

# Misvisende påstander om legelønn

Det er ikke nytt at det fremsettes uriktige påstander om legers lønnsvekst. Dette skjedde også etter det første lønnsoppgjøret med de regionale helseforetakene som arbeidsgiver og NAVO som arbeidsgiverforening. Legeforeningen gjorde den gang en rekke forsøk på å redegjøre for hvordan lønnsutviklingen kan måles.

Den 4.4. 2006 ble Legeforeningen kontaktet av en rekke journalister og bedt om å kommentere tall for legenes reallønnsutvikling fra 2001–05, presentert av NAVO under en pressekonferanse samme dag. Legeforeningen var på forhånd ikke gjort kjent med tallene eller at det skulle avholdes pressekonferanse.

Det skal i år gjennomføres et mellomårsoppgjør for Akademikerne Helse med virkning fra 1.1.2006. Et mellomoppgjør vi på nåværende tidspunkt burde lagt bak oss. Legeforeningen har imidlertid valgt å respektere NAVOs ønske om å vente på bedre tallmateriale. En gruppe bestående av representanter fra NAVO og Legeforeningen vurderer nå tallmaterialet. Til tross for dette hadde vi ikke fått presentert tallene som ble lagt frem på pressekonferansen 4. april.

Det knytter seg stor usikkerhet til tallmaterialet fra 2001 og 2002. Statistisk sentralbyrå (SSB) har selv uttalt at den samme usikkerheten gjør seg gjeldende for tallene for 2003, som var det første lønnsoppgjøret etter at helseforetaksreformen ble gjennom-

ført 1.1. 2002. Det foreligger ikke tallmateriale som kan måle lønnsutvikling siden 1.12. 2001 eller 1.12. 2002 (tallene er alt for lave til at vi kan bruke dem til å måle lønnsutviklingen pålitelig). Vi kjenner ikke til hvordan NAVO og de regionale helseforetakene har kommet frem til disse tallene, og vi vet heller ikke hvorfor de presenterte tallene for oss i tallsamarbeidet.

Det vi vet er at glidningen fra oktober 2004 til oktober 2005 ikke er mer enn 0,34 % – det viser tall fra Statistisk sentralbyrå – og at fjorårets lønnsoppgjør, som i realiteten er lønnsoppgjør for 2004 og 2005, er gjennomgående dårlig, trolig i underkant av 2 %. Det er grunnleggende at ikke utvidede aktivitetstall (det vil si økning i produksjon og antallet årsverk) og satsning på psykiatri mv., tas forhåpentligvis inn som grunnlag for reallønnsutvikling generelt. For noen grupper har vi etterslepsproblematikk. Legeforeningen gjennomfører nå et større arbeid med å få bedre lønnsstatistikk. I tillegg gjennomføres det diverse kartlegginger lokalt vedrørende arbeidstid og vaktbelastning og et prosjekt sentralt om arbeidstid. Om noen uker vil Legeforeningen ha god oversikt over lønnsutviklingen, noe som er nødvendig i det videre arbeid.

## Arbeidstid

I forbindelse med lønnsoppgjørene i 1996 og 2003 ble det gjennomført to arbeidstidsreformer for sykehuslegene. Bakgrunnen var at behovet for å øke kapasiteten, lange ventelister og stort behov for legetjenester i sykehusene, bidrog til et ønske om at leger skulle arbeide betydelig mer enn det som gjelder for vanlige lønsmottakere. I 2003 krevde arbeidsgiversiden i tillegg større grad av fleksibilitet og endringer av lønns- og arbeidstidsordningene for sykehuslegene.

Når det gjelder helseforetaksreformen og overgangen til helseforetak uttrykte arbeidsgiver et stort behov for en modernisering og forenkling av lønns- og arbeidstidsordningene for legene. Også denne gang var det i tillegg en viktig utfordring at legenes lønnsutvikling hadde vært lavere enn for andre grupper over flere år. Som en del av resultatet ved inngåelse av ny tariffavtale i 2003 ble det igjen gjennomført en reform når det gjelder arbeidstidsordningene for legene.

Partenes utgangspunkt var at man skulle bygge videre på den arbeidstidsreformen som var gjennomført i 1996. Legenes lønn var sammensatt av en relativt lav grunnlønn og stor andel variable tillegg, og mye av den variable lønnen var knyttet til regelmessig ubekvem arbeidstid og utvidet arbeidstid. Oppgjøret i 2003 ble derfor en reform som gir arbeidsgiver en betydelig økt fleksibilitet når det gjelder arbeidstid og arbeidstidsordning for legene. Samtidig ble det gjort en endring i lønnsystemet slik at en større andel av lønnen som var knyttet til regelmessig ubekvem arbeidstid, nå i stedet ble lagt inn som en del av grunnlønnen for legene. Sykehuslegene fikk dermed oppregulert sin grunnlønn blant annet ved at kompensasjon for en pålagt utvidelse av arbeidsuken med 2,5 timer ble innregnet i grunnlønnen. Godtgjøringssatsene for overtid og frivillig utvidet arbeidstid ble redusert. Lønnsystemet ble ved dette lagt til rette for å honorere kompetanse, ansvar, medisinsk kvalitet og effektiv drift av helseforetakene.

