

Høringsnotat

Redegjørelse over forslag til endringer i SOPs ytelser

Innledning

Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger har i snart 45 år eksistert som en bredt anlagt sosial sikringsordning for leger, med privatpraktiserende leger som primær målgruppe. Ordningens økonomi tillater ikke lenger at ytelsene opprettholdes som før og gjør det påkrevet med endringer. Pensjonsreformen gjør det videre nødvendig at SOP foretar tilpasning av ordningens pensjonsytelser til folketrygden og tjenestepensjonsområdet. Det gjøres her rede for forslag til omfattende endringer i SOPs ytelsesregister for å møte de utfordringer SOP står overfor.

Bakgrunn

SOP ble etablert i 1965, etter at de første avsetningene av midler ble gjort i 1963/64 ved at Legeforeningen på oppfordring fra staten gikk med på å utsette den ordinære revisjon av Normaltariffen i 1962. Bakgrunnen var hensynet til Normaltariffens innvirkning på prisindeksutviklingen og de virkninger en regulering ville få på et forestående lønnsoppgjør (passering av "rød strek"). I stedet ble det avsatt midler til sykehjelp og pensjonsformål, noe som ikke ville påvirke prisindeksutviklingen. Avsetningen beløp seg til 4,5 millioner kroner, svarende til 2 % av syketrygdens utgifter til legehjelp i siste halvår 1963 og hele 1964. Beløpet var langt mindre enn den takstregulering legene var berettiget til. SOP ble permanent etablert i 1965 og fikk fra da av, gjennom en bestemmelse i forskriftene til folketrygdloven om godtgjørelse for legehjelp, en årlig overføring svarende til 5,29 % av trygdens utgifter til legehjelp (unntatt utgiftene til radiologi). Det ble ved beregningen ikke skilt mellom utgifter til poliklinisk virksomhet ved sykehus (som var privat praksis) og legepraksis utenfor sykehus.

SOPs kapital ble bygget opp med kapitaltilførsel på samme måte fram til 1991, da ordningen var kommet opp i en total kapital på ca 2,5 milliarder kroner. Staten satte da bremsene på for utviklingen av fondene etter initiativ fra Finansdepartementet. Avsetningene skulle ved vanlig regulering samlet ha blitt ca. 165 mill kr dette året, men endte på 125 mill kr. Det var først og fremst avsetningene til SOP som ble redusert. En del av de 40 mill kr ble tilbakeført til takstene. Legeforeningen fikk imidlertid ikke full uttelling, fordi staten mente at de store omleggingene av takstsystemet i 1990 hadde medført en utilsiktet gevinst. Legeforeningen sa seg inneforstått med dette, men tok forbehold om eventuelt senere å øke avsetningene til SOP dersom utviklingen av SOPs pensjonsforpliktelser skulle tilsi det.¹ Det har senere vist seg vanskelig å få styrket finansieringen av SOP i forhandlinger med staten.

Tidligere relaterte pensjonsnivået i SOP seg til pensjonsnivået for overleger i staten, idet vedtektene fram til 2001 var slik formulert:

¹ Sverre Strand: Legeforeningens fond – utvikling og historie, juli 2004

Alderspensjon fra ordningen for full opptjeningsstid, jfr. § 10, skal sammen med pensjoner og trygdeytelser som nevnt i § 15 svare til full brutto alderspensjon til overleger fra Statens Pensjonskasse etter lønnstrinn som nevnt i § 23.

Etter dette tidspunkt har offentlig ansatte fått betydelige løft i sine pensjonsrettigheter. Dette skyldes delvis at grunnbeløpet i folketrygden har vært gjenstand for høye reguleringer, men kanskje først og fremst etter at knekkpunktet ble fjernet i de offentlige tjenstepensjonsordningene med virkning fra 1.5. 2000 slik at all inntekt opp til 12 G ble pensjongivende, mot tidligere kun en tredel av inntektene mellom 8 og 12 G. Privatpraktiserende legers pensjonsrettigheter har ikke hatt samme utvikling. De høye reguleringene av grunnbeløpet har riktignok ført til økte rettigheter fra folketrygden, men SOP har i de senere år måttet regulere ned pensjonsytelsene, og det har ført til en svakere regulering av samlet pensjon for denne gruppen.

