

Nye aktører på tandlægemarkedet

Rapport

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen



Kolofon

Udarbejdet af: Emil Foged og Claus Galbo-Jørgensen

Dato: 5. november 2018

Kontakt

Incentive, Holte Stationsvej 14, 1., 2840 Holte

T. 61 333 500, M. kontakt@incentive.dk

incentive.dk

Indholdsfortegnelse

1	SAMMENFATNING	4
2	INDLEDNING	7
3	NYE AKTØRER PÅ TANDLÆGEMARKEDET	8
3.1	Priser	8
3.2	Patienttilfredshed	12
3.3	Åbningstider	14
3.4	Effektivitet	15
4	TANDLÆGEKÆDERS BETYDNING FOR PRISDANNELSEN	19
5	EFFEKT AF NUVÆRENDE REGULERING	21
5.1	Ejerskabsregler	21
5.2	Faste priser på visse ydelser	23

1 Sammenfatning

Regeringen (Venstre, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti), Socialdemokratiet, Dansk Folkeparti, Enhedslisten, Alternativet, Radikale Venstre og Socialistisk Folkeparti blev i februar 2018 enige om at igangsætte et arbejde med at gentænke voksentandplejen i Danmark. Regeringen har i medfør heraf nedsat en arbejdsgruppe, der skal undersøge området.

Der har løbende gennem 2017 og 2018 været drøftelser i offentligheden af konkurrenceforholdene i voksentandplejen. Arbejdsgruppen skal derfor også undersøge konkurrenceforhold, ejerskab og prisfastsættelse. Det er netop dette område, vi undersøger i denne rapport.

Flere og flere tandklinikker indtræder i kædesamarbejder, men de nuværende regler lægger begrænsninger på, hvordan kæderne kan organisere sig og drive deres forretning. Det er således i dag kun tandlæger, der må eje majoriteten af en tandlægeklinik, og hver tandlæge må højst eje to klinikker. Drøftelserne har derfor i høj grad kredset om, hvordan tandlægekæder påvirker branchen.

Mange ligheder mellem tandlægekæder og traditionelle tandlæger

I analysen har vi undersøgt, hvorvidt tandlægekæder adskiller sig fra de traditionelle tandlæger på parametre som pris, patienttilfredshed, åbningstid og effektivitet. Vores analyse viser, at kæderne i gennemsnit ikke adskiller sig fra traditionelle tandlæger hvad angår patienttilfredshed og pris, men at kædetandlægerne bl.a. har flere åbningstimer og har organiseret sig i større enheder.

Der er ingen systematiske prisforskelle mellem tandlægekæder og traditionelle tandlæger. Blandt tandlægekæderne findes der både kæder, der er markant billigere end kommunegennemsnittet, og kæder, der er dyrere end kommunegennemsnittet.

Patienter, der har anmeldt deres tandlæge på Google, er generelt tilfredse (4,4 på en skala fra 1-5). Der er ingen signifikant forskel på patienttilfredsheden af kædeklinikker og traditionelle tandlæger.

Tandlægekæderne har i gennemsnit åbent 41,7 timer om ugen. Det er 2,8 timer længere end gennemsnittet for de traditionelle tandlæger.

Kædeklinikkerne er typisk større end de traditionelle klinikker. I kædeklinikkerne er der i gennemsnit 11,3 årsværk pr. klinik, mens det tilsvarende tal for traditionelle tandlæger er 4,9 årsværk. Antallet af årsværk pr. klinik siger i sig selv ikke noget om, hvor effektivt klinikkerne drives. Men på større klinikker kan der i nogle tilfælde være mulighed for at organisere arbejdet mere effektivt, så tandlægerne kan bruge en større del af deres arbejdstid på at behandle patienter.

Analysen viser desuden, at kæderne har en højere andel klinikassistenter og tandplejere og en lavere andel tandlæger beskæftiget i deres klinikker.

Tandlægekæder bidrager til øget konkurrence

I kommuner, hvor der hverken var kæder i juni 2017 eller i september 2018, steg priserne i gennemsnit med 4,7%. I kommuner, hvor der ifølge prisindberetningerne på sundhed.dk er åbnet en kædeklinik i perioden mellem juni 2017 og september 2018, steg priserne med 3,8%. Priserne steg altså ca. 1%-point mindre i de områder, hvor der er åbnet en kædeklinik. Resultaterne indikerer, at tandlægerne er mindre tilbøjelige til at hæve deres priser, når der åbner en kæde i nærområdet, og at kæderne dermed har bidraget til øget konkurrence på tandlægemarkedet.

En mulig forklaring er, at de traditionelle klinikker holder igen med prisstigninger, fordi de frygter, at kædeklinikken vil forsøge at tiltrække patienter ved hjælp af fx øget markedsføring eller lavere priser.

Den nuværende regulering begrænser muligheden for stordriftsfordele

Vi har gennemført interviews med Tandlægeforeningen, tre tandlægekæder og en institutionel investor i en tandlægekæde for at afdække aktørernes vurdering af, hvad den nuværende regulering betyder for konkurrencen på markedet. Der er forskellige forståelser på området mellem aktørerne, og vi har derfor ikke kunnet konkludere noget endeligt.

De nuværende regler indeholder som nævnt to primære restriktioner på ejerforholdene i tandlægebranchen:

- Kun tandlæger må eje majoriteten af en tandlægeklinik.
- En tandlæge må højst eje to klinikker.

Tandlægekæderne fremhæver, at ejerskabsreglerne betyder, at det ikke er muligt at drive en tandlægekæde som én samlet virksomhed. Kæden ejer i stedet en minoritetsandel af de enkelte klinikker (typisk 49%), mens en tandlæge ejer majoriteten (typisk 51%). Reglerne medfører således, at det altid er tandlægen, der ejer majoriteten af den enkelte klinik, som har den bestemmende indflydelse på klinikens aktiviteter.

Denne konstruktion betyder ifølge kæderne, at det er dyrere at drive kædesamarbejdet, og at det ikke er muligt at realisere de fulde stordriftsfordele. Det skyldes bl.a., at det er vanskeligt at samle og effektivisere administrative opgaver, ikke er muligt at dele personale og udstyr på tværs af klinikker og vanskeligere at opnå rabatter ved fælles indkøb.

Tandlægeforeningen ønsker at opretholde de nuværende ejerskabsbegrænsninger. De beskriver, at der kan være en risiko for, at ønsker til indtjening og overskud fra eksterne investorer kan gå ud over fagligheden og kvaliteten og fx medføre overbehandling af patienterne. De peger desuden på, at en ophævelse af ejerskabsbegrænsningerne kan medføre en risiko for monopoldannelse, hvis én eller få tandlægekæder ender med at sætte sig på meget store dele af det danske marked.

