

ADVOKATFIRMA

RÅDHUSPLADSEN 3

DK-8000 AARHUS C

TEL. +45 70 12 12 11

FAX. +45 70 12 14 11

## VEJLEDNING

### DELEPRAKSIS - OVERVEJELSER I FORHOLD TIL INTERESSENTSKABSKONTRAKTEN

(JANUAR 2018)

---

#### 1. INDLEDNING

PLO's oplæg til interessentskabskontrakt er udarbejdet med udgangspunkt i en praksis, hvor 2 læger råder over 2 lægekapaciteter. Anvendes oplægget på en delepraksis, er der behov for tilpasning på en række punkter.

Nedenfor redegør vi først for de gældende regler i overenskomsten om delepraksis (OK 2018). Dernæst gennemgår vi de punkter, hvor der er behov for særlige bestemmelser i interessentskabskontrakten, fordi der foreligger en delepraksis.

#### 2. REGLERNE OM DELEPRAKSIS

Ved **delepraksis** forstås, at der optages en ekstra læge i praksis i forhold til den eller de tildelte lægekapaciteter, jf. overenskomstens § 22, stk. 1.

#### **Tilladelse til delepraksis efter overenskomstens § 22, stk. 2-3 - personlig ordning**

Delepraksistilladelse meddeles af samarbejdsudvalget og kan være betinget af en **mindste patientkapacitet**, som den pågældende praksis skal tilbyde. Samarbejdsudvalget kan også pålægge praksis en **lukkegrænse**, hvis dette kan begrundes i hensynet til de øvrige praksis i områder, hvor der ikke mangler lægekapacitet, jf. overenskomstens § 22, stk. 2-3.

Om **grundlaget** for delepraksis anføres følgende i overenskomstens § 22, stk. 3:

“Tilladelse til delepraksis meddeles, hvor den praktiserende læge på grund af kronisk sygdom eller alvorlig sygdom i nær familie har brug for aflastning. Tilladelse til delepraksis kan endvidere meddeles, såfremt den praktiserende læge stiller sin arbejdskraft til rådighed for andre faglige funktioner så som undervisning, konsulentarbejde eller fagpolitisk arbejde i minimum 10 timer pr. uge.”

Som det fremgår, gælder der en egentlig ret til delepraksis i tilfælde af kronisk sygdom eller alvorlig sygdom i nær familie, mens der er tale om en skønsmæssig vurdering fra samarbejdsudvalgets side, når en praktiserende læge har arbejde uden for praksis i minimum 10 timer ugentligt.

Delepraksistilladelsen efter overenskomstens § 22, stk. 2 og 3 er **personlig**, jf. overenskomstens § 22, stk. 5.

Når den læge, hvis forhold har begrundet tilladelse til delepraksis, udtræder af praksis, bortfalder delepraksistilladelsen.

Ved bortfald af det forhold, som begrundede tilladelsen til delepraksis, ophører delepraksistilladelsen senest to år efter bortfaldet. Er delepraksistilladelsen givet på grundlag af en læges arbejde uden for praksis, bortfalder den således senest to år efter, at lægen er ophørt med dette arbejde.

#### **Tilladelse til delepraksis efter overenskomstens § 22, stk. 4 - lægedækningstruede områder**

Efter overenskomstens § 22, stk. 4, er der givet ret til at etablere delepraksis i en tidsbegrænset periode på op til 6 år i områder, der efter praksisplanen er udpeget som lægedækningstruede. Denne ret gælder både eksisterende og nyetablerede praksis.

Delepraksiskapaciteten kan besættes med delekompagnon eller ansat læge, og Samarbejdsudvalget (SU) skal ikke ansøges. Hvis man efter 6 år ønsker at fortsætte

delepraksis, skal SU ansøges på linje med, når læger uden for lægedækningstruede områder søger delepraksistilladelse.

### **Tilladelse til delepraksis meddelt før 1. september 2014 - overenskomstens § 22, stk. 6**

Hvis delepraksistilladelse er meddelt før 1. september 2014, bevarer praksis delepraksistilladelsen, indtil en kompagnons udtræden og/eller salg af praksis eller fra-trædelse af en læge, der er ansat i delekapaciteten.

