

FORSLAG TIL ALMENNLEGEFORENINGENS LANDSRÅDSMØTE 28. APRIL 2021.

Fra Odd Eilerås, fastlege i Tønsberg.

FORSLAG OM NEDSETTELSE AV ET GRANSKNINGS-UTVALG OM SOP-VEDTEKTS- ENDRINGER I 2010 OG FREMTIDIGE SOP-YTELSE.

Det ble av undertegnede våren -20 innsendt en enkel mail angående forslag om nedsettelse av et gransknings-utvalg som skulle gjøre undersøkelser og vurderinger knyttet til Syke- og Pensjons-ordningen for leger / SOP's vurderinger, tiltak og senere vedtekts-endringer relatert til den fulle stoppen i overføringer fra Normaltariffs-oppgjørene fra 1992 og videre i 27-28 år.

Det ble foreslått at et slikt utvalg burde se på og vurdere hva som ble gjort fra ApIf/AF sin side og sannsynlige vurderinger i Helse-og-Omsorgs-departementet (HOD) i perioden fra 1992 og i årene videre.

Det var også ønskelig at et slikt utvalg skulle se på SOP's sine vurderinger og styrearbeide vedrørende de endringer som ble gjort i november 2010, og som gjorde svært betydelige endringer i pensjons-rettighetene til fastleger autorisert etter 1992.

Disse endringene i SOP-vedtektene betød en omfordeling av økonomiske midler i milliard-klassen, og etter forslagstillers / u.t.'s vurdering er ikke de organisasjons-messige forhold knyttet til disse endringene tilstrekkelig belyst - sett opp mot disse svært store omfordelingene.

Min innsendte mail, ble overraskende, men positivt, til "Forslag 4" på saklisten for Landsrådsmøtet i 2020.

Forslaget ble debattert og vurdert, men da noe usikkerhet om ønskelighet av at forslaget skulle gå til avstemning i Landsrådsmøtet, ble det avtalt og bestemt at forslaget skulle "oversendes til styret".

Det er uklart for forslags-stiller/u.t. hva det innebærer at forslaget "oversendes til styret", og svaret på om det nå i 2021 er behov for å sette ned et gransknings-utvalg nå - vurderes å ligge i hva AF-styret har gjort i saken iløpet av siste året.

I fall det er gjort gode undersøkelser og vurderinger av stoppen i SOP-fonds-avsetninger i perioden fra 1992 og videre, av endringene i SOP-vedtektene, og at det er god klarhet i de videre fremtidige SOP-ytelsene - vurderes det å ikke være grunn til å nedsette et eget gransknings-utvalg.

Det anmodes dog om at de eventuelle undersøkelser og vurderinger som er gjort av AF-styret gjøres alment tilgjengelig for AF's medlemmer.

Kortfattet og konkret ble det av SOP-styret i november 2010 gjort vedtektsendringer som medførte at leger autorisert før 1992 skulle beholde sin tilleggspensjon ubeskåret og styrket, mens "yngre leger" skulle få null i SOP-tilleggspensjons-utbetalinger.

Bakgrunnen for at grensen for rett til SOP-pensjons-ytelse ble satt ved autorisasjon før og etter 01.01.93 var at avsetningene fra Normaltariffs/NT-oppgjørene fra og med oppgjøret 1991-1992 og 1992-1993 var symbolske - og der da i disse årene var på henholdsvis 2 millioner og 3,5 millioner og senere ble ytterligere minimale.

Leger autorisert før 1992 hadde således bidratt med midler fra NT-oppgjørene de selv var en del av - i variabelt for eksempel - 0 år - 0,5 år - 3 år og mange år, og der disse legene da ut fra slik SOP beskriver det, bidro til SOP-fondet via lavere takster i Normaltariffen.

Ref. utdrag fra SOP-redegjørelse, (se vedlegg); «Det ble derfor definert at leger autorisert etter 1.1.93 ikke hadde bidratt (gjennom reduserte takster) til finansiering av SOP og at det således var rimelig at pensjonsrettigheter var forbeholdt gruppen leger som var autorisert før denne datoen.»

Hovedbegrunnelsen fra SOP for at endringene i rettighetene til tilleggspensjon var nødvendige - var at det i 2010 ikke var tilstrekkelige midler i fondet til å dekke de fremtidige ytelses-rettighetene.

Det er fra SOP redegjort for at det var nær 2 milliarder i underdekning.

Det er således usikkert om det i 2010 faktisk var tilstrekkelige midler i SOP til å skulle dekke også de pensjons-rettighetene som leger autorisert innen 1992 skal ha rett på.

Dette er så ytterligere forverret ved at det heller ikke i NT-oppgjørene de neste 8-9 (?) årene kom nye midler / avsetninger fra NT-oppgjørene.

Da det også i årene etter 2010 er gjort vedvarende og uendrede utbetalinger fra SOP, må SOP-fondet ha blitt tappet ytterligere.

Det er ut fra dette mye mulig, at de fremtidige pensjons-utbetalingene til leger autorisert innen 1992, finansieres ved de nå nye avsetningene som tilkommet de 2-3 siste årene og ved de avsetninger som eventuelt kommer i de videre årenes Normaltariffs-oppgjør.

Summen av dette gjør at leger autorisert fra 1993 og senere, nå mulig betaler deler av pensjonene til legene som er autorisert i 1992 og tidligere - samtidig som de også fullt og helt selv skal tjene opp til sine egne pensjoner.

Spissformulert er det ønskelig å avklare hvor stor andel av for eksempel den "mislykkede" Normal-tariffs-avsetningen på 55 millioner kr som skulle gå til fastlegene med "tunge lister" - istedet går til å bygge opp SOP-midler for å kunne betale tilleggspensjonen til leger autorisert i 1992 ? (- og tidligere.)

Leger autorisert i 1992 og før vil også i henhold til SOP's nyere reglement, kunne få SOP-tilleggspensjons-utbetalinger fra 62 års alder mens de fortsatt er i fullt fastlege-arbeide og har helt normale fulle praksis-inntekter. Det vurderes at dette er problematisk da endringen i SOP-vedtektene i november 2010 gjorde at leger autorisert i 1993 eller senere ikke har rett til noen som helst SOP-tilleggspensjon.

