

RAPPORT OM POTENTIALIALET FOR ØGET KONKURRENCE PÅ TANDPLEJEOMRÅDET

- MAJ 2013



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Finansministeriet
Erhvervs- og Vækstministeriet

Indholdsfortegnelse

Kapitel	Side
1. Indledning	3
2. Resume	5
3. Beskrivelse af vilkår for tandlægers og tandplejeres virksomhedsudøvelse	7
3.1 Regulering i lovgivningen	7
3.2 Regulering i overenskomsten	10
3.3 De offentlige hensyn i forhold til den nuværende regulering	14
4. Konkurrenceforhold i dag	15
4.1 Priskonkurrence på ydelser med faste priser	15
4.2 Priskonkurrence på ydelser med frie priser	16
4.3 Ejerskabsbestemmelser og eventuelle stordriftsfordele	18
4.4 Konkurrence fra udlandet og adgangsbarrierer	19
5. Forslag til konkurrencestyrkende tiltag eller modeller	21
5.1 Tiltag eller modeller på honorarområdet	21
5.2 Større gennemsigtighed	21
5.3 Ændrede ejerskabsbestemmelser	22
5.4 Sammenfatning: Effekten af de skitserede tiltag og modeller, de offentlige hensyn samt konkurrencepotentialet	23
Bilag: Udenlandske erfaringer	

1. Indledning

I regeringens "Vækstplan DK", opstiller regeringen et nyt vækst mål, som skal supplere de finanspolitiske mål om strukturel budgetbalance i 2020 og holdbare offentlige finanser. Regeringen tilkendegiver hermed, at den centrale prioritet for dansk økonomi ikke blot er at have orden i den offentlige økonomi, men også at sikre danskerne varig fremgang i beskæftigelse og levevilkår. Med regeringens nye vækst mål sigter regeringen på at gennemføre reformer og initiativer, som løfter væksten i danske økonomi med ekstra 40 mia. kr. (målt ved BNP) frem mod 2020, så den samlede vækst bliver minimum 2 pct. om året i gennemsnit i perioden 2014-2020.

Vækstmålet på 40 mia. kr. skal ifølge Vækstplan DK bl.a. indfries gennem tiltag, som forbedrer erhvervslivets rammevilkår og derigennem styrker konkurrenceevnen, beskæftigelsen og produktiviteten. Sigtepunktet er et bidrag til den samlede fremgang i den økonomiske vækst på 20 mia. kr. frem mod 2020. Vækstplan DK forventes at indfri knap en tredjedel af målet på 20 mia. kr.

Produktivitetskommissionen.

Ifølge Produktivitetskommissionens netop offentliggjorte rapport "Danmarks Produktivitet – Hvor er problemerne?" har produktivitsudviklingen i perioden 1995-2010 været ca. halvdelen af produktivitsudviklingen i USA og mere sammenlignelige lande som Sverige, Holland og Tyskland. Produktiviteten halter især i den del af servicesektoren, som ikke er udsat for international konkurrence, hvilket fx omfatter detailhandlen, ejendomsmægler-, advokat-, taxa-, hotel- og restaurationsbranchen, men også tandlægebranchen, som behandles i nærværende rapport. Produktiviteten i disse brancher er således faldet med i gennemsnit 0,3 pct. hvert år fra 1995 til 2010 i Danmark. Derimod er produktiviteten i den internationaliserede service og industrien steget med henholdsvis 2,4 pct. og 1,9 pct. Produktivitetskommissionen peger bl.a. på uhensigtsmæssig regulering og manglende internationalisering som væsentlige årsager til den lave produktivitsudvikling i den hjemmemarkedsorienterede del af servicesektoren.

