



Allmennlegeforeningen og Praktiserende
spesialisters landsforening

Fastleger – Skatt, sosiale rettigheter og pensjon for selvstendig næringsdrivende

oslo**economics**



Allmennlegeforeningen

DEN NORSKE LEGEFORENING

Tittel: Fastleger – Skatt, sosiale rettigheter og pensjon for selvstendig næringsdrivende

Utarbeidet av: Oslo Economics

Oppdragsgiver: Allmennlegeforeningen og Praktiserende spesialisters landsforening

Publisert:: Mai 2025

Rapportnummer: 2024-95

Kontaktperson: Erik Magnus Sæther / Partner

E-post: ems@osloeconomics.no

Tel: +47 940 58 192

Foto/illustrasjon forside: Unsplash

Innhold

Sammendrag	5
1. Introduksjon	7
1.1 Om oppdraget	7
1.2 Data og metode	7
1.3 Leserveiledning	8
2. Fastleger i Norge	9
2.1 Leger som sender refusjonskrav	9
2.2 Fastleger	9
3. Legenes ulike tilknytningsformer og organisering	12
3.1 Ulike tilknytningsformer	12
3.2 Holdingstruktur	13
3.3 Fastlegenes tilknytning	14
3.4 Utvikling over tid	15
4. Valg av organisasjonsform	17
4.1 Skatter og avgifter	17
4.2 Verdien av tilbakeholdt overskudd	22
4.3 Sykepenger	23
4.4 Yrkesskadedekninger	25
4.5 Dagpenger	25
4.6 Organisering ved felles drift	25
4.7 Organisering med holdingselskap	25
5. Pensjon	27
5.1 Det norske pensjonssystemet	27
5.2 Arbeidsgivers plikter	28
5.3 Offentlig ansatte allmennleger, inkludert kommunal legevakt	28
5.4 Selvstendig næringsdrivende leger	29
5.5 Ansatte i og eiere av private legeforetak	30
5.6 Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger	31
5.7 Avsluttende kommentarer	33
6. Oppsummering	34
7. Referanser	35

Sammendrag

På oppdrag for Allmennlegeforeningen og Praktiserende spesialisters landsforening, har Oslo Economics kartlagt omfanget av ulike tilknytningsformer blant norske leger, og konsekvenser av disse. Næringsdrivende har blant annet andre forutsetninger for inntektssikring ved redusert arbeidsaktivitet enn andre, og dette er noe leger burde være klar over. Formen for tilknytning får følger for legen knyttet til skatter og avgifter og muligheter for sosiale rettigheter og pensjon i folketrygden og Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP). Denne rapporten omfatter leger i fastlegetjenesten.

Kjennetegn ved fastleger i Norge

I 2023 var det 5 136 leger som jobbet fast som fastlege og 2 500 som jobbet som vikarer for fastleger eller jobbet deltid og som sendte refusjonskrav med bruk av fastlegenes diagnosekodeverk (Figur 1-1). Gjennomsnittsalderen blant de som jobbet fast som fastlege var høyere enn blant de som jobbet som vikarer for fastleger eller deltid (45 år mot 41 år). Fordelingen mellom kvinner og menn er jevn for begge typer.

Leger i Norge driver praksis sammen med andre

I denne rapporten er legenes tilknytning til arbeidsplassen sortert i tre ulike kategorier:

1. Driver praksis sammen med andre leger
2. Driver praksis alene
3. Kommunalt ansatte og leger med 8.2-avtaler

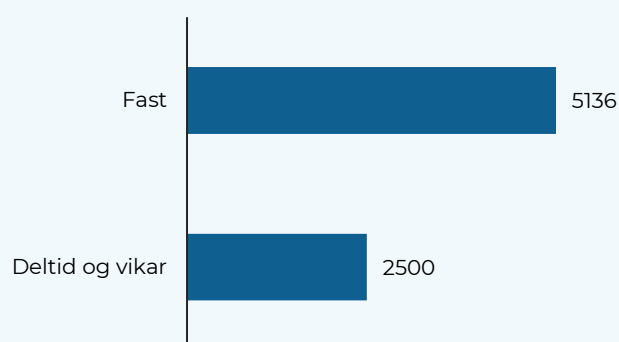
Som illustrert i Figur 1-2, var det i 2023 mest vanlig blant fastleger i Norge å være i gruppe 1; tilknyttet en praksis sammen med andre leger. Det er nest mest vanlig å være kommunalt ansatt eller å ha en 8.2-avtale med kommunen (gruppe 3), mens det er minst utbredt å drive praksis alene (gruppe 2). Over tid har også utviklingen gått mot at færre leger driver praksis alene.

Næringsdrivende leger kan ha nytte av å organisere virksomheten som et AS

Næringsdrivende leger står overfor en rekke ulike hensyn når de skal velge innretning og organisering av legepraksisen. I dag er det fortsatt mange som er organisert som enkeltpersonforetak (ENK) hvis de driver alene, eller som delt ansvar (DA) hvis de driver sammen med andre. Stadig flere velger å organisere praksisen som et aksjeselskap (AS). For de laveste inntektene kan det være skattemessig gunstig å være organisert som ENK eller DA. Dette gjelder også for de høyeste inntektene. Det er likevel som regel mer lønnsomt å være organisert som AS, med rettighetene som følger av å være lønnsinntaker og mulighetene for å holde tilbake overskudd.

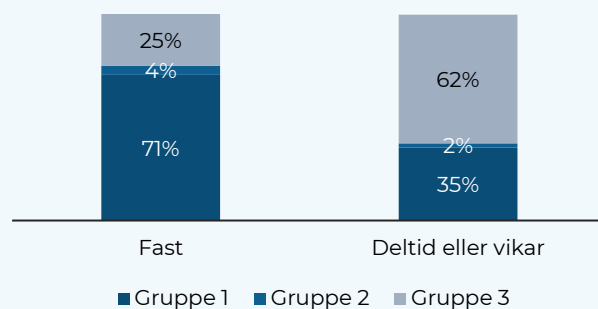
Næringsdrivende leger bør være klar over hvilke sosiale rettigheter de har og ikke har, og ta stilling til i hvilken

Figur 1-1: Fastleger som sendte refusjonskrav i 2023



Note: Beregnet fra refusjonskrav i 2023. Data fra KUHR. Beregninger og illustrasjon av Oslo Economics.

Figur 1-2: Fastlegenes tilknytning i 2023



Note: Figuren viser andelen av fastlegetypen som var i hver gruppe i 2023. Kilde KUHR-data fra 2023, aksjonærregisteret og Oslo Economics' bedriftsdatabase

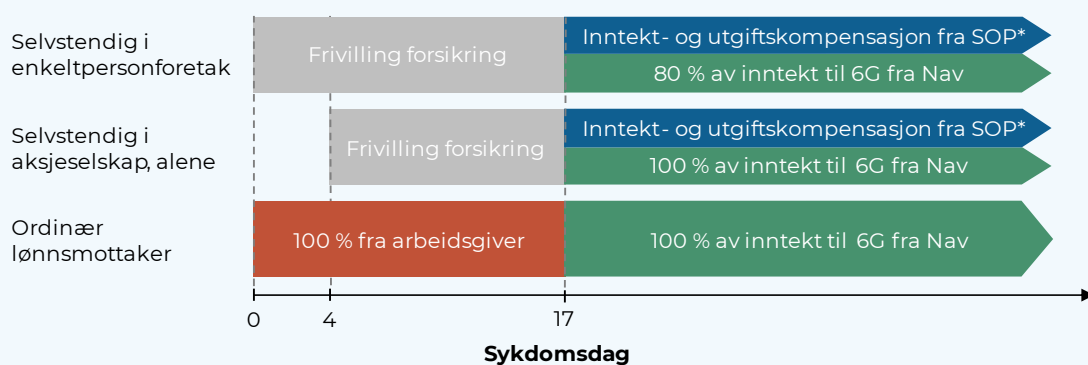
grad de ønsker å endre organisasjonsform eller kjøpe tilleggsforsikringer. Figur 1-3 viser hvilke rettigheter til sykepenger som gjelder for ulike måter å organisere virksomheten, og hvor store forskjellene i rettigheter kan være.

Næringsdrivende leger bør opprette en pensjonsspareordning

Leger som har arbeidet store deler av sin karriere innenfor offentlig sektor (ansatte i gruppe 3) vil få en relativt sett god pensjon, der effekten av livsvarig utbetaling og årlig regulering av pensjonen gjør den vesentlig bedre enn mange andre ordninger.

Næringsdrivende leger, uavhengig av hvordan de er organisert og om de driver alene eller med andre, vil som regel oppleve alderspensjon fra folketrygden som lav. Tabell 1-1 viser beregnet alderspensjon fra folketrygden for en lege som har hatt ulike inntektsnivåer over yrkeskarrieren. Samtidig vil legene kunne oppnå en rekke fordeler med å ha en tjenstepensjonsordning, dersom inntekten er høyere enn hva man har behov for til et tilfredsstillende privat forbruk. Den skattemessige behandlingen er gunstig og vil i mange tilfeller oppveie for at midlene er bundet til pensjon helt frem til uttak eller død.

Figur 1-3: Sykepenger for næringsdrivende leger



Note: Figuren viser en selvstendig næringsdrivende leges rett på sykepenger fra Nav og SOP. G er grunnbeløpet i folketrygden.

* Inntektskompensasjonen fra SOP er begrenset til 45 % av brutto praksisinntekt opp til et makstak på 1 488 336 kr og det trekkes fra et fradrag tilsvarende sykepenger fra Nav. Utgiftskompensasjonen er begrenset opp til 35 % av brutto praksisinntekt med et makstak på 1 042 000 kr.

Tabell 1-1: Alderspensjon fra folketrygden

	Pensjonsgivende inntekt	Tilført beholdning	Antall år
Sommerjobber (1,5 G)	186 042	33 674	3
Lavlønnsperiode (5 G)	620 140	112 245	5
Høylønnsperiode (over 7,1 G)	880 599	159 388	35
Samlet beholdning		6 240 841	43

➡ Årlig utbetaling av alderspensjon fra folketrygden: 416 056 kroner

Note: I eksemplet over har vi satt opp en lege som har hatt pensjonsgivende inntekt på over 7,1 G i 35 år, samt fem år med en inntekt på 5 G og tre år med pensjonsgivende inntekt på i gjennomsnitt 1,5 G. Beholdningen blir da 6,2 millioner kroner. Dersom legen så tar ut pensjon i 15 år, tilsvarer dette en årlig utbetaling av alderspensjon fra folketrygden på 416 056 kroner.

1. Introduksjon

På oppdrag for Allmennlegeforeningen og Praktiserende spesialisters landsforening, har Oslo Economics kartlagt omfanget av ulike tilknytningsformer blant norske leger, og konsekvenser av disse knyttet til skatt, verdien av tilbakeholdt overskudd, sosiale rettigheter og pensjon

Næringsdrivende leger, som ikke har et ordinært arbeidsforhold, står overfor viktige valg i hvordan man organiserer denne næringsvirksomheten. De må blant annet ta stilling til organisasjonsform, om og hvordan de skal samarbeide med andre leger, om de skal opprette en holdingstruktur, om de skal ta ut overskudd som lønn eller næringsinntekt og eventuelt utbytte, og kjøp av forsikringer. Pensjonsreformen medfører også en alderspensjon som alene oppleves som lav for mange med lang fartstid som lege. Mange leger med betydelig ansiennitet i offentlig sektor, vil ofte allikevel oppnå en god pensjon. For andre leger, og særlig de næringsdrivende, kan det være nødvendig å tidlig i yrkesløpet ta aktive grep for å sikre en god pensjon.

Disse valgene kan ha stor økonomisk betydning, for både dem som har et langt yrkesaktivt liv og dem som får behov for inntektssikring, for eksempel ved sykdom. Selv om næringsdrivende leger skiller seg fra næringsdrivende i de fleste andre yrker, ved særlige ordninger gjennom Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP), kompenserer disse ikke fullt ut for alle forskjeller som oppstår mellom de som er ordinære arbeidstakere og de som er næringsdrivende.

1.1 Om oppdraget

På oppdrag for Allmennlegeforeningen og Praktiserende spesialisters landsforening (PSL) har Oslo Economics kartlagt legenes arbeidstilknytning og illustrert sentrale forskjeller i rammebetingelser som følger med disse ulike formene for arbeidstilknytning. Det er utarbeidet en rapport for hver forening. Forskjellene i rammebetingelser knyttes særlig til skatt, verdien av tilbakeholdt overskudd, sosiale rettigheter og pensjon. I denne rapporten for Allmennlegeforeningen, har vi kartlagt omfanget av følgende arbeidstilknytninger:

1. Driver praksis sammen med andre leger
2. Driver praksis alene
3. Kommunalt ansatte og leger med 8.2-avtaler

For hver av de ulike gruppene beskriver vi sentrale forhold knyttet til pensjon. I gjennomgangen av øvrige rammebetingelser for næringsdrivende skiller vi hovedsakelig mellom:

- Aksjeselskap (AS)
- Enkeltpersonforetak (ENK), delt ansvar (DA) og ansvarlig selskap (ANS)

ENK, DA og ANS behandles sammen fordi disse tre i stor grad har samme rammebetingelser for de forholdene vi oppsummerer.

1.2 Data og metode

I analysene brukes data fra KUHR-databasen (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner), Oslo Economics' bedriftsdatabase og aksjonærregisteret. Innholdet er basert på informasjon om skattesystemet og folketrygden fra Skatteetaten, Nav og Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP).

KUHR-databasen

Analysen bygger på data for legenes innsendte KUHR-refusjonskrav fra 2010 til og med 2023. Dataene inkluderer ikke refusjonskrav fra legevakst. Dataene inneholder informasjon om unike behandlere med en anonymisert ID, deres spesialisering(er), pasientens egenbetaling og refusjonen forbundet med hvert krav, i tillegg til diagnosekodeverk og hvilken legepraksis legen har sendt inn kravet fra. Legepraksisen er registrert med organisasjonsnummer.

Siden analysen bygger på data fra KUHR-databasen, vil det være noen privatpraktiserende leger som ikke er omfattet av analysen. Dette gjelder privatpraktiserende leger uten avtale med det offentlige. Disse har ikke refusjonsrett og sender ikke refusjonskrav slik at de ikke er registrert i KUHR-databasen.

Oslo Economics' bedriftsdatabase og aksjonærregisteret

Organisasjonsnummer muliggjør kobling av KUHR-databasen med Oslo Economics' bedriftsdatabase. Slik identifiseres legens organisasjonsform (AS, ENK, DA, ANS, mv.). Organisasjonsnummer gjør det videre mulig å koble dataen fra organisasjoner som er registrert som AS med aksjonærregisteret og finne informasjon om eiere av organisasjonen, og identifisere holding- og samarbeidsstrukturer.

Dokumentgjennomgang

Analysen bygger også på en gjennomgang av lover, forskrifter og dokumentasjon fra Nav, Skatteetaten

og Brønnøysundregistrene. Disse kildene gir innsikt i skatte- og avgiftsreglene og sosiale rettigheter i folketrygden for næringsdrivende med ulike organisasjonsformer og ordinære lønsmottakere.

1.3 Leserveiledning

Rapporten er strukturert som følger: Kapittel 2 beskriver kjennetegn ved fastleger i Norge. Kapittel 3 beskriver arbeidstilknytningen deres i dag, hvordan selvstendig næringsdrivende leger har

organisert virksomheten sin og kjennetegn for leger som er tilknyttet arbeidsplassen på ulike måter. Kapittel 4 beskriver sentrale forskjeller i rammebetingelser for leger som driver i ENK, DA eller ANS, leger som driver alene i AS, eller leger som jobber som ordinære lønsmottakere. Det er lagt vekt på forskjeller i samlet skattebetaling, sosiale rettigheter og verdien av tilbakeholdt overskudd mellom de ulike organiseringene. I kapittel 5 drøfter vi sentrale forhold ved pensjon for legene. Kapittel 6 oppsummerer.

2. Fastleger i Norge

I 2023 var gjennomsnittsalderen blant fastleger 45 år. Kjønnsfordelingen var balansert med en andel menn på 49 prosent. Over tid har det blitt flere fastleger i Norge. De er litt yngre nå enn de var for ti år siden og en større andel av dem er kvinner.

Dette kapittelet gir en beskrivelse av kjennetegn ved fastleger i Norge og utviklingen fra 2013 til 2023. Først gis en beskrivelse av refusjonsdataene som danner grunnlaget for analysene, før deskriptiv statistikk om fastleger presenteres.

2.1 Leger som sender refusjonskrav

For å drive som fastlege i Norge kreves det avtale med kommunen og med Helfo (Legeforeningen, 2015). Avtalen med kommunen kan omfatte at fastlegen er ansatt i kommunen, eller at fastlegen er næringsdrivende med fastlegeavtale.

Fastleger har mulighet til å sende refusjonskrav på vegne av pasienten gjennom Helfo-systemet. Leger som sender refusjonskrav, er representert i datasettene fra KUHR-databasen, som benyttes i analysene i denne rapporten. Datasettet har ikke med refusjonskrav gjort ved legevakt.

I 2023 var det 10 056 unike behandlere i datasettet. Dette inkluderer fastleger, avtalespesialister, vikarer, deltidsarbeidende og leger i spesialisering (LIS1).

