

**Anmälan om ledighet eller tillfälligt vikariat**

Blanketten ska vara datorifylld, handskriven blankett returneras. Datum ska skrivas i formatet XXXX-XX-XX.

Kryssrutorna kan markeras med muspekare.

Observera information på sid 3.

Anmälan avser Vårdavtal enligt:


 Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL), ange specialitet:

 Lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.
**Avtalspart**

|  |                                  |  |   |                  |
|--|----------------------------------|--|---|------------------|
| Personens fullständiga namn  |                                  | Personnummer (tio siffror)                             |   | Avtalspartnummer |
| Utdelningsadress   |                                  | Postnummer   | Ort   |                  |
| Kontaktperson  |                                  | e-postadress till kontaktperson                        |   |                  |
| Telefonnummer till kontaktperson   |                                  | Telefonnummer mobil till kontaktperson                 |   |                  |
| Avtalsparten innehar särskilt arvode (gäller enbart LOF)<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |                                  |  |   |                  |
| Jag är förhindrad att bedriva verksamhet på grund av (handling som styrker frånvaro ska bifogas, se sid 3):          |                                  |  |   |                  |
| <input type="checkbox"/> Semester  | <input type="checkbox"/> Studier | <input type="checkbox"/> Sjukdom                       | <input type="checkbox"/> Förestående pensionering |                  |
| <input type="checkbox"/> Föräldraledighet, barnets personnummer:   |                                  | <input type="checkbox"/> Annat                         |   |                  |
| Datum från och med   |                                  | Datum till och med                                     |   |                  |
| Ledighetens omfattning   | <input type="checkbox"/> Heltid  | <input type="checkbox"/> Deltid ange timmar per vecka: |   |                  |

Härmed intygas att jag av ovan avgivet skäl inte kommer att vara verksam enligt lag om läkarvårdsersättning eller ersättning för fysioterapi enligt ovanstående omfattning. Jag är medveten om att begränsningsreglerna om ersättningstak gäller för vikariatsgivarens och anlidade vikariers sammanlagda verksamhet.

|       |  |  |
|-------|--|--|
| Datum | Underskrift etableringsinnehavare eller vikariatsgivaren | Namnförtydligande etableringsinnehavare eller vikariatsgivaren |
|-------|--|--|

**Vikariatstagare**

|  |  |  |  |             |
|--|--|--|--|-------------|
| Personens fullständiga namn  |  | Personnummer (tio siffror)             |  | Vårdgivarid |
| Utdelningsadress   |  | Postnummer                             | Ort  |             |
| Kontaktperson  |  | e-postadress till kontaktperson        |  |             |
| Telefonnummer till kontaktperson   |  | Telefonnummer mobil till kontaktperson |  |             |
| Ange specialistkompetens (gäller LOL) eller särskilt arvode (gäller LOF) |  |  | Legitimation år:   |             |
| Samverkansavtal eller verksam enligt lag i annat landsting               |  |  | Anställning hos offentlig sjukvårdshuvudman              |             |
| <input type="checkbox"/> Ja, i:  |  | <input type="checkbox"/> Nej           | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |             |

|  |                                 |  |  |
|--|---------------------------------|--|--|
| Bilagor<br><input type="checkbox"/> Legitimation <input type="checkbox"/> Specialistkompetensbevis (LOL) eller intyg Särskilt arvode <input type="checkbox"/> Tjänstledighetsbevis |                                 |  |  |
| Datum från och med   |                                 | Datum till och med                                     |  |
| Vikariatets omfattning   | <input type="checkbox"/> Heltid | <input type="checkbox"/> Deltid ange timmar per vecka: |  |

Härmed intygas att jag kommer att vara verksam på mottagningen endast under den tid vikariatsgivaren är förhindrad att arbeta på mottagningen samt att jag åtar mig att följa bestämmelserna i lagen om läkarvårdsersättning eller ersättning för fysioterapi samt landstingets riktlinjer och anvisningar. Jag är medveten om att begränsningsreglerna om ersättningstak gäller för vikariatsgivarens och anlitade vikariers verksamhet.

