



# Lønnsomhet i private tannklinikker

*En kvalitativ og kvantitativ studie*

**Ane Ingrid Solberg Aakvåg og Susanne Haugstvedt**

**Veileder: Kirsten Foss**

Masterutredning, økonomi og administrasjon

Hovedprofil: 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 inntår for de metoder som er anvendt, resultater som er fremkommet eller konklusjoner som er trukket i arbeidet.

## Sammendrag

Formålet med denne utredningen er å belyse forhold som kan forklare lønnsomhetsnivået og lønnsomhetsvariasjoner i den norske private tannklinikkbransjen. Utredningen tar utgangspunkt i metodetriangulering, der vi kombinerer kvantitativ- og kvalitativ analyse for å besvare problemstillingen. Bransjens lønnsomhetsnivå er analysert ved hjelp av regnskapstall fra et utvalg på 114 private tannklinikker i perioden 2018 – 2020. Daglige ledere fra seks av klinikkene i utvalget har videre blitt intervjuet for å tilføye utredningen ytterligere innsikt i forhold som kan forklare lønnsomheten og lønnsomhetsvariasjonene vi observerer.

Vårt overordnede funn er at lønnsomheten i den norske tannklinikkbransjen er god. Dette fremkommer av regnskapsanalysen, som viser en gjennomsnittlig driftsmargin på 10%, samt en gjennomsnittlig totalkapitalrentabilitet på 25%. Begge disse nøkkeltallene har holdt seg stabile i analyseperioden, og er høyere for tannklinikkene sammenlignet med andre bransjer. Vi finner at disse resultatene kan forklares ved at store deler av verdiskapingen i markedet, kapres av tannklinikkene på bekostning av pasientene og leverandørene. Årsaken er at markedet preges av flere former for markedssvikt som svekker konkurransen mellom tannklinikkene.

Videre fremkommer det av resultatene at vi undersøker en bransje med betydelige lønnsomhetsvariasjoner. Vi har vurdert hvordan ulike kostnadsdrivere kan bidra til å forklare disse variasjonene. Blant våre viktigste funn fremkommer det at kjedeklinikker har bedre forutsetninger for stordriftsfordeler enn frittstående klinikker, og at valg av kompleksitet i behandlingstilbudet også har innvirkning på lønnsomheten. Videre finner vi at erfaring er fordelaktig for kundenes lojalitet, samt at kostnader med tiden kan reduseres gjennom læring.

Avslutningsvis indikerer våre funn at den fremtidige lønnsomheten i den private tannklinikkbransjen er truet. Hovedforklaringen ligger i at bedre tannhelse blant befolkningen kan redusere behandlingsbehovet, samtidig som et overskudd av tannleger kan påvirke konkurransen mellom klinikkene. Videre vil utfallet av en ny tannhelsereform ha innvirkning på flere forhold som kan påvirke lønnsomheten i bransjen. En ny tannhelsereform er et mye omdiskutert tema, og det vil være spennende å følge med på hvordan dette vil påvirke den private tannklinikkbransjen fremover.

## Forord

Denne masterutredningen er gjennomført som en del av vår mastergrad i økonomi og administrasjon ved Norges Handelshøyskole. Utredningen er skrevet høsten 2021, og utgjør 30 studiepoeng av vår hovedprofil i økonomisk styring.

Masterutredningen har gitt oss muligheten til å anvende teoretisk og praktisk kunnskap vi har opparbeidet oss gjennom studietiden, ved å studere et dagsaktuelt tema. Ved å undersøke lønnsomhetsnivået og faktorer som bidrar til lønnsomhetsvariasjoner i den private tannklinikkbransjen, har vi studert tannhelsetjenesten på en måte som ikke er blitt gjort tidligere. Vi ønsker med denne utredningen å øke bevisstheten rundt lønnsomhetsnivået i tannklinikkbransjen, samt øke tannklinikker sin forståelse rundt hva som driver lønnsomheten i en klinikk.

Vi vil rette en stor takk til alle som har bidratt med verdifull informasjon om tannklinikkbransjen. Intervjuobjektene har delt sine erfaringer, kunnskap og entusiasme for faget, og uten de hadde det ikke vært mulig å skrive denne utredningen. Familie og venner fortjener også en stor takk, da de har bidratt med korrekturlesing.

Til slutt ønsker vi å takke vår veileder, Kirsten Foss. Gode og konstruktive tilbakemeldinger underveis i prosessen har styrket kvaliteten på utredningen.

Norges Handelshøyskole

Bergen, 20. desember 2021

---

Ane Ingrid Solberg Aakvåg

---

Susanne Haugstvedt

---

## Figuroversikt

Figur 1: Porters femfaktormodell (Porter, 1987). .....	8
Figur 2: Lønnsomhetstreet (Lien et al., 2016). .....	12
Figur 3: Prisforskjeller på undersøkelse (Solberg, 2013). .....	35
Figur 4: Stobachoff-kurven .....	47
Figur 5: Utvikling i gjennomsnittlig omsetning .....	48
Figur 6: Lorenz-kurven .....	49
Figur 7: Utvikling i driftsmargin .....	50
Figur 8: Utvikling i total kapitalrentabilitet .....	51
Figur 9: Omsetning per tannlege .....	60
Figur 10: Antall pasienter per tannlege .....	60
Figur 11: Grad av bredde- og dybdekompleksitet for utvalget .....	64
Figur 12: Antall år i drift for utvalget .....	67
Figur 13: Framskrivning av antall eldre (65+ år) (Gleditsch, 2020). .....	78

---

## Tabelloversikt

Tabell 1: Porter og Rileys kostnadsdrivere (Porter, 1992) og (Shank, 1989).....	14
Tabell 2: Oversikt over intervjuobjekter .....	22
Tabell 3: Oppsummering av konkurransekraftene .....	41
Tabell 4: Analyse med absolutte tall .....	46
Tabell 5: Common size-analyse .....	46
Tabell 6: Utvalg.....	57
Tabell 7: Analyse av utvalget.....	58

---

# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>II</b>
<b>FORORD</b> .....	<b>III</b>
<b>FIGUROVERSIKT</b> .....	<b>IV</b>
<b>TABELLOVERSIKT</b> .....	<b>V</b>
<b>INNHALDSFORTEGNELSE</b> .....	<b>VI</b>
<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN .....	1
1.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLING .....	2
1.3 OMFANG OG AVGRENSNINGER .....	2
1.4 UTREDNINGENS STRUKTUR .....	3
<b>2. DEN PRIVATE TANNHELSETJENESTEN</b> .....	<b>4</b>
2.1 OFFENTLIG OG PRIVAT SEKTOR .....	4
2.2 LOVER OG REGLER I DEN PRIVATE TANNHELSETJENESTEN .....	4
2.3 ORGANISERING.....	5
<b>3. TEORI</b> .....	<b>6</b>
3.1 TEORI FOR ANALYSE AV LØNNSOMHETSNIKVÅET .....	6
3.1.1 <i>Verdikapring – Porters femfaktormodell</i> .....	7
3.1.2 <i>Begrensninger ved teorien</i> .....	10
3.1.3 <i>Asymmetrisk informasjon og troverdighetsgoder</i> .....	10
3.1.4 <i>Verdiskaping - Lønnsomhetstreet</i> .....	11
3.2 TEORI FOR ANALYSE AV LØNNSOMHETSFORSKJELLER .....	13
3.2.1 <i>Porter og Rileys kostnadsdrivere</i> .....	13
3.3 OPPSUMMERING AV TEORI.....	16
<b>4. METODE</b> .....	<b>18</b>
4.1 UTVALG .....	18
4.2 FORSKNINGSDESIGN .....	19
4.2.1 <i>Forskningstilnærming</i> .....	19
4.3 FORSKNINGSMETODE .....	20

---

4.3.1	<i>Primær- og sekundærdata</i> .....	20
4.3.2	<i>Kvalitativ og kvantitativ metode</i> .....	20
4.4	INNSAMLING AV DATA .....	21
4.4.1	<i>Kvantitativ datainnsamling</i> .....	21
4.4.2	<i>Kvalitativ datainnsamling</i> .....	22
4.5	EVALUERING AV DATAMATERIALET .....	24
4.5.1	<i>Klassifisering av data</i> .....	24
4.5.2	<i>Reliabilitet</i> .....	24
4.5.3	<i>Validitet</i> .....	26
<b>5.</b>	<b>KONKURRANSEANALYSE</b> .....	<b>29</b>
5.1	ANALYSE AV KONKURRANSEKREFTENE.....	29
5.1.1	<i>Trussel fra inntrengere</i> .....	29
5.1.2	<i>Trussel fra substitutter</i> .....	33
5.1.3	<i>Kundenes forhandlingsmakt</i> .....	35
5.1.4	<i>Leverandørens forhandlingsmakt</i> .....	39
5.1.5	<i>Intern rivalisering</i> .....	41
5.2	KONKLUSJON KONKURRANSEANALYSE.....	43
<b>6.</b>	<b>ANALYSE AV DAGENS LØNNSOMHETSNIVÅ</b> .....	<b>45</b>
6.1	SENTRALE POSTER I RESULTATREGNSKAPET .....	45
6.1.1	<i>Analyse av absolute tall</i> .....	46
6.1.2	<i>Common size-analyse</i> .....	46
6.2	NØKKELTALLANALYSE .....	50
6.2.1	<i>Driftsmargin</i> .....	50
6.2.2	<i>Totalkapitalrentabilitet</i> .....	51
6.3	KORONAPANDEMIENS EFFEKT PÅ DAGENS LØNNSOMHETSNIVÅ.....	52
6.4	KONKLUSJON DAGENS LØNNSOMHETSNIVÅ .....	55
<b>7.</b>	<b>ANALYSE AV LØNNSOMHETS Variasjoner</b> .....	<b>57</b>
7.1	ANALYSENS UTVALG .....	57
7.2	KAPASITETSUTNYTTELSE.....	59

---

7.3	STORDRIFTSFORDELER .....	62
7.4	KOMPLEKSITET .....	63
7.5	ERFARING.....	66
7.6	TEKNOLOGI .....	69
7.7	INNTEKTER.....	70
7.8	KONKLUSJON LØNNSOMHETSVARIASJONER .....	74
<b>8.</b>	<b>ANALYSE AV FREMTIDIG LØNNSOMHET .....</b>	<b>76</b>
8.1	ENDRING I VERDISKAPING .....	76
8.1.1	<i>Endring i kundenes reservasjonspris .....</i>	<i>76</i>
8.1.2	<i>Endring i leverandørenes reservasjonspris.....</i>	<i>77</i>
8.1.3	<i>Endring i markedets størrelse .....</i>	<i>77</i>
8.2	ENDRING I VERDIKAPRING.....	82
8.2.1	<i>Endring i trussel fra substitutter .....</i>	<i>82</i>
8.2.2	<i>Endring i kundenes forhandlingsmakt.....</i>	<i>82</i>
8.3	KONKLUSJON FREMTIDIG LØNNSOMHETSnivå .....	84
<b>9.</b>	<b>KONKLUSJON .....</b>	<b>86</b>
9.1	SVAR PÅ FORSKNINGSSPØRSMÅLENE.....	86
9.2	FORSLAG TIL VIDERE STUDIER.....	88
<b>10.</b>	<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>90</b>
	<b>VEDLEGG.....</b>	<b>96</b>



# 1. Innledning

Det første kapittelet har til hensikt å gjøre rede for utredningens bakgrunn, valgt problemstilling, samt omfang og avgrensninger. Utredningens struktur presenteres også til slutt.

## 1.1 Bakgrunn

Tannhelsetjenesten omfatter hele den norske befolkning, og ifølge Levekårsundersøkelsen gjennomført av Statistisk sentralbyrå (heretter SSB) i 2019, har 76 % av befolkningen vært hos tannlegen i løpet av det siste året. Til tross for den høye andelen som drar til tannlegen, fremkommer det av undersøkelsen at 17% sier det har hendt de har unngått å gjennomføre en tannbehandling de har hatt behov for, eller bare gjennomført deler av den, fordi det er for dyrt (Lunde & Ramm, 2021). Den norske tannhelsetjenesten er ikke organisert på samme måte som fastlegetjenesten, der staten finansierer mye av behandlingen og pasienten kun betaler en egenandel. For voksne som ønsker å dra til tannlegen, er hovedregelen at en må betale full pris fra egen lommebok (Den norske tannlegeforening, 2021). Dette, i kombinasjon med fri prissetting, har skapt mye debatt og medieoppmerksomhet de siste årene. Kritikken rettes både mot de svært høye prisene i bransjen, samt hvorfor tannhelse ikke behandles på lik linje med resten av kroppen.

Med dette oppstod vår interesse for å undersøke den private tannhelsetjenesten nærmere. Etersom tannlegene fritt kan velge priser, har vi oppdaget at det er svært store variasjoner i pris mellom klinikkene. En enkel fylling kan koste alt mellom 300 kr hos en klinikk, til 1600 kr hos en annen (Risberg, 2013). Disse priskjellene har gitt oss en oppfatning av lønnsomheten i bransjen. For det første, kan det indikere at priskonkurransen i markedet svikter. For det andre, tyder det på lønnsomhetsforskjeller mellom klinikkene. Dette er forhold vi ønsker å undersøke nærmere.

Tidligere forskning finner at markedene for helsetjenester er utsatt for flere former for markedssvikt (Dranove & Satterthwaite, 2000). Det er dermed interessant å undersøke hvorvidt dette også er tilfellet for norske private tannklinikker. I så fall vil det bety at de samfunnsøkonomiske ressursene ikke benyttes optimalt, og at det norske samfunn lider et effektivitetstap. Med den pågående debatten i Norge omkring dagens tannhelseordning, mener

vi det er nyttig å øke innsikten rundt den private tannklinikkbransjens økonomiske tilstand. Ved å også identifisere forhold som kan forklare lønnsomhetsforskjeller mellom klinikkene, kan utredningen være til hjelp for å øke tannklinikker sin bevissthet rundt hva som driver lønnsomheten i en tannklinikk.

## 1.2 Formål og problemstilling

Med utgangspunkt i utredningens formål vil vi gjennomføre en lønnsomhetsanalyse. En lønnsomhetsanalyse har til hensikt å undersøke lønnsomhetsnivået i en bransje, samt forklare årsaker til lønnsomhetsvariasjoner mellom aktørene. Denne masterutredningen vil derfor ta for seg følgende problemstilling:

***Hva kan forklare lønnsomhetsnivået og lønnsomhetsvariasjoner i den norske private tannklinikkbransjen?***

For å besvare problemstillingen har vi utarbeidet fire forskningsspørsmål:

1. *Hva karakteriserer konkurransesituasjonen til norske private tannklinikker?*
2. *Hvordan er lønnsomhetsnivået til norske private tannklinikker i dag?*
3. *Hvilke faktorer kan bidra til å forklare eventuelle lønnsomhetsvariasjoner mellom norske private tannklinikker?*
4. *Hvilke faktorer kan ha en innvirkning på det fremtidige lønnsomhetsnivået til norske private tannklinikker?*

## 1.3 Omfang og avgrensninger

I denne utredningen er bransjen avgrenset til norske private tannklinikker. Den offentlige tannhelsetjenesten er ekskludert da offentlige klinikker er regulert av staten, og i hovedsak tilbyr gratis eller delvis dekket tannbehandling til barn, ungdom og andre prioriterte grupper. Kriteriene for vårt utvalg er at utvalget skal omfatte klinikker organisert som både gruppepraksiser og enkeltmannspraksiser, kjedeklinikker og frittstående klinikker, klinikker med ulik lokalisering, og klinikker med ulik grad av spesialisering. Disse kriteriene er satt for å få et best mulig bilde av lønnsomheten i den private tannklinikkbransjen. I tillegg vil det også gjøre det mulig å identifisere faktorer som kan forklare forskjeller i lønnsomhet basert på hvordan klinikkene er organisert.

Videre er studien avgrenset til perioden 2018 – 2020, og derfor stilles det krav til at klinikkene inkludert i analysen har tilgjengelig årsregnskap for disse årene. Regnskapstall for 2021 er ikke inkludert, da årsregnskapet for inneværende år enda ikke er avsluttet. Totalt er det innhentet regnskapstall fra et utvalg på 114 private tannklinikker som oppfyller de ovennevnte kriterier.

## 1.4 Utredningens struktur

Utredningen består av ni kapitler. Kapittel 1 til 4 danner grunnlaget for den videre analysen, og inkluderer en beskrivelse av utredningens problemstilling, den private tannhelsetjenesten, teorigrunnlaget og valgt metode. Kapittel 5 til 8 utgjør selve analysen, hvor hvert kapittel tar for seg hvert av forskningsspørsmålene. Til slutt inneholder kapittel 9 en konklusjon av hvert forskningsspørsmål, og derav den overordnede problemstillingen.

## 2. Den private tannhelsetjenesten

Dette kapittelet har til hensikt å gi overordnet kunnskap om den private tannhelsetjenesten i Norge. I det følgende vil vi først skille mellom hvem som omfattes av den private og den offentlige tannhelsetjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten er inkludert for å gi en bedre forståelse av den private. Videre presenteres sentrale lover og regler som er relevante for vår utredning, samt ulike organisasjonsformer for de private tannklinikene.

### 2.1 Offentlig og privat sektor

Tannhelsetjenesten i Norge består av en privat og en offentlig sektor. Den offentlige sektoren yter tannhelsetjenester til deler av befolkningen etter lov om tannhelsetjenesten, mens den private sektoren tilbyr tannhelsetjenester til den øvrige delen av befolkningen. Dette innebærer at enkelte grupper har krav på helt eller delvis gratis tannbehandling. Disse gruppene utgjør: barn mellom 0 – 18 år, ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret, psykisk utviklingshemmede, flyktninger og asylsøkere på statlige mottak, innsatte i fengsel, rusmisbrukere, samt grupper av eldre, langtidssyke og uføre (Den norske tannlegeforening, 2021).

Voksne som ikke faller inn under disse gruppene skal oppsøke behandling i privat sektor, noe som medfører at de i hovedsak må betale alle utgiftene selv (Den norske tannlegeforening, 2021). I enkelte tilfeller har imidlertid voksne krav på å få refundert deler av behandlingsutgiftene gjennom folketrygden. Eksempler på slike tilfeller er: svulster i munnhulen, tannskader ved godkjent yrkesskade og sykdommer og anomalier i munn og kjeve (Helse Norge, 2021). Tall fra SSB (2021a) viser at tannhelserefusjonen gjennom folketrygden for voksne i 2019 og 2020 lå på henholdsvis 13,5% og 12,9%. Dette støttes av data innhentet fra våre intervjuobjekter, hvor refusjoner i gjennomsnitt utgjør 10% av total omsetning. Med andre ord representerer refusjon en liten andel av inntekten for private tannklinikker, hvilket betyr at majoriteten av den voksne befolkningen må finansiere tannbehandlingen på egenhånd.

### 2.2 Lover og regler i den private tannhelsetjenesten

#### *Fri etablering og fri prisfastsettelse*

I den private tannklinikbransjen er det fri etablering, som innebærer at tannleger fritt kan

---

starte opp en egen klinikk (Lunder, Ellingsæter, & Ellingsen, 2004). I tillegg til dette, gjelder også fri prissetting. Tidligere opererte staten med en veiledende tariff for tannbehandling, men denne loven ble avvirket i 1995 og erstattet med fri prisfastsettelse (Lunder et al., 2004). En konsekvens av fri prisfastsettelse har vært store variasjoner i pris, noe som diskuteres i analysen. Fri prisfastsettelse kombinert med fri etablering, har til hensikt å tilrettelegge for et markedsstyrt tannhelsetjenestetilbud. Et sentralt spørsmål tilknyttet denne dereguleringen har vært i hvilken grad den frie konkurransen virker, og om honorarnivåene kan oppfattes som rimelige (Grytten, Skau, & Holst, 2007).

### ***Prisopplysningsplikt***

Fra 2013 har den generelle prisopplysningsforskriften for varer og tjenester også vært gjeldende for private tannhelsetjenester. I henhold til prisopplysningsforskriften (2012, §10) skal fullstendige priser på tjenester som tilbys være opplyst, samt at prisen skal dekke alle materialer og ytelser som inngår i tjenesten, dersom ikke annet er opplyst. Videre skal det informeres om hvordan prisen på tjenesten er beregnet dersom det ikke er praktisk mulig å oppgi prisen, og betalingsbetingelser skal informeres om før det inngås en avtale med kunden.

## **2.3 Organisering**

En tannlegepraksis kan både være organisert som en enkeltmannspraksis, eller ved at flere tannleger inngår samarbeid, omtalt som en gruppepraksis. Tradisjonelt sett har flesteparten av de private tannklinikkene vært organisert som enkeltmannspraksiser, men med tiden har det vært en utvikling mot flere gruppepraksiser. Det faktum at tannhelsetjenesten i dag styres av fri etablering og fri prissetting, kan ha bidratt til fremveksten av større praksisenheter. Fremveksten kan skyldes muligheten for økt lønnsomhet i form av stordriftsfordeler for større praksiser, samt et ønske fra pasienter om å ha tannleger og spesialister på samme sted (Grytten et al., 2007).

Videre kan en tannlegepraksis enten organiseres som en frittstående praksis, eller inngå i en kjede. I 2017 var andelen tannleger som arbeider i kjeder på under 8 %, men likevel økende (Aksnes, 2017). Ifølge Steinum (2017), ser vi en utvikling mot flere og større kjeder i privat sektor. Dette bekreftes også av Urdal referert av Dyvi (2004), som sier at stordrift lønner seg og at vi trolig kommer til å se et skifte mot flere kjeder fremover.

### 3. Teori

Formålet med dette kapitlet, er å gjøre rede for utredningens teoretiske rammeverk som danner grunnlaget for lønnsomhetsanalysen. For å besvare forskningsspørsmål 1 vil vi benytte oss av Porters femfaktormodell. Denne modellen gir oss grunnlag for å analysere konkurransesituasjonen og derav lønnsomhetspotensialet i tannklinikkbransjen. For å få en mer helhetlig forståelse av konkurransesituasjonen, supplerer vi også med en redegjørelse av asymmetrisk informasjon og troverdighetsgoder. Deretter følger en presentasjon av lønnsomhetstreet utviklet av Lien og Jacobsen, som vil benyttes i forskningsspørsmål 4 når vi skal studere bransjens fremtidige lønnsomhetsnivå.

Avslutningsvis presenteres Porter og Riley sine teorier om kostnadsdrivere, som benyttes for å besvare forskningsspørsmål 3 tilknyttet hvilke faktorer som kan forklare lønnsomhetsvariasjoner innad i bransjen. I det følgende vil vi forklare hvorfor vi har valgt disse teoriene, hvordan de kan hjelpe oss med å besvare problemstillingen og de tilhørende forskningsspørsmålene, samt presentere de delene av teoriene som er relevant for å analysere tannklinikkbransjen.

#### 3.1 Teori for analyse av lønnsomhetsnivået

Vårt første forskningsspørsmål har til hensikt å undersøke i den private tannklinikkbransjen, for å få en forståelse av markedets lønnsomhetspotensial. En vurdering av konkurransesituasjonen vil være av interesse da det som nevnt innledningsvis, er store prisforskjeller i bransjen, noe som indikerer at konkurransen i markedet svikter. Videre ønsker vi å se på endringer som kan påvirke lønnsomhetspotensialet i fremtiden, for å besvare forskningsspørsmål 4. For å analysere lønnsomhetspotensialet i dag og i fremtiden, er begrepene verdiskaping og verdikapring essensielle. Dette innebærer å forstå hvor store økonomiske verdier som skapes av aktørene i markedet, og hvordan disse verdiene fordeles mellom kunder, aktører og leverandører.

Porters femfaktormodell forutsetter at verdien i markedet allerede er skapt. Modellen gir dermed grunnlag for å gå i dybden på verdikapringspotensialet i bransjen. Siden modellen har til hensikt å beskrive tilstander, anser vi den som hensiktsmessig å benytte når vi skal vurdere lønnsomhetspotensialet i tannklinikkbransjen i analysen av forskningsspørsmål 1.

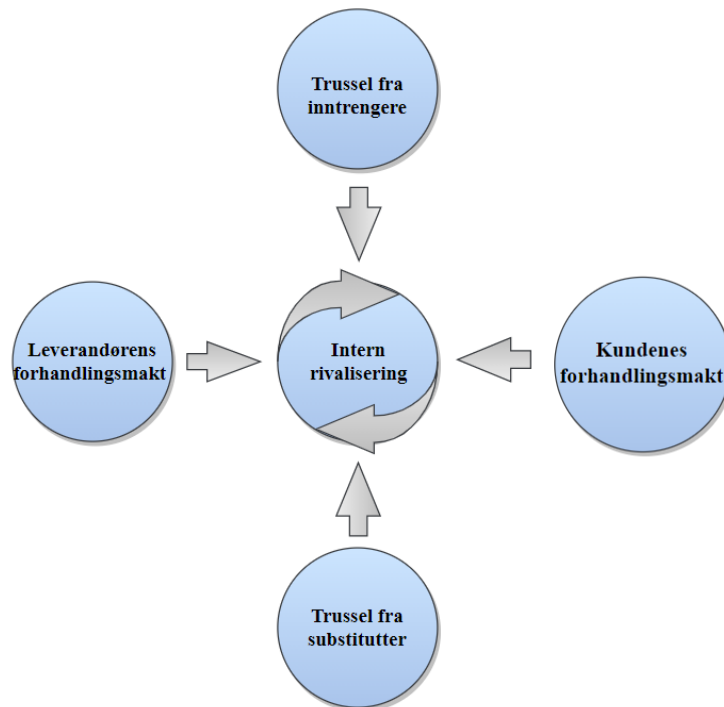
---

Lønnsomhetstreet derimot, ser på endringer i både verdikapring og verdiskaping. Da dette er en endringsmodell, vil lønnsomhetstreet være hensiktsmessig å bruke når bransjens fremtidige lønnsomhet skal undersøkes i analysen av forskningsspørsmål 4.

### 3.1.1 Verdikapring – Porters femfaktormodell

For å analysere hvordan verdiskapingen i markedet fordeles mellom tannklinikkerne, pasientene og leverandørene, har vi valgt å bruke Porters femfaktormodell. Modellen er et av de mest anerkjente verktøyene innen konkurranseanalyse, og kan bidra til å forklare hvorfor lønnsomheten i tannklinikkbansjen er som den er. Femfaktormodellen bygger på samlet og systematisert forskning fra næringsøkonomi, hvor perspektivet er samfunnsøkonomisk. Idealøkonomien er et perfekt marked der den totale verdiskapingen maksimeres, og forhold som reduserer konkurransen vil føre til et verdiskapingstap for samfunnet. Dermed undersøker modellen hvilke mekanismer som kan føre et marked bort fra konkurranseforhold og videre skape et høyt lønnsomhetsnivå (Porter, 1987). Av den grunn gir modellen oss grunnlag for å studere om den private tannklinikkbansjen avviker fra frikonkurranse slik at det skapes god lønnsomhet, hvilket innebærer at de samfunnsøkonomiske ressursene ikke benyttes optimalt. Femfaktormodellen vil presenteres i neste avsnitt, og følge Porter (1987) sin redegjørelse av rammeverket om ikke annet er nevnt.

Porters teori undersøker hvordan grunnleggende forhold ved strukturen i bransjen påvirker konkurranseintensiteten og derav lønnsomheten. Modellen forklarer at det er styrken til fem konkurransekrefter som avgjør graden av konkurranse i en bransje, og derav hvor god lønnsomhet en kan forvente. Dersom disse konkurransekreftene er svake, utnyttes ikke konkurransen optimalt og det vil være rom for betydelig avkastning. De fem konkurransekreftene er: *trussel fra inntrengere*, *trussel fra substitutter*, *kundenes forhandlingsmakt*, *leverandørenes forhandlingsmakt* og *intern rivalisering*. Modellen impliserer dermed at konkurransen i markedet strekker seg forbi aktørene innad i bransjen. Med andre ord er både kunder, leverandører, substitutter og potensielle nykommere alle konkurrenter. De fem kreftene er illustrert i figur 1.



Figur 1: Porters femfaktormodell (Porter, 1987).

Som figuren viser, vil fire av kreftene påvirke den femte, og derav er det den samlede styrken til de fem kreftene som bestemmer hvor sterk konkurransen vil være, og videre hvor god lønnsomhet som kan forventes i bransjen.

### ***Trussel fra inntrengere***

Nye aktører i bransjen kan øke konkurranseintensiteten, og dermed påvirke den interne rivaliseringen og markedets lønnsomhet. Hvorvidt inntrengere vil utgjøre en trussel eller ikke, vil avhenge av om det er etableringsbarrierer til stede i bransjen. Porter peker på flere årsaker til at etableringsbarrierer oppstår. I det følgende har vi imidlertid valgt å kun presentere de etableringsbarrierene vi mener er relevante for tannklinikkbransjen.

En første årsak til etableringsbarrierer er *stordriftsfordeler*. Stordriftsfordeler kan redusere trusselen fra nye inntrengere, da inntrengeren tvinges til å satse stort fra start. Vi kan finne stordriftsfordeler i nesten alle funksjoner i en bedrift, hvorav innkjøp er en av dem. Enheter innenfor en bedrift, kan også oppnå besparelser i form av stordriftsfordeler dersom de har visse operasjoner eller funksjoner felles med andre enheter. En annen årsak til etableringsbarrierer er *produkt differensiering*. Produkt differensiering vil si at de etablerte virksomhetene i en bransje har innarbeidet sine merkevarer og fått en trofast kjøpergruppe. Når differensiering oppnås, blir tjenester mindre homogene sett fra kundenes perspektiv. På den måten kan



---

produkt differensiering gjøre det mer krevende for potensielle nykommere å kapre kunder fra eksisterende aktører.

Videre er også *kapitalbehov* en årsak til etableringsbarrierer. Enkelte bransjer krever store investeringer for å drive en virksomhet, og derfor vil nykommere være avhengig av kapital for å bli konkurransedyktige. En siste årsak til etableringsbarrierer er *byttekostnader*. Byttekostnader defineres som engangskostnader som må bæres av kunden dersom en bytter fra en aktør annen. Dette kan eksempelvis omfatte psykologiske kostnader i forbindelse med tilknytning til nåværende aktør, eller søkekostnader i forbindelse med å bytte aktør. Er slike byttekostnader høye for kunden må nyetablerte tilby en betydelig bedre tjeneste, eller en vesentlig kostnadsbesparelse, for at kunden skal være villig til å bytte aktør.

### ***Trussel fra substitutter***

Et substitutt defineres som en tjeneste som dekker et tilsvarende behov hos kunden. Slike konkurrerende tjenester legger et tak på hvilke priser det lønner seg for aktørene i bransjen å sette, og begrenser dermed den potensielle lønnsomheten. Jo mer fristende substituttene er for kundene med hensyn på pris og ytelse, desto lavere lønnsomhetspotensial er det i bransjen.

### ***Kundenes forhandlingsmakt***

Kundene ønsker å bruke sin makt til å presse prisene nedover, oppnå høyere kvalitet og bedre service, samt spille aktører opp mot hverandre. Jo høyere forhandlingsmakten til kundene er, desto høyere blir den interne rivaliseringen og følgelig presset på lønnsomheten i bransjen. Ifølge Porter har kundene høy forhandlingsmakt blant annet dersom bransjen har relativt få og store kunder, tjenestene er lite differensierte eller om byttekostnadene er lave.

