

Udkast af 23. november 2018

NOTAT

Indhold

1. Leverance C – analyse af konkurrenceforhold, herunder ejerskab og prisfastsættelse.....	2
1.1. Sammenfatning og konklusioner	2
1.2. Pris- og indtjeningsforhold i tandlægebranchen	6
1.2.1. Priserne i tandlægebranchen.....	7
1.2.2. Lønomkostninger i tandlægebranchen.....	9
1.2.3. Tandlægevirkomhedernes indtjening.....	12
1.3. Virksomhedstyper i tandlægebranchen.....	14
1.4. Regulatoriske barrierer	16
1.5. Betydningen af nye aktører i tandlægebranchen	18
1.5.1. Pris	19
1.5.2. Tilfredshed, patientklager og tilsyn	20
1.5.3. Åbningstider	22
1.5.4. Effektivitet.....	22
1.6. Barrierer for aktive patienter.....	23
1.6.1. Kvalitet af behandlinger.....	24
1.6.2. Kvalitet som beslutningsparameter for valg af tandlæge.....	24
1.6.3. Prissammenligning og prisgennemsigtighed i den danske tandlægebranche	25
1.6.4. Kvalitetshensyn og gennemsigtighed i den danske tandlægebranche.....	28
1.7. Opgaveglidning	30
1.7.1. Arbejdsstyrken	31
1.7.2. Ydelser	33
1.7.3. Autorisations- og virksomhedsforhold.....	35
1.7.4. Snitflader mellem tandlæger og tandplejere	36
1.7.4.1. Tandplejeres virksomhedsområde	36
1.7.4.2. Tandplejeres journalføring	37
1.7.4.3. Tandplejeres videregivelse og indhentning af patienters helbredsoplysninger	38
1.7.4.4. Tandplejeres adgang til Det Fælles Medicinkort (FMK)	39

1. Leverance C – analyse af konkurrenceforhold, herunder ejerskab og prisfastsættelse

1.1. Sammenfatning og konklusioner

Arbejdsgruppen om nye rammer i voksentandplejen er blevet bedt om at opstille forslag til tiltag, der kan styrke produktiviteten og konkurrencen i sektoren og dermed opnå lavere priser i voksentandplejen. Analysen skal bl.a. omfatte følgende forhold:

- Barrierer for øget konkurrence på tandlægemarkedet, herunder forbrugernes adfærd (se afsnit 1.4 Regulatoriske barrierer og afsnit 1.6 Barrierer for aktive patienter)
- Dynamik mellem virksomhederne på tandlægeområdet (se afsnit 1.5 Betydningen af nye aktører i tandlægebranchen)
- Pris- og indtjeningsforhold i tandlægebranchen (se afsnit 1.2 Pris- og indtjeningsforhold i tandlægebranchen)
- Forskellige selskabsmodeller (se afsnit 1.3 Virksomhedstyper i tandlægebranchen)
- Mulighed for opgaveglidning ift. andre grupper i tandplejen (se afsnit 1.7 Opgaveglidning)

På velfungerende markeder konkurrerer virksomhederne effektivt med hinanden, mens forbrugerne træffer oplyste valg og er aktive på markedet. Dette understøtter et innovativt og konkurrencedygtigt erhvervsliv og fremmer dermed både vækst og velfærd i samfundet.

Arbejdsgruppen har foretaget en analyse af konkurrenceforholdene i tandlægebranchen. Analysen viser, at der er et potentiale for øget konkurrence i branchen. Dette potentiale kan opnås ved at gøre det nemmere for nye typer aktører at konkurrere effektivt og ved at gøre det nemmere for patienterne at agere aktivt.

Konkurrenceintensiteten i en branche kan bl.a. belyses ved at se på priser og indtjening. Priserne på tandlægeydelser er ifølge data fra Danmarks Statistik steget markant, og de er steget mere end både det generelle forbrugerprisindeks, prisudviklingen for sundhedsydelser generelt og for øvrige tjenesteydelser. Siden 2012 er tandlægepriserne steget med 17,7 pct., mens forbrugerprisindekset over samme periode er steget med 5,9 pct., og samme tendens i tandlægepriserne ses, hvis man ser på udviklingen siden 2001. I forhold til priserne i andre lande har Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE) i en rapport fra 2018 forsøgt at sammenligne udviklingen i priser samt prisniveauer i Danmark, Tyskland, Holland og Storbritannien på fire udvalgte tandlægeydelser for årene 1999 og 2013. Samlet set peger VIVEs rapport på, at tandlægepriserne – når der korrigeres for forskelle i købekraft og baseret på de tilgængelige oplysninger – er højere i Danmark end i de undersøgte lande.

Stigende priser er udtryk for øget indtjening, hvis ikke omkostningerne er steget tilsvarende. Arbejdsgruppen har undersøgt udviklingen i lønomkostningerne, der udgør den klart største omkostning i tandlægebranchen (knap 60 pct.). Data fra Danmarks Statistik viser, at lønomkostningerne ikke er steget i samme grad som priserne. Desuden viser data, at klinikejernes løn i form af henholdsvis udbetalt løn og afkast er steget mere end de øvrige lønninger i branchen. Hertil kommer, at klinikejere har mulighed for at opspare kapital i klinikkerne, hvilket det ikke har været muligt at tage højde for på grund af manglende data.

Stigende priser og indtjening kan være et tegn på, at konkurrencen ikke er velfungerende. Dette kan bl.a. skyldes konkurrencebegrænsende regulering og praksis.

Konkurrencebegrænsende regulering og praksis kan hindre virksomheder i at konkurrere effektivt med hinanden. Tandlægebranchen har traditionelt set været genstand for omfattende regulering m.v. i form af sundhedslovgivningen, en række bekendtgørelser samt overenskomsten om tandlægehjælp. Selvom tandlægeområdet fra udgangen af maj 2018 ikke længere er reguleret af tandlægeoverenskomsten, er indholdet af den tidligere gældende overenskomst i vidt omfang videreført ved en ændring af sundhedsloven¹ der trådte i kraft den 1. juni 2018.

Konkurrencerådet satte i en publikation fra oktober 2017 (i tråd med en tværministeriel rapport på tandplejeområdet fra 2013²) fokus på potentialet for øget konkurrence og besparelser i tandlægebranchen. I publikationen peger Konkurrencerådet på følgende konkurrencemæssige udfordringer i den offentlige regulering på tandplejeområdet:

- **Faste priser:** Der er faste priser på en stor del af de basale tandlægeydelser. Det forhindrer tandlæger i at give rabatter på de pågældende ydelser og dermed tilbyde patienter en lavere pris.
- **Ejerskab (antal klinikker):** En tandlæge må maksimalt eje to klinikker, medmindre tandlægen får særlig tilladelse til at eje flere klinikker. Dette begrænser effektive klinikejere i at kunne opnå stordriftsfordele ved at åbne flere klinikker.
- **Ejerskab (hvem må eje):** Kun en autoriseret tandlæge må eje majoriteten af ejerandelen i en tandlægeklinik. Det begrænser mulighederne for, at andre end tandlæger kan påvirke aktiviteterne i de tandlægeklinikker, som de har ejerandele i.

Konsulenthuset Incentive har undersøgt en række konkurrencemæssige forhold i tandlægebranchen, herunder hvilken betydning den eksisterende regulering har for, at tandlægeklinikker kan konkurrere effektivt med hinanden.

For at afdække tandlægeaktørernes vurdering af, hvordan den nuværende regulering påvirker konkurrencen, har Incentive interviewet Tandlægeforeningen, tre kliniksamarbejder³ samt en institutionel investor. Kliniksamarbejderne fremhæver, at ejerskabsreglerne betyder, at det ikke er muligt at drive et tandlægesamarbejde som én virksomhed, når en tandlæge skal eje majoriteten i den enkelte klinik. Det betyder ifølge kliniksamarbejderne, at det er dyrere at drive disse samarbejder, og at det ikke er muligt at realisere de fulde stordriftsfordele, fx ved

¹ L 2018-05-29 nr. 558 (ændring af sundhedsloven).

² I maj 2013 udgav Finansministeriet, det daværende Ministerium for Sundhed og Forebyggelse og det daværende Erhvervs- og Vækstministerium en rapport om potentialet for øget konkurrence på tandplejeområdet. Rapporten identificerede allerede dengang et øget potentiale for konkurrence gennem påvirkning af særligt tre områder - honorarforhold, prisgennemsigtighed og ejerskabsforhold.

³ Med kliniksamarbejder menes de samarbejder, der i Incentives rapport omtales som "tandlægekæder". Incentive anvender dette begreb om samarbejder, hvor den enkelte tandklinik tager navn efter kæden - således at kun klinikker, der identificerer sig selv som en del af en kæde og benytter navnet direkte i markedsføringen, medtages - og hvor kæden desuden er underlagt fælles ejerskab, således at det samme selskab eller den samme enkeltperson har ejerandele i alle de tandklinikker, der indgår i kæden.

at samle administrative opgaver, dele personale og udstyr på tværs af klinikker og opnå rabatter ved fælles indkøb. Tandlægeforeningen ønsker at fastholde de nuværende ejerskabsbegrænsninger, bl.a. fordi foreningen mener, at ønsker til indtjening fra eksterne investorer kan gå ud over kvaliteten i behandlingen af patienterne. I forhold til de faste priser på en række ydelser anfører kliniksamarbejderne, at denne regulering forhindrer dem i at tiltrække nye kunder, fx ved at tilbyde gratis undersøgelser til nye patienter. Ifølge Tandlægeforeningen er det modsat vigtigt at fastholde et forbud mod denne type rabatter for at modvirke, at patienterne skifter tandlæge. Desuden mener foreningen, at de faste priser bidrager til at sikre genomsigtighed for patienterne i forhold til, hvad basaltandplejen koster.

Incentive har undersøgt, hvad det betyder for konkurrencen, når en ny type aktør, som kliniksamarbejder, træder ind i branchen. I den forbindelse har Incentive foretaget en sammenligning af tandlægepriser fra sundhed.dk for henholdsvis 2017 og 2018 for at vurdere effekten af, at der de senere år er kommet flere større tandlægesamarbejder i Danmark. Sammenligningen viser, at der ikke er betydelig forskel mellem priserne for tandlægesamarbejder og øvrige tandlægeklinikker. Til gengæld har kliniksamarbejderne en prisdæmpende effekt i de områder, hvor de træder ind som nye aktører. Incentives undersøgelse viser, at priserne er steget signifikant mindre i områder, hvor der er åbnet en klinik, der er en del af et kliniksamarbejde. Dette indikerer, at de øvrige tandlægeklinikker er mindre tilbøjelige til at hæve deres priser, når der åbner en klinik, der er en del af et kliniksamarbejde, i nærområdet.

Incentive har desuden undersøgt, hvorvidt der er forskel i kvalitet hos henholdsvis kliniksamarbejderne og de øvrige tandlægeklinikker. Kvalitet er vanskeligt at måle på tandlægeområdet. Incentive har derfor valgt at fokusere på patienttilfredshed. Resultaterne viser, at der generelt er høj tilfredshed med tandlægerne, og at der ikke er nævneværdig forskel mellem kliniksamarbejderne og de øvrige tandlægeklinikker. Arbejdsgruppen har desuden undersøgt fordelingen af faglige klagesager samt resultater af risikobaserede tilsyn. Ingen af undersøgelseerne indikerer, at der skulle være forskel i kvaliteten af behandlingerne hos henholdsvis kliniksamarbejderne og de øvrige tandlægeklinikker. Arbejdsgruppen har været i dialog med Tandlægeforeningen, der ikke har kunnet anvise andre anvendelige metoder til at måle kvalitet.

I forhold til service har Incentive taget udgangspunkt i åbningstider. Her viser undersøgelsen, at kliniksamarbejderne gennemsnitligt har åbent 2,8 timer længere om ugen end de øvrige tandlægeklinikker, hvilket kommer patienterne til gavn i form af øget tilgængelighed.

Incentive har desuden undersøgt, om der er forskelle i effektivitet hos henholdsvis kliniksamarbejder og de øvrige tandlægeklinikker. Som indikator for effektivitet har Incentive bl.a. undersøgt fordelingen af tandlæger, klinikassistenter og tandplejere. Undersøgelsen viser, at kliniksamarbejderne har en højere andel klinikassistenter og tandplejere og en lavere andel tandlæger beskæftiget i deres klinikker. Det kan indikere, at kliniksamarbejderne organiserer arbejdet mere effektivt, hvilket kan betyde, at tandlægerne i højere grad kan fokusere på de opgaver, hvor deres ekspertise er nødvendig, mens flere øvrige opgaver overlades til klinikassistenter og tandplejere, der oppebærer lavere løn. Dette kan mindske omkostningerne og give muligheder for at tilbyde lavere priser til gavn for patienterne.

På baggrund af egne samt Incentives undersøgelser er det arbejdsgruppens vurdering, at der er et betydeligt potentiale for at øge konkurrencen i tandlægebranchen ved at ændre den nuværende regulering. Undersøgelserne peger på, at kliniksamarbejderne har en positiv indflydelse på konkurrencen til gavn for patienterne, herunder ved at have en prisdæmpende effekt, længere åbningstider samt højere effektivitet. Alt dette uden at der kan observeres tegn på ringere kvalitet end hos de øvrige tandlægeklinikker.

Arbejdsgruppen vurderer samtidig, at potentialet for øget konkurrence til gavn for patienterne er større, end hvad det har været muligt at afdække på nuværende tidspunkt. Dette skal bl.a. ses i lyset af, at kliniksamarbejdernes adfærd er begrænset af (i) den regulering, der er af branchen (faste priser og ejerskabsrestriktioner), (ii) at de generelt er forholdsvis nystartede kliniksamarbejder, der skal afholde en række opstartsinvesteringer, og (iii) at patienterne generelt udviser en passiv adfærd ved valg af tandlæge med et deraf følgende begrænset incitament til at konkurrere.

Patienterne spiller også en væsentlig rolle i forhold til at sikre velfungerende konkurrence i tandlægebranchen. Når patienter aktivt vælger de tandlæger, som bedst og billigst møder deres behov, medvirker det til at styrke konkurrencen. Arbejdsgruppen har gennemført sin egen brugerundersøgelse, der viser, at patienterne kun i ringe omfang orienterer sig om priser, og at selv de prisbevidste patienter finder det svært at sammenligne priser på tværs af forskellige tandlæger. Arbejdsgruppen vurderer på den baggrund, at der er et betydeligt potentiale i at gøre priserne mere tilgængelige for patienterne, når de vælger tandlæge, fx i forbindelse med flytning eller ved unges overgang fra kommunal til privat tandpleje.

Den lave prisbevidsthed kan være et udtryk for, at patienterne er mere optagede af kvaliteten af den behandling, de modtager hos tandlægen, og at prisen derfor spiller en mindre rolle i patienternes valg. Brugerundersøgelsen viser dog, at der ikke er flere patienter, der vælger ud fra kvalitetshensyn, end der vælger ud fra pris. Det er desuden kun få patienter, der sammenligner kvaliteten mellem forskellige tandlæger, hvilket også gælder de aktive patienter, der har skiftet tandlæge inden for de seneste fem år. Sammenligningen af kvalitet mellem forskellige tandlæger kan være vanskelig, da der ikke findes officielle kvalitetsparametre, som patienterne kan sammenligne ud fra. Hvis det på sigt skal blive meningsgivende for patienterne at benytte kvalitet som en parameter ved valg af tandlæge, kan det fx overvejes at iværksætte tiltag med henblik på at udvikle en egnet metode til at måle kvalitet.

I forhold til opgaveglidning viser analysen, at der hverken i forhold til arbejdsstyrke, ydelser og juridiske rammer for opgaveløsningen eksisterer væsentlige hindringer for opgaveglidning i voksentandplejen, som ikke afspejler velbegrundede hensyn til hhv. patientsikkerhed og fortrolig omgang med journaloplysninger m.v.

Arbejdsgruppen konstaterer samtidig, at det langt hovedsageligt (mere end 98 pct. i 2018) er tandlæger, som nedsætter sig i egen praksis i voksentandplejen, selvom praktiserende tandplejere også selvstændigt kan udføre en stor del af de tilskudsberettigede opgaver i voksentandplejen.

Det er ikke muligt at vurdere den præcise baggrund herfor, som bl.a. kan udspringe af historiske faktorer, forskellige karriereønsker m.v. Samtidig er tandplejernes overenskomst forholdsvis ny (den første overenskomst blev indgået i 2007), så det er muligt, at området fortsat i en vis grad er i en opstartsfasen.

