



2023/49 | For Helse- og omsorgsdepartementet



## Undersøkelse av tilbudet i tannhelsetjenesten

Markedsstruktur og priser

Mari Brekke Holden, Dag Morten Dalen, Jostein Grytten, Ingeborg Rasmussen og Leif Grandum

# Dokumentdetaljer

Tittel	Undersøkelse av tilbudet i tannhelsetjenesten. Markedsstruktur og priser
Rapportnummer	2023/49
Forfattere	Mari Brekke Holden, Dag Morten Dalen, Jostein Grytten, Ingeborg Rasmussen og Leif Grandum
ISBN	978-82-8126-660-5
Prosjektnummer	23-DMD-01
Prosjektleder	Ingeborg Rasmussen
Oppdragsgiver	Helse- og omsorgsdepartementet
Dato for ferdigstilling	4.desember 2023. Korrektureringer 7.mai 2024
Tilgjengelighet	Offentlig- Tidspunkt for offentliggjøring fastsettes av oppdragsgiver
Nøkkelord	Helse, tannhelsetjenester, velferd, markedsstruktur, konkurranseøkonomi og kartlegging

## Om Vista Analyse

Vista Analyse AS er et samfunnsfaglig analyseselskap med hovedvekt på økonomisk utredning, evaluering, rådgivning og forskning. Vi utfører oppdrag med høy faglig kvalitet, uavhengighet og integritet. Våre sentrale temaområder er helse og velferd, klima, energi, samferdsel og næringsutvikling. Vista Analyse er vinner av Evalueringsprisen 2018.

Våre medarbeidere har meget høy akademisk kompetanse og bred erfaring innenfor konsulentvirksomhet. Ved behov benytter vi et velutviklet nettverk med selskaper og ressurspersoner nasjonalt og internasjonalt. Selskapet er i sin helhet eiet av medarbeiderne.

# Forord

Vista Analyse har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomført en prisundersøkelse, samt en undersøkelse av tilbudssiden av tannhelsetjenesten. Resultatene fra arbeidet inngår som en del av kunnskapsgrunnlaget til det regjeringsoppnevnte utvalget som skal foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten, herunder organisering, finansiering og lovverket, inkludert regulering og rettigheter. Utvalget skal levere sin endelige rapport innen utgangen av juni 2024.

Som en del av oppdraget opprettet vi en referansegruppe med representanter fra de største kjedene, en representant fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, tannlegeforeningen, tannpleierforening, en frittstående tannlege og andre ressurspersoner. Referansegruppen har bidratt med nyttige innspill i utformingen av spørreundersøkelsen, samt gode diskusjoner og innspill i møter og underveis i prosessen. Vi takker referansegruppen for deres bidrag. Vi gjør samtidig oppmerksom på at Vista Analyse står ene og alene ansvarlig for hvordan innspillene er tolket og hensyntatt i denne rapporten. Beskrivelser, analyser og tolkning av resultater kan derfor ikke tillegges referansegruppens medlemmer eller organisasjoner.

Vi ønsker også å takke oppdragsgiver, med Siv Svoldal i spissen, for et godt samarbeid og god oppfølging underveis i arbeidet.

Prosjektgruppen har bestått av professor Jostein Grytten, fagekspert innenfor tannhelseområdet, professor Dag Morten Dalen, Mari Brekke Holden og Ingeborg Rasmussen. I tillegg har Leif Grandum bidratt som prosjektassistent og analytiker, og da særlig knyttet til innhenting av priser på et stort antall nettsider.

Vi observerer at tannhelsetjenestemarkedet er i endring. Gjennom 2023 er det stadig varslet om fusjoner og vi ser en fortsatt vekst både for store kjeder og flere mindre virksomheter som har mer enn doblet omsetningen årlig de siste årene. Vår undersøkelse baserer seg i all hovedsak på 2022-tall og første halvdel av 2023.

Oslo 4. desember 2023 (korrekturendringer 7. mai 2024)

**Ingeborg Rasmussen**  
Prosjektleder/Partner  
Vista Analyse AS

**Dag Morten Dalen**  
Partner  
Vista Analyse AS

# Ordliste

<b>Allmenntannlege</b>	Tannleger uten spesialisering. I rapporten bruker vi begrepene allmenntannlege og tannlege uten spesialisering litt om hverandre
<b>Spesialist</b>	Tannlege med spesialisering. Det er flere spesialistretninger.
<b>Kjeveortoped</b>	Et av spesialistområdene, men i rapporten behandler vi ofte dette spesialistområdet for seg fordi det i større grad enn de øvrige spesialistområdene er rettet mot barn og unge.
<b>Sentralitet</b>	SSBs sentralitetsindeks er en kode med en verdi for hver kommune, som gir et mål for kommunens sentralitet, ut ifra tilgang på arbeidsplasser og tilgang på servicefunksjoner. <a href="https://www.ssb.no/befolkning/folketall/artikler/sentralitetsindeksen">https://www.ssb.no/befolkning/folketall/artikler/sentralitetsindeksen</a> I denne rapporten har vi gjennomgående benyttet en 6-delt gruppering av kommuner fra 1=mest sentrale til 6=minst sentrale.
<b>Tidsdebiterere</b>	Behandlingen faktureres etter medgått tid til en gitt timepris

# Innhold

Sammendrag og konklusjoner .....	8
Markedsstruktur .....	8
Priser .....	9
Befolkningens forbruksmønster og tannhelseutgifter .....	10
<b>1 Innledning .....</b>	<b>11</b>
<b>2 Markedet for tannhelsetjenester .....</b>	<b>12</b>
2.1 En privat helsetjeneste .....	12
2.2 Effektivitet i tannhelsetjenesten .....	13
2.2.1 Forebygging og tannhelsen i befolkningen .....	13
2.2.2 Tannhelse er ikke som annen helse .....	15
2.2.3 Informasjonsproblemet .....	15
2.2.4 Overbehandling – tilbudsindusert etterspørsel .....	17
2.2.5 Konkurransen og markedsrett .....	18
2.2.6 Den historiske prisutviklingen på tannhelsetjenester .....	19
<b>3 Datagrunnlaget .....</b>	<b>21</b>
3.1 Spørreundersøkelsen .....	23
3.2 Nettpreisundersøkelsen .....	28
3.3 Legelisten og Hvakostertannlegen .....	31
3.3.1 Legelisten.no .....	31
3.3.2 Prisportalen «Hvakostertannlegen» .....	31
3.4 KUHR – antall behandlere og refusjonsbeløp pr kommune .....	33
3.5 Virksomhetsregister basert på Brønnøysundregisteret .....	34
3.5.1 Fylkeskommunene og den offentlige tannhelsetjeneste .....	34
<b>4 Markedsstruktur .....</b>	<b>36</b>
4.1 Tannbehandlerdekning .....	36
4.1.1 Tannlegedekning varierer med sentralitet .....	37
4.1.2 Vekst i den private tannlege- og tannpleierdekningen over tid .....	41
4.2 Organisering, eierskap og klinikkstørrelse .....	44
4.2.1 Fra solopraksiser til gruppepraksis med tannpleier og/eller spesialist .....	44
4.2.2 Eierskap og tilknytning .....	47
4.3 Markedskonsentrasjon og kjeder .....	48
4.3.1 Kjededannelse og merkevareverdi .....	49
4.3.2 Markedsandeler basert på Legelisten (februar 2023) .....	50
4.3.3 Eierskap bak de største kjedene .....	53
4.4 Utvikling i driftsinntekter for kjeder og klinikker .....	54
<b>Små foretak taper terreng, men har en stor andel av driftsinntektene .....</b>	<b>57</b>
4.5 Har tannlegene nok pasienter? .....	58
<b>5 Priser (deskriptiv statistikk) .....</b>	<b>60</b>
5.1 Standard undersøkelse .....	62
5.2 Fyllinger .....	65

5.3	Rotfylling	66
5.4	Behandling av marginal periodontitt	68
5.5	Kirurgisk tanntrekking av visdomstann eller dyptliggende rot	69
5.6	Protetikk	70
5.7	Implantat	72
5.8	Kjeveortopedi	73
5.9	Utvalgte spesialist-behandlinger	73
<b>6</b>	<b>Analysen av prisvariasjoner</b>	<b>74</b>
6.1	Konsistens på tvers av behandlinger og begrenset prisspredning	74
6.2	Geografisk variasjon - Sentralitet	75
6.3	Organisasjonsform og eierskap: Offentlige / privat / kjede	75
6.4	Betydning av tannlegetetthet og markedskonsentrasjon	78
6.5	Prisendring fra 2019-2023	82
6.5.1	Standard undersøkelse	83
6.5.2	Fyllinger	84
6.5.3	Rotfylling	86
<b>7</b>	<b>Befolkningens utgifter til tannbehandling</b>	<b>88</b>
7.1	Tannbehandlingsutgifter	88
7.2	Utvikling fra 2013 til 2023	90
	<b>Referanser</b>	<b>92</b>
	<b>Vedlegg</b>	<b>94</b>
	<b>Figurer</b>	
Figur 2.1	Prosent av samlede tannhelsekostnader som dekkes av det offentlige	12
Figur 2.2	Andelen voksne som har benyttet den offentlige tannhelsetjenesten	13
Figur 2.3	Prisutvikling på tannhelsetjenester 1979-2023	20
Figur 3.1	Andel klinikker med prisliste tilgjengelig på nettsiden, etter sentralitet	30
Figur 4.1	Årsverk tannpleiere og tannleger med og uten spesialitet. Fylkesfordelt 2022	37
Figur 4.2	Dekningsvariasjon etter sentralitet	39
Figur 4.3	Gjennomsnittlig refusjonsbeløp hos allmenntannlege per voksne innbygger	40
Figur 4.4	Gjennomsnittlig refusjonsbeløp hos kjeveortoped per innbygger 0-19 år	41
Figur 4.5	Gjennomsnittlig refusjon hos spesialist (ekskl. kjeveortoped) per voksne innbygger	41
Figur 4.6	Årsverk tannpleiere og tannleger med og uten spesialitet	42
Figur 4.7	Antall pasienter som utløste refusjonsbeløp per innbygger	43
Figur 4.8	Refusjonsbeløp per innbygger	43
Figur 4.9	Klinikkstørrelse: Antall tannleger på klinikken	44
Figur 4.10	Klinikkstørrelse etter kommunens sentralitet	45
Figur 4.11	Sammensetning av behandlere på klinikken	46
Figur 4.12	Prosentandelen tannleger i solopraksis, etter kjønn og alder	47
Figur 4.13	Eierskap og tilknytning til klinikken, inndelt etter antall år siden eksamen	48
Figur 4.14	Geografisk variasjon i andelen tannleger i hhv. offentlig, stor kjede eller annet	51
Figur 4.15	Samlet markedsandel til de tre største klinikkene per økonomisk region	52
Figur 4.16	Kart over kommunene der Colosseum og/eller Oris har klinikker	53
Figur 4.17	Kart over hvor mange av de fem største kjedene hver kommune huser	53
Figur 4.18	Driftsinntekter for de tre største tannlegekjedene, 2012-2022	55
Figur 4.19	Utviklingen i driftsinntekter for mellomstore tannhelseforetak. 2012-2022	56

Figur 4.20	Andel av samlede driftsinntekter fordelt på kjeder og størrelse på foretak.....	57
Figur 4.21	Andel private tannleger som ønsker seg flere pasienter, etter sentralitet.....	58
Figur 5.1	Standard undersøkelse.....	64
Figur 5.2	Undersøkelse.....	64
Figur 5.3	Fylling 2 flater.....	66
Figur 5.4	Middels fylling.....	66
Figur 5.5	Fylkeskommunale priser – Rotfylling.....	67
Figur 5.6	Rotfylling av 1 kanal.....	68
Figur 5.7	Rotfylling av 1 kanal.....	68
Figur 5.8	Spørreundersøkelse subgingival depurasjon (seanse 30 min) inkl. anestesi.....	68
Figur 5.9	Spørreundersøkelse subgingival depurasjon (seanse 30 min) ekskl. anestesi.....	69
Figur 5.10	Spørreundersøkelse private allmenntannleger.....	70
Figur 5.11	Fylkeskommunale priser – protetikk (ekskl. tannteknikk og inkl. anestesi).....	70
Figur 5.12	Fylkeskommunale priser – protetikk (inkl. tannteknikk og anestesi).....	71
Figur 5.13	Pris keram fremstilt permanent helkrone.....	71
Figur 5.14	Pris helkeramisk krone på en jeksel.....	71
Figur 5.15	Spørreundersøkelse private allmenntannleger.....	72
Figur 5.16	Fylkeskommunale priser – Implantat.....	72
Figur 5.17	Fylkeskommunale priser hos spesialist.....	73
Figur 6.1	Pris på fylling 2 flater – histogram.....	77
Figur 6.2	Pris på skallfasett – histogram.....	78
Figur 6.3	Enkeltklinikkers prisendring fra 2020-2023 - Undersøkelse.....	83
Figur 6.4	Enkeltklinikkers prisendring fra 2020-2023 – Fylling 1 flate.....	84
Figur 6.5	Enkeltklinikkers prisendring fra 2020-2023 – Fylling 2 flater.....	85
Figur 6.6	Enkeltklinikkers prisendring fra 2020-2023 – Fylling 3 flater.....	85
Figur 6.7	Enkeltklinikkers prisendring fra 2020-2023 – Rotfylling 1 kanal.....	86
Figur 6.8	Enkeltklinikkers prisendring fra 2020-2023 – Rotfylling 2 kanaler.....	87
Figur 6.9	Enkeltklinikkers prisendring fra 2020-2023 – Rotfylling 3 kanaler.....	87
Figur 7.1	Tannbehandlingsutgifter blant de som har vært hos kjede og ikke-kjede.....	89
Figur 7.2	Behandling utført hos tannlegen siste året.....	91
<b>Tabeller</b>		
Tabell 3.1	Utredningens problemstillinger og datagrunnlag.....	22
Tabell 3.2	Spørreundersøkelsens svarprosent, inndelt etter behandler.....	24
Tabell 3.3	Antall respondenter (private tannleger) pr fylke og sentralitet.....	25
Tabell 3.4	Antall respondenter (tannpleiere) pr fylke.....	26
Tabell 3.5	Geografisk fordeling av klinikkene i nettprisundersøkelsen.....	29
Tabell 3.6	Geografisk fordeling av klinikkene i Legelisten og Hvakostertannlegen.....	33
Tabell 4.1	Tannlegedekning per 10 000 innbygger, ifølge Legelisten, KUHR og SSB.....	38
Tabell 5.1	Oversikt prisnivå og -variasjon basert på de ulike datakildene.....	60
Tabell 5.2	Standard undersøkelse. Deskriptiv statistikk fra de ulike datagrunnlagene.....	63
Tabell 5.3	Spørreundersøkelse private allmenntannleger.....	65
Tabell 5.4	Fylkeskommunale priser – Fyllinger.....	65
Tabell 5.5	Spørreundersøkelse private allmenntannleger.....	66
Tabell 6.1	Regresjonsresultater: prisforskjeller offentlige og private klinikker og kjeder.....	76
Tabell 6.2	Oversikt resultater fra regresjonsanalyser.....	79
Tabell 6.3	Utvikling i medianpris fra 2019/20 til 2023.....	82

# Sammendrag og konklusjoner

*Befolkningens tilgang til tannhelsetjenesten ivaretas både av private og fylkeskommunale tjenestetilbydere. Tannhelsetjenesteloven gir fylkeskommunene et sørge-for-ansvar for barn, ungdom og utvalgte grupper med pleie og omsorgsbehov. Den øvrige delen av befolkningen får i all hovedsak dekket sitt behov for tannhelsetjenester i et privat marked, kjennetegnet ved både fri etableringsrett for klinikker og uregulerte priser. I tillegg til at private aktører dekker en stor del av det samlede tilbudet, skiller tannhelsetjenesten seg fra andre helsetjenester ved at behandlingskostnadene i stor grad dekkes av pasientene selv.*

*Som det eneste land i Norden har Norge sett en betydelig økning tannlegetettheten de siste 20 årene. Tannlegetettheten har falt markant i Finland, Island og Danmark, og den har falt moderat i Sverige. Antall innbyggere per tannbehandler er forholdsvis lik på tvers av fylker, med unntak av Troms og Finnmark og Oslo der behandlertettheten er høyere. I de tre nordligste fylkene står de fylkeskommunale klinikkene for en vesentlig større andel av tilbudet, mens Oslo skiller seg klart ut med flest private behandlere per innbygger. Det er nå langt mer vanlig med såkalte gruppepraksiser enn det som har vært tilfelle tidligere. Kun 25 pst. av de private tannlegene arbeider i dag i en solopraksis med kun én tannlege.*

*Tannlegekjeder som samler klinikker og tannbehandlere under samme merkenavn og markedsføring har fremdeles en begrenset andel av det totale tannlegemarkedet. I første kvartal 2023 arbeidet om lag 20 pst. av allmenntannlegene i en av de fem største kjedene. De to største kjedene, Colosseum og Oris, er om lag like store på landsbasis, og hadde per første kvartal 2023 til sammen 13 pst. av landets tannleger tilknyttet sine klinikker. Disse to kjedene er til stede i noe under 40 kommuner hver, og i under halvparten av disse kommunene er begge etablert med en eller flere klinikker. Kjeden ser ut til å være i kraftig vekst, og veksten skjer hovedsakelig gjennom oppkjøp av frittstående klinikker.*

*Prisundersøkelser viser begrenset variasjon i priser mellom klinikker for vanlige behandlinger som undersøkelser, fyllinger og rotfyllinger, men større variasjon for mer kostbare behandlinger. Prisene er generelt høyere i større og mer folkerike kommuner enn i små kommuner. Det er små prisforskjeller mellom private og fylkeskommunale klinikker, men vi finner at kjedene i gjennomsnitt har rundt 10 pst. høyere priser enn frittstående klinikker. Det er ingen tydelig sammenheng mellom priser på ulike behandlinger og andelen tannleger tilknyttet de tre største klinikkene i en økonomisk region.*

*I befolkningsundersøkelsen fremgår det at 60 pst. av respondentene som har vært hos tannlege eller tannpleier det siste året hadde en utgift på under 2000 kroner, mens 6 pst. oppgir en utgift på over 10 000 kroner. Sammenlignet med tidligere studier, i 2013, fremgår det at behandlingsvolumet faller kraftig. Vi går like ofte til tannlegen som før, men disse besøkene fører langt sjeldnere til behandling utover selve undersøkelsen.*

## Markedsstruktur

Inkluderer vi både tannleger og tannpleiere, finner vi om lag 890 innbyggere per tannbehandler i Norge. Da er tannbehandler både i private og offentlige klinikker tatt med. Tannlegetettheten er forholdsvis lik på tvers av fylker, med unntak av høyere dekning i Troms og Finnmark og Oslo. Dekningen varierer med sentralitet, slik at befolkningen i mindre sentrale kommuner må reise noe lenger for å få behandling, særlig hos spesialist. Det har vært en betydelig vekst i antall tannpleierårsverk det siste tiåret. Oslo skiller seg klart ut med flest private behandlere per innbygger og færrest offentlige, mens Troms og Finnmark har klart flest tannbehandlere per



innbygger totalt sett og høyest andel offentlige behandlere. De tre nordligste fylkene har dårligst dekning av private tannbehandlere, men dersom vi ser bort fra Oslo, er forskjellen sett mot de øvrige fylkene moderat.

I løpet av de siste 25 årene har gruppepraksis blitt vanligere enn solopraksis. I 1997 arbeidet ca. 60 pst. av privatpraktiserende tannleger i solopraksis, mens andel i dag er 24 pst. Integrerte praksiser med spesialist og tannpleier, i tillegg til allmenntannlege, er også blitt mer vanlig. Særlig forekommer slike integrerte praksiser blant klinikkene som er del av en kjede.

De fleste tannlegene i vår undersøkelse er praksiseiere/medeiere. Blant de private allmenntannlegerespondentene med over 10 år fra eksamen er andelen over 85 pst., men ca. 40 pst. av de med under 10 år fra de ble uteksaminert er praksiseiere/medeiere. Funnene likner en undersøkelse fra 2006. Også andelen "ansatte" har holdt seg på ca. 5 pst. blant de yngste private allmenntannlegene (under 10 år siden eksamen/under 35 år).

De som ikke er praksiseiere, er i hovedsak assistenttannleger eller oppdragstakere. Oppdragstaker er den vanligste tilknytningsformen blant tannleger som arbeider i en kjede. Respondenter som arbeider i kjeder, er underrepresentert i vår spørreundersøkelse. Andelen praksiseiere/medeiere er dermed noe overvurdert og andelen oppdragstakere, assistenttannleger og ansatte er tilsvarende undervurdert i resultatene fra vår spørreundersøkelse.

Litt over 20 pst. av de private tannlegene som står oppført i Legelisten.no arbeider i en av de fem største kjedene, hhv. 20 pst. av allmenntannlegene og 28 pst. av spesialistene. Foreløpig har kjedene en begrenset andel av tannlegemarkedet, både samlet og hver for seg, men markedet ser ut til å være i rask endring. Ifølge Legelisten per februar 2023 lå markedsandelen til de tre største kjedene på 16 pst., målt som andel av tannlegene i Legelisten. Dette fordelte seg med 7 pst. av alle tannleger tilknyttet Colosseum, 6 pst. Oris, 3 pst. Odontia. Den samme markedsandelen gjenspeiler seg når markedsandel måles som andel av den samlede omsetningen.

Ifølge Legelisten per februar 2023 hadde Colosseum 316 tannleger i 39 kommuner og Oris hadde 305 tannleger i 37 kommuner. Begge kjedene er til stedet i 17 kommuner og 59 kommuner huser minst én av de to største kjedene. Odontia hadde 124 tannleger i 24 kommuner. I 40 av de 85 økonomiske regionene i Norge er minst én av de tre største kjedene blant de tre største klinikkene i regionen. Kjedene er stort sett til stedet i områder med mange tannleger og klinikker, der markedsandelene er begrensede. I 9 av 85 økonomiske regioner har største klinikk over 40 pst. av tannlegene. Ingen av disse 9 klinikkene er kjeder og antall tannleger i regionen ligger mellom 1-25 tannleger.

## Priser

Prisundersøkelsen vår gir deskriptiv informasjon om prisnivå- og variasjoner, men fanger ikke opp eventuelle kvalitetsforskjeller mellom behandlingene de ulike respondentene tilbyr (herunder variasjon i utstyr, materialer, tannteknikk mv. i tillegg til tannbehandlerens ferdigheter og tidsbruk).

På de fleste behandlingene er det begrenset prisspredning mellom de private allmenntannlegerespondentene. Halvparten av respondentene oppgir priser innenfor et intervall på om lag 20 pst. av medianprisen på behandlingen på de fleste behandlinger, blant annet:

- Standard undersøkelse: Medianpris 1 320 kroner, med prisspredning på 300 kroner
- Fylling 2 flater: Medianpris 1 740 kroner, med spredning 315 kroner

- Rotfylling 1 kanal: Medianpris på 4 270 kroner, med spredning 800 kroner

På enkelte behandlinger er prisforskjellen mellom respondentene betydelig større. For implantatretinert krone (helkrone metall/keram) oppgir respondentene priser som gir en prisspredning på 58 pst. rundt medianprisen på 10 000 kroner, som vil si at halvparten av respondentene oppgir priser innenfor et spenn på ca. 5 800 kroner. Den store prisspredningen kan henge sammen med at det er store forskjeller i pris på tannteknikk, blant annet avhengig av om det er norskprodusert eller fra utlandet.

Vi finner gjennomgående tendens til høyere priser i mer sentrale strøk og i større, mer folkerike, kommuner enn i mindre kommuner. Vi finner små prisforskjeller mellom offentlige og private klinikker, men finner samtidig at kjedene i snitt har om lag 10 pst. høyere priser enn andre private klinikker.

Prisene avhenger av klinikk tetthet og er lavere jo flere private klinikker det er i den økonomiske regionen. Basert på Hvakostertannlegen finner vi lavere priser i økonomiske regioner med høyere privat allmenntannlegetetthet, men dette er ikke et gjennomgående trekk i datasettet fra vår egen spørreundersøkelse. Det ser videre ikke ut til å være noen klar sammenheng mellom prisnivå og markeds konsentrasjon i form av markedsandelen til de tre største klinikkene i den økonomiske regionen.

Vi har også undersøkt om priseffekten av kjede avhenger av markeds konsentrasjon. Hensikten var å teste en hypotese om at kjedeeffekten er sterkere i et konsentrert marked. Regresjonsanalysene våre gir ikke støtte for denne hypotesen. Dett resultatet styrker konklusjonen om at markeds makten kan forklares med etterspørselssiden, og at den er robust overfor økt markeds konsentrasjon på tilbudssiden.

## Befolkningens forbruksmønster og tannhelseutgifter

Vi har også kartlagt befolkningens forbruksmønster og tannhelseutgifter. Gallupundersøkelsen ble gjennomført av Kantar og rettet seg mot et representativt panel av voksenbefolkningen mellom 20 og 70 år. 60 pst. av respondentene som har vært hos tannlegen og/eller tannpleier det siste året, oppgir under 2000 kroner i tannbehandlingsutgifter i løpet av året. Hele 25 pst. oppgir utgifter mellom 1001-1500 kroner. 6 pst. oppgir utgifter over 10 000 kroner og 1 pst. over 30 000 kroner. Et fåtall rapporterer om utgifter på over 100 000 kroner.

Det har vært en betydelig nedgang i tannbehandlingsvolumet fra 2013 selv om folk går like ofte til tannlegen som før. Eksempelvis fikk 50 pst. av respondentene mellom 20-70 år som besøkte tannlegen i 2013 fylt en tann, mens andelen i 2023 er 32 pst. Andelen som har fått krone- og broterapi har falt fra 16 pst. til 7 pst. Også for behandlingene tannrens, rotfylling, tanntrekking, tannkjøttbehandling og tannbleking har behandlingsvolumet blitt markant lavere de siste ti årene.

Besøkene hos tannlegen består i større grad av kun kontroll i dag enn for ti år siden. Litt over halvparten av de som har besøkt tannlegen i løpet av det siste året, gikk kun for kontroll og ev. tannrens.

# 1 Innledning

I august 2022 oppnevnte regjeringen et utvalg som fikk i mandat å foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten, herunder å vurdere organisering, finansiering, regulering og rettigheter.

Som et ledd i utvalgets arbeid utlyste Helse- og omsorgsdepartementet et oppdrag for kartlegging av prisene på de ulike behandlingene som utføres. I det samme oppdraget ble det bedt om en kartlegging av markedsstrukturen i tannhelsetjenesten. Funn og analyser fra dette kartleggingsoppdraget beskrives i denne rapporten.

Vårt oppdrag for Helse- og omsorgsdepartementet, og dermed også denne rapporten, består av to hoveddeler.

## Kartlegging av den private tannhelsetjenesten

I denne delen kartlegges og analyseres tilbudssiden i den private tannhelsetjenesten. I tråd med oppdragsbeskrivelsen gir vi en oversikt over tilbudet av behandlere, både av tannpleiere og tannleger, etter spesialisering. Vi har også kartlagt organisasjonsformer og eierskap i virksomhetene.

## Prisopplysninger

I denne delen kartlegges og analyseres priser og honorar i den private tannhelsetjenesten, både prisbildet i 2023 og utviklingen de senere årene. Det er i første rekke de private allmenntannlegene og tannpleierne sine priser som er kartlagt, men undersøkelsen inkluderer også fylkeskommunenes priser for behandling av voksne betalende pasienter.

Vi har også benyttet historiske data (2020) til å analysere tidsutviklingen frem til 2023 på de sentrale tjenestene/takstene.

Før vi dokumenterer funn og analyser fra disse to delene av oppdraget, beskriver vi i kapittel 2 noen sentrale trekk ved markedet for tannhelsetjenester. Vi gir en kort oversikt over sentrale reguleringer og rettigheter, og peker på mulige markedsimperfeksjoner og konkurranseutfordringer.

I kapittel 3 beskriver vi de ulike datakildene vi har benyttet i kartleggingen, både de eksisterende datakildene tilrettelagt av andre og vår egen datainnhenting.

I kapittel 4 beskriver vi markedsstruktur, organisasjonsformer og eierskap, herunder kjedenes markedsandeler og utvikling.

Prisene på ulike behandlinger presenteres i kapittel 5 og analyseres i kapittel 6.

Resultatene fra en befolkningsundersøkelse av forbruksmønster og tannhelseutgifter presenteres i kapittel 7. Kapitlet bygger på en egen rapport der resultatene fra befolkningsundersøkelsen er presentert mer i detalj (Vista Analyse, 2023).

## 2 Markedet for tannhelsetjenester

### 2.1 En privat helsetjeneste

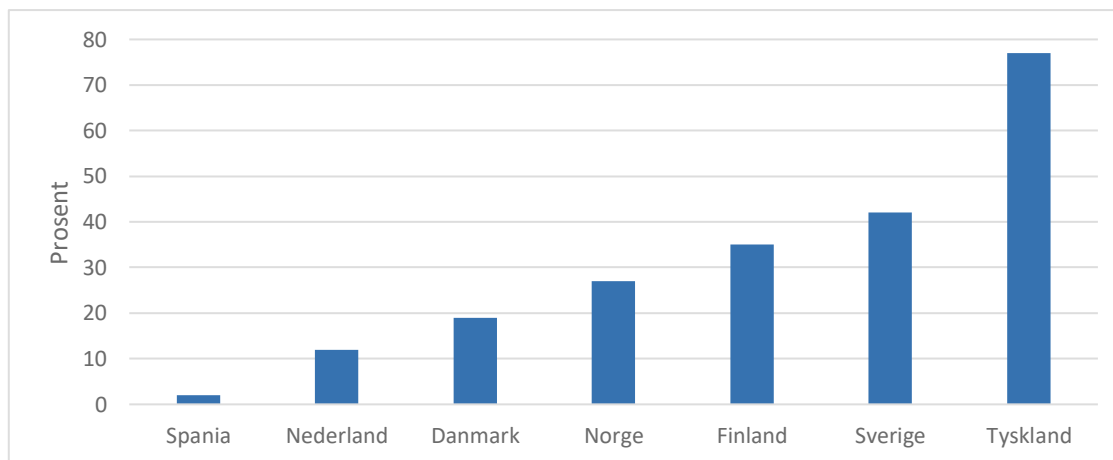
Befolkningens tilgang til tannhelsetjenesten ivaretas både av private og fylkeskommunale tjenestetilbydere. Fylkeskommunene har et sørge-for-ansvar for barn, ungdom og utvalgte grupper med pleie og omsorgsbehov. Den øvrige delen av befolkningen får i all hovedsak dekket sitt behov for tannhelsetjenester i et privat marked, kjennetegnet ved fri etablering og prissetting.

Selv om fylkeskommunene først og fremst tilbyr tannhelsetjenester til barn, unge og eldre, slik de er pålagt ihht. Lov om tannhelsetjenesten, tilbyr fylkeskommunale tannklinikker (med unntak av Oslo) også tjenester til befolkningen for øvrig. Det skal skje i konkurranse på like vilkår med de private tannklinikkene. I tillegg til at private aktører dekker en stor del av det samlede tilbudet, skiller tannhelsetjenesten seg fra andre helsetjenester ved at behandlingskostnadene i stor grad dekkes av pasientene selv.

En stor privat og pasientfinansiert tannhelsetjeneste er ikke et særnorsk fenomen. Komparative studier viser at den offentlige kostnadsdekningen, med noen få unntak, er lav. Pasientene belastes med høye egenbetalinger, med tilhørende risiko for uforutsette store utgifter. En slik risiko for uforutsette tannhelseutgifter påfører befolkningen en ekstra kostnad, som kommer i tillegg til selve behandlingsutgiftene. En privatfinansiert tannhelse skaper dessuten en potensielt sterkere sammenheng mellom inntekts- og utdanningsnivå og den reelle tilgangen til tjenestene enn det vi ser for andre helsetjenester.

Figuren nedenfor viser andel av samlede tannhelsekostnader som dekkes av det offentlige i utvalgte land.

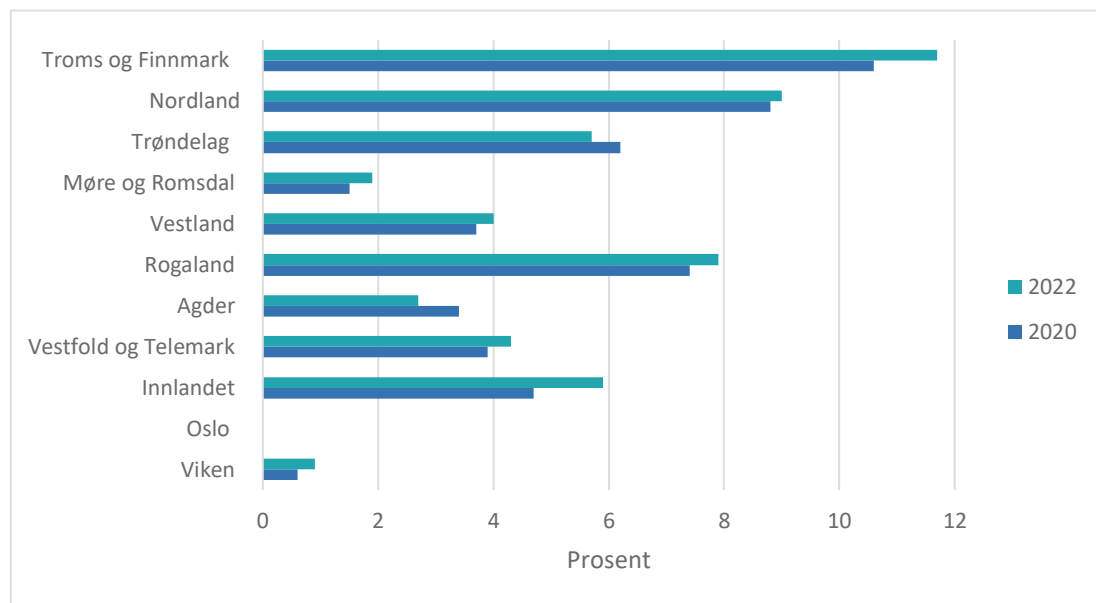
**Figur 2.1** Prosent av samlede tannhelsekostnader som dekkes av det offentlige.



Kilde: *Oral health care in Europe: Financing, access, and provision. Health Systems in Transition, Vol. 24. 2022* (<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/oral-health-care-in-europe-financing-access-and-provision>)

I 2022 ble 3,8 pst. av den voksne befolkningen behandlet i den offentlige tannhelsetjenesten, en nedgang fra 5,3 pst. i 2015. Det er betydelige regionale forskjeller i bruken av den offentlige tannhelsetjenesten. I Oslo og Viken dekker private tannleger hele eller en svært stor andel av etterspørselen. I Troms og Finnmark ble derimot 11,7 pst. av den voksne befolkningen behandlet av den offentlige helsetjenesten i 2022. Figur 2.2 viser hvordan denne andelen varierer mellom fylkene. Lavere aktivitet under pandemi-året 2020 kan være en årsak til at en større andel voksne benyttet den offentlige tannhelsetjenesten i 2022 enn i 2020 i de fleste fylker. Fra 2022 ble det i tillegg innført rabatterte priser for tannbehandling for 21- og 22-åringer hos den offentlige tannhelsetjenesten.<sup>1</sup> I 2023 ble rabattordningen utvidet til å gjelde for 21-24-åringer.

Figur 2.2 Andelen voksne som har benyttet den offentlige tannhelsetjenesten



Kilde: SSB, bearbeidet av Vista Analyse

## 2.2 Effektivitet i tannhelsetjenesten

På de fleste områdene i helsetjenesten står forholdet mellom forebygging og behandling sentralt. Selv kostbar behandling kan være samfunnsøkonomisk lønnsomt når sykdom og helseplager rammer den enkelte. Sannsynligheten for at sykdom inntreffer ligger imidlertid ikke fast. Folkehelsen kan bedres gjennom forebygging som reduserer forekomsten av sykdom og dermed behandlingsbehov. Potensialet for forebygging varierer selvsagt mellom sykdomskategorier, men tannhelsen fremheves som et område der forebygging har hatt stor effekt. De fleste tannhelseproblemer lar seg forebygge (Watt RG, 2019).

### 2.2.1 Forebygging og tannhelsen i befolkningen

På sykdomsområder der forebygging er mulig, vil organisering og finansiering av helsetjenesten ha stor betydning for effektiv ressursbruk. En sentral utfordring er å prioritere ressursene

<sup>1</sup> Oslo har inngått avtale med private behandlere, slik at rabatten gis til alle i aldersgruppen som er bosatt eller har opphold i Oslo kommune, ved behandling hos samtlige private tannleger og tannpleiere med lokalisering i Oslo kommune. Kilde: <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/helsetjenester/tannhelse-og-tannlege/rett-til-tannbehandling/#gref>

optimalt mellom forebygging og behandling. Den prioriteringen skjer både direkte i statlige og kommunale budsjetter, men den påvirkes også indirekte gjennom måten leverandører av helsetjenester finansieres. Hvis inntektene til tjenesteleverandørene er knyttet til behandling, er det behandlingstilbudet disse aktørene er interessert i å utvikle. Forebygging som reduserer behandlingsbehovet, reduserer fremtidige inntekter dersom finansieringsmodellen er aktivitetsbasert. Dette er en variant av det som ofte omtales som «du får det du betaler for»-fenomenet: Aktører som lever av å behandle, skal vi ikke forvente anstrenger seg for å forbygge.

Forebygging tar dessuten tid, og gevinstene i form av bedre helse kommer ofte mange år frem i tid og tilfaller ofte andre enn de som dekker kostnadene. I sin nye bok «Why not better and cheaper» går Rebitzer og Rebitzer grundig inn på dette (Rebitzer, 2023).

Vi tror ikke et privatfinansiert marked for tannbehandling som det norske står i veien for effektiv forebygging. God tannhelse forebygges gjennom opplæring og informasjon om god tannhygiene og kosthold. Barn og ungdom er en viktig målgruppe for dette arbeidet, og faller inn under det fylkeskommunale ansvaret. For den voksne befolkningen vil egenfinansiering gi incentiver til god tannhygiene, og deler av inntektene i tannklinikken er knyttet til forebygging, og da særlig gjennom regelmessig innkalling til kontroll.

Selv om de fleste vestlige land har lyktes med å forbedre tannhelsen i befolkningen, gjenstår det utfordringer, særlig knyttet til tannhelsen i lavinntektsfamilier og andre sårbare grupper med funksjonshemminger og blant eldre. I Norge trekkes særlig frem tannhelseproblemer hos rusavhengige, kreftpasienter og personer med psykiske lidelser (Høifødt Sørensen, 2021). Dette er imidlertid grupper som skal ivaretas av kommunene, slik at oppfølging og behandling ikke skal være opp til den enkeltes betalingsevne.

Det dominerende synet var lenge at forbedringer i tannhelsen ville føre til mindre etterspørsel etter tannhelsetjenester. Nedgangen har imidlertid vært mindre enn forventet. En større forskergruppe hevder at arbeidet med tannhelsen i befolkningen fremdeles legger for stor vekt på behandling, og da særlig behandlingstilbud som retter seg mot den delen av befolkningen som har høy betalingsvilje og god tannhelse (Watt RG, 2019). Forskerne går langt i å påstå at mye av denne behandlingen er unødvendig.

En påstand om unødvendig tannbehandling krever en mer presis begrunnelse enn det forskergruppen gir. I samfunnsøkonomiske analyser begrunnes ikke påstander om unødvendig forbruk eller konsum med en overprøving av konsumentenes preferanser og privatøkonomiske prioriteringer. Samfunnsøkonomisk teori tar utgangspunkt i et konsumentsoverensprisenipp. Hvis konsumentene har betalingsvilje for en tannbehandling (som noen vil kunne vurdere som unødvendig) som minst dekker tannklinikkenes kostnader, er ikke behandlingen unødvendig i samfunnsøkonomisk forstand.

En privat tannhelsetjeneste, finansiert av pasientene selv, skulle dermed legge til rette for samfunnsøkonomisk effektiv ressursbruk. Det krever imidlertid at følgende forutsetning holder:

1. **Informasjon.** Pasientene kan skaffe seg informasjon om tannbehandling de kjøper i markedet (både behov, type behandling og kvalitet på utført arbeid).
2. **Konkurranse.** Konkurransen mellom tannklinikken sikrer at prisene står i et rimelig forhold til kostnadene ved å utføre tannbehandling.
3. **Forsikring.** Befolkningen har tilgang til forsikringsmuligheter som avlaster risikoen for store uforutsette utgifter.

Det er mange markeder som kan ha konkurransemessige utfordringer og som omsetter produkter og tjenester som kundene ikke fullt ut kjenner kvaliteten på. I praksis må konkurranse- og informasjonsproblemene være tilstrekkelig alvorlige for å konkludere med reguleringsbehov. Konklusjonen fra omfattende helseøkonomisk forskning er at det er et betydelig potensial for markedssvikt i uregulerte, private markeder for helsetjenester, (Arrow, 1963), (Olsen, 2017).

Det er variasjoner innenfor helsetjenesten. Noen områder har markedssvikt som følge av eksternaliteter (smittevern og vaksinerings), mens andre deler har store informasjonsproblemer (legemidler og diagnostikk), og på mange av sykdomsområdene kan det være vanskelig å etablere gode forsikringstilbud på grunn av ekskludering av utsatte grupper.

## 2.2.2 Tannhelse er ikke som annen helse

Helseøkonomisk forskning som retter seg mot tannhelsetjenesten, viser at det ikke er opplagt at potensialet for markedssvikten er like stort her (Sintonen, 2000). Nedenfor drøfter vi potensielle utfordringer med informasjon, konkurranse og forsikring i markedet for tannbehandling.

Et sentralt kjennetegn ved helsetjenester, som skiller dem fra mange andre varer og tjenester som omsettes i markeder, er at den enkeltes behov for disse tjenestene er svært vanskelig å forutse – både om behovet overhodet vil oppstå og når – og hvis sykdom rammer, øker etterspørselen etter tjenestene raskt (Arrow, 1963). Dette er ikke like fremtredende trekk ved tannhelsetjenesten. I en kunnskapsoppsummering trekker Sintonen og Linnosmaa frem følgende punkter som skiller tannbehandling fra andre behandlingsområder (Sintonen, 2000):

- **Forutsigbarhet.** Tannlidelser er mer oversiktlige, med noen få hovedårsaker til behov for behandling, og de fleste av disse er mer forutsigbare enn mange andre lidelser.
- **Gjentakende.** Vi gjentar mange av de samme tannbehandlingene gjennom livsløpet. Vi har dermed mulighet til å lære behandlingene å kjenne, inkludert effekten av god og dårlig kvalitet i behandlingen.
- **Diagnostikk.** Behovet for tannbehandling er relativt sett enklere å diagnostisere, og ofte er bildediagnostikk ute i klinikkene tilstrekkelig.
- **Forebygging.** Som allerede nevnt er tannsykdom- og lidelser lettere å forebygge enn mange andre sykdommer.
- **Elektiv behandling.** Behovet for øyeblikkelig hjelp er mindre på tannhelseområdet enn mange andre helseområder. Det gjør det lettere for pasientene å planlegge behandlingstidspunkt og orientere seg i markedet.
- **Interne gevinster.** På tannhelseområdet er de fleste gevinstene av behandlingene interne for pasientene selv, noe som isolert sett tilsier at den enkeltes gevinst av å ivareta egen tannhelse og oppsøke tannbehandler ved behov faller sammen med samfunnets gevinster.