### ***Leverandørenes forhandlingsmakt***

Leverandørene kan, i likhet med kundene, bruke sin makt over aktørene i en bransje på flere måter. De kan blant annet øke prisene eller redusere kvaliteten på tjenestene som kjøpes, og dermed presse overskuddet ned i bransjer som ikke mestrer å håndtere kostnadsøkninger. Leverandører har blant annet stor makt i tilfeller hvor de domineres av få aktører, de slipper å konkurrere med substitutter om salg i bransjen, bransjen er ingen viktig kunde for leverandørene og leverandørenes produkter er en sentral del av kjøpernes drift.

### ***Intern rivalisering***

Styrken til de fire ovennevnte konkurransekraftene virker inn på den interne rivaliseringen. Intern rivalisering omhandler konkurransen mellom de eksisterende aktørene i bransjen. Jo

sterkere konkurransen er, desto mer press er lønnsomheten utsatt for. Slikt press kan for eksempel oppstå som følge av priskonkurranse, hvor aktørene presser prisene ned mot frikonkurranseavkastningen i bransjen. Dersom det er store prisforskjeller blant aktørene i bransjen, kan dette tale for at konkurransen ikke er perfekt. Videre kan et høyt antall aktører øke konkurranseintensiteten, men dersom ulike former for markedssvikt er til stede, vil konkurranseintensiteten svekkes og tilrettelegge for et lønnsomhetspotensial.

### **3.1.2 Begrensninger ved teorien**

Til tross for at Porters femfaktormodell er et anerkjent verktøy for konkurranseanalyse, har modellen visse begrensninger. Et forhold som også har innvirkning på kundenes forhandlingsmakt, men som Porter ikke vektlegger i sin modell, er tilstedeværelsen av asymmetrisk informasjon mellom kjøper og selger. Tidligere forskning finner at markeder for helsetjenester kjennetegnes av denne formen for markedssvikt (Dranove & Satterthwaite, 2000). Derfor ønsker vi å supplere med teori på dette feltet, for å få en mer helhetlig forståelse av kundenes forhandlingsmakt.

Videre er en antakelse i modellen at det allerede er skapt verdi i bransjen, og følgelig er fokuset kun på verdikaping (Lien, Knudsen, & Baardsen, 2016). Av den grunn utelater modellen at graden av verdiskaping også kan påvirke markedets lønnsomhetspotensial, hvilket anses som en svakhet. Med utgangspunkt i dette, vil vi utvide rammeverket ved å presentere lønnsomhetstreet, som også fokuserer på verdiskaping. Lønnsomhetstreet er imidlertid en endringsmodell, og vil derfor benyttes når vi analyserer det fremtidige lønnsomhetspotensialet i forskningsspørsmål 4. Basert på disse to begrensningene, vil vi i det følgende gjøre rede for asymmetrisk informasjon og troverdighetsgoder, samt presentere lønnsomhetstreet.

### **3.1.3 Asymmetrisk informasjon og troverdighetsgoder**

Asymmetrisk informasjon er en situasjon der informasjonsfordelingen er skjev mellom kjøper og selger. Ifølge Phelps (2000) er ikke informasjon kostnadsfri, verken når den produseres, spres eller anskaffes. For konsumenter vil kostnaden ved å fremskaffe informasjon om pris og kvalitet fra ulike aktører avhenge av flere faktorer: tidskostnader, preferanser, erfaring og forståelsen av markedet (Salop, 1976). Slike kostnader vedrørende å fremskaffe informasjon kan omtales som søkekostnader, og merkes spesielt godt i markedene for helsetjenester (Rodríguez, 2006). I helsesektoren kan prisen på en tjeneste variere mye innenfor samme geografiske område, hvilket vanligvis skyldes lite søking fra konsumentenes side, eller for

---

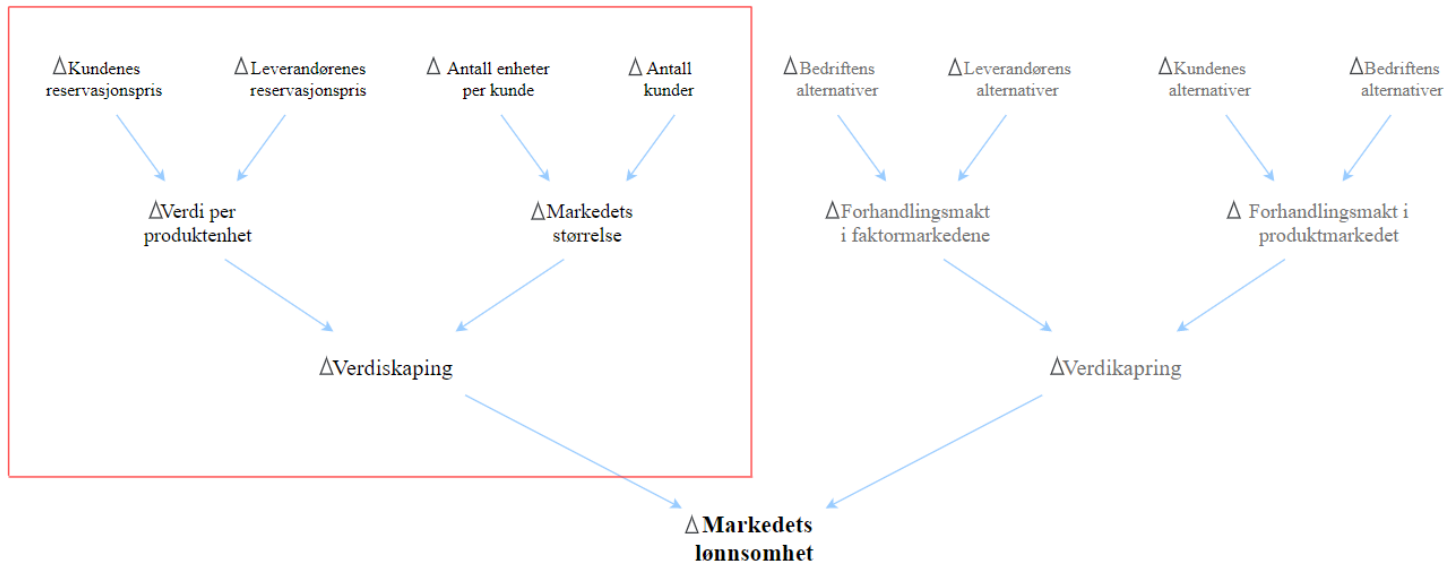
høye søkekostnader (Phelps, 2000). Dersom det er krevende å oppdage tilbydernes priser, kan kundene få lavere insentiver til å gjøre nødvendig søk om prisen hos andre aktører, og heller foretrekke å være lojal mot sin nåværende tilbyder av tjenesten. Derfor har selgerne mulighet til å utnytte kunden ved å tilby høyere priser de ellers ikke kunne tilbudt om kunden hadde perfekt informasjon. På den måten kan asymmetrisk informasjon bidra til at priskonkurransen mellom tilbyderne svikter, og følgelig medføre imperfekt konkurranse i markedet.

Søkekostnader kan også oppstå i forbindelse med vurderingen av tjenestens kvalitet. En måte å skille ulike tjenester fra hverandre på, er hvorvidt kvaliteten kan bli konstatert av konsumenten før, under eller etter konsumet. Et troverdighetsgode innebærer at det er kostbart å vurdere kvaliteten før, men også etter, at godet er konsumert. Med andre ord vil vurderingen av kvaliteten kreve ytterligere informasjonsinnhenting som er kostbar for kunden (Darby & Karni, 1973). Dersom kundene har funnet en aktør som tilfredsstillere deres behov, har de høyere insentiver til å være lojale, da det foreligger en risiko forbundet ved å bytte aktør siden de ikke har mulighet til å vurdere kvaliteten.

### **3.1.4 Verdiskaping - Lønnsomhetstreet**

Som nevnt, er også verdiskapingen i et marked viktig for å forstå konkurransesituasjonen. Da Porters femfaktormodell utelukkende fokuserer på verdikaping, ble lønnsomhetstreet utviklet av Lien og Jacobsen for å gi et mer fullverdig bilde av lønnsomhetspotensialet (Lien et al., 2016). Lønnsomhetstreet tar for seg hvordan endringer i markedets lønnsomhet påvirkes av endring i verdikaping eller endring i verdiskaping (Lien et al., 2016). Dermed anser vi dette som et nyttig analyseverktøy for å analysere hvordan mulige endringer kan påvirke det fremtidige lønnsomhetspotensialet i den private tannklinikkbransjen. Den videre presentasjonen vil følge beskrivelsen til Lien et al. (2016), om ikke annet er spesifisert.

Som vist i figur 2, fremstilles modellen som et tre med grener som utgjør endringer i ulike faktorer. Grenene konvergerer og ender opp i roten av treet, som reflekterer markedets totale lønnsomhet. Hovedgrenene illustrerer endring i verdiskaping og verdikaping, som igjen blir påvirket av endringer i andre faktorer. Etersom verdikapingsdelen er belyst gjennom Porters femfaktormodell, vil vi kun gjøre rede for den delen av lønnsomhetstreet som bidrar til endring i verdiskaping.



Figur 2: Lønnsomhetstreet (Lien et al., 2016).

### ***Verdiskaping i et marked***

Den totale verdiskapingen i et marked kan uttrykkes som verdi per produktenhet, multiplisert med markedets størrelse. Videre bestemmes verdi per produktenhet av differansen mellom kundenes reservasjonspris og leverandørens reservasjonspris. Markedets størrelse kan brytes ned til antall kunder i markedet multiplisert med antall enheter hver av kundene kjøper. Enhver endring i disse faktorene vil endre den totale verdiskapingen i markedet.

### ***Endring i kundenes reservasjonspris***

Kundenes reservasjonspris defineres som en øvre grense for hva kunden er villig til å betale for en tjeneste. Dersom kundenes betalingsvilje øker, innebærer det en økning i verdiskapingen i markedet, alt annet like. Tilsvarende vil redusert betalingsvilje hos kunden føre til redusert verdiskaping.

### ***Endring i leverandørens reservasjonspris***

Leverandørens reservasjonspris tilsvarer den laveste prisen leverandøren er villig å selge til. Dersom leverandørens reservasjonspris faller, innebærer det en økning i verdiskapingen, og motsatt dersom reservasjonsprisen øker. En årsak til endring i leverandørens reservasjonspris, skyldes bedre eller dårligere muligheter utenfor markedet.

### ***Endring i markedets størrelse***

Verdiskapingen vil også endres dersom markedets størrelse endres. Størrelsen på markedet kan øke eller minke enten ved at antall kunder endrer seg, eller antall enheter kjøpt per kunde

---

endrer seg. En reduksjon i antall kunder vil redusere verdiskapingen, og tilsvarende dersom antall enheter per kunde reduseres.

## 3.2 Teori for analyse av lønnsomhetsforskjeller

Til nå har vi gjennomgått teori som skal benyttes til å besvare forskningsspørsmål 1 og 4, tilknyttet dagens konkurransesituasjon og fremtidig lønnsomhetsnivå i tannklinikkbansjen. Det faktum at bransjen preges av store prisforskjeller, taler for at lønnsomheten varierer fra klinikk til klinikk. For å besvare forskningsspørsmål 3 vedrørende hvilke faktorer som kan forklare eventuelle lønnsomhetsvariasjoner innad i bransjen, har vi valgt å bruke Porter og Riley sine teorier om kostnadsdrivere. Bakgrunnen for dette valget er at de største kostnadspostene er svært varierende innad i tannklinikkbansjen, hvilket vi vil komme tilbake til i analysen av forskningsspørsmål 2. Kostnadsnivået kan derfor være en forklaring på lønnsomhetsforskjellene, og i det følgende vil vi presentere teori om kostnadsdrivere som kan forklare hvorfor enkelte klinikker har høyere lønnsomhet enn andre.

### 3.2.1 Porter og Rileys kostnadsdrivere

Som tidligere presentert har Porters femfaktormodell til hensikt å undersøke hvordan elementer ved bransjestrukturen påvirker konkurransesituasjonen, og følgelig hvorfor lønnsomheten i bransjen er som den er. Ifølge Porter (1992) vil imidlertid enkelte aktører i en bransje være mer lønnsomme enn andre, uansett hvordan den gjennomsnittlige lønnsomheten i bransjen er. Dette forklares gjennom konkurransefortrinn, og kostnadslederskap er en grunntype av slike konkurransefortrinn. Dersom en aktør kan oppnå fullstendig kostnadslederskap, vil aktøren oppnå resultater over gjennomsnittet i bransjen (Porter, 1992).

Porter sin teori om kostnadsdrivere innebærer hvordan en aktør kan bruke innsikt fra femfaktormodellen til å bedre sitt konkurransefortrinn i bransjen. Ifølge Porter vil kostnadsposisjonen til en bedrift avhenge av hvordan de ulike aktivitetenes kostnader oppfører seg. Denne kostnadsoppførselen avhenger av en rekke strukturelle faktorer som påvirker kostnadene, omtalt som kostnadsdrivere (Porter, 1992). I likhet med femfaktormodellen, som omhandler hvordan elementer ved bransjestrukturen påvirker konkurranseforholdene, er det sentrale også her hvordan elementer ved aktivitetenes struktur påvirker kostnadene. Ved å identifisere og forstå de sentrale kostnadsdriverne, kan aktører forbedre sin kostnadsposisjon

i forhold til konkurrentene, samt undersøke hvordan de kan forbedre kostnadseffektiviteten. Kostnadsposisjonen kan derav bidra til kostnadsfortrinn og ha innvirkning på bedriftens relative lønnsomhet i forhold til konkurrentene. Porter har definert ti kostnadsdrivere i sitt rammeverk (Porter, 1992).

Vi har i tillegg valgt å inkludere Riley sitt rammeverk, da han har strukturert driverne på en mer hensiktsmessig måte, samt definert enkelte kostnadsdrivere som ikke inkluderes av Porter. Ifølge Shank (1989), er Riley sin kategorisering av kostnadsdrivere et bedre utarbeidet rammeverk enn det Porter har presentert. Riley tok utgangspunkt i Porter sitt arbeid, men fant det mer hensiktsmessig å skille mellom strukturelle og operasjonelle kostnadsdrivere. På den måten får Riley frem skillet mellom hvilke drivere som er vanskelig å påvirke og ikke. De strukturelle driverne er forklaringer på kostnadsforskjeller som er krevende å påvirke fordi de ofte er knyttet til store strategiske beslutninger. Operasjonelle kostnadsdrivere derimot, er forklaringer på kostnadsforskjeller som kan påvirkes gjennom å endre på aktiviteter, uten å måtte foreta omfattende beslutninger (Bjørnenak, 2019).

En oversikt over kostnadsdriverne til Porter og Riley er vist i tabell 1 nedenfor. I det følgende vil vi imidlertid kun presentere de kostnadsdriverne vi har funnet som relevante for å analysere lønnsomhetsforskjeller i tannklinikkbansjen. Beskrivelsen kombinerer de to teoriene, men vi har tatt utgangspunkt i Riley sin kategorisering ved å dele inn i strukturelle og operasjonelle kostnadsdrivere.

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

Tabell 1: Porter og Rileys kostnadsdrivere (Porter, 1992) og (Shank, 1989).

---

## **Strukturelle kostnadsdrivere**

### ***Stordriftsfordeler***

Ifølge Porter (1992) kan kostnadene ved en aktivitet være utsatt for stordriftsbetingende fordeler. Slike stordriftsfordeler oppstår dersom en kan drive aktiviteter annerledes eller mer rasjonelt ved et større produksjonsvolum. Stordriftsfordeler finnes i en viss utstrekning i praktisk talt alle verdiaktiviteter i en bedrift, eksempelvis gjennom felles innkjøpsavtaler og støttefunksjoner. Riley har kalt denne kostnadsdriveren for skala. Ifølge Riley innebærer denne kostnadsdriveren hvor store investeringene til produksjon, innovasjon og markedsføring er (Shank, 1989).

### ***Læring/Erfaring***

I henhold til Porter (1992) kan kostnadene ved en aktivitet med tiden reduseres gjennom læring. Læringens langsiktige innvirkning på kostnadene kan blant annet skyldes mer rasjonell utnyttelse av arbeidskraft, bedre oppsett av timeplaner eller fremgangsmåter som bedrer utnyttelsen av driftsmidlene. Læring kan ikke bare overføres innad i egen virksomhet, men også via andre kanaler som konkurrenter, tidligere ansatte eller leverandører (Porter, 1992). Denne kostnadsdriveren samsvarer med Rileys kategori *erfaring*, som viser til antall ganger en aktivitet er gjennomført i en bedrift (Shank, 1989).

### ***Teknologi***

Riley har inkludert teknologi som en driver som påvirker kostnadsposisjonen til bedrifter. Denne kostnadsdriveren handler om hvilke teknologiske prosesser hvert trinn i verdikjeden benytter (Shank, 1989). Porter har ikke inkludert denne kostnadsdriveren i sin teori.

### ***Kompleksitet***

Ifølge Riley innebærer kompleksitet hvor bredt produkt- eller tjenestemiksen tilbydd til kundene er (Shank, 1989). Porter har ikke kategorisert kompleksitet som en egen driver, men inkludert den som en del av driveren *strategiske valg*. Ifølge Porter (1992) vil kostnadene ved en aktivitet avhenge av bedriftens strategiske beslutninger, og vedrørende kompleksitet er dette valget tilknyttet for eksempel servicenivå, investeringer, teknologi og produktmik

Ifølge Bjørnenak og Nyland (2000) kan kompleksitet eksistere i ulike former, og forklare forskjeller i kostnadsnivå mellom ulike aktører. Det skilles ofte mellom breddekompleksitet og dybdekompleksitet. Dybdekompleksitet knyttes til forskjeller i ressursbehov for ulike

tjenester, mens breddekompleksitet omfatter kompleksitet i selve sammensetningen av tjenestetilbudet.

### **Operasjonelle kostnadsdrivere**

#### ***Kapasitetsutnyttelse***

Kapasitetsutnyttelse omhandler hvorvidt en virksomhet utnytter kapasiteten fullt ut, eller opererer med ledig kapasitet. I tilfeller hvor det er forbundet betydelige faste kostnader med en aktivitet, vil aktivitetens kostnad påvirkes av kapasitetsutnyttelsen. Derfor har kapasitetsutnyttelsen stor betydning, da de faste kostnadene påløper uavhengig av om utstyret i bedriften benyttes eller ikke. En bedrift sin kapasitetsutnyttelse kan blant annet være lav som følge av tilbuds- og etterspørselsvariasjoner (Porter, 1992). Ifølge Riley går kapasitetsutnyttelse på produksjonens utnyttelsesgrad i forhold til valgt skala (Shank, 1989).

## **3.3 Oppsummering av teori**

Dette kapittelet har hatt til hensikt å beskrive utredningens teoretiske rammeverk. Samlet sett danner teoridelen grunnlaget for videre analyse av lønnsomhetsnivået i dag og i fremtiden, samt lønnsomhetsvariasjoner, i den norske private tannklinikkbransjen.

Porters femfaktormodell vil benyttes til å besvare forskningsspørsmål 1, som har til hensikt å undersøke konkurransesituasjonen. Lønnsomhetspotensialet vil analyseres ved å undersøke hvordan verdiskapingen i bransjen fordeles mellom tannklinikkerne, pasientene og leverandørene. Ifølge femfaktormodellen vurderes verdikapingen ved hjelp av fem konkurransekrefter: trussel fra inntrengere, trussel fra substitutter, kundenes forhandlingsmakt, leverandørens forhandlingsmakt og intern rivalisering. For å få en helhetlig vurdering av kundenes forhandlingsmakt, har vi også inkludert en redegjørelse av asymmetrisk informasjon og troverdighetsgoder. Asymmetrisk informasjon innebærer at det er informasjonsskjevheter mellom kjøper og selger, og et troverdighetsgode innebærer at det er kostbart å vurdere kvalitet både før og etter at godet er konsumert.

Ettersom Porters femfaktormodell kun fokuserer på hvordan verdikapingen i markedet påvirker lønnsomheten, er lønnsomhetstreet inkludert. Lønnsomhetstreet tar for seg hvordan verdi skapes gjennom endringer i verdi per produktenhet og markedets størrelse. Verdi per produktenhet bestemmes av differansen mellom kundenes og leverandørens reservasjonspris, og markedets størrelse bestemmes av antall kunder og antall enheter per kunde. Denne



modellen gir oss grunnlag for å besvare forskningsspørsmål 4, hvor det fremtidige lønnsomhetspotensialet skal vurderes.

Avslutningsvis beskrives Porters og Rileys rammeverk for kostnadsdrivere, som vil brukes til å besvare forskningsspørsmål 3, der vi vurderer årsaker til lønnsomhetsvariasjoner innad i bransjen. Mens Porter har listet opp ti kostnadsdrivere, har Riley gjort et skille mellom strukturelle og operasjonelle kostnadsdrivere.

## 4. Metode

Hensikten med dette kapittelet er å beskrive den metodiske tilnærmingen vi har benyttet for å besvare forskningsspørsmålene. Innledningsvis beskrives utredningens utvalg, før vi gjennomgår valg av forskningsdesign og metode for datainnsamling. Deretter forklarer vi hvordan dataen er samlet inn, før vi avslutningsvis evaluerer kvaliteten på datamaterialet.

### 4.1 Utvalg

I denne utredningen har vi benyttet oss av en kombinasjon av kvalitative intervjuer og kvantitative regnskapsanalyser. Etersom metodene har ulike formål, har vi brukt forskjellige utvalgsstrategier. Forskningsspørsmål 2 har behov for et relativt stort utvalg for å kunne analysere dagens lønnsomhetsnivå i bransjen. Forskningsspørsmål 1, 3 og 4 har derimot som formål å få dypere innsikt i faktorer som kan forklare konkurransesituasjonen, lønnsomhetsvariasjoner og fremtidig lønnsomhet. Dermed er fokuset rettet mot å sikre et best egnet utvalg til å besvare disse forskningsspørsmålene, fremfor et størst mulig utvalg for å generalisere.

#### *Utvalg for kvantitative analyser*

Formålet med forskningsspørsmål 2 har vært å analysere lønnsomhetsnivået for den norske private tannklinikkbransjen. Det finnes per i dag ingen oversikt over eksakt antall aktører i bransjen, men bedriftssøkerdatabasen Proff.no har et omtrentlig antall på 5911 bedrifter innenfor tannhelse, hvilket indikerer at det er mange (Proff, 2021). Etersom antall klinikker vi kunne inkludere var begrenset av utredningens tidsramme, endte vi opp med et utvalg på 114 tannklinikker. Dette er klinikker som oppfyller våre kriterier i henhold til organisering, lokalisering, grad av spesialisering og tilgjengelig årsregnskap for perioden 2018 – 2020.

#### *Utvalg for kvalitative analyser*

For de kvalitative analysene intervjuet vi seks daglige ledere fra klinikker innenfor det ovennevnte utvalget. Da det var krevende å få tak i intervjuobjekter, kunne vi ikke benytte oss av strategisk utvalg med maksimal variasjon. Dette innebærer at en bruker egen dømmekraft til å velge ut respondenter med varierende karakteristika for å gi høy grad av variasjon i datagrunnlaget (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2019). Intervjuobjektene tilfredsstilte imidlertid våre kriterier som var strategisk i forhold til studiens forskningsspørsmål. Det endelige utvalget besto av seks tannklinikker, derav en i Bergen, to i Trondheim, en i

---

Kristiansand, en i Oslo og en i Hamar. Intervjuobjektene representerte daglige ledere ved klinikkene, hvorav alle var tannlege utenom én som kun hadde økonomisk bakgrunn.

## 4.2 Forskningsdesign

Forskningsdesignet er en overordnet plan for hvordan problemstillingen skal besvares. Alle stadiene i forskningsprosessen omfattes av forskningsdesignet, og studiet kan utformes til å oppfylle enten et eksplorerende, deskriptivt eller forklarende design (Saunders et al., 2019). Ettersom vi har forskningsspørsmål med ulike formål, vil vi kombinere et eksplorerende og deskriptivt design. De to første forskningsspørsmålene søker å karakterisere konkurransesituasjonen i bransjen og dagens lønnsomhetsnivå, hvilket innebærer tilstandsbeskrivelser. I den anledning er det hensiktsmessig med et deskriptivt design. Det tredje og fjerde forskningsspørsmålet vil ha et eksplorativt design, da hensikten er å forklare årsaker til lønnsomhetsvariasjoner i bransjen, samt faktorer som kan påvirke fremtidig lønnsomhet. Her ønsker vi å søke ny innsikt og øke forståelsen for et tema som det er forsket lite på tidligere.

### 4.2.1 Forskningstilnærming

Et sentralt spørsmål i forbindelse med forskningsdesignet, er hvilken forskningstilnærming som skal benyttes. I hovedsak skilles det mellom to forskningstilnærminger: deduktiv og induktiv. En deduktiv tilnærming benyttes dersom formålet er å bruke allerede eksisterende teori som skal testes gjennom innsamling av data. En induktiv tilnærming, innebærer at en starter med å samle inn data for å utforske et fenomen, før en så genererer eller utvikler teori som et resultat av dataanalysen (Saunders et al., 2019).

Da vi som nevnt kombinerer et eksplorativt og deskriptivt forskningsdesign, vil dette påvirke forskningstilnærmingen. Når vi i forskningsspørsmål 1 og 2 beskriver tilstander, vil vi ha en deduktiv tilnærming. Da legger vi teori til grunn for å få en forståelse av norske tannklinikker sin konkurransesituasjon, samt bruker regnskapstall for å beskrive dagens lønnsomhetsnivå. Forskningsspørsmål 3 og 4 har imidlertid en induktiv tilnærming, da vi benytter intervjuer for å kartlegge årsaker til lønnsomhetsforskjeller og hva som kan påvirke bransjen fremover.

## 4.3 Forskningsmetode

Forskningsmetode innebærer å ta stilling til hva slags type data som skal benyttes, samt hvilken metode for datainnsamlingen som skal brukes.

### 4.3.1 Primær- og sekundærdata

I forbindelse med vår utredning har vi samlet inn både primær- og sekundærdata. Førstnevnte er data som spesifikt er innhentet for utredningens formål, og innebærer relevant og nødvendig data for å kunne besvare forskningsspørsmålene. Sekundærdata er data som i utgangspunktet er innhentet til andre formål. Slik data kan bli videre analysert og tilføre ny kunnskap for å besvare forskningsspørsmålene (Saunders et al., 2019).

Vår sekundærdata består av publiserte regnskapstall fra bedriftssøkerdatabasen Proff.no. Denne dataen er i hovedsak innsamlet for å vurdere dagens lønnsomhet. Videre har vi gjennomført intervjuer for å kartlegge årsaker til lønnsomhetsvariasjoner mellom tannklinikkene, samt faktorer som kan påvirke lønnsomheten fremover. Intervjuene har også blitt benyttet til å supplere med ytterligere dokumentasjon for å forstå konkurransesituasjonen i bransjen. Sammen med et spørreskjema vi sendte til intervjuobjektene, har dette utgjort vår primærdata, der vi kunne rette fokus mot det vi ønsket å undersøke.

### 4.3.2 Kvalitativ og kvantitativ metode

Det skilles mellom to hovedtyper av forskningsmetode: kvantitativ og kvalitativ. Valg av forskningsmetode vil være avhengig av utredningens problemstilling og påfølgende forskningsspørsmål. Kvantitativ metode defineres som en datainnsamlingsteknikk som genererer numeriske data (Saunders et al., 2019). Dette innebærer at dataen uttrykkes i form av tallverdier, og benyttes når en ønsker å gå i bredden på noe. Kvalitativ metode på sin side, defineres som en datainnsamlingsteknikk som genererer ikke-numeriske data (Saunders et al., 2019). Dette innebærer at dataen uttrykkes i form av tekst for å avdekke meninger og opplevelser, og dermed tilføre dybdeinnsikt.

For å besvare problemstillingen har vi valgt en kombinert metode for datainnsamling ved hjelp av både kvalitativ og kvantitativ datainnsamlingsteknikk; såkalt metodetriangulering (Saunders et al., 2019). Da metodene kan utfylle hverandre, vil bruk av metodetriangulering bidra til en bredere forståelse av emnet og følgelig gi oss et bedre grunnlag for å besvare

---

problemstillingen. Kvantitativ metode har i hovedsak blitt brukt for å analysere dagens lønnsomhetsnivå, men også som et supplement til analysen av lønnsomhetsvariasjoner. Videre har vi brukt kvalitativ metode for å få dybdeinnsikt på de områdene der det finnes lite dokumentasjon. Dette gjelder konkurransesituasjonen, årsaker til lønnsomhetsvariasjoner, samt den fremtidige lønnsomheten.

## 4.4 Innsamling av data

Videre vil vi gjennomgå prosessen for innsamling av data. Her vil vi forklare hvordan dataene er samlet inn, hvilke valg vi har foretatt underveis, samt begrunnelser for valgene vi har tatt. Først beskrives den kvantitative datainnsamlingen, etterfulgt av den kvalitative datainnsamlingen.

### 4.4.1 Kvantitativ datainnsamling

Innsamlingen av kvantitativ data er benyttet til å besvare forskningsspørsmål 2 om dagens lønnsomhetsnivå til norske private tannklinikker. Dataen består av regnskapstall fra perioden 2018 – 2020 for 114 private tannklinikker, og er hentet fra Proff.no.

Ettersom vårt utvalg både representerer frittstående klinikker og kjeder, ble metoden for datainnsamlingen påvirket av dette. For de frittstående klinikkene var det enkelt å anskaffe regnskapstall, da de lå tilgjengelig. For tre av kjedene var det imidlertid mer komplisert, ettersom kun tall fra hovedkontoret til kjeden var tilgjengelig på Proff.no. Vi mente det likevel var nødvendig å inkludere aktører fra disse kjedene, da å utelate de ville gitt et mindre representativt bilde av bransjen. Ettersom det hadde vært misvisende å knytte tallene fra hovedkontoret opp mot en bestemt klinikk fra kjeden, måtte vi finne en alternativ metode for å få et mest mulig rettviseende bilde av regnskapene til hver enkelt klinikk. I den forbindelse valgte vi å bruke antall ansatte som fordelingsnøkkel. Dette innebærer at vi beregnet totalt antall ansatte for hele kjeden, og fordelte regnskapstallene basert på hvor stor andel de ansatte fra hver klinikk utgjorde av det totale antallet. Valg av fordelingsnøkkel og potensielle svakheter ved valget, vil vi komme tilbake til under evalueringen av datamaterialet.

Vi har også innhentet kvantitativ primærdata ved hjelp av et spørreskjema (se vedlegg 1), da vi så behov for informasjon som ikke var tilgjengelig på Proff.no. Dette skjemaet bestod av åtte strukturerte spørsmål, og omhandlet blant annet antall pasientjournaler og antall ansatte.

Dataen har i hovedsak vært til hjelp for analysen av lønnsomhetsvariasjoner. Spørreskjemaet medførte at vi ikke trengte å bruke verdifull tid av intervjuene på å hente ut denne informasjonen.