Omvendt fremgår det ganske entydigt af oplysningerne ovenfor, at kapaciteten i voksentandplejen næsten udelukkende er forankret hos privatpraktiserende tandlæger, om end behandlingskapaciteten her også omfatter det betydelige antal tandplejere, som er ansat i privat tandlægepraksis. Arbejdsgruppen har dog ikke her taget stilling til, om den nuværende arbejdsdeling i voksentandplejen er bedre end alternative organisationsformer.

1.2. Pris- og indtjeningsforhold i tandlægebranchen

Priser og indtjening bliver ofte anvendt til at belyse konkurrenceintensiteten. Svag konkurrence mellem virksomhederne kan udmønte sig i højere priser og som følge heraf en høj indtjening – mens effektiv konkurrence omvendt fører til lavere priser og dermed ofte også lavere indtjening. I dette afsnit belyses prisudviklingen i tandlægebranchen, hvorefter tandlægeklinikernes lønomkostninger samt indtjening vil blive belyst.

Der er forskellige datamæssige udfordringer, der gør det vanskeligt at fastlægge pris- og indtjeningsforhold, hvilket bl.a. skyldes branchens struktur og tilgængeligheden af data.

En stor andel af klinikkerne i tandlægebranchen er enkeltmandsvirksomheder og personligt ejede mindre virksomheder, jf. afsnit 1.3. Disse virksomheder er i mange tilfælde enten ikke omfattet af eller undtaget fra pligten til at aflægge regnskab.⁴ Desuden er tandlægevirksomheder fritaget for moms.⁵ Det betyder, at data, der indeholder informationer om virksomheders omsætning og indtjening m.v., som normalt er tilgængelig igennem Danmarks Statistik, ikke er tilgængelig for en stor del af tandlægebranchens aktører.

I denne analyse har arbejdsgruppen belyst pris- og indtjeningsforholdene ud fra tilgængelige data fra bl.a. Danmarks Statistiks statistik- og registerdatabase og årlige tandlægebrancheanalyser fra AROS statsautoriserede revisorer (herefter "Aros") m.v. Hver datakilde har sine datamæssige fordele og ulemper mht. kvalitet, repræsentativitet og fortrolighed af data. Derfor er nedenstående estimater af indtjeningsforholdene i tandlægebranchen behæftet med usikkerhed.

Arbejdsgruppen har kendskab til, at Tandlægeforeningen hvert andet år laver en opgørelse over indtjeningsforholdene i tandlægebranchen. Efter henvendelse fra arbejdsgruppen har Tandlægeforeningen imidlertid oplyst, at foreningen ikke har mulighed for at udlevere data, som kan bidrage til belysningen af indtjeningsforholdene i tandlægebranchen.

⁴ Jf. Årsregnskabsloven (LBK nr. 1580 af 10/12/2015) om pligten til at aflægge regnskab sammenholdt med reglerne for regnskabsklasser (§§ 3-7).

⁵ Jf. momsloven (LBK nr. 760 af 21/06/2016,) § 13, stk. 1, nr. 1.

I en mailkorrespondance har Danske Regioner meddelt, at de ikke har tilgængelige data om indtjeningsforholdene i tandlægebranchen.

Endelig har Sundheds- og Ældreministeriet oplyst, at det som en del af den nu opsagte tandlægeoverenskomst (bilag 2 til denne) indgik, at der i 2011 skulle gennemføres en undersøgelse af indtjening og omkostninger i tandlægepraksis. Herefter skulle der gennemføres en sådan undersøgelse i hver overenskomstperiode. Tilsvarende undersøgelser er også aftalt og gennemført for flere andre praksisområder, herunder for de praktiserende speciallæger i hhv. 2008 og 2012. Danske Regioner har dog oplyst, at ovenstående undersøgelse aldrig blev gennemført for de praktiserende tandlæger, og at overenskomstens parter ikke har kunnet opnå enighed om den videre proces ift. dette element i overenskomsten.

Arbejdsgruppen vurderer på baggrund af ovenstående, at den følgende analyse af pris- og indtjeningsforholdene i tandlægebranchen er den bedste mulige givet tilgængeligheden af data.

1.2.1. Priserne i tandlægebranchen

Som tidligere beskrevet [Her indsættes en reference til kapitel med beskrivelse af prissætningen på tandlægemarkedet] kan tandlægeydelser overordnet set inddeles i tre grupper, alt efter om der ydes offentligt tilskud til ydelserne, og om ydelserne er underlagt fast eller fri prissætning:

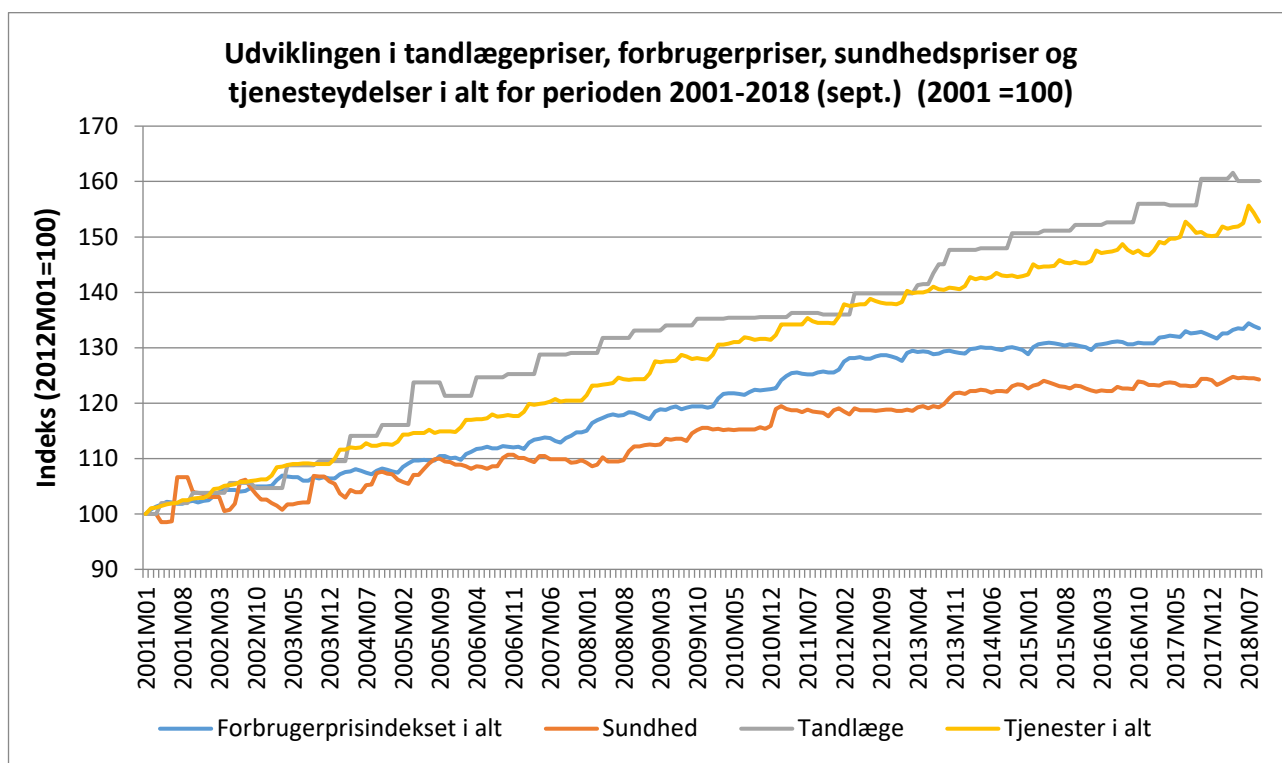
- Ydelser med faste priser og tilskud
- Ydelser med frie priser og tilskud
- Ydelser med frie priser uden tilskud

Priserne på ydelserne med faste priser er historisk blevet fastsat på baggrund af en forhandling mellem Tandlægeforeningen og Danske Regioner som led i de tilbagevendende overenskomstforhandlinger. Priserne på disse ydelser er derfor ikke nødvendigvis udtryk for de relaterede omkostninger til de relevante ydelser. Blandt ydelser med frie priser findes der både ydelser, der berettiger til offentligt tilskud samt ydelser, der ikke berettiger til offentlige tilskud. I den følgende gennemgang af priser behandles alle disse ydelser samlet under ét.⁶

Tandlægepriserne er fra januar 2001 til september 2018 steget med 60,1 pct., jf. Figur 1. I samme periode er forbrugerprisindekset steget med 33,5 pct. Til sammenligning er det generelle prisniveau i sundhedsbranchen steget med 24,3 pct. for samme periode (dvs. mindre end de generelle prisstigninger). Prisniveauet på tjenesteydelser er i alt steget med 52,8 pct. for samme periode.

⁶ Til at belyse udviklingen i tandlægepriserne har arbejdsgruppen anvendt data fra Danmarks Statistiks statistikdatabase. Det har dog ikke været muligt at skelne mellem prisudviklingen på de enkelte ydelsesgrupper, som opdelt ovenfor. Den følgende beskrivelse af udviklingen er derfor baseret på alle tandlægeydelser samlet under ét. Danmarks Statistik foretager to gange årligt beregninger af prisudviklingen på tandlægeydelser. I beregningen af prisindekset indgår 23-26 tandlægeydelser, omfattende både ydelser med faste og frie priser. Prisindekset for tandlægeydelser er sammensat ud fra følgende fordelingsnøgle, der følger efterspørgslen: Regelmæssige tandlægeydelser (25 pct.), røntgen (4 pct.), fyldninger (7 pct.), rodbehandlinger (1 pct.), frie ydelser (44 pct.), paradentose (19 pct.).

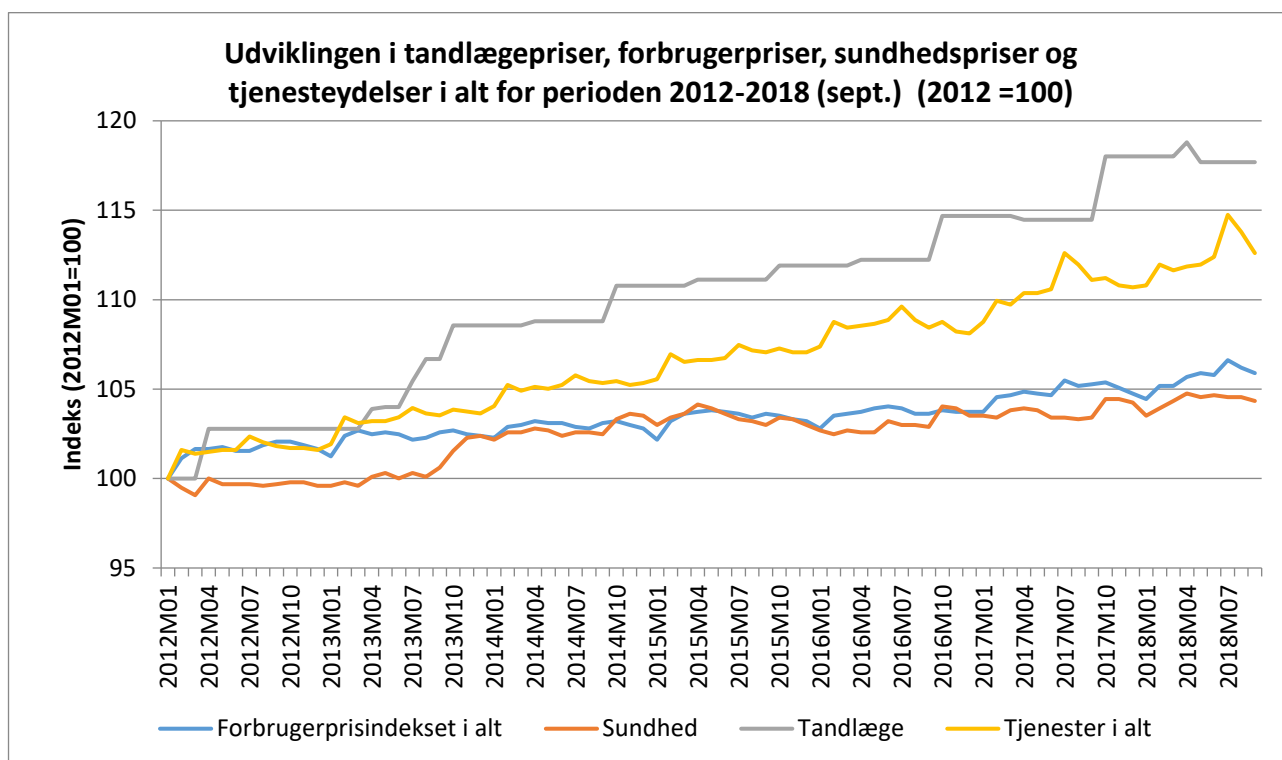
Figur 1



Kilde: Danmarks Statistiks statistikdatabase

Ses der på en kortere periode, nemlig fra 2012 og fremefter, er tandlægepriserne steget markant mere end de tre andre indeks, jf. Figur 2.

Figur 2



Kilde: Danmarks Statistiks statistikdatabase

Tandlægepriserne er fra januar 2012 til september 2018 steget med 17,7 pct., mens forbrugerprisindekset over samme periode er steget med 5,9 pct., jf. Figur 2. Til sammenligning er det generelle prisniveau i sundhedsbranchen steget med 4,3 pct. for samme periode (dvs. lavere end de generelle prisstigninger). Prisniveauet på tjenesteydelser i alt er steget med 12,6 pct. for samme periode.

Samlet set viser opgørelserne, at priserne i tandlægebranchen siden 2001 og især siden 2012 er steget mere end både forbrugerpriserne, generelle priser på sundhedsydelser og tjenesteydelser i alt.

1.2.2. Lønomkostninger i tandlægebranchen

Som vist i afsnit 1.2.1 *Priserne i tandlægebranchen*, er priserne i tandlægebranchen siden 2001 og især siden 2012 steget mere end både forbrugerpriserne, generelle priser på sundhedsydelser og tjenesteydelser i alt. Generelt kan en forklaring på stigende priser være, hvis omkostningerne i en branche er steget tilsvarende. Hvis ikke omkostningerne er steget tilsvarende (og alle omkostningerne ellers er med i opgørelsen), vil det være udtryk for, at indtjeningen i branchen er steget som følge af de stigende priser.

Personaleomkostninger udgør i gennemsnit knap 60 pct. af de samlede omkostninger i en tandlægeklinik.⁷ Lønninger udgør dermed en betydelig del af de samlede omkostninger i en tandlægeklinik. Udviklingen i løn i tandlægebranchen kan derfor muligvis udgøre en del af forklaringen på udviklingen i tandlægeklinikkernes samlede omkostninger.

For en tandlægeklinik omfatter personaleomkostninger bl.a. følgende poster: Løn til ansatte tandlæger, tandplejere, kliniske tandteknikere, tandklinikassistenter og administrativt ansatte som fx receptionister m.v. Derudover skal tandlægeklinikejeren udbetale løn til sig selv. En tandlægeklinikejers indkomst er sværere at opgøre end fx en ansat tandlæges lønindkomst. Dette skyldes, at tandlægeklinikejeren - i modsætning til den ansatte tandlæge - bidrager med både arbejde og kapital til driften af klinikken. Til gengæld herfor får klinikejeren: i) løn, ii) afkast i form af udbytteudbetaling og iii) afkast i form af opsparet kapital i virksomheden m.v. Der kan være forskellige regnskabs- og skattemæssige fordele ved hver af de tre muligheder. Ofte vil en tandlægeklinikejer kombinere de tre muligheder ved udbetaling af løn til sig selv. I nærværende fremstilling tages der ved opgørelsen af tandlægeklinikejerens indkomst udgangspunkt i en samlet opgørelse af i) løn og ii) afkast i form af udbyttebetaling. Det er arbejdsgruppens vurdering, at denne opgørelse på det foreliggende grund udgør det bedst mulige skøn over udviklingen i tandlægeklinikejerens gennemsnitlige indtjening i 2012-2016. Tilgængelige data giver ikke mulighed for at opgøre opsparet kapital i tandlægeklinikkerne.

Igennem Danmarks Statistiks registerdatabase har arbejdsgruppen estimeret den gennemsnitlige årlige løn for ansatte tandlæger, ansatte tandplejere, ansatte kliniske tandteknikere, ansatte tandklinikassistenter og den samlede årlige gennemsnitsindkomst for tandlægeklinikejere opgjort som summen af løn og afkast i form af udbyttebetaling.

Tabel 1 nedenfor viser den gennemsnitlige årlige løn for ansatte tandlæger, tandplejere, kliniske tandteknikere og tandklinikassistenter for årene 2012-2016. Det fremgår af Tabel 1, at en ansat tandlæge i 2016 i gennemsnit tjente 564.159 kr. om året, mens ansatte tandplejere, ansatte kliniske tandteknikere og ansatte tandklinikassistenter i gennemsnit tjente hhv. 325.404 kr., 314.396 kr. og 253.072 kr. i 2016.