Regeringens konkurrencepolitiske udspil

Med Regeringens konkurrencepolitiske udspil "Styrket konkurrence til gavn for Danmark" fra oktober 2012, ønsker Regeringen at nytænke og styrke konkurrencen i Danmark med henblik på bl.a. at fremme innovation, vækst og produktivitet, samt sikre forbrugerne lavere priser og bedre valgmuligheder. Konkurrencen blandt virksomhederne skal øges uden at tilsidesætte nødvendige beskyttelseshensyn. Derfor lægger regeringen op til at analysere forholdene på en række områder, hvor konkurrencen kan forbedres. Et af de udpegede områder er praktiserende tandlæger og tandplejere, hvor reguleringen af bl.a. ejerskabsforhold og prisforhold i overenskomsterne mellem det offentlige og tandlægerne og tandplejerne kan betyde, at der er uudnyttet potentiale for konkurrence på området, som kunne komme borgerne og den offentlige økonomi til gode.

Arbejdsgruppens opgave

Regeringen har derfor nedsat en arbejdsgruppe bestående af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Erhvervs- og Vækstministeriet samt Finansministeriet, som har undersøgt potentialet for skærpet

konkurrence, når det gælder praktiserende tandlæger og tandplejere, herunder se på mulighederne for at åbne ejerskabsbestemmelserne for tandlæge- og tandplejerpraksis samt for at skabe øget priskonkurrence.

Resultatet af arbejdsgruppen foreligger med denne rapport.

Undersøgelsen skal give regeringen mulighed for at vurdere, om der er potentiale for at skabe øget konkurrence blandt tandlæger og tandplejere i overenskomstregi til gavn for borgerne og det offentlige, *samt i givet fald hvordan.*

Mulighederne er bl.a. vurderet ud fra, at de offentlige hensyn, der varetages i den nuværende regulering i både lovgivning og overenskomster, ikke må forringes. Der er tale om hensyn til:

- Kvalitet og patientsikkerhed: Reguleringen skal understøtte, at kvaliteten er høj og ensartet i hele landet, og at borgerne har rimelig mulighed for at klage og opnå medhold i tilfælde, hvor der er ydet tandpleje af dårlig kvalitet.
- Tilgængelighed, både i form af praksiskapacitet og -placering og niveauet på borgernes egenbetaling: Reguleringen skal understøtte, at der er mulighed for frit at nedsætte sig som tandlæge eller tandplejer, hvorved tilgængeligheden for borgerne sikres, og samtidig understøtte, at der på de basale tandydelse er et prisniveau, som sikrer, at borgerne ikke fravælger tandpleje af økonomiske årsager.
- Offentlig udgiftsstyring: Reguleringen skal understøtte regionernes udgiftsstyring i praksissektoren, hvilket bl.a. skal ses i lyset af udgiftslofterne i Budgetloven og Rigsrevisionens kritik af regionernes, sundhedsministerens og finansministerens styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren.

2. Resumé

Forhåndenværende rapport er resultatet af regeringens arbejdsgruppe på konkurrenceudsættelse på tandplejeområdet og gør rede for den nuværende struktur og de nuværende konkurrenceforhold på tandplejeområdet, dvs. både tandlæge- og tandplejersektoren.

Rapporten konstaterer, at særligt tandlægerne i deres overenskomst er underlagt konkurrencehæmmende restriktioner, f.eks. i form af faste priser eller ejerskabsbestemmelser, som kan hæmme konkurrencen på området. Andre krav i overenskomsterne understøtter og styrker dog lovgivningen på området, særligt vedr. kvalitet og patientsikkerhed. Forholdene vedr. patientsikkerhed og virksomhedsansvar er desuden blevet yderligere styrket gennem vedtagelsen af lov om ændring af lov om virksomhedsansvarlige læger, hvori der stilles krav om udpegning af en virksomhedsansvarlig tandlæge.