Det ligger utenfor rammene for prosjektet å vurdere inngående betydningene av alle disse sidene ved tannhelsetjenesten. Vi avgrensner oss til å diskutere det vi oppfatter som særlig sentralt for konkurranse, priser på behandling og effektivitet.

## 2.2.3 Informasjonsproblemet

Sintonen og Linnosmaa argumenter med at pasientene er i stand til å vurdere kvaliteten på tannbehandling, om enn ikke direkte i forkant, men gjennom erfaring med de vanligste

tannbehandlingene. Disse delene av tannhelsetjenesten vil i så fall være det vi omtaler som erfaringsgoder.

I markeder for erfaringsgoder er det mer krevende for nye aktører å etablere seg. Kundene i det geografiske relevante området har lært sine klinikker å kjenne. Siden kundene ikke vet hva slags kvalitet som møter dem før de har prøvd ut nye klinikker, vil disse måtte tilby ekstra store priskutt for å lokke til seg nye kunder. Kunder respondere altså svakere på prisendringer i markeder med erfaringsgoder. Isolert sett tilsier det at vi får høyere priser på tannbehandling enn hva de ville vært dersom kundene lett kan ta stilling til kvaliteten før de eventuelt bytter klinikk.

På den annen side vil nye klinikker være villig til å strekke seg lengre for å få kundene, siden kundene kan forventes å være mer lojale når de først blitt kunder (Villas-Boas, 2006). Det trekker isolert sett i retning av lavere priser – og da særlig i perioder der nye aktører forsøker å få fotfeste.

Selv om den enkelte kunde over livsløpet blir kjent med de viktigste tannbehandlingene, som f.eks. undersøkelser, mener vi det er urealistisk å anta at kundenes er i stand til å vurdere hva som er den beste behandlingen – både hvor omfattende behandling som er nødvendig og når en eventuell tilstand bør utbedres. Det gjelder særlig for de mer kostbare behandlingene, som krever grundigere vurderinger før riktig behandling kan fastsettes. Utviklingen i tannhelsen svekker også erfaringsgrunnlaget for enklere behandlinger. I 2004 hadde 18-åringene i snitt ca. 5 tenner med fylling, men dette var redusert ned til 2,8 tenner med fylling i 2022. 32,3 pst. av 18-åringene hadde ingen fyllinger i 2022. Dette er selvsagt en svært god utvikling, men den svekker erfaringsgrunnlaget ved fremtidig valg av tannlege.

Det er dessuten vanskelig for pasienten å konsultere en nøytral tredjepart for å vurdere behandlingsbehovet og kvaliteten på tjenestene. Bortsett fra i tilfeller med vesentlig kvalitetssvikt, er det ikke nødvendigvis en klar sammenheng mellom pasientenes erfaringer med en tannlege og den tannhelsefaglige kvaliteten på tjenesten. Tannhelsetjenesten mener vi derfor har viktige trekk som faller sammen med såkalte tillitsgoder. Det er tjenester som kundene aldri lærer kvaliteten fullt ut å kjenne, verken før eller etter behandling. Tannbehandler er helt avhengig av at kunden stoler på at tannbehandler er dyktig og vil treffe gode behandlingsvalg. Tannbehandler har to roller; gi råd om riktig behandling, for deretter selv å tilby denne behandling. Som rådgiver kan tannlegene ha betydelig innflytelse på omfang av tjenester som anbefales, der pasientens tillitt til tannlegen som en god rådgiver er viktig.

Tillitsaspektet ved tannhelsetjenesten forsterkes av at mange pasienter opplever frykt eller ubehag knyttet til det å gå til tannlegen. Slike kunder vil se det som langt viktigere å ha et trygt forhold til «sin faste tannlege» enn å finne en tannlege med lave priser (Konkurransetilsynet, 2005). Odontofobi, eller «tannlegefrykt», utgjør et stort problem for mange. Ifølge informasjon på hjemmesiden til Norsk forening for odontofobi viser undersøkelser at 5 til 10 pst. av den voksne befolkningen i Norge unnlater å søke regelmessig tannbehandling på grunn av angst.<sup>2</sup> Med en voksen befolkning på om lag 4 millioner personer, vil opp mot 400.000 mennesker kunne unnlate å gå til tannlegen på grunn av tannlegefrykt.

Langt flere vil trolig ha mildere former for frykt, slik at de på tross av engstelsen oppsøker tannlegen både for kontroll og behandling. Tillitten disse opparbeider til sine tannleger kan gjøre det mer krevende for nye klinikker å trenge inn i et lokalt marked, og isolert sett bidra til svekket

---

<sup>2</sup><https://nofobi.no/pasientinformasjon-odontofobi>. Besøkte nettsiden 14.08.2023

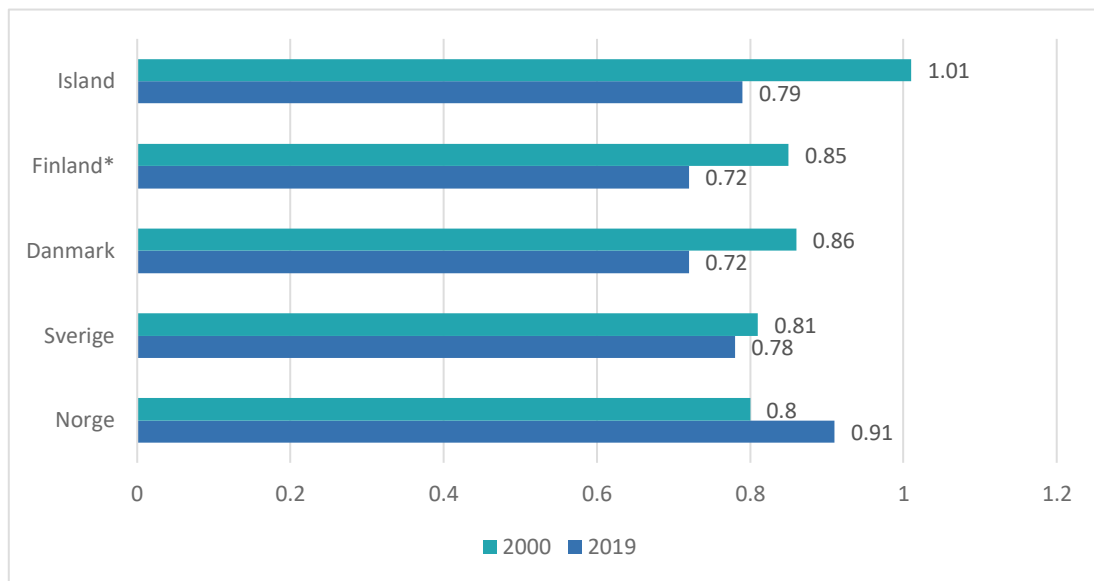


konkurransen og økt markedsrett til etablerte klinikker. Det tilsier at klinikker som ønsker å ekspandere inn i nye områder må kjøpe opp eksisterende tannklinikker.

## 2.2.4 Overbehandling – tilbudsindusert etterspørsel

Antall aktive tannleger har ikke falt i takt med bedringen i tannhelsen. Tvert imot har antall tannleger per innbygger i Norge økt gjennom de siste 20 årene. En motsatt trend av det vi ser i andre nordiske land. Figuren nedenfor viser utviklingen i antall tannleger per innbygger i de nordiske landene.

Figur 2.3. Antall tannleger per 1000 innbygger i de nordiske landene



Kilde: [https://www.theglobaleconomy.com/rankings/dentists\\_per\\_1000\\_people/](https://www.theglobaleconomy.com/rankings/dentists_per_1000_people/) \*Finland er oppgitt med 2018-tall, i stedet for 2019. Tallene samsvarer i stor grad med SOU 2021:8 der utvikling i Sverige vises: «De seneste 20 åren har konsentrasjonen av tandl kare i befolkningen sjunkit något, från 82 tandl kare per 100 000 inv nare i slutet av 1990-talet till 80 tand[1]läkare år 2018.»

Som det eneste land i Norden har Norge økt tannlegetettheten fra 2000 til 2019. For 20 år siden hadde Island en langt høyere tannlegetetthet enn Norge, men sammen med Sverige, Danmark og Finland har tannlegetettheten på Island falt markant etter 2000. I 2019 ligger Norge på 3.plass i denne globale rangeringen av land, målt etter tannlegetetthet per innbygger.

Det er nærliggende å tro at dette dels skyldes at inntektsnivået i Norge er høyt, også i nordisk målestokk, og at dette slår ut i høy betalingsvilje for private tannhelsetjenester. En rapport fra Helsedirektoratet viser at både norske og utenlandske tannleger med utenlandsk utdanning utfører en økende andel av årsverkene. I 2016 var det om lag 3000 tannlegeårsverk med norsk utdanning, mens om lag 1000 årsverk ble utført av tannleger med utenlandsk utdanning (Helsedirektoratet, 2018).

Grytten har gjennomført flere studier av det norske arbeidsmarkedet for tannleger (Grytten & Holmgren, 2017), (Holmgren, Rongen, & Grytten, 2017), (Grytten, Listl, & Skau, 2022).

I 1992 rapporterte 20 pst. av tannlegene at de hadde for få pasienter. I 2015 var denne prosentandelen økt til 37 pst.. En hypotese som har fått mye oppmerksomhet innenfor helse-økonomisk forskning, også den som studerer tannlegemarkedet spesielt, er såkalt tilbudsindusering (Sintonen, 2000). Tanken er at tannlegenes informasjonsovertak kan (mis)brukes, ved

å anbefale flere kontroller og behandlinger enn det en perfekt informert pasient selv ville valgt. Det foreligger lite empirisk forskning som bekrefter hypotesen om tilbudsindusering i tannhelsetjenesten (Holden, 2021).

Det er imidlertid krevende å få tilgang på data som gjør det mulig å teste hypotesen om tilbudsstyring på en tilfredsstillende måte (Grytten, 2017). En metastudie fra 2009 fant en positiv sammenheng mellom legetetthet og ulike mål på helseutnyttelse, for eksempel årlig antall prosedyrer per allmennlege (Léonard, 2009). Siden inntektene til tannlegene er sterkere knyttet til anbefalte behandlinger enn det som er tilfellet for allmennleger, er det grunn til å tro at slike tilpasninger lettere får fotfeste i tannlegemarkeder. I en studie sammen med Listl og Skau, finner Grytten at tannleger som oppgir å ha for få pasienter, har høyere priser og innkaller pasienter oftere til kontroll (Grytten, Listl, & Skau, 2022).

Når tannleger som ønsker flere pasienter ikke senker prisen, støtter det antakelsen om at mange av tjenestene er erfarings- eller tillittsgoder. Etterspørselen etter slike tjenester kan ha en lav prisfølsomhet. Tannlegene kunne lokket til seg flere pasienter med lavere priser, men vurderer kanskje at dette vil «koste mer enn det smaker» i form av tapte inntekter. Den enkelte tannlege kunne ønsket seg flere pasienter, men innser at det vil kreve en for lav pris. Kampanjer med rabattert pris på undersøkelse for nye kunder ser derimot ut til å være vanlig i tannlegemarkedet.

## 2.2.5 Konkurransen og markedsmakt

Tannbehandling som erfarings- og tillittsgoder, i kombinasjon med byttekostnader for pasienter, bidrar til å svekke konkurransen i den private tannhelsetjenesten. En tannklinikk kan erfare å ha markedsmakt selv om markedsandelen til klinikken ikke er høy. Et unntak kan være standard undersøkelser. Klinikkerne kan oppleve sterk konkurranse på slike, og da særlig i form av å rekruttere kunder som ennå ikke har knyttet seg til en fast tannklinikk (unge, innflyttere) eller kunder som av ulike grunner velger ikke å knytte seg til en fast klinikk.

I økonomisk teori sier vi at en aktør har markedsmakt dersom denne aktøren kan øke lønnsomheten ved å øke prisen over prisen som gjør seg gjeldende i et konkurranseutsatt marked. I et konkurranseutsatt marked ville klinikker som forsøker å øke prisen, miste kundene og kraftig svekke inntjeningen. Prisene i et konkurranseutsatt marked vil presse seg ned til behandlingskostnadene.

I praksis er det krevende å vurdere i hvilken grad bedrifter har markedsmakt, ikke minst fordi tilstrekkelig detaljert informasjon om kostnadene er vanskelig å fremskaffe. Potensialet for markedsmakt vurderes derfor på grunnlag av bedriftenes markedsandeler. Hvis markedsandelen er tilstrekkelige høye, øker faren for markedsmakt fordi kundene rett og slett har færre valgmuligheter.

For å beregne markedsandeler må det tas stilling til hva som er den relevante markedsavgrensningen. For tannbehandling har det i stor grad en geografisk dimensjon. Når kundene vurderer ulike tannklinikker, vil de vurdere tannklinikker i sin egen kommune, eller vil de også oppsøke klinikker i andre byer lengre unna dersom prisene er lavere der? Svarene på slike spørsmål avhenger av hvilke tannbehandlinger vi ser på. For enklere og rimeligere behandlinger, vil det relevante markedet trolig være mer avgrenset til kommune eller økonomisk region. For mer kostbare og sjeldne behandlinger, vil kundene kunne vurdere behandlingstilbud innenfor en større geografisk utstrekning.

I våre analyser av markedsstruktur har vi valgt å ta utgangspunkt i økonomisk region når vi beregner klinikkenes markedsandeler. Det er 85 slike regioner, og disse skal fange om de regionale handelsområdene og arbeidsmarkedene. For mange behandlingstyper vil fylkeskommunen ha for stor utstrekning, og mange kommuner vil være for små i forhold til det kundene vurderer som aktuelle steder å oppsøke tannklinikker.

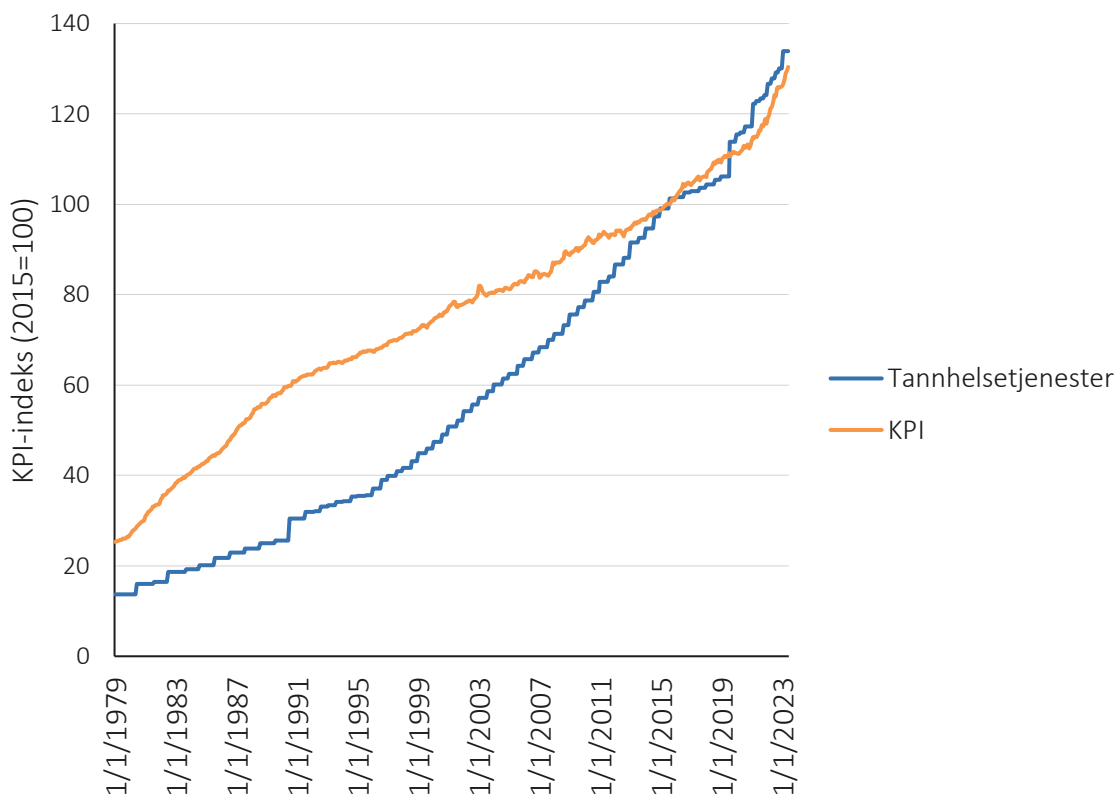
Et annet viktig trekk ved tannhelsemarkedet er den lovpålagte opplysningsplikten om behandlingspriser. Intensjonen er at publisering av priser skal gjøre det lettere for pasienter å orientere seg i markedet og foreta informerte valg. En tilleggseffekt er at befolkningen lettere kan skaffe seg informasjon om hvilken økonomisk risiko de er eksponert for: De kan skaffe seg informasjon om prisen på ev. fremtidige kostbare behandlinger.

Slik prisinformasjon er også kjent som potensielt konkurransedempende. Priskonkurransens kjerne er koblingen mellom pris på tjenesten og etterspørselen (eller markedsandeler). Ved å senke prisen, vil en tilbyder ha forhåpninger om å kapre kunder og dermed oppnå økt etterspørsel. Med lett tilgang på publiserte priser, øker faren for at konkurrentene raskt kan svare med å senke sine priser. Da kan etterspørselen til den som var «først» ute med prisreduksjonen, fort ende tilbake på nivået før prisreduksjonen, med den eneste forskjellen at prisene er lavere enn før. Hvis konkurrentene lett kan oppdage prisbevegelser og svare på konkurransen, forsvinner incentivene til å kapre kunder med prisreduksjoner. I verste fall kan offentlige prislister, som skal gi god forbrukerinformasjon, i seg selv drive prisene opp.

## 2.2.6 Den historiske prisutviklingen på tannhelsetjenester

Tannhelsetjenesten har hatt en realprisvekst de siste 20 årene, illustrert i Figur 2.3 ved at den blå linjen for tannhelsetjenester stiger brattere enn den gule linjen som viser den generelle prisutviklingen på varer og tjenester (KPI). Prisene på tannbehandling hadde en svakere utvikling enn KPI frem til forhandlingene mellom Tannlegeforeningen og staten strandet i 1995 og honorartariffen for tannbehandling ble opphevet. Fra det ble fri prissetting i 1995 har prisen på tannhelsetjenester steget kraftigere enn prisveksten på øvrige varer og tjenester. Det er uklart i hvor stor grad prisveksten siden 1995 kan forklares av kostnadsøkninger og nye investeringer og i hvilken grad tannlegene bruker sin markedsrett til å heve prisene (Grytten, Skau, & Holst, 2004). De første årene etter overgangen fra honorartariff til fri prissetting kan det ha vært behov for en priskorrigerings for å sikre kostnadsdekning, etter en tiårsperiode med lavere prisvekst på tannhelsetjenester enn KPI i forkant av 1995. Det har vært en teknologisk utvikling siden 90-tallet som hever kvaliteten av behandlingene, men som også innebærer at tannlegene har gjennomført relativt kostnadskrevenende investeringer.

Figur 2.3 Prisutvikling på tannhelsetjenester 1979-2023



Kilde: SSBs statistikkbank tabell 03013. Prisutviklingen for tannhelsetjenester kartlegges vha spørreskjema til et utvalg av landets tannleger fire ganger i året, hhv. februar, mai, august og november. Mellom ca. 2015 og 2020 ble prisene hentet fra Forbrukerrådets prisportal «Hvakostertannlegen.no» hhv. februar og august hvert år. Den svake prisutviklingen fra 2015 til juli 2019 og den kraftige prisøkningen i august 2019 kan sannsynligvis i hovedsak forklares av at en betydelig andel av klinikkene ikke oppdaterte sine priser i portalen, slik at gjennomsnittsprisene ble stadig mer utdaterte, inntil Forbrukerrådet i 2019 gjorde en større gjennomgang, som medførte at en betydelig andel av prisene ble oppdatert.

## 3 Datagrunnlaget

I dette kapitlet redegjør vi for undersøkelsene som er gjennomført og datagrunnlaget for de videre kapitlene. I beskrivelsen av markedsstruktur er «Legelisten.no» vår viktigste kilde, som gir oss oversikt over tilnærmet samtlige tannleger og tannklinikker i Norge (per februar 2023). I tillegg benytter vi data og statistikk fra KUHR, SSB samt vår egen spørreundersøkelse.

Priskartleggingen er gjort gjennom en spørreundersøkelse sendt til samtlige klinikker med epostadresse i Legelisten, gjennomført i april 2023. Spørreundersøkelsen er også sendt ut til samtlige private og offentlige tannpleiere som er medlemmer i Tannpleierforeningen. I tillegg benyttes et uttrekk fra Forbrukerrådets nå nedlagte prisportal, «Hvakostertannlegen.no», som gir prisinformasjon fra ca. 1 600 klinikker, oppdatert i løpet av januar 2019 til mai 2020. Som et supplement til spørreundersøkelsen og Hvakostertannlegen, har vi også gjennomført en nettpreisundersøkelse. De tre selvstendig kildene gir et solid grunnlag for å beskrive prisnivå- og spredning for et utvalg behandlinger og analysere om prisene avhenger av sentralitet, markedsstruktur, organisering og eierskap.

Erfaringene fra arbeidet viser at det er svært krevende å hente inn prisinformasjon. Det pekes på at det er vanskelig å oppgi standardpriser. Pasientenes behandlingsbehov og kjennetegn med pasienten varierer, og det vil være forskjeller på tvers av behandlere mht. hvor lang tid de bruker, materialvalg, klinikkostnader og flere andre faktorer. Vi erfarer også at motivasjonen til å oppgi priser varierer, både på tvers av klinikker, innad i klinikker, organisasjonsform mv.

Det er på langt nær samtlige klinikker som har hjemmesider med prisopplysninger, og blant de som har prisopplysninger på nett, er det flere som opererer med fra-priser eller intervaller. Ved å bruke ulike undersøkelser og metoder for å avdekke priser, mener vi likevel at vi har et tilstrekkelig grunnlag til å kunne svare ut oppdragets hovedspørsmål. Vi har et rimelig godt bilde på «klinikknivå», men særlig for de store kjedene mangler vi informasjon om hvordan priser varierer innenfor samme kjede og på tvers av tannleger- og tannpleier innenfor samme klinikk.

Vi har også hentet inn regnskapsdata som en del av grunnlaget for å vise hvordan markedet utvikler seg. Vi har her brukt tjenesten Proff.forvalt som henter inn data på virksomhetsnivå fra Brønnøysundregisteret. Regnskapstallene viser også utviklingen i antall årsverk for kjedene og antall sysselsatte fra AA-registeret. I og med bruk av oppdragsavtaler, underleverandører og enkeltpersonforetak er hyppig brukte organisasjonsformer i dette markedet, gir ikke årsverk oppgitt i regnskap et fullstendig bilde over utviklingen. Vi har derfor lagt mindre vekt på denne kilden på dette området, men viser utviklingen i driftsinntekter og veksten i større klinikker/kjeder på et overordnet nivå.

Vi har også gjennomført en befolkningsundersøkelse med et representativt utvalg av den norske befolkningen. Denne undersøkelsen gir blant annet informasjon om hva befolkningen oppgir at de har betalt for ulike tannlegetjenester, og supplerer dermed prisinformasjonen vi har fra kildene beskrevet over. Resultatene fra denne delen av undersøkelsen er rapport i detalj i (Vista Analyse, 2023)

Tabellen under gir en oversikt over utredningens problemstillinger og datagrunnlaget benyttet til å besvare dem. I delkapitlene som følger beskrives hver av datakildene nærmere.

Tabell 3.1 Utredningens problemstillinger og datagrunnlag

Problemstillinger	Datagrunnlag	Kommentar
<b>Markedsstruktur</b>		
Tannlegedekning *Utvikling over tid	Legelisten *KURH, SSB	Legelisten gir oversikt over tannleger, klinikktilhørighet og kommune per feb.2023. KUHR gir tannleger/behandlere per kommune 2013-2022. SSB gir utvikling i årsverk på fylkesnivå.
Organisasjonsform, klinikkstørrelse mv. *Utvikling over tid	Legelisten, spørreundersøkelsen gjennomført april 2023. *Sammenlikning med tidligere studier	Skille offentlig og privat. I Legelisten kan vi identifisere store kjeder ut ifra klinikknavnet og beregne antall tannleger per klinikk. Respondentene i spørreundersøkelsen oppga om de arbeider i en kjede og klinikkstørrelse.
Omsetning og økonomiske resultater	Proff-Forvalt	Beskriver inntreden av og utviklingen til de store kjedene.
<b>Priser</b>		
Priser private allmenntannleger	Spørreundersøkelsen gjennomført april 2023.	Svarprosent hos private allmenntannleger på 19 pst. Store kjeder er underrepresentert. 241 private allmenntannleger har oppgitt pris på standard undersøkelse.
Priser tannpleier	Spørreundersøkelsen gjennomført april 2023.	Svarprosent på hhv. 19 pst. og 25 pst. blant private og offentlige tannpleiere. 86 private og 77 offentlige har oppgitt pris på standard undersøkelse.
Priser private spesialister	Spørreundersøkelsen gjennomført april 2023.	Svarprosent mellom 5 og 12 pst. for de ulike spesialistene. Mellom 8 og 22 respondenter per spesialitet.
Priser private klinikker	Nettprisundersøkelsen gjennomført mai 2023.	89 klinikker av 127 klinikker har oppgitt pris på standard undersøkelse. Over en firedel av disse er «fra-priser».
Priser offentlige klinikker	Fylkesvise prislister til den fylkeskommunale tannhelsetjenesten	Fylkeskommunenes priser for behandling av voksne betalende pasienter. Oppgir priser på de fleste behandlingene utredningen omfatter.
*Utvikling over tid	*Hvakostertannlegen (Hkt) med priser oppdatert ilt 2019-2020. Hkt sammenliknes med spørreundersøkelsen og nettprisundersøkelsen.	Hvakostertannlegen-portalen (Hkt) inneholder priser de fleste behandlingene utredningen skal se på. Helfo-refusjon er ikke inkludert. 1607 klinikker hadde oppdatert sin pris på standard undersøkelse i løpet av 2019-2020, hvorav ca. 500 offentlige klinikker. Sammenlikner prisnivå i dag, basert på spørreundersøkelsen, med prisnivået i Hkt 2019-2020. For klinikkene i nettprisundersøkelsen sammenliknes prisutvikling til den enkelte klinikk fra Hkt til nettprislister i dag.
Analysér: prisvariasjoner mtp. sentralitet, offentlig/privat, kjede	Spørreundersøkelsen private allmenntannleger, Hvakostertannlegen (samt variable fra KUHR og SSB)	Geografiske prisvariasjoner i de to datasettene, spørreundersøkelsen og Hkt. Prisforskjeller mellom offentlige og private klinikker og mellom kjeder og enkeltstående klinikker. I tillegg regresjoner der tilbudssidevariable som tannlegetetthet og markedskonsentrasjon er inkludert.
Befolkningens erfaring om faktiske kostnader og bruk av tannlegetjenester	Befolkningsundersøkelse rettet mot et representativt utvalg av den voksne befolkningen.	Resultatene kommer fra et parallelloppdrag gjennomført i samarbeid mellom Vista Analyse og Kantar. Hovedfunnene er rapport i kapittel 7. Resultatene fra undersøkelsen er gjengitt i egen rapport, Vista Analyse (2023).

### 3.1 Spørreundersøkelsen

For å innhente prisopplysninger på behandlingene spesifisert i oppdraget, ble det utarbeidet en spørreundersøkelse der behandlere ble spurt om sine honorarer for hver av behandlingene. Det ble laget flere varianter av undersøkelsen, rettet mot hhv. private allmenntannleger, private tannpleiere, ulike spesialister, offentlige tannleger og offentlige tannpleiere.

Respondentene er bedt om å oppgi sine honorarer inkludert eventuelle refusjoner fra Helfo. Videre er de bedt om å spesifisere om hygienetillegg, røntgen og anestesi kommer som egne tillegg og honorarer for disse, slik at resultater av undersøkelsen kan presenteres som priser inkludert alle relevante tillegg, i tråd med oppdragsbeskrivelsen.

Undersøkelsen ble pilotert blant et tilfeldig utvalg tannleger og forelagt referansegruppen, herunder bl.a. Tannlegeforeningen, Tannpleierforeningen, representanter fra de to største kjedene, enkeltstående tannleger, representant fra det fylkeskommunale tilbudet, m.fl., som kom med gode innspill. Blant annet ble undersøkelsen kortet ned så mye som mulig. Respondentene benyttet i gjennomsnitt 11 minutter på å besvare undersøkelsen, noe lengre for allmenntannleger og kortere for spesialister og tannpleiere.

For å nå ut til tannlegene som skulle svare på undersøkelsen, ble den sendt til ca. 2000 klinikker, med forespørsel om at undersøkelsen ble videresendt til en tannlege på klinikken, spesifisert om det var en allmenntannlege eller spesifikk spesialist. Epostadressene til klinikkene som ble benyttet kom fra Legelisten.no. Det hadde vært ønskelig å sende undersøkelsen direkte til tannlegenes epostadresser, fordi dette erfaringsmessig gir høyere svarprosent, i og med at man unngår et mellomledd som må videresende undersøkelsen.

Undersøkelsen til tannpleierne ble både sendt ut til klinikkene og direkte til tannpleiere via Tannpleierforeningen som sendte ut til alle sine medlemmer. Foreningen sendte kun ut informasjon om undersøkelsen til sine medlemmer, med lenke til Vista Analyse sin spørreundersøkelse. Tannpleierforeningen fikk ikke tilgang til svarene fra tannpleierne, disse gikk rett til Vista Analyse.

Tannlegeforeningen ble forespurt om en tilsvarende løsning. I brev til Tannhelseutvalget, med kopi til Vista Analyse, forklarer Tannlegeforeningen at de etter grundige overveielser måtte avslå forespørselen. De viser her til at konkurranselovgivningen er til hinder for at foreningen kan videreformidle til medlemmene en lenke til Vista Analyse egen spørreundersøkelse, dette til tross for at Tannlegeforeningen ikke ville mottatt eller sett svarene til respondentene.

Undersøkelsene ble sendt ut fredag 14. april, etter annonsering på NTFs nettsider og omtale i fagtidsskriftet Tidende i utgaven publisert 13. april. Det ble sendt ut to påminnelser om undersøkelsen til klinikkene i løpet av ukene undersøkelsen var åpen.

Totalt svarte 668 behandlere på undersøkelsen vår, hvorav 317 er private allmenntannleger og 62 private spesialister, som er anslagsvis 10 pst. av populasjonen (målt som andel av de 3208 private allmenntannlegene og 601 private spesialistene registrert på Legelisten.no). Videre har anslagsvis 30 pst. av private tannpleiere og 25 pst. av offentlige tannpleiere besvart undersøkelsen (målt som andel av NTpFs medlemmer).

Svarprosenten for tannleger er lavere hos de største kjedene; Blant de fem største kjedene har 15 pst. av klinikkene minst én tannlege som har besvart undersøkelsen, mens svarprosenten er 21 pst. blant øvrige private klinikker.

Tabellen under viser antall klinikker/epostadresser undersøkelsene ble sendt ut til og antall respondenter som har besvart undersøkelsen inndelt etter typen behandler.

Tabell 3.2 Spørreundersøkelsens svarprosent, inndelt etter behandler

Behandler	Antall klinikker / epostadresser	Antall respondenter	Svarprosent
Allmenntannleger	1665	317	19 %
Kjeveortopeder	185	22	12 %
Oral kirurg / oral medisin / kjevekirurgi	184	10	5 %
Periodonti	122	9	7 %
Endodonti	107	13	12 %
Oral protetikk	89	8	9 %
Offentlige tannleger	75	10	13 %
Private tannpleiere		137	
--Via klinikker	1886	48	3 %
--Direkte til NTpF-medlemmer	458	89	19 %
Offentlige tannpleiere		142	
--Via klinikk	75	6	8 %
--Direkte til NTpF-medlemmer	551	136	25 %

Kilde: Vista Analyse

### Respondentgruppens karakteristik og representativitet

Overordnet fremstår respondentene som representative for den underliggende populasjonen av private allmenntannleger. Et unntak er at tannleger tilknyttet kjeder er underrepresentert i undersøkelsen. Over 20 pst. av private tannleger er ifølge Legelisten tilknyttet en kjede, mens 12 pst. av respondentene i undersøkelsen vår er det. Blant allmenntannlegene som har svart på undersøkelsen, oppgir 8 pst. at de arbeider i en kjede (24 av 317), mens 34 pst. av spesialistene arbeider i en kjede (23 av 44).

Tabellen under viser den geografiske fordelingen av tannlegene som har svart på undersøkelsen. Den fylkesvise fordelingen av respondenter stemmer forholdsvis godt med populasjonen av private tannleger, basert på Legelisten. Oslo og Vestlandet er noe underrepresentert i undersøkelsen (hhv. 16 og 9 pst. av respondentene, mot 20 og 12 pst. av populasjonen ifølge Legelisten), mens Agder og Innlandet er noe overrepresentert. Tabellen viser at private tannleger i sentralitetsgruppe 1 er noe underrepresentert blant respondentene (22 pst. av respondentene mot 28 pst. av populasjonen ifølge Legelisten), mens sentralitetsgruppe 4 og 5 er noe overrepresentert (hhv. 16 og 9 pst. av respondentene, mot 13 og 5 pst. av populasjonen).



Tabell 3.3 Antall respondenter (private tannleger) pr fylke og sentralitet

Beskrivelse	Spesialister	Allmenntannlege	Tannleger	Prosent av respondenterne	Fordeling private tannleger i legelisten
<b>Totalt</b>	<b>67</b>	<b>317</b>	<b>384</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
Agder	4	23	27	7 %	5 %
Innlandet	8	17	25	7 %	6 %
Møre og Romsdal	2	26	28	7 %	5 %
Nordland	1	9	10	3 %	3 %
Oslo	13	48	61	16 %	20 %
Rogaland	8	32	40	10 %	8 %
Troms og Finnmark	0	7	7	2 %	3 %
Trøndelag	2	22	24	6 %	6 %
Vestfold og Telemark	6	31	37	10 %	8 %
Vestland	7	28	35	9 %	12 %
Viken	16	74	90	23 %	24 %
Sentralitetsgruppe 1 (mest sentrale)	19	66	85	22 %	28 %
Sentralitetsgruppe 2	28	83	111	29 %	30 %
Sentralitetsgruppe 3	15	75	90	23 %	24 %
Sentralitetsgruppe 4	4	56	60	16 %	13 %
Sentralitetsgruppe 5	1	32	33	9 %	5 %
Sentralitetsgruppe 6 (minst sentrale)	0	5	5	1 %	1 %

Kilde: Vista Analyse, basert på egen spørreundersøkelse og Legelisten uttrekk feb.2023.

Tabellen under viser den fylkesvise fordelingen av tannpleierne som har besvart vår undersøkelse, som også her stemmer forholdsvis godt med populasjonen. Bl.a. Vestlandet er noe underrepresentert og Innlandet noe overrepresentert. 38 pst. av de private tannpleier-respondentene og 45 pst. av de offentlige tannpleier-respondentene som begynte undersøkelsen, har ikke svart på siste spørsmål om fylke. Blant de 86 private og 77 offentlig tannpleier-respondentene som har svart på prisspørsmålet om standard undersøkelse, mangler kun fylke på hhv. 6 og 3 av disse.

Tabell 3.4 Antall respondenter (tannpleiere) pr fylke

Beskrivelse	Private tannpleiere	Pst. av de private respondentene med kjent fylke	Fordeling årsverk private (SSB)	Offentlige tannpleiere	Pst. av de offentlige respondentene med kjent fylke	Fordeling årsverk offentlige (SSB)
Total kjent fylke	99	100%	100%	77	100 %	100 %
Total inkl. ukjent fylke	137	138%		139	181 %	
Agder	6	6 %	4 %	4	5 %	5 %
Innlandet	10	10 %	7 %	9	12 %	7 %
Møre og Romsdal	4	4 %	3 %	7	9 %	5 %
Nordland	4	4 %	4 %	3	4 %	6 %
Oslo	19	19 %	20 %	1	1 %	8 %
Rogaland	4	4 %	6 %	11	14 %	9 %
Troms og Finnmark	6	6 %	7 %	9	12 %	12 %
Trøndelag	7	7 %	6 %	12	16 %	9 %
Vestfold og Telemark	9	9 %	6 %	5	6 %	7 %
Vestland	12	12 %	16 %	5	6 %	12 %
Viken	18	18 %	20 %	11	14 %	19 %
Ikke oppgitt	38	38 %		62	45 % av 139	

Kilde: Vista Analyse, basert på egen spørreundersøkelse og SSB

## Databearbeiding

Vi presenterer stort sett median, P25 og P75, samt antall respondenter. Median er valgt i stedet for gjennomsnitt fordi det er mindre sensitivt til hvordan ekstremverdier håndteres. Enkelte ekstrem-observasjoner er ekskludert fra datasettet (f.eks. 8 mill. kroner og 50 kroner), men siden vi hovedsakelig presenterer median, P25 og P75, har vi valgt en konservativ linje på å ekskludere verdier som virker noe urealistiske.

Regresjonsanalyser, blant annet analyser av statistiske sammenhenger mellom pris og sentralitet, er systematisk gjort både med og uten å ekskludere ekstremverdier, men der vi tillegger mest vekt til resultatene der ekstremverdier er ekskludert. Typisk er verdier under p10-10pst. og over p99+10pst. av p10 ekskludert.

Respondentene er gjennomgående bedt om å oppgi honorarer inkl. eventuell Helfo-refusjon. Videre er de spurt om hhv. røntgen, anestesi og hygienetillegg honoreres som egne tillegg ifm. behandlingen, samt for noen behandlinger også røntgen OPG og evt. tillegg for engangsutstyr. Dersom respondenten oppgir at det kommer som eget tillegg, er oppgitt honorar for tillegget plussert på prisen på behandlingen. For et fåtall respondenter som ikke har oppgitt honorarbeløp for tilleggene, er medianbeløpet benyttet (hygienetillegg 170 kroner, anestesi 190 kroner, røntgen 135 kroner og røntgen OPG 700 kroner).

Ifm. kirurgisk innsetting av tannimplantat og kirurgisk tanntrekking av visdomstann eller dyptliggende rot har ca. 30 pst. av respondenter oppgitt at engangsutstyr honoreres som eget tillegg. Dette er ikke hensyntatt ved å plusse på et sjablongmessig beløp, da undersøkelsen ikke har kartlagt størrelsesorden på slike tillegg. Vi ser at respondentene som oppgir at engangsutstyr honoreres som eget tillegg, i snitt har noe høyere priser ekskludert dette tillegget enn øvrige respondenter som svarer at engangsutstyr er inkludert i prisen, men fordelingen av priser overlapper i høy grad og er forholdsvis lik i de to gruppene.

**Beskrivelse av hvordan honorar for «standard undersøkelse» er sammenfattet/konstruert basert på respondentenes svar:** For å gjøre undersøkelsen enklest mulig å svare på og ta høyde for ulike prisingsmetoder når det gjelder standard undersøkelse, er respondentene spurt om sine honorarer for hhv. «Ev. pakkepris for undersøkelse/røntgen/rens/puss», «Undersøkelse og diagnostikk, ekskl. røntgen», «Tillegg for tannrens/fjerning av tannsten» (samt om hygienetillegg kommer som eget tillegg ifm. standard undersøkelse) og «Samlet honorar for en representativ årlig standard undersøkelse». Uaktuelle honorar-alternativer skulle stå åpne/ubesvarte. Ut ifra svarene har vi sammenfattet en variabel for honorar for standard undersøkelse ved i første omgang å ta utgangspunkt i pakkeprisen pluss ev. hygienetillegg. For de som ikke har oppgitt en pakkepris (samt 1 observasjon med urimelig lav antatt feiltasting), er samlet honorar for en representativ årlig undersøkelse benyttet. For en respondent, som ikke hadde oppgitt pakkepris eller samlet honorar for en representativ årlig undersøkelse, ble «undersøkelse og diagnostikk, ekskl. røntgen» pluss «røntgen 2bws» pluss «hygienetillegg» benyttet (vedkommende oppga at hygienetillegg honoreres som et eget tillegg).

På **partiell protese med støpt metallskjellet** er enkelte pris-observasjoner manuelt korrigert, der å fjerne eller legge til en null gjør at prisobservasjonen ligger innenfor p25-p75 og respondentens øvrige svar ellers ligger innenfor normalområdet, eksempelvis er 135 000 kroner endret til 13 500 kroner og 1200 kroner er endret til 12 000 kroner. Dette gjelder totalt 6 observasjoner.

### Eksempler på kommentarer fra respondentene til prisundersøkelsen

#### **Pris avhenger av tidsbruk og det gjøres en rimelighetsvurdering av totalsummen**

- «Litt vanskelig å svare da jeg differensierer prisene etter kompleksitet/tidsforbruk mm»
- «Jeg opererer med lav, middels, høy pris ifm behandlingens kompleksitet og jeg tidsdebiterer f.eks tannrens og enkelte andre behandlinger etter medgått tid.»
- «tillegg for rens av tannstein avhenger av tidsforbruk»
- «Når det kommer til tannrens tilsvarende 580 kr 20 minutter jobb. Ofte er det behov for lengre tid og jeg tar betalt deretter, selv under en «vanlig» årlig kontroll. Jeg har lagt meg på 29 kr minuttet som tilsvarende en timepris på 1740 kr.» (privat tannpleier)
- «Det skjer at pasienten får røntgen eller anestesi "på kjøpet"»
- «Går prosedyren raskt er det ikke alltid pasienten betaler for anestesi»
- «Ser på totalsummen og vurderer om prisen totalt virker urimelig.»

#### **Pris- og kvalitetsforskjell på tannteknikk**

- «Alle arbeider hvor tekniker er involvert får pasienten valget mellom norsk tekniker og importarbeid. Teknikerhonorar faktureres uten avanse, dvs rimeligere tekniker gir lavere totalhonorar.»
- «Ved protetik blir det ulikt honorar om tannteknikk er norsk eller import fra Kina. Mye rimeligere fra Kina. Har brukt norsk tannteknikk her.»

### **Andre kommentarer**

- «Jeg håper dere tar hensyn til at det er klinikker som setter av 10 minutter til undersøkelse og rens og oss som setter av en god 30 minutters undersøkelse (av og til 45min). Det er vanskelig å få frem tidsbruk i en slik undersøkelse.»
- «Det er mye lokkepriser ute og går. Prisene bør være reelle, ut fra bedriftsøkonomiske kalkyler. Og prisene bør være slik at de ikke styrer behandlingen. Skjevhet i prisbildet kan favorisere behandling som ikke er optimal for pasienten.»
- «Opplever at faste kostnader har skutt i været det siste året, må nok sette opp prisene drastisk for å unngå konkurs på lengre sikt.»
- «Var veldig mye fokus på pris og lite på kvalitet og fag»
- «Fint at det blir gjennomført en reel prisundersøkelse»
- «Setter pris på at en slik undersøkelse gjennomføres»

## **3.2 Nettpreisundersøkelsen**

Som et supplement til spørreundersøkelsen beskrevet ovenfor og for å kartlegge omfanget av klinikker med prisinformasjon på hjemmesider, ble det innhentet prislister fra nettsidene til et utvalg klinikker. Utvalget av klinikker ble gjort som et stratifisert tilfeldig utvalg blant private klinikker som hadde oppdatert sine priser i Hvakostertannlegen på hhv. undersøkelse, middels fylling og ukomplisert tanntrekking i løpet av 2019-2020. Stratifiseringen sørget for at uttrekket inneholder både klinikker tilknyttet kjeder og enkeltstående klinikker fra alle fylker og sentralitetsgrupper (med unntak av ingen kjede hverken i Møre og Romsdal eller sentralitetsgruppe 6 med de minst sentrale kommunene). Store kjeder er noe overrepresentert i utvalget, for å kompensere for lavere svarprosent blant disse i spørreundersøkelsen vår.