Den gennemsnitlige løn for en ansat tandlæge steg i perioden 2012-2016 med 7,9 pct., mens den for en ansat tandplejer, en ansat klinisk tandtekniker og en ansat tandklinikassistent over samme periode steg med hhv. 4,6 pct., 5,3 pct., og 3,6 pct. Til sammenligning steg den gennemsnitlige løn i den private sektor fra 1. kvartal 2012 til 4. kvartal 2016 med 7,0 pct., mens den gennemsnitlige løn i sundhed- og undervisningssektoren steg med 5,3 pct.⁸

⁷ www.arosrevision.dk/nyheder/kliniknogletal-2016 AROS' årlige tandlægebranchestatistik for årene 2012-2016. Tallene fra AROS bygger på de tandlægeklinikker, som bruger AROS. Tallene er derfor ikke nødvendigvis repræsentative for alle tandlægeklinikker i Danmark.

⁸ Det bemærkes, at tallene i lønudviklingen for henholdsvis den private sektor og undervisnings- og sundhedssektoren indeholder bidrag til pension, mens tallene i tabel 1 er uden pensionsbidrag. Dette kan påvirke sammenligneligheden mellem de opgjorte tal i de forskellige brancher mv.

Tabel 1

Gennemsnitlig årlig løn for ansatte tandlæger, tandplejere, kliniske tandteknikere, og tandklinikassistenter, i kr.

	2012	2013	2014	2015	2016	Ændring i pct. fra 2012- 2016
Tandlæge	523.066	528.797	539.769	546.385	564.159	7,9 pct.
Tandplejer	311.160	314.010	318.745	322.195	325.404	4,6 pct.
Klinisk tandtekniker	298.670	328.623	324.420	329.995	314.396	5,3 pct.
Tandklinikassistent	244.220	245.815	247.484	248.005	253.072	3,6 pct.

Kilde: Danmarks Statistik registerdatabase.

Anm: Den gennemsnitlige årlige løn er opgjort som skattepligtig løn inkl. frynsegoder, skattefri løn, jubilæums- og fratrædelses-godtgørelser samt værdi af aktieoptioner. Honorar for bestyrelsesarbejde indgår også i denne variabel. Honorar i forbindelse med konsulentarbejde, foredrag og lign. indgår ikke i denne variabel. Lønnen er efter fradrag af bidrag til arbejdsgiveradministrerede pensionsordninger og bidrag til ATP (både arbejdsgivers og arbejdstagers bidrag til pensionsordningerne er fratrukket - også frivillige ekstra pensionsbidrag administreret af arbejdsgiver er fratrukket). Lønnen er før fradrag af arbejdsmarkedsbidrag og særlig pensionsbidrag.

Stigningen i lønomkostninger til ansatte tandlæger, tandplejere, kliniske tandteknikere og tandklinikassistenter på hhv. 7,9 pct., 4,6 pct., 5,3 pct. og 3,6 pct. for perioden 2012-2016 har ikke fulgt med stigningen i tandlægepriserne for samme periode på 10,5 pct., hvilket alt andet lige indikerer, at tandlægeklinikejere har kunnet trække mere løn ud til sig selv enten i form af lønudbetaling, kapitalafkast eller opsparet kapital i tandlægevirksomheden.

Udover løn til ansatte indeholder en tandlægevirksomheds lønomkostninger udbetaling af løn til tandlægevirksomhedens ejere. Tabel 2 nedenfor viser den samlede årlige gennemsnitsindkomst for tandlægeklinikejere for årene 2012 til 2016. Det fremgår af Tabel 2, at tandlægeklinikejere i 2016 samlet set i gennemsnit tjente 927.704 kr. Heraf udgjorde løn 157.765 kr. (svarende til 17,0 pct.), mens afkast i form af udbyttebetaling udgjorde 769.939 kr. (svarende til 83,0 pct.).

Arbejdsgruppens estimat for, hvad en tandlægeklinikejer tjener, stemmer nogenlunde overens med Tandlægeforeningens estimat fra efteråret 2017, hvor Tandlægeforeningen oplyste, at en tandlægeklinikejer i gennemsnit tjener 842.000 kr. om året.⁹ Tandlægeforeningen oplyste ved en anden lejlighed i foråret 2017, at en tandlægeklinikejer i gennemsnit tjener mellem 800.000 kr. – 1.000.000 kr. om året.¹⁰

Ses der på udviklingen i indkomsten, som tandlægeklinikejere udbetaler til sig selv, fremgår det af Tabel 2, at en gennemsnitlig tandlægeklinikejers samlede indkomst for perioden 2012-2016 steg med 10,0 pct., hvoraf lønindkomsten for perioden steg med 15,6 pct. og udbetalt udbytte (kaldet afkast i tabellen) steg med 9,0 pct.

⁹ DR kontant: "De dyre tandlæger": <https://www.dr.dk/tv/se/kontant/kontant-tv/kontant-2017-11-16#!/>

¹⁰ InsideBusiness: "Tandklinikker i ny børskandidatkæde er langt fra prisførende", 24. marts 2017.

Tabel 2

Gennemsnitlig årlig indkomst for tandlægeklinikejere, kr.

	2012	2013	2014	2015	2016	Ændring i pct. fra 2012- 2016
Tandlægeklinikejer (i alt)	843.140	862.089	892.012	872.995	927.704	10,0 pct.
- Lønindkomst	136.481	137.505	149.960	151.759	157.765	15,6 pct.
- Afkast	706.659	724.584	742.052	721.236	769.939	9,0 pct.

Kilde: Danmarks Statistik registerdatabase

Anm: Afkast er opgjort som nettooverskud af selvstændig virksomhed efter kapitalindtægter og udgifter. Variablen er inkl. udenlandsk virksomhed og netto indtægt som medarbejdende ægtefælle. Ved underskud i virksomheden, har variablen negative værdier. Virksomhedsindkomster er selvangivne b-indkomster, modsat løn og overførselsindkomster, som er indberettet til skat af udbetaleren.

Tandlægeklinikejerens gennemsnitlige indkomst opgjort som løn og udbyttebetaling, er således steget relativt mere end lønomkostningerne til ansat personale, men mindre end væksten i tandlægepriserne. Stigningen i tandlægeklinikejernes gennemsnitlige indkomst kan dog være påvirket af, at antallet af udførte tandlægeydelser muligvis er steget i den relevante periode.

Udover at udbetale nettooverskuddet fra tandlægevirksomheden kan en tandlægeklinikejer vælge at opbygge kapital i tandlægevirksomheden over tid, for på et senere tidspunkt at få udbetalt overskuddet. Dette kan i øget omfang være sket som følge af stigningen i tandlægepriserne. Således kan stigningen i tandlægepriserne have bidraget til en øget indtjening i form af øget kapitalopbygning i tandlægeklinikkerne. Det har dog ikke været muligt for arbejdsgruppen, ud fra de tilgængelige data, at opgøre i hvilket omfang tandlægevirksomhederne har opbygget kapital over tid.

Samlet set kan stigningen i tandlægepriserne for perioden 2001-2016 altså ikke forklares med, at den væsentligste omkostning i form af lønomkostningerne er steget i samme omfang. Dette kan indikere, at ekstra indtjening er tilfaldet tandlægeklinikejerne.

[Her indsættes faktaboks med metodisk tilgang]

1.2.3. Tandlægevirksomhedernes indtjening

Hvis virksomhederne i en branche kan opretholde en indtjening, der er højere, end hvad man normalt ser i sammenlignelige brancher, kan det være et tegn på, at konkurrencen er svag. I et marked med stærk konkurrence vil virksomhederne fx sænke priserne for at vinde kunder, hvilket isoleret set vil mindske indtjeningen. Konkurrence kan også over tid medføre mere innovation, samt at de mest effektive og/eller populære virksomheder vinder markedsandele, mens mindre velfungerende virksomheder må forlade markedet.

Indtjeningen kan måles på flere måder. En hyppigt anvendt indikator er overskudsgraden, der måler virksomhedernes ordinære resultat i forhold til omsætningen:

Overskudsgrad = Resultat af ordinær drift / omsætning

Hvis overskudsgraden i en branche er høj, kan det være tegn på, at virksomhederne i højere grad end i andre brancher er i stand til at sætte en pris, der er betydeligt højere end deres omkostninger.

Til at belyse tandlægevirksomhedernes indtjening har arbejdsgruppen anvendt data fra Danmarks Statistiks registerdatabase samt den årlige tandlægebranchestatistik fra revisionsfirmaet AROS.¹¹ AROS laver regnskab for ca. 24 pct. af tandlægeklinikkerne i Danmark. Det er disse tandlægeklinikker, som tandlægebranchestatistikken baseres på, og dermed er branchestatistikken ikke nødvendigvis repræsentativ for alle tandlægeklinikker i Danmark. Arbejdsgruppen vurderer dog, at data fra AROS kan give en indikation af overskudsgraden i tandlægebranchen.

AROS har for perioden 2012-2016 årligt offentliggjort en aggregeret branchestatistik over de tandlægeklinikker, som AROS har som kunder.¹² Branchestatistikken giver bl.a. mulighed for at beregne en gennemsnitlig overskudsgrad for de tandlægeklinikker, som er med i branchestatistikken.

Tabel 3 nedenfor angiver overskudsgraden i perioden 2012-2016 for de tandlægeklinikker, som bruger AROS. Af tabellen fremgår ligeledes den gennemsnitlige overskudsgrad i private byerhverv og dyrlægebranchen i samme periode. Det skal dog bemærkes, at det er vanskeligt at vurdere hvilke brancher, som det er relevant at sammenligne med i den forbindelse.¹³

Private byerhverv giver en indikation på overskudsgraden i generelle serviceerhverv. Dyrlægebranchen minder om tandlægebranchen mht. fx uddannelseskraft, markedsstruktur med mange aktive dyrlægepraksis¹⁴ og autorisationspligt. Dyrlægebranchen adskiller sig dog fx fra tandlægebranchen ved, at andre end dyrlæger godt kan eje majoriteten af ejerandelene i en dyrlægeklinik. Dette kan gøre dyrlægebranchen mere interessant at sammenligne med i denne sammenhæng end fx andre erhverv i sundhedssektoren, der er underlagt tilsvarende restriktioner.¹⁵

Det fremgår af Tabel 3, at den gennemsnitlige overskudsgrad for tandlægeklinikker i perioden 2012-2016 var 31,0 pct. Til sammenligning var den gennemsnitlige overskudsgrad i private byerhverv 6,9 pct., mens den i dyrlægebranchen var 21,8 pct. i samme periode.¹⁶ Det fremgår desuden af Tabel 3, at overskudsgraden i de tre brancher har ligget på et relativt stabilt niveau.

¹¹ AROS er bl.a. specialiseret inden for tandlægebranchen.

¹² www.arosrevision.dk/nyheder/klinikogletal-2016

¹³ Fx vil det alt andet lige være mest relevant at sammenligne med en branche, der har en velfungerende konkurrence. Arbejdsgruppen har ikke i forbindelse med sammenligningen i nærværende afsnit taget stilling til, hvor velfungerende konkurrencen fx er i dyrlægebranchen.

¹⁴ 500-550 pr. januar 2013.

¹⁵ Arbejdsgruppen har ikke haft adgang til overskudsgrader for andre erhverv i sundhedssektoren.

¹⁶ Danmarks Statistiks registerdatabase.

Tabel 3

Gennemsnitlig overskudsgrad for tandlægebranchen 2012-2016

	2012	2013	2014	2015	2016	Gennemsnitlig overskudsgrad 2012-2016
Tandlægeklivnikker	32,0 pct.	30,8 pct.	30,2 pct.	30,8 pct.	31,3 pct.	31,0 pct.
Private byerhverv	6,6 pct.	6,8 pct.	6,9 pct.	6,9 pct.	7,5 pct.	6,9 pct.
Dyrlægeklivnikker	20,1 pct.	19,8 pct.	21,0 pct.	24,2 pct.	24,0 pct.	21,8 pct.

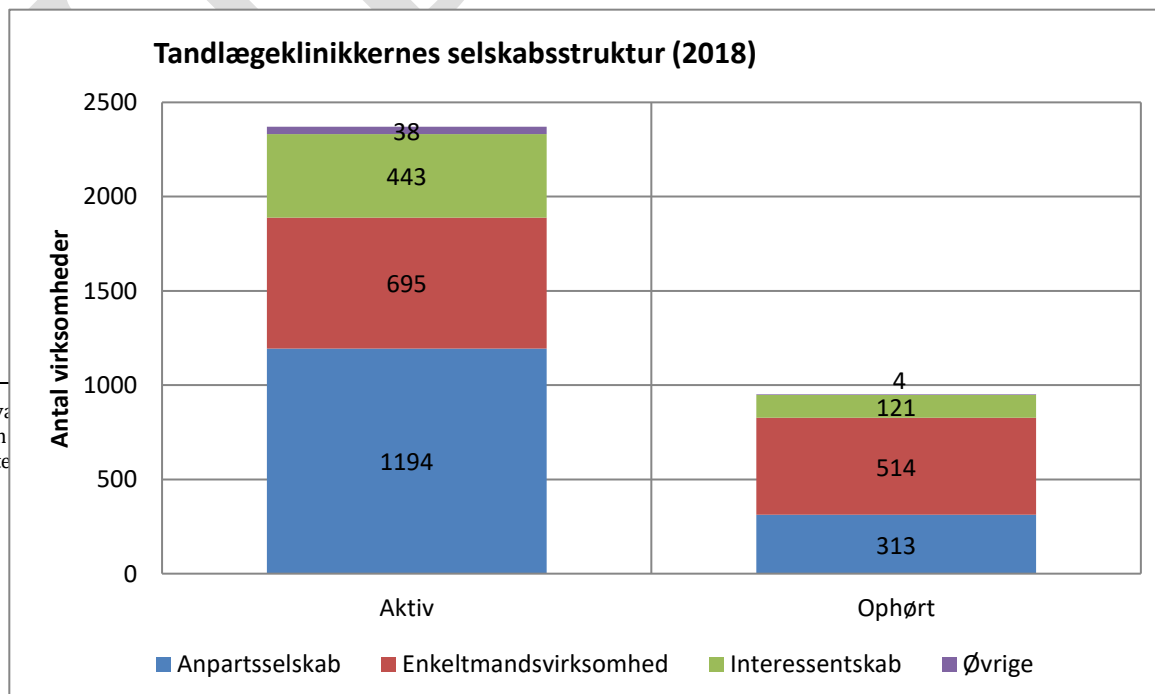
Kilde: KFSSTs beregninger på baggrund af AROS (tandlægeklivnikker), Danmarks Statistiks statistikdatabase (private byerhverv) og Danmarks Statistiks registerdatabase (dyrlægeklivnikker)

Samlet set viser denne undersøgelse, at overskudsgraden i gennemsnit ligger omkring 31,0 pct. i perioden 2012-2016 i de ca. 24 pct. af tandlægeklivnikker, som er med i undersøgelsen. Dette er knap 450 pct. mere end overskudsgraden i private byerhverv og godt 40 pct. mere end i dyrlægebranchen. Det bemærkes, at arbejdsgruppen ikke har fundet argumenter eller materiale, der peger i retning af, at den høje overskudsgrad i tandlægebranchen afspejler risikoen ved at investere i en tandlægeklivnik.¹⁷

1.3. Virksomhedstyper i tandlægebranchen

I 2018 var der samlet set registreret 2.370 tandlægevirksomheder fordelt på 1.194 anpartsselskaber, 695 enkeltmandsvirksomheder, 443 interessentselskaber samt 38 øvrige selskaber, jf.

Figur 3. Anpartsselskaber udgør således den mest anvendte selskabsform i branchen med ca. 51 pct. af det samlede antal selskaber i 2018.

Figur 3

Kilde: Erhvervsstyrelsen

Denne opgørelse skelner ikke mellem aktive tandlægeklinikker og øvrige virksomheder knyttet hertil, fx holdingselskaber. Det reelle antal aktive tandlægeklinikker i Danmark er dermed lavere og udgør pr. januar 2018 1.752¹⁸ private tandlægeklinikker i Danmark.

Den danske tandlægebranche består hovedsageligt af enkeltmandsklinikker og mellemstore klinikker. Siden 2000, og særligt inden for de seneste 5-10 år, har der været en tendens til øget konsolidering i branchen ved dannelsen af en række kliniksamarbejder.

Flere eksisterende tandlægeklinikker har således valgt at indgå i større kliniksamarbejder¹⁹, der involverer brugen af fx fælles IT, logo og markedsføring.