Det er beklagelig at det på dette viset er laget et - ikke ubetydelig - skille mellom fastleger i Norge.

Det kan argumenteres at forslagstiller / u.t. ved å nå i etterkant gjøre krav om en åpenhet og avklaring av disse spørsmålene, bygger et skille mellom fastleger i Norge ut fra autorisering før og etter 01.01.93. Men det er vel liten tvil om at det i så fall er nettopp SOP-styrevedtaket i november 2010 som har skapt dette skillet.

Ut fra min kunnskap er SOP-tilleggs-pensjonen begrenset oppad til ca kr 100.000,- pr år, der dette er en tilleggs-ytelse som kommer i tillegg til eventuelle andre offentlige pensjoner. Dette sikrer for fastleger autorisert innen 1992, at kr 100.000,- pr år er en minste-tilleggs-pensjon til Folketrygd-pensjonen. Leger som har en annen offentlig tilleggs-pensjon på kr 100,00,- eller mer vil således ikke få noen tilleggspensjon fra SOP.

Leger med stor grad av offentlig arbeide vil således ha en større andel, eller hele sin pensjon fra det offentlige, mens leger som har arbeidet hovedsaklig som næringsdrivende leger og uten noen offentlig pensjongivende tilleggspensjon, vil ha rett til høyeste SOP-pensjons-ytelse.

Det vurderes at disse endringene i SOP, som er en fullt og helt Dnlf-tilknyttet stiftelse, skjedde svært brått og uten noen bred diskusjon blant legeföreningens tillitsvalgte og medlemmer. Det må reises et stort spørsmål om interessene til AF-medlemmer autorisert etter 1992 ble ivaretatt, og i hvilken grad de "berørte" legene ble tatt med på råd.

Det er for forslags-stiller / u.t. ikke kjent at det ble gitt noen informasjon ut til «menige» Dnlf / AF-medlemmer i forkant av SOP-styrets vedtak om vedtekts-endringene. Nyheten om endringene kom ikke som den «bombe» det i grunnen var, men kun som en artikkel i Dagens Medisin 11. november 2010 der overskriften var som følger; «Leger får justert pensjonen fra nyttår. Praktiserende leger som kom dårlig ut som pensjonister, får fra nyttår justert sin månedlige utbetaling. Bare Arbeidsdepartementets godkjenning mangler.»

Ref link til Dagens Medisin-artikkelen;

<https://eur03.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.dagensmedisin.no%2Fartikler%2F2010%2F11%2F11%2Fleger-far-justert--pensjonen--fra-nyttar%2F&data=04%7C01%7Caf%40legeforeningen.no%7Ccb59ffbb06d5410be20608d8e97a0e71%7C712db2b01beb4350baa79bdd089501a9%7C0%7C1%7C637516057743029856%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWljojMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzliLCJBTil6Ik1haWwiLCJXVCi6Mn0%3D%7C1000&sdata=75usCb0Mjz1EYsYNipwiwiuhjZa5VRSuJSo8X2Vp7Q%3D&reserved=0>

Ut ifra at det vel inntil nå har vært totalt fravær av spørsmål og kritikk til endringen, må det vurderes å ha vært et vellykket taktisk trekk å sørge for at fastleger autorisert etter 1993 vel i svært liten grad ble hørt, eller fikk noen «medbestemmelses-rett» til endringene.

Da staten ved HOD fra og med oppgjøret i 1991-1992 alt vesentlig stoppet tilførsel av nye midler til SOP de neste cirka 26-28 årene er det dog fra forslagsstiller ikke noe spørsmål om at noe måtte gjøres.

Men - det må stilles spørsmål ved både den organisatoriske prosessen i SOP, Dnlf og AF før det ble gjort vedtekts-endringer som medførte at svært mange fastleger i 2010 brått og med mange års tilbakevirkende kraft mistet fullstendig sine rettigheter til SOP tilleggspensjon.

Det må også stilles spørsmål ved hva Dnlf og Aplf / AF gjorde i forhold til at staten ved HOD i perioden fra 1992 og i mange år videre startet å «skrote» fastlegenes sosiale rettigheter - utover de vanlige folketrygd-rettighetene.

Hvorfor ble ikke dette betydelige - og stadig økende og mer problematiske forholdet - kommunisert ut til Aplf/AF's medlemmer ?
Hva ble gjort av mulige forespørsler eller krav til HOD ?
Hvorfor ble ikke dette tatt opp som et tema og et krav ved innføringen av fastlege-ordningen i 2010 ?

Det er underlig at samtidig som HOD i 1992 startet en ubegrunnet prosess med nedbygging av fastlegenes sosiale rettigheter med å stanse overføringer til SOP-fondet - fikk de statsansatte og sykehusansatte legene en svært betydelig pensjons-økning ved at "det såkalte knekkpunktet i de offentlige tjenestepensjonsordningene" ble fjernet fra 01.05 2000.

Disse gruppene av leger - som jo omfatter nesten alle andre leger i Norge utenom fastlegene - fikk etter dette en lovfestet rett til pensjon tilsvarende 66% av sin lønn ved pensjonerings-tidspunktet.

Det er paradoksalt at i en tid der fastleger og FLO ønskes knyttet nærmere til det andre offentlige helsevesenet med samhandlings-reformen, pilotering av

primærhelse-team osv - gjøres det en betydelig svekkelse av finansiering og trygghet for fastlegenes sosiale ytelser.

Der dette klart skyver fastlegene i retning av å måtte ha fokus på å sørge for tilstrekkelig "profitt-basert" inntjening - for å selv ha midler til i vesentlig øket grad selv å kunne ivareta egen sosial trygghet inkludert egen pensjon.

Viser til vedlagt artikkel i GYNEKOLOGEN, Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening, 25.02.2012 (side 30-32) skrevet av spesialrådgiver i Legeforeningen Grethe Veiåker Nilsen, for bred informasjon om de ulike pensjons-endringer for ulike legegrupper.