Det er ikke uvanlig at legene er tilknyttet flere arbeidsplasser og derfor sender refusjonskrav for ulike praksiser. Det er heller ikke uvanlig at kompliserte selskapsstrukturer gjør at samme legekontor kan ha flere tilknyttede organisasjoner (for eksempel dersom flere leger ved samme kontor har hvert sitt legefirma i tillegg til et felles driftsselskap) og dermed også flere organisasjonsnumre, og at hvilket legen bruker varierer. I 2023 var gjennomsnittlig antall organisasjoner en lege sendte inn refusjonskrav for 1,18 og det var 1 426 behandlere som sendte inn refusjonskrav fra minst to ulike organisasjoner. I de videre analysene medregnes kun den virksomheten legen har hatt mest aktivitet i (målt ved høyest inntekt fra refusjoner og egenbetalinger) og vi definerer dette som *hovedarbeidsforholdet* til legen. I 2023 var det 8 934 fastleger som sendte inn

refusjonskrav for fastlegetjenester og hadde dette som hovedarbeid.

2.2 Fastleger

Kommunen har et ansvar for å tilby nødvendig helsehjelp til alle som oppholder seg i kommunen. Dette inkluderer å sørge for at de som bor eller oppholder seg i kommunen har tilgang til fastlege. Kommunen kan selv avgjøre hvordan de vil sikre tilgang til denne tjenesten, enten ved å ansette fastleger eller ved å inngå avtaler med næringsdrivende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022).

Boks 1: Klassifisering av fastleger

Diagnosekodeverket som er benyttet i refusjonskravene benyttes for å avgjøre om en behandler skal klassifiseres som fastlege eller avtalespesialist. Det finnes tre ulike kodeverk som kan benyttes i refusjonskravene: ICPC-2, ICPC-2B og ICD-10. Behandlere som har sendt refusjonskrav med kodeverket ICPC-2 eller ICPC-2B klassifiseres som fastleger, og behandlere som har sendt refusjonskrav med diagnosekodeverk ICD-10 klassifiseres som avtalespesialister. Det er mulig å entydig klassifisere alle legene i refusjonsdataene med denne strategien.

2.2.1 Ulike typer fastleger

I 2023 var det 8 934 unike behandlere som sendte inn krav med bruk av fastlegers diagnosekodeverk og hadde dette som hovedarbeid. Dette inkluderer også vikarer og deltidsarbeidende og leger i spesialisering (LIS1).

For å skille på hvilke behandlere som jobber fast som fastleger og hvilke som er vikarer eller deltidsarbeidende, har vi satt en grense på inntekt på 500 000 kroner. Dersom legen har en inntekt lavere enn dette, vil hen klassifiseres som vikar eller deltidsarbeidende. De som klassifiseres som LIS1, er de behandlerne hvor dette er spesifisert i

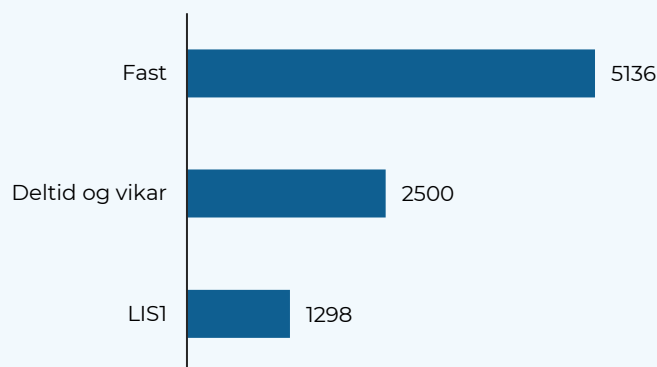
refusjonsdataene¹. Med denne framgangsmåten får vi 5 136 fastleger, 2 500 vikarer og deltidsansatte og 1 298 LISI-leger i fastlegetjenesten i 2023 (Figur 2-1). Dette stemmer nokså godt overens med antallet fastleger i årsrapport for arbeidet med allmennlegetjenesten, som var 5 057 i 2023 (Helsedirektoratet, 2024). I de videre beskrivelsene, er ikke LISI-legene omfattet.

2.2.2 Demografi

Gjennomsnittsalder blant fastlegene var 45 år. Andelen menn var 49 prosent. Ser vi på kun de som jobber fast som fastleger – og ekskluderer både vikarer og deltidsarbeidende – var gjennomsnittsalder 46 år og andelen menn var 53 prosent. For vikarene og deltidsarbeidende var gjennomsnittsalderen 41 år og andelen menn var 48 prosent. Det tyder på at disse legene typisk er yngre enn de som jobber fast som fastlege og at fordelingen mellom kvinner og menn er jevn for begge grupper, med en liten overvekt av menn blant de som jobber fast som fastlege. Kjønnsfordeling og gjennomsnittsalder for de ulike typene fastleger er vist i Figur 2-2 og Figur 2-3, henholdsvis.

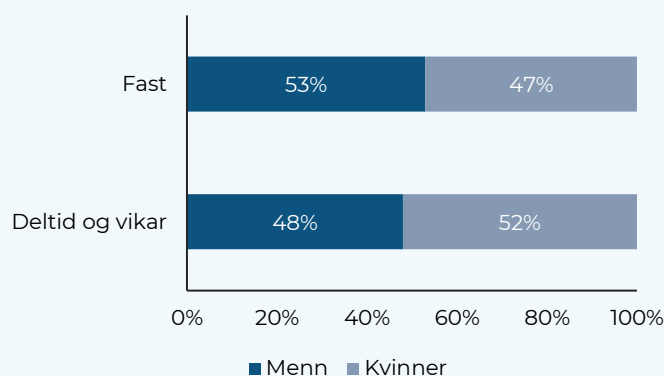
Utviklingen over tid i antall som jobber fast som fastleger, deres gjennomsnittsalder og kjønnsfordelingen er oppsummert i Figur 2-4, Figur 2-5 og Figur 2-6. Siden 2013 har det blitt flere fastleger. Disse har i gjennomsnitt blitt to år yngre over perioden og andelen menn har blitt redusert fra 63 prosent i 2013 til 53 prosent i 2023.

Figur 2-1: Antall av ulike type fastleger



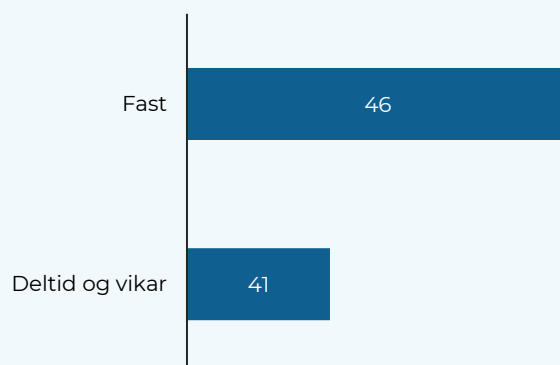
Note: Beregnet fra refusjonskrav i 2023. Data fra KUHR. Beregninger og illustrasjon av Oslo Economics.

Figur 2-2: Andelen menn og kvinner blant ulike typer fastleger



Note: Beregnet fra refusjonskrav i 2023. Data fra KUHR. Beregninger og illustrasjon av Oslo Economics.

Figur 2-3: Gjennomsnittsalder for ulike typer fastleger

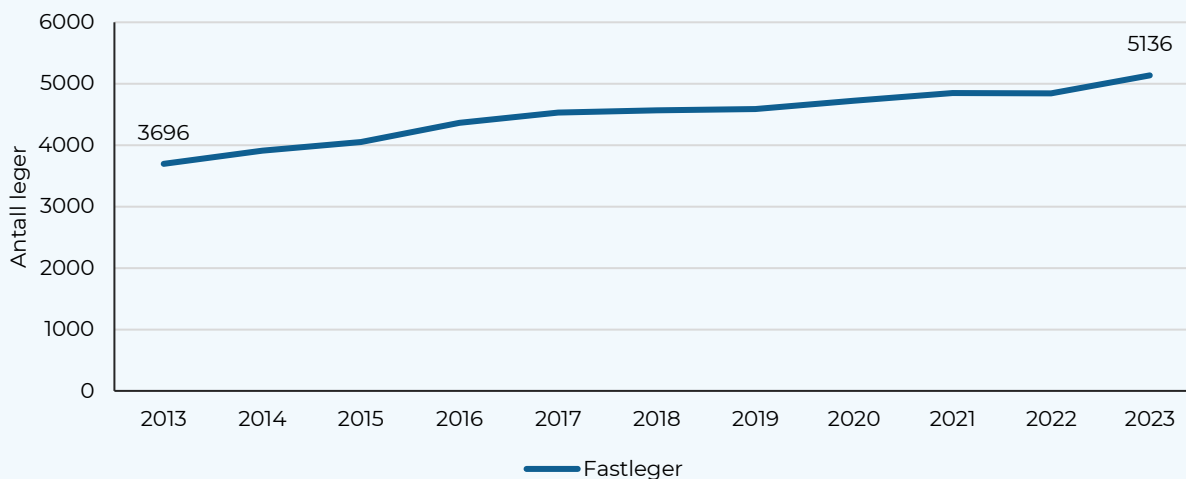


Note: Beregnet fra refusjonskrav i 2023. Data fra KUHR. Beregninger og illustrasjon av Oslo Economics.

¹ Datasettet inkluderer en variabel som heter «praksistype». Denne kan ta en av 17 ulike verdier, hvorav en er

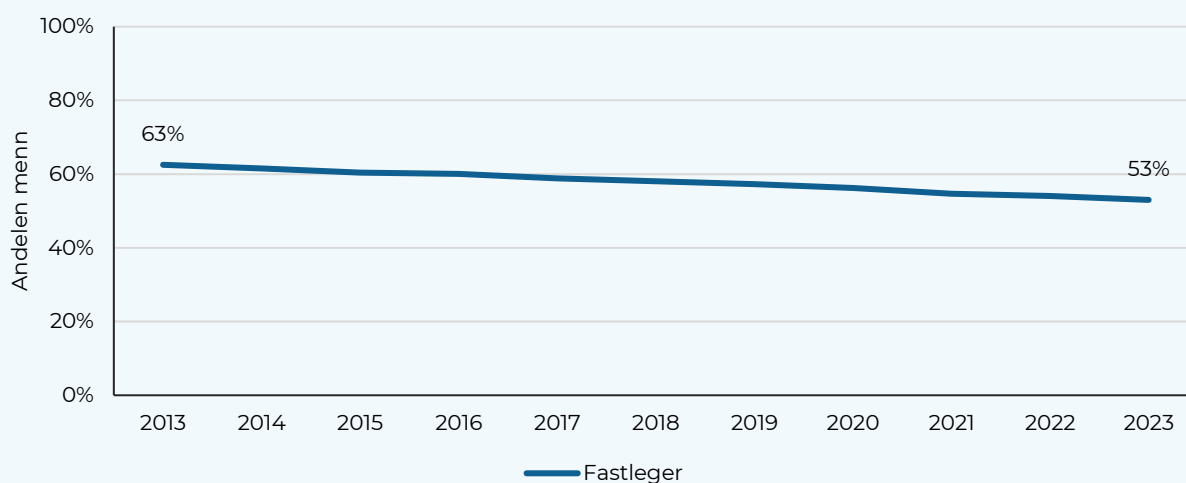
«Turnuslege fastlønnet». Dersom behandleren har denne verdien, klassifiseres de som LISI.

Figur 2-4: Utvikling i antall leger



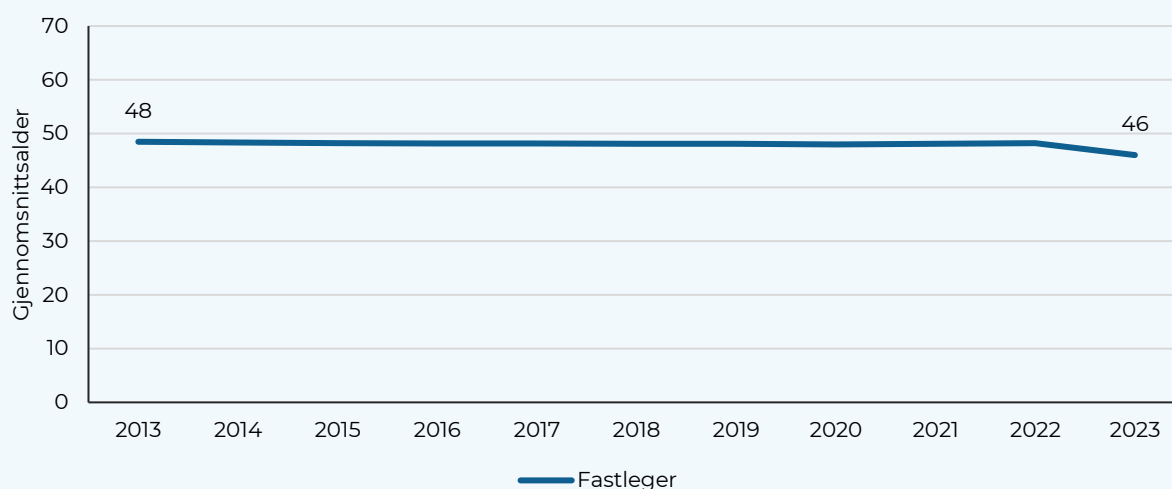
Note: Figuren viser utvikling i antallet leger som jobber fast som fastlege per år fra 2013 til 2023. Kilde: KUHR-data fra 2013 til 2023.

Figur 2-5: Utvikling i andelen menn blant leger



Note: Figuren viser utvikling i andelen menn som jobber fast som fastlege per år fra 2013 til 2023. Kilde: KUHR-data fra 2013 til 2023.

Figur 2-6: Utvikling i legers gjennomsnittsalder



Note: Figuren viser utvikling i gjennomsnittsalder for leger som jobber fast som fastlege per år fra 2013 til 2023. Kilde: KUHR-data fra 2013 til 2023.

3. Legenes ulike tilknytningsformer og organisering

Fastleger kan være tilknyttet arbeidsplassen på ulike måter, enten de er ansatt eller næringsdrivende. Dersom de er ansatt kan dette være i den kommunale helsetjenesten, eller i en privat virksomhet. Det er mest vanlig blant norske leger å være næringsdrivende og drive i samdrift med andre leger.

Det er mer vanlig blant leger enn andre yrkesgrupper å jobbe uten å være fast ansatt av en arbeidsgiver. I dette kapitlet beskriver vi hvordan legene er tilknyttet arbeidsplassen, og hvordan de har organisert sin virksomhet som leger.

3.1 Ulike tilknytningsformer

For å beskrive hvordan leger er tilknyttet arbeidsplassen i dag, har vi delt legene inn i tre ulike grupper:

1. Driver praksis sammen med andre leger
2. Driver praksis alene
3. Kommunalt ansatte og leger med 8.2-avtaler

De ulike gruppene er beskrevet i de neste avsnittene.

Gruppe 1: Driver praksis sammen med andre leger

Leger som driver praksis sammen med andre leger kan gjøre dette på ulike måter. De fleste som driver sammen med andre driver egen virksomhet og har felles driftsselskap med de andre. Med et driftsselskap kan legene dele på felles funksjoner og felles kostnader. Driftsselskapet kan for eksempel ansette hjelpepersonell, leie lokaler, kjøpe inn utstyr til drift eller ivareta andre felles funksjoner. Disse tjenestene kan så kjøpes eller leies av hver leges egen legevirksomhet, hvor de gjennomfører pasientbehandlingen. Driftsselskapet vil ofte ha som mål å gå i null, uten under- eller overskudd.

Leger som driver legepraksis sammen med andre, kan gjøre dette gjennom foretaksformene delt ansvar (DA), ansvarlig selskap (ANS), tingrettslig sameie (SAM), samvirkeforetak (SA), kontorfelleskap (KTRF) eller aksjeselskap (AS). Dersom de skiller på det som er legevirksomheten og det som er et driftsselskap, kan de organisere legevirksomheten som et enkeltpersonforetak (ENK). Dersom de velger å organisere seg som AS, SAM eller SA, kan de også velge om de skal være ansatte eller kun eiere.

I denne gruppen kan hver enkelt lege velge om hen ønsker å ha et holdingselskap mellom seg selv som privatperson og driftsselskapet. Dette fordrer at legevirksomheten ikke er et ENK.

Gruppe 2: Driver praksis alene

Leger som driver alene, kan velge å opprette et ENK eller et AS som kun den ene legen er tilknyttet. Dersom legene i denne gruppa driver alene med AS, kan de også velge å opprette et holdingselskap som de eier virksomheten via.

Gruppe 3: Kommunalt ansatte og leger med 8.2-avtaler

Leger som jobber som fastleger kan også være kommunalt ansatte eller næringsdrivende leger med 8.2-avtaler². Legene som er kommunalt ansatte er tilknyttet arbeidsplassen gjennom en ansettelsesavtale og er ordinære lønnsmottakere. Legene som driver på denne måten må ikke ta stilling til hvordan de skal innrette virksomheten sin, da dette er arbeidsgivers ansvar.

² Vi ser på kommunalt ansatte og næringsdrivende med 8.2-avtaler sammen siden legene med 8.2-avtaler varierer mellom å sende refusjonskrav fra egen virksomhets organisasjonsnummer og fra kommunens

organisasjonsnummer. Vi kan derfor ikke utelukke at denne gruppen inkluderer næringsdrivende leger med 8.2-avtaler.