Den nuværende lovgivning (som pr. 1. juni 2018 erstatter - og i vid udstrækning viderefører - den hidtidige tandlægeoverenskomst) bestemmer, at der er faste priser på en række af de mest almindelige ydelser. Repræsentanter fra tandlægekæderne peger på, at de faste priser forhindrer dem i at tilbyde fx gratis undersøgelser til nye patienter. Dette kunne ellers være et instrument til at tiltrække nye kunder og dermed øge dynamikken og konkurrencen i markedet. Omvendt beskriver Tandlægeforeningen det som en fordel, at forbuddet mod denne type rabatter kan modvirke, at patienterne skifter tandlæge, hvilket ifølge foreningen kan skade kontinuiteten i tandplejen.

Tandlægeforeningen fremhæver desuden, at de faste priser bidrager til at sikre gennemsigtighed for patienterne, i forhold til hvad basaltandplejen koster.

Interessenterne fremhæver samstemmende, at de faste priser i nogle tilfælde er sat for lavt og kun vanskeligt kan dække omkostningerne ved at producere ydelsen. Det kan medvirke til, at tandlægerne sætter priserne på de ikke-regulerede ydelser højere, end de ellers ville være, for derigennem at sikre den manglende indtjening. Dette kan dog ikke påvises på det foreliggende grundlag.

2 Indledning

Regeringen (Venstre, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti), Socialdemokratiet, Dansk Folkeparti, Enhedslisten, Alternativet, Radikale Venstre og Socialistisk Folkeparti blev i februar 2018 enige om at igangsætte et arbejde med at gentænke voksentandplejen i Danmark. Regeringen har i medfør heraf nedsat en arbejdsgruppe, der skal undersøge området.

Arbejdet skal undersøge modeller for voksentandplejen, som kan:

- understøtte og udbygge den gode og tværfaglige forebyggelsesindsats i Danmark.
- understøtte bedre overgange mellem børne- og ungetandplejen og voksentandplejen.
- understøtte social lighed i tandsundhed.
- understøtte lavere og mere rimelige priser i tandplejen.

Arbejdsgruppen skal i den forbindelse udarbejde fire delleverancer:

- a. Kortlægning af de eksisterende ordninger i den danske tandpleje
- b. Analyse af tandplejeordninger i andre udvalgte lande
- c. Analyse af konkurrenceforhold, herunder ejerskab og prisfastsættelse
- d. Model for den fremtidige tandpleje.

Denne rapport vedrører delleverance C.

Der har løbende gennem 2017 og 2018 været drøftelser i offentligheden af konkurrenceforholdene i voksentandplejen. Flere og flere tandklinikker indtræder i kædesamarbejder, men de nuværende regler lægger begrænsninger på, hvordan kæderne kan organisere sig og drive deres forretning. Det er således i dag kun tandlæger, der må eje majoriteten af en tandlægeklinik, og hver tandlæge må højst eje to klinikker.

Drøftelserne har derfor i høj grad kredset om, hvordan tandlægekæder påvirker branchen. I denne rapport undersøger vi derfor, hvad tandlægekæder betyder for tandlægemarkedet.

Rapporten har følgende struktur:

- Kapitel 3 handler om, hvordan tandlægekæder adskiller sig fra traditionelle tandlæger på parametre som pris, patienttilfredshed, åbningstid og effektivitet.
- I kapitel 4 gør vi rede for, hvilken betydning tandlægekæder har for prisdannelsen på markedet.
- I kapitel 5 beskriver vi, hvordan den nuværende regulering påvirker kædernes mulighed for at ekspandere og drive effektiv tandlægevirksomhed.

I rapporten benytter vi offentligt tilgængelige data til at sammenligne kædeklinikker og andre tandlæger og til at undersøge kædernes betydning for prisdannelsen. Denne viden har vi suppleret med interessentinterview, som også har dannet grundlag for kapitel 5.

God læselyst.

3 Nye aktører på tandlægemarkedet

I dette kapitel undersøger vi, hvordan tandlægekæder adskiller sig fra traditionelle tandlæger. Vi sammenligner de to typer aktørers priser, patienttilfredshed, åbningstider og effektivitet.

Vi benytter ordet tandlægekæder om samarbejder, hvor den enkelte tandklinik tager navn efter kæden. Med denne definition er det kun klinikker, der identificerer sig selv som en del af en kæde og benytter det direkte i markedsføring, der medtages. Vi medtager kun kæder med fælles ejerskab, således at det samme selskab eller enkeltperson har ejerandele i alle de tandklinikker, der indgår i kæden. Dette ekskluderer mere løse samarbejdsrelationer mellem tandklinikker.

I tabellen nedenfor er en kort beskrivelse af de tandlægesamarbejder, som vi betragter som tandlægekæder i denne analyse.

Tabel 1

Oversigt over tandlægekæder i analysen

Kæde	Stiftet i år	Antal klinikker pr. 6. sep. 2018
Tandlægen.dk	2015	61
Godt Smil	2008	24
Dentist.dk	2004	18
Oris	2017	9
Dentalklinikken	2011	6
Colosseum	2004*	5
PLUS1	2007*	4

Kilde: Kædernes egne websites.

* Det er uklart, hvornår kædedriften begyndte.

** Der kan muligvis findes enkelte mindre tandlægesamarbejder, der opfylder vores kædedefinition, men som ikke er med på ovenstående liste. Det kan være tilfældet, hvis vi ikke har haft kendskab til kæden, og derfor ikke har kunnet søge efter navnet. I lyset af det formodede begrænsede omfang af sådanne eventuelle yderligere samarbejder, der opfylder vores kædedefinition, bør tilstedeværelsen af sådanne samarbejder ikke kunne ændre på rapportens overordnede konklusioner.

3.1 Priser

Den hidtidige tandlægeoverenskomst bestemmer, at der er faste priser på en række af de mest almindelige ydelser. Det gælder eksempelvis tandeftersyn, tandrensning og visse røntgenbilleder.¹ På andre ydelser er der fri prisdannelse. Det gælder fx broer, bidskinner og implantater. Klinikejerne har siden 2014 været forpligtet til at offentliggøre priser på en række frie ydelser på sundhed.dk.²

¹ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen (2017), *Potentiale for øget konkurrence og besparelser i tandlægebranchen*.

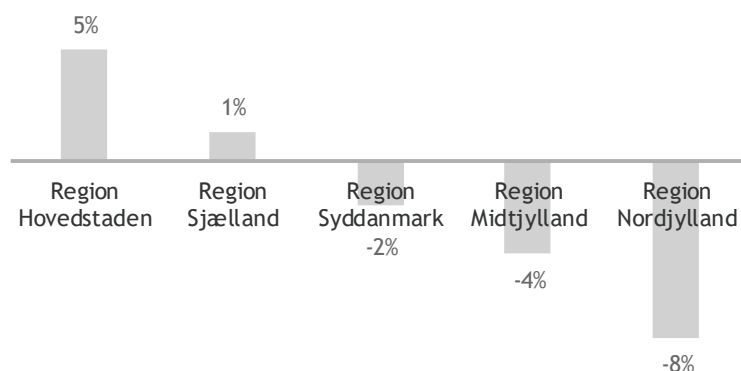
² Regionernes Lønnings og Takstnævn & Tandlægeforeningen (2015): *Tandlægeoverenskomsten*

Prissammenligningen i dette afsnit er baseret på priser for de frie ydelser, der er indsamlet fra sundhed.dk, jf. boks 1 på side 11.