#### 4.4.2 Kvalitativ datainnsamling

Den kvalitative dataen er basert på semi-strukturerte intervjuer av daglige ledere ved seks private tannklinikker fra utvalget. I det følgende vil vi forklare valget av intervjuobjekter, utformingen av intervjuguiden, samt hvordan intervjuene ble gjennomført.

##### *Valg av intervjuobjekt*

Vi ønsket kun å intervju daglig leder for å ha intervjuobjekter med kjennskap til den daglige driften. For alle klinikkene utenom én, var daglig leder også tannlege, noe som var en fordel da de hadde innsikt i tannlegefaget. Vi sendte ut e-post med forespørsel om intervju til hele utvalget, og erfarte at det var krevende å få tak i intervjuobjekter. Flere svarte at de ikke hadde tid eller kapasitet til å stille til intervju, mens majoriteten unnlot å svare.

Som nevnt endte vi opp med seks intervjuobjekter, og vurderte de som variert nok i forhold til våre kriterier. Tabell 2 viser en oversikt over intervjuobjektene.

Intervjuobjekter	Lokalisering	Stilling	Type intervju
<b>Klinikk A</b>	Hamar	Daglig leder	Over telefon
<b>Klinikk B</b>	Oslo	Daglig leder	Microsoft Teams
<b>Klinikk C</b>	Trondheim	Daglig leder	Microsoft Teams
<b>Klinikk D</b>	Trondheim	Daglig leder	Microsoft Teams
<b>Klinikk E</b>	Bergen	Daglig leder	Microsoft Teams
<b>Klinikk F</b>	Kristiansand	Daglig leder	Microsoft Teams

*Tabell 2: Oversikt over intervjuobjekter*

I tillegg til de semi-strukturerte intervjuene, mottok vi nyttig informasjon over e-post fra en tannklinikk, videre omtalt som Informant G. Tidlig i prosessen var vi også i kontakt med en bekjent tannlege, for å få økt forståelse av tannlegeyrket.

##### *Intervjuguide*

En intervjuguide utgjør en liste over temaer og tiltenkte spørsmål til intervjuet (Johannessen, Christoffersen, & Tuft, 2020). Intervjuguiden ble utformet i forkant av intervjuene, og med utgangspunkt i aktuell teori om kostnadsdrivere, konkurransekrefter og asymmetrisk

---

informasjon (se vedlegg 2). I hovedsak var formålet med intervjuguiden å få innsikt i forhold ved klinikkenes kostnader, for å kunne studere årsaker til lønnsomhetsvariasjoner. Vi valgte imidlertid også å inkludere spørsmål som ga oss ytterligere informasjon om konkurransesituasjonen i bransjen, da vi så behov for mer utdypning av forskningsspørsmål 1.

Spørsmålene i intervjuguiden ble kategorisert etter ulike temaer, hvilket gjorde det enklere å strukturere intervjuet både for vår egen og intervjuobjektet sin del. I tillegg inkluderte vi stikkord etter enkelte av spørsmålene i tilfelle vi så behov for tilleggsspørsmål. Vi unngikk også å bruke formuleringer som vekket subjektive meninger eller følelser hos intervjuobjektet, ettersom vi ønsket mest mulig objektive svar. I tillegg begrenset vi antall spørsmål for at intervjuet ikke skulle overgå 30 – 45 min. Sistnevnte ble gjort for å minske terskelen for å stille til intervju.

### ***Gjennomføring av intervjuene***

Intervjuene ble gjennomført som semi-strukturerte intervjuer. Et semi-strukturert intervju har en overordnet intervjuguide som utgangspunkt, men spørsmål, temaer og rekkefølge kan variere (Johannessen et al., 2020). Vi valgte å bruke semi-strukturerte intervjuer for å tilpasse spørsmålene til hvert intervjuobjekt, samt ha muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål der vi anså det som nødvendig. Oppfølgingsspørsmål gjorde det mulig for intervjuobjektene å utdype besvarelsene ytterligere med poeng vi ikke hadde vurdert, noe som ga mer dybde til dataene våre.

Intervjuguiden og spørreskjemaet ble sendt noen dager i forkant av intervjuet, slik at intervjuobjektene hadde mulighet til å forberede seg. Under intervjuene innså vi at dette var svært verdifullt, da alle hadde gjennomtenkte og utdypende svar.

På grunn av begrenset tid, geografisk spredning og den pågående koronapandemien, anså vi det som hensiktsmessig å gjennomføre intervjuene over en videosamtale på Microsoft Teams. Intervjuet med Klinik A, ble derimot gjennomført over telefon etter intervjuobjektets ønske. Ved å gjennomføre intervjuene over videosamtale, fikk vi ikke samme innsikt i konteksten som vi ville fått ved å intervju ansikt-til-ansikt. Samtidig satt intervjuobjektene i sin egen klinikk under intervjuene, og ifølge Johannessen et al. (2020) kan det å sitte i trygge omgivelser være en befriende faktor. Til tross for at et av intervjuene ble holdt over telefon, opplevde vi ingen forskjell i informasjonsinnhenting eller kvaliteten på intervjuet

sammenlignet med de øvrige intervjuene. Alle intervjuobjektene samtykket også til lydopptak av samtalen. På den måten kunne vi konsentrere oss om å lytte underveis, og var ikke avhengig av å notere. Alle intervjuene fulgte i utgangspunktet strukturen i intervjuguiden.

## 4.5 Evaluering av datamaterialet

I det følgende vil vi gjennomgå hvordan den kvalitative dataen er klassifisert, samt vurdere datamaterialet som er samlet inn. Dette er gjort for å sikre at sannsynligheten for feiltolkninger av resultatene reduseres. Vi vil vurdere kriteriene reliabilitet og validitet til både den kvalitative og kvantitative dataen.

### 4.5.1 Klassifisering av data

Før gjennomføringen av intervjuene søkte vi om godkjenning til Norsk senter for forskningsdata (NSD), for å sikre at vi ivaretok intervjuobjektens personvern. Søknaden ble raskt godkjent, ettersom vi ikke behandlet personopplysninger i stor grad. Videre bør kvalitative intervjuer spilles inn og senere transkriberes for å bevare integriteten (Saunders et al., 2019). Vi vurderte det ikke som nødvendig å transkribere fullt ut, ettersom vi kun trengte informasjon tilknyttet driften av tannklinikene, og ikke var ute etter intervjuobjektens subjektive følelser og tanker. Av den grunn transkriberte vi kun de delene av intervjuene som var relevant for å besvare forskningsspørsmålene.

For å sikre konfidensialitet ble lydopptakene fra intervjuene lagret hver for seg, og filene ble slettet etter ferdigbehandling. Vi valgte å holde identiteten til intervjuobjektene, samt navnet på deres klinikk, anonymt. I utgangspunktet var ikke slik anonymisering nødvendig, da vi unngikk sensitive opplysninger. Vi valgte likevel å gjøre det for å forhindre at intervjuobjektene ga falske opplysninger om klinikkene, noe som diskuteres under reliabilitet.

### 4.5.2 Reliabilitet

Reliabilitet refererer til dataens pålitelighet, og innebærer hvorvidt innsamlingen og analysen av datamaterialet ville gitt samme resultat dersom dataen ble samlet inn på et senere tidspunkt (Saunders et al., 2019). Den kvantitative dataen utgjør først og fremst sekundærdata i form av offentlige regnskapstall hentet fra bedriftssøkerdatabasen Proff.no. Proff.no sin primærkilde for innhenting av informasjon er Brønnøysundregisteret, en norsk statlig etat som driver mange av landets viktigste registre. Dermed betraktes regnskapstallene som pålitelig, og



---

reliabiliteten til den kvantitative sekundærdataen vurderes som høy. Den kvantitative primærdataen utgjør spørreskjemaet tilsendt intervjuobjektene. Da vi ikke har kontroll på om daglig leder har gitt oss rettvise opplysninger, svekkes reliabiliteten til dataen fra spørreskjemaet.

Reliabilitet i kvalitativ forskning innebærer om resultatet gir mening for utenforstående (Saunders et al., 2019). I den forbindelse er det hensiktsmessig å vurdere deltakerbias- og feil, samt forskerbias- og feil. I likhet med spørreskjemaet, har vi ingen kontroll på om intervjuobjektene svarer rettmessig. Dette kalles deltakerbias, og vil svekke reliabiliteten. I våre intervjuer kan det ha vært skjevheter som påvirker svarene. Ettersom vi intervjuet daglige ledere ved klinikkene, er det rimelig å anta at de ønsker å fremstille klinikken i et godt lys. Dermed kan svarene ha vært pyntet på eller påvirket av dette. Vi har forsøkt å forhindre denne skjevheten ved å anonymisere intervjuobjektene, slik at informasjon fra intervjuobjektene ikke kan spores tilbake til deres klinikk. Dette vil styrke reliabiliteten.

Forskerbias utgjør faktorer som bidrar til skjevheter i forskerens registrering av svar, hvilket innebærer at vi som forskere legger en subjektiv tolkning av svarene til grunn (Saunders et al., 2019). Ettersom vi generelt har lite kunnskap om tannlegeyrket og hadde forventinger til våre funn, kan forskerbias ha vært til stede. Vi har imidlertid forsøkt å forhindre en subjektiv tolkning av svarene, ved å stille åpne spørsmål som ikke virket ledende, samt transkribere de delene av intervjuene som var relevant for oss. I tillegg har forskerbias blitt redusert, ettersom vi har vært to som har utvekslet tolkningen av intervjuene.

Deltakerfeil innebærer faktorer som påvirker hvordan deltakerne presterer (Saunders et al., 2019). Fra intervjuene fremkommer det at tannlegeyrket generelt er travelt. Ettersom enkelte av våre intervjuer er gjennomført midt i arbeidsdagen, er det grunn til å tro at intervjuobjektene kan ha vært utsatt for stress som har påvirket dem. Dette kan ha svekket reliabiliteten. Vi har forsøkt å forhindre dette ved at intervjuobjektene selv har bestemt tidspunkt for intervjuene. Videre er deltakerfeil enhver faktor som kan medføre at forskeren endrer tolkningen av svarene (Saunders et al., 2019). Vi har tatt hensyn til dette ved å forberede oss godt til intervjuene, samt at vi brukte lydopptak underveis for å sikre rett gjengivelse av respondentenes svar. Under intervjuene brukte vi også avklarings spørsmål aktivt for å unngå misforståelser. I tillegg tilegnet vi oss kunnskap om yrket gjennom mye research i forkant.

Samlet sett konkluderer vi med at reliabiliteten for både den kvantitative og kvalitative dataen er god, hvilket sikrer god kvalitet på forskningen.

### **4.5.3 Validitet**

Validitet refererer til utredningens gyldighet og relevans. Det er vanlig å skille mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet innebærer om metoden undersøker det den har til hensikt å undersøke, mens ekstern validitet vil si om forskningsprosjektet kan generaliseres (Johannessen et al., 2020).

#### ***Intern validitet***

For kvantitativ data er en vanlig definisjon av intern validitet hvorvidt en måler det en tror en måler eller ikke (Johannessen et al., 2020). I forskningsspørsmål 2, som har til hensikt å undersøke lønnsomheten i bransjen ved hjelp av regnskapstall, har vi blant annet gjennomført en common size-analyse. En slik metode har som formål å studere lønnsomheten i relative termer. Av den grunn er analysen gjennomført ved å ta utgangspunkt i tannklinikkenes totale driftsinntekter, og studere de største kostnadspostene relativt til dem. En fordel med denne metoden er at lønnsomheten studeres uavhengig av klinikkenes størrelse, hvilket vil gi et mer rettvise mål på lønnsomheten enn om vi hadde brukt absolutte termer. Dermed styrker dette den interne validiteten.

Det som imidlertid kan svekke den interne validiteten, er at regnskapet kan være utsatt for manipulasjon eller engangsposter (Kinserdal & Plenborg, 2021). Når vi da ønsker å vurdere lønnsomheten til den underliggende driften, kan det hende at enkelte poster er utsatt for hendelser som ikke er gjentakende og som dermed forstyrrer driftsresultatet. Dette er spesielt relevant for regnskapsåret 2020, siden koronapandemien kan ha medført ekstraordinære poster. For å forhindre dette burde tallene i utgangspunktet vært normalisert, men ettersom vi ikke hadde tilgang til noter var normalisering ikke mulig å gjennomføre. I tillegg kan det diskuteres hvorvidt nøkkeltallene vi har beregnet faktisk reflekterer lønnsomheten i bransjen eller ikke. Vi har forsøkt å være kritiske til valg av nøkkeltall, og mener at totalkapitalrentabilitet og driftsmargin er gode mål, da de viser henholdsvis avkastning på den totale kapitalen og inntjening per omsatte krone.

Som tidligere nevnt, hadde vi ikke tilgang til regnskapstall for enkelte av klinikkene i utvalget som inngikk i en kjede. For å få en indikasjon på disse klinikkene sine regnskapstall, valgte vi å bruke antall ansatte som fordelingsnøkkel. En alternativ metode er å fordele tallene fra

---

hovedkontoret likt mellom alle klinikkene i bransjen. Dette ville imidlertid vært misvisende, da det som analysen vil vise er store størrelsesforskjeller i bransjen. Vi anså derfor antall ansatte som en mer fornuftig fordelingsnøkkel. Likevel svekkes den interne validiteten, siden vi ikke hadde tilgang til de eksakte tallene for disse kjedeklinikkene. I motsetning til regnskapstallene, er dataen fra spørreskjemaet primærdata, hvilket innebærer at det er spesifikt innhentet til vårt formål. Dermed kunne vi selv velge spørsmål som målte nøyaktig det vi ønsket, noe som styrker den interne validiteten.

For kvalitative undersøkelser omhandler intern validitet studiens gyldighet og om metoden undersøker det den har til hensikt å undersøke (Johannessen et al., 2020). Den interne validiteten øker dersom intervjuene gjennomføres med høy grad av nøyaktighet (Saunders et al., 2019). Vi har forsøkt å oppnå dette ved å utarbeide en planlagt intervjuguide, samt å ha et utvalg av klinikker med ulike kjennetegn for å avdekke ulike vinkler. Ettersom vi også sendte intervjuguiden i forkant av intervjuene, fikk intervjuobjektene tid til å forberede seg. Dette bidro til mer utfyllende og korrekte svar.

Samlet sett vurderes validiteten til den kvantitative dataen å være begrenset, mens validiteten til den kvalitative dataen vurderes som god.

### ***Ekstern validitet***

En vurdering av den eksterne validiteten til kvantitativ data innebærer om resultatene fra et utvalg kan generaliseres til hele populasjonen (Johannessen et al., 2020). Dermed er spørsmålet om funnene i forbindelse med utvalgets lønnsomhetsnivå kan generaliseres til å være gjeldende for hele tannklinikkbransjen. Som nevnt finnes det ikke et eksakt tall på antall tannklinikker i Norge, men oversikten på Proff.no indikerer at utvalget vårt kun utgjør en liten andel av totalt antall aktører i bransjen. Dermed er det urimelig å påstå at utvalget er representativt, og følgelig kan vi ikke generalisere resultatene til hele bransjen. Vi har imidlertid forsøkt å styrke den eksterne validiteten, ved å gjøre utvalget så representativt som mulig ved å inkludere klinikker med ulike karakteristika.

I kvalitativ forskning handler ekstern validitet om overføring av kunnskap fremfor generalisering. I overførbarhet ligger det at beskrivelser, begreper eller forklaringer kan være nyttige på andre områder utenfor studiens omfang (Johannessen et al., 2020). Ettersom vi har intervjuet forholdsvis få klinikker, må en være varsom med å si at funnene kan overføres utelukkende basert på disse. Det faktum at intervjuobjektene på flere områder har fortalt det

samme, er derimot med på å styrke den eksterne validiteten. Ekstern validitet kan også styrkes ved hjelp av gjennomsiktighet i arbeidet. Dette innebærer å gi en fullstendig og detaljert beskrivelse av forskningsspørsmålet, designet, kontekst, funn og tolkning i studien (Saunders et al., 2019). Vi har forsøkt å styrke den eksterne validiteten på denne måten, ved å ha et bevisst forhold til gjennomsiktighet ettersom vi har forklart og forsvart alle valg som er tatt underveis i arbeidsprosessen.

Samlet sett mener vi det er begrenset hvorvidt våre funn kan generaliseres til å gjelde hele populasjonen, samt om funnene fra de kvalitative intervjuene er overførbart. Vi mener imidlertid at kombinasjonen av kvalitativ og kvantitativ metode øker den eksterne validiteten, da metodetriangulering tilfører dybde og kompleksitet til studien, i motsetning til om kun én av metodene benyttes.

---

## 5. Konkurransanalyse

Dette kapitlet har til formål å analysere konkurransesituasjonen til norske private tannklinikker. Analysen skal gi et helhetlig bilde av bransjens attraktivitet og lønnsomhetspotensial, og dermed danne et utgangspunkt for videre analyse av dagens lønnsomhetsnivå og lønnsomhetsvariasjoner innad i bransjen. Porters femfaktormodell i kombinasjon med asymmetrisk informasjon, brukes for å analysere konkurransesituasjonen og hvordan verdiskapingen fordeler seg i bransjen. Med utgangspunkt i dette vil analysen besvare forskningsspørsmål 1:

*Hva karakteriserer konkurransesituasjonen til norske private tannklinikker?*

### 5.1 Analyse av konkurransekraftene

I det følgende vil vi analysere den private tannklinikbransjen sine forutsetninger for god lønnsomhet. I den forbindelse vil vi gjennomføre en konkurranseanalyse, der vi vurderer faktorer i bransjestrukturen som kan påvirke konkurransekraftene og dermed lønnsomhetspotensialet i bransjen. Vi anser alle de fem konkurransekraftene i Porters femfaktormodell som relevante å analysere.

#### 5.1.1 Trussel fra inntrengere

Potensielle inntrengere i den private tannklinikbransjen utgjør enkeltstående tannleger med et ønske om å starte egen klinikk, her også inkludert nyutdannede tannleger, samt internasjonale aktører som ser et potensiale for å etablere seg i Norge. En studie gjennomført av Holst, Skau, Klock, Gimmestad og Grytten (2012), fant at det er utfordrende å skape gode entreprenørmuligheter i den offentlige tannhelsetjenesten grunnet lovpålagte oppgaver som må gjennomføres. Dette, i kombinasjon med at 22% av kvinnene og 43% av mennene i studien hadde et ønske om å eie egen praksis, tyder på at flere nyutdannede har en visjon om å etablere egen klinikk i den private sektoren. Den private tannklinikbransjen preges også som nevnt av fri etablering, hvilket innebærer at hvem som helst kan etablere seg i markedet. Fri etablering gjør det derfor enklere for inntrengere å etablere seg.

Til tross for at disse forholdene tilrettelegger for gode etableringsmuligheter, betyr det ikke nødvendigvis at inntrengere vil utgjøre en stor trussel for markedet. Hvorvidt potensielle

inntrengere vil utgjøre en liten eller stor trussel, avhenger av i hvilken grad det eksisterer etableringsbarrierer. I den videre analysen vil vi gjennomgå stordriftsfordeler, produkt differensiering, byttekostnader og kapitalbehov, da det er forhold ved strukturen i tannklinikkbransjen som gjør at disse utpeker seg som aktuelle etableringsbarrierer.

Det er flere forhold som tyder på at det er stordriftsfordeler å hente knyttet til gruppepraksiser og kjedeklinikker. En gruppepraksis betegner to eller flere samarbeidende tannleger med felles kontor, administrasjon og tekniske hjelpemidler (Bruusgaard, 2019). Som forklart i kapittel 2.3, gjennomgår tannklinikkbransjen et skifte ettersom flere velger å gå sammen i gruppepraksis fremfor å jobbe alene. Informant A trekker frem et eksempel på hvordan kostnader kan spares ved å inngå i en gruppepraksis. *«Mange som er små går sammen (...) en klinikk hvor det er kanskje åtte, men det er åtte separate deler. I stedet for å kjøpe opp åtte ganger alt sterilt utstyr, deler de og får 1/8 av kostnadene.»* (Informant A, 2021). Stordriftsfordeler tilknyttet gruppepraksiser kan derfor utgjøre en etableringsbarriere, da inntrengere må satse stort ved å inngå samarbeid med flere tannleger for å kunne hevde seg i bransjen.

På samme måte vil klinikker som inngår i en kjede kunne oppnå stordriftsfordeler gjennom felles støttefunksjoner og innkjøpsavtaler. Som beskrevet i kapittel 2.3 lønner stordrift seg, og vi kommer trolig til å se enda flere kjeder fremover. At en kan oppnå stordriftsfordeler i en kjede, støttes også av Informant E: *«Vi har felles ledelse, felles HMS-system, samme rutiner og retningslinjer. (...) Man sparer mye når man lager samme system for flere klinikker. Det samme gjelder leverandører, når man har mange klinikker og samme leverandør får man mer rabatter.»* (Informant E, 2021). Også dette gjør det mindre attraktivt for inntrengere å starte en frittstående praksis, da de ikke vil få de samme stordriftsfordelene som en kjedeklinikk. På bakgrunn av dette, kan stordriftsfordeler anses å utgjøre en høy etableringsbarriere. Stordriftsfordeler vil diskuteres nærmere i kapittel 7.

Videre vil vi diskutere om produkt differensiering er en mulig etableringsbarriere. Tannhelsetjenester kan antas å være homogene goder, i den forstand at det er vanskelig for pasienter å vurdere eventuelle kvalitetsforskjeller mellom ulike tannleger (Oslo Economics, 2015). Produkt differensiering kan derfor anses som vanskelig å oppnå på kvalitet. Gjennom intervjuene fant vi imidlertid at flere av klinikkene har fokus på å differensiere seg fra konkurrentene på andre områder enn kvalitet. Informant D og Informant E forklarer at de fokuserer på lokaler og service:

---

*«Jeg har en klinikk som satser veldig på hvordan det ser ut her. Det ser veldig lite sykehus ut, det er det motsatte. Det er veldig mye farger og vektlagt veldig mye på å skape en hyggelig stemning. Og med god grad av service. (...) Ha lav terskel for at folk skal tørre å komme, og trives.» (Informant D, 2021).*

*«Vi fokuserer på god dialog, altså service. Og at hver kunde skal føle seg spesiell. Og vi har god atmosfære på klinikken. Det er ikke sånn at du føler du kommer til en tannklinikk. Mange sier at de føler de kommer til et spa.» (Informant E, 2021).*

Med slike investeringer kan tannklinikker opparbeide seg en merkevare kunden foretrekker, og på den måten differensiere seg. Videre fant vi gjennom intervjuene hvilke faktorer klinikkene mener er viktig for pasienter når de skal velge tannlege: *«De velger en de føler de har tillit til, så de føler seg trygg og ivaretatt. Geografisk beliggenhet kan også være en fordel dersom man skal ha en del besøk og har stort behandlingsbehov.» (Informant B, 2021).* *«Anbefalinger av kjente, beliggenhet og opplevelse av trygghet.» (Informant D, 2021).* Å ha fokus på å differensiere seg på det som er viktig for pasientene, kan hjelpe klinikkene med å opparbeide seg lojale kunder. På den måten kan differensiering bidra til at det blir mer krevende for inntrengere å kapre kunder fra eksisterende aktører som har skaffet seg en trofast kjøpergruppe. Ettersom det er krevende å differensiere seg på kvalitet, men mulig på andre områder, anses denne etableringsbarrieren som moderat.

Videre vil vi gjennomgå de byttekostnadene som er mest vesentlige for tannklinikkbransjen. For det første, er kostnader i forbindelse med lojalitet og tilknytning til nåværende tannlege av stor betydning. Dersom pasienten benytter seg av samme tannlege over tid, vil det være lettere å føle på trygghet og oppleve behandling av høy kvalitet (Oslo Economics, 2015). Tannlegeskrekk, såkalt odontofobi, er i tillegg en av de mest utbredte fobiene blant den norske befolkning (Fobier, 2021). Disse forholdene styrker viktigheten av et godt forhold til tannlegen. Et personlig forhold til tannlegen kan sammenlignes med en psykologisk investering, hvilket medfører at det oppstår kostnader tilknyttet å bytte fra en tannlege til en annen. Grytten og Sørensen (2000) hevder at det finnes mange kunder i Norge som har gjort en psykologisk investering, og at de psykologiske kostnadene som oppstår ved å ende et langvarig forhold kan av mange anses som høye.

På samme måte vil gjentatte behandlinger hos samme tannklinikk føre til at tannlegen kjenner pasientens historikk bedre, og følgelig kan tilpasse fremtidige behandlinger. Dette støttes av

Tannlegeforeningen (2019), som anbefaler å velge en tannlege som kan følge deg opp over tid for å lettere se sykdomsutvikling og sikre god oppfølging. Informant B forteller at de i noen tilfeller ringer til pasienten for å høre hvordan det går etter en behandling:

*«Hvis en har vært litt lei seg eller gjort kirurgi som har vært litt heavy, så ringer vi dagen etter og spør hvordan det går med dem. Er gratis å ringe og det tar 2-5min med en sånn samtale, og da får man ofte hyggelige tilbakemeldinger bare på at man ringer opp. Det syntes de er veldig koselig uansett hvordan det har gått.» (Informant B, 2021).*

Slike tiltak kan øke lojaliteten, og følgelig øke byttekostnadene da pasienten føler seg godt ivaretatt. Personlig tilknytning kan dermed styrke lojaliteten mellom pasient og tannlege, og fungere som en vesentlig byttekostnad.

Byttekostnader kan også oppstå i forbindelse med at tannhelsetjenester utgjør et troverdighetsgode. Dette innebærer at det ikke er mulig å vurdere kvaliteten på en behandling før etter at behandlingen er gjennomført, og at det også da er vanskelig å vurdere kvaliteten. Grytten referert av Rodríguez (2006), fant at det norske tannlegemarkedet er utsatt for slik skjevfordeling av informasjon mellom tannlege og pasient. Dette medfører at det blir risikabelt for pasienten å bytte tannlege. Disse risikokostnadene, som skyldes mangel på informasjon, kan forklare hvorfor flere velger å forbli hos sin faste tannlege. Dette vil dermed fungere som en etableringsbarriere, da det gjør det krevende for inntrengere å kapre kunder fra eksisterende aktører ettersom det er risikabelt for kundene å bytte. Samlet sett indikerer alle disse forholdene at byttekostnadene i tannklinikkbransjen er høye, og derfor anses byttekostnader som en betydelig etableringsbarriere.

Den siste aktuelle etableringsbarrieren, utgjør hvorvidt et høyt kapitalbehov er vesentlig for å kunne hevde seg i bransjen eller ikke. Flere av intervjuobjektene uttrykte at det er store kostnader tilknyttet oppstart og drift av en tannklinikk. Informant E forklarte hva de største kostnadene går til:

*«Det er veldig kostbart å ha en klinikk. Skal du åpne en ny klinikk må du kanskje ut med ca. 8 millioner kroner. I tillegg bruker vi veldig mye strøm, dyre maskiner og dyr service på maskinene. Dentale varer er også veldig dyre fordi de må være fra dentale leverandører fordi det er krav til CE-merking.» (Informant E, 2021).*



---

Informant D sier også: «*Vi har en voldsom kostbar bedrift.*» (Informant D, 2021). Begge disse sitatene bekrefter at det kreves store investeringer for å etablere seg i tannklinikkbransjen. Den teknologiske utviklingen i bransjen krever også at kompetansekravene til tannleger stadig må økes gjennom kurs og utvikling (Steinum, 2020). Dette innebærer at det også stilles krav til kapitalbehov i form av kursing for å øke kompetansen. Av den grunn anses kapitalbehovet å være høyt i bransjen, og utgjør dermed en høy etableringsbarriere. Det finnes imidlertid gode leasingmuligheter av tannlegeutstyr, noe flere av intervjuobjektene benytter seg av: «*På større utstyr har vi i økende grad leaset de senere årene.*» (Informant D, 2021) og «*De fleste klinikker har utstyr på leasingavtaler.*» (Informant A, 2021). Muligheten for leasing reduserer kapitalbehovet noe, men vi konkluderer likevel med at kapitalbehov utgjør en betydelig etableringsbarriere da etablering i bransjen er kostbart.

Samlet sett konkluderer vi med at de ovennevnte etableringsbarrierene er høye, og følgelig vil inntrengere i liten grad utgjøre en trussel mot lønnsomheten i tannklinikkbransjen.

### **5.1.2 Trussel fra substitutter**

Substitutter til private tannklinikker i Norge utgjør i hovedsak praktiserende tannleger i den offentlige tannhelsetjenesten, samt tannklinikker i utlandet. Videre vurderes i hvilken grad hver av disse substituttene utgjør en trussel mot bransjen vi har definert.

Som forklart i kapittel 2.1 tilbyr den offentlige tannhelsetjenesten i hovedsak tannbehandling til barn og ungdom, samt andre prioriterte grupper, der de får dekket hele eller deler av utgiftene fra staten. Det er imidlertid slik at de i tillegg kan yte tjenester til voksne mot betaling i konkurranse med private tannleger (Nærings- og fiskeridepartementet, 2018). I 2020 var det i overkant av 130 000 voksne betalende som ble behandlet av den offentlige tannhelsetjenesten (SSB, 2021d). Av den grunn har vi ansett offentlige tannklinikker som et substitutt. For den offentlige tannhelsetjenesten bestemmes prisnivået av fylkene, mens for den private tannhelsetjenesten er det, som nevnt tidligere, fri prissetting. Ifølge Risberg (2013) er prisforskjellene enorme mellom tannleger i Norge, og offentlige tannleger er nødvendigvis ikke det billigste alternativet. For eksempel vil en liten fylling koste alt fra 300 kr til 1600 kr i det private marked, mens offentlige priser ligger på rundt 505 kr til 610 kr (Risberg, 2013). Det kan dermed argumenteres for at trusselen fra den offentlige helsetjenesten er til stede, men ikke anses som høy, da det finnes billigere alternativer i det private tannklinikkmarkedet.

Når det gjelder tannklinikker i utlandet, har den totale verdien av medisinsk turisme, inkludert odontologisk behandling, hatt en årlig vekst på rundt 25 – 35% (Olsvik & Lund, 2018). Dette tyder på at en økende andel nordmenn velger å reise til utlandet for å få tannbehandling. Hovedårsaken til at nordmenn reiser til utlandet for tannbehandling, skyldes betydelig lavere priser i forhold til behandling i Norge (Smil Tannlegesenter, 2021). Dette støttes også av Informant D: «*Pasientene opplever behandling i utlandet som billigere.*» (Informant D, 2021). Dette trekker i retning av at klinikker i utlandet utgjør en betydelig trussel for den norske private tannklinikkbransjen.

Når det er sagt, finnes det imidlertid helsemessige risikoer ved å gjennomføre behandlinger i utlandet. Informant E forklarer at det ofte er tilfeller hvor pasienten klager på behandling som er gjennomført i utlandet:

*«Jeg jobber i Helseklage – Nasjonalt klageorgan for helsetjenester. (...) Er mange som klager videre så jeg behandler sånne saker hver uke. (...) Jeg har også jobbet på tannlegevakten, og der har jeg sett en del pasienter som har blitt behandlet i utlandet og så kommer tilbake med akutte problemer.»* (Informant E, 2021).