Tabell 3.5 Geografisk fordeling av klinikkene i nettpreisundersøkelsen

Beskrivelse	Antall klinikker i uttrekket	Andel som er en del av de 5 største kjedene	Andel med nettside	Andel med prisliste på nett
<b>Totalt</b>	<b>127</b>	<b>34 %</b>	<b>88 %</b>	<b>71 %</b>
Agder	10	40 %	90 %	70 %
Innlandet	13	31 %	85 %	46 %
Møre og Romsdal	6	0 %	100 %	67 %
Nordland	10	3 %	90 %	70 %
Oslo	5	60 %	100 %	100 %
Rogaland	13	31 %	92 %	85 %
Troms og Finnmark	11	36 %	82 %	64 %
Trøndelag	13	31 %	85 %	77 %
Vestfold og Telemark	10	20 %	70 %	50 %
Vestland	16	31 %	94 %	75 %
Viken	20	50 %	90 %	80 %
Sentralitetsgruppe 1 (mest sentrale)	11	55 %	100 %	91 %
Sentralitetsgruppe 2	26	54 %	100 %	96 %
Sentralitetsgruppe 3	30	33 %	97 %	80 %
Sentralitetsgruppe 4	28	39 %	93 %	79 %
Sentralitetsgruppe 5	20	10 %	70 %	35 %
Sentralitetsgruppe 6 (minst sentrale)	12	0 %	50 %	17 %
<b>De fem største kjedene</b>	<b>43</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>95 %</b>
Colosseum	15	100 %	100 %	100 %
Oris	14	100 %	100 %	100 %
Odontia	9	100 %	100 %	89 %
Eurodent	3	100 %	100 %	67 %
Tannfeen	2	100 %	100 %	100 %

Kilde: Vista Analyse

Nettundersøkelsen ble gjennomført i mai 2023 og omfattet 127 tannklinikker fordelt på 87 kommuner. Ved hjelp av klinikknavn, kommune og adresse ble hver klinikk identifisert ved å søke på klinikknavn og/eller adressen i en søkemotor. Fire klinikker var blitt en del av en av de store kjedene ila. de tre årene siden de var registrert i Hvakostertannlegen (3 til Oris og 1 til Odontia).

Av de 127 klinikkene i utvalget opplyste 71 pst. av klinikkene om priser på nettsiden. 17 pst. av klinikkene hadde nettside, men uten prisliste tilgjengelig. For de resterende 12 pst. (15 stk) fant vi ingen nettside for klinikken. Dette kan i noen tilfeller skyldes at klinikken er avviklet, men de fleste av klinikkene ble funnet i karttjenester som Google Maps. Figur 3.1 illustrerer at det kan være mer vanlig med manglende prisinformasjon på nett for klinikker som ligger i mindre sentrale kommuner, målt etter SSBs sentralitetsindeks. Legelisten.no har også undersøkt om tannklinikker har priser på hjemmesidene sine og finner at 85 pst. av de 1056 private tannklinikkene de undersøkte oppga priser, mens 15 pst. ikke hadde prisinformasjon tilgjengelig.<sup>3</sup> Dette stemmer

<sup>3</sup> Prisinformasjon hos tannleger: Hva sier reglene og hva er realiteten? (legelisten.no)

godt overens med våre funn, der 19 pst. av klinikkene i vår undersøkelse med nettside ikke oppga priser.

I nettpreisundersøkelsen vår observerte vi også at det var variasjon i informasjonen i prislister blant de klinikkene med prisliste på nettsiden. Noen oppgir kun priser på et fåtall behandlinger uten detaljert behandlingsbeskrivelse og informasjon om hva som er inkludert og ikke. Andre oppgir detaljerte prislister med takstnummer og beskrivelse av hva som er inkludert i behandlingen.

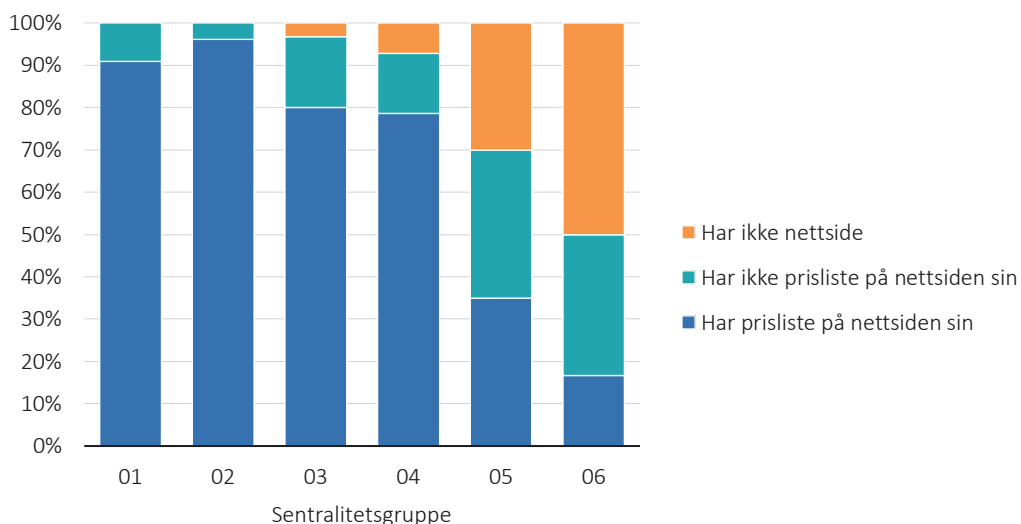
For hver behandling som ble oppgitt i prislister, ble behandlingsbeskrivelsen notert ordrett. Disse beskrivelsene ble deretter kategorisert slik at de kan sammenliknes på tvers av klinikker. Et eksempel på dette er «Rotfylling av premolarer» som er kategorisert som «Rotfylling av 2 kanaler».

Et flertall av klinikkene oppgir fra-priser på nettsidene. For eksempel er over halvparten av prisene for fyllinger fra-priser. Klinikker som er en del av de to største kjedene, Oris Dental og Colosseum, utgjør 29 av klinikkene i utvalget. Begge rapporterer stort sett fra-priser og opplyser at det er regionale forskjeller i prisene. Omfattende bruk av fra-priser innebærer at nettpreisundersøkelsen antakelig undervurderer prisnivået noe.

Der hvor det oppgis informasjon om hva som er inkludert, er dette notert og forsøkt hensyntatt i sammenlikningen av priser på tvers av datakilder. Der hvor det er relevant, og det er oppgitt at noe ikke er inkludert (for eksempel hygienetillegg, røntgen og anestesi), er dette lagt til prisen. Det er da klinikkens egen pris for tillegget som legges til hvis denne finnes. Der hvor denne ikke er oppgitt, er det median-pris for tillegget som er lagt til.

For undersøkelse har noen klinikker egne priser for nye kunder, som vanligvis er noe lavere enn pris for eksisterende kunder. Der hvor dette er tilfellet, er det kun (høyeste) pris for eksisterende kunder (hos allmenntannlege) som er brukt.

**Figur 3.1** Andel klinikker med prisliste tilgjengelig på nettsiden, etter sentralitet.



Kilde: Vista Analyse. Nettpreisundersøkelse gjennomført våren 2023. N=127 klinikker.

### 3.3 Legelisten og Hvakostertannlegen

I forbindelse med oppdraget bestilte vi data fra Legelisten.no, både Hvakostertannlegen nedlastet mai 2020 og Legelisten sin egen oversikt over forsøksvis samtlige offentlige og private tannleger og alle klinikker per februar 2023, samt deres kobling mellom Hvakostertannlegen og Legelisten.

#### 3.3.1 Legelisten.no

Legelisten.no ble lansert i mai 2012 med selskapets uttalte mål om «å gjøre det enklere for folk å finne en god fastlege». Fra sommeren 2013 har listen også dekket tannleger. Listen dekker de aller fleste tannlegene i Norge, fra alle deler av landet, med informasjon om kjønn, arbeidssted (kommune), klinikktilhørighet, offentlig/privat (eierskap), spesialisering, kundeomtaler og kontaktinformasjon til klinikkene. Vårt uttrekk fra Legelisten per februar 2023 har 4851 unike tannleger og 2576 klinikker. Ifølge SSB var det 4339,6 tannlegeårsverk i 2021.<sup>4</sup>

Spørreundersøkelsen vår er sendt ut til samtlige klinikker i Legelisten med epostadresse; totalt 1886 epostadresser knyttet til private klinikker (2151 stk) og 75 epostadresser tilknyttet offentlige klinikker (425 stk). En del klinikker har samme epostadresse, særlig mange offentlige klinikker. Det er noen irregulariteter i datasettet: Som respons på utsendingen av vår undersøkelse, svarte 21 at de enten var pensjonister og hadde avvirket sin tannlegepraksis eller via automatisk svar at klinikken hadde fått en ny epostadresse, eksempelvis ifm. å bli del av en kjede. Antall solopraksiser i Legelisten er høyt sammenliknet med andre kilder, og samme tannlege kan være tilknyttet flere klinikker, både en solopraksis og en større klinikk. I forsøk på å renske ut ikke reelle oppføringer av soloklinikker, er klinikker i Legelisten der samtlige ansatte er tilknyttet en større klinikk ikke medregnet i beskrivelser av markedsstruktur (klinikkstørrelse, antall klinikker per fylke mv.)

Fra Legelisten har vi blant annet avledet informasjon om klinikkstørrelser. Dette er videre benyttet til å undersøke markedskonsentrasjonen i hver økonomiske region, ved å se på hvor stor andel av tannlegene i hver økonomisk region som er tilknyttet den eller de største klinikken(e)/kjeden(e) i regionen.

#### 3.3.2 Prisportalen «Hvakostertannlegen»

Hvakostertannlegen.no var en prisportal for tannhelsetjenester frem til mai 2020 og ble driftet av Forbrukerrådet. Portalen inneholdt et bredt spekter av detaljert prisinformasjon for den enkelte klinikk, både offentlig og privat, i hele Norge.

På bakgrunn av den uforutsigbare markedsituasjonen under pandemien mente Forbrukerrådet at det ikke lenger var mulig å holde prisportalen oppdatert. Etter sommeren 2020 er det derfor ikke tilgjengelig priser fra denne portalen.

Vi har imidlertid tilgang til prisdataene fra denne portalen slik det var registrert våren 2020. Portalen inneholder prisinformasjon om:

- Undersøkelse (1607 prisobservasjoner oppdatert ila 2019-20, hvorav 507 offentlige klinikker)
- Fyllinger: Liten fylling, Middels stor fylling, Stor fylling

<sup>4</sup> <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/tannhelsetenesta>

- Rotfylling: tann med 1 rotkanal, 2 rotkanaler og 3 til 4 rotkanaler
- Implantat i overkjevens front
- Ukomplisert ekstraksjon av tann eller rot
- Kirurgisk fjerning av retinert tann eller dyptliggende rot
- Behandling av marginal periodontitt
- Kirurgisk inngrep ved behandling av marginal periodontitt
- Helkeramisk krone på en jeksel
- Helkeramisk krone på et implantat i overkjeven

Prisinformasjonen fra Hvakostertannlegen er benyttet til å undersøke prisutviklingen fra 2020 til 2023, samt analysere prisvariasjoner, herunder geografiske variasjoner etter kommunens sentralitet.

Hvakostertannlegen-portalene er blitt kritisert for å inneholde utdaterte priser og «lokkepriser». Førstnevnte er hensyntatt i våre analyser ved at kun priser oppdatert mellom januar 2019 og mai 2020 er inkludert i analysene (viser til Tabell B.1 i vedlegg for oversikt over hvor mange observasjoner vi har utelatt basert på registreringsår, samt gjennomsnittspriser per registreringsår). Variasjoner mellom klinikker i innrapporterte priser til portalene, som ikke skyldes reelle prisvariasjoner, men kun måten klinikkene velger å presentere sine priser, kan skape støy i våre analyser. Så lenge denne «støyen» ikke systematisk samvarierer med våre forklaringsvariable, herunder sentralitet, kommunestørrelse og markedskonsentrasjon, vil funnene i seg ikke påvirkes, utenom at «støyen» reduserer sannsynligheten for signifikante resultater.

### Databearbeiding

I denne rapporten presenteres prisene i Hvakostertannlegen stort sett i 2023-kroner, som skal fremgå i hvert tilfelle. Prisene er da inflasjonsjustert med 15,9 pst., som ifølge SSBs priskalkulator er prisstigningen fra januar 2020 til april 2023.

Prisene i Hvakostertannlegen er oppgitt ekskludert Helfo-refusjon. For å kunne sammenlikne prisen på kirurgisk tanntrekking og behandling av marginal periodontitt med spørreundersøkelsen, hvor respondentene har oppgitt sine priser/honorarer inkludert Helfo-refusjon, har vi lagt til refusjonsbeløpet for 2020 (hhv. 1035 kroner og 480 kroner), før ev. inflasjonsjustering av prisene.

Regresjonsanalyser, blant annet analyser av statistiske sammenhenger mellom pris og sentralitet, er systematisk gjort både med og uten å ekskludere ekstremverdier, men der vi tillegger mest vekt til resultatene der ekstremverdier er ekskludert. Typisk er verdier under p10-10pst. og over p99+10pst. av p10 ekskludert.



Tabell 3.6 Geografisk fordeling av klinikkene i Legelisten og Hvakostertannlegen

Beskrivelse	Antall private klinikker Legelisten 2023*	Antall offentlige klinikker Legelisten 2023	Andel private klinikker Legelisten 2023	Antall private klinikker Hkt 2020	Antall offentlige klinikker Hkt 2020	Andel Private klinikker Hkt 2020
<b>Totalt</b>	1763	378	100 %	1100	507	100 %
Agder	93	22	5 %	50	34	5 %
Innlandet	119	33	7 %	72	43	7 %
Møre og Romsdal	83	28	5 %	54	35	5 %
Nordland	59	35	3 %	40	73	4 %
Oslo	344	19	20 %	182	-	17 %
Rogaland	132	33	7 %	97	35	9 %
Troms og Finnmark	48	33	3 %	36	52	3 %
Trøndelag	99	36	6 %	75	61	7 %
Vestfold og Telemark	147	24	8 %	97	30	9 %
Vestland	217	54	12 %	132	70	12 %
Viken	422	61	24 %	265	74	24 %
Sentralitetsgruppe 1 (mest sentrale)	461	31	26 %	251	13	23 %
Sentralitetsgruppe 2	460	59	26 %	321	67	29 %
Sentralitetsgruppe 3	426	80	24 %	263	91	24 %
Sentralitetsgruppe 4	262	87	15 %	155	108	14 %
Sentralitetsgruppe 5	127	69	7 %	88	111	8 %
Sentralitetsgruppe 6 (minst sentrale)	27	52	2 %	22	117	2 %
<b>De fem største kjedene</b>	167	-	9 %	41	-	4 %
Colosseum	64*	-	4 %	23	-	2 %
Oris	62*	-	4 %	5	-	0 %
Odontia	28*	-	2 %	8	-	1 %
Tannfeen	9*	-	1 %	2	-	0 %
Eurodent	4	-	0 %	3	-	0 %

Kilde: Vista Analyse. Legelisten uttrekk februar 2023. Hvakostertannlegen uttrekk mai 2020, klinikker som hadde oppdatert pris på «undersøkelse» 1. januar 2019-2020 i Hvakostertannlegen (Hkt). \*Databearbeiding: Klinikker i Legelisten der samtlige ansatte er tilknyttet en større klinikk er ikke medregnet i oversikten. Eksempelvis innebærer dette at hhv. 5 Colosseum-klinikker, 4 Oris, 2 Odontia og 2 Tannfeen-klinikker ikke medregnes her. Merk for øvrig at flere klinikker har tilsluttet seg kjeder i løpet av 2023, som ikke er med i vårt datamateriale.

### 3.4 KUHR – antall behandlere og refusjonsbeløp pr kommune

Helsedirektoratet har gitt oss data fra KUHR på antall behandlere med refusjonsavtale med Helfo per kommune, inndelt i typen behandler (allmenntannlege, tannpleier, tannlegespesialisttype, samt om behandleren arbeider offentlig eller privat). Dataene viser også refusjonsbeløp per kommune per år og antall pasienter beløpene er knyttet til. Uttrekket er gjort for årene 2013-

2022. Fra 2020 har det vært lov- og forskriftsfestet at behandlere må sende eventuelle oppgjør til Helfo elektronisk. Tilnærmet alle behandlere forventes å ha refusjonsavtale og følgelig inngå i KUHR-datasettet de seneste årene.

Samme behandler kan arbeide både offentlig og privat og melde inn refusjonskrav i flere kommuner. Følgelig er det flere kilder til dobbelttelling av behandlere i datasettet. En oversikt over antall unike behandlere på nasjonalt nivå i 2022 viser at det er totalt 5944 behandlere med refusjonsavtale i 2022, mens antall behandlere inkludert dobbelttelling grunnet at samme behandler har meldt inn refusjonskrav i flere kommuner er 7042 (altså uten dobbelttelling av offentlige behandlere). Dobbelttellingen grunnet arbeid i flere kommuner er særlig omfattende for spesialister; de 679 spesialistene med refusjonsavtale i 2022 blir til 58 pst. flere grunnet dobbelttelling, mens allmenntannleger blir 13 pst. flere og tannpleiere 15 pst. flere grunnet dobbelttelling.

Flere små kommuner har mange registrerte behandlere i forhold til innbyggertall, samtidig som nærmere undersøkelser viser at kommunen i realiteten ikke har noen fast behandler som arbeider i kommunen og lavt refusjonsbeløp per innbygger. I forsøk på å undersøke omfanget av tannhelsetilbudet per innbygger og å omgå utfordringen med dobbelttelling av behandlere, er refusjonsbeløp per innbygger benyttet som en proxy. Refusjonsbeløp per innbygger er ment å gi en indikasjon på hvor tannhelsetilbudet er mest tilgjengelig, ikke i hvor stor grad innbyggerne mottar tannbehandling, i og med at det ikke er uvanlig å få behandling utenfor bostedskommunen.

## 3.5 Virksomhetsregister basert på Brønnøysundregisteret

Vista Analyse bruker betalversjonen av Proff.forvaltning. Databasen gir detaljerte bedriftsdata for samtlige registrerte virksomheter i Norge.

Antall ansatte er registrert på underavdelingsnivå, mens omsetning og andre økonomiske variable kun foreligger på selskapsnivå. Det er også registrert etableringsår for både virksomheter og underavdelinger, og om virksomheten er i aktivitet. Databasen gir dermed en rekke nyttige data med relevans for å kartlegge og vurdere markedsstrukturen i ulike områder, samt hvordan markedsstrukturen har utviklet seg. Databasen sier eksempelvis ikke noe om tjenestene som tilbys i de ulike virksomhetene som er registrert under tannhelsetjenester, og sier heller ikke noe om hvilken kompetanse de ansatte i virksomheten har.

Oppdragsavtaler der tannleger/tannpleier leverer tjenester gjennom eget enkeltpersonforetak eller AS er relativt vanlig innenfor denne tjenesten. Antall årsverk oppgitt i regnskap gir derfor ikke et fullstendig bilde over hvor mange årsverk som står bak en omsetning.

Vi har i første rekke brukt bedriftsdata til regnskapsanalyser for å studere utviklingen i de største kjedene og klinikker som er registret som AS.

### 3.5.1 Fylkeskommunene og den offentlige tannhelsetjeneste

Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) drives av fylkeskommunene. Hver fylkeskommune har sin prisliste for behandlinger som gjelder for alle klinikkene innad i det respektive fylket, bortsett fra at Troms og Finnmark fylkeskommune har separate prislistes for hhv. Troms og Finnmark. Vi har hentet prislistes for voksne betalende pasienter fra alle fylkeskommunene, med unntak av

Oslo som ikke tilbyr behandling til voksne betalende pasienter uten rettigheter. Prisene er stort sett lastet ned fra fylkeskommunenes nettsider. Vi har også vært i kontakt med fylkeskommunene for å innhente priser på behandlinger der det har manglet på de offentlige prislistene og for å avklare hva de ulike behandlingene inkluderer av tillegg (anestesi, røntgen og lignende).

I tillegg har vi hentet noen priser for behandling hos spesialist. Disse prislistene inkluderer også de fem kompetansesentrene: Tannhelsetjenestens kompetansesenter (Tk) for Nord-Norge, Tk Midt, Tk Vestland, Tk Rogaland og Tk Øst. Disse behandler i varierende grad voksne betalende pasienter.

Prislistene hos de fylkeskommunale klinikkene følger i hovedsak HODs taksthefte. For å kunne sammenlikne prisene med de andre datakildene har vi derfor lagt til fylkeskommunenes egne priser for tillegg der hvor dette er relevant. Det er ingen fylkeskommuner som benytter «hygienetillegg».

Spørreundersøkelsen til offentlige behandlere gir oss en separat kilde til de fylkeskommunale prisene, i tillegg til prislistene. Der oppgir respondenten gjennomsnittsprisen på en behandling, som kan være nyttig som supplement til prislistene, særlig da tidsdebitering (betaling etter medgått tid) tidvis er i bruk.

## 4 Markedsstruktur

Markedsstrukturen er viktig av flere grunner. Den gir et bilde av befolkningens tilgang til tannhelsetjenesten, slik den leveres av allmenntannleger, spesialister og tannpleiere. Tilgangen til ulike deler av tannhelsetjenesten varierer mellom kommuner og økonomiske regioner.

Markedsstrukturen er også viktig for konkurransen. Siden dette markedet i stor grad er privat, og finansiert av pasientene selv, er det konkurransen om pasientene som skal sikre at prisene står i et rimelig forhold til kostnadene i tannhelsetjenesten. Selv om dette er et marked med potensielle utfordringer med å etablere virksam konkurranse, slik vi drøftet i kapittel 2, forventer vi at høy markedskonsentrasjon svekke priskonkurransen lokalt – i hvert fall i større kommuner og byområder.

Begge disse sidene ved markedsstrukturen kartlegges her – tannlegedekning og klinikkstruktur. I tillegg ser vi på markedsstrukturen fra et økonomisk perspektiv der vi blant annet ser på kjedenes fremvekst, eierskap og endringer i økonomiske størrelser.

### 4.1 Tannbehandlerdekning

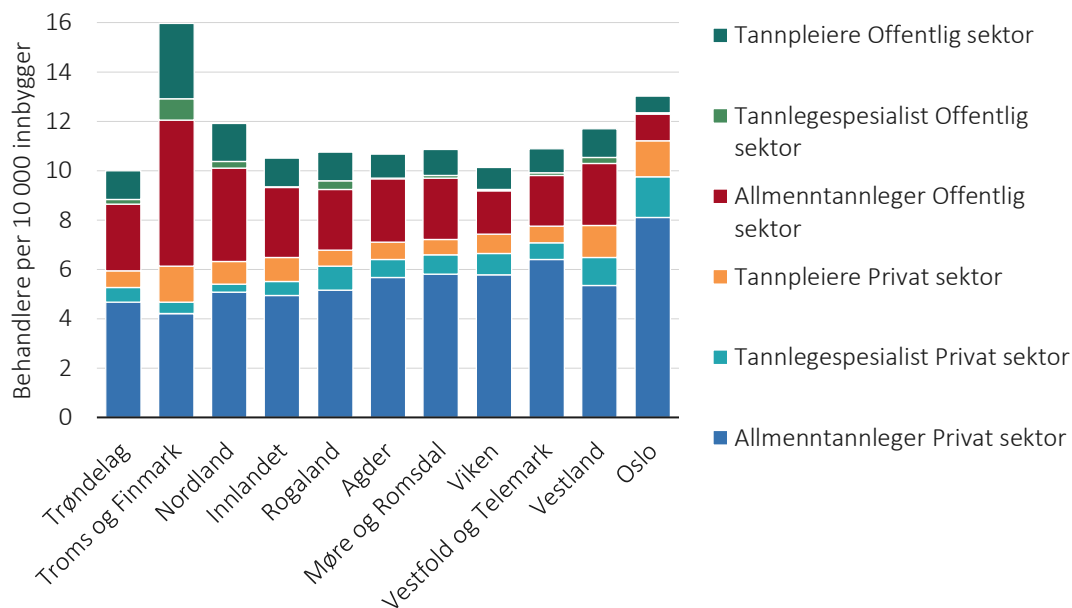
Vi starter med å se på tannbehandlerdekningen nasjonalt målt i antall årsverk per 10 000 innbygger i 2022 basert på tall hentet fra SSB. Totalt var det 4980 tannlegeårsverk (4403 allmenntannleger og 576 spesialister) og 1110 tannpleieårsverk i Norge i 2022. Dette gir til sammen 6090 behandlerårsverk, hvorav 4120 var private og 1970 var offentlige. Det utgjør 11,2 behandlerårsverk per 10 000 innbygger i 2022.

Dersom vi ser på antall behandlere med refusjonsavtale registrert i KUHR, ser vi at det er noen flere tannleger med refusjonsavtale enn avtalte årsverk i SSBs statistikk. Forskjellene er små, og kan trolig forklares med at ikke alle behandlerne arbeider fulle årsverk. I tillegg kan det være noen behandlere som ikke hadde refusjonsavtale i 2022. KUHR-data viser 5005 tannleger og 939 tannpleiere med refusjonsavtale registrert i KUHR i 2022, hvorav 4326 allmenntannleger, 232 kjeveortopeder og 448 øvrige tannlegespesialister. I gjennomsnitt utgjør det 11 behandlere per 10 000 innbygger i Norge, 10 allmenntannleger per 10 000 innbyggere 20 år og eldre og 1,9 kjeveortopeder per 10 000 innbygger under 20 år.

**Inkluderer vi både tannleger og tannpleiere, allmenntannleger og spesialister, private og offentlige, får vi at det er om lag 890 innbyggere per behandler.**

Tannbehandlerdekningen er ganske likt mellom fylkene, med unntak Troms og Finnmark og Oslo. Figur 4.1 viser hvordan private og offentlige tannlege- og tannpleierårsverk fordeler seg på fylkene i 2022. Som det framgår av figuren skiller Oslo seg klart ut med flest private behandlere per innbygger og færrest offentlige, mens Troms og Finnmark har klart flest tannbehandlere per innbygger totalt sett og høyest andel offentlige behandlere. De tre nordligste fylkene har dårligst dekning av private tannbehandlere, men dersom vi ser bort fra Oslo, er forskjellen sett mot de øvrige fylkene moderat. Vi ser også at det offentlige tilbudet i Troms- og Finnmark har et bedre spesialisttilbud enn det offentlige tilbudet i de øvrige fylkene. Troms- og Finnmark har flest behandlerårsverk per innbygger totalt (16), med Oslo på en klar andreplass med 13 behandlere per 10 000 innbygger. De øvrige fylkene ligger mellom 10 og 12 tannbehandlerårsverk per 10 000 innbygger.

Figur 4.1 Årsverk tannpleiere og tannleger med og uten spesialitet. Fylkesfordelt 2022



Kilde: SSB Statistikkbanken tabell 11774 og 07459

#### 4.1.1 Tannlegedekning varierer med sentralitet

I lys av at det i snitt er ett tannbehandlerårsverk per 1000 innbygger og at over 20 pst. av kommunene i Norge har under 2000 innbyggere, er det ikke overraskende stor variasjon i tannlegetettheten per kommune. Det er en klar tendens til høyere tannlegetetthet i de mer sentrale kommunene enn i de minst sentrale.

Vi har brukt tre kilder som utgangspunkt for å vurdere tannlege- og tannpleierdekningen. I Tabell 4.1 viser vi resultatene fra Legelisten, der vi har fordelt tannlegene på sentralitet, og resultatene på nasjonalt nivå basert på hhv. Legeliten, KUHR og SSB. Det er forholdsvis små forskjeller mellom de tre kildene når det gjelder antall tannleger, men Legelisten opererer med noe færre offentlige tannleger. Basert på SSB er 27 pst. av tannlegeårsverkene offentlige ansatte, mens ifølge Legelisten arbeider 20 pst. av tannlegene kun ved offentlig klinikk og ytterligere 4 pst. er tilknyttet både offentlig og privat klinikk.

Tabell 4.1 Tannlegedekning per 10 000 innbygger, ifølge Legelisten, KUHR og SSB

Sentralitet	Befolkning 2022	Tannleger	Private tannleger	Offentlige tannleger	Antall spesialister	Antall private allmenntannleger	Antall private spesialister
01	1 042 653	11,21	10,15	1,06	2,01	8,23	1,92
02	1 388 098	9,75	8,15	1,61	1,71	6,56	1,59
03	1 383 132	8,45	6,59	1,86	0,90	5,76	0,84
04	882 613	8,09	5,47	2,62	0,63	4,95	0,52
05	496 699	6,89	3,89	3,00	0,42	3,58	0,30
06	232 075	4,44	1,25	3,19	0,09	1,21	0,04
<b>Totalt Legelisten</b>	5 425 270	8,94	7,02	1,93	1,20	5,91	1,10
<b>KUHR</b>		9,2			1,3		
<b>SSB Årsverk</b>		9,2	6,7	2,5	1,1	5,8	0,9

Kilde: Vista Analyse, basert på Legelisten, KUHR og SSB. Legelisten: Tannlege som er tilknyttet flere klinikker, er talt kun én gang. Tannlegen som både er tilknyttet offentlig og privat klinikk, og/eller i flere sentralitetsgrupper, er tilfeldig plassert. Plasseringen av disse tannlegene gir be-grenset utslag på tallene.

### Geografisk fordeling i tannlegetetthet basert på KUHR-data

Under er den geografiske variasjonen i tannlegetetthet mellom kommuner og sentralitetsgrupper beskrevet, basert på KUHR-data. Fra dette registeret har vi antall tannleger som har refusjonsavtale med Helfo i hver kommune. En tannlege kan ha behandleradresse i flere kommuner, og følgelig medregnes i flere kommuner.

De fleste kommuner har minst en allmenntannlege med refusjonsavtale, men 15 pst. av kommunene (53 stk) har ingen allmenntannlege med refusjonsavtale registrert i KUHR i 2022. Fire av disse kommunene har minst en tannpleier, mens 49 kommuner har ingen tannbehandler (allmenntannlege, spesialist eller tannpleier) i kommunen.

Det er hovedsakelig de små og minst sentrale kommunene som ikke har tannlege med refusjonsavtale; 31 av de 113 minst sentrale kommunene (sentralitetsgruppe 6 i SSBs sentralitetsindeks) har ingen allmenntannlege i kommunen. Blant de små og minst sentrale kommunene som har tannlege, består tilbudet i hovedsak av offentlige klinikker og/eller klinikker med åpningstid 1 til 2 dager i uken, kombinert med skiftordninger. I større og mer sentrale kommuner er det stort sett tilstedeværelse av faste tannleger fordelt på flere klinikker, og hovedvekten av tilbudet er private klinikker. De 25 mest sentrale kommunene (sentralitetsgruppe 1 og 2 i SSBs sentralitetsindeks) har alle mellom 7 og 18 allmenntannleger per 10 000 innbygger 20 år og eldre.

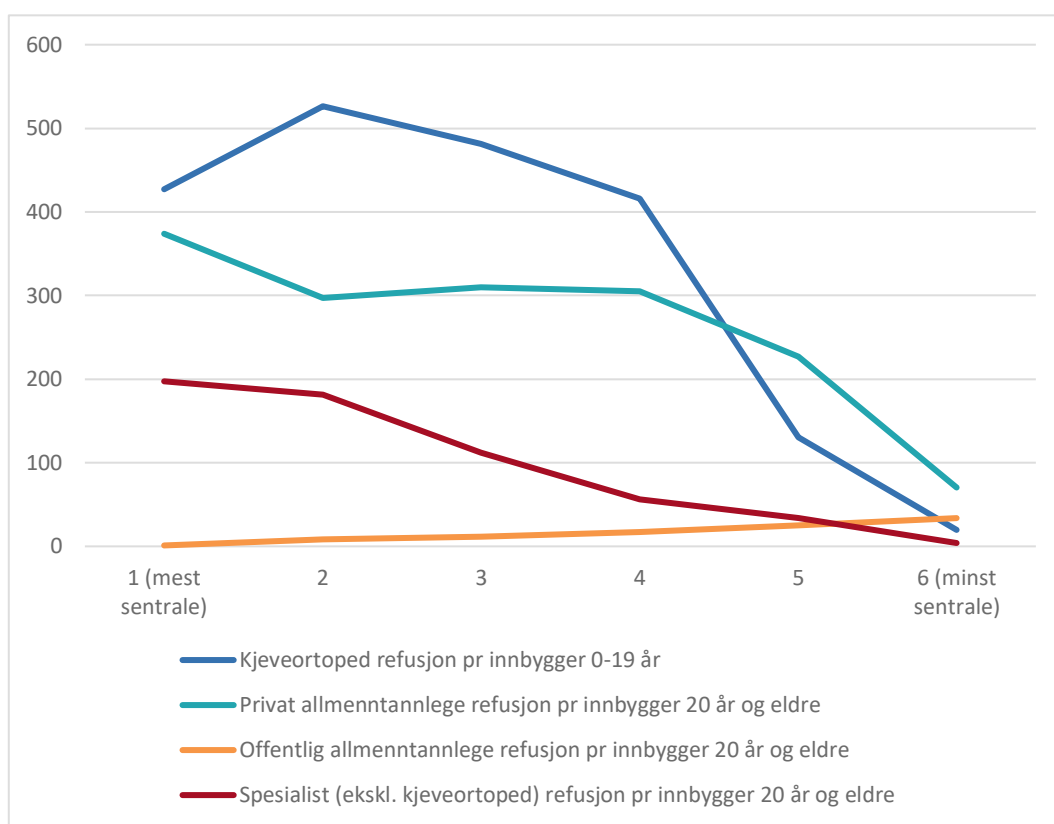
### Refusjonsbeløp per innbygger i kommunen som proxy for behandlingvolum

Antall tannleger med refusjonsavtale samsvarer ikke nødvendigvis med antall tannlegeårsverk i kommunen fordi en del tannleger har behandlingsadresse i flere kommuner, og derfor er medregnet i hver av disse kommunene. Det innebærer både en dobbelttelling dersom man summerer på tvers av kommuner og en overvurdering av behandlingsvolumet i enkelte kommuner der flere tannleger bytter på å arbeide et par dager i uka i den enkelte kommunen, og resten av tiden på en klinikk i en annen kommune. For å undersøke tilbudet i kommunene, i form av behandlingsvolum, har vi i stedet for å telle antall tannleger, sett på refusjonsbeløp per inn-

bygger over 20 år for allmenntannleger og spesialister ekskl. kjeveortopeder. For kjeveortopeder har vi brukt refusjonsbeløp per innbygger under 20 år, da kjeveortopeder hovedsakelig behandler barn og unge.

Figur 4.2 illustrer den geografiske variasjonen i tannlegetilbudet; tilgangen på kjeveortopeder, andre spesialister og private allmenntannleger er betydelig større i sentrale kommuner, mens offentlige allmenntannleger er i større grad til stedet i mindre sentrale kommuner. Private allmenntannleger i de mest sentrale kommunene, basert på SSBs sentralitetsindeks, har høyere refusjonsbeløp per innbygger 20 år og eldre enn private allmenntannleger i de minst sentrale kommunene. Det indikerer at tilgangen på private allmenntannleger er større i sentrale strøk. Innbyggere i mindre sentrale kommuner må i større grad reise til en annen, mer sentral kommune, for å komme til tannlege, særlig til kjeveortoped.

**Figur 4.2** Dekningsvariasjon etter sentralitet



Kilde: Vista Analyse, basert på KUHR 2022

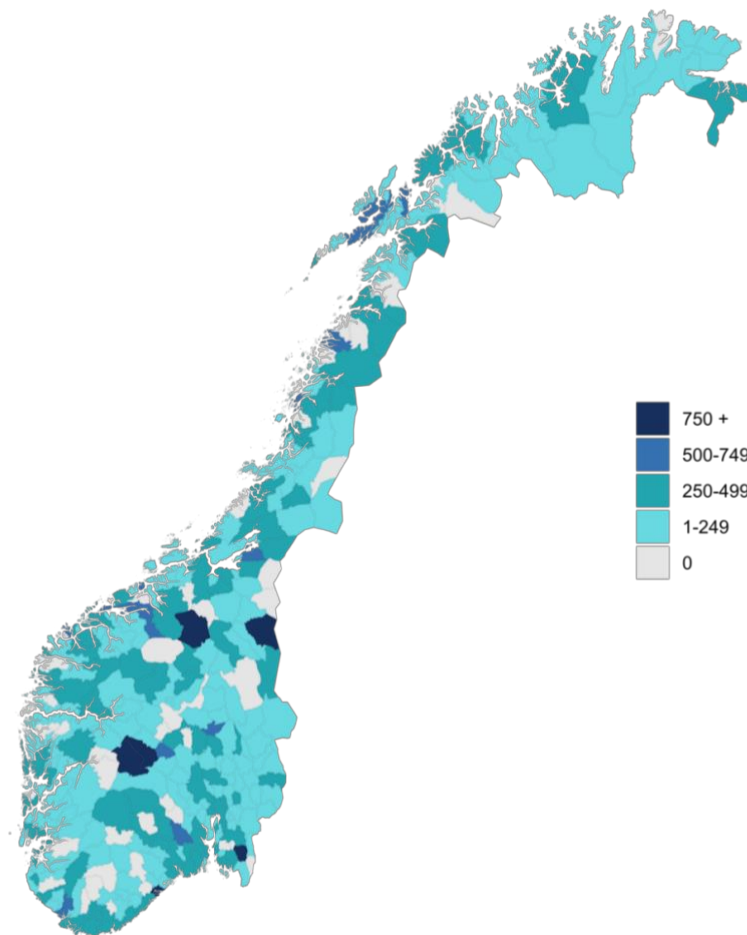
Den geografiske variasjonen i tannlegedekningen kan også illustreres på et Norgeskart. Figur 4.3 er et kart som illustrerer variasjoner mellom kommuner i gjennomsnittlig refusjonsbeløp hos allmenntannleger per innbygger 20 år og eldre.

Vi ser av kartet at det er seks kommuner med over 750 kroner i refusjon per innbygger over 20 år (Røros, Rakkestad, Oppal, Ål, Hol og Risør). Trøndelag har to av kommunene med høyest refusjon per innbygger (Røros og Oppdal). Begge disse kommunene ligger i sentralitetsgruppe 5, og må kunne kategoriseres som mellomstore i Trøndelag. Begge kommunene har nærliggende kommuner som er mindre, er i sentralitetsgruppe 5 eller 6 og som ikke er registrert med refusjonsutbetalinger til allmenntannleger i 2022. Dette er et eksempel på at enkelte kommuner ikke har, eller har et svakt tilbud av allmenntannleger, og at befolkningen derfor oppsøker nabokommuner for å få dekket tannlegebehovene.

Viken har tre kommuner med over 750 kroner i refusjon per innbygger over 20 år, og tre kommuner uten allmenntannleger som har mottatt refusjon. Også her ser vi at kommuner med et høyt refusjonsbeløp per innbygger har nabokommune(r) uten tannleger som har mottatt refusjon, eventuelt har lavere refusjonsbeløp per innbygger i kommunene. Dette er gjennomgående små kommuner. Vi ser også at to av kommunene med refusjonsbeløp over 750 kroner per innbygger over 20 år (Ål og Hol) har sentralitetsindeks 5 og ligger i samme økonomiske region (Hallingdal). Også Gol i Hallingdal ligger med et høyt refusjonsbeløp per innbygger. De øvrige kommunene i regionen (Nesbyen, Flå og Hemsedal) ligger lavt med refusjonsbeløp per innbygger fra 3 kroner til 55 kroner.

Siste kommune med over 750 kroner i refusjon per innbygger er Risør i Agder. Her ser vi av kartet at kommunen, i likhet med de øvrige kyst-kommunene i Agder, dekker opp for et tynt befolket innland med flere små innlandskommuner og bygder. Ellers ser vi at det gjennomgående er små og usentrale kommuner som ikke har et tjenestetilbud i egen kommune. De aller fleste har likevel et tilbud i nærliggende kommune, som de ut ifra refusjonstallene også ser ut til å benytte.

**Figur 4.3** Gjennomsnittlig refusjonsbeløp hos allmenntannlege per voksne innbygger



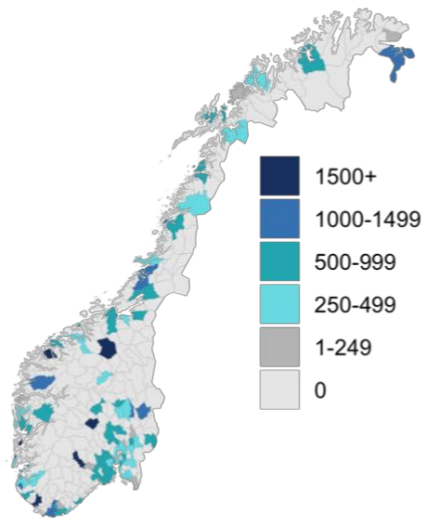
Kilde: Vista Analyse, basert på KUHR 2022

Under illustreres den geografiske variasjonen i tilbudet av kjeveortoped og andre tannlegespesialister. Kartet til venstre viser hvordan refusjonsbeløp til kjeveortoped fordeler seg mellom kommunene per innbygger under 20 år, mens kartet til høyre viser refusjonsbeløp til spesialister (ekskludert kjeveortoped) per voksne innbygger. Som det framgår av kartet mangler de aller fleste kommunene kjeveortoped og spesialistdekning (kun hhv. 24 pst. og 30

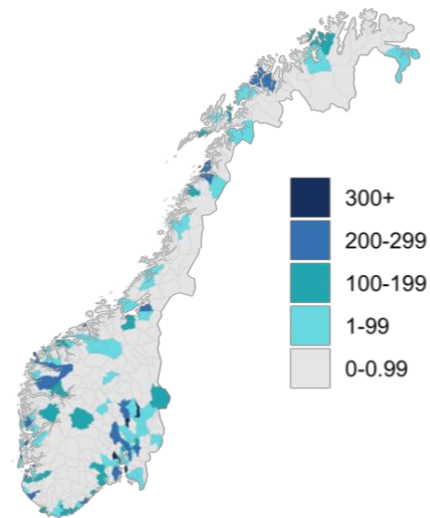


pst. av kommunene har registrert refusjonsbeløp knyttet til hhv. kjeveortoped og spesialist (ekskl. kjeveortoped) i 2022), men dekningen synes likevel å være rimelig god over hele landet og stort sett konsentrert om befolkningssterke områder.

