å overdra sin praksis bør opplyses i utlysningen, selv om denne retten uansett følger direkte av Rammeavtalen, hvor utlysningen skal gi informasjon om at Rammeavtalen kommer til anvendelse. Leger som søker hjemler, må gjøre seg kjent med innholdet i Rammeavtalen.

Tredje ledd: Legeforeningen behandler RHF's forespørsler om unntak fra utlysning etter bestemmelsens tredje ledd. Der den ledige deltidshjemmelen skal slås sammen med eksisterende deltidshjemler vil det som hovedregel ikke være innvendinger. Det er et felles mål for partene at man får flest mulige heltidshjemler og det vil kunne være aktuelt å lyse ut deltidshjemmelen blant de som allerede har deltidshjemler innenfor den aktuelle spesialitet. Et annet tilfelle der tildeling kan skje uten utlysning er saker der hjemmelen nettopp har vært lyst ut, men det av ulike årsaker ikke har skjedd en tildeling. I slike tilfeller kan det vurderes å tildele hjemmel til en som har søkt på den tidligere utlyste hjemmelen. Her vil kravet til at hjemmelen er offentlig kjent være ivaretatt.

Ved anmodninger fra RHF om uttalelse etter bestemmelsen, vil normalt lokale PSLs tillitsvalgte bli bedt om å uttale seg til Legeforeningen om anmodningen fra RHF. Det er verdt å merke seg at fratredende leges rettigheter etter § 11.1 annet ledd (m.fl) fortsatt kan gjøres gjeldende. Fratredende lege vil således fremdeles ha et krav om vederlag i behold.

5.3

RHF fastsetter hvem som tilbys avtalehjemmel.

Hjemmelen skal tilbys søkeren som er best kvalifisert (kvalifikasjonsprinsippet). Det skal legges vekt på saklige kriterier. Med saklige kriterier menes bl.a. faglig kompetanse og erfaring, samarbeidsevner, personlig egnethet og evne til å drive selvstendig virksomhet.

Legeforeningen skal være representert i intervjuet av innstilte søkere. RHF skal ved utvelgelse av søkere til intervju også legge vekt på erfaring tilegnet før godkjent spesialitet.

Uttalelse fra Legeforeningen skal innhentes og tillegges vekt, før RHF fatter sin beslutning. Tildeling av hjemmel skal begrunnes.

Ved tildeling av hjemmel lokalisert til gruppepraksis skal disse legenes uttalelse tillegges stor vekt, såfremt det er lagt vekt på saklige kriterier, jf. annet ledd. Representant for gruppepraksisen skal inviteres til å delta i intervjuer av aktuelle kandidater. Det samme gjelder ved tildeling av hjemmel etter § 12 om senioravtale.

Kommentar:

Første ledd: Det er RHF som tildeler avtalehjemmel. Tildeling av avtalehjemmelen er et enkeltvedtak etter forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav b, jf rammeavtalen § 5.5 der dette

presiseres. Dette innebærer at saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven kapittel IV–VI må følges. Loven stiller krav til utredning av saken, begrunnelse og underretning om vedtaket. Søkerne til hjemmelen er part i saken, og har dermed en rekke rettigheter som f. eks rett til innsyn, rett til uttalelse, rett til begrunnelsen og klageadgang, se forvaltningsloven kapittel IV.

Annet ledd: Avtalehjemmelen skal tildeles den som er best kvalifisert. Ordlyden i bestemmelsen er endret, blant annet er begrepet "kvalifikasjonsprinsippet" tatt inn. Dette innebærer ingen reelle endringer i hvordan tildeling og vurdering av søkerne skal foretas. Det presiseres hvilke kriterier det er saklig å legge vekt på i henhold til kvalifikasjonsprinsippet: faglig kompetanse og erfaring, samarbeidsevner, personlig egnethet og evne til å drive selvstendig virksomhet. Hovedformålet i en tildelingssak er å finne frem til den søkeren som etter en helhetsvurdering må anses som best kvalifisert.

RHF må foreta en kvalifikasjonsvurdering av samtlige aktuelle søkere i henhold til kvalifikasjonsprinsippet. Kvalifikasjonsprinsippet («det ulovfestede kvalifikasjonsprinsippet») er basert på den alminnelige saklighetsnorm som gjelder ved ansettelser og som her: tildelinger. Prinsippet er slått fast både i rettspraksis, forvaltningspraksis, ombudsmannspraksis og juridisk teori. Sivilombudsmannen har trukket frem dette prinsippet som et grunnleggende utgangspunkt ved sin behandling av klager over tilsettings- og tildelingsvedtak.

Ved kvalifikasjonsvurderingen må det tas utgangspunkt i de kvalifikasjonskravene som er fastsatt i utlysningsteksten. For øvrig vil sentrale momenter være utdanning, praksis og personlig skikkethet.

RHF skal foreta en sammenlignende vurdering av samtlige søkeres utdanning, yrkeserfaring og personlig skikkethet for å finne frem til den av søkerne som er best kvalifisert. Det er i vurderingen viktig å se hen til hvilke krav til utdanning, yrkeserfaring mv. utlysningsteksten oppstiller. Disse krav danner grunnlaget for vurderingen av hvilken søker som er best kvalifisert. Det er egnet til å svekke tilliten til en tildeling dersom RHF ser bort fra de betingelser som er angitt i utlysningsteksten.

Det er i kvalifikasjonsvurderingen ikke nok å konstatere hvem av søkerne som er kvalifisert for stillingen. Dersom en søker anses for å være best kvalifisert, kan vedkommende ikke forbigås med den begrunnelse at vedkommende er for godt kvalifisert.

Legeforeningen er opptatt av at personlig skikkethet er en viktig vurderingsfaktor i kvalifikasjonsvurderingen. Formelle kvalifikasjoner som utdanning og yrkeserfaring er viktig, men søkeren skal også vise seg personlig skikket til å arbeide i avtalepraksis. Sivilombudsmannen har i flere uttalelser gitt uttrykk for at dersom det skal legges avgjørende vekt på personlige egenskaper forutsettes det at tildelingsmyndigheten har tilstrekkelig kunnskap til å vurdere alle de aktuelle søkeres personlige skikkethet. Dette kan skje gjennom intervju, tester eller referanser. I mange tilfeller har også aktuelle søkere på en stilling tidligere vært ansatt i et vikariat, slik at erfaringer fra dette også tillegges vekt.

Det er presisert i bestemmelsen at evne til å drive selvstendig virksomhet er et saklig kriterie. Å drive en spesialistpraksis som selvstendig næringsdrivende krever kunnskap og kompetanse som skal vurderes og vektlegges i kvalifikasjonsvurderingen da denne kompetansen er viktig for å kunne drive en god virksomhet som leverer tjenester av høy kvalitet.

Tredje ledd: Bestemmelsens siste setning presiserer at RHF skal vektlegge erfaring fra før

godkjent spesialitet ved utvelgelse av søkere til intervju.

Fjerde ledd: Uttalelse fra Legeforeningen skal innhentes og tillegges vekt.

Det er presisert at tildelingen skal begrunnes. Begrunningsplikt følger allerede av at tildeling er et enkeltvedtak etter forvaltningsloven § 2, se over. Krav til begrunnelsens innhold fremgår av forvaltningsloven § 25. I tildelingsvedtaket skal det blant annet i nødvendig utstrekning redegjøres for de reglene avgjørelsen bygger på og det faktum som er lagt til grunn. Kravene til et vedtaks begrunnelse øker jo mer inngripende vedtaket er for parten, og hvor stor betydning det har for parten. Ved vurderingen av hvilke krav som må stilles til et vedtaks begrunnelse, skal det også tas hensyn til RHF's ressurser og arbeidsmengde. Et grunnkrav er likevel at begrunnelsen må gi tilfredsstillende opplysning til at legen kan forstå egen rettsstilling, og ta stilling til de avgjørende faktiske og rettslige premisser som ligger til grunn for vedtaket.

Femte ledd: Selv om det er RHF som skal fatte vedtak, skal leger i en gruppepraksis få anledning til å uttale seg ved tildeling av en hjemmel i praksisen. Det samme gjelder ved tildeling av senioravtale. Ved tildeling av senioravtale vil samarbeid mellom legene være særlig viktig, og senior gis tilsvarende rett som leger i gruppepraksis.

Bestemmelsen må etter Legeforeningens vurdering forstås slik at RHF skal informere leger i gruppepraksis/senior om hvem som har søkt, slik at de kan ha påvirkning på hvem som blir tatt ut til intervju. Det følger klart av bestemmelsen at en representant for gruppepraksisen skal inviteres til å delta i intervju av aktuelle kandidater. Deres uttalelse skal tilleggs stor vekt.

Dette innebærer etter Legeforeningens oppfatning at det skal en del til for at RHF skal tildele hjemmelen til en annen enn den som er ønsket fra gruppepraksisen/senior, så lenge gruppepraksisens kandidat er kvalifisert og at gruppepraksisens/seniors valg er basert på saklige kriterier, se over.

Gruppepraksisen/senior vil ha rettslig klageinteresse etter forvaltningsloven § 28, og kan påklage RHF's vedtak om tildeling.

5.4

Individuell avtale inngås snarest mulig, og innen legen starter i avtalepraksis.

Ved inngåelse av individuell avtale kan det avtales hvilke faglige virkeområder og oppgaver som skal løses innenfor praksisen, ref. utlysning. Dette skal være knyttet til nasjonale og/eller regionale mål og prioriteringer. Klasseplassering og åpningstid mv. skal også reguleres.

Dersom RHF tilbud om individuell avtale ikke er skriftlig akseptert innen 1 måned etter at tilbud ble mottatt, kan tilbudet bortfalle.

Kommentar:

Det presiseres i første avsnitt at individuell avtale skal være inngått før oppstart i praksis. Avtalen er grunnlaget for retten til å arbeide som avtalespesialist, og ha refusjonsrett.

Partene har laget en avtalemal som brukes ved inngåelse av individuell avtale. Den må tilpasses det enkelte tilfelle, og som det følger av annet avsnitt kan i det i avtalen reguleres særskilt hvilket fagområde legen i hovedsak skal arbeide innenfor. Det bør være enighet om dette, og dersom RHF har behov for en praksis med en bestemt profil bør dette fremgå av

utlysningen. Legen kan da, etter en helhetsvurdering av tilbudet fra RHF, velge å akseptere eller takke nei til avtalen (hjemmelen).

Nasjonale eller regionale mål og prioriteringer bør være førende dersom RHF ønsker en slik særskilt profil på virksomheten. I praksis er denne for eksempel brukt hvor RHF mente at det var overkapasitet på cataract-kirurgi.