Link;

gynekologen-25-2_web.pdf (legeforeningen.no)

Det er for forslagsstiller ukjent om SOP-styret vurderte andre mulige endringer enn full tilleggspensjon for de "eldre" og null tilleggs-pensjon for "yngre" fastleger.

Et alternativ kunne for eksempel ha vært at leger autorisert i 1990 hadde rett til inntil 20/30-del av full pensjon, ut fra da mulig inntil 20 års SOP-opptjeningstid som almennlege / fastlege.

Og videre da at leger autorisert i 1991 rett til inntil 19/30-del, leger autorisert i 1992 inntil 18/30, leger autorisert i 1993 inntil 17/30-del, leger autorisert i 1994 inntil 16/30-del osv.

Endringene begrunnes ved at det var «rett å prioritere de eldre legene», men det er ikke gitt noen begrunnelse at leger autorisert i 1992 skal være 100% mer berettigede til SOP-tilleggspensjon enn leger autorisert i 1993 og senere.

Inntjeningen til SOP-fondet fra leger autorisert i 1992 var jo da uansett minimal, og det er vanskelig å forstå hvorfor dette skal rett til full SOP-tilleggspensjon.

Det er fra forslagsstiller / u.t. sendt en forespørsel til SOP om en redegjørelse om autorisasjons-år til de legene i SOP-styret i 2010 som gjorde vedtakene og endringen - og i hvilken grad SOP-styret gjorde en vurdering av egne habilitets-forhold knyttet til den betydelige omfordelingen av midlene i SOP-fondet.

Og - der disse endringene synes å ha vært i favør av SOP-styrets leder og styremedlemmer.

Det er fra seksjons-sjef Tone Houge Holter i SOP / Dnlf 27.02.21 gitt et fyldig svar på forespørselen, men der spørsmålene om autorisasjons-år for SOP-styrets medlemmer og en eventuell egen habilitets-vurdering hos SOP-styret i 2010, ikke er besvart.

Ut fra noe informasjon fra usikker kilde, var det var det i SOP-styret i 2010 en lege autorisert etter 01.01.93 som ikke var (?) og heller ikke er fastlege, men som er anestesilege.

Redegjørelsen fra SOP vedlegges, og det vedlegges også vurderingene fra

Stiftelses- og Lotteri-tilsynet om at stiftelses-styrer skal gjøre egne habilitets-vurderinger der dette synes påkrevet.

Det faktum at dette styrevedtaket omfordeler svært store midler vurderes å skulle medføre at styret bør ha gjort en habilitets-vurdering.

Det er i redegjørelsen fra SOP gjort rede for noe av saksbehandlingen i 2010 i form av «bred organisatorisk høring», der det fremkommer at endringene i SOP også ble vurdert av Legeforeningens sentralstyre etc. Dette synes dog å gi et behov for samme spørsmål om autorisasjons-år til de lege-tillitsvalgte i Sentralstyret i 2010 - som vurderte og ga sin støtte de disse endringene.

Videre er det angitt at «Landsstyret ble orientert om vedtektsendringen.» - der det vel må antas at det heller ikke i Dnlf's Landstyre var representert noen fastleger autorisert etter 1992 (?) - og som representerte de som fikk sin rett til SOP-tilleggspensjon fjernet.

Det er ikke redegjort for i hvilken grad interessene til almenleger / fastleger autorisert etter 1992 ble hørt - før de ble satt til side.

Det ble fra SOP-styreleder ved Landsråds-møtet i 2020 gjort rede for at ingen har rettigheter i SOP enn det som er i henhold til SOP's vedtekter.

Dette åpner for at alle rettigheter til ytelser fra SOP kan revurderes og endres i fremtiden.

Det synes å være lagt en presedens for at dette er mulig og akseptabelt - ved at en stor gruppe fastleger i desember 2010, brått og uten videre forvarsel, ble fratatt rettigheter til tilleggs-pensjons-ytelser etter å ha opptjent over halvparten av kravet om 30-årig opptjeningstid.

Det vurderes å være mindre dramatisk om det nå i 2021 gjøres nye endringer i SOP-vedtektene, som gjør at leger autorisert i 1992 får redusert sin SOP-tilleggspensjon til inntil 18/30-del av full tilleggs-pensjon - enn de endringene som kom i november 2010 som bestemte at leger autorisert i 1993 mistet fullt og helt sine rettigheter til noen som helst tilleggs-pensjon.

Da rettigheter til ytelser fra SOP også for leger autorisert innen 1992 vil kunne endres i fremtiden ut fra endringer i SOP's vedtekter, må det også for disse leger være en fordel at vedtektene i SOP synes korrekte og riktig fordelende - og at leger autorisert etter 1992 deler dette synet.

På bakgrunn av disse spørsmål og forhold framsettes det forslag om;

Det nedsettes fra Almennlege-foreningen et gransknings-utvalg som skal innhente informasjon om sentrale forhold knyttet til Syke- og Pensjons-ordningen for Leger's vedtekts-endringer om tilleggs-pensjon, og om forhold knyttet til Helse-og-Omsorgs-Departementet's fullstendige stopp i avsetninger til SOP-fondet i mange år fra 1993 og fremover.

Utvalget skal søke å få en avklaring fra HOD om departementets syn på fastlegers sosiale rettigheter i 1990-årene og videre, og bakgrunnen for den valgte fullstendige stoppen i avsetningene til SOP-fondet.

Utvalget skal også på vegne av Almenn-legeforeningens medlemmer, søke å avklare hva departementet i fremtiden vil ønske å stille seg støttende og ytende til av sosiale ytelser og sosial trygghet for fastleger.

Det bør forsøkes avklart om NT-takstene som bestemt i oppgjørene fra og med 1991-1992-oppgjørene på noen som helst måte synes å gjenspeile at allmennleger/fastleger etter dette tidspunkt selv skulle tjene opp sin pensjon - eller om statens / HOD nær total-stopp i overføringer til SOP reelt var en inntekts-reduksjon og intet annet.