Nedreguleringen av SOPs pensjonsytelser de senere år skyldes delvis at SOP har fått lite tilførsel av ny kapital og at antallet rettighetshavere har økt kraftig siden inntektene nærmest bortfalt i 1992. I tillegg har kostnadene ved ordningens avbruddsyttelser og uførepensjon vokst kraftig.

Problemstilling

SOPs økonomiske situasjon fremtvinger valget mellom å fortsette med en gradvis nedtrapping av pensjonsytelsene og å foreta omprioritering i bruken av ordningens kapital med reduksjon av ytelser og øvrige kostnader.

SOP må tilpasse pensjonene til pensjonsreformen i samfunnet for øvrig.

Situasjonsbeskrivelse

Kapitalsituasjonen og forpliktelsene

SOPs balanse per 21.12. 2008 viser følgende økonomiske situasjon:

- Påløpt pensjonsforpliktelse = 3,559 mrd kroner
 - Påløpt forpliktelse viser nødvendig avsetning for latent opptjent pensjonsrett om ordningens skulle gjøres opp idag. Fremtidig ”opptjening” er ikke inkludert.
- Full forpliktelse = ca 5,789 mrd kroner
 - Total forpliktelse tar med seg kostnaden for fremtiden for dagens yrkesaktive leger.
- Totalkapital = ca. kr 3,8 mrd kroner
 - Hele totalkapitalen er avsatt til fremtidige ytelser.

Det fremgår altså her at det er en underdekning i SOP for dagens yrkesaktive leger på ca 2 milliarder kroner. I tillegg vet vi at morgendagens yrkesaktive leger vil ha rettigheter til ytelser fra SOP. Det er ikke avsatt noe for dette i regnskapene. Underdekningen er derfor i realiteten større enn 2 milliarder kroner. I forbindelse økningen av antallet fastleger som må

forventes å komme i forbindelse med samhandlingsreformen, vil belastningen på SOP bli betydelig, og kapitalen må spres tynnere utover, om ikke noe gjøres.

Utviklingstrekk

For å få et riktig inntrykk av hvilke faktorer som har satt SOPs kapital under press, er det viktig å se på noen utviklingstrekk.

Antallet rettighetshavere i SOP har økt

I 1994 var det i alt i overkant av 4 000 medlemmer av Allmennlegeforeningen (daværende Allment praktiserende legers forening) og Praktiserende spesialister landsforening (PSL). Idag er det i overkant av 6 200 medlemmer i disse foreningene, en økning på 53 %. I den grad medlemstallene i disse foreningene er representative for økningen i antallet potensielle rettighetshavere i SOP, er det en sammenheng mellom antallet rettighetshavere og utviklingen av ytelsene og pensjonsforpliktelsene i SOP som det fremgår av diagrammet nedenfor.

Antallet rettighetshavere i SOP har trolig økt betydelig mer enn økningen av antallet medlemmer i Allmennlegeforeningen og PSL skulle tilsi. Grunnen er at en betydelig andel av de daværende medlemmer i Allment praktiserende legers forening var kommunalt ansatt.

