

SOP arbeider for bedre pensjon til næringsdrivende leger

– I møte med kolleger kommer raskt spørsmålet om bedre pensjon raskt opp, sier Hans Kristian Bakke, styreleder i Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP).

Også Allmennlegeforeningen og Praktiserende Spesialisters Landsforening har tatt opp ønsket om bedre pensjoner for næringsdrivende leger. Privatpraktiserende leger ser at deres pensjoner på langt nær kan måle seg med det kollegene i offentlig sektor oppnår. Forskjellen ved full opptjening av pensjonsrettigheter i Kommunal Landspensjonskasse (KLP), Statens Pensjonskasse og SOP er ikke mindre enn ca. 160 000 kroner per år. Forskjellen økte dramatisk etter at det såkalte knekkpunktet i offentlige tjenestepensjonsordninger ble opphevet i 2000.

– Skal nå SOP åpne pengesekken og dele ut mer pensjon til næringsdrivende leger?

– Nivået på den pensjon som SOP kan yte sine medlemmer avgjøres av den kapital SOP har tilgjengelig. Pensjonsgrunnlaget fastsettes hvert år av SOPs styre, og vi kan ikke sette dette høyere enn det som er forsvarelig i lys av at SOP skal være bærekraftig også i fremtiden.

– Legeforeningen satte ved normaltarifforhandlingene med staten tidligere av betydelige beløp til SOP, mens avsetningene de senere årene har vært beskjedne. Er det ikke de legene som var yrkesaktive den gang vesentlige avsetninger ble gjort som – i motsetning til dagens leger – har bidratt mest til ordningens kapital?

– Dette representerer en utbredt feiloppfatning. En avsetning til SOP innebærer at en del av den forhandlede økonomiske ramme går til SOP i stedet for å bli lagt på refusjonstakstene, dvs. legenes inntekter. Hadde pengene som ble satt av til SOP, i stedet blitt lagt på refusjonstakstene, ville det ført til at også dagens leger ville hatt høyere inntekt. Slik sett bidrar dagens leger mer enn gårsdagens, fordi effekten av tidligere avsetninger slår inn gjennom hele deres yrkeskarriere.

Sikkerhetsnett

– De fleste vil oppfatte bedre pensjon som ensbetydende med høyere årlig utbetaling. Når SOP ikke har økonomi til å øke pensjonsutbetalingene, hvordan kan pensjonene da blir bedre?

– Det er flere grep som kan tas for å bedre pensjonsvilkårene for privatpraktiserende leger. Om vi ikke kan dele ut mer penger, kan vi gi dem ut på en annen måte. Vi har sett på en rekke endringer, og det første styret har grepet fatt i er å legge til rette for at leger kan inngå avtaler om obligatorisk tjenestepensjon for næringsdrivende uten at dette fører til samordning med pensjonen fra SOP. SOP skal være et sikkerhetsnett for leger. Derfor har man bestemmelser om samordning med annen tjenestepensjon. Tjenestepensjonen fra for eksempel KLP, fører til fratrekk i pensjon fra SOP. Passerer samlet pensjon fra folkestrygden og KLP det pensjonsnivå SOP har satt, får man intet fra SOP. Hensikten er at SOP skal yte pensjon til dem som ikke har annen tjenestepensjon.

Ved innføring av lov om obligatorisk tjenestepensjon for næringsdrivende skjedde det at en ny gunstig generell pensjonsordning for næringsdrivende ble helt uaktuell for leger på grunn av samordningsbestemmelsen. Tusen kroner i pensjon fra egen OTP-ordning vil kun føre til at legen får tusen kroner mindre fra SOP. Arbeids- og inkluderingsdepartementet vurderer nå en vedtektsendring som åpner for et slikt spesifikt samordningsfritak knyttet til bestemte tjenestepensjonsordninger som tenkes etablert for privat legevirkosomhet. Dersom Arbeids- og inkluderingsdepartementet godkjenner forslaget til vedtektsendring, kan legene benytte denne ordningen fra 2008. Det vil i tilfelle bli etablert en særskilt ordning for nærings-



Hans Kristian Bakke. Foto Ellen Juul Andersen

drivende leger og informasjon om dette vil følge.

– Har dere flere kort i ermet?