Utvalget bør også avklare forhold knyttet til Normaltariffen og avsetninger til SOP.

Normaltariffen / NT er ut fra forslagsstillers kjennskap en fra cirka 1930-tallet gradvis utviklende avtalefestet økonomisk "samhandling" mellom staten ved HOD og trygdevesenet og de dengang privatpraktiserende allmennleger.

Fra 1974 ble det bestemt - evt ensidig fra HOD (?) - at allmennleger med avtalt trygdeerefusjon ikke var tillatt å ta høyere honorar enn det som var i henhold til NT-takstene angitt i det gjeldende NT-avtaleåret.

Det er ukjent hvilken avtalefestning det har vært - og er- av statens / HOD's ansvar for at SOP har midler til å dekke fastlegenes begrensede sosiale rettigheter - utover vanlige folketrygd-rettigheter.

På SOP's nettsider er det angitt;

"Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) ble etablert i 1965 etter forhandlinger mellom Den norske lægeforening og Sosialdepartementet." Hva ble da forhandlet fram og avtalt - og evt "kontraktsfestet" ? - og hva var den felles forståelse av dette ?

Var HOD's totale stopp i ytelser til SOP et avtale-brudd ? - om enn neppe rettslig, men i alle fall et "moralsk" avtalebrudd ?

Er ytelsene til SOP noe som HOD på nytt - og evt på nytt ubegrunnet - bare kan stanse helt ?

Vil og skal SOP i så fall prioritere tilleggspensjon til leger autorisert i 1992 ? - fremfor de andre SOP-ytelsene som sykeavbrudds-ytelsene, foreldrepermisjon/fødselsstønad, barnpensjon og annet ?

Er det i SOP-fondet nå tilstrekkelige midler til å betale ut de beregnede tilleggspensjonene ?

- og vil en evt ny stopp i NT-avsetningene medføre at de andre SOP-ytelsene må stoppes raskt for å sikre at det er midler til tilleggspensjonene ?

Utvalget bør videre ut fra den informasjon og de svar som er innhentet, vurdere hvilke rettigheter fra SOP som fastleger bør kunne forvente i framtiden, og også gjøre en vurdering av om fordelingen av rettighetene / ytelsene mellom ulike fastlege-grupper synes å være riktig fordelende og lojale mot alle de ulike fastlege-gruppene.

Utvalget bør også gi en anbefaling om hvilke rettigheter og ytelser fastleger bør ha - og bør kunne forvente - fra SOP, herav også vurdere om AF bør fremsette krav om ytelser til SOP som kan gi dekning for tilleggs-pensjon til alle fastleger.

Det vurderes som svært viktig for fastlegeordningen at det er gode - og forutsigbare - sosiale ordninger for alle fastleger.

De "tynne" og usikre sosiale ytelsene til fastleger må vurderes å klart være en medvirkende årsak til rekrutterings-svikten til FLO, og bedring og trygging av dette kan ikke utelates fra Dnlf/ AF's arbeide for å bedre rekrutteringen.

Unge leger må veie dette opp mot de statsansatte og sykehusansatte legenes sosiale rettigheter - og pensjoner, som da er "ytelses-baserte" og garantert vedvare livet ut til å være 66% av slutt-lønnen.

Og der disse pensjonene er direkte koblet til "Statens Pensjonsfond Utland" som neppe tømmes for midler de neste 1-2 generasjoner, mens SOP-fondet vel allerede nå er "underfinansiert".

Hvorledes orienterer SOP ved de almenmedisinske grunnkurs til de unge fastlegene om usikkerheten knyttet til SOP-ytelsene ?

Utvalget bør sammenfatte sine undersøkelses-funn og vurderinger i en rapport som bør gjøres tilgjengelig for alle AF's medlemmer.

Det antas at det i et slikt utvalg også bør være representanter fra Legeforeningen sentralt og fra Praktiserende spesialisters landsforening da også PSL-medlemmer har rettigheter til ytelser fra SOP.

Med vennlig hilsen
Odd Eilerås

PS

Forslagsstiller er født i 1962 og er autorisert som lege i 1994.

Da mine offentlige stillinger som sykehjemslege etc kun har vært i "små-stillinger" på ca 20-40% som tidligere ikke ga noen KLP-pensjonsrettigheter, er det ikke opparbeidet noe særlig offentlig tilleggs-pensjon utover folketrygd-pensjonen.

U.t. har fra 2012 gjort "vanlige / ordincære" innbetalinger i Dnlf-avtalt pensjonsfond i Storebrand.

I henhold til Storebrand's Pensjons-kalkulator, vil det ved videre tilsvarende innbetalinger frem til pensjonering ved 67 års alder være en beregnet årlig

pensjon ut fra forventet levealder på kr 356.000,- Av dette utgjør Folketrygdpensjonen kr 326.000,- Ved videreføring av den tidligere og fram til 2010 lovede tilleggs-pensjonen, ville min totale årlige pensjon fram til død vært på kr 426.000,- Slettingen av mine pensjons-rettigheter medfører således en betydelig svekkelse av min økonomiske velferd som pensjonist. Da Storebrand-pensjonen utbetales i løpet av de første 10 årene vil pensjonen totalt fram til 77 års alder være kr 391.000,- mens pensjonen videre fremover til "forventet levealder" til cirka 88 år vil være på kun kr 326.000,- Dette er faktisk noe demotiverende.

U.t. er kjent med at "benke-forslag" sjelden vinner gehør, og dette er i tillegg at svært langt forslag / innlegg.

Landsrådet anmodes dog å klart vurdere om ikke viktigheten og "tyngden" av disse oven angitte spørsmålene gir grunn til videre undersøkelser og oppfølging.