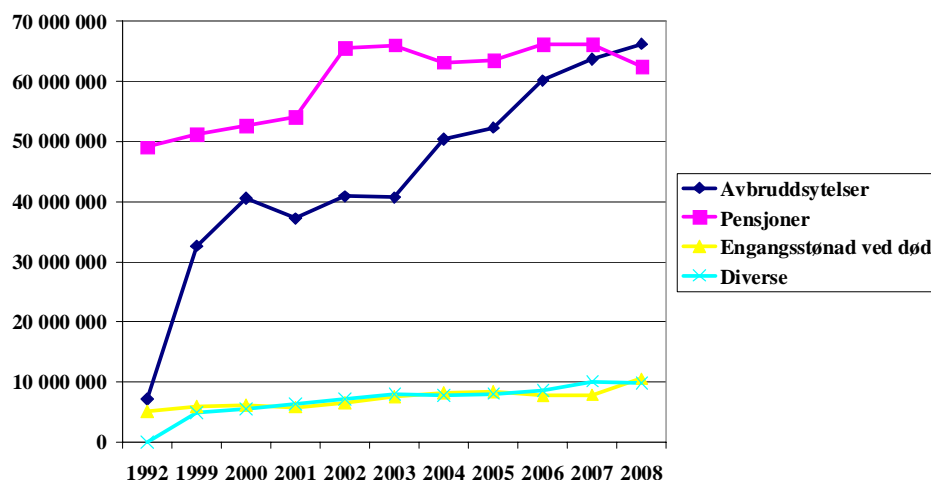
Redusert verdi av SOPs pensjonsytelser

Ved utgangen av 2008 var gjennomsnittlig alderspensjon omtrent lik som ved utgangen av 1994 – målt i nominelle kroner. Kjøpekraften av pensjonen er i perioden redusert med 22 %. Målt i forhold til endringen av grunnbeløpet, som er den faktor som avgjør reguleringen av pensjoner i folketrygden og offentlige tjenestepensjoner, er verdien falt med 44 %.

Utbetaling av ytelser fra SOP har økt

I figuren under vises hvordan utbetalingene av ytelser har utviklet seg i perioden 1992 - 2008. Den kraftige økningen av utbetalte avbruddsytelser i perioden kan forklares med sterk økning av antallet rettighetshavere, særlig blant yngre kvinnelige leger. Dette vises godt på ytelsen fødselsstønad, som har hatt den største relative økningen, og utgjorde i 2008 20 millioner kroner. Av figuren fremgår det også at utbetalte pensjonsytelser ikke har hatt samme utvikling. Styret i SOP har idag kun hjemmel til å justere pensjonsytelsene, gjennom fastsettelse av pensjonsgrunnlaget for hvert enkelt år. Dersom det skulle være ønskelig å justere avbruddsyttelsene, kan det kun skje gjennom vedtektsendring. I kategorien diverse, ligger finansiering av Legeforeningens forskningsinstitutt, det forebyggende rekreasjonstilbudet ved Villa Sana på Modum Bad, pensjonistforberedende seminar for leger som nærmer seg pensjonsalder, aktivitetene knyttet til Legeforeningens helse- og omsorgsutvalg samt støtte til avvikling av medlemsmøter i Eldre lægers forening.

Utvikling utbetalinger ytelses kategorier



Siden 1992 har utbetalte ytelser totalt sett nesten blitt tredoblet, fra ca 56 millioner kroner til 149,2 millioner kroner, og frisk kapitaltilførsel i hovedsak vært av symbolsk karakter.

Regulering av pensjonene fra 2008 til 2009

Mens folketrygden og offentlige tjenstepensjonsordninger regulerer pensjonene tilsvarende reguleringen av grunnbeløpet i folketrygden, fastsetter SOPs styre et pensjonsnivå på bakgrunn av tilgjengelig kapital i ordningen. For 2009 økte SOP pensjonsgrunnlaget fra kr 518 000 til kr 535 000, dvs. med 3,28 %. Fordi samordningsfradragene ble G-regulert (med 5,15 %), var effekten at SOPs nettopensjon gikk ned. I tabellen under vises effekten. SOPs gjennomsnittlige alderspensjon utgjorde 31.12. 2008 kr 57 182. Ifm årsskiftet ble ytelsen i gjennomsnitt redusert med 6,04 % til kr 53 727. Fra 2007 til 2008 ble alderspensjonen redusert med i gjennomsnitt 15,34 % til 57 182 (fremgår ikke av tabellen).