Boks 1 – Klinikfællesskaber og kliniksamarbejder

I denne rapport skelnes mellem klinikfællesskaber og kliniksamarbejder.

Klinikfællesskaber: Flere individuelt drevne og ejede tandlægeklinikker, der er gået sammen i et frivilligt indkøbsfællesskab.

Kliniksamarbejder: En gruppe tandlægeklinikker, der markedsfører sig under samme navn, og hvor disse klinikker desuden er underlagt fælles ejerskab, således at det samme selskab eller den samme enkeltperson har ejerandele i alle disse klinikker. Udover fx fælles efteruddannelse og indkøb af udstyr m.v. har sådanne kliniksamarbejder (oftest) fælles administration og IT, logo og markedsføring i den udstrækning reguleringen muliggør dette.

Under den nuværende offentlige regulering er det ikke muligt at drive et kliniksamarbejde, hvor det ikke er en tandlæge, som har det fælles ejerskab over samarbejdet, som én virksomhed. En måde at drive kliniksamarbejdet på kan derfor fx være, at denne fælles ejer ejer en

¹⁸ Tal fra Sundhedsdatastyrelsen.

¹⁹ I Incentives rapport omtales disse kliniksamarbejder som "tandlægekæder".

minoritetsandel af de enkelte klinikker (typisk 49 pct.), mens en tandlæge ejer majoriteten af den enkelte klinik (typisk 51 pct.). De kliniksamarbejder, der er etableret i den danske tandlægebranche i dag, består derfor af et større antal juridiske enheder, hvor de majoritetsejende tandlæger ifølge den nuværende regulering skal være selvbestemmende i deres egne klinikker.²⁰

I mangel på en almindelig, anerkendt definition af, hvad der falder inden for betegnelsen kliniksamarbejder, er det vanskeligt at opgøre antallet heraf i Danmark præcist. KPMG har anslået antallet af kliniksamarbejder i 2015 til at udgøre ca. 7 pct. af den danske tandlægebranche (opgjort ud fra antal tandlæger).²¹ I en anden undersøgelse foretaget af konsulentbureauet Incentive²² kan andelen af kliniksamarbejder ud af det samlede antal tandlægeklinikker i 2017 og 2018 beregnes til henholdsvis 5,9 pct. og 8,1 pct.²³ Incentives undersøgelse finder også, at antal årsværk for en klinik i et kliniksamarbejde i gennemsnit er 2,3 gange højere end det gennemsnitlige antal årsværk hos øvrige klinikker. Målt på årsværk vil kliniksamarbejder derfor udgøre en større andel af branchen end målt på antal klinikker.

Ifølge den seneste udgave af Tandlægebladet fra oktober 2018 viser beregninger fra Tandlægeforeningen, at kliniksamarbejderne stod for 20 pct. af omsætningen på de danske tandklinikker i 2017.²⁴

På nuværende tidspunkt er der i hvert fald seks kliniksamarbejder, hvoraf den største samlet består af minimum 61 klinikker, mens den mindste består af fem klinikker.²⁵

1.4. Regulatoriske barrierer

Tandlægebranchen er underlagt omfattende regulering i forhold til pris og ejerskab, der hæmmer den effektive konkurrence og dermed patienternes muligheder for at få bedre og/eller billigere tandlægeydelser.

Den nuværende regulering forhindrer, at ikke-tandlæger må eje majoriteten af en tandlægeklinik og dermed få den bestemmende indflydelse på klinikken. Derudover er det maksimalt tilladt at eje to klinikker, medmindre der er ansøgt om særlig tilladelse. Disse restriktioner begrænser på forskellig vis mulighederne for effektiv virksomhedsdrift og de fordele, dette kan medføre for patienterne, fx lavere priser, mere kvalitet for pengene og bedre service. De faste priser på en række ydelser inden for den basale tandpleje forhindrer tandlægerne i at konkurrere på pris ved fx at tilbyde rabatter, og patienterne risikerer dermed at gå glip af besparelser på disse ydelser.

²⁰ Bilag XX Rapporten "Nye aktører på tandlægemarkedet" fra november 2018, udarbejdet af Incentive.

²¹ KPMG (2016): The dental chain opportunity. Tandlægekæder defineres på følgende måde i denne rapport's slutnote 4: "A chain is defined as a group of practices in which the ownership does not lie directly with the practicing dentists".

²² Bilag XX Rapporten "Nye aktører på tandlægemarkedet" fra november 2018, udarbejdet af Incentive.

²³ I Incentives rapport opgøres antal tandlægeklinikker (2017 = 95 og 2018 = 121), som er en del af et kliniksamarbejde og det samlede antal af tandlægeklinikker i Danmark (2017 = 1615 og 2018 = 1494) jf. indberettede priser på sundhed.dk. For Incentives definition af samarbejder henvises til bilag XX. Alle tandlægeklinikker i Danmark har pligt til at indberette priser på bestemte ydelser til sundhed.dk, der offentliggør priserne. På trods af denne pligt er det ikke alle tandlægeklinikker i Danmark, som har indberettet priser på de pågældende ydelser til sundhed.dk, og derfor kan disse estimerede markedsandele være behæftet med usikkerhed.

²⁴ <https://www.tandlaegebladet.dk/>.

²⁵ De seks klinikker er: 1) Godt Smil, 2) Dentalklinikken, 3) Tandlægen.dk, 4) Oris, 5) Dentist.dk og 6) Colosseum.

I et interview med Incentive har Tandlægeforeningen anført, at kravet om faste priser bidrager til at sikre gennemsigtighed for patienterne, i forhold til hvad basaltandplejen koster. Samtidig modvirker de faste priser "shoppingtendenser" efter slagtilbud, hvilket ifølge Tandlægeforeningen medfører et unødvendigt og fordyrende merforbrug. Det er desuden anført af Tandlægeforeningen, at der er sundhedsfaglige fordele ved, at patienterne er tilknyttet den samme tandlæge i længere periode.²⁶

Repræsentanterne fra kliniksamarbejderne peger derimod 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 branchen. Kliniksamarbejderne nævner også, at velkomstrabatter m.v. 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.²⁷

Kliniksamarbejderne har desuden fremhævet over for Incentive, at ejerskabsreglerne betyder, at det ikke er muligt at drive et kliniksamarbejde som én virksomhed. Kliniksamarbejderne er ofte struktureret ved, at et bagvedliggende selskab (kliniksamarbejdet) ejer en minoritetsandel af de enkelte klinikker (typisk 49 pct.), mens en tandlæge ejer majoriteten af den enkelte klinik (typisk 51 pct.). Den enkelte klinik i samarbejdet har derfor som udgangspunkt en bestemmende indflydelse på dens egne aktiviteter.²⁸

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

- Det er ikke muligt at dele personale og udstyr på tværs af klinikker. På grund af ejerstrukturen skal de ansatte have en kontrakt med den enkelte klinik, hvilket gør det usmidigt at lave fx 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.²⁹

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

Med den beskrevne selskabsstruktur i tandlægebranchen (se afsnit 1.3 Virksomhedstyper i tandlægebranchen), er der som udgangspunkt et betydeligt potentiale for konsolidering, og et deraf afledt potentiale for stordriftsfordele i form af øget produktivitet og effektivitet samt lavere omkostninger. Dette medfører samlet et potentiale for lavere priser eller andre forbru-

²⁶ Bilag XX Rapporten "Nye aktører på tandlægemarkedet" fra november 2018, udarbejdet af Incentive.

²⁷ Bilag XX Rapporten "Nye aktører på tandlægemarkedet" fra november 2018, udarbejdet af Incentive.

²⁸ Bilag XX Rapporten "Nye aktører på tandlægemarkedet" fra november 2018, udarbejdet af Incentive.

²⁹ Bilag XX Rapporten "Nye aktører på tandlægemarkedet" fra november 2018, udarbejdet af Incentive.

gergevinst, som fx øget kvalitet som følge af kliniksamarbejderne mulighed for at købe og anvende ny teknologi.

Ifølge Incentives interviews er det kliniksamarbejdernes oplevelse, at mange tandlæger ønsker at være ansatte frem for at være virksomhedsejere. Det skyldes et ønske fra tandlægerne om udelukkende at kunne koncentrere sig om det tandlægefaglige arbejde fremfor øvrige virksomhedsrelaterede opgaver, såsom administration og regnskabsførelse.

Tandlægeforeningen er på den anden side fortalende for at opretholde de nuværende ejerskabsbegrænsninger. Ifølge Tandlægeforeningen er der risiko for, at ønsket til indtjening og overskud fra eksterne investorer kan gå ud over fagligheden og kvaliteten og eksempelvis medføre overbehandling af patienterne. Kliniksamarbejderne argumenterer modsat for, at der i en tandlægeejet klinik under den nuværende regulering i princippet er et endnu stærkere incitament til overbehandling, da indtjening og overskud fra eventuel overbehandling går til den udførende tandlæge direkte. Dette er derimod ikke tilfældet, hvis den udførende tandlæge er ansat. Ifølge kliniksamarbejderne er ejerskabsregler derfor ikke et særligt velegnet instrument til at sikre kvalitet og faglighed i tandplejen.

På tandlægeområdet er kvaliteten i behandlingerne i dag sikret gennem flere forskellige kontrolmekanismer, herunder helt grundlæggende gennem tandlægens autorisation, der garanterer et fagligt og etisk minimumsniveau, og desuden ved fx det risikobaserede tilsyn og krav om efterlevelse af nationale kliniske retningslinjer. Forholdene vedr. patientsikkerhed og virksomhedsansvar er yderligere styrket gennem vedtagelsen af lov om ændring af lov om virksomhedsansvarlige læger, hvor der i §§ 2 og 3 stilles krav om udpegning af en virksomhedsansvarlig tandlæge, således at det overordnede ansvar for patienternes sikkerhed og kvaliteten af det sundhedsfaglige arbejde er fastlagt.³⁰

1.5. Betydningen af nye aktører i tandlægebranchen

I løbet af 2017 og 2018 har der været drøftelser i offentligheden af konkurrenceforholdene i voksentandplejen. Et stigende antal tandklinikker er i de senere år blevet en del af et kliniksamarbejde, og det har særligt været debatteret, hvordan kliniksamarbejder påvirker tandlægebranchen.

For at afdække betydningen af denne udvikling har konsulentbureauet Incentive foretaget en analyse af dynamikken mellem virksomhederne i tandlægebranchen (Bilag xx, herefter benævnt "Undersøgelsen").³¹ Incentive har undersøgt, hvilken betydning det har for væsentlige konkurrenceparametre, at nye aktører i form af kliniksamarbejder, træder ind i branchen. Analysen har undersøgt effekten af indtræden i branchen på pris, patienternes opfattelse (af deres besøg hos tandlægen), åbningstid og effektivitet.

³⁰ [Eventuel indsættelse af reference til kapitel i den endelige rapport, der beskriver det eksisterende system til sikring af kvalitet og patientsikkerhed på tandlægeområdet].

³¹ Med dynamik menes i denne forbindelse, at nye typer af aktører træder ind i branchen.

1.5.1. Pris

Sammenligning af tandlægepriser hos kliniksamarbejder og øvrige tandlæger

For at undersøge, om kliniksamarbejder og øvrige tandlægers prissætning adskiller sig fra hinanden, har Incentive foretaget en prissammenligning baseret på priser indsamlet fra sundhed.dk. Kliniksamarbejderne og de øvrige tandlægeklinikkers prissætning er sammenholdt med et kommunegennemsnit, der også er beregnet ud fra priser tilgængelige på sundhed.dk.

Boks 2: Metode for Incentives prissammenligning³²

Incentive har beregnet den procentvise forskel i pris i forhold til kommunegennemsnittet pr. ydelse pr. klinik. Herefter er den gennemsnitlige prisforskel pr. klinik beregnet som et uvægtet gennemsnit af prisforskellen pr. ydelse. Denne metode betyder bl.a., at ydelser vægter lige uanset prisniveau, og at forskelle i produktmiks og geografiske forskelle i prisniveau ikke påvirker resultatet.

Incentives beregninger viser, at der ikke er systematiske prisforskelle mellem kliniksamarbejderne og øvrige klinikker. Prissammenligningen viser, at både kliniksamarbejderne og de øvrige klinikker fordeler sig over hele prisspektret (hhv. dyrere og billigere end kommunegennemsnittet). Fx viser Undersøgelsen, at 34 pct. af de øvrige klinikker er 0-10 pct. billigere end kommunegennemsnittet, og det samme gør sig gældende for 32 pct. af kliniksamarbejderne.

Resultaterne peger på, at der ikke er nogen signifikant forskel på kliniksamarbejdernes og de øvrige klinikkers priser på ydelser med frie priser.

Kliniksamarbejders betydning for prisdannelsen

Incentive har undersøgt, hvordan kliniksamarbejderne påvirker priserne på de markeder, hvor de indtræder.

I kommuner, hvor der hverken var kliniksamarbejder i 2017 eller 2018, steg priserne i gennemsnit med 4,7 pct. i perioden fra juni 2017 til september 2018. I kommuner, hvor der ifølge prisindberetningerne på sundhed.dk er åbnet en klinik, der er en del af et kliniksamarbejde siden sidste år, steg priserne med 3,8 pct. Priserne steg dermed ca. 1 pct. point mindre i de områder, hvor der for nyligt er åbnet en klinik fra et kliniksamarbejde.³³

Resultaterne indikerer, at tandlægerne er mindre tilbøjelige til at hæve deres priser, når der åbner en klinik fra et kliniksamarbejde i nærområdet. En mulig forklaring er, at de øvrige klinikker holder igen med prisstigningerne, fordi de evt. frygter, at den nye konkurrent fra et samarbejde vil forsøge at tiltrække patienter ved hjælp af fx øget markedsføring eller lavere priser. Kliniksamarbejderne synes dermed at have en prisdæmpende effekt på de øvrige aktører.

³² Bilag XX Rapporten "Nye aktører på tandlægemarkedet" fra november 2018, udarbejdet af Incentive.

³³ Forskellen er signifikant forskellig fra 0 med en p-værdi på 0,09.

Arbejdsgruppen vurderer imidlertid, at potentialet for øget konkurrence er større, end hvad det har været muligt at kvantificere på nuværende tidspunkt. Dette skal bl.a. ses i lyset af, at kliniksamarbejdernes adfærd er begrænset af den regulering, der er af branchen, at de generelt er forholdsvist nystartede virksomheder, der skal afholde en række startinvesteringer, der gør det sværere at realisere evt. stordriftsfordele på den korte bane, og at patienterne generelt udviser en passiv adfærd ved valg af tandlæge, med et deraf følgende begrænset incitament til at konkurrere.

1.5.2. Tilfredshed, patientklager og tilsyn

Det er generelt vanskeligt at måle kvalitet på tandlægeområdet. Derfor har arbejdsgruppen set nærmere på patienttilfredshed, faglige klagesager og resultater af risikobaserede tilsyn. Disse faktorer udgør ikke en fuldt dækkende måling af kvaliteten af tandlægeydelser, men de kan alt andet lige være indikatorer herpå.

Arbejdsgruppen har været i dialog med Tandlægeforeningen om andre måder at måle kvalitet på, men de har ikke kunnet anviser andre anvendelige metoder til brug for måling heraf. Arbejdsgruppen har heller ikke selv kunnet identificere andre retvisende metoder.

Ingen af de forhold, som arbejdsgruppen har undersøgt, indikerer, at samarbejdsklinikker leverer ydelser af dårligere kvalitet end øvrige klinikker, herunder at der i samarbejdsklinikker skulle være øget risiko for fald i kvalitet og patientsikkerhed, jf. nærmere herom nedenfor.

Patienternes generelle tilfredshed

Patienttilfredshed kan indikere noget om kvaliteten af den ydelse, som patienterne modtager. Incentive har undersøgt, om der er forskelle i patienternes tilfredshed med kliniksamarbejder og øvrige tandlæger.

Undersøgelsen, der bygger på 6.947 Google review ratings af forskellige tandlæger, viser, at der ikke er nogen signifikant forskel mellem patienternes rating af kliniksamarbejder og øvrige tandlægeklinikker.³⁴ Både kliniksamarbejder og øvrige tandlægeklinikker får generelt høje ratings af deres patienter. Der kan på den baggrund ikke konkluderes noget entydigt om, at patienterne skulle have særligt dårlige oplevelser med behandlinger udført på enten kliniksamarbejder eller øvrige klinikker.