2 vedlegg;

Redegjørelse fra seksjons-sjef Tone Houge Holter i SOP / Dnlf datert 27.02.21 + fra Stiftelses- og Lotteri-tilsynet

Artikkel i GYNEKOLOGEN, Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening, 25.02.2012 (side 30-32) skrevet av spesialrådgiver i Legeforeningen Grethe Veiåker Nilsen

Vedlegg 1

Fra; Tone Houge Holter <tone.houge.holter@legeforeningen.no>

Sendt: onsdag 27. januar 2021 08:26

Til: odd-eil@hotmail.com

Kopi: Hans Kristian Bakke (hanskristianbakke@gmail.com) <; Geir Riise <Geir.Riise@legeforeningen.no>

Emne: SV: Forespørsel om informasjon om SOP-styrevedtak og habilitetsvurderinger.

Hei!

Det vises til din mail av 18.1.2021 vedrørende informasjon om SOP-styrevedtak tilbake i 2010 og habilitetsvurderinger.

Det er helt riktig som du skriver at det med virkning fra 1.1.2011 ble gjort endringer i SOPs vedtekter som innebar at retten til alderspensjon fra ordningen ble forbeholdt leger som var autorisert før 1.1.1993. Bakgrunnen for endringen var underdekning i ordningen på tilnærmet 2 milliarder kroner grunnet manglende overføringer fra staten i forbindelse med avsetninger til normaltarriffen.

Det hadde vært klart en del år forut for dette at noe måtte gjøres. Den årlige alderspensjonen fra SOP ble redusert år for år på grunn av manglende

finansiering. SOPs gjennomsnittlige alderspensjon utgjorde i 2010 i underkant av kr 52 000 i året. Dette vakte stor misnøye og bekymring fra leger som hadde blitt forespeilet en alderspensjon som var til å leve av, og som nå hadde nådd en alder som gjorde det vanskelig å rekke å spare opp tilstrekkelige beløp gjennom egen sparing.

Med hensyn til datoen 1.1.1993 så ble ikke dette tidspunktet valgt tilfeldig, og bakgrunnen var ikke styremedlemmenes alder eller autorisasjonstidspunkt. Begrunnelsen var som du selv er inne på, at avsetninger til SOP fra normaltariffen som var betydelig i årene frem til og med 1991 (utgjorde om lag kr 62 mill. i 1991), gradvis ble redusert til kr 2 mill. i 1991-92, kr 3,5 mill. i 1992 – 93, kr 400 000 fra 1993 – 94. Fra og med 1994 ble det kun avsatt symbolske beløp til SOP (kr 200 000 per år). Det ble derfor definert at leger autorisert etter 1.1.93 ikke hadde bidratt (gjennom reduserte takster) til finansiering av SOP og at det således var rimelig at pensjonsrettigheter var forbeholdt gruppen leger som var autorisert før denne datoen. Hadde ikke styret tatt de grepene som her ble foretatt, ville alle medlemmer – både autoriserte før og etter 1.1.1993 – stått igjen med en svært lav årlig alderspensjon som i tillegg ville ha fortsatt å bli redusert i verdi gjennom årlige underreguleringer.

Man hadde på det tidspunktet (2011) fått på plass en avtale med Storebrand om gunstig sparing til alderspensjon med skattefradrag for næringsdrivende leger (etablert i 2008), og medlemmene hadde blitt oppfordret til å starte tidlig med egen sparing til alderspensjon.

Forslaget til vedtektsendring var ute på bred organisatorisk høring. Høringsinstansene uttrykte gjennomgående stor forståelse for at endringene var nødvendige og at det var riktig å prioritere de eldste legene. Sentralstyret i Legeforeningen godkjente forslag til vedtektsendring, før forslaget i henhold til vedtektene ble oversendt Arbeids- og sosialdepartementet for endelig godkjenning. Landsstyret ble orientert om vedtektsendringen.

Vedtektsendringen ble gjort samtidig med pensjonsreformen i folketrygden, og man benyttet anledningen til å endre hele modellen fra en brutto pensjonsordning til en nettoordning. Fra 2015 ble alderspensjonen gjort opphørende. Alle disse grepene ble gjort for å få mer forutsigbare avsetninger til alderspensjon.

Det er viktig å understreke at medlemmer autorisert etter 1.1.1993 har rett til ordningens uførepensjon. Barn av medlemmer autorisert etter 1.1.1993 har videre rett til barnpensjon. Disse ytelsene er styrket. Det skal også nevnes at styret i perioden etter vedtektsendringen har arbeidet for å styrke ordningens avbruddsytelser. Det vurderes som svært viktig for rekrutteringen til fastlegeordningen at legene er sikret gode ordninger ved fravær grunnet sykdom og fødsel.

Vennlig hilsen

Tone Houge Holter

Seksjonssjef



Sykehjelps- og
pensjonsordningen for leger

Telefon 23 10 00 00
Mobil 41 61 55 10
E-post sop@legeforeningen.no

www.sop.no

Til: Odd Eilerås
Emne: Svar fra Lotteri- og Stiftelses-tilsynet

Fra: Øystein Fosstvedt <oystein.fosstvedt@lottstift.no>

Dato: 4. november 2020 kl. 08:21:28 CET

Til: Odd Eilerås <odd-eil@hotmail.com>

Emne: Svar på henvendelse om inhabilitet

Veiledning

Vi viser til dine henvendelser under, hvor du ber Stiftelsestilsynet vurdere habilitetsspørsmål knyttet til en styreavgjørelse om vedtektsendring i 2010 for SYKEHJELPS- OG PENSJONSORDNING FOR LEGER (SOP), org.nr. [975 684 156](https://www.sop.no).

Stiftelsesloven § 38 gir regler for inhabilitet i stiftelser og det er styret/styremedlemmenes eget ansvar til å vurdere sin habilitet i det løpende styrearbeidet. Inhabilitet hos et styremedlem betyr at vedkommende ikke skal delta i behandlingen eller avgjørelsen av den konkrete saken. Stiftelsestilsynet kan ikke foreta en vurdering av det konkrete inhabilitetsspørsmålet som du reiser, og viser i den sammenheng til den generelle adgangen det er for å få prøvet slike spørsmål for domstolene.