Basert på dette, er det grunn til å tro at behandling i utlandet er av lavere kvalitet enn i Norge, hvilket reduserer trusselen fra utenlandske aktører. Et annet forhold som taler for lavere kvalitet på behandling i utlandet, er overbehandling. Klinikker i utlandet er ofte ute etter å tjene penger på bekostning av pasientenes beste: «*Går du til en klinikk som behandler turister i Tyrkia eller Ungarn eller hvor som helst, også Asia, er de ute etter å tjene penger og gjøre masse behandling.*» (Informant C, 2021) og «*Ofte når man er turistpasient blir man overbehandlet.*» (Informant A, 2021). Informant A og E viser til eksempler på overbehandling:

*«De [tannleger i utlandet] kan lage kroner på tenner som er helt friske fordi de selger en estetisk behandling som ikke er basert på at du som tannlege ikke vil ødelegge noe for pasienten.»* (Informant A, 2021).

*«Jeg ser en del overbehandling ja [refererer til utlandet]. Er alt fra at de har fått ti kroner og så har de bare åtte tenner, så de har betalt for mye. Også eksempler hvor vi i Norge ville valgt fylling, men de setter kroner på mange tenner.»* (Informant E, 2021).

Avslutningsvis må det nevnes at den pågående koronapandemien har ført til innreiseforbud i store deler av verden, noe som har redusert muligheten til å utføre tannbehandling i utlandet.

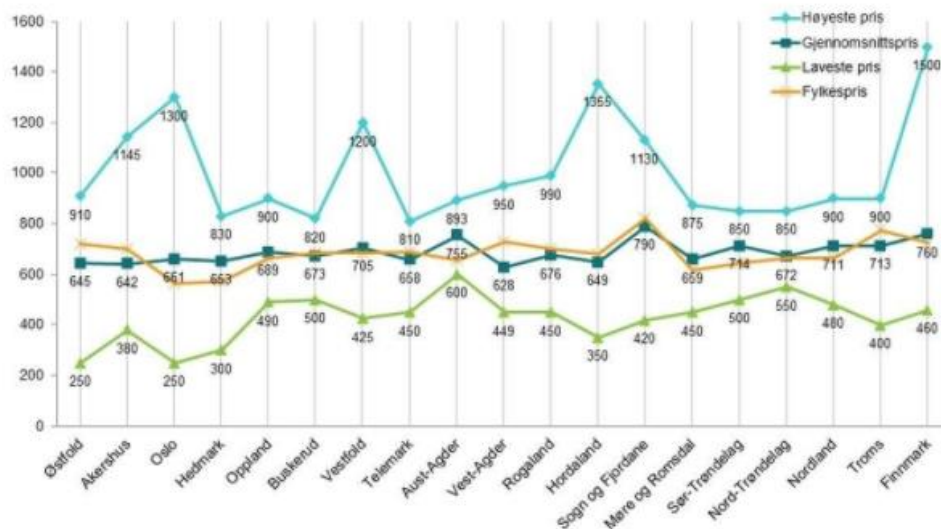
Informant E har merket dette: «*Tannlegene har hatt mye å gjøre nettopp fordi en del som før reiste til utlandet kunne ikke reise.*» (Informant E, 2021). Utenlandske aktører har dermed i mindre grad vært et alternativt substitutt under perioden med strenge reiserestriksjoner, hvilket tilsier at trusselen fra utlandet har vært lav.

Samlet sett finnes det billigere alternativer i den private tannklinikkbransjen i forhold til den offentlige, mens aktører i utlandet har vesentlig billigere priser enn private klinikker i Norge. Likevel konkluderer vi med at trusselen fra substitutter er lav, ettersom behandling i utlandet anses å være av dårligere kvalitet, samt at reiser til utlandet har vært begrenset i en lengre periode som følge av pandemien.

### 5.1.3 Kundernes forhandlingsmakt

I analysen av trussel fra inntrengere, fant vi at det er høye byttekostnader for kundene i tannklinikkbransjen, samt at produkt differensiering blant tannklinikkerne er til stede. Dette er begge former for markedssvikt som svekker konkurransen i bransjen, da de bidrar til at kundene har høyere insentiver til å være trofast mot sin nåværende tannklinikk. Ifølge Porter er dette forhold som vil redusere kundernes forhandlingsmakt.

Dersom vi studerer prisforskjellene i bransjen, kan vi få en indikasjon på hvorvidt priskonkurransen svikter eller ikke. Tidligere statistikk fra hvakostertannlegen.no viser enorme forskjeller i pris på landsbasis, innen samme fylke og innen samme kommune (Solberg, 2013). Prisforskjellene på en enkel undersøkelse er vist i figur 3.



Figur 3: Prisforskjeller på undersøkelse (Solberg, 2013).

Denne figuren viser hvor mye prisen varierer for en enkel undersøkelse med to røntgenbilder; fra 250 kroner hos en klinikk i Fredrikstad, til 1500 kroner hos en klinikk i Vadsø. Dette tilsvarer en prisdifferanse på 600%. Det faktum at prisforskjellene er så store, indikerer at priskonkurransen svikter i tannklinikkbransjen. Høye byttekostnader og produkt differensiering kan være forklaringer på dette, men en annen markedssvikt som kan forårsake store prisforskjeller er asymmetrisk informasjon. I det følgende vil vi analysere om denne formen for markedssvikt er til stede i den norske private tannklinikkbransjen.

Ifølge Grytten referert av Rodriguez (2006), er det skjevfordeling av informasjon mellom pasienter og tannleger i Norge. Dette støttes av en rapport laget for forbrukerrådet, som sier at det norske markedet for tannhelsetjenester i stor grad er utsatt for asymmetrisk informasjon (Oslo Economics, 2015). Som beskrevet i kapittel 3.1.3, vil ufullstendig informasjon øke kundenes søkekostnader, og derav dempe konkurranseintensiteten blant aktørene i markedet. Det er i hovedsak to forhold i forbindelse med asymmetrisk informasjon som øker søkekostnadene i tannklinikkbransjen; pasientene har ikke fullstendig informasjon om prisene, og pasientene har ikke god nok kunnskap om hvilken behandling de trenger (Oslo Economics, 2015). Vi vil starte med å analysere informasjonsskjevheter mellom tannleger og pasienter vedrørende priser, og hvordan det påvirker kundenes forhandlingsmakt.

Ifølge Lange referert av Hopland (2020), er tannhelsetjenester i Norge preget av at pasienten ikke vet hva de skal betale før etter at behandlingen er utført, og at sluttprisen omtrent er hemmelig for kunden. Etter forskriften om prisopplysninger på varer og tjenester beskrevet i kapittel 2.2, har tannleger plikt til å opplyse forbrukerne om sine priser. En undersøkelse utført av forbrukerrådet, konkurransetilsynet og media, viste imidlertid at mange tannleger ikke tilfredsstilte kravene til prisopplysning etter denne forskriften (Oslo Economics, 2015). Dette medfører at pasientene må bruke tid og ressurser på å søke etter priser, og-etttersom dette er kostbart, vil de ha høyere insentiver til å bli hos sin nåværende tilbyder fremfor å bytte. Av den grunn kan tannlegene utnytte lite prisbevisste kunder og fastsette en for høy pris. Dette bidrar til å redusere kundenes forhandlingsmakt og konkurransen i markedet.

Som et tiltak for å gjøre pasientene mer opplyst om prisene i tannklinikkbransjen, innførte konkurransetilsynet i 2013 en offentlig markedsportal kalt hvakostertannlegen.no. Ideen var at en bedre opplyst forbruker vil føre til økt konkurranse, lavere priser og et mer effektivt marked (Oslo Economics, 2015). En slik sammenligningstjeneste vil redusere kundenes søkekostnader, og overføre mer av verdiskapingen i markedet til kundene. Markedsportalen

---

ble imidlertid nedlagt i 2020 som følge av koronapandemien, og er enda ikke tilgjengelig. En alternativ, og mer tidkrevende, metode å sammenligne priser på, er at pasientene selv undersøker via klinikkens nettsider. I 2004 fant imidlertid Grytten, Holst og Skau (2004) at hele 95% av studiens utvalg, ikke hadde sjekket prisene hos ulike tannleger det siste året. Til tross for at dette kan ha endret seg frem til i dag, kan det likevel stilles spørsmål om hvorvidt tannklinikken har prisene tilgjengelig på sin nettside eller ikke. Informant E forklarer bransjens forhold til prisopplysning: *«Ifølge markedsføringsloven skal man ha tilgjengelige priser, men tannlegetjenester er også helsetjenester og er ikke det samme som for eksempel byggevare eller andre tjenester.»* (Informant E, 2021).

Som informant E trekker frem, faller tannlegetjenester også inn under helsetjenester, og betraktes dermed ikke som en typisk annen tjeneste. Dette innebærer at tannklinikker også må følge lov om markedsføring av helsetjenester, som har strengere vilkår enn den alminnelige markedsføringsloven. Ifølge helsepersonelloven, skal all markedsføring av helse- og omsorgstjenester være forsvarlig, nøktern og saklig (Helsepersonelloven, 1999, §13). Dette innebærer blant annet at markedsføringen ikke må inneholde opplysninger som kan villedde pasientene (Helsedirektoratet, 2018). Informant C forklarer hvorfor standardiserte prislister kan villedde pasientene: *«Det som er komisk med prislister, er at dersom det står priser for én flate, så kan en flate være veldig variabel avhengig av pasienten. Derfor har man ofte en minstepris, mediumspris og høy pris.»* (Informant C, 2021). Dette antyder at prisene for hver enkelt pasient er veldig varierende. Tilgjengelige prislister som er standardiserte kan derfor være misvisende, da prisen vil avhenge av pasientens dentale utgangspunkt, hvilket medfører at det blir krevende å opplyse om eksakt pris før behandlingen er gjennomført. Dermed kan dette være en forklaring på begrenset prisopplysning i bransjen, hvilket reduserer kundenes forhandlingsmakt.

En annen forklaring på svak prisopplysning i bransjen, kan være at tannleger er opptatt av det etiske aspektet ved tannbehandling og ikke ønsker å konkurrere om kundene på pris. Informant E sier følgende: *«Tannleger i Norge er generelt skeptisk til nettsider som hvakostertannlegen.no. Tannleger i Norge vil yte en helsetjeneste til folk, så de vil ikke at det skal gå på veldig mye på konkurranse i priser.»* (Informant E, 2021). Dette antyder at konkurranse om kundene gjennom priser går imot tannlegenes moralske verdier, da det er snakk om mennesker og ikke bare et sett med tenner. Det faktum at flere av informantene omtaler forbrukerne som pasienter og ikke kunder, støtter dette: *«Jeg kaller dem pasienter, ikke kunder.»* (Informant A, 2021) og *«Pasienter kaller jeg dem.»* (Informant C, 2021).

Informant E nevner imidlertid at slik konkurranse er annerledes i utlandet: *«Dersom man sammenligner med andre land er det konkurranse; blir mer kjøp og salg av tenner.»* (Informant E, 2021).

Diskusjonen ovenfor har pekt på årsaker til at informasjonsdelingen av pris mellom pasienter og kunder er ulik, hvilket kan forklare at kundenes forhandlingsmakt er lav. Slike informasjonsskjevheter kan også oppstå i forbindelse med kvalitet. Som tidligere diskutert under trussel fra inntrengere, er tannhelsetjenester et troverdighetsgode. Ettersom dette gjør det mer risikabelt for pasientene å bytte tannlege, bidrar det til å svekke konkurransen mellom tannklinikkene. Dermed vil også dette være et forhold som reduserer kundenes forhandlingsmakt.

Informasjonsskjevhetene mellom pasient og tannlege legger også til rette for at tannklinikkene kan utnytte pasientene sine. Informant E forklarer at det er forskjeller i hvordan priser bestemmes:

*«Noen velger å ha mindre inntjening og lønn til seg selv for å få flere kunder inn, mens andre sier at de vil ha gode priser for å få god inntjening og yter samtidig god kvalitet. Men kvaliteten er ikke nødvendigvis forskjellig, men de tenker sånn.»* (Informant E, 2021).

Med andre ord er det mulig for klinikkene å si at de differensierer seg på kvalitet, men kvaliteten er ikke nødvendigvis forskjellig mellom de med høye priser og de med lave priser. Denne muligheten oppstår nettopp fordi kundene ikke selv kan vurdere kvaliteten.

At pasientene ikke kan vurdere kvaliteten, muliggjør også overbehandling. Dette innebærer at tannlegene utfører behandlinger som i utgangspunktet ikke er nødvendig for pasienten. Informant E sier: *«Tannlegeforeningen jobber mye med å ikke overbehandle pasienter for å få flere kunder og penger.»* (Informant E, 2021). Det faktum at tannlegeforeningen, som er en profesjons- og fagforening for landets tannleger, jobber for å hindre overbehandling, taler for at det er et problem de ser tendenser til i Norge. Gjennom e-post fra en daglig leder i en tannklinikk, fikk vi nyttig informasjon tilknyttet dette problemet:

*«Jeg har gjennom bekjente i miljøet fått hørt om enkelte klinikker som har i kontrakten med tannlegene et krav om minimumsinntjening. Problemet med dette er det etiske, der du som tannlege har et problem dersom du ikke tjener den summen som er forventet*

---

*siden du har for få pasienter. Dette kan føre til at tannlegen strekker strikken og anbefaler unødvendige behandlinger. (...) Flere av mine venner har fått undersøkelser, fått beskjed om flere hull, sjekket det hos meg og fått bekreftet at dette ikke er tilfelle. Jeg greier ikke å si noe om dette er et bevisst valg av tannlegen, eller om det har med inkompetanse å gjøre.» (Informant G).*

Som vist i diskusjonen under trussel fra substitutter er dette et problem som er svært utbredt i utlandet, og det er rimelig å anta at det finnes tilfeller av overbehandling også i Norge. Slik overbehandling som følge av skjevfordelt informasjon, reduserer kundenes forhandlingsmakt.

Som et tiltak for å redusere informasjonsasymmetrien, finnes en nettside kalt legelisten.no. Her kan pasienter gi vurderinger av tannlegebesøket sitt (Legelisten, u.d.). Nettsiden gjør det dermed enklere å sammenligne kvalitet og kundenes tilfredshet med tannlegene. Dette tiltaket truer tannklinikkenes sin forhandlingsmakt overfor kundene, da trusselen for dårlige vurderinger eller anklager av for høye priser i forhold til konkurrenter kan virke negativt på tannklinikkenes. En slik nettside legger dermed press på lønnsomheten og kan hindre tannklinikker fra å utnytte sine pasienter. Følgelig øker legelisten.no kundenes forhandlingsmakt og konkurransen i bransjen.

Oppsummert har vi sett at informasjonsskjevhetene mellom pasient og tannlege i forbindelse med priser og kvalitet, kan være en forklaring på de store prisforskjellene observert i bransjen. Informasjonsskjevhetene tilrettelegger for at priskonkurransen i markedet svikter, og til tross for at legelisten.no forsøker å øke konkurransen, vurderes kundenes forhandlingsmakt som lav.

#### **5.1.4 Leverandørens forhandlingsmakt**

Private tannklinikker har i hovedsak behov for leverandører av tekniske maskiner og utstyr, IT-systemer, forbruksmateriell og service på maskiner. Intervjuobjektene bekrefter at det er vanlig å bruke samme leverandør for levering av alt fra teknisk utstyr til forbruksmateriell: «Vi har en fast leverandør som leverer alt fra uniter, røntgen og maskiner til dentale varer.» (Informant E, 2021). og «Har to hovedleverandører. Det ene er Plandent. (...) Er dem vi har kjøpt alt det store utstyret og også en del forbruksvarer, og så har vi serviceavtaler med dem.» (Informant D, 2021). At klinikkene bruker faste leverandører kan tyde på at de er lojale mot sine leverandører. Bransjen domineres likevel av et stort antall leverandører, og klinikker har derfor muligheten til å velge mellom mange. Dette bekreftes av Informant D:

*«Vi har mulighet til å velge mellom flere. Da det var svært landsmøte i Bergen med stor messe hvor de stilte ut utstyr osv. Da er det plenty av leverandører som prøver å lokke oss, de konkurrerer om oss.» (Informant C, 2021).*

Det faktum at bransjen har mange leverandører å velge mellom, trekker i retning av lav grad av forhandlingsmakt for leverandørene. På motsatt side er tannklinikker helt avhengig av varene og tjenestene som tilbys av leverandørene for å kunne drive en klinikk. Dette er dermed et forhold som styrker graden av leverandørmakt.

Da pandemien brøt ut i 2020 økte prisene på mye av forbruksmateriellet, som engangshansker og munnbind. Dette bekreftes av Informant A: *«Det kom prisøkning nå med korona. Visse ting gikk opp nesten 1000%, for eksempel hansker.» (Informant A, 2021).* Denne prisøkningen skyldtes at varer som i hovedsak leveres til tannklinikker og andre helsetjenester, brått ble etterspurt av andre næringer, samtidig som produksjonskapasiteten ikke strakk til (Bamvik & Stave, 2020). At leverandørene kunne øke prisen på forbruksmaterieell har bidratt til økt forhandlingsmakt for leverandørene.

Videre kan klinikkene velge mellom lokale leverandører, eller internasjonale leverandører som leverer utstyr på det globale marked (Tannhjulet.no, 2021a). Informant A forklarer at internasjonale aktører har stor makt:

*«Visse leverandører er så store at det spiller ingen rolle hva du som klinikk gjør. Dette taler for at de ikke bryr seg så veldig om langvarig samarbeid for alle. Dette er multimilliardbedrifter som lager stoler osv. på et globalt marked. Du som klinikk er ikke så viktig for de, siden de har så mange.» (Informant A, 2021).*

Dette taler for at den norske tannklinikbransjen er en bransje de store internasjonale aktørene ikke er avhengig av, da de har svært mange kunder. For internasjonale leverandører styrkes derfor graden av leverandørmakt. De mer lokale leverandørene i Norge derimot, vil være mer avhengig av de private tannklinikkene, og følgelig er deres leverandørmakt lavere.

Samlet sett anses leverandørmakten å være moderat, da bransjen på den ene siden har svært mange leverandører å velge mellom, men på den andre siden er helt avhengig av varene tilbudt fra leverandørene. De økte prisene som følge av pandemien, er også et forhold som har styrket leverandørenes forhandlingsmakt.



### 5.1.5 Intern rivalisering

Styrken til de fire ovennevnte faktorene vil sammen med konkurranseintensiteten i bransjen påvirke graden av intern rivalisering. I tabell 3 har vi oppsummert konklusjonen fra analysen av de øvrige konkurransekraftene.

Konkurransekrefter	Grad
Trussel fra inntrengere	Lav
Trussel fra substitutter	Lav
Kjøperens forhandlingsmakt	Lav
Leverandørenes forhandlingsmakt	Moderat

*Tabell 3: Oppsummering av konkurransekraftene*

Når det gjelder konkurranseintensiteten, kan et høyt antall aktører øke den interne rivaliseringen i bransjen. Ifølge Oslo Economics (2015), er markedet for tannhelsetjenester preget av et høyt antall tilbydere. Det finnes ingen eksakt oversikt over antall tannklinikker i Norge, men i databasen Proff (2021) er det som tidligere nevnt, registrert 5911 bedrifter innenfor tannhelse. Proff.no inkluderer imidlertid også et fåtall offentlige tannklinikker og tannleger som jobber hos klinikker, men eier sitt eget AS, i denne oversikten. Vi vurderer det likevel som en god indikasjon på at antall aktører i bransjen er høyt.

Konsentrasjonen av tannklinikkene er imidlertid skjevfordelt. Grytten, Skau og Holst (2002) fant at Oslo har den klart beste dekningen med 100% dekning over gjennomsnittet for fylkene, mens Finnmark har den svakeste dekningen på 67% under fylkesgjennomsnittet. I hovedsak skyldes denne skjevfordelingen innføringen av fri prissetting i 1995. Dette bidro til en betydelig honorarøkning de påfølgende årene, og det ble mulig for private tannleger å etablere seg i sentrale strøk til tross for en liten pasientportefølje. Som følge av dette, er tettheten av private tannleger størst rundt og i de store byene, og det er færre tannleger ute i distriktene (Lunder et al., 2004). For enkelte tettsteder er det så få private tannklinikker at de i stor grad har monopol på sitt område (Den norske tannlegeforenings Tidende, 2006). Denne skjevfordelingen legger derfor til rette for at den interne rivaliseringen varierer innad i landet.

Flere av intervjuobjektene bekrefter også at konsentrasjonen av tannklinikker er skjevfordelt. Informant D sier: «[Om konkurransen] Er veldig tett, jeg er jo i Trondheim sentrum så her er det vegg i vegg.» (Informant D, 2021). Informant C, plassert i en bydel i Trondheim, sier

imidlertid: «*De fleste tannlegeetableringer er i midtbyen i Trondheim. Peperet med praksiser der, tett i tett (...), vi har ingen andre i nærområdet.*» (Informant C, 2021). Også Informant B, som ligger i en bydel i Oslo, beskriver konkurransesituasjonen: «*Egentlig så er det ikke noe konkurranse. (...) så fra dag én har det ikke blitt oppfattet som noe veldig konkurransemiljø her.*» (Informant B, 2021). Informant B forklarer også hva som kan være årsaken til at konkurransen er høyere i de mer sentrale delene av Oslo:

*«På konkurranseutsatte steder som nede i Oslo sentrum, så tror jeg det er mye mer konkurranse og kniving om pasienter. Pasienter flytter mer på seg, de går til klinikker i byen fordi de jobber der, men så bytter de arbeidsplass og da bytter de tannlege. Er ikke så mye stabilitet kanskje på kundemassen i byen, så der tror jeg ofte det er litt om å gjøre å få folk inn døra, så da setter de prisen ned på undersøkelser.»* (Informant B, 2021).

Diskusjonen ovenfor impliserer dermed at konsentrasjonen av tannklinikker er høyere i storbyene, noe som legger til rette for økt konkurranse i disse områdene. I diskusjonen av de øvrige konkurransekraftene, har vi imidlertid sett tilstedeværelse av ulike former for markedssvikt i bransjen. Av den grunn vil ikke nødvendigvis et høyt antall aktører tilsi at den interne rivaliseringen er høy. Asymmetrisk informasjon, byttekostnader og produkt differensiering er alle former for markedssvikt som påvirker både kundenes forhandlingsmakt og etableringsbarrierene i tannklinikkenes favør, og derav reduserer den interne rivaliseringen. Eksempelvis vil de høye byttekostnadene redusere konkurransen da pasientene får lave insentiver til å bytte tannlege, og produkt differensieringen gjør det ikke kun krevende for potensielle nykommere å kapre pasienter fra eksisterende klinikker, men også krevende for de etablerte klinikkene å kapre kunder fra hverandre. I tillegg har vi sett at asymmetrisk informasjon bidrar til å svekke priskonkurransen mellom tannklinikkene i bransjen. At disse markedssviktene er til stede, støttes av en rapport som omtaler den norske tannhelsebransjen som et «fritt» yrke kjennetegnet av svak konkurranse og høye priser, der ulike former for markedssvikt hindrer tilstedeværelsen av perfekt konkurranse (Oslo Economics, 2015).

Basert på funnene fra de andre konkurransekraftene og vurderingen av konkurranseintensiteten, har vi samlet sett vurdert den interne rivaliseringen som lav. Til tross for at det er et høyt antall tannklinikker i bransjen, er det flere forhold som begrenser

---

konkurransen mellom klinikkene. Den interne rivaliseringen viser imidlertid antydninger til å være høyere i de mest sentrale delene av storbyene, enn utenfor.

## 5.2 Konklusjon konkurranseanalyse

Dette kapittelet har hatt til hensikt å besvare forskningsspørsmål 1:

*Hva karakteriserer konkurransesituasjonen til norske private tannklinikker?*

I den forbindelse har vi benyttet oss av Porters femfaktormodell for å vurdere faktorer ved bransjestrukturen som påvirker konkurransesituasjonen, og derav lønnsomhetsnivået i tannklinikklansjen. Modellen er brukt for å analysere hvordan verdiene som skapes i bransjen, fordeles mellom tannklinikker, pasientene og leverandørene. Vårt overordnede funn er at over halvparten av verdien som skapes i markedet kapres av tannklinikker, da styrken til alle konkurransekraftene utenom leverandørmakt, er vurdert som lav.

Fra analysen har vi identifisert trussel fra inntrengere og kundenes forhandlingsmakt som de konkurransekraftene som har størst utslag på konkurransesituasjonen. Trusselen fra inntrengere er vurdert som lav og i hovedsak skyldes dette at bransjen er preget av svært høye byttekostnader, som fungerer som en betydelig etableringsbarriere. Personlig tilknytning til tannlegen fører til økt lojalitet, samtidig som det oppstår en risiko ved å bytte tannlege, da tannhelsetjenester utgjør et troverdighetsgode. Muligheter for stordriftsfordeler hos kjedeklinikker og gruppepraksiser gjør det også vanskeligere for inntrengere å etablere seg. Dette, kombinert med at eksisterende aktører har trofaste pasientgrupper som følge av produktdifferensiering, og at det kreves store investeringer for å drive en klinikk, trekker i retning av at inntrengere ikke utgjør en stor trussel for markedets lønnsomhet.

Trusselen fra substitutter er også vurdert som lav, da det finnes billigere alternativer hos private tannklinikker i forhold til offentlige. For aktører i utlandet er prisene betydelig lavere, men det samme gjelder for kvaliteten. At reiser til utlandet har vært begrenset det siste året, bidrar også til at trusselen samlet sett anses som lav.

Videre er kundenes forhandlingsmakt vurdert som lav, og dette er i hovedsak basert på tilstedeværelsen av asymmetrisk informasjon. Vi har sett at det er store prisforskjeller i bransjen, hvilket kan forklares ved at priskonkurransen svikter fordi søkekostnadene er høye og at tannklinikker selv ikke ønsker slik konkurranse. Videre gjør informasjonsskjevhetene

tilknyttet kvalitet det kostbart for pasientene å bytte tannlege, samt at det er muligheter for at pasientene overbehandles eller utnyttes gjennom priser som ikke reflekterer kvaliteten og verdien av behandlingen. Høye byttekostnader tilknyttet lojalitet og produkt differensiering bidrar også til å redusere kundenes forhandlingsmakt.

Når det gjelder leverandørenes forhandlingsmakt, er denne vurdert til moderat. Vurderingen er basert på at tannklinikker er avhengig av varene og tjenesten som leverandørene tilbyr, samt at pandemien har bidratt til at leverandørene økte prisene på visse forbruksvarer. Til tross for dette, har klinikkene mange leverandører å velge mellom, hvilket betyr at konkurransen mellom leverandørene er høy. De internasjonale leverandørene er derimot ikke like avhengig av det norske tannklinikkmarkedet som de lokale leverandørene er.

Avslutningsvis har vi vurdert den interne rivaliseringen som lav. Til tross for at et høyt antall aktører i markedet legger til rette for høy intern rivalisering, er det vurderingen av de andre konkurransekraftene som reduserer den interne rivaliseringen betraktelig. I hovedsak er det tilstedeværelsen av ulike former for markedssvikt som svekker konkurransen og tilrettelegger for et lønnsomhetspotensial for bransjen. Hvorvidt god lønnsomhet er tilfellet eller ikke, vil vi undersøke ved å analysere regnskapstall for bransjen i neste kapittel.

---

## 6. Analyse av dagens lønnsomhetsnivå

Dette kapittelet har til hensikt å vurdere dagens lønnsomhetsnivå i den norske private tannklinikkbransjen. Analysen tar utgangspunkt i regnskapstall fra et utvalg på 114 norske private tannklinikker i perioden 2018 – 2020. For å vurdere lønnsomheten, vil vi først gjennomgå de postene vi anser som mest sentrale fra resultatregnskapet. Her vil vi se på absolutte størrelser, samt forholdstall i form av en common size-analyse. Videre har vi beregnet nøkkeltallene driftsmargin og totalkapitalrentabilitet, som kan gi oss ytterligere informasjon om bransjens lønnsomhet. Avslutningsvis har vi gjort en vurdering av pandemiens effekt på lønnsomheten. Analysen danner grunnlag for å besvare forskningsspørsmål 2:

*Hvordan er lønnsomhetsnivået til norske private tannklinikker i dag?*

### 6.1 Sentrale poster i resultatregnskapet

I det følgende vil vi presentere sentrale poster i resultatregnskapet for utvalget vårt. Vi vil først se på regnskapet i absolutte størrelser for å få et inntrykk av bransjens størrelsesforskjeller. Vi velger å definere klinikkens størrelse ut ifra størrelse på omsetning. Den resterende delen av analysen vil i hovedsak være basert på forholdstall, da de absolutte størrelsene vil vise at utvalget består av mange klinikker av ulik størrelse. Analysen er basert på gjennomsnittsverdier for 2018 – 2020, og vi har beregnet minsteverdi, gjennomsnittsverdi, medianverdi og maksverdi for hele utvalget. Vi gjør oppmerksom på at verdiene i kolonnene for minste- og maksverdi ikke kan sees i sammenheng med hverandre. Kolonnene representerer nemlig ikke én bestemt klinikk, da vi har sett på største og minste verdi for hver regnskapspost. Alle tall fra tabellene er oppgitt i hele 1000.

### 6.1.1 Analyse av absolutte tall

	Min	Gj.snitt	Median	Maks
Salgsinntekter	779	10663	6575	53095
Annen driftsinntekt	-15	499	43	15665
<b>Sum Driftsinntekter</b>	<b>779</b>	<b>11161</b>	<b>7455</b>	<b>53341</b>
Varekostnader	2	3877	1992	25218
Lønnskostnader	322	3487	2215	28220
Ordinære avskrivninger	0	425	191	4733
Andre driftskostnader	255	2325	1536	17972
<b>Driftsresultat</b>	<b>-631</b>	<b>1158</b>	<b>675</b>	<b>7476</b>

Tabell 4: Analyse med absolutte tall

Tabell 4 fremstiller de absolutte størrelsene. Fra tabellen fremkommer det at vi analyserer en bransje med betydelige størrelsesforskjeller. De totale driftsinntektene er i underkant av 800 000 kroner for den minste klinikken, og i overkant av 53 millioner kroner for den største klinikken. Den gjennomsnittlige omsetningen utgjør rundt 11 millioner kroner, mens medianen er på ca. 7,5 millioner kroner. Etersom medianen for omsetningen er lavere enn gjennomsnittlig omsetning, tyder det på at utvalget inneholder noen store klinikker som drar gjennomsnittet betydelig opp.

### 6.1.2 Common size-analyse

Videre har vi gjennomført en common size-analyse som ser på de viktigste driftsrelaterte postene i forhold til omsetningen.

