

Legeforeningens særavtaler

FRA FORENINGEN

AARSETH HP

For leger er arbeidets art ofte slik at det ikke kan organiseres og reguleres på den måte hovedtariffavtalene legger til grunn. Derfor har vi utviklet særavtalene hvor arbeidstid og arbeidstidsordninger reguleres på en hensiktsmessig måte både sett fra legenes side og fra arbeidsgiversiden. Uten særavtalene ville arbeidsmiljølovens bestemmelser om arbeidstid (maksimum 38-40 timer per uke), arbeidstidsordninger (fordeling av arbeidstid per dag og uke) og overtidsgrenser også omfatte leger.

En betydelig del av legenes lønn reguleres av særavtalene. I prinsippet skulle Legeforeningen gjerne ønsket et system hvor mer av totallønnen var knyttet til et normalt årsverk som grunnlønn. Når dette ikke er situasjonen, blir det viktig for Legeforeningen at særavtalenes økonomi ikke utvikler seg dårligere enn den generelle lønnsutviklingen.

Særavtalenes formelle plass er noe forskjellig i de tre hovedtariffområdene. I staten forhandles særavtalene etter at hovedtariffavtale er inngått og med fredsplikt. Tilsvarende ønsker man seg det i Kommunenes Sentralforbund, mens i Oslo er særavtalen en del av hovedtariffavtalen. Erfaringsmessig kan vi imidlertid trekke den konklusjon at avtaler som inngås uten mulighet for bruk av konflikt, ofte får en utilfredsstillende utvikling.

Så langt i år er det bare særavtalene for kommunelegene i KS-området som er i havn. Den sviktende rekrutteringen til allmennmedisin og den mulige flukten av leger fra småkommunene gjorde det mulig for Legeforeningen å få gjennomslag for kravet om et stabiliseringstillegg for fastlønte kommuneleger. For den enkelte lege vil dette over en fireårsperiode bygges opp til 300 T-trinn, det samme som det maksimale rekrutteringstillegget for enkelte sykehusspesialiteter. Dessverre fikk vi ikke gjennomslag for vårt ønske om at tillegget også skulle ytes til leger i deltidsstilling med samfunnsmedisinske oppgaver. I en eventuell fremtidig fastlegeordning vil kombilegen, for eksempel 50% kommunelege I og 50% fastlege med kurative oppgaver, bli en nødvendighet hvis de samfunnsmedisinske arbeidsoppgavene skal ivaretas på en tilfredsstillende måte. Stabiliseringstillegget må derfor videreutvikles. Det er god økonomi for kommunene å ha stabil legedekning. Det gir innbyggerne en kvalitativt sett vesentlig bedre legetjeneste og det gagnar legene.

Legeforeningen hadde også ønsket en vesentlig heving av beredskapsgodtgjørelsen for legevakt i småkommunene. Vi fikk 10% og det betyr ca. 10000 kroner per år per lege i en firedelt vaktordning. Legevaktarbeid har i økende grad blitt en betydelig belastning for medlemmene. Den manglende rekrutteringen til allmennmedisin må sees i lys av dette. Dyrere beredskapsgodtgjørelse vil tvinge kommunene til å tenke nytt med større vaktdistrikter og eventuelt bemannede legevaktsentraler der befolkningsgrunnlaget ligger

til rette for det. Legeforeningen ønsker en slik utvikling.

Foreningen fikk også gjennomslag for en prinsipielt viktig, men ikke særlig kostbar reform. Det innføres et såkalt trygghetstillegg slik at det kan etableres beredskap for å gi turnusleger støtte under legevaktarbeid. Vi håper dette kan bidra til at turnuslegene føler seg trygge i arbeidssituasjonen. Dette vil bedre mulighetene for at de fortsetter som allmennpraktikere.

Selv om mye kunne vært bedre, aksepterte sentralstyret denne særavtalen for kommunelegene. For sykehuslegene var forhandlingsresultatet uakseptabelt. Et flertall i sentralstyret valgte likevel ikke å bringe Legeforeningen ut i konflikt, men aksepterte en frivillig nemndavgjørelse. Denne vil tidligst finne sted i september.

For sykehuslegene hadde vi tre viktige prinsipielle krav: Ny ordning for tilstedevakt i sykehus med betaling for hver time, 35,5 timers arbeidsuke for alle overleger i vakt og mulighet for fritak av vakt ved lavere alder enn dagens regler. Selv om enkelte kronebeløp og T-trinn ble tilbudt justert, var den samlede økonomien i det siste tilbudet fra Kommunenes Sentralforbund for dårlig.

I Oslo kommune har sommerstillheten senket seg uten at Legeforeningen har forhandlet om nye avtaler. Legeforeningens forhold til kommunen må kunne karakteriseres som anstrengt. Vi har en rekke uløste saker hvor kommunen mangler evne eller vilje til å møte oss ved forhandlingsbordet. Vi har ingen hovedavtale, vi har en utløpt hovedtariffavtale og en utløpt særavtale. Oslo kommunes håndtering av Odelstingsproposisjon nr. 47 (1996-97), *Om lov om folketrygd*, og konvertering av avtaleløs spesialistpraksis får strykkarakter.

Legeforeningen har ikke sluttet seg til hovedtariffavtalen i staten. Sentralstyret har likevel funnet det hensiktsmessig å prolongere særavtalene. I protokollen er det slått fast at dersom det skjer endringer på andre tariffområder, vil dette kunne medføre justeringer også av særavtalen i staten i perioden. Det vil ennå ta noen måneder før vi har oversikt over de andre områdene slik at særavtalen i staten eventuelt kan revurderes.

Hans Petter Aarseth
president

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no