

Endrede ytelser fra SOP

Av Hans Kristian Bakke, styreleder SOP

Nestleder i Ylf, Johan Torgersen, gir i Utposten nr. 1 uttrykk for at Ylf misliker de reduksjoner i ytelse som er foreslått fra styret i SOP, og argumenterer for at eldre kolleger i stedet bør fratas ennå mer av den pensjon de er forespeilet (1). Forslag til reduserte ytelse fra SOP fra 2011 har vært ute til høring. Den generelle tilbakemeldingen er at alle ser behov for innsparinger, mange liker ikke at dette er nødvendig, men knapt noen har alternative forslag til innsparinger.

Behovet for innsparinger har flere årsaker. Det handler blant annet om svært begrensede avsetninger ved normaltarifforhandlingene etter 1992, flere privatpraktiserende leger og økende bruk av avbruddsyttelser. I korthet går forslagene ut på at leger autorisert etter 01.01.1993 ikke får alderspensjon og, med viktige unntak, reduserte avbruddsyttelser fra SOP.

Det har vært lagt til grunn at de som har bidratt til kapitalen i SOP, ved å arbeide for lavere refusjonstakster enn de ellers skulle hatt, skal tilgodeses i større grad enn de som i liten grad har gjort det samme. Leger som er nærmest pensjonsalder vil ha liten tid til å spare opp egen pensjon, og skal fortsatt få denne ytelsen fra SOP. De eldste, og de med etablert sykdom (uavhengig av autorisasjonstidspunkt om man får unntak ved søknad om privat avbruddsforsikring), skal fortsatt få tilnærmet dagens avbruddsyttelser. Det samme gjelder avbrudd grunnet fødsel og adopsjon. Uføretrygden er foreslått lik for alle uavhengig av autorisasjonstidspunkt.

Tilnærmingen tar således i noen grad hensyn til hvem som vesentlig har bidratt til kapitalen i SOP, hva man har mulighet til selv å foreta av sparing og hva man kan/ ikke kan tegne av egne forsikringer. Denne tilnærmingen misliker Ylf. De argumenterer i stedet for å ta pensjon fra dem som har liten tid til selv å spare, og som er blitt forespeilet en pensjon på et nivå langt høyere enn det som i dag ytes. Ylf ønsker å fortsette å gi avbruddsyttelser til alle på dagens nivå.

Som begrunnelse fremføres dels en manglende kunnskap om normaltarifforhandlingene. Det er ikke slik, som Ylf hevder, at avsetninger til SOP innebar svakere vekst i normaltariffen. Det man gjorde var å sette av en del av den totale økonomiske rammen til SOP. Denne delen av rammen ble også øket med forhandlingsresultatet år for år. De enkelte takster ville blitt høyere uten avsetning til SOP, men pengene forsvant ikke, og ble – uten etterslep, slik Ylf synes å mene – lagt tilbake på takstene i 1993, og da inkludert økningene tilsvarende de årlige forhandlingsresultatene. På samme måte finansieres utdanningsfondene – også den delen som går til sykehuslegenes videre- og etterutdanning. Alle slike fondsavsetninger innebærer at privatpraktiserende leger arbeider for lavere refusjonstakster enn de ellers ville fått. På denne måten bidrar leger i privat praksis også til videre- og etterutdanning for leger i sykehus.

Videre begrunner Ylf sitt forslag med at etableringskostnadene i legepraksis har steget. Dette har i seg selv intet med

SOP å gjøre. Årsaken til at verdien av de fleste legepraksiser har øket er blant annet at det i en fastlegeordning er et langt tyngre økonomisk løft å etablere en ny (0-liste) enn i det tidligere åpne systemet hvor pasientene ikke sto på lister hos enkeltleger. Skal man få (unge) leger til å starte legepraksis, må de få igjen for denne krevende økonomiske øvelsen den dagen de slutter. Hvis ikke stopper rekrutteringen og utviklingen opp. Fortsatt svarer det seg nok med god margin å overta en etablert praksis fremfor å starte en ny.

Til slutt argumenteres det med at forslagene i større grad går ut over det som i fremtiden vil være en gruppe bestående av en høyere andel kvinner. Kvinner autorisert før 1993 vil nok fra 2011 for en stor del ha gjort sitt av barnefødsler. Det betyr at SOP foreslår høy avbruddsyttelse knyttet til fødsler til medlemmer som i liten grad har bidratt økonomisk i ordningen. Begrunnelsen er todelt: rekruttering og manglende mulighet til å forsikre seg for denne type avbrudd. Det å få en slik ytelse fortsatt, tilnærmet uten å ha betalt noen premie for den, kan knapt kalles «direkte anti-rekrutterende» slik Ylf fremfører.

Endringene slår likt ut for kvinner og menn, men kvinner skjermes ved at fødselspengene ikke svekkes på samme måte som andre avbruddsyttelser for dem autorisert etter 1993.

Uførepensjonen følger i SOP, som andre ordninger, alderspensjonen. En gradvis avtrapping av alderspensjonen vil dermed slå ut i lavere uførepensjon. Om dette er bevisst fra Ylf, er de alene om et slikt forslag.

Leger som har arbeidet mange år i praksis frem til 1993 synes å ha akseptert fortsatt store tildelinger til unge kolleger som knapt har bidratt til økonomien i ordningen. Det fremstår solidarisk.

Det har vært viktig for SOP å synliggjøre for medlemmene hva de kan forvente, og ikke forvente, fra SOP i fremtiden. Det er helt nødvendig for at medlemmene ved det kan innrette seg med egen sparing og tegning av egne forsikringer.

Det å skape rammer for en virksomhet som virker rekrutterende er først og fremst et ansvar for partene gjennom forhandlinger om kostnadsdekning og inntektsutvikling. I denne sammenheng har partene alle muligheter til igjen å øke avsetningene til SOP og ved det legge grunnlag for at også de legene som til nå i liten grad har bidratt til SOP's kapital kan gjøre det, slik at ytelsene igjen kan bedres.

Dersom SOP også i fremtiden skal være et visst sosialt sikkerhetsnett for næringsdrivende leger, må grep tas nå. Det bør ikke skje at én yrkesforening ødelegger denne muligheten fordi ikke alt gikk deres vei.

REFERANSE: 1. Torgersen J. Endringer i ytelsene fra SOP. Utposten 2010; 1; 37–38.