Regionale prisforskelle på tandlægeydelser

Der er regionale prisforskelle på tandlægeydelser i Danmark. Priserne er højest i hovedstaden og lavest i Region Nordjylland, jf. figur 1. De regionale prisforskelle kan skyldes mange faktorer fx forskelle i omkostnings- og lønniveau, konkurrenceintensitet samt patienternes betalingsvillighed og indkomstniveau.

Figur 1 Regionale prisforskelle i 2018, gennemsnitlig prisforskel til landsgennemsnit



Kilde: Priser fra sundhed.dk.

Note: Den gennemsnitlige prisforskel er beregnet ved først at beregne den gennemsnitlige procentvise prisforskel pr. ydelse mellem hver af regionerne og landsgennemsnittet. Herefter har vi beregnet den gennemsnitlige prisforskel på tværs af ydelserne for hver af regionerne. Med denne metode indgår alle ydelser med samme vægt uanset prisniveau og antal prisobservationer.

Der er således betydelige geografiske forskelle, som man skal tage højde for, når man sammenligner tandlægers priser. I det følgende afsnit sammenligner vi derfor den enkelte tandlæges pris med den gennemsnitlige pris i den pågældende kommune. På den måde undgår vi, at regionale forskelle i udbredelsen af kæder påvirker prissammenligningen.

Samlet set fordeler kædeklivkerne sig over hele prisspektret

Ser man på kæderne under ét, er der ikke nogen forskel mellem priserne for kædeklivkerne og traditionelle tandlæger. Både inden for kæder og traditionelle tandlæger er der klinikker, der er dyrere og billigere end gennemsnitsprisen i kommunen.

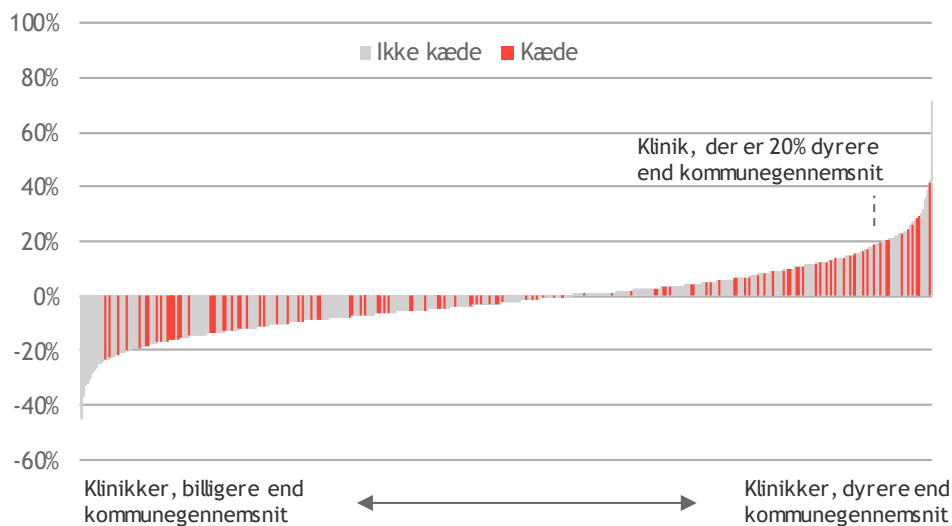
Figur 2 viser, at der ikke er nogen systematisk forskel i, hvordan prisforskellen fordeler sig for de to typer aktører. I figur 2a er hver søjle en klinik, og højden på søjlen angiver den gennemsnitlige prisforskel til kommunegennemsnittet. Som det fremgår af figuren, findes der kædeklivkerne, der er dyrere og billigere end gennemsnittet. I figur 2b er klinikkerne grupperet efter, hvor billige de er, så man nemmere kan sammenligne kæder og traditionelle tandlæger direkte. Selvom der er mindre forskelle på højden af søjlerne, er der ingen statistisk signifikant forskel mellem de to fordelinger og dermed mellem de to typer aktørers priser.

Figur 2

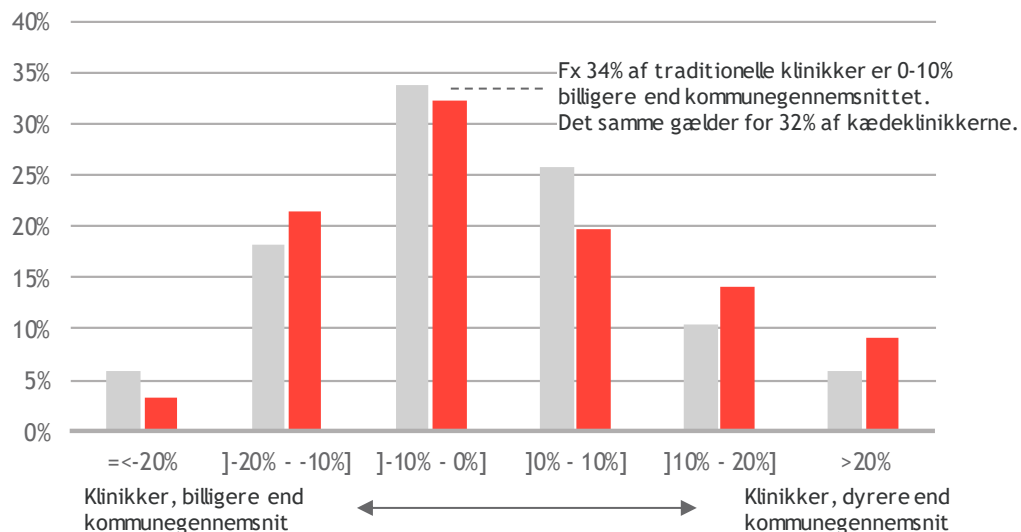
Prissammenligning mellem kædeklিনikker og traditionelle tandlæger

Gennemsnitlig prisdifference pr. klinik i forhold til kommunegennemsnit i 2018

a) Både kædeklিনikkerne og de traditionelle klিনikker fordeler sig over hele prisspektret



b) Der er ingen signifikant forskel mellem kædeklিনikker og traditionelle klিনikker



Kilde: Data fra sundhed.dk.

Note: Vi har beregnet den procentvis prisdifference i forhold til kommunegennemsnittet pr. ydelse pr. klinik. Herefter har vi beregnet den gennemsnitlige prisdifference pr. klinik som et uvægtet gennemsnit af prisdifferensen pr. ydelse. Denne metode har følgende fordele: ydelser vægter lige uanset prisniveau, forskelle i produktmiks påvirker ikke resultatet, og geografiske forskelle i prisniveau påvirker ikke resultatet. Der er ingen statistisk signifikant forskel mellem de to fordelinger (p-værdi=0,25) i figur 2b.