**Figur 4.4** Gjennomsnittlig refusjonsbeløp hos kjeveortoped per innbygger 0-19 år.



**Figur 4.5** Gjennomsnittlig refusjon hos spesialist (ekskl. kjeveortoped) per voksne innbygger.



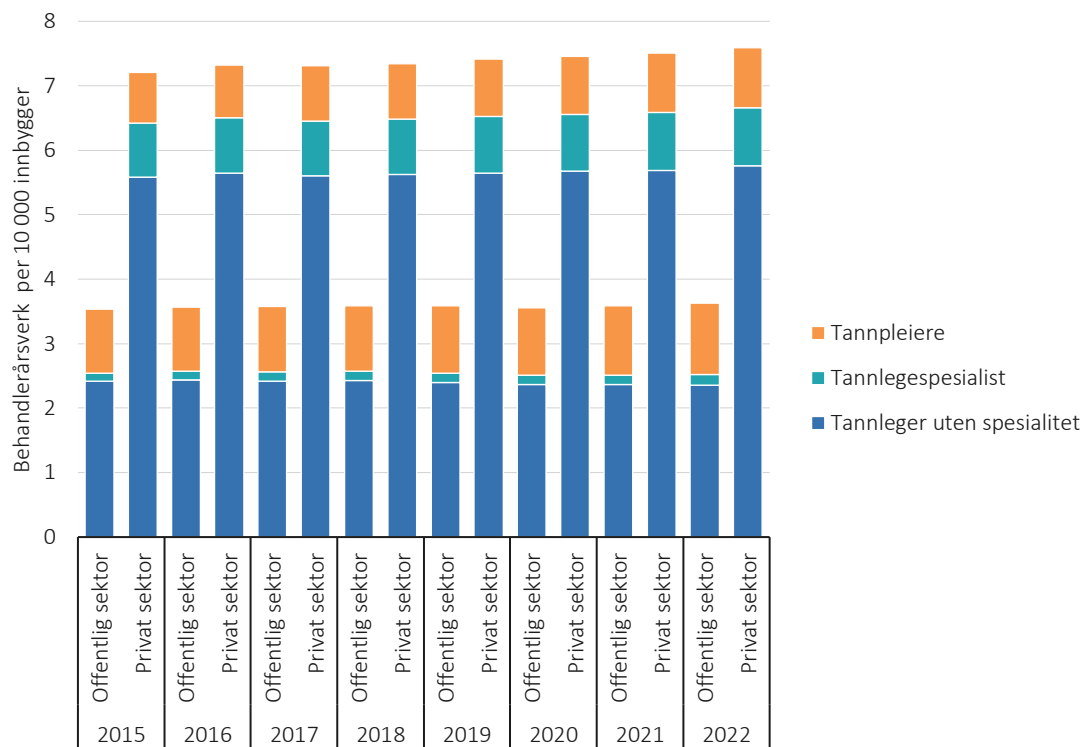
Kilde: Vista Analyse, basert på KUHR 2022.

### 4.1.2 Vekst i den private tannlege- og tannpleierdekningen over tid

Vi starter med å se på tannbehandlerdekningen nasjonalt, målt i antall årsverk per 10 000 innbygger for perioden 2015 til 2022 basert på tall hentet fra SSB (Figur 4.6). Antall behandlere per innbygger har steget med 4,6 pst. fra 2015 til 2022. Veksten er høyere i det private markedet (5,4 pst.) enn i det offentlige tilbudet (2,8 pst.). Tannpleiere har hatt den største prosentvise veksten, med 15,5 pst. vekst per innbyggere, mens private allmenntannleger har hatt den største absolutte veksten i årsverk, med 242 flere tannlegeårsverk i 2022 enn i 2015. Den kraftige veksten i tannpleiere kan blant annet henge sammen med at tannpleiere fikk mulighet til å inngå avtale om direkte oppgjør med Helfo fra 2013.

Veksten målt i antall tannleger har vært størst i Øst-Norge, som har fått mer enn halvparten av veksten i tannlegeårsverk. Hele 15 pst. av veksten i tannlegeårsverk har skjedd i Oslo. Sør-Norge har, ifølge SSB, 140 færre private tannlegeårsverk i 2022 enn de hadde i 2015. Tannlege-dekningen målt i årsverk per innbygger er likevel på nivå med resten av landet (unntatt Oslo og Troms og Finnmark) i 2022 (jf. Figur 4.1).

Figur 4.6 Årsverk tannpleiere og tannleger med og uten spesialitet



Kilde: SSB Statistikkbanken tabell 11774 og 07459

Basert på KUHR-data kan vi se på utviklingen i antall pasienter som utløser refusjon og samlet refusjonsbeløp. Per capita utvikling i antall pasienter sier noe om behandlingsomfanget, men regelverksendringer og pandemi gjør at sammenlikningen over tid forstyrres. Figur 4.7 viser antall pasienter per capita som utløste refusjon per år fra 2015 til 2022, inndelt i typen behandler. Det har vært en betydelig vekst i antall pasienter som utløser refusjon, både hos private allmenntannleger og private tannpleiere, med unntak av første pandemi-året, 2020, der det var lengre perioder med nedstenging og redusert drift. Til sammenlikning er antall pasienter som utløser refusjon, hos offentlige allmenntannlege, svakt redusert per innbygger i løpet av perioden. Merk at det offentliges hovedpasientgruppe, barn og unge, ikke medregnes her.

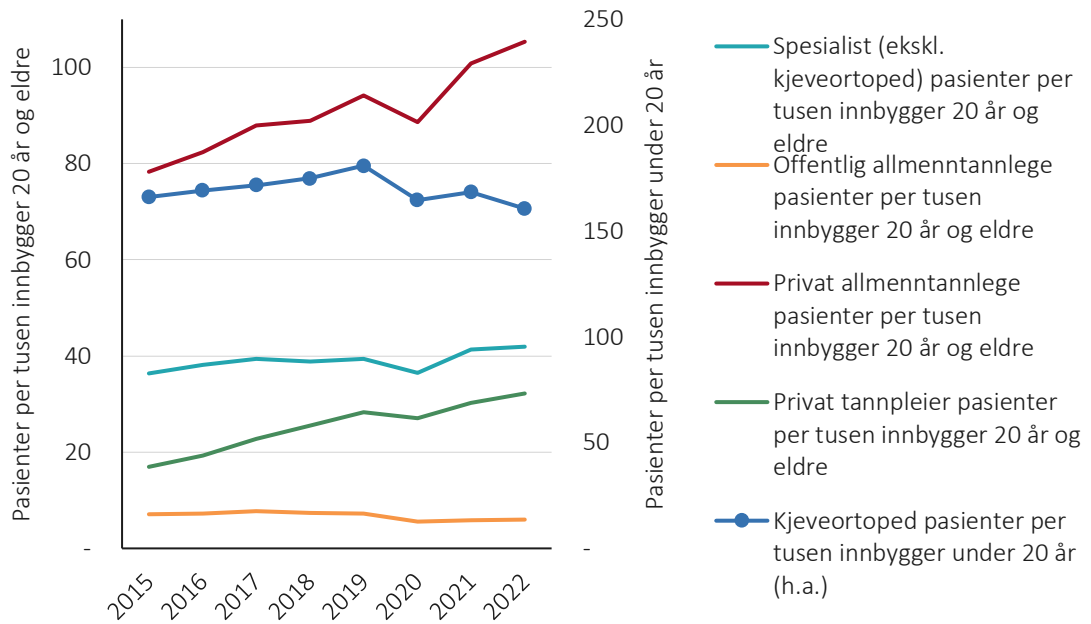
Kjeveortoped-pasienter som utløser refusjon er noe redusert fra 2015 til 2022, med en topp på 2019. Samtidig har gjennomsnittlig refusjonsbeløp per innbygger under 20 år falt betydelig hele veien fra 2015 til 2022 (Figur 4.8). Nedgangen i antall pasienter etter 2019 skyldes bl.a. en regelverksendring som innebar at de minst alvorlige bittavvikene ikke lenger er stønadsberettiget.

Samtidig som antall pasienter per innbygger hos allmenntannleger har økt, har gjennomsnittlig refusjonsbeløp per innbygger hos allmenntannlege blitt redusert (Figur 4.8). Det er flere som får ytelse, men i snitt får de mindre støtte enn tidligere. Særlig har dette vært tilfellet knyttet til systematisk behandling av marginal periodontitt og periimplantitt (stønadspunkt 6a); antall pasienter som får refusjon øker, men beløpet er redusert. Den markante nedgangen i refusjonsbeløp per innbygger i 2018 hos private allmenntannleger skyldes bl.a. regelverksendringer<sup>5</sup>, mens 2020 skyldes, som nevnt, redusert aktivitet under pandemien.

<sup>5</sup> Endring av finansiering fra Folketrygden til fylkeskommunene knyttet til stønadspunkt 14 (Sterkt nedsatt evne til egenomsorg hos personer som har varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne) og justering av regelverker knyttet til stønadspunkt 8 (tannregulering).

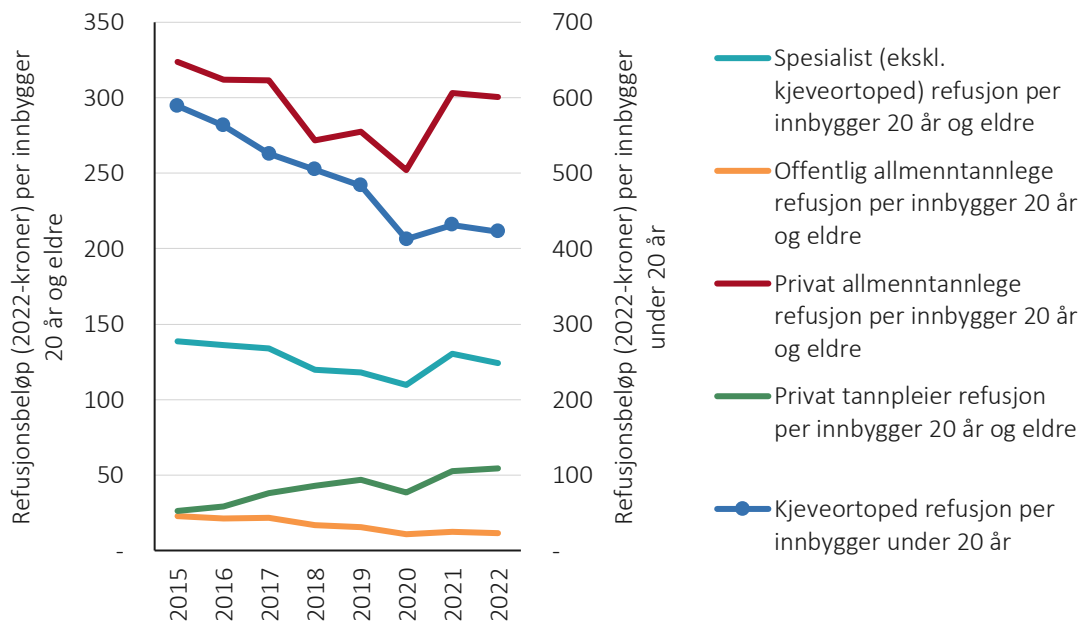
Blant spesialister (ekskludert kjeveortoped) har antall pasienter som utløser refusjon økt noe, og samlet årlig refusjon har i tillegg økt grunnet oppjustering av takstene.

**Figur 4.7** Antall pasienter som utløste refusjonsbeløp per innbygger



Kilde: Vista Analyse, basert på KUHR.

**Figur 4.8** Refusjonsbeløp per innbygger



Kilde: Vista Analyse, basert på KUHR

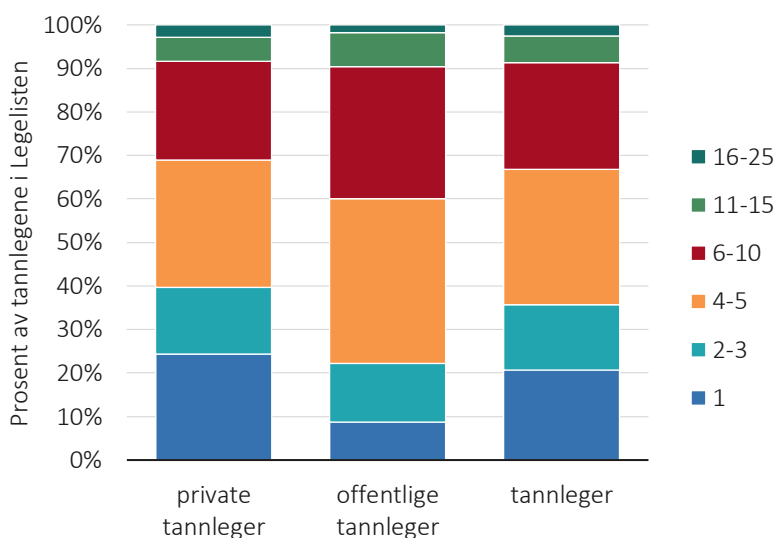
## 4.2 Organisering, eierskap og klinikkstørrelse

Over tid er det blitt mer vanlig blant tannleger å arbeide i gruppepraksis eller kjede, i stedet for solopraksis. I dette delkapittelet presenteres funn fra spørreundersøkelsene om klinikkstørrelse, eierskap og organisering, supplert med data fra Legelisten. Vi sammenlikner dagens organisering med tidligere studier, blant annet to omfattende spørreundersøkelse til privatpraktiserende allmenntannleger i hhv. 1997 og 2006 (Grytten & Sørensen, 1999), (Grytten, Skau, & Holst, 2007). I tillegg ser vi på utviklingen i markedsstruktur og størrelser med utgangspunkt i regnskapstall.

### 4.2.1 Fra solopraksiser til gruppepraksis med tannpleier og/eller spesialist

Litt over halvparten av klinikkene i Legelisten har kun én tannlege.<sup>6</sup> Sett fra tannlegenes vinkel, ikke klinikkens, arbeider 24 pst. av private tannleger og 9 pst. av offentlige tannleger i en klinikk alene, med kun én tannlege (Figur 4.9). Det er mulig at noen av klinikkene har tannpleier(e), da kun tannleger registreres i Legelisten, noe vi vil komme tilbake til. Over halvparten av tannlegene arbeider i en klinikk med mellom 4 og 10 tannleger. Videre arbeider hhv. 10 pst. av offentlige og 8 pst. av private tannlegene ved en klinikk med flere enn 10 tannleger. Ifølge Legelisten februar 2023 var det 30 klinikker i Norge med over 10 tannleger, hvorav 7 av disse hadde mellom 16-25 tannleger. De 7 største klinikkene er plassert i Oslo, Bergen og Stavanger.

Figur 4.9 Klinikkstørrelse: Antall tannleger på klinikken



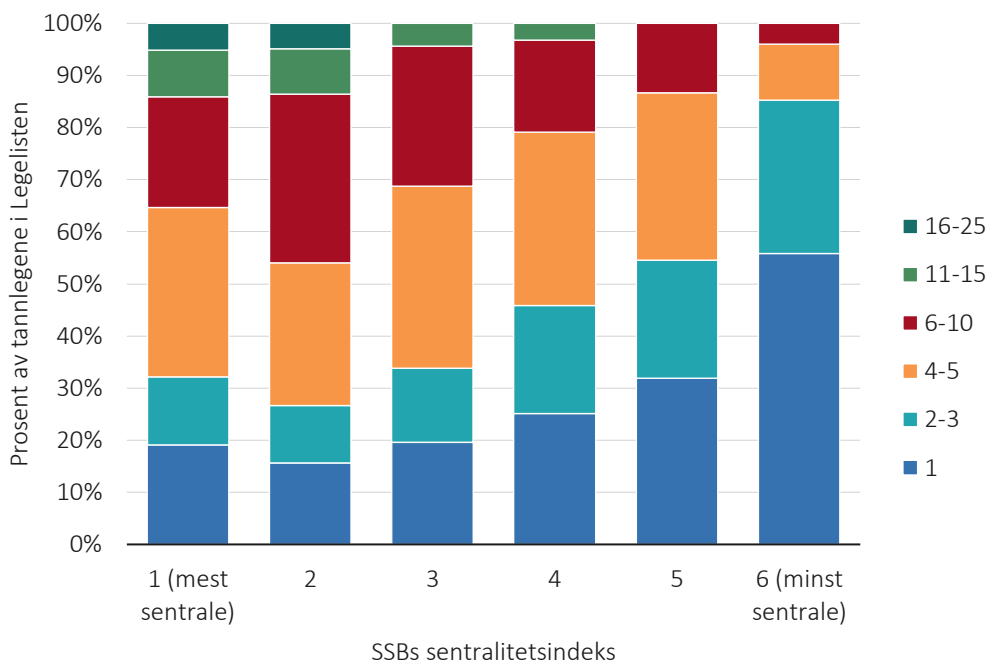
Kilde: Vista Analyse, basert på Legelisten uttrekk februar 2023. 4851 tannleger, hvorav 3731 private, fordelt på 1763 private og 425 offentlige klinikker. Kun medregnet største klinikken tannlegen er tilknyttet.

Store klinikker, over 10 tannleger, forekommer særlig i sentrale strøk; både i sentralitetsgruppe 1 og 2 jobber 14 pst. av tannlegene i en klinikk med over 10 tannleger, mens 3-4 pst. av tannlegene i sentralitetsgruppe 3 og 4 gjør det og ingen av tannlegene i sentralitetsgruppe 5 og 6 (Figur 4.10). Ikke overraskende er det betydelig flere solopraksiser og små praksiser i mindre sentrale strøk, der det bor færre mennesker; hele 57 pst. av tannlegene med klinikker i sentralitetsgruppe 6 har solopraksis, mens andelen faller til 32 pst. allerede i sentralitetsgruppe

<sup>6</sup> Andelen er høyere dersom man medregnet soloklinikker der tannlegen også arbeider i en større klinikk. I vår fremstilling lar vi hver tannlege kun være tilknyttet én klinikk – den største klinikken de er tilknyttet ifølge Legelisten – som innebærer at vi ekskluderes ca. 380 klinikker, hvorav 334 soloklinikker.

5. I de mest sentrale kommunene (sentralitet 1 og 2) er andel tannleger med solopraksis hhv. 19 og 16 pst.

**Figur 4.10** Klinikkstørrelse etter kommunens sentralitet



*Kilde: Vista Analyse, basert på Legelisten uttrekk februar 2023. 4851 tannleger, hvorav hhv. 102 i sentralitetsgruppe 6. Tannleger tilknyttet flere klinikker i Legelisten er plassert på den største klinikken tannlegen er tilknyttet, som innebærer at ca. 380 klinikker ikke medregnes, da samtlige tannleger ved klinikken er tilknyttet en større klinikk.*

Som vi så i begynnelsen av kapittelet har det vært en kraftig vekst i antall tannpleiere det siste tiåret. **Integrerte praksiser med allmenntannleger og tannpleiere** har følgelig blitt mer vanlig. Basert på spørreundersøkelsene våre til private tannleger og tannpleiere har vi informasjon om klinikkstørrelse inkludert tannpleiere, på respondentenes klinikker. Vi vet at kjeder er noe underrepresentert blant våre tannlege-respondenter, som gjør at vi vil forvente at også store klinikker er noe underrepresentert i forhold til populasjonen. Andelen solopraksiser stemmer imidlertid godt med Legelisten; 25 pst. av de private allmenntannlege-respondentene arbeider i en solopraksis, sammenliknet med 24 pst. av de private allmenntannlegene i Legelisten. Resultatene fra spørreundersøkelsen kan avvike noe fra populasjonen totalt sett, men sier likevel en del om tendenser i klinikkstrukturen og -sammensetningen.

Et tydelig trekk er at klinikker som er del av en kjede i større grad har flere ulike behandlertyper på klinikken enn enkeltstående klinikker (Figur 4.11). I 38 pst. av kjede-klinikkene i undersøkelsen arbeider både allmenntannleger, spesialister og tannpleiere, mens kun 4 pst. av de enkeltstående klinikkene har alle behandlertypene. 33 pst. av de private allmenntannlegerespondentene som arbeider i en kjede, svarte at det kun arbeidet allmenntannleger på klinikken, mens 75 pst. av respondentene i enkeltstående klinikker hadde kun allmenntannleger på klinikken.<sup>7</sup>

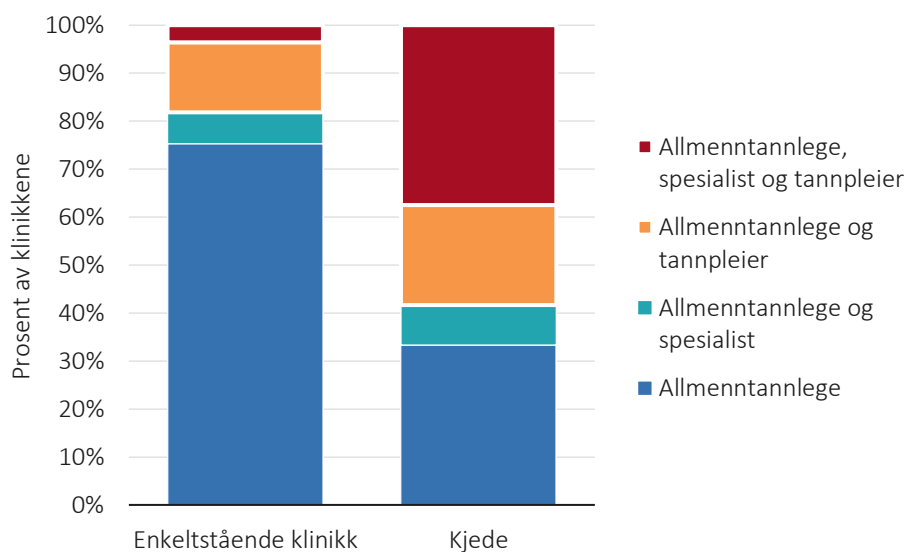
<sup>7</sup> Respondentene var bedt om å oppgi hhv. antall allmenntannleger, tannpleiere og spesialister ved klinikken, men kun allmenntannleger og tannpleiere som arbeider minst 4 dager i uka ved klinikken og spesialister som arbeider minst 2 dager i uka ved klinikken er medregnet. En respondent regnes her som en klinikk, da undersøkelsen er sendt ut til klinikkene, ikke enkelttannleger.

Et annet tydelig trekk er at det er vanligere med spesialist på klinikken i mer sentrale strøk. Andelen allmenntannlegerespondenter som arbeider på klinikk med spesialist er mellom 13-16 pst. i de mest sentrale kommunene (sentralitet 1, 2 og 3), 9 pst. i sentralitet 4 og 0 pst. i de minst sentrale kommunene (sentralitet 5 og 6). Funnet holder også om vi kun ser på enkeltstående klinikker og ser bort ifra kjeder.

Å ha en tannpleier på klinikken er derimot mindre vanlig i de mest sentrale kommunene enn i resten av landet, enten vi inkluderer kjeder eller kun ser på enkeltstående klinikker. Andelen allmenntannlegerespondenter med tannpleier på klinikken øker fra 9 pst. i sentralitetsgruppe 1, til hhv. 16 pst., 29 pst., 18 pst., 22 pst. og 20 pst. i sentralitetsgruppe 2, 3, 4, 5 og 6. Det er vanligst med én tannpleier på klinikken blant våre respondenter.

Større klinikker muliggjør integrerte praksiser med flere behandlertyper samlet. Ser vi kun på klinikker med mer enn 3 behandlere, øker andelen klinikker med samtlige tre behandlingstyper til 50 pst. av kjede-klinikkene og 13 pst. av enkeltstående klinikker. Videre har 28 pst. av kjedeklinikkene og 46 pst. av enkeltstående klinikker allmenntannlege og tannpleier, 11. pst. av kjedeklinikkene og 17 pst. av enkeltstående klinikker har allmenntannlege og spesialist og 11 pst. av kjedeklinikkene og 24 pst. av enkeltstående klinikker har kun allmenntannlege. Vi forventer at integrerte klinikker med allmenntannlege, tannpleier og spesialist vil bli mer vanlig etter hvert som gruppepraksis fortsetter å overta som normalen og stadig flere enkeltstående klinikker blir del av en kjede.

**Figur 4.11** Sammensetning av behandlere på klinikken



Kilde: Vista Analyse, basert på spørreundersøkelsen til de private allmenntannlegene april 2023.

Vi sendte også ut en spørreundersøkelse til private tannpleiere. Ca. 30 pst. av tannpleierespondentene arbeider i en kjede. Litt over halvparten av tannpleierne som arbeider i en kjede har spesialist på klinikken (som stemmer godt med allmenntannlegeresultatene), mens 44 pst. i enkeltstående klinikker har det (som er høyt i forhold til allmenntannlegeresultatene).

### Utvikling over tid

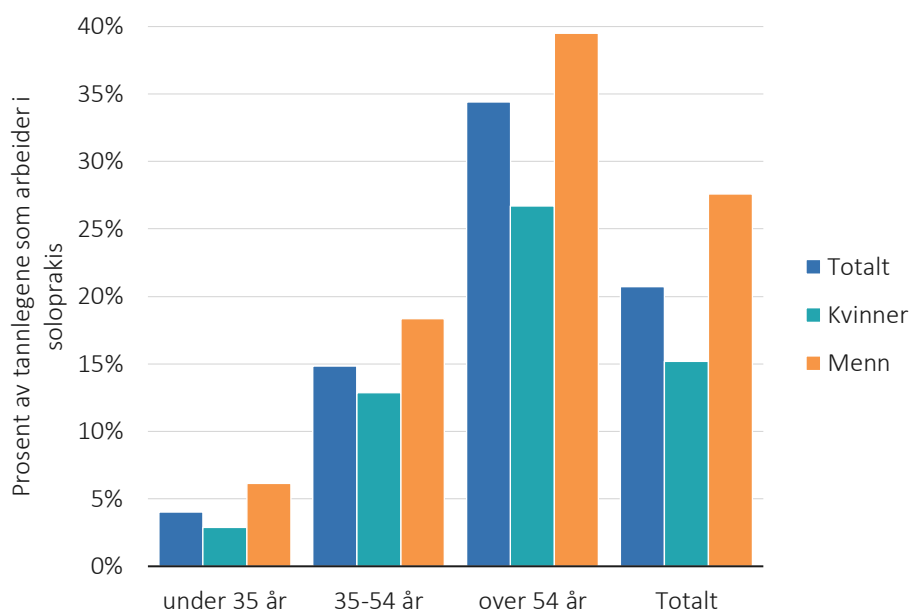
For 25 år siden var det mest vanlig å arbeide i solopraksis. I 1997 arbeidet ca. 60 pst. av de privatpraktiserende allmenntannlegene i solopraksis (Grytten & Sørensen, 1999). Utviklingen har siden den gang gått i retningen av at flere og flere tannleger velger å arbeide i en gruppepraksiser

i stedet for alene. I 2006 var andelen privatpraktiserende allmenntannleger i solo praksis anslagsvis 38 pst. (Grytten, Skau, & Holst, 2007) og i 2023 er andelen som nevnt ca. 24-25 pst. ifølge Legelisten og spørreundersøkelsen til private allmenntannleger.

Vi forventer at utviklingen fra solo- til gruppepraksis vil fortsette, blant annet fordi både yngre og mer etablerte tannleger i større grad arbeider i gruppepraksis enn før og forventes stort sett å fortsette med det gjennom karrieren. Kun 4 pst. av tannlegene under 35 år og 15 pst. av tannlegene mellom 35 og 54 år arbeider i solo praksis, mot 34 pst. av tannlegene over 54 år (Figur 4.12). Ifølge undersøkelsen i 2006 arbeidet 7 pst. av de privatpraktiserende allmenntannlegene under 35 år i solo praksis, 35 pst. mellom 35 og 50 år og 54 pst. av allmenntannlegene over 50 år i solo praksis.

I tillegg har tannlegetyrket gått fra å være et mannsdominert yrke, med ca. 80 pst. menn i 1997, til å bli overvekt av kvinner. 53 pst. av tannlegene i Legelisten er kvinner, hhv. 63 pst. av de under 35 år, 61 pst. mellom 35-54 år og 40 pst. over 54 år. Kvinnelige tannleger arbeider i større grad i gruppepraksis enn menn, også når vi kontrollerer for alder, men kjønnsforskjellen er liten sammenliknet med forskjellen mellom aldersgrupper, som figuren under illustrerer.

**Figur 4.12** Prosentandelen tannleger i solo praksis, etter kjønn og alder



Kilde: Vista Analyse, basert på Legelisten uttrekk februar 2023. 4851 tannleger, hvorav 2593 kvinnelige, 2209 mannlige og 49 uten oppgitt kjønn.

### 4.2.2 Eierskap og tilknytning

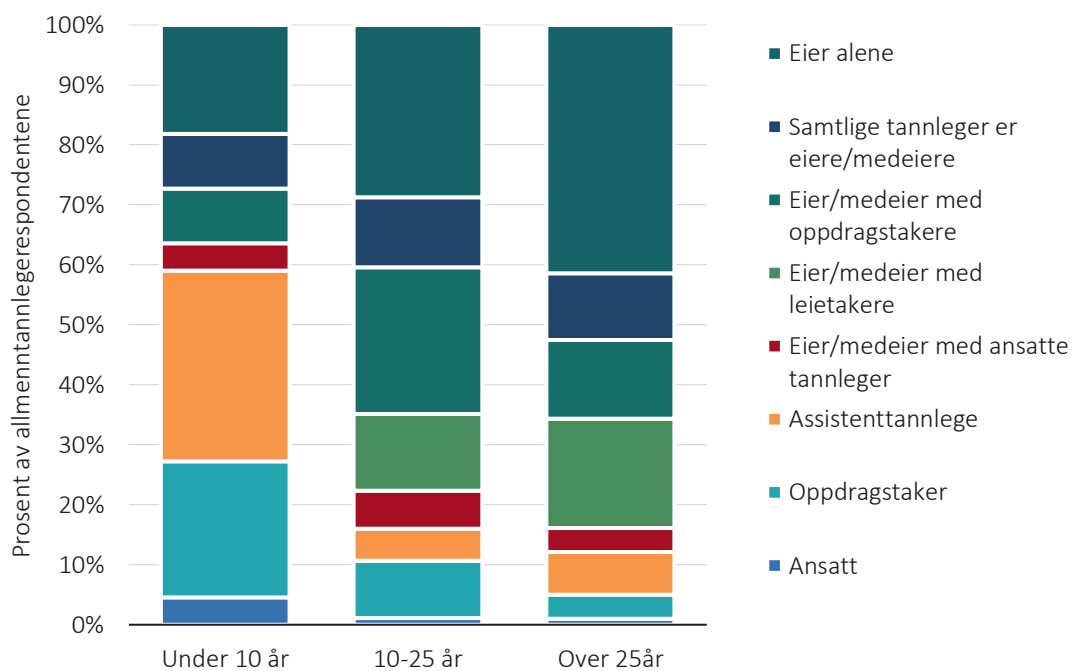
Historisk har det vært mest vanlig at tannlegen eier en solo praksis, eventuelt med en assistenttannlege som i løpet av sin karriere selv blir praksiseier. Ifølge undersøkelsen i 2006 var ca. 80 pst. av de privatpraktiserende allmenntannlegene praksiseiere, 16 pst. assistenttannleger, 1 pst. ansatte, mens 2 pst. var «annet». Om lag 90 pst. av tannlegene over 35 år var praksiseiere. Blant tannlegene under 35 år var kun 33 pst. praksiseiere, mens hele 59 pst. var assistenttannleger og 5 pst. ansatte (og 3 pst. «annet»).

Basert på vår spørreundersøkelse til private allmenntannleger ser det ut som yngre tannleger i dag i ca. like stor grad som i 2006 er praksiseier/medeier. Merk imidlertid at andelen eiere i våre

data kan være noe høyt i forhold til populasjonen, da kjeder er underrepresentert blant våre respondenter. Vi finner at 41 pst. av respondentene med under 10 år siden eksamensåret er eier eller medeier i praksisen, hvorav 18 pst. eier alene (Figur 4.13). Både i 2006 og i 2023 er 5 pst. av de yngste respondentene «ansatte». Også blant eldre tannleger er andelen praksiseiere ca. på nivå med resultatene fra 2006. Vi finner hhv. 84 og 88 pst. eiere/medeiere i 2023 blant de med 10-25 år siden eksamen og over 25 år siden eksamen, mens andelene i 2006 var hhv. 86 og 93 pst. blant de mellom 35-50 år og over 50 år.

Det er høyest andel ansatte blant de som har arbeidet få år på nåværende arbeidsplass. Blant de private allmenntannlegerespondentene som har arbeidet under 5 år på nåværende arbeidsplass (N=25, i snitt 17 år siden eksamen) er hhv. 44 pst. eiere/medeiere, 28 pst. assistenttannleger, 20 pst. oppdragstakere og 8 pst. ansatte.

**Figur 4.13 Eierskap og tilknytning til klinikken, inndelt etter antall år siden eksamen**



Kilde: Vista Analyse, basert på spørreundersøkelsen til private allmenntannleger 2023. N=276, hhv. 22 med under 10 år siden eksamensåret, 94 med 10-25 år siden og 99 med over 25 år siden eksamen.

Blant allmenntannlegerespondentene som arbeider i kjede (N=24) er over halvparten oppdragstakere, 33 pst. er assistenttannleger og 4 pst. ansatte. Som nevnt over er kjedene underrepresentert i spørreundersøkelsen. Andelen tannleger som er ansatt eller oppdragstager er derfor noe høyere enn som framgår av figuren over. Eierskap til kjedene omtales i avsnitt 4.3.3.

### 4.3 Markedskonsentrasjon og kjeder

I dette delkapittelet hever vi blikket igjen fra organisering av klinikkene (klinikkstørrelse, tilknytning, behandlersammensetning) og til markedsstruktur og markedskonsentrasjon. Vi ser på hvor store markedsandeler de største klinikkene har i sin økonomiske region samt kjedenes markedsandeler. Vi starter med en gjennomgang av begrepet «kjede» og noen betraktninger rundt merkevareverdi før vi ser nærmere på kjedenes og andre klinikkers markedsandeler målt i økonomiske størrelser.



### 4.3.1 Kjededannelse og merkevareverdi

Det finnes ikke én enkelt definisjon av kjede, og i markedet for tannhelsetjenester ser vi flere varianter av det som er naturlig å beskrive som en kjede. I praksis vil det være flytende grenser mellom de ulike variantene.

**Den første kjedekategorien** er integrerte klinikker under samme klinikknavn, med felles markedsføring og visuell profil. Kjeden kjøper opp klinikker, som deretter inngår som underavdeling i et registrert foretak med tannlegekjedens navn og profilering. De enkelte underavdelingene (klinikkene) vil gjerne være organisert med eget organisasjonsnummer. Kjedens klinikker vil være gjenkjennelig for den enkelte kunde. Colosseumklinikken sin virksomhet i Norge er ett eksempel på dette. Colosseumklinikken er registrert med flere underavdelinger. Det er registrert 3 fusjonskunnngjøringer så langt i 2023. De fusjonerte virksomhetene er, så vidt vi kan se, inkludert i oversikten over underavdelinger, og har også fått kjedens navn. Colosseumklinikken oppgir selv at de er nesten 70 klinikker og mer enn 1.100 medarbeidere rundt om i landet. Regnskapet rapporteres kun på foretaksnivå.

Oris Dental AS er et datterselskap til Oris Dental Holding AS. Oris Dental AS er registrert med flere underavdelinger. Underavdelingene inkluderer per dato er, så vidt vi kan se, klinikker som per 31.12.2022 var registrert som datterselskaper under Oris Dental Holding AS. Disse datterselskapene er registrert som slettet i 2023 etter fusjon med Oris Dental AS. Oris har 80 klinikker på hjemmesiden hvorav flere presenteres som nyhet. Per 16.november finner vi 18 kunnngjøringer om gjennomførte fusjoner i 2023. Foretaket Oris Dental AS med underavdelinger leverer ett samlet regnskap på samme måte som de øvrige datterselskapene under Oris Dental Holding AS. Foretaket Oris Dental AS med underavdelinger kan dermed karakteriseres som en kjede tilsvarende Colosseumklinikken. Hvorvidt klinikkene som i 2022 var søsterklinikker med samme eier skal defineres som en del av kjeden i 2022, eller om de først skal defineres som en del av kjeden i 2023, er av underordnet betydning.

Med en vellykket merkevarestrategi vil kundene assosiere kjedenavnet med kvalitet, trygghet og kundeservice. Denne assosiasjonen kan skapes fra tannlegeklinikken selv, men også fra andre tjenesteområder og markeder der samme kjedenavnet (og konsern) er aktive i. Slike assosiasjoner gir økt lojalitet til klinikkene og øker kundenes terskel for å teste ut konkurrerende klinikker. Det har en gunstig økonomisk effekt for kjedeeier siden det reduserer prisfølsomheten og økt markedsrett. Selv om en merkevarestrategi gir økt markedsrett, er ikke dette nødvendigvis bare negativt i samfunnsøkonomisk forstand. Merkevareverdien kan være fundert på forhold som kundene mener har verdi og som de har betalingsvilje for.

**Den andre kjedekategorien** bygger på mye av den samme organiseringen, men uten å samle alle klinikkene direkte under samme kjedenavn og profil. De kan beskrives som integrerte klinikker med differensiert kjedeprofil. Kjeden eller mer presist, investeringsselskapet som ligger bak oppkjøpene, kjøper også her opp klinikker. Det er flere eksempler på dette i det norske markedet, der kjeden både har klinikker som deler kjedenavn og klinikker som fortsetter med uendret navn og profil. Odontia Gruppen AS er et eksempel på et morselskap i et konsern som per i dag er registrert med 20 datterselskap (basert på skatteetaten 31.12.2022). Ett av datterselskapene er Odontia klinikkdrift som per dato er registrert med 13 underavdelinger som alle har Odontia i navnet. De øvrige datterselskapene under Odontia Gruppen AS har noen klinikker som har Odontia i navnet, og andre som så langt opererer under andre navn. Vi ser at noen av datterselskapene er slettet i løpet av 2023. Disse finner vi igjen som underavdeling til Odontia

klinikkdrift. Odontia oppgir selv på sin hjemmeside at de består av et faglig fellesskap av mer enn 40 klinikker fra nord til sør.

Forskjellen mellom en slik kjede (eller konsern) og den første, fullintegreerte kjedetyper, kan dels være tempo i integrering. Vi ser at klinikker kjøpes opp av et morselskap, for deretter å operere videre som datterselskap med eller uten navneendringer. Etter hvert vil klinikken trolig endre navn, slik at kjedetilhørigheten også blir synlig for kundene, eller samles under ett foretak. I begge tilfeller gir eierskapet til klinikkene muligheten til å koordinere markedsbeslutning som pris, lønnsbetingelser for ansatte og avtalevilkår for oppdragstakere. En fordel med en slik oppkjøpsstrategi kan tenkes å være kjedens evne til å videreføre frittstående klinikkens lokale posisjon. Klinikker som har en sterk lokal posisjon kan være verdifullt å drive videre med «lokalt» navn, mens klinikker som står svakere lokalt, kan gis et merkevareloft med kjedeprofilering.

**Den tredje kjedekategorien** vi ser fremstår i større grad som et resultat av en investors oppkjøp av klinikker uten en, for kundene, synlig kobling mellom klinikker med felles eierskap. Hvordan investor utnytter porteføljen av klinikker i sin styring og utvikling er det ikke mulig å se ut av en slik kjedestruktur. Et eksempel på denne kategorien er Orbdent AS. Orbdent er registrert med flere datterselskaper i Norge og har også virksomheter i Sverige. Oslo Tannlegesenter som er blant de største klinikkene i Norge er blant datterselskapene.

I tillegg til registrerte datterselskap har selskapet eierinteresser i andre tannhelseklinikker der de eier fra 40 til 50 pst.

**En virksomhet med flere klinikker på ulike lokasjoner** vil kunne fremstå som en kjede for kunden. Med en virksomhet mener vi et foretak uten underavdelinger med egne organisasjonsnummer, og som heller ikke inngår i konsernfellesskap eller som har en eier med flere tilsvarende virksomheter. Et eksempel i denne kategorien er Smil Tannlegesenter som har flere klinikker/avdelinger lokalisert i stor-Oslo, men som organisatorisk er samlet under samme virksomhet/organisasjonsnummer. Selv om dette for kunden vil kunne fremstå som en kjede, har vi valgt å definere denne type virksomheter som selvstendige klinikker.

### 4.3.2 Markedsandeler basert på Legelisten (februar 2023)

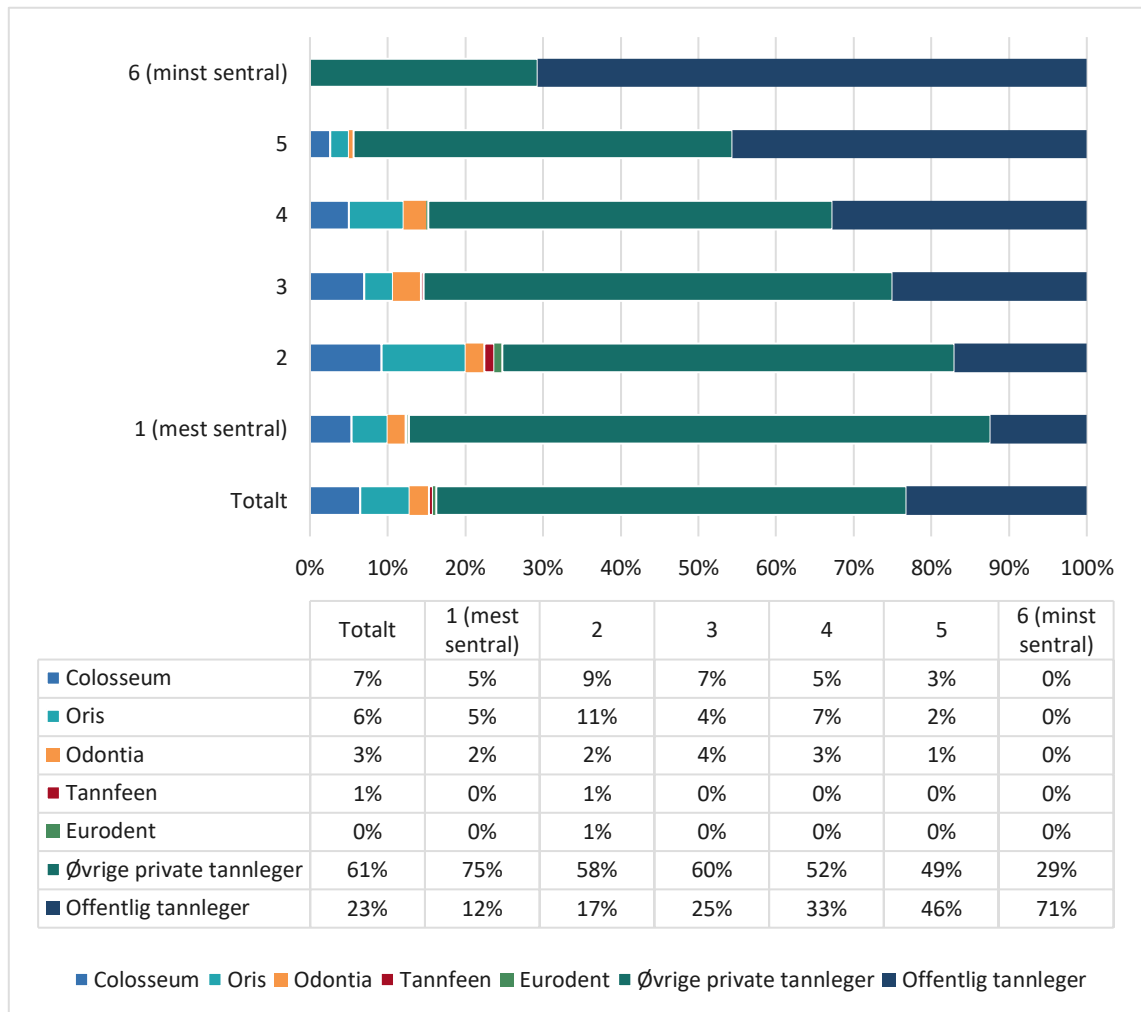
Foreløpig har kjedene en begrenset andel av tannlegemarkedet, både samlet og hver for seg, men markedet ser ut til å være i rask endring, noe vi kommer tilbake til senere i kapittelet. Ifølge Legelisten februar 2023 var 7 pst. av alle tannleger tilknyttet Colosseum, 6 pst. Oris, 3 pst. Odontia, 0,5 pst. Tannfeen og 0,4 pst. Eurodent. Litt over 20 pst. av de private tannlegene i Legelisten arbeider i en av de fem største kjedene, hhv. 20 pst. av allmenntannlegene og 28 pst. av spesialistene.<sup>8</sup>

Kjedene er mer utbredt i sentrale strøk enn i de minst sentrale kommunene (Figur 4.14). Totalt, medregnet offentlige tannleger, arbeider 16 pst. av tannlegene i en av de fem største kjedene, hhv. 15 pst. i sentralitetsgruppe 1, 30 pst., 20 pst. og 23 pst. i sentralitetsgruppe 2, 3 og 4 og 10 pst. i sentralitetsgruppe 5 (ingen store kjeder i sentralitetsgruppe 6). Som vi har sett tidligere, er flertallet av tannlegene i de minst sentrale kommunene offentlige tannleger (71 pst. i

<sup>8</sup> De fem største kjedene er Oris, Colosseum, Odontia, Tannfeen og Eurodent. Tannlegene i Legelisten kan være tilknyttet flere klinikker og da er største klinikken tannlegen er tilknyttet benyttet analysene. Det er manuelt hensyntatt fire klinikker som eies av Odontia per februar 2023, men ikke hadde Odontia-navnet i Legelisten (19 tannleger).

sentralitetsgruppe 6). Andelen offentlige tannleger faller til 12 og 17 pst. i sentralitetsgruppe 1 og 2.