	2008	2009	endring	i %
Brutto alderspensjon	341 880	353 100	11 220	3,28 %
Gjennomsnittlig samordningsfradrag	284 698	299 373	14 675	5,15 %
Gjennomsnittlig netto alderspensjon fra SOP	57 182	53 727	(3 455)	-6,04 %

Styrets vurderinger

Forslagene til vedtektsendringer (ytelser) fra SOP baserer seg på følgende grunnleggende vurderinger:

- De ytelser man ikke, eller vanskelig kan tegne egen forsikring for, er søkt bevart på et nivå noe lavere enn dagens – ex. foreldrepenger etter fødsel og adopsjon, og støtte ved sykeavbrudd for de eldste medlemmene.

- Pensjonsytelsene søkes bevart på et nivå minst tilsvarende dagens nivå for de eldste medlemmene som i mindre grad har mulighet til å spare opp til egen pensjon, mens de yngste ikke vil få pensjon fra SOP med mindre økonomien i fremtiden vil gjøre dette mulig.
- Etableringen av Legeforetakenes pensjonsordning høsten 2008 har muliggjort samordningsfri pensjonssparing som vil gi de yngre legene bedre mulighet til supplerende pensjon enn de eldre (som har kortere tid å spare på).
- Skillet med lave og høye avbruddsytelser og hvem som skal kunne få pensjonsytelser fra SOP er satt ved autorisasjon før og etter 1.1.1993. De som arbeidet som leger før dette tidspunkt tok selv del i de langt større avsetningene til SOP ved NT-oppgjørene som ble foretatt før dette tidspunktet. De har i mindre grad mulighet til å spare til egen pensjon og mindre mulighet for å tegne egne avbruddsforsikringer. Det er også denne gruppen som lenge har hatt grunn til å anta at SOP ville kunne yte (minst) på dagens nivå og dermed ikke har hatt samme motiv for å tilpasse seg.
- For leger autorisert etter 1.1. 1993 som får unntak for etablert/tidligere sykdom ved tegning av avbruddsforsikring vil SOP yte avbruddsytelser etter samme regler som for leger autorisert før 1.1. 1993.
- Det foreslås at det i vedtektene åpnes for at styret i fremtiden kan endre innslagspunktet for høye avbrudds- og/eller pensjonsytelser, alternativt justere opp ytelsene dersom ordningens økonomi skulle tilsi at dette er forsvarlig.
- Det vil forsøkes tilrettelagt for best mulige forsikringsdekninger for de som gjennom SOPs forslag til vedtektsendringer oppnår svekkede rettigheter.

Forslagene

Det er gjort rede for underdekningen knyttet til ordningens pensjonsforpliktelser over. I tillegg øker utbetalingene til avbruddsytelser mye. Det tilføres ikke nok ny kapital til å kunne forsvare ytelse på dagens nivå over tid. Det foreslås derfor å avgrense alderspensjon og ektefellepensjon til ordningens medlemmer som er autorisert før 1.1 1993. Det innføres også differensiering av avbruddsyttelsene basert på samme skillelinje. Styret i SOP gis anledning til å forskyve tidspunktet, slik at flere medlemmer kan oppnå ordningens beste ytelse dersom ordningens økonomi tillater dette, alternativt å øke ytelsene.

Medlemskap i SOP forutsetter medlemskap i folketrygden. Etter dagens regler holder det at man har drevet legevirksomhet i Norge og vært medlem av folketrygden i tre år for å oppnå livsvarig medlemskap. Leger som har flyttet fra Norge og ikke har vært medlem av SOP i ti år vil ikke lenger ha rett til pensjon SOP.

Pensjon

Det innføres fleksibel alderspensjon der ordningens medlemmer kan velge å ta ut pensjon fra fylte 62 år. Det blir tre alternative uttaksmuligheter – over resten av livet, i ti år eller fra pensjonsstart til fylte 77 år. Valget av pensjonsuttak og –periode vil være tilnærmet verdinøytralt sett i forhold til statistiske forutsetninger om levealder. Det enkelte medlem gis utelukkende frihet til å velge hvor lang utbetalingstiden skal være av en gitt pensjonsreserve.

Ektefellepensjon avgrenses til ektefeller født før 1.1. 1965, og forutsetter at medlemmet var autorisert før 1.1 1993. Referansen til ekteskapsloven fjernes slik at fraskilte ektefeller ikke gis rett til ektefellepensjon. Adgangen til dette må avklares juridisk.