Merk at for eksisterende hjemler er hovedregelen at avtalen skal videreføres, og for at retten til overdragelse skal være i behold må det innebære at det ikke kan gjøres vesentlige endringer i praksisprofilen med mindre fratredende lege er enig. Dersom endring i praksisprofil er så vesentlig at det innebærer en omdisponering av hjemmelen, vil fratredende lege ha krav om kompensasjon etter reglene i § 11.2.

5.5

Partene er enige om at tildeling og oppsigelse er å anse som enkeltvedtak i henhold til forvaltningsloven.

Kommentar:

Bestemmelsen er egentlig unødvendig, da disse vedtakene uansett ville vært regnet som enkeltvedtak i forvaltningslovens forstand, med krav til saksbehandling og materielt innhold.

Legeforeningen mener omdisponering etter § 11.2 også er et enkeltvedtak i forvaltningslovens forstand, men dette er RHFene uenig i. Legeforeningens forståelse fremkommer i ensidig protokolltilførsel fra Legeforeningen av 3. november 2015. Se kommentarer under § 11.2 for nærmere begrunnelse.

§ 6 Lokalisering og flytting

6.1

RHF fastsetter lokalisering av ny hjemmel. Dersom nyopprettet hjemmel skal tilknyttes eksisterende praksis skal dette avtales med praksisinnhaver(ne) og fremgå av utlysningen. Ved uenighet om vilkår for inntreden i praksis, skal reglene om Nasjonal nemnd gjelde tilsvarende.

Eksisterende avtale hjemmel skal ved videreføring som hovedregel lyses ut med eksisterende lokalisering og innenfor samme spesialitet.

Partene har en felles intensjon om at avtalespesialistene organiserer seg i gruppepraksiser der dette er mulig og hensiktsmessig.

Kommentar:

Første ledd: Ved tildeling av ny avtalehjemmel fastsetter RHF hvor avtalepraksis skal ligge. RHF vil som regel ikke angi det geografiske området nærmere enn at praksisen skal drives i en navngitt by eller sted. I større byer, hender det at RHF angir bydel. Dette må anses å ligge innenfor RHF's myndighet ved tildeling av hjemmel, se for øvrig kommentarer til annet ledd.

Det kan ofte være ønskelig at ny hjemmel plasseres i en eksisterende praksis. I slike tilfeller skal det på forhånd være avtalt med eksisterende praksisinnhaver(e), samt fremgå klart av utlysningen. Der det er flere praksiser som ønsker en ny hjemmel, må RHF foreta en vurdering og avgjøre plasseringen.

Eksisterende praksisinnhaver(e) skal delta i tildelingsprosessen jf § 5.3 siste ledd.

Der hvor RHF har besluttet plassering i en bestemt praksis, bør det i utlysningsteksten stå at partene (ny hjemmelshaver og praksisinnhavere) ved uenighet om vilkår for inntreden i praksis, skal løse spørsmålet om dette gjennom bruk av Nasjonal nemd.

Annet ledd: Hovedregelen er at eksisterende praksis skal utlyses med eksisterende lokasjon. Dette er helt nødvendig for at overdragelsesordningen skal fungere – noe som igjen er en forutsetning for at det foretas investeringer i ofte utstyrskrevede praksiser.

Tredje ledd: Partene har en felles intensjon om at avtalespesialistene organiserer seg i gruppepraksis. Dette gjelder imidlertid kun der dette er mulig og hensiktsmessig. RHF kan ikke pålegge legen å etablere seg i en gruppepraksis. Dette henger sammen med første ledd som er uttrykk for at frivillighet oftest gir best grunnlag for godt samarbeid.

6.2

Ved tildeling av avtalehjemler kan RHF bl.a. sette som vilkår at praksisen skal drives fra flere enn ett kontor/kontorsted (utekontor).

Etablering av utekontor etter tildeling må avtales mellom RHF og legen.

RHF dekker alle merkostnader knyttet til etablering og drift av utekontor.

Kommentar:

Denne bestemmelsen antas å være mest aktuelt i regioner med få avtalespesialister, og store avstander. For å dekke regionens behov for spesialisthelsetjenester kan det være hensiktsmessig med etablering av et utekontor. Den aktuelle avtalespesialist vil dermed ha to lokasjoner å drive sin praksis fra. Fordelingen av dager bør fremgå av utlysningen, eller avtales mellom partene.

I de tilfeller der RHF setter som vilkår at praksisen skal drives fra flere kontorsteder, eller det er avtalt etablering av utekontor etter tildeling, skal RHF dekke alle merkostnader til både etablering og drift.

Det må avtales i hvert enkelt tilfelle hvordan kostnadene skal dekkes. En slik ordning skal ikke påvirke størrelsen på driftstilskuddet.

6.3

Praksisen skal drives fra velegnede lokaler og være tilrettelagt og tilgjengelig for forflytningshemmede. Dersom lokalene ikke anses tilfredsstillende skal legen presentere en plan for hvordan kravene skal oppfylles, under hensyn til ev avvikling av løpende husleieforpliktelser.

Praksisen skal, ved tildeling av ny hjemmel og ved flytting til nye lokaler, drives i lokaler med universell utforming.

Kommentar:

Bestemmelsen inneholder noe ulike krav for etablerte praksiser (regulert i første ledd) og

nytildelinger etter 1.1.2016 (regulert i annet ledd).

Første ledd: For etablerte praksiser følger det av første ledd at det stilles krav til praksisens tilgjengelighet. Det skal være mulig for forflytningshemmede å komme inn i lokalene. Handicappede kan ikke avvises. Om nødvendig må det monteres utstyr, slik som heis, skinner, bæreordninger e.l. for at lokalene skal være tilgjengelige.

Legen bør ved inngåelse av nye husleieavtaler og forlengelse av gjeldende avtaler, være oppmerksom på denne bestemmelsen. Dersom lokalene ikke tilfredsstiller kravet om tilgjengelighet, må legen presentere en plan om hvordan kravet skal implementeres. Dersom kravene ikke kan oppfylles i eksisterende lokaler skal legen imidlertid ha mulighet til å få avvirket løpende husleieforhold, hvilket innebærer at det kan ta tid før kravet om tilgjengelighet oppfylles. I den mellomliggende periode må legen forsøke å iverksette hensiktsmessig midlertidige tiltak.

Annet ledd: For nye praksiser må blant annet bestemmelsene i diskriminerings- og tilgjengelighetsloven om universell utforming oppfylles fullt ut.

Vanligvis er det utleier som har ansvar for å stille lokaler som tilfredsstiller leietakers behov til rådighet. Som leietaker må legen derfor være tydelig på virksomhetens behov. Dersom lokalene må bygges om, bør leietakers medvirkning og hvem som har kostnadsansvaret for endringene være avtalt. Det kan være hensiktsmessig å ha med en oppsigelsesklausul dersom kravene til legepraksis endres slik at det er nødvendig å flytte praksisen til andre lokaler.

6.4

Flytting av praksis etter legens ønske kan ikke skje uten RHF samtykke. RHF kan ikke nekte flytting når denne er uten konsekvenser for den geografiske fordeling av spesialister i vedkommende fag.

Kommentar:

Det følger av bestemmelsen at enhver flytting må godkjennes av RHF, og legen må derfor sende søknad om dette. Vilkåret for å nekte flytting er strengt, og i praksis er legens adgang til å flytte ganske vid. RHF kan nekte kun der flytting innen det regionale helseforetaks geografiske område får konsekvenser for den geografiske fordeling av den aktuelle spesialitet. Men unntak kan selvsagt tenkes, RHF har et ansvar tilbudet til befolkningen, og en der avtalespesialisten ivaretar dette behovet innenfor et område kan det være grunnlag for å nekte flytting. RHF må begrunne avslag dersom flytting nektes.

At lokalisering er angitt ved tildeling av hjemmelen, og fremgår av den individuelle avtalen er ikke til hinder for at legen kan velge å etablere seg et annet sted senere dersom vilkårene for flytting er oppfylt.

6.5

Ved flytting etter RHF ønske, se § 11.2 og 11.3

Kommentar:

Dersom det er RHF som krever flytting av en avtalehjemmel, vil RHF's forpliktelser etter § 11.1 og § 11.2 komme til anvendelse. Det betyr normalt at RHF vil ha plikt til å betale kompensasjon der det oppstår et tap for legen på grunn av pålegget. Ved flytting er det derfor

viktig at det er klarlagt hvem av partene - legen eller RHF - som ønsker/krever flytting.

§ 7 Opplæring, kunnskaps- og kompetanseutvikling

7.1

Legen er ansvarlig for å overholde de krav til faglig oppdatering av egne og ansattes kunnskaper, som følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-10.

RHF skal legge til rette for godt faglig samarbeid mellom avtalespesialistene og Helseforetakene(HF), herunder også andre relevante institusjoner som bidrar til å oppfylle RHF sørge-for ansvar.

Kommentar:

Partene er opptatt av et godt faglig samarbeid mellom avtalespesialisten og HF/relevante institusjoner, jf kommentar under § 7.2.

7.2

RHF vil gjennom HF legge til rette for at legen gis tilgang til faglige bibliotek tjenester på lik linje med egne ansatte, samt mulighet til å delta i opplæringsvirksomhet så som kurs, seminarer o.l.

Kommentar:

Bestemmelsen er tydeliggjort slik at viktigheten av at avtalespesialistene skal kunne benytte seg av HFens bibliotek tjenester på lik linje med helseforetakets ansatte.

Partene anser at muligheten for avtalespesialisten til å delta i HF's opplæringsvirksomhet og få tilgang til bibliotekløsningene, både er et bidrag til å styrke samhandlingen og gir en god arena for faglig utvikling.

7.3

Partene skal samarbeide om å legge forholdene til rette for at legen kan drive opplæring og veiledning av studenter, fastleger og annet helsepersonell i egen praksis. Slike ordninger skal, når de er avtalt, tas inn i den individuelle avtalen.

Der legen bidrar i opplæring på vegne av et HF, skal honorar avtales mellom legen og HF.

Kommentar:

Bestemmelsen forplikter partene til å tilrettelegge slik at avtalespesialister kan bidra i opplæringsvirksomhet, jf også § 7.4. Stadig flere undersøkelser og behandlinger gjennomføres i avtalepraksis, og opplæring her vil få større betydning i kommende avtaleperiode.

Før slik opplæring påbegynnes, bør partene bli enige om en avtale som regulerer rettigheter og plikter for begge parter. Bestemmelsen presiserer at det er HF som skal honorere opplæring der dette skjer på vegne av HFet.

7.4

Partene skal arbeide for avtaleregulering av at deler av spesialistutdanning skjer i avtalepraksis.