Prisanalysen i dette kapitel baserer sig på prisoplysninger fra websiden sundhed.dk. Her kan de enkelte tandlæger informere om deres priser på 25 forskellige frie ydelser. For frie ydelser med offentligt tilskud er der endda pligt til at informere om prisen. Vi har indsamlet prisdata fra juni 2017 og september 2018.

Tabellen nedenfor opsummerer omfanget af prisinformationer fra sundhed.dk.

	2017	2018
Alle klinikker		
Antal klinikker	1.615	1.494
Antal ydelser	19	24
Antal priser	16.070	24.651
Kædeklínikker		
Antal klinikker	95	121
Antal priser	1.016	2.221

Ifølge Sundhedsdatastyrelsen er der 1.752 tandlægepraksis i Danmark pr. 1. januar 2018. Analyserne baserer sig altså på et datagrundlag, der dækker langt størstedelen af de danske tandlæger.

Der er imidlertid metodiske udfordringer med at sammenligne priser på tandlægeydelser.

Prisspænd: Det er muligt at indberette en nedre og en øvre pris for hver af ydelserne. Det gør det vanskeligt at sammenligne priserne. Vi har i denne rapport primært analyseret gennemsnittet mellem øvre og nedre pris som et udtryk for priseniveauet for en ydelse, men vi har også undersøgt, om konklusionerne ændrer sig, hvis man i stedet analyserer den nedre og øvre pris separat.

Forskellige ydelser: Det er forskelligt, hvor mange ydelser de enkelte tandlæger oplyser priser på. Vi sammenligner priserne for hver enkelt ydelse for sig og aggregerer efterfølgende. Derved undgår vi, at "ydelsesmikset" påvirker prissammenligningen.

Fejlindtastninger: Det er tandlægerne selv, der indtaster priserne. Det betyder, at der kan optræde fejlindtastninger. For at undgå, at fejlindtastninger påvirker analysen, har vi sorteret prisobservationer fra, hvor forskellen mellem nedre og øvre pris er større end 100%. Det er muligt, at dette kriterie også sorterer korrekte observationer fra, men i de tilfælde er prisspændet alligevel så stort, at observationen ikke bidrager til analysen. Kriteriet frasorterer i alt 5,5% af prisobservationerne.

Identifikation af kæder: Som beskrevet tidligere definerer vi en tandlægekæde som et samarbejde mellem klinikker, hvor den enkelte klinik tager navn efter kæden. Vi har derfor identificeret kædeklínikker ved at søge efter kædenavnet i klinikenavnet i data fra sundhed.dk. Enkelte kædeklínikker har ikke skrevet kædenavnet som en del af klinikenavnet, selvom vi fra kædernes websider kan se, at de er en del af en kæde. Dem har vi manuelt kategoriseret som kæder.

Vi har dernæst kontrolleret via opslag i CVR-registeret, at den samme person eller det samme selskab direkte eller indirekte har ejerandele i de tandklinikker, der indgår i kæden.

Store prisforskelle mellem de enkelte tandlægekæder

Der er forskel på, hvordan de enkelte kæder har valgt at prissætte deres ydelser. Nogle kæder er i gennemsnit billigere end kommunegennemsnittet, mens andre er dyrere, jf. tabel 2. Det er altså ikke muligt meningsfyldt at tale om kædernes priser under ét. For de billigste kæder er den gennemsnitlige prisforskel 12-14%, mens den dyreste kæde i gennemsnit er 19% dyrere end den kommunale gennemsnitspris.

Vores gennemgang viser at de kæder, som er billigere end kommunegennemsnittet, også markedsfører sig med lave priser på fx deres hjemmeside og på Google. De dyreste kæder markedsfører sig generelt på andre parametre, fx moderne faciliteter, tryghed og tillid.

Tabel 2

Gennemsnitlig prisforskel i forhold til kommunegennemsnit pr. kæde i 2018

Kæde	Prisforskel i %
Kæde 1	-14%
Kæde 2	-12%
Kæde 3	2%
Kæde 4	6%
Kæde 5	7%
Kæde 6	8%
Kæde 7	19%

Kilde: Beregninger baseret på data fra sundhed.dk.

3.2 Patienttilfredshed

Det er vanskeligt at undersøge kvaliteten af tandpleje, fordi der ikke er fastsatte parametre, der bruges i systematiske sammenligninger af tandlæger. I stedet undersøger vi en række tilgængelige parametre, der indikerer kvaliteten og serviceniveauet, og som kan sammenlignes på tværs af tandkliniktyper:

- Patienttilfredshed
- Åbningstider
- Effektivitet, fordi høj effektivitet potentielt kan udmønte sig i lavere forbrugerpriser eller i investeringer i enten udstyr eller personale, der øger kvaliteten.

Patienternes generelle tilfredshed med deres tandlæge har i sig selv betydning, men er også vigtig for, om patienterne har lyst til at gå til tandlægen og dermed sikre løbende tandeftersyn og forebyggende behandling. I dette afsnit undersøger vi, om der er forskelle i patienternes tilfredshed med traditionelle tandlæger og tandlægekæder.

Ingen systematisk forskel i patienttilfredsheden hos kædeklínikker og traditionelle tandlæger

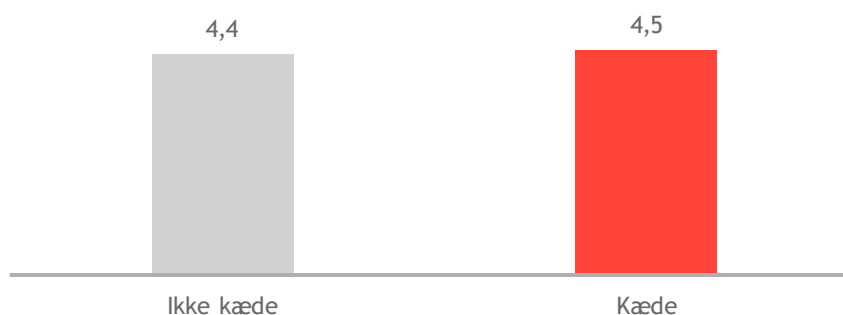
På Googles søgetjenester har brugerne mulighed for at anmelde bl.a. virksomheder. Det gælder også for tandlæger, der er oprettet på Google. I anmeldelserne har brugerne bedømt klinikkerne fra 1 til 5 stjerner afhængig af deres oplevelse. Vi tolker patienternes bedømmelse som udtryk for tilfredsheden med klinikken. Vi har indsamlet data for disse anmeldelser, jf. boks 2.

Resultaterne af analysen viser, at der generelt er høj tilfredshed med tandlægerne, men at der ikke er nævneværdig forskel mellem traditionelle klinikker og kædeklínikker. De traditionelle klinikker har en gennemsnitlig patienttilfredshed på 4,4, mens kædeklínikkerne i gennemsnit har en patienttilfredshed på 4,5, jf. figur 3a.