**Figur 4.14** Geografisk variasjon i andelen tannleger i hhv. offentlig, stor kjede eller annet



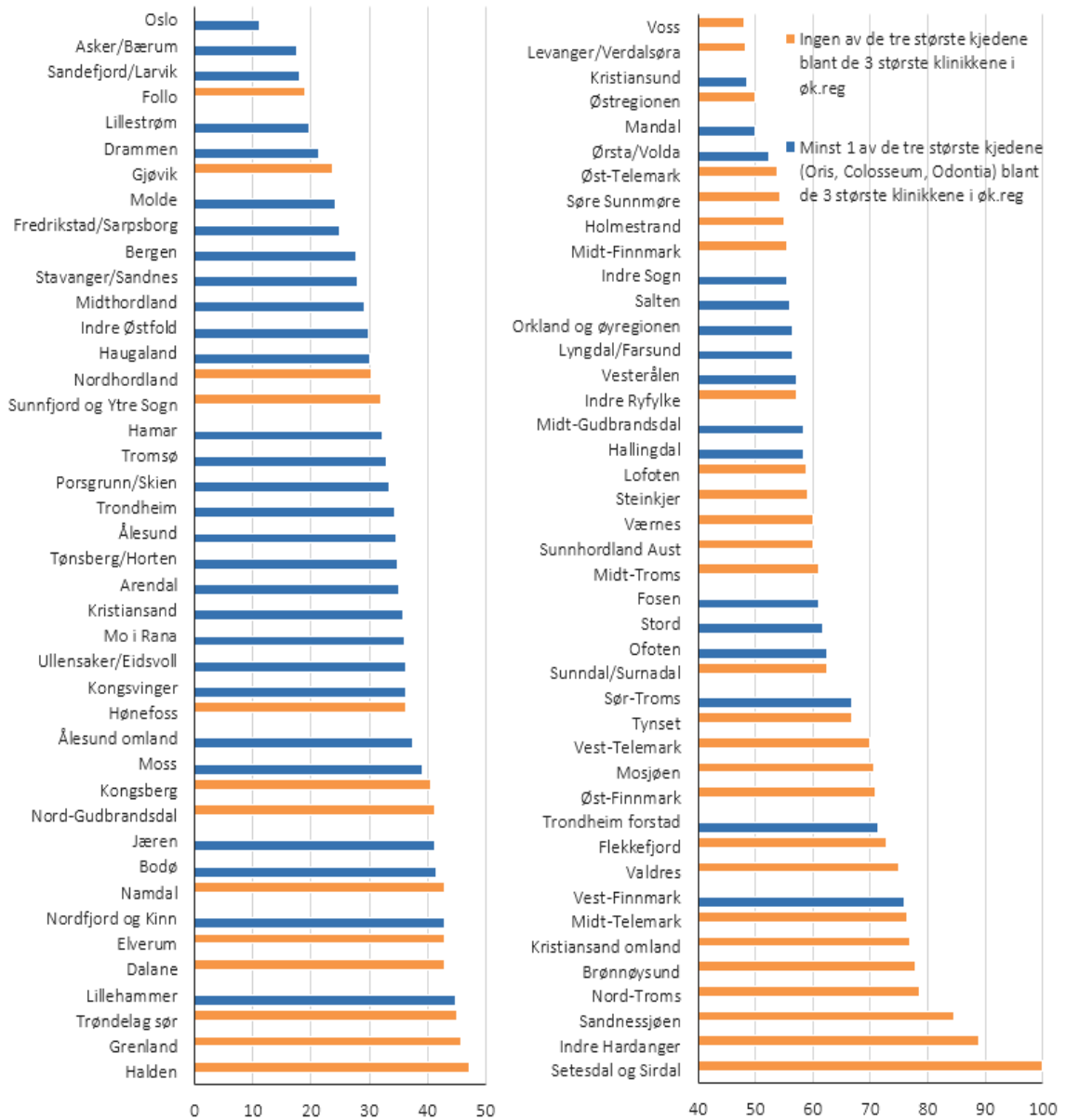
Kilde: Vista Analyse, basert på Legelisten februar 2023. Totalt 4851 tannleger, hvorav 1127 offentlige og 788 tilknyttet en av de fem største kjedene.

I 20 av de 85 økonomiske regionene i Norge er en av de tre største kjedene (Colosseum, Oris og Odontia) den største klinikken/kjeden i den økonomiske regionen, målt i antall tannleger på klinikken. Klinikker i samme kjede og region er slått sammen og regnes som én klinikk i beregningene. Markedsandelen til den største kjeden i hver av disse 20 økonomiske regionene ligger mellom 5 og 33 pst. av antall tannleger i den økonomiske regionen. I de tre økonomiske regionene der markedsandelen til kjeden er over 25 pst., er det til sammen under 40 tannleger i regionen. Generelt finner vi at de økonomiske regionene der største klinikk har høye markedsandeler, er områder med få tannleger. I 9 av 85 økonomiske regioner har største klinikk over 40 pst. av tannlegene. Ingen av disse 9 klinikkene er kjeder og antall tannleger i regionen ligger mellom 1-25 tannleger.

Det er ikke bare den største klinikkens markedsandel som har betydning for om befolkningen har tannleger å velge mellom og om nye tannleger har mulighet til å etablere seg i markedet. Vi har også sett på den samlede markedsandelen til de tre største klinikkene i hver økonomiske region. Som Figur 4.15 viser utgjør de tre største klinikkene sammenlagt under halvparten av markedet i over halvparten av regionene (45 av 85 regioner). De 42 økonomiske regionene til venstre i

figuren har markedsandeler mellom 11 og 47 pst. (i snitt 44 private og 7 offentlige klinikker og 108 tannleger per region), mens de 43 regionene til høyre har markedsandeler mellom 48 og 100 pst. (i snitt 7 private og 3 offentlige klinikker og 20 tannleger per region og samtlige under 40 tannleger og 15 private klinikker).

Figur 4.15 Samlet markedsandel til de tre største klinikkene per økonomisk region



Kilde: Vista Analyse, basert på Legelisten uttrekk februar 2023. Innenfor hver økonomiske region er de tre største klinikkene identifisert, målt i antall tannleger. I den forbindelse er samtlige klinikker i en økonomisk region som tilhører samme kjede er lagt sammen og håndteres som én klinikk. Samlet markedsandel til de tre største klinikkene er deretter beregnet ved å summere antall tannleger i de tre største klinikkene i den økonomiske regionen og dele på totalt antall tannleger i regionen.

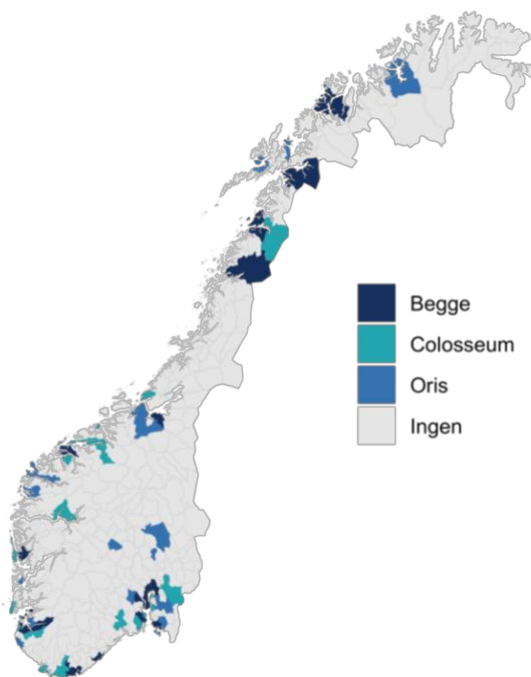
I 40 av de 85 økonomiske regionene er minst én av de tre største kjede blant de tre største klinikkene i regionen, illustrert med blå farget stolpe i Figur 4.15. Igjen er kjedene stort sett til stede i områder med mange tannleger og klinikker, der markedsandelene er begrenset. I Oslo har største klinikk/kjede 5 pst. av regionens tannleger, mens største tre klinikkene/kjedene sammenlagt har 11 pst. av regionens 926 tannleger, fordelt på 453 klinikker. Stolpen til Oslo i figuren er blå for å angi at minst én av de tre største klinikkene er en av de tre største kjedene.

Stolpene til f.eks. Follo og Gjøvik er gule for å markere at ingen av de tre største klinikkene er en av de tre største kjedene.

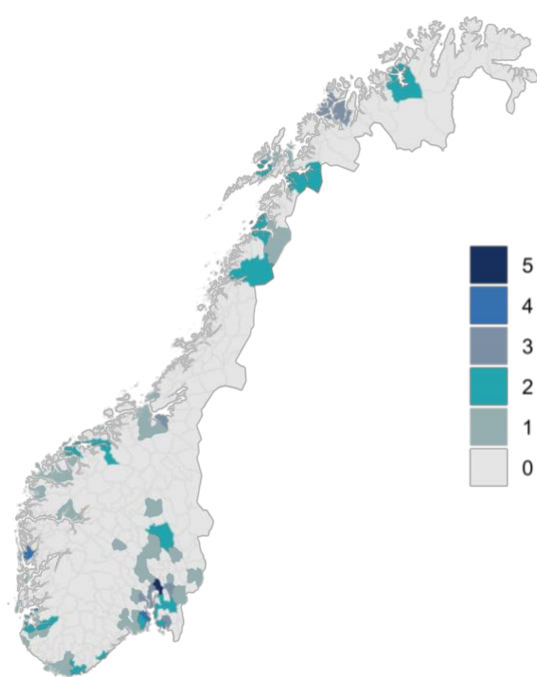
Ifølge Legelisten februar 2023 hadde Colosseum 316 tannleger i 39 kommuner og Oris hadde 305 tannleger i 37 kommuner. Odontia hadde 124 tannleger i 24 kommuner. Tannfeen og Eurodent hadde hhv. 25 og 18 tannleger i hhv. 11 og 4 kommuner, ifølge Legelisten.

Kartene under viser i hvilke kommuner hhv. de to største (Figur 4.16) og de fem største kjedene er lokalisert (Figur 4.17). I 17 kommuner er både Oris og Colosseum til stedet og 59 kommuner huser minst én av de to største kjedene. Av kartet til høyre fremgår det at 71 kommuner har minst én av de fem største kjedene og 10 kommuner har 3-5 av kjedene.

**Figur 4.16** Kart over kommunene der Colosseum og/eller Oris har klinikker



**Figur 4.17** Kart over hvor mange av de fem største kjedene hver kommune huser



Kilde: Vista Analyse, basert på Legelisten uttrekk februar 2023.

### 4.3.3 Eierskap bak de største kjedene

Som vist i avsnitt 4.2 har tannhelseklinikker tradisjonelt vært eid av en eller flere av tannlegene på en klinikk. Kjedenes framvekst har i hovedsak kommet via fusjoner eller oppkjøp av eksisterende klinikker. Det har vært en konsolidering i markedet, og konsolideringen vi observerer er trolig kun i startfasen. Hvis vi går bak selskapene og ser på eierstrukturen for de største kjedene, ser vi at det er ulike investeringsselskaper som kommer inn på eiersiden.

Den største kjeden i 2022, Colosseumklinikken, eies av Colosseum Dental Norco AS, som igjen eies av Colosseum Dental Group AS, som eies 100 pst. av Colosseum Dental Group Holding AS. Colosseum Dental Group Holding AS er 100 pst. eid av Colosseum Ag som igjen er eid av Colosseum HoldCo II Ag. Colosseum Ag er et sveitsisk selskap<sup>9</sup>. Det er med andre ord et

<sup>9</sup> Brev fra skatteetaten til Colosseum Dental Group Holding AS datert 21.01.2019.

internasjonalt konsern som er inne på eiersiden. Colosseumklinikken sitt hovedvirke er å drive og utvikle tannhelsetjenester, mens virksomheten i Colosseum Dental Group Holding AS og eierne over, hovedsakelig har som formål å drive virksomhet innenfor utvikling og investering i andre selskaper. Colosseum Ag opererer i flere land, med et stort antall tannleger, tannlegespesialister og også laboratorier tilknyttet.

Oris Dental Holding AS er ifølge opplysninger på Proff.forvalt morselskap og eier av flere datterselskaper som omfatter det vi kan omtale som Oris-klinikker. Eiersiden er noe mer sammensatt og kompleks enn for Colosseumklinikken, men majoritetseier er Dente 1 AS som eier Dente 2 AS og som igjen eier Oris Dental Holding AS der majoritetseier er Bdc III S.A.RL med 58 pst. eierandel. Majoritetseieren har tilhold i Luxembourg, men det er også norske holdingselskaper involvert, og enkeltpersoner, herunder tannleger. I tillegg til tannhelsetjenester er Oris Dental også eier av tannteknikerkjeden Proteket AS.

Eurodent AS eies av Dentmed Investemt Ltd som er registrert på Kypros. Idefo AS har 100 pst. av aksjene i Tannféen. Idefo AS eies av fire norske holdingsselskaper som også har aksjer i andre typer virksomheter. Odontia Gruppen AS eies av Nord Bidco AS, som igjen eies av Nord Invest S.Å.R.L som også er også registrert i Luxembourg.

En videre gjennomgang av eierskapssiden for kjeder, konsern eller store klinikker, gir tilsvarende bilde. Uavhengig av om aksjemajoriteten sitter i Norge eller utlandet, er det gjerne et investerings/holdingsselskap på toppen som eier en eller flere tannhelseforetak/klinikker. Som vi viste i avsnitt 4.2 er det fremdeles en stor andel av klinikkene som eies av en eller flere av tannlegene på de respektive klinikkene. Tannleger som nærmer seg pensjonsalder eller som av andre grunner ønsker å selge seg ut av virksomheten, vil naturlig nok selge til best mulig pris. Dersom de får bedre pris ved å selge til en kjede enn til kolleger, eller nyutdannede tannleger som ønsker å komme inn i markedet, er det rimelig å anta at de vil selge til en kjede. Det er derfor rimelig å anta at kjedene med kapitalsterke eiere bak, fortsatt vil vokse og ta en stadig større andel av markedet.

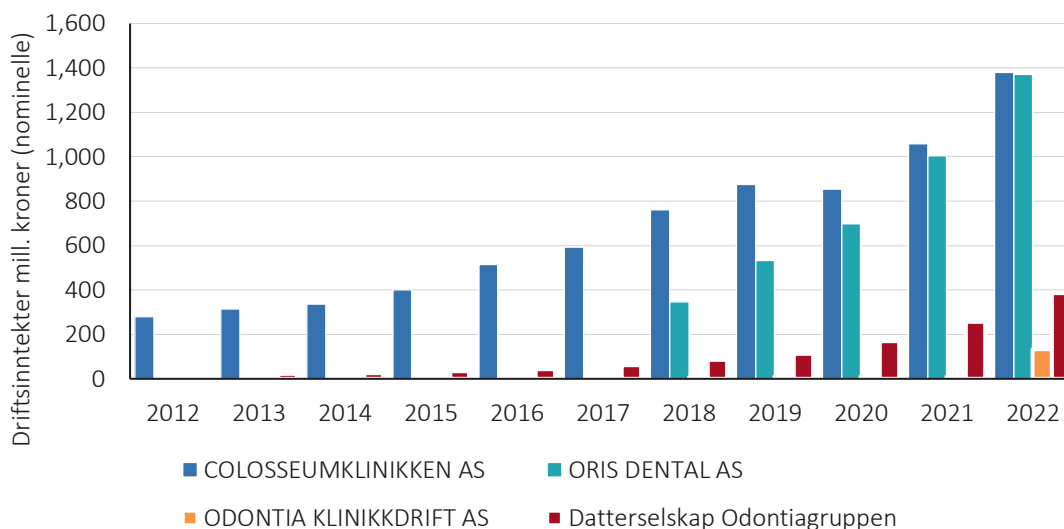
Utviklingen vi observerer i Norge samsvarer med utviklingen vi ser i resten av Europa. Basert på utviklingen vi ser i andre land, er det rimelig å forvente en fortsatt konsolidering i markedet der både norske og internasjonale investeringsselskaper vil kunne komme inn på eiersiden.

## 4.4 Utvikling i driftsinntekter for kjeder og klinikker

Vi har sett på utviklingen i driftsinntekter for de største kjedene og klinikkene for perioden 2012 til 2022. Vi har også inkludert en oversikt der vi så langt som mulig har gruppert klinikkene etter eierkonsultasjon per oktober 2023. Dette er gjort ved å plassere driftsinntektene fra 2022 på de største eierkonsultasjonene.

Vi starter med å se på driftsinntektene for de største kjedene basert på legelisten.no (se avsnitt 4.3.2). De tre største kjede-klinikkene målt i antall tannleger, er også de tre største målt etter driftsinntekter. I Figur 4.18 er driftsinntektene fra Colosseum og Oris Dental AS hentet på foretaksnivå. Det samme er Odontia klinikkdrift AS. Det betyr at underavdelinger er inkludert. I tillegg har vi summert driftsinntektene fra registrerte datterselskaper til Odontiagruppen basert på informasjon i Proff.forvalt (rød kolonne). Denne summeringen er beheftet med noe usikkerhet, både fordi det er merknader til regnskapsdataene og fordi det er usikkerhet knyttet til avgrensningen og hva som skal inkluderes.

Figur 4.18 Driftsinntekter for de tre største tannlegekjedene, 2012-2022



Kilde: Proff.forvalt bearbejdet av Vista Analyse. Dataene er hentet på foretaksnivå for å unngå dobbelttelling. Kategorien «Datterselskap Odontigruppen» inkluderer registrerte datterselskap (inkludert Odontia klinikdrift) per 31.12.2022 og registrerte fusjoner i 2023. Oris Dental Holding eier Oris Dental AS og var registrert med flere datterselskap i 2022 som i 2023 er inkludert i Oris Dental AS. Disse er ikke inkludert i figuren.

Som det framgår av Figur 4.18 passerte begge de to største kjedene 1 mrd. kroner i driftsinntekter i 2021, med en videre vekst til nær 1,4 mrd. kroner i 2022. De to største kjedene har dermed vokst med hhv. 30 og 36.pst. i driftsinntekter fra 2021 til 2022. Selv om vi justerer for KPI må dette betegnes som en sterk vekst. Colosseumklinikken, stiftet i 1996, er så vidt større enn Oris Dental målt i driftsinntekter per 2022. Oris Dental ble registrert i mai 2018. Det er likevel verdt å merke seg at Oris Dental inkluderer underavdelinger som er registrert så langt tilbake som 1995. Klinikken har med andre ord en lengre historie med både eierskifte og navnebytte underveis. Felles for de to kjedene er at veksten i all hovedsak kan tilskrives vekst gjennom fusjoner/oppkjøp av selvstendige klinikker, enten drevet som AS eller som et enkelpersonselskap (ENK). I likhet med Oris Dental har også Colosseumklinikken hatt navnebytte og eierskifte underveis.

Figur 4.18 inkluderer også Odontia klinikdrift selv om denne kjeden definert på foretaksnivå, er betydelig mindre enn de to største kjedene. Dette foretaket har hatt en økning i driftsinntektene fra 7,75 mill. kroner i 2018 til 134,57 mill. kroner i 2022, og er i sterk vekst. Dersom vi i stedet bruker en kjedefinisjon basert på hvilke tannhelseklinikker (datterselskaper) morselskapet Odontia Gruppen AS er registrert med, og summerer driftsinntektene fra disse klinikkene, får vi nesten tre ganger så høye driftsinntekter (rød kolonne) som foretaket Odontiaklinikken har. Odontia Gruppen eier med få unntak 100 prosent av datterselskapene. Det betyr at selskapene er kontrollert av samme eier. En tilsvarende summering av datterselskapene som var registrert under Oris Dental Holding per 31.12.2022 ville vist en noe sterkere posisjon (målt i driftsinntekter) for kjeden Oris enn det figuren viser. Datterselskapene som er fusjonert med Oris Dental AS i 2023, vil komme med i 2023-regnskapet.

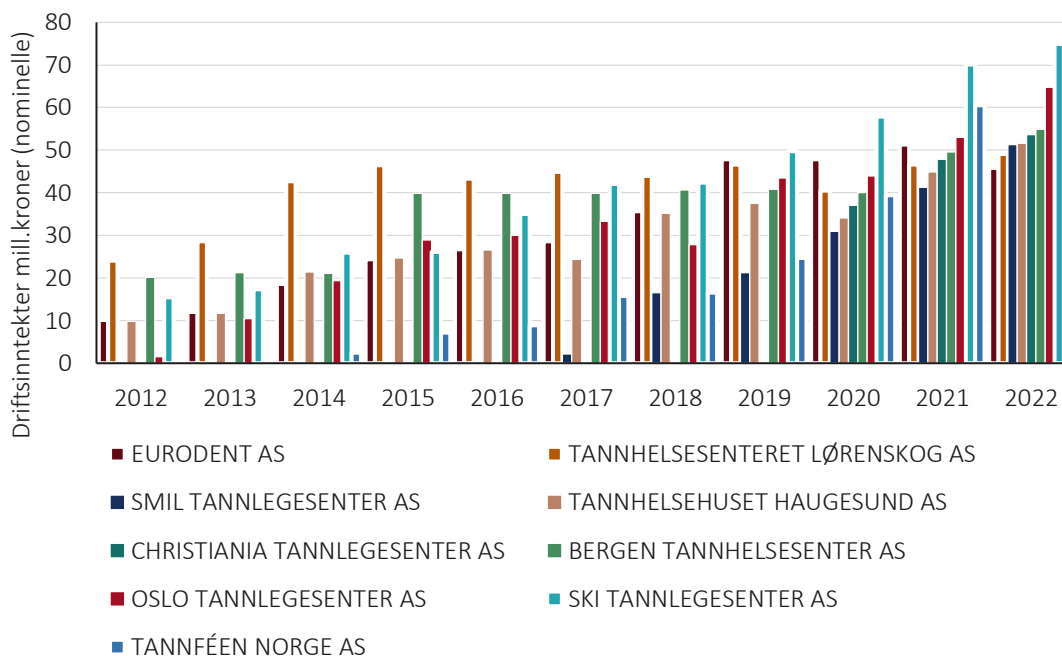
### De mellomstore vokser også

I 2012 hadde den største klinikker etter Colosseumklinikken driftsinntekter på 33 mill. kroner og det var kun 8 klinikker registrert i foretaksregisteret som hadde driftsinntekter over 20 mill. kroner. Dette viser at også de mellomstore vokser selv om veksten målt i absolutte tall er liten sammenlignet med de tre store.

Figur 4.19 viser utviklingen i driftsinntekter for det vi har kalt mellomstore tannhelseforetak. Med mellomstore menes i denne sammenheng de største foretakene i 2022 etter at de tre største kjedene er utelatt. Vi har satt en nedre grense på 45 mill. kroner i driftsinntekter for å komme i kategorien mellomstor med øvre grense på 80 mill. kroner (2022). Som det framgår av figuren, vokser også de mellomstore klinikkene og kjedene.

Regnskapene er hentet på foretaksnivå. Figuren inkluderer både foretak som har underavdelinger og dermed kan defineres som kjeder etter den første definisjonen omtalt i avsnitt 4.3.1, og foretak som ikke er registrert med underavdelinger. Driftsinntektene til de mellomstore ligger mellom 46 og 76 mill. kroner i 2022. Av de mellomstore i 2022, eksisterte 6 av 9 med samme navn i 2012. Av disse er det Oslo Tannlegesenter som har hatt den desiderte største relative veksten, og også den største absolutte veksten. Tannféen som ble etablert i 2013, har likevel hatt størst vekst i kategorien mellomstore (driftsinntekter fra 45 mill. kroner i 2013 til 75 mill. kroner i 2022).

**Figur 4.19** Utviklingen i driftsinntekter for mellomstore tannhelseforetak. 2012-2022



Kilde: Proff, forvalt bearbejdet av Vista Analyse

Tannfeen og Ski Tannlegesenter er de to største blant de mellomstore målt etter driftsinntekter i 2022. Tannfeen har flere underavdelinger (11) fordelt på 11 kommuner, og kan defineres som kjede. Ski Tannlegesenter er ikke registrert med underavdelinger og defineres dermed som en selvstendig klinikk. Oslo Tannlegesenter AS har heller ikke underavdelinger, men inngår i et konsern med totalt 8 selskaper, hvorav fem er tannhelsevirksomheter. Morselskapet er Orbdent AS.

Går vi videre på listen finner vi både klinikker med et par avdelinger/underenheter, og enkeltstående klinikker. Det er også eksempler på foretak med flere klinikkadresser, men som ikke er organisert med underavdelinger. Smil Tannlegesenter AS er et eksempel i denne kategorien, med virksomhet på fem adresser i Osloområdet der alle synes å inngå i den samme virksomheten. Klinikken ble nyregistrert i 2017 og er et eksempel på en klinikk som har vokst uten at det registrert overtager eller fusjoner av andre klinikker.

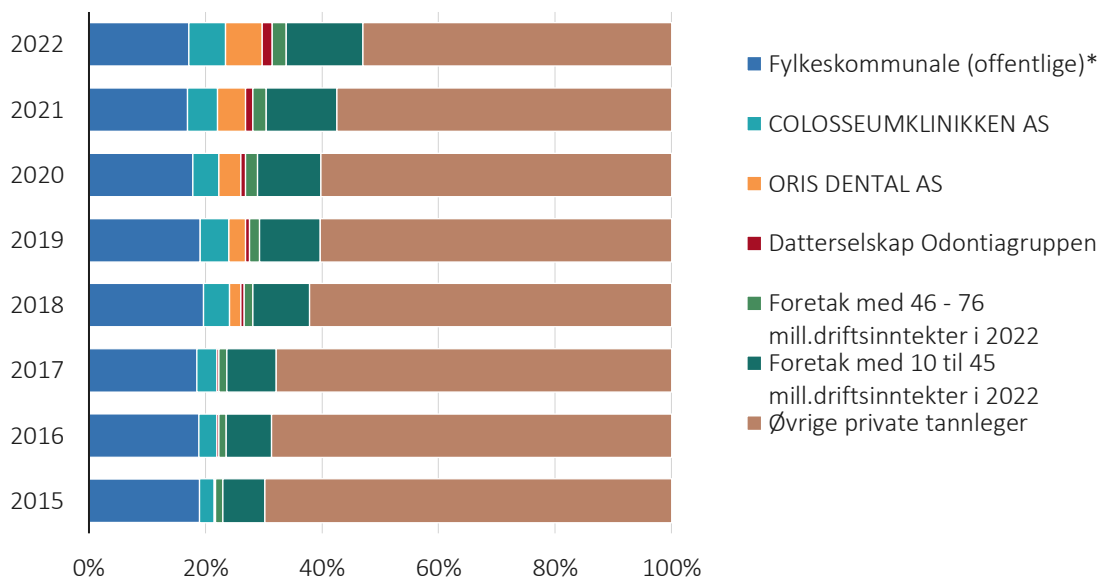


Eurodent AS ble identifisert som den femte største kjeden basert på antall tannleger (jf. Figur 4.14). Målt i omsetning på foretaksnivå kommer Eurodent på 12.plass. Eurodent skiller seg fra de øvrige klinikkene ved at behandlingen kan foregå i Budapest etter undersøkelser ved en av klinikkene i Norge. Eurodent Nord AS inngår i samme konsern, men er ikke inkludert i figuren. Inkluderes Eurodent Nord AS vil Eurodent komme på nivå med Tannhelsehuset Haugesund målt i driftsinntekter.

### Små foretak taper terreng, men har en stor andel av driftsinntektene

I gjennomgangen av markedsstruktur basert på tannleger hentet fra legelisten så vi at de to største kjedene hadde en markedsandel på rundt 6-7 pst. Vi finner det samme bildet når vi ser på kjedenes markedsandel målt i driftsinntekter på foretaksnivå i forhold utgifter til tannhelsetjenester hentet fra Helseregnskapet i SSB. I og med en betydelig andel av klinikkene er organisert som ENK, har vi ikke regnskapsdata som gjør det mulig å summere de samlede driftsinntektene. Vi har i stedet brukt utgifter til tannlegetjenester hentet fra Helsedata (SSB) som kilde for total omsetning av tannlegetjenester. Figur 4.20 viser de største kjedenes og ulike foretakskategoriens andel av de samlede tannhelsetjenestene.

Figur 4.20 Andel av samlede driftsinntekter fordelt på kjeder og størrelse på foretak



Kilde: Vista Analyse, basert på uttrekk fra Proff.forvalt og Helsedata hentet fra SSB Tabell 11743: Helseutgifter (mill. kr), etter sektor, type tjeneste, statistikkvariabel og år) \*Tabell 11743 har ikke tall for det offentlige tilbudet(kommuneforvaltning) for 2021 og 2022. Disse kostnadene er derfor anslått ved å ta utgangspunkt i de offentlige kostnadene i 2020 og prisjustere disse med KPI. Utgifter til tannlegetjenester totalt er hentet fra SSB tabell 10811. Her finner vi utgifter til offentlig forvaltning for 2021 og 2022 uten Helforefusjon. Disse tallene tilsier at de offentlige kostnadene kan være noe høyere enn beregnet. SSB oppgir at tall for 2021 og 2022 er foreløpige.

### Samlet omsetning og driftsmarginer

De samlede kostnadene for tannhelsetjenester var på 21,8 mrd. kroner i 2022 (SSB). Dette inkluderer Helfo-refusjon.

Driftsmarginen for bransjen samlet var i 2022 på 14,4 for landet som helhet (Proff.forvalt). Driftsmarginen varierer på tvers av virksomhetene og geografi. Tannlegevirksomheter i Oslo

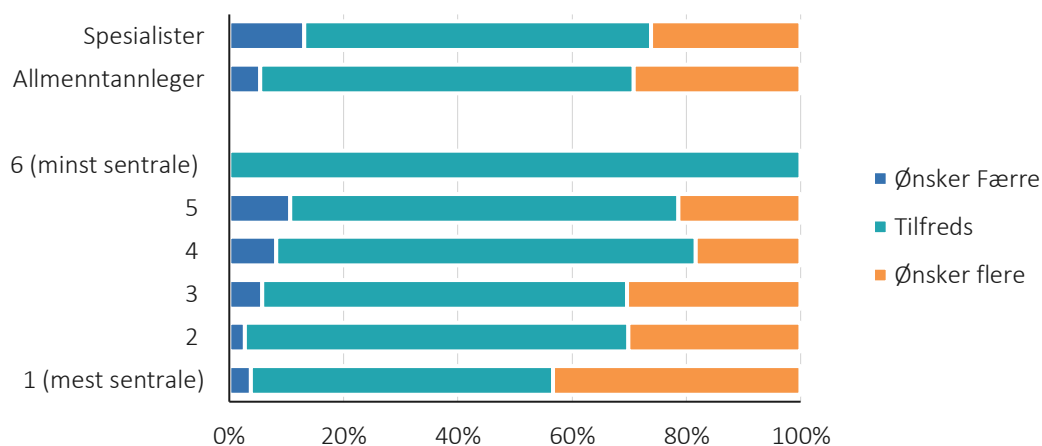
hadde en gjennomsnittlig driftsmargin på 6,25 pst. mens driftsmarginen for virksomhetene i Viken fylke var på 7,93 pst. Kjeder med underavdelinger i flere kommuner registrerer regnskapet i den kommunen hovedenheten er registrert.

Vi finner flere virksomheter med negativt driftsresultat i 2022, hvorav noen har hatt negativt driftsresultat flere år på rad. Klinikker som eies av tannlege(r) som selv arbeider i klinikken, vil gjøre årlige avveier mellom lønnsnivå og utbytte. Driftsmarginene alene sier derfor ikke nødvendigvis så mye om lønnsomheten selv.

## 4.5 Har tannlegene nok pasienter?

Med Nordens høyeste tannlegetetthet er det naturlig å spørre seg om behandlerne opplever at de har nok å gjøre. For å undersøke i hvilken grad tannlegene ønsker flere/færre pasienter, ble respondentene spurt om hvilken av tre påstander som passet best, hhv. «Jeg er tilfreds med det nåværende antallet pasienter.», «Jeg ønsker med færre pasienter enn jeg har per i dag.» og «Jeg ønsker meg flere pasienter enn jeg har per i dag.». 65 pst. av allmenntannlegene og 61 pst. av spesialistene er tilfreds med nåværende antall pasienter. 29 pst. av allmenntannlegene ønsker flere pasienter (81 respondenter) og 5 pst. ønsker færre (15 respondenter). Blant spesialistene ønsker 26 pst. flere og 13 pst. færre pasienter.

Figur 4.21 Andel private tannleger som ønsker seg flere pasienter, etter sentralitet



Kilde: Vista Analyse, basert på spørreundersøkelsen april 2023 til private allmenntannleger og spesialister, hhv. 277 allmenntannleger og 61 spesialister. Svarene til spesialistene vises kun totalt, mens allmenntannlegene vises både totalt og fordelt på sentralitetsgruppe, hhv. 70, 99, 82, 53, 29 og 5 respondenter i sentralitetsgruppe 1, 2, 3, 4, 5 og 6.

Halvparten av allmenntannlegerespondenten i Oslo ønsker flere pasienter. Det er særlig blant tannleger i mer sentrale kommuner at en betydelig andel ønsker seg flere pasienter. 43 pst. av allmenntannlegene i sentralitetsgruppe 1 (de mest sentrale kommunene) ønsker flere pasienter, mens andelen er 30 pst. i sentralitet 2 og 3, ca. 20 pst. i sentralitet 4 og 5 og ingen av respondentene i sentralitet 6 oppgir at de ønsker flere pasienter, jf. Figur 4.21. Allmenntannleger på mindre klinikker oppgir i større grad at de ønsker seg flere pasienter, også når vi kontrollerer for sentralitet.

### Utvikling over tid

To tidligere omfattende spørreundersøkelser til privatpraktiserende tannleger har også funnet at en betydelig andel av tannlegene ønsker flere pasienter og andelen har økt over tid, fra 20 pst. i 1992 og 37 pst. i 2015 (Grytten & Skau, 2022). Andelen i 2015 er høyere enn vi finner i 2023.

## 5 Priser (deskriptiv statistikk)

I dette kapittelet presenteres prisnivå og prisspredning for behandlingene omfattet av oppdraget, basert på spørreundersøkelsen til de private allmenntannlegene samt private og offentlige tannpleiere for hhv. standard undersøkelse og behandling av marginal periodontitt. For de fleste behandlingene suppleres det med prisinformasjon fra nettsideundersøkelsen, fylkeskommunenes prislister og Hvakostertannlegen.

I neste kapittel presenteres analyser av prisvariasjonene, herunder geografiske variasjoner, forskjeller mellom offentlige og private klinikker og mellom kjeder og enkeltstående klinikker. Videre ser vi på hvordan prisnivået har utviklet seg de siste tre årene, fra prisene innrapportert til «Hvakostertannlegen.no» i løpet av 2019-20, samt hvordan et utvalg enkeltklinikkers priser har endret seg fra Hvakostertannlegen våren 2020 til dagens nettpriiser.

Innledningsvis vil vi påpeke at prisundersøkelsen vår gir deskriptiv informasjon om prisnivå- og variasjoner, men fanger ikke opp eventuelle kvalitetsforskjeller mellom behandlingene de ulike respondentene tilbyr (herunder variasjon i utstyr, materialer, tannteknikk mv. i tillegg til tannbehandlerens ferdigheter og tidsbruk).

Tabell 5.1 gir en samlet oversikt over prisene på alle behandlinger, basert på de ulike kildene våre, redegjort for i kapittel 3. Tabellen viser medianpris, pris ved første kvartil (P25), pris ved tredje kvartil (P75) og antall observasjoner (N). «Spørreundersøkelsen» viser til undersøkelsen rettet mot private allmenntannleger, dersom ikke annet er eksplisitt nevnt. «Hvakostertannlegen» er prisene til samtlige klinikker, både offentlige og private, som hadde oppdatert sine priser i portalen i løpet av 2019-2020. Prisene er KPI-justert, slik at det er realprisene som presenteres. «Fylkeskommune» er prisene hentet fra prislister til de 11 fylkeskommunale tannhelsetjenestene.<sup>10</sup> Merk at antall observasjoner (N) her viser til antall fylkeskommunale prislister og ikke antall fylkeskommunale klinikker. Prislister for hver fylkeskommune gjelder for alle klinikker i de respektive fylkeskommunene. Vesentlige merknader til tabellen er lagt inn som fotnoter. Utgifter til engangsartikler er inkludert i prisene. Utover det viser vi til de påfølgende delkapitlene for nærmere beskrivelse av prisene på hver behandling.

Tabell 5.1 Oversikt prisnivå og -variasjon basert på de ulike datakildene

Behandlingsbeskrivelse	Datakilde	Median	P25	P75	N
Standard undersøkelse (inkl. hygienetillegg, røntgen, tannrens og fjerning av tannsten)	Spørreundersøkelsen private allmenntannleger	1 320	1 180	1 480	241
	Spørreundersøkelsen private tannpleiere	1 295	1 150	1 450	86
	Nettprisundersøkelsen	1 290	1 080	1 440	89
	Hvakostertannlegen	1 171	1 066	1 275	1 607
	Fylkeskommune	1 155	1 125	1 253	11
Preparering og fylling, 1 flate (inkl. hygienetillegg og anestesi)	Spørreundersøkelsen	1 230	1 090	1 420	237
	Nettprisundersøkelsen	955	735	1 343	88
	Hvakostertannlegen	921	840	1 032	1 536

<sup>10</sup> Troms og Finnmark har hver sine separate prislister. Oslo tilbyr ikke behandling for voksne betalende pasienter uten rettigheter. Antall fylkeskommunale prislister er dermed 11.

Behandlingsbeskrivelse	Datakilde	Median	P25	P75	N
	Fylkeskommune	1 045	1 008	1 148	11
Preparering og fylling, 2 flater (inkl. hygienetillegg og anestesi)	Spørreundersøkelsen	1 740	1 610	1 925	236
	Nettprisundersøkelsen	1 415	1 188	1 780	88
	Hvakostertannlegen	1 472	1 391	1 570	1 551
	Fylkeskommune	1 625	1 563	1 658	11
Preparering og fylling, 3 flater (inkl. hygienetillegg og anestesi)	Spørreundersøkelsen	2 030	1 870	2 275	237
	Nettprisundersøkelsen	1 780	1 470	2 165	87
	Hvakostertannlegen	1 854	1 721	1 947	1 565
	Fylkeskommune	1 965	1 915	2 013	11
Rotfylling av 1 kanal (inkl. hygienetillegg, anestesi og røntgen)	Spørreundersøkelsen	4 270	3 800	4 600	223
	Nettprisundersøkelsen	3 550	3 485	4 200	85
	Hvakostertannlegen	4 317	4 057	4 636	1 457
	Fylkeskommune	4 173	4 055	4 334	10 <sup>11</sup>
Rotfylling av 2 kanaler (inkl. hygienetillegg, anestesi og røntgen)	Spørreundersøkelsen	4 905	4 500	5 300	222
	Nettprisundersøkelsen	4 593	4 485	5 081	62
	Hvakostertannlegen	4 932	4 648	5 216	1 469
	Fylkeskommune	4 728	4 588	4 874	10 <sup>11</sup>
Rotfylling av 3 kanaler (inkl. hygienetillegg, anestesi og røntgen)	Spørreundersøkelsen	6 115	5 650	6 650	219
	Nettprisundersøkelsen	6 085	5 450	6 240	67
	Hvakostertannlegen	6 264	5 795	6 606	1 474
	Fylkeskommune	6 020	5 884	6 278	10 <sup>11</sup>
Kirurgisk tanntrekking av visdomstann eller dyptliggende rot (inkl. hygienetillegg, anestesi, røntgen og engangsutstyr)	Spørreundersøkelsen	3 730	3 026	4 360	201
	Hvakostertannlegen <sup>12</sup>	3 518	3 135	4 039	1 309
	Fylkeskommune	3 778	3 718	3 880	10 <sup>11</sup>
Behandling av marginal periodontitt (inkl. hygienetillegg og anestesi)	Spørreundersøkelsen private allmenntannleger	1 513	1 350	1 663	216
	Private tannpleiere	1 480	1 270	1 640	85
	Hvakostertannlegen <sup>12</sup>	1 408	1 275	1 773	1 386
	Fylkeskommune	1 420	1 393	1 433	11
Skallfasett (inkl. hygienetillegg, anestesi, tannteknikk og ev. røntgen)	Spørreundersøkelsen	7 360	6 730	8 080	165
	Fylkeskommune	6 085	6 030	6 810	3 <sup>13</sup>
Keram fremstilt permanent helkrone (inkl. hygienetillegg, anestesi, tannteknikk og ev. røntgen)	Spørreundersøkelsen	7 323	6 815	7 708	232
	Hvakostertannlegen	7 360	6 838	7 736	1 501
Metall/keram fremstilt	Spørreundersøkelsen	7 200	6 750	7 570	221

<sup>11</sup> Møre og Romsdal fylkeskommune oppgir kun timespris (2 425 kr pr. time)

<sup>12</sup> Prisene i Hvakostertannlegen er ekskludert Helfo-refusjon. For å kunne sammenlikne med de andre datakildene hvor dette er inkludert, har vi lagt til refusjonsbeløpet for 2020 i 2023-kroner.

<sup>13</sup> Det er kun tre fylkeskommuner som inkluderer tannteknikk i prisen. For de åtte fylkeskommunene som ekskluderer tannteknikk varierer prisen mellom 4 015 – 4 855 kroner hvor medianprisen er 4 388 kroner.