### **Tilpasning af interessentskabskontrakten**

Ud over udfordringerne med bortfald af delepraksistilladelsen som beskrevet ovenfor gælder der særlige forhold ved **opdeling**. I tilfælde af opløsning af et kompagniskab kan praksis maksimalt opdeles i et antal selvstændige praksis, svarende til det antal lægekapaciteter som kompagniskabet råder over. Lægerne skal således aftale, hvordan praksis videreføres, hvis lægerne i en delepraksis ønsker opdeling af kompagniskabet.

Anvendes PLO's oplæg til interessentskabskontrakt på en delepraksis, er der behov for tilpasning særligt på følgende punkter:

1. Hvordan skal arbejdstid og overskud fordeles.
2. Hvordan skal parterne forholde sig ved en interessents udtræden, hvor delepraksistilladelsen falder bort.
3. Hvordan skal parterne forholde sig, hvis delepraksistilladelsen falder væk uden forbindelse med en interessents udtræden, fordi grundlaget for den meddelte tilladelse ophører (§ 22, stk. 2, 3 og 5), eller fordi 6-årsperioden ophører (§ 22, stk. 4).
4. Hvad skal der ske, hvis en af parterne ønsker opdeling af praksis.

### 3. **ARBEJDSSTIDS- OG OVERSKUDSFORDELING**

Interessenterne skal tage stilling til, hvorledes **arbejdstiden** i praksis skal deles mellem dem. Skal alle arbejde ligeligt, eller skal arbejdstiden deles skævt mellem interessenterne og i givet fald hvordan?

Arbejdstidsfordelingen har nær sammenhæng med **overskudsfordelingen**, som interessenterne ligeledes skal tage stilling til i interessentskabskontrakten. Hvis arbejdstiden er skævt fordelt, bør det afspejle sig i overskudsdelingen.

#### Eksempel A:

En praksis med 4 læger opnår delepraksistilladelse og optager derfor en 5. læge som interessent. Alle 5 interessenter arbejder 4 dage ugentligt, og arbejdstiden er således ligeligt fordelt. Typisk aftales det i denne situation, at overskuddet lignedes.

#### Eksempel B:

En praksis med 3 læger opnår delepraksistilladelse på grund af den ene læges sygdom. De optager derfor en 4. læge som interessent. To af lægerne arbejder 5 dage ugentligt hver, mens den syge læge og den nye læge arbejder 2½ dag ugentligt hver. Ofte vil man i denne situation aftale, at overskuddet deles med 1/3 til hver af de to læger, der arbejder 5 dage, og 1/6 til hver af de to læger, der arbejder 2½ dag hver.

Interessenterne kan naturligvis vælge **andre overskudsdelingsmodeller**, f.eks. deling i samme forhold som ydelseshonorarerne er fordelt.

### 4. **AFSLAG PÅ TILLADELSE TIL DELEPRAKSIS VED EN LÆGES UDTRÆDEN**

Hvis den læge, hvis forhold har begrundet tilladelsen, udtræder, skal der søges ny delepraksistilladelse.

Det kan i interessentskabskontrakten aftales, at parterne i tilfælde, hvor delepraksistilladelsen bortfalder, skal søge at **skabe grundlag** for at opnå en ny delepraksistilladelse, f.eks. ved at en eller flere læger påtager sig relevant arbejde uden for

praksis i form af undervisning, konsulentarbejde eller fagpolitisk arbejde i minimum 10 timer om ugen.

Samtidig kan det aftales, at interessentskabet har pligt til at søge om **ekstra lægekapacitet** ved delepraksistilladelsens bortfald. Opnås en ekstra lægekapacitet, er problemet løst, og den udtrædende læge kan sælge sin andel til tredjemand.

Det er væsentligt at være opmærksom på, at der er forskel på den situation, hvor praksisandelen ikke kan sælges, fordi der ikke kan opnås fortsat delepraksistilladelse eller ekstra lægekapacitet, og den situation, hvor praksisandelen ikke kan sælges, fordi der ikke er købere til praksisandelen.

Når en praksis ikke kan sælges, fordi der **ikke opnås fortsat delepraksistilladelse** eller ekstra lægekapacitet, foreligger der en rent juridisk hindring for salg, der ikke har noget med markedet at gøre. I princippet ville den udtrædende læges praksisandel måske være særdeles salgbar, hvis der kunne opnås ny delepraksistilladelse eller ekstra lægekapacitet. Den manglende delepraksistilladelse og manglende lægekapacitet rammer den læge, der i den konkrete situation ønsker eller er forpligtet til at udtræde med henblik på salg.