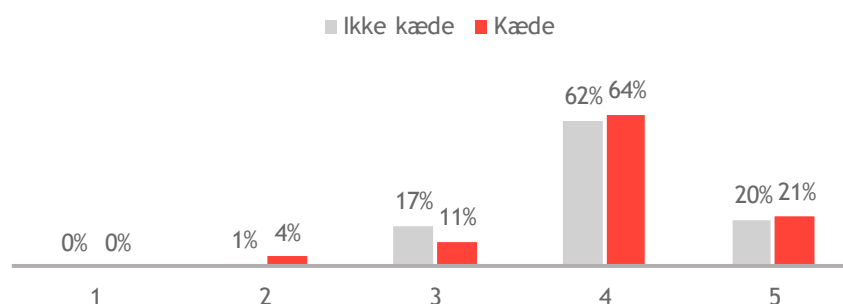
Der er generelt få klinikker, der har en lav gennemsnitlig bedømmelse, jf. figur 3b. Blandt de traditionelle klinikker har 18% en gennemsnitlig patienttilfredshed på under 4. For kæderne er den tilsvarende andel 15%. Der er dog heller ikke signifikant forskel mellem fordelingen af den gennemsnitlige patienttilfredshed for kæderne og de traditionelle tandlæger.

Figur 3 Der er ingen forskel mellem patienttilfredshed af traditionelle klinikker og kædeklínikker

a) Gennemsnitlig patienttilfredshed på en skala fra 1-5, hvor 5 er bedst



b) Fordeling af gennemsnitspatienttilfredshed pr. klinik på en skala fra 1-5, hvor 5 er bedst



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Google, jf. boks 2.

Note: Forskellen mellem kædetandlæger og traditionelle tandlæger i figur 3a er ikke signifikant (p-værdi = 0,36).

Vi har indsamlet alle anmeldelser af tandlæger på Google. Datasættet indeholder 6.927 anmeldelser af 1.172 tandlæger.

Datasættet skal tolkes med forbehold for, at de personer, der har anmeldt klinikkerne, ikke nødvendigvis er repræsentative for den samlede patientpopulation eller har den samme opfattelse af tilfredshedsbegrebet. Google foretager endvidere ikke nogen validering af, om anmelderen rent faktisk har benyttet sig af den pågældende tandlæge.

For at sikre så retvisende resultater som muligt har vi kun medtaget klinikker, hvor der er mindst 5 anmeldelser. Dermed reducerer vi risikoen for, at resultaterne bliver påvirket af enkelte meget gode eller dårlige kundeoplevelser.

Analysen baserer sig derfor på 5.170 anmeldelser af 368 tandlæger med mindst 5 anmeldelser. Heraf er de 47 kædeklিনikker og 321 er traditionelle klinikker.

3.3 Åbningstider

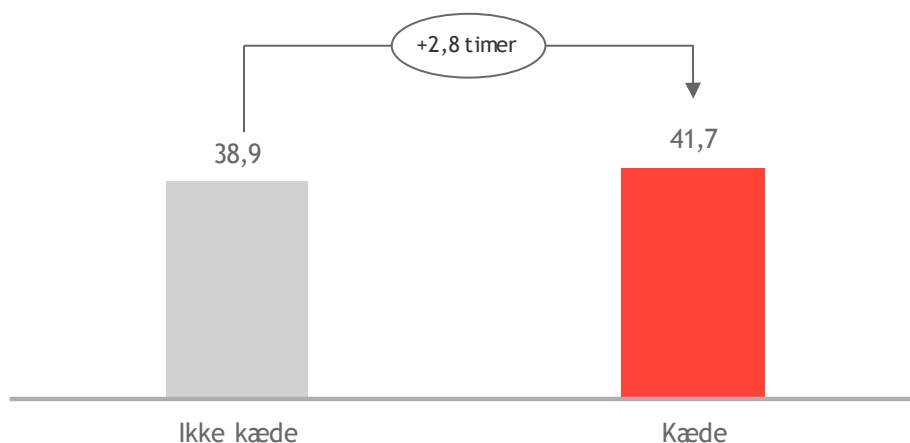
En anden parameter, der kan indikere serviceniveauet, er klinikernes åbningstider. Mange åbningstimer kan betragtes som en service til patienterne, fordi det giver mulighed for mere fleksible besøgstider og mere bekvemmelighed i patienternes planlægning.

På sundhed.dk har klinikkerne mulighed for at skrive, hvornår de holder åbent. Det har 1.193 klinikker gjort. For 1.133 af klinikkerne var det muligt at finde ud af, hvor mange timer de har åbent hver uge. Heraf er 75 kædeklিনikker. Analysen i dette afsnit baserer sig på de oplysninger.

Kædeklিনikker holder i gennemsnit åbent 41,7 timer om ugen, mens de traditionelle tandlæger i gennemsnit holder åbent 38,9 timer om ugen. Kædeklিনikkerne har altså i gennemsnit åbent 2,8 timer mere om ugen.

Figur 4 **Kædeklিনikker har i gennemsnit 2,8 timer længere åbent om ugen end traditionelle tandlæger**

Åbningstimer pr. uge



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra sundhed.dk.

Note: Forskellen på 2,8 timer pr. uge er signifikant forskellig fra 0 med en p-værdi < 0,0001.

Forskellen skyldes kun i mindre grad, at kædeklіnikkerne holder mere åbent i ydertimerne, dvs. før kl. 8, efter kl. 16 og i weekenden. Kædeklіnikker har i gennemsnit åbent i 4 ydertimer om ugen, mens de traditionelle tandlæger har åbent i 3,5 ydertimer.

3.4 Effektivitet

Tandklіnikkernes effektivitet har ikke direkte betydning for deres kvalitet eller serviceniveau. Men en tandlægeklіnik, der er drevet effektivt, har mulighed for at sætte priserne ned til gavn for forbrugerne, investere i nyt udstyr til gavn for kvaliteten eller opnå en højere indtjening til gavn for tandlægen/ejeren.

Det har ikke været muligt at indhente de nødvendige økonomiske nøgletal til direkte at kunne undersøge forskelle i effektivitet mellem kæder og traditionelle tandlæger, herunder fx produktion, omsætning eller overskud pr. årsværk. I stedet har vi undersøgt andre indikatorer, der kan fortælle noget om eventuelle forskelle mellem, hvordan de to typer aktører har organiseret sig. Fra Danmarks Statistik har vi modtaget en opgørelse over antal årsværk og uddannelsesfordeling for henholdsvis kæder og traditionelle tandlæger.