Kommentar:

Bestemmelsen forplikter partene til å jobbe for at deler av spesialistutdanningen skal skje i avtalepraksis. Det er i protokoll av 3. november 2015 fastsatt at partene er enige om å følge opp arbeidet med utdanning i avtalepraksis og at mandat og fremdrift avtales nærmere.

Formålet med bestemmelsen er å komplimentere spesialistutdanning i sykehus ved å gi LIS leger erfaring i utredning og behandling av pasienttilfeller som nå i stor grad håndteres i avtalepraksis.

§ 8 Krav til IKT og rapportering**8.1 IKT**

Legen skal installere og bruke elektroniske systemer (for pasientdata/pasientadministrasjon) i sin praksis i henhold til forskrift om IKT standarder i helse- og omsorgstjenesten.

Avtalespesialisten er forpliktet til å oppfylle de minstekrav til IKT, som følger av Statsavtalens punkt 5.1. Unntak fra kravene er regulert i forskrift om unntak fra pålegg om innsending av krav om direkte økonomisk oppgjør elektronisk over linje av 7. desember 2009 nr 1746.

Legen skal ta i bruk systemer som gjør det mulig å samhandle med andre helseaktører elektronisk, herunder mottak og sending av epikriser, henvisninger og kliniske analyser i pasientbehandlingen, mv.

Kommentar:

Forskrift om IKT standarder i helse- og omsorgstjenesten trådte i kraft 1. september 2015, og det stilles her krav til at behandlingsrettede helseregistre (dvs pasientjournaler) føres elektronisk. Det stilles videre en rekke detaljerte krav til programvare for meldingsutveksling. Legen er i praksis henvist til å stille krav til egen leverandør om at journalsystemet skal være i overensstemmelse med forskriftskravene.

Det henvises videre til [statsavtalens](#) bestemmelser om IKT. Av nevnte avtale fremgår at alle legekantor skal ha et elektronisk pasientjournalsystem som skal støtte sending og mottak av elektroniske meldinger; alle legekantor skal være tilknyttet Norsk Helsenett, alle legekantor skal ha digitale sertifikat for kryptering og signering av meldinger (PKI) og alle legekantor skal oppfylle [Norm for informasjonssikkerhet i Helsesektoren](#) ("Normen"). Sistnevnte dokument er et omforent sett av de krav som gjennom lovverket er stilt til informasjonssikkerhet. I tillegg til at Normen gir en oversikt over relevante krav, finner man her også en veileder for legekantor samt en rekke såkalte faktaark som er ment å gi praktiske anvisninger på ulike problemstillinger.

De sentrale partene har inngått en protokoll av 3. november 2015. Første punkt i protokollen fastslår at legene skal bidra med kvalitetsregistrering, i størst mulig grad på lik linje med den rapportering som skjer i sykehus. En innføring av registreringsplikt forutsetter en utvikling av de elektroniske systemene, blant annet slik at det kan skje automatiske uttrekk av kvalitetsdata. En partssammensatt arbeidsgruppe skal i fellesskap se på mulige løsninger for dette.

8.2 Rapportering

Formålet med rapportering er å ivareta behovet for oversikt over behandlingsaktivitet i

spesialisthelsetjenesten, for å dokumentere at offentlige midler brukes i samsvar med angitte mål, rammer og prioriteringer for helsetjenesten.

Legen skal sende inn opplysninger til NPR i henhold til de rutiner og tidsfrister som til enhver tid er fastsatt i lov eller forskrift.

RHF kan innhente opplysninger fra avtalespesialisten og HELFO for oversikt over aktivitet i praksis som gjør det mulig for RHF å vurdere, kontrollere og planlegge mv. den samlede spesialisthelsetjenesten.

RHF skal gi legene tilbakemeldinger av god kvalitet på egne data, og skal utarbeide og gjøre tilgjengelig datagrunnlag både for den enkelte spesialitet og for offentlige poliklinikker og privat virksomhet.

Kommentar:

Bestemmelsen ivaretar behovene til å kunne følge aktiviteten i avtalepraksis. Dette er viktig både for den overordnede planleggingen av den totale behandlingsskapasiteten i det geografiske området, men også i oppfølgingen av den enkelte avtalespesialist. Bestemmelsen presiserer RHF's plikt til å gi tilbakemeldinger på dataene legene rapporterer.

Avtalespesialistene rapporterer i dag mange av de samme dataene både til HELFO og NPR. Partene har som intensjon at denne rapporteringen i større grad skal samordnes slik at dobbelrapportering unngås. Dette arbeidet er satt i gang i Helsedirektoratet.

§ 9 Driftstilskudd

9.1

Driftstilskuddsklasse bestemmes etter kriteriene i den til enhver tid gjeldende statsavtale om basistilskudd for allmennleger, driftstilskudd for spesialister og takster for leger og av avtalen mellom legen og RHF. Legen skal ved fastlegging av klasse dokumentere sine kostnader til driften, bl.a. lokaler, teknisk utstyr og hjelpepersonell.

Kommentar:

Se kommentarer til § 3.2. Det presiseres at det er en rettslig forpliktelse til å utbetale driftstilskudd i henhold til bestemmelsene i statsavtalen. Det kostandene for drift av den aktuelle praksis som er avgjørende for hvilken driftstilskuddsklasse man blir plassert i.

Dårlig økonomi i RHF kan ikke begrunne plassering i en lavere driftsklasse enn det kostnadene i praksis skulle tilsi.

9.2

Fullt driftstilskudd forutsetter gjennomsnittlig 37,5 timer per uke i minst 44 uker per år (1650 timer) med behandlende virksomhet inkludert administrasjon av praksis, jfr. pkt. 4.1. Til fradrag går bevegelige helligdager. RHF kan samtykke i at tid i praksis fravikes i enkelte år, dersom særlige grunner foreligger.

Legen skal uten ugrunnet opphold gi skriftlig melding til RHF dersom vilkåret for fullt driftstilskudd etter første ledd (1650) ikke oppfylles. Slikt fravær medfører forholdsmessig trekk i driftstilskudd.

Dersom produksjonen på årsbasis ligger 20 % eller mer under de avtalte normtall plikter legene å redegjøre for dette. Dersom legen ikke kan gi en tilfredsstillende forklaring på hvorfor aktiviteten ligger under nedre norm, kan RHF redusere driftstilskuddet tilsvarende.

Kommentar:

Bestemmelsen angir hva som anses som en full praksis, dvs hva som gir grunnlag for 100 % driftsavtale. Legen har en plikt til å arbeide i 37.5 timer i uken, det inkluderer også administrasjon, slik at åpningstiden dermed kan variere. Praksisen skal i tillegg være åpen i 44 uker i året, og samlet timetall skal minst være 1650. Dette er for å sikre tilgjengelighet til avtalespesialisten og drift i praksisen. Legen skal varsle om man ikke oppfyller vilkåret, og driftstilskuddet reduseres tilsvarende. Legeforeningen legger til grunn at varslingsplikten ikke trer inn ved marginale avvik.

I tillegg til tid i praksisen, er normtall også et mål på aktiviteten i praksis. Normtallene er satt av partene i felleskap, og angir det antall konsultasjoner partene mener hver enkelt spesialitet bør ha i en fulltidshjemmel. Tallet reduseres forholdsmessig i deltidshjemler. Dersom antallet konsultasjoner på årsbasis ligger 20 % eller mer under normtallet, skal legen redegjøre for dette. Det er ingen automatikk i at driftstilskuddet reduseres, men RHF har mulighet til det dersom legen ikke har en tilfredsstillende forklaring på avviket. Årlige variasjoner innenfor rimelige avvik må aksepteres, og nedgang av årsaker som sykdom eller planlagt fravær kan ikke være grunnlag for reduksjon i driftstilskuddet etter denne bestemmelsen.

9.3

Driftstilskudd skal, med mindre annet avtales, utbetales med 1/12 hver måned. Avtalespesialistene oppgir kontonummer som driftstilskuddet skal innbetales til.

Kommentar:

Utgangspunktet etter denne bestemmelsen er at RHF skal betale driftstilskuddet direkte og uoppfordret med 1/12 hver måned til det kontonummer avtalespesialisten oppgir. Avvik fra dette skal avtales. Det vil si at dersom RHF f.eks ønsker at utbetalingen skjer etter faktura fra legen, skal dette avtales. Slik avtale kan inngås mellom RHF og Legeforeningen sentralt, eller lokalt.

9.4

Driftstilskudd etter ovenstående regler forutsetter at legen bærer alle kostnader ved praksisen.

Kommentar:

Den klare hovedregel er at avtalespesialister driver sin praksis fullt ut for egen regning og risiko. Dersom det likevel inngås avtaler om at RHF skal subsidiere driften ved å stille driftsutstyr, lokaler, hjelpepersonell m.v. til disposisjon, åpner bestemmelsen for å drøfte mulig reduksjon eller bortfall av driftstilskuddet. Fradrag i driftstilskuddet kan kun gjøres så langt subsidieringen strekker.

Det presiseres at RHF dekker kostnader til drift av utekontor der dette er avtalt etter § 6.2 uten trekk i driftstilskudd.

9.5

Legen kan ikke kreve egenandeler ut over det som følger av de til enhver tid gjeldende regler. Pasienter skal orienteres om egenandelene ved synlig oppslag i praksislokalene.

Kommentar:

For undersøkelse og behandling som dekkes av normaltariffen/refusjonsforskriften er det ikke anledning til å kreve pasientbetaling ut over vedtatte egenandeler. Oppgaver som ikke omfattes av normaltariffen, slik som erklæringer og sakkyndigarbeid, kan legen ta betalt for. Legen skal informere om priser ved oppslag i venteværelse el.

Fra tid til annen arbeider legen både innenfor og utenfor refusjonssystemet (helprivat). Dette er ikke regulert i rammeavtalen, men det er en forutsetning at det er et tydelig skille mellom de virksomhetene, og at pasientene blir gjort oppmerksom på skillet og ulik prising. Dette gjelder også der avtalespesialister er lokalisert sammen med spesialister som driver helprivat virksomhet.

Det er viktig at det er et skille som blir tydelig for RHF og pasienter, slik at det ikke fremstår som sammenblanding av virksomheter. Det bør likevel ikke være unødvendige hindringer for hvordan legen kan bruke sin fritid, lokaler og utstyr så lenge de ovennevnte hensyn er ivarettatt. For eksempel bør det være atskilte virksomheter, regnskap og lokaler/egne fasiliteter som tydelig skiller praksisene. Egen inngangsdør er et av flere tiltak som bør vurderes hvor praksisen drives i samme bygg.