**Manglende købere** til en praksisandel kan bero på mange forskellige forhold, eksempelvis praksis' beliggenhed, måden hvorpå praksis har været drevet, de investeringer som er foretaget i praksis eller som praksis står over for, samarbejdet i praksis osv.

Derfor vil reguleringen typisk være forskellig, alt efter om manglende salg er begrundet i manglende købere eller i manglende delepraksistilladelse hhv. lægekapacitet, men det er helt op til interessenterne at aftale, hvad der skal gælde. Interessenterne bør starte med at afklare, om ny delepraksistilladelse (eller eventuelt ekstra lægekapacitet) kan opnås, jf. ovenfor.

I den situation, hvor salg til en ny læge ikke kan gennemføres, fordi ny delepraksistilladelse/lægekapacitet ikke kan opnås, vælger mange at regulere situationen sådan, at den eller de tilbageværende interessent(er) er **forpligtet til at overtage** den udtrædende læges andel af praksis og betale ikke blot for inventar og driftsmateriel, men også for goodwill. **Prisen for goodwill** fastsættes dog ikke nødvendigvis

til den fulde markedsværdi, ud fra den betragtning, at den udtrædende også skal bære noget af risikoen for, at ny delepraksistilladelse/lægekapacitet ikke kan opnås.

Interessenterne bør forholde sig til, om de tilbageværende interessenter også skal have pligt til at betale et beløb for den udtrædende læges andel af goodwill i tilfælde af manglende delepraksistilladelse/lægekapacitet, hvis udtræden sker som følge af den pågældendes misligholdelse.

Konsekvensen af, at den udtrædende overdrager sin andel af praksis til den/de tilbageværende interessent(er) er, at den/de tilbageværende herefter råder over et antal lægekapaciteter svarende til antallet af læger i praksis.

De tilbageværende læger får dermed øget basishonorar og øget omsætning pr. læge, hvis de kan fastholde samme antal patienter, til trods for at antallet af læger i praksis er reduceret med én. Fastholdelse af patienttallet vil dog typisk kræve, at de tilbageværende arbejder mere, hvad de måske ikke har noget ønske om. De tilbageværende vil også sidde tilbage med større omkostninger pr. læge, da omkostningerne til eksempelvis lejemålet ikke uden videre kan reduceres, fordi der nu er én læge mindre i praksis. Derfor kan en rimelig løsning i relation til goodwill-fastsættelsen eksempelvis være at aftale en af følgende løsninger:

#### Løsningsforslag 1:

Såfremt tilladelse til fortsat delepraksis/ny lægekapacitet ikke kan opnås, er den/de tilbageværende interessent(er) forpligtet til at overtage den udtrædende interessents andel efter interessentskabskontraktens regler om overdragelse til den/de tilbageværende part(er) (§ 23). Opgørelse af goodwillværdien følger således reglerne i denne bestemmelse (§ 23 stk. 7), idet der dog foretages et fradrag på [x]% i den fastsatte goodwillværdi.

Den goodwillværdi, som anvendes, er den værdi, som efter interessentskabskontrakten skal anvendes i de tilfælde, hvor de tilbageværende interessenter i andre situationer vælger at købe en udtrædende læges praksisandel.

#### Løsningsforslag 2:

Såfremt tilladelse til fortsat delepraksis/ny lægekapacitet ikke kan opnås, er den/de tilbageværende interessent(er) forpligtet til at overtage den udtrædende interes-

sents andel efter interessentskabskontraktens regler om overdragelse til den/de tilbageværende part(er). Købesummen for goodwill fastsættes dog således, at den udtrædende interessent i en periode på [12/18] måneder efter dennes udtræden fortsætter med at oppebære den til praksisandelen svarende forholdsmæssige andel af det samlede basishonorar i praksis. Beløbet udbetales kvartalsvis i samme takt, som interessentskabet modtager basishonoraret fra regionen.

Under forudsætning af, at interessentskabet kan fastholde det samme antal patienter, virker denne løsning ofte ikke så økonomisk belastende for de tilbageværende.