Set i lyset af ovennævnte forhold, afdækker rapporten således 3 områder på tandplejeområdet, som rummer potentiale for styrket konkurrence, og hvor det stilles forslag, som vurderes mulige at gennemføre uden at hensynet til kvalitet og patientsikkerhed, tilgængelighed og udgiftsstyring forringes eller at borgerne stilles økonomisk dårligere. Forslagene kan kort opsummeres som nedenfor:

1. **Indførelse af maksimalpriser på tandlægeområdet** i lighed med tandplejeområdet.
2. **Forbedrede muligheder for prissammenligning** således der skabes større prisgennemsigtighed for borgerne, og dermed øget incitament for de enkelte tandlæger og tandplejere til at konkurrere på pris.
3. **Lempelse af ejerskabsforholdene** hvorved andre end tandlæger eller tandplejere kan eje tandlæge- eller tandplejepraksis i sektoren eller at der åbnes op for, at tandlæger eller tandplejere kan eje mere end 2 praksisser. Dette kan medføre stordriftsfordele og større praksisudbud gennem mere fokus på effektivitet og professionel virksomhedsdrift og dermed øget mulighed for priskonkurrence.

Det fremgår af rapporten, at muligheden for, at indføre maksimalpriser på tandlægeområdet kan skabe øget priskonkurrence på den del af tandlægenes ydelser, som ikke er underlagt fri prisdannelse. Det fremgår også, at der kan skabes øget prisgennemsigtighed ved at det nuværende prissammenligningssystem forbedres, således borgerne lettere kan sammenligne priser på tandlæger eller tandplejere. Endelig fremgår det, at det kan overvejes, om der, set i lyset af lovforslaget om virksomhedsansvarlige tandlæger, kan åbnes op for, at andre end tandlæger eller tandplejere kan eje tandlæge- eller tandplejepraksisser eller, om der kan åbnes op for, at tandlæger eller tandplejere kan eje mere end 2 praksisser. Dette kan bl.a. skabe nye stordriftsmuligheder og øget effektivitet, hvilket kan føre til øget konkurrence til gavn for både borgerne og det offentlige. Større enheder kan også medføre bedre udnyttelse af faglige kompetencer.

Modellerne og tiltagene er vurderet i forhold til de offentlige og sundhedsfaglige behov. Modellerne og tiltagene berører ikke tilskudsystemet, som vurderes at have en fordelagtig sundhedsmæssig effekt, bl.a. ved at forebyggende undersøgelser prioriteres højt og medvirker til at sikre gode tandplejevaner. Tilgængeligheden og prisniveauet forventes heller ikke berørt negativt af forslagene. Der er heller ikke umiddelbart indikationer på, at kvalitet og patientsikkerhed vil blive forringet af de foreslåede tiltag og modeller, forudsat, at de nuværende forhold vedr. kvalitet og patientsikkerhed i overenskomsterne bevares og overholdes af alle parter. Desuden medvirker ændringen af loven om virksomhedsansvarlige læger i et

vist omfang til at sikre den rette balance mellem hensynet til konkurrence, effektivitet og indtjening og hensynet til kvalitet og patientsikkerhed, hvis ejerskabsbestemmelserne lempes.

Tandplejeområdet i Danmark rummer altså et vist potentiale for øget konkurrenceudsættelse, og det vurderes, at de fremlagte forslag vil kunne medvirke til, at der skabes bedre rammer for en øget priskonkurrence. Sikres de offentlige hensyn i denne sammenhæng, vil styrket konkurrence på området være til gavn for både borgerne og det offentlige.

3. Beskrivelse af vilkår for tandlægers og tandplejeres virksomhedsudøvelse

Den overordnede regulering på tandplejeområdet er fastsat i lovgivningen. Reguleringen omfatter alle, der har virke som tandlæge eller tandplejer i Danmark, og vedrører bl.a.:

- Offentlige tilskud
- Autorisation til virke som tandlæge eller tandplejer
- Virksomhedsansvar

Herudover indgås der overenskomstaftaler mellem hhv. Tandlægeforeningen og Tandplejeforeningen på den ene side, og Regionernes Lønnings- og Takstnævn, RLTN, på den anden side, som yderligere regulerer bl.a.:

- Ydelsesbeskrivelser og honorarbestemmelser, herunder prisgennemsigtighed
- Ejerskabsbestemmelser
- Kvalitet og klageregler
- Udgiftsrammer

Reguleringen i overenskomsterne omfatter kun de tandlæger eller tandplejere, der har tilsluttet sig de gældende overenskomster, hvilket er stor set alle selvstændige tandlæger og tandplejere.