– Ja. Styret i SOP har de siste to årene jobbet med flere endringer. Dels er de motivert ut fra et ønske om bedre pensjonsvilkår, dels er de en naturlig konsekvens av pensjonsreformen (folkestrygden). For det første ønsker vi å åpne for at legene skal kunne ta ut pensjon i løpet av for eksempel ti år, i stedet for som i dag, livslang utbetaling. Etter en beregning av den enkelte leges «pensjonskapital» ut fra forventet levealder på pensjoningstidspunktet vil legene kunne oppnå en høyere årlig pensjon, men over færre år enn i dag. Vi antar mange vil finne det mer attraktivt å ta ut pensjonen de første årene man er pensjonist. Vi foreslår også å åpne opp for at man kan ta ut pensjon allerede fra 62 års alder. I lys av ordningen med deleliste og delepraksis vil en slik mulighet kunne være et viktig tilskudd for mange. Samtidig foreslår vi at arbeidsinntekt ikke lenger skal føre til avkortning av pensjon, uansett når man begynner å ta ut pensjon. Vi vil også, i tråd med pensjonsreformen, søke å gjøre pensjonene mer i samsvar med den enkeltes inntekt. Til nå har det vært slik at jo mindre inntekt man har hatt (jo mindre alderspensjon fra folkestrygden), jo mer har man fått fra SOP.

Alderspensjon

- Pensjonsalder:
 - Fra samme tidspunkt som folketrygd
 - Tidligst ved fylte 67 år – «senest» ved fylte 70 år
- Pensjonsytelse
 - Brutto pensjonsytelse: kr 334 620 i 2007
 - Tilsvarende full brutto alderspensjon etter pensjonsgrunnlag i Statens pensjonskasse, med bruttolønn kr 507 000
 - Gjennomsnittlig nettopensjon utbetalt i 2006: ca. kr 67 000
 - 10 % økning i alderspensjonen for barn under 18 år som medlemmet har omsorgen for
- Full opptjeningstid: 35 års legevirkosomhet i heldagsarbeid i Norge
- Minimum seks måneders virksomhet per opptjeningsår i heldagsarbeid
- Antall leger med alderspensjon: ca. 500

Prioriterer alderspensjon

– SOP har alle pensjonsformer. Er det noen dere tenker å svekke, for på den måten å styrke alderspensjonen?

– Vi ønsker også å prioritere alderspensjonen på bekostning av ektefellepensjonen. Det å være gift med en lege representerer (heldigvis) ikke lenger det en gang gjorde. De aller fleste ektefellene opparbeider i dag egen pensjon, og den betydningen ektefellepensjonen hadde tidligere, er nok ikke til stede på langt nær i samme grad i dag. En gradvis utfasing av denne mener styret er naturlig.

– Hva med uførepensjonen?

– SOP skal fortsatt yte uførepensjon, men også her kan det komme endringer. Endringer av offentlige uføreytelser som oppfølging av pensjonsreformen er fortsatt ikke helt avklart, og styret i SOP vil måtte komme tilbake til dette tema senere. Vi ser imidlertid at vi også vil møte utfordringer

knyttet til forholdet mellom alderspensjon og uføretrygd.

– Når kan legene forvente at endringene trer i kraft?

– Bortsett fra endringene knyttet til obligatorisk tjenstepensjon som styret forsøker å få gjennomført allerede i år er det naturlig å gjøre endringene samtidig med at ny uttaksmodell fra folketrygden iverksettes fra 1.1. 2010.

– Er det SOPs styre som selv vedtar vedtektsendringen?

– Nei. Etter at SOPs styre først har gjort sine vurderinger og fått foretatt aktuarberegninger av de forslag som fremmes, forelegges saken for Legeforeningens sentralstyre. Dersom sentralstyret er enig med oss, går forslagene videre derfra til Arbeids- og inkluderingsdepartementet som har siste ord ved endringer av vedtektene.

Bakke fremholder at SOP er en stiftelse,

ikke et forsikringsselskap. Dette innebærer blant annet at man ikke har rettigheter i ordningen på samme måte som ved tegning av en polise i et forsikringsselskap. På den annen side er SOP's formål begrenset til å bidra til økonomisk sikring av medlemmene og deres familie i forbindelse med arbeidsuførhet, alderdom og død, samt ved fravær fra egen legepraksis i forbindelse med sykdom, fødsel og adopsjon. I tillegg kan det ytes støtte til kollektive sykdomsforebyggende tiltak for medlemmer og kollektive sosiale tiltak for medlemmer/ektefeller som er blitt pensjonister, avslutter Bakke.

Ellen Juul Andersen

ellen.juul.andersen@legeforeningen.no
Avdeling for informasjon og helsepolitikk

Frustrasjon over legers arbeids- og avtalesituasjon

– Det er stor frustrasjon over arbeidssituasjonen ved St. Olavs Hospital, sa de tillitsvalgte på et allmøte der Legeforeningens president, forhandlingsdirektør og lederne i Overlegeforeningen og Yngre legers forening var til stede.

