

27. Wirsching J. For mange røntgenbilder. Aftenposten 7. august 1997. <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/d17030.htm>
28. Heilo A. Radiologi på ville veier. Dagbladet 21.09.03. <http://www.dagbladet.no/print/?/kultur/2003/09/21/379025.html>
29. Acheson M, Smith D, Stubs A, Ingram D, Armstrong BK. The misuse of mammography in the management of breast cancer. *Med J Aust* 1988; 148(2):102.
30. Lysdahl KB, Hofmann B. What causes increasing and unnecessary use of radiological investigations? A survey of radiologists' perceptions. *BMC Health Services Research* 2009;9:155.
31. Smith RC, Gardiner JC, Lyles JS, Johnson M, Rost KM, Luo Z, Goddeeris J, Lein C, Given CW, Given B. Minor acute illness: a preliminary research report on the «worried well». *J Fam Pract* 2002 Jan;51(1):24–9.
32. Barsky AJ. Hidden reasons some patients visit doctors. *Ann Intern Med* 1981;94(4):492–8.
33. Barsky AJ. *Worried Sick: Our Troubled Quest For Wellness*. Boston: Little Brown and Company, 1988.
34. Beck U. *Risk society. Towards a new modernity*. London: Sage Publications, 1992.
35. Skolbekken J-A. The risk epidemic in medical journals. *Soc Sci Med* 1995; 40: 291–305.
36. Beck U, Giddens A, Lash S. *Reflexive modernizations*. Cambridge: Polity Press, 1994.
37. Fugelli P. *Nullvisjonen*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
38. Hofmann B. The technological invention of disease – on disease, technology and values. Doktorgradsavhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 2002.
39. Hofmann B. Simplified models of the relationship between health and disease. *Theoretical Medicine and Bioethics* 2005; 26(5): 35–377.
40. Zahl P-H. Vitenskapelige kriterier for innføring og evaluering av screening. *Tidsskr nor lægefören* 2003; 123(3):333–6.
41. Helman, CG. 'Disease and pseudo-disease: A case history of pseudo-angina', I: Hahn, R.A. and Gines, A.D. (red.): *Physicians of Western medicine. Anthropological Approaches to Theory and Practice*. Dordrecht: D.Reidel Publishing Company, 1985: 293–331.
42. Eddy DM. Variations in physician practice: The role of uncertainty. *Health Affairs* 1984; 3:74–89.
43. Wynne B. Uncertainty and environmental learning - reconceiving science in the preventive paradigm. *Glob Envir Change* 1992; 2: 111–27.
44. Rørtveit G, Strand R. Risiko, usikkerhet og uvitenhet i medisinen. *Tidsskr Nor Lægefören* 2001; 121: 1382–6.
45. Reiser, S.J. *Medicine and the Reign of Technology*. New York: Cambridge University Press; 1978: 195.
46. Zimmerman, Michael J. *The Nature of Intrinsic Value*, Lanham: Rowman and Littlefield, 2001.
47. González AB, Darby S. Risk of cancer from diagnostic X-ray: estimates for the UK and 14 other countries. *Lancet* 2004;363: 345–51.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:  
**b.m.hofmann@medetikk.uio.no**

# Endringer i ytelsene fra SOP

AV JOHAN TORGENSEN

Styret i Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) har i et høringsnotat redegjort for omfattende endringer i ytelser fra fondet. SOP har i nesten 45 år vært en sosial sikringsordning for privatpraktiserende leger. Styrets leder gjorde på Landstyremøtet i 2009 rede for fondets situasjon og dokumenterte behovet for endringer. Fondets økonomi gjør det ikke lengre mulig å opprettholde ytelser på dagens nivå. Nå foreligger styret i SOP sine forslag til endringer og innretning på disse. Yngre legers forening ser det tvingende behovet for tilpasninger av ytelsene i SOP til den økonomiske realiteten. Som representanter for fremtidige privatpraktiserende leger og på vegne av yngre kolleger i privat praksis er vi kritisk til valg av innretning på endringene.

Avbruddsyttelser og pensjoner er SOPs to hovedutgiftsposter med samlet årlige utbetalinger på ca. 130 millioner kroner. SOP yter blant annet fødselsstønning, adopsjonsstønning, pleiepenge og alderspensjoner. Årsaken til at SOPs forpliktelser har vokst ut over de økonomiske rammene, er den store økningen av leger samtidig som tilførselen av ny kapital er lav. Fondet kan ikke innfri sine forpliktelser over for en stadig voksende gruppe av rettighetshavere gitt dagens premisser. Den store tilveksten av yngre kvinner i legegruppen er noe av forklaringen på hvorfor særlig ut-



**Johan Torgersen**

er Nestleder i Yngre legers forening. Til daglig jobber han som lege i spesialisering på Kirurgisk Serviceklinikk ved Haukeland Universitetssjukehus.

FOTO: YLF



gifter til avbruddsyttelser har økt mye, fra ca. ti millioner kroner i 1992 til nærmere 70 millioner i 2008. Samtidig har menns rettigheter i forbindelse med foreldrepermisjon økt og de har blitt flinkere til å benytte seg av disse. Dette er den nye virkeligheten.