3.1 Reguleringen i lovgivningen

3.1.1. Offentlige tilskud

Regelgrundlaget for tilskud til voksentandpleje i Danmark er fastsat i Sundhedslovens § 65, hvoraf det fremgår, at regionsrådet yder tilskud til tandpleje til personer med bopæl i Danmark. Tilskudssystemet prioriterer de forebyggende behandlinger, hvorved tilskud til behandlinger, holdes på et minimum.

Det er en betingelse for tilskud efter sundhedsloven til tandbehandling for patienter i sygesikringsgruppe 1¹, at den tandlæge eller tandplejer, der udfører behandlingen er tiltrådt overenskomsten og dermed praktiserer efter reglerne i overenskomsten. Langt hovedparten af tandlægerne har tiltrådt overenskomsten. For patienter i sygesikringsgruppe 2, gives også tilskud til behandling ved tandlæger eller tandplejere uden for overenskomsten. Tandlæger og tandplejere uden for overenskomsten er ikke

¹ Langt de fleste danskere (over 99 %) er i sygesikringsgruppe 1, hvor der kræves henvisning fra læge til behandling hos speciallæge, fysioterapeut, fodterapeut og psykolog. Tilskud til bl.a. medicin, tandlægehjælp og tandpleje bliver automatisk trukket fra regningen, før borgeren betaler. Borgere i sygesikringsgruppe 2, kan frit søge behandling hos alle læger, speciallæger, tandlæger og kiropraktorer. Der kræves lægehenvi-
sing til fysioterapeut, fodterapeut og psykolog, og fysioterapeuten, fodterapeuten eller psykologen skal have en aftale med regionen, for at borgeren kan få tilskud. Borgeren får samme tilskud, som en gruppe 1-sikret patient får til en tilsvarende behandling. Læger, speciallæger, tandlæger, tandplejere og fysioterapeuter fastsætter selv prisen for behandling.

underlagt restriktioner vedr. ejerskab eller honorarer. Børn under 18 år er omfattet af den kommunale tandpleje og tilbydes vederlagsfri tandpleje jf. Sundhedslovens § 127.

Tilskuddene ydes i henhold til bekendtgørelse om tilskud til behandling hos tandlæge eller tandplejer i praksissektoren og er som hovedregel fastsat til ca. 40 pct. for en række forebyggende ydelser. Eksempler på sådanne ydelser er regelmæssige diagnostiske undersøgelser, individuelle forebyggende behandlinger, tandrensninger eller paradentosebehandlinger (som ikke er forebyggende ydelser).

Herudover gives et fast tilskud til en række andre behandlinger, hvor priserne ikke er reguleret i overenskomsterne. Eksempler på disse er bl.a. operativ fjernelse af tænder og kirurgisk paradentalbehandling, og tilskudsandelen af her mellem ca. 15 % og 33 % af ydelsens pris.

Endelig findes ydelser, som ikke er reguleret af overenskomsterne i forhold til priser, og hvor der ikke ydes offentligt tilskud. Eksempler på disse er bl.a. kroner, broer implantater, proteser, og bidskiner.

Det offentlige tilskud varierer således mellem ca. 15 og 65 % og det samlede offentlige tilskud vurderes at være ca. 18 % af den samlede omsætning for alle ydelser (med og uden offentlig tilskud) på tandplejeområdet.

Danske borgere kan i øvrigt opnå de samme tilskud i udlandet, som ved behandling hos en tandlæge eller tandplejer i Danmark, under forudsætning af, at den udenlandske tandlæge eller tandplejer er autoriseret.

3.1.2 Autorisation til virke som tandlæge eller tandplejer

I henhold til autorisationslovens §§ 47 og 65², må kun tandlæger eller tandplejere, der har bestået dansk tandlægeeksamen eller tandplejereksamen eller en udenlandsk eksamen, der kan sidestilles hermed, og som har autorisation som tandlæge eller tandplejer, kalde sig tandlæge eller tandplejer og udøve virke som tandlæge eller tandplejer.