Med hilsen

Øystein Fosstvedt

seniorrådgiver jurist Stiftelsestilsynet

Tlf: [57 82 80 42](tel:57828042)

Mobil: [99 28 43 18](tel:99284318)

E-post: oystein.fosstvedt@lottstift.no



Lotteri- og
stiftelsestilsynet

GYNEKOLOGEN Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening, 25-2-2012

(Side 30-32);

Link;

[gynekologen-25-2_web.pdf \(legeforeningen.no\)](http://gynekologen-25-2_web.pdf (legeforeningen.no))

Pensjonsordninger for sykehusleger og privatpraktiserende leger

De siste årene er det gjennomført flere store endringer i det norske pensjonssystemet, spesielt gjennom pensjonsreformen som trådte i kraft fra 2011.

Reformen har innvirkning på supplerende pensjonsordninger, så som offentlige tjenestepensjoner og pensjonene i SOP.

Temaet er komplekst, dog søkes redegjort for noen hovedtrekk ved de viktigste pensjonsordninger leger er omfattet av. Av plasshensyn omtales kun alderspensjon, ikke uføre- eller etterlattepensjoner.

Folketrygden

Folketrygden er hovedpilaren i det norske velferds- og pensjonssystemet. Den ble innført med virkning fra 1. januar 1967 og omfatter i utgangspunktet alle som er bosatt i eller arbeider i Norge.

Folketrygden sikrer alle et visst minste pensjonsnivå, uavhengig av tidligere inntekt.

Hovedtrekkene i pensjonsreformen er som følger: (tidligere regelverk i parentes)

Et mer fleksibelt pensjonssystem

- Valgfritt uttakstidspunkt for alderspensjon mellom fylte 62 og 75 år (tidl. uttak tidligst fra fylte 67 år)
 - Valgfri andel av pensjon, gradert uttaksprosent (tidl. enten, eller)
 - Valgfritt å kombinere arbeid og pensjon (tidl. avkortning mot arbeidsinntekt)
- Et mer bærekraftig pensjonssystem (nytt)
- Levealdersjustering - gjennom delingstall vil hvert årskull måtte jobbe noe lenger for å være sikret samme pensjon som forrige kull for å kompensere for økt levealder

- Regulering: pensjoner under utbetaling reguleres med den gjennomsnittlige lønnsveksten i samfunnet fratrukket 0,75 prosent (tidl. G-regulering ut fra gjennomsnittlig lønns- og prisvekst) Et mer rettferdig pensjonssystem
- Opptjeningsregler (fra besteårsregel hvor de 20 beste opptjeningsårene var avgjørende og maks 40 års opptjeningstid til alleårsregel)

Folketrygdens alderspensjon kan altså tas ut fra fylte 62 år og er ikke (lenger) inntektsprøvd.

Videre følger uttaksregimet følgende prinsipp: Jo tidligere uttak, jo lavere årlig pensjon og motsatt: jo senere uttak jo høyere årlig pensjon. Dette basert på forholdet mellom antatt samlet livsyttelse og antallet leveår.

Innfasingen av de nye reglene skjer gradvis ut fra hvilke alderskull man tilhører, og kan i hovedtrekk skisseres som følger:

1953-kullet (og tidligere): bare det gamle opptjenings-systemet, men nye uttaksregler (levealdersjustering og delingstall).

Årskullene 1954–1962: gradvis innfasing av nytt opptjeningsregelverk.

Fra 1963-kullet: bare nytt regelverk.

Supplerende pensjonsordninger

Offentlig tjenestepensjon

Sykehusleger er omfattet av mange ulike pensjonsordninger, dog med i hovedsak likt regelverk.

Disse pensjonsordningene er i dag dels lovfestet og dels tariffestet. De aller fleste leger er tilknyttet pensjonsordningen i KLP.

De offentlige tjenestepensjonene er ytelsesbaserte, og pensjonen fastsettes som andel av sluttlønn. Medlemskap i offentlige tjenestepensjonsordning etter dagens regler innebærer at man har en såkalt bruttogaranti som tilsier at det garanteres en samlet pensjonsytelse, uavhengig av hvor stor den enkeltes opptjening er i folketrygden.

Ved uttak av alderspensjon fra offentlige tjenestepensjonsordning foretas samordning med pensjon fra folketrygden. Dette for å sikre at samlet pensjon utgjøre minst 66 % av sluttlønn ved pensjonering (forutsatt full opptjeningstid, 30 år).

Ordningen innebærer at folketrygdens ytelser alltid ligger i bunnen og utbetales i sin helhet fra Nav, mens pensjonen fra tjenestepensjonsordningen utbetaler resten opp til det som er sikret.

En konsekvens av bruttogarantien har vært at den enkeltes samlede pensjonsytelser som regel ikke har vært påvirket av tidligere endringer i folketrygden. Her kan det imidlertid bli endringer på sikt.

Ny offentlig tjenstepensjon – hva skjer bruttogarantien?

De offentlige tjenstepensjonene skal fortsatt være bruttoordninger og basert på sluttlønn, og det skal fortsatt være 30 års krav til full opptjeningstid, men... levealdersjustering er innført:

Gjennom såkalte forholdstall (lignende prinsipp som folketrygdens delingstall) og beregnet antatt levealder for hvert årskull, vil hvert årskull måtte jobbe noe lenger for å sikre samme pensjon som tidligere årskull.

Regulering:

Alderspensjoner under utbetaling reguleres med gjennomsnittlig lønnsvekst minus 0,75%

Individuell garanti. For å begrense virkningen av levealdersjusteringen for dem som har kort tid igjen til pensjonering og dermed liten mulighet til å påvirke den endelige pensjonen, ble det i tariffoppgjøret i 2009 gitt en individuell garanti for årskullene til og med 1958.

Garantien sikrer medlemmer av offentlige tjenstepensjonsordninger med 15 år eller mindre igjen til de er 67 år en samlet pensjon på 66 % fra 67 år ved full opptjening. Forutsetningen for den individuelle garantien er at man har minimum 30 års opptjening og tar ut alderspensjonen fra folketrygden tidligst ved fylte 67 år.

Dersom man har valgt å ta ut fleksibel alderspensjon fra folketrygden før 67 år, vil det ved prøving av garantien bli beregnet en pensjon som om den var tatt ut fra 67 år.