Legeforeningen er kjent med at der er utarbeidet retningslinjer av enkelte RHF. Dette kan være nyttig, men det er likevel viktig at det foretas en konkret helhetsvurdering i hver enkelt sak. Det viktigste er at praksisdriften er organisert slik at pasientene ikke blir forvirret mht om tjenesten som tilbys er innenfor eller utenfor den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten.

9.6

Fravær skal meddeles RHF, herunder ferie.

Rettighetsbasert fravær og rett til inntak av vikar

Legen har rett til fravær under sykdom. Driftstilskuddet utbetales uendret ved sykdom sammenhengende inntil 16 kalenderdager.

Dette gjelder også fravær pga. sykdom hos barn under 12 år og barn under 16 år dersom det foreligger kronisk sykdom eller funksjonshemninger, inntil 10 dager pr. kalenderår. Dersom omsorgen gjelder mer enn to barn utvides antall dager uten trekk i godtgjørelsen til 15 dager, og til 20 dager hvis barnet er funksjonshemmet eller kronisk syk.

Legen har rett til fravær i til sammen 52 uker på grunn av fødsel og svangerskap samt adopsjon, jfr. folketrygdens regler. Det utbetales ikke driftstilskudd for fraværet etter dette ledd som overstiger 16 kalenderdager i et kalenderår, med mindre legen har vikar som ivaretar hennes plikter i henhold til avtalen under fraværet.

Fedre har i barnets første leveår rett til fravær i forbindelse med fødsel tilsvarende rettigheter til fravær som arbeidstakere har. Når legen stiller vikar, gjøres det ikke fradrag i driftstilskuddet. Fedre har uansett rett til fravær i 14 dager i forbindelse med fødsel selv om vikar ikke skaffes, uten avkortning i driftstilskudd. Legen har rett til fravær på grunn av militære repetisjonsøvelser eller andre pliktige kurs eller øvelser. Såfremt legen stiller vikar, gjøres det ikke fradrag i driftstilskuddet.

Lege med tillitsverv har rett til nødvendig fravær for utøvelsen av tillitsvervet relatert til

avtalepraksis. Det gjøres ikke fradrag i driftstilskuddet for disse dagene. For fravær utover 15 dager kreves det likevel for opprettholdelse av fullt driftstilskudd at tillitsvalgte enten får samtykke fra RHF, skaffer vikar eller kan sannsynliggjøre at tiden den tillitsvalgte har fravær kompenseres ved tilleggsarbeid.

Legen har rett til fravær for faglig oppdatering, forskning mv. Forutsetningen er at legen har vært i praksis i minst 5 år, noe som gir rett til fravær i inntil 6 måneder. En forutsetning for fravær etter denne bestemmelse er at legen skaffer en vikar. Denne retten opparbeides på ny ved ny opptjeningsstid. Ved søknad om permisjon og godkjenning av vikar skal det foreligge plan for den faglige oppdatering. Rapport oversendes RHF etter endt permisjon.

Samtykkebasert fravær og rett til å ta inn vikar

Annet fravær enn det som følger av dette punkt krever RHF samtykke. Ved samtykke til fravær har legen en rett til å innta vikar.

Saksbehandlingsregler

Bruk av vikar meddeles skriftlig til RHF med angivelse av begrunnelse. Det forutsettes at vikarens eventuelle hovedarbeidsgiver på forhånd har gitt samtykke til at ansatte kan vikariere i privat praksis, før melding om inntak av vikar sendes RHF. Samtykket fra vikarens hovedarbeidsgiver legges ved meldingen. RHF kan nekte bruk av vikar der det foreligger saklig grunn. Avslag skal begrunnes.

Inntak av vikar forutsetter at hjemmelsinnehaver og vikar ikke arbeider samtidig med pasientrettet virksomhet i praksisen.

Ved inntak av vikar som ivaretar legens oppgaver i henhold til denne avtale, stanses ikke driftstilskuddet.

Kommentar:

Alt fravær skal meldes til RHF. I bestemmelsen er det delt opp i rettighetsbasert fravær og fravær som krever samtykke fra RHF. De tilfellene hvor legen har rett til fravær er regulert i 9.6 annet til sjettede ledd. Der hvor legen har rett til fravær har legen også rett til inntak av vikar. Det forutsettes at vikaren innehar den aktuelle spesialitet, og ellers er kvalifisert for jobben.

Utover disse fraværgrunnene, må legen ha et samtykke til fravær fra RHFet. Utgangspunktet er at avtalespesialisten har plikt til å arbeide i praksis iht til den individuelle avtalen. Legeforeningen er imidlertid opptatt av at det også i tilfeller utenom det rettighetsbaserte, bør være anledning til et visst fravær i praksis. RHF bør se hen til de rettigheter leger i sykehus har til permisjoner og f.eks mulighet for faglig oppdatering og fordypning etc. I de tilfellene legen får samtykke til fravær, har legen også rett til å ta inn vikar.

Fravær som følge av ferie, kurs osv, er regulert i 9.2 og gir ikke rett til inntak av vikar. Et inntak av vikar krever da samtykke fra RHF.

Bruk av vikar skal erstatte fravær i praksis, og kan ikke benyttes for å øke aktivitet i praksis og/eller redusere ventetid for pasienter. Vikar og avtalespesialist kan derfor ikke jobbe samtidig i praksis.

9.7

Dersom legen på grunn av alvorlig sykdom uten forvarsel eller død blir ute av stand til å ivareta driftsavtalen og praksisen, kan gruppepraksis midlertidig overta ansvaret for praksisen, herunder motta driftstilskuddet. Der dette ikke er mulig/ønskelig kan det inntas vikar i praksisen. RHF skal så langt som mulig bistå med å skaffe vikar.

Ved dødsfall overtar ikke boet den individuelle avtalen.

Ved dødsfall kan dødsboet i samarbeid med RHF videreføre praksis ved inntak av kvalifisert vikar inntil driftsavtalen er tildelt en ny lege eller RHF fatter beslutning i henhold til punkt 11.2. Driftstilskuddet tilfaller i slike tilfeller vikaren.

Kommentar:

Bestemmelsen er ny, og er ment å sikre at en praksis ivaretas der legen enten er død eller alvorlig syk. Driftsavtalen vil i slike tilfeller som regel sies opp eller bortfalle, men inntil ny lege overtar avtalen, vil det være ønskelig at praksisen holdes i gang.

Dersom praksisen ligger i en gruppepraksis, gir bestemmelsen de øvrige legene rett, men ikke plikt, til å drive praksisen videre. Driftstilskuddet betales da ut til den eller de som påtar seg ansvaret. Der dette ikke er mulig eller ønskelig gir bestemmelsen legen eller dennes arvinger/dødsbo rett til å ta inn vikar. RHF skal så langt som mulig bistå med å skaffe vikar. Det presiseres at dødsboet ikke overtar hjemmelen, men forvalter praksisen inntil hjemmelen er tildelt ny lege.

§ 10 Varighet og oppsigelse av individuelle avtaler om spesialistpraksis

10.1

Individuell avtale om spesialistpraksis skal som hovedregel inngås uten tidsbegrensning.

Kommentar:

Hovedregelen etter rammeavtalen er at individuell avtale, dvs driftsavtale, skal inngås uten tidsbegrensning. Opphør av avtalen skjer enten ved aldersgrense, eller dersom en av partene sier opp avtalen iht reglene i 10.5. Dette er en viktig forutsetning for avtalespesialistordningen slik den er i dag med næringsdrivende leger som driver egen virksomhet. Forutsigbarhet og kontinuitet er nødvendig for at utvikling av gode praksiser med høyt faglig nivå, investeringer i moderne utstyr og dyktig hjelpepersonell.

Bestemmelsen legger visse begrensninger i RHF's mulighet til å disponere over eksisterende hjemler, og inngåtte avtaler. Rammeavtalen ivaretar likevel behovet for fleksibilitet ved at avtalespesialisten må forholde seg til de planer og mål RHF har for ordningen i regionen. Videre er det visse muligheter for omdisponering ved oppsigelse av avtalehjemmelen.

10.2

Dersom det foreligger et særskilt, midlertidig behov kan det inngås tidsbegrenset avtale. Tidsbegrensede avtaler skal ha en varighet på minimum 3 år. Varigheten skal framgå av kunngjøringen. Etter avtalen har fungert i ett år skal partene vurdere behovet for midlertidighet.

Slike midlertidige behov kan for eksempel være;

- forsøksordninger med spesialistpraksis i distriktene
- for oppfyllelse av sørge-for-ansvaret ved vesentlige endringer i pasientbehovet av

midlertidig karakter ved avlastning av sykehus ved omlegging av drift eller funksjonsfordeling i eller mellom sykehusene

Løpende avtaler kan ikke gjøres tidsbegrenset.

Kommentar:

§10.2 gir RHF en mulighet til i særlige tilfeller å opprette tidsbegrenset avtale. Dette er en videreføring av tidligere rammeavtale, erfaringen er at bestemmelsen benyttes i liten grad.

Tidsbegrenset avtale skal minst vare i 3 år, og dette skal være avklart og kunngjøres ved utlysningen. Det betyr at man ikke etter tildeling kan gjøre avtalen tidsbegrenset uten at begge parter er enig. Etter at avtalen har vart i ett år skal partene vurdere om de forhold som lå til grunn for tidsbegrensningen fortsatt er aktuelle.

Vilkåret for tidsbegrensning er at det foreligger et midlertidig behov. Bestemmelsen angir tilfeller der det kan foreligger midlertidig behov. Angivelsen er ikke uttømmende. Etablering av prøveordninger har ikke vært mye brukt.

10.3

Individuell avtale uten tidsbegrensning opphører uten forutgående oppsigelse fra noen av partene når legen fyller 72 år. Bestemmelsene i § 11 kommer til anvendelse.

Driftsavtalen kan forlenges midlertidig ut over 72 år etter avtale med RHF.

Kommentar:

Aldersgrensen er hevet fra 70 til 72 år ved seneste avtalerevisjon. Ny aldersgrense gjelder fra 1. 1.2016, og dermed for de som ikke har fylt 70 år i 2015. Partene er enige om at aldersgrensen på 72 år følger direkte av rammeavtalen og at det derfor ikke er nødvendig endring i de individuelle avtalene.

RHFene og Legeforeningen har tidligere vært enige om at det er adgang til å fravike aldersgrensen. Dette er tilfellet også etter gjeldende avtale. Men legene har ingen rett til forlengelse. RHFene kan etter eget skjønn velge å la avtalespesialistene fortsette utover fylte 72 år. Det har i praksis vært gjort i tilfeller hvor det er vanskelig å finne en etterfølger eller at det tar tid før en bestemt etterfølger kan tiltre hjemmel/praksis. Legeforeningen har forstått det slik at RHF praksis med å forlenge driftsavtaler utover aldersgrensen er restriktiv. En slik enighet mellom partene er ikke en dispensasjon fra avtalens bestemmelser, men en tolkning av bestemmelsen ut fra ordlyden, partenes intensjoner og praksis.