#### Løsningsforslag 3:

Såfremt tilladelse til fortsat delepraksis/ny lægekapacitet ikke kan opnås, er den/de tilbageværende interessent(er) forpligtet til at overtage den udtrædende interessents andel efter interessentskabskontraktens regler om overdragelse til den/de tilbageværende part(er). Købesummen for goodwill fastsættes dog svarende til basishonorar i [4/6] kvartaler. Beløbet opgøres som den udtrædendes forholdsmæssige andel af det samlede basishonorar i praksis i de seneste 4 kvartaler forud for opsigelsen og betales pr. udtrædelsesdatoen

Løsning 2 og 3 ligner hinanden. Forskellen er i det væsentlige tidspunktet for betaling.

Supplerende kan det aftales, at den eller de tilbageværende interessenter kan afværgе pligten til at overtage den udtrædende interessents andel ved at **afgive kontraktionsopsigelse**, fx med 6 måneders varsel med henblik på samlet salg af praksis. Dette skal i så fald ske kort tid efter, at den eller de tilbageværende interessenter har fået kendskab til afslaget på fortsat delepraksis/ny lægekapacitet, fx senest 4 uger herefter.

Endelig må interessenterne beslutte, om der i interessentskabskontrakten skal åbnes mulighed for, at den udtrædende kan **trække sin opsigelse tilbage** og fortsætte i praksis som om opsigelsen ikke var afgivet, såfremt interessentskabet ikke kan opnå fornyet delepraksistilladelse/ny lægekapacitet.

5. **BORTFALD AF DELEPRAKSISTILLADELSE UDEN SAMMENHÆNG MED EN LÆGES UDTRÆDEN (OPHØR AF GRUNDLAG ELLER UDLØB AF 6-ÅRS PERIODE)**

Delepraksistilladelsen **bortfalder senest to år efter**, at det forhold, som har begrundet delepraksistilladelsen, er ophørt, jf. overenskomstens § 22, stk. 5. Det kan være en syg interessent, der bliver rask, eller en interessent, som ophører i den stilling uden for praksis, som har begrundet delepraksistilladelsen. Det kan også være ved udløb af 6-års perioden i lægedækningstruede områder, jf. overenskomstens § 22, stk. 4.

Hvis ikke der opnås fortsat delepraksistilladelse på andet grundlag eller en ekstra lægekapacitet, betyder bortfaldet af den hidtidige delepraksistilladelse, at der er en læge, der må forlade praksis, hvilket naturligvis vil være meget indgribende. For at søge at imødegå denne risiko kan interessenterne aftale, at de i tilfælde, hvor det forhold, der har begrundet delepraksistilladelsen, bortfalder, skal **søge at skabe grundlag** for at opnå en ny delepraksistilladelse, f.eks. ved at en eller flere læger påtager sig relevant arbejde uden for praksis i form af undervisning, konsulentarbejde eller fagpolitisk arbejde i minimum 10 timer om ugen, jf. herved ovenfor under pkt. 4.

En sådan aftale vil ikke være nogen garanti for, at der opnås ny delepraksistilladelse, men i nogle tilfælde kan det måske løse problemet. Samtidig kan det aftales, at interessentskabet skal søge om en **ekstra lægekapacitet**, hvis det ikke lykkes at få en ny delepraksistilladelse.

For det tilfælde, at det hverken lykkes at få en ny delepraksistilladelse på andet grundlag eller en ekstra lægekapacitet, bør der i interessentskabskontrakten være taget stilling til, **hvem der så skal udtræde, og hvordan den udtrædende skal kompenseres**. Hvis delepraksistilladelsen er givet som følge af én interessents forhold, hvad enten det er sygdom eller arbejde uden for praksis, kan det måske være rimeligt at aftale, at et eventuelt bortfald af delepraksistilladelsen rammer denne interessent eller den interessent, som kom ind, da delepraksistilladelsen blev givet.

Hvis delepraksistilladelsen i realiteten skyldes et fælles ønske om at arbejde mindre, og en interessents sygdom eller arbejde uden for praksis blot er blevet anvendt som legitimation for at opnå en delepraksistilladelse til gavn for alle, eller delepraksistil-



ladelsen skyldes en kombination af flere forskellige forhold, der gradvist ændrer sig, er det ikke lige så oplagt, hvem der skal bære risikoen for, at delepraksistilladelsen bortfalder.