Pensjonen fra offentlig pensjonsordning skal altså ikke kompensere for tidligere uttak av alderspensjon fra folketrygden.

I forbindelse med pensjonsreformen er det foreløpig ikke gitt regler for hva som vil skje med den offentlige tjenstepensjonen til årskullene som er født fra og med 1954.

(Det er fom. dette kullet at de nye reglene for pensjonsopptjening i folketrygden gradvis fases inn). KLP skriver på sine nettsider at de må avvente og se hva som gjøres med tjenstepensjonene for disse årskullene.

Overføringsavtalen mellom offentlige tjenstepensjonsordninger

Mellom de offentlige tjenstepensjons#ordningene er det inngått en såkalt overføringsavtale som ivaretar svært viktige hensyn.

For medlemmene betyr overføringsavtalen at opptjeningstid og pensjonsberegning foretas som om man har vært i samme ordning hele yrkeskarrieren, selv om man skifter jobb innen det offentlige flere ganger i karrieren.

Uten en slik avtale ville pensjonen fra de ordninger vedkommende ikke står i ved bortfall av arbeid, beregnes som oppsatte pensjoner, som ville ført til en mindre samlet pensjon – se eget avsnitt.

Dette betyr at sykehusleger kun trenger å søke pensjon fra den siste ordningen man er/var medlem av. Men enn så lenge må man selv sørge for å oppgi opptjeningstid i andre offentlige pensjonsordninger for å sikre at all opptjening telles med.

Kombinasjon av arbeid og pensjon og rett til full pensjon fra fylte 65 år

Innen særlig KS og Spekterområdet, kan det være gunstig å kombinere arbeid og pensjon. Såfremt det videre arbeid ikke medfører medlemskap i offentlig tjenstepensjonsordning, vil tjenstepensjonen utbetales uavhengig av inntekt.

Videre kan offentlig ansatte med minst tiårig medlemskap i pensjonsordningen etter fylte 50 år, ha rett til å ta ut full tjenstepensjon fra fylte 65 år (uten samordning mot pensjon fra folketrygden, denne skal altså ikke tas ut).

Det finnes mulighet for å ta ut AFP fra fylte 62 år, men her er samlet pensjon så vidt lav (beregnes som alderspensjon fra folketrygden med årlig tillegg på kr 20 400) at denne er lite interessant for høytlønnede sykehusleger, og dermed ikke berøres nærmere her.

Fra fylte 65 år er situasjonen en annen:

Sykehusleger kan ta ut full tjenstepensjon og tjene ubegrenset i privat sektor uten at pensjonen avkortes (se dog nedenfor).

Man kan fortsatt jobbe i det offentlige inntil 13 timer per uke, eller under 168 timer per kvartal uten ny innmelding, og dermed uten avkortning av tjenstepensjonen. Et viktig unntak her gjelder for statsansatte leger da det i Statens pensjonskasse foretas avkortning av pensjon også mot inntekter fra privat sektor mellom årene 65 og 67 (toleransebeløpet er på kr 15 000). Fra fylte 67 år kan imidlertid også statsansatte tjene ubegrenset ved siden av full alderspensjon fra SPK etter ovennevnte regler.

Ad tidspunkt for uttak fra folketrygden versus tjenstepensjonsordningen

Hovedprinsippet er at de offentlige tjenestepensjonsordningene ikke kompensere for at man har begynt å ta ut alderspensjonen i folketrygden på et tidligere tidspunkt enn i tjenestepensjonsordningen.

Hvis man tar ut pensjon fra folketrygden fra fylte 62 år, vil KLP ved uttak av alderspensjon fra fylte 67 år samordne med folketrygden som om denne var tatt ut første ved fylte 67 år – ergo gjøres fradrag for en høyere ytelse enn den man faktisk får, og samlet pensjon kan bli adskillig lavere enn bruttogarantien skulle tilsi.

Videre får man ingen ekstra gevinst av å vente med å ta ut pensjon fra folketrygden og offentlige tjenestepensjonsordning (med mindre man ikke hadde full opptjeningstid i sistnevnte ordning). Riktignok får man noe gevinst av å stå litt lenger etter fylte 67 år for å kompensere for økt levealder (forholdstall).

Men samordningen med pensjon fra folketrygden skjer ved reelt uttakstidspunkt for tjenestepensjonen, altså trekkes det også for den økte pensjonen man har fått i folketrygden ved å utsette uttaket.

Fradraget for pensjonen fra Nav beregnes som om denne var tatt ut samtidig med tjenestepensjonen, tidligst fra 67 år.

Står man i stilling til 70 år, gjøres det altså fradrag for høyere pensjon enn om man sluttet ved 67 år.

Delen av pensjon som kommer fra den offentlige tjenestepensjonsordningen blir dermed redusert.

På den ene siden kan man si at dette strider mot prinsippet, som var en av grunnpilarene i pensjonsreformen, nemlig at det skal lønne seg å stå lenger i jobb.

På den andre siden lønner det seg jo alltid å jobbe sammenlignet med å være pensjonist.

Nedgang i stillingsprosent, eller f.eks. unntak fra vakt har ingen betydning såfremt man har oppnådd full opptjeningstid, 30 år i de offentlige tjenestepensjonsordningene.

Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)

Alle som har drevet legevirksomhet i Norge og vært medlem av folketrygden i minst tre år er medlem av SOP.

Et siktemål med SOP er imidlertid primært å yte tilleggspensjoner for leger som har drevet privat praksis og som dermed ikke har opptjent pensjonsordning

gjennom tjenstepensjonsordning der arbeidsgiver har betalt for langt det meste av kostnadene (som for sykehuslegene).

Nye vedtekter fra 1.1.2011

Et formål med den omfattende vedtektsendringen fra 2011 var å tilpasse ytelsene til pensjonsreformen i folketrygden. Et annet formål var å sikre at man i større grad kunne holde pensjonsløftet gitt alderspensjonister i SOP tidligere, som har opplevd relativ nedgang i utbetalingene fra SOP over de senere år.