Der er ikke muligt at sætte lighedstegn mellem patienternes generelle tilfredshed og kvaliteten af de behandlinger, der har været genstand for vurderingerne. Patienttilfredsheden kan imidlertid være en indikator på kvalitet, idet tilfredshedsmålingen bl.a. vil være udtryk for patientens oplevelse af kvaliteten af det udførte tandlægearbejde. I hvert fald vil patienttilfredsheden typisk være lav, hvis patienten oplever at kvaliteten af en behandling er lav.

³⁴ Incentives undersøgelse er baseret på Google review ratings, og datasættet indeholder 6.927 reviews fordelt på 1.172 klinikker. Incentive har kun medtaget klinikker, der har mindst fem reviews. I analysen indgår derfor 47 klinikker fra kliniksamarbejder og 1.083 øvrige tandlægeklinikker.

Fordelingen af patientklager

Som en yderligere indikator for kvalitet kan der ses på antallet af faglige klagesager inden for voksentandplejen.

Data for afgjorte patientklager har oprindeligt været tilgængelig på tandklage.dk. Hjemmesiden er imidlertid lukket ned efter tandlægeoverenskomstens ophør pr. 1. juni 2018, og de relevante klagedata har herefter ikke været tilgængelig for arbejdsgruppen. Arbejdsgruppen har rettet henvendelse til både Styrelsen for Patientsikkerhed, Styrelsen for Patientklager og Tandlægeforeningen med dataanmodning over afgjorte patientklagesager. Hverken myndighederne eller Tandlægeforeningen har imidlertid kunnet levere de relevante data. Arbejdsgruppen har således ikke været i stand til at skaffe nyere data over antallet af patientklager.

Ifølge et notat³⁵ udarbejdet af CEPOS i november 2017, modtog de fem regionstandlægenævn sammenlagt 512 klager fra patienter i 2016, hvoraf 69 fik medhold. I notatet har CEPOS foretaget en opgørelse over faglige klagesager modtaget i regionstandlægenævnet i 2016 for de fire største kliniksamarbejder Godt Smil, ORIS, tandlægen.dk og Dentist.dk.³⁶ Data viser ifølge CEPOS, at kliniksamarbejdernes klagesager målt i antal ligger lavere, end hvad deres markedsandel tilsiger.³⁷ Dette indikerer alt andet lige, at kvaliteten af det arbejde, som udføres på kliniksamarbejderne ikke kan antages at være lavere end på øvrige klinikker/gennemsnittet.³⁸ Styrelsen for Patientsikkerhed³⁹ har i oktober 2018 bekræftet overfor arbejdsgruppen, at der ikke ved en gennemgang af afgørelser og klager i de seneste års patientklagesager indenfor tandlægebranchen er indikationer på, at kliniksamarbejderne skulle have dårligere kvalitet end de øvrige tandlægeklinikker.

Resultater af risikobaserede tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har siden begyndelsen af 2017 udført risikobaserede tilsyn hos danske tandlægeklinikker.⁴⁰ De udførte tilsyn kan derfor også udgøre en indikation noget om kvaliteten på tandlægeområdet.

Styrelsen for Patientsikkerhed bekræfter over for arbejdsgruppen, at resultaterne af denne styrelses risikobaserede tilsyn i tandlægebranchen ikke indikerer, at kliniksamarbejderne skulle have dårligere kvalitet end de øvrige tandlægeklinikker⁴¹.

³⁵ CEPOS notat: "Tandlægekæders ejerskabsrestriktioner" af Amalie Holstein, 15-11-2017.

³⁶ CEPOS' undersøgelse er baseret på data fra tandklage.dk samt data modtaget fra kliniksamarbejder. Data er ifølge CEPOS kvalitetstjekket gennem aktindsigter i de regionale tandlægenævnets afgørelser.

³⁷ CEPOS notat: "Tandlægekæders ejerskabsrestriktioner" af Amalie Holstein, 15-11-2017.

³⁸ CEPOS angiver i sit notat, at tallene fra undersøgelsen kan afspejle, at kliniksamarbejderne (i CEPOS' notat omtalt som "tandlægekæder") alene opkøber de "gode" klinikker. Dog ligger tandlægekæden Godt Smil, hvor 19 ud af 22 klinikker er nystartede klinikker, også betydeligt under landsgennemsnittet. Denne forklaring kan således ikke stå alene.

³⁹ Denne styrelse har adgang til opdaterede data vedrørende patientklagesager. Denne styrelse har dog ikke givet arbejdsgruppen adgang til disse data, men er i stedet kommet med den i dette afsnit angivne generelle udtalelse om, hvad der kan eller ikke kan udledes af disse data fsv. kvaliteten af kliniksamarbejdernes ydelser sammenlignet med kvaliteten af de øvrige tandlægeklinikkers ydelser.

⁴⁰ Temaerne for det risikobaserede tilsyn bliver valgt ud fra en samlet vurdering af, hvor der opstår særlig og tilbagevendende risiko for patienterne. Se Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside for nærmere information herom.

⁴¹ Desuden oplyser Styrelsen for Patientsikkerhed overfor arbejdsgruppen, at det er styrelsens oplevelse, at kliniksamarbejderne er positivt indstillet i forhold til kontrol af deres klinikker, mhp. at styrke arbejdet for bedre kvalitet og patientsikkerhed i tandlægebranchen.

Samlet set er der således heller ikke fundet forhold vedrørende det risikobaserede tilsyn, der støtter eventuelle påstande om, at kliniksamarbejderne leverer ydelser af dårligere kvalitet end øvrige tandlægeklinikker, herunder at der i kliniksamarbejderne er øget risiko for ringere kvalitet og patientsikkerhed.

På baggrund af ovenstående gennemgang bemærker arbejdsgruppen samlet, at der ikke på det foreliggende grundlag er fundet nogen form for dokumentation, der støtter eventuelle påstande om, at kliniksamarbejder leverer ydelser af dårligere kvalitet end øvrige klinikker, herunder at der i kliniksamarbejderne skulle være øget risiko for ringere kvalitet og patientsikkerhed, og dermed at kvaliteten eller patientsikkerheden i den danske tandpleje skulle blive forringet, hvis pris- og ejerskabsrestriktionerne lempes.

I den forbindelse bemærkes det også, at det eksisterende system til sikring af kvalitet og patientsikkerhed i den danske tandpleje⁴² kan opretholdes uanset ændringerne i de nuværende pris- og ejerskabsrestriktioner. Dette system vil således også kunne være med til at sikre høj kvalitet og patientsikkerhed i den danske tandpleje efter en eventuel lempelse af disse restriktioner. Det kan selv sagt også overvejes, om reglerne i lov om virksomhedsansvarlige læger og tandlæger evt. skal skærpes.

1.5.3. Åbningstider

En tandlægekliniks åbningstider er en serviceparameter, der kan have betydning for patienternes valg af tandlæge. Åbningstider udgør således en konkurrenceparameter, som kan bruges til at tiltrække patienter.

På baggrund af informationer om åbningstiderne for 1.133 klinikker viser beregninger fra Incentive, at kliniksamarbejderne holder signifikant længere åbent end øvrige tandlægeklinikker. Kliniksamarbejderne holder i gennemsnit åbent 41,7 timer om ugen, mens de øvrige tandlægeklinikker holder åbent 38,9 timer om ugen. Kliniksamarbejderne har altså i gennemsnit 2,8 timer længere åbent om ugen. Dermed har kliniksamarbejderne bidraget med en forbrugervinst i form af øget service givet de længere åbningstider hos kliniksamarbejderne.

1.5.4. Effektivitet

For en tandlægeklinik vil det være mest effektivt at lade de enkelte opgaver blive udført af de faggrupper (eller med den sammensætning af faggrupper mv.), der kan sikre den rette kvalitet til den laveste omkostning. Dette minimerer klinikkenes omkostninger. En tandplejer kan selvstændigt udføre mere end 75 pct. af det samlede antal tilskudsberettigede ydelser/behandlinger, der foretages hos en almindelig tandlægeklinik, jf. afsnit 1.7.2 nedenfor.

Hvis en tandlægeklinik kun i begrænset omfang gør brug af tandplejere til at udføre arbejde på klinikken, kan dette indikere, at der er et potentiale for effektivisering, eftersom lønudgiften til en tandplejer er væsentlig lavere end lønudgiften til en tandlæge. En øget brug af tandplejere vil dermed kunne gøre det billigere for klinikken at udføre de pågældende behandlinger og gøre klinikken i stand til at tilbyde patienterne lavere priser.

⁴² Se nærmere herom i [eventuel indsættelse af reference til det kapitel i den endelige rapport, der beskriver det eksisterende system til sikring af kvalitet og patientsikkerhed på tandlægeområdet].

På baggrund af et dataudtræk fra Danmarks Statistik har Incentive foretaget en sammenligning af hvor stor en andel af den samlede arbejdstid i en klinik, som er fordelt på henholdsvis tandlæger og tandplejere m.v. i henholdsvis kliniksamarbejder og øvrige klinikker.

Sammenligningen viser, at kliniksamarbejder har flere klinikassistenter og tandplejere ansat end øvrige klinikker. Ud fra en fordeling af årsværk svarer de ansatte tandlæger til 26 pct. af arbejdskraften i kliniksamarbejderne, mens de i de øvrige klinikker udgør 33 pct. I kliniksamarbejderne bliver 41 pct. af arbejdet udført af klinikassistenter og tandplejere, mens klinikassistenter og tandplejere udgør 31 pct. i øvrige klinikker.

Når der generelt lader til at være et stort uudnyttet potentiale for brugen af tandplejere på de danske tandlægeklinikker, og der samtidig ikke er indikationer på, at kliniksamarbejder – der gør relativt mere brug af fx tandplejere – leverer ydelser af dårligere kvalitet end andre klinikker⁴³, så kan dette alt andet lige indikere, at disse medarbejdergruppers ressourcer anvendes mere effektivt i kliniksamarbejder end i de øvrige klinikker. Dette kan komme patienterne til gavn, da det kan betyde, at tandlægerne i højere grad kan fokusere på de opgaver, hvor deres ekspertise er nødvendig, mens flere øvrige opgaver overlades til klinikassistenter og tandplejere, der kan løse dem professionelt men oppebærer lavere løn. Dette kan mindske omkostningerne og give muligheder for lavere priser til gavn for patienterne.

1.6. Barrierer for aktive patienter

Tandlægebranchen er en branche for såkaldte tillidsgoder, hvor sælger samtidig fungerer som ekspert, der både estimerer behovet for behandling samt udfører disse. Patienten kan derfor have vanskeligt ved at evaluere både behandlingsbehovet samt kvaliteten af den udførte behandling. Endvidere er prisstrukturen i tandlægebranchen kompleks, idet priser på behandlinger ofte optræder som spænd (fra og til) fx på sundhed.dk, og fordi patienten skal tage stilling til prisen på en lang række potentielle fremtidige behandlinger uden at kende sit eget behov.

Når der på den måde er et stærkt asymmetrisk vidensniveau, og der samtidig ikke er tradition for at sammenligne og konkurrere på pris, kan der være en tendens til, at kunderne gøres passive, og at deres prisfølsomhed svækkes. Det svækker konkurrencen og øger risikoen for evt. overbehandling og høje priser.⁴⁴ Det vil styrke priskonkurrencen, hvis patienterne i højere grad sammenligner priser på tværs. En udfordring for dette mål er, at patienterne i dag kun sjældent orienterer sig mod pris, når de vælger tandlæge, og at de patienter, der aktivt sammenligner priser i dag, oplever, at dette er komplekst og besværligt. God information til patienterne kan understøtte konkurrencen, herunder bruges til at forhandle pris hos egen tandlæge.

⁴³ Jf. afsnit 1.5.2 Tilfredshed, patientklager og tilsyn.

⁴⁴ Grubb, Michael D. "Failing to choose the best price: Theory, evidence, and policy." *Review of Industrial Organization* 47.3 (2015): 303-340.

1.6.1. Kvalitet af behandlinger

Kvaliteten af tandlægers arbejde er vanskelig for patienterne at vurdere⁴⁵. Kvaliteten kan inddeles i tre kategorier; den tekniske kvalitet, den procesorienterede kvalitet og den subjektive kvalitet.

Teknisk kvalitet er en parameter for kvaliteten af de enkelte behandlinger, som tandlægen udfører, og det dækker over en række håndværksorienterede elementer. Den tekniske kvalitet kan være afgørende for det æstetiske resultat, samt hvor længe de enkelte behandlinger forventes at holde. Evaluering af den tekniske kvalitet kræver en omfattende teknisk viden, hvilket vil sige, at den alene kan gennemføres af andre tandlæger. En undersøgelse har vist, at der ikke eksisterer nogen bevisbar sammenhæng mellem patienternes subjektive evaluering af en behandling og den tekniske kvalitet som evalueret af andre tandlæger⁴⁶.

Den procesorienterede kvalitet vedrører tandlægens evne til at fastlægge og fastholde patienter i sammenhængende behandlingsforløb over tid. Denne parameter dækker således over, hvor god tandlægen er til at gennemføre korrekt opfølgende behandling på baggrund af indledningsvise diagnoser. Desuden dækker den procesorienterede kvalitet over tandlægens evne til, generelt, at fastholde og forbedre tilknyttede patienters sundhed over tid. Denne kvalitetsparameter kan måles ud fra brugen af behandlingskoder over tid, samt ved at bruge tidsbaserede data om patienters generelle tandsundhed. Den enkelte patient kan således ikke selv estimere den procesorienterede kvalitet hos en tandlæge, da en sådan evaluering kræver et større og mere generelt datagrundlag med udgangspunkt i alle tandlægens patienter.

Den subjektive kvalitet er et udtryk for patientens generelle tilfredshed i forholdet til tandlægen. Dette er et vigtigt parameter, men har ofte lav eller ingen sammenhæng med andre kvalitetsparametre, ligesom der kun er lav sammenhæng mellem den tekniske og procesorienterede kvalitet⁴⁷.

1.6.2. Kvalitet som beslutningsparameter for valg af tandlæge

Der findes ikke en systematisk indsamling af data for kvaliteten af tandlægers arbejde fsva. nogen af de tre ovennævnte parametre. Det betyder, at danske tandlægepatienter ikke kan evaluere kvaliteten af enkelte tandlæger forud for deres valg af en ny tandlæge. I fraværet af helt åbenlyse mangler og fejlbehandlinger, vil de desuden sjældent kunne evaluere den tekniske eller procesorienterede kvalitet hos deres egen tandlæge selv efter gentagne besøg.

Den manglende gennemsigtighed for kvaliteten af tandlægers arbejde anerkendes også af forskere på tandlægeområdet⁴⁸. I EU-forskningsprojektet ADCOCATE under Horizon 2020-programmet arbejder forskere på tværs af EU på at udvikle dataindsamlingsmetoder, der skal øge gennemsigtigheden i markedet på tandlægeområdet. Det er således muligt, at øget data-

⁴⁵ Kvaliteten af behandlinger i tandlægebranchen behandles i dette afsnit ud fra et patientmæssigt perspektiv. Kvaliteten af behandlinger i tandlægebranchen behandles også andetsteds i nærværende dokument, fx i afsnit 1.4 og 1.5.2.

⁴⁶ Abrams, Richard A., Curt S. Ayers, and Mary Vogt Petterson. "Quality assessment of dental restorations: a comparison by dentists and patients", *Community dentistry and oral epidemiology* 14.6 (1986): 317-319.

⁴⁷ Bader, James D. "Challenges in quality assessment of dental care." *The Journal of the American Dental Association* 140.12 (2009): 1458-1464.