Kan man ikke på forhånd nå til enighed om, hvem det skal ramme, hvis delepraksistilladelsen bortfalder, kan interessenterne aftale at man i givet fald iværksætter **en forhandling** om, hvem der skal udtræde så tidligt som muligt, efter at det er blevet klart, at delepraksistilladelsen bortfalder og ikke bliver erstattet af en ny eller en ekstra lægekapacitet. Kan enighed ikke opnås, kan **lodtrækning** være sidste udvej. Hvis dette bliver løsningen, skal interessenterne ved etableringen af delepraksis gøre sig klart, at ophør af delepraksistilladelsen i sidste ende kan betyde tvungen udtræden, hvis man taber lodtrækningen.

Det er den forbindelse væsentligt at fastlægge, hvad der sker med den udtrædendes praksisandel. Da andelen ikke kan sælges til tredjemand, vil det være naturligt, **at de tilbageværende overtager** praksisandelen. Der kan her aftales løsningsmodeller svarende til de under pkt. 4 anførte.

Det kan overvejes, om en interessent, der tvinges ud på grund af bortfald af delepraksistilladelsen, skal stilles bedre end en interessent, der har besluttet at udtræde, men ikke kan sælge til tredjemand, fordi der ikke kan opnås fornyet delepraksistilladelse. I tilfælde, hvor den interessent, der tvangsmæssigt skal udtræde, er den interessent, der trådte ind i forbindelse med opnåelse af delepraksistilladelse, måske for få år siden, vil den pågældende ofte kræve en maksimering af det tab, som han/hun risikerer ved tvangsmæssig udtræden.

En måde helt at undgå problemet med bortfald af delepraksistilladelse, kan være at undlade at optage en interessent i forbindelse med opnåelse af delepraksistilladelse og i stedet **ansætte en speciallæge i almen medicin**, jf. §§ 20-21 i overenskomsten. Antallet af ansatte speciallæger må som udgangspunkt maksimalt udgøre halvdelen af antallet af lægekapaciteter i praksis. Dog gælder denne begrænsning ikke i lægedækningstruede områder. Bortfalder delepraksistilladelsen, fordi det forhold, der begrundede den, ophører, kan den ansatte speciallæge opsiges, hvilket er mindre indgribende, end at en interessent skal udtræde og sælge sin praksisandel.

## 6. OPDELING AF DELEPRAKSIS

Et interessentskab, der drives som delepraksis, kan i tilfælde af opløsning maksimalt opdeles i et antal selvstændige praksis, **svarende til det antal lægekapaciteter**, som interessentskabet råder over.

Med andre ord kan en solopraksis, der drives som delepraksis af to læger, ikke opdeles. En to-mandspraksis, der drives som delepraksis af tre læger, kan ikke opdeles i tre selvstændige praksis. Derimod er der mulighed for opdeling i to praksis, hvoraf den ene drives som delepraksis af to læger med en lægekapacitet, men det forudsætter fornyet delepraksistilladelse.

Derfor bestemmer overenskomstens § 22, stk. 5, at læger, der etablerer delepraksis, er forpligtede til at **aftale, hvordan der skal forholdes ved opløsning af praksis**. I forbindelse med indsendelsen af interessentskabskontrakten til PLO, påser PLO, at parterne har forholdt sig til opdelingssituationen.

Aftalen mellem interessenterne skal anvise en **metode** til at løse problemstillingen om, hvordan praksis videreføres, hvis lægerne i en delepraksis ikke længere ønsker at fortsætte samarbejdet.

Overenskomsten anviser ikke, hvilket indhold en sådan aftale skal have, og parterne har aftalefrihed. Det er i denne forbindelse ofte relevant at inddrage baggrunden for delepraksistilladelsens udstedelse i vurderingen, og hvorledes delepraksistilladelsen udnyttes af lægerne i interessentskabet.

Når det imidlertid er vanskelig at regulere, hvorledes ydernumrene skal fordeles i tilfælde af opdeling, skyldes det, at parterne ikke på forhånd ved, hvem af dem der først afgiver opsigelse med henblik på opdeling, og hvem der er årsag til eventuelle samarbejdsvanskeligheder, som begrunder ønsket om opdeling.