---

|       |                              |                                   |
|-------|------------------------------|-----------------------------------|
| Datum | Underskrift vikariatstagaren | Namnförtydligande vikariatstagare |
|-------|------------------------------|-----------------------------------|

Har du frågor kontakta Vårdgivar-service på telefonnummer 040 – 623 90 00 eller via formulär på <https://vardgivare.skane.se/supportsidor/vardgivar-service/>

Undertecknad blankett samt bilagor skickas till:  
Region Skåne, Regionservice, Gemensam servicefunktion, Vårdgivar-service, Medicon Village, Byggnad 203, 223 81 Lund

### Region Skånes förhandsbesked

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Region Skåne anser att giltiga skäl anförts för tillfälligt vikariat | <input type="checkbox"/> Region Skåne anser INTE att giltiga skäl anförts för vikariat |
| Från och med datum  | Till och med datum   |
| Motivering  |  |
|   |  |

---

|       |                          |                                |
|-------|--------------------------|--------------------------------|
| Datum | Underskrift Region Skåne | Namnförtydligande Region Skåne |
|-------|--------------------------|--------------------------------|

## Anmälan om ledighet eller tillfälligt vikariat

Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL), 10 § Om en läkare på grund av sjukdom, semester, ledighet för vård av barn, förestående ålderspensionering, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller annat liknande skäl är helt eller delvis förhindrad att bedriva sin verksamhet, får en annan läkare som har samma specialitet eller en annan specialitet inom samma grupp av specialiteter vikariera under frånvaron.

Lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF), 10 § Om en fysioterapeut på grund av sjukdom, semester, ledighet för vård av barn, förestående ålderspensionering, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller annat liknande skäl är helt eller delvis förhindrad att bedriva sin verksamhet, får en annan legitimerad fysioterapeut vikariera under frånvaron.

- Innehavaren av etableringen ska uppfylla bestämmelserna i respektive lag inklusive kravet om heltidsverksamhet, se 8 §.

### Ledighet

- Semester ska företrädesvis tas ut i sammanhängande perioder, maximalt 40 dagar per kalenderår.
- Ledighet med anledning av förestående ålderspensionering accepteras i en sammanhängande period om högst två år före pensioneringen men ledighet söks för ett år i taget. Ledighet godkänns upp till 80% d.v.s. etableringsinnehavaren måste tjänstgöra minst 20%. Avbryter vårdgivaren ledigheten anses denna möjlighet vara förverkad och ny ledighet av samma skäl kommer inte att medges. När ledigheten löper ut efter två år alt. ledigheten avbryts har vårdgivaren skyldighet att meddela Region Skåne huruvida vårdgivaren avser att sälja etableringen eller arbeta heltid.
- Arbetsoförmåga på grund av sjukdom, överstigande en vecka, ska styrkas med giltigt läkarintyg enligt "7804 Läkarintyg för sjukpenning" eller läkarutlåtande där motsvarande uppgifter framgår. För att minimera risken för jäv kommer sjukintyg från läkare verksam vid samma mottagning/enhet som vårdgivaren inte att accepteras. Även intyg från läkare som har en annan relation till vårdgivaren där det föreligger risk för jäv accepteras inte. Vid bedömningen av vad som anses vara jäv hämtas vägledning från Förvaltningslagen (2017:900) § 16 och 17.
- Ledighet med anledning av vidareutbildning ska styrkas med dokument som visar att vidareutbildningen är inom sökandes yrkesområde. Ledighet för forskning ska styrkas med godkännande av forskningsetisk nämnd, intyg om koppling till universitet eller högskola, intyg om handledare, intyg från institutionen och tänkt tidplan inkl. plan för publicering. Dokument som styrker att forskningen/utbildningen genomförts ska lämnas efter avslutad forskning/avslutad utbildning.
- För vård av barn beviljas ledighet enligt de principer som gäller för anställda inom Region Skåne. Utöver föräldraledighetslagen har man på denna grund rätt att få tjänstledigt med 100 procent tills barnet fyller tre år och minskad arbetstid till 75 procent av heltid fram till dess att barnet fyller 12 år.
- Ledighet med anledning av politiskt eller fackligt uppdrag ska styrkas med intyg.
- Ledighet beviljas inte retroaktivt.
- Endast anmälan på avsedd blankett och i original (med aktuella intyg bifogade) behandlas.