Boks 2: Identifisering av de ulike gruppene i datasettet

Vi bruker KUHR-data i sammenheng med Oslo Economics' bedriftsdatabase for å få informasjon om selskapsform (AS, ENK, DA, ANS, etc.) og aksjonærregisteret for å få informasjon om eiere av aksjeselskap. Alle identifiseringsstrategiene bruker organisasjonsnummeret legen har sendt refusjonskrav fra.

Gruppe 1: Driver praksis sammen med andre leger

For å avgjøre om en lege driver praksis sammen med andre leger i samdriftsmodeller undersøker vi først om legen har sendt refusjonskrav fra en organisasjon som er registrert som DA, ANS, KTRFL, SA eller SAM. Dersom dette er tilfellet plasseres legene i denne gruppen. Dersom legen har sendt refusjonskrav fra et organisasjonsnummer som er et AS, undersøker vi først om det er flere leger som har sendt refusjonskrav fra samme organisasjon. Dersom dette er tilfellet og det ikke er en kommune som eier AS-et, plasseres legene i denne gruppen. Til slutt undersøker vi de som har sendt refusjonskrav fra et AS hvor de er den eneste unike behandleren som har sendt refusjonskrav. Så undersøker vi om vi kan knytte legen sammen med andre leger ved å se på eierskap i aksjeselskap. Dersom legen eier en andel i et aksjeselskap, hvor det også er andre leger som er aksjonærer, kan vi knytte legene sammen og vurdere at legene tilknyttet disse AS-ene kan plasseres i gruppe 1.

Gruppe 2: Driver praksis alene

For å avgjøre om en lege driver praksisen alene og kan plasseres i gruppe 2, vurderer vi først selskapsformen til organisasjonsnummeret de har sendt refusjonskrav fra. Dersom de har sendt refusjonskrav fra et ENK plasseres de i denne gruppen. Leger som har refusjonskrav fra et AS og er den eneste legen som har sendt refusjonskrav fra det aktuelle organisasjonsnummeret inngår også i gruppen. Så undersøker vi på samme måte som for gruppe 1 om legen kan knyttes sammen med andre leger, men til forskjell fra gruppe 1 er det her de som *ikke* kan knyttes sammen med andre leger som vil inkluderes.

Gruppe 3: Kommunalt ansatte og leger med 8.2-avtaler

For å avgjøre om en lege faller innenfor denne gruppen eller ikke ser vi først på hvilken selskapsform de har sendt refusjonskrav fra. Dersom selskapsformen tilhører det offentlige, slik som KOMM eller SÆR, eller tilsier at det er en større organisasjon som står bak, slik som ORGL eller AVD, klassifiseres legen til denne gruppen. Leger som har sendt refusjonskrav fra organisasjoner som er AS blir også inkludert dersom eieren av AS-et har selskapsform KOMM, SÆR, AVD eller ORGL.

Vi har ikke mulighet til å skille på leger som er ansatte i kommunen og næringsdrivende leger med 8.2-avtaler. Dette er fordi det er mange leger med 8.2-avtaler som sender refusjonskrav fra kommunens organisasjonsnummer.

Begrensninger

I teorien er det mulig at leger som driver sammen har organisert seg med felles drift i for eksempel et AS eller DA, og at de har egen legevirksomhet i et ENK. Dette får vi ikke fanget opp i dataen når refusjonskravet er sendt fra ENK-et. Da har vi ingen måte å knytte legen sammen med andre leger på, siden måten å knytte leger sammen på er ved hjelp av aksjonærregisteret. Aksjonærregisteret er også en ufullstendig strategi for å knytte leger med kompliserte samdriftsmodeller sammen dersom de for eksempel samarbeider gjennom et driftsselskap som er registrert som et DA. Tallene bør derfor sees som konservative estimater for antallet som samarbeider med andre leger om drift.

3.2 Holdingstruktur

Et holdingselskap er et aksjeselskap som eier aksjer eller andeler i andre selskaper (Nguyen, 2024). Holdingselskapet har i utgangspunktet ikke annen virksomhet enn å eie andre selskaper. For legene som er næringsdrivende betyr dette at de har et ekstra selskap mellom seg selv som privatperson og legevirksomheten (eller driftsselskapet), slik det er illustrert i Figur 3-1.

Legene i gruppe 1 og gruppe 2 kan opprette holdingselskap mellom seg selv som privatpersoner og legevirksomheten. Leger i gruppe 3 med 8.2-avtaler kan eie legevirksomheten gjennom holdingselskap. Leger i gruppe 3, som er kommunalt ansatt, har ikke denne muligheten da de ikke har eierandeler i legevirksomheten. Denne muligheten har heller ikke andre leger som ikke har eierskap.

Legene i gruppe 1 driver sammen med andre leger, hovedsakelig i DA, ANS, eller AS. Disse kan opprette holdingselskap mellom seg selv som privatperson og legevirksomheten enten denne er organisert som DA, ANS eller AS.

Legene i gruppe 2, som driver alene, kan opprette et holdingselskap mellom seg selv og lege-

Figur 3-1: Holdingstruktur



Illustrasjon av Oslo Economics

virksomheten dersom legevirksomheten er et AS. Dersom legevirksomheten er et ENK, er det ikke mulig å opprette et holdingselskap fordi det ikke er et juridisk skille på privatpersonen og enkeltpersonforetaket. Det er med andre ord kun privatpersonen som kan «eie» legepraksisen. Dersom legevirksomheten er et AS, finnes det et juridisk skille på person og praksis og legen kan opprette et holdingselskap dersom hen ønsker det.

3.3 Fastlegenes tilknytning

Vi skiller på de som jobber fast som fastlege og de som jobber deltid eller som vikarer, slik det er beskrevet i kapittel 2.2. Når vi snakker om gruppen som helhet, referer vi til dem som «fastleger». Figur 3-2 viser hvor stor andel av hver av de ulike typene fastleger som er i hver gruppe.

Gruppe 1: Driver praksis sammen med andre leger

I 2023 var dette den mest vanlige måten å drive på blant norske fastleger og 59 prosent av fastlegene var i denne gruppen. Figur 3-3 oppsummerer hvor mange av de ulike typene fastleger som drev på denne måten i 2023.

Den mest vanlige organisasjonsformen blant legene i denne gruppen var AS (62 prosent), etterfulgt av DA (32 prosent). I 2023 var de 4 505 fastlegene som var registrert i denne gruppen, fordelt på 833 ulike organisasjoner, slik at gjennomsnittlig antall behandlere per organisasjon, var i underkant av 6. Blant organisasjonene som er registrert i denne gruppen er 473 AS, 294 er DA, kun 20 er ANS og 46 er andre typer organisasjonsformer, inkludert 16 SAM og 13 KTRF.

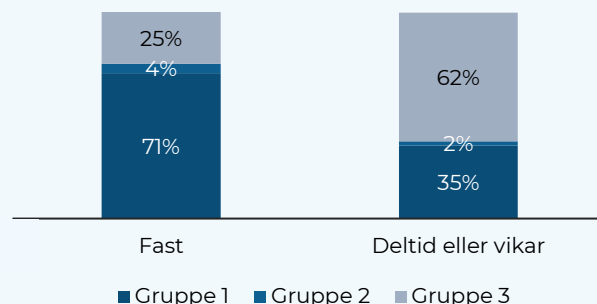
Kjennetegnene for leger i denne gruppen er som for fastlegene generelt. Gjennomsnittsalderen for de som jobber fast som fastlege i denne gruppen er 47 år og andelen menn er 52 prosent. Gjennomsnittsalderen for de som jobbet deltid eller som vikar i denne gruppen var 42 år og andelen menn var 44 prosent. Det betyr at blant fastlegene som jobbet deltid eller som vikarer, var andelen menn i denne gruppen litt lavere enn for legetypen generelt (48 prosent).

Gruppe 2: Driver praksis alene

Kun 4 prosent av fastlegene som drev fast som fastlege i 2023 var i gruppe 2 og drev praksis helt alene. Figur 3-4 oppsummerer hvor mange av de ulike typene fastleger som drev på denne måten i 2023.

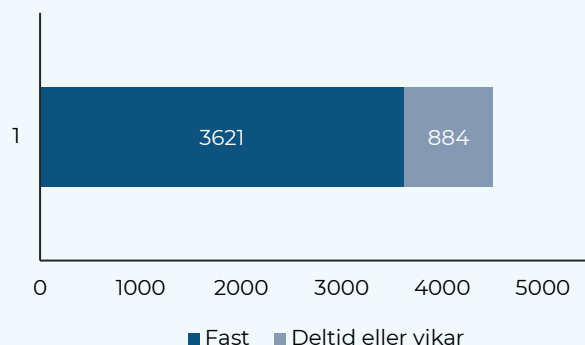
Blant fastlegene som driver fast i denne gruppen var 190 registrert som ENK, mens 34 var registrert som eneste fastlege i et AS. Dette betyr at omtrent

Figur 3-2: Fastlegenes tilknytning



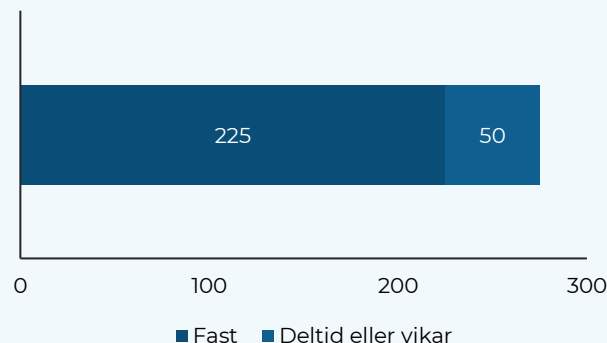
Note: Figuren viser andelen av fastlegetypen som var i hver gruppe i 2023. Kilde KUHR-data fra 2023, aksjonærregisteret og Oslo Economics' bedriftsdatabase

Figur 3-3: Antall fastleger som driver sammen



Note: Figuren viser antallet fastleger som var i gruppe 1 og drev praksis sammen med andre leger i 2023, fordelt på ulike typer fastleger. Kilde KUHR-data fra 2023, aksjonærregisteret og Oslo Economics' bedriftsdatabase

Figur 3-4: Antall fastleger som driver alene



Note: Figuren viser antallet fastleger som var i gruppe 2 og var eneste behandler tilknyttet organisasjonen i 2023, fordelt på ulike typer fastleger. Kilde KUHR-data fra 2023, aksjonærregisteret og Oslo Economics' bedriftsdatabase.

15 prosent hadde AS. Når vi ser på organisasjonsformene blant denne gruppen fastleger fordelt på kvinner og menn, hadde 14 prosent av kvinnene i denne gruppen AS og 17 prosent av mennene. Det er altså noen flere menn blant fastleger som driver alene som har AS, mens det er noen flere kvinner som har ENK. Forskjellen er imidlertid ikke spesielt stor.

Sammenlignet med fastleger generelt, er fastlegene i denne gruppen eldre og det er relativt sett flere menn. Gjennomsnittsalderen blant de som jobber fast som fastlege i denne gruppen er 55 år (sammenlignet med 47 år blant alle som jobber fast som fastlege) og andelen menn er 64 prosent (sammenlignet med 53 prosent blant alle som jobber fast som fastlege).

Gruppe 3: Kommunalt ansatte og leger med 8.2-avtaler

I 2023 var dette den nest mest vanlige måten å drive på blant norske fastleger og 37 prosent av fastlegene var i denne gruppen. Figur 3-5 viser hvor mange av hver av fastlegetypene som er i gruppe 3 og enten har et ansettelsesforhold med en kommune eller en 8.2-avtale.

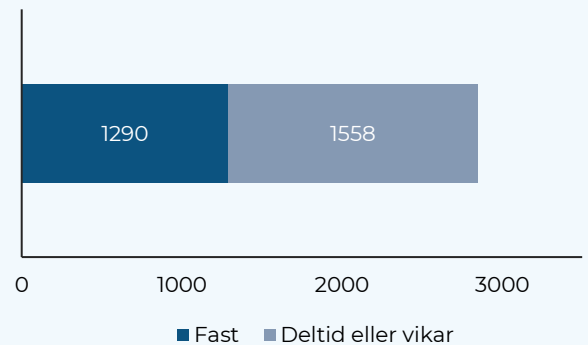
I 2023 var det 1 290 fastleger som jobbet fast som fastleger og hadde enten ansettelses- eller 8.2-avtale med kommunen. Dette tilsvarer 25 prosent av fastlegene som jobbet fast som fastlege. Blant disse var gjennomsnittsalderen 45 år og 53 prosent av legene er menn.

1 558 leger som jobbet som vikarer for fastleger var ansatt i kommunen eller jobbet som vikarer for leger med 8.2-avtaler, tilsvarende omtrent 62 prosent av alle som jobbet som vikarer for fastleger i 2023. Gjennomsnittsalderen blant disse var 48 år og andelen menn var 53 prosent.

Holdingstruktur

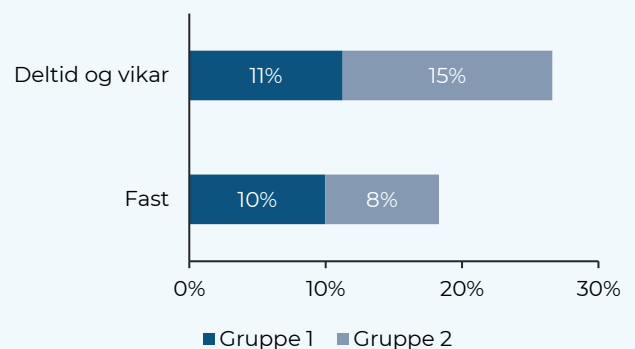
Holdingstruktur innebærer at legen eier selve legevirksomheten i et eget selskap. I 2023 var 10 prosent av eierne til AS-ene som fastlegene sendte refusjonskrav fra holdingselskaper. Dette er kun aktuelt for leger som har sendt refusjonskrav fra et AS, siden vi ikke kan observere eierskapet til andre organisasjonstyper. Det er også kun aktuelt for de AS-ene som ikke er eid av kommuner. Andelen av eierne som er holdingselskaper i hver gruppe er illustrert i Figur 3-6.

Figur 3-5: Antall fastleger som er kommunalt ansatt eller har 8.2-avtaler



Note: Figuren viser antallet fastleger som var i gruppe 3 og var kommunalt ansatt eller hadde 8.2-avtale med en kommune i 2023, fordelt på ulike typer fastleger. Kilde: KUHR-data fra 2023, aksjonærregisteret og Oslo Economics' bedriftsdatabase

Figur 3-6: Andel eiere med holdingstruktur (fastleger)



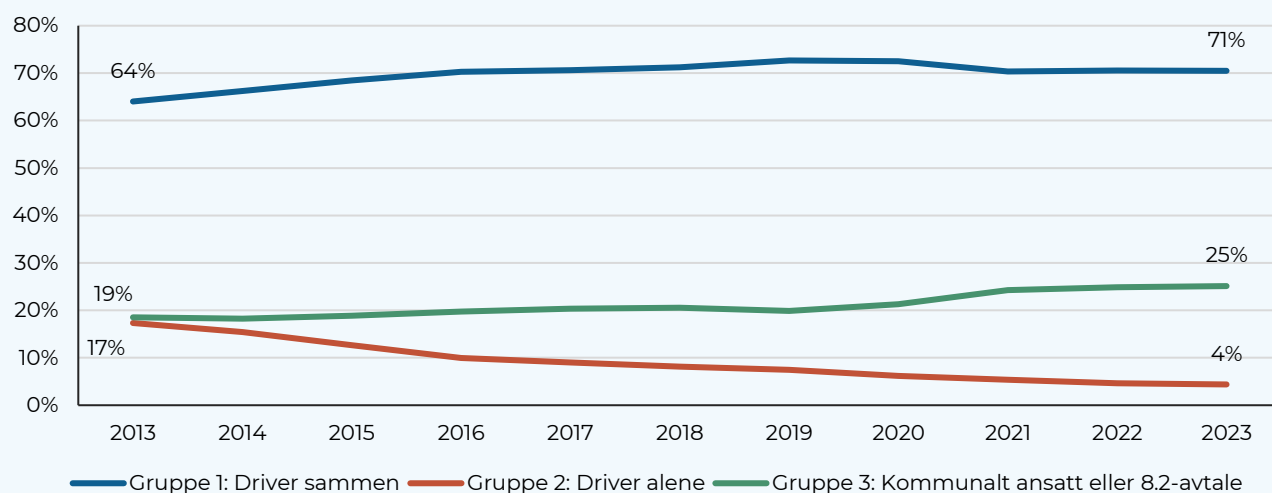
Note: Figuren viser andelen av eierne av AS i de ulike gruppene som hadde holdingstruktur i 2023. Kilde: KUHR-data fra 2023, aksjonærregisteret, Oslo Economics' bedriftsdatabase.

3.4 Utvikling over tid

Utviklingen i arbeidstilknytning er vist i Figur 3-7 for fastleger. Blant fastlegene ser vi at det har vært en økning i de som driver sammen med andre i ett selskap (gruppe 1) og de som er kommunalt ansatte eller har 8.2-avtaler (gruppe 3). Vi ser også at det har vært en nedgang i de som driver helt alene (gruppe 2).