Ifølge autorisationsloven omfatter tandlægevirksomhed forebyggelse af instrumentel og medikamentel art, diagnostik og behandling af anomalier, læsioner og sygdomme i tænder, mund og kæber. Virksomhed som tandplejer omfatter derimod alene, jf. autorisationsloven, patientundersøgelse, fjernelse af hårde tandbelægninger og rodafglatning, pudning og polering af tandrestaureringer, herunder fjernelse af fyldningsoverskud, samt anlæggelse af infiltrationsanalgesi (lokalbedøvelse). Virksomhed som tandplejer omfatter endvidere instrumentel fjernelse af bløde tandbelægninger samt afpudning af tænderne og indsætning og aftagning af tandreguleringsapparat.

I Danmark er uddannelsen til tandlæge en videregående uddannelse, som varer i alt 5 år hvor bestået eksamen giver ret til en grad som cand.odont. Uddannelsen er fastlagt med hjemmel i Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed samt Bekendtgørelse om bachelor- og kandidatuddannelser ved universiteterne. For tandplejere er gældende, at uddannelsen til professionsbachelor i tandpleje i Danmark varer 3 år. Uddannelsen er fastlagt af Ministeriet for Forskning, Innovation og Videregående uddannelser med hjemmel i Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed samt Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i tandpleje. For

² Bekendtgørelse nr. 877 af 04/08/2011 af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Autorisationsloven).

både tandlæger og tandplejere gælder, at det er Sundhedsstyrelsen, der udsteder autorisation til at virke som tandlæge eller tandplejer i Danmark. Kandidater, der har bestået eksamen som cand. Odont. efter januar 2007 skal ikke søge Sundhedsstyrelsen om autorisation men får automatisk tilsendt bevis på autorisation som tandlæge. Tandplejere skal derimod søge om autorisation som tandplejer samt indstilling fra uddannelsesstedet.

Tandlæger kan efter et års (1440 timer) praktisk oplæring hos tandlæge med tilladelse til selvstændigt virke opnå tilladelse til selvstændigt virke som tandlæge efter ansøgning til Sundhedsstyrelsen. Herefter kan tandlæger tiltræde overenskomst om tandlægehjælp og nedsætte sig selvstændigt som tandlæge. Tandplejere kan derimod direkte tiltræde overenskomst om tandpleje ved privatpraktiserende tandplejere og arbejde selvstændigt efter opnåelse af autorisation som tandplejer.

Både tandlæger og tandplejere med uddannelse fra andre lande end Danmark kan opnå ret til at udøve virke som tandlæge i Danmark. Personer med en udenlandsk tandlæge- eller tandplejeruddannelse skal dog søge Sundhedsstyrelsen om dansk autorisation som tandlæge for at kunne arbejde i Danmark, Grønland og på Færøerne.

Sundhedsstyrelsen vurderer, om ansøger opfylder lovens krav til at få dansk autorisation, og ansøgningen vurderes efter forskellige regelsæt afhængig af, hvilket land ansøger er statsborger i, og hvor uddannelsen er gennemført.

3.1.3 Virksomhedsansvar

Ansvar for tandpleje- eller tandlægepraksis påligger den eller de ejere, der er registreret under tandlægepraksis eller tandplejepraksis. Eventuelle klager fra sikrede over tandlæger forelægges visitationsudvalget i den region, hvor tandlægen har sin klinik. Klager fra sikrede over tandplejere indbringes for Patientombuddet, som pr. 1.1.2011 erstattede Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Sundhedsstyrelsen fører bl.a. tilsyn med tandlæger, tandplejere og kliniske tandteknikere ud fra afgørelser i klagesager fra de Regionale tandlægenævn og Landstandlægenævnet samt ud fra kritik fra Patientombuddet af tandlæger, tandplejere og kliniske tandteknikere og henvendelser fra borgere, kolleger og pressen.