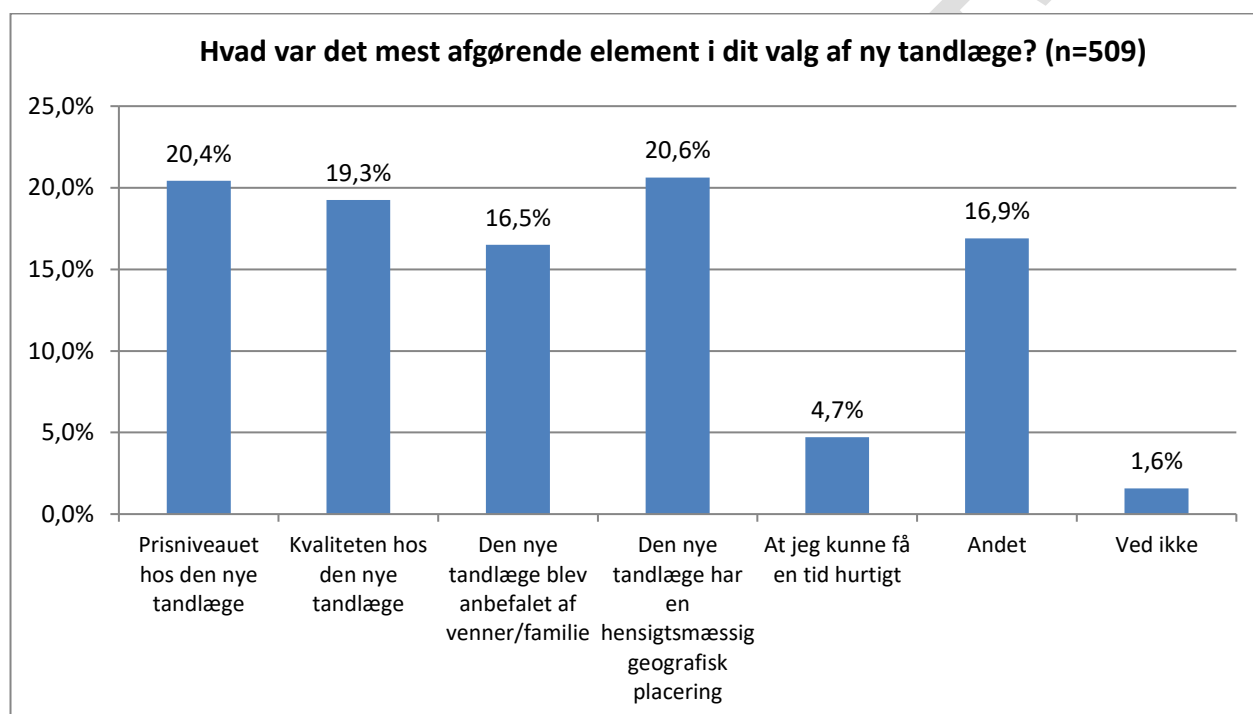
⁴⁸ Baådoudi, F., et al. "Improving oral healthcare: towards measurement?." *British dental journal* 221.9 (2016): 547.

indsamling i fremtiden kan sikre patienterne et bedre sammenligningsgrundlag for kvaliteten af den enkelte tandlæges arbejde.

1.6.3. Prissammenligning og prisgennemsigtighed i den danske tandlægebranche

At tandlægebranchen er kompleks og tillidsbaseret afspejles i patienternes adfærd. Kun 20 pct. af de patienter, der har skiftet tandlæge inden for de seneste fem år, angiver prisen som den afgørende parameter for deres valg, jf. Figur 4.

Figur 4

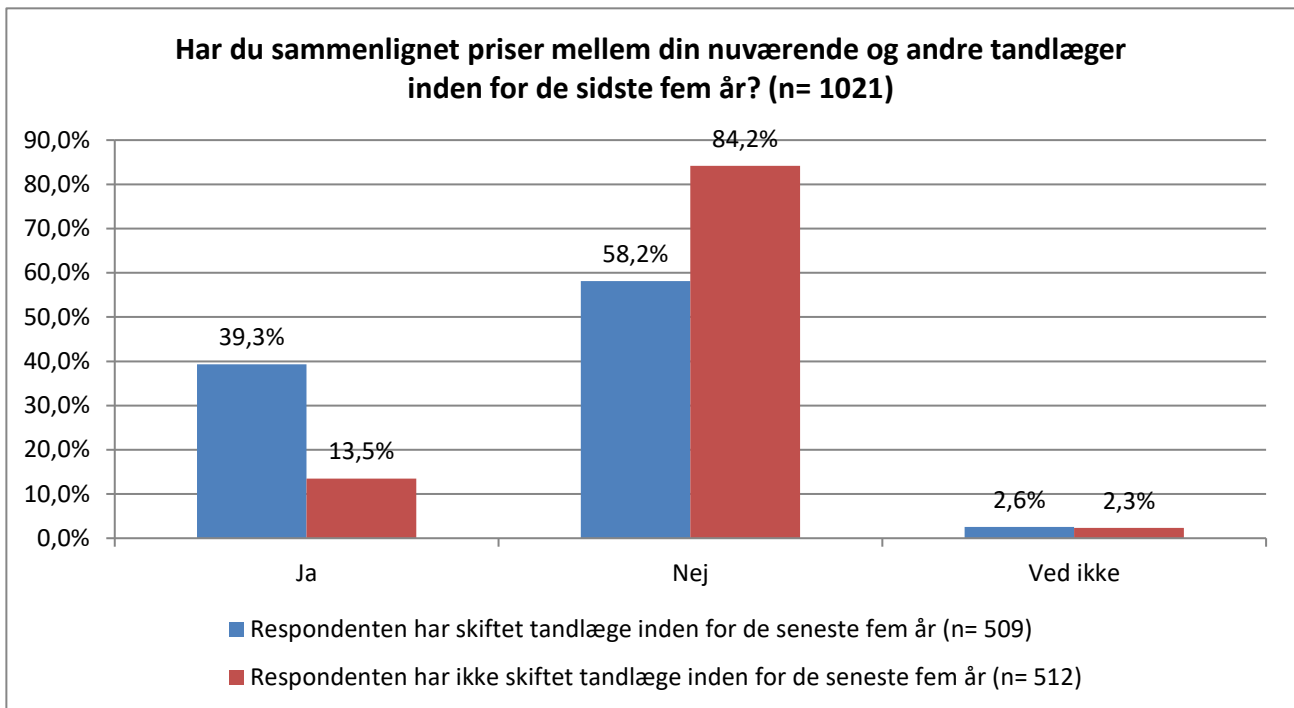


Kilde: Brugerundersøgelse gennemført af Wilke på vegne af Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen. Undersøgelsen muliggør sammenligning af patienternes adfærd mellem inaktive og aktive patienter (aktive patienter er defineret som patienter, der har skiftet tandlæge inden for de sidste fem år). Undersøgelsen er derfor ikke gennemført hos en fuldstændigt national repræsentativ gruppe. Der er imidlertid tilstræbt repræsentativitet, og de to grupper har overvejende ensartede socio-økonomiske karakteristika. Anmærkning ift. figur 1: Omfatter kun respondenter, der har skiftet tandlæge inden for de seneste fem år.

At pris i dag kun fylder lidt i patienternes bevidsthed kommer også til udtryk ved, at de meget sjældent sammenligner priser mellem forskellige tandlæger. Dette gælder selv for de mere aktive patienter. Blandt de respondenter i undersøgelsen, der har skiftet tandlæge inden for de seneste fem år, er det således kun ca. 39 pct., der har sammenlignet priser mellem den nuværende og andre tandlæger inden for denne periode, jf. Figur 5.

Når man ser på de respondenter, der ikke har skiftet tandlæge inden for de seneste fem år, er det mindre end 14 pct., der har sammenlignet priser mellem den nuværende og andre tandlæger inden for denne periode.

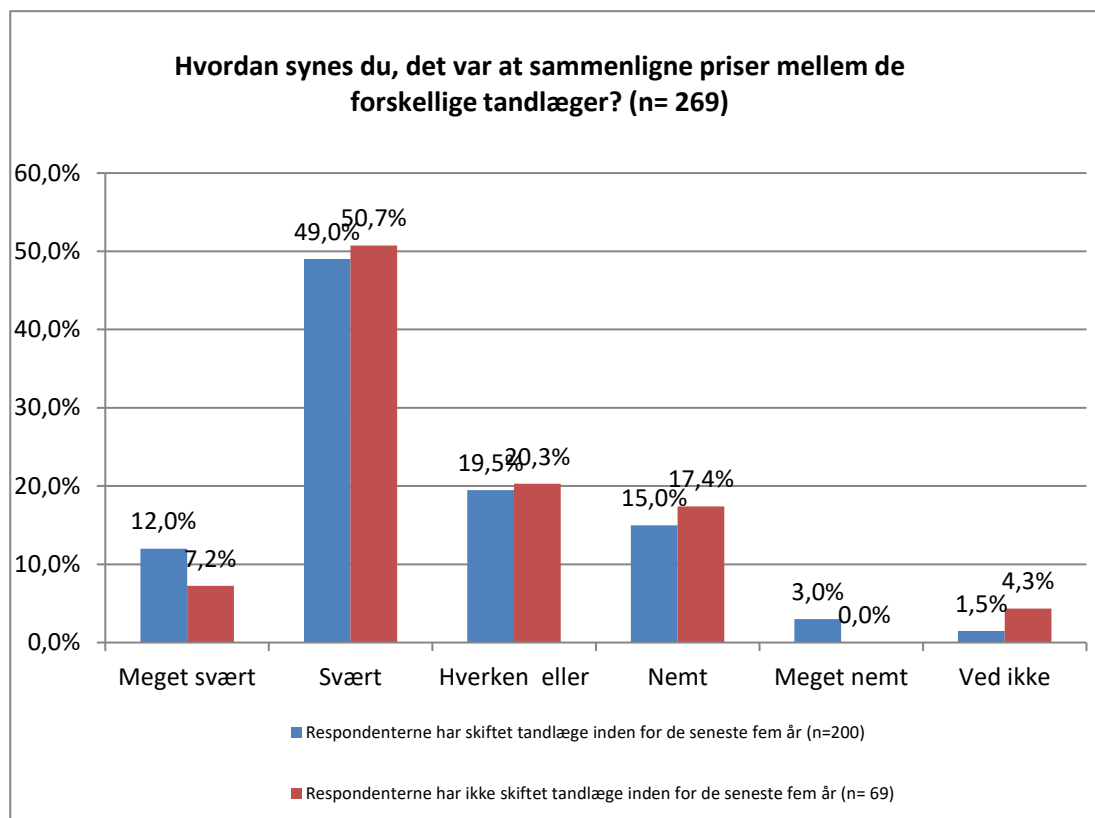
Figur 5



Kilde: Brugerundersøgelse foretaget af Wilke på vegne af Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen.

Den lave prisbevidsthed hos patienterne kommer således bl.a. til udtryk ved, at kun få patienter er opmærksomme på priser, når de træffer valget om en ny tandlæge; at patienterne generelt er mindre optagede af priser relativt til andre parametre; samt at patienterne finder det svært at sammenligne priser på tværs af tandlægeklinikkerne. Blandt de personer, der har sammenlignet priser inden for de sidste fem år (se Figur 6), var det således 61pct., der fandt sammenligningen enten svær eller meget svær.

Figur 6

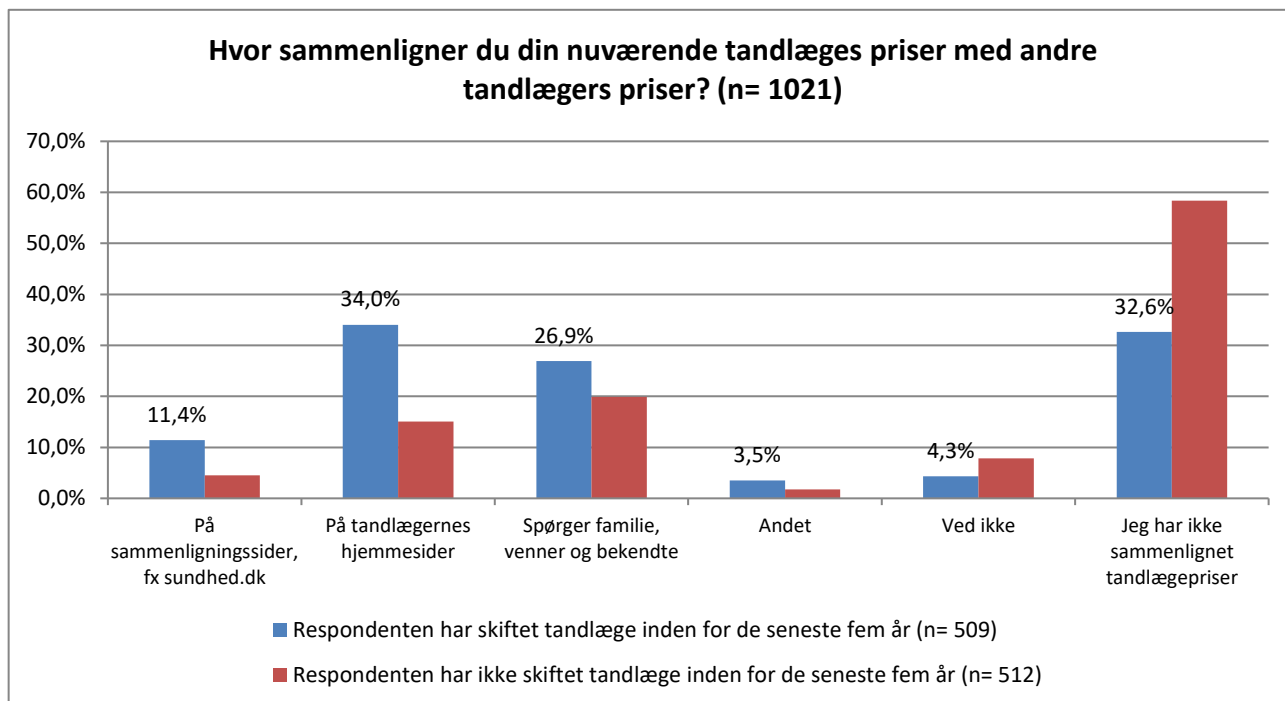


Kilde: Brugerundersøgelse foretaget af Wilke på vegne af Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen. Anm: Omfatter kun respondenter, der har sammenlignet kvalitet mellem deres nuværende og andre tandlæger inden for de sidste fem år.

Tilsammen tegner analysen et billede af, at patienterne kun i ringe omfang orienterer sig i forhold til priser, og at selv de prisbevidste patienter generelt finder det svært at sammenligne priser hos forskellige tandlæger. Det vurderes på denne baggrund, at der må formodes at være et potentiale for at gøre priser mere tilgængelige og relevante for patienterne, når de vælger tandlæge.

Der findes i dag en række krav til tandlægeklinikker, der har til formål at sikre prisgennemsigtighed. Tandlægerne skal således annoncere deres priser på klinikernes hjemmesider, oplyse priser til sammenligningsportalen på sundhed.dk samt give patienterne skriftlige tilbud på behandlinger, der overstiger 2.500 kr.

Figur 7



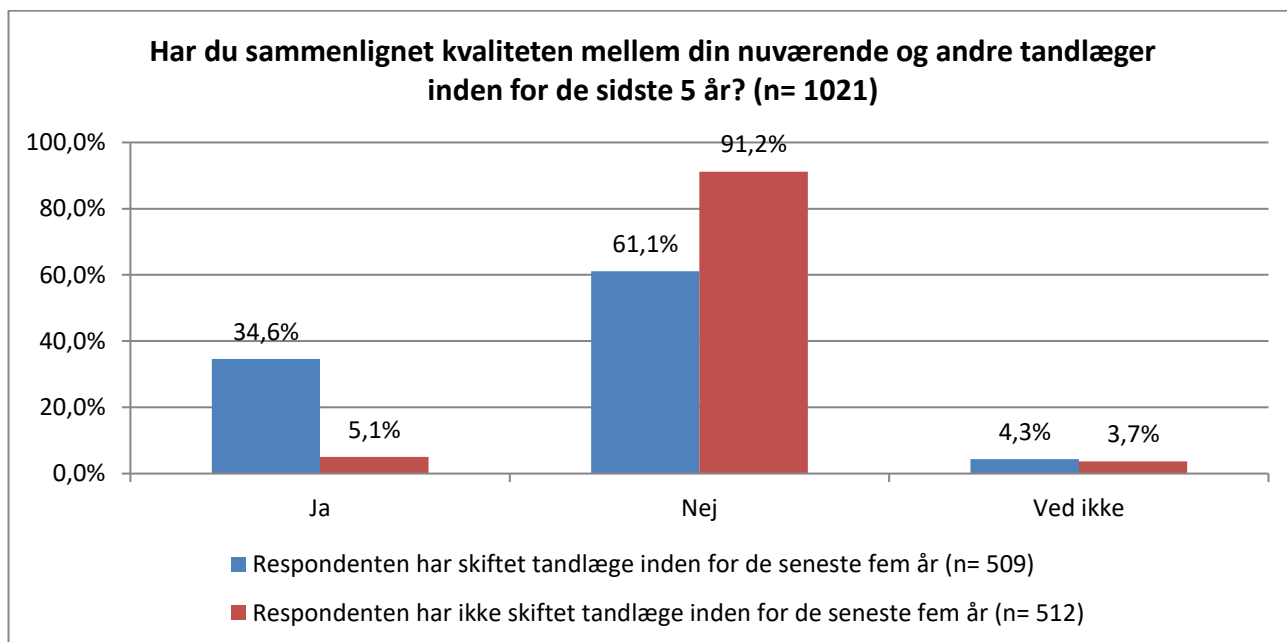
Kilde: Brugerundersøgelse foretaget af Wilke på vegne af Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen.