Behandlingsbeskrivelse	Datakilde	Median	P25	P75	N
permanent helkrone (inkl. hygienetillegg, anestesi, tannteknikk og ev. røntgen)	Fylkeskommune	7 100	6 540	7 480	3 <sup>14</sup>
Partiell protese med støpt metallskjelett (inkl. hygienetillegg, anestesi, tannteknikk og ev. røntgen)	Spørreundersøkelsen	13 780	12 140	15 360	214
	Fylkeskommune	13 530	13 530	14 880	3 <sup>15</sup>
Implantatretinert krone (helkrone metall/keram, inkl. hygienetillegg, anestesi, tannteknikk og ev. røntgen)	Spørreundersøkelsen	10 000	7 440	13 210	131
	Fylkeskommune	13 020	12 700	14 200	5 <sup>16</sup>
Implantatretinert krone (helkrone keram, inkl. hygienetillegg, anestesi, tannteknikk og ev. røntgen)	Spørreundersøkelsen	11 000	7 500	13 350	136
	Hvakostertannlegen	14 273	12 749	15 670	833
Kirurgisk innsetting av tannimplantat (første implantat)	Spørreundersøkelsen	16 000	14 600	18 050	55
	Fylkeskommune	15 500	13 360	17 410	9 <sup>17</sup>

Kilde: Vista Analyse. Spørreundersøkelsen private allmenntannleger våren 2023, nettpreisundersøkelsen våren 2023, Hvakostertannlegen private og offentlige klinikker med oppdaterte priser ila 2019-2020. Prisene i Hvakostertannlegen er inflasjonsjustert slik at samtlige priser i tabellen er oppgitt i 2023-kroner. Prisene i nettpreisundersøkelsen inkluderer fra-priser.

## 5.1 Standard undersøkelse

Standard undersøkelse kan sprike betydelig i pris; De private allmenntannlegene i vår undersøkelse har oppgitt mellom 750-2050 kroner for undersøkelse og diagnostikk, røntgen, tannrens og fjerning av tannstein, inkludert ev. hygienetillegg. 50 pst. oppgir en pris mellom 1180-1480 kroner, mens 25 pst. ligger under og 25 pst. over dette intervallet. Medianprisen for de private allmenntannlegene er 1320 kroner (N=241).

De private tannpleiernes medianpris er 1295 kroner (N=86). 50 pst. oppgir priser mellom 1150-1450 kroner, mens 25 pst. ligger under og 25 pst. over dette intervallet, alle innenfor 750-1890 kroner.

Nettprisene for standard undersøkelse stemmer godt overens med spørreundersøkelsen. Forskjell i medianpris er kun 45 kroner.

I løpet av våren 2023 har vi registrert en rekke kampanjer på sosiale medier der et begrenset antall nye pasienter tilbys komplett undersøkelse (ofte inkludert Airflow) til mellom 390-799 kr ved klinikker i Oslo. Både kjeder og enkeltstående klinikker har hatt kampanjer. Slike kampanjer som retter seg til nye pasienter støtter beskrivelsen av etterspørselssiden i kapittel 2. Klinikker som lykkes med å rekruttere nye pasienter til en komplett undersøkelse, kan bli en mer

<sup>14</sup> Det er kun tre fylkeskommuner som inkluderer tannteknikk i prisen. For de åtte fylkeskommunene som ekskluderer tannteknikk varierer prisen mellom 4 430 – 5 600 kroner hvor medianprisen er 4 943 kroner.

<sup>15</sup> Det er kun tre fylkeskommuner som inkluderer tannteknikk i prisen. For de åtte fylkeskommunene som ekskluderer tannteknikk varierer prisen mellom 4 545 – 6 905 kroner hvor medianprisen er 6 065 kroner.

<sup>16</sup> Det er kun fem fylkeskommuner som inkluderer tannteknikk i prisen. For de seks fylkeskommunene som ekskluderer tannteknikk varierer prisen mellom 4 810 og 8 925 kroner hvor medianprisen er 6 098 kroner.

<sup>17</sup> Innlandet og Nordland fylkeskommune oppgir ikke stykkpris på denne behandlingen.

lønnsomme kunder overtid på andre behandlingsområder, der prisene er vanskeligere å sammenligne mellom klinikkene og der tillitt og kjennskap til tannbehandler spiller en større rolle.

Tabell 5.2 Standard undersøkelse. Deskriptiv statistikk fra de ulike datagrunnlagene.

Beskrivelse	Median pris	P25	P75	N
Spørreundersøkelse private allmenntannleger	1 320	1 180	1 480	241
Spørreundersøkelse private tannpleiere	1 295	1 150	1 450	86
Spørreundersøkelse offentlige tannpleiere	1 230	1 060	1 271	77
Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten	1 155	1 125	1 253	11 <sup>18</sup>
Nettprisundersøkelsen	1 290	1 080	1 440	89
Hvakostertannlegen <sup>19</sup>	1 171	1 066	1 275	1 607

Kilde: Vista Analyse

### Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT)

De fylkeskommunale klinikkens prislister følger i stor grad behandlingsbeskrivelsene i Helsedirektoratets takster for tannbehandling. For standard undersøkelse hos allmennpraktiserende tannlege (takst 1) er ikke røntgen inkludert. Det er derfor lagt til to røntgenbilder i prisen for undersøkelse. Det er noe ulik praksis mellom fylkeskommunene om en enkel tannrens er inkludert i undersøkelsen. Dette tidsdebiteres ofte som et tillegg hvis omfattende tannrens og fjerning av tannstein er nødvendig. I vår prissammenlikning er det ikke lagt til noe ekstra tillegg for tannrens i de fylkeskommunale prisene, prisene kan derfor undervurderes noe sammenliknet med de andre kildene hvor dette er inkludert. De fylkeskommunale klinikkene benytter ikke hygienetillegg i noen av sine behandlinger.

Medianpris for undersøkelse og diagnostikk hos allmennpraktiserende tannlege, inkl. to røntgenbilder, i de fylkeskommunale klinikkene er 1155 kr. De to billigste fylkene er Agder og Vestfold og Telemark, med en pris på 1110 kr. Dette er 220 kr lavere enn det dyreste fylket som er Trøndelag.

De offentlige tannpleierne som besvarte vår undersøkelse har oppgitt priser på standard undersøkelse (inkludert røntgen og tannrens) mellom 700-1529 kroner, med median på 1230 kroner (N=77). Det er 65 kroner lavere enn median for private tannpleiere. Respondentene oppgir i snitt priser som ligger høyere enn de fylkeskommunale prislistene.

Innad i hvert fylke oppgir de offentlige tannpleier-respondentene noe ulike priser for en gjennomsnittlig standard undersøkelse, til tross for felles prisliste for offentlige klinikker internt i hvert fylket. Forskjeller i oppgitt gjennomsnittspris kan bl.a. skyldes at tannrens tidsdebiteres. Møre og Romsdal, er fylket med lavest gjennomsnittspris på 967 kroner (N=7, fra 700-1400 kroner), tett etterfulgt av Agder. Nordland og Troms og Finnmark er fylkene med høyest gjennomsnittspris på hhv. 1354 kroner (N=3) og 1319 kroner (N=8).

Figurene under illustrerer fylkesvis variasjon i private klinikkers medianpris (turkis heltrukken linje) og prisspredning på standard undersøkelse, basert på hhv. spørreundersøkelsen til private allmenntannleger (figuren til venstre) og Hvakostertannlegen (figuren til høyre). Prisspredningen innad i hvert fylke fremgår av spennet mellom stolpen (P25, dvs. 25 pst. av tannlegene i fylket har

<sup>18</sup> Viser her til antall fylkeskommunale prislister og ikke antall klinikker.

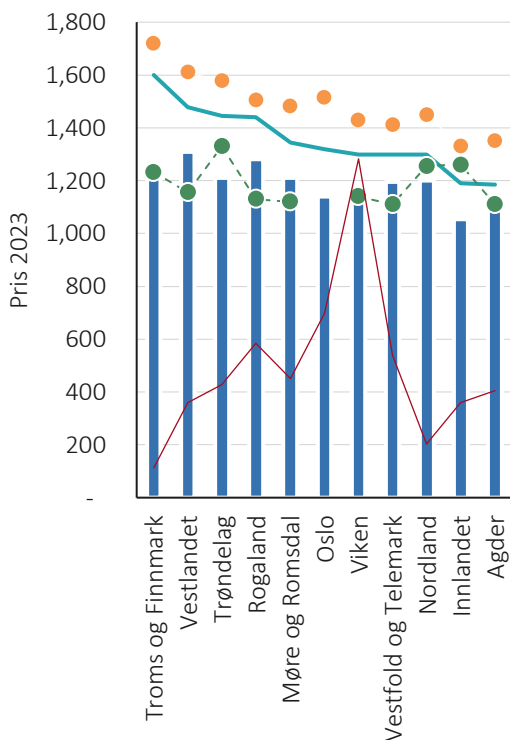
<sup>19</sup> Prisene i Hvakostertannlegen er oppdatert ila 2019-2020 og er derfor KPI-justeres med en prisvekst på 15.9 pst. (prisveksten fra jan.2020-april 2023 ifølge <https://www.ssb.no/kalkulatorer/priskalkulator>).

lavere priser) og den gule prikken (P75, dvs. at 25 pst. av tannlegene i fylket har høyere priser enn prikken).

Den turkise heltrukne fallende linjen viser medianprisen for de private tannlegene/klinikkene i hvert fylke; medianprisen i Troms og Finnmark er ca. 1600 kroner og kun ca. 1200 kroner i Agder, ifølge spørreundersøkelsen til private allmenntannleger i 2023 (figuren til venstre). En sammenlikne av de to datakildene fra hhv. 2020 og 2023 viser at også basert på Hvakostertannlegen 2020 var Troms og Finnmark fylket med høyst medianpris (ca. 1400 kroner, ca. 200 over fylke med lavest medianpris), men rekkefølgen på fylkene er ikke identisk basert på de to kildene og årene.

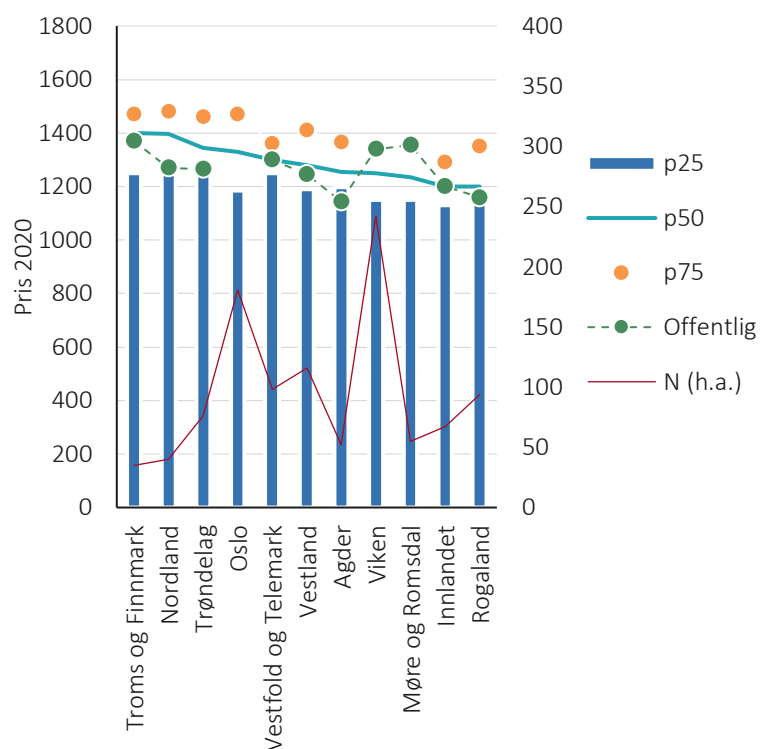
Figur 5.1

Standard undersøkelse



Figur 5.2

Standard Undersøkelse



Kilde: Spørreundersøkelse private allmenntannleger april 2023, Vista Analyse. Den røde linjer angir antall respondenter og måles langs høyre akse. «Offentlig» er fylkeskommunale prislister.

Kilde: Vista Analyse, basert på Hvakostertannlegen, hhv. private og offentlige klinikker med priser oppdatert ila. 2019-2020. «Offentlig» er medianpris blant offentlige klinikker i fylket, dersom ulike priser er oppgitt. Den røde linjen angir antall prisobservasjoner hos private klinikker og måles langs høyre akse.

Figurene inneholder også en sammenlikning av private og offentlige priser i hvert fylke (den offentlige tannhelsetjenestens fylkesvise priser fremgår av de grønne prikkene med stiplet linje mellom). Figurene illustrerer at de offentlige prisene på standard undersøkelse, basert på fylkeskommunenes prislister, stort sett ligger under medianprisen til de private i de fleste fylker. Som nevnt kan en årsak til at prisene fremstår som lavere hos de offentlige være at tannrens i mindre grad er inkludert i prisen, men ved behov tidsdebiteres, dvs. faktureres basert på medgått tid. I figuren til høyre, basert på Hvakostertannlegen, skal offentlige og private klinikker imidlertid ha sammenliknbare tall.



## 5.2 Fyllinger

De private allmenntannlegene som har svart på vår undersøkelse oppgir priser på fylling av 1 flate mellom 690-2315 kroner (inkludert hygienetillegg, anestesi og utgifter til engangsutstyr), med median på 1230 kroner (N=237). 50 pst. oppgir en pris mellom 1090-1420 kroner, mens 25 pst. ligger over og 25 pst. under dette intervallet. Tabellen under viser medianpris og prisspredning i oppgitte priser for fylling av 1, 2 og 3 flater.

Tabell 5.3 Spørreundersøkelse private allmenntannleger

Behandling	Median pris	P25	P75
Fylling 1 flate	1 230	1 090	1 420
Fylling 2 flater	1 740	1 610	1 925
Fylling 3 flater	2 030	1 870	2 275

Kilde: Vista Analyse

Medianprisene fra spørreundersøkelsen er noe høyere enn medianprisene fra nettsidene. For fyllingsbehandlingene er medianprisene i nettpreisundersøkelsen mellom 207-230 kroner lavere enn medianprisene i spørreundersøkelsen. Hvis vi sammenlikner mot medianprisen for klinikker med fra-pris i nettsideundersøkelsen øker denne differansen betydelig til mellom 399-430 kroner. Dette indikerer at fra-prisene som oppgis på nettsidene mest sannsynlig er et underestimat på hva en pasient faktisk ender opp med å betale for behandlingen.

### Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT)

De fylkeskommunale prisene inkluderer engangsutstyr, men ikke anestesi. Det er derfor lagt til en enhet anestesi (takstnr. 6) til prisen.

Medianpris hos de fylkeskommunale klinikkene ligger stort sett på samme prisnivå som medianpris hos private allmenntannleger i spørreundersøkelsen, med unntak av 1 flaters fylling hvor medianpris for de fylkeskommunale klinikkene er ca. 200 kroner lavere enn medianpris for private klinikker i spørreundersøkelsen. Agder, Rogaland og Innlandet skiller seg ut som de billigste fylkene. Agder, som er det billigste fylket for 2- og 3-flaters fylling, har en pris som er ca. 150 kroner lavere enn ca. 75 pst. av klinikkene i spørreundersøkelsen (P25). Viken er det dyreste fylket for 2- og 3-flaters fylling, og prisen er henholdsvis 5 og 70 kroner høyere enn medianprisene i spørreundersøkelsen. Det er mellom 335-390 kroner i forskjell mellom det dyreste- og det billigste fylket for fyllingsbehandlinger.

Tabell 5.4 Fylkeskommunale priser – Fyllinger.

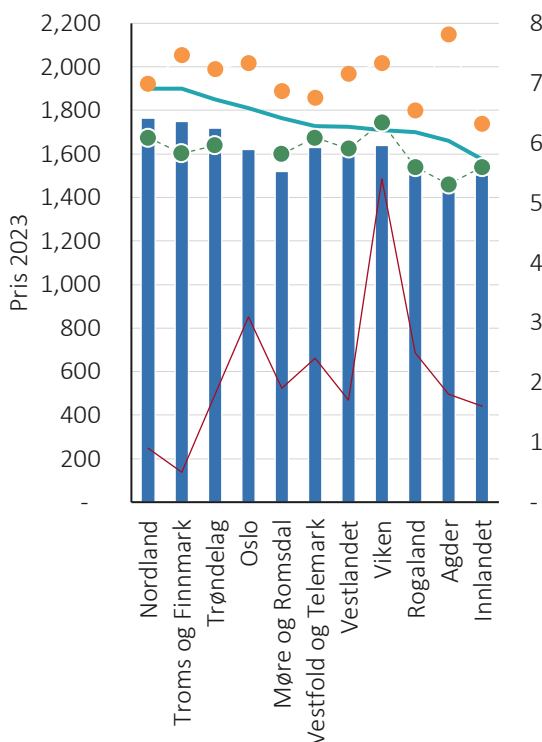
Behandling	Medianpris	Min	Max	Fylke med laveste og høyeste pris
Fylling 1 flate	1 045	950	1 285	Min: Møre og Romsdal Max: Vestland
Fylling 2 flater	1 625	1 460	1 745	Min: Agder Max: Viken
Fylling 3 flater	1 965	1 710	2 100	Min: Agder Max: Viken

Kilde: Vista Analyse

Figurene under illustrerer fylkesvis variasjon i private klinikkers medianpris (turkis heltrukket linje) og prisspredning (P25 og P75) på fylling 2 flater, basert på hhv. spørreundersøkelsen til private allmenntannleger (figuren til venstre) og Hvakostertannlegen (figuren til høyre). Den

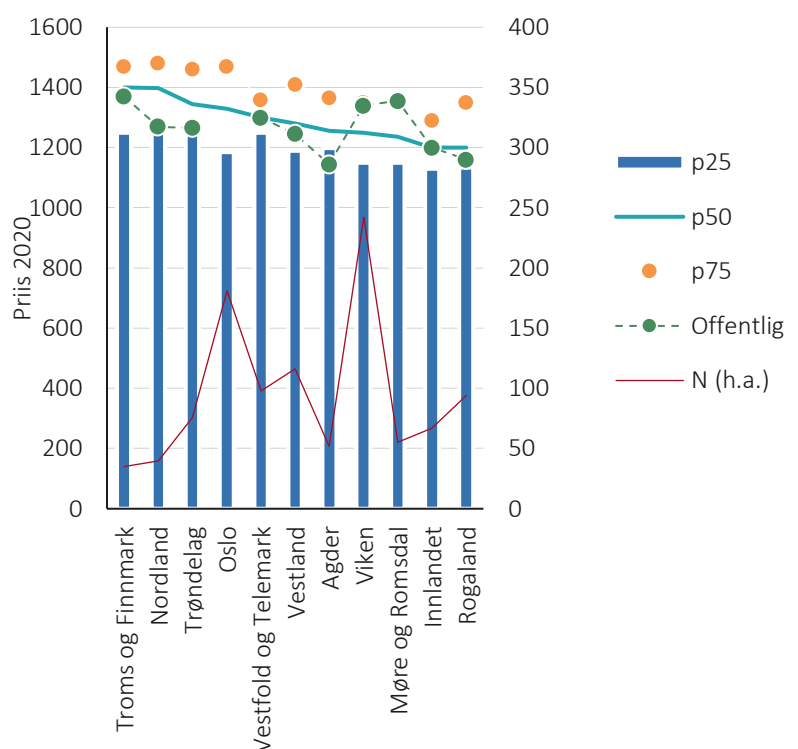
offentlige tannhelsetjenestens fylkesvise priser fremgår av de grønne prikkene med stiplet linje mellom.

Figur 5.3 Fylling 2 flater



Kilde: Spørreundersøkelse private allmenntannleger april 2023, Vista Analyse. Den røde linjer angir antall respondenter og måles langs høyre akse. «Offentlig» er fylkeskommunale prislister.

Figur 5.4 Middels fylling



Kilde: Vista Analyse, basert på Hvakostertannlegen, hhv. private og offentlige klinikker med priser oppdatert 1.1.2019-2020. «Offentlig» er medianpris blant offentlige klinikker i fylket, dersom ulike priser er oppgitt. Den røde linjen angir antall prisobservasjoner hos private klinikker og måles langs høyre akse.

### 5.3 Rotfylling

De private allmenntannlegene som har svart på vår undersøkelse oppgir priser på rotfylling av 1 kanal mellom 1700-7175 kroner (inkludert ev. hygienetillegg, bedøvelse og røntgen), med median på 4270 kroner (N=223). 50 pst. oppgir en pris mellom 3800-4600 kroner, mens 25 pst. ligger over og 25 pst. under dette intervallet. Tabellen under viser medianpris og prisspredning i oppgitte priser for rotfylling av 1, 2 og 3 kanaler.

Tabell 5.5 Spørreundersøkelse private allmenntannleger

Behandling	Median pris	P25	P75	Antall respondenter
Rotfylling 1 kanal	4 270	3 800	4 600	223
Rotfylling 2 kanaler	4 905	4 500	5 300	222
Rotfylling 3 kanaler	6 115	5 650	6 650	219

Kilde: Vista Analyse

Spesialister i endodonti (N=7) har oppgitt priser mellom 4000-7505 kroner for rotfylling av 1 kanal, 5000-7530 kroner for 2 kanaler og 6700-9530 kroner for 3 kanaler.

For rotfyllinger er det relativt små forskjeller i medianpriser i spørreundersøkelsen og nettpreisundersøkelsen. Blant klinikkene i nettpreisundersøkelsen som opererer med en fast pris er

medianprisen 105-235 kroner lavere enn i spørreundersøkelsen, noe som utgjør mindre enn 5 pst. av behandlingsprisene. Hvis vi inkluderer klinikker som hadde fra-pris i nettpreisundersøkelsen, er medianpris i nettpreisundersøkelsen hhv. 3550, 4593 og 6085 kroner for hhv. rotfylling av 1, 2, og 3 kanaler. Nettpreisen ligger altså ca. 700 kroner under spørreundersøkelsen for rotfylling av 1 kanal, ca. 300 kroner under for 2 kanaler og ca. på samme nivå for 3 kanaler.

### Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT)

I de fylkeskommunale prislisterne er rotfyllinger prosedyretakster som inkluderer anestesi og nødvendige røntgen underveis i behandlingen. Medianprisene for de fylkeskommunale klinikkene er mellom 95-178 kroner lavere enn medianprisene i spørreundersøkelsen. Det skiller ca. 600 kroner mellom det billigste fylket (Agder) og det dyreste fylket (Viken) for rotfylling av 1 og 2 kanaler. For rotfylling av 3 kanaler er Trøndelag det klart dyreste fylket, med en pris som er 1750 kroner høyere enn det billigste fylket (Agder) og 810 kroner høyere enn det nest dyreste fylket (Viken).

Figur 5.5 Fylkeskommunale priser – Rotfylling.<sup>20</sup>

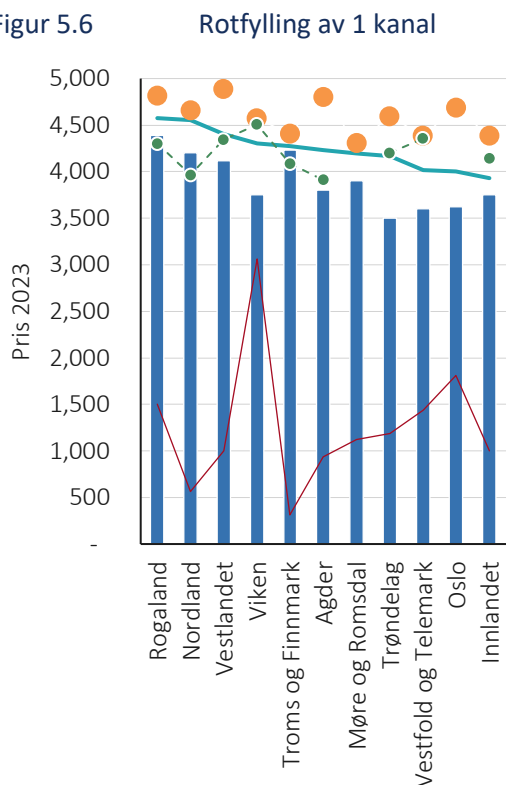
Behandling	Medianpris	Min	Max	Fylke med laveste og høyeste pris
Rotfylling 1 kanal	4 173	3 910	4 505	Min: Agder Max: Viken
Rotfylling 2 kanaler	4 728	4 420	5 050	Min: Agder Max: Viken
Rotfylling 3 kanaler	6 020	5 450	7 200	Min: Agder Max: Trøndelag

Kilde: Vista Analyse

Figurene under illustrerer fylkesvis variasjon i private klinikkers medianpris (turkis heltrukken linje) og prisspredning (P25 og P75) på rotfylling av 1 kanal, basert på hhv. spørreundersøkelsen til private allmenntannleger (figuren til venstre) og Hvakostertannlegen (figuren til høyre). Den offentlige tannhelsetjenestens fylkesvise priser fremgår av de grønne prikkene med stiptet linje mellom.

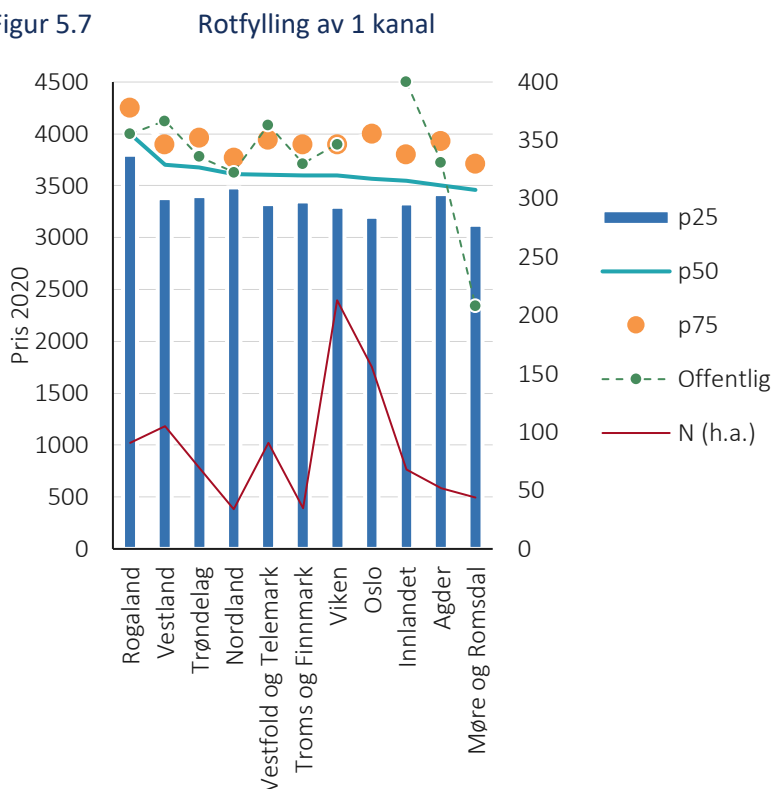
<sup>20</sup> Møre og Romsdal fylkeskommune oppgir ikke stykkpris rotfyllinger, men bruker i stedet en timetakst.

Figur 5.6



Kilde: Spørreundersøkelse private allmenntannleger april 2023, Vista Analyse. Den røde linjer angir antall respondenter og måles langs høyre akse. «Offentlig» er fylkeskommunale prislister.

Figur 5.7



Kilde: Vista Analyse, basert på Hvakostertannlegen, hhv. private og offentlige klinikker med priser oppdatert ila. 2019-2020. «Offentlig» er medianpris blant offentlige klinikker i fylket, dersom ulike priser er oppgitt. Den røde linjen angir antall prisobservasjoner hos private klinikker og måles langs høyre akse.

## 5.4 Behandling av marginal periodontitt

Behandling av marginal periodontitt utløser i mange tilfeller refusjon fra Folketrygden (takst 501 på 515 kroner). I vår undersøkelse ble respondentene bedt om å oppgi sitt gjennomsnittlige/vanlige honorar, inkludert ev. trygderefusjon. Som tabellen under viser, ligger prisene til 50 pst. av de private allmenntannlegene mellom 1350-1663 kroner, inkl. ev. hygienetillegg, bedøvelse og trygderefusjon, med median på 1513 kroner (N=216). Private tannpleiere ligger litt lavere og offentlige tannpleiere enda noe billigere igjen. Egenbetalingen for pasientene er 1000 kroner, dersom tannlegens pris inkludert Helfo-refusjon er 1515 kroner.

Figur 5.8 Spørreundersøkelse subgingival depurasjon (seanse 30 min) inkl. anestesi

Beskrivelse	Median pris	P25	P75	Antall respondenter
Private allmenntannleger	1 513	1 350	1 663	216
Private tannpleiere	1 480	1 270	1 640	85
Offentlige tannpleiere	1 365	960	1 420	70

Kilde: Vista Analyse

Figur 5.9 Spørreundersøkelse subgingival depurasjon (seanse 30 min) ekskl. anestesi

Beskrivelse	Median pris	P25	P75	Antall respondenter
Private allmenntannleger	1 328	1 180	1 488	216
Private tannpleiere	1 300	1 148	1 455	85
Offentlige tannpleiere	1 193	780	1 230	69

Kilde: Vista Analyse

Spesialister i periodonti (N=7) har oppgitt priser mellom 1675-2785 kroner for behandling av marginal periodontitt.

### Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT)

Hos de fylkeskommunale klinikkene er medianprisen for systematisk behandling av marginal periodontitt 1420 kroner. Dette er 93 kroner lavere enn medianpris for private allmenntannleger inkl. anestesi i spørreundersøkelsen. Det er 260 kroner som skiller det billigste fylket, Nordland, fra det dyreste fylket, Agder.

De offentlige tannpleierne som har besvart vår undersøkelse oppgir mellom 400-2500 kroner som sitt honorar på behandling av marginal periodontitt, inkl. ev. Helfo-refusjon (median 1193 kroner) og ca. 200 kroner høyere dersom anestesi er inkludert. Respondentene i Viken, Innlandet, Møre og Romsdal, Nordland og Vestlandet oppgir i snitt de laveste prisene på behandling av marginal periodontitt på mellom 953-1165 kroner (inkl. anestesi). Troms og Finnmark og Agder er fylkene med de høyeste snittprisene på mellom 1520-1563 kroner (inkl. anestesi). Det er betydelig spredning i prisene som oppgis innad i samme fylke, størst i Troms og Finnmark der respondentene har oppgitt mellom 1230-2705 kroner (inkl. anestesi) (N=8). Minst prisspredning i Trøndelag, der respondentene har oppgitt mellom 1100-1400 kroner (N=10, snitt=1310 kroner).

## 5.5 Kirurgisk tanntrekking av visdomstann eller dyptliggende rot

Prisen på kirurgisk tanntrekking av visdomstann eller dyptliggende rot blant de private allmenntannlegene i vår undersøkelsen ligger mellom 1490-6890 kroner (inkl. røntgen, ev. OPG, anestesi, ev. hygienetillegg og tillegg for engangsutstyr). 50 pst. av respondentene oppgir mellom 3026-4360 kroner, mens 25 pst. ligger over og 25 pst. under dette intervallet. Medianprisen er 3730 kroner. Kirurgisk tanntrekking utløser ofte refusjon fra Folketrygden (takst 405 på 1145 kroner). Egenbetalingen til pasientene blir 2585 kroner, dersom tannlegens pris inkludert Helfo-refusjon er 3730 kroner.

### Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT)

I de fylkeskommunale prislister kommer ev. OPG-røntgen og anestesi som tillegg. For å kunne sammenlikne prisene med spørreundersøkelsen er derfor en OPG-røntgen og en anestesi (takst 6) lagt til. Pris for OPG hos de fylkeskommunale klinikkene varierer mellom 550 og 745 kroner.

Medianpris for kirurgisk tanntrekking av visdomstann eller dyptliggende rot med en OPG-røntgen og anestesi inkludert er 3778 kroner.<sup>21</sup> Dette er på ca. samme nivå som medianprisen for klinikkene i spørreundersøkelsen. Det er 545 kroner som skiller det billigste fylket, Innlandet, og

<sup>21</sup> Møre og Romsdal har ikke stykkpris for denne behandlingen, men opererer med timetakst.

det dyreste fylket, Agder. I disse prisene er det antatt at engangsartikler er inkludert og at det ikke behøves omfattende kirurgisk oppdekning.

## 5.6 Protetikk

I undersøkelsen vår ble tannlegene spurt om deres gjennomsnittlige/vanlige honorar inkludert tannteknikk for utvalgte protetiske behandlinger. Tabellen under viser medianpris og prisspredning i svarene, samt antall respondenter. Prisene inkluderer anestesi, ev. hygienetillegg og røntgen.

Figur 5.10 Spørreundersøkelse private allmenntannleger

Beskrivelse	Medianpris	P25	P75	Antall respondenter
Skallfasett/laminat	7 360	6 730	8 080	165
Metall/keram fremstilt helkrone	7 200	6 750	7 570	221
Keram fremstilt helkrone	7 323	6 815	7 708	232
Partiell protese med støpt metallskjelett	13 780	12 140	15 360	214

Kilde: Vista Analyse

Spesialister i protetikk (N=5) oppga priser innenfor følgende intervaller:

- Skallfasett/laminat inkl. tannteknikk: 7840-9305 kroner
- Metall/keram fremstilt helkrone inkl. tannteknikk: 7840-8445 kroner
- Keram fremstilt helkrone inkl. tannteknikk: 7840-8500 kroner
- Partiell protese med støpt metallskjelett inkl. tannteknikk: 16 340 - 18 000 kroner

### Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT)

De fylkeskommunale prisene oppgis uten anestesi, det er derfor lagt til en enhet anestesi (takst nr. 6) til prisene.

Figur 5.11 Fylkeskommunale priser – protetikk (ekskl. tannteknikk og inkl. anestesi)

Behandling	Medianpris	Min	Max	Fylke med laveste og høyeste pris
Metall/keram innlegg, 3 flater og skallfasetter/laminater	4 388	4 015	4 855	Min: Nordland Max: Vestfold og Telemark
Metall/keram fremstilt helkrone	4 943	4 430	5 600	Min: Vestland Max: Trøndelag
Partiell protese med støpt metallskjellett	6 065	4 545	6 905	Min: Vestland Max: Troms

Kilde: Vista Analyse

De fleste fylkeskommuner oppgir priser som er ekskludert utgifter til tanntekniker i sine prislister. Agder, Møre og Romsdal og Rogaland oppgir priser inkl. tannteknikk, som vist i Figur 5.12. Utgifter til tanntekniker varierer etter arbeidets størrelse og kompleksitet. I tillegg kan det være svært store prisforskjeller på norskprodusert – og importert tannteknikk. For eksempel er prisen for partiell protese med støpt metallskjellett hos TkVestland 9740 kroner med importert tannteknikk og 17980 kroner med norskprodusert tannteknikk.

Figur 5.12 Fylkeskommunale priser – protetikk (inkl. tannteknikk og anestesi)

Behandling	Agder	Møre og Romsdal	Rogaland
Metall/keram innlegg, 3 flater og skallfasetter/laminater	6 030	6 085	6 810
Metall/keram fremstilt permanent helkrone	6 540	7 100	7 480
Partiell protese med støpt metallskjelett	13 530	13 500	14 880

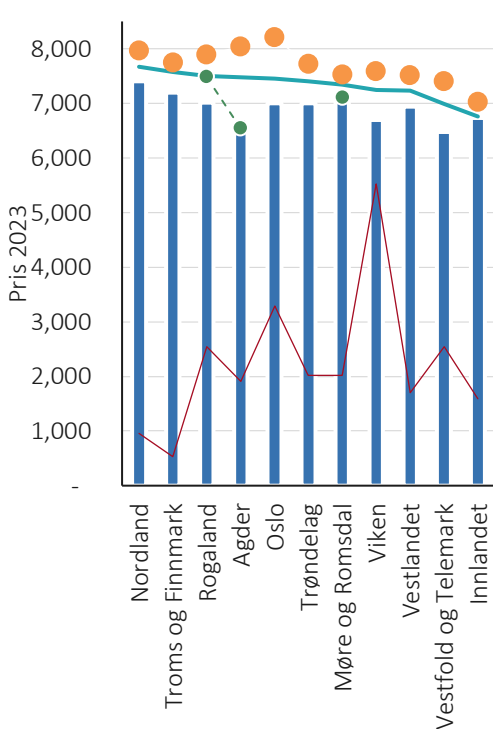
Kilde: Vista Analyse

For skallfasetter ligger de fylkeskommunale prisene betydelig under de private. Medianpris for de fylkeskommunale klinikkene er 1275 kroner lavere enn medianpris i spørreundersøkelsen. Selv det dyreste fylket har en pris som er 550 kroner lavere enn medianprisen i spørreundersøkelsen.

For de andre behandlingene er forskjellen i medianpris relativt liten. For helkrone er forskjellen 100-223 kroner, og for partiell protese med støpt metallskjelett skiller det 250 kroner, som er en svært liten andel av den totale behandlingsprisen på rundt 13 500 kroner.

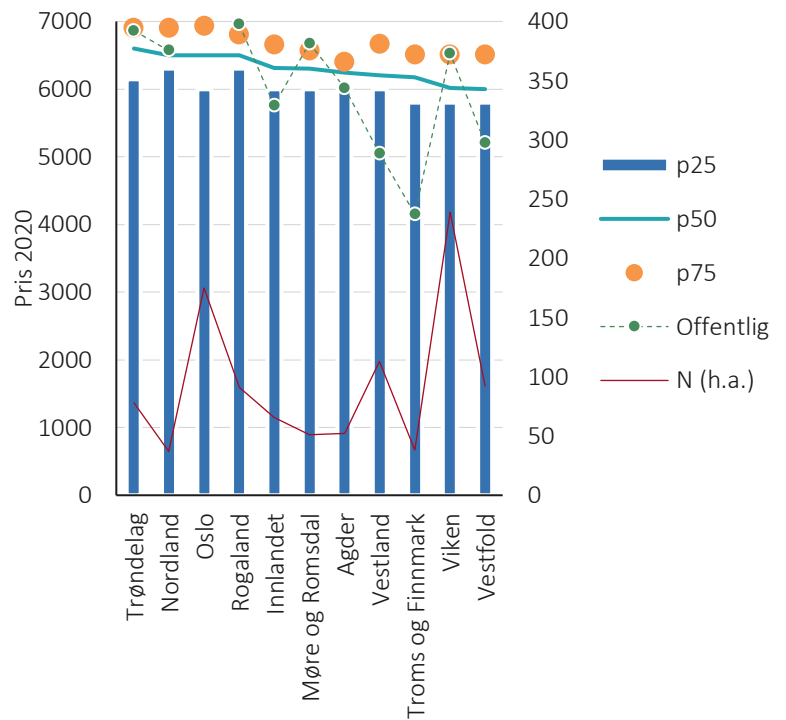
Figurene under viser fylkesvis variasjon i pris på keram helkrone fra spørreundersøkelsen vår (til venstre) og Hvakostertannlegen (til høyre).

Figur 5.13 Pris keram fremstilt permanent helkrone



Kilde: Spørreundersøkelse private allmenntannleger april 2023, Vista Analyse. Den røde linje angir antall respondenter og måles langs høyre akse. «Offentlig» er fylkeskommunale prislister. Kun tre fylker har oppgitt pris inkludert tannteknikk, så kun disse er med i figuren.

Figur 5.14 Pris helkeramisk krone på en jeksell



Kilde: Vista Analyse, basert på Hvakostertannlegen, hhv. private og offentlige klinikker med priser oppdatert ila. 2019-2020. «Offentlig» er medianpris blant offentlige klinikker i fylket, dersom ulike priser er oppgitt. Den røde linje angir antall prisobservasjoner hos private klinikker og måles langs høyre akse.

## 5.7 Implantat

Respondentene ble videre spurt om deres gjennomsnittlige/vanlige honorar for kirurgisk innsetting av første tannimplantat og implantatretinert krone inkludert tannteknikk. Tabellen under viser medianpris og prisspredning i svarene, samt antall respondenter. Prisene skal inkludere alle nødvendige kostnader, herunder røntgen, hygienetillegg, anestesi og engangsutstyr.

Figur 5.15 Spørreundersøkelse private allmenntannleger

Beskrivelse	Median pris	P25	P75	Antall respondenter
Kirurgisk innsetting av (første) tannimplantat (takst 421)	16 000	14 600	18 050	55
Implantatbasert krone (takst 308) Helkrone metall/keram	10 000	7 440	13 210	131
Implantatbasert krone (takst 308) Helkrone keram	11 000	7 500	13 350	136

Kilde: Vista Analyse

Spesialister i protetik, periodontitt og oral kirurgi oppga priser innenfor følgende intervaller:

- Kirurgisk innsetting av (første) tannimplantat: 14 375 – 18 790 kroner (N=15)
- Implantatbasert keram helkrone inkl. tannteknikk: 7 245 – 16 177 kroner (N=8)

### Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT)

Tabellen under viser de fylkeskommunale prisene for kirurgisk innsetting av første tannimplantat (takstnr. 421) og implantatbasert krone (takstnr. 308). For implantatbasert krone er det 5 fylkeskommuner som inkluderer tannteknikk i prisen og 6 fylkeskommuner som ekskluderer utgifter til tannteknikk. For disse behandlingene er det betydelig spredning i prisnivå. For kirurgisk innsetting av tannimplantat er det 6845 kroner som skiller det billigste og dyreste fylket. Spredningen er også stor for implantatbasert krone inkl. tannteknikk hvor forskjellen mellom det dyreste og billigste fylket er 3865 kroner.

Figur 5.16 Fylkeskommunale priser – Implantat

Behandling	Medianpris	Min	Max	Fylke med laveste og høyeste pris
Kirurgisk innsetting av (første) tannimplantat (takst (421)) <sup>22</sup>	15 500	11 080	17 925	Min: Trøndelag/Møre og Romsdal Max: Viken
Implantatbasert krone (takst 308) Ekskl. tannteknikk <sup>23</sup>	6 098	4 810	8 925	Min: Finnmark Max: Viken
Implantatbasert krone (takst 308) Inkl. tannteknikk <sup>24</sup>	13 020	10 885	14 750	Min: Innlandet Max: Vestland

Kilde: Vista Analyse

<sup>22</sup> Anestesi er ikke inkludert i de fylkeskommunale prisene for kirurgisk innsetting av første tannimplantat.

<sup>23</sup> Det er 6 fylkeskommuner som oppgir priser ekskludert tannteknikk: Finnmark, Troms, Trøndelag, Nordland, Vestfold og Telemark, Viken.

<sup>24</sup> Det er 5 fylkeskommuner som oppgir priser inkludert tannteknikk: Innlandet, Rogaland, Agder, Møre og Romsdal og Vestland.



## 5.8 Kjeveortopedi

Kjeveortopedene ble spurt om egenbetalingen for hele behandlingen for stønadsgruppe 8b og 8c. Disse stønadsgruppene omfatter barn og unge med bittavvik med ulik alvorlighetsgrad, der b («stort behov») gir høyere stønad fra folketrygden enn c («klart behov»). Respondentene oppga egenbetaling på mellom 8 000-34 000 kroner for gruppe 8b (N=16, median=20 000 kroner) og 19 200- 38 000 kroner for gruppe 8c (N=16, median=27 000 kroner). Kjeveortopedene mottar i tillegg til egenbetalingen også Helfo-refusjon.

De fleste kjeveortopedene oppgir at de utfører regulering på voksne i form av aligners (16 av 19 respondenter). De har oppgitt samlet egenbetaling for en gjennomsnittlig behandling mellom 40 000 – 60 000 kroner (N=14, median=49 000). Her er egenbetalingen lik kjeveortopedens honorar, da voksenregulering ikke er stønadsberettiget.