Bestemmelserne om virksomhedsansvar er blevet suppleret med den netop vedtagne lov nr. 362 af 9. april 2013 om ændring af lov om virksomhedsansvarlige læger, som træder i kraft den 1. juli 2013, og som har til formål at tilgodese patienternes sikkerhed og kvaliteten af det faglige arbejde. Dette indebærer, at også sygehuse, klinikker m.v., hvor der foretages tandlægebehandling m.v., og som ikke ejes af offentlige myndigheder, bliver forpligtet til at udpege en virksomhedsansvarlig tandlæge. Det sikres herved, at der etableres en entydig sundhedsfaglig ledelse, således at det overordnede ansvar for patienternes sikkerhed og kvaliteten af det tandlægefaglige arbejde er fastlagt. Dette overordnede ansvar for at sikre kvalitet i alle led i behandlingen skal supplere den enkelte sundhedspersons selvstændige ansvar i henhold til autorisationslovgivningen. Sundhedsstyrelsen får med loven hjemmel til at afvise virksomhedsansvarlige læger og tandlæger og fratage virksomhedsansvarlige læger og tandlæger deres ret til at virke som virksomhedsansvarlig, for at styrke styrelsens kontrol og tilsyn med, at den udpegede læge eller tandlæge lever op til sine forpligtelser og kravene til at kunne påse, at den virksomhed, som udøves på sygehuset,

klinikken m.v., udføres i overensstemmelse med god faglig praksis og med de pligter, der i øvrigt er fastsat i lovgivningen om sundhedsfaglig virksomhed.

Loven styrker dermed Sundhedsstyrelsens kontrol og tilsyn med tandlægerne og sikrer en entydig sundhedsfaglig ledelse, som understøtter, at det overordnede ansvar for patienternes sikkerhed og kvaliteten af det tandlægefaglige arbejde er fastlagt.

I § 5 i bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.) fremgår det desuden, at der påhviler en pligt for enhver autoriseret sundhedsperson, der som led i sin virksomhed foretager behandling af en patient, jf. § 1 til at føre patientjournal.

3.2 Regulering i overenskomsten

De seneste overenskomster blev indgået i 2007 mellem tandplejerne og RLTN og i 2010 mellem tandlægerne og RLTN. Som nævnt er det en betingelse for offentligt tilskud efter sygesikringen, at den pågældende tandlæge har tilsluttet sig overenskomsten og praktiserer efter de regler, som gælder her. Stort set alle tandlæger eller tandplejere i Danmark har tilsluttet sig de gældende overenskomster.

Det særlige ved overenskomsterne med Tandlægeforeningen og Tandplejerforeningen - og flere af de øvrige praksisområder - er for det første, at der ikke er tale om overenskomster i arbejdsretlig forstand, idet overenskomsten indgås mellem RLTN, dvs. det offentlige, og en gruppe af private erhvervsdrivende arbejdsgivere - i dette tilfælde tandlægerne. Det offentlige har derfor ikke ledelsesretten over tandlægerne, og der er således ikke tale om en overenskomst mellem arbejdsgiver og arbejdstager, som det kendes fra arbejdsmarkedsområdet. Overenskomsterne med Tandlægeforeningen skal derfor sidestilles med en aftale mellem det offentlige og det private.

Samtidig er der det særlige, at overenskomsten regulerer en række forhold som ydelser, honorarer, ejerskabsforhold, gennemsigtighed og klageforhold. Det betyder med andre ord, at en betydelig del af reguleringen af sektoren, bl.a. tandlægenes priser, forhandles direkte med sektorens brancheforening, i stedet for at det er tandlægen selv, der bestemmer prisen. Det betyder, at brancheforeningen, der består af en række private erhvervsdrivende, får en form for godkendt "monopol" på at fastlægge vilkårene for tandlægenes virke³. Dette kendes ikke umiddelbart fra andre private erhverv uden for praksissektoren,