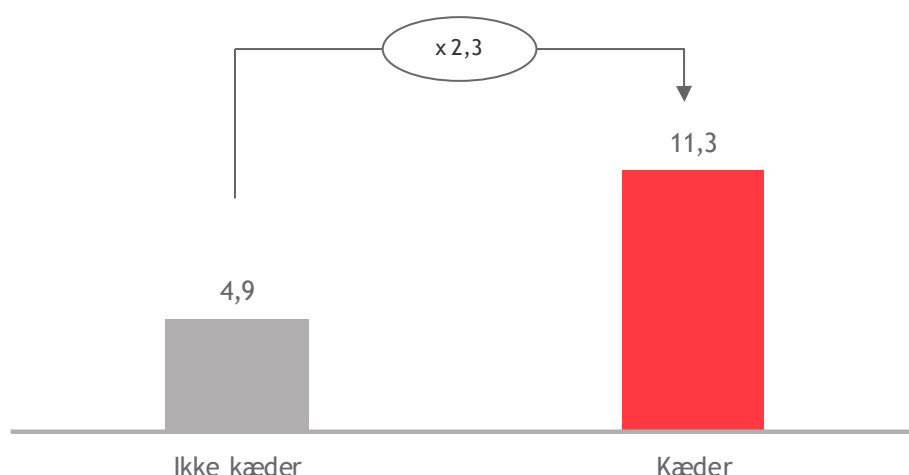
Kædeklіnikkerne er i gennemsnit større end de traditionelle klіnikker

Kædeklіnikkerne er typisk markant større end de traditionelle klіnikker. I kædeklіnikkerne er der i gennemsnit 11,3 årsværk pr. klіnik, mens det tilsvarende tal for traditionelle tandlæger er 4,9 årsværk, jf. figur 5

Kædeklivnikkerne er altså i gennemsnit 2,3 gange større end de traditionelle tandlæger målt på antallet af årsværk pr. ydernummer. Resultaterne er de samme, hvis man måler klinikstørrelse som antal årsværk pr. CVR-nummer.

Figur 5 **Kædeklivnikkerne er i gennemsnit større end de traditionelle klivnikker**

Antal årsværk pr. ydernummer



Kilde: Særudtræk fra Danmarks Statistik

Antallet af årsværk pr. klinik siger i sig selv ikke noget om, hvor effektivt klivnikkerne drives. Men på større klivnikker kan der i nogle tilfælde være mulighed for at organisere arbejdet mere effektivt, så tandlægerne kan bruge en større del af deres arbejdstid på at behandle patienter.

Repræsentanter fra kæderne fremhæver netop muligheden for at fokusere på faglighed som en af de væsentligste årsager til, at nogle tandlæger ønsker at indtræde i kædesamarbejder, jf. kapitel 5.

Kædeklivnikker har flere klivnikassistenter og tandplejere

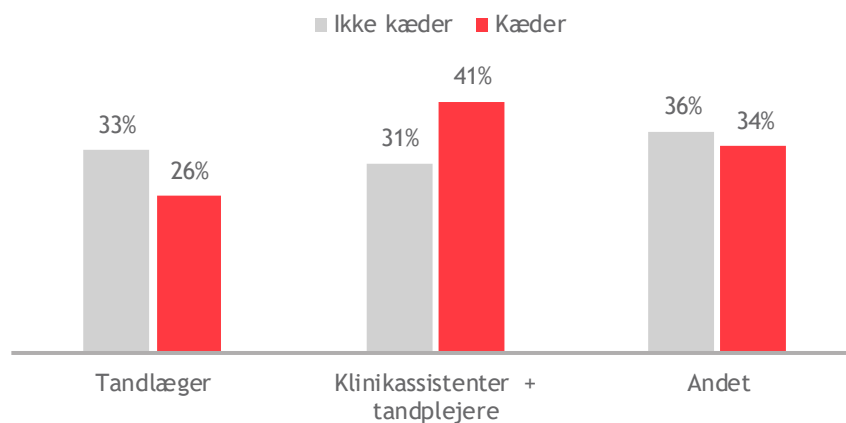
Vi har sammenlignet fordelingen af de ansattes uddannelse i kædeklivnikker og traditionelle klivnikker.

Analysen viser, at kæderne har en lavere andel tandlæger, men en højere andel klivnikassistenter og tandplejere, jf. figur 6. Det kan skyldes en større grad af specialisering i kædeklivnikkerne, hvor tandlægerne fokuserer på de opgaver, hvor deres ekspertise er nødvendig, og overlader flere opgaver til klivnikassistenter og tandplejere. En større specialisering vil typisk også i højere grad være mulig i de større klivnikker.

Der er ikke signifikant forskel på andelen af årsværk i "andet"-kategorien, dvs. medarbejdere uden sundhedsfaglig baggrund.

Figur 6 **Kædeklিনikker har flere klinikassistenter og tandplejere end traditionelle tandlæger**

Fordeling af årsværk efter højest fuldførte uddannelse



Kilde: Særudtræk fra Danmarks Statistik.

Note: Kategorien "andet" består primært af "Grundskole", "Gymnasiale uddannelser" og "Erhvervsfaglige uddannelser og Adgangsgivende uddannelsesforløb". "Andet"-kategorien kan virke høj, og Danmarks Statistik nævner følgende årsager:

- 1) Den kan omfatte personer, der læser til tandklinikassistent, som under uddannelsen arbejder hos en tandlæge (adgangskravet til tandklinikassistentuddannelsen er grundskole).
- 2) Udenlandsk uddannelse indgår ikke i Danmarks Statistiks registre, og derfor kan nogle af dem, der er kategoriseret som "andet", reelt have en tandfaglig uddannelse.

Boks 3 **Data fra Danmarks Statistik**

Vi har fået Danmarks Statistik til at lave et særudtræk af antal årsværk og uddannelse for beskæftigede i og ejere af tandlægevirksomheder.

Danmarks Statistik har anvendt følgende registre til analysen:

- Det erhvervsstatistiske register år 2017
- Beskæftigelse for lønmodtagere år 2017
- Sygesikringsregistret år 2017.

Analysen er gennemført ved, at vi har indsendt CVR-numre og ydernumre på tandlæger fra sundhed.dk inkl. oplysning om, hvorvidt det er en kædeklіnik. Danmarks Statistik har herefter kontrolleret, at de indsendte CVR-numre har været aktive i hele år 2017. Ikke aktive CVR-numre er udgået af analysen.

I alt udgør den endelige population 1.322 CVR-numre og 1.371 ydernumre.

I opgørelsen fra Danmark Statistik er en relativt stor andel af de beskæftigede i tandklinikkerne hverken er uddannet som tandlæge, klinikassistent eller tandplejer. Danmarks Statistik nævner følgende årsager:

- Gruppen kan omfatte personer, der læser til tandklinikassistent, som under uddannelsen arbejder hos en tandlæge (adgangskravet til tandklinikassistentuddannelsen er grundskole).
- Udenlandske uddannelser indgår ikke i Danmarks Statistiks registre, og derfor kan nogle af dem, der ikke er registreret med en uddannelse, reelt have en tandfaglig uddannelse.

4 Tandlægekæders betydning for prisdannelsen

I dette afsnit undersøger vi, hvordan kæderne påvirker prisdannelsen på de markeder, hvor de indtræder.