I en praksis med 3 læger og 2 lægekapaciteter, kan en delepraksistilladelse eksempelvis være anvendt således, at to ud af interessentskabets tre læger deler en fuldtids stilling, fx pga. den ene læges sygdom eller undervisningsaktiviteter, mens den tredje læge arbejder fuld tid, hvilket vedkommende har gjort også før delepraksistilladelsen blev givet. I så fald kan løsningen være, at den fuldtids arbejdende læge bevarer retten til den ene lægekapacitet, uanset hvem der opsiges med henblik på

opdeling, ligesom den fuldtids arbejdende læge også har selv har ret til at gennem-  
tvinge en opdeling. De 2 andre læger må derimod nå til enighed om, hvorledes de  
vil disponere over den anden lægekapacitet, dvs. om de må aftale at fortsætte i de-  
lepraksis sammen eller nå til enighed om, hvem der skal give afkald på at fortsætte  
i praksis. Det er imidlertid ikke sikkert, at denne model løser de samarbejdsproble-  
mer, der var anledning til ønsket om opdeling, såfremt samarbejdsvanskelighederne  
er mellem de 2 læger, som på forhånd er pålagt at dele den ene lægekapacitet.

Hvis delepraksis-strukturen er etableret i forbindelse med et **generationsskifte** er  
det hensigten, at den yngre læge skal sidde med hele den ene lægekapacitet efter  
generationsskifteperiodens udløb. På denne baggrund aftales det ofte i et generati-  
onsskifte, at såfremt den ene af lægerne ønsker at udtræde pga. samarbejdsvan-  
skeligheder eller andre forhold før generationsskifteperiodens udløb, har den ældre  
læge fortrinsret til lægekapaciteten i de første [X] år efter interessentskabets etab-  
lering. Hvis den ældre læge udnytter fortrinsretten, skal den ældre læge overtage  
den yngre læges praksisandel efter reglerne i interessentskabskontraktens pkt. 23,  
incl. betaling for goodwill. Såfremt den ene af lægerne ønsker at udtræde af interes-  
sentskabet mere end [X] år efter interessentskabets etablering, har den yngre læge  
fortrinsret til lægekapaciteten.

Konsekvensen heraf er således, at generationsskiftet enten bringes til ophør eller  
fremrykkes, alt efter hvornår den ene af lægerne opsiger interessentskabskontrak-  
ten.

Situationen kan med fordel reguleres sådan, at den læge, der har fortrinsret til læ-  
gekapaciteten, kan give afkald på at udnytte denne. I så fald har den anden læge  
ret til at overtage sin medinteressents praksisandel efter reglerne i pkt. 23, incl. be-  
taling for goodwill. Såfremt ingen af interessenterne ønsker at erhverve den anden  
læges praksisandel, skal hele praksis(andelen) søges afhændet samlet bedst muligt.

Hvis der ikke er nogle af lægerne, som med rimelighed kan forlange at få fortrinsret  
til en lægekapacitet, kan det aftales, at opdeling ikke er mulig, men at interessen-  
terne forpligter sig til at indgå i en **forhandling** herom. Hvis forhandlingen ikke fø-  
rer til noget resultat, må den interessent, der har ønsket opdeling, vælge, om  
han/hun vil fortsætte i interessentskabet eller opsige med henblik på salg, eventuelt  
med en formulering som følgende:

Henset til, at interessentskabet drives som delepraksis, kan ingen af interessenterne kræve opdeling af interessentskabet. En part, der ønsker opdeling, kan i stedet kræve en forhandling med de øvrige interessenter herom. Såfremt det ikke ved forhandling er muligt at finde frem til en løsning, der er acceptabel for alle interessenter, og som også omfatter aftale om deling af patienter, driftsmidler og –inventar samt lejemål, er den part, som har anmodet om forhandlingen, henvist til enten at fortsætte som hidtil eller at afgive opsigelse og sælge sin praksisandel efter reglerne herom i interessentskabskontrakten.

Det forekommer også, at der i interessentskabskontrakter aftales, at lægekapaciteterne fordeles ved **lodtrækning**, hvis en læge ønsker opdeling, men man ikke kan nå til enighed om, hvordan opdelingen i givet fald skal ske.