10.4

Avtalen opphører uten oppsigelse når legen på grunn av alder eller endelig vedtak av helsepersonellnemnda ikke lenger har nødvendig autorisasjon og/eller spesialistgodkjenning.

Når legens autorisasjon og/eller spesialistgodkjenning er suspendert/tilbakekalt, har RHF rett til å innta kvalifisert vikar i praksisen inntil saken er endelig avgjort av helsemyndighetene (helsetilsynet og evt. helsepersonellnemnda), dersom legen selv ikke ivaretar dette. Bestemmelsene i pkt. 9.3 vedrørende vikar gjelder tilsvarende.

Legeforeningens kommentarer:

Retten til å innta vikar inntil saken er endelig avgjort gjelder til forvaltningssaken er avgjort. Retten i henhold til Rammeavtalen gjelder altså ikke dersom et forvaltningsvedtak skal prøves av retten.

10.5

I avtaleperioden mellom legen og RHF løper en gjensidig oppsigelsesfrist på 6 måneder.

Oppsigelse av avtalen fra det regionale helseforetakets side betinger saklig grunnlag. Som saklig grunn anses bl.a:

- vesentlig brudd på lover, forskrifter og bestemmelser relatert til drift av praksis,
- alvorlige forhold hos legen som er egnet til å svekke tilliten til helsevesenet,
- mislighold av avtaleforholdet,

Begrensninger i autorisasjon og rekvireringsrett i henhold til helsepersonelloven, kan danne grunnlag for oppsigelse når den har vesentlig betydning for oppfyllelse av den individuelle avtalen. Dersom praksisen kan ivaretas midlertidig ved å ta inn kvalifisert vikar, skal dette vurderes.

Ved varig uførhet, kan både RHF og legen kreve at hjemmelens størrelse tilpasses uførhetsgraden (partiell oppsigelse). Slik reduksjon utløser ikke i seg selv krav på godtgjørelse. Ved inntak av ny hjemmelshaver i praksisen gjelder reglene om senioravtale så langt de passer.

Kommentar:

Oppsigelse av en avtalehjemmel krever saklig grunn. Hva som ligger i saklig grunn, må vurderes i hver enkelt sak. Tidligere hadde rammeavtalene en henvisning til arbeidsmiljølovens krav til saklig oppsigelse. Dette ble fjernet i 2005, men det ble inngått følgende protokoll datert 22. desember 2005:

"Begge parter er innforstått med at fjerning av henvisninger til arbeidsmiljøloven ikke er ment å svekke oppsigelsesvernet. Bakgrunnen for endringer i avtalen er å tydeliggjøre at det er et næringsforhold, og ikke et ansettelsesforhold. Dessuten er partene enige om at det i saklighetsvurderingen ikke skal tas sosiale hensyn (foretas interesseavveining) på samme vis som for arbeidstakere."

Henvisningen til sosiale forhold i protokollen var i forhandlingene myntet på betydningen av oppsigelse for ektefeller og barn. I arbeidsforhold kan dette ha en betydning i interesseavveiningen, men her er partene enige om at det ikke skal få betydning på samme vis.

Legeforeningen legger til grunn at protokollen av 22. desember 2005 fortsatt gjelder etter innføring av ny avtale fra 1.1.2016.

Det kan oppstå spørsmål om forholdet mellom retten til å innta vikar iht § 10.4 (ved en tilsynssak) og mulighetene for RHF til å si opp driftsavtalen iht § 10.4 annet ledd. Normalt vil nok RHFene avvente tilsynssaken før det eventuelt blir gitt en oppsigelse der grunnlaget for en oppsigelse er basert på samme forhold som vurderes i tilsynssaken. Retten til å innta vikar kan likevel ikke overstyre RHF's rett til å si opp avtalen iht § 10.4.

Legeforeningen mener at RHF's behov for å sikre geografisk fordeling/bedre dekning for ulike spesialiteter ikke uten videre vil være en saklig grunn for oppsigelse etter bestemmelsen. Som hovedregel bør andre virkemidler for å oppnå dette benyttes før oppsigelse er aktuelt. Det vises til muligheten for å opprette nye hjemler, eller omdisponere hjemler ved oppsigelse.

10.6 Korrigerende tiltak ved avtalebrudd

Ved brudd på bestemmelser i rammeavtalen mellom RHF og Legeforeningen eller individuell avtalen kan RHF be om retting av forholdet. Varsel om retting skal gis skriftlig og begrunnes. Frist for retting av forholdet skal være rimelig. Legen har rett til å uttale seg før et formelt varsel gis. Hver av partene kan kreve et møte om saken.

Dersom legen etter fristens utløp ikke har rettet forholdet, kan RHF gi legen en skriftlig advarsel om at det vil bli iverksatt trekk i driftstilskuddet dersom ikke forholdet rettes uten unødig opphold.

Dersom legen etter advarsel ikke har rettet forholdet uten unødig opphold, kan RHF holde tilbake inntil 20 % av driftstilskuddet hver måned inntil forholdet er rettet.

RHF skal ved sin skjønnsmessige vurdering av om driftstilskuddet skal holdes tilbake legge vekt på avtalebruddets art, omfang, grovhet mv.

Saken skal drøftes mellom RHF og Legeforeningen dersom en av partene krever det.

Ved retting av forholdet utbetales fullt driftstilskudd.

Mislighold som gjentas eller ikke korrigeres, kan medføre oppsigelse med 3 måneders varsel dersom legen tidligere er gitt advarsel fra RHF om det aktuelle forhold.

Kommentar:

Bestemmelsen stiller tydelige krav til en trinnvis prosess dersom RHF har noe å innvende på legens virksomhet. RHF gis med dette styrkede virkemidler til å påse at legen ivaretar sine forpliktelser etter driftsavtalen.

Legen skal varsles og gis anledning til å uttale seg underveis. Legeforeningen kan kobles inn for vurdering av forholdet etter partenes ønske.

Gjeldende bestemmelse fastsetter en modell hvor inntil 20 prosent av det månedlige driftstilskuddet kan holdes tilbake, inntil forholdet er rettet.

Bestemmelsen må forstås slik at det stilles krav til RHF's saksbehandling i slike saker, herunder at pliktbruddet som følges opp etter bestemmelsen er dokumentert.

Det vises til ensidig protokolltilførsel fra Legeforeningen av 3. november 2015 der det heter at Legeforeningen mener at vedtak om trekk i driftstilskudd etter § 10.6 er et enkeltvedtak som medfører at forvaltningslovens bestemmelser i kapittel IV til VI får anvendelse. Det følger av dette at Legeforeningens forståelse er at en avtalespesialist som får tilbakeholdt driftstilskuddet er part i saken og dermed har rett til å klage på vedtaket. Under enhver omstendighet har avtalespesialisten rettslig klageinteresse etter forvaltningsloven § 28 første ledd.

10.7

Ved vesentlig brudd på den individuelle avtalen kan RHF heve den individuelle avtalen med øyeblikkelig virkning. Det skal i vurderingen bl.a. legges vekt på sikkerhet for pasientene i praksisen.

Kommentar:

Kravet til vesentlig mislighold bør være det samme som ved avskjed i arbeidsmiljøloven § 15-14. Praksis etter denne bestemmelsen vil derfor kunne være relevant ved avgjørelsen av om RHF har grunnlag for å heve legens individuelle avtale. Under enhver omstendighet vil kravet til vesentlighet innebære at det skal mye til før avtalen sies opp med øyeblikkelig virkning.

10.8

Under oppsigelsestiden/avvikling av avtalepraksis plikter partene å samarbeide om avviklingen slik at pasienter ikke blir skadelidende i denne perioden.

RHF skal snarest mulig lyse ut hjemmelen.

Hvis utlysning grunnet forhold hos RHF ikke har funnet sted innen 4 måneder etter at oppsigelse fra legen er mottatt, kan legen kreve godtgjørelse etter avtalens pkt. 11.2. Hjemmelen anses da opphørt.

RHF skal ha en fremdriftsplan for saksbehandlingen.

Kommentar:

Bestemmelsen pålegger begge partene å samarbeide om avvikling av praksis. Den pålegger videre RHF å ha en fremdriftsplan for avvikling for å skape forutsigbarhet for avtalespesialisten.

Det er viktig at utlysning skjer raskt, slik at prosessen med å skaffe ny lege i hjemmelen kommer i gang. Oppsigelsestiden er på 6 mnd, og innen den tid bør både utlysning, tildeling og overdragelsesbetingelser være på plass.

Oversittes fristen på 4 mnd, vil det i praksis kunne være for liten tid til å gjennomføre prosessen, og RHF er dermed forpliktet til å kompensere for det tap legen lider som følge av at praksisen ikke kan overdras. Det er ikke noe i veien for at partene likevel setter i gang prosessen også etter at det er gått 4 mnd, men det krever enighet.

§ 11 Virkning av opphør og omdisponering**11.1**

Individuell avtale er personlig og kan ikke overdras. Ved dødsfall overtar ikke boet den individuelle avtalen.

Ved opphør kan fratredende lege/boet kreve overdratt praksis til den lege som overtar hjemmelen.

RHF er ikke en part i det økonomiske oppgjøret mellom fratredende lege/boet og legen som overtar praksisen. Det økonomiske oppgjøret mellom fratredende lege/boet og overtakende part skal ikke skje på en slik måte at RHF tildeling av individuell avtale påvirkes.

Til praksis regnes relevant utstyr og inventar, husleieavtaler og kompensasjon for opparbeidet praksis. Dersom legen har påtatt seg oppdrag utenom avtalepraksis regnes ikke dette som opparbeidet praksis. Ved omdisponering av avtalehjemmel skal det tas hensyn til mulighetene for videreføring av praksis med helt eller delvis samme pasientgrunnlag.

Retten til å kreve økonomisk vederlag for opparbeidet praksis bortfaller dersom fratredende

lege fortsetter sin praksis. Dette innebærer at legen bare kan kreve betaling for de deler av praksisen som er gjenstand for overdragelse.

Overdragelsesbetingelsene avtales mellom fratredende og overtagende lege etter at tilbud om driftsavtale er gitt.

Blir fratredende og overtagende lege ikke enige om overdragelsesbetingelsene innen 4 uker fra tilbud ble gitt, jf. pkt. 5.2, fastsettes denne av nasjonal nemnd oppnevnt av Legeforeningen.

Ved slik uenighet har hver av partene 2 uker til å oversende saken til nemnda. Nemndas avgjørelse skal foreligge innen 4 uker etter at saken er mottatt der, med mindre Legeforeningen og RHF er enige om annen frist i den konkrete sak.