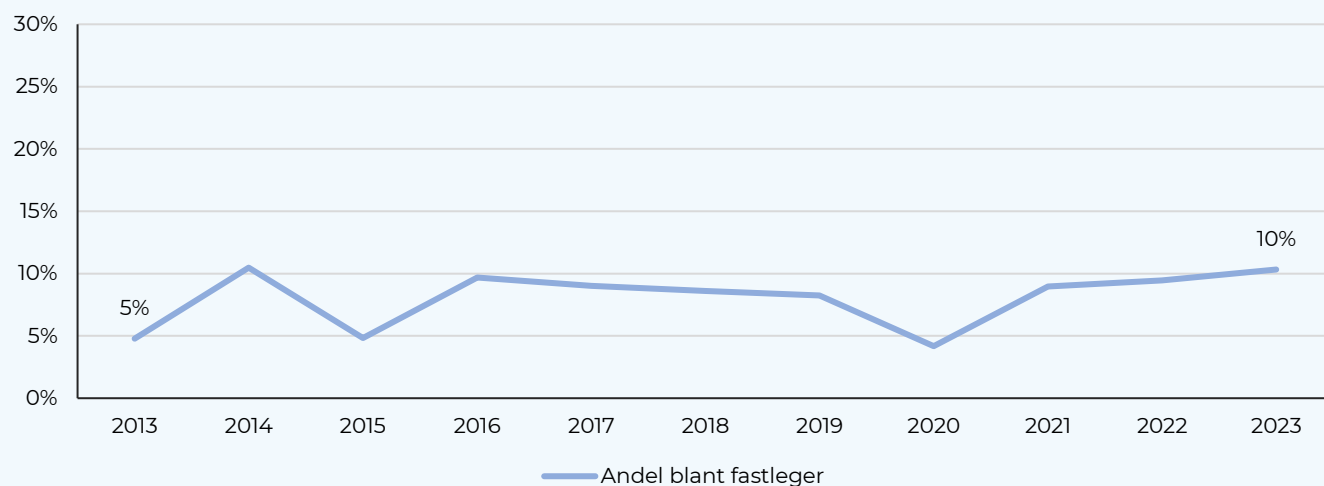
Figur 3-8 viser utviklingen i bruk av holdingstruktur over tid blant eierne av AS-ene til fastlegene. Det har vært en økning over perioden.

Figur 3-7: Utvikling i fastlegers tilknytning over tid



Note: Figuren viser utvikling over tid i andelen av de som jobber fast som fastleger som har de ulike arbeidstilknytningene. Kilde: KUHR-data fra 2010 til 2023, aksjonærregisteret, Oslo Economics' bedriftsdatabase.

Figur 3-8: Utvikling i bruk av holdingstruktur over tid



Note: Figuren viser utvikling over tid i andelen av eierne til organisasjonene registrert for fastleger som har holdingstruktur. Kilde: KUHR-data fra 2010 til 2023, aksjonærregisteret, Oslo Economics' bedriftsdatabase.

4. Valg av organisasjonsform

Leger som ikke er ansatt av en arbeidsgiver må ta stilling til hvilken organisasjonsform som passer best for deres drift og situasjon. Valg av organisasjonsform kan få følger for personlig ansvar, betaling av skatter og avgifter, sosiale rettigheter og muligheter for å forvalte overskuddet fra virksomheten.

De vanligste organisasjonsformene blant næringsdrivende fastleger inkluderer enkeltpersonforetak (ENK), aksjeselskap (AS) og ansvarlig selskap med delt ansvar (DA) eller ansvarlig selskap med solidarisk ansvar (ANS). Valget av organisasjonsform påvirker hvilke plikter og rettigheter legen har, og kostnader forbundet med disse.

Enkeltpersonforetak (ENK) kan kun ha én «eier» og det er ikke noe juridisk skille på eieren og selskapet, de er én juridisk enhet. Eieren og eierens ektefelle kan ikke være ansatt i eget ENK, men kan ansette andre. Eierens ektefelle kan motta en andel av overskuddet i ENK-et, men da ikke som i form av ordinær lønn.

Aksjeselskap (AS) kan ha flere eiere og eierne kan også være ansatt i selskapet. For å opprette et AS kreves det 30 000 kroner i oppstartskapital. Det er en vanlig misforståelse at kravet om 30 000 kroner i oppstartskapital er en kostnad. Dette er upresist ettersom denne egenkapitalen kan brukes til å betale selskapets utgifter etter oppstart. Eiere og selskapet er separate juridiske enheter, slik at eiers personlige ansvar er begrenset. Dersom selskapet går konkurs, taper man kun egenkapitalen, gitt at eier har fulgt lovverket.

Med **delt ansvar** (DA) må det være minst to deltakere³ som deler ansvaret for gjeld og forpliktelser. Deltakerne kan være privatpersoner eller virksomheter. Selskapsformen ligner på ENK og deltakeren kan ikke være ansatt i selskapet. Deltakerne har også ubegrenset ansvar, men ansvaret kan fordeles mellom deltakerne med ulike

andeler. I utgangspunktet er ansvaret delt likt mellom deltakerne.

Til forskjell fra DA hvor ansvar fordeles mellom deltakere, har alle deltakere i et **ansvarlig selskap** (ANS) et ubegrenset personlig ansvar, et solidarisk ansvar. Et ANS må ha minst to deltakere, og de kan ikke ansettes i virksomheten.

Det er noen flere formaliteter knyttet til AS enn ENK, DA og ANS. Dette inkluderer regnskapsplikt. Et AS har plikt til å utarbeide årsregnskap og sende til Regnskapsregisteret. ENK, DA og ANS har likevel bokføringsplikt og må føre regnskap etter bokføringsreglene og i noen tilfeller samme regnskapsplikt som AS. Dette gjelder for eksempel DA og ANS som har over 5 millioner kroner i omsetning eller ansatte i over 5 årsverk.

De største forskjellene oppstår mellom AS og de andre (ENK, DA og ANS). ENK, DA og ANS har som nevnt noen forskjeller knyttet til eiere og deres ansvar, men har den samme situasjonen for skatter og avgifter og sosiale rettigheter. Dette knyttes til at inntekt fra AS vil være lønnsinntekt eller utbytte mens inntekt fra ENK, DA eller ANS er næringsinntekt.

I dette kapittelet beskrives sentrale økonomiske konsekvenser som følger av ulike innretninger av næringsvirksomhet.

4.1 Skatter og avgifter

I ENK er det ikke noe skille på personens og virksomhetens midler. Hele overskuddet i virksomheten blir hvert år regnet som næringsinntekt for den næringsdrivende. Dette innebærer at den næringsdrivende blir personlig beskattet for hele overskuddet, hvert år.

I DA og ANS får hver eier utbetalt arbeidsgodtgjørelse og eventuell utdeling. Arbeidsgodtgjørelsen kan sammenlignes med lønn, men kommer til inntekt for privatpersonen som næringsinntekt. Etter at selskapet har betalt ut arbeidsgodtgjørelse, beregnes overskuddet i selskapet. Siden selskapsformer som DA og ANS ikke er et eget skattesubjekt, må personene som er eiere av selskapet betale skatt på dette overskuddet

³ I denne organisasjonsformen omtales det som mange vil oppfatte som «eiere» av virksomheten som «deltakere».

uavhengig av om overskuddet tas ut av selskapet som utdelingen til eierne, eller blir stående i selskapet. Utdeling kommer til inntekt som kapitalinntekt og skatt på denne beregnes som for utbytte fra aksjeselskap. For leger som benytter disse organisasjonsformene for felles driftsfunksjoner med andre leger, vil man ofte ikke ta ut arbeidsgodtgjørelse til deltakerne og ta sikte på at virksomheten ikke går med overskudd. Da vil det ikke være noen skatt for deltagerne knyttet til det foretaket.

I et AS finnes det et skille på person og virksomhet og den næringsdrivende må betale skatt både i selskapet og som privatperson (dette medfører ikke at det samlede skattenivået er høyere med AS.) Den næringsdrivende har imidlertid fleksibilitet til å velge hvordan og hvor mye midler som skal tas ut av AS-et, enten som lønnsinntekt eller utbytte til aksjonærene i selskapet. Den næringsdrivende kan også velge å holde overskuddet tilbake i selskapet, uten å ta det ut. Lønnsinntekt, utbytte og overskudd tilbakeholdt i et AS har alle ulike skatteregimer og dette kan påvirke hva som vil være mest lønnsomt for den næringsdrivende å velge, i tillegg til at det påvirker de sosiale rettighetene i folketrygden.

Inntekt som kommer fra AS og ENK, DA og ANS er derfor underlagt ulike regimer for hvordan beskatning foregår. Avhengig av den næringsdrivendes inntekt, drift og behov kan dette medføre

at betaling av skatter og avgifter blir høyere eller lavere med en organisasjonsform enn en annen.

4.1.1 Sentrale forskjeller i skatte- og avgiftsberegningen

Hovedgrunnen til at det er ulike skatteregimer for de ulike organisasjonsformene, knyttes til om inntekten regnes som næringsinntekt eller lønnsinntekt og utbytte. I de videre eksemplene og beregningene skiller vi i hovedsak på konsekvenser for AS og ENK. Inntekten fra DA og ANS vil i stor grad ligne på inntekt fra ENK siden godtgjørelse for arbeid regnes som næringsinntekt.

Figur 4-1 oppsummerer hvilke skatter og fradrag som kommer på næringsinntekt (ENK, DA og ANS) og lønnsinntekt og utbytte (fra AS). De største forskjellene oppstår siden næringsinntekt og lønnsinntekt har ulike rettigheter knyttet til minstefradrag og plikter til betaling av arbeidsgiveravgift, og at det er forskjellige satser for trygdeavgift.

Tabell 4-1 viser en eksempelberegning av hvordan et tenkt «overskudd» på 400 000 fra næringsvirksomhet blir beskattet som næringsinntekt i ENK og dersom det blir tatt ut som lønn i sin helhet i AS.

Frdrag

Frdrag trekkes fra inntekten før det beregnes inntektsskatt. Både næringsinntekt, lønnsinntekt og utbytte har rett på personfradrag, men det er

Figur 4-1: Skatt for næringsinntekt, ordinær lønnsinntekt og utbytte fra norsk aksjeselskap

		Næringsinntekt	Lønnsinntekt	Utbytte	
Personskatt	Fradrag	Minstefradrag	✗	✓	✗
		Personfradrag	✓	✓	✓
		Skjermingsfradrag	✗	✗	✓
	Skatt	Inntektsskatt	✓	✓	HØY
		Trinnskatt	✓	✓	✗
		Trygdeavgift	HØY	LAV	✗
Foretaksskatt	Skatt	Inntektsskatt	✗	✗	✓
		Arbeidsgiveravgift	✗	✓	✗

Note: Figuren viser skatter og avgifter som betales (med haker) og ikke betales (med kryss) av foretak og person knyttet til næringsvirksomhet i enkeltpersonforetak (næringsinntekt) eller aksjeselskap (lønnsinntekt og utbytte). For året 2024. Grønn og rød farge indikerer bidrag til lavere og høyere skatt, henholdsvis.

Kilde: Skatteetaten

Tabell 4-1: Eksempel på beskatning av overskudd på 400 000 kr i ENK og AS

	ENK	AS (sone 1)	AS (sone 5)	Note
Inntekter				
Næringsinntekt	400 000	-	-	
Lønnsinntekt	-	350 570	400 000	Tar ut alt overskudd som lønn.
Grunnlag for inntektsskatt				
Personfradrag	88 250	88 250	88 250	Gis på alle inntekter.
Minstefradrag	-	104 450	104 450	Gis kun på lønn.
Grunnlag inntektsskatt	311 750	157 870	207 300	Inntekt fratrukket fradrag
Skatt for person				
Inntektsskatt	68 585	34 731	45 606	
Trinnskatt	5 728	3 750	5 728	
Trygdeavgift	44 000	27 344	31 200	Lavere trygdeavgift med AS pga. lavere grunnlag og lavere sats
Skatt for foretak				
Inntektsskatt	-	-	-	
Arbeidsgiveravgift	-	49 430	-	
Sum skatt	118 313	115 256	82 534	Sum alle skatter
Disponibel inntekt	281 687	284 744	317 466	Overskudd minus sum skatt

Note: Tabellen viser utregning av skatt et tenkt overskudd i næring før lønn på 400 000 kr. ENK-kolonnen viser hvordan de blir beskattet som næringsinntekt fra ENK. Kolonnene «AS» viser beregning av skatt hvis hele overskuddet tas ut som lønn. AS beregnes for høyeste (sone 1) og laveste (sone 5) arbeidsgiveravgift. For året 2024.

kun lønnsinntekt som har rett på minstefradrag. I 2024 er minstefradraget for lønnsinntekt på 46 prosent av inntekten, begrenset oppad til 104 450 kr (Skatteetaten, 2024).

Siden næringsinntekt (og utbytte) ikke får minstefradrag, bidrar dette isolert sett til at skatten på næringsinntekt blir høyere enn skatten på lønnsinntekt. I Tabell 4-1 illustreres dette ved at grunnlaget for inntektsskatt er betydelige høyere ved ENK enn AS.

Utbytte er den eneste inntektstypen som får skjermingsfradrag. Skjermingsfradraget gjør at en liten andel av utbyttet blir skattefritt.

Inntektsskatt for person

Inntektsskatten er på 22 prosent og betales på næringsinntekt etter personfradrag, og på lønnsinntekt etter person- og minstefradrag.

Minstefradrag og personfradrag gjør at lønnsinntekter opp mot 150 000 kr i praksis er fritatt fra inntektsbeskatning. Fraværet av minstefradrag på næringsinntekter gjør at beregningsgrunnlaget for inntektsskatt blir høyere og at lave næringsinntekter har en betydelig høyere marginal- og

gjennomsnittsskatt enn tilsvarende lønnsinntekter. Dette vises i Tabell 4-1, hvor beregnet inntektsskatt for person er betydelig høyere for ENK enn AS. Dette gjør at leger med ENK kan ha svært lav skatt på ekstraintekt som ansatt, for eksempel en kommunal bistilling, siden de da får utnyttet minstefradraget.

AS som har ansatte, må betale arbeidsgiveravgift. Dette bidrar til at den utbetalte lønnen blir redusert sammenlignet med næringsinntekten fra ENK. Dette bidrar også til at beregningsgrunnlaget for inntektsskatt i AS blir lavere enn i ENK, og dermed er også inntektsskatten lavere.

Inntekt fra utbytte beskattes med kapitalinntektsskatt, etter at det er trukket fra personfradrag og skjermingsfradrag. Inntektsskattesatsen på 22 prosent oppjusteres også med et faktortall før beregning av skatt. For inntektsåret 2024 er oppjusteringen 1,72. Skattesatsen for utbytte blir dermed 37,84 prosent. Isolert sett bidrar dette til høyere inntektsskatt på utbytte, sammenlignet med lønnsinntekt og næringsinntekt. I eksempelberegningen i Tabell 4-1 tas alt overskudd ut som lønn, slik at det ikke betales utbytte som blir gjenstand for utbyttebeskatning.

Trinnskatt

Trinnskatt betales på nærings- og lønnsinntekt og beregnes før fradrag. Denne er progressiv, slik at høyere inntekter gir høyere trinnskatt. Grunnlaget og satsene er likt for nærings- og lønnsinntekt. Effektivt kan likevel trinnskatten bli noe høyere i ENK enn i AS. Dette er fordi utbetalt lønn er lavere i AS når de betaler arbeidsgiveravgift.

Trygdeavgift

Trygdeavgift betales på både lønns- og næringsinntekt, men til ulike satser. Trygdeavgiften er 7,8 prosent på lønnsinntekter og 11 prosent på næringsinntekter. Den høyere satsen for næringsinntekter skal kompensere for at man ikke betaler arbeidsgiveravgift på næringsinntekt.

Isolert sett bidrar høyere sats for trygdeavgift på næringsinntekter til høyere skatt enn på lønnsinntekter. Dette illustreres i Tabell 4-1 ved at beregnet trygdeavgift er betydelig lavere i begge AS-ene enn i ENK-et.

Arbeidsgiveravgift

Ved utbetaling av lønn fra AS, må selskapet betale arbeidsgiveravgift på lønnen fra første krone. Arbeidsgiveravgiften er geografisk differensiert over

syv soner og er høyest i sone I med 14,1 prosent og lavest i sone 5 med 0 prosent.