Styret i SOP foreslår å avvikle SOP som et alderspensjonsfond og også å redusere nivået på avbruddsyttelsene. Leger autorisert før 1.1 1993 vil fremdeles kunne motta alderspensjon, men leger autorisert etter dette vil miste denne ytelsen fra SOP. Med andre ord vil alderspensjoner fra SOP fases ut. Avbruddsyttelsene foreslås redusert fra 90 prosent til 70–80 prosent kompensasjonsgrad for leger autorisert før 1.1 1993 mens leger autorisert etter 1.1 1993 skal motta en enda lavere kompensasjon som ikke er spesifisert i høringsnotatet.

Med andre ord vil leger autorisert etter 1.1 1993 rammes betydelig hardere av disse endringene enn leger autorisert før denne datoen. Styret i SOP begrunner dette skillet og to hovedmomenter trekkes frem. Det vil være svært belastende å miste retten til pensjon kort tid før pensjonsalder og tid til oppsparing av pensjon gjennom private pensjonsavtaler vil være kort. I tillegg var avsetningene under normaltariffforhandlingene langt høyere i tiden før 1993 enn i tiden etter og styret i SOP hevder dermed at leger autorisert før 1.1 1993 har bidratt mer til oppbyggingen av fondet.

YLF er kritiske til at en velger å skille mellom leger autorisert før og etter 1.1 1993 på denne måten. Flere relevante momenter er ikke tatt med i betraktningen, begrunnelsen er ikke sterk og konsekvensene er ikke belyst. Særlig er vi kritiske til skillet i avbruddsyttelsene.

Høyere avsetninger til SOP under normaltariffforhandlingene før 1993 betydde svakere vekst i normaltariffen enn i tiden etter. Leger som begynte å jobbe etter 1993 vil selvsagt også få påvirket sitt inntekstnivå av de satsene som ble etablert i tiden før. Svake oppgjør vil få et etterslep i tiden etter dersom det ikke korrigeres. Når satsene så stiger relativt mer i tiden etter 1993 vil det også komme leger autorisert før dette tidspunktet til gode. Tariffoppgjør i perioden før en begynner å få inntjeningen påvirker selvsagt inntekstnivået for alle som omfattes av aktuelle tariff.

Fastlegereformen førte til at markedsverdien av praksisene har steget jevnt og trutt de siste årene. Inngangskostnaden ved oppstart i egen praksis er nå betydelig høyere enn tidligere. Flere fastleger regner nå verdien av praksisen sin som en del av pensjonen. For de som sist kom inn i egen praksis er en større del av den kapitalen som praksisen representerer, lånefinansiert med de kostnader det innebærer.

Antall kvinnelige leger øker raskt. Andelen av kvinner i gruppen av godkjente spesialister har økt fra 13 prosent i 1990 til nesten 28 prosent i 2009, mer enn en dobling. Dette betyr at i gruppen av leger autorisert etter 1.1 1993, som rammer hardest av forslagene til endringer, vil kvinneandelen være betydelig større enn i gruppen autorisert før dette tidspunktet. Med andre ord vil forslagene ramme legergrupper med høyere kvinneandel i større grad enn grupper med lavere kvinneandel. Dette kan oppfattes som indirekte diskriminering og må avklares juridisk. Er dette i samsvar med Legeforeningens likestillingspolitikk? Det er positivt at styret i SOP foreslår høyeste kompensasjonsgrad også for leger autorisert etter 1.1 1993 ved fødsel og adopsjon, men reduksjonen til 70–80 prosent vil uansett ramme yngre kvinnelige privatpraktiserende leger. Det samme gjelder reduksjonen i sykehjelp hvor en i tillegg vil gjøre forskjell på leger autorisert før og etter 1.1 1993. Samlet effekt kan gjøre det mindre attraktivt for unge kvinnelige leger å gå inn i privat praksis.

Samhandlingsreformen, som Legeforeningen støtter intensjonen i, bebuder en stor økning i antall allmennleger. Disse må i all hovedsak rekrutteres fra nyutdannede leger. I denne gruppen nærmer nå kvinneandelen seg 60 prosent. Med andre ord må det rekrutteres mange kvinnelige leger inn i allmennmedisinen. Å ramme denne gruppen mest kan virke direkte anti-rekrutterende. Det vil være et svakt signal å sende fra Legeforeningen, under opptaktene til videre arbeid med Samhandlingsreformen, at denne gruppen ikke prioriteres.

YLF mener at styret i Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger må opprettholde avbruddsyttelser som er like for alle. At styret i SOP velger å avvikle SOP som et alderspensjonsfond må vi respektere. Avbruddsyttelsene må ikke endres på en måte som rammer skjevt og uhensiktsmessig. En slik endring kan heller ikke aksepteres med begrunnelse i ulike avsetninger før og etter 1993. Avbruddsyttelsene må opprettholdes på et nivå som gjør det fristende også for unge kvinnelige leger å velge allmennmedisin som spesialitet. Dette kan en oppnå ved å se bort i fra 1.1 1993 som et skille og trekke tidspunktet for pensjon lengre tilbake i tid eller ved innføre gradvis nedtrapping av alderspensjon avhengig av autorisasjonstidspunkt.

På vegne av Yngre legers forening,  
Johan Torgersen, NESTLEDER

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:  
[johantorgersen@me.com](mailto:johantorgersen@me.com)