RHF kan beslutte at akseptfristen etter § pkt. 5.4 forlenges der partene er i ferd med å bli enige eller det foreligger andre særlige omstendigheter som tilsier forlenget frist. I slike tilfeller kan nemnd kreves av partene umiddelbart etter at forlenget akseptfrist er utløpt.

Fratredende lege som ikke medvirker til nemndsbehandling, mister rettighetene etter Rammeavtalen for så vidt det gjelder overdragelse av praksis.

Tiltredende lege som ikke medvirker til nemndsbehandling, skal anses for å ha trukket seg for så vidt det gjelder tildelingsprosessen.

Retningslinjer for nemndsbehandling, herunder utgiftsfordeling, utarbeides av Legeforeningen. Utgifter og tilrettelegging ved nemndsbehandling er RHF uvedkommende.

Frist for oppstart avtales mellom legene. Dette skal ikke ha konsekvenser for tidligere avtaleinnehavers rett til oppgjør for inventar, utstyr og godtgjørelse for opparbeidet praksis.

RHF kan, etter tilråding fra Legeforeningen, beslutte oppstartstidspunkt der legene ikke blir enige om dette.

Dersom saken er gjenstand for nemndsbehandling, kan hjemmelshaveren starte i legepraksisen, selv om nemndsavgjørelse ikke foreligger.

Kommentar:

Første ledd: Overdragelse av avtalespesialistpraksis følger et tosporet system. Hjemmelen er et offentlig gode, som forvaltes av RHF, mens avtalen mellom fratredende og tiltredende lege er en privatrettslig prosess, hvor det er opp til partene å avtale pris og andre vilkår for overdragelsen. Bestemmelsen klargjør at hjemmelen i seg selv ikke kan omsettes eller overdras, da den er et offentligrettslig gode. Det er RHF som tildeler hjemmelen til tiltredende lege, og det er legepraksisen som er bygget opp "rundt" hjemmelen som er gjenstand for overdragelse. Ved seneste avtalerevisjon er det presisert at boet ved dødsfall ikke overtar den individuelle avtalen, jf § 9.7.

Annet ledd: Bestemmelsen er en rettighetsbestemmelse for legen og fastsetter fratredende leges rett til å selge sin praksis, og at pris og andre betingelser skal avtales mellom legene. Legeforeningen har medlemmer på begge sider, med motstridende interesser, og er derfor forhindret fra å bistå i forhandlingene for den ene parten.

Tredje ledd: Det er opp til tiltredende og fratredende lege å bli enige om pris og andre vilkår. RHF har ingen rolle i den prosessen. RHF bør imidlertid holdes orientert om prosessen, og gis melding når avtale er på plass med opplysning om når tiltredende lege starter opp arbeidet. RHF bør også eventuelt få beskjed om at saken skal løses i nemnd.

Fjerde ledd: Utgangspunktet er at partene skal komme frem til overdragelsesbetingelsene ved forhandlinger. Vanligvis skjer dette ved at fratredende lege fremmer et krav. I tillegg til utstyr og inventar, og husleieavtaler kan fratredende lege kreve kompensasjon for verdien av opparbeidet praksis. Verdien av opparbeidet praksis («goodwill») fastsettes skjønnsmessig basert på en rekke forhold, sentrale momenter er bl.a. kontinuitet, type praksis (gruppe/solo), kontorrutiner, opplært personell, attraktivitet/beliggenhet, driftsresultat, aktivitet i praksis (herunder stabilitet og vekst), samarbeidsavtaler, systemer i praksisen (f.eks journalsystemer), husleieavtaler og andre leieavtaler. Tiltredende lege kan velge å akseptere, eller fremsette et nytt tilbud. Når fratredende og overtagende lege blir enige om overdragelsen bør betingelsene nedtegnes i en skriftlig avtale. Forslag til overdragelsesavtale finnes på Legeforeningens nettsider.

Der hvor fratredende lege er eier av lokalene, reiser det noen særskilte problemstillinger. Utgangspunktet er at tiltredende lege har plikt til å tre inn i avtaler som løper i praksisen, herunder husleieavtaler. Man kan derimot ikke pålegges å kjøpe fast eiendom (lokalene) i forbindelse kjøp av praksis. I slike tilfeller må det etableres leieavtale til vanlige markedsvilkår. Der hvor slike avtaler ikke er inngått etter markedsmessige forhold, kan det oppstå situasjoner hvor tiltredende lege ikke er forpliktet til å tre inn i disse. Som eksempel kan nevnes et tilfelle hvor det ikke tidligere har foreligget noen husleieavtale mellom huseier og praksisinnhaver, fordi begge er eid av samme person, og praksiseier før inntreden av ny lege lager en husleieavtale hvor leien er kunstig høy og/eller med uforholdsmessig lang bindingstid.

Videre klargjøres det at virksomhet som ikke springer ut av hjemmelsforholdet, ikke er gjenstand for overdragelse. Et eksempel er en øyelege som i tillegg til avtalepraksis også driver nærsyntoperasjoner, eller hudlegen som i tillegg foretar kosmetiske operasjoner. Slik tilleggs virksomhet faller utenfor retten til å overdra sin praksis. Det er imidlertid ikke noe i veien for at også slik virksomhet overtas av tiltredende lege, men det har i så fall ingenting med Rammeavtalens rettigheter og plikter å gjøre. Kjøp av den type virksomhet skjer eventuelt på rent kommersielt grunnlag etter avtale mellom partene.

Det er videre viktig å være klar over at lokalene skal tilfredsstillende kravene i Rammeavtalen (bl.a krav om tilgjengelighet), og lokaler som ikke gjør dette vil redusere praksisens verdi.

Femte ledd: Av bestemmelsen fremgår at retten til å overdra praksis bortfaller dersom praksis videreføres av fratredende lege. Det kan oppstå problemer med å konstatere om praksis videreføres eller ikke der det skjer en delvis videreføring. Typisk vil dette kunne være tilfelle ved overdragelse av psykiatripraksis, hvor fratredende psykiater ønsker å videreføre/avslutte behandling av eksisterende pasienter. Dersom legen fortsetter sin praksis for det alt vesentlige som før, og det således kun for det vesentlige er avtalehjemmelen med RHF som ikke videreføres, vil man i måtte legge til grunn at legens praksis videreføres.

Dette betyr i så fall at den lege RHF tilbyr avtalehjemmelen ikke plikter å yte vederlag til fratredende lege.

Dersom fratredende starter helt ny praksis og/eller viderefører arbeid på sykehus som ansatt,

vil ikke dette anses som en fortsettelse av praksis, og fratredende lege har således krav på vederlag for sin praksis. De vanskelige tilfellene er der hvor noe av gammel virksomhet videreføres i ny virksomhet. Om praksis anses videreført, beror på en helhetsvurdering. I denne vurderingen vil man legge vekt på om virksomhet fortsetter i samme lokaler, om hjelpepersonellet fortsetter, om pasientprofilen er den samme, om behandling av pasienter videreføres osv.

Det minnes om at avtalehjemmelen ikke kan selges.

Sjette ledd: Det skal ikke forekomme forhandlinger om pris før tilbud er gitt en av søkerne. Dette fordi det ikke skal være tiltredende leges betalingsvilje som skal være bestemmende for tildelingen av avtalen. Det er likevel slik at det i forbindelse med intervjuer kan gis indikasjoner på generelt grunnlag om hva praksiser innenfor den aktuelle spesialitet blir omsatt for. Denne informasjonen gis fra tillitsvalgt i intervjusituasjon, der hvor den tillitsvalgte har slik kunnskap. Legeforeningen har oversikt over praksisoverdragelser på sine hjemmesider, og disse vil kunne gi noe veiledning om pris på ulike typer praksiser. Selger kan likevel ikke si noe om priskrav for den aktuelle praksis, dette gjelder også senior-praksiser. Selger kan først fremsette sitt krav når en av søkerne har fått et tilbud om hjemmel fra RHF.

Syvende ledd: Partene har 4 uker til å forhandle om overdragelsesbetingelsene. Når tidsfristen er ute, og legene ikke har kommet til enighet om overdragelsesbetingelsene, skal tvisten løses i Legeforeningens nasjonale nemnd. Melding skal gis til Legeforeningen innen 2 uker, som deretter oversender saken til nemnda. Nasjonal nemnd er oppnevnt av Sentralstyret i Legeforeningen. Nemnda fastsetter overdragelsesbetingelsene med bindende virkning for partene. Nemndas avgjørelse er en voldgiftsavgjørelse.

Niende ledd: Bestemmelsen innebærer at RHF kan gi en lengre forhandlingsfrist enn 4 uker. Det er praktisk hvor forhandlingene er av en slik karakter at partene regner med å kunne bli enige. Videre er bestemmelsen praktisk der hvor tilbudet til tiltredende lege gis rett før eller i ferier. Det er da rimelig at RHF gir partene en tilleggsfrist, der de anmoder om det.

Tiende ledd: Bestemmelsen innebærer at praksisens eier (fratredende lege) mister retten til overdragelse av praksis. Dette innebærer at tiltredende lege ikke lenger har plikt til å kjøpe praksis. Fratredende lege kan da beholde sin praksis eller selge den på frivillig, kommersiell basis. Slike praksiser er erfaringsmessig som hovedregel vanskelig å få omsatt, men unntak finnes. Årsaken er at de langt fleste leger ønsker praksis med driftsavtale.

Ellevte ledd: Bestemmelsen innebærer at den som har fått hjemmel (tiltredende lege), mister denne hvis ha ikke medvirker i nemndsbehandlingen. Det vil innebære at hjemmelen tildeles til en av de andre søkerne eller lyses ut på nytt. Se også § 3.3.

Tolvte ledd: Legeforeningen har fastsatt retningslinjer for nemndsbehandling. Disse kan man finne på Legeforeningens hjemmesider. Retningslinjene angir nærmere hvordan nemndsbehandlingen skal foregå og hvilke momenter som er de mest relevante å vektlegge ved prisfastsettelsen (Kjøp og salg av praksis).

Trettende ledd: Bestemmelsen innebærer at legene selv bestemmer overgangstidspunktet. Dette tidspunktet kan settes selv om det ennå ikke er klarhet i prisspørsmålet mm. Imidlertid bør dette tidspunktet klareres med RHF. I utgangspunktet bør overtakelse skje før eller på det tidspunkt oppsigelsestiden til fratredende lege løper ut. For å hindre at det oppstår

diskontinuitet er det viktig - bl.a av hensyn til hjelpepersonell og pasienter - at den tiltredende legen starter når den fratredende legen slutter. Dersom det oppstår en situasjon hvor det er fare for diskontinuitet, vil som regel RHF samtykke til at fratredende lege arbeider noe utover oppsigelsestiden, der fratredende lege ønsker det.