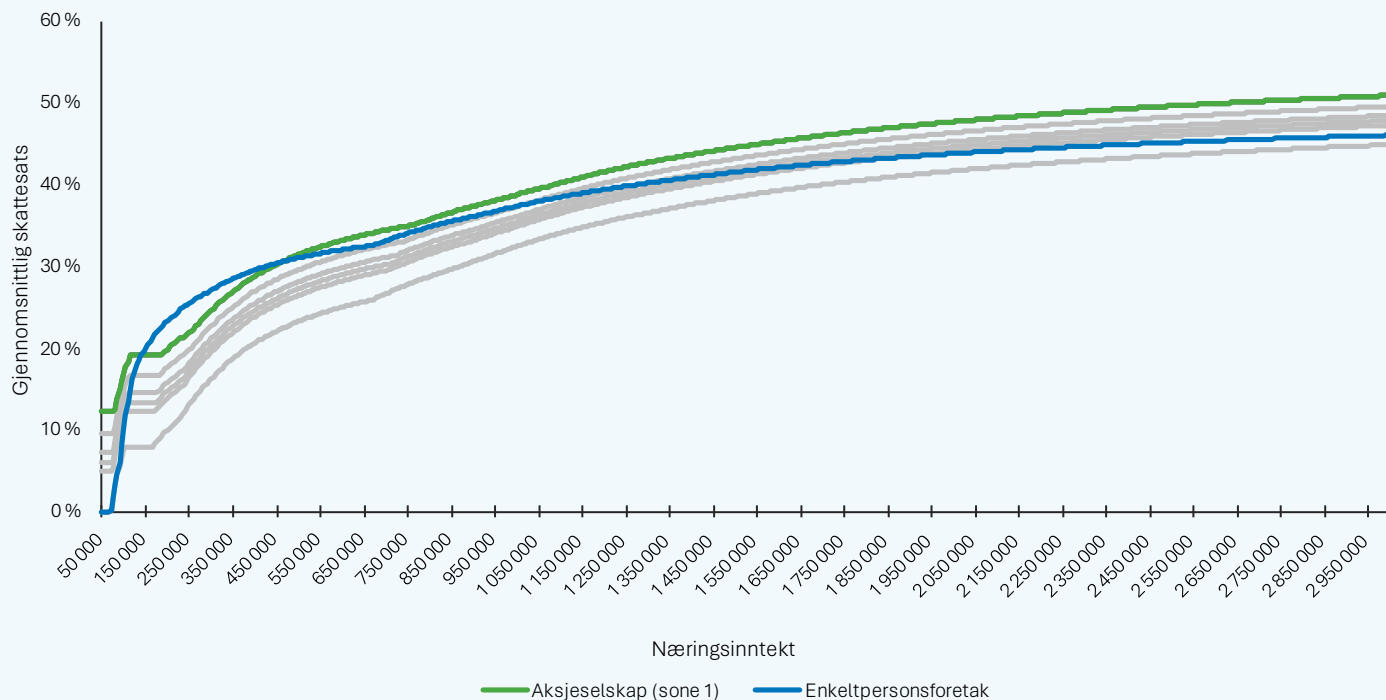
Den geografiske differensieringen kan få stor betydning for samlet skattetrykk. Dette illustreres i Tabell 4-1, hvor den samlede skatten (inkludert arbeidsgiveravgift) betalt med AS med null i arbeidsgiveravgift (sone 5) er betydelig lavere enn i både AS (sone 1) og ENK.

Arbeidsgiveravgiften er en kostnad som kan fradragføres i selskapet. Dette bidrar til at beregningsgrunnlaget for inntektsskatten og trygdeavgiften blir redusert i AS sammenlignet med ENK. En vanlig misforståelse er at næringsdrivende som tar ut overskudd som lønn betaler 14,1 prosent i arbeidsgiveravgift (i sone 1) i tillegg til skatt og trygdeavgift. Dette er upresist siden ENK må betale mer i inntektsskatt og trygdeavgift, som beregnes på hele overskuddet.

4.1.2 Forskjeller i gjennomsnittsskatt

Til sammen bidrar forskjellene beskrevet over til ulike gjennomsnittlige skatte- og avgiftssatser for inntekter fra ENK og inntekter fra AS. Figur 4-2 viser hvor stor andel av et tenkt overskudd som betales i skatt i et AS i arbeidsgiveravgiftsone 1 og et ENK. Beregningene er utført som illustrert i Tabell 4-1.

Figur 4-2: Gjennomsnittlig skattesats for enkeltpersonforetak og aksjeselskap



Note: Figuren viser gjennomsnittlig skattesats i enkeltpersonforetak (ENK) og aksjeselskap (AS) etter næringsinntekt. Skattesatsen i AS avhenger av arbeidsgiveravgiften. Den varierer geografisk etter syv soner. Sone I har høyest sats. De grå linjene viser skatt i øvrige soner. Hele næringsinntekten tas ut som lønn i AS. Figuren inkluderer ikke ekstra arbeidsgiveravgift over 850 000 kr, ettersom dette er en uttalt midlertidig skatt. Beregninger og illustrasjon av Oslo Economics.

Som i Tabell 4-1, antar vi at hele næringsinntekten tas ut som lønn i aksjeselskapet. Dette innebærer at selskapet må betale arbeidsgiveravgift, men det innebærer også at overskuddet i selskapet blir 0 og at utbetaling av utbytte blir 0. Da betales det hverken inntektsskatt på overskuddet i selskapet eller inntektsskatt på utbytte for personen. Det er antatt at enkeltpersonforetaket og aksjeselskapet har like utgifter.

I enkeltpersonforetaket er det ingen skatt på lave inntekter. Dette er fordi det kun betales skatt etter at nedre grense for trygdeavgift er passert (69 650 kr i 2024) og personfradraget er dekket (88 250 kr i 2024). I aksjeselskap betales det derimot arbeids-

giveravgift fra første krone, bortsett fra i sone 5 hvor satsen er 0.

Den gjennomsnittlige skattesatsen stiger raskere for enkeltpersonforetak. Dette er en konsekvens av fraværet av minstefradrag og høyere trygdeavgift. I Figur 4-2 har gjennomsnittsskatten for enkeltpersonforetak passert den for aksjeselskap ved næringsinntekt på 130 000 kroner (sone 1). Den lavere skattebyrden vedvarer opp til omtrent 460 000 kroner i næringsinntekt.

Dette gjelder for aksjeselskap i sonen med høyest arbeidsgiveravgift (sone 1). I arbeidsgiveravgiftsone 2 vedvarer den lavere skattebyrden i AS sammenlignet med ENK opp til omtrent 1 015 000 kroner i næringsinntekt, i sone 3 til

Tabell 4-2: Eksempelberegning av skatt og investerbar kapital av et overskudd på 1 500 000 kroner

	ENK	AS (sone 1) hele overskuddet tas ut som lønn	AS (sone 1) med tilbakeholdt overskudd	Note
Inntekter				
Næringsinntekt	1 500 000	-	-	
Lønnsinntekt	-	1 314 636	920 704	
Overskudd foretak	-	-	449 477	
Grunnlag for inntektsskatt				
Personfradrag	88 250	88 250	88 250	
Minstefradrag	-	104 450	104 450	
Grunnlag inntektsskatt	1 411 750	1 121 936	728 004	
Skatt for person				
Inntektsskatt	310 585	246 826	160 161	
Trinnskatt	147 770	115 500	50 623	
Trygdeavgift	165 000	102 542	71 815	
Skatt for foretak				
Inntektsskatt	-	-	98 885	AS med overskudd betaler inntektsskatt
Arbeidsgiveravgift	-	185 364	129 819	
Sum skatt				
Disponibel inntekt person	876 645	849 769	638 105	Overskudd minus sum skatt person
Disponibel inntekt foretak	-	-	350 592	Overskudd minus lønn og sum skatt foretak
Investerbar kapital gitt forbruk på 638 105 kr				
	238 540	211 664	350 592	Investerer som privatperson eller AS

Note: Tabellen viser utregning av skatt på et tenkt overskudd i næring før lønn på 1 500 000 kroner. ENK-kolonnen viser hvordan det blir beskattet som næringsinntekt fra ENK. Kolonnene for AS (sone 1) viser beregning av skatt dersom hele overskuddet tas ut som lønn og dersom kun deler av overskuddet tas ut som lønn mens deler holdes tilbake. Beregning av skatt avgjør hvor mye som gjenstår til å investere etter et privat forbruk på omtrent 638 000 kroner. I tilfellet med ENK og AS hvor hele overskuddet tas ut som lønn, gjøres investeringen av privatpersonen, mens i tilfellet der overskuddet holdes tilbake i AS-et, er det AS-et som foretar investeringen.

1 545 000 kroner, i sone 4 til 1 830 000 kroner, i sone 4a til 1 290 000 kroner og i sone 5 hvor arbeidsgiveravgiften er 0 prosent for all næringsinntekt. Hvilken sone den næringsdrivende opererer i er derfor av vesentlig betydning for det samlede skatte- og avgiftstrykket og når aksjeselskapene har lavere gjennomsnittlig skattetrykk enn enkeltpersonforetakene.

4.2 Verdien av tilbakeholdt overskudd

For enkelte næringsdrivende vil overskuddet i virksomheten overskride det private forbruket. I disse tilfellene vil det være aktuelt å ikke ta ut hele overskuddet fra driften, og delvis utsette beskatning av overskuddet. Dette er mulig i aksjeselskap, men ikke i enkeltpersonforetak hvor det ikke er et juridisk skille på personen og virksomheten.

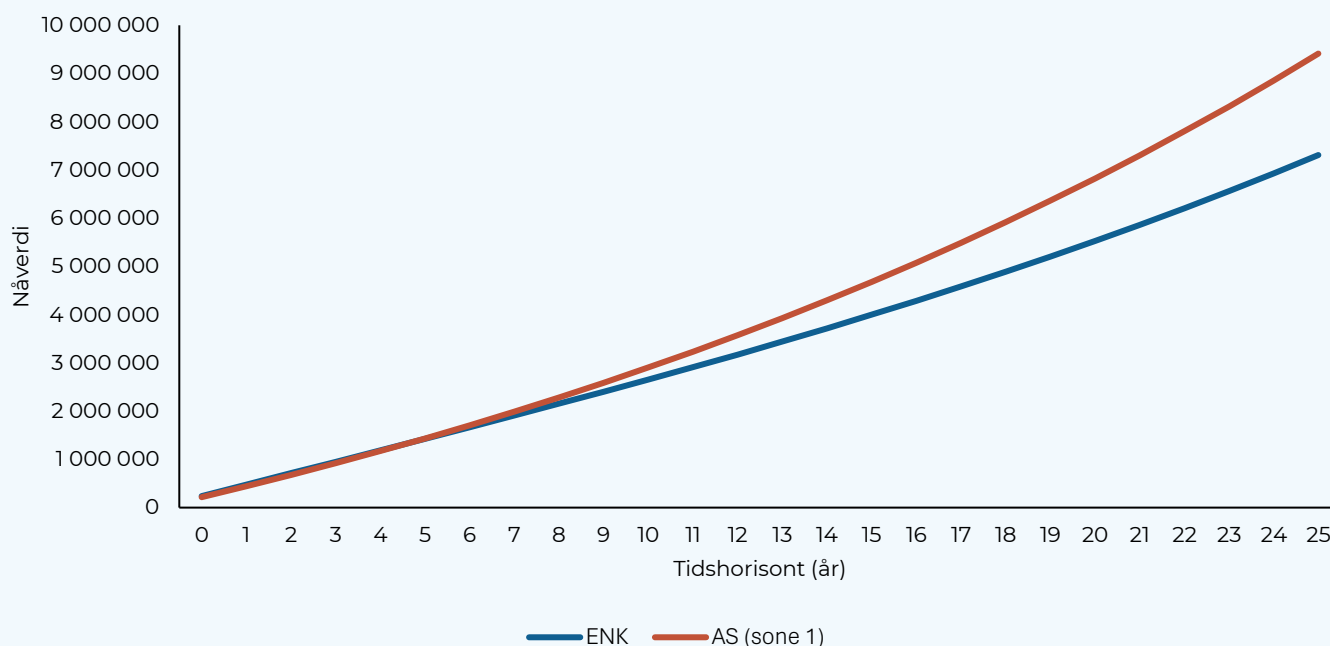
I aksjeselskap er det mulig å beholde overskudd i selskapet, i stedet for å ta det ut som lønn eller utbytte og betale inntektsskatt umiddelbart. Midlene kan holdes tilbake for eksempel for å gjennomføre investeringer i virksomheten. Dette kan være innkjøp av nytt utstyr, ansettelse av flere medarbeidere, oppgradering av lokaler eller annet. Tilbakeholdte midler kan også brukes til å investere i fond eller andre aksjer. Når et aksjeselskap

investerer i et annet aksjeselskap, gjelder fritaksmetoden i mange tilfeller og inntektene fra slike investeringer vil i en rekke tilfeller være skattefrie.

Muligheten til å holde tilbake midler eksisterer ikke i enkeltpersonforetak og hele overskuddet går til beskatning hvert år.

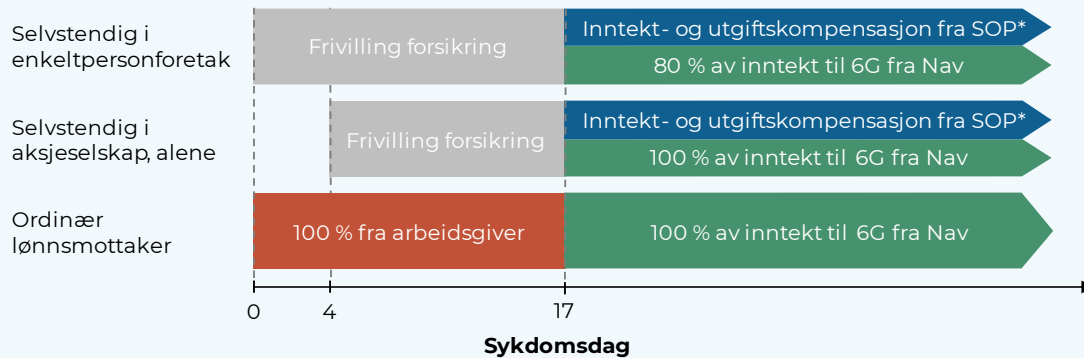
Tabell 4-2 viser hvilke følger tilbakeholdt overskudd får for skattebetalingene til privatpersonen og foretaket. Dersom legen har et personlig forbruk på 638 000 kr i året, vil dette føre til at legen kun trenger å ta ut 920 700 kr i lønn for å dekke dette. Resten av overskuddet kan bli værende i aksjeselskapet og brukes til å investere, for eksempel i indeksfond. Ved å la overskuddet bli værende i selskapet utsetter legen skattebetalingen, utover selskapsskatt, og kan oppnå avkastning på denne. Dersom legen hadde tatt ut hele overskuddet som lønn eller utbytte, ville skatten måtte betales med en gang og det ville blitt en mindre sum å investere for. Dersom legen er organisert som enkeltpersonforetak, vil det ikke være mulig å la overskuddet bli stående i selskapet og legen som privatperson får hele overskuddet utbetalt. Dersom legen er organisert i DA eller ANS kommer hele overskuddet til beskatning uavhengig av om overskuddet tas ut av selskapet eller ikke. Også i situasjonen med ENK, DA eller ANS kan legen velge å plassere den delen av overskuddet som overstiger privat forbruk til

Figur 4-3: Nåverdi av investert overskudd i ENK og AS



Note: Figuren viser nåverdien over tid av en investering av et overskudd på 1 500 000 kroner fra næringsvirksomhet etter det er trukket fra et personlig forbruk på 638 000 kroner. Legen med ENK investerer som privatperson og legen med AS investerer via AS-et og må betale skatt på utbytte når investeringen tas ut av AS-et. Dette er medregnet i nåverdien av investeringen.

Figur 4-4: Sykepenger for næringsdrivende leger



Note: Figuren viser en selvstendig næringsdrivende leges rett på sykepenger fra Nav og SOP. G er grunnbeløpet i folketrygden.

* Inntektskompensasjonen fra SOP er begrenset til 45 % av brutto praksisinntekt opp til et maksimum på 1 488 336 kr og det trekkes fra et fradrag tilsvarende sykepenger fra Nav. Utgiftskompensasjonen er begrenset opp til 35 % av brutto praksisinntekt med et maksimum på 1 042 000 kr.

investering i et indeksfond, men beløpet som investeres vil være mindre.

Figur 4-3 viser hvordan disse verdiene utvikler seg over tid for et tenkt overskudd fra AS og ENK. Det er lagt til grunn en årlig avkastning på 8 prosent, mer konservativt enn hva som har vært årlig avkastning i fond de siste ti årene (Sættem, 2024). Det er også lagt til grunn en neddiskonteringsrente på 4 prosent, tilsvarende den DFØ benytter i sin veileder for samfunnsøkonomiske analyser (DFØ, 2024).

De første årene vil nåverdien av investeringen være høyere for legen som driver i enkeltpersonforetak enn legen som driver i AS. Dette er blant annet fordi legen med AS ikke tar ut hele overskuddet som lønn, men noe som lønn og noe som utbytte og skatten på utbytte er høyere enn på lønn og næringsinntekt. Det som tas ut som lønn er det som trengs for å opprettholde det private forbruksnivået mens det som tas ut som utbytte vil være resten av overskuddet i selskapet.

Over tid vil legen som holdt igjen overskuddet i AS-et sitte igjen med mer enn legen som drev i enkeltpersonforetak, på tross av at legen som driver i AS betaler skatt på utbytte fra investeringen hen tar ut av aksjeselskapet. Dette er fordi den utsatte skattebetalingen i AS-et har skapt avkastning og at denne, over tid, har blitt større enn utbytteskatten.

4.3 Sykepenger

Valg av organisasjonsform får også konsekvenser for hvilke sosiale rettigheter en næringsdrivende har. Ordinære lønsmottakere har rett på 100 prosent lønnskompensasjon, inntil seks ganger grunnbeløpet i folketrygden (G), i sykepenger fra første sykedag. De første 16 dagene av sykefraværet dekkes av arbeidsgiver og den påfølgende sykefraværstiden dekkes av Nav.

