

Jostein Grytten, Irene Skau og Dorte Holst

# Organisasjonsformer i privat tannlegepraksis i Norge

Formålet med denne studien var å beskrive hvordan den private tannlegepraksis er drevet og organisert. Dataene ble innsamlet våren 2006 gjennom et spørreskjema som ble sendt til samtlige privatpraktiserende tannleger. Svarprosenten var 56, etter gjentatte purringer. Vårt utvalg kan være skjevt, spesielt kan tannleger som arbeider i solopraksis være underrepresentert. Resultatene kan derfor bare ansees som gyldige for de tannlegene som har deltatt i undersøkelsen. Nesten 38 % av tannlegene i vårt materiale arbeider i solopraksis. Både kvinnelige og mannlige tannleger foretrekker å arbeide i gruppepraksiser. Nær to tredeler av tannlegene arbeider i praksiser som er organisert som enkeltpersonsforetak, de resterende er hovedsakelig organisert som aksjeselskap. I gruppepraksiser er den vanligste samarbeidsformen at tannlegen deler noen kostnader etter en avtalt nøkkel, mens pasientinntektene tilfaller den enkelte tannlege.

I 1995 ble det private tannhelsemarkedet deregulert ved at det ble innført fri prissetting. Fra før var det fri etableringsrett for tannleger. Den frie prissetting, kombinert med den frie etableringen la til rette for et markedsstyrt tjenestetilbud. I etterkant av dereguleringen har det vært flere studier som har belyst hvordan den frie konkurransen har påvirket honorarnivået for tannhelsetjenester, og pasientenes oppfatning av tjenestetilbudet (1–4). En av de sentrale problemstillingene har vært i hvilken grad konkurransen virker, og dermed også i hvilken grad honorarnivåene kan oppfattes som rimelige.

En annen interessant problemstilling i forbindelse med

dereguleringen er hva som har skjedd med selve praksisdriften, og selve måten å drive praksis på. Den private tannhelsetjenesten har tradisjonelt bestått av små enheter, først og fremst solopraksiser (5). Dereguleringen kan ha endret på dette ved at vi har fått fremvekst av større praksisenheter. Dette kan skyldes flere forhold.

Konkurransen kan presse frem store enheter for å øke lønnsomheten. Dette kan primært skyldes stordriftsfordeler i produksjonen (6). Slike fordeler kan gi kostnadsbesparelser (f.eks. rabatter på store innkjøp som uniter og forbruksmateriell) og dermed en mer effektiv drift. Konkurransen kan også ha presset frem et krav fra pasientene om økt tilgjengelighet, for eksempel ved lengre åpningstider. I tillegg kan det også være ønske fra pasientene om en totalbehandling innen samme praksis, noe som krever større enheter med både tannleger og spesialister til stede. Ved å dele på vaktordninger kan de ha lange åpningstider, og ved å ha spesialister i praksisen kan de gi et behandlingstilbud som dekker flere områder innenfor odontologien. Men man kan også tenke seg at en eventuell fremvekst av store enheter er strategisk motivert. Store aktører har i motsetning til små aktører muligheter til å bestemme honorarnivået i lokale delmarkeder, for eksempel i avgrensede geografiske områder, og på den måten oppnå monopolprofitt (4). Dette er uheldig siden det fører til for høye honorarer og et lavere tilbud av tannhelsetjenester.

Det fins i dag ingen oversikt over ulike typer praksisformer og ulike måter å drive praksis på. Formålet med denne artikkelen er derfor å beskrive de forskjellige praksisformene og organiseringen av den private tannlegepraksis.

## Forfattere

Jostein Grytten, professor, dr.philos.

Irene Skau, prosjektleder, cand.polit.

Dorte Holst, professor, dr.odont.