Fjortende ledd: Der hvor legene ikke blir enige om oppstartstidspunkt, kan RHF beslutte dette, etter å ha søkt tilråding fra Legeforeningen.

Femtende ledd: Bestemmelsen er en klargjøring av at også for tilfeller hvor prisspørsmålet mm skal avgjøres i nemnd, kan tiltredende lege starte i praksis. Det vil være særlig praktisk hvor fratredende leges oppsigelsestid er løpt ut før eller under nemndsbehandlingen.

11.2

Avtalehjemmelen skal ved ledighet videreføres når RHF vurderer at det er behov for den.

Før en eventuell beslutning om omdisponering, skal RHF innhente en vurdering fra samarbeidsutvalget, jf. punkt 2.2. Omdisponering skal ha grunnlag i dokumenterte behov i regionen, og vedtaket fra RHF skal begrunnes. Vurderingene skal være i henhold til regionale planer, jf. punkt 3.1,

Ved omdisponering skal legen varsles med minimum 15 måneders frist.

RHF plikter å gi kompensasjon for det økonomiske tap legen lider som følge av at avtalehjemmelen disponeres slik at legen ikke kan overdra sin praksis i henhold til pkt. 11.1. Legen kan bare kreve betaling for de deler av praksisen som er gjenstand for overdragelse.

Økonomisk kompensasjon settes til 45 % av gjennomsnittlig trygderefusjon de siste 3 år relatert til driftsavtalens størrelse oppad begrenset til:

- kr. 500 000 i klasse 1 ved fullt driftstilskudd
- kr. 600 000 i klasse 2 ved fullt driftstilskudd
- kr. 700 000 i klasse 3 ved fullt driftstilskudd

RHF plikter ikke å dekke løpende forpliktelser som husleieavtaler og arbeidsavtaler mv. i den grad det har vært gitt varsel så tidlig at legen er gitt reelle muligheter til å avslutte disse forpliktelser innen utløpet av oppsigelsesfristen.

Når forholdet mellom driftstilskudd og trygderefusjonens andel av omsetning i praksis endres, som følge av vedtak fra sentrale myndigheter eller forhandlinger mellom partene, skal denne prosentsatsen justeres tilsvarende.

Legen kan før eventuell egen oppsigelse søke om forhåndstilsagn om at hjemmelen vil bli videreført. Slik søknad skal behandles snarest.

Dersom det ikke foreligger kvalifiserte søkere, skal RHF kontakte legen for å undersøke om legen vil fortsette i sin praksis. Det samme gjelder dersom søkerne trekker seg.

RHF bør innstille minst 3 søkere i rangert rekkefølge, dersom det foreligger kvalifiserte

søkere. Dersom den som får hjemmelen ikke tiltrer tilbudet, skal tilbud om hjemmel automatisk gis til neste innstilte.

Dersom det oppstår utfordringer knyttet til hensiktsmessig fordeling av oppgaver innen regionen kan RHF vurdere om profilene i legenes praksis ivaretar nasjonale og regionale mål for prioriteringer med sikte på forslag på justeringer. Endringer i praksisprofil skal avtales med legen. Endring i praksisprofil utløser ikke rett på kompensasjon.

Kommentar:

Første ledd: Bestemmelsen gjentar hovedregelen om at hjemler skal videreføres, jf § 11.1 annet ledd. I visse tilfeller vil det likevel være slik at RHF har adgang til å omdisponere hjemmelen til en annen spesialitet eller grenspesialitet. Vilkåret for omdisponering er i så fall at det er "behov" for at hjemmelen omdisponeres.

Hva som ligger i "behov" må avgjøres i det enkelte tilfellet. Ved tolkning av hva som ligger i "behov" er det viktig å se hen til formålet med hovedregelen om videreføring av praksis i § 11.1 annet ledd. Formålet er nettopp å sikre forutsigbare og stabile rammer for praksisdrift. Bestemmelsen begrenser RHF's muligheter til å omdisponere/inndra hjemler ved fratreden, men er ofte en forutsetning for investering i praksisen fra avtalespesialistens side også mot slutten av karrieren. Disse forholdene tilsier at det skal godtgjøres en markert forskjell i behovet for å videreføre hjemmelen i forhold til alternativ disponering av midlene.

Annet ledd: Bestemmelsen er ny ved siste avtalerevisjon og fastsetter saksbehandlingsregler som RHF må følge i tilfeller der hjemmelen omdisponeres. Bestemmelsen er en pliktbestemmelse for RHF og skal sikre at saken opplyses før vedtak treffes. RHF skal innhente en vurdering fra samarbeidsutvalget før en beslutning om omdisponering treffes. Legeforeningen har imidlertid erfart at RHF i selve omdisponeringsvedtaket i enkelte saker kun viser til samarbeidsutvalgets vedtak i saken og slutter seg til denne uten å begrunne omdisponeringen nærmere. At denne bestemmelsen nå er tatt i rammeavtalen skal sikre at saken forberedes og opplyses tilfredsstillende. Omdisponering må ha grunnlag i dokumenterte behov i regionen, være i tråd med føringer i de regionale planene og vedtaket må begrunnes. Dersom RHF kan dokumentere et endret behandlingsbehov, og vedtaket begrunnes i henhold til de regionale planene vil omdisponering kunne være innenfor det handlingsrom som RHF etter bestemmelsen rettslig sett har adgang til.

Partene er uenige om vedtak om omdisponering er et enkeltvedtak etter forvaltningsloven og Legeforeningens forståelse er gjengitt i ensidig protokoll av 3. november 2015. Der fremkommer det Legeforeningen mener at omdisponering er et enkeltvedtak og at forvaltningsloven kapittel IV til VI får anvendelse. Legeforeningen mener videre at uansett vil legen hvis hjemmel omdisponeres være part i forvaltningslovens forstand, noe som gir legen saksbehandlingsrettigheter etter lovens kapittel IV-VI. Under enhver omstendighet står legen omdisponeringsavgjørelsen såpass nær at legen har rettslig klageinteresse og har klagerett etter kapittel VI i forvaltningsloven.

Tredje ledd: Fastsetter frist for varsel til legen dersom en hjemmel skal omdisponeres. Fristen på 15 måneder skal gi legen anledning til å avslutte sine forpliktelser, slik som husleieforplikter, ansatte mm.

Fjerde og femte ledd: Omdisponeringer medfører at RHF blir erstatningsansvarlig etter § 11.2. Der hvor RHF skal yte erstatning, utmåles denne iht § 11.2 for så vidt gjelder den opparbeidet praksis (immaterielle verdier). Erstatningens størrelse vil være avhengig dels av

refusjonenes størrelse, dels av driftstilskuddsklasse. Videre vil maksbeløpene reduseres forholdsmessig i relasjon til driftsavtalens størrelse.

Omsetning som følger av feil takstbruk, kan ikke tas med i beregningen. Det kan f.eks gjelde hvor legen har misforstått takstbestemmelser og HELFO derfor har krevd refusjoner tilbake, samt tilfeller hvor det er krevd tilbake refusjoner som følge av ulovlig vikarbruk.

RHF innløsningsplikt for inventar og utstyr etter tidligere rammeavtale § 11.2 tredje ledd er ikke videreført i gjeldende avtale. Det betyr at utstyr og inventar som legen ikke selv får solgt, ikke vil kompenseres.

Sjette ledd: Bestemmelsen innebærer at legen skal holdes skadesløs mht løpende avtaler. Dette vil særlig kunne gjelde husleieavtaler, som er uoppsigelige i et bestemt tidsrom. Legen skal imidlertid gjøre det han kan for å minimere det økonomiske tapet som RHF må erstatte.

Åttende ledd: Bestemmelsen innebærer at legen kan be om at RHF på forhånd opplyser om hjemmel skal omdisponeres der legen vurderer å avslutte sin praksis.

Legeforeningen er opptatt av at praksis bør videreføres, bl.a av hensyn til kontinuiteten for pasienter og ansatte. Legen kan også selv gjøre seg kjent med regionale planer - der slike foreligger - for å få signaler om hva RHF's beslutning vil bli. Videre kan et slikt tilsagn ofte medføre at legen sikres et vederlag etter de alminnelige regler (§ 11.1 annet ledd), og ikke etter § 11.2. Erstatning etter § 11.2 vil ikke sjelden bli lavere enn hva legen ville kunne få etter ordinær overdragelse av praksis iht § 11.1 annet ledd.

Niende ledd: Bestemmelsen gir en rett for fratredende lege å fortsette dersom det ikke foreligger aktuelle søkere til hjemmelen. Det gjelder dog ikke hvor årsak til fratredelse er fylte 72 år.

Tiende ledd: Bestemmelsen viser at også i omdisponeringssaker bør RHF innstille 3 søkere i rangert rekkefølge. Dersom den som får hjemmelen ikke aksepterer tilbudet, skal tilbudet automatisk gis til neste innstilte. Etter Legeforeningens forståelse må det samme gjelde også i andre tildelingssaker, jf § 5.3.

Ellevte ledd: Bestemmelsen er videreført fra forrige rammeavtale og gir adgang til å imøtegå endringer i behandlingsbehov i regionen ved å justere profilen i praksis. RHF kan imidlertid ikke pålegge legen profilendring. Dette må avtales mellom partene. I disse tilfellene utløses ingen kompensasjon for legen.

11.3.

Dersom RHF fastsetter ny lokalisering for avtalehjemmelen, plikter det å gi kompensasjon for det økonomiske tapet fratredende lege lider som følge av at avtalehjemmelen flyttes, jf. pkt. 11.2. Slik kompensasjon utløses ikke dersom pasientgrunnlaget helt eller delvis vil være det samme. I slike tilfeller kommer bestemmelsene i pkt. 11.1 til anvendelse.

I denne situasjonen utløses det heller ingen plikt til økonomisk kompensasjon fra RHF for forpliktelser knyttet til tidligere praksissted, som husleieavtaler, arbeidsavtaler mv., dersom RHF i tilstrekkelig tid på forhånd har varslet uttredende lege om omdisponeringen, slik at vedkommende er gitt reelle muligheter til å avslutte disse forpliktelser innen utløpet av oppsigelsesfristen.

Dersom disse vilkår ikke oppfylles, inntretr betalingsforpliktelse for RHF i henhold til pkt. 11.2.

Kommentar:

Første ledd: Bestemmelsen gjelder tilfeller der RHF beslutter at hjemmelen skal flyttes, men at spesialiteten videreføres. Hovedregelen etter denne bestemmelsen er at ny lokalisering som ikke påvirker pasientgrunnet helt eller delvis, ikke utløser kompensasjonsplikt for RHF. Bakgrunnen for dette er at legen i slike tilfeller ofte ikke vil lide et økonomisk tap, og vil kunne overdra praksisen sin i henhold til hovedregelen i § 11.1.