– Det er manglende optimisme, man beveger seg fra dag til dag og gruer seg litt for det som kommer. Lojaliteten til pasientene er stor, men spørsmålet nå er om frustrasjonen blir så stor at det kan gå ut over denne lojaliteten? sier foretakstillitsvalgt Randulf Søberg ved St. Olavs Hospital.

Trondheimslegene møtte i stort antall opp på allmøtet. Nærmere 300 leger var innom, og engasjementet var stort. Torunn Janbu, president i Legeforeningen, Anne Kjersti Befring, forhandlingsdirektør, Arne Refsum, leder i Overlegeforeningen (Of) og Hege Gjessing, leder i Yngre legers forening (Ylf) fikk høre om leger som ville snu en negativ utvikling.

– Vi arbeider kontinuerlig med å løse de mange utfordringer vi har med forhandlingene i sykehussektoren. Historien siden 2002 viser at det er vanskelig å få til gode prosesser sentralt, noe vi ikke opplever i andre forhandlingssektorer, sa Torunn Janbu. Hun sa at dette også gjenspeiles i et dårlig grunnlag for gode lokale forhandlinger og omstillingsprosesser i sykehusene.

– Vi forventer at de regionale helseforetakene nå tar ansvar for at vi sammen kan få et forhandlingssystem som er bedre tilpasset sykehusenes behov. Legeforeningen etterlyser en sentral motpart som har kompetanse om sykehussektoren og er løsningsorientert. Dette handler ikke om et valg mellom sentrale eller lokale forhandlinger, sa presidenten.

Avsporinger

Hun sa til de fremmøtte at forhandlingene i sykehussektoren preges av avsporinger fra det som er de reelle utfordringene i sykehusene. Tiden går med til forhandlinger om forhandlingssystemet og modellene.

– Motparten ønsker at forhandlingssystemet og avtalekonstruksjonen skal være den samme i sykehus som f.eks. for teater, busselskaper og banker. Motpartens mangel på fleksibilitet mht. å lage avtaler låser prosessene, avgrenser handlingsrommet og mulighetene for å finne løsninger, sa hun.

Janbu påpekte at manglende fleksibilitet fungerer som et effektivt hinder f.eks. for å lage gode kjøreregler for omstillingsprosesser og vurdere hvordan man skal benytte legers arbeidstid.

– Viktige sentrale tema for å utvikle helsetjenesten i sykehusene bl.a. er nasjonalt kvalitetsarbeid, pasientsikkerhetsarbeid, effektivitet /god logistikk og gjennomføring av ønsket prioritering. Legeforeningen etterlyser en sentral motpart med kompetanse og løsningsvilje. Det vil gi oss en helt annen mulighet til å bidra, fortalte presidenten.

Foretakstillitsvalgt Søberg sa at de ansatte snakker mye om at overlegene og de yngre legene skal stå sammen og støtte hverandre.

– Legeforeningen sentralt og tillitsvalgtapparatet lokalt fikk vite at de i den kommende tid har medlemsmassen i ryggen, sier han.

«Lus på en tjærekest»

Søberg sier at stå-på-viljen og innsatsen medlemmene har demonstrert gjennom et vanskelig år med nedskjæringer og omorganiseringer, blir neglisjert når de kommer til forhandlingsbordet.

– Jeg kan knapt kalle de møtene vi har, som forhandlinger, og registrerer at administrasjonen på sykehuset meldte til St. Olavs' styre at legeoppgjøret ble billigere enn antatt, sier han.

Søberg uttaler frustrert at administrasjonen på sykehuset ter seg som en «lus på en tjærekest» i forhold til saker de tillitsvalgte reiser.

– Det er uforståelig at sykehuset ennå ikke har ryddet opp etter de lokale forhandlingene i 2005. Hvordan kan de ønske lokale forhandlinger når de ikke opptrer som om det er forhandlinger, sier Søberg.

Den tillitsvalgte er også opptatt av faget.

– Faget har stått helt i skyggen i løpet av dette økonomiske unntaksåret. Jeg håper vi nå kan snakke fag igjen, sier Søberg.

Legene ved sykehuset diskuterer nå hvordan de skal ivareta faglig fordypning og utvikling, ta vare på kollegaer og seg selv, og at de ikke forstrekker seg for produksjonens og økonomiens skyld.

– Så er det all den ubetalte overtiden som gjøres av både yngre leger og overleger. Det ble oppfordret sterkt til at denne overtiden blir registrert, forteller Søberg.

Cecilie Bakken

cecilie.bakken@legeforeningen.no
Avdeling for informasjon og helsepolitikk