Uavhengig av hvilken organisasjonsform de velger, har selvstendig næringsdrivende svakere sosiale rettigheter ved sykdom enn ordinære lønsmottakere. Dersom legen har organisert virksomheten som et AS hvor hen selv er ansatt, eller som et ENK vil hen uansett måtte betale de første 16 dagene av sykefraværet selv. Etter 16 dagers sykefravær dekkes Nav 80 prosent av sykepengegrunnlaget for selvstendig næringsdrivende med ENK og 100 prosent av sykepengegrunnlaget for næringsdrivende med AS.

Figur 4-4 viser rettighetene til sykepenger fra folketrygden, arbeidsgiver og SOP. En selvstendig næringsdrivende i enkeltpersonforetak får 80 prosent av inntekt opp til 6 G dekket i sykepenger fra folketrygden. Dette gjelder fra 16. sykdomsdag og den næringsdrivende må selv dekke de første 16 dagene. For denne perioden er det mulig for den næringsdrivende å kjøpe frivillig forsikring for sykdom fra Nav. Disse gjennomgås i avsnitt 4.3.2.

Lønsmottakere får 100 prosent av lønnsinntekten opp til 6 G dekket i sykepenger. De første 16 dagene er det arbeidsgiver som betaler ut sykepengene, før folketrygden betaler sykepengene fra 17. sykefraværstid. I tilfellet der en næringsdrivende er organisert som aksjeselskap og selv er ansatt, gjelder de samme reglene. Det innebærer i praksis at man selv må dekke de første 16 dagene. Nav tilbyr frivillig forsikring til AS for sykdomsdag 4 til 16. Disse gjennomgås i avsnitt 4.3.2.

Rettighetene til sykepenger de første 16 dagene er derfor i praksis lik uavhengig av om den næringsdrivende driver i ENK eller alene i AS, og rettigheten er svakere enn for ordinære lønsmottakere. Næringsdrivende i ENK har likevel svakere rettigheter enn næringsdrivende som er ansatt i eget AS etter 16. sykdomsdag, siden dekningen fra folketrygden fra 17. sykdomsdag kun er 80 prosent for de driver som ENK og 100 prosent hvis de driver som AS. På den andre siden er inntektsgrunnlaget

ulikt, ettersom næringsinntekt vil være mekanisk høyere enn lønnsinntekt gitt samme lønnsomhet i virksomheten. Om det har en utjevneende effekt avhenger av om inntekten overstiger det maksimale grunnlaget for sykepenger.

4.3.1 Sykepenger fra Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)

I motsetning til andre selvstendig næringsdrivende, kan leger ha tilgang til sykepenger fra Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP). For å få innvilget sykepenger fra SOP må legen drive egen, privat, kurativ praksis på selvstendig og uavhengig måte. Legen må være minst 50 prosent sykmeldt og ha rett til sykepenger fra folketrygden (SOP, 2024).

For leger som er ansatt i eget AS innebærer dette at de har jobbet i minst fire uker rett før de ble sykmeldt og at de har en gjennomsnittlig årsinntekt på minst 50 prosent av grunnbeløpet i folketrygden. Gjennomsnittlig årsinntekt beregnes fra gjennomsnittlig månedsinntekt de siste tre månedene. Dette gjelder alle ordinært ansatte lønsmottakere (Nav, 2024).

For leger som jobber som selvstendig næringsdrivende med ENK innebærer dette samme vilkår om at de har jobbet i minst fire uker rett før de ble sykmeldt. I tillegg må de ha en gjennomsnittlig årsinntekt over de siste tre årene på minst 50 prosent av grunnbeløpet i folketrygden (Nav, 2024).

Sykepenger fra SOP inkluderer en karenstid på 16 dager. Det betyr at legen selv må dekke de første 16 dagene av sykefraværet. Utover dette dekker SOP sykepenger i inntil 365 dager (SOP, 2024).

Beregningsgrunnlaget for sykehjelp fra SOP er legens brutto praksisinntekter, ekskludert inntekter fra legevakt. Dette omfatter inntekt fra trygde- refusjoner, egenandeler og basis- eller driftstilskudd (SOP, 2022). Utbetalingen består av en inntektskompensasjon og en utgiftskompensasjon. Inntektskompensasjonene er på 45 prosent av brutto praksisinntekt. Det trekkes fra et fradrag tilsvarende sykepenger legen får fra folketrygden. Makstak for inntektskompensasjonen er på 12 ganger grunnbeløpet i folketrygden; 1 488 336 kroner (2024-tall). Inntekt utover dette vil ikke kompenseres. Utgiftskompensasjonen er på 35 prosent av brutto praksisinntekt og har et makstak på utbetaling på 1 042 000 kroner. Utgiftskompensasjonen kan ikke overstige 90 prosent av dokumenterte driftsutgifter (SOP, 2024).

Sykepenger fra Nav er begrenset for personer mellom 67 og 70 år. Disse får full periode med sykehjelp fra SOP, men beregningene av utbetaling

Tabell 4-3: Frivillige forsikringer for ENK, DA og ANS

Rettighet	Pris (% lønn)
Sykepenger	
80 % fra dag 1 til 16	3,0 %
100 % fra første dag	11,0 %
100 % fra 17. sykedag	1,3 %
Yrkesskadetrygd	0,4 %

Note: Sykepenger inntil 6 G. Yrkesskade inntil 12 G. For 2024. Kilde: NAV.

Tabell 4-4: Frivillige forsikringer for små AS

Rettighet	Pris (% lønn)
Sykepenger	
100 % fra dag 4 til 16	1,2 %

Note: Sykepenger inntil 6 G. Kilde: NAV.

trekker fradrag tilsvarende som om legen skulle fått sykepenger fra Nav (SOP, 2022).

4.3.2 Frivillig sykepengeforsikring

Næringsdrivende i ENK kan kjøpe tre ulike sykeforsikringer fra Nav. De ulike forsikringene er oppsummert i Tabell 4-3 og har ulik dekning og ulike premier. Næringsdrivende i ENK kan også kjøpe frivillig yrkesskadeforsikring fra Nav, til en premie på 0,4 prosent. Næringsdrivende i AS kan kjøpe frivillig sykeforsikring for sykedag 4 til 16. Premien for denne er på 1,2 prosent (Tabell 4-4). Forsikringspremier er fradragsberettiget.

Siden eiere i DA og ANS ikke kan være ansatte i virksomheten (selv om de kan ha andre ansatte) regnes de som selvstendig næringsdrivende og har samme muligheter for frivillig forsikring som de som driver i ENK, slik det er illustrert i Figur 4-4.

Like sykepenger fra dag 17

Selvstendig næringsdrivende kan oppnå samme rett til sykepenger som lønsmottakere i eget eller andres AS ved å tegne forsikring for 100 prosent dekning fra 17. sykedag. Dette gir næringsdrivende i ENK like rettigheter fra dag 17, men ikke før. Premiesatsen for denne forsikringen blir fastsatt årlig og slikt at ordningen skal være selvfinansierende. I 2024 er forsikringspremien 1,3

prosent av et beregnet premiegrunnlag (Folketrygdloven, kap. 8 vedlegg 4).

Sykepenger fra første sykdomsdag

Selvstendig næringsdrivende i ENK kan tegne forsikring hos Nav også for de første 16 dagene. Det finnes to ulike forsikringer for dekning fra første dag, en med dekning på 80 prosent, og en med dekning på 100 prosent. Premiesatsene for disse er i 2024 satt til 3,0 og 11,0 prosent, henholdsvis (Folketrygdloven, kap. 8 vedlegg 4). En selvstendig næringsdrivende i ENK kan kombinere forsikringene for 80 prosent fra dag 1 til 16 og 100 prosent fra 17. dag til en samlet premie på 4,3 prosent.

Selvstendig næringsdrivende i eget AS må selv forsikre seg de første 16 dagene av et sykefravær. Små bedrifter, inkludert små AS, tilbys imidlertid forsikringer fra Nav som dekker sykepenger fra fjerde til 16. sykdomsdag. I 2024 er premiesatsen for denne 1,2 prosent (Folketrygdloven, kap. 8 vedlegg 3). Denne forsikringen er kun tilgjengelig for små AS og kan ikke tegnes for å dekke den selvstendig næringsdrivende i et ENK.

4.4 Yrkesskadedekninger

Selvstendig næringsdrivende i ENK omfattes ikke av yrkesskadedekninger slik som arbeidstakere i eget og annens AS har rett på. Disse gir fordeler knyttet til en rekke stønader fra Nav, for eksempel arbeidsavklaringspenger og uføretrygd, som følger av en yrkesskade. Selvstendig næringsdrivende i ENK kan tegne frivillig yrkesskadeforsikring fra Nav. Premiesatsen for dette er 0,4 prosent i 2024, og grunnlaget for forsikringspremien beregnes opp til 12 ganger grunnbeløpet.

SOP har ingen egen yrkesskadeforsikring, men kan som vist i kapittel 5.6.2 utbetale uførepensjon dersom skaden leder til uførhet.

4.5 Dagpenger

Ordinære ansatte har rett på dagpenger ved arbeidsledighet og permittering fra Nav. Satsen for dagpenger er på 62,4 prosent av tidligere inntekt, begrenset oppad til 6 G. Maksimal varighet for ytelsen avhenger av tidligere inntekt, men man kan ikke motta dagpenger i mer enn 104 uker.

Selvstendig næringsdrivende i ENK får ikke dagpenger ved arbeidsledighet og Nav tilbyr heller ikke frivillig forsikring for denne typen inntektsbortfall. Arbeidstakere i aksjeselskap de selv eier har derimot rett på dagpenger fra Nav. Dersom eier og eneste ansatte i et AS ønsker å permittere

seg selv, kan man kun permittere seg selv inntil 80 prosent for å fortsatt ha rett på dagpenger.

4.6 Organisering ved felles drift

For enkelte leger vil det være mulig å etablere et felles legekontor for drift av legevirksomheten. For disse kan det også lønne seg å legge deler av driften av dette kontoret i et felles foretak. Dette kan organiseres på ulikt vis, jf. typene som er presentert i kapittel 2 og 3. Et alternativ er at legene oppretter et felles selskap, eventuelt ansetter seg selv, og driver all sin virksomhet i dette ene selskapet.

Et annet alternativ, er at legene i tillegg til et felles driftsselskap har hvert sitt foretak hvor de har selve legevirksomheten. De tar betaling fra pasienter gjennom legevirksomheten, ikke driftsselskapet, og sender refusjonskrav til Helfo.

Det er naturlig å legge aktivitet som alle legene må drive i det felles selskapet, slik at det kan oppnås stordriftsfordeler. Dette kan for eksempel være leie av hele lokaler i stedet for enkeltrom, resepsjonsdrift, lab for prøvetaking og analyse, ansettelse av felles helsesekretær eller annet hjelpepersonell eller innkjøp av materiell, mv. Felles-selskapet kan fakturere hver leges virksomhet i henhold til avtalte vilkår, for eksempel med en fast komponent for husleie og variable komponenter for bruk av materiell. Det er mulig å innrette slik virksomhet på ulike måter. Det er uansett anbefalt at den valgte innretningen avtales skriftlig mellom alle eierne/deltakerne i det felles selskapet, inkludert plikter for partnere som ønsker å legge ned eller selge sin virksomhet.

4.7 Organisering med holdingselskap

Næringsdrivende leger kan oppnå ulike fordeler ved å opprette holdingstruktur. Fordelene er særlig knyttet til muligheten for å holde tilbake overskudd, risiko og skattefordeler ved salg.

Tilbakeholdt overskudd

Det kan være gunstig å opprette et holdingselskap hvis legevirksomheten går med overskudd og legen som privatperson ikke har behov for å ta ut overskuddet med en gang. Dette kan være hvis overskuddet er mer enn hva legen ønsker å ha til privat forbruk. Med holdingstruktur kan legevirksomheten ta ut overskuddet fra selve legevirksomheten til holdingselskapet, og utsette personskatten. Holdingselskapet kan få utbytte fra underliggende virksomheter. I holdingselskapet

regnes kun 3 prosent av det tildelte utbytte som skattepliktig inntekt gjennom fritaksmetoden. Da utsettes så godt som hele skattebetalingen som følger av utbyttet. Eier holdingselskapet mer enn 90 prosent av den underliggende virksomheten, kan også overskuddet overføres til holdingselskapet som konsernbidrag. I holdingselskapet kan disse midlene disponeres på lik linje med andre midler i selskapet. Verdien av tilbakeholdt overskudd er nærmere forklart og illustrert med eksempelberegninger i kapittel 4.2.

Dersom legen driver i ett selskap sammen med andre leger eller er medeier i et driftsselskap, vil hver enkelt lege ha mindre innflytelse over hvor mye overskudd som tas ut av virksomheten, ettersom dette avgjøres av alle aksjonærene i fellesskap på generalforsamlingen. Holdingstruktur kan derfor være aktuelt for næringsdrivende leger som driver på denne måten fordi de får en større mulighet til å påvirke hvor mye overskudd som tilfaller seg som privatperson og beskattes.

Dersom legen er eneste eier av legepraksisen og er organisert som aksjeselskap, kan hen oppnå fordelene knyttet til tilbakeholdt overskudd uten holdingstruktur siden hen som eneste eier fritt kan velge hvor stort overskudd som tas ut av virksomheten som utbytte, og hvor mye som blir holdt tilbake.

Risiko

Holdingstruktur gjør at det er mulig å oppnå fordeler knyttet til å holde tilbake overskudd i et aksjeselskap, samtidig som man tar overskuddet ut av legevirksomheten og reduserer risikoen knyttet til egenkapitalen.

Dersom overskuddet holdes tilbake i legevirksomheten, vil det bli en del av selskapets

egenkapital. Dette betyr at det er tilgjengelig for selskapets kreditorer. Dersom virksomheten i framtiden skulle få betalingsutfordringer eller begjæres konkurs, vil hele selskapets egenkapital stå til rådighet til inndekning av kreditorenes tap. Dersom overskuddet er betalt som utbytte og overført til en annen juridisk enhet, vil egenkapitalen bli redusert og et lavere beløp er utsatt for denne risikoen.

I denne sammenheng er det nødvendig å bemerke at det finnes begrensninger for hvor mye utbytte som kan deles ut av et selskap. Dette reguleres av aksjeloven og det kan ikke tas ut mer utbytte enn det som er forsvarlig for å imøtegå selskapets økonomiske forpliktelser.

Skattefordel ved salg

Dersom legen skal selge legepraksisen vil det være gunstig å ha holdingstruktur siden denne ofte vil være omfattet av fritaksmetoden. Fritaksmetoden går ut på at aksjeselskaper som eier aksjer i andre aksjeselskaper (i dette tilfellet et holdingselskap som eier aksjer i legevirksomheten) og selskap med deltakerfastsetting (DA, ANS og kommandittselskap) slipper å betale skatt på gevinst ved salg. Dersom legen så ønsker å ta verdier ut av holdingselskapet til privat forbruk, må hen betale skatt på utbyttet, men inntil verdiene tas ut, utsetter hen skattebetalingen. Dette gir fordeler tilsvarende som tilbakeholdt overskudd og er knyttet til verdier av utsatt skattebetaling.

Det bemerkes at fritaksmetoden ikke gjelder for alle eierandeler. Det er blant annet unntak for eierandeler i foretak i lavskatteland utenfor EØS. Merk også at for de situasjoner fritaksmetoden gjelder, påvirker det muligheten til føre fradrag for tap på tilsvarende vis.

5. Pensjon

5.1 Det norske pensjonssystemet

Folketrygden er grunnplanken i det norske pensjonssystemet. Den har vært gjenstand for en stor reform som innebærer at de som er født fra og med 1963 i sin helhet har opptjening i en beholdning. For de aller fleste vil ytelser fra folketrygden være den største delen av pensjonen. Den nye folketrygdmodellen beskrives i Boks 3.

I tillegg til pensjon fra folketrygden, er *tjenestepensjoner* en viktig del av norsk arbeidsliv. Den gjennomgående modellen er at disse ordningene er knyttet til arbeidsgiver. Arbeidsgiver etablerer ordningen i et forsikringsselskap eller i en pensjonskasse.

En viktig del av regelverket for tjenestepensjonsordninger er å gjøre klart under hvilke forutsetninger arbeidsgiver får inntektsfradrag for premier og premien ikke blir beskattet som lønnsinntekt for arbeidstaker. Den oppsparte pensjonskapitalen blir heller ikke beskattet som formue. Dette er viktige grunner for å vurdere pensjonssparing.

De sentrale kravene er at ordningene skal være like for alle ansatte og at det ikke er opptjening over 12 ganger folketrygdens grunnbeløp. Utbetalingen må skje over mange år, og kan ikke starte før 62 år. Det må være et forsikringselement i ordningen, som kan være alt fra at man tjener opp alderspensjon selv om man blir ufør til at man får en alderspensjon livet ut. Mottatte pensjoner beskattes noe lavere enn arbeidsinntekt og utbytter.