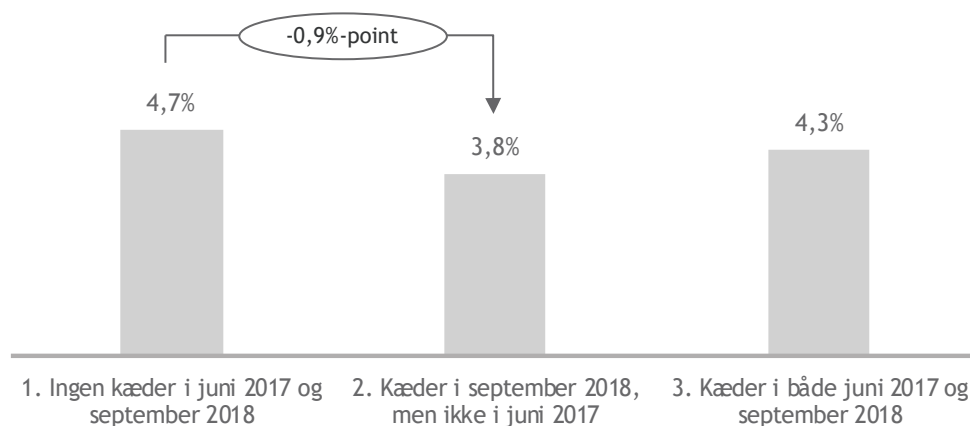
Vi analyserer, om der er forskel på prisudviklingen i de kommuner, hvor der er åbnet en kædeklíník i perioden mellem juni 2017 og september 2018, sammenlignet med kommuner, hvor der ikke var kædeklíníkker i perioden. Metoden er nærmere beskrevet i boks 4 på næste side.

I kommuner, hvor der hverken var kæder i juni 2017 eller i september 2018, steg priserne i gennemsnit med 4,7%. I kommuner, hvor der ifølge prisindberetningerne på sundhed.dk er åbnet en kædeklíník inden for det sidste år, steg priserne med 3,8%. Priserne steg altså ca. 1%-point mindre i de områder, hvor der er åbnet en kædeklíník, jf. figur 7.

Figur 7

Priserne stiger 0,9%-point mindre i kommuner, hvor der er åbnet en kædeklíník

Gennemsnitlig prisstigning, %.



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra sundhed.dk.

Note: Forskellen på 0,9%-point er signifikant forskellig fra 0 med en p-værdi på 0,09.

Resultaterne indikerer, at tandlægerne er mindre tilbøjelige til at hæve deres priser, når der åbner en kæde i nærområdet. En mulig forklaring er, at de traditionelle klíníkker holder igen med prisstigningerne, fordi de frygter, at kædeklíníkken vil forsøge at tiltrække patienter ved hjælp af fx øget markedsføring eller lavere priser.

I kommuner, hvor der både var kædeklíníkker i juni 2017 og september 2018, er priserne steget med 4,3%. Det er 0,4%-point mindre end prisstigningen i kommuner, hvor der ikke var kædeklíníkker til stede på de to tidspunkter. Denne forskel er dog ikke signifikant.

På sundhed.dk har tandlægerne mulighed for at oplyse et prisspænd på deres ydelser i form af en nedre og en øvre pris, jf. boks 1. I hovedanalysen har vi benyttet gennemsnittet mellem en eventuelt øvre og nedre pris til at sammenligne priserne på tværs af klinikker. Resultaterne er imidlertid omtrent de samme, hvis man i stedet anvender hhv. den nedre eller den øvre pris, jf. tabel 3.

Tabel 3

Priserne stiger mindre i kommuner, hvor der er åbnet en kædeklínik

Prisstigning pr. analysegruppe og pristype, %

	N	Gns. pris	Nedre pris	Øvre pris
1. Ingen kæder i juni 2017 og september 2018	2.259	4,7%	4,8%	4,8%
2. Kæder i september 2018, men ikke i juni 2017	617	3,8%	3,9%	3,9%
3. Kæder i både juni 2017 og september 2018	7.610	4,3%	4,3%	4,4%
Forskel i prisstigning mellem 1 og 2		-0,9%	-1,0%	-0,9%
Signifikanssandsynlighed (p-værdi)		0,09	0,14	0,10

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra sundhed.dk.

Boks 4

Metode: Beregning af prisstigninger

Vi har beregnet prisstigningerne på følgende måde:

1. Vi har først beregnet prisstigningen mellem juni 2017 og september 2018 pr. ydelse pr. klinik.
2. Vi har beregnet den gennemsnitlige prisstigning i de tre analysegrupper:
 - 1) Kommuner, hvor der hverken var kæder i juni 2017 eller i september 2018.
 - 2) Kommuner, hvor der var kæder i september 2018, men ikke i juni 2017.
 - 3) Kommuner, hvor der var kæder i både juni 2017 og september 2018.

Med denne metode indgår kun prisobservationer fra klinikker, der har indmeldt priser i både 2017 og 2018. Klinikker, der er åbnet, lukket eller overgået til at være en kædeklínik, indgår derfor ikke i beregningen af prisstigningen. Det passer med, at vi er interesserede i at undersøge konkurrenternes reaktion på, at en kædeklínik åbner.

Ved at definere de tre analysegrupper på baggrund af, om der er åbnet en kæde i den pågældende kommune, antager vi implicit, at den relevante markedsafgrænsning er kommunen. I praksis er der selvfølgelig patienter, der benytter tandlæger uden for deres egen kommune, ligesom nogle patienter ikke vil søge efter tandlæge i hele kommunen men i fx deres egen by eller bydel. En alternativ afgrænsning kunne fx have været regioner. Vi vurderer imidlertid, at en kommunal afgrænsning er den mest retvisende af de to.

5 Effekt af nuværende regulering

I dette kapitel undersøger vi, hvad den nuværende regulering af ejerskabsregler og faste priser på visse ydelser i tandlægebranchen betyder for konkurrencen og forbrugerpriserne. Vi beskriver også kort nogle af de sundhedsfaglige argumenter, der har været fremført af parterne.

Undersøgelsen baserer sig på interviews med interessenter i tandlægebranchen. Følgende aktører har deltaget i vores interviews:

- Tandlægeforeningen
- Tre tandlægekæder
- En institutionel investor i en tandlægekæde.

Undersøgelsen udtrykker således interessenternes vurdering af og holdning til effekterne af reguleringen. Incentive har ikke i denne forbindelse udført selvstændige kvantitative eller teoretiske analyser af betydningen af den nuværende regulering.

Vi henviser i øvrigt også til Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens artikel fra 2017, som behandler nogle af de samme spørgsmål.³

5.1 Ejerskabsregler

De nuværende regler indeholder to primære restriktioner på ejerforholdene i tandlægebranchen:

- Kun tandlæger må eje majoriteten af en tandlægeklinik.
- En tandlæge må højst eje to klinikker.⁴

Tandlægekæderne fremhæver, at ejerskabsreglerne betyder, at det ikke er muligt at drive en tandlægekæde som én samlet virksomhed. Kæden ejer i stedet en minoritetsandel af de enkelte klinikker (typisk 49%), mens en tandlæge ejer majoriteten (typisk 51%). Reglerne medfører således, at det altid er tandlægen, der ejer majoriteten af den enkelte klinik, som har den bestemmende indflydelse på klinikkens aktiviteter.