### Förutsättningar för tillfälligt vikariat

#### Vikariatsgivaren:

Vikariat beviljas inte retroaktivt.

- Vikariat beviljas som längst för ett år i taget.
- Endast anmälan på avsedd blankett och i original (samt med aktuella intyg bifogade) behandlas.
- Ersättning betalas ut till vikariatsgivaren d v s den som har rätt till verksamhet enligt LOL eller LOF. Vikariatsgivaren ansvarar för att betala vikarien.
- Den ersättning som vikariatsgivaren betalar vikariatstagaren belastar vårdgivarens ersättningstak.
- Vikariatsgivaren är ansvarig gentemot Region Skåne, även under vikariatsperioden, avseende uppföljning, dialogmöten eller motsvarande

### **Vikariatstagaren:**

- Vikariatstagaren ska inneha samma specialitet som vikariatsgivaren (gäller LOL).
- Vikariatstagaren ska ta emot vikariatsgivarens patienter på vikariatsgivarens mottagning om inget annat är överenskommet med Region Skåne.
- Vikariatstagaren får inte arbeta i högre omfattning än den tid vikariatsgivaren begärt ledighet för.
- Registrering av besök ska ske på vikariatsgivarens avtalspartskod och vikariatstagarens vårdgivarid. Detta ska framgå för varje besök.
- Vikarierande fysioterapeut (vikariatstagaren) inom Lag om ersättning för fysioterapi (1992:1652) kan registrera särskilt arvode inom de arvodeskategorier hen är godkänd för. Detta gäller oavsett vikariatsgivarens rätt till särskilt arvode (ändrad tillämpning fr.o.m. 2024-10-25).
- Registrering av besök ska ske på vikariatsgivarens avtalspartskod. Vikariatsgivarens vårdgivarid ska framgå för varje besök. Remittering till Lab och Bild- och funktionsmedicin ska ske på vikariatsgivarens kundkod (MG-kod) och vikariatsgivarens namn ska anges (gäller LOL). Vikariatsgivarens arbetsplatskod ska användas vid läkemedelsförskrivning.
- Om vikariatstagaren är anställd i någon regions hälso- och sjukvård eller i juridisk person som regionen har ett rättsligt bestämmande inflytande i, ska intyg om tjänstledighet under vikariatstiden bifogas.
- I de fall vikariatstagaren arbetar en längre period på etableringen ska vikariatstagaren bistå vikariatsgivaren avseende uppgifter till uppföljning, dialogmöte eller motsvarande.

Komplett anmälan (inklusive handlingar som styrker frånvaron) ska vara Region Skåne tillhanda senast tre (3) veckor innan vikariatet ska börja gälla. I samband med akut sjukdom får anmälan lämnas i efterhand, dock snarast efter vikariatsstarten. Intyg/handlingar som styrker frånvaron ska alltid bifogas vid sjukdom, forskning och vidareutbildning, politiskt eller fackligt uppdrag. Ev. vikariatstagare ska bifoga legitimation, intyg om specialistbevis (LOL), ev. intyg om särskilt arvode (LOF) och ev. tjänstledighetsintyg.

Region Skåne, Regionservice, Gemensam servicefunktion Vårdgivar-service, märk kuvertet med "Vikariat", Medicon Village, byggnad 203, 223 81 Lund

Observera: Ofullständigt ifylld anmälan utan efterfrågade intyg och handlingar kommer att återsändas till vikariatsgivaren för komplettering. Ofullständigt ifylld anmälan eller för sent inkommen anmälan, kan innebära att utbetalning av ersättning för utförd vård uteblir eller försenas.