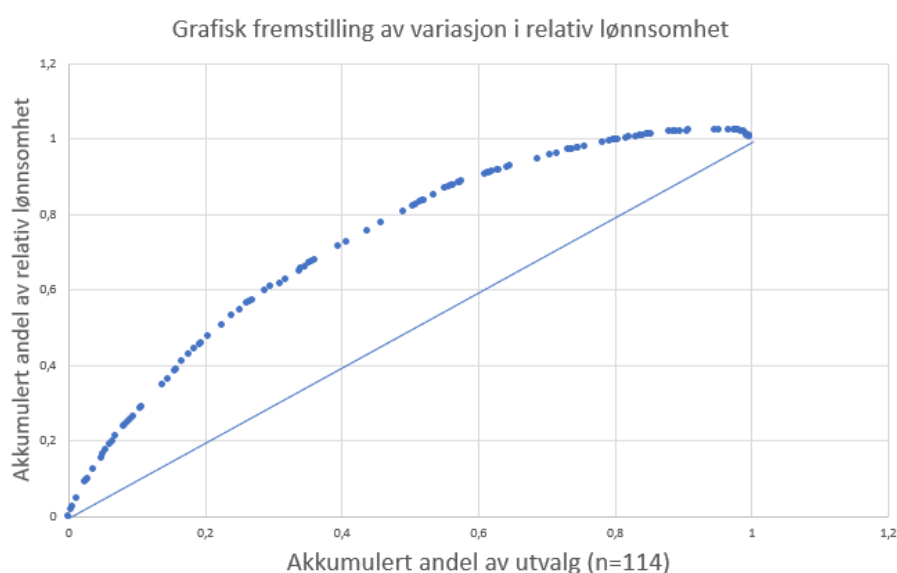
	Min	Gj.snitt	Median	Maks
Salgsinntekter	47%	96%	88%	100%
Annen driftsinntekt	0%	4%	1%	53%
<b>Sum Driftsinntekter</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
Varekostnader	0%	35%	27%	71%
Lønnskostnader	10%	31%	30%	62%
Ordinære avskrivninger	0%	4%	3%	24%
Andre driftskostnader	6%	21%	21%	78%
<b>Driftsmargin</b>	<b>-28%</b>	<b>10%</b>	<b>9%</b>	<b>39%</b>

Tabell 5: Common size-analyse

Tabell 5 viser resultatet av common size-analysen for vårt utvalg. Resultatet viser at den gjennomsnittlige driftsmarginen i bransjen for 2018 – 2020 er på 10%. En gjennomsnittlig driftsmargin på 10% støtter tidligere argumentasjon om at lønnsomheten ligger over det vi

tidligere har omtalt som frikonkurransenavkastningen. Fra analysen fremkommer det også at det er betydelige lønnsomhetsforskjeller i bransjen. Den laveste driftsmarginen er på -28%, og den høyeste strekker seg til hele 39%. Mulige årsaker til disse lønnsomhetsvariasjonene vil vi komme tilbake til i neste kapittel.

Variasjonene i relativ lønnsomhet kan også fremstilles grafisk ved hjelp av en Stobachoff-kurve. Her rangeres de ulike klinikkene etter relativ lønnsomhet. Den med høyest lønnsomhet er rangert først, deretter den med nest høyest lønnsomhet, osv. Langs x-aksen måler vi hvor stor andel av omsetningen en klinikk har av den totale omsetningen i utvalget, i akkumulerte termer. Langs y-aksen vises det akkumulerte driftsresultatet i prosent av utvalgets totale driftsresultat. Stobachoff-kurven er fremstilt i figur 4.



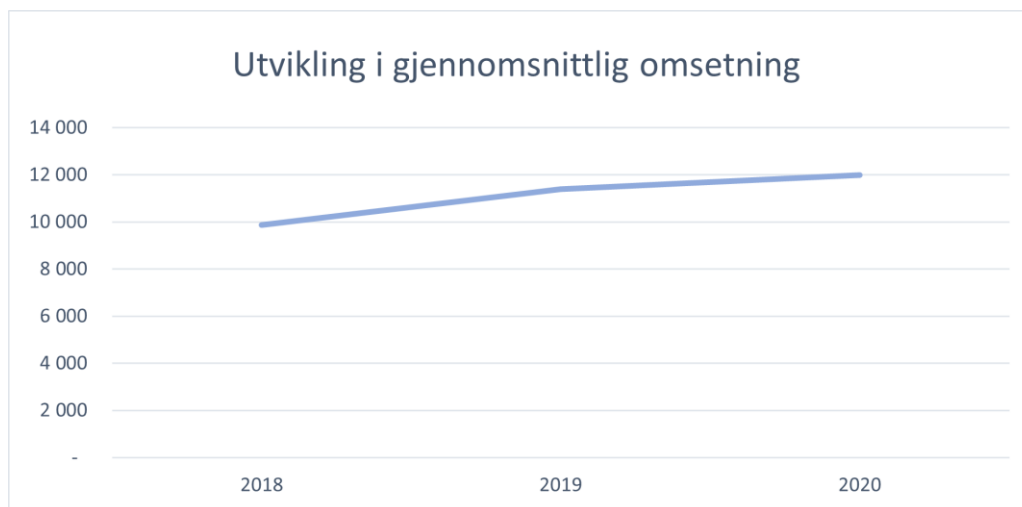
*Figur 4: Stobachoff-kurven*

Kurven viser hvor stor andel av klinikkene som genererer fortjeneste, og hvor stor andel som generer tap. Andelen som genererer tap, vil vises som en liten «dupp» på slutten av kurven. Da denne duppen er relativt liten, betyr det at svært få av klinikkene i utvalget har negativt resultat og trekker ned bransjens lønnsomhet. At bransjens lønnsomhet er god, blir derfor ytterligere bekreftet gjennom Stobachoff-kurven. Videre viser grafen at 20% av klinikkene i bransjen står for ca. 50% av det totale driftsresultatet. Med andre ord er det noen få klinikker som står for en stor andel av den totale lønnsomheten., hvilket tyder på lønnsomhetsvariasjoner.

## Omsetning

Vi merker oss at salgsinntekter utgjør en betydelig andel av de totale driftsinntektene, med en gjennomsnittsverdi på 96%, mens annen driftsinntekt kun utgjør 4%. Dette taler for at klinikkenes inntekter i hovedsak stammer fra salg av tannhelsetjenester. Det kan imidlertid nevnes at minsteverdien til annen driftsinntekt ligger på 0%, mens maksverdien ligger på 53%. Hva årsaken til disse forskjellene skyldes vet vi ikke, men en mulig forklaring kan være at det ikke er en generell praksis for hvordan driftsinntekter skal føres i regnskapet. Dette er imidlertid bare antakelser fra vår side.

Videre ønsker vi også å undersøke hvordan de totale driftsinntektene har utviklet seg gjennom analyseperioden. Dette er fremstilt i figur 5. Av figuren ser vi at det har vært en jevn økning i bransjens gjennomsnittlige omsetning de siste tre årene, med en økning på litt over 2 millioner kroner fra 2018 til 2020. I tillegg merker vi oss en positiv utvikling i gjennomsnittlig omsetning fra 2019 til 2020, til tross for at koronapandemien brøt ut i samfunnet. Vi vil komme tilbake til pandemiens effekt på tannklinikkenes lønnsomhet i kapittel 6.3.

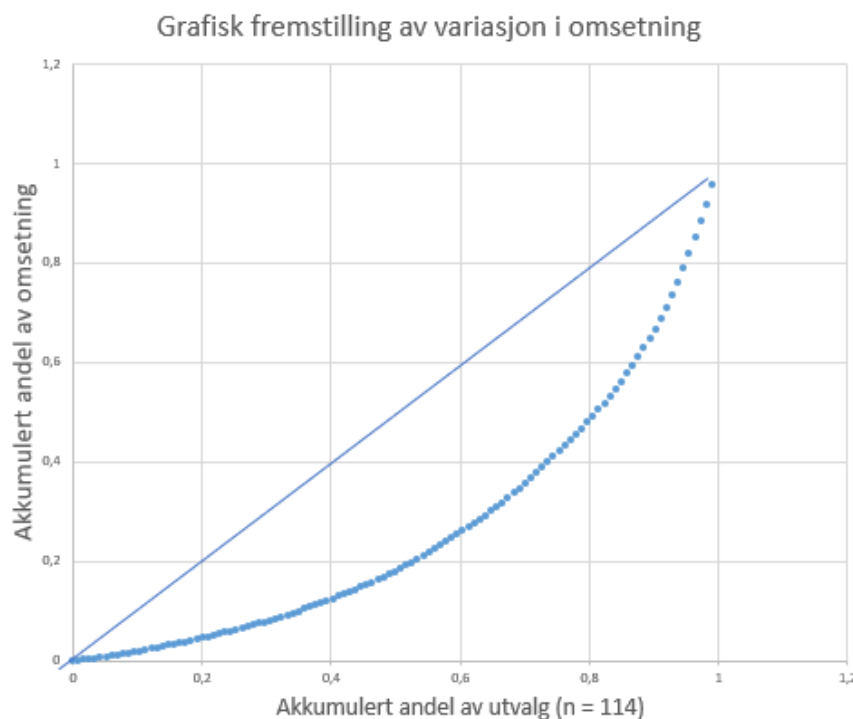


Figur 5: Utvikling i gjennomsnittlig omsetning

Videre har vi illustrert variasjonen i totale driftsinntekter ved hjelp av en Lorenz-kurve, fremstilt i figur 6. Grafen ser på variasjonene ved å beregne akkumulerte verdier for omsetningen til utvalget. Tannklinikken med lavest omsetning befinner seg lengst til venstre på den horisontale aksene, og de med høyest omsetning lengst til høyre. Dersom alle klinikkene hadde vært like store, ville Lorenz-kurven vært lik den diagonale linjen. Da hadde 40% av klinikkene stått for 40% av inntektene osv. Vi ser imidlertid at 50% av klinikkene kun står for ca. 20% av inntektene. Dette taler for at utvalget består av mange små klinikker med relativt



lav omsetning, og noen store klinikker med relativt høy omsetning. Dette kan sees ved at kurven lenge har et lavt stigningstall før den stiger mot slutten. Dermed bekreftes også størrelsesforskjeller gjennom Lorenz-kurven.



*Figur 6: Lorenz-kurven*

### ***Kostnader***

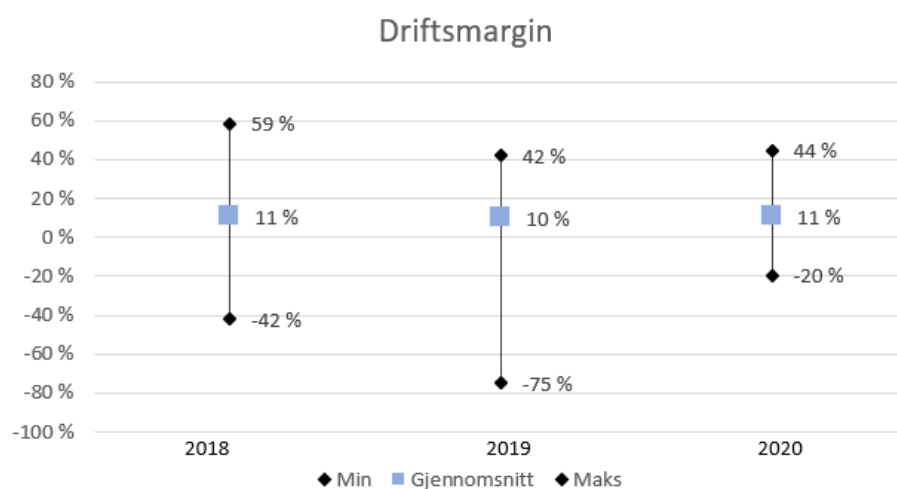
De største kostnadspostene i tannklinikkbransjen er varekostnader og lønnskostnader, da disse utgjør henholdsvis 35% og 31% av totale driftsinntekter. I tillegg merker vi oss at det er store forskjeller i hvor mye kostnadene utgjør. Minsteverdien er på henholdsvis 0% og 10%, og maksverdien på 71% og 62%. Store variasjoner i kostnadene tyder på at kostnadsnivået kan forklare lønnsomhetsforskjellene, noe vi vil komme tilbake til i neste kapittel. Når det gjelder de ordinære avskrivningene, er disse svært lave da de utgjør kun 4% av sum driftsinntekter. Dette kan forklares ved at flere leaser utstyr istedenfor å kjøpe. At leasing er vanlig i tannklinikkbransjen, fikk vi bekreftet gjennom intervjuene: «På større utstyr har vi i økende grad leaset de senere årene.» (Informant D, 2021), «Jeg har gjort begge deler, ca. 50:50.» (Informant A, 2021) og «[Om leasing] Begge deler.» (Informant E, 2021). Det fremkommer imidlertid at det er store forskjeller i ordinære avskrivninger, ettersom minsteverdien er på 0% og maksverdien på 24%. Dette taler for at leasing av utstyr er svært varierende i bransjen.

## 6.2 Nøkkeltallanalyse

### 6.2.1 Driftsmargin

Videre ønsker vi å se nærmere på nøkkeltallet driftsmargin, da vi anser dette som et godt nøkkeltall for å vurdere bransjens lønnsomhet. Driftsmarginen viser driftsresultatet som en prosentandel av driftsinntektene, og formelen er vist under:

$$\text{Driftsmargin} = \frac{\text{Driftsresultat}}{\text{Sum Driftsinntekter}}$$



*Figur 7: Utvikling i driftsmargin*

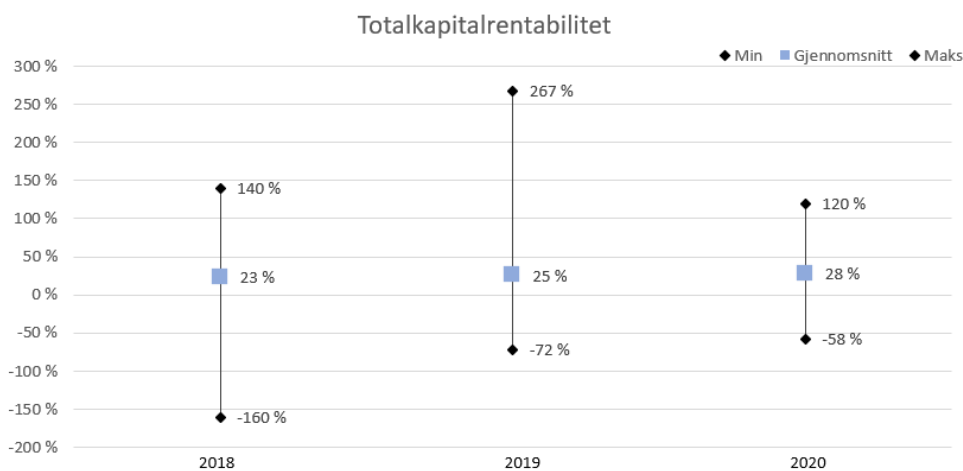
Figur 7 viser utviklingen i gjennomsnittlig driftsmargin for hele utvalget i perioden 2018 til 2020. Vi ser at tannklinikkbansjen har hatt en stabil utvikling for 2018, 2019 og 2020, på henholdsvis 11%, 10% og 11%, noe som tyder på at det generelle lønnsomhetsnivået er godt. Det er i tillegg store forskjeller mellom minsteverdi og maksverdi for alle årene, hvilket bekrefter at lønnsomhetsforskjellene er store. Sammenligner vi med driftsmargin for ikke-finansielle aksjeselskaper i Norge, ligger tannklinikkbansjen på samme nivå til litt over, da driftsmarginen for alle næringer i 2018, 2019 og 2020 var på henholdsvis 10%, 9% og 7%. Driftsmarginen for helse- og sosialtjenester var på 8%, 7% og 9% i henholdsvis 2018, 2019 og 2020, hvilket betyr at tannklinikkbansjens lønnsomhet kan sies å være noe bedre enn for den samlede helse- og sosialtjenesten (SSB, 2021b).

## 6.2.2 Totalkapitalrentabilitet

Et mye brukt nøkkeltall for å vurdere lønnsomhet er total kapitalrentabilitet (heretter TKR). TKR viser hvor stor avkastning en bedrift har hatt på den totale, investerte kapitalen. Formelen under viser beregningen av nøkkeltallet:

$$TKR = \frac{EBIT}{Totalkapital}$$

Resultatet som legges til grunn er «Earnings Before Interest and Taxes» (EBIT), og utgjør driftsresultatet pluss finansinntekter før skatt. Finansinntekter inkluderes sammen med driftsinntekter fordi de er en del av bedriftens totale avkastning. Av samme grunn trekkes ikke finanskostnadene fra, da det er ønskelig å se den totale inntekten tilgjengelig til å betale for den totale kapitalen i selskapet, altså både egenkapital og gjeld (Bergstrand, 2009). Totalkapital er beregnet ved å ta gjennomsnittet av inngående og utgående balanse. Grunnen til at gjennomsnittlig total kapital benyttes, er fordi total kapitalen vil endre seg i løpet av perioden, og dermed vil gjennomsnittet gi et mer rettviseende bilde.



Figur 8: Utvikling i total kapitalrentabilitet

Figur 8 illustrerer utviklingen i TKR i perioden 2018 til 2020. Vi ser at gjennomsnittlig TKR har hatt en svak stigende trend, fra 23% i 2018 til 28% i 2020. Dette antyder at lønnsomheten i bransjen øker fra år til år. Minsteverdien har også redusert seg betraktelig fra 2018 til 2020. Sammen med økningen i gjennomsnittlig TKR, tyder dette på god lønnsomhet i bransjen, og samsvarer med våre tidligere analyser. I tillegg viser spredningen mellom maksimalverdi og minsteverdi at det er store lønnsomhetsvariasjoner innad i bransjen. Dersom vi sammenligner TKR i tannklinikkbansjen med TKR i andre næringer, kan bransjens lønnsomhet forsvares

ytterligere. TKR for ikke-finansielle aksjeselskaper i alle næringer i Norge var i 2018, 2019 og 2020 på henholdsvis 9%, 8% og 5%. For helse- og sosialtjenester lå TKR på 8,1%, 7,6% og 9,4% for henholdsvis 2018, 2019 og 2020 (SSB, 2021b). Basert på dette nøkkeltallet, anses derfor lønnsomheten i tannklinikkbransjen å være betydelig høyere sammenlignet med gjennomsnittet for alle næringer i Norge. I tillegg har tannklinikker betydelig bedre lønnsomhet enn helse- og sosialtjenester samlet sett, og dette tyder på at tannklinikkene trekker opp TRK for den samlede helse- og sosialtjenesten.

### 6.3 Koronapandemiens effekt på dagens lønnsomhetsnivå

Til nå har vi sett på dagens lønnsomhetsnivå ved å analysere regnskapstall for 114 private tannklinikker i perioden 2018 – 2020. Basert på analysene har vi konkludert med at dagens lønnsomhet til norske private tannklinikker er god. Vi har imidlertid ikke tatt i betraktning at koronapandemien brøt ut i år 2020, og derfor ønsker vi å undersøke om dagens lønnsomhetsnivå har vært påvirket av pandemien.

Da pandemien brøt ut og Norge stengte ned 12. mars 2020, var de private tannklinikkene en av mange næringer som ble rammet av nedstengningen. Flere av informantene forklarte at de måtte holde klinikken stengt i en kort periode: «*Vi stengte helt ned i seks uker. Det påvirket nok veldig både driften og lønnsomheten de første månedene.*» (Informant C, 2021), «*Var jo en periode hvor det ikke var lov å ta inn pasienter, men allikevel akutte pasienter som vi måtte tilby hjelp. Så var en ganske kort periode.*» (Informant E, 2021) og «*Har vært tøft fordi det har vært stengt i perioder.*» (Informant F, 2021). Siden klinikkene måtte stenge ned for en kort periode, antas dette å ha hatt en innvirkning på lønnsomheten ettersom de faste kostnadene fortsatte å løpe. «*Så kom pandemien, og da har jo vi 500 000 utgifter i måneden. Selv om vi permitterte sekretærene så satt vi med mye kostnader som var løpende uansett.*» (Informant B, 2021).

I tillegg til at faste kostnader fortsatte å løpe mens klinikkene holdt stengt, har også utgifter økt som følge av økte smittevernstiltak. Økte utgifter påvirker lønnsomheten negativt, alt annet like. Dette har medført at mange klinikker har lagt til et hygienetillegg på prisene sine. Dette tillegget har variert fra 100 kr til 750 kr (Løf, 2020). Informant B har lagt til et slikt hygienetillegg i sin klinikk:

---

*«Vi har økte utgifter, det har gått opp veldig (...) så vi har lagt til et hygienetillegg, det har vi ikke hatt før. Vi beregnet det ut ifra hva de økte utgiftene var på sånn engangsutstyr, artikler, at vi må kle på oss selv, ekstra klor, såpe og sprit, ekstra hansker, visir og alt dette, og så beregnet vi hva slags pris vi måtte ta på det, og den ligger nå på 200 kr per pasient.» (Informant B, 2021).*

Videre presiserer Informant B at hygienetillegget har kommet for å bli:

*«Vi har laget et lite notat på venterommet om at det er kommet for å bli, men det kan svinge i takt med statusen ute i samfunnet og smittevernet som vi er pålagt. Så det kommer til å gå ned når ting endrer seg i samfunnet, men om vi kommer til å ta det helt bort det vet jeg ikke, fordi noe av de økte utgiftene våre har også kommet for å bli.» (Informant B, 2021).*

Hvorvidt klinikkene har valgt å kompensere for de økte utgiftene i form av hygienetillegg eller ikke, varierer. I motsetning til Informant B, forklarer Informant D og Informant A at de ikke har lagt til et hygienetillegg:

*«Vi har valgt å ikke ta noe tillegg. Jeg satte opp prisene 5% når pandemien begynte og det dekker på ingen måte den ekstra kostnaden i den perioden. Jeg tenkte at vi får ta tapet på lang sikt, fordi pasientene har ikke noe stor forståelse for det. At man får en tilleggsavgift på 750 kr, som jeg tror var beregningen fra regnskapskontoret på ekstrakostnad per pasient per besøk. Det er voldsomt, det er det en del som har lagt på, men det har vært veldig upopulært.» (Informant D, 2021).*

*«Jeg hadde flaks fordi jeg hadde bestilt inn masse på forhånd, en gigantisk bestilling, og hadde derfor ikke noe hygienetillegg siden jeg ikke hadde ekstra kostnader.» (Informant A, 2021).*

Til tross for nedstengningen og økte utgifter, ser ikke pandemien ut til å ha hatt store negative effekter på lønnsomheten om vi legger regnskapsanalysen til grunn. Som vist i kapittel 6.2 har driftsmarginen holdt seg på samme nivå for 2020 som for 2018 og 2019, og TKR har hatt en jevn stigning. Vi antar dette skyldes kun en kort periode med nedstengning, samt at flere har valgt å innføre hygienetillegget som kompensasjon for de økte utgiftene. Det viser seg også at klinikkene har hatt nok med pasienter også etter at pandemien brøt ut. Flere av informantene forklarer at da klinikkene åpnet igjen, hadde de svært mye å gjøre: *«Etter vi åpnet igjen etter*

*mars så hadde jeg ikke fri nesten. (...) Har fortsatt ikke tatt igjen alt etter korona.»* (Informant A, 2021) og *«Siden vi har kommet tilbake har vi vært ganske opptatt.»* (Informant E, 2021). Med andre ord har klinikkene hatt fulle timebøker selv også under pandemien. Dette kan forklares av flere grunner. Den mest naturlige er at pasienter som har unnlatt å dra til tannlegen når smittetrykket har vært som verst, har kommet tilbake når samfunnet gradvis har åpnet igjen:

*«Det er flere som har utsatt timene sine fordi de ville vente med å dra til midtbyen, ville unngå kollektivtrafikk. Har tenkt at vi venter litt, den årlige undersøkelsen går sikkert bra å vente med. Så i høst har jeg hatt en del som ikke har vært her siden 2019.»* (Informant D, 2021).

En annen årsak til at tannklinikene har hatt mye å gjøre, kan skyldes at flere har valgt å bruke penger på egen helse, da de i mindre grad har kunnet investere i opplevelser under pandemien:

*«Jeg har gjort relativt store behandlinger før, men aldri så mye som under korona. Jeg tror at mennesker ikke har kunnet bruke penger på utenlandsreiser, og derfor har reparert tennene som de lenge har tenkt på. Er pasienter som selv kommer nå og vil gjøre behandlinger vi har snakket lenge om.»* (Informant A, 2021).

Vi må imidlertid presisere at dette kun er en subjektiv antakelse fra Informant A. Vi mener likevel det er rimelig å anta at befolkningen har hatt bedre råd under pandemien, og derav hatt muligheten til å prioritere egen tannhelse i større grad enn tidligere.

En siste forklaring kan også skyldes nye vaner som følge av pandemien. Informant E har spesielt lagt merke til mer småspising og drikking ettersom befolkningen har oppholdt seg mer hjemme:

*«Jeg ser også nå at det er mye mer hull i tennene på de som ikke har vært hos tannlegen siden før korona. Tror det har noe med at folk sitter mer hjemme og da forandrer man på rutiner. Småspiser og drikker mer og da kommer det hull fortere. Når man forandrer på rutiner, kan det gå utover helse. Jeg kan skille mellom kariesangrep som har foregått over mange år, og det som har skjedd veldig fort. Ser flere kariesangrep nå som har gått veldig fort. Pasienter sier at de var her sist rett før korona, når jeg åpner opp ser jeg at det er kariesangrep som har gått veldig fort fordi de er myke. (...) Jeg merker at det er mer hull nå enn før.»* (Informant E, 2021).

---

Ved strenge smittetiltak har det vært begrenset hvor mye en kan gjøre utenfor sitt eget hjem, hvilket har ført til at mange sitter mer hjemme enn tidligere. Som beskrevet av Informant E, har kombinasjonen av å sitte hjemme og mer småspising, bidratt til flere hull hos befolkningen og følgelig et større behov for å besøke tannlegen.

Samlet sett har koronapandemien medført en kort periode med nedstengning, samt økte utgifter på grunn av smittevernstiltak. Til tross for at dette kan ha påvirket lønnsomheten negativt, finner vi at driftsmarginen og TKR har holdt seg på samme nivå i 2020 som for 2018 og 2019, samt at klinikkene har hatt nok med pasienter også under pandemien. Basert på regnskapsanalysen og intervjuene, er det få antydninger til at pandemien har hatt en betydelig negativ effekt på lønnsomheten i tannklinikkbransjen.

## 6.4 Konklusjon dagens lønnsomhetsnivå

Formålet med dette kapittelet har vært å besvare forskningsspørsmål 2:

*Hvordan er lønnsomhetsnivået til norske private tannklinikker i dag?*

For å vurdere lønnsomhetsnivået til bransjen i dag, har vi benyttet oss av regnskapstall fra 114 private tannklinikker for perioden 2018 – 2020. Basert på absolutte størrelser, fant vi at det er betydelige størrelsesforskjeller i bransjen. Vi fant også gjennom common size-analysen at bransjen preges av store lønnsomhetsforskjeller. Driftsmarginens minste verdi ligger på -28%, og maksverdien på 39%. Videre er gjennomsnittlig driftsmargin på 10% for alle tre årene, noe som antyder at lønnsomheten er god. Gjennomsnittlig omsetning har hatt en jevn økning i perioden, og vi fant at varekostnadene og lønnskostnadene utgjør de største kostnadspostene for bransjen.

Et godt lønnsomhetsnivå ble bekreftet gjennom nøkkeltallanalysen, hvor vi gikk mer i dybden på driftsmargin. Totalkapitalrentabiliteten har hatt en jevn økning fra 2018 til 2020, og begge nøkkeltallene ligger over gjennomsnittet for ikke-finansielle aksjeselskaper i alle næringer, samt helse- og sosialtjenesten i samme periode. Basert på disse sammenligningene over tid og med andre bransjer, har vi konkludert med at lønnsomheten i tannklinikkbransjen er god.

Avslutningsvis har vi sett på koronapandemiens effekt på lønnsomhetsnivået. Tannklinikkerne ble pålagt å holde stengt i en kort periode fra mars 2020, og pandemien har medført økte utgifter som følge av økt smittevern. Til tross for dette har tannlegene hatt det travelt under

pandemien, og driftsmarginen og TKR har holdt seg stabil i hele analyseperioden. Vi har derfor konkludert med at pandemien ikke ser ut til å ha hatt en betydelig negativ effekt på lønnsomheten.



## 7. Analyse av lønnsomhetsvariasjoner

I kapittel 6 fant vi at det er store lønnsomhetsvariasjoner innad i bransjen. Formålet med dette kapitlet, er derfor å vurdere hvilke faktorer som kan bidra til å forklare disse lønnsomhetsvariasjonene. Analysen baserer seg på Porter og Rileys teorier om kostnadsdrivere. Ved å ha studert tannklinikkbransjen, samt innhentet informasjon fra intervjuobjektene, har vi identifisert fem kostnadsdrivere som kan forklare lønnsomhetsforskjellene i bransjen. Dette er *kapasitetsutnyttelse*, *stordriftsfordeler*, *kompleksitet*, *erfaring* og *teknologi*. Vi har også valgt å studere klinikkenes inntekter, ved å undersøke hvordan valg vedrørende prising og kunder kan føre til lønnsomhetsforskjeller. Analysen danner dermed grunnlag for å besvare forskningsspørsmål 3:

*Hvilke faktorer kan bidra til å forklare eventuelle lønnsomhetsvariasjoner mellom norske private tannklinikker?*

### 7.1 Analysens utvalg

Før vi skal analysere lønnsomhetsvariasjonene, vil vi kort beskrive klinikkene som utgjør utvalget for den videre analysen. Klinikene er presentert i tabell 6. Antall pasientjournaler og antall årsverk utgjør gjennomsnittstall for årene 2018 – 2020.

	Lokalisering	Oppstartsår	Eierskap	Antall pasientjournaler	Antall årsverk
<b>Klinikk A</b>	Hamar	2011	Frittstående	3467	8
<b>Klinikk B</b>	Oslo	2007	Frittstående	3778	5,3
<b>Klinikk C</b>	Trondheim	1962	Frittstående	925	2,5
<b>Klinikk D</b>	Trondheim	2004	Frittstående	6237	5,5
<b>Klinikk E</b>	Bergen	2014	Kjede	x	x
<b>Klinikk F</b>	Kristiansand	2018	Kjede	6055	18

*Tabell 6: Utvalg*

For å kunne vurdere hvilke faktorer som kan forklare lønnsomhetsvariasjonene innad i bransjen, er vi avhengig av et utvalg med ulike karakteristika. Tabell 6 viser at utvalget varierer med hensyn til lokasjon, etableringsår, antall pasientjournaler og antall årsverk. I tillegg er Klinikk A, B, C og D frittstående klinikker, mens klinikk E og F inngår i hver sin kjede. Ettersom kun tall for hovedkontoret var tilgjengelig for klinikk E, og informanten ikke hadde

mulighet til å sende oss regnskapstall for den spesifikke klinikken, mangler vi flere opplysninger fra klinikken. Av den grunn vil videre beregninger i analysen baseres på de øvrige klinikkene i utvalget. Den kvalitative dataen fra Informant E er imidlertid inkludert i analysen, da informanten representerte en kjedeklinikk og informasjonen var nyttig for utredningen. Tabell 7 viser en oversikt over gjennomsnittlige absolutte tall for 2018 – 2020, samt en common size-analyse av klinikkene. Alle tall er oppgitt i 1000.