Dette ble bl.a. sikret ved leger autorisert etter 1.1.1993 ikke lenger har rett til alderspensjon fra SOP.

Alderspensjon og samordning SOPs alderspensjon samordnes med pensjon fra tjenstepensjonsordninger.

Det er gjennom denne samordningen at SOPs pensjoner innrettes mot privatpraktiserende leger.

Leger med lang ansettelsestid i offentlig stilling vil få et høyt samordningsfradrag og derved lite eller ingen pensjon fra SOP.

Full pensjon forutsetter 35 års legevirkosomhet i Norge i heldagsarbeid og pensjonen avkortes forholdsmessig ved lavere opptjeningstid.

En av de viktigste nyvinninger i alderspensjonen fra SOP er at privatpraktiserende leger for første gang er gitt muligheten til å ta ut alderspensjon før fylte 67 år (som var tidligst mulige uttakstidspunkt tidligere).

Det er nå mulig å ta ut alderspensjonen allerede fra fylte 62 år.

Og tilsvarende de nye prinsippene i folketrygden, øker pensjonen fra SOP jo lenger uttaket utsettes (frem til maksimalt nivå nås ved fylte 70 år).

Videre beregnes alderspensjon fra SOP helt uavhengig av alderspensjonen i folketrygden.

Dette innebærer at privatpraktiserende leger kan velge ulike uttakstidspunkt for disse pensjonene (i motsetning til sykehuslegene, som må ta ut pensjon fra folketrygden for ha rett til alderspensjon fra tjenstepensjonsordningen fra fylte 67 år).

Det er dermed fullt mulig å begynne å ta ut alderspensjon fra folketrygden fra fylte 62 år, mens man venter med uttaket fra SOP til fylte 70 år og omvendt.

Endelig er det innført betydelig fleksibilitet mht valg av uttaksperiode.

Medlemmet kan velge å ta ut pensjonen over ti år, fram til fylte 77 år eller over resten av livet med forholdsmessig høyere eller lavere årlige beløp ut fra antatt samlet levealder.

Kombinasjon av arbeid og pensjon

Leger i privat praksis kan tjene ubegrenset ved siden av alderspensjon fra SOP uavhengig av uttakstidspunkt.

Legeforetakenes pensjonsordning (LP-ordningen)

Gjennom nye vedtekter i 2008 fikk man på plass en unntaksbestemmelse som gir SOPs styre rett til å fastsette samordningsfritak (at det ikke skal gjøres fradrag) for tjenstepensjoner oppspart i gitte ordninger.

Høsten 2008 ble LP-ordningen opprettet gjennom avtale mellom SOP, Legeforeningen og Storebrand.

Ordningen har siden oppstarten hatt god oppslutning, og per mars 2012 er det etablert mer enn 1 750 avtaler.

Dermed kan også privatpraktiserende leger nyte godt av de skattemessige fordeler som slik pensjonsordning innebærer ved at kostnadene kan føres som fradrag i regnskapene.

Forventning om økte sparesatser

Det er ulike sparesatser avhengig av om den privatpraktiserende legen har organisert praksisen som aksjeselskap der hun er ansatt, og om vedkommende har plikt til å ha obligatorisk tjenstepensjon for ansatte som er del av samme foretak.

Foreløpig kan næringsdrivende leger i enkeltpersonforetak og uten pliktig ordning for ansatte, kun spare inntil 4% av pensjongivende inntekt mellom 1 og 12 G (ca kr 35 000 inneværende år).

Men det forventes at dette nivået vil øke adskillig gjennom forslaget til nye tjenstepensjonsordninger i privat sektor som fremlegges av Banklovkommissjonen innen sommeren.

Særlig yngre leger med lang tid igjen til pensjonsalder kan på en skattemessig gunstig måte rekke å spare betydelige midler, som i stor grad vil kunne kompensere for manglende rett til alderspensjon fra SOP.

Oppsatte pensjonsrettigheter

Mange privatpraktiserende leger har lang opptjeningstid i offentlige tjenstepensjonsordninger.

Avslutning av karrieren i offentlig tjenestestilling kan være lønnsomt for pensjonen av flere grunner:

Knekkpunktet

Fra 1.5. 2000 forsvant det såkalte knekkpunktet i de offentlige tjenstepensjonsordningene. Før denne datoen ble kun en tredel av inntektene mellom 8 og 12 G regnet med i pensjonsgrunnlaget, mens all inntekt teller med fra 1.5.2000.

Endringen medførte en kraftig økning i oppnåelig pensjon for offentlig ansatte, og særlig sykehusleger fikk et skikkelig pensjonsløft.

De som før 1.5. 2000 har vært medlem av offentlig tjenstepensjonsordning, men sluttet pga overgang til annet arbeid, kan nyte en betydelig pensjonsmessig gevinst ved å gjeninntre i stilling som medfører medlemskap i offentlig tjenstepensjonsordning før pensjonering.

Dette vil medføre at tidligere pensjonsgrunnlag vil kunne erstattes av et pensjonsgrunnlag uten knekkpunkt.

I tillegg unngås beregning etter regler for oppsatt pensjon (man får 30 år i nevneren i stedet for opptil 40 år).

Nærmere informasjon om dette bør fremskaffes fra aktuell pensjonsordning.

Private tjenstepensjonsordninger

Noen leger omfattes av private tjenstepensjonsordninger. Ofte er pensjonsnivået fastsatt med referanse til pensjonsnivået for de offentlige tjenstepensjonene, men tillegget er definert som et netto tillegg til folketrygden og innebærer ingen bruttogaranti slik som i de offentlige ordningene.

Banklovkommisjonen forventes å foreslå nytt regelverk for private tjenstepensjonsordninger, som vil innebærer vesentlige endringer for dagens ytelsesbaserte ordninger.

Til slutt anbefales at de respektive ordninger kontaktes for utdypende avklaring.

Kilder: I all hovedsak regelverket slik dette fremkommer på følgende nettsider: nav.no, spk.no, klp.no, sop.no

Av Grethe Veiåker Nilsen, Rådgiver i Legeforeningen