Seksjon for samfunnsodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

## Hovedbudskap

- I den private allmenntannlegepraksis arbeider 62 % av tannlegene i gruppepraksis
- 16 % av tannlegene arbeider som assistenttannleger
- 65 % av tannlegene har enkeltpersonsforetak, mens 31 % har aksjeselskap
- Svarandelen i undersøkelsen var 56 %

Tabell 1. Fordelingen av tannleger etter praksisform

Praksisform	Antall	Prosent
Solopraksis	473	37,8
Alene prakseier med assistenttannlege(r) i praksisen	153	12,2
Samlokalisert eller eier praksisen sammen med annen/andre praksiseiere	388	31,0
Assistenttannlege hos praksiseier	201	16,1
Ansatt hos praksiseier	14	1,1
Annet	21	1,7
I alt	1 250	100,0

### Materiale og metode

Det ble utformet et enkelt registreringsskjema der tannlegene ble bedt om å oppgi praksisform, antall tannleger og tannpleiere som arbeidet i praksisen og deres tilknytningsform til praksisen. For de tannlegene som arbeidet i gruppepraksiser ble det spurt om hvordan kostnader og inntekter ble fordelt tannlegene imellom. Alle tannlegene ble bedt om å oppgi hvilken selskapsform praksisen var registrert under. Undersøkelsen ble ikke utført anonymt. Dette ble gjort for å unngå å belaste dem som allerede hadde svart ved purring.

De aktuelle tannlegene ble trukket ut fra Den norske tannlegeforenings medlemsregister. Totalt omfattet dette 2 618 allmenntannleger og spesialister i oral kirurgi, periodonti, kjeveortopedi, protetikk og endodonti. De tannlegene som hadde e-postadresse, fikk registreringsskjema tilsendt på e-post, de andre fikk det postalt. Det ble foretatt to purringer, samtidig som undersøkelsen ble omtalt i NTFs Tidende og på Tannlegeforeningens hjemmeside (7–10). Det kom inn 1 469 svar, noe som gir en svarprosent på 56. Blant de innkomne svar var det 195 fra spesialister. I analysene presenteres bare tall for allmenntannlegene. Summene i tabellene er ikke alltid lik det totale antall tannleger som svarte fordi det for noen tannleger manglet svar på noen av spørsmålene.

### Resultater

Av svarene fremgår det at 37,8 % av allmenntannlegene arbeider i solopraksis (Tabell 1). De resterende tannlegene arbeider i en eller annen form for gruppepraksis. Den mest vanlige formen for gruppepraksiser er der tannlegene enten bare er samlokaliserte eller eier praksisen sammen. Til sammen 31 % av tannlegene arbeider i en slik praksisform. Litt i overkant av 12 % av tannlegene eier praksisen alene, og har én eller flere assistenttannleger. Hovedtyngden av assistenttannlegene er å oppfatte som selvstendig næringsdrivende, bare 1,1 % er ansatte.

I Tabell 2 viser vi fordelingen av praksisstørrelse i henhold til tannlegens kjønn og alder. Mannlige tannleger, og eldre tannleger, er mer i solopraksis sammenlignet med kvinnelige og yngre tannleger. For eksempel er prosentandelen kvinnelige tannleger i solopraksis 26,2 mens den tilsvarende andelen for mannlige

Tabell 2. Prosentfordelingen av antall tannleger i praksis ut fra tannlegens kjønn, alder og kommunestørrelse

	Antall tannleger i praksis				
	n	1	2	3–4	5 eller flere
<b>Kjønn</b>					
Kvinner	386	26,2	33,4	27,2	13,2
Menn	811	45,5	29,4	18,3	6,9
<b>Alder</b>					
Under 35 år	183	7,3	36,9	34,1	21,8
35–50 år	473	34,9	32,8	23,7	8,7
Over 50 år	549	53,7	26,8	14,8	4,7
<b>Kommunestørrelse</b>					
Under 2 000 innbyggere		–	–	–	–
2 000–5 000 innbyggere	61	72,1	24,6	3,3	–
5 000–10 000 innbyggere	137	52,6	32,9	13,9	0,7
10 000–30 000 innbyggere	337	37,1	32,9	20,5	9,5
Minst 30 000 innbyggere	663	34,7	29,6	24,7	11,0
<b>Alle tannleger</b>	1204	39,3	30,6	21,2	9,0

tannleger er 45,5. Ikke uventet avhenger praksisstørrelsen av kommunestørrelsen. I kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere er 72,1 % av tannlegene i solopraksis. I kommuner med mer enn 30 000 innbyggere er prosentandelen tannleger som er i solopraksis 34,7. Det er en overvekt av kvinnelige tannleger og yngre tannleger i praksiser med to eller flere tannleger.

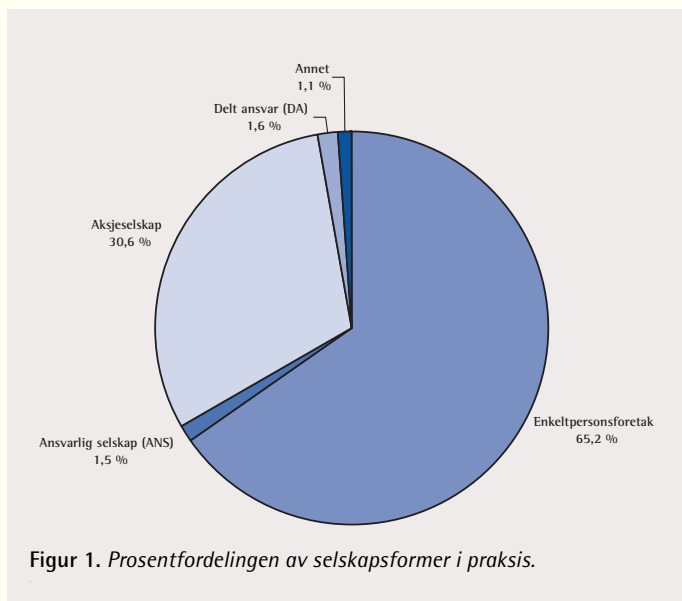
Det er flest praksiseiere blant de mannlige tannlegene, mens det er flest assistenttannleger blant de kvinnelige tannlegene (Tabell 3). For eksempel er 27,8 % av de kvinnelige tannlegene assistenttannleger, mens den tilsvarende prosentandelen blant de mannlige er 10,7 %. Ikke uventet er det flest praksiseiere i aldersgruppen over 50 år; hele 92,5 % av disse tannlegene eier praksisen selv. Av dem som er under 35 år, er 59 % assistenttannleger.

Den dominerende selskapsformen er enkeltpersonforetak (Figur 1). Hele 65,2 % av tannlegene har en slik organisering av praksisen, mens 30,6 % arbeider i praksiser som er organisert som aksjeselskap. De andre selskapsformene, som ansvarlig selskap og delt ansvar, utgjør bare en ubetydelig del av selskapsformene. Aksjeselskap er litt mer vanlig blant mannlige tannleger, og blant eldre tannleger (Tabell 4). For eksempel har 17,7 % av tannlegene under 35 år praksisen

Tabell 3. Prosentfordelingen av praksisform ut fra tannlegens kjønn og alder

	n	Praksiseier	Assistenttannlege hos praksiseier	Ansatt hos praksiseier	Annet *
<b>Kjønn</b>					
Kvinner	389	69,4	27,8	2,3	0,5
Menn	854	86,7	10,7	0,5	2,2
<b>Alder</b>					
Under 35 år	183	32,8	59,0	5,5	2,7
35–50 år	488	86,1	12,5	0,6	0,8
Over 50 år	576	92,5	5,2	0,2	2,1
<b>Alle tannleger</b>	1 250	81,1	16,1	1,1	1,7

\* Beskriver et spekter av ulike praksisformer; f.eks. tannleger som leier seg inn i en praksis eller som driver et holdingselskap

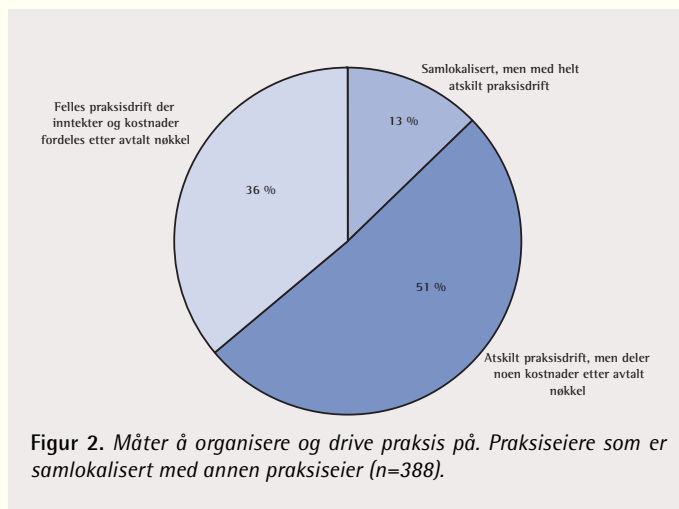


Figur 1. Prosentfordelingen av selskapsformer i praksis.

organisert som aksjeselskap. Tilsvarende prosentandel for dem over 50 år er 32,4. Blant praksiseierne har 33,7 % av tannlegene aksjeselskap, mens bare 8,1 % av assistenttannlegene har det.

I praksiser med mer enn én tannlege er det mange måter å organisere driften på (Figur 2). Av tannlegene som er samlokalisert, har 13 % helt atskilt praksisdrift der alle inntekter og kostnader tilfaller den enkelte tannlege, mens 51 % av tannlegene har atskilt praksisdrift; dvs. at de ikke har felles pasienter og økonomi, men de deler noen kostnader etter en avtalt nøkkel (f. eks. husleie og hjelpepersonell). De resterende 36 % av tannlegene har felles praksisdrift der både inntekter og kostnader fordeles etter en avtalt nøkkel.

Felles praksisdrift der inntekter og kostnader fordeles etter en avtalt nøkkel er mest vanlig blant de yngre tannlegene (Tabell 5); 53,3 % av tannlegene under 35 år har felles praksisdrift. Den tilsvarende prosentandelen blant de over 50 år er 37,7. Det er bare små forskjeller mellom mannlige og kvinnelige tannleger ut fra hvordan de organiserer sin praksisdrift.



Figur 2. Måter å organisere og drive praksis på. Praksiseiere som er samlokalisert med annen praksiseier (n=388).

## Diskusjon

Svarprosenten i denne undersøkelsen var lav, noe som kan skyldes at undersøkelsene ikke ble utført anonymt. Det kan også være en «spørreskjematretthet» blant de privatpraktiserende tannlegene. En såpass lav svarprosent er problematisk, siden det er vanskelig ut fra dette utvalget å generalisere tilbake til hele populasjonen av tannleger. Resultatene kan derfor bare ansees som gyldige for de tannlegene som faktisk har deltatt i undersøkelsen. Vi mistenker at vårt utvalg er spesielt underrepresentert blant solotannlegene.

I 1997 utførte Grytten og Sørensen en studie av den private tannlegepraksis på oppdrag fra Konkurransetilsynet (11). Konkurransetilsynet brukte da en lovhemmel som påla tannlegene å svare, og det var en svært høy svarandel; 90 %. I undersøkelsen fra 1997 oppgav 60 % av tannlegene at de arbeidet i solopraksis, mens i den foreliggende studien var det bare 37,8 % (Tabell 1). Spørsmålsformuleringen der tannlegene ble bedt om å klassifisere praksisform er nokså lik i de to undersøkelsene. Over en periode på 9 år kan det derfor se ut som om andelen solopraksiser har falt med 22 prosentpoeng. En kan bli fristet til å tolke denne forskjellen som at måten praksis drives og organiseres på, har endret seg markant i løpet av en 9-årsperiode. En forklaring kan være at ulike typer gruppepraksiser er blitt

Tabell 4. Prosentfordelingen av selskapsform i praksis ut fra tannlegens kjønn, alder og praksisform

	n	Selskapsform				
		Enkeltpersonforetak	Aksjeselskap	Ansvarlig selskap (ANS)	Delt ansvar (DA)	Annet
<b>Kjønn</b>						
Kvinner	357	73,7	21,6	1,7	1,7	1,4
Menn	814	61,4	34,5	1,5	1,6	1,0
<b>Alder</b>						
Under 35 år	170	77,7	17,7	1,2	1,8	1,8
35–50 år	453	61,8	33,3	2,0	1,8	1,1
Over 50 år	552	64,0	32,4	1,3	1,5	0,9
<b>Praksisform</b>						
Praksiseier	957	62,5	33,7	1,7	1,7	0,5
Assistenttannlege	173	87,3	8,1	0,6	1,7	2,3
Alle tannleger	1 178	65,2	30,6	1,5	1,6	1,1

Tabell 5. *Praksisorganisering ut fra tannlegens kjønn og alder. Praksiseiere som er samlokalisert med annen praksiseier. Prosent linjevis*

	n	Samlokalisert, men har helt atskilt praksisdrift	Atskilt praksisdrift, men deler noen kostnader etter avtalt nøkkel	Felles praksisdrift der inntekter og kostnader fordeles etter avtalt nøkkel
<b>Kjønn</b>				
Kvinner	121	9,9	52,9	37,2
Menn	266	14,3	50,0	35,7
<b>Alder</b>				
Under 35 år	30	10,0	36,7	53,3
35–50 år	187	12,8	55,1	32,1
Over 50 år	170	13,5	48,8	37,7
Alle praksiseiere	387	12,9	51,0	36,1

mer attraktive i lys av dereguleringen av den private tannhelsetjenesten som skjedde fra 15. november 1995.

Vi kan imidlertid ikke trekke en slik slutning siden vårt utvalg kan være skjevt. Om solotannlegene er underrepresentert blant deltakerne, er endringen i andelen tannleger i solopraksiser mindre enn det tallene viser. Siden vi ikke kjenner den reelle fordelingen av solotannleger i populasjonen i 2006, kan vi heller ikke vite hvor skjevt vårt utvalg er. En mulighet er faktisk at praksisformene er nokså stabile over tid, og at andelen tannleger som arbeider i solopraksis ikke har endret seg vesentlig.

Vår oppfatning er at det kan være vanskelig å innhente data fra den private tannlegepraksis basert på frivillighet. Den norske tannlegeforening drev en aktiv innsats for å få tannlegene til å svare (8, 10). Tannlegene ble purret én gang fra TNS Gallup, samtidig som de ble oppfordret til å svare, både på Tannlegeforeningens hjemmeside og i deres fagtidsskrift. Selv ikke den aktive markedsføringsinnsatsen gav tilstrekkelig deltakelse.

For de tannlegene som deltok i vår undersøkelse, var det flere eldre enn yngre tannleger som var praksiseiere. Etableringskostnadene ved å starte egen praksis er høye, det er derfor naturlig at man ikke blir praksiseier like etter avsluttet utdanning. De yngste tannlegene arbeider en periode som assistenttannleger. Dette kan være fornuftig; det å arbeide i praksis sammen med en mer erfaren tannlege gir nyttig erfaring både faglig og praktisk, kanskje ikke minst med henblikk på hvordan praksis bør drives.

Det er grunn til å tro at hvilken selskapsform tannlegen velger langt på vei er bestemt av bedriftsøkonomiske hensyn. Enkeltpersonforetak og aksjeselskap dominerer. De andre aktuelle selskapsformene som ansvarlig selskap og delt ansvar har nesten ingen utbredelse. Aksjeselskapsformen brukes mest av mannlige tannleger og av praksiseiere. Dette er som forventet. Det er for eksempel rimelig å anta at gevinsten ved å etablere praksisen som et aksjeselskap er størst for eierne, sammenlignet med assistenttannlegene.

Det er ulike måter å organisere praksis i fellesskap på. Den mest vanlige er at noen kostnader som husleie og lønnsutgifter til hjelpepersonell fordeles etter en avtalt nøkkel. I denne organisasjonsformen beholdes alle inntekter av den tannlegen som genererer dem. Fra et effektivitetssynspunkt er dette gunstig ved at inntjeningen direkte avhenger av den enkelte tannleges arbeidsinnsats (12–13).

Det at man selv beholder det man tjener, fungerer som en spore til ekstra innsats.

Over en tredjedel av tannlegene som arbeider i gruppe, fordeler imidlertid også sine inntekter etter en avtalt nøkkel. Vi vet ikke hvilke faktorer som inngår i denne nøkkelen. Men dette er en praksisform som stiller krav til samarbeid og til en fellesforståelse av hva som oppfattes som en rettferdig fordeling av inntektene. Vi må forvente at praksisene bruker en del ressurser på å utarbeide kriterier for fordelingen av inntekter som kan oppfattes som rettferdige av de berørte parter. Det tradisjonelle problemet med inntektsdeling er at noen lett blir gratispassasjerer på andre kollegers bekostning (12–13). Dersom tilstrekkelig mange blir gratispassasjerer, vil den samlede produksjonen i praksis gå ned, med et påfølgende effektivitetstap som konsekvens.

Det foreliggende materialet viser at det er mange forskjellige driftsformer og organisasjonsformer i allmenn tannlegepraksis. Gruppepraksiser dominerer, og her er det flere måter å organisere driften på. Av selskapsformene dominerer enkeltpersonforetakene og aksjeselskapene. Det er flere problemstillinger som burde belyses videre med utgangspunkt i de forskjellige drifts- og eierskapsformer som er dokumentert i denne studien. Hvordan påvirker for eksempel praksisorganiseringen kvaliteten på tjenestetilbudet (slik som åpningstider, behandlingsprofiler og kliniske løsninger) og effektiviteten (honorarer og kostnadene) av tjenesteproduksjonen.

## English summary

*Grytten J, Skau I, Holst D.*

### Practice organization in private dental care in Norway

Nor Tannlegeforen Tid 2007; 117: 196–200.

Few data are collected in public registers from private dental practice in Norway. A survey was carried out in 2006 and all private practitioners (n=2 618) received a questionnaire. The purpose of the survey was to describe how dental practices are currently organised. Altogether 56% responded. We suspect that solo practices may be underrepresented. The results show that 38% of the dentists work in solo practices. Independent of gender most of the dentists prefer to work with other dentists in some form of group practice. 65% of these dentists work in practices as unincorporated enterprises, the rest are organised as private limited companies. In group practices the

most common arrangement is to share some of the costs, while earnings go directly to each member of the group.

### Referanser

1. Grytten J, Skau I. Honorarer og stordriftsfordeler i privat tannlegepraksis. *Nor Tannlegeforen Tid* 1999; 109: 172–8.
2. Grytten J, Skau I. Konkurranses og tilbudsinduksjon i den private tannhelsetjenesten. *Nor Tannlegeforen Tid* 1999; 109: 180–4.
3. Grytten J, Holst D, Skau I. Prisbevissthet, kvalitet og valg av tannlege. *Nor Tannlegeforen Tid* 2004; 114: 628–31.
4. Grytten J, Sørensen R. Competition and dental services. *Health Econ* 2000; 9: 447–61.
5. Holst D, Grytten J. Praksisundersøkelsen 1992–1993. *Nor Tannlegeforen Tid* 1994; 104: 216–9.
6. Grytten J, Dalen DM. Too many for too few? Efficiency among dentists working in private practice in Norway. *J Health Econ* 1997; 16: 493–7.
7. Grytten J, Holst D. Praksisundersøkelsen 2006. *Nor Tannlegeforen Tid* 2006; 116: 452.
8. Lyngstad G. Presidenten har ordet: MNTF – en forpliktelse for både medlemmer og forening. *Nor Tannlegeforen Tid* 2006; 116: 403.
9. Grytten J, Holst D, Skau I. Praksisundersøkelsen 2006 så langt: stemmer dette? *Nor Tannlegeforen Tid* 2006; 116: 674.
10. Rolstad M. Nå pågår praksisundersøkelsen 2006. Den norske tannlegeforenings internetsider: <http://www.tannlegeforeningen.no/default.asp?k=10ftu=0ftt=950> (avlest 28.11.2006).
11. Grytten J, Sørensen R. Konkurranses og tannhelsetjenester. Discussion Paper Nr. 1/1999. Sandvika: Handelshøyskolen BI; 1999.
12. Gaynor M, Gertler P. Moral Hazard and risk spreading in partnerships. *Rand J Econ* 1995; 26: 591–613.
13. Conrad DA, Sales A, Liang S-Y, Chaudhuri A, Maynard C, Pieper L, Weinstein L, Gans D, Piland N. The impact of financial incentives on physician productivity in medical groups. *Health Serv Res* 2002; 34: 885–906.

*Adresse: Jostein Grytten, Seksjon for samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo, postboks 1052 Blindern, 0316 Oslo. E-post: josteing@odont.uio.no*

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.