	Klinikk A	Klinikk B	Klinikk C	Klinikk D	Klinikk F
Salgsinntekter	8249	3245	3193	6818	37727
Annen driftsinntekt	60	410	59	(-)15	0
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>8310</b>	<b>3655</b>	<b>3251</b>	<b>6804</b>	<b>37727</b>
Varekostnad	3883	1193	331	2019	6075
Lønnskostnader	1760	961	1456	2342	20107
Ordinære avskrivninger	587	137	30	611	1969
Andre driftskostnader	1826	1260	953	1712	2102
<b>Driftsresultat</b>	<b>254</b>	<b>105</b>	<b>482</b>	<b>119</b>	<b>7476</b>
Salgsinntekter	99 %	87 %	98 %	100 %	100 %
Annen driftsinntekt	1 %	13 %	2 %	0 %	0 %
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
Varekostnad	46 %	32 %	10 %	27 %	16 %
Lønnskostnader	21 %	27 %	45 %	36 %	53 %
Ordinære avskrivninger	7 %	4 %	1 %	8 %	5 %
Andre driftskostnader	22 %	35 %	29 %	26 %	6 %
<b>Driftsmargin</b>	<b>3 %</b>	<b>3 %</b>	<b>14 %</b>	<b>2 %</b>	<b>20 %</b>

*Tabell 7: Analyse av utvalget*

Fra tabellen ser vi at det er store forskjeller i størrelse på klinikkene. Klinikk F har størst gjennomsnittlig omsetning på ca. 37 millioner, og klinikk C er den minste klinikken med en gjennomsnittlig omsetning på i overkant av 3 millioner. Klinikk F og klinikk C er også de mest lønnsomme klinikkene i utvalget, med en gjennomsnittlig driftsmargin på henholdsvis 20% og 14%. De skiller seg fra de øvrige klinikkene som har en driftsmargin rundt 2 – 3%, hvilket betyr at lønnsomhetsforskjellene i utvalget er betydelige. Vi merker oss at de to mest lønnsomme klinikkene har en lavere andel varekostnader, og en høyere andel lønnskostnader, sammenlignet med de andre.

---

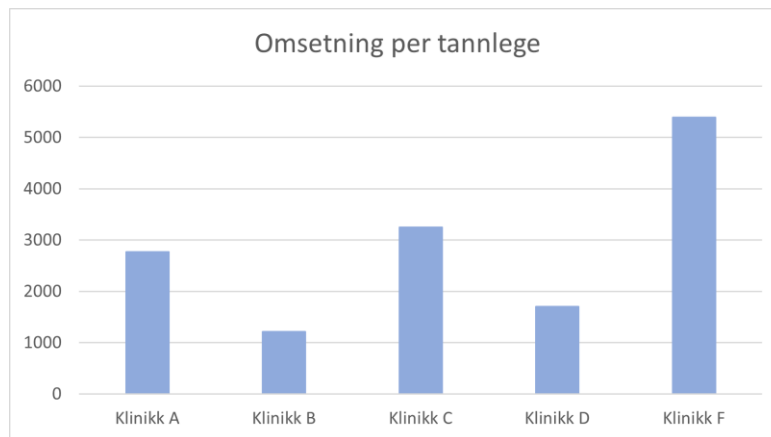
## 7.2 Kapasitetsutnyttelse

Porter og Riley har utpekt kapasitetsutnyttelse som en faktor som kan forklare lønnsomhetsforskjeller, da ineffektiv utnyttelse av kapasiteten kan føre til høyere enhetskostnader. I det følgende vil vi analysere hvorvidt det er tilfeller av ledig kapasitet blant klinikkene eller ikke, og om klinikkene er effektive i utnyttelsen av kapasitet.

Full kapasitetsutnyttelse innebærer at tannklinikkene utnytter arbeidstiden sin slik at arbeid relatert til behandlinger maksimeres i løpet av en arbeidsdag. En tidligere studie gjennomført av Holmgren, Rongen og Grytten (2017), har undersøkt kapasitetsutnyttelsen blant private allmenntannleger i Norge. Studien fant at 40% av tannlegene oppga at arbeidsmengden er for lav, og kunne tenke seg mer å gjøre. Våre funn antyder imidlertid det motsatte, da samtlige av intervjuobjektene opplyste at de hadde fulle timebøker: «*Ja, det er fullbooket. Har egentlig fulle timebøker en måned frem i tid.*» (Informant C, 2021), «*Vi har et luksusproblem da vi har for mye å gjøre. Alle har fulle timebøker. Når en pasient ringer er det iblant vanskelig å få time til pasienten.*» (Informant A, 2021) og «*Har alltid fulle bøker, rett og slett. Ringer det akutte må vi flytte på andre pasienter for å få de inn.*» (Informant B, 2021).

Enkelte av informantene forklarer imidlertid at dette kan skyldes et etterslep av pasienter som følge av pandemien: «*Nå vender mange av de over 70 år tilbake som har holdt seg litt hjemme, men som nå er litt tryggere. Så nå kommer de med litt etterslep.*» (Informant B, 2021) og «*[Om hvorfor det er fullbooket] Tror det er en konsekvens av korona.*» (Informant C, 2021). Av den grunn kan en mulig årsak til at klinikkene utnytter kapasiteten fullt ut, skyldes ekstraordinære forhold som følge av pandemien. Om den underliggende kapasitetsutnyttelsen ville vært annerledes foruten pandemien, er vanskelig å fastslå. I den videre analysen legger vi likevel full kapasitetsutnyttelse til grunn, ettersom samtlige klinikker i utvalget påpeker at det ikke er tilfeller av ledig kapasitet.

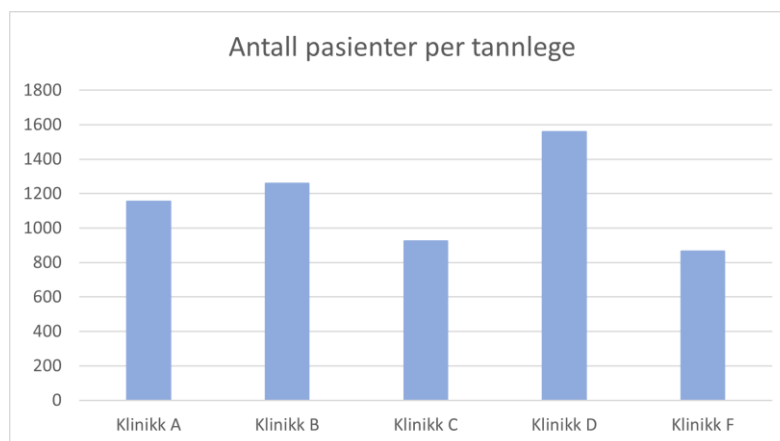
Til tross for at alle utnytter kapasiteten fullt ut, kan enkelte være mer effektive i utnyttelsen enn andre. Vi ønsker å undersøke dette, ved å studere om det er forskjell i produktivitet mellom klinikkene, og derav om det er en sammenheng mellom produktivitet og lønnsomhet. Vi presiserer at det her er snakk om arbeidsproduktivitet, og ikke total faktorproduktivitet. For å studere arbeidsproduktiviteten velger vi å gjennomføre to beregninger: omsetning per tannlege og antall pasienter per tannlege.



*Figur 9: Omsetning per tannlege*

Dersom vi måler produktiviteten ut ifra omsetning per tannlege, viser figur 9 at klinikk F og C er mest produktive. Dette er også de klinikkene med høyest lønnsomhet i vårt utvalg. Av den grunn antyder dette resultatet at det er en sammenheng mellom arbeidsproduktivitet og lønnsomhet. En må imidlertid være varsom med å bruke dette tallet som et mål på omsetning, da omsetning per tannlege også avhenger av prisen de tar for tjenestene og ikke nødvendigvis produktiviteten. Dermed kan det være andre forhold som fører til at disse klinikkene kommer bedre ut enn andre. Dette vil vi komme nærmere inn på, når vi senere skal vurdere klinikkens kompleksitet.

Da omsetning per tannlege ikke er et optimalt mål på produktivitet, velger vi i tillegg å vurdere antall pasienter per tannlege. Vi får da helt motstridende resultater.



*Figur 10: Antall pasienter per tannlege*

Av figur 10 ser vi at klinikk F og klinikk C er de minst produktive klinikkene i utvalget vårt, til tross for at de har høyest lønnsomhet. Videre ser vi også at klinikk D, som er den klinikken

---

med lavest lønnsomhet, kommer best ut når dette måltallet legges til grunn. Dette er forhold som kan tale for at arbeidsproduktiviteten ikke nødvendigvis er det tannklinikkene bør prioritere høyest. Ved full kapasitetsutnyttelse vil arbeidsproduktiviteten øke dersom en tannlege klarer å behandle flere pasienter, eller utøve flere behandlinger per pasient. En forklaring på resultatet, kan dermed være at dersom tannlegene streber etter å få forgang i pasientporteføljen sin, vil både kvaliteten og servicen på behandlingene reduseres. Dette vil ha negative virkninger på kundenes lojalitet. En annen forklaring kan være overbehandling, ved at tannlegene utfører behandlinger som egentlig ikke er nødvendig for pasienten. Dette er også et forhold som kan gå negativt utover lojaliteten dersom det blir oppdaget av kunden.

Videre ønsker vi å vurdere om arbeidsproduktiviteten har en sammenheng med lønnsomhet, ved å se på lønnskostnader i forhold til omsetningen for de ulike klinikkene. Klinik A, med lavest andel lønnskostnad på 21%, er også en av de mer produktive klinikkene målt etter antall pasienter per tannlege. Klinikken er derimot en av de klinikkene med lavest lønnsomhet. Også andel lønnskostnader bekrefter at klinik F og klinik C er minst produktive, da de har høyest relative lønnskostnader på henholdsvis 53% og 45%. Klinik C nevner følgende om sine høye relative lønnskostnader:

*«Kanskje er vi på en måte mer bevisst. Vet jo det at min regnskapsfører sier at mine lønnsutgifter til mine sekretærer er høyere enn bransjenormen. Velger å ha flere sekretærer og mer assistanse enn enkelte av mine kolleger, og det handler om at jeg gjerne vil ha veldig god assistanse og utnytte det potensialet som ligger i å ha gode og trente sekretærer som kan jobben sin. Handler om hva jeg synes er kvalitet. Vil ikke gå ned i årsverk for å spare penger eller noe sånn.» (Informant C, 2021).*

Høye lønnskostnader er med andre ord et bevisst valg av klinik C. Klinikken har også en litt annen innsatsfaktormiks enn de andre klinikkene i utvalget, bestående av én tannlege og tre tannhelsesekretærer. Som Informant C presiserer, er dette for å sikre høy kvalitet på arbeidet gjennom god assistanse av kompetente sekretærer. Også klinik F, som er den mest lønnsomme klinikken, har en innsatsfaktormiks som skiller seg fra de øvrige klinikkene. Klinikken har syv tannleger, en tannpleier, ti tannhelsesekretærer og tre spesialister. Informant F nevner følgende: *«Vi er en spesialistklinik så vi har både spesialister, tannleger og tannpleiere på samme sted. Betyr at vi har veldig stor kompetanse i samme hus. (...) Kompetanse er alt synes jeg.» (Informant F, 2021), og «Kvalitet og trygghet, det er det som er vår kjerne.» (Informant F, 2021).* Begge klinikkene med lavest arbeidsproduktivitet og høyest

lønnsomhet nevner dermed at kvalitet i behandlingen er viktig for dem. Vi kommer nærmere inn på innsatsfaktormiksens betydning for lønnsomhet når vi senere skal undersøke kompleksitetsbegrepet.

Oppsummert har vi sett at alle klinikkene utnytter kapasiteten fullt ut, og at det er forskjell i arbeidsproduktivitet blant klinikkene. Det er imidlertid noe overraskende at de mest lønnsomme klinikkene også er minst produktive. En forklaring kan være at det å ha de mest produktive tannlegene ikke nødvendigvis er en sentral lønnsomhetsfaktor, og at fokuset i stedet bør være på kvalitet i arbeidet.

### 7.3 Stordriftsfordeler

Som nevnt i analysen av trussel fra inntrengere, kan en klinikk spare kostnader ved å inngå i en gruppepraksis. Vist til tidligere sitat fra Informant A, kan klinikker som sammenslås dele kostnader ved å investere sammen fremfor alene. Informant B støtter også dette: *«Det er en mindre økonomisk belastning å være to eiere istedenfor en.»* (Informant B, 2021). Videre forklarer Informant C, som har en enkeltmannspraksis, at det hadde vært ideelt med en gruppepraksis: *«Det er helt klart at det er en fordel å drive sammen på mange måter, ikke minst økonomisk. (...) Problematikken har handlet om at dette stedet som praksisen er på, er vanskelig å utvide.»* (Informant C, 2021). Med andre ord er det en felles enighet blant klinikkene om muligheter for stordriftsfordeler knyttet til gruppepraksiser. Ideelt sett ville vi undersøkt dette ved sammenligne faste kostnader per pasient for en enkeltmannspraksis og en gruppepraksis. Flere av intervjuobjektene hadde imidlertid ikke oppgitt andel faste kostnader i spørreskjemaet, hvilket innebar at vi måtte unnlate denne beregningen.

Videre kan stordriftsfordeler også oppnås for kjedeklinikker, da felles innkjøpsavtaler og sentralisering av støttefunksjoner gjør det mulig å spare kostnader. Fra common size-analysen fremgår det at varekostnadene til klinikk F utgjør 16% av totale driftsinntekter, som er langt under bransjesnittet på 35%. Etersom klinikk F inngår i en kjede, kan en mulig forklaring være stordriftsfordeler. Fra intervjuene med klinikk E og F fremgår det at kjedene oppnår kostnadsbesparelser i form av felles innkjøpsavtaler: *«På store ting har vi felles innkjøpsavtaler, det legger en del til rette for oss.»* (Informant F, 2021).

---

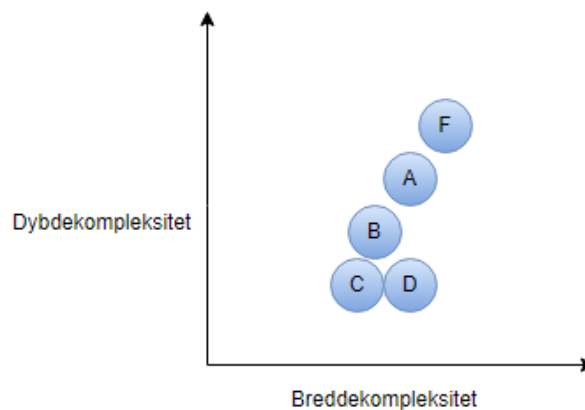
*«Når man har mange klinikker og samme leverandør får man mer rabatter. Det er jo derfor man har gått over til tannlegekjeder nå fordi det er ganske tøft å være enmannsklinikk. (...) Det er store kostnader, så skal du holde deg på et godt nivå i forhold til moderne utstyr så er det veldig dyrt å være enmannsklinikk. For eksempel koster en skanner 500 000, så om man er en enmannsklinikk med for eksempel 300 000 i inntjening i måneden, klarer du ikke kjøpe en skanner til 500 00, du må spare i flere måneder. Mens i kjeder er det lettere fordi man deler på kostnader mellom flere klinikker, og kan inngå samarbeid ved å eksempelvis kjøpe inn flere skannere og få god rabatt.» (Informant E, 2021).*

En annen fordel ved å inngå i en kjede, er knyttet til effektivisering av administrasjonen ved at støttefunksjoner sentraliseres. Som tidligere forklart av Informant E, har kjeden sentraliserte støttefunksjoner: *«Vi har felles ledelse, felles HMS-system, samme rutiner og retningslinjer. (...) Man sparer mye når man lager samme system for flere klinikker.»* (Informant E, 2021). Ved å sentralisere og standardisere støttefunksjonene, kan effektiviteten økes ved at mer ressurser kan brukes på andre områder som bidrar positivt til klinikkens utvikling.

## 7.4 Kompleksitet

Kostnadene til en klinikk vil øke jo flere tjenester de tilbyr, og jo mer spesialiserte og ressurskrevende behandlingene er. For tannklinikker kan forskjeller mellom pasienters behandlingsbehov betegnes som dybdekompleksitet, mens forskjeller i tjenestetilbudet kan betegnes som breddekompleksitet. Tannklinikker tilbyr i hovedsak det en omtaler som allmenntjenester. Dette innebærer typiske standardbehandlinger, som generell tannsjekk, rotfyllinger og boring og trekking av tenner. Enkelte klinikker tilbyr i tillegg mer avanserte behandlinger som krever spesialkompetanse, for eksempel innenfor endodonti, kjeveortopedi, oral kirurgi, og periodonti (Den norske tannlegeforenings Tidende, u.d.). Eksempelvis dreier endodonti seg om behandling av sykdom i tannmargen og støttevevet rundt (Skjørland, 2019).

Vi har forsøkt å kartlegge hvorvidt klinikkene i utvalget fokuserer på både bredde- og dybdekompleksitet, eller kun en av dem. Vurderingen tar utgangspunkt i hvordan klinikkene selv beskriver sitt tjenestetilbud, samt hvor mange tannleger og spesialister som inngår i klinikken. Figur 11 viser vår fremstilling av variasjonen i kompleksitetsnivået mellom klinikkene i utvalget.



Figur 11: Grad av bredde- og dybdekompleksitet for utvalget

Som vi ser av figuren, er det klinikk F som utmerker seg som den mest komplekse klinikken. Denne klinikken har flere ansatte enn de andre klinikkene i utvalget, deriblant flere spesialister. Informant F sier følgende:

*«Vi er en spesialistklinikk så vi har både spesialister, tannleger og tannpleiere på samme sted. Dette betyr at vi har veldig stor kompetanse i samme hus, og det er veldig lett å få råd og veiledning. (...) En annen ting er at behandlerne er sertifiserte på tannlegeskrekk, det er det ikke alle som er. Det er bare en økende utfordring, og et veldig viktig fokus for oss.» (Informant F, 2021).*

Deres fokus på å behandle pasienter med tannlegeskrekk presiseres ytterligere:

*«Vi tilbyr behandling i narkose. Vi er de eneste i sør som gjør det og det gjør også at vi skiller oss ut. Et par dager i måneden, hvor vi leier inn anestesileger og har behandling i narkose for de pasientene som har så stor tannlegeskrekk at de ikke våger å gjøre det på en annen måte.» (Informant F, 2021).*

Klinikken tilbyr følgelig både bredde- og dybdekompleksitet i sitt tjenestetilbud. Dette vil naturlig nok føre med seg kompleksitetskostnader, da det kreves mer koordinering av aktiviteter og flere typer behandlingsutstyr. Til tross for dette, er klinikken den mest lønnsomme i vårt utvalg, og dette kan skyldes deres tilpasning av tjenester. Informant F beskriver klinikkens tjenestetilbud i forhold til andre konkurrenter i nærområdet:

*«Vi er markedsledende her nede, vi har mange klinikker her. Men [en konkurrent] er ganske like, de har spesialister sånn som vi har og relativt store klinikker, men de*



---

*markedsfører seg på pris, det gjør ikke vi. [En annen konkurrent] har ikke tannleger i det hele tatt, bare tannpleiere.» (Informant F, 2021)*

Det spesialiserte tjenestetilbudet til klinikken er med andre ord tilpasset tilbudet til andre konkurrenter i området. I tillegg har klinikken som tidligere presisert mer enn nok kunder, hvilket taler for at de også har tilpasset seg etterspørselen i området. Ettersom klinikken har høy lønnsomhet, antyder det at en tilpasning av tjenestetilbudet til markedets etterspørsel og konkurrentenes tilbud, kan veie opp for økte kompleksitetskostnader. I tillegg er også marginene betydelig høyere for spesialiserte tjenester enn for standardiserte tjenester. Dette vil diskuteres nærmere om litt.

Den største kontrasten til klinikk F, er klinikk C. Av figur 11 ser vi at klinikken har lavest kompleksitet, både i henhold til breddekompleksitet og dybdekompleksitet. Klinikken har ingen spesialister, og Informant C sier følgende: *«Jeg utfører de fleste helt ordinære behandlinger selv, og har jeg behov for en spesialist, en kirurg, en kjeveortoped osv., så henviser jeg. Jeg gjør det jeg klarer selv før jeg henviser. Alle «vanlige» behandlinger gjør jeg.»* (Informant C, 2021). Dette er dermed en klinikk som tilbyr betydelig færre og mindre kompliserte tjenester sammenlignet med klinikk F, hvilket reduserer kompleksitetskostnadene betraktelig. Dette kan dermed være med å forklare hvorfor klinikk C er den nest mest lønnsomme klinikken i utvalget.

Klinikk D, som er den minst lønnsomme klinikken i utvalget, har imidlertid også relativt lav grad av kompleksitet. Informant D sier følgende: *«Vi er en allmennpraksis, og vi gjør alt av allmenn innenfor det. Og så har jeg spesialkompetanse i såkalt implantatprotetikk. (...) Vi samarbeider med flere spesialister.»* (Informant D, 2021). Informanten sier også følgende:

*«Det eneste som vi ikke driver med som vi burde, er bittkorrigering med skinner som er blitt veldig populært. (...) [Om konkurrenter i nærheten har det] Ja det regner jeg med, er mange som har begynt med det. Jeg orker ikke begynne med det siden jeg har så mye annet å holde på med.»* (Informant D, 2021).

Av dette fremkommer det at klinikken sitt tjenestetilbud trolig ikke er godt nok tilpasset verken etterspørselen i markedet, eller andre konkurrenter i området, noe som dermed kan bidra til å forklare hvorfor dette er klinikken med lavest lønnsomhet. I spørsmålet om marginene varierer på ulike tjenester, svarer Informanten: *«Ja helt klart. Der har vi en lang vei å gå.»* (Informant D, 2021). Dette antyder at det er ønskelig med et mer kompleks behandlingstilbud i klinikken.

Som vist over, er kompleksiteten varierende blant klinikkene, og ettersom kostnadene varierer deretter, er dette en aktuell kostnadsdriver som kan forklare lønnsomhetsforskjellene. Komplexitet henger imidlertid tett sammen med etterspørselen etter tjenestene, og av den grunn ønsker vi å utdype diskusjonen omkring lønnsomhet og kompleksitet, ved å studere forskjeller i marginer på spesialiserte og standardiserte tjenester.

Spesialiserte tjenester har ifølge intervjuobjektene bedre marginer enn standardiserte tjenester. Økt kompleksitet kan dermed også føre til økt omsetning. Informant D sier: *«Er helt klart bedre marginer. Helt klart noe som er mer lønnsomt enn andre. Implantatprotetikk er ganske lønnsom.»* (Informant D, 2021). Informant F: *«Spesialister genererer utrolig mye omsetning, så de er veldig viktige. (...) Narkose genererer utrolig mye penger.»* (Informant F, 2021). Høyere marginer på spesialiserte tjenester kan dermed forsvare de økte kompleksitetskostnadene.

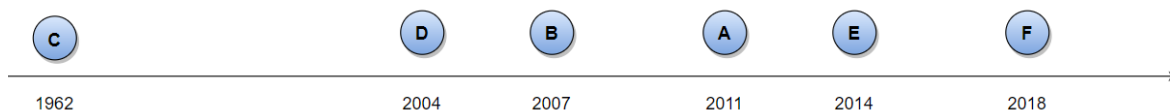
Intervjuobjektene trekker også frem at spesialiserte tjenester lønner seg, da en ikke mister pasienter ved å måtte henvise videre. Informant A sier: *«Det at man ikke må sende henvisninger, i seg selv, øker marginene veldig mye. Med en gang du sender henvisning på noe man egentlig kan gjøre, så sender du penger ut av klinikken.»* (Informant A, 2021). Informant E støtter også dette: *«Avanserte behandlinger må følges opp, så det å få de på samme sted er en fordel.»* (Informant E, 2021).

Oppsummert har vi argumentert for at kompleksitet er en kostnadsdriver som kan forklare lønnsomhetsvariasjoner i tannklinikkbansjen. Til tross for at økt kompleksitet bidrar til økte kostnader, kan et mer komplekst tilbud gi bedre marginer. Videre bør tjenestetilbudet tilpasses markedets etterspørsel og konkurrentenes tilbud.

## 7.5 Erfaring

Riley inkluderer erfaring som en kostnadsdriver. Porter inkluderer også denne kostnadsdriveren, men omtaler driveren som læring. I det følgende vil derfor både diskutere antall år i drift og kunnskapslæring innad i en klinikk.

### Antall år i drift



Figur 12: Antall år i drift for utvalget

Figur 12 viser hvilket år klinikkene i utvalget ble etablert. Vi ser av figuren at det er store variasjoner i klinikkens etableringsår. Klinikkk C har vært desidert lengst i bransjen, med snart 60 års erfaring. Videre følger klinikkk D med 17 års erfaring. Kjedeklinikkene E og F er de med kortest erfaring på henholdsvis sju og tre år. Det må imidlertid presiseres at klinikkk F var en frittstående klinikk før den ble kjøpt opp av en kjede i 2018. Klinikken hadde før det vært familiedrevet i fire generasjoner, hvilket betyr at klinikken i realiteten har mange års erfaring. Dette tas i betraktning i den videre analysen.

Ved å opparbeide seg erfaring, opparbeides også kompetanse og gode strategier for hva som fungerer og ikke. På samme måte opparbeides antall kunder og deres lojalitet til klinikken. Ifølge samtlige intervjuobjekter, er anbefalinger fra eksisterende kunder en stor grunn til at klinikken får nye kunder:

*«For meg som tannlege finnes det ikke noe bedre enn at du kommer til meg og tar med de du elsker mest. Jeg har mange familier som tar med seg sin kone, som tar med sine barn osv. (...) de fleste kommer på anbefaling fra andre.» (Informant A, 2021).*

*«For hver gang en pasient har vært hos oss får de en sms de skal besvare. Den tar for seg flere spørsmål, men det viktigste der er scoren på om de er ambassadører eller ikke, om de vil anbefale oss videre. På den scoren lå vi forrige måned på 85% så det sier jo noe om lojaliteten.» (Informant F, 2021).*

*«Vi prøver å gjøre vårt beste for at de skal være fornøyde. Er faktisk en del som har kommet fordi vi har blitt anbefalt av andre som syntes de fikk en god opplevelse. Men vi har ikke så mange omtaler i media, går på folkemunn.» (Informant E, 2021).*

Ifølge intervjuobjektene er det en felles enighet om at anbefalinger fra kunder er en del av markedsføringen, hvilket også er gratis. For å bli anbefalt videre av kundene, innebærer det at kundene er tilfreds med behandlingen og at de selv er lojale og tillitsfulle til klinikken. Det er

naturlig at å bygge tillit til kundene og følgelig opparbeide kundelojalitet krever tid. Klinikker som har vært lenge i bransjen vil derfor kunne oppnå økt effekt av markedsføring gjennom anbefalinger fra kunder, og dermed slippe å markedsføre seg gjennom mer kostbare metoder.

Som nevnt har klinikk C vært i bransjen i snart 60 år, og klinikk F har vært drevet i flere generasjoner før de ble kjøpt opp av en kjede for tre år siden. Dette er også de klinikkene med høyest lønnsomhet i vårt utvalg. Hvorvidt denne sammenhengen er tilfeldig eller ikke, har vi ikke grunnlag til å fastslå. I intervjuet med Informant C fremgår det imidlertid at flere år i bransjen gir trygghet:

*«Når man har holdt på så lenge som meg så har man en veldig sånn trygghet i det som kjennes riktig å gjøre. Jeg tenker det er mye trygghet i å være trygg på seg selv både faglig og praksismessig. (...) Men man lærer jo, i hvert fall om man er bevisst på hva man holder på med og hvordan man legger opp arbeidet. Så jeg tenker at det er veldig mye læring i det å ha vært i bransjen lenge.»* (Informant C, 2021).

Informant F forklarer også at det er en stor fordel at klinikken har vært familiedrevet gjennom flere generasjoner: *«[Anonym] jobber her enda og er en vanvittig viktig bidragsyter i vår bedrift. Navnet brukes fortsatt fordi han er så viktig. Er fire generasjoner så de er utrolig godt kjent i markedet.»* (Informant F, 2021). Disse forholdene kan sammen tyde på at erfaring er en mulig forklaring på forskjeller i lønnsomhet.

### ***Kunnskapslæring innad i en klinikk***

I tillegg til antall år i drift, kan kostnader med tiden reduseres gjennom læring. Klinikk F er som nevnt en spesialistklinikk, og mye kompetanse på samme sted vil kunne bidra til læring innad i klinikken: *«Det er veldig lett å få råd og veiledning, og allmenntannlegene følger av og til spesialistene for å lære av de, og det gjør jo at alle blir veldig flinke.»* (Informant F, 2021). Klinikk E og F oppnår også en fordel ved at kunnskap kan deles på tvers av klinikkene i kjeden. *«Vi har felles kurs for alle og sosiale sammenkomster etter kursene. Folk kjenner hverandre på tvers av klinikkene.»* (Informant E, 2021). Dermed kan kjedeklinikker argumenteres for å ha et bedre utgangspunkt for læring, og følgelig oppnå kostnadsbesparelser.

---

## 7.6 Teknologi

Ifølge Riley innebærer denne kostnadsdriveren hvilke teknologiske prosesser hvert trinn i verdikjeden benytter. Fra intervjuene fremkommer det at for å tilby pasientene best mulig behandling, er bruk av teknologisk utstyr helt essensielt. Samtlige av klinikkene i utvalget benytter seg av teknologisk utstyr. Alle klinikkene, med unntak av klinikk B, fokuserer også på å ha det nyeste. Flere viser til eksempler hvor deres klinikk har investert i teknologiske løsninger som andre klinikker ikke har:

*«(...) Annet er en maskin som lager kroner, og kan gjøre det på 2-3 timer fremfor mange uker. For seks år siden kostet den 1,3 millioner, så mange var ikke villig. En utvikler hadde patent på den, så var ingen konkurrenter, derfor var det veldig dyrt. Så mange har ikke gjort de samme investeringer som vi har.» (Informant A, 2021).*

*«Har serveren i skyen. Vi er en av de få som har (...). På IT er det veldig oppdatert på klinikken her. Har også ganske ny røntgenmaskin som tar større panorama som vi også har investert i.» (Informant C, 2021).*

*«Vi skal ha det beste! Har for eksempel skannere som er en veldig god måte eksempelvis dersom man skal bleke tennene og trenger en skinne, så får du den helt perfekt med en sånn skanner. En sånn skanner ser alt, og det er det ikke alle som har. Det er veldig dyrt.» (Informant F, 2021).*

Teknologiske løsninger bidrar følgelig til et bedre behandlingstilbud og mer effektivisering av behandlingene. Dermed kan det argumenteres for at investeringer i teknologisk utstyr er vesentlig for å drive lønnsomt. Dette støttes også av Informant A, som sier at pasientene er opptatt av teknologisk utstyr:

*«Dette har bidratt til lønnsomhet ja, fordi pasientene har gått til andre klinikker og sagt at de har sett man kan ta digitalt bilde, hvorfor har ikke dere det? Er generelt i Norge nesten blitt et krav fra pasientene om at man skal ha et visst tilbud av ny teknologi.» (Informant A, 2021).*

Som tidligere beskrevet er utstyr i tannklinikkbansjen kostbart, og teknologiske løsninger er intet unntak. Av sitatene ovenfor, fremkommer det at teknologiske maskiner er dyrt. Dermed er teknologi en driver som vil øke klinikkens kostnader. På kort sikt kan slike investeringer

medføre økte kostnader, men på lang sikt kan det bidra til økt lønnsomhet gjennom bedre behandlingstilbud for pasientene.