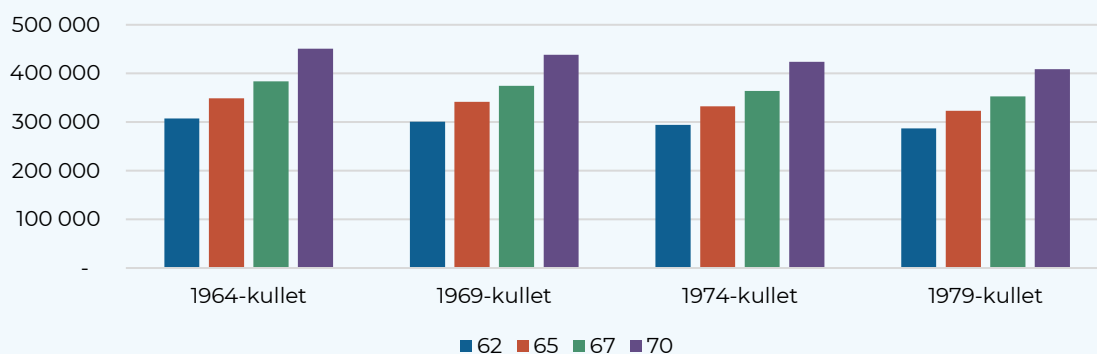
Boks 3: Alderspensjon fra folketrygden

Opptjeningen av alderspensjon i folketrygden er 18,1 prosent av lønnsinntekt opp til 7,1 ganger grunnbeløpet. Beholdningen økes med veksten i grunnbeløpet hvert år. Når man velger å ta ut pensjon fra folketrygden, deles beholdningen ut på det antallet år man forventes å leve. Forventet levealder fastsettes når man er 61 år.

I eksemplet under har vi satt opp en lege som har hatt pensjongivende inntekt på over 7,1 G i 35 år, samt fem år med en inntekt på 5 G og tre år med pensjongivende inntekt på i gjennomsnitt 1,5 G. Beholdningen blir da 6,2 millioner kroner.

	Pensjongivende inntekt	Tilført beholdning	Antall år
Sommerjobber (1,5 G)	186 042	33 674	3
Lavlønnsperiode (5 G)	620 140	112 245	5
Høylønnsperiode (over 7,1 G)	880 599	159 388	35
Samlet beholdning		6 240 841	43

Dersom legen er født i 1964 og skal ta ut pensjon fra folketrygden som 65-åring, vil hen få en årlig pensjon på rett i underkant av 350 000 kroner. Venter hen til 70 år, blir den årlige pensjonen 450 000 kroner. Tilsvarende tall for 1979-kullet er 323 000 og 409 000 kroner. Figuren under illustrerer pensjon etter fødselsår (kull) og alder for første uttak.



Det finnes noen profesjonsordninger, som for eksempel ordningene for sykepleiere og apotekere der de som oppfyller kriteriene knyttet til arbeidssted og -oppgaver er medlemmer av andre pensjonsordninger enn sine kolleger.

Arbeidsgivertilknytningen gjør at pensjonsordninger kan være svært ulike på tvers av ulike sektorer i økonomien, selv om man har samme utdanningsbakgrunn. I kapitlet skal vi først se på ytelser fra folketrygden og så beskrive hvilke krav som gjelder for en arbeidsgiver. Deretter beskriver vi de viktigste ordningene i henholdsvis offentlig og privat sektor. Til slutt beskriver vi Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP).

5.2 Arbeidsgivers plikter

Foretak som har

- minst to ansatte med minst 75 prosent stilling, eller
- minst en ansatt uten eierinteresser i minst 75 prosent stilling eller
- minst to årsverk utført av personer som har mer enn 20 prosent stilling

har plikt til å tilby en pensjonsordning som minimum oppfyller kravene i lov om obligatorisk tjenestepensjon. Ordningen skal omfatte alle arbeidstakerne i foretaket med unntak for de som er omfattet av lovbestemte ordninger (som for eksempel sykepleiere). Den skal være lik for alle ansatte, men det kan gis høyere innskudd for opptjening over 7,1 ganger folketrygdens grunnbeløp (G)⁴, som er nivået der opptjening i folketrygden opphører.

Minimumskravet i en ordning er at det skal spares minst to prosent av lønn opp til 12 G i året. Arbeidsgivere står fritt til å tilby høyere pensjonsinnskudd. Det gis imidlertid ikke skattefradrag for pensjonssparing for lønn over 12 G.

Ordningen skal i det minste inneholde et såkalt innskuddsfritak ved uføregrad over 20 prosent. Dette elementet er ikke en uførepensjon frem til aldersgrensen, men sikrer at man tjener opp alderspensjon selv om man blir ufør. Det er imidlertid ikke noe i veien for å tilby også en uførepensjon.

Lov om obligatorisk tjenestepensjon sier ikke noe om akkurat hvilken type pensjonsordning det skal

være. Ordningen kan være en innskuddsbasert ordning, en (privat ytelsesbasert) tjenestepensjonsordning eller en offentlig tjenestepensjonsordning. Forskjellene mellom disse ulike pensjonstypene dekkes i de påfølgende kapitlene.

5.3 Offentlig ansatte allmennleger, inkludert kommunal legevakt

Dette kapitlet er relevant for leger ansatt i kommuner og helseforetak eller de som tidligere har hatt ansettelsesforhold som strekker seg over minst ett år. Det er også av relevans for privatpraktiserende leger som mottar lønnsinntekt fra kommunal eller interkommunal legevakt da timelønn og beredskapsgodtgjøring fra og med 2016 er pensjonsgivende. Merk at dette ikke gjelder for Oslo kommune, som ikke er del av KS' forhandlingsområde.

I tillegg vil det være mange privatpraktiserende fastleger med mindre enn 50 prosent av refusjonene fra oppgaver for kommunen.

Disse personene vil være medlem av arbeidsgivers offentlige tjenestepensjonsordninger. De fleste kommunene har sin pensjonsordning i KLP, men cirka 25, i hovedsak store kommuner, har egen pensjonskasse eller har ordningen plassert i Storebrand Livsforsikring.

Det viktigste elementet ved en offentlig tjenestepensjon er at pensjonen er livsvarig og at den hvert år reguleres med gjennomsnittet av pris- og lønnsvekst. Dessuten samler man all medlemstid i offentlige ordninger, og ikke hvert stillingsforhold for seg. Disse elementene gjør at en offentlig tjenestepensjon kan utgjøre en vesentlig større andel av pensjonen i høy alder enn hva antallet år i stillingen(e) skulle tilsi.

En offentlig tjenestepensjonsordning inneholder alltid uførepensjoner og etterlattepensjoner. Det er mulig å kombinere mottak av uførepensjon med inntektsgivende arbeid, men uførepensjonen vil bli delvis avkortet med inntekt. Etterlattepensjonen er 9 prosent av den avdødes inntekt, justert for tjenestetiden. Det er særlige regler for de eldste dersom gjenlevende ektefelle også er medlem av en offentlig tjenestepensjonsordning⁵.

⁴ Grunnbeløpet er fra 1. mai 2024 124 028 kroner. 12G utgjør da 1 448 336 kroner.

⁵ Se for eksempel Slik beregnes etterlattepensjon - KLP.no

Mange synes offentlig tjenstepensjon er vanskelig å forstå. Store leverandører som KLP og Statens pensjonskasse har kalkulatorer som kan gi et forholdsvis godt bilde av hva man kan forvente i pensjon. Over noen år vil prognosemodellene også bli bedre. Vi skisserer her hvordan pensjonen beregnes.

En offentlig pensjon vil redusere pensjonen fra SOP, se kapittel 5.6.

Du er privatpraktiserende i dag, men jobbet i offentlig sektor tidligere

Mange privatpraktiserende leger har historikk fra offentlig sektor, for eksempel turnuskandidat eller LISI eller et ordinært arbeidsforhold på sykehus eller i en kommune. Dersom du har arbeidet i minst tre år og denne opptjeningen er fra før 2020, har du rett til en fremtidig pensjon. Dersom du er født etter 1963 og har opptjening etter 2020, er minimumskravet kun ett år.

Andre stillinger i offentlig sektor, som sommerjobber eller deltidsarbeid, vil som regel også inngå ved beregningen av opptjeningstid. Legevakt-tjeneste, i andre kommuner enn Oslo, fra 2015 er også pensjonsgivende og kan medregnes. Uansett må summen av tjenestetid oppfylle de ulike minimumskravene. Kravene til stillingsprosent er imidlertid fjernet.

Denne rettigheten kalles ofte en oppsatt rett, som kan sammenlignes med en privat fripolise, men med den viktige forskjellen at pensjonen øker hvert år med den generelle lønns- og prisveksten. Det har stor betydning. Dersom gjennomsnittet av pris- og lønnsveksten er 3 prosent i året, vil pensjonen fra en offentlig pensjonsordning ha økt med 50 prosent etter 14 år mens den kan ha stått tilnærmet stille i en privat ordning.

En oppsatt rett er, svært forenklet, antall år i tjeneste dividert med 40 år ganger sluttlønnen ganger pensjonsprosenten (som regel 66). Pensjon fra folketrygden for en tilsvarende andel av 40 år kommer til fradrag.

Du arbeider i offentlig sektor i dag og er født før 1963

Pensjonen for kullene født frem til og med 1962 er bestemt av sluttlønn. Full pensjon, som oppnås med 30 års tjenestetid, vil normalt⁶ utgjøre noe over 66 prosent av sluttlønn oppad begrenset til 12

ganger folketrygdens grunnbeløp. Denne prosenten inkluderer ytelser fra folketrygden. Dersom du har jobbet deltid i perioder, må du multiplisere prosentsatsen med gjennomsnittlig stillingsprosent. Ved beregning av gjennomsnittlig deltid er det de tretti beste årene som teller.

For disse kullene er det generelt ikke mulig å kombinere arbeid i offentlig sektor med pensjon fra den offentlige tjenstepensjonsordningen. Man får ikke høyere pensjon av å jobbe etter 67 år så lenge man allerede har vært medlem av ordningen i 30 år.

Det er også risiko for å tape pensjon dersom man tar ut for eksempel folketrygd fra fylte 67 år, men fortsetter å arbeide. Kommunalt ansatte leger født i 1962 bør kontakte forsikringsselskapet eller pensjonskassen før man tar ut pensjon fra folketrygden.

Du arbeider i offentlig sektor i dag og er født etter 1963

Personer født i 1963 eller senere har fra og med 2020 opptjening i en såkalt beholdningsmodell etter mønster fra folketrygden. I denne ordningen er gjennomsnittlig lønn viktigere enn sluttlønnen. Det er ingen samordning mellom pensjonene fra folketrygden og tjenstepensjonen.

Denne gruppens opptjening frem til 2020 er en såkalt oppsatt rett, som forklart under delkapitlet, «Du er privatpraktiserende i dag, men jobbet i offentlig sektor tidligere».

Pensjonsordningen for sykepleiere

Denne pensjonsordningen vil være kjent for mange fastleger gjennom plikten til å melde inn ansatte sykepleiere.

Enkelte leger startet som sykepleiere og utdannet seg videre til leger. Disse kan ha en rett til pensjon fra denne ordningen. Den vil være omtrent den samme som den som er beskrevet over, bortsett fra at aldersgrensen er 65 år.

5.4 Selvstendig næringsdrivende leger

Dette kapitlet er primært relevant for leger med tilknytningsform 2.

Selvstendig næringsdrivende, uavhengig av organisasjonsform og yrke, har i utgangspunktet

⁶ Dersom siste stilling var i Oslo Pensjonsforsikring, er satsen 70 prosent for ansatte som ble meldt inn frem til 2011 og 67,3 prosent deretter.

kun pensjonsopptjening gjennom folketrygden. Pensjonen en lege vil få fra folketrygden er avhengig av hvor mange års tjeneste vedkommende har hatt, hvor høy lønnen har vært og hvilket årskull vedkommende er fra. Vi viser til Boks 3 for eksempler på alderspensjonen for en karriere som vi antar ikke er svært ulik det mange leger kan ha hatt. De fleste vil nok oppleve at pensjonen er lav. Det er kun de som hadde autorisasjon før 1993 som vil kunne få en pensjon fra SOP på toppen av dette.

Både aksjeselskap og enkeltpersonforetak kan tegne en pensjonsavtale i henhold til Legeforetakenes pensjonsordning i Storebrand, se kapittel 5.5.

En selvstendig næringsdrivende lege vil normalt ha et godt grunnlag for å vurdere om man selv blir ufør. Dersom den sannsynligheten oppleves lav, kan man for eksempel tegne en mindre omfattende pensjonsforsikring etter det samme regelverket gjennom, for eksempel, en innskuddspensjon for selvstendig næringsdrivende i Storebrand. Andre leverandører vil tilby det samme. Ordningen er først og fremst gunstig for dem som hever lønn over 7,1 G. Under dette nivået vil det lønne seg å utbetale lønn for å få økt opptjening i folketrygden.

5.5 Ansatte i og eiere av private legeforetak

Kapittelet er primært relevant for leger med tilknytningsform 1.

5.5.1 Innskuddsbasert tjenestepensjon Kjennetegn ved innskuddsbaserte ordninger

En innskuddsbasert tjenestepensjon bygges opp gjennom innskudd fra arbeidsgiver og den avkastningen som tjenes opp over tid. Pensjonen betales ut over et gitt antall år, minimum ti, og skal minst løpe frem til pensjonisten fyller 77 år.

Ved død før 77 år, blir den gjenstående sparingen konvertert til en etterlattepensjon for barn under 21 år. Dersom barnepensjonen overstiger et visst nivå eller når barna fyller 21 år, vil også ektefelle eller samboer motta pensjon. Summen av innbetalt premie og oppnådd avkastning benevnes som pensjonskapital. Den enkelte kan selv velge hvem som skal forvalte pensjonskapitalen i ordningen og hvordan midlene skal forvaltes. Dersom man ikke gjør et valg knyttet til hvordan midlene forvaltes, vil forvalter normalt redusere risikoen i ordningen i årene forut for at man kan ta ut pensjon. Grunnen til dette er en antakelse om at den enkelte har et behov for å redusere usikkerheten om størrelsen på

pensjonsutbetalingen. Dersom pensjonen utgjør en liten andel av formue eller forventet inntekt, er det fornuftig å vurdere forvaltningsstrategien på egenhånd. Man kan også legge vekt på at fondsgebyr kan være lavere innenfor en tjenestepensjonsordning enn på individuell sparing.

Legeforetakenes pensjonsordning

Legeforetakenes pensjonsordning er opprettet etter en avtale mellom Den norske Legeforening, SOP og Storebrand Livsforsikring AS. Den gjelder både for virksomheter uten og med ansatte. Det er en innskuddspensjonsordning.

Ordningen oppfyller minimumskravene til en obligatorisk tjenestepensjon. Sparesatsen og dermed alderspensjonen er valgfri.

Pensjonen fra SOP, se kapittel 5.6 blir ikke avkortet med pensjon fra denne ordningen.

Denne ordningen inneholder også en kollektiv uførepensjon. Kollektive uførepensjonsordninger er ofte billigere enn om det enkelte foretak selv kjøper ordningen, da forsikringsselskapet har mindre risiko dersom de fleste medlemsforetak deltar.

5.5.2 Privat ytelsespensjon, inkludert fripoliser

Omfanget av private ytelsespensjonsordninger – med et mål for pensjon i prosent av lønn – har blitt kraftig redusert gjennom de senere år og erstattet med innskuddspensjoner.

Tidligere medlemmer av en privat ytelsespensjonsordning vil ha en såkalt fripolise. Den gir rett til en bestemt årlig utbetaling, der det er innebygd en forutsetning om en garantert rente fremover i tid. Pensjonskapitalen tilføres hvert år en avkastning som er tilstrekkelig til å opprettholde utbetalingen.

I de senere årene har pensjonskapitalen i de fleste livsforsikringsselskapene ikke blitt tilført mer enn den garanterte renten. Dermed har fripolisene ikke vært regulert med lønns- eller prisvekst. Realverdien av pensjonen har dermed falt. Dette er en viktig forskjell fra tilsvarende rettigheter for offentlige pensjonsordninger, der pensjonen øker med veksten i grunnbeløpet hvert år.

Det er adgang til å konvertere en vanlig fripolise til en fripolise med investeringsvalg. Vi har redegjort for noen av vurderingene i Boks 4.

Denne typen ordninger omfatter som oftest også uførepensjon.

Pensjon fra denne typen ordninger er enkelt tilgjengelig fra nettstedet norskpensjon.no.

En privat ytelsespensjon vil redusere ytelsen fra SOP, se kapittel 5.6.

5.6 Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger

Alders- og uførepensjon fra SOP avkortes mot pensjoner fra offentlige tjenstepensjonsordninger (se kapittel 5.3) og private tjenstepensjoner, herunder fripoliser, (se kapittel 5.5.2). Det er ingen avkortning mot pensjon fra folketrygden eller fra Legeforetakenes pensjonsordning (se kapittel 5.5.1).

5.6.1 Hovedinnholdet i SOP

Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger ble etablert i 1965. Formålet er å bidra til økonomisk sikring av medlemmene og deres familier ved arbeidsuførhet, alderdom og død, samt ved fravær fra egen legepraksis i forbindelse med sykdom, fødsel og adopsjon.

I tillegg kan det ytes støtte til kollektive sykdomsforebyggende tiltak for medlemmer og kollektive sosiale tiltak for medlemmer/ektefeller som er blitt pensjonister.

For å kunne få en ytelse fra SOP må man ha autorisasjon som og arbeide som lege og ha vært medlem av folketrygden i minst tre år. Som det vil fremgå skjer det en avkortning av pensjon fra SOP dersom man har ytelser fra en offentlig eller privat tjenstepensjonsordning.

Ordningen finansieres ved et statlig tilskudd som er fastsatt i avtale mellom Legeforeningen og staten, KS og de regionale helseforetakene.