## 5.9 Utvalgte spesialist-behandlinger

Spørreundersøkelsen til private tannleger inneholdt også følgende behandlinger rettet mot tannlegespesialister:

- Undersøkelse av spesialist
  - Oralkirurgi/kjevekirurgi: N=4, snitt enkel undersøkelse=1118 kroner og snitt omfattende undersøkelse=1413 kroner
  - Periodontitt: N=5, 1250-3670 kroner, snitt=2692 kroner
- Takst 406 Apicectomi av en rot (Oralkirurgi/kjevekirurgi og Endodonti, N=11, 2420-7500 kroner, snitt=4443 kroner)
- Takst 502 Tillegg for kirurgisk inngrep ifm. marginal periodontitt (Periodonti, N=7, 1030-5900 kroner, snitt=2029 kroner)
- 3 ledds mk bro (Oral protetik, N=5, 20 500-24 000 kroner)
- 3 ledds implantatretinert bro inklusive distanser (Oral protetik, N=5, 33 000-42 000 kroner)

### Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT)

Tabellen under viser spesialistpriser for undersøkelse, apicectomi av en rot og tillegg ved kirurgisk behandling av marginal periodontitt for offentlige klinikker, både for fylkeskommunene og kompetansesentrene.

Figur 5.17 Fylkeskommunale priser hos spesialist

Behandling	Medianpris	Min	Max	Fylke med laveste og høyeste pris
Undersøkelse hos spesialist, inkl. to røntgen	1 405	1 150	1 690	Min: TkØst Max: TkMidt
Apicectomi av en rot	3 300	2 540	3 960	Min: Agder Max: TkVestland
Tillegg ved kirurgisk behandling av marginal periodontitt	1 550	1 230	2 290	Min: Agder Max: TkØst

Kilde: Vista Analyse

## 6 Analyser av prisvariasjoner

I dette kapittelet presenteres analyser av prisvariasjonene, herunder geografiske variasjoner, forskjeller mellom offentlige og private klinikker og mellom kjeder og enkeltstående klinikker.

Vi undersøker hvordan sentrale variable på tilbuds- og etterspørselssiden i markedet kan forklare prisvariasjonene i dataene våre, både Hvakostertannlegen og spørreundersøkelsen til private allmenntannleger.

Til slutt ser vi på hvordan prisnivået har utviklet seg de siste tre årene, fra prisene innrapportert til «Hvakostertannlegen.no» i løpet av 2019-20, samt hvordan et utvalg enkeltklinikkers priser har endret seg fra Hvakostertannlegen våren 2020 til dagens nettpriiser.

### 6.1 Konsistens på tvers av behandlinger og begrenset prisspredning

Tannlegen som har besvart undersøkelsen har oppgitt priser på de ulike behandlingene som er positivt korrelerte, som vil si at noen tannleger generelt oppgir relativt høye priser på tvers av behandlinger, og motsatt, at andre tannleger har relativt lave priser på sine ulike behandlinger. Også i Hvakostertannlegen-datasettet er det tilsvarende internt konsistent, positiv korrelasjon mellom klinikkens oppgitte priser på de ulike behandlingene. Det er sterkest korrelasjon innen samme behandlingskategori (f.eks. fyllinger, rotfyllinger mv.), som vil si at tannlegene som har relativt høy pris på fylling 1 flate, har det også på fylling av 2 og 3 flater, mens sammenhengen er mindre sterk når det gjelder prisnivået på for eksempel kirurgisk behandling. En korrelasjonstabell mellom de private allmenntannlege-responentenes priser ligger som vedlegg A.1 til rapporten.

På de fleste behandlingene er det begrenset prisspredning mellom de private allmenntannlegeresponentene. Halvparten av respondentene oppgir priser innenfor et intervall på om lag 20 pst. av medianprisen på behandlingen på de fleste behandlinger, blant annet standard undersøkelse (23 pst. prisspredning, som tilsvarer 300 kroner), fylling 2 og 3 flater (hhv. 315 og 405 kroner), rotfylling 1 kanal (800 kroner), behandling av marginal periodontitt (313 kroner), kirurgisk innsetting av første implantat (3 450 kroner), skallfasett (1 350 kroner) og partiell protese med støpt metallskjellett (med 3 220 kroner i prisspredning mellom P25 og P75).

På enkelte behandlinger er prisforskjellen mellom respondentene betydelig større, med en prisspredning på ca. 55 pst. for implantatretinert krone (dvs. halvparten av respondentene oppgir priser innenfor et spenn på ca. 5 800 kroner) og 36 pst. for kirurgisk tanntrekking (dvs. et prisspenn på ca. 1 300 kroner). Den store prisspredningen på implantatretinert krone kan henge sammen med at det er **store forskjeller i pris på tannteknikk**, blant annet avhengig av om det er norskprodusert eller fra utlandet, noe enkelte respondenter har kommentert da de besvarte undersøkelsen.

Prisspredningen mellom allmenntannlegeresponentene er noe mindre enn 20 pst. på metal/keram og keram fremstilt permanent helkrone (11-12 pst., som tilsvarer ca. 850 kroner) og rotfylling av 2 og 3 kanaler (16 pst., hhv. 800 og 1000 kroner). På fylling 1 flate er prisspredningen noe høyere (27 pst., som tilsvarer 330 kroner).

## 6.2 Geografisk variasjon - Sentralitet

Vi finner gjennomgående en tendens til høyere priser i sentrale enn i mindre sentrale kommuner.

Dette er undersøkt gjennom lineære regresjonsanalyser basert på Hvakostertannlegen-datasettet av private klinikker med priser oppdatert 1. januar 2019–2020 der vi også kontrollerer for om klinikken er en stor kjede. Resultatet er statistisk signifikant på 1 pst. nivå for 5 av 11 behandlinger, hhv. fyllinger, helkrone og kirurgisk tanntrekking. Den estimerte prisøkningen fra de minst til de mest sentrale kommunene er 4-11 pst. av medianprisen for disse behandlingene. For de øvrige behandlingene er prisforskjellen etter sentralitet ikke er statistisk signifikant, er den estimerte prisforskjellen 1-5 pst. av medianprisen for behandlingene.

Også basert på vår egen spørreundersøkelse til private allmenntannleger finner vi samme tendens til høyere priser i de mer sentrale kommunene, selv om det kontrolleres for kjede.<sup>25</sup> Men resultatene er stort sett ikke statistisk signifikante, som ikke er overraskende med et betydelig mindre datasett enn Hvakostertannlegen. At de to uavhengige datasettene, vår spørreundersøkelse og Hvakostertannlegen, gir konsistente resultater, stryker graden av sikkerhet i resultatene.

Høyere priser i mer sentrale kommuner kan blant annet henge sammen med at tannklinikker har høyere kostnader knyttet til lokaler mv. grunnet høyere boligpriser i sentrale strøk.

## 6.3 Organisasjonsform og eierskap: Offentlige / privat / kjede

Prisvariasjoner mellom klinikker ser delvis ut til å henge sammen med klinikkens organisasjonsform. Særlig finner vi at kjeder har statistisk signifikant høyere priser på tvers av behandlinger. Offentlige klinikker ser ut til å ha noe lavere priser på behandlingene de gjør mest av, dvs. fyllinger og krone, mens vi finner at deres priser på andre behandlinger er høyere enn hos private klinikker, utenom de store kjedene. I kroner er prisforskjellene mellom offentlige og private klinikker i snitt små.

For å undersøke om det er systematiske prisforskjeller mellom private klinikker og de fylkeskommunale klinikkene, samt mellom store kjeder og øvrige private klinikker, har vi gjennomført regresjonsanalyser på dataene fra Hvakostertannlegen, med en dummyvariabel for om klinikken er offentlig eller privat, en dummyvariabel for om klinikken er en av de fem største kjedene samt at vi inkluderer fylkesdummyer, slik at vi sammenlikner offentlige og private klinikker i samme fylke.

Tabellen under oppsummerer resultatene fra regresjonsanalysene. Stjernene angir grad av signifikans. Vi finner at de store kjedene har ca. 100 kroner estimert høyere pris på undersøkelse enn øvrige private klinikker, mens det ikke er statistisk signifikant prisforskjell mellom offentlige og øvrige private klinikker på undersøkelse. Estimert prisforskjell på undersøkelse mellom det dyreste og det rimeligste fylket er 235 kroner. Store kjeder har ca. 150 kroner estimert høyere pris på fylling 2 flate enn øvrige private klinikker, mens offentlige klinikker er estimert 35 kroner rimeligere enn de øvrige private. I vedlegg B.2 illustreres prisforskjellen mellom store private kjeder og øvrige private klinikker i en figur.

---

<sup>25</sup> Implantatbasert helkrone er et unntak, der har sentralitet motsatt fortegn enn for øvrige behandlinger, men det er ikke statistisk signifikant.

Tabell 6.1 Regresjonsresultater: prisforskjeller offentlige og private klinikker og kjeder

Beskrivelse	Offentlig	Stor kjede	Fylke, maks diff	N
Undersøkelse	8	97***	235***	1548
Fylling 1 flate	-70***	108***	157***	1469
Fylling 2 flater	-35***	145***	150***	1485
Fylling 3 flater	-21**	232***	226***	1489
Rotfylling 1 kanal	285***	467***	534***	1354
Rotfylling 2 kanaler	185***	443***	390***	1369
Rotfylling 3 kanaler	317***	483***	810***	1388
Behandling av marginal periodontitt	206***	67	439***	1308
Kirurgisk tanntrekking av visdomstann eller dyptliggende rot	88***	508***	663***	1278
Helkeramisk krone på en jeksel	-138***	356***	789***	1475
Helkeramisk krone på et implantat i overkjeven	285*	421	3746***	768

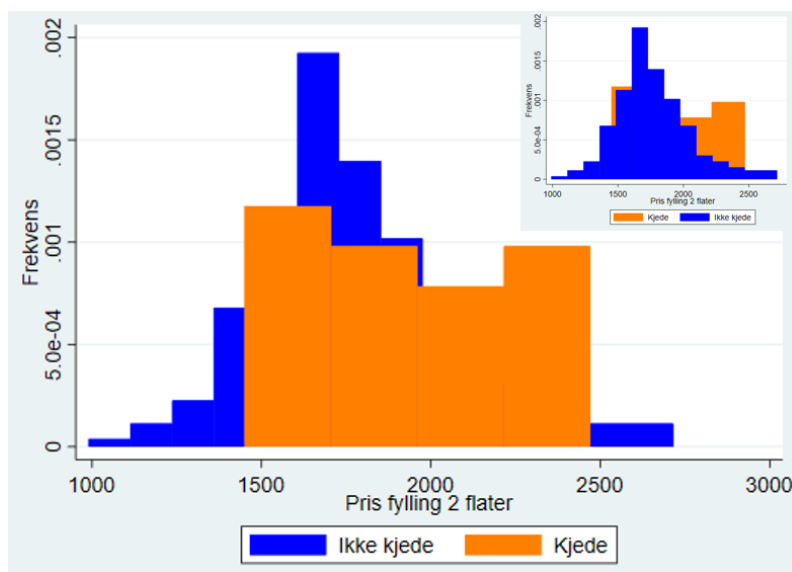
Kilde: Vista Analyse, basert på Hvakostertannlegen, klinikker med priser oppdatert ila 2019-2020. Ekstremverdier er ekskludert, hhv. observasjoner under p10-10 pst. og over p99+10 pst. av p10. \*\*\* p<.01, \*\* p<.05, \* p<.1

Prisforskjellen mellom kjeder og enkeltstående klinikker er også analysert basert på dataene fra spørreundersøkelsen til private allmenntannleger. Respondentene har i tillegg til å oppgi priser på behandlinger, svart på om de arbeider i en kjede eller ikke. Denne selvrapporterte variabelen «kjede» er benyttet i analysene på dataene fra spørreundersøkelsen. I disse regresjonene kontrollerte vi for grad av sentralitet i stedet for fylke. Igjen finner vi samme tendens som i analysene basert på Hvakostertannlegen-datasettet, som gjør at resultatet fremstår som svært robust.

Private allmenntannlegene som arbeider i en kjede, oppgir i gjennomsnitt høyere priser på de fleste behandlinger. Punktene under oppsummerer estimert prisforskjell mellom kjeder og øvrige klinikker for de ulike behandlingene og om resultatet er statistisk signifikant:

- Standard undersøkelse: Private allmenntannlegene som arbeider i en kjede oppgir priser mellom 1150-1720 kroner (N=22) og har i gjennomsnitt noe høyere priser enn øvrige private allmenntannleger i vår undersøkelse (størrelsesorden 100 kroner). Resultatet er statistisk signifikant, også når vi kontrollerer for sentralitet.
- Fyllinger: Private allmenntannlegene som arbeider i en kjede oppgir i gjennomsnitt noe høyere priser på fyllinger enn øvrige private allmenntannleger i vår undersøkelse (størrelsesorden 130-170 kroner), også når vi kontrollerer for sentralitet. Figuren under er et histogram som viser spredningen i oppgitte priser på fylling 2 flater (målt langs den vannrette x-aksen) for allmenntannlege-responderter som oppgir enten arbeide i en kjede eller ikke. En ekstremobservasjon på over 7000 kroner er ekskludert fra figuren.

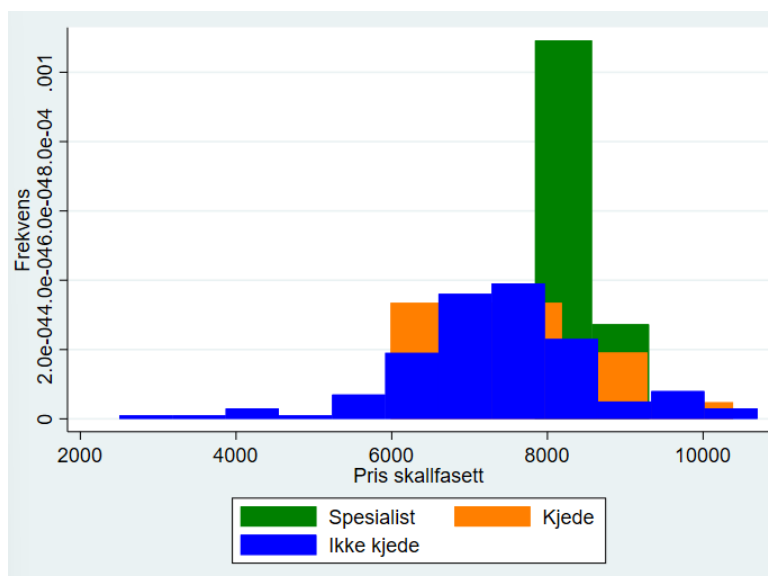
Figur 6.1 Pris på fylling 2 flater – histogram



Kilde: Vista Analyse, basert på spørreundersøkelsen til private allmenntannleger april 2023. En ekstremobservasjon på over 7000 kroner er ekskludert fra figuren. Den vertikale y-aksen viser hvor stor andel av respondentene med pris innenfor et gitt intervall. Histogrammet øverst i høyre hjørnet viser fordelingen til de blå stolpene (til ikke-kjedene) som skjuler seg bak de oransje stolpene (til kjedene) i hovedfiguren. Medianpris er hhv. 1923 kroner blant allmenntannlege-respondentene tilknyttet en kjede (N=20) og 1791 kroner blant øvrige allmenntannlege-respondenter, ikke tilknyttet en kjede (N=216).

- Rotfylling (størrelsesorden 400-500 kroner). Statistisk signifikant.
- Marginal periodontitt (størrelsesorden 150 kroner). Statistisk signifikant.
- Kirurgisk tanntrekking (størrelsesorden 250 kroner), men resultatet er ikke statistisk signifikant.
- Implantat: Prisvariasjonene på implantatbasert helkrone ser ikke ut til å henge sammen med sentralitet eller om tannlegen arbeider i en kjede i vårt datasett. Koeffisienten for kjede er positiv, men liten ift. prisen på behandlingen (ca. 40 kroner av en behandling som koster ca. 11 000 kroner), og ikke signifikant. Sentralitet har motsatt fortegn enn for øvrige behandlinger, og er heller ikke statistisk signifikant.
- Protetikk: Private allmenntannlegene som arbeider i en kjede oppgir i gjennomsnitt høyere priser på de protetiske behandlingene enn øvrige private allmenntannleger i vår undersøkelse. Resultatet er kun signifikant for helkrone, med prisdifferanse i størrelsesorden 500 kroner, når vi kontrollerer for sentralitet. Prisspredningen på skallfasett/laminat er illustrert i figuren under, som er et histogram med pris målt langs den vannrette aksene og andelen respondenter langs den vertikale aksene.

Figur 6.2 Pris på skallfasett – histogram



Kilde: Vista Analyse, basert på spørreundersøkelsen til private allmenntannleger april 2023. Medianpris er hhv. 7746 kroner blant allmenntannlege-responentene tilknyttet en kjede (N=19), 7326 kroner blant øvrige allmenntannlege-responenter, ikke tilknyttet en kjede (N=146) og 8280 kroner blant spesialist-responentene (N=5).

## 6.4 Betydning av tannlegetetthet og markedskonsentrasjon

For å undersøke om markedsstruktur kan forklare prisvariasjonene i dataene våre, har vi gjennomført lineære regresjonsanalyser med flere forklaringsvariabler samtidig. Vi har allerede sett at tannbehandlinger er dyrere hos kjeder enn enkeltstående klinikker (forklaringsvariabel 3: kjede/ stor kjede), så denne forklaringsvariabelen inkluderes i regresjonene. I samme regresjon undersøker vi om prisene kan forklares av følgende tre variabler som beskriver tannlegemarkedet i den økonomiske regionen:

- antall private klinikker (forklaringsvariabel 4)
- antall private allmenntannleger per 10 000 voksne innbyggere (forklaringsvariabel 5: tannlegetetthet)
- markedsandelen til de tre største klinikkene i den økonomiske regionen, målt i antall tannleger (forklaringsvariabel 6: markedskonsentrasjon).

Videre kontrollerer vi for sentralitet (forklaringsvariabel 1) og kommunestørrelse (forklaringsvariabel 2: innbyggertall 20 år og eldre i kommunen).

Regresjon:  $\text{Pris på behandling} = F(\text{sentralitet, innbyggertall i kommunen, kjede, antall private klinikker i øk.reg., tannlegetetthet private allmenntannleger i øk.reg., markedskonsentrasjon øk.reg.})$

Regresjonsanalysene er gjennomført både på datasettet fra Hvakostertannlegen, med samtlige private klinikker som hadde oppdaterte sine priser i løpet av 2019-2020, og datasettet fra vår egen spørreundersøkelse til de private allmenntannlegene. Vi har sett på følgende fire behandlinger: standard undersøkelse, fylling 2 flater, rotfylling av 1 kanal og keram helkrone.

Tabellen under oppsummerer resultatene fra disse regresjonsanalysene. Stjerner indikerer grad av signifikans, mens tallene angir estimert prisforskjell. Kolonne 4, «kjede», viser at kjeder/store

kjeder gjennomgående rapporterer høyere priser enn andre, med en estimert prisdifferanse på ca. 150 kroner på fylling 2 flater, dvs. om lag 10 pst. av medianprisen på ca. 1700 kroner, når vi kontrollerer for de andre forklaringsvariablene. Funnet er robust og statistisk signifikant på tvers av datasett, behandlinger og regresjonsspesifikasjoner. Ingen av de andre funnene våre er like tydelige på tvers av behandlinger, datasett og hvilke forklaringsvariabler som inkluderes i regresjonene samtidig. Kolonne 2, «sentralitet», viser at det fremdeles gjennomgående er en tendens til lavere priser i mindre sentrale kommuner, men dette er ikke signifikant i disse regresjonene.

Tabell 6.2 Oversikt resultater fra regresjonsanalyser

Behandling og datagrunnlag	Sentralitet	Innbyggertall i kommunen (20 år og eldre)	Kjede (de fem største / selvrapportert) <sup>26</sup>	Antall private klinikker øk.reg i feb.2023 <sup>27</sup>	Private allmenntannleger per 10 000 innbygger 20 år og eldre øk.reg	Andel tre største klinikker i øk.reg. målt i antall tannleger feb.2023
Koeffisient-størrelse ganget med	5 (endring fra mest til minst sentrale)	0,2 mill. (økning i innbyggertall)	1 (fra ikke kjede til kjede)	100 (økning antall klinikker)	5 (økning tannlegetetthet)	40 (økning prosentpoeng markedsandel)
Standard undersøkelse. Data: Hkt	-42	137***	75***	-71***	-47***	9
Data: Spørreundersøkelsen	-106	221***	135***	-139**	-63	-37
Fylling 2 flater. Data: Hkt	-28	141***	149***	-70***	-13	17
Data: Spørreundersøkelsen	-48	68	142**	-27*	119	79
Rotfylling 1 kanal. Data: Hkt	-132	76	424***	-23	-174***	-34
Data: Spørreundersøkelsen	-8	368	529***	-223	-3	-66
Keram helkrone. Data: Hkt	-191	407***	383***	-188**	-117*	42
Data: Spørreundersøkelsen	-8	354	528***	-123	48	195

Kilde: Vista Analyse, basert på spørreundersøkelsen til private allmenntannleger gjennomført av Vista Analyse våren 2023 og Hvakostertannlegen (Hkt) private klinikker med priser oppdatert ilt 2019-2020. Ekstremverdier er ekskludert, hhv. observasjoner under p10-10 pst. og over p99+10 pst. av p10. \*\*\* p<.01, \*\* p<.05, \* p<.1

Regresjonsanalysene våre indikerer at det er høyere priser på tannbehandling i store, folkerike kommuner, størrelsesorden 200 kroner dyrere for en standard undersøkelse i en kommune med 0,2 mill. flere innbyggere, når vi kontrollerer for sentralitet, kjede og de tre variablene som beskriver markedet i den økonomiske regionen. Videre finner vi lavere priser jo flere private

<sup>26</sup> I spørreundersøkelsen er respondentene spurt om de arbeider i en «kjede», altså selvrapportert. I Hvakostertannlegen-datasettet er «kjede» definert som de fem største kjedene, Colosseum, Oris, Odontia, Eurodent og Tannfeen, da vi ikke har en variabel for kjede.

<sup>27</sup> Antall private klinikker i den økonomiske regionen er beregnet basert på uttrekk fra Legelisten feb.2023, også i analysene på Hvakostertannlegen-datasettet, der vi analyserer prisvariasjoner i 2019-2020. Det samme gjelder variabelen «markedskonsentrasjon».

klinikker i den økonomiske regionen. Basert på Hvakostertannlegen finner vi lavere priser i økonomiske regioner med høyere privat allmenntannlegetetthet, men dette er ikke et gjennomgående trekk i datasettet fra vår egen spørreundersøkelse. Det ser videre ikke ut til å være noen klar sammenheng mellom prisnivå og markedskonsentrasjon i form av markedsandelen til de tre største klinikkene i den økonomiske regionen.

Vi har også undersøkt om priseffekten av kjede avhenger av markedskonsentrasjon ved å inkludere interaksjonsledd mellom om klinikken er en stor kjede og markedsandelen til de tre største klinikkene i den økonomiske regionen klinikken er lokalisert, basert på Hvakostertannlegen-datasettet. Hensikten var å teste en hypotese om at kjedeeffekten er sterkere i et konsentrert marked. Regresjonsanalysene våre gir ikke støtte for denne hypotesen, da interaksjonsleddene ikke er statistisk signifikante og koeffisientene bytter fortegn avhengig av behandlingen. Dette resultatet styrker konklusjonen om at markedsmakten kan forklares med etterspørselssiden, og at den er robust overfor økt markedskonsentrasjon på tilbudssiden.

I kapittel 2 diskuterte vi mer inngående hvordan informasjonsproblemer, og tannbehandlingens karakter av å være en erfarings- og tillitsbasert tjeneste, vil kunne svekke betydningen av pris for kundenes valg av klinikk. Det kan gi den enkelte klinikk markedsrett selv om det er flere klinikker i samme marked, og i slike tilfeller vil økt konsentrasjon på tilbudssiden kunne ha mindre betydning for prisnivået. Våre funn er forenlig med en slik hypotese.

Vi vil imidlertid være varsomme med å konkludere med at markedskonsentrasjon ikke har betydning for konkurransen. Vi har analysert sammenhengen mellom konsentrasjon og priser i en såkalt tversnittsanalyse. Vi har ikke anledningen til å følge utviklingen i priser og markedskonsentrasjon i samme region over tid. De store kjedene har hatt en kraftig vekst, og dersom dette medfører vedvarende høyere markedskonsentrasjon, kan konkurranseeffekten melde seg første senere. Grunnen er de samme innlåsingseffektene vi omtalte i kapittel 2 – i en ekspansjonsfase kan prisene holdes tilbake, for deretter å øke når markedsandelene har stabilisert seg på et høyere nivå.

Høyere priser i mer sentrale strøk og større kommuner kan henge sammen med høyere inntektsnivå og følgelig høyere betalingsvillighet. I tillegg kan som nevnt tannklinikken ha høyere kostnader knyttet til lokaler i mer sentrale og større kommuner, der boligprisene er høyere.

En mulig forklaring på høyere priser i mer folkerike kommuner, også når vi kontrollerer for sentralitet, er at det er vanskeligere for forbrukerne å sammenlikne prisene mellom tannlegene i store enn i små kommuner, altså at søkekostnadene er høyere. I så fall kan tannlegene i større kommuner sette høyere priser fordi pasientenes etterspørsel er mindre prissensitiv grunnet de høye søkekostnadene. Tannleger på mindre steder kan være mer avhengig av gjenkjøp og godt rykte, der tilbudet er mer oversiktlig og transparent. Økonomen M.A. Satterthwaite har bl.a. argumentert for at søkekostnadene øker med økende befolkningstetthet og at det har betydning for prissettingen (Satterthwaite, 1979), (Satterthwaite, 1989), (Pauly & Satterthwaite, 1981).



### Tekstboks 6.1 Effekten av fusjoner og oppkjøp i Finland

---

Ifølge en rapport fra den svenske tannlegeforengen jobber om lag halvparten av tannlegene i Finland i private klinikker, noe som ligger på nivå med situasjonen i Sverige (Tandläkarförbund, 2015). I samme rapport oppgis både Norge og Danmark å ha en høyere andel, på om lag 70-75 pst. privatpraktiserende tannleger.

En masteroppgave fra handelshøyskolen Hanken i Finland rapporterer empiriske analyser av hvilken effekt fusjoner og oppkjøp av private klinikker har hatt på prisene lokalt (Wiik, 2019). I perioden 2012 til 2017 økte markedsandelen til private klinikker fra 30 til 55 pst. I denne perioden inneholder datasettet 119 fusjoner eller oppkjøp mellom eksisterende klinikker, som fordeler seg på 45 berørte kommuner. Av disse kategoriseres 64 som interne i den forstand at det skjedde mellom klinikker som allerede var i det lokale markedet (definert som kommune). De øvrige klassifiseres som eksterne, og innebærer at en ekstern klinikk (stor kjede) kjøper opp en lokal klinikk – slik at antall aktører og markedskonsentrasjonen ikke direkte påvirkes.

Med detaljerte priser på en rekke av de vanligste behandlingene som bl.a. standard undersøkelse, fylling 2-flate, rotfylling, estimeres priseffekten av fusjon eller eksternt oppkjøp. Wiik finner følgende hovedresultater:

- Interne fusjoner som øker markedskonsentrasjonen øker prisene på flere av behandlingene, og de estimerte effekten ligger mellom 0 og 5 pst. Prisen på 1-kanal rotfylling slår sterkest ut med en prisøkning på 5 pst. Verken fylling eller lokal bedøvelse får økt pris. Standard undersøkelse har en signifikant prisnedgang på 2,5 pst. En tolkning av det siste er at økt markedsrett på mer kostbare behandlinger kan skjerpe konkurransen på undersøkelser fordi disse er viktige for å rekruttere pasienter.
  - Eksterne oppkjøp har de samme effektene, men svakere. Priseffekt på 1-kanal rotfyllinger ligger på 3 pst, mens tanntrekking har en priseffekt på 1 pst. De øvrige har ingen priseffekt av oppkjøp, men også her finner Wiik en signifikant prisnedgang. Effekten er noe svakere (1 pst.)
-

## 6.5 Prisendring fra 2019-2023

Hvakostertannlegen gir oss informasjon om prisnivået på de fleste av behandlingene vi undersøker i denne rapporten. Disse prisene ble oppdatert i løpet av 2019 og 2020. Vi er interessert i å studere utviklingen i reelle priser, ikke nominelle priser. Den generelle prisstigningen, målt ved SSBs KPI-indeks, har i tidsperioden januar 2020 til april 2023 vært 15,9 pst. Prisene i Hvakostertannlegen er derfor oppjustert med 15,9 pst., slik at alle datakilder vi sammenlikner er målt i 2023-kroner.

Vi sammenlikner først medianprisen blant klinikkene i Hvakostertannlegen med medianprisen blant allmenntannlegerespondentene i spørreundersøkelsen vår. En utfordring med sammenlikningen er at Hvakostertannlegen inneholder listepriiser, mens respondentene er bedt om å oppgi gjennomsnittlig pris, som blant annet kan avvike fra hverandre dersom prisen på behandlingen avhenger av medgått tid eller tannlegen gjør en helhetsvurdering av rimeligheten av beløpet, i lys av samlet tidsbruk på pasienten, behandlingens kompleksitet mv. Listepriisene kan sånn sett både under- og overdrive den faktiske prisen. Av de 11 behandlingene Hvakostertannlegen gir oss priser for i 2020, finner vi at 6 av disse har hatt en realprisvekst fram til 2023. For rotfyllinger og helkrone ser prisutviklingen ut til å ha vært om lag i tråd med den generelle prisveksten (KPI), ev. en svak realprisnedgang. Medianprisen på «implantatretinert helkrone (helkrone keram)» blant allmenntannlegerespondentene i spørreundersøkelsen ligger betydelig lavere enn medianprisen i Hvakostertannlegen på «helkeramisk krone på et implantat i overkjeven».

Medianpris og realprisvekst for behandlingene vises i Tabell 6.3.

Tabell 6.3      Utvikling i medianpris fra 2019/20 til 2023

Behandling	Medianpris 2019/20 Hvakostertannlegen (2023-kroner)	Medianpris 2023 spørreundersøkelsen (2023-kroner)	Realprisvekst
Standard undersøkelse hos allmenntannlege (inkl. røntgen og tannrens)	1 171	1 320	13 pst.
Fylling 1 flate	921	1 230	33 pst.
Fylling 2 flater	1 472	1 740	18 pst.
Fylling 3 flater	1 854	2 030	9 pst.
Rotfylling av 1 kanal	4 317	4 270	-1 pst.
Rotfylling av 2 kanaler	4 932	4 905	-1 pst.
Rotfylling av 3 kanaler	6 264	6 115	-2 pst.
Kirurgisk tanntrekking*	3 518	3 730	6 pst.
Behandling av marginal periodontitt*	1 408	1 513	7 pst.
Keram fremstilt permanent helkrone	7 360	7 323	0 pst.
Implantatretinert krone (helkrone keram)	14 273	11 000	-23 pst.

Kilde: Vista Analyse. Spørreundersøkelse private tannleger våren 2023 og Hvakostertannlegen private klinikker med priser oppdatert 1. januar 2019-2020. Prisene i Hvakostertannlegen er inflasjonsjustert med 15,9 pst.

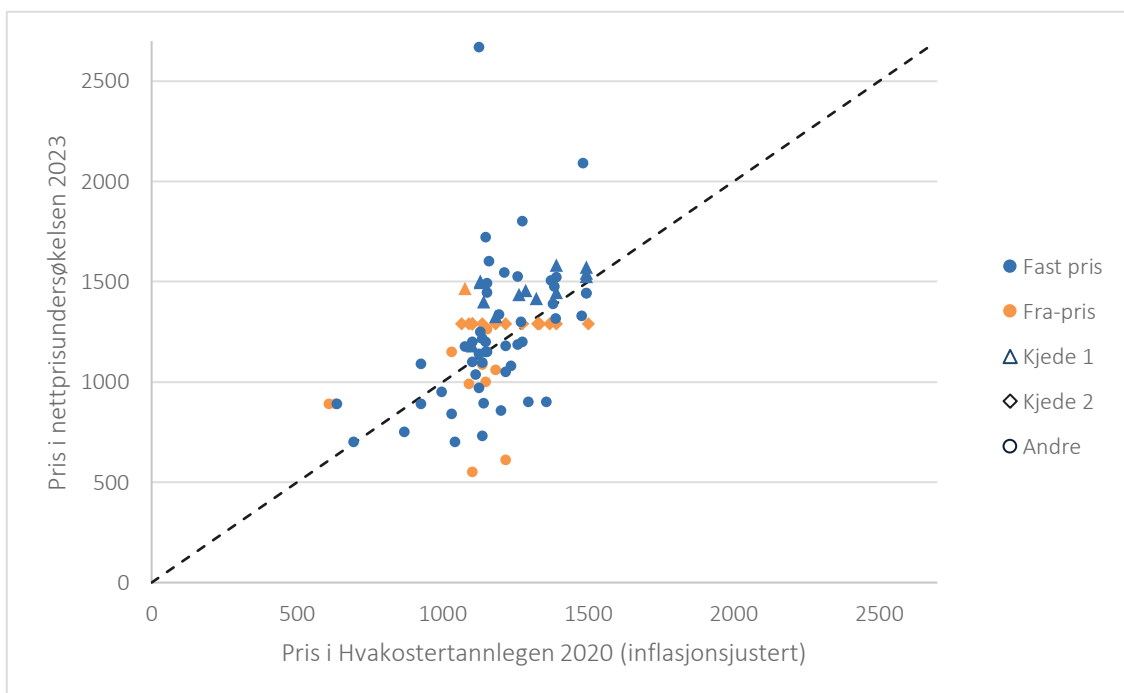
\*Prisene i Hvakostertannlegen er ekskludert trygderefusjon for kirurgisk tanntrekking og behandling av marginal periodontitt. For å kunne sammenlikne prisene med spørreundersøkelsen har vi derfor lagt til HODs refusjonstakst for disse tannbehandlingene i 2020 før totalpris er inflasjonsjustert.

### 6.5.1 Standard undersøkelse

Medianpris for undersøkelse inkl. to røntgen og tannrens er på 1320 kroner ifølge spørreundersøkelsen til private allmenntannleger. Sammenliknet med medianpris i Hvakostertannlegen målt i 2023-kroner indikerer dette en realprisvekst på standard undersøkelse på 13 pst. i løpet av de tre siste årene. Som diskutert kan denne sammenlikningen overdrive prisveksten noe, da Hvakostertannlegen kan inneholde «lokkepriser» fra flere klinikker.

En undersøkelse av prisendringen for et utvalg klinikker viser at det finnes både klinikker som har redusert prisene sine og andre som har økt dem i løpet av de siste tre årene. Siden samtlige klinikker i vår nettpreisundersøkelse også hadde oppdatert sine priser i Hvakostertannlegen ila 2019-2020, kan vi for 88 klinikker sammenlikne klinikkens pris slik den var oppgitt i Hvakostertannlegen i 2020, med prisen klinikken oppgir på sine nettsider i 2023. Figur 6.3 viser prisen hver klinikk hadde i 2020 på x-aksen og hvilken pris de oppgir på sine nettsider i 2023 på y-aksen. Den stiplede linjen er en 45-graders linje som indikerer 0 pst. realprisvekst, altså at inflasjonsjustert pris i 2020 er den samme som i 2023. Observasjoner som ligger over denne linjen betyr at klinikken har en høyere pris på undersøkelse i 2023 enn i 2020, målt i 2023-kroner. Tilsvarende er observasjoner som ligger under denne linjen klinikker som har senket sine priser i reelle termer fra 2020 til 2023. Av de 88 klinikkene har 60 pst. økt sine priser på undersøkelse og 25 pst. har økt sine priser med mer enn 15 pst. i reelle termer. Blant klinikkene som har redusert sine priser, har ca. 70 pst. av disse redusert prisene med mer enn 10 pst. Medianpris i nettpreisundersøkelsen er 1290 kroner, som er omtrent 10 pst. høyere enn den inflasjonsjusterte medianprisen i Hvakostertannlegen. Det fremgår av fargene på figuren at de fleste av klinikkene oppgir en fast pris på undersøkelse, mens enkelte opererer med fra-priser. Klinikker tilknyttet «kjede 2» oppga ulike priser i Hvakostertannlegen i 2020, men har i dag en felles fra-pris på sin nettside.

**Figur 6.3** Enkeltklinikkers prisendring fra 2020-2023 - Undersøkelse



Kilde: Vista Analyse, basert på Hvakostertannlegen (et tilfeldig strategisk utvalg klinikker med priser oppdatert i løpet av 2019-20) og nettpreisundersøkelsen mai 2023 (priser fra nettsidene til de samme klinikkene som i uttrekket fra Hvakostertannlegen). N=88.

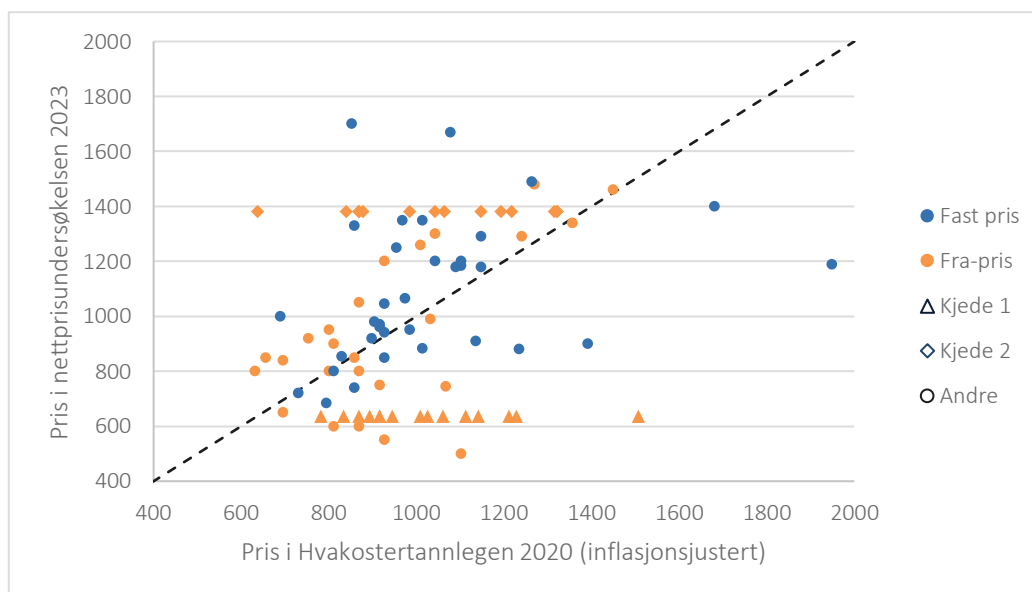
## 6.5.2 Fyllinger

Når vi sammenlikner medianpris fra spørreundersøkelsen og Hvakostertannlegen, finner vi at realprisene har økt betydelig for fyllingsbehandlinger. Tabell 6.3 viser medianprisene for de 3 ulike kategoriene for fyllingsbehandlinger og respektiv realprisvekst de siste tre årene. For fylling 1 flate finner vi en realprisvekst på hele 33 pst. Realprisveksten har vært lavere for fylling 2 flater og fylling 3 flater på henholdsvis 18 pst. og 9 pst.

Når vi ser på utviklingen hos de 88 klinikkene i nettprisundersøkelsen som har oppgitt priser for fyllinger, har 57 pst. av disse økt sine priser på fylling 1 flate. Over halvparten har økt sine priser med mer enn 15 pst. i reelle termer. For fylling 2- og 3 flater har flertallet av klinikkene redusert sine priser. Om lag 25 pst. av klinikkene har redusert sine priser med mer enn 15 pst. Figur 6.4 til Figur 6.6 viser at flere av disse observasjonene er fra en av de store kjedene («kjede 1» i figuren) som opererer med fra-pris. I Hvakostertannlegen har hver klinikk oppgitt sin egen pris, mens vi observerer kun kjedens samlede fra-pris i nettprisundersøkelsen. Kjeden opplyser selv at det er variasjon i prisene mellom klinikker innad i kjeden. I Hvakostertannlegen var prisvariasjonen for fylling 1 flate for klinikker i denne kjeden mellom 782-1506 kroner (denne prisvariasjonen illustreres også i figuren ved at datapunktene for «kjede 1» ligger spredd på en horisontal linje). Det er derfor naturlig å tro at prisveksten er underestimert for disse datapunktene. Hvis vi ser bort i fra «kjede 1», er gjennomsnittlig realprisvekst for de resterende klinikkene 11 pst. på fylling 1 flate. Dette er fortsatt noe lavere enn prisveksten vi finner ved å sammenlikne medianpris i spørreundersøkelsen og medianpris i Hvakostertannlegen. I figurene nedenfor kan vi også se at «kjede 2» opererer med fra-priser i 2023. Da prisene til klinikkene innad i denne kjeden også varierer og en felles fra-pris trolig viser kjedens minste pris, vil gjennomsnittlig prisvekst antakelig vært høyere hvis vi kunne observere prisene innad i kjeden.

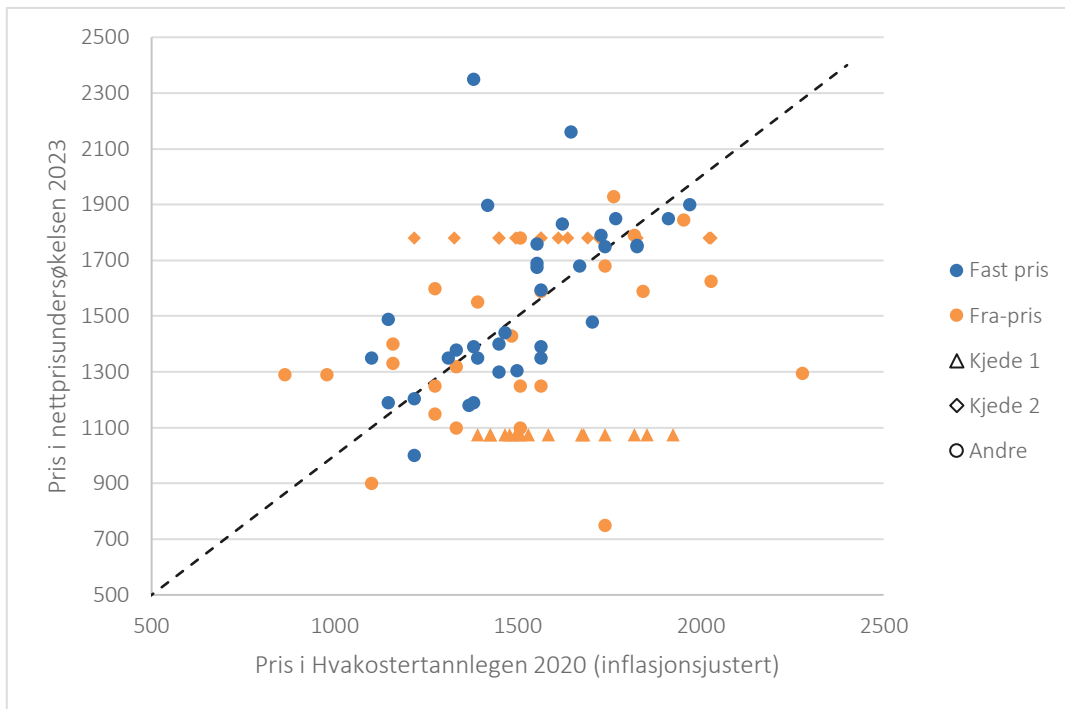
I sum indikerer våre datakilder at fyllingsbehandlinger har hatt en realprisvekst på minst 10 pst. de siste tre årene og trolig mer.