Hvor mye kostnadene til teknologisk utstyr vil utgjøre for klinikkene, kan imidlertid relateres til stordriftsfordeler. For en moderne maskin som benyttes fullt ut i en stor klinikk, kan enhetskostnaden per pasient bli lavere enn for en mindre klinikk. I tillegg kan også terskelen for å investere være lavere for en kjedeklinikk, da tilgangen på kapital som regel er bedre enn for frittstående klinikker. Med andre ord kan muligheten for kostnadsbesparelser vedrørende teknologiske løsninger være større for klinikker med mulighet for stordrift.

## 7.7 Inntekter

Til nå har vi sett på ulike kostnadsdrivere og hvordan de kan forklare lønnsomhetsvariasjoner. Porter og Rileys teorier ser imidlertid kun på faktorer som påvirker kostnadene. I vår utredning ønsker vi også å identifisere inntektskilder som kan bidra til lønnsomhetsvariasjoner. Ettersom omsetning er en funksjon av pris og antall kunder, vil vi i det følgende undersøke hvordan klinikkens prisstrategi og faktorer som påvirker kundemassen kan bidra til lønnsomhetsvariasjoner.

### *Prising*

Som vi tidligere har diskutert, er prising av tannhelsetjenester et mye omdiskutert tema, hvor kritikken både er rettet mot svært høye priser, samt om tannhelse bør støttes av staten på lik linje med andre helsetjenester. Vi mener at prising er sentralt å undersøke, da vi tidligere i analysen har argumentert for at priskonkurransen i markedet svikter. Dette legger til rette for at klinikkene kan velge ulike prisstrategier, noe som kan forklare de store prislekjellene vi har observert. På bakgrunn av dette, ønsker vi å undersøke hvordan prisstrategier kan bidra til lønnsomhetsforskjeller i tannklinikkbansjen.

Gjennom intervjuene fant vi at det er forskjeller i hva slags prisstrategi klinikkene velger. Informant B og Informant D forklarer at deres prisnivå er nokså likt i forhold til konkurrentene: «Vi sammenligner oss med Oslo Vest og da ligger vi midt på treet til kanskje litt over.» (Informant B, 2021) og «Vil tro litt midt i. Ikke billigst, skal heller ikke være det. Finner også de som er dyrere, så sann midt på.» (Informant D, 2021). Klinikk E fokuserer derimot på kundevennlige priser: «Konseptet i kjeden er at vi skal ha kundevennlige priser. Vi ligger litt lavt i prissiktet i forhold til andre tannleger, fordi det er konseptet med klinikken.» (Informant

---

E, 2021). Videre har Klinik F, den mest lønnsomme klinikken i utvalget, høyere priser enn bransjenormen: *«Vi ligger relativt høyt, og faktisk høyere enn de andre klinikkene i kjeden i vårt område. Er foreløpig ikke slik at vi må ha de samme prisene innad i kjeden.»* (Informant F, 2021). Det faktum at dette er en spesialistklinik, kan forklare de relativt høye prisene. Dette påpekes av Informant F: *«[Om prisenivået] For vår del kan det at vi er en spesialistklinik gjøre at vi kan tilby mer enn alle andre fordi vi har alle under samme tak. Har nok med det å gjøre.»* (Informant F, 2021).

Ifølge Informant E og F, så skyldes ulike strategier at klinikkene har ulike fokusområder:

*«Noen velger å ha mindre inntjening og lønn til seg selv for å få inn flere kunder, mens andre sier at de vil ha gode priser for å få god inntjening og yter samtidig god kvalitet. Men kvaliteten er ikke nødvendigvis forskjellig, men de tenker sånn.»* (Informant E, 2021).

*«Tror man velger forskjellig ting å konkurrere på. Når vi velger å være best på kvalitet og trygghet så sier vi at vi skal ha bra utstyr og være best på alt. Velger du å ha en lav pris så har du kanskje ikke samme type skanner som vi har som koster så mye, du har kanskje ikke det samme utstyret fordi du kan ikke investere i det samme om du ikke har tenkt til å ta prisen for det.»* (Informant F, 2021).

Som nevnt tidligere, er utstyr kostbart i bransjen, hvilket innebærer at prisene må holde et visst nivå for at klinikkene skal overleve. Det faktum at tannbehandling også er en helsetjeneste, gjør det i tillegg mer komplisert å sette priser, da de ønsker å hjelpe pasienter samtidig som at klinikken må gå rundt: *«[Om priser] Må være fair overfor både pasienter og kollegaer her på jobben. (...) Det er vanskelig, fordi man driver jo en butikk samtidig som det er et helseforetak. Butikken skal jo gå rundt, men på en fair måte.»* (Informant B, 2021). Informant E presiserer også: *«Jeg ser på meg selv som behandler og ikke en som selger tenner, så for meg er ikke priser så viktig.»* (Informant E, 2021). Ettersom tannleger utfører en helsetjeneste, står det etiske aspektet også sentralt. Dette er forhold som medfører at klinikkens valg av prisstrategi er komplisert.

Oppsummert har vi identifisert at klinikkene har ulike prisstrategier. Den mest lønnsomme klinikken i utvalget har høyere priser sammenlignet med de andre, hvilket henger tett sammen med klinikkens kompleksitet. Det er imidlertid vanskelig å konkludere om ulike prisstrategier kan forklare lønnsomhetsforskjellene, men klinikkene bør uansett være bevisste i sitt valg.

### **Kunder**

Kundebasen til en klinikk vil også kunne påvirke lønnsomheten, da flere kunder genererer høyere omsetning. I det følgende vil vi analysere om geografisk beliggenhet og kundelojalitet har betydning for klinikkenes kundemasse, og om dette kan forårsake lønnsomhetsvariasjoner.

I analysen av forskningsspørsmål 1 fant vi at konsentrasjonen av tannklinikker er høyere i storbyene, hvilket indikerer at konkurransen er skjevfordelt. Av den grunn kan en gunstig geografisk beliggenhet øke kundemassen, og følgelig være en faktor som bidrar til lønnsomhetsvariasjoner. Informant C, som er nest mest lønnsom i utvalget, forklarer at å ha parkeringsplass lett tilgjengelig for pasientene er en fordel: *«Det å ha en bydelspraksis er bra fordi her er det parkeringsplass. (...) Vi får nye pasienter hver eneste uke. Det de synes er en fordel, er at det er veldig lett å parkere her.»* (Informant C, 2021).

Klinikk C befinner seg i en bydel i Trondheim, og er følgelig utenfor Trondheim sentrum. For andre klinikker lokalisert i sentrum av storbyer, er det mindre tilrettelagt for slike parkeringsmuligheter. Videre forklarer Informant B, som er plassert i utkanten av Oslo sentrum, at konkurransen om antall pasienter er større i de sentrale områdene:

*«På konkurranseutsatte steder som nede i Oslo sentrum så tror jeg det er mye mer konkurranse og kniving om pasienter. Pasienter flytter mer på seg, de går til klinikker i byen fordi de jobber der, men så bytter de arbeidsplass og da bytter de tannlege.»* (Informant B, 2021).

Også Informant B bekrefter at geografisk beliggenhet er viktig: *«[Om viktigste faktorer når kunder skal velge tannlege] Geografisk beliggenhet kan også være en fordel dersom man skal ha en del besøk og har et stort behandlingsbehov.»* (Informant B, 2021). Basert på dette, antas det at en gunstig geografisk lokalisering kan bidra til lønnsomhetsvariasjoner i form av flere pasienter og lavere konkurranse.

Videre kan også en stabil kundemasse bidra til å forklare lønnsomhetsvariasjoner. Vi har tidligere sett hvor viktig det er med lojale kunder i den private tannklinikkbansjen. Ettersom en etter anbefaling bør dra regelmessig til tannlegen, betyr det at en klinikk kan oppnå store verdier ved å opprettholde kundebasen sin (Den norske tannlegeforening, 2020a). Konkrete tiltak rettet mot å beholde pasienter kan dermed være av betydning. Vi finner at hva slags tiltak intervjuobjektene har, er varierende. Enkelte har målrettede tiltak i form av automatiske reinnkallelser, mens andre har mer indirekte tiltak i form av å gi pasientene en god opplevelse:



---

*«Har bare et tiltak; det er at jeg skal være den beste tannlegen jeg kan. Så lenge jeg vil pasienten det beste, blir resten en dominoeffekt. Når jeg får en pasient er jeg opptatt av å gi så mye skriftlig og muntlig informasjon at jeg ikke vil få et problem etterpå om hva jeg har gjort og hvorfor.» (Informant A, 2021).*

*«For å beholde pasienter har vi en policy på at vi skal ta vare på de som først har kommet inn døren. (...) Fordi det genererer jo nye kunder automatisk. Da vil de anbefale oss til tante, søster, venninne og det er gratis markedsføring.» (Informant B, 2021).*

*«Vi passer på å følge dem opp, de får i hvert fall tilbud om oppfølging, er veldig nøye på det. De fleste pasienter har innkalling.» (Informant D, 2021).*

*«Vi sender inn re-innkallelse hver måned. (...) For hver gang en pasient har vært hos oss får de en sms de skal besvare. Den tar for seg flere spørsmål, men det viktigste der er scoren på om de er ambassadører eller ikke, om de vil anbefale oss videre. På den scoren lå vi forrige måned på 85% så det sier jo noe om lojaliteten.» (Informant F, 2021).*

Basert på dette, virker det som at klinikk F er den klinikken som har mest konkrete tiltak for å beholde kundene sine. Kombinasjonen av automatiske re-innkallelser, og det faktum at de direkte spør om pasientene vil anbefale klinikken videre, skiller seg fra de øvrige klinikkene. Hvorvidt dette er med på å forklare klinikkens relativt høye lønnsomhet er vanskelig å si. Likevel er det rimelig å anta at kundelojalitet kan bidra til økt lønnsomhet, og at dette derfor er en mulig forklaring på lønnsomhetsvariasjoner.

## 7.8 Konklusjon lønnsomhetsvariasjoner

Dette kapittelet har hatt til hensikt å besvare forskningsspørsmål 3:

*Hvilke faktorer kan bidra til å forklare eventuelle lønnsomhetsvariasjoner mellom norske private tannklinikker?*

På bakgrunn av innsamlet data vurderte vi kapasitetsutnyttelse, stordriftsfordeler, kompleksitet, erfaring og teknologi som de viktigste driverne som kan bidra til å forklare lønnsomhetsvariasjoner.

For å oppsummere kapasitetsutnyttelse, var et overraskende funn at samtlige klinikker utnytter kapasiteten til det fulle. Det har dermed vært krevende å vurdere en sammenheng mellom kapasitetsutnyttelse og lønnsomhet. En mulig forklaring på at ingen av klinikkene hadde ledig kapasitet, kan imidlertid være et etterslep av pasienter som følge av koronapandemien. Vi har ikke funnet en sammenheng mellom lønnsomhet og arbeidsproduktivitet blant de seks klinikkene vi har studert. Dette kan skyldes at kvalitet er viktigere enn kvantitet i tannklinikkbansjen, og at forhastede behandlinger og overbehandling kan ha negativ effekt på lønnsomheten på lengre sikt.

Det faktum at flere klinikker ønsker å ta del i en kjede, kan indikere at det er mulig å oppnå stordriftsfordeler i bransjen. Våre funn antyder at kjedeklinikker har lavere kostnader som følge av felles støttefunksjoner og bedre innkjøpsavtaler. Vi fant også at å ta del i en gruppepraksis fremfor en enkeltmannspraksis, kan gi reduserte enhetskostnader.

Videre viser våre funn at variasjoner i kompleksitet kan forklare lønnsomhetsforskjeller mellom klinikkene. Et bredere tjenestetilbud og mer spesialiserte behandlinger vil på den ene siden øke kompleksitetskostnadene, men på den andre siden gi høyere marginer og mindre behov for å henvise til andre klinikker. Videre antyder funnene at det er viktig å tilpasse behandlingstilbudet etter både markedets etterspørsel og andre konkurrenter i området.

Viktigheten av en lojal kundemasse og gode relasjoner mellom tannlege og pasient, har gjort at vi har funnet erfaring som en sentral lønnsomhetsfaktor. De mest lønnsomme klinikkene i utvalget har vært betydelig lengre i bransjen enn de øvrige. Videre kan også kostnader med tiden reduseres gjennom læring, og denne fordelingen virker å være større jo mer spesialisert klinikken er.

Videre er teknologi en faktor som er viktig for å tilby pasientene best mulig behandling. Investeringer i nytt teknologisk utstyr fører med seg betydelige kostnader på kort sikt, men på lang sikt kan teknologi bidra til økt lønnsomhet gjennom et bedre behandlingstilbud.

Avslutningsvis ønsket vi også å vurdere hvordan inntektskilder kan bidra til lønnsomhetsvariasjoner. Etter å ha undersøkt prising, fant vi at klinikkene benytter seg av ulike prisstrategier, men at det er vanskelig å konkludere med hva som er den beste strategien. Bevissthet rundt valg av prisstrategi er uansett viktig. Vi har også funnet at en gunstig geografisk beliggenhet, samt tiltak for å beholde kundene, kan øke kundemassen og følgelig være faktorer som bidrar til lønnsomhetsvariasjoner.

## 8. Analyse av fremtidig lønnsomhet

Til nå har vi undersøkt hva som karakteriserer konkurransesituasjonen til norske private tannklinikker, samt vurdert lønnsomhetsnivået og faktorer som bidrar til lønnsomhetsvariasjoner. Basert på dette har vi konkludert med at lønnsomheten i bransjen er god, og at lønnsomhetsforskjellene er store. Avslutningsvis mener vi det er interessant å vurdere hvorvidt lønnsomheten i bransjen vil endre seg fremover eller ikke. På bakgrunn av dette vil vi besvare det fjerde forskningsspørsmålet:

*Hvilke faktorer kan ha en innvirkning på det fremtidige lønnsomhetsnivået til norske private tannklinikker?*

For å besvare forskningsspørsmål 4 har vi tatt utgangspunkt i lønnsomhetstreet, ved å se på hvordan endringer i verdiskaping kan påvirke lønnsomheten fremover. Videre benyttes Porters femfaktormodell til å vurdere den fremtidige verdikapingen i bransjen. Her vil vi forsøke å identifisere endringer som kan påvirke enkelte av konkurransekraftene vi analyserte i forskningsspørsmål 1. Vi presiserer at en må være kritisk til den videre analysen av det fremtidige lønnsomhetsnivået, da fremtiden er usikker og vanskelig å forutse.

### 8.1 Endring i verdiskaping

#### 8.1.1 Endring i kundenes reservasjonspris

I forbindelse med kundenes reservasjonspris, er det relevant å undersøke hvordan en eventuell endring i informasjonsskjevhetene vil påvirke verdiskapingen. Som tidligere nevnt, er prissammenligningstjenesten hvakostertannlegen.no foreløpig nede som følge av koronapandemien. Forbrukerrådet har imidlertid forklart at nettsiden vil relanseres så fort tannlegemarkedet har stabilisert seg (Den norske tannlegeforening, 2020b). Følgelig er det grunn til å tro at sammenligningstjenesten vil relanseres i nærmeste fremtid, hvilket kan redusere kundenes reservasjonspris og derav verdiskapingen i markedet. Dette forklares ved at søkekostnadene til pasientene reduseres ettersom det blir enklere å sammenligne tannklinikkenes priser. Dermed kan pasientene oppdage billigere tannklinikker, som videre vil medføre at de ikke lenger er villig til å betale den prisen de betaler. Dette kan dermed legge økt press på priskonkurransen mellom tannklinikkene, som alt annet like vil redusere lønnsomheten i bransjen på kort sikt.

---

Tidligere i analysen har vi imidlertid funnet at pasientenes prisbevissthet kan variere. Eksempelvis har studenter som regel lavere betalingsdyktighet enn voksne i full jobb, og det er derfor rimelig å anta at de søker mer aktivt etter billige tannklinikker. Dette støttes av Informant C: «*Jeg tror kanskje at en del yngre er i en viss grad opptatt av pris. I et ungt studentbudsjett koster det en del å gå til tannlegen.*» (Informant C, 2021). Den årlige Levekårsundersøkelsen til SSB bekrefter også at yngre mennesker er mer opptatt av pris, da 20% av de under 45 år, mens kun 13% av de over, oppgir at de har valgt å takke nei til tannbehandling som følge av prisen (Lunde & Ramm, 2021). Dermed kan det argumenteres for at en gjeninnføring av hvakostertannlegen.no vil ramme ulikt, og gå hardere utover lønnsomheten til de klinikkene med en ung pasientmasse.

### **8.1.2 Endring i leverandørens reservasjonspris**

I kapittel 5.1.4 viste vi til at prisene på forbruksmateriell har økt under pandemien. Prisøkningen skyldtes at etterspørselen etter smittevernsutstyr økte drastisk, noe som har bidratt til økt reservasjonspris for leverandørene. Denne økningen regnes imidlertid som kortvarig. Informant D forklarer at prisene vil stabilisere seg igjen: «*Merket det spesielt under pandemien [viser til høyere priser fra leverandører]. Men det regner jeg som midlertidig. Har begynt å normalisere seg litt, men fortsatt er det litt høyere priser i forhold til våre priser.*» (Informant D, 2021). Dette støttes av Informant A: «*[Om priser på utstyr og materialer] (...) Men kom prisøkning nå med korona. (...) Har gått tilbake til ganske markedsmessige priser.*» (Informant A, 2021). På kort sikt kan det dermed antas at leverandørens reservasjonspris for smittevernsutstyr vil reduseres tilbake til normalen, da den uvanlige høye etterspørselen reduseres i takt med tilbakegangen av pandemien. En slik reduksjon i leverandørens reservasjonspris kan følgelig øke verdiskapingen på kort sikt, og derav den fremtidige lønnsomheten i tannklinikkbansjen.

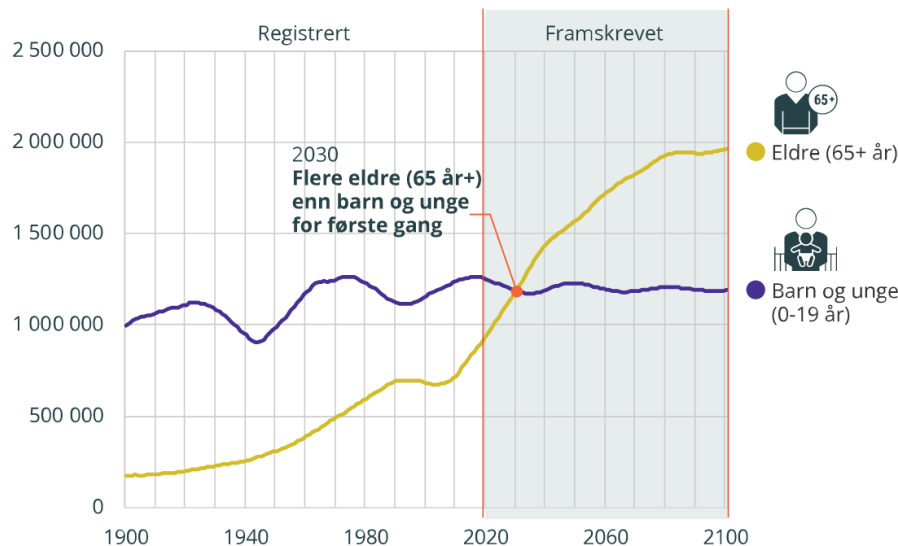
### **8.1.3 Endring i markedets størrelse**

Markedets størrelse brytes ned i antall kunder multiplisert med antall solgte enheter per kunde. For tannklinikker vil dette tilsvare en endring i antall pasienter eller antall behandlinger per pasient. Vi skal nå se på ulike faktorer som kan påvirke antall pasienter og behandlinger per pasient på lang sikt.

#### ***Eldrebølgen***

Først og fremst er det relevant å undersøke hvordan eldrebølgen kan påvirke den fremtidige

lønnsomheten i bransjen. Andelen eldre i den norske befolkning øker stadig som en konsekvens av høyere forventet levealder og de høye fødselstallene etter slutten på 2. verdenskrig (Hagemann, 2020). En økning i antall eldre bekreftes i en artikkel fra SSB, som viser en framskrivning av antall eldre frem til 2100 (Gleditsch, 2020). Fra figur 13 ser vi at antall eldre (over 65 år) vil øke fra dagens omtrentlige 900 000, til i underkant av 2 millioner i 2100, hvilket utgjør en betydelig økning.



Figur 13: Framskrivning av antall eldre (65+ år) (Gleditsch, 2020).

Til tross for at enkelte grupper av eldre mottar gratis tannbehandling, er det likevel en betydelig andel eldre som må finansiere tannbehandling på egenhånd. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2018) har den eldre befolkning større problemer med tannhelsen sammenlignet med den yngre, både som følge av reduksjon i kognitive og fysiske funksjoner, samt bivirkninger av legemidler. Dette støttes av Informant D:

«[Om eldre] De har jo ganske kompliserte tannbehandlingsbehov, de beholder jo tennene sine. Det ser vi en del av da. [Om man må gå hyppigere til tannlegen når man blir eldre] Gjerne det ja. Det blir en del bivirkninger av medisiner man går på eller at motorikken svikter.» (Informant D, 2021).

Dette tilsier at eldre trenger oftere vedlikehold av tennene for å unngå helseproblemer. Som et resultat kan de private tannklinikkene forvente en økning i antall eldre pasienter som følge av eldrebølgen. Ettersom eldre også har et større behandlingsbehov, kan vi se en økning i antall

---

behandlinger per pasient. Eldrebølgen er derfor en faktor som kan øke verdiskapingen, og følgelig ha en positiv effekt på den fremtidige lønnsomheten i tannklinikkbransjen.

### ***Bedre tannhelse***

Til tross for at eldrebølgen tilsier at lønnsomheten vil øke fremover, er en bedring av tannhelse i befolkningen en faktor som kan trekke i motsatt retning. Tannhelsen til barn og unge viser seg å være klart bedre nå enn før. For eksempel har andelen 18-åringer som har vært hos tannlegen uten hull, økt fra 21,9% i 2015 til 30,5% i 2020 (SSB, 2021c). Informant E presiserer også at dagens unge har et mindre behandlingsbehov:

*«Generelt sett har tannhelse blitt bedre, så de beste pasientene tannlegene har er de mellom 60 og 100 år. For privat helsetjeneste vil de gamle forsvinne opp i offentlig etter hvert som de blir syke, så da mister vi mange av de. Samtidig kommer de nye pasientene som har mye mindre behandlingsbehov fordi moderne ungdommer har ikke amalgamfyllinger som 50-60 åringene har. Ungdommer har jo også blitt fulgt opp på en mye bedre måte, er mindre karies blant ungdom enn for eksempel 30 år siden.»* (Informant E, 2021).

Dette underbygger at tannhelsen til dagens ungdom er betydelig bedre enn for den eldre generasjon. Barn og unge under 20 år omfattes i dag av den offentlige tannhelsetjenesten, men vil behandles av private tannklinikker når de blir eldre. Denne endringen i generasjonsskifte, fra en generasjon med mye amalgamfyllinger, til en generasjon med bedre offentlig oppfølging som barn, kan medføre at antall pasienter og behandlinger per pasient vil reduseres. Alt annet like vil dette redusere lønnsomheten i bransjen. Samtidig kan en annen konsekvens av bedre tannhelse være for mange tannleger i forhold til etterspørselen etter tannbehandling. Informant C uttrykker sin bekymring knyttet til dette:

*«Dere [refererer til oss som unge voksne] er jo et snitt av de som vokser opp i dag, og jeg er redd for at det er mye tannleger i omløp etter hvert og mange vil ha for lite å gjøre. Vil helt opplagt ikke være mye å gjøre på standardpasienten. Det vil alltid være noen med behandlingsbehov (...) Tannkjøtt sykdommer får jo folk ellers, så vil jo være et behov for tannleger, men ikke like stort behov som vi har hatt i vår tid.»* (Informant C, 2021).

Forventet redusert behandlingsbehov kan dermed føre til at tannleger får for lite å gjøre, hvilket er i motsetning til dagens situasjon. En bedring i tannhelsen kan derfor medføre et

lavere behov for tannleger fremover, noe som kan gi økt press på priskonkurransen mellom klinikkene og redusere lønnsomheten ytterligere.

### ***Utbredelsen av kjedeklinikker***

Til tross for at tannleger kan få mindre å gjøre på grunn av bedre tannhelse, kan økt utbredelse av kjedeklinikker endre måten klinikker markedsfører seg på, og på den måten bidra til flere kunder. Ifølge Tannhullet (2021b) har kjeder blitt mer utbredt de siste årene, og kjedene som allerede er i markedet vokser seg stadig større gjennom oppkjøp av frittstående klinikker. Informant A og Informant D bekrefter dette: «*Jeg ser at store kjeder kjøper opp klinikker.*» (Informant A, 2021), «*[Om det har vært nyetableringer i nærområdet de siste 3 årene] Egentlig ikke, men har vært en del omstruktureringer av eldre praksiser som blir kjøpt opp av kjeder. Har vært en del sånn omorganisering, men ikke så mange nyetableringer.*» (Informant D, 2021). Ifølge Informant C har kjedene et annet forhold til markedsføring:

*«Merker at når det kommer større klinikker og masse kjeder, at de oppmuntrer til en form for shopping. Dette er en helt annen måte å markedsføre seg på som har vært veldig fraværende i tannlegepraksis før. (...) Jeg ser i store praksiser og særlig kjedepraksiser at de annonserer mye som bleking, usynlig tannregulering, mye sånn tull og tøys da.»* (Informant C, 2021).

Ifølge en rapport utviklet for forbrukerrådet, er den tradisjonelle tannlegebransjen i liten grad kjennetegnet av markedsføring av sine tjenester og priser i medier (Oslo Economics, 2015). Økt utbredelse av kjedeklinikker kan dermed endre bransjens standard for markedsføring. Som Informant C forklarer, markedsfører kjeder seg på mer estetiske behandlinger. Til tross for at den generelle tannhelsen forbedres, kan denne typen markedsføring tiltrekke seg flere kunder, ettersom estetiske behandlinger utføres uavhengig av tannhelsen.

### ***Ny tannhelsereform***

I det følgende ønsker vi å undersøke hvilken effekt en ny tannhelsereform med sterkere offentlig innblanding vil ha på lønnsomheten i den private tannklinikkbransjen. I forbindelse med stortingsvalget høsten 2021, ble en ny tannhelsereform igjen satt på agendaen. Flere politiske partier mener at tannhelse bør sidestilles med resten av kroppen, og dermed omfattes av prinsippet om gratis helsetjenester på lik linje med andre helsetjenester. I løpet av vårt arbeid med utredningen, har den nye regjeringen fremlagt et forslag til endring i tannhelsetjenesten i statsbudsjettet for 2022. Her står det at flere unge skal få billigere



---

tannbehandling, og at kapasiteten skal økes. Det er imidlertid ikke gjort noen endringer for de eldre. Leder av pensjonistforbundet, Jan Davidsen, sier at disse endringene bare vil være starten på en større tannhelsereform (Mauno, 2021). Av den grunn er det endelige utfallet fortsatt uvisst, men det antas at vi vil se mer offentlig regulering i fremtiden enn hva regjeringen har fremlagt denne høsten.

Flere av intervjuobjektene er svært positive til mer støtte fra staten: *«Jeg tenker det er veldig synd at det er for lite penger i tannhelsetjenesten. Burde vært mer, og lignet mer på primærhelsetjenesten.»* (Informant C, 2021) og *«Det er mye politikk i tannhelse nå. Tannleger vil at tannhelsetjenesten skal være en del av helsetjenesten sånn at pasienter som ikke har råd kan få behandling likevel.»* (Informant E, 2021).

Hvordan en ny tannhelsereform vil påvirke den private tannhelsetjenesten, er imidlertid usikkert. Informant E mener at behandlingsbehovet vil bli større med en ny tannhelsereform:

*«Behandlingsbehovet er stort, det finnes eksempelvis norske 30-åringer som nesten ikke har tenner fordi de ikke har penger til å gå til tannlegen. Hadde man innført en tannhelsetjeneste som også en helsetjeneste der tannlegene fikk betalt av staten, så ville nok behandlingsbehovet vært mye større for da ville alle de som ikke går til tannlegene, fordi de ikke har penger, begynt å gå.»* (Informant E, 2021).

Informant F støtter Informant E sin påstand: *«[Om en ny tannhelsereform] Kanskje det genererer enda flere pasienter. Når jeg var student syntes jeg det var vanskelig å bruke penger på tannlege. Kan hende det bare er bra, at det åpner noen dører.»* (Informant F, 2021). Basert på intervjuene er det grunn til å tro at mer offentlig innblanding kan bidra til en større kundemasse, da de med udekket behov som følge av dårlig råd, også kan få behandling. Mer offentlig innblanding kan dermed føre til høyere verdiskaping i bransjen som følge av økt markedsstørrelse, og derav økt fremtidig lønnsomhet. Informantene sine utsagn er imidlertid basert på deres subjektive meninger, og en skal være varsom med å trekke konklusjoner basert på dette. Vi mener imidlertid at substansen er god da det støttes av flere av klinikkene.

Til tross for at en ny tannhelsereform kan øke kundemassen, vil det også innebære mer innblanding fra staten. Informant C forklarer at prisene vil bli mer regulert: *«Vi som private må finne oss i å bli prisregulert, og det kan det være ulikt syn på.»* (Informant C, 2021). Som beskrevet tidligere har tannklinikkbansjen fri prissetting, men med mer offentlig regulering

kan dette endres, og følgelig påvirke lønnsomheten. Informant E tror imidlertid ikke at mer prisregulering vil være negativt:

*«Hvis staten betaler får vi alle pasienter som finnes, så da vil ikke kampen om å få inn pasienter bli så viktig. Man vil kanskje ha godt med pasienter så da spiller det ingen rolle hva slags pris du har fordi om du har fulle timebøker lever du godt av det likevel.»*  
(Informant E, 2021).

Med andre ord, sier Informanten at offentlig regulering vil øke antall kunder i bransjen, og at prisregulering dermed ikke vil være av stor betydning. Ifølge kapittel 3.1.4 vil lønnsomheten øke dersom markedets størrelse øker, men til tross for at verdiskapingen blir høyere, må dette sees i sammenheng med om verdien faktisk kapres av tannklinikkene. Hvilken effekt en prisregulering vil ha for verdiskapingen, vil diskuteres i kapittel 8.2.2.

## 8.2 Endring i verdiskaping

### 8.2.1 Endring i trussel fra substitutter

I kapittel 5.1.2 fant vi at trusselen fra aktører i utlandet har vært svært begrenset siden 2020, ettersom den pågående pandemien har ført til innreiseforbud i store deler av verden. Dette var en avgjørende faktor da vi vurderte trusselen fra substitutter som lav. Ser vi fremover i tid, vil Norge og resten av verden gradvis gjenåpnes, og innreiseforbud vil oppheves. Dermed kan muligheten for å gjennomføre tannbehandling i utlandet øke på kort sikt. På bakgrunn av dette, antas trusselen fra utlandet å øke fremover, noe som alt annet like vil redusere bransjens fremtidige lønnsomhet.