Som det fremgår af Figur 7, så anvendes det mest effektive prissammenligningsværktøj, prisportalen på sundhed.dk, imidlertid kun relativt sjældent. Dette gælder også for de aktive patienter. Dette taler yderligere for, at prisoplysninger og prissammenligningsredskaber bør gøres mere tilgængelige for patienter, når de vælger tandlæge.

1.6.4. Kvalitetshensyn og gennemsigthed i den danske tandlægebranche

Den lave prisbevidsthed kan være et udtryk for, at patienter er mere optagede af kvaliteten af den behandling, de modtager hos tandlægen, og at prisen derfor spiller en mindre rolle i patienternes valg. Der er imidlertid ikke flere patienter, som vælger ud fra kvalitetshensyn, end der vælger ud fra pris (se Figur 4). Det er desuden kun få patienter, der sammenligner kvaliteten hos tandlæger. Det gælder også de aktive patienter, som har skiftet tandlæge inden for de sidste fem år, jf. Figur 8.

Figur 8

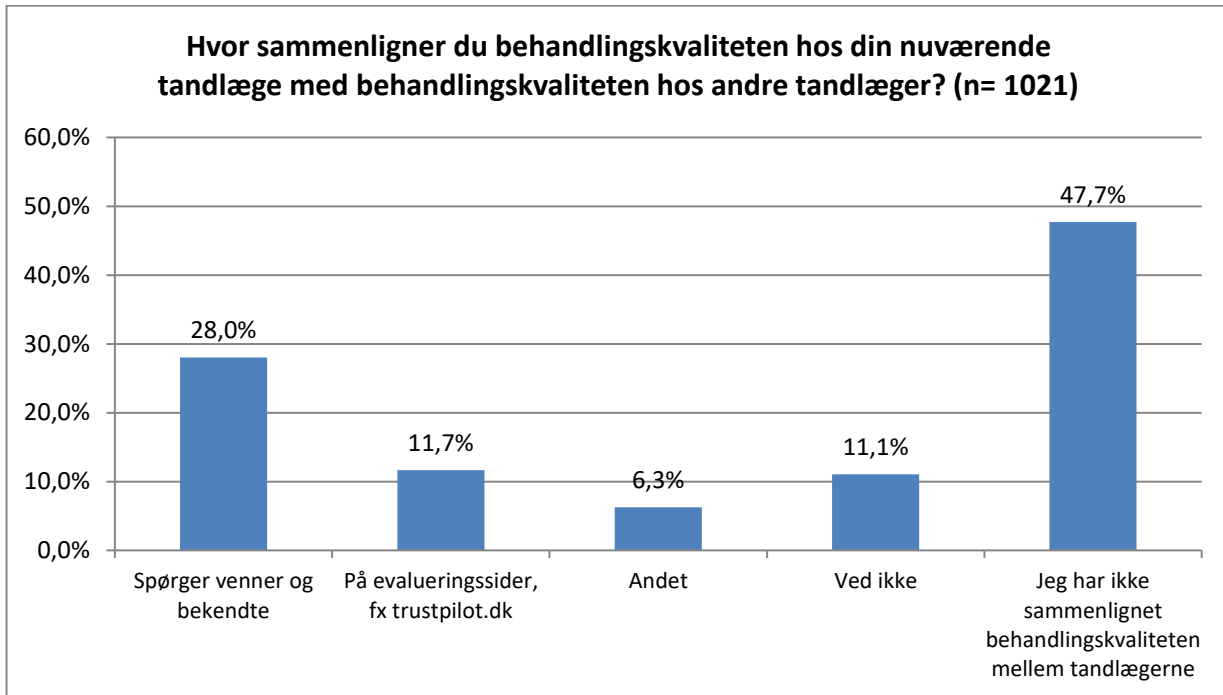


Kilde: Brugerundersøgelse foretaget af Wilke på vegne af Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen.

Sammenligningen af kvalitet hos forskellige tandlæger er vanskelig, da der som nævnt ikke findes officielle kvalitetsparametre, som patienterne kan sammenligne ud fra. Patienterne er i stedet garanteret en række minimumsstandarder i form af fx uddannelses- og autorisationskrav til tandlæger, der ønsker at arbejde i Danmark.⁴⁹ Patienterne anvender i stedet anbefalinger, enten gennem anmeldelsessider eller fra venner og bekendte som udgangspunkt for at sammenligne kvaliteten mellem forskellige tandlæger jf. Figur 9.

⁴⁹ Se nærmere herom i [indsæt reference til kapitel/afsnit med beskrivelse af de nuværende kontrolmekanismer på tandlægeområdet].

Figur 9



Kilde: Brugerundersøgelse foretaget af Wilke på vegne af Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen. Bemærk at respondenterne havde mulighed for at vælge tre svar.

Da der som nævnt er tale om et marked præget af asymmetrisk information, kan subjektive evalueringer fra andre forbrugere imidlertid alene fungere som indikator for den objektive kvalitet hos den enkelte tandlæge. I mangel af bedre kan der også være en tendens til, at man måske ser en høj pris som en indikator for kvalitet, hvilket også vil svække konkurrencen på markedet og fordyre behandlingerne unødigt.

Problemet med subjektive evalueringer af tandlægebehandlinger bekræftes af forskning på området. Forsøg har således demonstreret, at der ikke er signifikant sammenhæng mellem subjektive (patienternes) evalueringer af en behandling og dennes objektive kvalitet som fastsat af fagspecialister.⁵⁰

1.7. Opgaveglidning

Det fremgår af arbejdsgruppens kommissorium vedr. delleverance C (*Analyse af konkurrenceforhold, herunder ejerskab og prisfastsættelse*), at arbejdsgruppen bl.a. skal analysere muligheden for opgaveglidning ift. andre grupper i tandplejen.

Nedenfor gennemgås derfor følgende:

- Arbejdsstyrken for den danske tandpleje
- Relevante ydelser i voksentandplejen

⁵⁰ Abrams, Richard A., Curt S. Ayers, and Mary Vogt Petterson. "Quality assessment of dental restorations: a comparison by dentists and patients", Community dentistry and oral epidemiology 14.6 (1986): 317-319.

- Juridiske rammer for opgaveglidning

Et centralt element er her arbejdsdelingen mellem tandlæger og tandplejere, bl.a. på grund af aktuelle snitfladeproblemstillinger. Forud for igangsættelsen af regeringens modelarbejde for voksentandplejen er der således rejst flere spørgsmål herom, som gennemgås i 1.7.4.

Samlet set konkluderes følgende:

- Der er ikke i dag væsentlige hindringer for opgaveglidning i voksentandplejen, som ikke afspejler velbegrundede hensyn til hhv. patientsikkerhed og fortrolig omgang med journaloplysninger m.v.
- Kapaciteten blandt praktiserende tandplejere til at varetage yderligere opgaver er således begrænset, da kapaciteten i voksentandplejen næsten udelukkende er forankret hos privatpraktiserende tandlæger. Der er dog ikke her taget stilling til, om den nuværende arbejdsdeling er bedre end alternative organisationsformer.

1.7.1. Arbejdsstyrken

Tabel 4

Faggrupper i den danske tandpleje

Faggruppe	Uddannelse	Længde	Autorisation ¹	Antal (2015)
Klinisk tandtekniker	Erhvervsakademiuddannelse	2 år	Ja	366
Tandklinikassistent	Erhvervsuddannelse	3 ½ år	Nej	7.092
Tandlæger		>5 år	Ja	4.996
- uden speciale	Kandidatuddannelse	5 år ²	Ja	4.761
- specialtandlæge, ortodonti	Postgraduat uddannelse	3 år	Ja	168
- specialtandlæge, TMK ³	Postgraduat uddannelse	5 år	Ja	67
Tandplejer	Professionsbacheloruddannelse	3 år	Ja	2.451
I alt				14.905

Kilde: Bevægelsesregisteret 2015 (Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik). I arbejdsstyrken medregnes ud over personer i beskæftigelse også ledige samt personer på arbejdsmarkeds- eller barselsorlov eller sygedagpenge. I arbejdsstyrken medregnes også personer, der ikke indgår i befolkningsregistret på opgørelsestidspunktet, dvs. ikke-herboende, i arbejdsstyrken.

1. Angiver, om faggruppen er autoriseret af Styrelsen for Patientsikkerhed i medfør af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.
2. For at opnå tilladelse til selvstændigt virke skal en tandlæge herudover gennemføre en praktisk oplæring på 1 år hos en tandlæge med tilladelse til selvstændigt virke.
3. Betegnelsen TMK er en forkortelse for tand-, mund- og kæbekirurgi.

Det fremgår af Tabel 4, at den specifikt uddannede arbejdsstyrke inden for tandplejen i 2015 udgjorde knap 15.000 personer. Heri indgår dog ikke andre faggrupper, som også varetager opgaver i tandplejen, men som ikke har en specifik uddannelse målrettet dette område.

Ligeledes er det ikke givet, at alle personer inden for faggrupperne i Tabel 4 rent faktisk udfører tandplejeopgaver, da de fx også kan være varetage undervisningsmæssige eller administrative opgaver.

Det fremgår af Tabel 4, at der i 2015 var ca. dobbelt så mange tandlæger (4.996) som tandplejere (2.451) i Danmark. Tandklinikassistenter udgør samtidig den største faggruppe i tandplejen med ca. 7.000 personer. Det fremgår også af tabellen, at i alt 235 tandlæger har en specialtandlægeuddannelse, hvoraf 70 pct. er specialtandlæger i ortodonti (tandregulering).

Tabel 4 angiver den direkte uddannelsestid inden for området og ikke forudgående og efterfølgende kvalificerende uddannelsesforløb. Det gælder fx selvstændigt virke som tandlæge, som forudsætter yderligere 1 års praktisk oplæring på 1 år hos en tandlæge med tilladelse til selvstændigt virke.

Tabel 5

Faggrupper i den danske tandpleje 2015 – Sektoropdelt ud fra beskæftigelsesstatus

Faggruppe	Offentlig			Privat			Total	% privat
	Kommune	Andre	Samlet	Praksis	Andre	Samlet		
Klinisk tandtekniker	8	13	21	126	178	304	325	93,5%
Tandklinikassistent	1.904	394	2.298	2.611	1.675	4.286	6.584	65,1%
Tandlæge	985	312	1.297	3.279	336	3.615	4.912	73,6%
Tandplejer	648	180	828	1.196	300	1.496	2.324	64,4%
I alt	3.545	899	4.444	7.212	2.489	9.701	14.145	68,6%

Kilde: Som Tabel 4. Indeholder kun beskæftigede personer i faggruppen.

Tabel 5 viser antallet af beskæftigede inden for faggrupperne i tandplejen fordelt på sektorer. Det fremgår heraf, at størstedelen af faggrupperne er privat ansat – samlet set godt to tredjedele af de godt 14.000 beskæftigede i tandplejen.

Samtidig er beskæftigelsen hovedsageligt forankret i hhv. kommunerne og tandlægepraksis. Det gælder især for tandlæger, hvor mere end 90 pct. af privatansatte tandlæger (og 67 pct. af alle beskæftigede tandlæger i Danmark) arbejdede i privat tandlægepraksis i 2015.

Samlet set arbejdede ca. 51 pct. af alle beskæftigede personer i Tabel 5 i tandlægepraksis i 2015.

Tabel 6

Udvikling i antal tandlæge- og tandplejerpraksis, 2009-2018

Praksisområde	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Ændring
Tandplejere	17	18	20	20	23	24	26	31	33	34	100,0%

Tandlæger	2.156	2.119	2.115	2.096	2.096	2.050	1.957	1.893	1.846	1.752	-18,7%
I alt	2.173	2.137	2.135	2.116	2.119	2.074	1.983	1.924	1.879	1.786	-17,8%
% tandplejer	0,78%	0,84%	0,94%	0,95%	1,09%	1,16%	1,31%	1,61%	1,76%	1,90%	143,3%

Kilde: Som Tabel 4. Antallet af praksis er opgjort pr. 1. januar i det pågældende år.

Tabel 6 viser udviklingen af antallet af praksis inden for voksentandplejen for hhv. tandlæger og tandplejere i perioden 2009-2018. Det fremgår heraf – på trods af et stigende antal i de sidste 10 år – at antallet af tandplejerpraksis fortsat udgør en meget lille del (under 2 pct.) af den samlede kapacitet på området i 2018. Samtidig er antallet af tandlægepraksis faldet med mere end 400 i perioden, et faldt på knap 19 pct.

Privatpraktiserende tandlæger udgør derfor fortsat den helt primære kapacitet i voksentandplejen, og samtidig er stigningen i antallet af tandplejerpraksis i 2009 – 2018 meget langt fra at ophæve faldet i antallet af privatpraktiserende tandlæger i samme periode.

Endelig bemærkes det, at det meget lille antal privatpraktiserende tandplejere samtidig skal ses i lyset af, at en betydelig andel af tandplejerne (ca. 51 pct., jf. Tabel 6) arbejder som ansatte i privat tandlægepraksis.

1.7.2. Ydelser

Tabel 6 ovenfor medregner både praktiserende tandlæger og privatpraktiserende tandplejere som selvstændige kapacitet i voksentandplejen. Det skal ses i lyset af, at der er et betydeligt overlap mellem de ydelser, som leveres af praktiserende tandlæger i medfør af sundhedslovens bestemmelser (og den hidtidige tandlægeoverenskomst) og de ydelser, som er fastsat for praktiserende tandplejere⁵¹.

Tabel 7 nedenfor viser – på baggrund af ydelsesbeskrivelserne fra tandlægeoverenskomsten, som er videreført med lovændringen pr. 1. juni 2018 – de ydelser i voksentandplejen, som selvstændigt kan løses af hhv. tandlæger og tandplejere (herefter betegnet som *fælles ydelser*).

Tabel 7

Ydelser (tandlæger & tandplejer) ved praktiserende tandlæger i 2017

	Udgifter (mio. kr.)			Ydelser (mio. antal)		
	Samlet	Fælles	%	Samlet	Fælles	%
I alt	1.694,6	1.309,5	77,3 %	16,8	13,5	80,3 %
Undersøgelser m.m. ¹	515,6	509,1	98,7 %	4,9	4,9	99,4 %
Tandrensninger	340,5	340,5	100,0 %	2,6	2,6	100,0 %
<i>Kun tandlæge:</i> Tandfyldninger	208,5	-	0,0 %	2,3	-	0,0 %
<i>Kun tandlæge:</i> Gradvis ekskavering	1,9	-	0,0 %	0,02	-	0,0 %
<i>Kun tandlæge:</i> Rodbehandling/-	77,6	-	0,0 %	0,4	-	0,0 %

⁵¹ Jf. Overenskomst om tandpleje ved privatpraktiserende tandplejere fra 2015 mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Dansk Tandplejerforening (nu Danske Tandplejere).

fyldning						
<i>Kun tandlæge:</i> Tandudtrækning m.m.	86,0	-	0,0 %	0,5	-	0,0 %
Parodontalydelser	386,7	385,2	99,6 %	3,7	3,7	99,8 %
Røntgenundersøgelser/bitewing	76,3	74,6	97,9 %	2,3	2,3	99,2 %
Konsultationer ²	0	0	N/A	0,03	0,03	100,0 %
<i>Kun tandlæge:</i> Biopsi	1,5	-	0,0 %	0,003	-	0,0 %

Kilde: Danske Regioner, bekendtgørelse om tilskud til behandling hos praktiserende tandlæge, overenskomst om tandpleje ved privatpraktiserende tandplejere samt Sundheds- og Ældreministeriets egne beregninger.

1. For ydelserne i 1112 og 1113 – og kun for disse to ydelser – er det for tandlægepraksis tilføjet, at tandplejere kan varetage ydelsen "inden for dennes virksomhedsområde".
2. Der gives ikke offentligt tilskud til konsultationer uden behandling, og den offentlige udgift vil derfor her altid være 0, uanset antallet af ydelser. Der er dog fastlagt en fast pris for konsultationen, som tandlægerne opkræver hos patienten med 100 pct. egenbetaling.

Det fremgår af Tabel 7 ovenfor, at mere end 75 pct. af de offentlige tilskudsudgifter og ca. 80 pct. af tilskudsydelseerne i 2017 hos de praktiserende tandlæger var fælles ydelser for de to faggrupper, som derfor potentielt kunne udføres selvstændigt af tandplejere. De i alt 45 ydelser er i tabellen fordelt på de overordnede kategorier af ydelser i voksentandplejen ud fra den hidtidige tandlægeoverenskomst. Tabellen omfatter dog ikke ydelser, som ikke er tilskudsberettigede, hvilket f.eks. kan være større operative ydelser, som alene kan udføres af tandlæger.