Uførepensjon skal tilsvare livsvarig alderspensjon ved pensjonsuttak 67 år. Ved fylte 62 år opphører uførepensjonen, og pensjonisten må ev. velge å ta ut alderspensjon. Med dagens regler opphører uførepensjonen når alderspensjonen starter. Endringen følger av regelendringen om at alderspensjon kan tas ut fra fylte 62 år, og det skal da ikke være mulig å oppnå høyere uførepensjon enn alderspensjon. Det skal vurderes nærmere om uførepensjonen gradvis skal trappes ned, for eksempel fra fylte 57 år, eller om den skal opprettholdes fullt ut fram til fylte 62 år.

Regulering av samordningsfradrag

Det innføres som regel at samordningsfradrag reguleres tilsvarende reguleringen av pensjonene i folketrygden. Etter dagens regler er det i praksis det som skjer, men etter hvert som tjenstepensjoner i mindre grad enn idag kommer til å bli regulert tilsvarende endringen av grunnbeløpet i folketrygden, er det behov for å standardisere dette. Alternativet ville bli en svært omfattende rutine for regulering av samordningsfradragene basert på individuelle reguleringer

Avbruddsytelser

Det vurderes innført en ny modell for ordningens avbruddsytelser, der det ikke lenger skilles mellom inntekts- og utgiftskompensasjon. Den samlede kompensasjonsgraden reduseres fra dagens nivå med ialt 90 prosent dekning innenfor visse omsetningsnivåer.

Kompensasjonsgraden reduseres fra dagens nivå, og ordningen skifter fra tilnærmet å være en full inntekts-/utgiftsdekning til å være et økonomisk bidrag. Det innføres to forskjellige kompensasjonsgrader:

- Kompensasjonsgraden fastsettes til 70 – 80 prosent for leger autorisert før 1.1. 1993. Samme nivå ytes for dem som søker om fødselsstønad, adopsjonsstønad, pleiepenger og for sykehjelp for dem som har sykdommer som medlemmet kan dokumentere har ført til reservasjon eller avslag på søknad om sykeavbruddsforsikring i privat forsikringsselskap.
- For leger som er autorisert etter 1.1. 1993 fastsettes en lavere kompensasjonsgrad. Det samme gjelder vikar, selv om vikar er autorisert før 1.1. 1993.

Styret gis anledning til å justere kompensasjonsgraden dersom økonomien i ordningen eller andre forhold skulle gjøre det ønskelig eller nødvendig.

Legevakt skal ikke inngå som del av grunnlaget for beregningen av avbruddsytelser, selv om det er en del av legens plikt ihht fastlegeavtalen.

For alle avbruddsytelser innføres forutsetning om tilsvarende rettighet i folketrygden. For at en lege skal ha rett til f.eks. sykehjelp fra SOP, vil det måtte foreligge rett til sykepenger i folketrygden. Med dagens regler er det endel tilfeller der slik rett ikke foreligger. Styrking av relasjonen til folketrygden, vil ha som virkning at ev. huller i SOPs regler blir dekket automatisk ved at tilsvarende huller er dekket i folketrygden, som jo har et betydelig mer omfattende regelverk.

Engangsstønad ved død

Engangsstønad ved død reduseres fra 2 til 1 ganger folketrygdens grunnbeløp.

Andre kostnader

SOPs styre har i den senere tid hatt en gjennomgang av også andre kostnader enn ytelser til medlemmene. I sum bidro SOP i 2008 med hjemmel i vedtektene med 9,7 millioner kroner til andre formål. Bl.a. finansierer SOP hovedparten av driften av Legeforeningens Forskningsinstitutt, det sykdomsforebyggende ressursenteret Villa Sana på Modum Bad, Legeforeningens koordinerende helse- og omsorgsutvalg og aktivitetene som sorterer under dette utvalget, et pensjonistforberedende kurs og støtte til medlemsmøter i Eldre lægers forening.