## Lønnsutvikling over tid

Det er også nødvendig å se lønnsutvikling over noe tid for å få et riktig bilde. I årene før 1996 hadde lønnsutviklingen for sykehuslegene og andre akademikergrupper gjennom en årrekke vært dårligere enn gjennomsnittet for andre arbeidstakergrupper. Dette ble blant annet markert ved en streik for akademikergruppene i forbindelse med lønnsoppgjøret i 1995. Mange leger valgte å gå over i privat praksis fremfor fortsatt arbeid i sykehus. Det var derfor helt nødvendig med en kombinasjon av bedret lønnsnivå og utvidet arbeidstid for å sikre et godt offentlig sykehusvesen.

Omleggingen i 2003 innebærer at samtlige leger ble sikret en minstelønn som samsvarer med arbeidstiden de er pålagt å arbeide, samtidig som at arbeidsgiver kan inngå frivillige avtaler om ytterligere utvidet arbeidstid med den enkelte lege. Et slikt system innebærer et tillegg til den kollektive lønnspolitikk, og det åpnes dermed for betydelige individuelle variasjoner i legenes lønns- og arbeidstidsforhold. Dette er et system som både arbeidsgiver og Legeforeningen har vært enige om å videreføre.

Arbeidsgiver har fått stor fleksibilitet fra legene. Leger som arbeider i spesialiteter hvor arbeidsgiver har stort behov for tjenester og hvor det er mangel på spesialister, vil med dette nye systemet individuelt kunne få et lønnsløft. I forbindelse med psykiatireformen ble det bevilget ekstraresurser bl.a. for å kunne rekruttere psykiatere og øke arbeidskapasiteten. Leger i andre spesialiteter kan på samme måte få

Tallene som er lagt frem av Statistisk sentralbyrå (SSB), viser at lønnsveksten fra 1.10. 2004 til 1.10. 2005 har vært på 0,3 % for utbetalt avtalt lønn og bare 0,4 % for månedsførtjenesten, altså langt under prisstigningen, og langt lavere enn øvrige grupper som har hatt en vekst på 3–5 % – faktisk ca. 6 % for mannlige bioingeniører, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Gjennomsnittlig utbetalt avtalt lønn for sykehusleger er under 40 000 kroner per måned. ([www.ssb.no/emner/06/05/lonnstasyk/](http://www.ssb.no/emner/06/05/lonnstasyk/)). Den totale lønnsutbetalingen (dvs. inkludert overtidsgodtgjørelse) for sykehusleger har gått ned nominelt med 0,7 % de siste to årene. I samme periode har det vært en betydelig aktivitetsøkning.

SSB opererer med utbetalt avtalt lønn, dvs. minimumslønn + de faste tilleggene (kronebeløp). Det er disse tallene vi må bruke når vi sammenlignes med andre gruppers fastlønn og ikke variable og midlertidige UTA og vaktlønn.

relativt dårligere lønns- og arbeidstidsbetjninger. Ordningen som sådan gjelder bare så lenge arbeidsgiver fortsatt har behov for disse legetimene. Det betyr med andre ord ingen varige ordninger for legene. En lege som i 2003–04 har hatt lønnsoppgang grunnet arbeidsgivers behov for legens arbeidskraft, vil kunne risikere å gå tilsvarende ned i lønn den dagen arbeidsgiver ikke lenger ønsker å opprettholde den frivillige avtalen om utvidet arbeidstid.

Arbeidsgiver har derfor fått en fleksibilitet i forhold til legenes lønn og kjøp av timer, som partene har forutsatt på sikt vil være til det beste for å kunne gi et godt offentlig helsetilbud tilpasset pasientenes behov og samfunnets prioriteringer når det gjelder helsetjenester. Når arbeidsgiversiden nok en gang legger frem lønnstall for sammenlikning uten å skille ut tillegg som følge av betydelig og midlertidig arbeidsbelastning og særskilt satsning innenfor bestemte områder, blir dette uheldig og uriktig.

### Sammenlikning med andre grupper

Arbeidsgiversiden (RHFene og NAVO) uttalte i etterkant av pressekonferansen at andre grupper med videregående utdanning og høyskole, må prioriteres i lønnsoppgjøret på bekostning av legene. Legeforeningen er ikke i mot at andre grupper

innenfor helseforetakene skal få en riktig og god lønnsutvikling, men foreningen er i mot hvordan NAVO sammenlikner grupper. For det første er tallgrunnlaget ikke sammenliknbar og for legenes del er det usikkert på grunn av alle ikke faste tillegg som inngår og som vil variere. For det andre er sammenlikningen mellom disse gruppene lite hensiktsmessig. I hvert fall dersom lønn skal være et virkemiddel for å bevare og utvikle en kvalitativ god offentlig spesialisthelsetjenestene.

