

Alle er tjent med at ny hjemmelshaver kan komme inn i en veletablert praksis, og at det stimuleres til å overlate et produkt av god kvalitet til sin etterfølger.

Ny avtale for praktiserende spesialister

Den 18. september ble rammeavtalen for privatpraktiserende spesialister endelig fornyet. Avtalen er gitt tilbakevirkende kraft fra 1. september, og ble en realitet etter svært langvarige og til tider vanskelige forhandlinger. Til tross for det vanskelige utgangspunktet, er avtalen blitt forbedret på en rekke områder. Den innebærer en fornyet samfunnsmessig aksept for de særlige vilkår som må gjelde når privatpraktiserende leger skal integreres i den offentlige helsetjeneste.

Når forhandlingene ble meget krevende, kan det ses i lys av enkelte underliggende utfordringer som har eksistert helt siden første gang slik rammeavtale skulle forhandles i 1984. En av utfordringene har vært å få til langsiktige avtaler for å bidra til kontinuitet i privat spesialistpraksis. Kommunenes Sentralforbund (KS), og siden de regionale helseforetak (RHF), har innvendt at dette representerer varig binding av økonomiske midler og sementering av et tjenestetilbud, mens det faglige innhold og geografiske fordeling var et resultat av enkeltlegers initiativ og preferanser – og ikke av offentlig planlegging. Ønsket om større grad av styring overfor privat spesialistpraksis, på linje med rollen som sykehuseier, er gjennomgående.

I 1984 var enkelte avvisende til private aktører på et ideologisk grunnlag, noe som viste seg ved at den fremforhandlede avtalen ble forkastet av ti fylkeskommuner og av Oslo kommune. Andre var mer pragmatiske, men ville ha handlefrihet gjennom anbud og kortsiktige avtaler.

For 19 år siden ble det lagt et viktig grunnlag for offentlig finansiert privat helsetjeneste. Likevel står vi fortsatt overfor store utfordringer. Etter inngåelse av avtalen i 1984, og etter revisjonen i 1997–98, har det vært liten utvikling med hensyn til avtaleregulert privat spesialistpraksis.

Vi startet med 422 avtaler i 1984. Til tross for en betydelig legevekst i spesialisthelsetjenesten generelt, sank antall avtaler til 396 i 1997 (bare 347 årsverk) – en trend som først ble brutt ved de nye avtaler som ble inngått per 1. juli 1998, da antallet økte til 1 093 og mer enn doblet antall årsverk. Tiden etter 1998 har imidlertid vist en ny fallende tendens. I 2002 var det 1 064 avtaler med i alt 704 årsverk.

I forhandlingene som ble ført overfor de regionale helseforetak samlet, møtte vi på ny et sterkt ønske om større muligheter til å disponere over avtalehjemlene uten at de respektive foretak skulle ha økonomisk ansvar overfor hjemmelshaverne – for eksempel i forbindelse med omdisponering av hjemler. Det var også krav om å frigjøre selve avtalehjemmelen fra den fysiske praksis for å unngå at opparbeidet praksis skulle bli gjenstand for verdivurdering. Legeforeningen har betont sterkt at en slik forståelse ikke kan være i noen av partenes interesser.

Alle er tjent med at ny hjemmelshaver kan komme inn i en veletablert praksis, og at det stimuleres til å overlate et produkt av god kvalitet til sin etterfølger. Vi har lagt stor vekt på at avtalen både skal kunne tilrettelegge for nødvendig frihet til å drive privat praksis, samtidig som den ivaretar de hensyn som begrunner offentlig overføringer til denne type virksomhet.

Vi måtte få vilkår som tillater investeringer i en god praksis med begrenset økonomisk risiko. Et viktig mål har derfor vært å bidra til

kontinuitet gjennom avtaler som ikke er tidsbegrensede. Dette målet har vi nådd ved at hovedregelen skal være avtaler uten slik begrensning.

Dersom de regionale helseforetak omdisponerer avtalehjemler, utløses en rett til økonomisk kompensasjon for legen. Hovedregelen er dermed at legene gis rett til å overdra egen praksis til den lege som tildeles avtalehjemmelen av vedkommende RHF. Det betyr en rett til den reelle verdi som er opparbeidet i en veldrevet praksis. Dersom legene ikke oppnår enighet om verdien av praksisen, skal avgjørelsen overlates til en nemnd. Legeforeningen skal utarbeide retningslinjer for slik nemndsbehandling.

Et gammelt ønske er endelig realisert ved at avtalespesialister over 62 år har fått en rett til å dele sin praksis med ny lege med henblikk på nedtrapping av egen innsats frem mot 67 år. Vilkåret er at vedkommende RHF vil opprettholde hjemmelen. Praktisering av denne retten vil tjene til å skape forutsigbarhet for alle parter og stimulere til økt bruk av praktiserende spesialister.

Spesialistene innenfor en region skal etter avtalen opprette et spesialistlegeutvalg både for internt samarbeid og for å velge representanter til et samarbeidsutvalg med vedkommende RHF. Spesialistutvalget kan selvfølgelig også fremme saker overfor samarbeidsutvalget.

Denne ordningen representerer en kjærkommen adgang for avtalespesialistene til å presentere sitt faglige tilbud direkte overfor ledelsen i det regionale helseforetak, og dermed mulighet for å influere positivt på den videre utvikling av avtalepraksis.

Selve rammeavtalen har en forpliktende status. Verken de respektive regionale helseforetak eller legene kan stille vilkår som går utover rammeavtalen. Derimot kan partene bli enige om å innrette seg annerledes der avtalen gir de lokale parter frihet til å avtale spesielle vilkår. Det nye avtaleverket gjelder tilbakevirkende fra 1. september og løper ut 2004. En kommentarutgave og annet informasjonsmaterieell er under utarbeiding. Informasjon legges fortløpende ut på Legeforeningens nettsider.

Den endelige enighet mellom partene er uttrykk for en erkjennelse av at tiden ikke er moden for radikale endringer av avtalespesialistenes status. Hovedtrekkene i legenes rettsstilling i avtaleforholdet er videreført. Alt i alt representerer den ny rammeavtalen en videreføring og positiv utvikling av avtaleverket for private spesialister. Det er bra. Imidlertid må det understrekes at privatpraktiserende, næringsdrivende leger i kontrakt med det regionale helseforetak, ikke vil få anerkjennelse og en positiv utvikling på grunn av sine rettigheter, men først og fremst på grunn av den kvalitet og effektivitet de kan stå for i behandlingstilbudet.



Hans Kristian Bakke

Hans Kristian Bakke
hans.kristian.bakke@legeforeningen.no
president