³ Det bør bemærkes, at EU-kommissionen i 2009 har afgjort, at visse "professionsmonopoler" (konkret apoteker) kan tillades, bl.a. under henvisning til, at "*The Court of Justice classifies the rules according to which only pharmacists may hold and operate a pharmacy as a restriction on freedom of establishment and free movement of capital but finds that the restrictions are justified by an overriding reason in the general interest, namely the objective of protecting public health, and, more specifically, the objective of a reliable and high-quality supply of medicinal products to the public.*" Baggrunden for dette er, at "...the Court considers that an operator having the status of pharmacist pursues, like other persons, the objective of making a profit. However, that interest is tempered by his training, by his professional experience and by the responsibility which he owes, given that any breach of the rules of law or professional conduct undermines not only the value of his investment but also his own professional existence. By contrast, non-pharmacists who operate pharmacies do not provide the same safeguards as pharmacists." C-531/06 Commission v Italy and C-171/07 and C-172/07 Apothekerkammer des Saarlandes a.o. v Saarland, judgments of 19 May 2009.

hvor sådanne forhold er reguleret i lovgivningen eller i en konkurrenceudsat kontrakt mellem kunden og den private leverandør. Dette kan, alt andet lige, opfattes som en restriktion – særligt i forhold til konkurrencemulighederne, hvilket kan være til ulempe for både borgere og samfund. Omvendt kan det argumenteres, at overenskomstsyste­met sikrer opbakning og bedre implementering af de aftaler, som indgås mellem Tandlægeforeningen og RLTN i overenskomsten.

3.2.1 Ydelsesbeskrivelser og honorarbestemmelser, herunder prisgennemsigtighed

Overenskomsterne for tandlæger og tandplejere beskriver en række ydelser, som er underlagt honorarbestemmelser, der regulerer honoraropkrævningen for de pågældende ydelser. For tandlæger er der således defineret to hovedgrupper i overenskomsten:

- § 4, stk. 2: Ydelser med overenskomstfastsatte *grundhonorarer* (fremover ”faste priser”) som tandlægen ikke kan afvige fra, hvor regionerne yder tilskud på 40/65 %. Herudover er der enkelte tilskud i denne gruppe, hvor tilskuddet i tilskudsbekendtgørelsen er fastsat som et fast beløb. Disse tilskud ligger omregnet til procent mellem 15 % og 33 % af ydelsens pris.
- § 4, stk. 3: Ydelser, hvor der er fri prisfastsættelse og hvor regionerne yder faste tilskud.

Ydelser, der ikke indgår i ovennævnte 2 grupper, er hverken underlagt prisregulering eller berettiget til offentlige tilskud.

For tandplejere er der, jf. overenskomstens § 4, stk. 2, indgået aftale om maksimalpriser på en gruppe ydelser, som i vidt omfang svarer til den gruppe ydelser, hvor der er faste priser for tandlæger. Tandplejeren må således gerne opkræve en lavere pris end maksimalprisen fra borgeren på disse ydelser, og dermed også end tandlægen må. Maksimalpriserne er fastsat, så de ikke overstiger de faste priser på tandlægeområdet.

Der er i de nuværende overenskomster for både tandlæger og tandplejere aftalt foranstaltninger, der skal øge prisgennemsigtigheden på markedet. For eksempel skal tandlæger offentliggøre priser for en række ydelser, som ikke er omfattet af kravet om faste grundhonorarer, på den offentlige sundhedsportal, sundhed.dk. Det er også muligt at foretage en avanceret søgning på sundhed.dk, hvorved borgere kan foretage prissammenligninger mellem forskellige tandlæger i et område. Endvidere skal der i tandlægeklinikkernes venteværelse være opsat synlige pris­lister, der dækker en række ydelser. Praktiserende tandplejere skal også offentliggøre priser på en række ydelser uden honorarrestriktioner i venteværelser og på sundhed.dk. I tillæg hertil, skal tandplejere offentliggøre en liste over priser på alle ydelser omfattet af kravet om maksimalpriser. Kravet om pris­lister på tandplejeres ydelser med maksimalpriser er dog ikke blevet implementeret på sundhed.dk.