Leger i sykehus sammenlikner seg med leger utenfor sykehus og andre akademikergrupper – og ikke med hjelpepleiere i sykehus. Spørsmålet som må stilles er hvordan vi skal opprettholde gode legetjenester i sykehus – dvs. rekruttere og beholde leger med lang universitetsutdanning og flere års spesialistutdanning. Dersom slike sammenlikninger brukes for lønnsutvikling i sykehus, frykter vi at det blir vanskelig å opprettholde nødvendig spisskompetanse i offentlige sykehus. For Legeforeningen er det helt klart et mål å opprettholde og utvikle kvaliteten i våre offentlige sykehus.

### Mellomoppgjøret

Hvordan mellomoppgjøret skal vurderes er avtalt mellom partene i meklingen. Vi er innstilt på å følge opp det som ble avtalt i møteboken til meklingsmannen – nemlig

at årets mellomoppgjør skal vurderes på bakgrunn av den generelle økonomiske situasjonen. Selv om vi har et etterslep for enkelte grupper av leger, med en gjennomsnittlig lønnsutvikling de senere år som trolig ligger i underkant av 2 %, vil vi holde oss innenfor det som frontfagene fremforhandler og den avtalen vi har inngått med NAVO. Ved neste hovedtariffoppgjør blir det derimot viktig å se nærmere på etterslepsproblematikken.

Mellomoppgjøret skal gjelde fra 1.1. 2006, men NAVO har igjen ønsket å bruke tid for å ha et tellmateriale. Dette har vi akseptert, men forventer nå en forutsigbar og god progresjon. Til grunn for dette oppgjøret foreligger det også et arbeid fra en partssammensatt gruppe (Akademikerne og NAVO) som skulle gjennomgå forhandlingssystemet. Denne gjennomgangen gir oss viktig informasjon om hvordan systemet fungerer. Det vil bli lagt ut en rapport fra dette arbeidet, enten partsrapport eller ensidig.

Akademikerne følger nå utviklingen nøye med hensyn til hvordan dette forhandlingssystemet for helseforetakene forvaltes. Det gis jevnlig informasjon i tillitsvalgtbrev.

### Anne Kjersti Befring

anne-kjersti.befring@legeforeningen.no  
Forhandlings- og helseerettsavdelingen

## Nødvendig å styrke arbeidsmedisinen

– Det var et godt møte med statsråd og statssekretær om styrking av arbeidsmedisinen, sier Torunn Janbu, Legeforeningens president.



Helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad.  
Foto Ellen Juul Andersen

– LO, NHO og Legeforeningen møtte en positiv statsråd, sier legepresidenten om møtet med helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad og statssekretær Jan Erik Støstad fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet onsdag 19.4. 2006.

– Statsråden sa hun hadde en felles sak med oss når vi ønsker å styrke arbeidsmedisinen. Fra Legeforeningens side tok vi opp hvordan vi kan sikre de arbeidsmedisinske avdelingenes eksistens og videreutvikling, hvordan vi kan sikre at det utdannes et tilstrekkelig antall arbeidsmedisinere og sikre tilgang til tilstrekkelige forskningsmidler til arbeidsmedisinsk forskning etter at Norges forskningsråds program for Arbeid og helse, ble nedlagt, sier hun.

– Jeg er veldig glad for statsrådets positive holdning og forståelse for de problemstillinger som vi tok opp, sier Torunn Janbu. – Hun var opptatt av forebyggende medisin og så sammenhengen mellom en velfungerende bedriftshelsetjeneste, arbeidsmedisinske avdelinger og arbeidet med et inkluderende arbeidsliv, som en viktig del for å lykkes med IA-arbeidet, forteller Janbu. Fra Legeforeningens side orienterte man

om at det er et for lavt antall utdanningsstillinger (11 ordinære) for å sikre tilstrekkelig tilgang av spesialister. I bedriftshelsetjenesten er i dag kun 34 % av årsverkene besatt av spesialister. Det er 34 leger under spesialisering til spesialiteten arbeidsmedisin. Spesialiteten arbeidsmedisin sliter med for få utdanningsstillinger ved institusjonene. Antall utdanningsstillinger må derfor økes.

Ved de regionale arbeids- og miljømedisinske avdelingene er det stort sett én til to utdanningsstillinger og én til to overleger (leder inkludert). Dette er for lite – også for å kunne fungere som et sted bedriftsleger og også fastleger kan henvende seg for arbeidsmedisinsk kompetanse.

I tillegg til å diskutere de ovennevnte problemstillinger, ble også kvalitetskrav til bedriftshelsetjeneste diskutert under møtet. Norsk arbeidsmedisinsk forening (Namf) hadde gjort en flott jobb for å få dette temaet belyst på en så god måte.

### Ellen Juul Andersen

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