**Figur 6.4** Enkeltklinikkers prisendring fra 2020-2023 – Fylling 1 flate



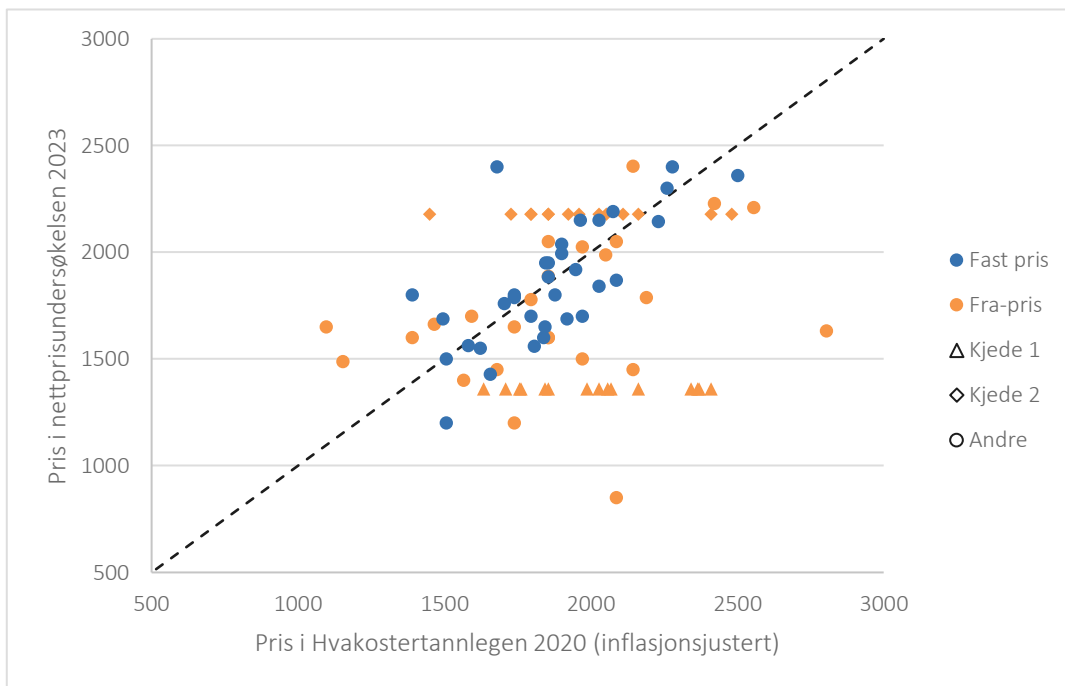
Kilde: Vista Analyse, basert på Hvakostertannlegen (et tilfeldig strategisk utvalg klinikker med priser oppdatert i løpet av 2019-20) og nettprisundersøkelsen mai 2023 (priser fra nettsidene til de samme klinikkene som i uttrekket fra Hvakostertannlegen). N=88.

**Figur 6.5** Enkeltklinikkers prisendring fra 2020-2023 – Fylling 2 flater



Kilde: Vista Analyse, basert på Hvakostertannlegen (et tilfeldig strategisk utvalg klinikker med priser oppdatert i løpet av 2019-20) og nettprisundersøkelsen mai 2023 (priser fra nettsidene til de samme klinikkene som i uttrekket fra Hvakostertannlegen). N=88.

**Figur 6.6** Enkeltklinikkers prisendring fra 2020-2023 – Fylling 3 flater

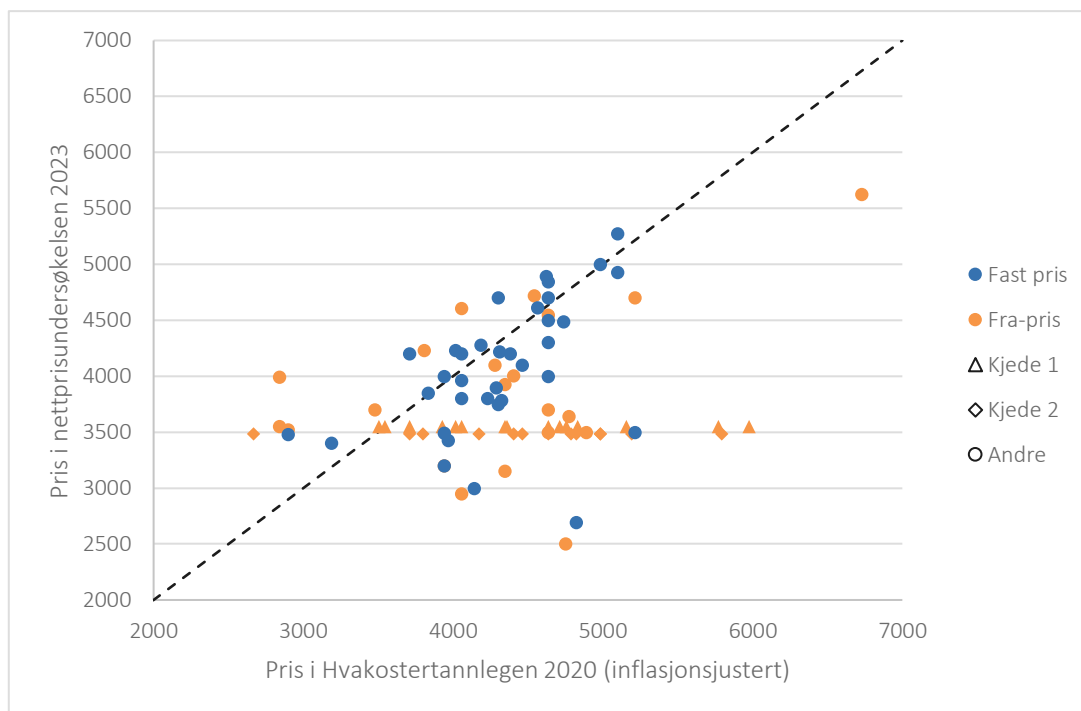


Kilde: Vista Analyse, basert på Hvakostertannlegen (et tilfeldig strategisk utvalg klinikker med priser oppdatert i løpet av 2019-20) og nettprisundersøkelsen mai 2023 (priser fra nettsidene til de samme klinikkene som i uttrekket fra Hvakostertannlegen). N=87.

### 6.5.3 Rotfylling

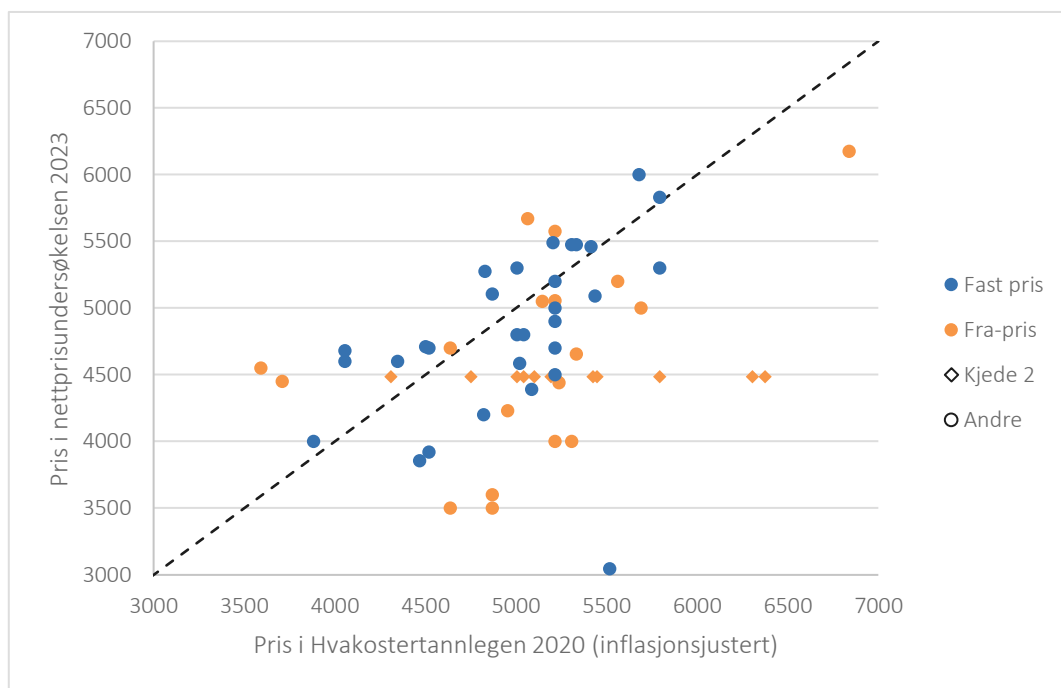
Rotfylling skiller seg fra de andre behandlingene ved at det ikke har vært en realprisvekst fra 2019/20 til 2023, men heller en svak realprisnedgang. Dette bildet bekreftes også i nettpreisundersøkelsen. Inkluderes klinikker med fra-priser, oppgir 65-70 pst. av klinikkene lavere priser på rotfyllinger på nettsidene i 2023 enn i Hvakostertannlegen i 2020, målt i 2023-kroner. Figur 6.7 viser at også her påvirkes resultatet noe av at vi kun observerer fra-pris for alle klinikkene innad i to av de store kjedene. Fra-prisene viser en nedre grense for prisen pasienter betaler. Hvis vi utelukker observasjoner med fra-priser og sammenligner medianpriser, er realprisnedgangen henholdsvis 5, 3 og 6 pst. for rotfylling av en, to og tre kanaler. Fremdeles kan det altså se ut til at rotfylling har sett en moderat realprisnedgang.

Figur 6.7 Enkeltklinikkers prisendring fra 2020-2023 – Rotfylling 1 kanal



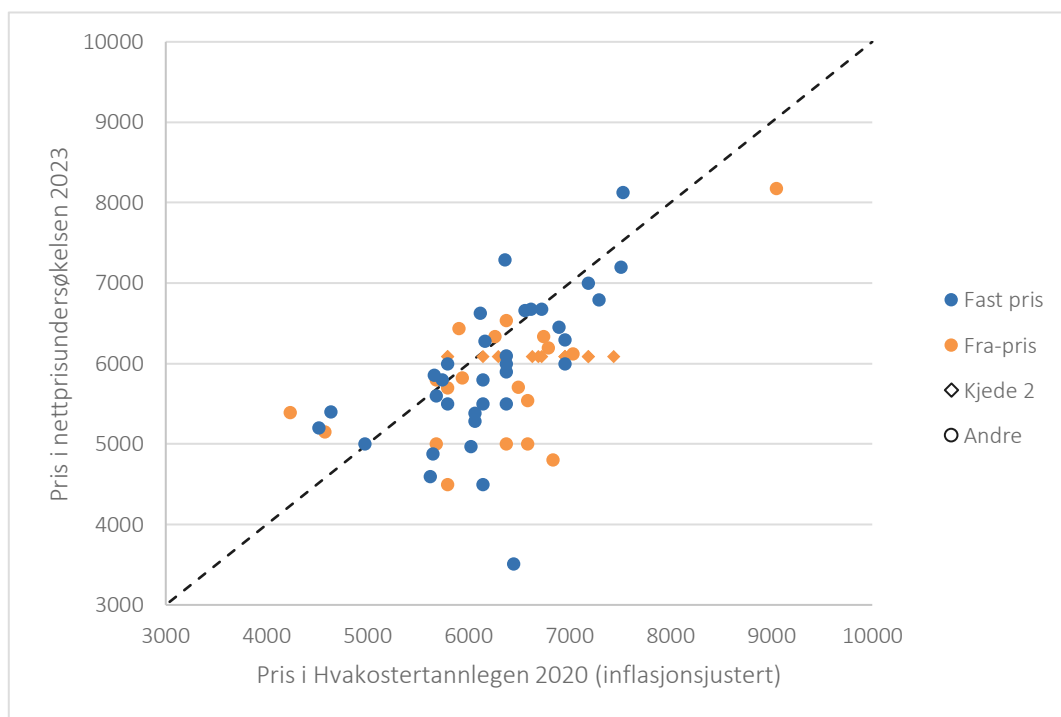
Kilde: Vista Analyse, basert på Hvakostertannlegen (et tilfeldig strategisk utvalg klinikker med priser oppdatert i løpet av 2019-20) og nettpreisundersøkelsen mai 2023 (priser fra nettsidene til de samme klinikkene som i uttrekket fra Hvakostertannlegen). N=84.

**Figur 6.8** Enkeltklinikkers prisendring fra 2020-2023 – Rotfylling 2 kanaler



Kilde: Vista Analyse, basert på Hvakostertannlegen (et tilfeldig strategisk utvalg klinikker med priser oppdatert i løpet av 2019-20) og nettpreisundersøkelsen mai 2023 (priser fra nettsidene til de samme klinikkene som i uttrekket fra Hvakostertannlegen). N=61.

**Figur 6.9** Enkeltklinikkers prisendring fra 2020-2023 – Rotfylling 3 kanaler



Kilde: Vista Analyse, basert på Hvakostertannlegen (et tilfeldig strategisk utvalg klinikker med priser oppdatert i løpet av 2019-20) og nettpreisundersøkelsen mai 2023 (priser fra nettsidene til de samme klinikkene som i uttrekket fra Hvakostertannlegen). N=66.

# 7 Befolkningens utgifter til tannbehandling

På oppdrag for Helse- og omsorgsdepartementet har Vista Analyse, i samarbeid med Kantar og professor Jostein Grytten, kartlagt forbrukermønsteret av tannhelsetjenester i voksenbefolkningen. Hensikten har vært å få kunnskap om behandlingsvolumet av tannhelsetjenester i den norske voksenbefolkningen og befolkningens utgifter til tannhelsetjenester. Resultatene sammenliknes med en tilsvarende undersøkelse fra 2013 for å vurdere om det har vært endringer i forbruksmønster, behandlingsvolum og egenbetaling.<sup>28</sup>

Befolkningsundersøkelsen er besvart av 3045 respondenter mellom 20 og 70 år fra Kantar sitt Galluppanel. Panelet skal være representativt for den norske voksenbefolkningen. Utvalget som har besvart undersøkelsen samsvarer godt med befolkningen mtp. kjønn, alder og geografi, men unge er noe underrepresentert. Resultatene presenteres derfor vektet, for å kompensere for skjevheten i utvalget sammenlignet med den norske befolkningen.

Til tross for at representativiteten til utvalget anses som god, må det tas visse forbehold. Det er naturlig å anta at Galluppanelet er underrepresentert for enkelte «svake» grupper i samfunnet, det være seg rusmisbrukere, personer uten tilgang til internett eller epost, mennesker med dårlige norskkunnskaper o.l. På bakgrunn av dette kan vi ikke hevde at resultatene fra denne spørreundersøkelsen er gjeldene for disse gruppene. Likevel kan man anta at resultatene fra analysen er representative for den generelle befolkningen mellom 20 og 70 år.

I dette kapittelet gjengis et utvalg av resultatene som presenteres i sin helhet i Vista-rapport-2023-50.

## 7.1 Tannbehandlingsutgifter

60 pst. av respondentene som har vært hos tannlegen og/eller tannpleier det siste året, oppgir under 2000 kroner i tannbehandlingsutgifter i løpet av året. Hele 25 pst. oppgir utgifter mellom 1001-1500 kroner. 6 pst. oppgir utgifter over 10 000 kroner og 1 pst. over 30 000 kroner. Et fåtall rapporterer om utgifter på over 100 000 kroner.

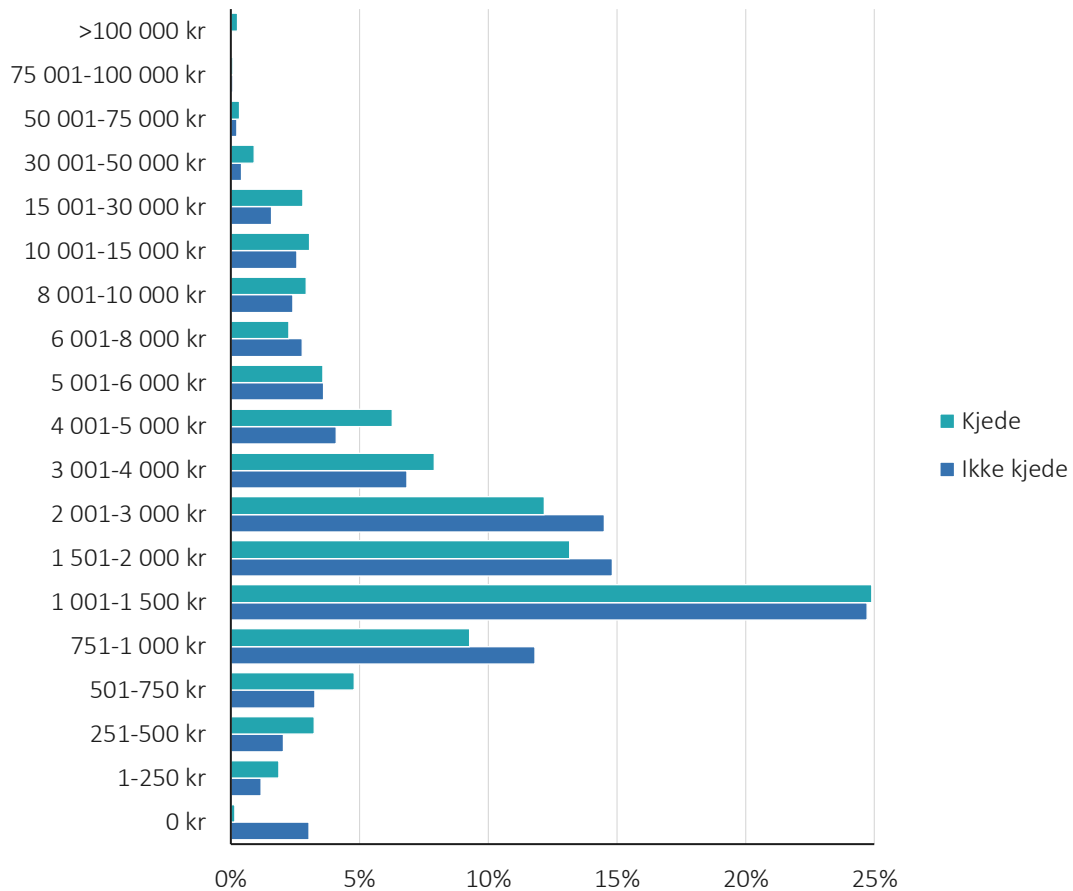
Figur 7.1 viser hvordan tannbehandlingsutgiftene fordeler seg blant respondentene som har vært hos tannlegen, tannpleier eller begge det siste året, hhv. for besøkende hos kjede og ikke-kjede. Respondentene som har vært hos en kjede, oppgir i snitt høyere tannbehandlingsutgifter. Medianutgiftene er imidlertid på 1750 kroner både blant respondentene som har besøkt kjede og ikke-kjede, som vil si at halvparten av respondentene har høyere utgifter enn dette, og like mange har lavere utgifter. Halvparten av de som har besøkt en kjede hadde utgifter mellom 1250 og 3500 kroner (som er hhv. p25 og p75 for besøkende hos kjeder), mens halvparten av de som har besøkt en ikke-kjede hadde utgifter mellom 1250 kroner og 2500 kroner. Altså er pasientenes utgifter tettere konsentrert rundt medianen hos ikke-kjeder, mens en større andel av pasientene hos kjeder har høyere utgifter.

<sup>28</sup> Grytten, J., Skau, I. og Holst, D. (2014). Tannhelsetjenestetilbudet blant voksenbefolkningen i Norge. Norsk Tannlegeforening Tidende 2014; 124: 276 – 83.



Som figuren under illustrerer, finner vi forskjeller mellom kjede og ikke-kjede blant de med høyeste og laveste utgifter. Det er færre som ikke har hatt noen utgifter etter besøk hos en kjede enn en ikke-kjede (hhv. 0,2 og 3 pst.) og en større andel av respondentene som har besøkt en kjede har hatt høye utgifter. 30 pst. av respondentene som har besøkt en kjede har hatt tannbehandlingsutgifter over 3000 kroner i løpet av de siste 12 månedene, mot 25 pst. av de øvrige respondentene. Hhv. 7 pst. og 5 pst. av respondentene har hatt utgifter over 10 000 kroner blant de som har besøkt hhv. kjede og ikke-kjede.

**Figur 7.1** Tannbehandlingsutgifter blant de som har vært hos kjede og ikke-kjede



Kilde: Vista Analyse, basert på befolkningsundersøkelse til et utvalg av Kantars GallupPanel september 2023. Vektet. N=2428, hvorav 630 har besøkt kjede. 7 ekstremobservasjoner er ekskludert. Respondenter som har vært hos tannlege og/eller tannpleier ila siste 12 månedene.

Utgiftsforskjellene mellom kjede og ikke-kjede kan henge sammen med at det er en større andel spesialister blant tannlegene i kjeder, og andre forskjeller i behandlingsomfanget. Når det kontrolleres for hvilken behandling respondentene oppgir å ha fått, er utgiftsforskjellene stort sett ikke lenger statistisk signifikante. Det er eksempelvis ingen statistisk signifikant prisforskjell mellom kjeder, offentlige klinikker og øvrige klinikker blant respondentene som kun har gjennomført undersøkelse med røntgen og tannrens det siste året.

Medianutgiften for undersøkelse med røntgen og tannrens er 1250 kroner for både besøkende hos kjede og ikke-kjede. Prisnivået stemmer godt med resultatene fra de andre undersøkelsene presentert i rapporten; Medianprisen blant private allmenntannleger som svarte på prisundersøkelsen var 1320 kroner og medianprisen basert på nettpreisundersøkelsen var 1290 kroner. Medianutgiften for undersøkelsen med røntgen, tannrens og fylling, er 1750 kroner for

både besøkende hos kjede og ikke-kjede. Også respondentene som kun oppgir å ha fått tannfylling har medianutgift på 1750 kroner, med en spredning mellom p25 og p75 fra 1250 til 2500. Igjen stemmer dette godt med prisundersøkelsen til de private allmenntannlegene, der medianpris for fylling av hhv. 1,2 og 3 flater var hhv. 1230, 1740 og 2030 kroner.

## 7.2 Utvikling fra 2013 til 2023

### Utgifter – lavere gjennomsnittsutgifter, men om lag uendret andel med høye utgifter

Gjennomsnittsutgiften til tannbehandling blant de som har vært hos tannlege og/eller tannpleier i løpet av det siste året har falt med ca. 800 2023-kroner, sammenliknet med for ti år siden.

Andelen med høye tannbehandlingsutgifter er imidlertid om lag uendret. I 2013 oppga 5,5 pst. av de som hadde vært hos tannlegen siste året at de hadde hatt tannlegeutgifter på over 10 000 kroner. Fra mars 2013 til september 2023 har det vært en generell prisvekst i samfunnet på 36,1 pst., så 10 000 kroner i 2013 tilsvarer 13 610 kroner i dag. Andelen med utgifter over hhv. 10 000 og 15 000 kroner er i dag hhv. 6 og 3 pst. Altså har omtrent en like stor andel av befolkningen høye tannbehandlingsutgifter i dag som for ti år siden.

### Forbruksmønster – like ofte hos tannlegen

Befolkningen mellom 20-70 år går ca. like ofte til tannlegen i dag som for ti år side. 74 pst. har vært hos tannlegen i løpet av de siste 12 månedene og 86 pst. i løpet av de siste to årene. Andelen i 2013 var ett prosentpoeng høyere, som i praksis vil si uendret andel, siden forskjellen er innenfor usikkerhetsmarginen til anslagene. Personer i 50- og 60 årene går noe sjeldnere til tannlegen enn før, men forskjellen er likevel kun anslagsvis 3-6 prosentpoeng.

I 2013 oppga 80 pst. at de går regelmessig til tannlegen. Litt færre svarer dette i dag, men andelen er over 60 pst. i alle aldersgruppene. 62 pst. blant de i 20-årene og 87 pst. blant de i 60-årene oppgir at de går regelmessig til tannlegen. Andelen er mellom 5 og 8 prosentpoeng lavere i 2023 enn i 2013 i de ulike aldersgruppene.

Timeinnkalling er den mest vanlige måten å komme i kontakt med tannlegen på i alle aldersgruppene (mellom 20-70 år). Mellom 55 og 80 pst. får timeinnkalling i aldersgruppene mellom 30-70 år, mens kun 35 pst. av de under 30 år får timeinnkalling. Timekalling var enda vanligere for ti år siden. Andelen som kalles inn regelmessig har gått ned med mellom 4 og 12 prosentpoeng i de ulike aldersgruppene, mest blant de i 20- og 40-årene og minst blant de over 60 år.

En noe større andel enn før tar selv kontakt med tannlegen regelmessig for kontroll (mellom 1 og 6 prosentpoeng flere enn i 2023 i de ulike aldersgruppene). Det er særlig vanlig blant personer under 30 år. Under halvparten av de yngste har en fast tannlege de går til for kontroll.

32 pst. av de under 30 år svarer at de kun går til tannlegen ved behov. Det er 10 prosentpoeng flere enn i 2013. I alle aldersgrupper har det blitt mer vanlig å kun gå til tannlegen ved behov, men det er fremdeles mindre vanlig jo eldre man er (blant respondenter i undersøkelsen, som er mellom 20 og 70 år). 11 pst. av de i 60-årene svarer at de kun går til tannlegen ved behov, som er 5 prosentpoeng mer enn i 2013.

Både i 2013 og i 2023 svarte 4 pst. av respondentene at de ikke går til tannlege.

### Behandlinger – hovedsakelig kontroll og rens, og mindre behandling enn før

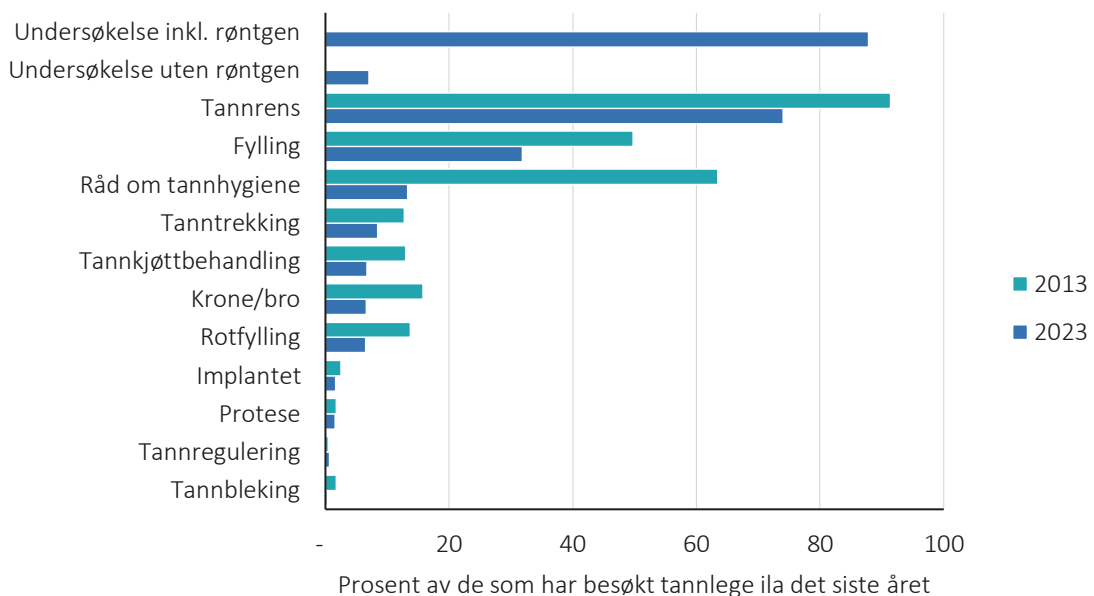
Hele 88 pst. av respondentene som har besøkt tannlege i løpet av det siste året oppga at de hadde hatt undersøkelse med røntgen da de var hos tannlegen. Litt over halvparten av de som har besøkt tannlegen i løpet av det siste året, gikk kun for kontroll og ev. tannrens. Blant de som har vært hos tannlegen kun én gang i løpet av de siste 12 månedene, fikk over 70 pst. kun utført undersøkelse og ev. rens.

De mest vanlige behandlingene utenom undersøkelse er rensing av tennene (74 pst.) og plombering eller fylling av hull (32 pst.). 9 pst. trakk tann/tenner. 7 pst. hadde rotfylling og like mange fikk utført hhv. tannkjøttbehandling og krone-/broterapi. Under 2 pst. fikk protese og like mange fikk implantat.

Sammenlignet med 2013-tallene, er det en reduksjon i de fleste behandlingene (Figur 7.2). Det er betydelig færre som fikk utført fylling i 2023 enn i 2013 blant personene mellom 20-70 år som hadde vært hos tannlegen i løpet av de siste 12 månedene ved spørreundersøkelsestidspunktet, hhv. 50 pst. i 2013 og 32 pst. i 2023. Andelen som har fått krone- og broterapi har falt fra 16 pst. til 7 pst. Også for behandlingene tannrens, rotfylling, tanntrekking, tannkjøttbehandling og tannbleking har behandlingsvolumet blitt markant lavere de siste ti årene.

Det har altså vært en betydelig nedgang i tannbehandlingsvolumet siden 2013, selv om folk går like ofte til tannlegen som før. Besøkene hos tannlegen består i større grad av kun kontroll i dag enn for ti år siden. Andelen som har fått råd om hvordan de kan holde tennene rene har også falt signifikant gjennom perioden, fra 63 pst. til 13 pst. Dette kan tyde på at tannhelsen i befolkningen har forbedret seg i løpet av de siste ti årene, til tross for at vi ikke finner noen endring i hvor ofte folk går til tannlegen.

**Figur 7.2** Behandling utført hos tannlegen siste året



Kilde: Vista Analyse, basert på befolkningsundersøkelse til et utvalg av Kantars GallupPanel september 2023. Resultater fra 2013 er fra befolkningsundersøkelsen til Grytten, Skau og Holst, respondentene mellom 20-70 år. Vektet. N hhv. 2295 (2023) og 3607 (2013). \*2013-tall for undersøkelse er ukjent.

# Referanser

- Arrow, K. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*.
- Grytten, J. (2017). Payment systems and incentives in dentistry. *Community Dent Oral Epidemiol.*, 45(1), 1-11. doi:10.1111/cdoe.12267
- Grytten, J., & Holmgren, T. (2017). De private spesialistene i tannhelsetjenesten – har de nok å gjøre? *Nor Tannlegeforen Tidende*, 127, 236-40. doi:10.56373/2017-3-3
- Grytten, J., & Sørensen, R. (1999). Konkurransen og tannhelsetjenester. Handelshøyskolen BI Discussion Paper Nr. 1/1999. ISSN 0807-3406.
- Grytten, J., & Skau, I. (2022). Improvements in dental health and dentists' workload in Norway 1992-2015. *International Dental Journal*, 72(3), 399-406.
- Grytten, J., Listl, S., & Skau, I. (2022). Do Norwegian private dental practitioners with too few patients compensate for their loss of income by providing more services or by raising their fees? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*.
- Grytten, J., Skau, I., & Holst, D. (2004). Endringer i utgifter og honorarer for tannbehandling 1995-2004. *Nor Tannlegeforen Tidende*, 114, 744-7. doi:10.56373/2004-14-2
- Grytten, J., Skau, I., & Holst, D. (2007). Organisasjonsformer i privat tannlegepraksis i Norge. *Nor Tannlegeforen Tidende*, 117, 196-200. doi:10.56373/2007-4-2
- Høifødt Sørensen, T. (2021). God tannhelse for alle. *Tidsskriftet. Den norske legeforening*.
- Helsedirektoratet. (2018). *NHSP 2020-2023 Kunnskapsgrunnlag til underprosjektet "Helsepersonell med utdanning fra utlandet*.
- Holden, A. L. (2021). Overtreatment as an ethical dilemma in Australian private dentistry: A qualitative exploration. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*.
- Holmgren, T., Rongen, G., & Grytten, J. (2017). Allmenntannlegen i den private tannhelsetjenesten – har de nok å gjøre? *Nor Tannlegeforen Tidende*, 127, 948-52. doi:10.56373/2017-11-3
- Konkurransetilsynet. (2005). *Frie yrker - friere konkurranse*. Konkurransetilsynets skriftserie (3:2005).
- Léonard, C. S. (2009). Association between physician density and health care consumption: A systematic review of the evidence. *Health Policy*.
- Olsen, J. (2017). *Principles in Health Economics and Policy*. 2. utgave. Oxford University Press.
- Pauly, M. V., & Satterthwaite, M. A. (1981). The pricing of primary care physicians' services: a test of the role of consumer information. *The Bell Journal of Economics*, 12(2), ss. 488-506.
- Rebitzer, J. o. (2023). *Why not better and cheaper*. Oxford University Press.

- Satterthwaite, M. A. (1979). Consumer information, equilibrium industry price, and the number of sellers. *The Bell Journal of Economics*, 10(2), ss. 483–502.
- Satterthwaite, M. A. (1989). Competition and equilibrium as a driving force in the health services sector. I R. P. Inman, *Managing the Service Economy; Prospects and Problems* (ss. 239-279). Cambridge University Press: New York.
- Sintonen, H. o. (2000). Economics of dental services. I *Handbook of Health Economics* (ss. 1251-1296). Elsevier.
- Tandläkarförbund, S. (2015). *Nordic Dentistry in Numbers*.
- Villas-Boas, J. (2006). Dynamic Competition with Experience Goods. *Journal of Economics & Management Strategy*.
- Vista Analyse (2023): *Befolkningens tannhelseutgifter og forbruksmønstre*. Vista Analyse rapport 2023/50. Av Mari Brekke Holden og Siri Bråten Øye
- Watt RG, D. B.-H. (2019). Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *The Lancet*.
- Wiik, A. (2019). *The impact of horizontal mergers on price and treatment variety: An ex-post evaluation of the Finnish private dental care market*. Hanken School of Economics.

# Vedlegg

# A Spørreundersøkelsen

## A.1 Private allmenntannleger: Korrelasjon mellom priser på de ulike behandlingene

Tabellen på neste side viser korrelasjonen mellom respondentens oppgitte priser på de ulike behandlingene. Positiv korrelasjon mellom to behandlinger betyr at respondenter som oppgir relativt høye priser i forhold til andre respondenter på en behandling, også har relativt høye priser på den andre behandlingen, og tilsvarende at de med relativt lave priser på en behandling, også har det på andre behandlinger. Det er sterkere priskorrelasjon innenfor en behandlingstype enn mellom behandlingstyper, som vil si at en respondent som oppgir relativt lav pris på fylling 1 flate, også typisk har lav pris på fylling 2 og 3 flater, mens prisen på implantat-behandlinger ikke nødvendigvis har like lav pris i forhold til de andre respondentene.

Tabell A.1 Korrelasjon mellom priser på de ulike behandlingene (spørreundersøkelse private allmenntannleger)

	Undersøkelse	Fylling 1 flate	Fylling 2 flate	Fylling 3 flate	Rotfylling 1 kanal	Rotfylling 2 kanaler	Rotfylling 3 kanaler	Kirurgisk tanntrekking	marginal periodontitt	Skallfasetter/laminater	Metall fremstilt permanent helkroner	Keram fremstilt permanent helkroner	Partiell protese med støpt metallskjelett	Implantatbasert helkroner metall	Implantatbasert helkroner keram
Undersøkelse	1.00														
Fylling 1 flate	0.46	1.00													
Fylling 2 flater	0.42	0.88	1.00												
Fylling 3 flater	0.52	0.80	0.91	1.00											
Rotfylling 1 kanal	0.42	0.51	0.63	0.63	1.00										
Rotfylling 2	0.45	0.54	0.63	0.60	0.92	1.00									
Rotfylling 3	0.47	0.64	0.70	0.68	0.84	0.93	1.00								
Kirurgisk tanntrekking av	0.38	0.40	0.41	0.43	0.49	0.62	0.67	1.00							
Behandling av marginal	0.42	0.35	0.40	0.47	0.45	0.45	0.55	0.47	1.00						
Skallfasetter/laminater inkl.	0.12	0.28	0.22	0.22	0.49	0.46	0.41	0.51	0.32	1.00					
Metall fremstilt permanent	0.54	0.59	0.64	0.66	0.79	0.77	0.81	0.61	0.70	0.54	1.00				
Keram fremstilt permanent	0.52	0.53	0.61	0.66	0.79	0.75	0.78	0.49	0.71	0.47	0.96	1.00			
Partiell protese med støpt	0.52	0.32	0.41	0.46	0.73	0.76	0.71	0.56	0.57	0.51	0.70	0.69	1.00		
Implantatbasert helkroner	0.20	0.20	0.22	0.15	0.27	0.29	0.23	0.14	0.25	0.23	0.16	0.23	0.29	1.00	
Implantatbasert helkroner keram	0.23	0.20	0.22	0.15	0.30	0.32	0.26	0.17	0.28	0.25	0.19	0.26	0.31	0.99	1.00
Kirurgisk innsetting av	0.40	0.25	0.27	0.31	0.23	0.15	0.15	0.09	0.38	0.15	0.26	0.25	0.29	-0.07	-0.05



## B Hvakostertannlegen

### B.1 Antall klinikker og snittpris, etter året prisen er oppdatert

Tabellen gir en oversikt over status for Hvakostertannlegen-portalen per mai 2020, hhv. antall private klinikker som hadde oppdatert sine priser i portalen, når prisen sist var oppdatert og medianprisen inndelt etter året prisen var oppdatert. Tabellen illustrerer at en stor andel av klinikkene i portalen per mai 2020 hadde oppdaterte sine priser i løpet av 2019, men samtidig var ca. 20 pst. av prisene ikke oppdatert på 5-6 år. I tabellen oppgis også nominell vekst i medianprisen fra 2014 til 2020. Det er imidlertid usikkert hvor mye prisene til klinikkene som ikke hadde oppdatert sine priser siden f.eks. 2014 kan si om det generelle prisnivået blant samtlige klinikker i 2014, da klinikkene som lot sine priser bli utdaterte kan være systematisk forskjellige fra gjennomsnittsklinikken. Medianprisen per år, oppgitt i tabellen under, trenger derfor ikke være representativ for det generelle prisnivået blant samtlige klinikker det året.

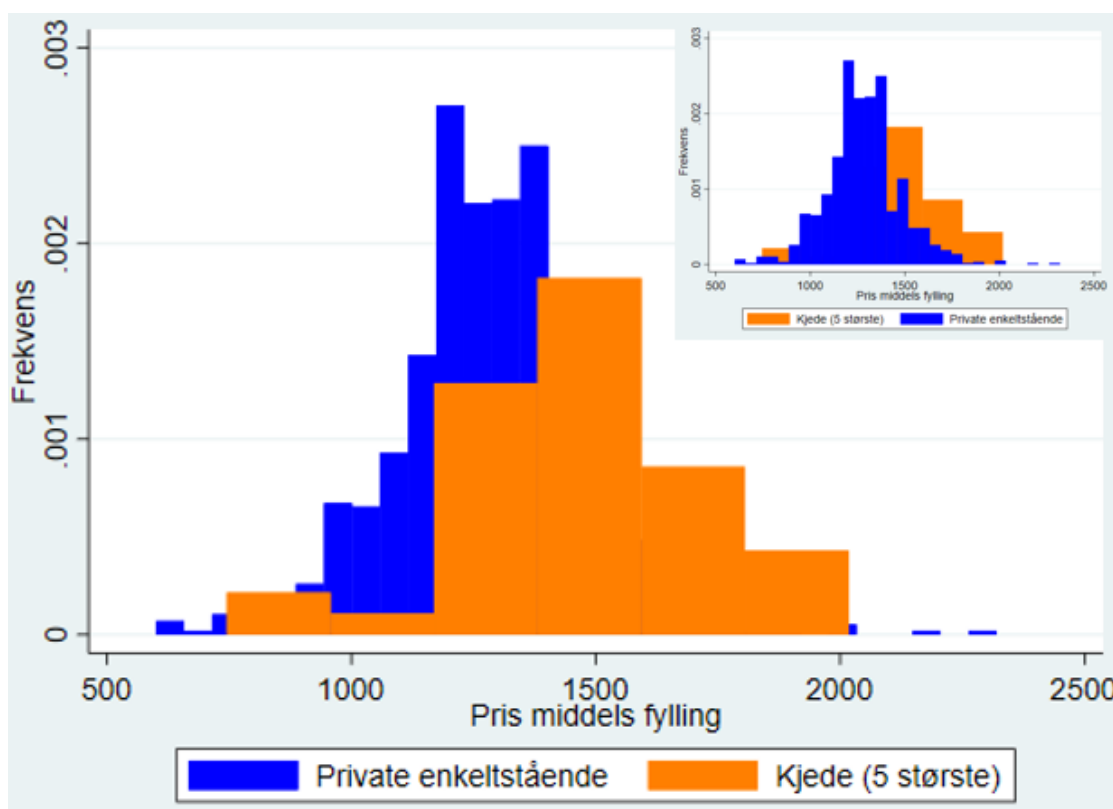
Tabell B.1 Antall private klinikker og priser i Hvakostertannlegen per mai 2020

År	Antall klinikker ut ifra når prisen er oppdatert				Medianpris private klinikker			
	Undersøkelse	Middels fylling	Rotfylling 1 kanal	Helkeramisk krone på en jeksel	Undersøkelse	Middels fylling	Rotfylling 1 kanal	Helkeramisk krone
2014	170	388	188	180	909	1 092	3 111	5 889
2015	150	115	172	161	893	1 139	3 195	5 854
2016	84	71	71	63	899	1 149	3 157	5 823
2017	41	50	49	53	918	1 181	3 437	5 927
2018	102	108	105	100	929	1 244	3 486	6 113
2019	933	892	806	880	1 001	1 279	3 593	6 267
2020	167	164	153	152	1 041	1 346	3 762	6 385
<b>Total</b>	<b>1647</b>	<b>1788</b>	<b>1544</b>	<b>1589</b>				
Nominell vekst 2014-20					15 %	23 %	21 %	8 %

## B.2 Histogram: Prisspredning kjede og ikke-kjede

Figuren under er et histogram som viser prisspredningen på middels stor fylling mellom de private klinikkene som har rapportert inn sine priser til Hvakostertannlegen-portalen i løpet av januar 2019 til mai 2020. Figuren illustrerer at prisene til klinikker tilknyttet de største kjedene generelt ligger noe høyere enn prisene til øvrige private klinikker. Medianprisen i 2020 var hhv. 1455 kroner blant klinikkene i Hvakostertannlegen tilknyttet de fem største kjedene (N=44) og 1274 kroner blant øvrige private klinikker (N=1012). Den vertikale y-aksen viser andel klinikker med pris innenfor et gitt intervall. Histogrammet øverst i høyre hjørnet viser fordelingen til de blå stolpene (til de private enkeltstående klinikkene) som skjuler seg bak de oransje stolpene (til de store kjedene) i hovedfiguren.

Figur B.1 Middels stor fylling - histogram



Kilde: Vista Analyse, basert på Hvakostertannlegen priser oppdatert 1. mai 2019-20





VISTA  
ANALYSE

Vista Analyze AS  
Meltzers gate 4  
0257 Oslo

[post@vista-analyse.no](mailto:post@vista-analyse.no)  
[vista-analyse.no](http://vista-analyse.no)