Af de ca. 1,7 mia. kr. i udgifter til tilskud til voksentandplejen i 2017 (2018-prisniveau) blev godt 1,3 mia. kr. således udbetalt til fælles ydelser. På tilsvarende vis er ca. 13,5 mio. af de 16,8 mio. tilskudsberettigede ydelser i tandlægepraksis i 2017 også fælles ydelser.

Det fremgår også af tabellen, at det overordnede niveau på 77-80 pct. reelt dækker over en "enten-eller" situation: Stort set alle ydelser vedr. undersøgelser, tandrensninger samt røntgenundersøgelser/bitewing er således fælles for tandlæger og tandplejere. Derimod er de kirurgiske/invasive ydelser – som det fremgår af Tabel 7 ovenfor – 100 pct. forbeholdt de praktiserende tandlæger. Disse udgør dog en væsentligt mindre del (ca. 400 mio. kr.) i alt af de samtlige offentlige tilskudsudgifter til voksentandplejen i 2017.

Aktiviteten for de praktiserende tandlæger i Tabel 7 skal samtidig ses i lyset af, at omsætningen i tandplejerpraksis på trods af det betydelige overlap mellem ydelser kun udgjorde knap 12 mio. kr. på landsplan i 2016, hvilket dækker over i alt ca. 18.000 patienter og ca. 145.000 undersøgelser og behandlinger.

Målt på både udgifter og ydelser udgør de privatpraktiserende tandplejere derfor mindre end 1 pct. af kapaciteten i voksentandplejen, hvilket også skal ses i lyset af det lille antal tandplejere, som har nedsat sig i privat praksis og indgået overenskomst med det offentlige, jf. Tabel 6 ovenfor.

Samtlige fælles ydelser i Tabel 7 er i øvrigt ydelser med *fastsatte priser*, dvs. hvor både tilskud og egenbetaling er direkte fastsat ved bekendtgørelse i kroner og ører. Af de 29 ydelser, som kun kan udføres af tandlæger, er 10 af ydelserne omfattet af *tilskud ved frie priser*, dvs. hvor tandlægen selv fastsætter prisen for den pågældende ydelse.

1.7.3. Autorisations- og virksomhedsforhold

For tre af faggrupperne i Tabel 4– tandlæger, kliniske tandteknikere og tandplejere – gælder det, at faggruppen er autoriseret af Styrelsen for Patientsikkerhed.

Det indebærer, at faggruppen er omfattet af autorisationslovens bestemmelser, jf. lovbekendtgørelse nr. 1141 af 23. september 2018. Som udgangspunkt indebærer dette, jf. autorisationslovens § 1, stk. 2, at en autorisation giver indehaveren ret til at anvende en bestemt titel.

Herudover er den autoriserede sundhedsperson forpligtet til, jf. autorisationslovens § 17, at udvise *omhu og samvittighedsfuldhed* ved udførelsen af sin virksomhed, herunder ved benyttelse af medhjælp, økonomisk ordination af lægemidler m.v.

Specifikt gælder i øvrigt følgende for disse tre faggrupper:

- Er omfattet af Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med sundhedspersoners faglig virksomhed (§ 5)
- Skal udvise omhu og samvittighedsfuldhed ved udøvelse af virksomheden (§ 17)
- Er omfattet af oplysnings- og indberetningspligt til sundhedsmyndighederne (§ 19)
- Skal udvise omhu og uhildethed ifm. udarbejdelse af erklæringer (§ 20)
- Føre patientjournaler over deres virksomhed (§ 21)

Herudover er praktiserende tandlæger også omfattet af *det risikobaserede tilsyn* i regi af Styrelsens for Patientsikkerhed, som – modsat autorisationslovens tilsyn med sundhedspersoner ovenfor – omhandler tilsyn med alle typer af behandlingssteder i sundhedsloven i medfør af sundhedslovens § 213.

Styrelsen gennemfører her, jf. lovens § 213, stk. 2, løbende tilsyn med udvalgte behandlingssteder ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden.

Styrelsen kan – hvis de sundhedsmæssige forhold på et behandlingssted kan bringe patientsikkerheden i fare – i medfør af sundhedslovens § 215 b give påbud til behandlingsstedet med sundhedsmæssige krav til den pågældende virksomhed, eller give påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvis.

For tandlæger, kliniske tandteknikere og tandplejere (men ikke for alle autoriserede faggrupper i medfør af loven) er det i autorisationsloven fastsat, at den autoriserede forbeholdes ret til at udøve en bestemt sundhedsfaglig virksomhed (dvs. et forbeholdt virksomhedsområde).

Konkret er følgende fastsat i autorisationsloven:

Tandlæger (§ 49)	<i>Stk. 1.</i> Tandlægevirksomhed omfatter forebyggelse af instrumentel og medikamentel art, diagnose og behandling af anomalier, læsioner og sygdomme i tænder, mund og kæber.
	<i>Stk. 2.</i> Sundhedsministeren kan fastsætte regler om afgrænsningen af tandlægers og lægers virksomhedsområder indbyrdes, herunder regler om, at tandlægevirksomhed under visse betingelser kan omfatte anden virksomhed end den virksomhed, der er nævnt i stk. 1.

Kliniske tandteknikere (§ 64) *Stk. 4.* Virksomhed som klinisk tandtekniker omfatter indsættelse og korrektion af aftagelige tandproteser til voksne personer med tandtab, som i øvrigt ikke har sygelige forandringer eller medfødte defekter i bevarede tænder og mund eller kæber.

Stk. 5. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte regler om, at dele af virksomheden kun må udføres af kliniske tandteknikere i samarbejde med tandlæger. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan endvidere fastsætte regler om, at dele af virksomheden kun må udføres efter en tandlæges instruktion og under dennes tilsyn. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan endelig fastsætte regler om udøvelse af virksomhed som klinisk tandtekniker, jf. stk. 4, og om afgrænsning heraf.

Stk. 6. Tandlægers og lægers virksomhed berøres ikke af bestemmelserne i stk. 3-5.

Tandplejere (§ 65) *Stk. 4.* Virksomhed som tandplejer omfatter patientundersøgelse, fjernelse af hårde tandbelægninger og rodafglatning, pudsnings og polering af tandrestaureringer, herunder fjernelse af fyldningsoverskud, samt anlæggelse af infiltrationsanalogi (lokalbedøvelse). Virksomhed som tandplejer omfatter endvidere instrumentel fjernelse af bløde tandbelægninger samt afpudsnings af tænderne og indsætning og aftagning af tandreguleringsapparat.

Stk. 5. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte regler om udøvelse af virksomhed som tandplejer, jf. stk. 4, og om afgrænsning heraf.

Stk. 6. Tandlægers virksomhed berøres ikke af bestemmelserne i stk. 3-5.

Det fremgår desuden af ovenstående, at tandlægenes virksomhedsområde – jf. § 64, stk. 4 og § 65, stk. 6 – ikke berøres af de respektive virksomhedsområder for hhv. kliniske tandteknikere og tandplejere.

I medfør af autorisationsloven er følgende endvidere udstedt:

- Bekendtgørelse nr. 1283 af 20. december 1996 om afgrænsning af tandplejeres virksomhedsområde
- Bekendtgørelse nr. 352 af 16. maj 2001 om afgrænsning af kliniske tandteknikers virksomhedsområde

Begge bekendtgørelser regulerer mere specifikt de to faggruppers virksomhedsområder, herunder ift. de situationer, hvor der enten skal henvises til en tandlæge som led i behandlingen, eller hvor behandlingen skal ske i fællesskab med en tandlæge.

1.7.4. Snitflader mellem tandlæger og tandplejere

1.7.4.1. Tandplejeres virksomhedsområde

Det følger, jf. ovenfor, af autorisationsloven hvilke opgaver hhv. tandlæger og tandplejere må udføre.

I § 65, stk. 4, er tandplejernes virksomhedsområde således afgrænset. Det fremgår, at tandplejernes virksomhed omfatter patientundersøgelse, fjernelse af hårde tandbelægninger og rod-afglatning, pudsnings og polering af tandrestaureringer, herunder fjernelse af fyldningsover-skud, samt anlæggelse af infiltrationsanalgesi (lokalbedøvelse). Virksomhed som tandplejer omfatter endvidere instrumentel fjernelse af bløde tandbelægninger samt afpudsning af tænderne og indsætning og aftagning af tandreguleringsapparat.

Det fremgår af bekendtgørelse nr. 1283 af 20. december 1996, hvornår en tandplejer skal henvise til en tandlæge og hvornår de må forestå behandling af patienten igen.

Det følger af bekendtgørelsen, at tandplejeren skal henvise til tandlæge forinden behandling af patienter, der på grund af generelle lidelser/tilstande eller på grund af medicinindtag har forøget risiko for komplikationer eller bivirkninger i forbindelse med odontologisk behandling. Endvidere skal der ske henvisning hvis patienten har komplekst behandlingsbehov, når behandling ikke resulterer i det forventede resultat og når årsagen skønnes at være uden for tandplejers virksomhedsområde. Henvisning til ske skriftligt. Såfremt patienten er omfattet af ovenstående skal behandling udføres i overensstemmelse med behandlingsplan der fastlægges i samarbejde mellem tandplejer og tandlæge.

Tandplejeren må uanset ovenstående uden henvisning til tandlæge foretage fornyet behandling af de i stk. 1 og 2 nævnte patienter, når de pågældende patienter inden for det seneste år har været undersøgt af en tandlæge, og der ikke er sket ændringer i patientens generelle tilstand eller medicinindtag.

Den fornyede behandling skal foretages i overensstemmelse med den tidligere fastlagte behandlingsplan. Endelig skal tandplejeren foretage henvisning til tandlæge, når der i forbindelse med undersøgelse, herunder røntgenundersøgelse, konstateres sygelige tilstande eller anomalier i tænder, mund og kæber, hvis behandling ligger uden for tandplejers virksomhedsområde.

1.7.4.2. Tandplejers journalføring

Det fremgår af bekendtgørelse nr. 1090 af 28. juli 2016 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføringsbekendtgørelsen) §§ 26 og 27, at patientjournalen ikke kan videregives til en anden privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson, som ikke er inden for samme faggruppe.

Sundhedspersoner kan, med patientens samtykke, videregive oplysninger til andre sundhedspersoner om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger i forbindelse med behandling af patienten. Dette følger af sundhedslovens § 41, stk. 1.

Samtykke til videregivelse efter bestemmelsen kan være mundtligt eller skriftligt, og kan afgives til den sundhedsperson, der videregiver oplysningerne, eller til den sundhedsperson, der modtager oplysningerne, jf. § 42, stk. 1. Patienten har endvidere mulighed for at anmode om aktindsigt i patientjournalen. Patienten kan selv anmode herom eller give tandplejeren fuldmagt til at søge om aktindsigt på dennes vegne.

I henhold til bekendtgørelsen kan der således alene ske overdragelse af journal inden for samme faggruppe, med mindre det er med samtykke fra patienten.

1.7.4.3. Tandplejeres videregivelse og indhentning af patienters helbredsoplysninger

Videregivelse beskriver den situation, hvor én sundhedsperson giver en anden sundhedsperson (eller andre) nogle oplysninger om patienters helbredsforhold m.v. Nogle gange sker videregivelsen efter opfordring fra en sundhedsperson, som fx nu har fået patienten i behandling, mens videregivelsen andre gange kan ske på en sundhedspersons eget initiativ. Tidligere var det alene muligt for sundhedspersoner at dele oplysninger med andre sundhedspersoner m.v., hvis det skete via videregivelse.

Med den øgede digitalisering, som bl.a. har ført til elektroniske patientjournaler, laboratorieresvar m.v., opstod behovet for regler om indhentning af oplysninger, så sundhedspersoner kunne indhente oplysninger via de elektroniske systemer uden at være afhængig af, at en anden sundhedsperson skulle "videregive" de pågældende oplysninger. Indhentning dækker således over, at sundhedsperson på egen hånd slår op i fx en elektronisk patientjournal og tilgår oplysninger om patienten.

Tandplejeres mulighed for at modtage eller tilgå oplysninger om en patient

Tandplejerne har ønsket, at det fremadrettet bliver muligt for dem som tandplejere at dele patientjournaler med tandlæger, således at tandplejere i en selvstændig privat tandplejevirk-somhed "automatisk" kan få adgang til den journal, som en tandlæge (i sin selvstændige priva-te virksomhed) fører for samme patient.

I dette afsnit beskrives de gældende regler om videregivelse og indhentning i relation til tand-plejernes virksomhed.

Videregivelse af oplysninger

Sundhedslovens § 41, stk. 1, beskriver udgangspunktet om, at sundhedspersoner *med* patientens samtykke kan videregive oplysninger til andre sundhedspersoner om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger i forbindelse med behandling af patienten.

Men videregivelse kan også ske *uden* patientens samtykke, hvis det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten, og hvis videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesse og behov jf. sundhedslovens § 41, stk. 2, nr. 1.

Det betyder, at en tandplejer har mulighed for at få videregivet oplysninger om deres patient fra fx en tandlæge, hvis det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb. Det kan som nævnt ske uden patientens samtykke. Med patientens samtykke kan der videregives oplysninger, som måske ikke er nødvendige for patientens behandling, men som alligevel kan være nyttige.

Hvis patienten i henhold til sundhedslovens § 41, stk. 3, frabeder sig – dvs. aktivt fravælger – at der videregives oplysninger om vedkommende, selv når det er nødvendigt for behandlingen, kan videregivelse kun ske, hvis videregivelsen er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, jf. § 41, stk. 2, nr. 4. Ifølge lovforarbejderne kan videregivelse mod patientens vilje til varetagelse af åbenbar almen interesse kun undtagelsesvist finde sted, og hensynet til patientens ønsker vejer tungt i vurderingen af, om videregivelsen kan ske til varetagelse af patientens tarv.

Tandplejers adgang til oplysninger i privat tandlæges elektroniske patientjournal: - tandplejer er ansat i privat tandlægevirksomhed

I det omfang tandplejere arbejder for en tandlæge, kan tandplejeren indhente oplysninger om en patient i tandlægens elektroniske patientjournal, fordi tandplejeren i et sådant forhold vil arbejde på delegation fra tandlægen og til dels under dennes ansvar.

Tandplejers adgang til oplysninger i tandlæges elektroniske patientjournal: - tandplejer er ikke ansat i tandlægevirksomheden, men driver selvstændig privat virksomhed

Hvis der er tale om en selvstændig privat tandpleje-praksis (uden en tandlæge), som har brug for at få adgang til oplysninger om patientens behandling hos en selvstændig privat tandlæge, vil dette skulle ske i overensstemmelse med videregivelsesreglerne i sundhedslovens § 41, jf. ovenfor.

Det skyldes for det første, at der – ministeriet bekendt – ikke findes et fælles patientjournalssystem i den private tandlæge-/tandpleje-branche (som der eksempelvis findes på et sygehus/i en region).

Måtte det blive tilfældet engang i fremtiden, at der etableres fælles elektroniske patientjournaler i den private tandlæge-/tandpleje-branche, vil der – hvis dette måtte blive vurderet hensigtsmæssigt – ved sundhedsministerens udstedelse af en bekendtgørelse i medfør af sundhedslovens § 42 a, stk. 1, 2. pkt., kunne gives tandplejere adgang til at indhente oplysningerne direkte i tandlægens elektroniske patientjournal efter bestemmelsens 1. pkt.

1.7.4.4. Tandplejeres adgang til Det Fælles Medicinkort (FMK)

Tandplejere, som er ansat på tandlægeklinikker, i den kommunale omsorgstandpleje eller på sygehuse, kan få adgang til en borgers medicinoplysninger i FMK som (følge af reglerne om) medhjælp for en tandlæge. Det er således kun de selvstændige tandplejere, som ikke har mulighed for få indsigt i medicinoplysninger i FMK via medhjælpsrollen.

De selvstændige tandplejere kan dog efter indhentelse af samtykke fra patienten rekvirere de nødvendige medicinoplysninger fra patientens tandlæge.

Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at tandplejerne, henset til afgrænsningen af deres virksomhedsområde, ikke udfører patientbehandling, der nødvendiggør selvstændig adgang til medicinoplysninger i FMK. Tandplejeren skal henvise patienter til en tandlæge inden, der

foretages egentlig behandling, hvis patienten har et medicinindtag, som giver forøget risiko for komplikationer eller bivirkninger i forbindelse med odontologisk behandling.

Det samme gælder, hvis der er tvivl vedr. patientens medicinindtag. Det er således tandlægen og ikke tandplejeren, der skal foretage en faglig vurdering af risikoen ved odontologisk behandling af borgeren sammenholdt med borgerens medicinindtag. Der vurderes derfor ikke at være et behov for at ændre på de gældende regler om adgang til FMK.

UDKAST