5.6.2 Ytelsene

Alderspensjon for de som er autorisert før 1.1.93

For å ha rett til alderspensjon fra SOP må man ha arbeidet som lege i minimum ti år og ha fått sin autorisasjon før 1. januar 1993. Pensjon kan tas ut fra

Boks 4: Fripoliser med investeringsvalg

Fripolisen oppstår ved utmelding fra en privat ytelsesbasert tjenstepensjonsordning. De fleste av disse ordningene har forsvunnet, slik at det sjelden utstedes nye fripoliser. Teksten i denne boksen er kun relevant for de som allerede har en fripolise.

En fripolise er en rett til å få utbetalt et gitt kronebeløp i pensjon fra for eksempel fylte 67 år og livet ut. Kronebeløpet er bestemt av hvilken pensjonsrett man hadde da polisen oppsto. Bak kronebeløpet står det en pensjonskapital som hvert år skal øke med den beregningsrenten som ligger til grunn for avtalen man ble meldt ut av. Det er forsikringsselskapet som er ansvarlig for å oppnå en avkastning på pensjonskapitalen som minst tilsvarer beregningsrenten. Derfor kalles det ofte en rentegaranti. Dess høyere denne renten er, jo lavere er kapitalen sammenlignet med det som skal betales ut som pensjon i fremtiden. Mange fripoliser har en beregningsrente på 3-4 prosent årlig.

For de fleste fripolisene har kronebeløpet stått stille over mange år. Det skyldes flere forhold. De viktigste er at det generelle rentenivået har vært lavt i mange år, samtidig som egenkapitalkravet forsikringsselskapet møter for å håndtere fripoliser har steget kraftig. Derfor har det lønnet seg for forsikringsselskapene å investere pensjonskapitalen forholdsvis forsiktig, slik at det er høy sannsynlighet for at de oppnår rentegarantien. Selv om fripoliser er langsiktig sparing, kan så lite som fem prosent av kapitalen ha vært investert i aksjer.

For selskapene har fripoliser vært et lite lønnsomt produkt over mange år. Selv om det har vært overskudd, har inntektene vært små sammenlignet med den egenkapitalen de har måttet bruke til å støtte opp om den garantien de har stilt. Derfor er det ingen selskaper som tar imot fripoliser man ønsker å flytte fra andre selskaper. Manglende konkurranse har forsterket den forsiktige investeringsprofilen for fripoliser, og ført til lav avkastning og dermed at den årlige pensjonen har vært uendret.

Selskapene kan tilby kunden å konvertere fripolisen til en fripolise med investeringsvalg. Det innebærer at man tar bort rentegarantien. Da kan investeringsprofilen endres og en vesentlig større andel av pensjonskapitalen plasseres i aksjer, slik at årlig pensjon over tid kan stige. Ulempen er akkurat den samme; man mister garantien. Den har høy verdi når renten er lav. I tillegg mister man retten til en livsvarig garanti, noe som er en stor ulempe for de som lever lenge.

En kunde kan legge til grunn at man aldri vil få kjøpt et spareprodukt med en kombinasjon av årlig garantert avkastning på 3-4 prosent og livsvarig utbetaling. Derfor bør man vurdere om prisen på dette produktet, som er lav avkastning sammenlignet med en portefølje med mer aksjer kan kompenseres ved at man plasserer andre sparepenger noe mer aggressivt enn man gjør i dag. Med mindre fripolisen utgjør en stor andel av formue eller fremtidig pensjon, vil det ofte være bedre å plassere mer av sine øvrige sparepenger i aksjer om man ønsker å oppnå høyere avkastning.

Merk imidlertid at penger satt i forsikringsselskaper ikke er like sikre som i banken. Forsikringsselskapet Silver Pensjonsforsikring AS som utelukkende satset på fripoliser, måtte avvike i 2018 på grunn av manglende tilgang til egenkapital. Fripolisene i selskapet ble konvertert til fripoliser med investeringsvalg og overført til Storebrand.

Tabell 5-1 Maksimal alderspensjon fra SOP etter uttaksalder og lengde på uttak. 2024. Kroner.

	Uttaksalder		
	62 år	67 år	70 år
Årlig pensjon i 10 år	211 696	248 271	278 663
Årlig pensjon frem til fylte 77 år	151 750	248 721	375 918

Kilde: SOP

fylte 62 år. Dersom man mottar en offentlig tjenestepensjon (se kapittel 5.3) eller en privat ytelsespensjon (se kapittel 5.5.2) gjøres et tilsvarende fradrag i pensjonen fra SOP. Det er på den annen side ingen samordning med ytelsene fra folketrygd eller fra andre pensjonsordninger.

Etter fylte 62 år er det samordning mellom alders- og uførepensjon fra SOP. Samlet pensjon kan da ikke bli mer enn den høyeste av pensjonene.

Retten til pensjon faller bort ved død.

Maksimal alderspensjon, det vil si før samordning med pensjoner fra offentlige tjenestepensjoner eller private ytelsespensjonsordninger, er gitt i Tabell 5-1. En årlig pensjon i ti år fra fylte 67 år beløper seg til 248 271 kroner. Dersom man velger å ta ut pensjonen allerede ved 62 år, vil det årlige beløpet reduseres til 211 696 år. Dersom man på den andre siden velger å ta ut pensjonen i årene mellom 70 og 77 år, blir det årlige beløpet 375 918 kroner.

Hvis man bare summerer tallene over, vil det fremstå som svært gunstig å vente med uttaket. En tiårig pensjon med oppstart ved fylte 70 år gir en samlet utbetaling på 2,786 millioner kroner mens oppstart ved fylte 62 år gir 2,117 millioner. Årsaken til dette er at pensjonen opphører ved død. I tillegg må det legges inn en rente, da SOP går glipp av avkastning på sine fond dersom legen tar ut pensjon tidligere. Venter man, vil pensjonen bli høyere fordi den blir tillagt en avkastning.

Ved bruk av forsikringstariffer for dødssannsynligheter mellom fylte 62 og fylte 77 år, kommer vi frem til at avkastningen som ligger til grunn for

beregningene av utbetalingsbeløp er i området 4 $\frac{3}{4}$ -5 prosent.

For livsvarige ytelser fra offentlig sektor eller folketrygden vil det generelt lønne seg å vente dersom man selv tror at sannsynligheten for å dø i alderen 62 til 77 år er lavere enn for befolkningen generelt. Det vi har av tilgang på data fra pensjonsinnretninger tilsier at mannlige sykehusleger i aldersspennet 40-75 har i overkant av 2,2 år høyere forventet gjennomsnittlige levealder enn normalen, som også er høyere enn befolkningen for øvrig, mens den for kvinner er i overkant av et halvt år høyere enn normalt. Forskjell i forventet levealder mellom kvinnelige og mannlige sykehusleger i det samme aldersspennet er om lag 1,2 år. Vi legger imidlertid til grunn at SOP-ordningen i sin beregning av ytelser tar hensyn til at leger har lavere dødelighet enn allmennheten, slik at dette forholdet ikke er relevant for akkurat denne ordningen.

I tillegg betyr verdien av penger nå fremfor senere selvfølgelig mye. Dersom vi gjør dette spørsmålet rent finansielt, er det slik at dersom man tror at man på egenhånd kan oppnå en avkastning på over 4 $\frac{3}{4}$ -5 prosent vil det lønne seg å ta ut pensjonen så tidlig som mulig.

I kalkulatoren⁷ på SOPs hjemmesider kan man beregne hva man faktisk vil få i pensjon om man oppfyller vilkårene etter samordning med ytelser fra offentlige eller private tjenestepensjoner.

Uførepensjonen

SOP yter uførepensjon dersom det foreligger vedtak fra Nav og arbeidsuførheten er minst 50 prosent. Ved full uførhet er pensjonen nå 209 600 kroner i året. Pensjonen opphører ved fylte 67 år.

Etterlattepensjonen

Etterlatte født før 1. januar 1965 som er etterlatte etter en lege som var autorisert før 1993 kan ha rett på en etterlattepensjon. Pensjonsretten gjelder kun dersom man var gift på tidspunktet der legen døde og ikke har giftet seg på nytt.

Pensjonen er på 78 600 kroner i året.

⁷ SOP.NO

5.7 Avsluttende kommentarer

Pensjonsreformen har, med hensikt, ført til at alderspensjon fra folketrygden vil oppleves som lav for mange med midlere og høy inntekt.

Alleårsopptjening og et tak på opptjening på 7,1 ganger grunnbeløpet er avgjørende for at det er blitt slik. En tjenstepensjon eller egen sparing til alderspensjon er derfor viktig for mange. De viktigste grunnene til å spare gjennom en pensjonsordning er vist i Boks 5.

Leger med betydelige arbeidsforhold i offentlig sektor vil få en relativt sett god pensjon, der

effekten av livsvarig utbetaling og årlig regulering av pensjonen gjør den vesentlig bedre enn mange andre ordninger. Innskuddssatsen fremstår som temmelig lik den som er i mange private ordninger, men i tillegg betaler arbeidsgiver en betydelig premie for å oppregulere pensjonsbeholdningen og gjør også det i hele perioden som pensjonist.

Det er en rekke fordeler med å ha en tjenstepensjonsordning for selvstendig næringsdrivende og for legeforetak, så lenge inntekten er så god at man uansett ikke bruker alt til forbruk. Den skattemessige behandlingen er gunstig og vil i mange tilfeller oppveie for at midlene er bundet til pensjon helt frem til uttak eller død. Det er stor grad av frihet i å velge investeringsprofil for en innskuddspensjonsordning, og den kan dermed sees på som en endel av en samlet forvaltning av penger som er satt av til alderdom eller til arv.

Boks 5: Fordeler ved pensjonsordninger

- Innbetaling til ordningen er fradragsberettiget i et selskap.
- Innbetalingen blir ikke beskattet som lønnsinntekt.
- Ingen formuesskatt på pensjonskapitalen.
- Pensjonsutbetaling er skattet lavere enn lønnsinntekt.
- Inneholder i det minste ett forsikringselement.

6. Oppsummering

Leger i Norge har ulike måter å være tilknyttet arbeidsplassen på. Formen for tilknytning får følger for legen knyttet til skatter og avgifter og muligheter for sosiale rettigheter og pensjon i folketrygden og Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP).

Leger som er ansatt, trenger i mindre grad å ta stilling til disse spørsmålene da ordinært ansatte lønnsinntakere er omfattet av et annet lovverk enn næringsdrivende. Næringsdrivende leger må imidlertid ta stilling til hvordan de ønsker å organisere sin virksomhet så den passer til legens ønsker og behov. Passivitet i dette øyemed og valg av tilsynelatende enkle løsninger, kan ha negative økonomiske konsekvenser på sikt. Næringsdrivende leger bør være bevisste på hvilke sosiale rettigheter de har, og hvilke følger den yrkesaktive karrieren som næringsdrivende har å si for pensjonsopptjening.

Leger i Norge driver praksis sammen med andre

I denne rapporten er legenes tilknytning til arbeidsplassen sortert i tre ulike kategorier:

1. Driver praksis sammen med andre leger
2. Driver praksis alene
3. Kommunalt ansatte og leger med 8.2-avtaler

I 2023 var det mest vanlig blant leger i Norge å være i gruppe 1; tilknyttet en praksis sammen med andre leger. Blant fastlegene er det nest mest vanlig å være kommunalt ansatt eller å ha en 8.2-avtale med kommunen (gruppe 3), mens det er minst utbredt å drive praksis alene (gruppe 2). Over tid har utviklingen gått mot færre leger som driver praksis alene og mot en økende andel leger som er driver sammen (gruppe 1) eller som er kommunalt ansatt eller har 8.2-avtaler (gruppe 3).

Næringsdrivende leger kan ha nytte av å organisere virksomheten som et AS

Næringsdrivende leger står overfor en rekke ulike hensyn når de skal velge innretning og organisering av legepraksisen. I dag er det fortsatt mange som er

organisert som enkeltpersonforetak (ENK) hvis de driver alene, eller som delt ansvar (DA) hvis de driver sammen med andre. Stadig flere velger å organisere praksisen som et aksjeselskap (AS). For de laveste inntektene kan det være skattemessig gunstig å være organisert som ENK eller DA. Dette gjelder også for de høyeste inntektene. Det er likevel som regel mer lønnsomt å være organisert som AS, med rettighetene som følger av å være lønnsinntakere og mulighetene for å holde tilbake overskudd.

Næringsdrivende leger bør være klar over hvilke sosiale rettigheter de har og ikke har, og ta stilling til i hvilken grad de ønsker å endre organisasjonsform eller kjøpe tilleggssikringer.

Vi bemerker at det er mulig å gjøre om på organisering av eksisterende virksomhet. Det er også mulig å etablere en holdingstruktur for et eksisterende selskap. Analysene som rapporten har presentert er derfor relevante også for leger med eksisterende virksomhet. Det vil være nødvendig å involvere revisor eller regnskapsfører for bistand til dette. Kostnaden for dette, både til rådgivere og til skatt, vil variere. Det vil derfor også være variasjon i for hvem det lønner seg å endre en eksisterende struktur, og på hvilken måte det vil være rimeligst. En regnskapsfører eller revisor vil kunne gi nærmere råd om dette.

Næringsdrivende leger bør opprette en pensjonsspareordning

Leger som har arbeidet store deler av sin karriere innenfor offentlig sektor (ansatte i gruppe 3) vil få en relativt sett god pensjon, der effekten av livsvarig utbetaling og årlig regulering av pensjonen gjør den vesentlig bedre enn mange andre ordninger.

Næringsdrivende leger, uavhengig av hvordan de er organisert og om de driver alene eller med andre, kan oppnå en rekke fordeler med å ha en tjenestepensjonsordning, dersom inntekten er høyere enn hva man har behov for til et tilfredsstillende privat forbruk. Den skattemessige behandlingen er gunstig og vil i mange tilfeller oppveie for at midlene er bundet til pensjon helt frem til uttak eller død.

7. Referanser

DFØ, 2024. *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*. [Internett]

Available at: <https://dfo.no/fagomrader/utredning-og-analyse-av-statlige-tiltak/samfunnsokonomiske-analyser/veileder-i-samfunnsokonomiske-analyser> [Funnet 08 november 2024].

Finansdepartementet, 2023. *Starter utfasing av ekstra arbeidsgiveravgift på høye lønninger - Pressemelding | Nr: 56/2023*. [Internett]

Available at: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/starter-utfasing-av-ekstra-arbeidsgiveravgift-pa-hoye-lonnninger/id2997107/> [Funnet 25 9 2024].

Forskrift om trygderefusjon for leger, FOR-1998-06-18-590. *Forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter - FOR-1998-06-18-590*. [Internett]

Available at: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1998-06-18-590>

Helfo, 2023. *Avtalespesialister*. Oslo: Helsedirektoratet. [Internett]

Available at: <https://www.helsenorge.no/behandlere/avtalespesialist/> [Funnet 10 10 2024].

Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest & Helse Sør-Øst, 2023. *Utvikling og modernisering av avtalespesialistordningen*, s.l.: Legeforeningen.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2022. *Fastlegeordningen*. [Internett]

Available at: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/fastlegeordningen/id115301/> [Funnet 10 oktober 2024].

Legeforeningen, 2015. *Veileder for næringsdrivende leger*, s.l.: Legeforeningen.

Nav, 2024. *Sykepenges*. [Internett]

Available at: <https://www.nav.no/sykepenge>

Nguyen, E., 2024. *fiken - Hva er et holdingselskap og hvordan opprette holdingselskap*. [Internett]

Available at: <https://blogg.fiken.no/hva-er-holdingselskap/> [Funnet 10 10 2024].

Nærings- og fiskeridepartementet, 2024. *Revidert nasjonalbudsjett 2024: Avvikling av den midlertidige ekstra arbeidsgiveravgiften*.

Pressemelding Nr: 25/2024. [Internett]

Available at: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/avvikling-av-midlertidig-arbeidsgiveravgift/id3038960/> [Funnet 11 10 2024].

Skatteetaten, 2024. *Minstefradrag*. [Internett]

Available at: <https://www.skatteetaten.no/satser/minstefradrag/> [Funnet 25 9 2024].

SOP, 2022. *SOP Sykehjelps- og pensjonsordningen - PSLs administrasjonskurs 2022*. [Internett]

Available at: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/59a048b3d9c64b17a947c424a9e2da23/psl-26-august-grethe-veiaker-nilsen.pdf>

SOP, 2024. *Beregningsgrunnlaget for sykehjelp er dine brutto praksisinntekter*. [Internett]

Available at: <https://www.sop.no/artikler/avbrudd-i-privat-praksis/Sykehjelp/beregning-sykehjelp/>

SOP, 2024. *Jeg er syk, hva gjør jeg?*. [Internett]

Available at: <https://www.sop.no/artikler/avbrudd-i-privat-praksis/Sykehjelp/jeg-er-syk-hva-gjor-jeg/>

Sættem, B. E., 2024. *4 spareråd når børsen stuper*. [Internett]

Available at: <https://www.nordnet.no/blogg/4-sparerad-nar-borsen-stuper/> [Funnet 08 november 2024].

A light blue diagonal line runs from the top left corner towards the bottom right corner of the page.

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

E-post og telefon:
post@osloeconomics.no
+47 21 99 28 00

Besøksadresse:
Klingenberggata 7A
0161 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo