



# Hvor lønnsomt er det å drive avtalepraksis?

*En studie av markedet og lønnsomhetsforhold for  
privatpraksiser innen psykologi*

**Juliane Sagen Bru & Hannah K. M. Kristoffersen**

**Veileder: Kari Nyland**

Masteroppgave, Økonomi og administrasjon, Økonomisk Styring

NORGES HANDELSHØYSKOLE

Dette selvstendige arbeidet er gjennomført som ledd i masterstudiet i økonomi- og administrasjon ved Norges Handelshøyskole og godkjent som sådan. Godkjenningen innebærer ikke at Høyskolen eller sensorer innestår for de metoder som er anvendt, resultater som er fremkommet eller konklusjoner som er trukket i arbeidet.

---

## Sammendrag

Formålet med oppgaven er å undersøke markedet og lønnsomhetsforhold for norske privatpraksiser innen psykologi for å forstå hvorfor det har blitt færre søkere på avtalehjemlene de siste årene. Markedet kan deles inn i to delmarkeder bestående av henholdsvis avtalepraksiser og helprivate praksiser. Utredningen baseres på kvantitative og kvalitative analyser som belyser markedsforhold og lønnsomhetsnivå for privatpraksiser generelt, og lønnsomhetsvariasjoner for avtalepraksiser. Lønnsomheten er analysert med utgangspunkt i data innhentet fra Bisnode SmartCheck og Helsedirektoratet. Datagrunnlaget består av 21 avtalepraksiser og 36 helprivate praksiser gjennom analyseperioden fra 2016 til 2020. Vi har også intervjuet to avtalespesialister, en helprivat psykolog, samt en advokat og spesialrådgiver i Norsk psykologforening som har bidratt til dybdeinnsikt i markeds- og lønnsomhetsforhold.

Markedsforholdene for de to praksisformene er noe ulike med hensyn til etableringsbarrierer og kundemakt. Fra intervjuene fremgår det likevel at ingen av delmarkedene preges av konkurranse på grunn av etterspørselsoverskudd. Avtalepraksisene er underlagt de regionale helseforetakene og er derfor i større grad regulert, og opplever lavere grad av autonomi. Flere reguleringer de senere årene kan dermed ha bidratt til færre søkere på avtalehjemlene.

Gjennomsnittlig lønnsomhetsnivå for avtalepraksiser og helprivate praksiser i vårt utvalg er på henholdsvis 25 og 23 prosent driftsmargin, men det er ikke signifikant mer lønnsomt å drive avtalepraksis. Sammenliknet med andre aktører innenfor helsetjenesten fremstår lønnsomheten relativt høy. Samtidig er det store lønnsomhetsvariasjoner mellom praksisene i delmarkedene. Gjennom analyseperioden ser lønnsomheten ut til å ha falt 6 prosentpoeng for avtalepraksiser, mens utviklingen har vært relativt stabil for helprivate praksiser. Nedgangen i lønnsomhet for avtalepraksisene kan muligens være en årsak til færre søkere på hjemlene.

Fra analyser av lønnsomhetsvariasjoner fant vi at antall pasienter var den eneste variabelen med signifikant innvirkning på lønnsomheten for avtalepraksiser i vårt utvalg. Avtalepraksiser med flere pasienter virker dermed å være mer lønnsomme. Likevel er ikke resultatet robust for endringer, og hvilke forhold som forklarer lønnsomhetsforskjeller er derfor usikkert.

Utredningen er for øvrig en pilotstudie på lønnsomhet for privatpraksiser og bærer derfor preg av begrensninger knyttet til utvalgsstørrelse, kvalitet på datamateriale og tidligere empiri.

## Forord

Masteroppgaven er gjennomført som en avsluttende del av vår mastergrad i økonomi og administrasjon ved Norges Handelshøyskole. Oppgaven utgjør 30 studiepoeng av vår hovedprofil i Økonomisk Styring og er gjennomført våren 2022.

Valg av tema for oppgaven er basert på et ønske om å gjennomføre et forskningsprosjekt med mulighet til å anvende både teoretiske og praktiske kunnskaper tilegnet gjennom studiet. Vi ønsket også å skrive om et dagsaktuelt tema som ikke har blitt undersøkt tidligere. Ved å analysere markedet og lønnsomheten for privatpraktiserende psykologer har vi oppnådd dette.


Oppgaven er en pilotstudie innenfor feltet lønnsomhet for privatpraktiserende psykologer. Det er derfor et sterkt behov for ytterligere forskning innenfor feltet, og vi håper at pilotprosjektet kan inspirere andre forskere. Med funnene våre håper vi å bidra til økt forståelse for utviklingen mot færre søkere på avtalehjemlene, slik at det kan bli lettere å utforme tiltak for å dempe den negative utviklingen.

Det er flere bidragsytere vi ønsker å takke og uten deres hjelp ville ikke oppgaven vært en realitet. Først vil vi takke Vegard Håvik fra Helsedirektoratet for utlevering av majoriteten av datagrunnlaget for oppgaven. Videre retter vi en stor takk til Heidi Roald, advokat og spesialrådgiver i Norsk psykologforening, som har bidratt med dybdeinnsikt i markedet. Vi ønsker også å takke intervjuobjektene for tid og villighet til å dele kunnskap og erfaringer. Familie og venner fortjener også en takk for gode innspill og gjennomlesing av oppgaven.

Avslutningsvis ønsker vi å rette en stor takk til vår veileder, Kari Nyland. Gode, konstruktive tilbakemeldinger og engasjement har bidratt til sterk motivasjon i arbeidet med oppgaven.

Norges Handelshøyskole

Bergen, 1. juni 2022



Juliane Sagen Bru



Hannah K. M. Kristoffersen

---

# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>1</b>
<b>FORORD</b> .....	<b>2</b>
<b>FIGUROVERSIKT</b> .....	<b>5</b>
<b>TABELLOVERSIKT</b> .....	<b>6</b>
<b>1 INNLEDNING</b> .....	<b>7</b>
1.1 BAKGRUNN.....	7
1.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLING.....	8
1.3 AVGRENSNINGER OG OMFANG.....	8
1.4 UTREDNINGENS STRUKTUR.....	9
<b>2 PRIVATPRAKTISERENDE PSYKOLOGER</b> .....	<b>10</b>
2.1 OFFENTLIGE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER.....	10
2.2 KLINISKE PSYKOLOGER.....	11
2.3 ORGANISERING AV PRIVATPRAKSIS.....	12
2.4 AVTALESPELIALISTER.....	12
<b>3 TEORIGRUNNLAG</b> .....	<b>15</b>
3.1 PORTERS FEMKRAFTSMODELL.....	15
3.2 PRINSIPAL-AGENT-TEORI.....	18
3.3 TEORI OM KOSTNADSDRIVERE.....	19
<b>4 METODE</b> .....	<b>22</b>
4.1 FORSKNINGSDESIGN.....	22
4.2 DATAGRUNNLAG.....	23
4.3 EVALUERING AV DATAMATERIALE.....	31
4.4 ANALYSETEKNIKKER.....	34
4.5 OPPSUMMERING AV METODE.....	39
<b>5 ANALYSE AV MARKEDET FOR PRIVATPRAKSISER</b> .....	<b>40</b>
5.1 KONKURRANSEANALYSE.....	40
5.2 STYRING AV PRIVATPRAKTISERENDE PSYKOLOGER.....	47
5.3 OPPSUMMERING AV MARKEDET FOR PRIVATPRAKSISER.....	49
<b>6 ANALYSE AV LØNNSOMHETSNIVÅ FOR PRIVATPRAKSISER</b> .....	<b>51</b>
6.1 DAGENS LØNNSOMHET FOR AVTALEPRAKSISER.....	51
6.2 DAGENS LØNNSOMHET FOR HELPRIVATE PRAKSISER.....	56
6.3 LØNNSOMHET OVER TID FOR AVTALEPRAKSISER.....	60
6.4 LØNNSOMHET OVER TID FOR HELPRIVATE PRAKSISER.....	63

---

6.5	OPPSUMMERING AV LØNNSOMHETSnivÅ FOR PRIVATPRAKSISER .....	65
<b>7</b>	<b>ANALYSE AV LØNNSOMHETSVARIASJONER .....</b>	<b>67</b>
7.1	TILPASNING AV UTVALGET .....	67
7.2	VALG AV VARIABLER .....	68
7.3	DESKRIPTIV STATISTIKK .....	72
7.4	KORRELASJONSANALYSE .....	75
7.5	REGRESJONSANALYSE MED OLS .....	77
7.6	REGRESJONSANALYSE MED FE .....	81
7.7	ROBUSTHETSANALYSE .....	83
7.8	OPPSUMMERING AV LØNNSOMHETSVARIASJONER .....	86
<b>8</b>	<b>KONKLUSJON.....</b>	<b>88</b>
8.1	SVAR PÅ FORSKNINGSSPØRSMÅL .....	88
8.2	SVAR PÅ OVERORDNET PROBLEMSTILLING .....	91
8.3	BEGRENSNINGER OG FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING.....	92
	<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>95</b>
	<b>APPENDIKS.....</b>	<b>103</b>

---

## Figuroversikt

FIGUR 1: PORTERS FEMKRAFTSMODELL (PORTER, 1992).....	16
FIGUR 2: GEOGRAFISK SPREDNING AV AVTALEPRAKSISENE .....	27
FIGUR 3: GEOGRAFISK SPREDNING AV DE HELPRIVATE PRAKSISENE .....	28
FIGUR 4: SPREDNING AV DRIFTSMARGIN FOR OBSERVASJONENE AV AVTALEPRAKSISER.....	55
FIGUR 5: SPREDNING AV DRIFTSMARGIN FOR OBSERVASJONENE AV HELPRIVATE PRAKSISER .....	60
FIGUR 6: DRIFTSMARGIN OVER TID FOR AVTALEPRAKSISER (OPPGITT I PROSENT).....	61
FIGUR 7: KPI-JUSTERT OMSETNING OG DRIFTSKOSTNADER OVER TID FOR AVTALEPRAKSISER (TALL OPPGITT I HELE TUSEN).....	62
FIGUR 8: DRIFTSMARGIN OVER TID FOR HELPRIVATE PRAKSISER (OPPGITT I PROSENT).....	63
FIGUR 9: KPI-JUSTERT OMSETNING OG DRIFTSKOSTNADER FOR HELPRIVATE PRAKSISER (TALL OPPGITT I HELE TUSEN).....	64

---

## Tabelloversikt

TABELL 1: PORTER OG RILEY SINE KOSTNADSDRIVERE (PORTER, 1992; SHANK, 1989).....	20
TABELL 2: RENSING AV DATAGRUNNLAG .....	27
TABELL 3: OVERSIKT OVER INTERVJUOBJEKTER.....	29
TABELL 4: KPI-JUSTERT DESKRIPTIV STATISTIKK AV REGNSKAPSTALL FOR AVTALEPRAKSISER.....	51
TABELL 5: COMMON SIZE FOR AVTALEPRAKSISER.....	52
TABELL 6: DESKRIPTIV STATISTIKK AV KORRIGERT DRIFTSMARGIN FOR AVTALEPRAKSISER.....	56
TABELL 7: KPI-JUSTERT DESKRIPTIV STATISTIKK AV REGNSKAPSTALL FOR HELPRIVATE PRAKSISER .....	56
TABELL 8: COMMON SIZE FOR HELPRIVATE PRAKSISER .....	57
TABELL 9: OLS-REGRESJON MED AVTALEPRAKSIS SOM FORKLARINGSVARIABEL .....	59
TABELL 10: DESKRIPTIV STATISTIKK AV KORRIGERT DRIFTSMARGIN FOR HELPRIVATE PRAKSISER .....	60
TABELL 11: DESKRIPTIV STATISTIKK AV KORRIGERT DRIFTSMARGIN FOR AVTALEPRAKSISER ETTER TILPASNING AV UTVALGET .....	68
TABELL 12: DESKRIPTIV STATISTIKK AV UTVALGTE VARIABLER TIL REGRESJONENE.....	73
TABELL 13: KORRELASJONSMATRISER.....	75
TABELL 14: OLS-REGRESJON FOR LØNNSOMHETSVARIASJONER MELLOM AVTALEPRAKSISER.....	78
TABELL 15: FE-REGRESJON FOR LØNNSOMHETSVARIASJONER INNAD AVTALEPRAKSISER .....	82
TABELL 16: ROBUSTHETSTEST FOR ANTALL PASIENTER I OLS-REGRESJONEN MED KONTROLLVARIABLER .....	84
TABELL 17: ROBUSTHETSTEST FOR SAMTLIGE VARIABLER I FE-REGRESJONEN.....	86

---

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Psykisk helse rapporteres som den største folkehelseutfordringen av mange kommuner i Norge, og ifølge Folkehelseinstituttet vil mellom 30 og 50 prosent av befolkningen få en psykisk lidelse i løpet av livet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 9; Regjeringen.no, 2021a). Psykiske lidelser medfører store kostnader for samfunnet, og kostnadene knyttet til produksjonstap ble estimert til hele 48 milliarder kroner i 2015 (Line & Sælensminde, 2019, s. 27). For å forhindre at psykiske plager utvikler seg i en mer alvorlig retning, og dermed kan ramme produksjonen i samfunnet, har regjeringen psykisk helse som et av sine viktigste satsingsområder (Regjeringen.no, 2021b).

En del av regjeringens nye opptrappingsplan for psykisk helse innebærer en økning av kapasiteten i spesialisthelsetjenesten, og det er de regionale helseforetakene som står ansvarlige for at befolkningen tilbys spesialisthelsetjenester gjennom «sørge-for-ansvaret» (Norsk psykologforening, 2021a; NOU 2019: 24, s. 163). Ansvarer innebærer blant annet oppfyllelse av pasientenes rett til øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp. For å øke kapasiteten i spesialisthelsetjenesten kan de regionale helseforetakene øke sine innkjøp av tjenester fra private aktører (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-1 a). Privatpraktiserende psykologer som leverer tjenester på vegne av de regionale helseforetakene kalles avtalespesialister.

De siste årene har etterspørselen etter kliniske psykologtjenester økt betraktelig, men tilbudet av avtalespesialister har vært tilnærmet uendret (Helsedirektoratet, 2022b; Spets, 2021b). En konsekvens er at ventelistene har blitt lengre, og behovet for effektivisering og prioritering har blitt forsterket (Nyman, 2019). Koronapandemien har særlig bidratt til en økning i etterspørselen, ettersom flere sliter med psykiske plager (Helse Sør-Øst, 2021; Nes et al., 2020). Hos flere avtalespesialister er ventetiden på mer enn seks måneder, og i Helse Sør-Øst er ventetiden på over et år (Mental Helse, 2021).

Fra samtaler med Norsk psykologforening fremgår det at stillingene for avtalespesialister, såkalte avtalehjemler, har færre søkere nå enn tidligere (H. Roald, personlig kommunikasjon, 10. mars 2022). Samtidig har foreningen de siste seks årene sett en tredobling av antall medlemmer som oppretter helprivate praksiser, som er privatpraksiser uten avtale med de regionale helseforetakene. De helprivate praksisene inngår ikke i spesialisthelsetjenesten og er mindre tilgjengelige for folk flest på grunn av høyere priser (H. Roald, personlig



kommunikasjon, 20. april 2022). Økningen i antallet helprivate praksiser samt færre søkere på avtalehjemlene kan muligens tyde på at det har blitt gunstigere å drive helprivat praksis fremfor avtalepraksis, som er praksiser bestående av avtalespesialister. Dermed kan tilgjengeligheten av psykologtjenester for folk flest med lave priser være utsatt. Vi ønsker derfor å se nærmere på delmarkedet og lønnsomheten for avtalepraksiser sammenliknet med helprivate praksiser for å forstå utviklingen i markedet for privatpraktiserende psykologer.

## 1.2 Formål og problemstilling

Utredningen har som formål å undersøke delmarkedet og lønnsomhetsforhold for avtalepraksiser i Norge, for å få innsikt i hvorfor det har blitt færre søkere på avtalehjemlene de siste årene. For bedre forståelse av forholdene for avtalepraksiser vil vi sammenlikne med helprivate praksiser, ettersom psykologene innenfor begge praksisformene er privatpraktiserende. Oppgaven vil derfor ta for seg følgende problemstilling:

*Hvordan er delmarkedet og lønnsomheten for avtalepraksiser?*

For å besvare problemstillingen har vi utformet følgende tre forskningsspørsmål:

1. Hvordan karakteriseres delmarkedene for avtalepraksiser og helprivate praksiser?
2. Hvordan er lønnsomhetsnivået i delmarkedet for avtalepraksiser sammenliknet med helprivate praksiser?
3. Hvilke variabler kan forklare lønnsomhetsvariasjoner i delmarkedet for avtalepraksiser?

## 1.3 Avgrensninger og omfang

Utredningen er en pilotstudie av lønnsomhetsforhold for privatpraktiserende psykologer ettersom det ikke foreligger tidligere studier innenfor dette feltet. Derfor er oppgaven preget av avgrensninger som presenteres i det følgende.

Oppgavens omfang er avgrenset til privatpraksiser organisert som aksjeselskap. Samtidig er de fleste privatpraksiser organisert som enkeltpersonforetak, slik at kun en begrenset del av markedet kan analyseres. Avgrensningen er likevel nødvendig for å studere lønnsomhet ettersom kun aksjeselskap er regnskapspliktige med offentlig tilgjengelige årsregnskap (Brønnøysundregistrene, 2021a). Tilgangen på datamateriale har medført at utvalget vårt utgjør en liten del av markedet og består av totalt 21 avtalepraksiser og 36 helprivate praksiser.

---

Med et større utvalg og tilgang på regnskapstall for enkeltpersonforetak kunne vi analysert lønnsomheten i markedet for privatpraktiserende psykologer på en mer helhetlig måte.

For utredningen har vi lagt til grunn tre forutsetninger knyttet til datagrunnlaget vårt. For det første forutsetter vi at regnskapene for selskap med næringskoden Klinisk psykologtjeneste (86.905) er representative for privatpraksiser. Næringskoden er basert på hovedaktiviteten til et selskap (Brønnøysundregistrene, 2021b), og regnskapene kan derfor inneholde tall fra andre aktiviteter enn psykologtjenester. For det andre forutsetter vi at praksisene vi har skilt ut som helprivate praksiser ikke inkluderer avtalespesialister. Selskapene er skilt ut ved bruk av aktivitetsdata for avtalepraksiser utlevert fra Helsedirektoratet, slik at selskaper som ikke inngår i datamaterialet antas å være helprivate praksiser. Dersom det er mangler i datasettet kan enkelte helprivate praksiser inneholde avtalespesialister. Vår tredje forutsetning er at avtalepraksisene i vårt utvalg består av én avtalespesialist siden det er registrert ett individuelt ID-nummer fra Helsepersonellregisteret per organisasjonsnummer. For praksiser innenfor området nevropsykologi (heretter nevropraksiser) har vi fått indikasjoner på at det er vanlig å ha hjelpepersonell i tillegg til en avtalespesialist (Informant 3, 2022). Derfor kan regnskapene for nevropraksiser inneholde lønnskostnader for mer enn en person. Likevel virker forutsetningen om én avtalespesialist per avtalepraksis rimelig basert på samtaler med Norsk psykologforening og intervjuobjektene våre.

For å få et nyansert bilde av lønnsomheten har vi avgrenset utvalget til selskaper med komplett datamateriale for årene fra 2016 til 2020. Vi har valgt en tidsperiode på fem år for å sikre et stort nok utvalg med komplette data, samtidig som effekter av enkeltår jevnes ut. Ved tidspunktet for datainnhenting var de nyeste tilgjengelige regnskapstallene fra 2020, og dermed ble femårsperioden fra 2016 til 2020 et naturlig valg. Vi har også gjennomført en manuell rensing av datagrunnlaget slik at praksisene i utvalget antas å være representative.

## 1.4 Utredningens struktur

Utredningen består av 8 kapitler i tillegg til litteraturliste og appendiks. I kapittel 1 til 4 dannes grunnlaget for analysen, og kapitlene omfatter problemstilling og bakgrunn for utredningen, en beskrivelse av markedet for privatpraktiserende psykologer, teorigrunnlaget og metoden vi har benyttet, samt datagrunnlaget for utredningen. Kapittel 5 til 7 utgjør utredningens analyse der de tre forskningsspørsmålene analyseres i hvert sitt kapittel. Avslutningsvis inneholder kapittel 8 en samlet konklusjon for utredningen og forslag til videre forskning.

## 2 Privatpraktiserende psykologer

Hensikten med dette kapittelet er å gi overordnet kunnskap om kliniske psykologer (heretter psykologer) som driver privatpraksis i Norge. Først vil vi redegjøre for oppbygningen av offentlige helse- og omsorgstjenester, der avtalespesialister inngår. Deretter vil vi beskrive hva det innebærer å være psykolog, hvordan privatpraktiserende psykologer organiseres, og hva som skiller avtalespesialister fra helprivate psykologer.

### 2.1 Offentlige helse- og omsorgstjenester

I Norge deles offentlige helse- og omsorgstjenester inn i spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester (Regjeringen.no, 2014). Psykisk helsevern inngår i spesialisthelsetjenesten, og omfatter undersøkelser og behandling av pasienter med psykiske lidelser (Psykisk helsevernloven, 1999, § 1-2). Behandlingstilbudet omfatter en rekke behandlingsformer, og i denne oppgaven vil vi studere poliklinisk behandling.

Spesialisthelsetjenesten omfatter distriktpspsykiatriske sentre (heretter DPS), barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (heretter BUP) og avtalespesialister (Helsenorge, 2019b). Et DPS tilbyr blant annet samtalebehandling, og pasienter med mer alvorlige plager blir ofte henvist dit. Pasienter under 18 år vil henvises til BUP. I motsetning til DPS og BUP er avtalespesialister privatpraktiserende psykologer. Avtalespesialistene er likevel offentlig finansiert, slik at behandling hos de tre tilbyderne medfører like priser for pasientene (Helsedirektoratet, 2019). Som supplement til spesialisthelsetjenesten tilbyr også helprivate psykologer behandling innenfor psykisk helsevern (Dahlstrøm & Lundemo, 2019, s. 2; Norsk psykologforening, u.å.c). Tilbudet fra helprivate psykologer er i stor grad aktuelt for pasienter med høyere betalingsvillighet eller betalingsevne på grunn av betydelig høyere priser for pasientene (H. Roald, personlig kommunikasjon, 20. april 2022). Imidlertid bidrar både helprivate psykologer og avtalespesialister til økt tilgjengelighet, slik at flere pasienter får tilbud om behandling raskere (Dahlstrøm & Lundemo, 2019, s. 2). Tilbudet fra avtalespesialistene vil likevel i større grad bidra til økt tilgjengelighet for folk flest sammenliknet med helprivate psykologer på grunn av lavere priser for pasientene.

---

## 2.2 Kliniske psykologer

Psykolog er en beskyttet tittel i Norge som man oppnår med autorisasjon eller lisens ved fullført klinisk profesjonsstudium i psykologi (Ringdal, 2015; Utdanning.no, u.å.). Autorisasjon tildeles fra Helsedirektoratet og medfører godkjenning til behandling av pasienter med psykiske lidelser (Norsk psykologforening, u.å.a). Ved autorisasjon registreres psykologen som helsepersonell og får tildelt et individuelt ID-nummer i Helsepersonellregisteret, kalt HPR-nummer (Helsedirektoratet, 2021). Formålet med autorisasjonsordningen er å ivareta pasientsikkerheten og styrke befolkningens tillit til at psykologer innehar påkrevde kvalifikasjoner for å utøve yrket selvstendig (Ringdal, 2015).

En psykolog har mulighet til å bli psykologspesialist ved å spesialisere seg innenfor et spesifikt område innenfor psykologi (Norsk psykologforening, u.å.d). Mulige spesialiseringsområder er voksenpsykologi, barne- og ungdomspsykologi, og nevropsykologi der man fokuserer på forholdet mellom hjernen og atferd (Hansen & Hove, 2020, s. 10; Norsk psykologforening, u.å.b). Fullført spesialistutdanning er en forutsetning for å bli avtalespesialist, men spesialistutdanning er ikke et krav for helprivate psykologer (H. Roald, personlig kommunikasjon, 10. mars 2022; Norsk psykologforening, 2021b, s. 1).

De fleste psykologer jobber i kommunehelsetjenesten, på sykehus eller i DPS (Utdanning.no, u.å.). Psykologer kan også opprette privatpraksiser der de selvstendig praktiserer psykologtjenester (Norsk psykologforening, u.å.a). En privatpraksis kan enten være helprivat eller offentlig finansiert ved at psykologen er avtalespesialist (Norsk psykologforening, u.å.a). Spesialiseringen til en psykologspesialist medfører også at privatpraksiser kan ha noe ulik innretning. Nevropraksiser bestående av psykologer med spesialisering innenfor nevropsykologi skiller seg særlig fra andre praksiser med hensyn til bruk av hjelpepersonell og fokus på utredning fremfor samtaleterapi (H. Roald, personlig kommunikasjon, 10. mars 2022; Informant 3, 2022). I tillegg kan praksiser ha ulik profil rettet mot enten utredningspraksis eller psykoterapi. Utredningspraksiser har typisk mange pasienter med kortere behandlingsløp, mens fokus på psykoterapi medfører lengre behandlingsløp og ofte færre pasienter (H. Roald, personlig kommunikasjon, 10. mars 2022).

Vanlige arbeidsoppgaver for en psykolog er utføring av terapisaamtaler med pasienter, samt journalføring og dokumentering (Utdanning.no, u.å.). I tillegg har flere psykologer oppgaver knyttet til kriseberedskap og sakkyndighetsoppdrag (Personlig kommunikasjon med Norsk

psykologforening, 31. januar 2022). De fleste psykologer behandler flere pasienter daglig, der hver av de følges opp over tid. Psykologer med spesialisering innen nevropsykologi (heretter nevropsykologer) har derimot ofte én pasient inne til utredning en hel dag (Hansen & Hove, 2020, s. 10).

## 2.3 Organisering av privatpraksis

Privatpraksiser kan ha ulike organiseringsformer og valg av organisasjonsform får konsekvenser for hvilke lover privatpraksisen underlegges, skatterettslige spørsmål, krav til minstekapital og risiko. Den mest utbredte organisasjonsformen for privatpraksiser er enkeltpersonforetak, men også aksjeselskap benyttes (Roald & Lajord, 2015).

Organisasjonsformen enkeltpersonforetak er den enkleste måten å etablere praksis på (Altinn, 2021d). Denne formen gir innehaveren stor valgfrihet, men risikoen er til gjengjeld betydelig fordi innehaveren står personlig ansvarlig for de økonomiske forpliktelsene til praksisen (Roald & Lajord, 2015). Privatpraksiser organisert som enkeltpersonforetak er normalt ikke regnskapspliktige på grunn av lave eiendeler og få eller ingen ansatte (Uksnøy, 2022).

En privatpraksis organisert som aksjeselskap kan ha en eller flere innehavere, men innehaverne vil ikke stå personlig økonomisk ansvarlige (Aksjeloven, 1997, § 1-1). Ved organisering som aksjeselskap kan innehaveren velge å motta utbetalinger i form av lønn eller utbytte, avhengig av om innehaveren ansetter seg selv eller ikke (Altinn, 2021c). Alle aksjeselskap er for øvrig pliktige til å føre regnskap (Regnskapsloven, 1998, § 1-2). Valg av utbetalingsform for lønn får innvirkning på regnskapet ettersom lønnskostnader og utbytte utgjør ulike regnskapsposter. For en privatpraksis organisert som aksjeselskap er det et krav om innskutt aksjekapital på 30 000 kroner (Altinn, 2021c). Før 2012 var kravet på 100 000 kroner og organisasjonsformen har derfor blitt mer populær de siste årene (Nærings- og fiskeridepartementet, 2017).

## 2.4 Avtalespesialister

Psykologer med driftsavtale kalles for avtalespesialister (Helsenorge, 2019b). Enhver avtalespesialist har en individuell avtale med et regionalt helseforetak, og driftsavtalen (også kalt avtalehjemmelen) er dermed personlig (Helsenorge, u.å.). Det er de regionale helseforetakene som oppretter nye avtalehjemler ved behov, og heltidshjemler er mest vanlig

---

(Norsk psykologforening, 2021b, s. 4). I 2020 var det totalt 500 avtalehjemler innen psykisk helsevern og heltidshjemler utgjorde 416 av disse (Ellingsen & Lundemo, 2021, s. 38).

Ved opprettelse av ny hjemmel bestemmer det regionale helseforetaket hvem som får tilbud om driftsavtalen. Kvalifikasjonsprinsippet skal da følges for å sikre at hjemmelen tilbys den best kvalifiserte søkeren med hensyn til blant annet faglig kompetanse, samarbeidsevne og evne til å drive selvstendig virksomhet (Norsk psykologforening, 2021b, s. 4). Basert på samtaler med Norsk psykologforening fremgår det også at lang erfaring fra spesialisthelsetjenesten ofte vektlegges ved tildeling av hjemmel (H. Roald, personlig kommunikasjon, 10. mars 2022).

En avtalespesialist er underlagt Rammeavtalen, som blant annet regulerer rammebetingelsene for drift av avtalepraksis (Norsk psykologforening, 2021b, s. 1). Avtalespesialister plikter eksempelvis å ha et elektronisk pasientjournalssystem, samt være tilknyttet Norsk Helsenett. Krav til journalføring er også gjeldende for psykologer uten driftsavtale ifølge Helsepersonelloven (1999, § 39). For at avtalespesialistens driftsavtale skal være gjeldende må pasienten få henvisning fra fastlege, leder av barneverntjenesten eller psykolog (Helsenorge, u.å.; Norsk psykologforening, 2021b, s. 3).

#### 2.4.1 Inntekter for avtalespesialister

For avtalespesialister består inntektene hovedsakelig av tre komponenter: egenandeler fra pasienter, refusjoner fra Helfo og driftstilskudd fra et regionalt helseforetak (Helfo, 2020). Driftstilskudd samt beløp for egenandeler og refusjoner fastsettes årlig gjennom forhandlinger mellom staten, de regionale helseforetakene og Norsk psykologforening (Norsk psykologforening, 2021b, s. 7). Helprivate psykologer mottar derimot verken refusjoner eller driftstilskudd ettersom de ikke har avtale med de regionale helseforetakene. De helprivate praksisene blir dermed finansiert utelukkende gjennom betaling fra pasienter (Hansen & Hove, 2020, s. 8). Prisene for behandling av pasienter fastsettes av de helprivate psykologene, og prisene er som nevnt betydelig høyere enn egenandelene pasientene betaler hos avtalespesialister.

Fra 1. juli 2021 er beløpet for fullt driftstilskudd fastsatt til 565 000 kroner på årsbasis (Norsk psykologforening, 2021c, s. 2). For å motta fullt driftstilskudd forutsettes 100 prosent driftshjemmel, også kalt heltids- eller fulltidshjemmel. Dersom psykologen isteden har deltidshjemmel vil driftstilskuddet reduseres i henhold til størrelsen på hjemmelen (Norsk

psykologforening, 2021c, s. 2). Ved fulltidshjemmel forutsetter Rammeavtalen minst 44 uker per år med “behandlende virksomhet inkludert administrasjon av praksis” med gjennomsnittlig 37,5 time per uke (Norsk psykologforening, 2021b, s. 7). Dersom aktiviteten ligger under 20 prosent av det som fremgår av Rammeavtalen, må psykologen redegjøre for hvorfor aktiviteten ligger under norm. Hvis forklaringen ikke anses tilfredsstillende, kan driftstilskuddet reduseres tilsvarende avviket fra avtalt aktivitet.

En konsultasjon hos en avtalespesialist vil utløse ulike takster regulert av *Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos psykolog* (Helfo, 2020). I forskriften angis hvilke takster som kan benyttes ved ulike typer behandlinger og muligheter for kombinasjoner av takster i samme konsultasjon (Helfo, 2020). Forskriften er også vedlagt i Takstrundskrivet som inneholder oppdatert informasjon for avtalespesialister basert på årlige forhandlinger mellom staten, de regionale helseforetakene og Norsk psykologforening (Norsk psykologforening, 2021c). Hver takst har et fastsatt takstbeløp, også kalt honorar, som består av en egenandel og en refusjonsandel (Norsk psykologforening, 2021c, s. 17). De fleste takstene har også tidsangivelse som angir hvor lenge pasienten er til stede for behandling (Norsk psykologforening, 2021c, s. 18), slik at samme behandling med ulik tidsbruk vil utløse ulike takstbeløp. En konsultasjon kan dermed variere i omfang basert på hvilke takster som utløses, og avtalespesialisten kan til en viss grad påvirke sine inntekter ved å tilpasse type behandling og behandlingstid.

---

## 3 Teorigrunnlag

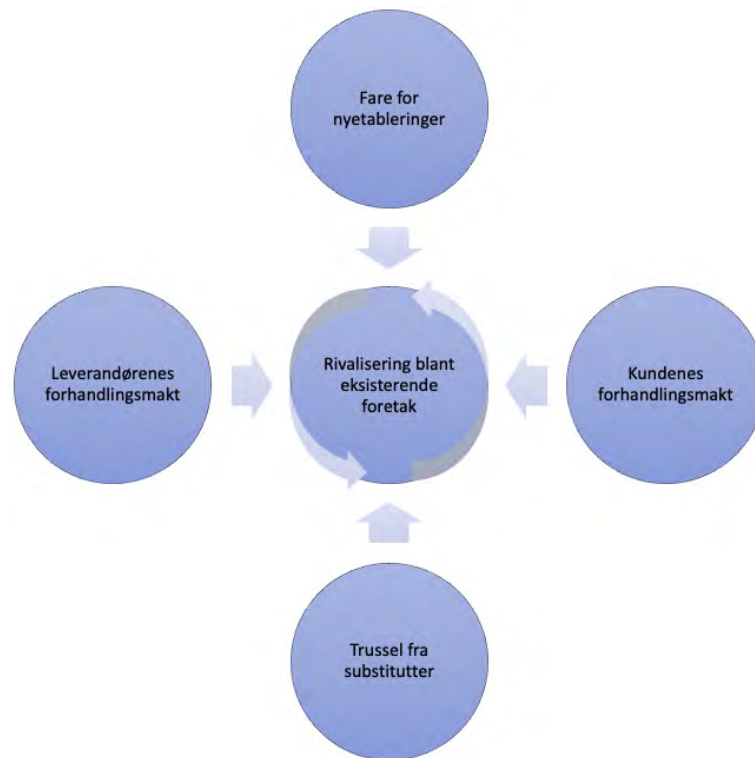
Formålet med dette kapittelet er å gi en innføring i utredningens teorigrunnlag. Porters femkraftsmodell og prinsipal-agent-teori benyttes for å analysere konkurransesituasjonen og markedsforhold for avtalepraksiser og helprivate praksiser. Slike analyser er også hensiktsmessige for å forstå lønnsomheten i delmarkedene ettersom grad av konkurranse og reguleringer er avgjørende for lønnsomhetspotensialet. Vi vil også benytte Porter og Riley sine rammeverk om kostnadsdrivere for å analysere lønnsomhetsforholdene i markedet, ettersom forskjeller i kostnader ofte kan bidra til å forklare lønnsomhetsvariasjoner.

### 3.1 Porters femkraftsmodell

Porters femkraftsmodell benyttes i oppgaven fordi modellen er egnet for å belyse konkurranseforhold og lønnsomhetspotensiale i et marked (Porter, 1979). Innsikt i konkurransesituasjonen i delmarkedene for avtalepraksiser og helprivate praksiser er nyttig for bedre å forstå dagens markeds- og lønnsomhetsforhold for de to praksisformene. Undersøkelser av konkurranseforhold vil også bidra til å avdekke karakteristikk ved delmarkedene, og vil derfor benyttes i analysen av forskningsspørsmål 1.

I henhold til Porter (1992, s. 22) kan markedskreftene klassifiseres i fem deler: rivalisering blant eksisterende foretak, fare for nyetableringer, kundenes forhandlingsmakt, leverandørens forhandlingsmakt og trussel fra substitutter. Av figur 1, der modellen er illustrert, fremgår det at rivalisering blant eksisterende foretak påvirkes av de resterende markedskreftene. Styrken på markedskreftene avhenger av markedet som analyseres, og kan endres etter hvert som markedet utvikles (Porter, 1979). I markedet for privatpraksiser anses leverandørens forhandlingsmakt som irrelevant ettersom praksisene i liten eller ingen grad benytter leverandører i sin tjenesteproduksjon. Derfor vil vi ta utgangspunkt i de fire resterende markedskreftene i vår analyse.





Figur 1: Porters femkraftsmodell (Porter, 1992)

### 3.1.1 Rivalisering blant eksisterende foretak

Antall aktører i bransjen, vekst og overkapasitet påvirker rivaliseringen blant dagens aktører (Bjørnenak, 2019, s. 21). Ved mange aktører, sterk vekst og overkapasitet av tjenestetilbydere vil rivaliseringen være sterk (DigitalNorway, 2021; Porter, 1979). Sterk intern rivalisering kan medføre redusert lønnsomhetspotensiale i markedet ettersom praksisene i større grad konkurrerer mot hverandre (Porter, 1992, s. 28-29). Da kan det eksempelvis oppstå priskonkurransen slik at mulighetene for et høyt overskudd reduseres.

### 3.1.2 Fare for nyetableringer

Trusselen fra nyetableringer påvirker også lønnsomhetspotensialet i markedet for privatpraksiser. Nyetableringer tilfører mer kapasitet i markedet, slik at konkurranseintensiteten øker (Porter, 1979). Imidlertid må trusselen vurderes ut ifra om etableringen vil utgjøre en reell fare for eksisterende praksiser, som avhenger av etableringsbarrierene i markedet. Porter drøfter seks kilder til etableringsbarrierer, og i det følgende vil vi presentere de vi anser som relevante for privatpraktiserende psykologer.

#### *Statlige reguleringer*

Statlige reguleringer er en type etableringsbarriere for nyetableringer (Porter, 1979). Staten kan eksempelvis regulere adgangen til markedet gjennom å begrense antall autorisasjoner og

---

lisenser som kan utstedes. I tillegg fastsetter de regionale helseforetakene antall avtalehjemler i delmarkedet for avtalepraksiser, og dermed antall aktører.

### *Produktdifferensiering*

Produktdifferensiering innebærer at de etablerte praksisene i markedet tilbyr tjenester som skiller seg fra konkurrentenes tjenester (Stoltz, 2021). Eksempelvis kan en praksis differensiere seg gjennom valg av spesialistområde dersom psykologen er psykologspesialist. Graden av produktdifferensiering vil påvirke etableringsbarrierene, og en økende differensieringsgrad medfører redusert trussel for nyetableringer (Porter, 1979).

### *Kostnadsulempen uavhengig av størrelse*

Kostnadsulempen uavhengig av størrelse skyldes at de etablerte praksisene i markedet har en kostnadsfordel som nyetablerte vanskelig kan oppnå (Porter, 1979). Det kan være fordeler relatert til læringseffekter eller erfaring som kan bidra til lavere kostnader for eksisterende aktører i markedet. Alternativt kan nyetableringer utsettes for kostnadsulempen dersom de etablerte praksisene har kapret en gunstig lokasjon eller har inngått fordelaktige avtaler. Ved store kostnadsulempen vil etableringsbarrierene være høye, slik at den reelle trusselen fra nyetableringer blir lav.

### *Kapitalkrav*

Kapitalkrav kan også være en etableringsbarriere for potensielle nyetableringer (Porter, 1979). Det kan skyldes oppstartskostnader ved etablering av privatpraksis knyttet til eksempelvis opprettelse av aksjeselskap, IT-systemer og lokaler. Når kapitalkravene vurderes som høye kan trusselen fra nyetableringer svekkes, ettersom etableringsbarrieren kan virke avskrekkende for potensielle nyetableringer (Porter, 1979).

### **3.1.3 Trussel fra substitutter**

Et substitutt kan defineres som en alternativ tjeneste som dekker tilsvarende behov for pasienten (NOU 2010: 14, s. 68). Privatpraksiser konkurrerer derfor mot andre aktører som tilbyr psykologtjenester. For begge praksisformene vil DPS, BUP og psykologer i kommunen være aktuelle substitutter. I tillegg vil avtalepraksiser være substitutter for helprivate praksiser, og motsatt. Antall substitutter og hvor gode alternativer substituttene utgjør for pasientene, vil påvirke rivaliseringen i markedet og dermed lønnsomhetspotensialet (Bjørnenak, 2019, s. 21).

### 3.1.4 Kundenes forhandlingsmakt

Ved å sette tilbyderne opp mot hverandre kan kundene utnytte sin forhandlingsmakt til å presse ned prisene eller kreve bedre kvalitet på tjenesten (Porter, 1979). Påvirkningskraften avhenger imidlertid av hvor mange kunder som befinner seg i markedet (NOU 2010: 14, s. 67). Forhandlingsmakten vil også være svakere i markeder bestående av mange små kunder. Samtidig vil kundenes forhandlingsmakt avhenge av hvor stort og differensiert tilbudet i markedet er og om byttekostnadene er høye (Bjørnenak, 2019, s. 22; Porter, 1979). Nivået på byttekostnadene påvirkes av ulempene ved å bytte fra en psykologpraksis til en annen. Ved et begrenset og differensiert tilbud med høye byttekostnader vil kundene ha svak forhandlingsmakt, slik at rivaliseringen i markedet i liten grad vil påvirkes.

## 3.2 Prinsipal-agent-teori

Prinsipal-agent-teori kan benyttes til å analysere styringsmekanismer som foreligger ved bruk av private aktører som leverandører av psykologtjenester på vegne av staten (NOU 2020: 13, s. 61). I markedet vi analyserer innehar privatpraksisene rollen som agent, mens staten fungerer som prinsipal. Avtalepraksisene er i tillegg underlagt de regionale helseforetakene, slik at også de regionale helseforetakene vil fungere som prinsipal i dette delmarkedet. I utredningen vil vi derfor benytte prinsipal-agent-teori for å analysere hvordan delmarkedene og lønnsomheten for avtalepraksiser og helprivate praksiser preges av styring fra prinsipalen. Slik kan teorien bidra til å avdekke karakteristikker ved delmarkedene for de to praksisformene og prinsipal-agent-teori benyttes derfor i analysen av forskningsspørsmål 1.

Behovet for styring oppstår som følge av at prinsipalen sjelden kan observere alle handlingene agenten utfører eller forholdene som påvirker resultatet (Golsbee et al., 2016, s. 615). Slik har agenten mulighet til å utføre handlinger ut ifra egeninteresse fremfor prinsipalens målsettinger og det kan derfor oppstå prinsipal-agent-problemer. Størrelsen på prinsipal-agent-problemet avhenger blant annet av hvor sterkt målene til aktørene avviker (Andresen & Idsø, 2016). Ved et stort nok avvik vil det være behov for at prinsipalen utformer styringsmekanismer for å sikre at tjenesten samsvarer med statens målsettinger (NOU 2020: 13, s. 61).

For å redusere omfanget av prinsipal-agent-problemer er det flere styringsmekanismer prinsipalen kan benytte (NOU 2020: 13, s. 61). Mulige styringsformer for privatpraktiserende psykologer er regler, økonomiske insentiver og tillit. Ved regelstyring er det fastsatt krav i lover og forskrifter eller i spesifikke kontrakter (NOU 2020: 13, s. 75). Denne formen for

---

styring er dermed vanskelig for agenten å fravike, slik at eventuelle økte kostnader sjelden kan unngås. Styring gjennom økonomiske insentiver innebærer monetære belønninger (NOU 2020: 13, s. 61), eksempelvis økt driftstilskudd eller honorar. For en privatpraksis kan økonomiske insentiver gjøre det mer lønnsomt å handle i tråd med prinsipalens målsettinger, men praksisen velger selv om de ønsker å innrette seg etter målsettingene. Imidlertid kan økonomiske insentiver virke svekkende på den indre motivasjonen til agenten, og bruk av tillit kan da være en effektiv styringsmekanisme (NOU 2020: 13, s. 61). En form for styring gjennom tillit er profesjonsstyring, hvilket innebærer at psykologene gjennom sin profesjon antas å ha god kunnskap om hvordan tjenesten bør ytes, slik at psykologene i stor grad får bestemme hvordan de vil organiseres (NOU 2020: 13, s. 77). Ved kombinasjon av styring gjennom regler, økonomiske insentiver og tillit kan behovet for kontroll reduseres.

### 3.3 Teori om kostnadsdrivere

I de fleste bransjer er det enkelte selskaper med bedre lønnsomhet enn andre og lønnsomhetsvariasjonene kan skyldes ulikt fokus på kostnadslederskap og reduksjon av kostnader (Porter, 1992, s. 19-31). For å forklare forskjeller i kostnadsnivå mellom ulike aktører kan teori om kostnadsdrivere benyttes (Bjørnenak, 2019, s. 59). Vi vil derfor anvende Porter og Riley sine rammeverk om kostnadsdrivere for å undersøke mulige årsaker til lønnsomhetsvariasjoner for avtalepraksiser i analysen av forskningsspørsmål 3. Analyse av kostnader vil være særlig aktuelt ettersom inntektene for et gitt aktivitetsnivå for avtalepraksiser i stor grad er bestemt av fastsatte takster og driftstilskudd. I tillegg benytter vi teori om kostnadsdrivere som et supplement i analysen av forskningsspørsmål 1 for å undersøke om det foreligger forskjeller i kostnadsnivå mellom de to praksisformene.

Porter sitt rammeverk for kostnadsdrivere er basert at det er viktig å ha oversikt over årsakene til kostnadene i selskapet for å oppnå lavere kostnader, og dermed kostnadslederskap (Porter, 1992, s. 91). De strukturelle årsakene til kostnadene ved en gitt aktivitet defineres av Porter som kostnadsdrivere. I hvor stor grad et foretak kan styre sine kostnadsdrivere og dermed påvirke egne kostnader vil variere (Porter, 1992, s. 91). Det er likevel nyttig å være bevisst på kostnadsdriverne i et selskap, og Porter har derfor utviklet et rammeverk bestående av ti kostnadsdrivere som ifølge Porter avgjør kostnadene ved aktiviteter.

I tillegg til Porter sine kostnadsdrivere ønsker vi å se på Riley sitt rammeverk, som er en videreutviklet utgave av rammeverket til Porter (Shank, 1989, s. 56). I Riley sitt rammeverk

er kostnadsdriverne delt i to ulike kategorier. Kategorien operasjonelle kostnadsdriverne kan knyttes til hvordan aktiviteter utføres (Bjørnenak, 2019, s. 59-60). For slike kostnadsdriverne er som regel mer av en driver bedre (Shank, 1989, s. 57). Eksempelvis kan økt kapasitetsutnyttelse medføre lavere kostnader per enhet. Den andre kategorien kalt strukturelle kostnadsdriverne kan i mindre grad påvirkes og krever ofte organisatoriske endringer eller investeringer (Bjørnenak, 2019, s. 59-60). For de strukturelle driverne vil det ikke nødvendigvis være et lineært forhold mellom en kostnadsdriver og prestasjoner (Shank, 1989, s. 57). Eksempelvis vil ikke alltid økt erfaring medføre bedre prestasjoner, ettersom man i mindre grad kan være villig til å gjennomføre tilpasninger av virksomheten ved lang erfaring.

I tabell 1 har vi oppført Porter og Riley sine kostnadsdriverne for å illustrere fellestrekk og ulikheter. I utredningen vil vi fokusere på de kostnadsdriverne vi anser som aktuelle for privatpraksiser, og som kan analyseres med utgangspunkt i vårt datamateriale. Vi vil derfor redegjøre for læring og erfaring, kapasitetsutnyttelse og institusjonelle faktorer. Stordriftsfordeler er en annen kostnadsdriver som ofte er gjeldende for verdiaktiviteter (Porter, 1992, s. 91). Vi vil imidlertid ikke fokusere på denne kostnadsdriveren ettersom vi ikke har konkrete tall på hvor mange psykologer som inngår i hver privatpraksis, eller informasjon om en praksis inngår i et praksisfellesskap. Vi antar også at avtalepraksisene i vårt utvalg kun består av én avtalespesialist, slik at praksisene antas å ha omtrent lik størrelse.

Kostnadsdriverne	
Porter	Riley
Stordriftsfordeler	<u>Strukturelle:</u>
Læring	Skala
Kapasitetsutnyttelse	Omfang
Bindeledd	Erfaring
Samarbeid	Teknologi
Integrasjon	Kompleksitet
Timing	
Strategiske valg	<u>Operasjonelle:</u>
Lokalisering	Ansattes engasjement
Institusjonelle faktorer	Kvalitetsstyring
	Kapasitetsutnyttelse
	Produksjonslokalenes utforming
	Produktdesign
	Samarbeid

Tabell 1: Porter og Riley sine kostnadsdriverne (Porter, 1992; Shank, 1989)

### 3.3.1 Læring og erfaring

Kostnadsdriveren knyttet til læring og erfaring nevnes både i Porter og Riley sitt rammeverk (Porter, 1992, s. 94; Shank, 1989, s. 56). Porter fremmet særlig at læring på sikt kan bidra til reduserte kostnader gjennom økt rasjonalitet. Eksempler han trekker frem er knyttet til bedre utnyttelse av arbeidskraft og bedre oppsett av tidsplaner (Porter, 1992, s. 94). For privatpraksiser virker dette å være en relevant kostnadsdriver ettersom man over tid kan lære hvordan praksisen kan organiseres for å redusere kostnadene. Riley viser særlig til antall ganger man har gjennomført aktivitetene i virksomheten ved kostnadsdriveren erfaring (Shank, 1989, s. 56). Eksempelvis kan praksiser med psykologer som har gjennomført mange konsultasjoner oppnå lavere kostnader på grunn av lang erfaring knyttet til behandling.

### 3.3.2 Kapasitetsutnyttelse

Kostnadsdriveren kapasitetsutnyttelse inngår både i rammeverket til Riley og Porter. Ifølge Riley handler kapasitetsutnyttelse om utnyttelse av kapasitet i forhold til valgt skala i produksjonen (Shank, 1989, s. 57). I forhold til privatpraksiser vil utnyttelse av kapasiteten til psykologen ha stor innvirkning, ettersom høyere kapasitetsutnyttelse muliggjør økt behandlingsaktivitet. Porter (1992, s. 95) fremhever at kostnadsdriveren er særlig aktuell der det er betydelige faste kostnader knyttet til en aktivitet. For privatpraksiser kan kostnader forbundet med eksempelvis kontorlokaler og journalsystemer medføre at de faste kostnadene er relativt høye. Ved økt kapasitetsutnyttelse vil de faste kostnadene per behandlingsaktivitet reduseres. Derfor anses kapasitetsutnyttelse som en aktuell kostnadsdriver.

### 3.3.3 Institusjonelle faktorer

Institusjonelle faktorer inngår som en kostnadsdriver i Porter sitt rammeverk og kan ofte ligge utenfor et selskap sin kontroll (Porter, 1992, s. 105). Blant faktorene Porter nevner inngår offentlige bestemmelser, lokale bestemmelser og avgifter. For privatpraksiser er det en rekke offentlige bestemmelser knyttet til lover og forskrifter som må følges, og institusjonelle faktorer kan derfor være en kostnadsdriver.

## 4 Metode

I dette kapittelet vil vi presentere utredningens metodiske tilnærminger for å besvare oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål. Innledningsvis redegjør vi for utredningens forskningsdesign. Deretter vil vi beskrive datagrunnlaget samt foreta en evaluering av datamaterialet. Avslutningsvis presenteres analyseteknikkene som benyttes i utredningen.

### 4.1 Forskningsdesign

Forskningsdesign er en overordnet plan for hvordan problemstillingen og forskningsspørsmålene i en studie skal besvares (Saunders et al., 2016, s. 163-164). Derfor avhenger valg av forskningsdesign blant annet av formålet med studien og problemstillingen. I det følgende vil vi redegjøre for studiens forskningsformål, forskningstilnærming og forskningsmetode.

#### 4.1.1 Forskningsformål

Forskning kan designes for å oppfylle et eksplorativt, deskriptivt, forklarende eller evaluerende formål (Saunders et al., 2016, s. 174-176). De ulike forskningsformålene kan også kombineres dersom formålet med studien er sammensatt.

Forskningsspørsmålene i denne oppgaven medfører at studien har flere forskningsformål. Formålet med de to første forskningsspørsmålene er å gi en beskrivelse av markedet og lønnsomhetsforhold gjennom analyse av markedsstrukturer og regnskapstall. Denne delen av studien består i stor grad av tilstandsbeskrivelser og har derfor et deskriptivt formål (Saunders et al., 2016, s. 175). Det tredje forskningsspørsmålet har som formål å gi innsikt i hva som kan forklare lønnsomhetsvariasjoner. Etersom denne delen av analysen søker å forklare forholdet mellom ulike variabler, kan formålet sies å være forklarende (Saunders et al., 2016, s. 176). Likevel bør det presiseres at vi kun kan si noe om samvariasjon og ikke kausalitet.

#### 4.1.2 Forskningstilnærming

Innenfor forskningsdesign er valg av forskningstilnærming sentralt. Man skiller typisk mellom en deduktiv, induktiv eller abduktiv tilnærming (Saunders et al., 2016, s. 145). Den deduktive tilnærmingen tar utgangspunkt i teori som testes gjennom innsamling av data. Ved en induktiv tilnærming samler man isteden inn data for å utforske et fenomen slik at man utvikler teori. Dersom man i tillegg tester teorien man har utviklet i den induktive tilnærmingen gjennom ytterligere datainnsamling benyttes en abduktiv tilnærming.

---

Forskningstilnærmingen påvirkes også av oppgavens forskningsformål som er deskriptivt og forklarende. I analysen av forskningsspørsmålene benyttes hovedsakelig en deduktiv tilnærming. Det skyldes at vi tar utgangspunkt i relevant teori i tillegg til regnskapstall og aktivitetsdata for å forstå markedsforhold, lønnsomhetsnivå og lønnsomhetsforskjeller.

### 4.1.3 Forskningsmetode

Forskningsspørsmålene danner grunnlaget for forskningsmetodene som benyttes i oppgaven. En kvalitativ forskningsmetode er basert på ikke-numerisk data (Saunders et al., 2016, s. 165), og slik data innhentet gjennom intervjuer benyttes i ulik grad i analysene av de tre forskningsspørsmålene. Forskningsspørsmål 1 om karakteristikk ved delmarkedene er i stor grad basert på data fra intervjuene, i tillegg til kvalitativ data fra litteratursøk. I analysen av de to andre forskningsspørsmålene benyttes dataen fra intervjuene i mindre grad, og som et supplement til numerisk data. En kvalitativ metode benyttes dermed i samtlige deler av analysen. Fordeler med kvalitativ forskning er at det kan være noe enklere å avdekke fenomener og få dybdeinnsikt i det som analyseres (Aanesen, 2020). En svakhet ved metoden er at slutninger kan være preget av forskerens subjektive synspunkter (Jacobsen, 2005).

For å besvare forskningsspørsmål 2 og 3 om lønnsomhetsnivå og lønnsomhetsforskjeller har vi hovedsakelig brukt numerisk data, og dermed en kvantitativ forskningsmetode (Saunders et al., 2016, s. 165). En fordel med metoden er at funnene ofte kan generaliseres til en større gruppe (Aanesen, 2020). Lite fleksibilitet og risiko for å utelate viktig informasjon ved studieobjektet trekkes derimot frem som ulemper ved kvantitativ metode (Aanesen, 2020). Samtidig har vi supplert de kvantitative analysene med kvalitativ data innhentet gjennom intervjuer, slik at metodetriangulering benyttes (Saunders et al., 2016, s. 169). Ved bruk av metodetriangulering har vi oppnådd dypere forståelse for de kvantitative funnene våre.

## 4.2 Datagrunnlag

I det følgende vil vi beskrive hvordan vi har innhentet det kvantitative og kvalitative datamaterialet vi benytter som datagrunnlag, og hvordan vi har renset det kvantitative datagrunnlaget. Vi vil også redegjøre for utvalget som benyttes for å besvare forskningsspørsmålene, samt valg vi har foretatt underveis og begrunnelser for valgene våre.



## 4.2.1 Kvantitativ data

### *Datainnsamling*

Det kvantitative datamaterialet er basert på regnskapsdata fra Bisnode SmartCheck og flere datasett fra Helsedirektoratet. Fra Helsedirektoratet har vi fått utlevert data fra databasen for Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (heretter KUHR), et datasett fra Helsepersonellregisteret og en avtaleoversikt for avtalespesialister. Det kvantitative datagrunnlaget er derfor utelukkende basert på sekundærdata samlet inn med utgangspunkt i andre formål. Sekundærdata kan likevel benyttes for å gi ny innsikt eller kunnskap (Saunders et al., 2016, s. 316), og anses derfor som egnet for vår oppgave.

Datasettene fra Bisnode SmartCheck, KUHR og Helsepersonellregisteret er av typen paneldata og muliggjør analyser av privatpraksiser over tid. Totalt har vi datamateriale for en femårsperiode fra 2016 til 2020, der alle datasettene har komplette data for hele tidsperioden. Avtaleoversikten for avtalespesialister inneholder derimot informasjon som i liten eller ingen grad endres over tid, og anses derfor tilstrekkelig som tverrsnittsdata for et enkelt år.

Regnskapsdata fra tjenesten Bisnode SmartCheck har vi fått tilgang på via biblioteket på NHH. Bisnode SmartCheck inneholder foretaksinformasjon som er registrert i Brønnøysundregistrene, deriblant regnskapsdata (NHH, u.å.). For å muliggjøre analyser av lønnsomheten i markedet for privatpraktiserende psykologer har vi innhentet regnskapsdata for aksjeselskap innenfor næringskoden Klinisk psykologtjeneste (86.905). Vi sørget også for at selskapene vi lastet ned var aktive og ikke underavdelinger av andre selskaper. I datamaterialet er observasjonene oppført med både organisasjonsnummer og år.

Datamaterialet fra Helsedirektoratet har vi fått utlevert etter skriftlig forespørsel med hjemmel i forvaltningsloven og personopplysningsloven (Helsedirektoratet, 2022a). KUHR er et system eid av Helsedirektoratet som håndterer refusjonskrav fra behandlere til staten (Helsedirektoratet, 2022a), og inneholder derfor kun data for avtalespesialister. Når en avtalespesialist har gjennomført en pasientrettet aktivitet, vil en regning sendes til Helfo og informasjon lagres i KUHR-databasen (Helsedirektoratet, 2022a). Dermed kan antall regninger brukes som et mål på antall konsultasjoner en avtalespesialist har gjennomført, slik vi gjør i analysen av forskningsspørsmål 3. Fra databasen har vi benyttet informasjon om antall regninger, antall pasienter, antall takster, utbetalte refusjoner og egenandeler betalt av pasienten per år. Dataen er sortert per HPR-nummer og organisasjonsnummer som har muliggjort sammenstilling av observasjoner for enkeltpsykologer fra ulike datakilder.

---

Helsepersonellregisteret er et register over helsepersonell med autorisasjon eller lisens (Helsedirektoratet, u.å.b). Registeret inneholder informasjon om navn, fødselsdato, autorisasjon og lisens oppgitt per HPR-nummer. Datamaterialet har hovedsakelig blitt brukt for å beregne antall år med autorisasjon og alder for hver enkelt avtalespesialist. Vi har ikke tilsvarende informasjon for de helprivate psykologene i vårt utvalg fordi vi mangler informasjon om hvilke psykologer som inngår i de ulike helprivate praksisene.

Helsedirektoratet har også utlevert en avtaleoversikt per februar 2022 over avtalespesialister med gjeldende driftsavtale fra 2016. Fra avtaleoversikten har vi brukt informasjon om hjemmelprosent for hver enkelt avtalespesialist oppgitt per HPR-nummer.

For å kombinere datamaterialet fra de ulike datakildene har vi koblet observasjonene sammen ved bruk av ulike nøkler. Først koblet vi sammen de ulike datasettene på individnivå fra Helsedirektoratet med nøkkelen HPR-nummer. Etersom vi ønsket å analysere markedet for privatpraktiserende psykologer på selskapsnivå oppskalerte vi deretter observasjonene i datamaterialet fra Helsedirektoratet til organisasjonsnivå. Til slutt benyttet vi organisasjonsnummer som nøkkel for å koble sammen regnskapsdataen fra Bisnode SmartCheck med datamaterialet fra Helsedirektoratet for avtalespesialister. Organisasjonsnumrene som ikke ble koblet sammen med dataen fra Helsedirektoratet skilte vi ut i et eget datasett som dermed inneholder regnskapsdata for helprivate praksiser.

### ***Datarensing og utvalg***

Etter å ha slått sammen datamaterialet fra de ulike datakildene, satt vi igjen med to delutvalg bestående av henholdsvis 23 avtalepraksiser og 121 helprivate praksiser. Før sammenslåingen sørget vi for å ha komplette datasett for hele tidsperioden, slik at selskaper med manglende observasjoner allerede var blitt fjernet. I det følgende vil vi forklare hvordan vi har renset datasettet i de to delutvalgene for å sikre representative utvalg.

For å sikre at regnskapstallene gjenspeiler et helt regnskapsår har vi fjernet selskaper som er stiftet etter 30. juni 2015. Dette skyldes at nye selskaper stiftet fra og med 1. juli kan velge om de vil utarbeide årsregnskap for det inneværende året, eller inkludere tallene i regnskapet for neste år (Altinn, 2021b). Dermed må selskaper stiftet før 1. juli 2015 føre et eget regnskap for hele regnskapsåret 2016. For utvalget bestående av avtalepraksiser medførte endringen fjerning av 1 praksis, mens utvalget av helprivate praksiser ble redusert med 22 praksiser.

Ved å studere utvalgene fant vi at det var enkelte observasjoner der det var rapportert negative kostnader. Vi antar at dette skyldes feilrapportering og fjernet derfor selskaper med negative lønnskostnader, varekostnader, nedskrivninger, avskrivninger eller andre driftskostnader. Rensingen ga kun utslag for helprivate praksiser, der vi fjernet 5 praksiser.

For å se nærmere på kostnadene beregnet vi andelen hver kostnadspost utgjorde av omsetningen hvert enkelt år. Vi avdekket da at enkelte helprivate praksiser hadde en høy andel varekostnader sammenliknet med resten av utvalget. For majoriteten av de helprivate praksisene utgjorde varekostnadene i underkant av 30 prosent, og vi satte derfor en grense for andel varekostnader av omsetning ved 30 prosent. En høy andel varekostnader anses noe merkelig ettersom praksisene er tjenesteytende og ikke vareproduserende. De høye varekostnadene i praksisene som skilte seg ut så heller ikke ut til å skyldes utelatte kostnader fra regnskapspostene lønnskostnader og utbytte. Vi fjernet derfor 27 helprivate praksiser med høyere andel varekostnader enn grensen vår på 30 prosent.

Siden praksisene i utvalget er organisert som aksjeselskap og kan ta ut lønn i form av lønnskostnader eller utbytte undersøkte vi de samlede beløpene for de to regnskapspostene. Vi fant da at flere praksiser skilte seg ut med særlig lave eller høye samlede beløp. For å fjerne selskaper som skilte seg vesentlig fra resten satte vi en nedre beløpsgrense for samlede lønnskostnader og utbytte ved 100 000 kroner. Beløpet er relativt lavt sammenliknet med gjennomsnittlig årsinntekt, men anses rimelig for å fjerne ekstreme observasjoner og for å sikre en stor nok utvalgsstørrelse. Vi fjernet derfor 1 avtalepraksis og 25 helprivate praksiser med et samlet beløp lavere enn 100 000 kroner. I tillegg fjernet vi praksiser med et særlig høyt samlet beløp for å sikre at praksisene har omtrent lik størrelse med hensyn til antall psykologer per praksis. For avtalepraksisene med én antatt psykolog per praksis var det maksimale samlede beløpet for lønnskostnader og utbytte på 2,8 millioner kroner. Derfor valgte vi å fjerne 6 helprivate praksiser med samlet beløp større enn 3 millioner kroner, for å begrense sannsynligheten for at praksisene har vesentlig flere ansatte enn avtalepraksisene.

Tabell 2 gir en oversikt over antall praksiser som har blitt fjernet fra de to delutvalgene ved rensing av datamaterialet. Antall praksiser som gjenstår etter hvert steg av datarensingen er oppgitt i parentes. Totalt har vi fjernet 2 avtalepraksiser og 85 helprivate praksiser, slik at de to delutvalgene består av 21 avtalepraksiser og 36 helprivate praksiser etter datarensingen.

Grunnlag for fjerning	Slettede (resterende) avtalepraksiser	Slettede (resterende) helprivate praksiser
Stiftet etter 30. juni 2015	1 (22)	22 (99)
Negative regnskapsposter	0 (22)	5 (94)
Varekostnad > 30% av omsetning	0 (22)	27 (67)
Lønn + Utbytte < 100 000 kroner	1 (21)	25 (42)
Lønn + Utbytte > 3 000 000 kroner	0 (21)	6 (36)

Tabell 2: Rensing av datagrunnlag

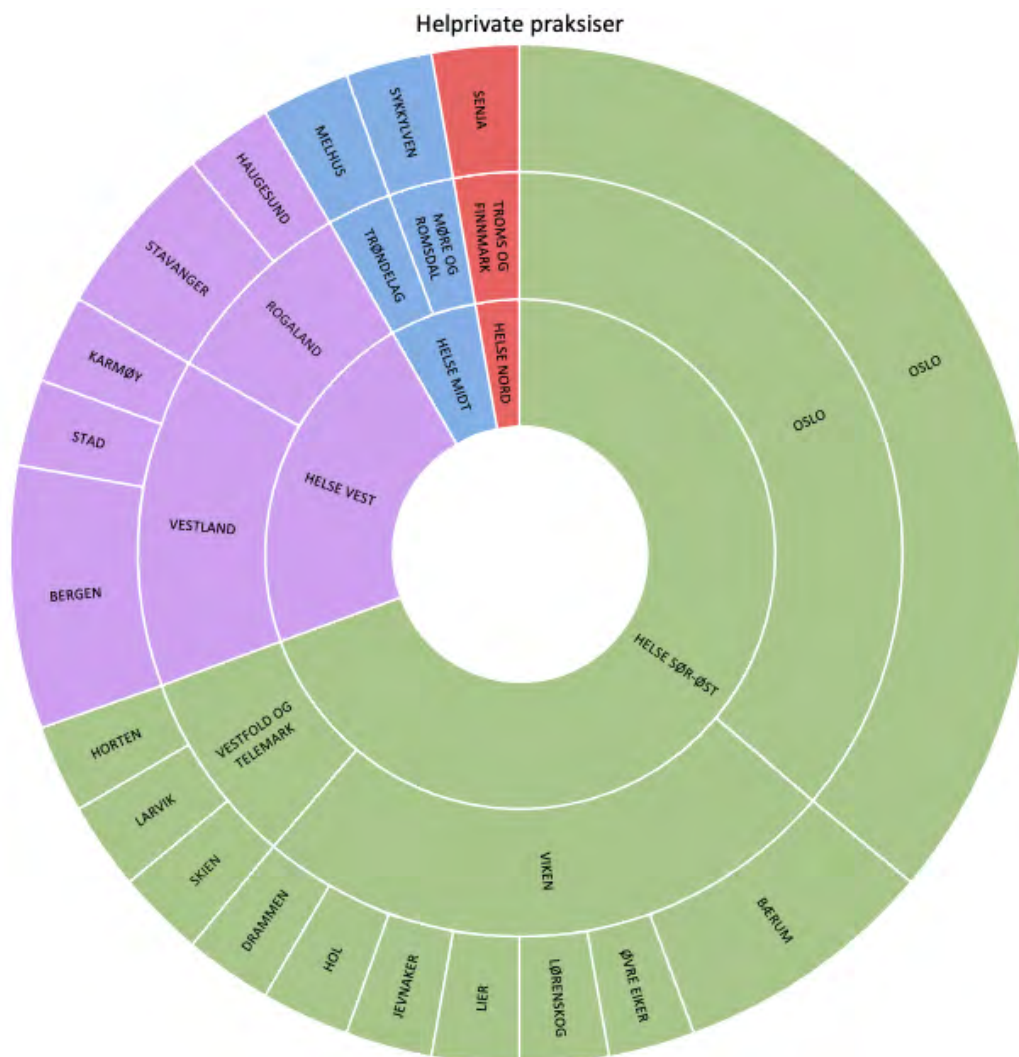
### Geografisk spredning

For å få bedre innsikt i delutvalgene for avtalepraksiser og helprivate praksiser har vi illustrert lokaliseringen til praksisene innenfor de to praksisformene ut ifra tilhørighet til regionale helseforetak, fylker og kommuner. Figur 2 illustrerer den geografiske spredningen for utvalget vårt av avtalepraksiser og figur 3 illustrerer en tilsvarende figur for de helprivate praksisene.



Figur 2: Geografisk spredning av avtalepraksisene

I utvalget av avtalepraksiser er det tydelig at majoriteten tilhører Helse Sør-Øst, en del tilhører Helse Vest og et fåtall tilhører Helse Nord og Helse Midt. Utvalget vårt består kun av en liten andel av delmarkedet for avtalepraksiser, og skjevheter i lokalisering er derfor ikke uventet. Imidlertid har vi gjennom samtaler med Norsk psykologforening avdekket at det er en høyere tetthet av avtalepraksiser i store byer som Oslo og Bergen sammenliknet med distriktene (H. Roald, personlig kommunikasjon, 20. april 2022). Basert på informasjon fra de regionale helseforetakene sine nettsider har vi avdekket de regionale helseforetakene sine andeler av det totale antallet avtalespesialister på landsbasis. Det fremgår da at Helse Sør-Øst innehar størst andel på 64 prosent, Helse Vest har en andel på 21 prosent, og Helse Midt og Helse Nord innehar de minste andelene på henholdsvis 8 og 6 prosent. Dermed kan det se ut til at den store tyngden av avtalepraksiser i Helse Sør-Øst og Helse Vest i vårt utvalg ikke er en betydelig skjevhet sammenliknet med delmarkedet som helhet.



Figur 3: Geografisk spredning av de helprivate praksisene

De helprivate praksisene har ikke avtaler med de regionale helseforetakene, men for å tydeliggjøre lokaliseringen har vi valgt å foreta en tilsvarende geografisk inndeling som for avtalepraksisene. Fra figur 3 ser vi at de helprivate praksisene i utvalget vårt har en liknende geografisk spredning som avtalepraksisene, der majoriteten er plassert i områdene tilhørende Helse Sør-Øst og Helse-Vest. Etersom andelen avtalespesialister er betydelig større i de to områdene, er det heller ikke uventet at de helprivate praksisene i vårt utvalg har høyest konsentrasjon der. Det skyldes at de regionale helseforetakene bestemmer antallet avtalehjemler i sin region, slik at et høyt antall avtalespesialister i Helse Sør-Øst og Helse-Vest trolig antyder at behovet for psykologtjenester er størst i disse regionene.

#### 4.2.2 Kvalitativ data

##### *Valg av intervjuobjekt*

For å få nødvendig kontekstkunnskap og besvare forskningsspørsmålene våre har vi gjennomført intervjuer med praksiser fra vårt kvantitative utvalg. I tillegg har vi hatt samtaler med advokat og spesialrådgiver i Norsk psykologforening, Heidi Roald. Det kvalitative datagrunnlaget er derfor primærdata hentet inn spesifikt for vårt forskningsprosjekt (Saunders et al., 2016, s. 316).

Vi intervjuet to avtalespesialister og én helprivat psykolog fra totalutvalget vårt på 57 privatpraksiser. Ideelt sett ønsket vi å foreta en utvelgelsesstrategi med maksimal variasjon, og vi ønsket derfor å intervjuer den minst og mest lønnsomme praksisen i hvert av delutvalgene våre (Saunders et al., 2016, s. 301). Utvelgelsesstrategien lot seg derimot ikke gjennomføre på grunn av manglende respons. Vi har derfor intervjuet to psykologer i praksisene som er nest mest lønnsomme i hvert sitt delutvalg, samt en psykolog i en middels lønnsom avtalepraksis. Tabell 3 inneholder en oversikt over type psykolog, lokalisering og praksisinnretning for intervjuobjektene. I oversikten har vi spesifisert praksisinnretning fordi samtalepraksiser og nevropraksiser tilbyr noe ulik behandling, slik at intervjuobjektene kan bidra med ulik innsikt.

<b>Intervjuobjekter</b>	<b>Type psykolog</b>	<b>Lokalisering</b>	<b>Praksisinnretning</b>
Informant 1	Avtalespesialist	Bergen	Samtalepraksis
Informant 2	Helprivat psykolog	Stavanger	Nevropraksis
Informant 3	Avtalespesialist	Fredrikstad	Nevropraksis

*Tabell 3: Oversikt over intervjuobjekter*

### *Intervjuguide*

En intervjuguide består av en liste med emner som en forsker ønsker å få dekket i et intervju og spørsmålene man ønsker å få besvart (Bird, 2016). Utforming av en intervjuguide kan dermed bidra til mer strukturert tankegang og gjennomtenkte intervju spørsmål.

I forkant av de planlagte intervjuene utarbeidet vi en intervjuguide basert på Bird (2016) sin fremgangsmåte (se appendiks). Emner vi ønsket å undersøke i intervjuene var markedsforhold, lønnsomhetsforhold og årsaker til lønnsomhetsvariasjoner for avtalepraksiser. Vi utformet derfor spørsmål med utgangspunkt i de ovennevnte emnene i tillegg til generelle spørsmål for å innhente bakgrunnsinformasjon. Siden det eksisterer lite forskning på lønnsomhet for privatpraktiserende psykologer baserte vi spørsmålene i stor grad på teori om markedsforhold og lønnsomhet for at psykologene skulle dele dybdekunnskaper fra fagfeltet. Intervjuene bidro derfor til dypere forståelse og innspill til antakelser vi hadde utformet med utgangspunkt i teori og informasjonsinnhenting. Ved utforming av intervjuguiden tok vi hensyn til at psykologene har hektiske arbeidshverdager, slik at omfanget ble begrenset til omtrent en halvtime.

### *Gjennomføring av intervjuer*

De tre intervjuene ble gjennomført som semi-strukturerte intervjuer. Fordelen med slike intervjuer er at de tar utgangspunkt i intervjuguiden, slik at intervjuobjektene besvarer de samme hovedspørsmålene (Andersen, 2020). Samtidig kan spørsmålene og rekkefølgen tilpasses ut ifra intervjuobjektet (Jennings, 2005). Behov for tilpasning av spørsmål ut ifra om vi intervjuet en avtalespesialist eller en helprivat psykolog i tillegg til mulighet for oppfølgingsspørsmål, gjorde at vi anså semi-strukturerte intervjuer som fordelaktig.

For å gi intervjuobjektene god tid til å forberede seg og reflektere over hva de ønsket å svare på de ulike spørsmålene sendte vi intervjuguiden i forkant av intervjuene. Vi opplevde dermed å få utfyllende og gjennomtenkte svar. Det var i tillegg lettere å holde den fastsatte tidsrammen ettersom intervjuobjektene møtte forberedt.

Intervjuene ble gjennomført digitalt ved bruk av Microsoft Teams på grunn av ulik lokasjon og begrenset tid. Det medførte større grad av fleksibilitet med hensyn til møtetidspunkt, og mer effektiv gjennomføring av intervjuene. Intervjuobjektene oppholdt seg også i egenvalgte omgivelser som kan ha bidratt til å gjøre dem mer komfortable (Saunders et al., 2016, s. 403). Redusert kroppsspråk og øyekontakt kan derimot medføre noe svekket kvalitet ved digitale

---

intervjuer (Heimdal et al., 2021). Vi tok for øvrig lydopptak av intervjuene etter samtykke fra intervjuobjektene for å unngå misvisende referering i analysen.

## 4.3 Evaluering av datamateriale

I denne delen vil vi vurdere kvaliteten på datamaterialet som benyttes i utredningen. Kvaliteten avhenger både av reliabilitet og validitet (Saunders et al., 2016, s. 202), og vi vil derfor vurdere begge forholdene for både det kvantitative og kvalitative datagrunnlaget. I tillegg vil vi redegjøre for hvordan vi har behandlet konfidensielt datamateriale.

### 4.3.1 Klassifisering av data

Klassifisering av data omhandler hvordan man behandler og oppbevarer data for å sikre konfidensialitet, tilgjengelighet og integritet (NORCE, 2020). For å forsikre oss om at innhenting, bearbeiding, lagring og deling av primærdataen er i samsvar med aktuelt lovverk, søkte vi om godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (Norsk senter for forskningsdata, u.å.). Siden vi ikke hadde til hensikt å sitere psykologene og tok gode notater, unnlot vi å transkribere intervjuene i etterkant og begrenset dermed mengden av konfidensielt materiale.

Av hensyn til intervjuobjektens anonymitet lagret vi lydopptakene fra intervjuene separat fra intervjunotatene og navnga filene med kodede navn. Etter prosjektets slutt vil alle filer bli slettet, slik at det ikke skal være mulig å spore filene tilbake til psykologene. I tillegg besluttet vi å anonymisere intervjuobjektene i utredningen av hensyn til personvern.

### 4.3.2 Reliabilitet

Reliabilitet viser til påliteligheten av datamaterialet. Ved høy reliabilitet vil man få konsistent data ved datainnsamling på et senere tidspunkt (Saunders et al., 2016, s. 202). Det innebærer at gjentakelse av datainnsamling vil gi et datamateriale som samsvarer med vårt datagrunnlag.

#### *Kvantitativ data*

Den kvantitative regnskapsdataen er som nevnt sekundærdata hentet fra Bisnode SmartCheck. Datamaterialet i databasen er innhentet fra Brønnøysundregistrene, en datakilde med fokus på kvalitet og informasjonssikkerhet (Brønnøysundregistrene, 2022). Vi betrakter derfor regnskapstallene som pålitelige. For avtalepraksiser har vi i tillegg innhentet data fra Helsedirektoratet i form av sekundærdata. Helsedirektoratet har blant annet ansvar for å forvalte refusjonsordninger og regelverk (Helsedirektoratet, 2020). Derfor anses den samlede reliabiliteten av det kvantitative datamaterialet som høy.



### *Kvalitativ data*

For den kvalitative primærdataen innhentet fra intervjuer er det relevant å diskutere reliabilitet med hensyn til om andre forskere ville funnet tilsvarende resultater (Saunders et al., 2016, s. 397). I drøftelsen vil vi derfor vurdere forskerbias og utvalgsbias.

Forskerbias handler om hvorvidt svarene til intervjuobjektene påvirkes av forskeren på grunn av kommentarer, ikke-verbal atferd og toneleie (Saunders et al., 2016, s. 397). Biaset kan eksempelvis forekomme dersom forskeren ønsker å få bekreftet subjektive meninger. På grunn av spørsmålsformuleringer med rom for deling av personlige refleksjoner mener vi at datamaterialet vårt i liten grad preges av forskerbias. Bruk av oppfølgingsspørsmål og drøfting av innspill fra intervjuene med hverandre i etterkant, har også bidratt til å redusere forskerbias.

Utvalgsbias har sammenheng med hvem som ønsker å la seg intervju (Saunders et al., 2016, s. 397). Ved valg av intervjuobjekter opplevde vi som nevnt manglende respons på våre henvendelser, og utvalget vårt kan derfor bære noe preg av utvalgsbias.

### **4.3.3 Validitet**

Validitet omfatter gyldighet i forhold til funnene som avdekkes og slutningene som trekkes (Dahlum, 2021), og deles ofte inn i intern og ekstern validitet (Saunders et al., 2016, s. 203). Førstnevnte omhandler om datamaterialet er egnet for å måle det man har til hensikt å undersøke og måle. Sistnevnte gir innblikk i om datamaterialet kan generaliseres til et større utvalg eller om funnene våre er overførbare til andre settinger (Saunders et al., 2016, s. 205).

### *Kvantitativ data*

#### Intern validitet

Regnskapsdata utgjør en sentral del av det kvantitative datagrunnlaget og analyser av regnskapsdata er preget av flere usikkerhetsmomenter som kan bidra til svekket intern validitet. For det første er det usikkerhet knyttet til regnskapsposten lønnskostnader, ettersom kostnader forbundet med lønn kan plasseres under postene utbytte eller lønnskostnader for aksjeselskaper. I analysen av lønnsomhetsnivå har vi derfor undersøkt både lønnskostnader og utbytte. I tillegg har vi utelatt regnskapsposten lønnskostnader fra lønnsomhetsmålet driftsmargin i analysen av lønnsomhetsvariasjoner. Valgene våre kan dermed ha bidratt til å styrke den interne validiteten noe. For det andre kan regnskapene potensielt inneholde inntekter og kostnader fra tilleggsaktiviteter utenom psykologtjenester. Det skyldes at dataen er hentet ut med utgangspunkt i næringskoden Klinisk psykologtjeneste som tildeles basert på

---

hovedaktivitet. Regnskapsdataen kan derfor være preget av noe svekket intern validitet. Vi antar likevel at lønnsomhetsmålet driftsmargin vil ha relativt høy intern validitet ettersom det er egnet for å beskrive lønnsomhet for en tjenesteytende bransje.

Datamaterialet fra Helsedirektoratet benyttes for å undersøke hvilke variabler som kan forklare lønnsomhetsvariasjoner for avtalepraksiser. Her anser vi den interne validiteten som høy ettersom dataen er samlet inn med formål om å kartlegge aktivitet, og vi benytter dataen til samme formål i våre analyser. Ved utlevering fra KUHR-databasen fikk vi likevel opplyst at organisasjonsnummer kun registreres dersom psykologen sender inn refusjonskrav elektronisk, slik at den interne validiteten muligens kan være noe svekket.

### Ekstern validitet

Vårt utvalg av privatpraksiser utgjør en liten andel av det totale markedet, og den eksterne validiteten vurderes derfor som noe svak. Praksisene i vårt utvalg er også aksjeselskap i motsetning til majoriteten av praksisene i markedet organisert som enkeltpersonforetak. Fra samtaler med Informant 3 (2022) fremgikk det at andelen nevropraksiser ofte er større blant aksjeselskap enn enkeltpersonforetak, slik at et utvalg kun bestående av aksjeselskap kan gi et skjevt bilde av lønnsomheten i markedet. Samtidig består vårt utvalg av avtalepraksiser kun av tre nevropraksiser, slik at skjevheten i dette delutvalget trolig er begrenset. I analysen av lønnsomhetsvariasjoner har vi i tillegg fjernet nevropraksisene for å sammenlikne mer homogene avtalepraksiser, og den eksterne validiteten kan derfor være noe styrket. For helprivate praksiser har vi derimot ikke informasjon om andelen nevropraksiser, og den eksterne validiteten kan derfor være redusert for dette delutvalget.

### *Kvalitativ data*

#### Intern validitet

Den interne validiteten for den kvalitative dataen vil være høy hvis intervjuerne har utforsket responsen fra ulike vinkler og benyttet tydelige spørsmålsformuleringer (Saunders et al., 2016, s. 400). I intervjuene har vi benyttet nøytrale spørsmålsformuleringer slik at intervjuobjektene har fått mulighet til å dele personlige meninger. Vi har også stilt de samme hovedspørsmålene til intervjuobjektene for å få ulike synspunkter. Den interne validiteten anses derfor som høy.

#### Ekstern validitet

Det vil være vanskelig å konkludere med at den eksterne validiteten er høy, siden vi kun har intervjuet to avtalespesialister og én helprivat psykolog. Vi fikk derimot tilnærmet like innspill

på flere av spørsmålene, som kan bidra til styrket ekstern validitet. Saunders med flere (2016, s. 206) trekker også frem at den eksterne validiteten kan styrkes ved tydelig beskrivelse av forskningsspørsmålene, designet, konteksten, funnene og tolkningene i studien. Vi mener at vi tydelig har redegjort for valgene våre og det har bidratt til å øke den eksterne validiteten.

## 4.4 Analyseteknikker

### 4.4.1 Common size

Common size er et verktøy som benyttes for å kartlegge kilder til lønnsomhetsforskjeller ved at man fremstiller økonomiske størrelser relativt til en annen, der omsetning ofte benyttes (Bjørnenak, 2019, s. 44). En common size-analyse av et resultatregnskap viser dermed hvor store andeler hver av regnskapspostene utgjør av omsetningen i et selskap, slik at man får relative forholdstall. Analysen kan benyttes for å undersøke hvilke regnskapsposter som har størst betydning for driftsresultatet, og derav lønnsomheten (Bjørnenak, 2019, s. 44).

I denne utredningen benytter vi common size-analyser for å undersøke hvor stor andel de ulike regnskapspostene i snitt utgjør av omsetningen for privatpraksisene. Ettersom avtalepraksiser skiller seg noe fra helprivate praksiser, har vi gjennomført separate common size-analyser for de to praksisformene. I tillegg til gjennomsnittlig andel de ulike regnskapspostene utgjør av omsetning har vi inkludert median, standardavvik, minimums- og maksimumsverdi for hver av regnskapspostene. Dermed kan vi få et innblikk i om det er store variasjoner i markedet.

### 4.4.2 Driftsmargin

For å analysere lønnsomheten til privatpraksiser benytter vi driftsmargin som lønnsomhetsmål. Driftsmargin er et hensiktsmessig nøkkeltall for å vurdere lønnsomheten for privatpraktiserende psykologer ettersom praksisene er tjenesteytende og i liten grad har eiendeler og gjeld (NOU 2020: 13, s. 26). Lønnsomhetsmålet angir driftsresultatet som andel av omsetningen (Visma, u.å.a) og er beregnet ved bruk av formel 1.

$$\text{Driftsmargin} = \frac{\text{Driftsresultat}}{\text{Omsetning}}$$

*Formel 1: Driftsmargin*

Driftsresultatet består av omsetning fratrukket lønnskostnader, varekostnader, avskrivninger og andre driftskostnader, og driftsresultatet skal dekke rentekostnader og skatt (Visma, u.å.a; Visma Økonomioversikt, u.å.). Omsetningen omfatter samlede inntekter for en periode og kan muligens inneholde inntekter som ikke er relatert til drift (Visma, u.å.b). En høy driftsmargin

---

vil være fordelaktig fordi det signaliserer at praksisen sitter igjen med mer per krone av omsetningen, og dermed er mer lønnsom (Visma, u.å.a).

Et forholdstall som driftsmargin vil være mer egnet for å si noe om lønnsomheten til en privatpraksis enn et absolutt tall som driftsresultat (Stengel, 2015). Det skyldes at en praksis med et driftsresultat på 500 000 kroner ikke nødvendigvis er mer lønnsom enn en praksis med et driftsresultat 400 000 kroner, fordi sistnevnte praksis får igjen mer per omsatte krone dersom omsetningen er vesentlig lavere. Derfor har vi valgt å benytte driftsmargin fremfor driftsresultat som mål på lønnsomhet for vårt utvalg. Dette til tross for at privatpraktiserende psykologer i større grad forholder seg til absolutte tall fremfor forholdstall.

#### 4.4.3 Korrelasjonsanalyse

Det er hensiktsmessig å foreta en korrelasjonsanalyse før man gjennomfører en multippel regresjonsanalyse. Korrelasjonsanalysen sier noe om den lineære sammenhengen mellom variabler i analysen (Saunders et al., 2016, s. 545). I analysen benytter vi Pearsons korrelasjonskoeffisient fordi variablene vi analyserer inneholder numeriske data (Saunders et al., 2016, s. 545). Pearsons korrelasjonskoeffisient er gitt ved formel 2 der  $Cov(X, Y)$  angir kovariansen mellom en uavhengig variabel ( $X$ ) og den avhengige variabelen ( $Y$ ) (Edelmann et al., 2021). Variablenes varians er uttrykt ved  $Var(X)$  og  $Var(Y)$ .

$$Corr(X, Y) = \frac{Cov(X, Y)}{\sqrt{Var(X)Var(Y)}}$$

*Formel 2: Pearsons korrelasjonskoeffisient (Edelmann et al., 2021)*

Korrelasjonskoeffisienten er uavhengig av måleenhetene for den avhengige og den uavhengige variabelen og vil ha en verdi mellom -1 og 1 (Edelmann et al., 2021). Verdiene for korrelasjonskoeffisientene angir både styrke og retning på samvariasjonen mellom to variabler. Ved en korrelasjonskoeffisient lik 1 foreligger det perfekt positiv samvariasjon, mens en verdi på -1 angir en perfekt negativ samvariasjon (Woolridge, 2013, s. 739). Ved perfekt negativ samvariasjon vil en endring i en variabel gi en tilsvarende endring med motsatt fortegn i den andre variabelen. Dersom korrelasjonskoeffisienten har verdien 0 indikerer det at variablene er uavhengige av hverandre, slik at en endring i den ene variabelen ikke vil påvirke den andre variabelen (Saunders et al., 2016, s. 545).

Formålet med korrelasjonsanalysen er å undersøke om de uavhengige variablene er sterkt korrelert med hverandre fordi høy korrelasjon kan lede til problemer med multikollinearitet

(Allen, 1997, s. 177). Ved multikollinearitet kan man få utfordringer knyttet til resultatene og tolkningene av regresjonsmodellen. For å unngå multikollinearitet bør en av variablene med høy parvis korrelasjon utelates fra regresjonsmodellene. Korrelasjonsanalysen er derfor nyttig for å vurdere om variabler bør utelates, og i så fall hvilke. Ifølge Pallant (2011, s. 158) kan normalt korrelasjoner mellom  $-0,7$  og  $0,7$  aksepteres, men høye korrelasjoner bør undersøkes nærmere. For en multipl regressjon kan en VIF-test gjennomføres for å undersøke om multikollinearitet utgjør et problem (Pallant, 2011, s. 158). Lave VIF-verdier angir at det er lav grad av multikollinearitet, mens verdier større enn 10 antyder at en variabel bør utelates på grunn av for sterk grad av multikollinearitet.

#### 4.4.4 Regresjoner

Multiple regresjonsanalyser er en kvantitativ analyseteknikk som kan benyttes for å undersøke effekten av flere uavhengige variabler på en avhengig variabel (Woolridge, 2013, s. 69). I analysen benytter vi slike regresjoner for å undersøke hvilke variabler som kan ha effekt på lønnsomhetsmålet driftsmargin. Regresjonsanalysene er basert på paneldata, som innebærer at datasettet inneholder flere observasjoner per privatpraksis over flere år (Woolridge, 2013, s. 10). Regresjonslikningen som analysen tar utgangspunkt i, er gitt ved formel 3.

$$y_{it} = \beta_0 + \beta_1 x_{it1} + \beta_2 x_{it2} + \dots + \beta_k x_{itk} + \varepsilon_{it}$$

*Formel 3: Multipl regressjonsmodell (Woolridge, 2013)*

I formel 3 angir  $y$  den avhengige variabelen driftsmargin.  $\beta_0$  er konstantleddet som angir skjæringspunktet mellom regresjonslinjen og  $y$ -aksen.  $\beta_1, \dots, \beta_k$  viser de estimerte koeffisientene for forklaringsvariablene, og angir hvor mye  $y$  vil øke når  $x_1, \dots, x_k$  øker med én enhet (alt annet like). Den siste variabelen,  $\varepsilon$ , er residualleddet som angir avstanden mellom de estimerte og de virkelige observasjonene (Hill et al., 2012). Indeksene  $i$  og  $t$  angir henholdsvis selskap og tidspunkt.

#### *Ordinary Least Squares (OLS)*

Regresjoner med Ordinary Least Squares (heretter OLS-regresjoner) forsøker å minimere gjennomsnittlig kvadrert avstand mellom regresjonslinjen og observasjonene i datasettet (Bårdsen & Nymoen, 2011, s. 13). Avviket mellom den faktiske verdien og den estimerte verdien vil dermed minimeres. I analysen vil vi benytte OLS-regresjoner når vi undersøker lønnsomhetsvariasjoner på tvers av avtalepraksiser.

---

Når vi benytter OLS-regresjoner på paneldata kalles det Pooled OLS (Hopland, 2017, s. 72). En tydelig svakhet ved denne regresjonsformen er at regresjonen ikke tar hensyn til korrelasjon mellom selskapsspesifikke feilledd over tid, noe som kan resultere i at estimatene kan være sårbare for feil (Hopland, 2017, s. 85). Vi har tatt høyde for denne svakheten ved å bruke klyngede feilledd, slik at feilleddene grupperes på selskapsnivå i regresjonsmodellene.

Det foreligger seks forutsetninger for at OLS-regresjoner skal gi pålitelige resultater og således kan brukes til å trekke statistisk inferens (Woolridge, 2013, s. XVII; s. 374). De seks forutsetningene er listet opp under. For analysen antar vi at forutsetningene holder, slik at regresjonene vil gi pålitelige resultater.

1. Det må foreligge et lineært forhold mellom den uavhengige og de avhengige variablene
2. Det må ikke være perfekt kollinearitet mellom de uavhengige variablene
3. Feilleddets forventningsverdi skal være lik null
4. Variansen til feilleddet må være konstant
5. Feilleddene kan ikke korrelere over tid
6. Feilleddet må være uavhengig og normalfordelt

### ***Faste effekter (FE)***

I utredningen benyttes regresjoner med faste effekter (heretter FE) for å undersøke lønnsomhetsvariasjoner innad i privatpraksisene i utvalget. Dette er mulig fordi FE er en form for OLS-regresjon der uobserverbare selskapsspesifikke effekter fjernes (Woolridge, 2016, s. 484). Dermed kan man estimere variasjon innad i en praksis, slik at regresjonskoeffisienten indikerer hvor mye en endring i den uavhengige variabelen vil påvirke driftsmarginen for en enkelt praksis (Dranove, 2012, s. 8).

Feilleddet i formel 3 kan deles opp i en selskapsspesifikk komponent,  $\alpha_i$ , og en komponent som både varierer med tid og selskap,  $u_{it}$  (Hopland, 2017, s. 74; Woolridge, 2016, s. 484). Feilleddet er da gitt ved formel 4.

$$\varepsilon_{it} = \alpha_i + u_{it}$$

*Formel 4: Dekkomponering av feilledd*

En forutsetning for FE er at feilleddet  $\varepsilon_{it}$  ikke må være korrelert med noen av de uavhengige variablene for noen av tidsperiodene (Woolridge, 2016, s. 485). Modellen tillater derimot korrelasjon mellom  $\alpha_i$  og forklaringsvariablene. Det skyldes at forklaringsvariabler som er

---

konstante over tid for en praksis vil fjernes før estimering ved bruk av FE (Woolridge, 2016, s. 485). En slik variabel kan eksempelvis være en variabel for hjemmelprosent.

Ved estimering med FE beregnes først et gjennomsnitt over tid for hver enkelt praksis i regresjonslikningen, og deretter trekkes gjennomsnittslikningen fra den opprinnelige regresjonslikningen (Woolridge, 2016, s. 484). Dermed fjernes de selskapsspesifikke uobserverbare effektene og man ender med likningen angitt ved formel 5.

$$\hat{y}_{it} = \beta_1 \hat{x}_{it1} + \beta_2 \hat{x}_{it2} + \dots + \beta_k \hat{x}_{itk} + \hat{u}_{it}$$

*Formel 5: Uttrykk for FE (Woolridge, 2016)*

### **Tolkning av resultater**

For å undersøke om sammenhengene mellom de uavhengige variablene og den avhengige variabelen er statistisk signifikante vil vi benytte p-verdier. Grensene vi benytter for p-verdiene er 1 prosent (\*\*\*), 5 prosent (\*\*) og 10 prosent (\*). Ved p-verdier lavere enn tilhørende grense er resultatene statistisk signifikante, og sannsynligheten for at resultatene skyldes tilfeldigheter er da tilstrekkelig liten (Woolridge, 2016, s. 784). En p-verdi på 1 prosent betyr eksempelvis at det maksimalt er 1 prosent sannsynlighet for at den uavhengige variabelen ikke har noen effekt på den avhengige variabelen. Dersom en sammenheng ikke er statistisk signifikant kan man ikke trekke sikre konklusjoner, men det kan likevel foreligge en sammenheng mellom variablene (Saunders et al., 2016, s. 537).

Forklaringskraften til en regresjon, angitt ved  $R^2$ , er også viktig å vurdere. Variabelen vil ha en verdi mellom 0 og 1, og måler andelen av variasjon i den avhengige variabelen som kan forklares statistisk av de uavhengige variablene i regresjonen (Saunders et al., 2016, s. 547). Ved tolkning av multiple regresjoner benyttes ofte justert forklaringskraft. Det skyldes at justert  $R^2$  tar høyde for antallet uavhengige variabler i regresjonen, ettersom en økning i antall uavhengige variabler kan bidra til å øke den ujusterte forklaringskraften (Saunders et al., 2016, s. 550). Derfor vil vi benytte justert  $R^2$  ved tolkning av forklaringskraften i regresjonene våre.

Ved tolkning av regresjonsresultater er forutsetningen om alt annet like sentral (Woolridge, 2016, s. 12). Det innebærer at tolkningen av en regresjonskoeffisient for en uavhengig variabel forutsetter at andre forhold holdes uendret. Regresjonene må også tolkes med forbehold om at det er vanskelig å gi et fullstendig bilde av kausale sammenhenger, slik at effekten av en uavhengig variabel på den avhengige variabelen ikke nødvendigvis er kausal (Woolridge, 2016, s. 16).

---

## 4.5 Oppsummering av metode

I utredningen benyttes hovedsakelig metodetriangulering der kvantitative data utfylles ved bruk av kvalitative intervjuer. Analysen av forskningsspørsmål 1 og 2 har et deskriptivt formål, mens forskningsspørsmål 3 har et forklarende formål. For samtlige forskningsspørsmål benyttes en deduktiv forskningstilnærming.

Utredningens datagrunnlag er både kvantitativt og kvalitativt. Det kvantitative datagrunnlaget er basert på regnskapsdata og aktivitetsdata. Etter gjennomført datarensing består datagrunnlaget av to delutvalg på henholdsvis 21 avtalepraksiser og 36 helprivate praksiser. Det kvalitative datagrunnlaget er basert på intervjuer med totalt tre psykologer fra totalutvalget.

Vi har også vurdert reliabiliteten, samt den interne og eksterne validiteten for både det kvantitative og kvalitative datagrunnlaget. Samlet virker reliabiliteten å være relativt høy, mens både den interne og eksterne validiteten er noe svekket.

Analyseteknikkene som benyttes i oppgaven er common size, driftsmargin, korrelasjonsanalyse, samt regresjonsanalyser i form av OLS-regresjoner og FE-regresjoner. Common size og driftsmargin benyttes hovedsakelig i analysen av forskningsspørsmål 2, mens korrelasjonsanalyse og regresjonsanalyser benyttes i forskningsspørsmål 3.



## 5 Analyse av markedet for privatpraksiser

I dette kapittelet vil vi kartlegge delmarkedene for avtalepraksiser og helprivate praksiser. Praksisformene er preget av ulike reguleringer og vi vil derfor behandle markedet for avtalepraksiser og helprivate praksiser som to separate delmarkeder. Vi vil først analysere konkurransekraftene ved bruk av Porters femkraftsmodell, og deretter styringsmekanismene for de to delmarkedene med utgangspunkt i prinsipal-agent-teori. Analysen vil danne grunnlaget for å besvare det første forskningsspørsmålet:

*Hvordan karakteriseres delmarkedene for avtalepraksiser og helprivate praksiser?*

### 5.1 Konkurransanalyse

I det følgende vil vi analysere konkurransekraftene i delmarkedene for avtalepraksiser og helprivate praksiser. Analysen vil dermed synliggjøre ulike karakteristikk og lønnsomhetspotensialet i de to delmarkedene.

#### 5.1.1 Rivalisering blant eksisterende foretak

Den interne rivaliseringen avhenger av antall aktører, vekst og overkapasitet i delmarkedene. For å få innsikt i hvordan rivaliseringen påvirker lønnsomhetspotensialet vil vi i det følgende studere graden av intern rivalisering blant privatpraksiser.

##### *Avtalepraksiser*

I delmarkedet er det omtrent 500 avtalehjemler (Ellingsen & Lundemo, 2021) og antallet hjemler har vært tilnærmet uendret de siste årene (Helmikstøl, 2017). Samtidig har etterspørselen etter psykologtjenester økt og derfor foreligger det et etterspørselsoverskudd i markedet. Det bekreftes i intervjuer med Informant 1 og 3 (2022), som påpekte at det ikke er konkurranse i markedet for avtalepraksiser siden etterspørselen er umettet. Tvert imot anser intervjuobjektene en økning i antall avtalepraksiser som ønskelig på grunn av underkapasitet. Informant 3 (2022) trakk også frem at Norsk psykologforening lenge har jobbet for å øke antall avtalehjemler. Ifølge foreningen trengs omtrent 200 flere avtalespesialister for å gjøre det offentlige tjenestetilbudet innen psykisk helsevern mer tilgjengelig for pasientene (Halvorsen, 2018). På grunn av omfattende arbeid for en økning i antall hjemler uten at det har gitt resultater, vil trolig ikke de regionale helseforetakene øke antallet avtalehjemler i nær fremtid (H. Roald, personlig kommunikasjon, 10. mars 2022; Informant 3, 2022). Dermed vil sannsynligvis antallet avtalespesialister i delmarkedet være uendret på kort sikt.

---

Oppsummert kan vi konkludere med at den interne rivaliseringen blant avtalepraksiser er ikke-eksisterende. Vi anser det også nærliggende at rivaliseringen forblir lav de kommende årene. Årsaken til svak rivalisering er betydelig underkapasitet. Ettersom det ikke foreligger intern rivalisering, vil lønnsomhetspotensialet trolig være stort for avtalepraksiser.

### *Helprivate praksiser*

I dag er det flere helprivate praksiser enn avtalepraksiser i markedet for psykologtjenester (H. Roald, personlig kommunikasjon, 20. april 2022). Delmarkedet for helprivate praksiser er preget av sterk vekst, og i løpet av de seks siste årene har det forekommet en tredobling av helprivate praksiser blant medlemmene i Norsk psykologforening (H. Roald, personlig kommunikasjon, 10. mars 2022). Ved etablering av flere aktører vil kapasiteten i markedet øke, og det er da potensiale for priskonkurranse fordi praksisene fastsetter egne priser. Veksten i markedet har likevel ikke medført overkapasitet ettersom det foreligger et etterspørselsoverskudd (Informant 2, 2022). Det har derfor ikke forekommet særlig priskonkurranse i delmarkedet. Samtidig er det begrenset betalingsvillighet for helsetjenester (Informant 1, 2022), slik at lønnsomhetspotensialet ved å øke prisene trolig er marginalt.

Samlet konkluderer vi med at den interne rivaliseringen blant helprivate praksiser er lav og dermed noe høyere enn for avtalepraksiser. Likevel antas lønnsomhetspotensialet å være stort også for helprivate praksiser på grunn av lav intern rivalisering, men muligens noe lavere enn for avtalepraksisene. Dersom veksten i antall helprivate praksiser fortsetter slik at det blir overkapasitet på sikt, kan den interne rivaliseringen øke og lønnsomhetspotensialet reduseres.

### **5.1.2 Fare for nyetableringer**

For avtalepraksiser vil faren for nyetableringer i hovedsak bestå av nye avtalehjemler. Nyetableringer i delmarkedet for helprivate praksiser vil derimot bestå av psykologer som oppretter egen privatpraksis. Trusselen fra nyetableringer vil avhenge av styrken på etableringsbarrierene. I det følgende diskuteres statlige reguleringer, produktdifferensiering, kostnadsulempen uavhengig av størrelse og kapitalkrav som aktuelle etableringsbarrierer.

### *Avtalepraksiser*

Statlige reguleringer har stor innvirkning på etableringsbarrierene for avtalepraksiser fordi de regionale helseforetakene avgjør antall avtalehjemler. For å øke antall hjemler i markedet kan regjeringen legge press på de regionale helseforetakene (Helmikstøl, 2017). I dag er markedet preget av få avtalehjemler, som fremkommer i intervjuene med Informant 1 og 3 (2022). På

grunn av få avtalehjemler er det krevende for psykologspesialister å bli avtalespesialister, slik at etableringsbarrieren vurderes som høy. Samtidig har avtalehjemlene hatt færre søkere de siste årene som nevnt i delkapittel 1.1, slik at barrierene muligens har blitt noe lavere. Prisene for avtalespesialistene er også regulert av staten gjennom takstbeløp, slik at det aldri vil forekomme reell priskonkurranse uavhengig av hvor mange avtalepraksiser som etableres i markedet. Det bidrar til å redusere trusselen fra nyetableringer.

Produktdifferensiering for avtalepraksiser kan eksempelvis forekomme i form av spesialiseringsområde (Informant 3, 2022). En avtalespesialist må være psykologspesialist innenfor minst ett område, eksempelvis innen nevro- eller voksenpsykologi. Det antyder at ulike avtalespesialister går inn i en avgrenset del av delmarkedet for avtalepraksiser, slik at trusselen fra nyetableringer vil være noe begrenset basert på produktdifferensiering.

En tredje etableringsbarriere er kostnadsulemper uavhengig av størrelse. Etablerte praksiser vil ha opparbeidet erfaring og læringseffekter etter flere år med avtalepraksis (Informant 1, 2022). Erfaring relatert til optimalisert bruk av takstsystemet vil være en fordel for etablerte praksiser (H. Roald, personlig kommunikasjon, 10. mars 2022). Effektiv drift av en praksis i form av aksjeselskap og organisering av behandling kan utgjøre svakere etableringsbarrierer, ettersom psykologer som har drevet helprivat praksis tidligere også vil ha oppnådd slik erfaring. Samtidig har de fleste nyetablerte avtalepraksiser erfaring fra spesialisthelsetjenesten fremfor helprivat praksis (H. Roald, personlig kommunikasjon, 10. mars 2022). Kostnadsulemper uavhengig av størrelse vurderes derfor som en lav etableringsbarriere.

Kapitalkrav kan også være en etableringsbarriere for avtalepraksiser. Alle praksiser organisert som aksjeselskap må ha aksjekapital på minst 30 000 kroner. Kapitalkravet ved etablering avhenger imidlertid også av spesialiseringsområdet til avtalespesialisten. Eksempelvis vil en nevropsykolog ha behov for kostbare lisenser og evnetester for etablering (Informant 3, 2022). Kapitalkrav kan derfor være en etableringsbarriere for psykologspesialister som ønsker en avtalehjemmel innenfor nevropsykologi, men trolig ikke for andre psykologspesialister. Et annet kapitalkrav kan være knyttet til pensjonskostnader ettersom avtalespesialister ofte er noe eldre og har høye utgifter knyttet til pensjon (Informant 3, 2022). Dermed kan det være en etableringsbarriere sammenliknet med å være ansatt i en enhet i spesialisthelsetjenesten.

Oppsummert konkluderer vi med at potensielle nyetableringer ikke utgjør en trussel for avtalepraksiser. Det skyldes at opprettelse av avtalepraksis forutsetter tildeling av hjemmel, at

---

det foreligger etterspørselsoverskudd i markedet, samt at flere nyetableringer ikke vil medføre priskonkurranse. Potensielle nyetableringer vil derfor ikke bidra til å redusere det store lønnsomhetspotensialet for avtalepraksiser.

### *Helprivate praksiser*

Statlige reguleringer påvirker i liten grad etableringsbarrierene for helprivate praksiser. Praksisene kan selv regulere prisene på behandling, i motsetning til avtalepraksisene der prisene er fastsatt av takster. Det er heller ikke reguleringer for antallet helprivate praksiser i markedet. Dermed anses statlige reguleringer som en svak etableringsbarriere.

Produktdifferensiering for helprivate praksiser kan også relateres til spesialiseringsområde dersom en helprivat psykolog er psykologspesialist. Ettersom drift av helprivat praksis ikke forutsetter spesialistutdanning, kan nyetableringer utgjøre en noe sterkere trussel for de helprivate praksisene på grunn av lavere grad av produktdifferensiering i delmarkedet.

Ved etablering av helprivat praksis foreligger det få spesifikke krav sammenliknet med etablering av avtalepraksis knyttet til erfaring fra spesialisthelsetjenesten eller med pasientbehandling (H. Roald, personlig kommunikasjon, 10. mars 2022). Dermed kan erfaring med drift av aksjeselskap og organisering av pasientbehandling variere mer for nyetablerte helprivate praksiser enn avtalepraksiser. Kostnadsulemper uavhengig av størrelse kan derfor utgjøre en noe høyere etableringsbarriere enn for avtalepraksiser. I tillegg kan psykologene inngå samarbeidsavtaler med private organisasjoner som innebærer at psykologen garanterer et raskt tilbud av psykologtjenester til samarbeidsorganisasjonen ved behov (Informant 1, 2022). Ved inngåelse av slike samarbeidsavtaler vil den helprivate praksisen ofte få økte inntekter som følge av et fast tilskudd og større kundebase. Begrensede muligheter for samarbeidsavtaler for nyetableringer vil øke etableringsbarrierene noe.

Kapitalkravet utgjør en noe høyere etableringsbarriere for helprivate praksiser på grunn av større kostnader forbundet med etablering. Kostnadene skyldes investeringer i markedsføring ved oppstart fordi de helprivate praksisene må anskaffe egen kundebase gjennom markedsføring fremfor henvisninger (Personlig kommunikasjon med Norsk psykologforening, 31. januar 2022).

Samlet vil vi konkludere med at potensielle nyetableringer utgjør en liten fare for helprivate praksiser, men noe større enn for avtalepraksiser. Det kan forklares av at markedet for

helprivate praksiser er preget av avtaler med private organisasjoner og markedsføring som til en viss grad medfører etableringsbarrierer.

### 5.1.3 Kundenes forhandlingsmakt

Kundenes forhandlingsmakt avhenger i stor grad av antall potensielle kunder, reguleringer og byttekostnader i markedet. I det følgende vil vi diskutere hvordan forholdene er i delmarkedene for henholdsvis avtalepraksiser og helprivate praksiser.

#### *Avtalepraksiser*

Avtalepraksisene har mange potensielle kunder på grunn av lange ventelister, hvilket tyder på at kundenes forhandlingsmakt er svak. Egenandelsbeløpet pasientene betaler er også fastsatt gjennom takstsystemet, slik at pasientene ikke har noen forhandlingsmakt når det gjelder prisene for behandling. Det foreligger samtidig relativt høye byttekostnader for pasienter, slik at kundemakten relatert til byttekostnader også er svak (H. Roald, personlig kommunikasjon, 20. april 2022). For pasientene kan byttekostnadene relateres til fornyet ventetid, samt at pasienten må gjøre seg selv sårbar for et nytt menneske ved bytte av avtalespesialist. Byttekostnaden relatert til ventetid skyldes at pasienten på nytt må innom en venteliste, men ventetiden vil avhenge av kapasitet og hvor høy prioritet pasienten har hos den nye avtalespesialisten (H. Roald, personlig kommunikasjon, 20. april 2022).

Det kan imidlertid argumenteres for at kundene har noe forhandlingsmakt på andre forhold. I Norge har befolkningen fritt behandlingsvalg, hvilket innebærer at pasienten fritt kan velge behandlingssted i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, u.å.a). Hva pasientene verdsetter vil avhenge av preferanser, men det er nærliggende at faktorer som beliggenhet og kvalitet vurderes som viktige. Likevel er etterspørselen etter psykologtjenester betydelig, slik at enkelte avtalespesialister har ventetid på over et år (Mental Helse, 2021). Dermed vil fritt behandlingsvalg få begrenset innvirkning på kundenes forhandlingsmakt.

Basert på drøftelsen mener vi at pasientene har liten forhandlingsmakt i delmarkedet for avtalepraksiser. Kundens forhandlingsmakt vil derfor ikke svekke lønnsomhetspotensialet for avtalepraksisene så lenge praksisene er prisregulert og etterspørselen forblir umettet.

#### *Helprivate praksiser*

For helprivate praksiser vil det også være mange potensielle kunder, som antyder at kundemakten i delmarkedet er lav. Prisene for helprivate praksiser er derimot ikke regulert, slik at pasientene fritt kan velge psykolog basert på pristilbud. Dermed har kundene noe makt

---

ved at praksiser med høyere priser kan risikere å bli nedprioritert fremfor en praksis med marginalt lavere pris. Imidlertid avhenger kundemakten av geografisk plassering og tetthet, slik at kundemakten eksempelvis vil være sterkere i områder med mange praksiser. Det eksisterer også høye byttekostnader for pasientene til de helprivate praksisene som bidrar til å svekke kundenes forhandlingsmakt noe. Byttekostnadene for pasientene til helprivate praksiser innebærer kostnader knyttet til informasjonssøking etter ny psykolog og å gjøre seg selv sårbar for et nytt menneske (H. Roald, personlig kommunikasjon, 20. april 2022).

Samlet mener vi at kundene til helprivate praksiser har liten makt. Kundemakten er likevel noe sterkere enn for avtalepraksiser. Det er på grunn av større valgfrihet knyttet til valg av psykolog, slik at kundene i større grad kan selektere ut ifra preferanser og priser. Følgelig kan kundene bidra til å redusere lønnsomhetspotensialet i delmarkedet noe, men på grunn av høy etterspørsel anser vi trusselen som begrenset.

#### 5.1.4 Trussel fra substitutter

Substitutter til privatpraktiserende psykologer er hovedsakelig behandlingssteder innenfor spesialisthelsetjenesten. For å gjøre diskusjonen mer oversiktlig vil vi vurdere DPS og BUP som ett samlet substitutt, der vi fokuserer på DPS. Utenom spesialisthelsetjenesten kan også psykologer i kommunen være et substitutt (Helsenorge, 2019a). Avtalepraksiser vil i tillegg være et substitutt til helprivate praksiser, og motsatt. I det følgende vil vi diskutere hvor stor trussel hver av de nevnte substituttene utgjør for avtalepraksiser og helprivate praksiser.

##### *Avtalepraksiser*

Det fremstår rimelig at DPS og avtalepraksiser er nære substitutter ettersom begge inngår i spesialisthelsetjenesten. For pasientene er det like krav til henvisning og egenandelsbeløp (Helsenorge, 2019b), slik at det er liten grad av differensiering og potensielt sterk rivalisering mellom de to aktørene. Etterspørselsoverskuddet i markedet medfører likevel at det er svak rivalisering mellom aktørene. Noen avtalespesialister har i tillegg avtale med et DPS, og aktørene samarbeider da i større grad fremfor å konkurrere (Informant 1, 2022). Det foregår også et arbeid med å innføre felles henvisningsmottak for avtalespesialister og DPS, slik at rivaliseringen antas å bli svakere fremover. Dermed anses trusselen fra DPS som lav.

Tilbudet fra psykologer i kommunen skiller seg noe fra tilbudet levert av spesialisthelsetjenesten. Blant annet kreves det ikke henvisning, og tilbudet er hovedsakelig rettet mot milde psykiske lidelser som krever kortvarig behandling (Helsenorge, 2019a).

Tilbudet er også gratis (Helsenorge, 2019a), og kan derfor anses som et attraktivt substitutt til avtalespesialister. Samtidig er tilbudet avhengig av kapasiteten til kommunepsykologen, og det kan bli nødvendig med henvisning til spesialisthelsetjenesten om pasienten trenger mer behandling. Samlet fremstår substituttet levert av kommunepsykologer som en liten trussel ettersom kapasiteten er relativt lav og tjenesten er noe ulik det en avtalepraksis kan tilby.

Helprivate praksiser kan være et substitutt til avtalepraksiser ettersom pasientene ikke trenger henvisning og ventetiden er kortere (Spets, 2021a). Samtidig er prisene betydelig høyere, slik at kunder med lav betalingsvillighet eller begrenset betalingsevne trolig ikke vil benytte en helprivat praksis fremfor en avtalepraksis (H. Roald, personlig kommunikasjon, 20. april 2022). Dermed er antall kunder som velger helprivat praksis fremfor avtalepraksis begrenset. På grunn av lange ventelister anser vi det lite sannsynlig at avtalepraksisene opplever utfordringer knyttet til pasientmangel (Spets, 2021b). Dermed vil veksten av helprivate praksiser tvilsomt utgjøre en trussel for avtalepraksisene så lenge det foreligger etterspørselsoverskudd i markedet.

Basert på drøftelsen av potensielle substitutter i delmarkedet fremgår det at DPS, psykologer i kommunen og helprivate praksiser utgjør en liten trussel for avtalepraksiser. Hovedårsaken er lange ventelister, slik at det er lite sannsynlig med overkapasitet for avtalepraksisene. Dermed er lønnsomhetspotensialet i liten grad truet av potensielle substitutter.

### *Helprivate praksiser*

For helprivate praksiser kan tilbudet levert av avtalepraksiser og DPS være et attraktivt substitutt ettersom prisene er lavere. Imidlertid trekker Informant 1 (2022) frem at pasienter som velger helprivate praksiser ofte har fått avslag fra en avtalepraksis. Det skyldes at avtalepraksiser kun tar inn pasienter som både har behov for og rett til nødvendig helsehjelp, og pasientene som avvises har derfor ikke rett til behandling. Det er samtidig lite ledig kapasitet i spesialisthelsetjenesten, slik at aktørene i mindre grad vil være gode substitutter. Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern økte fra 44 til 48 dager mellom 2020 og 2021 (Helsedirektoratet, 2022c), og økningen antyder at det er for lav kapasitet i spesialisthelsetjenesten. Så lenge kapasiteten ikke dekker etterspørselen i markedet, vil avtalepraksiser og DPS være lite truende substitutter for helprivate praksiser.

Når det gjelder tilbudet fra psykologer i kommunen anser vi det rimelig at trusselen er noe større for helprivate praksiser enn avtalepraksiser. Det skyldes flere likhetstrekk mellom

---

tilbudet fra kommunepsykologer og helprivate praksiser. Ved begge tilbudene kan man få rask behandling uten henvisning, gitt at det er tilstrekkelig kapasitet (Helsenorge, 2019a). Samtidig er tilbudet fra kommunepsykologer mer kortvarig og kapasiteten mindre enn for helprivate praksiser. Dermed anses trusselen fra psykologer i kommunen som moderat.

I likhet med avtalepraksiser fremstår trusselen fra substitutter svært begrenset for helprivate praksiser på grunn av den lave kapasiteten i spesialisthelsetjenesten og for psykologer i kommunen. Svake substitutter i markedet vil gjøre det mulig å opprettholde høye priser, slik at lønnsomhetspotensialet for helprivate praksiser i liten grad vil påvirkes av substitutter.

## 5.2 Styring av privatpraktiserende psykologer

Privatpraktiserende psykologer opererer som helsepersonell på vegne av staten, og det vil derfor være behov for styring for å sikre samsvarende interesser. I denne delen vil vi diskutere hvordan styringsmekanismer påvirker delmarkedene for begge praksisformene. Styringsformer vi vil diskutere er styring gjennom regler, økonomiske insentiver og tillit.

### 5.2.1 Styring gjennom regler

I forholdet mellom privatpraktiserende psykologer og staten foreligger det en rekke reguleringer som skal bidra til sikkerhet og kvalitet for pasienter, samt tillit til helsetjenesten (Helsepersonelloven, 1999, § 1). Eksempelvis må alle psykologer innrette seg etter Helsepersonelloven og ha autorisasjon eller lisens for å levere psykologtjenester (Norsk psykologforening, u.å.a). Slike krav sikrer at praksisene må levere en viss kvalitet på tjenestene som samsvarer med staten sitt formål. Samtidig kan krav fremstilt av staten medføre økte kostnader for privatpraksiser ettersom de eksempelvis må ha egnede kontorlokaler for å sikre forsvarlighet ved tjenesteytelse (Roald, 2017). Institusjonelle faktorer i form av offentlige bestemmelser kan derfor være en kostnadsdriver for privatpraksiser som ligger utenfor praksisenes kontroll. Dermed kan regelstyring bidra til å redusere lønnsomhetspotensialet ved det å drive privatpraksis som følge av økte kostnader.

For avtalespesialister foreligger det stor grad av regulering, ettersom de i tillegg til Helsepersonelloven også er underlagt Spesialisthelsetjenesteloven og Rammeavtalen (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 1-2; Norsk psykologforening, 2021b, s. 1). Særlig Rammeavtalen innebærer en rekke krav og regler, og den strenge kontrollen kan medføre at den indre motivasjonen til avtalespesialistene reduseres (NOU 2020: 13, s. 74). Ved mer enn



20 prosent avvik fra avtalt aktivitet må psykologen ha en tilfredsstillende forklaring for ikke å få redusert driftstilskudd (Norsk psykologforening, 2021b, s. 7). En slik regulering kan være hensiktsmessig for de regionale helseforetakene ettersom den bidrar til at psykologene leverer tjenester i henhold til avtalen. Samtidig kan reguleringen virke inngripende for avtalespesialistene som i utgangspunktet er selvstendig næringsdrivende. Slik regulering vil begrense psykologenes autonomi og kan bidra til at avtalespesialistordningen anses som mindre attraktiv (Utvåg et al., 2014). Det bekreftes i samtaler med Norsk psykologforening som trekker frem redusert autonomi som følge av flere reguleringer som en mulig årsak til færre søkere på avtalehjemlene (H. Roald, personlig kommunikasjon, 10. mars 2022).

Avtalespesialister må også bruke forholdsmessig mye tid på administrativt arbeid i form av dokumentasjon sammenliknet med helprivate psykologer fordi de er underlagt de regionale helseforetakene. For å motta refusjoner må blant annet psykologene føre opp regninger med korrekte takster for hver konsultasjon (Personlig kommunikasjon med Helfo, 11. mars 2022). Ved at avtalespesialister i stor grad må dokumentere aktiviteten sin kan det bidra til redusert indre motivasjon og mindre grad av opplevd selvstyre, slik at det kan oppleves som mindre attraktivt å være avtalespesialist (H. Roald, personlig kommunikasjon, 10. mars 2022).

### 5.2.2 Styring gjennom økonomiske insentiver

For helprivate psykologer foreligger det ikke økonomiske insentiver utformet av staten, ettersom inntektene er basert på egenvalgte priser og psykologene fritt kan velge hva slags psykologtjenester de vil tilby. Derimot vil inntektene til avtalespesialister hovedsakelig bestå av fastsatte driftstilskudd, refusjoner og egenandeler, og de vil dermed styres av økonomiske insentiver utformet av staten. Avtalespesialistenes kompensasjonsordning kan derfor utformes slik at det er gunstig for avtalespesialistene å opptre i henhold til statens målsettinger. Eksempelvis vil behandling av en ny pasient utløse en tilleggskost på 200 kroner de 6 første konsultasjonene (Norsk psykologforening, 2021c, s. 23). Dermed kan avtalespesialister få høyere inntekter ved å behandle nye pasienter, og det kan oppstå en vridning mot inntak av nye pasienter fremfor langvarig behandling i henhold til myndighetenes mål om økt gjennomstrømming (H. Roald, personlig kommunikasjon, 10. mars 2022). Det er derfor viktig å være bevisst på utformingen av kompensasjonsordningen, fordi en feilaktig utforming kan medføre uheldige effekter for både staten og pasientene (NOU 2020: 13, s. 76).

Ifølge Norsk psykologforening utgjør refusjoner fra Helfo og egenandeler fra pasientene i snitt 60 prosent av inntektene til en avtalespesialist (H. Roald, personlig kommunikasjon, 10. mars

---

2022). Ettersom refusjonsinntekter og egenandeler følger av behandlingsaktivitet, vil avtalespesialistene være avhengige av et visst aktivitetsnivå for å oppnå en rimelig inntekt. Til sammenlikning vil ikke helprivate psykologer motta et fast driftstilskudd, og de vil derfor være atskillig mer avhengige av behandlingsaktivitet. Dagens kompensasjonsordning kan dermed bidra til å gjøre det mindre risikabelt å drive avtalepraksis enn helprivat praksis, ved at man som avtalespesialist mottar driftstilskudd som ikke varierer med aktivitetsnivå.

### 5.2.3 Styring gjennom tillit

Privatpraktiserende psykologer styres også gjennom tillit ved at de i stor grad selv får bestemme hvordan de vil organisere seg og hvordan tjenesten ytes. Det skyldes at psykologene må ha autorisasjon eller lisens for å levere psykologtjenester (Norsk psykologforening, u.å.a), slik at de antas å ha tilstrekkelig kunnskap om tjenesteytelse gjennom sin profesjon. Styring gjennom tillit, i form av profesjonsstyring, bidrar til økt grad av autonomi (NOU 2020: 13, s. 77). Styringsformen kan dermed medføre økt attraktivitet for privatpraktiserende psykologer.

I tillegg til å være tillitsbasert, er også avtalespesialistordningen tilsynsbasert (H. Roald, personlig kommunikasjon, 10. mars 2022). En tilsynsbasert ordning innebærer ifølge Norsk psykologforening at de regionale helseforetakene kan gjennomføre kontroll av avtalepraksisene sin tjenesteytelse. Avtalepraksiser kan blant annet utsettes for tilsyn der det undersøkes om virksomheten gjennomføres i tråd med aktuelle bestemmelser gjeldende for avtalespesialister (Norsk psykologforening, 2021b, s. 3-4). Gjennom tilsyn kan staten sikre at tjenestene som leveres oppfyller fastsatte krav. Samtidig kan tilsynsbasert styring oppleves som en form for overvåking, og medføre at det anses som mindre gunstig å drive avtalepraksis.

## 5.3 Oppsummering av markedet for privatpraksiser

I dette kapitlet har vi analysert konkurransekrefter samt styringsmekanismer for å undersøke hvordan delmarkedene for avtalepraksiser og helprivate praksiser karakteriseres.

Samlet har vi vurdert alle konkurransekreftene i delmarkedet for avtalepraksisene til å være svake. Rivaliseringen mellom aktørene i dagens marked og trusselen fra substitutter er lav på grunn av et sterkt etterspørselsoverskudd. Statlige reguleringer er en sentral faktor som bidrar til høye etableringsbarrierer ettersom antallet avtalespesialister reguleres av de regionale helseforetakene gjennom tildeling av avtalehjemler. På grunn av mange kunder, høye

byttekostnader og regulerte priser er også kundemakten svak. Lav grad av konkurranse i delmarkedet for avtalepraksiser bidrar til et stort lønnsomhetspotensial.

For helprivate praksiser er delmarkedet kjennetegnet av noe mer konkurranse sammenliknet med avtalepraksiser. De siste årene har det også vært en vekst i antallet helprivate praksiser. Etterspørselsoverskuddet i markedet medfører likevel at rivaliseringen mellom helprivate praksiser og trusselen fra substitutter er lav også for dette delmarkedet. Samtidig er etableringsbarrierene relativt lave, noe som underbygges av den sterke veksten i antall praksiser de siste årene. Pasientene til helprivate praksiser virker å ha relativt lite makt på grunn av underkapasitet i markedet. Kundemakten er likevel noe sterkere enn for avtalepraksisene som følge av større valgfrihet. Dermed antas lønnsomhetspotensialet å være relativt høyt, men noe lavere enn for avtalepraksiser.

De ulike formene for styring som benyttes for å regulere forholdet mellom privatpraktiserende psykologer og staten påvirker delmarkedene for avtalepraksiser og helprivate praksiser. Styring gjennom regulering kan medføre redusert autonomi og noe økte kostnader, og kan dermed bidra til å gjøre avtalespesialistordningen mindre gunstig sammenliknet med å drive helprivat praksis. De økonomiske insentivene for helprivate praksiser medfører at praksisene i større grad er avhengige av behandlingsaktivitet på grunn av et fast driftstilskudd i kompensasjonsordningen for avtalespesialister. Dermed kan det være mindre risikabelt å drive avtalepraksis, slik at det anses gunstigere enn å drive helprivat praksis. Avtalepraksisene preges likevel i større grad av økonomiske insentiver fra staten på grunn av utformingen av kompensasjonsordningen. Tillitsbasert styring kan gjøre det attraktivt å drive privatpraksis gjennom økt autonomi. Samtidig vil kombinasjonen med tilsynsbasert styring for avtalepraksiser gjøre det mindre attraktivt å drive avtalepraksis sammenliknet med helprivat praksis. Samlet vil avtalepraksisene i større grad preges av redusert autonomi og økte kostnader, men også noe mindre risiko sammenliknet med helprivate praksiser.

Oppsummert virker lønnsomhetspotensialet for både avtalepraksiser og helprivate praksiser å være relativt stort. Likevel anses potensialet noe større for avtalepraksiser på grunn av et mer beskyttet delmarked som følge av reguleringer. Graden av styring for avtalepraksiser medfører samtidig at det fremstår noe mindre gunstig å drive avtalepraksis fremfor helprivat praksis. Dette samsvarer med Norsk psykologforening sitt innspill om at redusert autonomi som følge av stadig flere reguleringer for avtalespesialister kan ha bidratt til færre søkere på avtalehjemplene de siste årene.

## 6 Analyse av lønnsomhetsnivå for privatpraksiser

Formålet med kapittelet er å undersøke lønnsomheten i markedet for privatpraksiser. Analysen tar utgangspunkt i regnskapstall for 21 avtalepraksiser og 36 helprivate praksiser. Dagens lønnsomhet analyseres ved bruk av deskriptiv statistikk for regnskapsposter, common size-analyser og analyser av driftsmargin. For å få bedre forståelse for lønnsomhetsnivået sammenlikner vi nivået med andre aktører innenfor helsetjenesten. I tillegg vil vi studere utviklingen i lønnsomhet over tid for å undersøke om lønnsomheten har vært stabil gjennom analyseperioden. Samlet danner analysen grunnlag for å svare på forskningsspørsmål 2:

*Hvordan er lønnsomhetsnivået i delmarkedet for avtalepraksiser sammenliknet med helprivate praksiser?*

### 6.1 Dagens lønnsomhet for avtalepraksiser

#### 6.1.1 Analyse av regnskapstall

Tabell 4 inneholder deskriptiv statistikk for selskapsgjennomsnitt av observasjonene vi har for absolute regnskapstall for avtalepraksiser. Vi har KPI-justert regnskapstallene med 2015 som basisår i henhold til Statistisk sentralbyrå (u.å.) sin totalindeks for KPI for å korrigere tallene for inflasjon gjennom analyseperioden. I denne delen vil vi hovedsakelig kommentere regnskapspostene omsetning, lønnskostnader og utbytte, mens resterende regnskapsposter drøftes i common size-analysen i delkapittel 6.1.2. I analysen undersøker vi lønnskostnader og utbytte som en samlet regnskapspost ettersom aksjeselskapene kan utbetale lønn i form av lønnskostnader eller utbytte. Det er likevel viktig å presisere at utbyttet ikke inngår i driftsresultatet fordi regnskapsposten ikke er en del av driftskostnadene. Verdiene for minimumsverdi og maksimumsverdi kan for øvrig ikke sees i sammenheng, da de representerer største og minste verdi for en regnskapspost fremfor for en enkelt praksis.

	N	Gj. snitt	Median	St. avvik	Min	Maks
Omsetning	21	1 851 053	1 779 800	662 705	749 237	3 005 769
Lønn + Utbytte	21	912 611	814 246	428 512	290 100	2 031 585
Varekostnader	21	16 057	0	72 084	0	330 639
Avskrivninger	21	53 823	10 873	80 392	0	311 390
Andre driftskostnader	21	477 978	437 495	259 278	183 935	1 351 231
Driftsresultat	21	494 428	484 417	485 556	-4 785	1 899 552

Tabell 4: KPI-justert deskriptiv statistikk av regnskapstall for avtalepraksiser

Fra tabell 4 fremgår det at omsetningen i snitt utgjør i underkant av 1,9 millioner kroner. Sammenliknet med driftsinntekter for avtalespesialister organisert som enkeltpersonforetak, samlet inn av Statistisk sentralbyrå, på nesten 1,5 millioner kroner er omsetningen i vårt utvalg noe høyere (Hansen & Hove, 2020, s. 11). Samtidig er standardavviket stort og omsetningen varierer mellom omtrent 750 000 kroner og 3 millioner kroner. Den store variasjonen kan skyldes at utvalget vårt inneholder tre nevropraksiser og slike praksiser i snitt har høyere inntekter enn andre avtalespesialister (Hansen & Hove, 2020, s. 10). Nevropraksiser har også ofte ansatt hjelpepersonell og derfor kan ha større omsetning som følge av muligheter for høyere kapasitetsutnyttelse (Informant 3, 2022). Den store variasjonen kan også skyldes ulikt aktivitetsnivå eller ulik kapasitetsutnyttelse. Avtalepraksisene velger i stor grad eget aktivitetsnivå, men nivået kan også ha sammenheng med hjemmelprosenten (H. Roald, personlig kommunikasjon, 10. mars 2022). I vårt utvalg har majoriteten av praksisene fulltidshjemmel og tre praksiser har hjemmelstørrelse mellom 50 og 70 prosent.

Den gjennomsnittlige verdien for den samlede regnskapsposten Lønn + Utbytte er ifølge tabell 4 på omtrent 915 000 kroner gjennom analyseperioden. Det antyder at en gjennomsnittlig avtalespesialist har relativt høy lønn, sammenliknet med landsgjennomsnittet på omtrent 610 000 kroner i 2021 (Fløtre & Tuv, 2022). Det er likevel store variasjoner som tydeliggjøres ved en minsteverdi på omtrent 290 000 kroner og en maksverdi i overkant av 2 millioner kroner. Den lave minsteverdien skyldes for øvrig at avtalespesialisten i praksisen har 50 prosent avtalehjemmel. En lav verdi for lønnskostnader og utbytte virker derfor ikke urimelig.

### 6.1.2 Common size-analyse

Tallene i tabell 5 angir regnskapspostenes andel av omsetningen basert på et KPI-justert gjennomsnitt for hver enkelt praksis gjennom femårsperioden fra 2016 til 2020. Forholdstallene summeres for øvrig ikke til 100 prosent, ettersom utbytte som nevnt ikke inngår i beregningen av driftsresultat, og dermed heller ikke i beregningen av driftsmargin.

	N	Gj. snitt	Median	St. avvik	Min	Maks
Lønn + Utbytte	21	0.52	0.47	0.19	0.19	0.78
Varekostnader	21	0.01	0.00	0.03	0.00	0.12
Avskrivninger	21	0.03	0.01	0.03	0.00	0.13
Andre driftskostnader	21	0.26	0.24	0.11	0.13	0.57
Driftsmargin	21	0.25	0.20	0.19	0.00	0.63

*Tabell 5: Common size for avtalepraksiser*

---

Fra tabell 5 fremgår det at lønnskostnader og utbytte samlet utgjør 52 prosent av omsetningen for avtalepraksiser i snitt, og dermed utgjør den største kostnadsposten. Ettersom psykologer inngår i en tjenesteytende bransje, er det ikke overraskende at kostnader forbundet med lønn er mest dominerende (NOU 2020: 13, s. 312; Regjeringen.no, 2000). Standardavviket på 19 prosent antyder samtidig at det er store variasjoner mellom avtalepraksisene. En mulig årsak til variasjonene kan skyldes forskjellene vi observerte i omsetning, slik at ulike praksiser vil ha varierende muligheter til å utbetale lønn. Eksempelvis vil praksiser som nylig har startet opp kun ha mulighet til å betale ut noe lønn de første årene (Nordea, u.å.). En praksis med god inntjening kan derimot betale ut et stort utbytte, slik at verdien for den samlede regnskapsposten vil bli høyere.

Varekostnadene er ifølge tabell 5 svært lave og utgjør i snitt tilnærmet ingen andel av omsetningen. Dette er heller ikke overraskende for tjenesteytende selskaper. Likevel finner vi at varekostnadene kan utgjøre opp mot 12 prosent av omsetningen for enkelte praksiser. Nærmere undersøkelser av datamaterialet avdekket at det kun er noen få praksiser med særlige varekostnader, slik at betydelige varekostnader kun ser ut til å forekomme unntaksvis.

Regnskapsposten avskrivninger kan si noe om hvorvidt avtalepraksisene har eiendeler som er ment for varig eie eller bruk (Altinn, 2021a). Avskrivninger av en viss størrelse kan tyde på at en praksis eier kontorlokalene som benyttes til behandling, istedenfor å leie kontorlokaler. Fra tabell 5 fremgår det at avskrivningene i snitt utgjør 3 prosent av omsetningen, med et standardavvik på 3 prosent. Den lave andelen kan tyde på at de fleste praksisene i utvalget leier kontorlokaler fremfor å eie. Det virker rimelig ettersom medianen for avskrivningene i tabell 4 er på i underkant av 11 000 kroner. Basert på samtaler med Norsk psykologforening og intervjuobjektene våre ser funnet også ut til å stemme overens med markedet som helhet (H. Roald, personlig kommunikasjon, 20. april 2022; Informant 1, 2022; Informant 3, 2022). Samtidig er driftsmarginen ofte lavere for praksiser som leier kontorlokaler (NOU 2020: 13, s. 312). Det skyldes at kun kostnader forbundet med avskrivninger inngår i beregningen av driftsmargin for praksiser som eier lokaler, og ikke kostnader forbundet med finansiering.

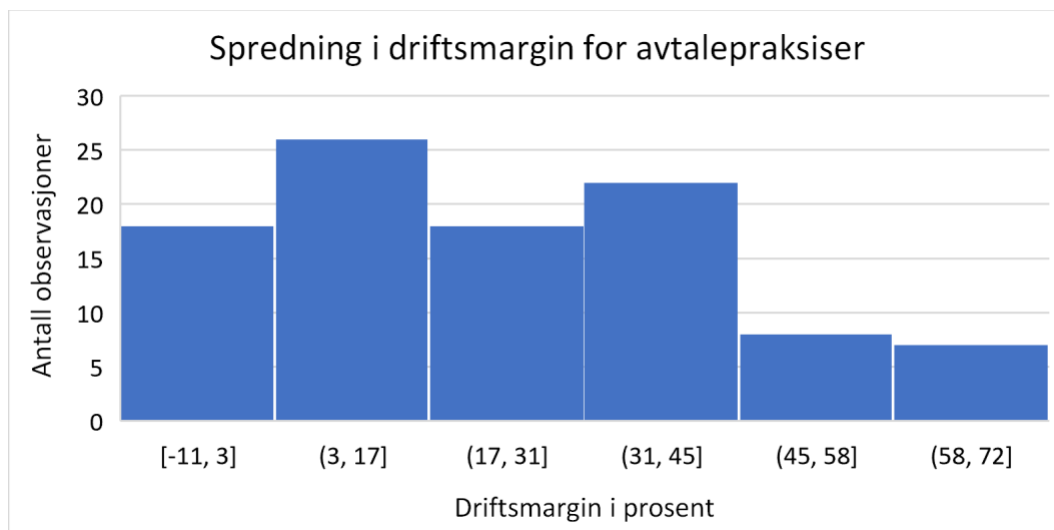
Andre driftskostnader utgjør en betydelig andel av omsetningen for en avtalepraksis i vårt utvalg med en gjennomsnittlig andel på 26 prosent. Regnskapsposten kan inneholde kostnader forbundet med leie av kontorlokaler, strøm, journalsystemer, tilknytning til Norsk Helsenett og forsikringer (Norsk psykologforening, 2021b, s. 6; Norsk psykologforening, 2015, s. 3-4; Roald & Lajord, 2021). Avtalespesialister er pålagt å ha elektroniske journalsystemer,

tilknytning til Norsk Helsenett og forsikring (Roald & Lajord, 2021). Det virker derfor rimelig at andre driftskostnader utgjør en vesentlig del av omsetningen. Samtidig antyder standardavviket på 11 prosent og differansen mellom minimumsverdien og maksimumsverdien at det er variasjoner mellom praksisene i utvalget. En mulig forklaring på spredningen kan være at enkelte avtalespesialister deler kontor med andre psykologer, slik at kostnadene forbundet med leie av kontorlokaler blir lavere per selskap. Dersom en av psykologene ved et delt kontor dekker kostnader knyttet til kontorleie via sitt selskap og deretter mottar betaling fra de andre psykologene, kan regnskapsposten også bli stor. Ifølge Informant 3 (2022) er dette en relativt vanlig ordning ved praksisfellesskap. Andre driftskostnader kan potensielt også være lave dersom en praksis eier kontorlokaler, ved at kostnaden forbundet med kontorer plasseres under avskrivninger. Dermed kan organisering av kontorlokaler ha stor innvirkning på driftsmarginen til en avtalepraksis.

### 6.1.3 Analyse av lønnsomhetsnivå

Av tabell 5 fremgår også gjennomsnitt, median, standardavvik, minimumsverdi og maksimumsverdi for driftsmargin. Lønnsomhetsmålet er beregnet som et gjennomsnitt for hver av de 21 avtalepraksisene i utvalget gjennom perioden fra 2016 til 2020. Den gjennomsnittlige driftsmarginen for avtalepraksisene er på 25 prosent. Samtidig er det viktig å presisere at den observerte driftsmarginen for avtalepraksisene i vårt utvalg kan være noe høy, ettersom lønn kan utbetales i form av utbytte og dermed ikke inngår i beregningen av driftsmargin. Det ser også ut til å være stor variasjon i lønnsomhet blant avtalepraksisene på grunn av et standardavvik på 19 prosent og stor differanse mellom minimumsverdien og maksimumsverdien. Medianen på 20 prosent er lavere enn gjennomsnittet, og tydeliggjør derfor også spredningen i utvalget ved at det trolig er enkelte praksiser med særlig høy lønnsomhet som bidrar til å øke gjennomsnittsverdien.

For å studere spredningen av driftsmarginen nærmere har vi oppført et histogram for fordelingen av driftsmargin blant våre 105 observasjoner illustrert i figur 4. Histogrammet viser at den totale spredningen av driftsmarginen varierer mellom minus 11 prosent og 72 prosent. Ettersom spredningen er større enn for selskapsgjennomsnittene tyder det på at flere praksiser har hatt noen dårlige år med lavere driftsmargin, mens den gjennomsnittlige driftsmarginen for en praksis er noe utjevnet. Likevel antyder både tabell 5 og figur 4 at det er relativt store lønnsomhetsvariasjoner mellom avtalepraksisene i utvalget.



Figur 4: Spredning av driftsmargin for observasjonene av avtalepraksiser

For å vurdere nivået på den gjennomsnittlige driftsmarginen på 25 prosent vil vi sammenlikne med driftsmarginen for næringsgruppen helse- og sosialtjenester generelt og kommersielle aktører innenfor spesialisthelsetjenesten. Næringsgruppen helse- og sosialtjenester omfatter blant annet sykehustjenester, lege- og tannlegetjenester og andre helsetjenester der kliniske psykologtjenester inngår (Statistisk sentralbyrå, 2009). Basert på Statistisk sentralbyrå sine nøkkeltall for helse- og sosialtjenester fremgår det at gjennomsnittlig driftsmargin var på 8,3 prosent i perioden fra 2016 til 2020 (Statistisk sentralbyrå, 2021). Til sammenlikning var gjennomsnittlig driftsmargin for kommersielle aktører innenfor spesialisthelsetjenesten med driftsinntekter på mindre enn 5 millioner på 11 prosent i 2018 (NOU 2020: 13, s. 382). Aktører innenfor spesialisthelsetjenesten omfatter deriblant institusjoner og poliklinikker innenfor somatikk og psykisk helsevern, samt sykehus (NOU 2020: 13, s. 369). Ved sammenlikning med andre helsetjenester virker derfor lønnsomheten for avtalepraksiser i vårt utvalg å være relativt høy, ettersom driftsmarginen er mer enn dobbelt så stor. Samtidig kan muligheter for utbetaling av lønn i form av utbytte for avtalepraksisene i vårt utvalg medføre at differansen i lønnsomhet i realiteten er noe mindre.

I tillegg anser vi det interessant å sammenlikne lønnsomhetsnivået for avtalepraksisene i vårt utvalg med driftsmarginen for avtalepraksiser organisert som enkeltpersonforetak. For å gjennomføre en slik sammenlikning har vi beregnet en korrigert driftsmargin angitt ved formel 6. Det skyldes at enkeltpersonforetak som regel utbetaler lønn basert på driftsresultat, fremfor å ha lønnskostnader som en egen regnskapspost (Altinn, 2021d). Dermed vil en korrigert driftsmargin for vårt utvalg kunne sammenliknes med en driftsmargin beregnet ved driftsresultat delt på omsetning for avtalespesialister organisert som enkeltpersonforetak.



$$\text{Driftsmargin korrigeret} = \frac{\text{Driftsresultat} + \text{Lønnskostnader}}{\text{Omsetning}}$$

*Formel 6: Driftsmargin korrigeret*

Tabell 6 angir deskriptiv statistikk for den beregnede korrigerede driftsmarginen for vårt utvalg av avtalepraksiser. Fra tabellen fremgår det at gjennomsnittlig korrigeret driftsmargin er på 71 prosent. Basert på en undersøkelse av inntekter og kostnader for avtalespesialister organisert som enkeltpersonforetak kan man finne en driftsmargin på 77 prosent (Hansen & Hove, 2020, s. 11). Dermed fremstår lønnsomheten for avtalepraksisene organisert som aksjeselskap i vårt utvalg noe lavere enn avtalespesialister organisert som enkeltpersonforetak. Samtidig kan utvalget vårt være preget av skjevheter, slik at lønnsomheten for avtalespesialistene innenfor de to organiseringsformene ikke nødvendigvis er ulike.

	N	Gj. snitt	Median	St. avvik	Min	Maks
Driftsmargin korrigeret	21	0.71	0.74	0.13	0.36	0.87

*Tabell 6: Deskriptiv statistikk av korrigeret driftsmargin for avtalepraksiser*

## 6.2 Dagens lønnsomhet for helprivate praksiser

### 6.2.1 Analyse av regnskapstall

En tilsvarende tabell som tabell 4 er utformet for observasjonene av de 36 helprivate praksisene, illustrert i tabell 7.

	N	Gj. snitt	Median	St. avvik	Min	Maks
Omsetning	36	1 746 602	1 623 416	850 016	440 620	4 829 994
Lønn + Utbytte	36	962 967	938 320	388 828	277 943	2 302 927
Varekostnader	36	27 442	4 436	70 322	0	376 123
Avskrivninger	36	35 875	7 760	54 860	0	202 838
Andre driftskostnader	36	402 484	317 181	309 532	113 192	1 448 090
Driftsresultat	36	455 392	403 867	470 761	-81 514	1 744 892

*Tabell 7: KPI-justert deskriptiv statistikk av regnskapstall for helprivate praksiser*

Fra tabell 7 ser vi at omsetningen i snitt utgjør i overkant av 1,7 millioner kroner, og er dermed noe lavere enn for avtalepraksiser. Spredningen er derimot noe større med et standardavvik på omtrent 850 000 kroner. Det kan skyldes at de helprivate praksisene i mindre grad er regulert. Årsaker til lavere omsetning for enkelte helprivate praksiser kan være manglende driftstilskudd eller at enkelte praksiser tilbyr behandling på deltid ved siden av annet arbeid (Informant 3, 2022). Derimot kan betydelig høyere omsetning synliggjort ved maksverdien på nesten 5 millioner kroner forklares av at helprivate praksiser har høyere priser for

pasientbehandling (Spets, 2021a). Det kan også tenkes at de helprivate praksisene i større grad består av praksisfellesskap fordi de ikke mottar et personlig driftstilskudd som medfører behov for et eget aksjeselskap. Den samlede omsetningen i en helprivat praksis kan derfor muligens stamme fra flere psykologer (Informant 2, 2022), selv om vi har forsøkt å fjerne praksiser med høye lønnsutbetalinger for å redusere sannsynligheten for dette.

Vi ser fra tabell 7 at den gjennomsnittlige verdien for Lønn + Utbytte for helprivate praksiser utgjør i underkant av 1 million kroner, og er dermed cirka 50 000 kroner høyere enn for avtalepraksisene. Vi ser også av tabell 7 at minimumsverdien er marginalt lavere, mens maksimumsverdien er omtrent 300 000 kroner høyere enn for avtalepraksisene. Det ser derfor ut til å være større variasjoner blant de helprivate praksisene.

## 6.2.2 Common size-analyse

Tabell 8 illustrerer en common size-analyse for de 36 helprivate praksisene i vårt utvalg, tilsvarende tabell 5 for avtalepraksiser. Som for avtalepraksisene summeres ikke tallene i tabellen til 100 prosent fordi utbytte ikke inngår i beregningen av driftsmargin.

	N	Gj. snitt	Median	St. avvik	Min	Maks
Lønn + Utbytte	36	0.59	0.61	0.15	0.15	0.82
Varekostnad	36	0.02	0.00	0.04	0.00	0.19
Avskrivninger	36	0.02	0.01	0.03	0.00	0.09
Andre driftskostnader	36	0.23	0.21	0.10	0.05	0.47
Driftsmargin	36	0.23	0.23	0.20	-0.08	0.75

*Tabell 8: Common size for helprivate praksiser*

Fra tabell 8 ser vi at Lønn + Utbytte utgjør den største kostnadsposten for helprivate praksiser i likhet med avtalepraksisene. I snitt utgjør den samlede regnskapsposten en noe større andel for de helprivate praksisene på 59 prosent mot avtalepraksisenes andel på 52 prosent. Et noe høyere gjennomsnitt kan ifølge Informant 2 (2022) skyldes at helprivate praksiser kan bestå av flere psykologer. En annen mulig forklaring kan knyttes til forskjeller i holdninger mellom psykologer som oppretter helprivat praksis og avtalepraksis. Eksempelvis kan det være sterkere fokus på økonomiske forhold blant helprivate psykologer (Informant 1, 2022), slik at man prioriterer høyere lønnsutbetalinger. Forskjellen mellom minimums- og maksverdien for de helprivate praksisene er noe større enn for avtalepraksisene, i likhet med de absolutte verdiene i tabell 7. Likevel er standardavviket 4 prosent lavere for de helprivate praksisene. Det tyder på at det er enkelte helprivate praksiser med særlig lave og høye andeler lønnsutbetalinger, men at spredningen generelt er mindre enn for avtalepraksisene.

Sammenliknet med avtalepraksisene utgjør varekostnader i snitt 1 prosent mer av omsetningen for de helprivate praksisene. Standardavviket samt differansen mellom minimumsverdien og maksimumsverdien er noe høyere for denne regnskapsposten i forhold til avtalepraksisene.

Andelen avskrivninger ser i snitt ut til å være omtrent like stor for helprivate praksiser og avtalepraksiser, på henholdsvis 2 og 3 prosent. Spredningen er også relativt lik fordi standardavviket er på samme nivå, men maksimumsverdien er noe lavere for de helprivate praksisene. Basert på beløpene for avskrivninger er de gjennomsnittlige avskrivningene lavere for de helprivate praksisene. Andelen som eier kontorlokaler virker derfor å være noe lavere for helprivate praksiser sammenliknet med avtalepraksisene. Fra samtaler med Informant 2 (2022) fremgikk det likevel at det er vanligst å leie kontorlokaler også for helprivate praksiser.

I snitt utgjør andre driftskostnader en mindre andel av omsetningen for helprivate praksiser sammenliknet med avtalepraksiser. Færre krav som følge av at de helprivate praksisene ikke er underlagt spesialisthelsetjenesten kan være en forklaring på den lave andelen. Eksempelvis foreligger det ikke krav om tilknytning til Norsk Helsenett for helprivate praksiser, og kravet har blitt omtalt som kostbart av flere intervjuobjekter (Informant 1, 2022; Informant 3, 2022; Roald, 2015). Andelen er likevel relativt lik, som kan knyttes til at begge praksisformene er pålagt å ha både journalsystemer og forsikringer (Roald & Lajord, 2021). Variasjonen mellom praksisene i de to delutvalgene er også relativt lik ettersom standardavviket er tilnærmet likt.

### 6.2.3 Analyse av lønnsomhetsnivå

Fra tabell 8 observerer vi at den gjennomsnittlige driftsmarginen for de 36 helprivate praksisene i snitt var på 23 prosent gjennom analyseperioden. Sammenliknet med avtalepraksisene er driftsmarginen omtrent 2 prosent lavere. Standardavviket for de helprivate praksisene er 1 prosent høyere, og både minimumsverdien og maksimumsverdien er mer ekstreme. Større lønnsomhetsvariasjoner kan skyldes mindre grad av regulering, slik at praksisene i delmarkedet i større grad opererer ulikt. En helprivat praksis vil heller ikke motta driftstilskudd som en fast andel av omsetningen. Risikoen og dermed lønnsomhetsvariasjonene kan dermed være større for helprivate praksiser.

Vi har analysert driftsmarginen ytterligere gjennom en regresjonsanalyse for å undersøke om det er mer lønnsomt å drive avtalepraksis sammenliknet med helprivat praksis. I regresjonen er *Avtalepraksis* en dummyvariabel som får verdien 1 for avtalepraksiser og 0 for helprivate praksiser. Resultatet av regresjonen fremkommer i tabell 9 og antyder at det ikke er statistisk

signifikant mer lønnsomt å drive avtalepraksis fremfor helprivat praksis. Den ikke-signifikante koeffisienten innebærer at det er mer enn 10 prosent sannsynlighet for at den observerte forskjellen i driftsmargin på 2 prosent skyldes tilfeldigheter, og det kan dermed ikke sies å være betydelige forskjeller i lønnsomhet mellom praksisformene. Regresjonskoeffisienten antyder at det i snitt er omtrent 2 prosent mer lønnsomt å drive avtalepraksis, men grunnet manglende signifikans kan vi ikke trekke en sikker slutning knyttet til verdien av koeffisienten.

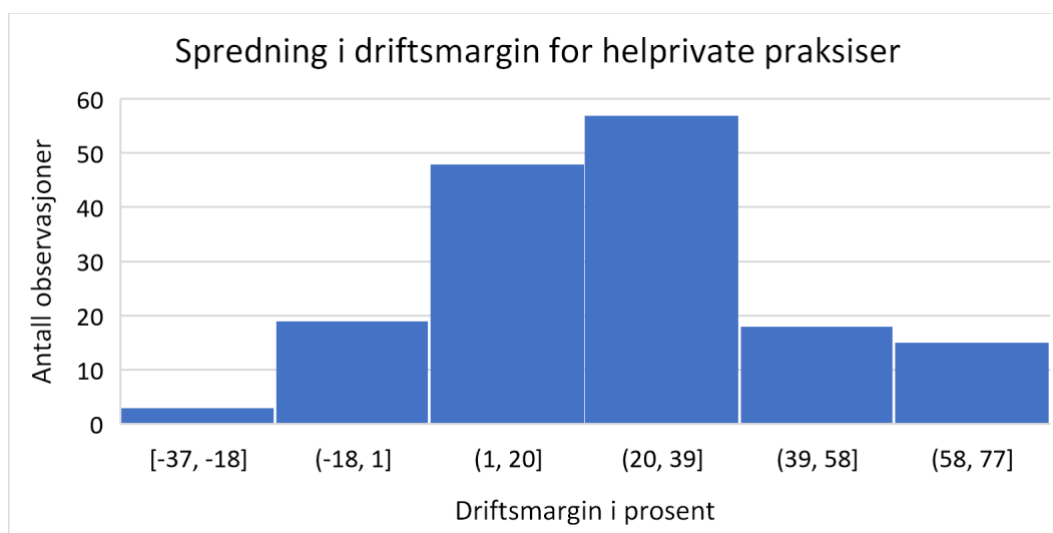
	(1)	(2)
	Driftsmargin i prosent	Driftsmargin i prosent
Avtalepraksis	2.1415 (5.2862)	2.1415 (5.2487)
År 2017	0.5285 (1.9835)	
År 2018	-2.0805 (2.1836)	
År 2019	-0.5274 (2.2618)	
År 2020	-0.6925 (2.4876)	
Konstantledd	23.0903*** (3.8945)	22.5359*** (3.3611)
Observasjoner	285	285
R <sup>2</sup>	0.0038	0.0022
Justert R <sup>2</sup>	-0.0141	-0.0013
Praksiser	57	57
Metode	OLS	OLS
Årsdummy	JA	NEI

*Standardfeil er oppgitt i parentes*

\*\*\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*  $p < 0.1$

**Tabell 9: OLS-regresjon med Avtalepraksis som forklaringsvariabel**

For å undersøke spredningen nærmere har vi oppført et histogram for fordeling av driftsmargin blant våre 180 observasjoner av helprivate praksiser illustrert i figur 5. Vi ser av histogrammet at driftsmarginen varierer fra minus 37 prosent til 77 prosent, og spredningen for observasjonene er dermed betydelig større enn for selskapsgjennomsnittene. Slik som for avtalepraksisene vil en større spredning tyde på at flere praksiser har opplevd enkelte år med lavere driftsmargin, mens den gjennomsnittlige driftsmarginen for en helprivat praksis er mer jevn. Spredningen er noe mer ekstrem enn hva vi observerer for avtalepraksisene i figur 4, i likhet med selskapsgjennomsnittene for helprivate praksiser i tabell 8. Fra tabell 8 og figur 5 ser vi at det er store lønnsomhetsvariasjoner mellom de helprivate praksisene, og variasjonene ser ut til å være noe mer ekstreme enn for avtalepraksisene.



Figur 5: Spredning av driftsmargin for observasjonene av helprivate praksiser

Som for avtalepraksisene har vi beregnet korrigert driftsmargin for de helprivate praksisene. Fra tabell 10 fremgår det at den gjennomsnittlige korrigerte driftsmarginen for de helprivate praksisene i vårt utvalg er på 73 prosent. Den korrigerte driftsmarginen er dermed noe høyere enn for avtalepraksisene, i motsetning til driftsmarginen fremstilt i tabell 5 og 8. Samtidig er den korrigerte driftsmarginen noe lavere enn for avtalespesialistene organisert som enkeltpersonforetak, i likhet med avtalepraksisene.

	N	Gj. snitt	Median	St. avvik	Min	Maks
Driftsmargin korrigert	36	0.73	0.74	0.10	0.47	0.91

Tabell 10: Deskriptiv statistikk av korrigert driftsmargin for helprivate praksiser

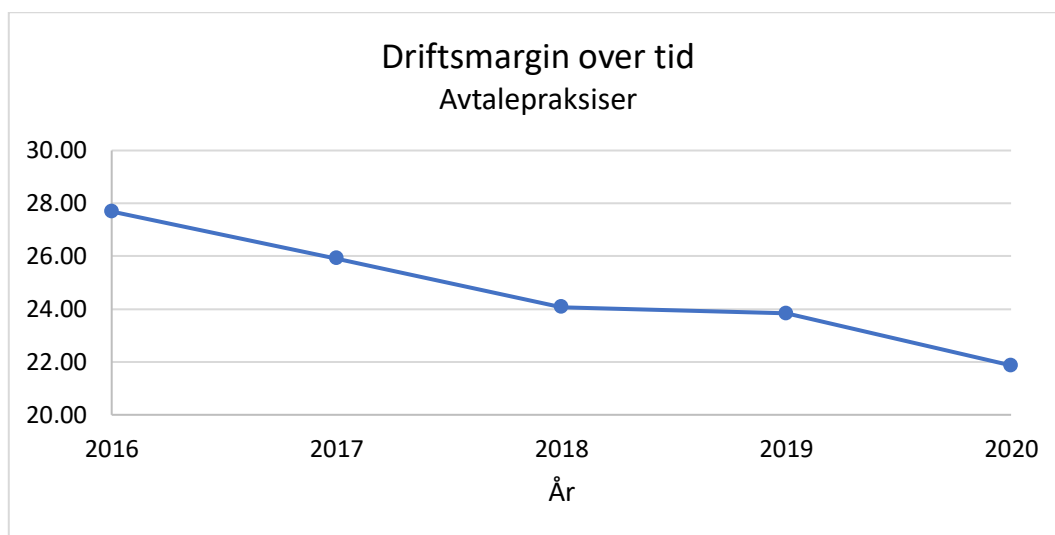
## 6.3 Lønnsomhet over tid for avtalepraksiser

### 6.3.1 Utvikling i driftsmargin

Figur 6 illustrerer utviklingen i prosentvis driftsmargin for avtalepraksisene i vårt utvalg i perioden fra 2016 til 2020. Fra figuren fremgår det at den gjennomsnittlige driftsmarginen for de 21 avtalepraksisene har falt fra omtrent 28 prosent til 22 prosent gjennom analyseperioden. Dette tilsvarer en markant nedgang på omtrent 6 prosent over en femårsperiode. Lønnsomheten for avtalespesialister ser derfor ut til å ha falt betydelig, og nedgangen kan samsvare med det faktum at det har blitt færre søkere på avtalehjemlene de siste årene.

I samtaler med Norsk psykologforening ble nedgangen i driftsmargin oppfattet som noe overraskende (H. Roald, personlig kommunikasjon, 20. april 2022). Det kan tyde på at den observerte nedadgående trenden ikke nødvendigvis er representativ for delmarkedet som

helhet, eller at det har vært en nedgang i lønnsomhet som foreningen ikke har blitt informert om. En mulig årsak til den tydelige nedadgående trenden kan være at avtalepraksisene i vårt utvalg har redusert sin behandlingsaktivitet, ettersom lønnsomheten i stor grad påvirkes av aktivitetsnivå (H. Roald, personlig kommunikasjon, 20. april 2022). Likevel anser vi en nedgang på 6 prosent som betydelig, og det foreligger derfor trolig andre faktorer som forklarer den observerte trenden. Etter nærmere undersøkelser av datamaterialet fant vi at omtrent halvparten av praksisene har hatt en betydelig nedgang i driftsmargin i løpet av analyseperioden, slik at resultatet ikke ser ut til å være drevet av noen få praksiser. Det virker dermed å ha vært en nedgang i lønnsomheten for avtalepraksisene i vårt utvalg, men det er noe usikkert om utviklingen er gjeldende for avtalepraksiser generelt.

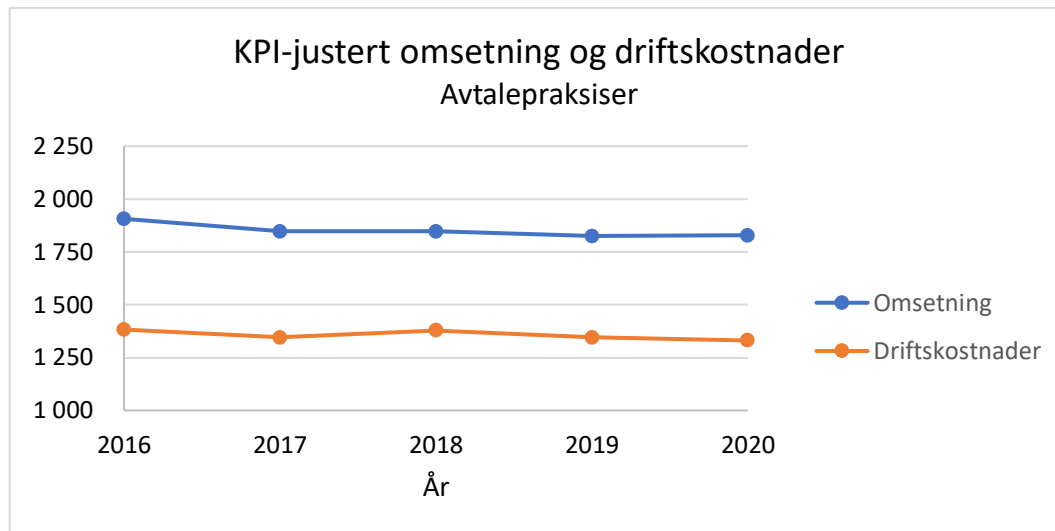


Figur 6: Driftsmargin over tid for avtalepraksiser (oppsett i prosent)

Basert på figur 6 ser det ut til at lønnsomhetsnivået falt omtrent 2 prosent årlig i perioden fra 2016 til 2018, men at det fra 2018 til 2019 var en stabil utvikling i driftsmarginen. Likevel falt driftsmarginen igjen med 2 prosent i 2020 sammenliknet med 2019. Ettersom store deler av 2020 var preget av koronatiltak, kan trolig den siste nedgangen i driftsmargin etter en stabil periode knyttes til koronapandemien. Dermed kan det se ut til at pandemien har påvirket lønnsomheten for avtalepraksisene i vårt utvalg negativt. For delmarkedet som helhet virker det derimot ikke som at pandemien har hatt betydelig innvirkning på lønnsomheten basert på samtaler med Norsk psykologforening (H. Roald, personlig kommunikasjon, 10. mars 2022). Det skyldes at foreningen i samarbeid med de regionale helseforetakene raskt gjennomførte tilpasninger av takstsystemet og omstilling til e-konsultasjoner. Derfor kan det tenkes at avtalepraksisene i vårt utvalg i større grad ble preget av pandemien enn resten av delmarkedet.

### 6.3.2 Utvikling i omsetning og driftskostnader

For å undersøke om utviklingen i driftsmargin fra figur 6 drives av inntekts- eller kostnadssiden har vi illustrert utviklingen i omsetning og driftskostnader i figur 7. Ettersom inflasjon vil påvirke beløpene for omsetning og driftskostnader har vi foretatt en KPI-justering av regnskapspostene tilsvarende som i delkapittel 6.1.1 for å korrigere for inflasjonseffekter.



Figur 7: KPI-justert omsetning og driftskostnader over tid for avtalepraksiser (tall oppgitt i hele tusen)

Figur 7 illustrerer at både omsetningen og driftskostnadene til avtalepraksisene i vårt utvalg er relativt stabile over analyseperioden. Inntektene for avtalespesialister er i stor grad regulert gjennom årlig fastsatte takstbeløp og driftstilskudd. Ønsket nivå av behandlingsaktivitet er også lett å opprettholde på grunn av umettet etterspørsel i markedet. Det er heller ikke forhold som tyder på at driftskostnadene har endret seg gjennom perioden (H. Roald, personlig kommunikasjon, 20. april 2022).

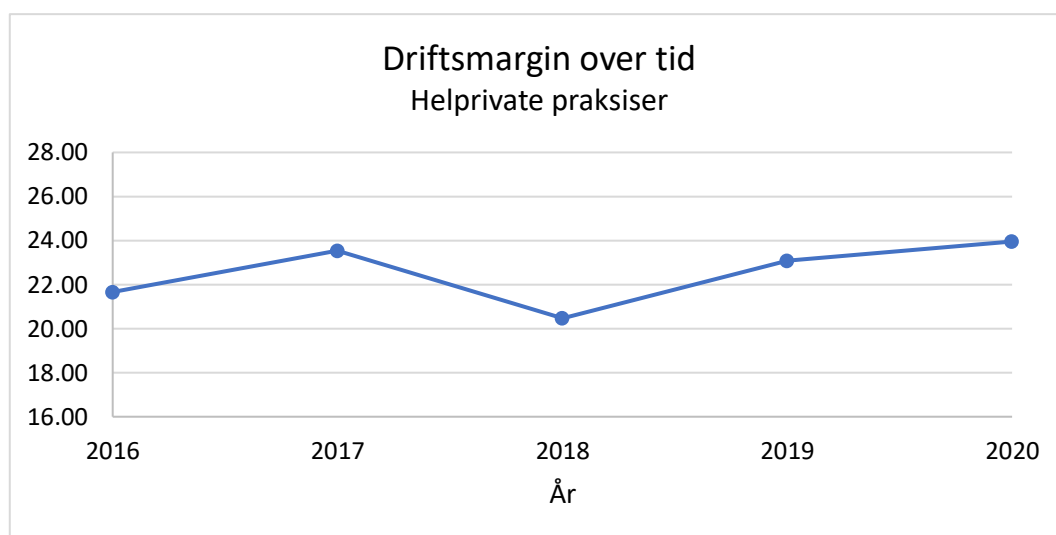
Vi observerer likevel av figur 7 at omsetningen faller med omtrent 80 000 kroner samtidig som driftskostnadene faller med omtrent 50 000 kroner gjennom analyseperioden. Den nedadgående trenden i driftsmargin fra figur 6 kan derfor muligens forklares av at omsetningen faller noe mer enn driftskostnadene. En mulig årsak kan være at forholdet mellom inntekter og kostnader er ikke-lineært. Eksempelvis kan en reduksjon i behandlingsaktivitet medføre et større inntektsbortfall enn kostnadsbortfall, siden driftskostnadene i større grad er faste. Ettersom reduksjonen i driftsmargin også kan skyldes redusert behandlingsaktivitet virker dette som en sannsynlig forklaring på at omsetningen har falt noe mer enn driftskostnadene. Samtidig er nedgangen i driftsmargin som nevnt betydelig, slik at den trolig skyldes andre forhold. En annen sannsynlig forklaring på sterkere nedgang i omsetning enn driftskostnader

kan være knyttet til inflasjon. Ved forhandlinger om takstbeløp og driftstilskudd benyttes et estimat for anslått vekst i KPI utlevert fra Beregningsutvalget (Personlig kommunikasjon med Norsk psykologforening, 10. mai 2022; NOU 2022: 4, s. 61). Ettersom grunnlaget for inflasjonsjustering i forhandlingene er basert på et estimat, kan beløpene for takster og driftstilskudd bli noe feilaktig justert sammenliknet med faktisk KPI. Dermed kan nedgangen i omsetning muligens skyldes at faktisk KPI har vært noe høyere enn estimatet beløpene har blitt justert for, slik at de reelle beløpene kan ha falt i analyseperioden.

## 6.4 Lønnsomhet over tid for helprivate praksiser

### 6.4.1 Utvikling i driftsmargin

Utviklingen i prosentvis driftsmargin for helprivate praksiser gjennom analyseperioden er illustrert i figur 8.



Figur 8: Driftsmargin over tid for helprivate praksiser (oppgitt i prosent)

Av figur 8 fremkommer det at den gjennomsnittlige driftsmarginen for helprivate praksiser varierer noe i perioden fra 2016 til 2020. Driftsmarginen varierer fra omtrent 20 prosent på det laveste til omtrent 24 prosent på det høyeste. Utenom en nedgang i driftsmarginen i 2018 fremstår utviklingen i lønnsomhet for de helprivate praksisene relativt stabil og noe økende, i motsetning til utviklingen for avtalepraksisene som virker å ha en nedadgående trend.

Basert på undersøkelser av datagrunnlaget virker den observerte nedgangen i 2018 å være gjennomgående for vårt utvalg fordi cirka halvparten av praksisene har fallende driftsmargin det året. Fra samtaler med Norsk psykologforening har vi derimot ikke fått inntrykk av at det

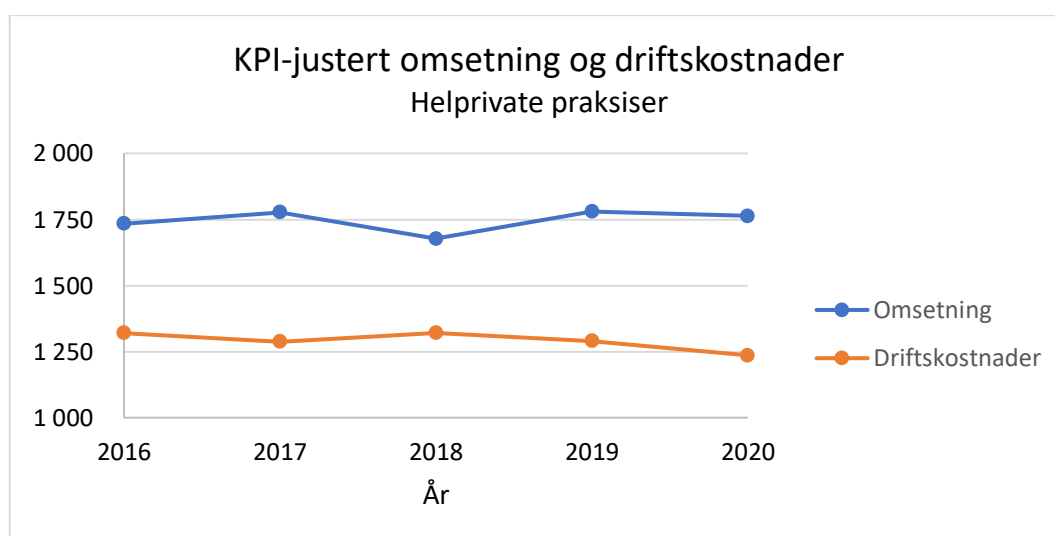


er noen spesielle forhold som kan forklare den særlig lave lønnsomheten i 2018 (H. Roald, personlig kommunikasjon, 10. mars 2022). Dermed kan et lavere aktivitetsnivå i de helprivate praksisene i utvalget vårt være en sannsynlig forklaring på den observerte nedgangen.

Fra figur 8 fremgår det at driftsmarginen har økt noe i perioden fra 2019 til 2020 for helprivate praksiser i vårt utvalg, i motsetning til utviklingen for avtalepraksisene. Utbruddet av koronapandemien kan derfor tenkes å ha bidratt til økt lønnsomhet for de helprivate praksisene. Pandemien førte til en ytterligere økning i etterspørselen etter psykologtjenester (Helse Sør-Øst, 2021; Nes et al., 2020), og de helprivate praksisene kan derfor ha økt sitt aktivitetsnivå i perioden. En mulig årsak til økt aktivitetsnivå for helprivate praksiser kan knyttes til praksisene sine avtaler med private organisasjoner om raskt tilbud av psykologtjenester ved behov. Under pandemien kan det ha oppstått krav om raskt tilbud av psykologtjenester fra flere private organisasjoner som følge av økt etterspørsel, slik at flere helprivate praksiser måtte øke egen kapasitetsutnyttelse for å overholde sine inngåtte avtaler. Ettersom avtalepraksiser ikke kan inngå avtaler med private organisasjoner, og har hatt en ulik utvikling i lønnsomhet under pandemien enn de helprivate praksisene, virker slike avtaler som en sannsynlig forklaring på den observerte utviklingen for helprivate praksiser.

#### 6.4.2 Utvikling i omsetning og driftskostnader

Tilsvarende som for avtalepraksisene har vi foretatt en KPI-justering av omsetning og driftskostnader for de helprivate praksisene. Figur 9 illustrerer utviklingen i regnskapspostene i perioden fra 2016 til 2020.



Figur 9: KPI-justert omsetning og driftskostnader for helprivate praksiser (tall oppgitt i hele tusen)

---

Fra figur 9 fremgår det at utviklingen i omsetning og driftskostnader er relativt stabil gjennom analyseperioden. Omsetningen er svakt økende, med unntak av en nedgang i 2018. Samtidig faller driftskostnadene noe. Utviklingen samsvarer med den svake økningen i driftsmargin observert i figur 8. Reduksjonen i driftsmargin i 2018 ser ut til å skyldes både redusert omsetning og økte driftskostnader. Samlet ser det ut til at utviklingen i både inntekts- og kostnadssiden er sentrale drivere for driftsmarginen for helprivate praksiser.

En beslutning om økt behandlingsaktivitet kan trolig forklare noe av økningen i omsetning for de helprivate praksisene fordi inntektene i stor grad er aktivitetsbaserte. Forklaringen stemmer derimot ikke overens med den observerte nedgangen i driftskostnader, ettersom økt aktivitet vanskelig vil lede til reduserte kostnader. Målrettet arbeid mot reduserte kostnader kan likevel være en mulig forklaring på nedgangen i driftskostnader gjennom analyseperioden. Økt aktivitetsnivå og fokus på kostnadsreduksjoner kan derfor være sannsynlige årsaker til den svake økningen i både omsetning og driftsmargin for de helprivate praksisene i vårt utvalg.

Lavere omsetning samt økte driftskostnader virker samlet å forårsake reduksjonen i driftsmargin i 2018. Redusert aktivitetsnivå kan også være en sannsynlig forklaring på utviklingen i omsetning for dette året, men lavere aktivitetsnivå vil trolig ikke medføre økte driftskostnader. Vi har likevel ikke klart å avdekke årsaken til økningen i driftskostnadene i 2018 for vårt utvalg, og det er derfor noe usikkert om endret aktivitetsnivå er bakgrunnen for nedgangen i driftsmargin i 2018 for helprivate praksiser.

## 6.5 Oppsummering av lønnsomhetsnivå for privatpraksiser

I denne delen har vi undersøkt lønnsomhetsnivået i delmarkedet for avtalepraksiser og helprivate praksiser. Vi har derfor analysert absolutte regnskapstall, gjennomført common size-analyser, undersøkt dagens nivå av driftsmargin, samt analysert utviklingen i lønnsomhet over tid for begge praksisformene.

Analysen av absolutte regnskapstall synliggjorde at omsetningen for avtalepraksiser og helprivate praksiser i snitt er relativt lik. Samtidig varierer omsetningen for de helprivate praksisene mer enn for avtalepraksisene og har en høyere maksimumsverdi. Variasjonen kan skyldes at avtalepraksiser er en mer homogen gruppe på grunn av omfattende reguleringer, og dermed har mindre variasjoner i stillingsprosent og tjenestetilbud. Høy omsetning for helprivate praksiser kan skyldes at praksisene kan bestå av flere psykologer.

Common size-analysen avdekket at de to største regnskapspostene for begge praksisformene i vårt utvalg er den samlede regnskapsposten for lønnskostnader og utbytte samt andre driftskostnader. I sum utgjør de to regnskapspostene mellom 78 og 82 prosent av omsetningen for praksisene. Kostnader forbundet med lønn varierer en god del for begge praksisformene. Variasjonen skyldes trolig ulikt aktivitetsnivå og bruk av hjelpepersonell i praksisene, samt varierende antall psykologer per kontor for de helprivate praksisene. Blant de andre driftskostnadene virker leie av kontorlokaler å utgjøre størst andel for både avtalepraksiser og helprivate praksiser. Organisering av kontorlokaler kan derfor ha relativt stor innvirkning på lønnsomheten for en privatpraksis.

Den gjennomsnittlige driftsmarginen for avtalepraksiser og helprivate praksiser var henholdsvis 25 og 23 prosent gjennom analyseperioden. Det kan dermed virke som at avtalepraksiser er mer lønnsomme, men det er ikke signifikant forskjell mellom driftsmarginen for de to praksisformene. Sammenliknet med driftsmarginen for helse- og sosialtjenester generelt og kommersielle aktører innenfor spesialisthelsetjenesten fremstår lønnsomhetsnivået for begge praksisformene relativt høyt. Ved sammenlikning med avtalespesialister organisert som enkeltpersonforetak er lønnsomheten noe lavere for avtalepraksisene og de helprivate praksisene. Det er likevel ikke nødvendigvis ulik lønnsomhet for de to organiseringsformene.

Når det gjelder utvikling i lønnsomhet over tid ser det ut til at driftsmarginen har falt for avtalepraksisene i utvalget, mens utviklingen har vært jevn og noe økende for de helprivate praksisene. Utviklingen for begge praksisformene kan trolig knyttes til valg av nivå på behandlingsaktivitet. I tillegg kan nedgangen for avtalepraksisene muligens skyldes inflasjon ved at beløpene for takster og driftstilskudd ikke har blitt tilstrekkelig justert for faktisk inflasjon gjennom perioden. Økningen for de helprivate praksisene kan også muligens skyldes sterkere fokus på kostnadsreduksjoner.

Samlet virker lønnsomhetsnivået å være relativt likt for de to praksisformene, men det er noe større variasjon blant de helprivate praksisene på grunn av færre reguleringer knyttet til organisering. Lønnsomhetsnivået fremstår også relativt høyt for begge praksisformene sammenliknet med andre aktører innenfor helsetjenesten. Samtidig virker lønnsomheten å være relativt lik som for avtalespesialister organisert som enkeltpersonforetak. Utviklingen i lønnsomhet har vært noe ulik for delutvalgene våre ved at lønnsomheten for avtalepraksisene ser ut til å ha falt, mens lønnsomheten for de helprivate praksisene har økt noe.

---

## 7 Analyse av lønnsomhetsvariasjoner

I dette kapittelet vil vi analysere hvilke variabler som kan forklare lønnsomhetsvariasjoner for avtalepraksisene i utvalget. Ideelt sett ville vi også undersøkt variasjoner for helprivate praksiser, men på grunn av manglende datamateriale for dette delutvalget har det ikke latt seg gjennomføre. Vi vil særlig fokusere på variabler knyttet til volum og pris som kan forklare forskjeller mellom praksiser med hensyn til praksisprofil, fordi praksisprofil ifølge Norsk psykologforening vil ha stor innvirkning på lønnsomheten til en praksis (H. Roald, personlig kommunikasjon, 10. mars 2022). En praksisprofil rettet mot psykoterapi innebærer ofte behandling av tyngre psykiske lidelser med lange behandlingsløp, mens en praksisprofil rettet mot utredning ofte har kortvarige behandlingsløp av lettere lidelser.

I denne delen vil vi redegjøre for tilpasninger av utvalget, variablene som benyttes i analysen og hypoteser om hvordan variablene påvirker lønnsomheten for avtalepraksiser. Vi vil også presentere deskriptiv statistikk og en korrelasjonsanalyse. I tillegg vil vi utføre OLS- og FE-regresjoner for å undersøke om våre hypoteser stemmer for utvalget vårt, og gjennomføre robusthetsanalyser. Analysen vil danne grunnlag for å svare på vårt tredje forskningsspørsmål:

*Hvilke variabler kan forklare lønnsomhetsvariasjoner i delmarkedet for avtalepraksiser?*

### 7.1 Tilpasning av utvalget

For å studere lønnsomhetsvariasjoner anser vi det hensiktsmessig å foreta noen tilpasninger av utvalget basert på undersøkelser av datamaterialet og forhold avdekket i forrige kapittel. I det følgende vil vi redegjøre for tilpasningene vi har foretatt og begrunnelser for valgene våre.

Nevropraksiser kan sies å være utredningspraksiser med korte behandlingsløp. Ved nærmere undersøkelser av nevropraksisene i utvalget vårt var det gjennomgående at praksisene skilte seg noe fra de andre avtalepraksisene. Praksisene innenfor nevropsykologi har blant annet vesentlig færre konsultasjoner per pasient og hver enkelt konsultasjon består av betydelig flere takster. For å undersøke om lønnsomheten til nevropraksisene skiller seg vesentlig fra de andre avtalepraksisene gjennomførte vi en regresjonsanalyse med en dummyvariabel for nevropraksiser illustrert i tabell A1, der A viser til appendiks. Regresjonskoeffisienten for *Nevropraksis* i tabell A1 viser at nevropraksisene har en driftsmargin som er statistisk signifikant høyere enn resten av utvalget på 5 prosentnivå. Ettersom formålet med denne delen av analysen er å undersøke mulige forklaringer på lønnsomhetsvariasjoner er det avgjørende

at praksisene i utvalget er sammenliknbare. Vi har derfor valgt å utelate de tre nevropraksisene fra utvalget vårt i resten av analysen på grunn av ulik aktivitetstilpasning og driftsmargin.

I analysen av lønnsomhetsnivå for avtalepraksiser studerte vi lønnskostnader og utbytte som en samlet regnskapspost, fordi praksisene kan velge hvilken av de to regnskapspostene lønnsutbetalinger skal føres under. Samtidig inngår kun lønn oppført som lønnskostnader i beregningen av driftsmargin. Derfor kan noe av den observerte variasjonen i driftsmargin skyldes forskjeller i regnskapsføring av lønnskostnader. For å ta høyde for dette vil vi benytte en korrigert driftsmargin der regnskapsposten lønnskostnader utelates. Lønnsomhetsmålet som benyttes i denne delen av analysen er dermed gitt ved formel 6, i likhet med da vi sammenliknet lønnsomhetsnivået for praksiser i vårt utvalg med andre avtalespesialister. Ved å benytte korrigert driftsmargin vil vi muligens gå glipp av noe av lønnsomhetsvariasjonene i utvalget, ettersom den samlede regnskapsposten for lønnskostnader og utbytte er preget av stor variasjon og utgjør den største kostnadsposten for avtalepraksisene. Likevel anser vi usikkerheten i regnskapsposten for lønnskostnader alene som betydelig, slik at en korrigert driftsmargin er mest hensiktsmessig for å undersøke lønnsomhetsvariasjonene i vårt utvalg.

Tabell 11 inneholder deskriptiv statistikk av den korrigerede driftsmarginen for avtalepraksisene i vårt tilpassede utvalg. Fra tabellen fremgår det at den korrigerede driftsmarginen i snitt er 70 prosent, og dermed tilnærmet lik den korrigerede driftsmarginen i tabell 6 i forrige kapittel. Etter tilpasningene av utvalget er lønnsomhetsvariasjonene omtrent like store. Det synliggjøres av standardavviket på 14 prosent. Etter nærmere undersøkelser av spredningen av observasjonene i figur A1 fremgår det at de fleste avtalepraksisene har en korrigert driftsmargin i intervallet fra 59 prosent til 88 prosent. Likevel er den totale spredningen fremdeles betydelig, og vi anser derfor den korrigerede driftsmarginen som egnet for denne delen av analysen.

	N	Gj. snitt	Median	St. avvik	Min	Maks
Driftsmargin korrigert	18	0.70	0.74	0.14	0.36	0.87

*Tabell 11: Deskriptiv statistikk av korrigert driftsmargin for avtalepraksiser etter tilpasning av utvalget*

## 7.2 Valg av variabler

I det følgende presenteres variablene som benyttes i regresjonsanalysene og bakgrunnen for valget av variabler. Vi vil forklare hva variablene inneholder og redegjøre for hypoteser om samvariasjon med den avhengige variabelen. I tillegg vil vi diskutere variabler som kunne vært nyttige å undersøke dersom vi hadde hatt et mer utfyllende datagrunnlag.

---

Det relative lønnsomhetsmålet driftsmargin anses egnet for analyser av avtalepraksiser, som forklart i delkapittel 4.4.2. For å undersøke om ulike variabler kan forklare lønnsomhetsvariasjoner har vi derfor valgt å benytte *Driftsmargin korrigert* oppgitt i prosent som avhengig variabel i regresjonsanalysene. Heretter benevnes *Driftsmargin korrigert* som *Driftsmargin*. Ved å studere hvordan ulike forklaringsvariabler påvirker *Driftsmargin* kan vi få innsikt i hvilke forhold som kan forklare lønnsomhetsforskjeller for praksisene i vårt utvalg.

Basert på datagrunnlaget vårt, innsikt fra teori og innspill fra samtaler med Norsk psykologforening har vi valgt ut fem forklaringsvariabler til regresjonsanalysene. Ettersom inntektene for en avtalepraksis kan dekomponeres i antall pasienter, antall konsultasjoner per pasient og pris per konsultasjon har vi utformet forklaringsvariabler som inneholder informasjon om hver av de tre komponentene. Variablene kan også si noe om praksisprofilen for en avtalepraksis, og dermed bidra til å forklare lønnsomhetsforskjeller. Samtidig kan kostnadsdriverne erfaring og kapasitetsutnyttelse tenkes å påvirke lønnsomheten til en avtalepraksis. Derfor har vi inkludert forklaringsvariabler som kan gjenspeile slike forhold. I tillegg kontrollerer vi for plassering i Oslo og Bergen, samt årseffekter ved bruk av dummyer. Kontrollvariablene inkluderes for å redusere sannsynligheten for at sammenhengen mellom forklaringsvariablene og *Driftsmargin* skyldes utelatte variabler fra modellen (Dahlum, 2020).

Vi benytter *Antall pasienter* som en variabel i regresjonene våre ettersom den representerer en av inntektskomponentene til en avtalepraksis. Et visst pasientgrunnlag vil også være avgjørende for inntektene til en praksis ettersom en avtalespesialist som hovedregel kun kan gjennomføre én konsultasjon per pasient per dag (Norsk psykologforening, 2021c, s. 18). I lønnsomhetsmålet *Driftsmargin* vil kostnader forbundet med kontorlokaler, journalsystemer og forsikringer utgjøre majoriteten av kostnadene ettersom lønnskostnader er utelatt. De gjenværende kostnadene er dermed i stor grad faste, slik at en endring i antall pasienter trolig vil påvirke kostnadene i liten grad. Derfor er vår hypotese at *Antall pasienter* vil ha positiv innvirkning på driftsmarginen til en avtalepraksis. I tillegg kan variabelen si noe om praksisprofilen til en avtalepraksis ettersom en utredningspraksis typisk har mange pasienter i løpet av et år i motsetning til en praksis rettet mot psykoterapi med færre pasienter. Fra samtaler med Norsk psykologforening fremgår det at utredningspraksiser med mange pasienter ofte er mer lønnsomme (H. Roald, personlig kommunikasjon, 10. mars 2022). Hypotesen vår om positiv samvariasjon med *Driftsmargin* er også basert på dette innspillet.

Variabelen *Antall pasienter* er ikke justert for hjemmelstørrelse fordi avtalespesialistene avgjør eget aktivitetsnivå, slik at faktisk nivå ikke nødvendigvis gjenspeiles i størrelsen på hjemmelen. Eksempelvis fant vi at en avtalespesialist med 50 prosent hjemmel i snitt jobber 130 prosent med pasientarbeid. Justering for hjemmel ville medført et beregnet aktivitetsnivå på 260 prosent for denne praksisen, og ville derfor blitt svært misvisende i forhold til avtalespesialister med fulltidshjemmel med beregnet aktivitetsnivå på 100 prosent.

En annen inntektskomponent kan undersøkes gjennom variabelen *Konsultasjoner per pasient*. Variabelen kan også si noe om praksisprofil ettersom en utredningspraksis typisk vil ha få konsultasjoner per pasient, mens en praksis rettet mot psykoterapi vil ha mange konsultasjoner per pasient. Fra Takstrundskrivet fremgår det at de første 6 konsultasjonene med en ny pasient medfører et tilleggshonorar på 200 kroner, slik at man trolig vil få høyere inntekter ved å ha konsultasjoner med nye pasienter sammenliknet med gjentakende konsultasjoner med gamle pasienter. Ved en høy andel konsultasjoner med nye pasienter som følge av få konsultasjoner per pasient, vil en praksis trolig få høyere inntekter. Vår hypotese er derfor at *Konsultasjoner per pasient* har negativ innvirkning på *Driftsmargin*. Det skyldes at vi antar at kostnadene per konsultasjon er relativt like for utredningspraksiser og praksiser rettet mot psykoterapi, mens inntektene er høyere for utredningspraksiser med få konsultasjoner per pasient.

Variabelen *Honorar per konsultasjon* benyttes som tilnærming for inntektskomponenten knyttet til pris, og gjenspeiler gjennomsnittlig inntekt per konsultasjon. Et høyere honorar for en konsultasjon kan skyldes nevnte tillegg som følge av oppstartssamtaler med en ny pasient eller at konsultasjonen krever økt tidsbruk. Eksempelvis vil den samme behandlingsformen ifølge Takstrundskrivet ha et høyere honorar dersom man bruker en time sammenliknet med 30 minutter. Isolert virker det rimelig at en økning i *Honorar per konsultasjon* vil bidra til økt lønnsomhet som følge av høyere inntekter, ettersom driftskostnadene i stor grad er faste. Med hensyn til praksisprofil er det usikkert om det foreligger forskjeller i tidsbruk mellom de to profilene, men utredningspraksiser vil oftere få tilleggshonorar som følge av konsultasjoner med nye pasienter og dermed høyere honorar per konsultasjon. Dermed er vår hypotese at *Honorar per konsultasjon* samvarierer positivt med *Driftsmargin* for avtalepraksiser.

Basert på Porter og Riley sine teorier om kostnadsdrivere knyttet til erfaring og læringseffekter har vi inkludert variabelen *Alder praksis* som måltall på erfaring med å drive privatpraksis. Ettersom økt erfaring kan medføre reduserte kostnader på grunn av læringseffekter, virker det rimelig at en økning i *Alder praksis* kan bidra til økt lønnsomhet. Samtidig fremhever Riley at

---

det ikke nødvendigvis foreligger et lineært forhold mellom erfaring og lønnsomhet. Eksempelvis kan økt erfaring de første årene man har avtalepraksis muliggjøre større kostnadsbesparelser knyttet til journalsystemer og forsikring, sammenliknet med økt erfaring for en praksis som er 20 år. Kostnader forbundet med tilknytning til Norsk Helsenett og kontorlokaler kan samtidig være vanskelige å påvirke. Vår hypotese er derfor at en økning i *Alder praksis* vil ha en svak positiv sammenheng med *Driftsmargin*.

Avtalespesialister skiller seg noe fra andre psykologer ved at de fleste er relativt gamle ved tildeling av avtalehjemmel. Det skyldes at lang erfaring fra spesialisthelsetjenesten vektlegges ved tildeling av avtalehjemler (H. Roald, personlig kommunikasjon, 10. mars 2022). Tidligere var det vanlig at psykologspesialister nærmet seg 60 år før de kunne få driftsavtale, slik at økende alder for en avtalespesialist kunne medføre redusert aktivitet på grunn av helseproblemer eller lavere kapasitet (H. Roald, personlig kommunikasjon, 10. mars 2022). I vårt utvalg er mange av avtalespesialistene rundt 60 år (se figur A2), og vi anser det derfor rimelig at variabelen *Alder psykolog* kan si noe om lønnsomheten for en avtalepraksis knyttet til kapasitetsutnyttelse. Høy kapasitetsutnyttelse vil være viktig for lønnsomheten ettersom avtalepraksiser har relativt høye faste kostnader. Derfor er vår hypotese at *Alder psykolog* har negativ innvirkning på *Driftsmargin* ettersom økende alder trolig vil medføre redusert kapasitetsutnyttelse. Sammenhengen kan muligens være noe svak fordi økende alder også vil medføre økt erfaring.

Vi har inkludert *Oslo-effekt* og *Bergen-effekt* som kontrollvariabler i regresjonene på grunn av et inntrykk av særegne effekter for avtalepraksisene lokalisert i Norges to største byer. Inntrykket er basert på at boligprisene i Oslo er betydelig høyere enn andre deler av landet (Eiendom Norge, 2021), og vi antar derfor at Bergen også vil ha noe høyere boligpriser. Høyere boligpriser kan medføre økte kostnader forbundet med kontorlokaler, som utgjør en betydelig del av de resterende kostnadene for avtalepraksisene i vårt utvalg etter fjerning av lønnskostnader. Dermed anser vi det sannsynlig at praksisene i Bergen og Oslo preges av særegne forhold som kan ha innvirkning på lønnsomheten. Gjennom nærmere undersøkelser av datasettet avdekket vi at praksisene i begge kommunene har driftsmargin som skiller seg fra resterende avtalepraksiser. Praksisene i Oslo og Bergen har *Driftsmargin* i intervallet fra 63 prosent til 87 prosent (se figur A3 og A4), og representerer derfor en stor andel av observasjonene i totalutvalget med høy driftsmargin (se figur A1). For å sikre at resultatene våre ikke blir forstyrret av spesielle forhold i Oslo og Bergen anser vi det hensiktsmessig å kontrollere for variablene *Oslo-effekt* og *Bergen-effekt* i regresjonene våre.



For å kontrollere for tidseffekter har vi inkludert årsummyer i regresjonene våre. Det skyldes at vi ønsker å kontrollere for eventuelle endringer i takster eller regler som kan påvirke lønnsomheten for avtalepraksisene et enkelt år. Variablene *År 2016*, *År 2017*, *År 2018*, *År 2019* og *År 2020* fungerer dermed som kontrollvariabler. I regresjonene benyttes *År 2016* som referansegruppe for å unngå problemer med multikollinearitet, og dermed utfordringer knyttet til tolkning av resultatene. Det skyldes at inkludering av alle dummyvariablene innenfor en kategori vil lede til perfekt multikollinearitet (Hopland, 2017, s. 14).

De ovennevnte variablene er valgt med utgangspunkt i datagrunnlaget vårt, og det er flere andre variabler som kunne vært interessante å undersøke med tilgang på et større datamateriale. For det første ville det vært hensiktsmessig med én spesifikk variabel for pasienttyngde fremfor tre forklaringsvariabler som sier noe om praksisprofil, rettet mot enten utredning eller psykoterapi. Da ville det vært lettere å skille ut effekten av pasienttyngde på lønnsomheten for avtalepraksisene. For det andre kan *Honorar per konsultasjon* inneholde informasjon om flere forhold. Ved tilgang på informasjon om hvor mange ganger hver enkelt takst benyttes, hadde det i større grad vært mulig å undersøke tidsbruk per konsultasjon og hvor ofte en praksis får tillegg for oppstartsamtaler med nye pasienter. Da ville vi trolig fått mer presis informasjon om forhold som forklarer lønnsomhetsvariasjoner, slik at praksisene i større grad kan tilpasse seg på en mer lønnsom måte. For det tredje kunne det vært interessant med en variabel som gjenspeiler om praksisene i vårt utvalg er en del av et praksisfelleskap, og i så fall hvor mange avtalespesialister som inngår i samme fellesskap. Med slik informasjon kunne vi undersøkt mulige stordriftsfordeler for å avdekke om praksisfelleskap er en lønnsom form for organisering fremfor enkeltstående avtalepraksiser.

## 7.3 Deskriptiv statistikk

### 7.3.1 Utvalgte variabler

Tabell 12 inneholder deskriptiv statistikk for variablene som benyttes i regresjonene i tillegg til variablene *Antall konsultasjoner*, *Takster per konsultasjon* og *Hjemmelprosent*. I tabellen er den deskriptive statistikken for hver variabel beregnet med utgangspunkt i selskapsgjennomsnitt av utvalgets avtalepraksiser gjennom analyseperioden.

	N	Gj. snitt	Median	St. avvik	Min	Maks
Antall pasienter	18	121	103	67	31	247
Konsultasjoner per pasient	18	12	11	7	4	29
Honorar per konsultasjon	18	951	889	304	571	1 573
Alder praksis	18	11	11	6	4	25
Alder psykolog	18	59	61	5	50	67
Antall konsultasjoner	18	1 149	958	413	693	2 132
Takster per konsultasjon	18	1.6	1.5	0.4	1.1	2.4
Hjemmelprosent	18	93	100	17	50	100

*Tabell 12: Deskriptiv statistikk av utvalgte variabler til regresjonene*

Fra tabell 12 observerer vi at avtalepraksisene snitt behandler 121 unike pasienter i løpet av et år. Imidlertid ser vi at det foreligger store variasjoner mellom praksisene, ettersom standardavviket er 67 pasienter. Basert på figur A5 som illustrerer spredningen av *Antall pasienter* fremgår det at de fleste avtalepraksisene har mellom 24 og 114 pasienter, mens et fåtall behandler flere enn 200 pasienter per år. Avtalespesialister organisert som enkeltpersonforetak har til sammenlikning i snitt 85 unike pasienter i løpet av et år (Hansen & Hove, 2020, s. 11). Avtalepraksisene i utvalget vårt ser derfor ut til å behandle flere pasienter sammenliknet med avtalespesialister organisert som enkeltpersonforetak.

I snitt har avtalepraksisene i utvalget 12 *Konsultasjoner per pasient*, som samsvarer med landsgjennomsnittet (Dahlstrøm & Lundemo, 2020, s. 24). Basert på tabell 12 ser vi at det forekommer store variasjoner i antall *Konsultasjoner per pasient*, og vi har derfor utformet et histogram for å undersøke spredningen nærmere. I figur A6 observerer vi at majoriteten av avtalepraksisene har færre enn 15 konsultasjoner per pasient. Det er likevel stor differanse mellom minimumsverdien på 4 og maksimumsverdien på 34 konsultasjoner per pasient. Til sammenlikning varierte antall konsultasjoner per pasient mellom 1 og 54 for alle avtalespesialister innen psykologi med fulltidshjemmel i 2019 (Dahlstrøm & Lundemo, 2020, s. 24). Dermed virker spredningen for vårt utvalg rimelig i forhold til delmarkedet som helhet. Spredningen kan også antyde at det både er utredningspraksiser med få konsultasjoner per pasient og praksiser rettet mot psykoterapi med flere konsultasjoner per pasient blant praksisene i vårt utvalg. Det er dog ingen tydelig grense for antall konsultasjoner per pasient mellom utredningspraksiser og praksiser rettet mot psykoterapi.

*Honorar per konsultasjon* har ifølge tabell 12 et snitt på 951 kroner. Tilsvarende tall for avtalespesialister organisert som enkeltpersonforetak er til sammenlikning 916 kroner (Hansen & Hove, 2020, s. 11), og dermed noe lavere enn for avtalepraksisene i vårt utvalg.

Imidlertid er variasjonene relativt store. Vi ser fra figur A7 at majoriteten av avtalepraksisene mottar et honorar mellom 543 og 921 kroner per konsultasjon, mens enkelte avtalepraksiser mottar et honorar på opptil 1 677 kroner per konsultasjon. En årsak til spredningen kan som nevnt skyldes ulikt tidsbruk eller bruk av tilleggstakst for nye pasienter. Det er ifølge Takstrundskrivet særlig konsultasjoner med varighet på 2 timer eller mer som har honorar nær maksverdien i figur A7.

Fra tabell 12 observerer vi at *Alder praksis* har et gjennomsnitt på 11 år. Samtidig foreligger det variasjoner i utvalget, ettersom den yngste praksisen er 4 år og den eldste praksisen er 25 år. Histogrammet i figur A8 illustrerer at de fleste avtalepraksisene i vårt utvalg er mindre enn 7 år, men at spredningen ellers er relativt jevn.

Det fremkommer fra tabell 12 at snittet for *Alder psykolog* er 59 år, men at variabelen varierer fra 50 til 67 år. Snittalderen er lik den for avtalespesialister organisert som enkeltpersonforetak (Hansen & Hove, 2020, s. 11). Aldersfordelingen i vårt utvalg virker derfor representativ for avtalespesialister. Majoriteten av psykologene ser ut til å ha en alder mellom 60 og 63 år basert på histogrammet i figur A2, samtidig er det en del variasjon i alderen til avtalespesialistene.

Variablene *Antall konsultasjoner*, *Takster per konsultasjon* og *Hjemmelprosent* vil også drøftes, ettersom de kan bidra til ytterligere innsikt om avtalepraksisene i vårt utvalg. *Antall konsultasjoner* har et snitt på 1 149 og varierer fra 693 til 2 132 konsultasjoner. Variasjonen tydeliggjøres i figur A9 hvor det fremkommer at majoriteten av avtalepraksisene har mellom 613 og 1 192 konsultasjoner, mens et fåtall har flere enn 1 192 konsultasjoner på årsbasis. Store variasjoner kan skyldes ulik varighet på konsultasjonene. Ifølge Takstrundskrivet har de korteste konsultasjonene en varighet på minimum 30 minutter mens de lengste har varighet på minimum 3 timer. En annen forklaring på den høye maksverdien kan være gruppebehandling, ettersom en regning er individuell. Gruppebehandling kan derfor generere mange regninger og dermed mange konsultasjoner. I figur A9 er det en observasjon som skiller fra resten med flere enn 2 350 konsultasjoner, og denne praksisen driver i stor grad med gruppebehandling. Vi har likevel ikke fjernet praksisen fra vårt utvalg fordi praksisen ikke skiller seg vesentlig fra resterende praksiser med hensyn til andre variabler, inkludert lønnsomhet.

*Antall Takster per konsultasjon* ser ut til å variere lite mellom avtalepraksisene i vårt utvalg basert på standardavviket på 0,4 takster per regning angitt i tabell 12. Gjennomsnittlig antall *Takster per konsultasjon* er også relativt lavt med en verdi på 1,6. Det tydeliggjøres i figur

A10 som illustrerer at de fleste konsultasjoner består av 1,8 takster eller mindre, men at det er noe variasjon. Flere takster per konsultasjon kan skyldes bruk av tilleggskost for nye pasienter, eller at en konsultasjon innebærer flere former for behandling.

Avtalepraksisenes *Hjemmelprosent* har ifølge tabell 12 en median på 100 prosent fordi majoriteten av praksisene i utvalget har fulltidshjemmel. Figur A11 illustrerer spredningen i *Hjemmelprosent* og underbygger at de fleste praksisene har 100 prosent hjemmel, mens 2 praksiser har 50 prosent hjemmel og 1 praksis har hjemmel på 70 prosent. Fordelingen av hjemmelprosent blant avtalespesialistene i vårt utvalg fremstår rimelig, ettersom tildeling av fulltidshjemler er mest vanlig.

## 7.4 Korrelasjonsanalyse

Korrelasjonsmatrisen i tabell 13 illustrerer parvise korrelasjoner mellom variabler som benyttes i regresjonene. Som nevnt i delkapittel 4.4.3 kan sterke korrelasjoner mellom uavhengige variabler i en regresjon gi utfordringer knyttet til multikollinearitet, og ved parvise korrelasjoner utenfor intervallet fra  $-0,7$  til  $0,7$  bør man vurdere å utelate en av variablene (Pallant, 2011, s. 158). Vi vil derfor kommentere variabler der korrelasjonskoeffisienten er større enn  $\pm 0,7$  og hvilken innvirkning det har på regresjonene våre.

Variabler	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
(1) Driftsmargin	1.000						
(2) Antall pasienter	-0.025	1.000					
(3) Konsultasjoner per pasient	0.169	-0.730***	1.000				
(4) Honorar per konsultasjon	-0.099	0.774***	-0.535***	1.000			
(5) Alder praksis	-0.154	0.124	-0.097	0.067	1.000		
(6) Alder psykolog	-0.059	0.053	-0.183*	0.144	0.540***	1.000	
(7) Erfaring psykolog	0.180*	0.087	-0.231**	0.010	0.653***	0.775***	1.000

\*\*\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*  $p < 0.1$

Tabell 13: Korrelasjonsmatrise

Fra tabell 13 fremgår det at *Antall pasienter* er sterkt korrelert med både *Konsultasjoner per pasient* og *Honorar per konsultasjon*. Den parvise korrelasjonen mellom *Antall pasienter* og *Konsultasjoner per pasient* er sterkt negativ. Det kan skyldes at behandling av flere pasienter årlig medfører at man må redusere antallet konsultasjoner per pasient for å få tid til å behandle det økte antallet pasienter. Videre er *Honorar per konsultasjon* positivt korrelert med *Antall pasienter*. Det kan skyldes at avtalespesialistene som nevnt får økt honorar for de første konsultasjonene med en ny pasient, slik at en økning i antall pasienter vil medføre økt

gjennomsnittlig honorar per konsultasjon. Begge de ovennevnte parvise korrelasjonene er sterkere enn  $\pm 0,7$  og vi har derfor gjennomført en VIF-test for å undersøke om variablene kan inngå i samme regresjon som beskrevet i delkapittel 4.4.3 (Pallant, 2011, s. 158). I VIF-testen ble VIF-verdien betydelig lavere enn den kritiske grensen på 10, og det ser derfor ikke ut til å være utfordringer som følge av multikollinearitet i regresjonene våre.

Variabelen *Alder psykolog* kan både gjenspeile det faktum at avtalespesialisten blir eldre og kan få redusert kapasitetsutnyttelse, i tillegg til at økende alder vil medføre økt erfaring. Derfor vil vi teste en regresjon der vi bytter ut *Alder psykolog* med en variabel for erfaring med pasientbehandling, gitt ved antall år en avtalespesialist har hatt autorisasjon som psykolog, kalt *Erfaring psykolog*. Dermed kan vi undersøke om noe av innvirkningen *Alder psykolog* har på lønnsomheten til en avtalepraksis kan skyldes økt erfaring med pasientbehandling. Fra korrelasjonsmatrisen ser vi at korrelasjonen mellom *Alder psykolog* og *Erfaring psykolog* er sterkt positiv med en verdi på omtrent 0,8. Korrelasjonen antyder at en økning i alder for en psykolog i stor grad også vil medføre en økning i antall år som autorisert psykolog. Derfor anses *Erfaring psykolog* som en hensiktsmessig variabel for å undersøke erfaringseffekter i variabelen *Alder psykolog*. De to variablene vil ikke inngå i samme regresjon, og den sterke parvise korrelasjonen vil derfor heller ikke medføre problemer med multikollinearitet.

Korrelasjonskoeffisientene i tabell 13 angir også parvise sammenhenger mellom hver enkelt forklaringsvariabel og *Driftsmargin*. De fleste univariate sammenhengene ser ikke ut til å være statistisk signifikante, og det er dermed usikkerhet knyttet til korrelasjonskoeffisientene. Tabell 13 viser at *Antall pasienter*, *Honorar per konsultasjon*, *Alder praksis* og *Alder psykolog* har negativ korrelasjon med *Driftsmargin*, mens *Konsultasjoner per pasient* og *Erfaring psykolog* samvarierer positivt. Dermed har kun korrelasjonskoeffisientene for *Alder psykolog* og *Erfaring psykolog* samme fortegn som våre hypoteser. Av de to variablene er kun *Erfaring psykolog* statistisk signifikant på 10 prosentnivå og er derfor den eneste som kan tolkes med sikkerhet. Korrelasjonene for resterende variabler kan ikke tolkes entydig, og det at retningen på korrelasjonene avviker fra våre hypoteser vektlegges derfor i liten grad. Det er likevel interessant å undersøke om variablene har samme innvirkning på driftsmarginen i multivariate analyser, der man kan studere flere variabler i sammenheng.

## 7.5 Regresjonsanalyse med OLS

I det følgende vil vi analysere en OLS-regresjon for å undersøke om forklaringsvariablene drøftet innledningsvis i kapittelet påvirker driftsmarginen på tvers av avtalepraksiser, og dermed kan forklare lønnsomhetsvariasjoner i delmarkedet. Regresjonslikningen som danner grunnlaget for analysen er gitt ved formel 7.

$$\begin{aligned} \text{Driftsmargin}_{it} = & \beta_0 + \beta_1 \text{AntallPasienter}_{it} + \beta_2 \left( \frac{\text{AntallKonsultasjoner}}{\text{AntallPasienter}} \right)_{it} \\ & + \beta_3 \left( \frac{\text{Honorar}}{\text{AntallKonsultasjoner}} \right)_{it} + \beta_4 \text{AlderPraksis}_{it} + \beta_5 \text{AlderPsykolog}_{it} + \beta_x x_{it} + \varepsilon_{it} \end{aligned}$$

Formel 7: Regresjonslikning

I regresjonslikningen er kontrollvariablene angitt ved  $x_{it}$ , slik at  $x_{it}$  representerer *Oslo-effekt* og *Bergen-effekt* samt årsummyer. Det er viktig å presisere at årsummyene tolkes relativt til sin referansegruppe *År 2016*. Eksempelvis vil et negativt fortegn for koeffisienten til *År 2017* innebære at driftsmarginen til avtalepraksisene i snitt var lavere i 2017 sammenliknet med 2016. I formel 7 representerer  $\varepsilon_{it}$  feilleddet, og gjenspeiler forhold ved driftsmarginen som ikke fanges opp i resterende variabler i regresjonslikningen. Lønnskostnadene er som nevnt utelatt fra *Driftsmargin*, slik at eventuelle høyere lønnskostnader for avtalepraksiser i vårt utvalg med flere pasienter, flere konsultasjoner per pasient eller høyere honorar per konsultasjon ikke vil gjenspeiles i verdiene av regresjonskoeffisientene.

Tabell 14 illustrerer en OLS-regresjon der hver kolonne angir en regresjonsmodell. I kolonne 1 i tabell 14 har vi inkludert alle forklarings- og kontrollvariablene. Basert på p-verdiene indikerer kolonne 1 at *Antall pasienter* er den eneste forklaringsvariabelen som har statistisk signifikant påvirkning på *Driftsmargin*. De resterende ikke-signifikante variablene sin innvirkning på *Driftsmargin* er noe usikker. Derfor har vi kun videreført den signifikante forklaringsvariabelen *Antall pasienter* sammen med kontrollvariablene i regresjonsmodellen i kolonne 2. Regresjonsmodellen i kolonne 3 består utelukkende av kontrollvariablene slik at vi kan få innsikt i hvor stor forklaringskraft kontrollvariablene bidrar til. I regresjonsmodellene i kolonne 4 og 5 ser vi på tilsvarende regresjoner som i kolonne 1 og 2, men uten kontroll for *Oslo-effekt* og *Bergen-effekt*. Når vi i det følgende tolker hvordan en endring i en uavhengig variabel påvirker driftsmarginen forutsettes alt annet like.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	Driftsmargin i prosent	Driftsmargin i prosent	Driftsmargin i prosent	Driftsmargin i prosent	Driftsmargin i prosent
Antall pasienter	0.0961** (0.0345)	0.0037 (0.0351)		0.1077* (0.0517)	0.0443 (0.0568)
Konsultasjoner per pasient	0.8217 (0.6295)			0.7848* (0.4385)	0.6509 (0.6271)
Honorar per konsultasjon	-0.0092 (0.0097)			-0.0141 (0.0121)	
Alder praksis	-0.1887 (0.3727)			-0.5536 (0.4240)	
Alder psykolog	0.1761 (1.1083)			0.4549 (1.1769)	
Oslo-effekt	3.6865 (8.9060)	9.0146 (6.2957)	8.9418 (6.0054)		
Bergen-effekt	16.3340*** (4.6451)	16.6193*** (4.7399)	16.5765*** (4.5135)		
År 2017	-0.3994 (2.2995)	0.2414 (1.5825)	0.2925 (1.4685)	-0.4220 (2.4846)	0.0670 (1.4850)
År 2018	0.8358 (2.9202)	0.3190 (1.7329)	0.3434 (1.6377)	1.2185 (2.8548)	0.4705 (1.7880)
År 2019	1.0997 (3.8576)	0.1706 (1.9335)	0.2159 (1.8002)	1.7201 (3.6611)	0.4751 (1.9997)
År 2020	-0.2102 (4.4103)	-0.7764 (2.1512)	-0.7085 (2.0000)	0.2908 (4.2981)	-0.4008 (2.1975)
Konstantledd	45.0686 (55.4457)	65.4291*** (7.0808)	65.8531*** (4.3491)	39.3922 (57.6372)	56.5778*** (14.5982)
Observasjoner	90	90	90	90	90
R <sup>2</sup>	0.2652	0.2022	0.2019	0.1122	0.0497
Justert R <sup>2</sup>	0.1616	0.1341	0.1442	0.0123	-0.0190
Praksiser	18	18	18	18	18
Metode	OLS	OLS	OLS	OLS	OLS
Årsdummy	JA	JA	JA	JA	JA

Standardfeil er oppgitt i parentes

\*\*\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*  $p < 0.1$

Tabell 14: OLS-regresjon for lønnsomhetsvariasjoner mellom avtalepraksiser

*Antall pasienter* ser ut til å ha en positiv innvirkning på *Driftsmargin* med signifikans på 5 prosentnivå basert på kolonne 1 i tabell 14. Fortegnet samsvarer dermed ikke med korrelasjonen avdekket i korrelasjonsanalysen. Likevel illustrerer korrelasjonsmatrisen kun parvis samvariasjon mellom *Antall pasienter* og *Driftsmargin*, i tillegg til at korrelasjonskoeffisienten ikke er signifikant. Derfor vektlegges retningen fra regresjonsanalysen i større grad, og hypotesen vår om at antall pasienter har positiv innvirkning på driftsmarginen ser ut til å bli bekreftet. Som nevnt kan det positive fortegnet

---

på regresjonskoeffisienten til *Antall pasienter* skyldes at variabelen utgjør en av inntektskomponentene for en avtalepraksis i form av volum. I tillegg kan mange pasienter medføre økt bruk av tilleggskosten for nye pasienter, slik at lønnsomheten øker.

Basert på regresjonskoeffisienten for *Antall pasienter* i kolonne 1 i tabell 14 kan vi forvente at driftsmarginen vil være omtrent 0,10 prosentpoeng høyere for en avtalepraksis med 1 ekstra pasient sammenliknet med andre praksiser i vårt utvalg. Tilsvarende vil en praksis med 10 flere pasienter ha en driftsmargin som er 1 prosentpoeng høyere enn andre avtalepraksiser. For en avtalepraksis med gjennomsnittlig omsetning på omtrent 1,9 millioner kroner, vil en økning på 10 pasienter i snitt medføre en økning i driftsresultatet før lønnskostnader på 19 000 kroner dersom omsetningen forblir uendret. Dermed fremstår praksisene med mange pasienter i vårt utvalg som mer lønnsomme, og antall pasienter kan derfor bidra til å forklare lønnsomhetsvariasjoner mellom avtalepraksisene. Funnet er som nevnt statistisk signifikant på 5 prosentnivå og det er derfor stor sannsynlighet for at antall pasienter kan forklare noe av lønnsomhetsvariasjonene i utvalget vårt. Likevel er verdien av regresjonskoeffisienten relativt lav, slik at forskjeller i antall pasienter trolig kun vil ha noe innvirkning på lønnsomheten på tvers av avtalepraksisene. Samtidig er regresjonskoeffisienten basert på en antatt lineær sammenheng mellom *Antall pasienter* og *Driftsmargin*. En eventuell avtakende lønnsomhet ved et høyt antall pasienter, på grunn av eksempelvis økt koordinering, vil derfor ikke hensyntas. Dermed kan man ikke si med sikkerhet at en økning i antall pasienter vil medføre en økning i *Driftsmargin* for ethvert utgangspunkt av antall pasienter.

Ifølge kolonne 1 i tabell 14 vil en praksis i vårt utvalg med flere *Konsultasjoner per pasient* i snitt ha høyere *Driftsmargin* enn praksiser med færre konsultasjoner per pasient. Det strider mot vår hypotese om lavere lønnsomhet for praksiser med mange konsultasjoner per pasient, basert på at utredningspraksiser med få konsultasjoner per pasient ofte er mer lønnsomme. Imidlertid er ikke regresjonskoeffisienten statistisk signifikant, og hypotesen vår kan dermed verken avkrefte eller bekrefte. Samtidig antyder en ikke-signifikant koeffisient at antall konsultasjoner per pasient ikke kan forklare lønnsomhetsvariasjoner mellom avtalepraksisene. En mulig årsak til at vi finner en positiv sammenheng mellom *Konsultasjoner per pasient* og *Driftsmargin* kan knyttes til at lønnskostnadene utelates i vårt lønnsomhetsmål, og at denne effekten overskygger det at utredningspraksiser med få konsultasjoner per pasient ofte er mer lønnsomme. Det kan skyldes at lønnskostnader trolig utgjør den største variable kostnaden ved konsultasjoner. Slik kan en økning i konsultasjoner for et gitt antall pasienter medføre en større inntektsøkning enn kostnadsøkning når lønnskostnadene utelates, og dermed økt lønnsomhet.



Regresjonskoeffisienten for *Honorar per konsultasjon* i kolonne 1 i tabell 14 antyder at avtalepraksisene i vårt utvalg med lavere honorar per konsultasjon i snitt er mer lønnsomme. Den negative samvariasjonen kan skyldes at det er mer lønnsomt med kortere konsultasjoner som vil ha lavere honorar. Resultatet strider mot vår hypotese, men er ikke statistisk signifikant og kan derfor ikke avkrefte hypotesen. I tillegg har regresjonskoeffisienten en lav verdi, slik at *Honorar per konsultasjon* trolig har begrenset innvirkning på lønnsomheten for en avtalepraksis. Samlet ser ikke variabelen ut til å kunne forklare lønnsomhetsvariasjonene i vårt utvalg av avtalepraksiser.

For vårt utvalg antyder regresjonskoeffisienten for *Alder praksis* i kolonne 1 i tabell 14 at driftsmarginen er lavere for eldre praksiser. Resultatet strider derfor mot vår hypotese. Det kan muligens skyldes et ikke-lineært forhold mellom erfaring og lønnsomhet ved at eldre praksiser kan være mindre tilpasningsdyktige til endringer i markedet, og dermed kan ha høyere kostnader enn yngre praksiser. Samtidig er ikke regresjonskoeffisienten signifikant. Vi kan derfor ikke si med sikkerhet at variabelen har innvirkning på lønnsomheten til en avtalepraksis, eller at variabelen kan forklare lønnsomhetsforskjeller mellom praksisene i vårt utvalg.

Kolonne 1 i tabell 14 antyder at en avtalespesialist med høyere verdi for *Alder psykolog* enn andre avtalespesialister i vårt utvalg vil ha høyere *Driftsmargin*. Effekten knyttet til økt erfaring ser dermed ut til å overskygge effekten av redusert kapasitetsutnyttelse ved økende alder. Resultatet strider mot vår hypotese, men er ikke signifikant. Vi har gjort ytterligere analyser av erfaring og fant at *Erfaring psykolog* har positiv samvariasjon med *Driftsmargin*, slik at den positive koeffisienten for *Alder psykolog* trolig kan skyldes positive effekter av økt erfaring med pasientbehandling. Likevel er variabelen som nevnt ikke signifikant, og det er derfor noe usikkert om *Alder psykolog* kan forklare lønnsomhetsvariasjonene i vårt utvalg.

Vi ser også fra tabell 14 at konstantleddet i kolonne 1 er på omtrent 45 prosent. Konstantleddet angir driftsmarginen til en avtalepraksis når alle de uavhengige variablene har verdien null. For vår modell gir det lite mening å tolke konstantleddet fordi det blant annet forutsetter at alderen på psykologen og praksisen er lik null, noe som aldri vil forekomme. Konstantleddet er heller ikke statistisk signifikant, og koeffisienten kan derfor ikke tolkes med sikkerhet.

I kolonne 2 i tabell 14 er ikke lenger *Antall pasienter* signifikant og det tydeliggjør at de andre forklaringsvariablene har stor betydning for sammenhengen mellom *Antall pasienter* og *Driftsmargin*. Den justerte forklaringskraften faller også fra 16 prosent i kolonne 1 til 13

---

prosent i kolonne 2. Dermed kan regresjonen i kolonne 1 forklare lønnsomhetsvariasjonene for avtalepraksiser i vårt utvalg i større grad enn kolonne 2. Av kolonne 3 ser vi at den justerte forklaringskraften for kontrollvariablene alene er høyere enn den for kolonne 2, og modellen i kolonne 2 virker dermed mindre egnet til å forklare lønnsomhetsvariasjoner sammenliknet med modellene i kolonne 1 og 3. Samlet er forklaringskraften relativt lav for samtlige regresjoner i de tre første kolonnene. Det kan derfor være andre variabler i tillegg til de vi har undersøkt som kan forklare lønnsomhetsvariasjonene mellom avtalepraksisene i utvalget.

Fra tabell 14 ser vi at *Oslo-effekt* og *Bergen-effekt* har positiv innvirkning på *Driftsmargin*. Vi har derfor utformet nye regresjonsmodeller i kolonne 4 og 5 for å undersøke hvordan koeffisientene påvirkes når effektene av Oslo og Bergen ikke skilles ut. Regresjonsmodellen i kolonne 4 tilsvarer modellen i kolonne 1 fratrukket de to ovennevnte kontrollvariablene. Fra kolonne 4 ser vi at *Konsultasjoner per pasient* blir statistisk signifikant på 10 prosentnivå. Ellers forblir alle fortegn like og *Antall pasienter* beholder sin statistiske signifikans, dog nå på 10 prosentnivå. Det kan tyde på at de lønnsomme praksisene i Oslo og Bergen i snitt har flere konsultasjoner per pasient, slik at noe av effekten fra kontrollvariablene nå gjenspeiles i den signifikante variabelen *Konsultasjoner per pasient*. Samtidig faller signifikansnivået for *Antall pasienter*. Det kan antyde at de mest lønnsomme praksisene i Oslo og Bergen i større grad kjennetegnes av mange konsultasjoner per pasient fremfor mange pasienter.

I kolonne 5 har vi videreført de statistisk signifikante forklaringsvariablene fra kolonne 4. Vi observerer da at *Antall pasienter* og *Konsultasjoner per pasient* mister sin statistiske signifikans, slik at variablene kun blir signifikante i kombinasjon med de andre forklaringsvariablene. Dermed ser det ut til at *Antall pasienter* og *Konsultasjoner per pasient* i liten grad kan forklare lønnsomhetsvariasjonene for utvalgets avtalepraksiser uten kontroll for Bergen og Oslo. Det underbygges også av at den justerte forklaringskraften er svært lav i kolonne 4 og 5.

## 7.6 Regresjonsanalyse med FE

For å forstå hva som kan bidra til økt driftsmargin innad i en avtalepraksis gjennomfører vi en FE-regresjon. I tabell 15 presenteres FE-regresjonen basert på OLS-regresjonen i tabell 14. Imidlertid er det ikke hensiktsmessig å inkludere variabler som varierer lite over tid (Torres-Reyna, 2007, s. 10), og vi har derfor utelatt variablene *Alder praksis*, *Alder psykolog*, *Oslo-effekt* samt *Bergen-effekt*.

	(1)	(2)
	Driftsmargin i prosent	Driftsmargin i prosent
Antall pasienter	0.0456 (0.0341)	
Konsultasjoner per pasient	-0.0322 (0.2703)	
Honorar per konsultasjon	-0.0099 (0.0161)	
År 2017	-0.2117 (1.8115)	0.2925 (1.4511)
År 2018	0.6405 (2.0279)	0.3434 (1.6183)
År 2019	0.7116 (2.7513)	0.2159 (1.7789)
År 2020	-0.7396 (2.0600)	-0.7085 (1.9764)
Konstantledd	74.3764*** (18.7806)	70.1061*** (1.1491)
Observasjoner	90	90
R <sup>2</sup>	0.0738	0.0088
Justert R <sup>2</sup>	-0.0052	-0.0379
Praksiser	18	18
Metode	FE	FE
Årsdummy	JA	JA

*Standardfeil er oppgitt i parentes*

\*\*\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*  $p < 0.1$

**Tabell 15: FE-regresjon for lønnsomhetsvariasjoner innad avtalepraksiser**

Slik som for OLS-regresjonen i tabell 14 videreføres statistisk signifikante variabler fra regresjonsmodellen i kolonne 1 til modellen i kolonne 2 i tabell 15. Siden ingen av forklaringsvariablene i kolonne 1 er signifikante, inneholder modellen i kolonne 2 utelukkende kontrollvariabler. I tolkningen av regresjonskoeffisientene i FE-regresjonen forutsettes fortsatt alt annet like. I tillegg er lønnskostnadene som nevnt utelatt fra *Driftsmargin*, slik at eventuelle økninger i lønnskostnader som følge av økninger i *Antall pasienter*, *Konsultasjoner per pasient* eller *Honorar per konsultasjon* ikke vil hensyntas i verdiene av koeffisientene.

Kolonne 1 i tabell 15 antyder at en økning i *Antall pasienter* vil ha positiv innvirkning på driftsmarginen til en avtalepraksis i vårt utvalg. Fortegnet på koeffisienten stemmer derfor med vår hypotese, men koeffisienten er ikke signifikant og kan dermed ikke bekrefte hypotesen. Imidlertid kan retningen på samvariasjonen med *Driftsmargin* antyde at avtalepraksisene i vårt utvalg kan få økt lønnsomhet ved å øke antall pasienter.

---

*Konsultasjoner per pasient* ser ut til å ha negativ innvirkning på *Driftsmargin* for vårt utvalg basert på kolonne 1 i tabell 15. Koeffisienten antyder derfor at det er mer lønnsomt for en avtalepraksis å innrette praksisen mot utredning med få konsultasjoner per pasient, fremfor en praksisprofil rettet mot psykoterapi med flere konsultasjoner per pasient. Variabelens innvirkning på *Driftsmargin* ser derfor ut til å samsvare med vår hypotese. Imidlertid er ikke regresjonskoeffisienten statistisk signifikant, slik at hypotesen vår ikke kan bekreftes.

Fra kolonne 1 i tabell 15 observerer vi at økt *Honorar per konsultasjon* kan medføre redusert *Driftsmargin* for en avtalepraksis i vårt utvalg. Funnet strider derfor mot vår hypotese, og variabelen ser ut til å antyde at det er mer lønnsomt for en avtalepraksis å tilby kortere konsultasjoner med lavere honorar per konsultasjon. Regresjonskoeffisienten er likevel ikke signifikant, og resultatet kan derfor heller ikke avkrefte hypotesen vår.

Avslutningsvis er den justerte forklaringskraften til regresjonsmodellen i kolonne 1 i tabell 15 tilnærmet lik null, slik at modellen fremstår lite egnet for å forklare lønnsomhetsvariasjoner innad i avtalepraksisene i utvalget vårt. Det ser derfor ut til å være andre variabler enn *Antall pasienter*, *Konsultasjoner per pasient* og *Honorar per konsultasjon* som i større grad påvirker lønnsomheten til en avtalepraksis i vårt utvalg. Det underbygges også av at de ovennevnte forklaringsvariablene ikke er signifikante. Ettersom modellen er lite egnet for sitt formål tillegges konstantleddet på 74 prosent lite vekt, selv om det er statistisk signifikant. Regresjonsmodellen for kontrollvariablene i kolonne 2 har enda lavere forklaringskraft enn modellen i kolonne 1, og tillegges derfor ingen vekt.

## 7.7 Robusthetsanalyse

For å undersøke om resultatene fra regresjonsanalysene er sårbare for endringer vil vi utføre robusthetstester med ulike sammensetninger av uavhengige variabler.

### 7.7.1 OLS-regresjon

Vi har gjennomført regresjoner med ulike sammensetninger av variablene *Antall pasienter*, *Konsultasjoner per pasient*, *Honorar per konsultasjon*, *Alder praksis* og *Alder psykolog*, med og uten kontrollvariabler, for å teste om resultatene i OLS-regresjonen i tabell 14 er robuste. Eksempelvis har vi utført tester med *Antall pasienter* i kombinasjon med hver av de andre forklaringsvariablene for å undersøke om fortegnet og signifikansnivået endres ved ulike sammensetninger. Tabell 16 angir robusthetstesten for *Antall pasienter* med kontrollvariabler.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Driftsmargin i prosent	Driftsmargin i prosent	Driftsmargin i prosent	Driftsmargin i prosent	Driftsmargin i prosent	Driftsmargin i prosent
Antall pasienter	0.0961** (0.0345)	0.0037 (0.0351)	0.0039 (0.0352)	0.0232 (0.0529)	0.0048 (0.0328)	0.0585 (0.0603)
Konsultasjoner per pasient	0.8217 (0.6295)					0.7528 (0.8056)
Honorar per konsultasjon	-0.0092 (0.0097)			-0.0058 (0.0103)		
Alder praksis	-0.1887 (0.3727)				-0.1228 (0.4377)	
Alder psykolog	0.1761 (1.1083)		-0.1429 (0.9640)			
Oslo-effekt	3.6865 (8.9060)	9.0146 (6.2957)	8.8406 (6.4846)	8.7547 (6.3501)	9.0063 (6.3404)	4.3273 (8.9920)
Bergen-effekt	16.3340*** (4.6451)	16.6193*** (4.7399)	16.6340*** (4.7858)	16.3181*** (4.6325)	16.0698** (5.9204)	17.5874*** (4.2243)
År 2017	-0.3994 (2.2995)	0.2414 (1.5825)	0.3810 (2.1752)	0.0563 (1.7114)	0.3483 (1.7847)	-0.0690 (1.5522)
År 2018	0.8358 (2.9202)	0.3190 (1.7329)	0.6033 (2.8645)	0.5493 (1.7987)	0.5570 (1.9846)	0.4425 (1.9109)
År 2019	1.0997 (3.8576)	0.1706 (1.9335)	0.5965 (3.8476)	0.5665 (2.1575)	0.5250 (2.3591)	0.4266 (2.2209)
År 2020	-0.2102 (4.4103)	-0.7764 (2.1512)	-0.2090 (4.4309)	-0.6345 (2.1573)	-0.3062 (2.6882)	-0.4861 (2.4702)
Konstantledd	45.0686 (55.4457)	65.4291*** (7.0808)	73.6321 (56.6749)	68.5136*** (7.9812)	66.5157*** (9.4716)	50.0103*** (15.4989)
Observasjoner	90	90	90	90	90	90
R <sup>2</sup>	0.2652	0.2022	0.2043	0.2079	0.2049	0.2502
Justert R <sup>2</sup>	0.1616	0.1341	0.1257	0.1297	0.1264	0.1762
Praksiser	18	18	18	18	18	18
Metode	OLS	OLS	OLS	OLS	OLS	OLS
Årsdummy	JA	JA	JA	JA	JA	JA

Standardfeil er oppgitt i parentes

\*\*\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*  $p < 0.1$

**Tabell 16: Robusthetstest for Antall pasienter i OLS-regresjonen med kontrollvariabler**

Av tabell 16 fremgår det at *Antall pasienter* mister sin signifikans ved ulike sammensetninger av forklaringsvariabler, men at fortegnet ser ut til å forbli positivt. Siden antall observasjoner er begrenset og variabelen ikke var statistisk signifikant i kolonne 2 i tabell 14, er funnet fra robusthetstesten som forventet. Ved gjennomføring av andre robusthetstester uten kontroll for *Bergen-effekt* og *Oslo-effekt* fant vi også at regresjonskoeffisienten for *Antall pasienter* kan få

---

negativt fortegn. Siden både fortegnet og graden av signifikans for *Antall pasienter* varierer virker resultatene fra OLS-regresjonen å være sårbare for endringer, og dermed ikke robuste.

Basert på tilsvarende robusthetstester for andre forklaringsvariabler som den illustrert i tabell 16, fant vi at de andre resultatene våre også er sårbare for endringer. *Konsultasjoner per pasient* ser ut til å ha en konsekvent positiv innvirkning på driftsmarginen, men er stort sett ikke-signifikant. *Honorar per konsultasjon* har derimot ikke alltid negativ innvirkning på lønnsomheten, men forblir ikke-signifikant i alle regresjonene. Erfaringsvariabelen *Alder praksis* er relativt uendret i samtlige regresjoner, og ser ut til å ha en ikke-signifikant negativ påvirkning på driftsmarginen. Resultatet for *Alder psykolog* viste seg å være mest sårbart for endringer, og variabelen virker å ha en negativ innvirkning på lønnsomheten i de fleste kombinasjoner med andre forklaringsvariabler, men forblir ikke-signifikant. Samlet antyder robusthetstestene at funnene fra OLS-regresjonen ikke er robuste for endringer.

### 7.7.2 FE-regresjon

Robusthetstestene for FE-regresjonen er gjennomført på tilsvarende måte som for OLS-regresjonen beskrevet over. I tabell 17 har vi illustrert regresjonene med ulike sammensetninger av de tre forklaringsvariablene med og uten kontrollvariabler.

Basert på tabell 17 ser vi at *Antall pasienter* har positivt fortegn ved alle kombinasjoner, og blir statistisk signifikant på 10 prosentnivå ved kombinasjon med *Honorar per konsultasjon*. I regresjoner med *Antall pasienter* som eneste forklaringsvariabel ble også variabelen signifikant på 10 prosentnivå. Dermed virker fortegnet på regresjonskoeffisienten for *Antall pasienter* i FE-regresjonen å være robust for endringer. Det at variabelen er ikke-signifikant vil derimot variere noe, og kan derfor ikke sies å være robust.

Fra tabell 17 ser variablene *Konsultasjoner per pasient* og *Honorar per konsultasjon* ut til å beholde den negative innvirkningen på *Driftsmargin* i de fleste regresjoner, og forblir ikke-signifikante. Funnene våre for *Konsultasjoner per pasient* og *Honorar per konsultasjon* fra FE-regresjonen virker derfor å være lite sårbare for endringer, og er dermed i stor grad robuste.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	Driftsmargin i prosent	Driftsmargin i prosent	Driftsmargin i prosent	Driftsmargin i prosent	Driftsmargin i prosent	Driftsmargin i prosent	Driftsmargin i prosent
Antall pasienter	0.0473 (0.0308)	0.0494 (0.0296)		0.0417 (0.0274)	0.0431* (0.0233)	0.0428 (0.0272)	
Konsultasjoner per pasient		-0.0205 (0.2648)	-0.2007 (0.2736)	-0.0246 (0.2553)		0.0132 (0.2393)	-0.1976 (0.2562)
Honorar per konsultasjon	-0.0099 (0.0159)		-0.0118 (0.0149)	-0.0085 (0.0121)	-0.0084 (0.0117)		-0.0089 (0.0115)
År 2017	-0.2167 (1.7850)	-0.4120 (1.6071)	0.3533 (1.6377)				
År 2018	0.6466 (2.0231)	0.0005 (1.6789)	0.9529 (1.9886)				
År 2019	0.7243 (2.7552)	-0.4220 (1.9059)	1.2756 (2.5553)				
År 2020	-0.7201 (2.0374)	-1.6615 (1.9300)	-0.0214 (2.0043)				
Konstantledd	73.7123*** (16.4876)	64.9045*** (5.9538)	83.3419*** (13.7317)	73.4946*** (15.5534)	72.9322*** (12.8676)	64.7935*** (5.4862)	81.0263*** (11.4872)
Observasjoner	90	90	90	90	90	90	90
R <sup>2</sup>	0.0736	0.0593	0.0412	0.0573	0.0572	0.0393	0.0275
Justert R <sup>2</sup>	0.0066	-0.0087	-0.0281	0.0245	0.0355	0.0172	0.0052
Praksiser	18	18	18	18	18	18	18
Metode	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE
Årsdummy	JA	JA	JA	NEI	NEI	NEI	NEI

Standardfeil er oppgitt i parentes

\*\*\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*  $p < 0.1$

Tabell 17: Robusthetstest for samtlige variabler i FE-regresjonen

## 7.8 Oppsummering av lønnsomhetsvariasjoner

I denne delen av analysen har vi undersøkt mulige årsaker til lønnsomhetsvariasjoner i delmarkedet for avtalepraksiser. I analysen har vi benyttet OLS- og FE-regresjoner for å studere hvordan ulike variabler påvirker driftsmarginen mellom og innad ulike avtalepraksiser i vårt utvalg. Forklaringsvariablene vi har undersøkt er *Antall pasienter*, *Konsultasjoner per pasient*, *Honorar per konsultasjon*, *Alder praksis* og *Alder psykolog*. I tillegg har vi benyttet *Oslo-effekt*, *Bergen-effekt* og årsdummyer som kontrollvariabler i regresjonene. Til slutt har vi undersøkt om resultatene er sårbare for endringer gjennom flere robusthetstester.

I OLS-regresjonen avdekket vi at kun *Antall pasienter* har statistisk signifikant innvirkning på lønnsomheten for avtalepraksiser. Regresjonskoeffisienten er positiv og antyder at en praksis med én ekstra pasient sammenliknet med andre avtalepraksiser i vårt utvalg i snitt vil ha 0,10 prosentpoeng høyere driftsmargin. Retningen på samvariasjonen med driftsmargin samsvarer

---

dermed med vår hypotese. Den positive innvirkningen kan tyde på at utredningspraksiser som typisk har mange pasienter er mer lønnsomme enn praksiser rettet mot psykoterapi. Koeffisienten har dog en relativt lav verdi, slik at variasjoner i antall pasienter trolig kun vil forklare noe av lønnsomhetsvariasjonene mellom avtalepraksisene i vårt utvalg. Funnene for *Antall pasienter* er heller ikke robuste, slik variabelens innvirkning på lønnsomheten i en avtalepraksis er noe usikker.

Basert på OLS-regresjonen avdekket vi også at resterende forklaringsvariabler ikke har statistisk signifikant innvirkning på *Driftsmargin*, slik at regresjonskoeffisientene ikke kan tolkes med sikkerhet. Fortegnet på koeffisientene strider mot våre hypoteser, men på grunn av manglende signifikans kan ikke hypotesene avkreftes. Resultatene for de ikke-signifikante forklaringsvariablene var heller ikke robuste for endringer.

I FE-regresjonen har vi sett på forklaringsvariablene *Antall pasienter*, *Konsultasjoner per pasient* og *Honorar per konsultasjon*. Resultatene antyder at ingen av forklaringsvariablene har statistisk signifikant innvirkning på lønnsomheten til en avtalepraksis i vårt utvalg. Samtidig er forklaringskraften veldig lav, slik at det trolig er andre forhold som kan forklare lønnsomhetsvariasjoner innad i en praksis. Siden variablene stort sett forblir ikke-signifikante med uendret fortegn i robusthetstestene, fremstår resultatene lite sårbare for endringer.

Samlet gir ikke vårt begrensede utvalg signifikante og robuste funn for hvilke forhold som kan forklare lønnsomhetsvariasjoner for avtalepraksiser. *Antall pasienter* skiller seg likevel ut som den eneste signifikante forklaringsvariabelen i OLS-regresjonen, og variabelen kan derfor forklare noe av lønnsomhetsforskjellene mellom avtalepraksisene i vårt utvalg. Det kan dermed se ut til at det å ha flere pasienter er mer lønnsomt. Likevel er dette en pilotstudie på en liten andel av delmarkedet for avtalepraksiser med funn som i liten grad er robuste, slik at resultatene bør tolkes med forsiktighet.



## 8 Konklusjon

Hensikten med dette kapittelet er å svare på utredningens problemstilling samt å presentere forslag til videre forskning. Oppgavens formål har vært å undersøke delmarkedet og lønnsomhetsforhold for avtalepraksiser for å få innsikt i hvorfor det har blitt færre søkere på avtalehjemplene de siste årene. Vi har gjennomgående sammenliknet avtalepraksiser med helprivate praksiser for å få bedre forståelse for markedet for privatpraksiser. I det følgende vil vi besvare oppgavens tre forskningsspørsmål, før vi svarer på utredningens overordnede problemstilling og redegjør for forslag til videre forskning vi anser som interessante.

Utredningen kan som nevnt betegnes som en pilotstudie av lønnsomheten for privatpraktiserende psykologer ettersom det ikke eksisterer forskning på feltet fra før. Derfor bidrar funnene våre med ny innsikt om lønnsomhetsforhold for avtalepraksiser og helprivate praksiser. Samtidig er oppgaven preget av et begrenset utvalg som kan medføre usikkerhet knyttet til funnene våre. Det tydeliggjør behovet for videre forskning på feltet.

### 8.1 Svar på forskningsspørsmål

Vi har utformet tre forskningsspørsmål for å studere delmarkedet og lønnsomhetsforhold for avtalepraksiser. Konklusjoner for hvert av forskningsspørsmålene presenteres i det følgende.

#### *1. Hvordan karakteriseres delmarkedene for avtalepraksiser og helprivate praksiser?*

Vi har avdekket at det foreligger forskjeller mellom delmarkedene for avtalepraksiser og helprivate praksiser. Det skyldes i stor grad at avtalepraksiser inngår i spesialisthelsetjenesten og er underlagt de regionale helseforetakene. Avtalepraksisene har i motsetning til de helprivate praksisene regulerte priser fastsatt i Takstrundskrivet, et sikret pasientgrunnlag på grunn av henvisninger og mottar et årlig driftstilskudd på omtrent 500 000 kroner. De helprivate praksisene finansieres derimot gjennom høyere priser for pasientbehandling, sammenliknet med prisene hos avtalepraksiser. Betalingsvilligheten for psykologtjenester medfører likevel begrensede muligheter for svært høye priser blant de helprivate praksisene. Lavere priser hos avtalepraksisene innebærer at tilbudet er tilgjengelig for folk flest, til forskjell fra tilbudet levert av helprivate praksiser som i større grad er rettet mot pasienter med høyere betalingsvilje eller betalingsevne.

---

Graden av konkurranse er også noe ulik i de to delmarkedene. For avtalepraksiser eksisterer det ikke konkurranse på grunn av få avtalehjemler i forhold til dagens etterspørsel etter psykologtjenester. Det betydelige kapasitetsunderskuddet medfører også at en eventuell økning i antall avtalepraksiser sannsynligvis ikke vil utgjøre en trussel for konkurransesituasjonen til avtalepraksisene de kommende årene. Imidlertid er dagens etterspørsel etter psykologtjenester umettet, slik at heller ikke helprivate praksiser preges av konkurranse i særlig grad. Det har likevel forekommet en tredobling av helprivate praksiser de siste seks årene, og dersom trenden fortsetter slik at det blir overkapasitet kan det oppstå økt konkurranse blant helprivate praksiser fremover.

Styringsmekanismer for både avtalepraksiser og helprivate praksiser ser ut til å ha innvirkning på delmarkedene. Regelstyring bidrar til kostnader ved å drive privatpraksis for begge praksisformene. Avtalepraksisene kan også oppleve redusert autonomi som følge av flere regler. Styring gjennom økonomiske insentiver medfører at de helprivate praksisene i større grad er avhengige av behandlingsaktivitet, mens avtalepraksisene opplever mindre risiko ved å drive privatpraksis gjennom kompensasjonsordningen for avtalespesialister. Styring gjennom tillit sørger for noe grad av autonomi, men avtalepraksisene er også styrt gjennom tilsyn og vil derfor ha lavere grad av autonomi som kan medføre redusert indre motivasjon. Samlet kan lavere grad av autonomi for avtalepraksiser, som følge av flere reguleringer de siste årene, være en mulig årsak til færre søkere på avtalehjemlene.

## *2. Hvordan er lønnsomhetsnivået i delmarkedet for avtalepraksiser sammenliknet med helprivate praksiser?*

Analysene våre avdekket at den samlede regnskapsposten for lønnskostnader og utbytte samt andre driftskostnader utgjør de største kostnadene for både avtalepraksisene og de helprivate praksisene i våre delutvalg. Vi undersøkte lønnskostnader og utbytte samlet fordi aksjeselskap kan velge mellom de to formene ved utbetaling av lønn. Likevel inngår kun lønnskostnader ved beregning av driftsresultat, slik at valg av lønnsutbetaling kan få stor innvirkning på driftsmarginen til en privatpraksis. I tillegg utgjør kostnader forbundet med kontorlokaler en stor del av andre driftskostnader, og organisering av lokaler kan derfor få relativt stor betydning for lønnsomheten til en praksis.

Avtalepraksisene i vårt utvalg hadde en gjennomsnittlig driftsmargin på 25 prosent i analyseperioden fra 2016 til 2020. For de helprivate praksisene var driftsmarginen noe lavere

på 23 prosent. Det kan derfor virke som at det er mer lønnsomt å drive avtalepraksis enn helprivat praksis, men driftsmarginen for de to praksisformene var ikke signifikant ulik.

Vi fant samtidig store lønnsomhetsvariasjoner mellom praksisene innenfor de to delmarkedene, der driftsmarginen totalt varierte mellom minus 8 og 75 prosent. Sammenliknet med andre aktører innenfor helsetjenesten fremstår driftsmarginen for begge praksisformene som relativt høy. Vi beregnet også en korrigert driftsmargin der lønnskostnadene ble utelatt fra driftsresultatet for å sammenlikne lønnsomheten med avtalespesialister organisert som enkeltpersonforetak. Vi fant da at lønnsomheten var noe lavere for begge praksisformene i vårt utvalg. Utvalget kan samtidig være preget av skjevheter, slik at lønnsomheten for praksisene i vårt utvalg ikke nødvendigvis er lavere enn for andre avtalespesialister.

I analysen av lønnsomhet over tid fant vi at driftsmarginen for avtalepraksisene falt markant i analyseperioden fra 28 til 22 prosent. I samtaler med Norsk psykologforening virket nedgangen i driftsmargin noe overraskende. Det er derfor mulig at det har vært en nedgang i lønnsomhet som foreningen ikke har blitt informert om. Nedgangen for vårt utvalg kan muligens være knyttet til inflasjon, ved at beløpene for takster og driftstilskudd ikke har blitt tilstrekkelig inflasjonsjustert. Dersom den observerte nedgangen i lønnsomhet viser seg å være gjeldende også for avtalepraksiser utenfor vårt utvalg, kan funnene våre benyttes som et argument for oppjustering av takster og driftstilskudd i forhandlingene om avtalespesialistordningen. En oppjustering vil med stor sannsynlighet medføre økt lønnsomhet for avtalepraksiser fremover, slik at dagens negative utvikling mot færre søkere på avtalehjemplene trolig kan dempes.

For helprivate praksiser har derimot den samlede utviklingen i lønnsomhet gjennom analyseperioden vært relativt stabil og noe økende. Dermed ser det ikke ut til at lønnsomheten i delmarkedet har falt som følge av koronapandemien. Utviklingen i vårt delutvalg virker å stemme overens med delmarkedet som helhet basert på samtaler med Norsk psykologforening.

### *3. Hvilke variabler kan forklare lønnsomhetsvariasjoner i delmarkedet for avtalepraksiser?*

Gjennom OLS-regresjonen fant vi at *Antall pasienter* er den eneste forklaringsvariabelen som kan forklare lønnsomhetsvariasjoner på tvers av avtalepraksisene i vårt utvalg. Resultatet antyder at en økning i antall pasienter vil ha statistisk signifikant innvirkning på driftsmarginen på 5 prosentnivå. Regresjonskoeffisienten impliserer at en avtalepraksis med 10 flere pasienter i snitt vil ha en driftsmargin som er 1 prosentpoeng høyere enn andre avtalepraksiser. Følgelig

---

kan det tyde på at praksiser rettet mot utredning er mest lønnsomme, siden de ofte har mange pasienter. Imidlertid er lønnskostnadene utelatt fra den avhengige variabelen *Driftsmargin* slik at eventuelle høyere lønnskostnader i praksiser med mange pasienter ikke er hensyntatt.

I analysen av OLS-regresjonen avdekket vi også at forklaringsvariablene *Konsultasjoner per pasient*, *Honorar per konsultasjon*, *Alder praksis* og *Alder psykolog* ikke har signifikant innvirkning på lønnsomheten til en avtalepraksis i vårt utvalg. Det er derfor usikkert om de nevnte variablene kan forklare lønnsomhetsvariasjoner mellom avtalepraksisene.

I FE-regresjonen var ingen av forklaringsvariablene signifikante. Vi kan derfor ikke si med sikkerhet om *Antall pasienter*, *Konsultasjoner per pasient* eller *Honorar per konsultasjon* kan forklare lønnsomhetsvariasjoner innad i en avtalepraksis i vårt utvalg. Dermed kan vi heller ikke drøfte hvilke driftsmessige beslutninger, knyttet til de ovennevnte variablene, en avtalepraksis kan foreta for å øke egen lønnsomhet.

Utvalgsstørrelsen for analysene av lønnsomhetsvariasjoner er begrenset, og de ovennevnte resultatene bør derfor tolkes med forsiktighet. Det synliggjøres av at resultatene fra regresjonene i liten grad er robuste og at regresjonsmodellenes forklaringskraft er relativt lav.

## 8.2 Svar på overordnet problemstilling

I denne delen vil vi besvare utredningens overordnede problemstilling, basert på svarene på forskningsspørsmålene vi har redegjort for ovenfor. Vi vil derfor svare på følgende:

*Hvordan er delmarkedet og lønnsomheten for avtalepraksiser?*

Delmarkedet for avtalepraksiser er i stor grad preget av reguleringer fordi avtalespesialistene er underlagt de regionale helseforetakene. Reguleringene medfører på den ene siden at avtalepraksisene er mer beskyttet, ettersom de mottar et fast driftstilskudd årlig og er sikret et stort pasientgrunnlag som følge av henvisninger, i motsetning til helprivate praksiser. På den andre siden resulterer styringen fra de regionale helseforetakene i at avtalepraksiser opplever lavere grad av autonomi og kan få redusert indre motivasjon. De senere årene har det også blitt innført flere reguleringer for avtalepraksiser. Redusert autonomi kan derfor være en mulig årsak til at avtalehjemlene har hatt færre søkere enn tidligere.

Lønnsomhetspotensialet for avtalepraksiser virker å være stort, ettersom det ikke foreligger konkurranse i delmarkedet. Det skyldes i stor grad umettet etterspørsel, og lange ventelister

tilsier at det er liten grunn til bekymring. Avtalepraksiser er samtidig utsatt for en viss politisk usikkerhet fordi de regionale helseforetakene bestemmer antall avtalehjemler i delmarkedet. Sannsynligheten for konkurranse som følge av økning i antall avtalehjemler fremstår likevel lav. Årsaken er at antall hjemler har vært tilnærmet konstant de siste årene, til tross for stadig etterspørselsoverskudd og press fra Norsk psykologforening om en økning i antall hjemler.

Det store lønnsomhetspotensialet underbygges av at den gjennomsnittlige driftsmarginen for vårt utvalg av avtalepraksiser er på 25 prosent. Lønnsomheten fremstår derfor relativt høy sammenliknet med andre aktører innenfor helsetjenesten. Lønnsomhetsnivået er dog noe lavere enn for avtalespesialister organisert som enkeltpersonforetak. Samtidig ser det ut til at lønnsomheten har falt markant i perioden fra 2016 til 2020. Dersom nedgangen er gjeldende for delmarkedet som helhet, kan funnet vårt benyttes som argument for oppjustering av beløp for takster og driftstilskudd i fremtidige forhandlinger om avtalespesialistordningen. Økte beløp for takster og driftstilskudd kan muligens motvirke dagens utvikling med færre søkere på hjemlene, ettersom fallende lønnsomhet kan være en årsak til færre søkere de siste årene.

Delmarkedet for avtalepraksiser er også preget av lønnsomhetsvariasjoner. De mest lønnsomme praksisene i vårt utvalg virker å ha mange pasienter, ettersom *Antall pasienter* var signifikant positiv i OLS-regresjonen. Det kan skyldes at et høyt antall pasienter muliggjør høyere aktivitetsnivå og kapasitetsutnyttelse, og dermed høyere inntekter. I tillegg vil konsultasjoner med nye pasienter utløse en tilleggskost, slik at mange nye pasienter vil gi høyere inntekter per konsultasjon. Myndighetene har også et mål om økt gjennomstrømning for å sikre at flere pasienter mottar behandling. Det fremstår derfor rimelig at det er økonomisk gunstig for avtalepraksiser å behandle mange pasienter. De andre forklaringsvariablene vi undersøkte var derimot ikke signifikante i regresjonene våre. Vi kan dermed ikke si med sikkerhet om *Konsultasjoner per pasient*, *Honorar per konsultasjon*, *Alder praksis* og *Alder psykolog* kan forklare lønnsomhetsvariasjoner mellom avtalepraksisene.

### 8.3 Begrensninger og forslag til videre forskning

I arbeidet med utredningen er det flere forhold vi gjerne skulle undersøkt nærmere, men som vi har måttet se bort ifra på grunn av begrensninger knyttet til datamateriale og tid. I det følgende vil vi derfor komme med forslag til videre forskning vi anser som interessante.

En sentral begrensning ved oppgaven er manglende regnskapsdata for privatpraktiserende psykologer ettersom kun aksjeselskap er regnskapspliktige, og andelen organisert som

---

aksjeselskap er relativt liten. Ved tilgang på regnskapsdata for praksiser organisert som enkeltpersonforetak ville trolig lønnsomhetsanalysene våre gitt et bedre bilde av markedet. Det underbygges av at driftsmarginen for praksisene i utvalget vårt er noe lavere enn for avtalespesialister organisert som enkeltpersonforetak, slik at utvalget muligens er preget av skjevheter. Ettersom Statistisk sentralbyrå har utført undersøkelser av inntekter og kostnader for avtalespesialister organisert som enkeltpersonforetak, anser vi det rimelig at videre studier med lengre tidsramme kan få tilgang på mer omfattende regnskapsdata.

Utredningen er også begrenset av detaljnivå og kvalitet på datamaterialet for aktiviteten i en avtalepraksis. Eksempelvis er tall for antall pasienter, konsultasjoner og honorar oppgitt per år i datasettet utlevert fra Helsedirektoratet. Ved informasjon om tilsvarende variabler per uke eller arbeidsdag ville man fått mer inngående kunnskap om variasjoner i aktivitetsnivå for en enkelt avtalepraksis. I tillegg anser vi informasjon om tidsbruk per konsultasjon eller per pasient som interessant for videre studier, fordi man eksempelvis kan avdekke om få pasienter i en praksis skyldes lavere kapasitetsutnyttelse eller at pasientene er mer krevende. En spesifikk variabel for pasienttyngde kunne som nevnt vært hensiktsmessig for regresjonsanalysene, fremfor tre forklaringsvariabler som kan si noe om praksisprofilen til en avtalepraksis. Det skyldes at pasienter kan ha behov for svært ulik behandling, slik at de tre forklaringsvariablene vi har benyttet for praksisprofil ikke alene kan avdekke aktivitetsnivået i en praksis. Med tilgang på mer detaljert datamateriale kunne man trolig fått signifikante resultater i regresjonsanalyser på grunn av bedre muligheter for å kontrollere for ulike effekter, og dermed mer presise forklaringsvariabler som peker i en tydelig retning. For videre studier foreslår vi også å sende ut spørreundersøkelser til helprivate praksiser med spørsmål om aktivitet for å få tilsvarende datamateriale for den delen av markedet.

For videre forskning anser vi det også interessant å studere variasjoner i takstbruk per konsultasjon for avtalepraksiser. Det skyldes at flere av variablene som er benyttet i vår studie av lønnsomhetsvariasjoner er beregnet som forholdstall basert på gjennomsnitt, og dermed kan inneholde informasjon vi ikke får hensyntatt. Eksempelvis vil som nevnt variabelen *Honorar per konsultasjon* kunne gjenspeile flere forhold. For det første kan et høyt beløp indikere at konsultasjonen tar lang tid slik at en takst med høyere beløp benyttes. For det andre kan honoraret bli høyt dersom man får tillegg for en av de seks første konsultasjonene med en ny pasient. I tillegg kan enkelte konsultasjoner med særlig høyt honorar forstyrre gjennomsnittsverdien for en praksis. Med tilgang på informasjon om hvilke takster som benyttes per konsultasjon vil man trolig få avklart slike usikkerhetsmomenter, og kan med

større sikkerhet si hva som forårsaker lønnsomhetsforskjeller mellom og innad avtalepraksiser. Dermed kan man sannsynligvis få signifikante resultater ved en tilsvarende studie med et større utvalg og mer detaljert datamateriale. Man kan også muligens avdekke om enkelte takster er mer lønnsomme enn andre, slik at avtalepraksisene kan få innsikt i hva slags behandlingsløp som er mest økonomisk gunstig.

Studier av stordriftsfordeler kunne også vært interessant for videre forskning. Det skyldes at privatpraksiser kan inngå i praksisfellesskap med felles kontorlokaler og journalsystemer. Slike praksisfellesskap kan trolig medføre lavere kostnader per praksis. Ved tilgang på informasjon om praksisene inngår i slike fellesskap, kunne man derfor undersøkt om det foreligger muligheter for stordriftsfordeler i markedet. Med slik innsikt kan avtalepraksisene i større grad ta informerte beslutninger knyttet til inngåelse av praksisfellesskap.

Samlet er vår utredning en pilotstudie av lønnsomhetsforhold for privatpraktiserende psykologer, og det er derfor flere forhold som er aktuelle for videre forskning. Vi anser for det første en studie med regnskapsdata også for enkeltpersonforetak som hensiktsmessig for å gi et mer helhetlig bilde av lønnsomhetsforhold i markedet. En studie med et større utvalg basert på mer detaljert data om aktivitetsnivå og takstbruk anses også som interessant. Det skyldes at en slik studie trolig kan gi signifikante forklaringer på lønnsomhetsvariasjoner i markedet, på grunn av større muligheter for kontroll. I tillegg anses undersøkelser av praksisfellesskap som nyttig for å undersøke om det er muligheter for stordriftsfordeler for privatpraksiser.

---

## Litteraturliste

- Aksjeloven. (1997). *Lov om aksjeselskaper* (LOV-1997-06-13-44). Lovdata.  
<https://lovdata.no/lov/1997-06-13-44>
- Allen, P. M. (1997). *Understanding Regression Analysis*. Plenum Press.
- Altinn. (2021a, 20. mai). *Avskrivning*. <https://www.altinn.no/starte-og-drive/regnskap-og-revisjon/regnskap/avskrivning/>
- Altinn. (2021b, 1. november). *Årsregnskap*. <https://www.altinn.no/starte-og-drive/regnskap-og-revisjon/regnskap/arsregnskap/>
- Altinn. (2021c, 23. november). *Aksjeselskap (AS)*. <https://www.altinn.no/starte-og-drive/starte/valg-av-organisasjonsform/aksjeselskap/>
- Altinn. (2021d, 23. november). *Enkeltpersonforetak*. <https://www.altinn.no/starte-og-drive/starte/valg-av-organisasjonsform/enkeltpersonforetak/>
- Andersen, G. (2020, 16. april). *Kvalitative intervjuundersøkelser*. Norsk digital læringsarena.  
<https://ndla.no/subject:1:9bb7b427-3f5b-4c45-9719-efc509f3d9cc/topic:1:432baee9-5671-47ce-870e-48b8fc3b7a42/topic:1:1db7bf3c-3a7b-44af-b632-e3c5ff2a999e/resource:201ce19e-7011-49a6-b415-91fd42d5dfe9>
- Andresen, M. E. & Idsø, J. (2016, 15. desember). *Prinsipal-agent-teori*. Store norske leksikon. <https://snl.no/prinsipal-agent-teori>
- Bird, C. (2016). *Perspectives on Data Science for Software Engineering*. ScienceDirect. Hentet 4. april 2022 fra <https://www.sciencedirect.com/topics/computer-science/interview-guide>
- Bjørnenak, T. (2019). *Strategiske lønnsomhetsanalyser*. Fagbokforlaget.
- Brønnøysundregistrene (2021a, 16. mars). *Hvem har regnskapsplikt?*  
<https://www.brreg.no/innsending-av-arsregnskap/innsendingsplikt-til-regnskapsregisteret/hvem-har-regnskapsplikt/>
- Brønnøysundregistrene. (2021b, 11. mai). *Næringskoder*.  
<https://www.brreg.no/bedrift/naeringskoder/>
- Brønnøysundregistrene. (2022, 22. mars). *Samfunnsoppdrag og strategi*.  
<https://www.brreg.no/om-oss/samfunnsoppdrag-og-strategi/>
- Bårdsen, G. & Nymoen, R. (2011). *Innføring i økonometri*. Fagbokforlaget.



- Dahlstrøm, I. & Lundemo, A. T. (2019). *Aktivitetsdata for avtalespesialister 2018* (IS-2817). Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-avtalespesialister/Aktivitetsdata%20for%20avtalespesialister%202018.pdf/\\_attachment/inline/f339182f-1caf-47d4-99a1-b2f45a99a512:ef90d5a617dcde17ce8621e29db251325838810a/Aktivitetsdata%20for%20avtalespesialister%202018.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-avtalespesialister/Aktivitetsdata%20for%20avtalespesialister%202018.pdf/_attachment/inline/f339182f-1caf-47d4-99a1-b2f45a99a512:ef90d5a617dcde17ce8621e29db251325838810a/Aktivitetsdata%20for%20avtalespesialister%202018.pdf)
- Dahlstrøm, I. & Lundemo, A. T. (2020). *Aktivitetsdata for avtalespesialister 2019* (IS-2891). Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-avtalespesialister/Aktivitetsdata%20for%20avtalespesialister%202019.pdf/\\_attachment/inline/0899bac1-2f82-49a2-8159-2fdb6495bca:0a3d3c446fcc676e23804d292b7b0efc475207ba/Aktivitetsdata%20for%20avtalespesialister%202019.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-avtalespesialister/Aktivitetsdata%20for%20avtalespesialister%202019.pdf/_attachment/inline/0899bac1-2f82-49a2-8159-2fdb6495bca:0a3d3c446fcc676e23804d292b7b0efc475207ba/Aktivitetsdata%20for%20avtalespesialister%202019.pdf)
- Dahlum, S. (2020, 26. november). *Kontrollvariabel*. Store norske leksikon. <https://snl.no/kontrollvariabel>
- Dahlum, S. (2021, 9. mars). *Validitet*. Store norske leksikon. <https://snl.no/validitet>
- DigitalNorway. (2021, 21. oktober). *Porters fem krefter: Slik gjør du en konkurrent-analyse*. <https://digitalnorway.com/porters-fem-krefter-slik-gjor-du-en-konkurrentanalyse/>
- Dranove, D. (2012). *Practical Regression: Fixed Effects Models* (7-112-005). Kellogg School of Management, Northwestern University.
- Edelmann, D., Móri, T. F. & Székely, G. J. (2021). On relationships between the Pearson and the distance correlation coefficients. *Statistics & Probability Letters*, 2021(169). <https://doi.org/10.1016/j.spl.2020.108960>
- Eiendom Norge. (2021, 10. oktober). Nasjonal tragedie at bolig har blitt så dyrt i Oslo. <https://eiendommnorge.no/aktuelt/blogg/nasjonal-tragedie-at-bolig-har-blitt-sa-dyrt-i-oslo>
- Ellingsen, I. & Lundemo, A. T. (2021). *Aktivitetsdata for avtalespesialister 2020* (IS-2987). Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-avtalespesialister/Aktivitetsdata%20for%20avtalespesialister%202020.pdf/\\_attachment/inline/707e706e-1f65-42ee-b7e6-dc256cfc38b4:d4d31cb1a3f0ece0d80694facd4c9ae58d335b79/Aktivitetsdata%20avtalespesialister%202020.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-avtalespesialister/Aktivitetsdata%20for%20avtalespesialister%202020.pdf/_attachment/inline/707e706e-1f65-42ee-b7e6-dc256cfc38b4:d4d31cb1a3f0ece0d80694facd4c9ae58d335b79/Aktivitetsdata%20avtalespesialister%202020.pdf)
- Fløtre, I. A. & Tuv, N. (2022, 29. mars). *Hva er vanlig lønn i Norge?* Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/lonn-og-arbeidskraftkostnader/artikler/hva-er-vanlig-lonn-i-norge>
- Golsbee, A., Levitt, Steven. & Syverson, C. (2016) *Microeconomics*. Macmillan.
- Halvorsen, P. (2018, 25. Januar). *Antall avtalepsykologer på stedet hvil*. Norsk psykologforening. <https://www.psykologforeningen.no/medlem/medlemsnytt/antall-avtalepsykologer-paa-stedet-hvil>

- 
- Hansen, J. & Hove, I. H. (2020). *Psykologspesialisters inntekter og kostnader* (Notater 2020/13). Statistisk sentralbyrå. [https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/416772?\\_ts=1712f30c2e8](https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/_attachment/416772?_ts=1712f30c2e8)
- Heimdal, J. O., Lang-Ree, O. C., Austad, S. K., Nordmo, M., Øyslebø, T. E., & Garang, S. (2021, 11. mars). *Det skal mer til å like noen ved digitale intervjuer*. Forsvarets forum. <https://forsvaretsforum.no/forsvaret-forsvarets-hogskole-kronikk/det-skal-mer-til-a-like-noen-ved-digitale-intervjuer/187836>
- Helfo. (2020, 30. oktober). *Regelverk for psykolog*. <https://www.helfo.no/regelverk-og-takster/overordnet-regelverk/regelverk-for-psykolog>
- Helmikstøl, Ø. (2017, 7. juni). *Helseforetakene får skylden for få avtalehjemler*. Tidsskrift for Norsk psykologforening. <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2017/06/helseforetak-far-skylden-fa-avtalehjemler>
- Helse Sør-Øst. (2021, 25. november). *Flere unge får psykisk helsehjelp*. <https://helse-sorost.no/nyheter/flere-unge-far-psykisk-helsehjelp>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse* (I-1180B). [https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi\\_for\\_god\\_psykisk-helse\\_250817.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf)
- Helsedirektoratet (2019, 1. februar). *Egenandeler og pasientbetaling ved poliklinisk helsehjelp*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/andre-finansieringsordninger/egenandeler-og-pasientbetaling-ved-poliklinisk-helsehjelp>
- Helsedirektoratet. (2020, 23. januar). *Dette gjør Helsedirektoratet*. <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/dette-gjor-helsedirektoratet#referere>
- Helsedirektoratet. (2021, 10. februar). *Om HPR og oppdatere fødselsnummer og manglende oppføringer i HPR*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/helsepersonellregisteret-hpr>
- Helsedirektoratet. (2022a, 12. januar). *KUHR-databasen*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/kuhr#referere>
- Helsedirektoratet. (2022b, 18. mars). *Aktivitetsdata for avtalespesialister*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-avtalespesialister>
- Helsedirektoratet. (2022c, 18. mars). *Ventetid og aktivitet i spesialisthelsetjenesten 2021*. <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/ventetider-og-aktivitet-i-spesialisthelsetjenesten-2021>
- Helsedirektoratet. (u.å.a). *Fritt behandlingsvalg*. Hentet 28. mars 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/fritt-behandlingsvalg>

- Helsedirektoratet. (u.å.b). *Helsepersonellregisteret*. Hentet 2. mars 2022 fra <https://register.helsedirektoratet.no/hpr>
- Helsenorge. (2019a, 25. juni). *Psykisk helsehjelp for voksne*. <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helsehjelp-for-voksne/>
- Helsenorge. (2019b, 27. februar). *Psykolog*. <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/psykolog/>
- Helsenorge. (u.å.). *Avtalespesialister*. Hentet 2. mars 2022 fra <https://www.helsenorge.no/behandlere/avtalespesialist/>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hill, R. C., Griffiths W. E. & Lim G. C. (2012) *Principles of Economics* (4. utg.). New Jersey: Wiley
- Hopland, A. O. (2017). *Econometrics for Business Research*. Bergen: Norges Handelshøyskole
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (2. utg.). Kristiansand S. Høyskoleforlaget AS – Norwegian Academic Press.
- Jennings, G. R. (2005). Business, Social Science Methods Used in. ScienceDirect. Hentet 5. april 2022 fra <https://www.sciencedirect.com/topics/psychology/semistructured-interview>
- Line, T. M. & Sælensminde, K. (2019). *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015* (IS-2839). Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker/Samfunnskostnader%20ved%20sykdom%20og%20ulykker%202015.pdf/\\_attachment/inline/761dd2be-6458-4baf-99c9-34d58a621aad:e3291994cf460a6d1c5174eab5f27b4165208afe/Samfunnskostnader%20ved%20sykdom%20og%20ulykker%202015.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker/Samfunnskostnader%20ved%20sykdom%20og%20ulykker%202015.pdf/_attachment/inline/761dd2be-6458-4baf-99c9-34d58a621aad:e3291994cf460a6d1c5174eab5f27b4165208afe/Samfunnskostnader%20ved%20sykdom%20og%20ulykker%202015.pdf)
- Mental Helse. (2021, 10. oktober). *Verdensdagen for psykisk helse – krav til påtroppende regjering*. <https://mentalhelse.no/aktuelt/nyheter/mental-helse/verdensdagen-for-psykisk-helse-krav-til-patroppende-regjering>
- Nes, R. B., Aarø, L. E., Vedaa, Ø. & Nilsen, T. S. (2020, 17. desember). *Livskvalitet og psykisk helse under koronaepidemien november – desember 2020*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/livskvalitet-og-psykisk-helse-under-koronaepidemien--nov-des-2020/>
- NHH. (u.å.). *Databaser*. Hentet 5. mars 2022 fra <https://www.nhh.no/bibliotek/databaser/>

- 
- NORCE. (2020). *Retningslinjer for klassifisering og lagring av data og informasjon*. <https://norce.s3.amazonaws.com/Klassifisering-av-data-og-informasjon-inkl.-lagringsguide.pdf>
- Nordea. (u.å.). *Når kan en gründer ta ut lønn?* Hentet 19. mars 2022 fra <https://www.nordea.no/bedrift/din-bedrift/starte-bedrift/lonn-i-eget-firma.html>
- Norsk psykologforening. (2015). *Takstrundskrivet 2015 (235/02/HR)*. <https://www.psykologforeningen.no/content/download/43170/721013/version/1/file/Takstrundskrivet%2B2015+%281%29.pdf>
- Norsk psykologforening. (2021a, 14. oktober). *Den nye regjeringen satser på psykisk helse*. <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/den-nye-regjeringen-satser-paa-psykisk-helse>
- Norsk psykologforening. (2021b). *Rammeavtale mellom de Regionale Helseforetak og Norsk Psykologforening om spesialistpraksis i klinisk psykologi*. <https://www.psykologforeningen.no/content/download/58183/907638/version/1/file/Rammeavtale+2021-7.januar+RHF-Npf-signert.pdf>
- Norsk psykologforening. (2021c). *Takstrundskrivet 2021 (193/21/HR/JO)*. <https://www.psykologforeningen.no/content/download/58785/920083/version/1/file/Takstrundskrivet+2021.pdf>
- Norsk psykologforening. (u.å.a). *Hva er en norsk psykolog?* Hentet 6. mars 2022 fra <https://www.psykologforeningen.no/politikk/psykologprofesjonen/hva-er-en-norsk-psykolog>
- Norsk psykologforening. (u.å.b). *Målbeskrivelser for spesialitetene i psykologi*. Hentet 8. mars 2022 fra <https://www.psykologforeningen.no/medlem/kurs-og-utdanning/block-forsideblokk-tosaker/spesialistutdanningen2/spesialitetene-i-psykologi/maalbeskrivelser-for-spesialitetene-i-psykologi>
- Norsk psykologforening. (u.å.c). *Psykologtjenester – Psykologer i Oslo*. Hentet 9. mars 2022 fra <https://www.psykologforeningen.no/medlem/lokalavdelinger/oslo2/psykologer-i-oslo-leter-du-etter-psykolog-i-oslo>
- Norsk psykologforening. (u.å.d). *Spesialistutdanning*. Hentet 6. mars 2022 fra <https://www.psykologforeningen.no/medlem/kurs-og-utdanning/block-forsideblokk-tosaker/spesialistutdanningen2>
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). *NSD*. Hentet 5. april 2022 fra <https://www.nsd.no/>
- NOU 2010: 14. (2010). *Lett å komme til orde, vanskelig å bli hørt – en moderne mediestøtte*. Kultur- og likestillingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2010-14/id628603/?ch=8>
- NOU 2019: 24. (2019). *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-24/id2682523/?ch=1>

- NOU 2020: 13. (2020). *Private aktører i velferdsstaten*. Nærings- og fiskeridepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-13/id2788017/>
- NOU 2022: 4. (2022). Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2022. Arbeids- og inkluderingsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/5b058ad933984e33acd81e923b118562/no/pdfs/nou202220220004000dddpdfs.pdf>
- Nyman, K. (2019, 1. oktober). *Lær av førstelinjen*. Tidsskrift for Norsk psykologforening.  
<https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2019/10/laer-av-forstelinjen>
- Nærings- og fiskeridepartementet. (2017). *Endringer i aksjelovgivningen mv. (modernisering og forenkling) (Prop. 112 L (2016–2017))*.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-112-l-20162017/id2549742/?ch=6>
- Pallant, J. (2011). *SPSS Survival Manual - A step by step guide to data analysis using SPSS* (4. utg.). Allen & Unwin.
- Porter, M. E. (1979). *How Competitive Forces Shape Strategy*. Harvard Business Review.  
<https://hbr.org/1979/03/how-competitive-forces-shape-strategy>
- Porter, M. E. (1992). *Konkurransefortrinn*. Tano.
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>
- Regjeringen.no. (2000, 18. mai). *Norsk næringsvirksomhet - 3) Tjenesteytende sektor*.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/norsk-naringsvirksomhet---3-tjenesteyten/id87622/>
- Regjeringen.no. (2014, 30. oktober). *Grunnstrukturen i helsetjenesten*.  
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/>
- Regjeringen.no. (2021a, 11. oktober). *Psykisk helse og livskvalitet*.  
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/psykisk-helse-og-livskvalitet/id2544452/>
- Regjeringen.no. (2021b, 8. november). *Regjeringen satser på psykisk helse*.  
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-satser-pa-psykisk-helse/id2885021/>
- Regnskapsloven. (1998). *Lov om årsregnskap m.v.* (LOV-1998-07-17-56). Lovdata.  
<https://lovdata.no/lov/1998-07-17-56>
- Ringdal, E. (2015, 1. oktober). *“Psykolog” er en beskyttet tittel*. Norsk psykologforening.  
<https://www.psykologforeningen.no/medlem/loenn-og-arbeidsvilkaar/juridiske-artikler/psykolog-er-en-beskyttet-tittel>

- 
- Roald, H. (2015, 20. oktober). *Krav om tilknytning til helsenett for avtalespesialister*. Norsk psykologforening. <https://www.psykologforeningen.no/medlem/loenn-og-arbeidsvilkaar/for-privatpraktiserende/krav-om-tilknytning-til-helsenett-for-avtalespesialister>
- Roald, H. (2017, 20. desember). *Krav til utforming av psykologkontor*. Norsk psykologforening. <https://www.psykologforeningen.no/medlem/loenn-og-arbeidsvilkaar/for-privatpraktiserende/oppstart-av-privat-praksis/krav-til-utforming-av-psykologkontor>
- Roald, H. & Lajord, M. (2015, 3. juli). *Valg av selskapsform ved oppstart av privat praksis*. Norsk psykologforening. <https://www.psykologforeningen.no/medlem/loenn-og-arbeidsvilkaar/for-privatpraktiserende/oppstart-av-privat-praksis/valg-av-selskapsform-ved-oppstart-av-privat-praksis>
- Roald, H. & Lajord, M. (2021, 18. februar). *Forsikringer i privat praksis*. Norsk psykologforening. <https://www.psykologforeningen.no/medlem/loenn-og-arbeidsvilkaar/for-privatpraktiserende/oppstart-av-privat-praksis/forsikringer-i-privat-praksis>
- Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. (2016). *Research Methods for Business Students* (7. utg.). Pearson Education Limited
- Shank, J. K. (1989). Strategic Cost Management: New Wine, or Just New Bottles? *Journal of Management Accounting Research*, 1989(1), 47-65. [https://www.academia.edu/956538/Strategic\\_cost\\_management\\_new\\_wine\\_or\\_just\\_%20new\\_bottles](https://www.academia.edu/956538/Strategic_cost_management_new_wine_or_just_%20new_bottles)
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Spets, K. (2021a, 22. april). *Stor vekst i private psykologer*. VG. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/1E2PmL/stor-vekst-i-private-psykologer>
- Spets, K. (2021b, 24. april). *Psykolog har 30 ukers ventetid: - Etterspørselen mangedoblet*. VG. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/R9KbPA/psykolog-har-30-ukers-ventetid-etterspoerselen-mangedoblet>
- Statistisk sentralbyrå. (2009, 21. august). *Standard for næringsgruppering (SN)*. <https://www.ssb.no/klasse/klasseklassifikasjoner/6/om>
- Statistisk sentralbyrå. (2021, 23. november). *07371: Nøkkeltall for ikke-finansielle aksjeselskaper, etter næring (SN2007), statistikkvariabel og år*. <https://www.ssb.no/statbank/table/07371/tableViewLayout1/>
- Statistisk Sentralbyrå. (u.å.). *Konsumprisindeksen*. Hentet 19. mars 2022 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/08981/tableViewLayout1/>

- Stengel, G. (2015, 17. august). Profit Is Nice. Margins Are Even Better. Intuit Quickbooks. <https://quickbooks.intuit.com/r/financial-management/profit-is-nice-margins-are-even-better/?fbclid=IwAR2sXqwlArjsFULPAxlxUmxmK0vCXmJHSrIW0VyZ3lDyCJdFDW7nkrTC3bo>
- Stoltz, G. (2021, 14. desember). *Produktdifferensiering*. Store norske leksikon. <https://snl.no/produktdifferensiering>
- Torres-Reyna, O. (2007). *Panel Data Analysis. Fixed and Random Effects using Stata*. <https://www.princeton.edu/~otorres/Panel101.pdf>
- Uksnøy, E. U. (2022, 19. april). *Enkeltpersonforetak: Må jeg føre regnskap i regnskapsprogram?* Conta AS. <https://enkeltpersonforetak.no/fakturering-og-regnskap/ma-jeg-fore-regnskap-med-enkeltpersonforetak-enk>
- Utdanning.no (u.å.). *Yrkesbeskrivelse Psykolog*. Hentet 6. mars 2022 fra <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/psykolog>
- Utvåg, K. M., Steinkopf, S. & Holgersen, H. (2014, 5. oktober). *Vilkår for klinisk autonomi og dens betydning for god praksis*. Tidsskrift for Norsk psykologforening. <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2014/10/vilkar-klinisk-autonomi-og-dens-betydning-god-praksis>
- Visma. (u.å.a). *Driftsresultat*. Hentet 5. april 2022 fra <https://www.visma.no/eaccounting/regnskapsordbok/d/driftsresultat/>
- Visma. (u.å.b). *Omsetning*. Hentet 13. april 2022 fra <https://www.visma.no/eaccounting/regnskapsordbok/o/omsetning/>
- Visma Økonomioversikt. (u.å.). *Driftsmargin i %*. Hentet 5. april 2022 fra [https://help.visma.net/no\\_no/financial-overview/content/online-help/kpi-operating-margin.htm](https://help.visma.net/no_no/financial-overview/content/online-help/kpi-operating-margin.htm)
- Woolridge, J. M. (2013). *Introductory Econometrics: A Modern Approach* (5. utg.). South-Western, Cengage Learning.
- Aanesen, K. H. (2020, 12. oktober). *Hvordan velge forskningsmetode?* Nasjonal digital læringsarena. <https://ndla.no/nb/subject:1:fb6ad516-0108-4059-acc3-3c5f13f49368/topic:1:860e0dc0-7691-4b90-ba3b-8a00c39c9448/topic:1:6422199b-cd4c-4728-8560-e357482c14d2/resource:39227a08-71d4-4526-97c0-86c55e01cc0e>

---

# Appendiks

## Intervjuguide

### Introduksjon:

- Presentere oss selv og hensikten med samtalen
- Er det greit at vi tar taleopptak av samtalen?
- Har du noen spørsmål før vi begynner?

### Konkurransesituasjon:

- Hvordan opplever dere konkurransesituasjonen i markedet i dag?
- I hvilken grad opplever dere DPS, psykologer i kommunen og helprivate psykologer som substitutter/konkurrenter?
- Opplever dere opprettelse av flere praksiser som en “trussel” i forhold til lønnsomhet?
- Opplever dere at konkurransen mellom praksiser har blitt sterkere de siste årene?
  - o Hvorfor tror dere det har blitt etablert mange helprivate praksiser de siste årene?
- Hvordan tror dere utviklingen i antall avtalespesialister og helprivate praksiser vil bli fremover?

### Lønnsomhet:

- Hvilke kostnader plasserer dere typisk under regnskapsposten “andre driftskostnader”?
- Opplever dere at lønnsomheten i markedet generelt er høy?
- Hvilke faktorer påvirker lønnsomheten?
  - o Hvordan opplever dere at antall pasienter påvirker lønnsomheten?
  - o Hvordan varierer lønnsomheten med antall regninger?
  - o Hvordan påvirker erfaring lønnsomheten?
- Det ser ut til å være større variasjoner knyttet til driftsmargin og regnskapsposter for helprivate praksiser enn med avtalepraksiser. Hva tror dere dette kan skyldes?
- Hvordan opplever dere at lønnsomheten har utviklet seg siden 2015?
- Er det vanlig å føre driftstilskuddet som en del av omsetningen i aksjeselskapet og deretter føre opp utbetalingen som lønnskostnad?

### Generelt:

- Anses det som attraktivt å få en avtalehjemmel? Hvorfor/hvorfor ikke?

### Avslutning:

- Er det noe du ønsker å legge til?
- Kan vi kontakte deg hvis vi har oppfølgingsspørsmål?

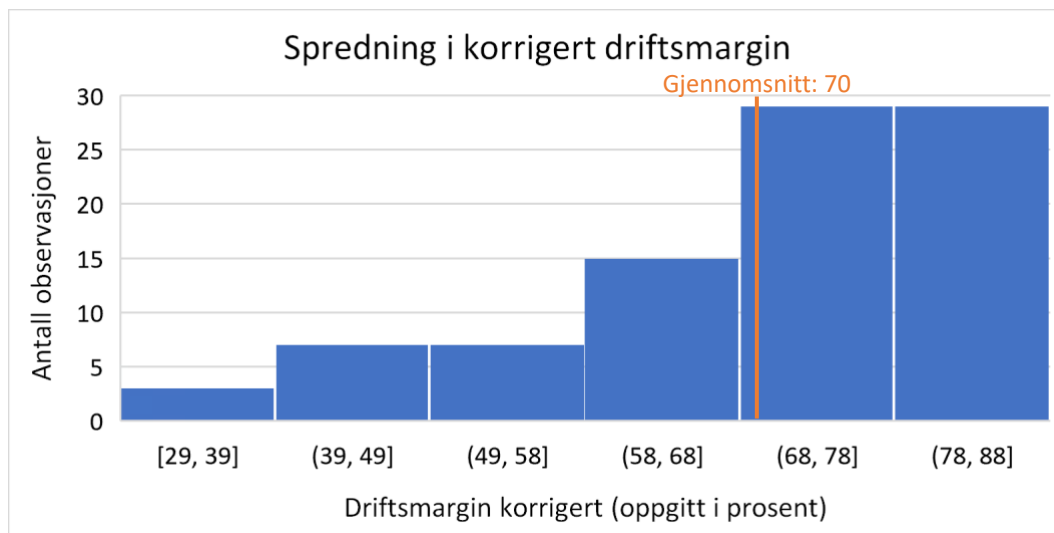


	(1)
	Driftsmargin i prosent
Nevropraksis	10.9518** (4.8470)
År 2017	-1.7753 (2.3021)
År 2018	-3.6149** (1.6664)
År 2019	-3.8605 (2.8671)
År 2020	-5.8233* (3.2127)
Konstantledd	26.1276*** (4.3967)
Observasjoner	105
R <sup>2</sup>	0.0463
JustertR <sup>2</sup>	-0.0019
Praksiser	21
Metode	OLS
Årsdummy	JA

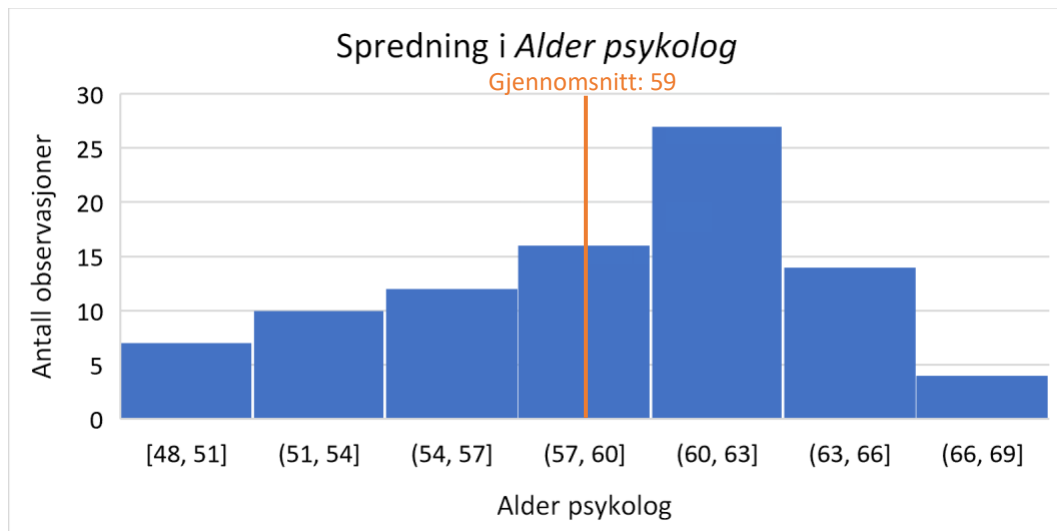
*Standardfeil er oppgitt i parentes*

*\*\*\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*  $p < 0.1$*

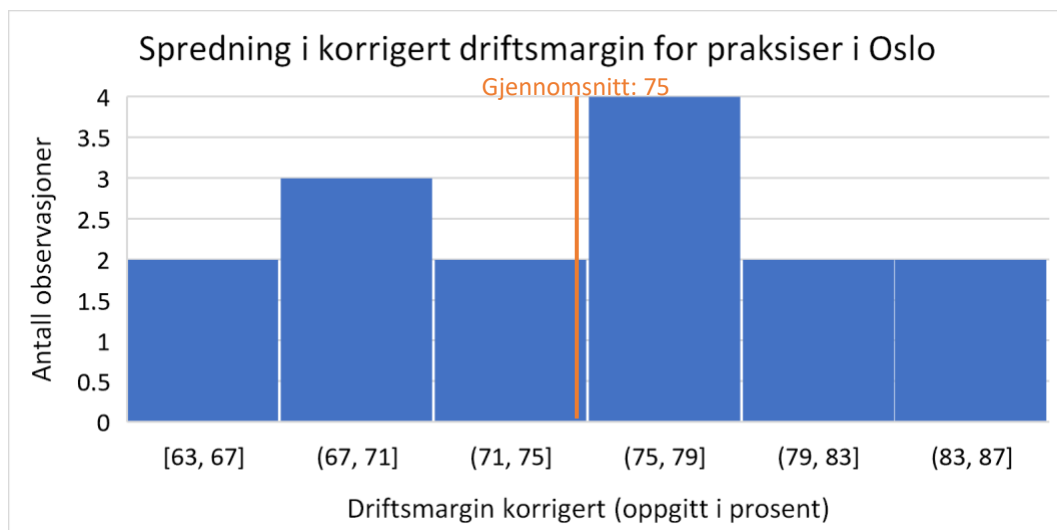
**Tabell A1: OLS-regresjon med Nevropraksis som forklaringsvariabel**



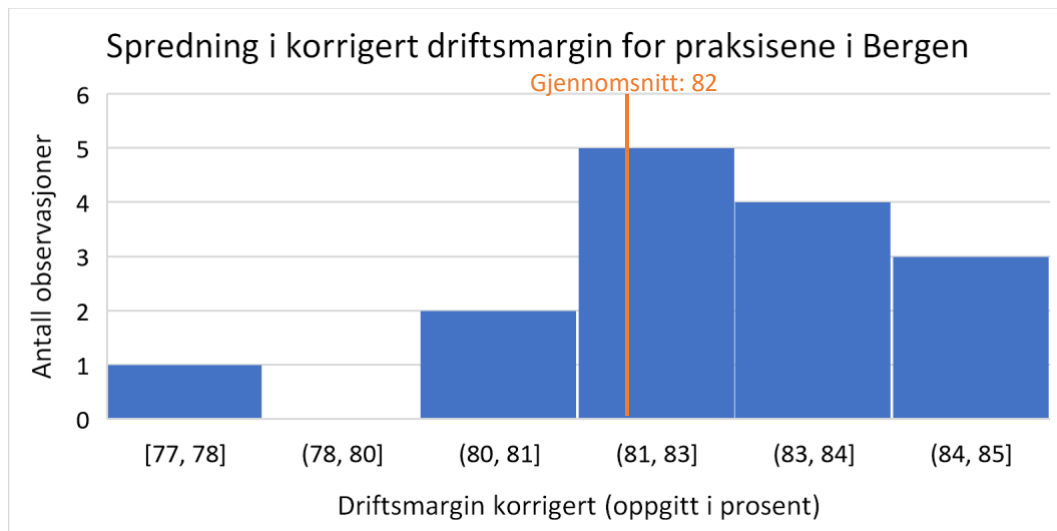
**Figur A1: Histogram av spredning i korrigert driftsmargin**



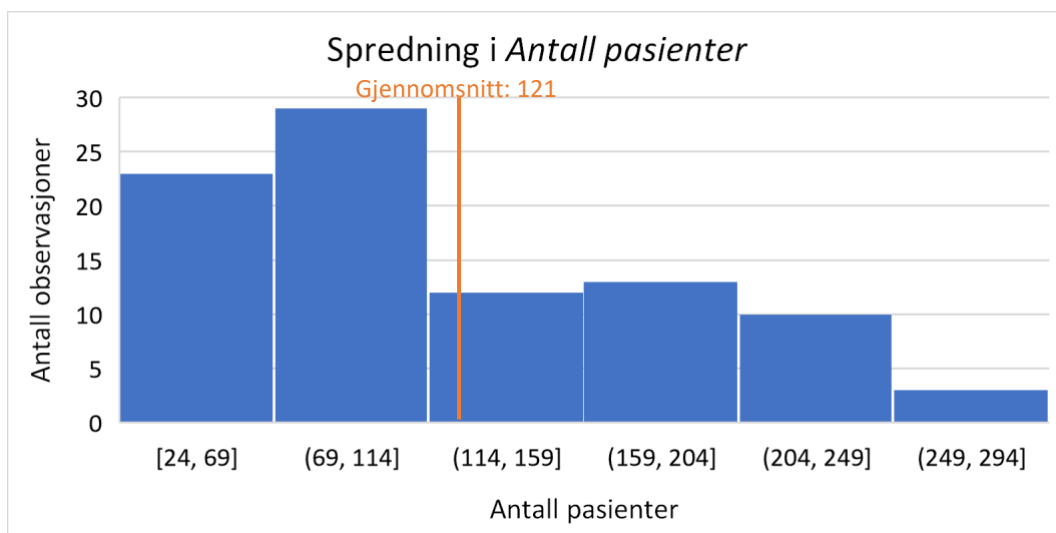
*Figur A2: Histogram av spredning i Alder psykolog*



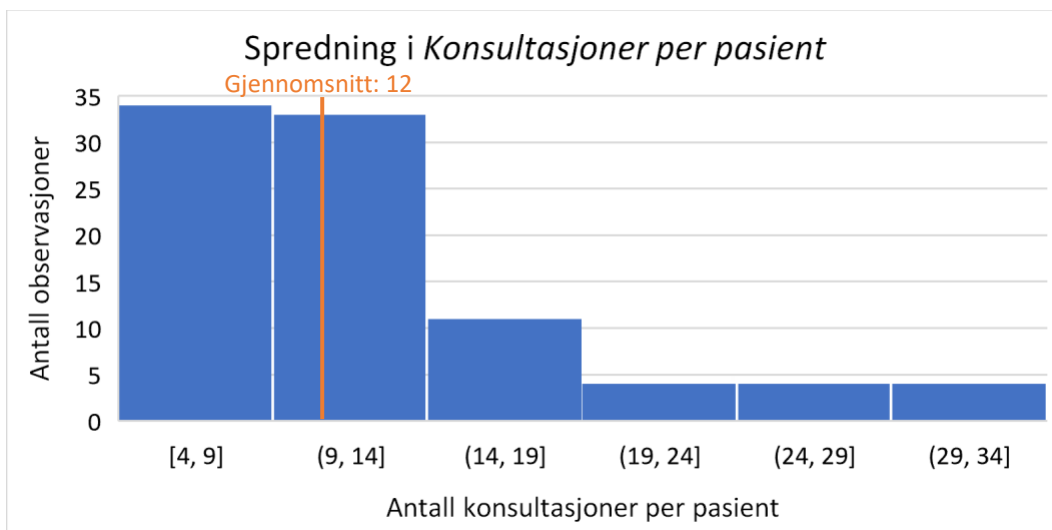
*Figur A3: Histogram av spredning i korrigert driftsmargin for avtalepraksisene i Oslo*



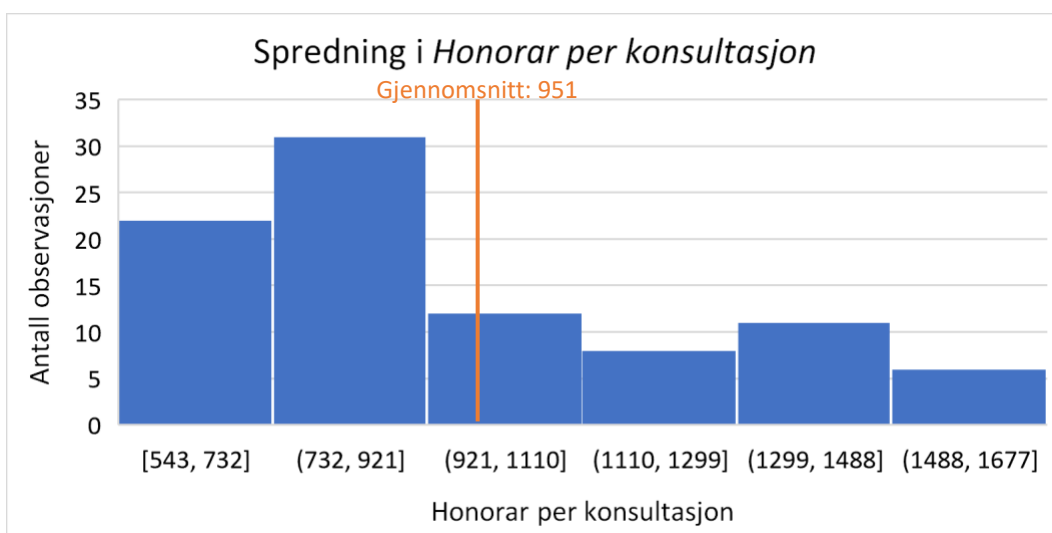
Figur A4: Histogram av spredning i korrigert driftsmargin for avtalepraksisene i Bergen



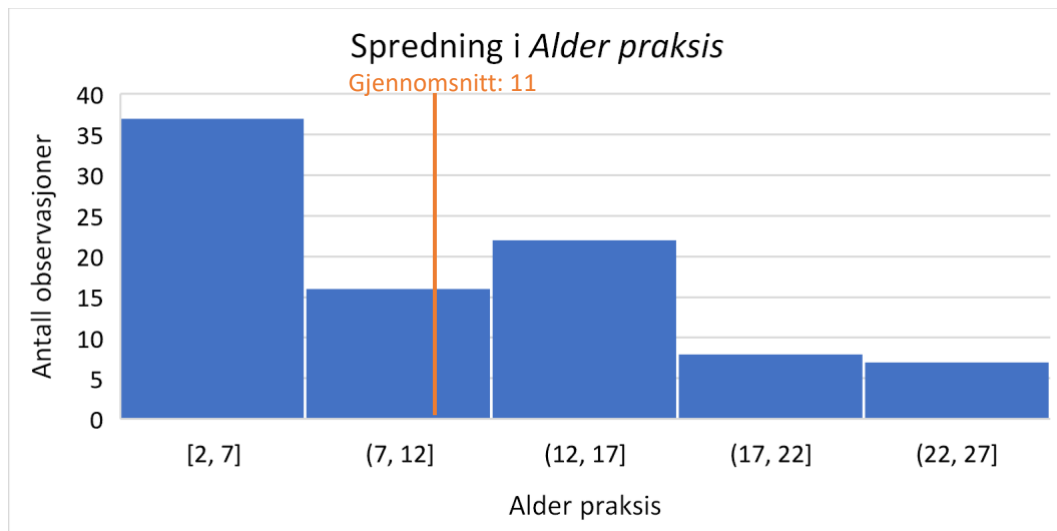
Figur A5: Histogram av spredning i Antall pasienter



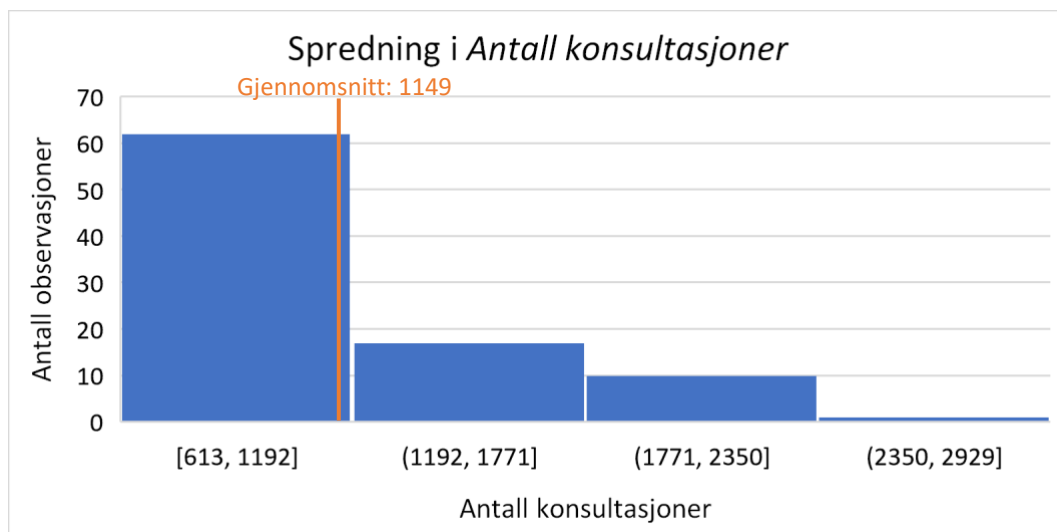
*Figur A6: Histogram av spredning i Konsultasjoner per pasient*



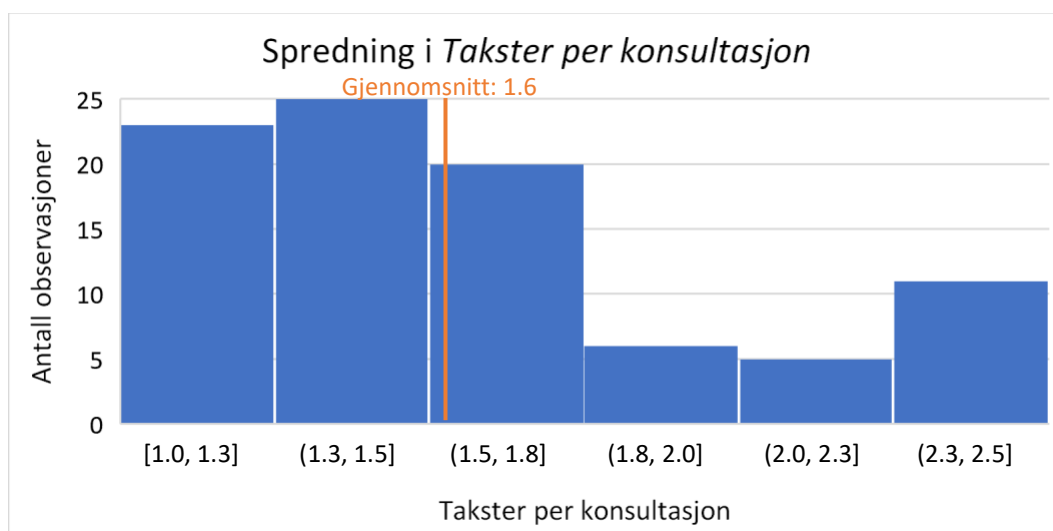
*Figur A7: Histogram av spredning i Honorar per konsultasjon*



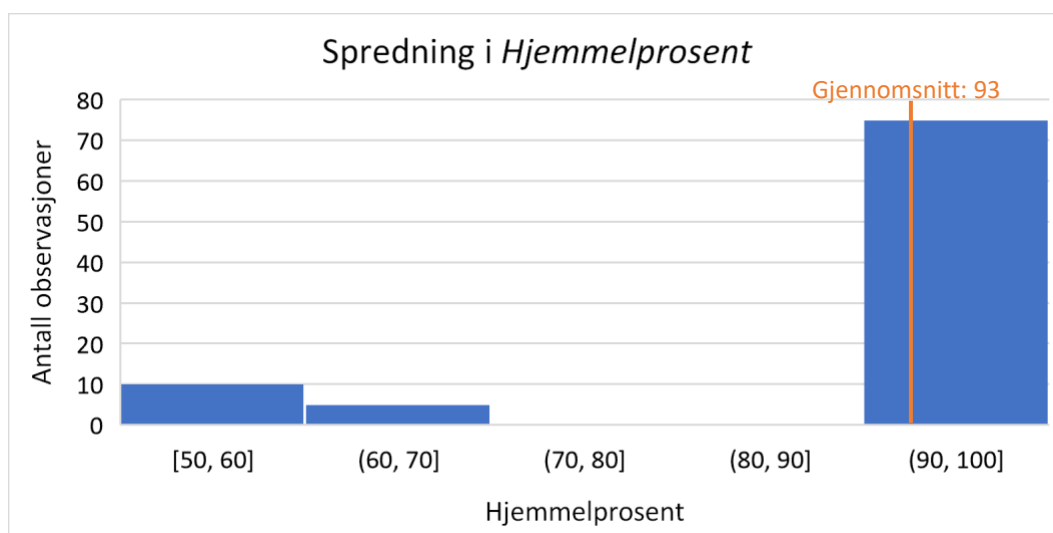
*Figur A8: Histogram av spredning i Alder praksis*



*Figur A9: Histogram av spredning i Antall konsultasjoner*



*Figur A10: Histogram av spredning i Takster per konsultasjon*



*Figur A11: Histogram av spredning i Hjemmelprosent*