Annet og tredje ledd: Stiller saksbehandlingskrav til RHF dersom RHF ikke skal ha kompensasjonsplikt. Overholdes ikke disse, vil legen ha krav på kompensasjon etter § 11.2.

§ 12 Senioravtale

12.1

Lege over 60 år har rett til å få dele sin praksis med henblikk på nedtrapping dersom RHF ønsker å opprettholde hjemmelen. Legen (senioren) forplikter seg da til å fratse senest ved fylte 72 år, med mindre RHF samtykker i noe annet. Nedtrappingsperioden kan ikke overstige 5 år. Legene må drive praksisen i samme lokaler.

Lege som ønsker seniorordning må som hovedregel meddele sitt ønske som seniorordning 24 måneder før aldersgrensen.

Ved etablering av slik ordning gjelder reglene i denne avtalen vedrørende kunngjøring, tildeling, avtaleinngåelse (§ 5) og opphør (§ 11). Seniorens vurderinger av hvilken lege som skal få tilbud om hjemmel, skal tillegges stor vekt, så lenge senioren har lagt vekt på saklige kriterier i sin vurdering, Jf. pkt. 5.3. Overdragelsesbetingelsene avtales mellom fratredende og overtagende lege etter at tilbud er gitt.

Senior kan trekke tilbake sitt ønske fram til tildeling har skjedd. Senioravtale i samme praksis kan ikke utlyses mer enn 3 ganger.

Legene avtaler hvordan arbeidet skal deles og organiseres. Ordningen er ikke til hinder for at legene arbeider samtidig i praksis. Samlet aktivitet i praksis skal ikke økes med mer enn 20%.

Kommentar:

Formålet med senioravtale er å gi en mulighet for avlastning for seniorlegen og gradvis "innfasing" av ny lege i en praksis.

Selv om aldersgrensen er hevet er det fremdeles slik at senioravtalen ikke kan vare lenger enn 5 år, f.eks fra 67 til 72 år.

Parter som har inngått senioravtale før 1.1.2016 vil være bundet av senioravtalens opphørsdato. Dette er et separat og privatrettslig avtaleforhold som binder begge parter, selv om aldersgrensen i rammeavtalen er hevet til 72 år. Avtalen kan ikke ensidig forlenges eller på annen måte endres. Det vises til at hensynet bak senioravtaleordningen er nedtrapping for senior og en tilsvarende tiltredelse hos junior. Junior har behov for forutsigbarhet knyttet til når han/hun skal overta hele driftsavtalen. Det er grunnen til at senior ikke ensidig kan kreve å

fortsette til for eksempel 72 år. Det er derimot ingenting i veien for å fortsette dersom begge partene og RHF er enige i å forlenge avtaleforholdet. Senior har imidlertid ikke krav på å fortsette.

Det er RHF som beslutter hvem som tildeles hjemmelen. Seniorens kan med andre ord ikke selv bestemme dette. Hjemmelen lyses ut på vanlig måte, se kommentarer til § 5.2.

Seniors ønske skal tillegges stor, men ikke nødvendigvis avgjørende, vekt. Eventuelle ønsker fra seniorens, må likevel være saklig begrunnet, jf § 5.3 og kommentarene til denne. Årsaken til denne regelen er bl.a at det er viktig at seniorens og tiltredende lege får etablert et godt samarbeid. Dette gjelder særlig hvor det vil være et samarbeid over flere år.

Det er reist spørsmål om seniors uttalerett og deltakelse på intervju når søker er familiemedlem/nærstående. Legeforeningen mener at senior beholder sin uttalerett etter rammeavtalen og at dette ikke er i strid med forvaltningslovens regler om inhabilitet da senior ikke kan sies å tilrettelegge for vedtaket i forvaltningslovens forstand. Det er RHF som tildeler hjemmelen basert på det ulovfestede kvalifikasjonsprinsippet, og må herunder vurdere om seniors uttalelse om kvalifikasjonene til junior er saklig begrunnet, jf §12.1 tredje ledd og §5.3 femte ledd.

Det skal ikke være forhandlinger/drøftinger mellom senior og søkere om pris for kjøp av praksis før tildeling er skjedd.

Senior kan trekke seg fra seniorordning inntil tildeling er skjedd. Dette må forstås slik at legen kan trekke seg i hvert fall frem til tildelingsvedtaket er underskrevet av RHF og sendt fra RHF. En senere tilbaketrekking fra legens (seniorens) side må evt bero på alminnelige avtalerettslige regler. Også forvaltningsrettslige regler kan være relevante. Mulighetene for å trekke sitt ønske etter at tildeling er skjedd, er for praktiske tilfeller svært liten.

Det er regulert at seniorordning kan utlyses inntil tre ganger. Dette innebærer ikke at senior kan kreve at den utlyses tre ganger. RHF må vurdere hver sak konkret, hvor hensynet mellom ressursbruk hos RHFet og ivaretagelse av seniors rett til å inngå senioravtale må veies mot hverandre. I noen tilfeller kan det for eksempel være gode grunner til at senior trekker tilbake sitt ønske om senioravtale.

Seniorens har rett til vederlag fra tiltredende lege i henhold til de vanlige regler om overdragelse av praksis. Det er viktig at senior og junior inngår dekkende avtaler om gjennomføringen av senioravtalen. Erfaringsmessig vil en god avtale bidra til et bedre samarbeid mellom legene. Det anbefales at hele kjøpesummen samt forfall avtales allerede ved inngåelse av senioravtale. Legene står fritt mht oppgjørstidspunkt, men det vil imidlertid være naturlig at oppgjøret for praksisen skjer gradvis, og i samsvar med ansvarsfordelingen mellom de to legene. Man bør søke kyndig bistand for å forsikre seg om dette skjer korrekt i henhold til skatterettslige regler.

Senioravtale bør kun inngås der avtalespesialisten har minst 40 % driftsavtale. Årsaken til dette er at hver av partene bør ha en driftsavtale på minst 20 % gjennom senior-perioden.

Det er nytt ved siste avtalerevisjon at senior og junior kan jobbe samtidig i praksis. Da må i så fall samlet aktivitet i praksis ikke økes med mer enn 20 %. I en del tilfeller kan det også være

krav i den individuelle avtalen mht åpningstider som må overholdes. Når man har vikar vil det som tidligere ikke være anledning til å jobbe samtidig. Med "samlet aktivitet" mener Legeforeningen at dette må beregnes ut fra antall konsultasjoner, da dette er målet som ellers brukes til å måle aktiviteten i praksisen, jf normtallene i rammeavtalen.

RHFene utbetaler driftstilskuddet forholdsmessig til senior og junior iht de meldinger RHF får om avtalen som er inngått mellom senior og junior.

§ 13 Varighet

Denne avtale gjelder fra og med den 01.01.2016 til og med den 31.12.2016. Den forlenges automatisk for ett år om gangen dersom ingen av partene sier den opp skriftlig med minst 3 måneders varsel.

§ 14 Tvisteløsning mellom de sentrale avtaleparter

Dersom det oppstår tvist mellom partene om tolkningen eller rettsvirkningene av avtalen, skal tvisten først søkes løst ved forhandlinger. Fører slike forhandlinger ikke frem, skal den søkes løst ved voldgift, jf. lov om voldgift av 14.05.04 nr. 25. Partene avtaler Oslo tingrett som verneting for voldgiftsretten.

Kommentar:

Denne bestemmelsen gjelder tvisteløsning mellom Legeforeningen og RHFene.

Bestemmelsen gjelder altså ikke mellom leger og RHFene da dette er regulert i § 15. Voldgift medfører at partene som oftest får en raskere løsning av en rettsvist enn ordinær domstolsbehandling. Årsaken er at de ordinære domstoler ofte har lang saksbehandlingstid. Videre er resultatet endelig, slik at man ikke kan påanke resultatet.

§ 15 Tvisteløsning mellom de individuelle parter

15.1

Tvist om forståelsen av en inngått individuell avtale om avtalepraksis søkes løst ved forhandlinger mellom det regionale helseforetaket og den enkelte lege.

Kommentar:

Denne bestemmelsen gjelder ved tvister vedrørende de individuelle avtalene. Det følger av bestemmelsen at den enkelte lege og RHF skal forsøke å forhandle seg frem til en felles forståelse. Det betyr likevel at det ikke er noe i veien for at legen kan søke bistand fra Legeforeningen, noe som ofte vil være hensiktsmessig.

15.2

Kommer partene ikke til enighet, kan tvisten bringes inn for voldgift etter bestemmelsene i lov om voldgift av 14.05.04 nr. 25. Om ikke partene blir enig om annen sammensetning, oppnevner hver part en representant i voldgiftsretten, og disse oppnevner i fellesskap en tredje person som leder.

Oppnås ikke enighet om leder, oppnevnes denne av tingrettens sorenskriver.

Hver av partene kan i stedet bringe tvisten inn for domstolsbehandling.

Denne avtale er underskrevet i to eksemplarer, hvorav partene beholder ett hver.

Kommentar:

I § 15.2 er det forutsatt at partene bør vurdere om det er hensiktsmessig med en voldgiftsavgjørelse i saken. Fordelen med voldgiftsavgjørelse er at man som regel får en rask og endelig avgjørelse av tvisten, se kommentar til § 15. Ulempen ved voldgift er særlig at man ikke har anledning til å anke avgjørelsen videre hvis man er uenig i resultatet. Voldgiftsavgjørelser er således endelige, med noen få unntak når det gjelder grove saksbehandlingsfeil. Før legen går inn på slike tvisteløsningsordninger, bør legen ta kontakt med Legeforeningen, ved juss og arbeidslivsavdelingen.

Hvis man ikke er enige om å få en avgjørelse ved voldgift, må en av partene eventuelt bringe saken inn for de ordinære domstoler som en vanlig sivil rettssak. Man kan i visse tilfeller etter søknad få advokatbistand fra Legeforeningen i slike saker, men det kan ikke påregnes.

Ved behov for bistand i saker som gjelder avtalespesialistordningen kan du kontakte:

Hanne Riise-Hanssen, seksjonssjef næringsdrivende leger

Hanne.Riise-Hanssen@legeforeningen.no

Telefonnummer: 23109151/92416482

Siri Næsheim, spesialrådgiver

Siri.Naesheim@legeforeningen.no

Telefonnummer: 23109163/90074134

Pål Alm Kruse, rådgiver

Pal.Alm-Kruse@legeforeningen.no

Telefonnummer: 23109161/41909832