Denne konstruktion betyder ifølge kæderne, at det er dyrere at drive kædesamarbejdet, og at det ikke er muligt at realisere de fulde stordriftsfordele. Konkret peger kæderne blandt andet på følgende udfordringer ved den nuværende struktur:

- Det er vanskeligt at samle og effektivisere administrative opgaver som fx bogføring, HR, markedsføring og kvalitetssikring.

³ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen (2017), *Potentiale for øget konkurrence og besparelser i tandlægebranchen*.

⁴ Jf. eksempelvis Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen (2017), *Potentiale for øget konkurrence og besparelser i tandlægebranchen*. Tandlæger kan i visse tilfælde få tilladelse til at eje og drive mere end to klinikker efter ansøgning til det regionale samarbejdsudvalg.

- Det er ikke muligt at dele personale og udstyr på tværs af klinikker. På grund af ejerskabsstrukturen skal de ansatte have en kontrakt med den enkelte klinik, hvilket gør det usmidigt at fx lave vikardækning mellem klinikkerne ved sygdom eller ferie, ligesom det gør det usmidigt at dele specialtandlæger eller specialudstyr.
- Det er vanskeligere at opnå rabatter ved fælles indkøb.

Desuden påpeger kæderne, at det store antal juridiske enheder medfører betydelige meromkostninger til administration, regnskab, revision osv. sammenlignet med en situation, hvor kæden blev drevet som én virksomhed.

Kæderne oplever desuden, at mange tandlæger ønsker at være ansatte frem for at være virksomhedsejere. Det skyldes ifølge kæderne et ønske fra mange tandlæger om at fokusere på deres faglige kunnen uden at skulle forholde sig til de øvrige praktiske forhold ved virksomhedsdriften og uden at skulle påtage sig risikoen som ejer af en egen virksomhed. Samtidig er den økonomiske fordel ved at være selvstændig frem for ansat tandlæge ifølge kæderne ganske begrænset.

En investor i tandlægebranchen fortæller, at vedkommende har kendskab til, at de nuværende ejerskabsregler har medvirket til, at andre investorer ikke har ønsket at gå ind på det danske tandlægemarked.

Tandlægeforeningen ønsker at opretholde de nuværende ejerskabsbegrænsninger. De beskriver, at der kan være en risiko for, at ønsker til indtjening og overskud fra eksterne investorer kan gå ud over fagligheden og kvaliteten og fx medføre overbehandling af patienterne.

En af tandlægekæderne påpeger i den sammenhæng, at der i en tandlægeejet klinik under den nuværende regulering i princippet er et endnu stærkere incitament til overbehandling. Det skyldes, at indtjeningen fra behandlingen tilgår den udførende tandlæge direkte, hvis han eller hun også ejer klinikken og dermed får overskuddet. Hvis tandlægen derimod er ansat, vil den ekstra indtjening fra en eventuel overbehandling ikke direkte tilfalde tandlægen. Ejerskabsregler er derfor ikke nødvendigvis det mest velegnede instrument til at sikre kvalitet og faglighed i tandplejen.

Tandlægeforeningen peger også på, at en ophævelse af ejerskabsbegrænsningerne kan medføre en risiko for monopoldannelse, hvis én eller få tandlægekæder ender med at sætte sig på meget store dele af det danske marked. Incentive bemærker i den forbindelse, at de almindelige konkurrenceregler om fusionskontrol og forbud mod misbrug af dominerende stilling blandt andet er sat i verden for at modvirke den type problemer. Hvis ejerskabsreglerne lempes, bør konkurrencemyndighederne derfor være opmærksomme på eventuelle tendenser til for høj markedsconcentration.

5.2 Faste priser på visse ydelser

Den hidtidige tandlægeoverenskomst bestemmer, at der er faste priser på en række af de mest almindelige ydelser. Det gælder eksempelvis tandeftersyn, tandrensning og visse røntgenbilleder.⁵

Reglerne indebærer, at tandlægerne hverken må tage højere eller lavere priser end den fastsatte tarif. Tandlægerne må heller ikke tilbyde ydelserne gratis. Ifølge en afgørelse fra Landssamarbejdsudvalget fra 2017 gælder reglen om faste priser også, hvis tandlægerne frasiger sig det offentlige tilskud til den konkrete behandling.⁶

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at tandlægeoverenskomstens faste priser - og Landssamarbejdsudvalgets fortolkning heraf - også fortsat gælder med lovændringen pr. 1. juni 2018, selvom overenskomsten er opsagt.

Repræsentanter fra tandlægekæderne peger på, at de faste priser forhindrer dem i at tilbyde fx gratis undersøgelser til nye patienter. Dette kunne ellers være et instrument til at tiltrække nye kunder og dermed øge dynamikken og konkurrencen i markedet. Kæderne nævner også, at velkomstrabatter mv. kan medvirke til at få nogle af de patienter, som ellers ikke går regelmæssigt til tandlæge, tilbage i behandlingssystemet og modtage forebyggende behandling og løbende kontroller.

Tandlægeforeningen fremhæver, at de faste priser bidrager til at sikre gennemsigtighed for patienterne, i forhold til hvad basaltandplejen koster.

Foreningen udtaler også, at de faste priser modvirker ”shoppingtendenser” efter slagtilbud, som foreningen beskriver som et unødvendigt og fordyrende merforbrug. De faste priser beskrives som et instrument, der bidrager til at modvirke, at patienterne ofte skifter tandlæge i jagt efter gode tilbud. Foreningen beskriver i den forbindelse sundhedsfaglige fordele ved, at en patient er tilknyttet den samme tandlæge i en længere periode, så tandlægen kan følge ham/hende over tid.

Interessenterne fremhæver samstemmende, at de faste priser i nogle tilfælde er sat for lavt og kun vanskeligt kan dække omkostningerne ved at producere ydelsen. Det har ikke været muligt at afprøve denne påstand, idet det ikke har været muligt at få adgang til tandlægenes regnskaber, herunder vedrørende produktionsomkostninger.

Såfremt de faste priser er sat for lavt, kan det medvirke til, at tandlægerne sætter priserne på de ikke-regulerede ydelser højere, end de ellers ville være, for derigennem at sikre den manglende indtjening. Dette forhold sandsynliggør også, at priserne på de berørte ydelser ville være højere, hvis man helt fjerner prisreguleringen. En omlægning til et prisloftsystem vil ikke kunne have denne effekt.

⁵ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen (2017), *Potentiale for øget konkurrence og besparelser i tandlægebranchen*.

⁶ Se fx <https://www.tandlaegebladet.dk/tandlaeger-faar-advarsel-slagtilbud>.