### 8.2.2 Endring i kundenes forhandlingsmakt

I diskusjonen av en ny tannhelsereform, så vi at mer offentlig regulering kan øke markedets størrelse og derav verdiskapingen i markedet. Videre ønsker vi å diskutere om denne verdiskapingen faktisk kapres av tannklinikkene. Et mulig scenario av en ny tannhelsereform er at fri prisfastsettelse forsvinner, og at prissettingen blir lik som for fastlegesektoren. Informant F sier: *«[Om hvordan ny tannhelsereform vil påvirke de private tannklinikkene] Tenker det blir litt som i legebransjen.»* (Informant F, 2021). Også Informant E påpeker dette: *«Leger har jo faste priser, så tannleger må kanskje innfinne seg med å ha priser som er påvirket av staten.»* (Informant E, 2021). Med andre ord kan en ny tannhelsereform innebære

---

at tannhelsesektoren blir mer lik fastlegesektoren, som er preget av faste takster bestemt av staten. I så fall kan dette medføre både lavere, og like, priser for alle tannklinikene. Dette kan sammenlignes med høy grad av priskonkurranse i markedet, noe som vil øke kundenes forhandlingsmakt og redusere lønnsomheten i bransjen fremover.

Videre så vi at en gjenåpning av hvakostertannlegen.no kan medføre en reduksjon i kundenes betalingsvilje, og derav også den totale verdiskapingen i bransjen. Samtidig kan dette også ha en innvirkning på verdikapingen, da bedre prisopplysninger overfører mer av den totale verdien i bransjen til kundene. En relansering av sammenligningstjenesten vil med andre ord både føre til lavere verdiskaping, samt at mer verdi kapres av kundene, noe som begge trekker i retning av lavere fremtidig lønnsomhet i bransjen.

Videre har vi også argumentert for at et redusert behandlingsbehov blant befolkningen i fremtiden, kan føre til at tannleger får for lite å gjøre. Informant C forklarer at tannlegene begynner å nå et metningspunkt: *«Vi har opplevd frem til nå at de fleste av kollegaene har nok å gjøre, men vi innser at det begynner å nå et metningspunkt. Blir flere tannleger enn behov, og vi ser det vokser opp mye konkurransefremmende kampanjer.»* (Informant C, 2021). En konsekvens av for mange tannleger i forhold til etterspørselen, kan være at priskonkurransen mellom tannklinikene øker. Alt annet like vil dette øke kundenes forhandlingsmakt, og derav redusere den fremtidige lønnsomheten i bransjen.

Et siste forhold som kan påvirke kundenes forhandlingsmakt, er utviklingen mot flere kjeder og færre frittstående tannklinikker i bransjen. Informant C, som driver en frittstående klinikk med kun én tannlege, sier følgende: *«For å være ærlig tror jeg at denne praksisen er en litt utrydningstruet variant. Tendensen er at det blir større praksiser.»* (Informant C, 2021). Som tidligere sitert fra flere av informantene, skiller kjedene seg fra de frittstående tannklinikene på måten de markedsfører seg på. Informant E forklarer:

*«Får se utviklingen, men utviklingen er nok blitt til sånn at man gjerne selger mer og markedsfører på en annen måte enn det var før. Er positivt for kunder, men for tannleger må man omstille seg litt, kan ikke gjøre akkurat som man vil lenger. Må yte mer service, ha lengre åpningstider, være lett tilgjengelig og kanskje holde lønningsnivået litt lavere for meg selv og samtidig jobbe litt mer.»* (Informant E, 2021).

Som informanten presiserer, vil en slik utvikling komme kundene til gode på bekostning av tannklinikkene. Med andre ord kan dette medføre at mer av verdien i markedet kapres av kundene, og følgelig reduseres lønnsomheten i bransjen.

### 8.3 Konklusjon fremtidig lønnsomhetsnivå

Formålet med dette kapittelet har vært å besvare forskningsspørsmål 4:

*Hvilke faktorer kan ha en innvirkning på det fremtidige lønnsomhetsnivået til norske private tannklinikker?*

Ved hjelp av lønnsomhetstreet og Porters femfaktormodell, har vi sett på ulike faktorer som kan bidra til endringer i verdiskaping og verdikapring, og følgelig endringer i bransjens fremtidige lønnsomhet.

Kundenes reservasjonspris kan reduseres fremover dersom sammenligningstjenesten hvakostertannlegen.no gjenåpnes. Hvorvidt klinikken vil påvirkes av denne endringen eller ikke, kan imidlertid avhenge av pasientgruppen. Videre antas det også at leverandørens reservasjonspris reduseres, da prisene på forbruksmateriell vil stabilisere seg i takt med gjenåpningen av samfunnet. Begge disse forholdene kan alt annet like redusere verdiskapingen, og dermed den fremtidige lønnsomheten i bransjen på kort sikt.

I analysen av markedets størrelse vurderes eldrebølgen, bedre tannhelse, en ny tannhelsereform og utbredelsen av kjedeklinikker som faktorer som kan påvirke det fremtidige lønnsomhetsnivået på lang sikt. På den ene siden, kan eldrebølgen føre til et økt antall eldre pasienter med et større behandlingsbehov. På den andre siden, er det forhold som taler for at tannhelsen til befolkningen forbedrer seg. Dette kan medføre lavere behandlingsbehov blant befolkningen, samt et overskudd av tannleger i forhold til etterspørselen, som videre kan redusere lønnsomheten. Imidlertid kan ytterligere utbredelse av kjedeklinikker endre standarden for markedsføring i bransjen, og dermed bidra til flere kunder. Til slutt kan en ny tannhelsereform øke behandlingsbehovet, i form av at pasienter som i dag ikke har råd, også kan få den nødvendige behandlingen de trenger.

Under endringer i verdikapring, har vi sett at en gradvis gjenåpning av samfunnet kan medføre at flere drar til utlandet igjen for å få utført tannbehandling, hvilket vil øke trusselen fra substitutter fremover. Videre har vi sett at en relansering av hvakostertannlegen.no, kan overføre mer av bransjens verdiskaping til kundene som følge av lavere søkekostnader. I tillegg kan for mange tannleger i forhold til pasienter, føre til lavere priser og mer priskonkurransen. Utviklingen mot flere kjeder kan også komme kundene til gode, og dermed øke deres forhandlingsmakt.

For å oppsummere vurderingen av det fremtidige lønnsomhetsnivået, peker de fleste forholdene i diskusjonen ovenfor i retning av at den fremtidige lønnsomheten i tannklinikkbransjen er truet.

## 9. Konklusjon

Formålet med dette kapittelet er å gjennomgå hovedfunnene fra analysen, samt forslag til videre studier. Hensikten med vår utredning har vært å undersøke lønnsomheten i den norske private tannklinikkbransjen, og videre identifisere faktorer som kan forklare årsaker til lønnsomhetsvariasjoner. Vi finner at flere former for markedssvikt legger til rette for et lønnsomhetspotensial i tannklinikkbransjen. God lønnsomhet ble bekreftet gjennom en regnskapsanalyse, der vi også finner at det er store lønnsomhetsvariasjoner i bransjen. Stordriftsfordeler, kompleksitet og erfaring er identifisert som de mest sentrale forklaringene på lønnsomhetsvariasjonene, samt at kapasitetsutnyttelse, teknologi og inntektsdrivere kan ha betydning. Analysene er basert på regnskapstall fra et utvalg på 114 private tannklinikker, hvor seks av disse er blitt intervjuet.

Gjennom å studere lønnsomhetsnivået og årsaker til lønnsomhetsvariasjoner, har vi undersøkt den private tannklinikkbransjen på en måte som ikke er gjort tidligere. Utredningen bidrar derfor med ny innsikt om lønnsomhetsnivået og hva som driver lønnsomheten til norske private tannklinikker.

### 9.1 Svar på forskningsspørsmålene

Utredningen har tatt for seg følgende problemstilling:

***Hva kan forklare lønnsomhetsnivået og lønnsomhetsvariasjoner i den norske private tannklinikkbransjen?***

Vi har besvart problemstillingen ved hjelp av fire forskningsspørsmål.

1. *Hva karakteriserer konkurransesituasjonen til norske private tannklinikker?*

Konkurransesituasjonen er analysert ved å undersøke hvordan verdiskapingen i bransjen fordeles mellom tannklinikkerne, pasientene og leverandørene. Vårt overordnede funn etter å ha analysert styrken til konkurransekraftene, er at tannklinikkerne kaprer over halvparten av verdiskapingen i markedet. Pasienter vurderes til å ha lav grad av forhandlingsmakt som følge av informasjonsskjevheter mellom tannklinikkerne og pasientene. Leverandørens forhandlingsmakt vurderes til noe høyere, men er ikke betydelig da klinikkerne sine valgmuligheter er store. Videre anses trusselen fra inntrengere som lav på grunn av betydelige

---

etableringsbarrierer i bransjen. Forklaringen skyldes særlig høye byttekostnader hos pasientene, men også stordriftsfordeler, et høyt kapitalbehov og produkt differensiering hindrer inntrengere fra å etablere seg. Trusselen fra substitutter er også vurdert til lav.

Disse forholdene kan forklare at konkurransen i tannklinikkbransjen svikter på flere områder, hvilket legger til rette for et lønnsomhetspotensial i bransjen. Dette danner utgangspunkt for neste forskningsspørsmål, der hensikten har vært å analysere hvorvidt lønnsomheten er god eller ikke.

## 2. *Hvordan er lønnsomhetsnivået til norske private tannklinikker i dag?*

Ved å studere regnskapstall for utvalget vårt, fikk vi bekreftet at lønnsomheten i tannklinikkbransjen er god. Dette vises både gjennom å sammenligne historiske tall og ved å sammenligne med andre bransjer. Den gjennomsnittlige driftsmarginen er på 10% og har holdt seg stabil. Maksverdien og minsteverdien for klinikkene lå på henholdsvis 39% og 28%, hvilket impliserer at vi studerer en bransje med betydelige lønnsomhetsforskjeller. Totalkapitalrentabiliteten har også hatt en jevn økning og er betydelig høyere sammenlignet med andre næringer. I likhet med de fleste andre bransjer, har tannklinikken blitt påvirket av koronapandemien, men vi finner ikke store negative effekter på klinikkens lønnsomhet som følge av pandemien.

Resultatene bekrefter at lønnsomheten i tannklinikkbransjen er god, og at funnene fra forskningsspørsmål 1 er holdbare. Videre viser regnskapsanalysen at det er store lønnsomhetsforskjeller blant klinikkene. Faktorer som kan bidra til å forklare disse lønnsomhetsvariasjonene, har blitt undersøkt i neste forskningsspørsmål.

## 3. *Hvilke faktorer kan bidra til å forklare eventuelle lønnsomhetsvariasjoner mellom norske private tannklinikker*

Etter å ha studert tannklinikkbransjen og intervjuet seks daglige ledere fra tannklinikker, har vi identifisert fem kostnadsdrivere som kan bidra til å forklare lønnsomhetsvariasjoner. Hvorvidt kapasitetsutnyttelse er en forklaring, har vært krevende å vurdere ettersom samtlige klinikker utnytter kapasiteten fullt ut. Vi finner heller ingen sammenheng mellom arbeidsproduktivitet og lønnsomhet. Videre har vi identifisert stordriftsfordeler som en faktor som kan forklare lønnsomhetsforskjeller blant klinikkene. I hovedsak kan stordriftsfordeler oppnås for kjeder og gruppepraksiser i form av felles støttefunksjoner, bedre innkjøpsavtaler

og reduserte enhetskostnader. Vi finner også at økt kompleksitet fører med seg økte kostnader, men også bedre marginer, og at bredden og dybden i tjenestetilbudet bør tilpasses markedets etterspørsel og konkurrentenes tilbud. Også erfaring er identifisert som en viktig lønnsomhetsfaktor, da lang erfaring i bransjen er fordelaktig for kundenes lojalitet, samt at kostnader med tiden kan reduseres gjennom læring. Teknologi vil føre med seg kostnader på kort sikt, men på lang sikt kunne bidra til økt lønnsomhet gjennom et bedre behandlingstilbud.

Til slutt har vi studert hvordan inntektskilder kan bidra til lønnsomhetsvariasjoner. Det er vanskelig å trekke en konklusjon relatert til valg av prisstrategi, men bevissthet rundt prisstrategien er imidlertid viktig. Videre finner vi at geografisk beliggenhet og tiltak for å beholde kunder, kan øke kundemassen og følgelig bidra til variasjoner i lønnsomhet.

#### 4. *Hvilke faktorer kan ha en innvirkning på det fremtidige lønnsomhetsnivået til norske private tannklinikker?*

Basert på de foregående forskningsspørsmålene, er dagens lønnsomhet i tannklinikkbransjen vurdert som god. I den forbindelse har vi også analysert bransjens fremtidige lønnsomhetsnivå, for å identifisere faktorer som kan endre lønnsomhetsnivået fremover. Våre funn indikerer flere faktorer som trekker i retning av at den fremtidige lønnsomheten er truet. Eldrebølgen kan bidra til et økt antall pasienter med større behandlingsbehov, hvilket alt annet like øker verdiskapingen og forbedrer lønnsomheten. Til tross for dette, taler bedre tannhelse blant befolkningen for at det generelle behandlingsbehovet vil reduseres. Dette, i kombinasjon med et overskudd av tannleger i forhold til pasienter, kan øke konkurransen i markedet og redusere lønnsomheten. En forventet gjenåpning av [hvakostertannlegen.no](http://hvakostertannlegen.no) kan også redusere markedets verdiskaping, samt styrke kundenes forhandlingsmakt. I tillegg kan utfallet av en ny tannhelsereform ha betydning for lønnsomheten, noe som vil bli spennende å følge med på.

## 9.2 Forslag til videre studier

Underveis i arbeidet med utredningen har vi avdekket flere interessante problemstillinger tilknyttet norske private tannklinikker. Et første forslag til videre studier, er å gjennomføre en sammenligningsstudie av norske tannklinikker opp mot utenlandske tannklinikker. Dette er særlig interessant ettersom flere av tannklinikkene vi har pratet med, forteller at det er forskjell i hvordan norske og utenlandske tannleger praktiserer yrket. I tillegg hadde det vært interessant



å studere børsnoterte tannklinikker som er drevet av investorenes forventninger til fortjeneste, og ikke nødvendigvis tannlegenes og pasientenes behov.

Videre mener vi det hadde vært interessant å gå mer i dybden på faktorer som kan forklare lønnsomheten i en tannklinikk. Dette kan eksempelvis gjøres ved å gjennomføre en kvantitativ studie der en studerer statistiske sammenhenger og korrelasjon mellom lønnsomhet og ulike kostandsdrivere. Her mener vi det hadde vært interessant å undersøke stordriftsfordeler i tannlegebransjen nærmere, og hvorvidt størrelse har betydning for lønnsomhet eller ikke.

Vi håper med vår utredning at det skapes økt interesse rundt en spennende bransje, og at andre ønsker å studere ulike temaer tilknyttet tannklinikker nærmere.

## 10. Litteraturliste

- Aksnes, K. (2017). *Etikk i praksis - etikk i kjede?* Hentet fra Den norske tannlegeforenings Tidende: <https://www.tannlegetidende.no/i/2017/9/d2e3792>
- Bamvik, B. S., & Stave, T. K. (2020, August 15). *Stort prissprik på munnbind mellom produsentene og apotekene.* Hentet fra E24: <https://e24.no/naeringsliv/i/WbQ9rQ/stort-prissprik-paa-munnbind-mellom-produsentene-og-apotekene>
- Bergstrand, J. (2009). *Accounting for Management Control.* Lund: Studentlitteratur.
- Bjørnenak, T. (2019). *Strategiske lønnsomhetsanalyser.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Bjørnenak, T., & Nyland, K. (2000). *Kompleksitetens økonomi.* Oslo: Universitetet i Oslo.
- Bruusgaard, D. (2019, Januar 7). *Gruppepraksis.* Hentet fra Store norske leksikon: <https://sml.snl.no/gruppepraksis>
- Darby, R. M., & Karni, E. (1973). *Free Competition and the Optimal Amount of Fraud.* The University of Chicago.
- Den norske tannlegeforening. (2019, Desember 5). *Valg av tannlege.* Hentet fra <https://www.tannlegeforeningen.no/fag-og-politikk/pasientinformasjon/valg-av-tannlege.html>
- Den norske tannlegeforening. (2020a, November 12). *Ja, det er trygt å gå til tannlegen!* Hentet fra <https://www.tannlegeforeningen.no/arkiv/nyhetsarkiv/nyheter/2020-11-11-ja-det-er-trygt-a-ga-til-tannlegen.html>
- Den norske tannlegeforening. (2020b, Mai 12). *Prisportalen hvakostertannlegen.no legges midlertidig ned som følge av covid-19.* Hentet fra <https://www.tannlegeforeningen.no/arkiv/nyhetsarkiv/nyheter/2020-05-12-prisportalen-hvakostertannlegen.no-legges-midlertidig-ned-som-folge-av-covid-19.html>

- 
- Den norske tannlegeforening. (2021, Mars 16). *Fakta om tannhelsetjenesten*. Hentet fra <https://www.tannlegeforeningen.no/fag-og-politikk/pasientinformasjon/fakta-om-tannhelsetjenesten.html>
- Den norske tannlegeforenings Tidende. (2006). *98 prosent er fornøyd med tannlegen*. Hentet fra <https://www.tannlegetidende.no/i/2006/4/dntt-189252>
- Den norske tannlegeforenings Tidende. (u.d.). *Spesialister*. Hentet fra <https://www.tannlegetidende.no/p/spesialister>
- Dranove, D., & Satterthwaite, M. A. (2000). The Industrial Organization of Health Care Markets. I *Handbook of Health Economics* (ss. 1093-1139). Amsterdam.
- Dyvi, E. B. (2004). *Bli god til å lede deg selv*. Hentet fra Den norske tannlegeforenings Tidende: <https://www.tannlegetidende.no/i/2004/13/dntt-115337>
- Fobier. (2021). *Fobi guiden*. Hentet fra <https://fobier.net/>
- Gleditsch, R. F. (2020, Juni 3). *Et historisk skifte: Snart flere eldre enn barn og unge*. Hentet fra SSB: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/et-historisk-skifte-flere-eldre-enn>
- Grytten, J., & Sørensen, R. (2000). Competition and Dental Services. I *Health Economics* (ss. 447-461). John Wiley & Sons.
- Grytten, J., Holst, D., & Skau, I. (2004). *Prisbevissthet, kvalitet og valg av tannlege*. Hentet fra Den norske tannlegeforenings Tidende: <https://www.tannlegetidende.no/i/2004/12/dntt-112858>
- Grytten, J., Skau, I., & Holst, D. (2002). *Hvor skjevfordelte er tannlegene i Norge?* Hentet fra Den norske tannlegeforenings Tidende: <https://www.tannlegetidende.no/i/2002/3/dntt-25489>
- Grytten, J., Skau, I., & Holst, D. (2007). *Organisasjonsformer i privat tannlegepraksis i Norge*. Hentet fra Den norske tannlegeforenings Tidende: <https://www.tannlegetidende.no/i/2007/4/dntt-234297#dntt-234938>

- Hagemann, G. (2020). *Babyboom og eldrebølge*. Hentet fra Norgeshistorie: <https://www.norgeshistorie.no/oljealder-og-overflod/1915-babyboom-og-eldrebølge.html>
- Helse Norge. (2021, Mars 10). *Hvem betaler tannlegeregningen din?* Hentet fra <https://www.helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/hvem-betaler-tannlegeregningen-din/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018, Mai 4). *Leve hele livet - en kvalitetsreform for eldre*. Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Helsedirektoratet. (2018, Juni 8). § *Markedsføring*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse/-13.markedsforing>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra Lovdata <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holmgren, T. K., Rongen, G., & Grytten, J. (2017). *Allmenntannlegene i den private tannhelsetjenesten - har de nok å gjøre?* Hentet fra Den norske tannlegeforenings Tidende: <https://www.tannlegetidende.no/i/2017/11/d2e107>
- Holst, D., Skau, I., Klock, K., Gimmetad, A., & Grytten, J. (2012). *Synspunkter på arbeidsforhold i tannhelsetjenesten*. Hentet fra Den norske tannlegeforenings Tidende: <https://www.tannlegetidende.no/i/2012/3/dnt-473017>
- Hopland, S. (2020, Mai 26). *Nytt Askeladden-selskap utfordrer tannlegebransjen: - Du skal vite hva du må betale*. Hentet fra E24: <https://e24.no/naeringsliv/i/mRkagE/nytt-askeladden-selskap-utfordrer-tannlegebransjen-du-skal-vite-hva-du-maa-betale>
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2020). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kinserdal, F., & Plenborg, T. (2021). *Financial Statement Analysis: Valuation - Credit Analysis - Performance Evaluation*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Legelisten. (u.d.). Hentet fra <https://www.legelisten.no/tannleger>

- 
- Lien, L. B., Knudsen, E. S., & Baardsen, T. Ø. (2016). *Strategiboken*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lunde, E. S., & Ramm, J. (2021). *Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester - 2*. Statistisk sentralbyrå.
- Lunder, N., Ellingsæter, B., & Ellingsen, B. H. (2004). *Tannhelsetjenester...med blanke ark og fargestifter tel.* Hentet fra Den norske tannlegeforenings Tidende: <https://www.tannlegetidende.no/i/2004/16/dntt-127918>
- Løf, A. (2020, Mai 5). *Tannleger legger på coronagebyrer.* Hentet fra VG: [https://direkte.vg.no/coronaviruset/news/tannleger-legger-paa-coronagebyr.fCzxOmz\\_F](https://direkte.vg.no/coronaviruset/news/tannleger-legger-paa-coronagebyr.fCzxOmz_F)
- Mauno, H. (2021, Desember 2). *Tannhelsereformen: Hvor ble det av de eldre?* Hentet fra Dagsavisen: <https://www.dagsavisen.no/nyheter/politikk/2021/12/02/tannhelsereformen-hvor-ble-det-av-de-eldre/>
- Nærings- og fiskeridepartementet. (2018). *Like konkurransevilkår for offentlige og private aktører.*
- Olsvik, Ø., & Lund, B. K. (2018). *Tannmedisinsk turisme - konsekvenser for folkehelsen?* Hentet fra Den norske tannlegeforenings Tidende: <https://www.tannlegetidende.no/i/2018/11/d1e880#d1e1131>
- Oslo Economics. (2015). *Virkinger av åpenhet om priser og vilkår - om effekter av Forbrukerrådets prisportaler.* Oslo: Oslo Economics.
- Phelps, C. E. (2000). *Information Diffusion and Best Practice Adoption.* Handbook of Health Economics.
- Porter, M. E. (1987). *Konkurransestrategi.* Oslo: Tano.
- Porter, M. E. (1992). *Konkurransefortrinn.* Oslo: Tano.
- Prisopplysningsforskriften. (2012). *Forskrift om prisopplysninger for varer og tjenester.* (FOR-2012-11-14-1066). Hentet fra Lovdata <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-11-14-1066>

- 
- Proff. (2021). *Segmentering*. Hentet fra <https://www.proff.no/laglister?i=p44007&samplerFilter=true>
- Risberg, T. (2013, September 2). *Offentlige tannleger er ikke de rimeligste*. Hentet fra NRK: <https://www.nrk.no/livsstil/private-tannleger-er-billigst-1.11211284>
- Rodríguez, E. J. (2006, Mai 5). *Det norske tannpleiemarkedet*. Hentet fra Universitetet i Oslo: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/17237/2/Detxnorskextannpleiemarkedet.pdf>
- Salop, S. (1976). *Information and Monopolistic Competition*. American Economic Association.
- Saunders, M. N., Lewis, P., & Thornhill, A. (2019). *Research methods for business students*. Harlow: Pearson.
- Shank, J. K. (1989). *Strategic Cost Management: New Wine, or Just New Bottles?* Hentet fra Academia: [https://www.academia.edu/956538/Strategic\\_cost\\_management\\_new\\_wine\\_or\\_just\\_](https://www.academia.edu/956538/Strategic_cost_management_new_wine_or_just_)
- Skjørland, K. K. (2019, Mars 21). *Store norske leksikon*. Hentet fra Endodonti: <https://sml.snl.no/endodonti>
- Smil Tannlegesenter. (2021, Januar 8). *Vurderer du tannbehandling i utlandet? Dette må du tenke på*. Hentet fra <https://www.smiltannlegesenter.no/tannbehandling-i-utlandet>
- Solberg, S. M. (2013, August 22). *Kutt tannlegeregningen med motorsag*. Hentet fra Nettavisen: <https://www.nettavisen.no/kutt-tannlegeregningen-med-motorsag/s/12-95-3664814>
- SSB. (2021a, Juni 14). *Mottak av tannhelserefusjon gjennom folketrygden*. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/12900/tableViewLayout1/>
- SSB. (2021b, November 23). *Regnskap for ikke-finansielle aksjeselskaper*. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/07371/tableViewLayout1/>
- SSB. (2021c, Juni 15). *Tannhelsetenesta*. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/13033/tableViewLayout1/>

- 
- SSB. (2021d, Juni 22). *Tannhelsetenesta*. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/tannhelsetenesta>
- Steinum, C. H. (2017). *Fremtidens tannhelsetjeneste - tannlegens rolle*. Hentet fra Den norske tannlegeforenings Tidende: <https://www.tannlegetidende.no/i/2017/3/d2e52>
- Steinum, C. H. (2020). *Vi tannleger og teknologien*. Hentet fra Den norske tannlegeforenings Tidende: <https://www.tannlegetidende.no/i/2020/3/m-31>
- Tannhjulet.no. (2021a). *Leverandørregister*. Hentet fra <https://tannhjulet.no/leverandorer/>
- Tannhjulet.no. (2021b). *Noen tanker rundt eierskap i tannlegebransjen*. Hentet fra <https://tannhjulet.no/wp-content/uploads/2019/05/2019FTV-EIERSKAP-og-KLINIKK-KJEDER-s31-33.pdf>

## Vedlegg

### *Vedlegg 1: Spørreskjema*

Navn på klinikk:

---

Hvor mange lønnede årsverk har jobbet ved klinikkene de siste 3 årene?

2018:

---

2019:

---

2020:

---

Hvor mange av disse er tannleger?

2018:

---

2019:

---

2020:

---

Hvor mange av disse er tannpleiere?

2018:

---

2019:

---

2020:

---



---

Hvor mange av disse er tannhelsesekretærer?

2018:

---

2019:

---

2020:

---

Antall pasientjournaler?

2018:

---

2019:

---

2020:

---

Hvor stor andel av total omsetning utgjør refusjon fra Helfo?

2018:

---

2019:

---

2020:

---

Omtrent hvor stor andel utgjør de faste kostnadene av de totale kostnadene?

2018:

---

2019:

---

2020:

---

## Vedlegg 2: Intervjuguide

Tema	Spørsmål
<b>Introduksjon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentere oss selv</li> <li>• Kort presentere hensikten med samtalen</li> <li>• Vi ønsker å ta opp samtalen, er dette ok?</li> <li>• Si ifra dersom det er noen spørsmål du ikke ønsker å svare på</li> <li>• Har du noen spørsmål før vi setter i gang?</li> </ul>
<b>Konkurransesituasjonen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Har det vært noen nyetableringer i nærområdet de siste 3 årene? (I så fall hvor mange?)</li> <li>• Hvordan skiller nyetableringene seg fra allerede eksisterende klinikker?</li> <li>• Hvorfor velger noen å utføre tannbehandling i utlandet?</li> </ul>
<b>Kunder</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva anser dere som de viktigste faktorene når kunder skal velge tannlege? (pris, service, trygghet)</li> <li>• Anser du det som mulig å skille seg fra andre klinikker på disse områdene? (differensiering, øke investeringer, nytt utstyr) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eventuelt andre områder?</li> </ul> </li> <li>• Kan du beskrive kundenes lojalitet til klinikken?</li> <li>• Har dere noen konkrete tiltak for å opprettholde kundemassen? (eks. automatisk re-innkallelse)</li> <li>• Har dere noen konkrete tiltak for at kunder lettere skal kunne finne prisene deres? (hvordan opplyses prisene?)</li> </ul>
<b>Leverandører</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvilke leverandører er de viktigste for dere? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Leier eller kjøper dere utstyr av disse?</li> </ul> </li> <li>• Hvor lenge har dere hatt disse leverandørene?</li> <li>• Er dere låst til disse leverandørene, eller har dere mulighet til å velge mellom flere?</li> <li>• Har priser på utstyr og materialer forandret seg de siste årene?</li> <li>• Hva er deres innkjøpsavtale med de viktigste leverandørene? (gir det fordeler eks. i form av rabatt ved stort kvantum)</li> </ul>
<b>Prising</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvilket prisnivå ligger klinikken deres på i forhold til konkurrentene? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Følger dere med på konkurrentenes priser?</li> </ul> </li> <li>• Hva skyldes de store prisforskjellene i bransjen?</li> </ul>
<b>Kapasitetsutnyttelse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Har tannlegene/tannpleierne nok å gjøre i løpet av en normal arbeidsdag? (er det rom for flere pasienter per i dag?)</li> <li>• Anser dere det som en fordel å ha en stor tannklinikk fremfor en liten?</li> </ul>

<b>Læring</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan du kort ta oss igjennom hvilken utvikling klinikken har hatt siden oppstart? (utvidet lokaler, gruppepraksis, antall ansatte, finansiering, motivasjon)</li> <li>• Kan du beskrive klinikkens læringskurve siden oppstarten? (økt effektivitet, bedre utnyttelse av arbeidskraft)</li> <li>• Kommer du på noen fordeler/ulempene ved å ha vært i bransjen lenge?</li> <li>• Har klinikken lært noe av konkurrentene? (direkte tips, observasjon, samarbeid)</li> <li>• Investerer dere i kurs for å øke de ansattes kompetanse?</li> </ul>
<b>Teknologi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan du gi eksempler på bruk av nye teknologiske løsninger i klinikken de siste årene? (eks. utstyr, datasystemer)</li> <li>• Har ny teknologi bidratt til at dere kan skille dere ut på kvalitet?</li> <li>• Har teknologi ført til mer automatisering av administrative rutineoppgaver? (eks. betaling på skjerm istedenfor i skranken) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Om ja: Hvordan har dette påvirket lønnskostnader?</li> </ul> </li> <li>• Streber dere etter å stille med det beste utstyret for å være konkurransedyktige?</li> </ul>
<b>Kompleksitet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan du beskrive deres tjenestetilbud?</li> <li>• Hvordan varierer marginene på de ulike typer tjenestene?</li> <li>• Fokuserer dere på breddekompleksitet eller dybdekompleksitet?</li> <li>• Er det en fordel å tilby mange tjenester fremfor få?</li> </ul>
<b>Fremtiden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan har Covid-19 påvirket driften og lønnsomheten til klinikken?</li> <li>• Hvilke endringer de neste årene tror du vil påvirke bransjen? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ny tannhelsereform: Hvordan tror du dette vil påvirke private tannklinikker?</li> <li>○ Eldrebølgen: Har du noen tanker om hvordan eldrebølgen vil påvirke etterspørselen etter tannhelsetjenester?</li> </ul> </li> <li>• Hva tror du vil være viktig å fokusere på de neste årene?</li> </ul>
<b>Avslutning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det noe du ønsker å legge til som du tror kan være av interesse for oppgaven?</li> <li>• Kan vi kontakte deg dersom vi skulle behøve mer informasjon?</li> </ul>