3.2.2 Ejerskabsbestemmelser og etableringsret

I overenskomsten er der fastsat bestemmelser for ejerskab i form af restriktioner på, hvor mange klinikker den enkelte tandlæge må eje, og hvem der må eje klinikkerne. Der er derimod ikke i hverken lovgivning eller overenskomst lagt begrænsninger på retten til at nedsætte sig som tandlæge. Når en tandlæge har opnået tilladelse til selvstændigt virke som tandlæge, har den enkelte tandlæge mulighed for at åbne eller

overtage en tandlægepraksis. Tandplejere har direkte efter autorisation mulighed for at åbne eller overtage tandplejepraksis.

Hvis tandlægen ønsker at tiltræde overenskomsten mellem Tandlægeforeningen og RLTN, og dermed tilbyde borgerne ydelser med tilskud, kræves et såkaldt ydernummer, som tildeles af Tandlægeforeningen på vegne af regionerne. Der er ingen begrænsninger heri, og et ydernummer tildeles, hvis de formelle krav opfyldes.

I overenskomsterne mellem Tandlægeforeningen og RLTN og Dansk Tandplejerforening og RLTN fremgår det, at en tandlæge eller en tandplejer kan praktisere efter overenskomsten fra to praksisadresser. Ønskes det at praktisere fra mere end to adresser, giver begge overenskomster mulighed for, at der kan søges tilladelse til dette i de respektive samarbejdsudvalg. Der er ikke fastsat krav om, at tandlægen eller tandplejere er i sin eller sine praksis hver dag, men er tandlægen eller tandplejeren fraværende i en længere periode, skal ansvaret for klinikens drift overdrages til en stedfortrædende tandlæge eller tandplejer. Det er et krav for en stedfortrædende tandlæge, at denne har tilladelse fra Sundhedsstyrelsen til selvstændigt virke.

Der er desuden i de to overenskomster fastlagt enslydende krav om praksisformer. Begge overenskomster giver mulighed for, at praksis kan tilrettelægges som enkeltmandspraksis, kompagniskabspraksis eller selskab. Der er desuden krav om, at en tandlæge eller tandplejer selv ejer majoriteten i den indskudte kapital i klinikken:

- *over 50 % af anpartskapitalen såvel efter beløb som efter stemmевægt skal tilhøre et eller flere holdingselskaber og/eller anpartshavere, (dvs. for hhv. tandlæger eller tandplejere) der udøver tandlæge/tandplejevirksohmhed som ansat i selskabet, og som har tiltrådt overenskomsten,*
- *i tilfælde af, at en tandplejer er medejer af tandlægeselskabet, reduceres kravet til tandlægens/tandlægenes ejerandel til 50 % under forudsætning af, at tandplejeren/tandplejere ejer de resterende 50 % af selskabet eller, i tilfælde af, at en tandlæge er medejer af tandplejeselskabet, reduceres kravet til tandplejerens/tandplejernes ejerandel til 50 % under forudsætning af, at tandlægen/tandlægerne ejer de resterende 50 % af selskabet.*
- *i et holdingselskab skal anpartskapitalen ejes 100 % af en eller flere anpartshavere, som har tiltrådt overenskomsten (for hhv. tandlæger eller tandplejere), og som arbejder som ansat i eller har arbejdet i den tandlægevirksohmhed eller tandplejevirksohmhed, som holdingselskabet ejer anparter i.*

Det er de to foreninger, der godkender vedtægter for tandlægeselskaber og holdingselskaber, der opfylder de i overenskomsterne anførte krav.

Det fremgår desuden af begge overenskomster, at i alle former for praksis kan medvirke ansatte tandplejere og tandlæger i overensstemmelse med regler herom i autorisationsloven.

3.2.3 Kvalitetssikring og klageregler

I begge overenskomster er der fokus på kvalitetsudviklingen på tandplejeområdet. Således er der lagt op til, at både tandplejere og tandlæger skal blive en del af Den Danske Kvalitetsmodel, som varetages af Institut for Kvalitet og Akkreditering (IKAS). Dette indbefatter også registrering af oplysninger til belysning af udviklingen i tandsundheden. Formålet med registreringen er at skabe et datagrundlag, der giver mulighed for at vurdere udviklingen i tandsundheden, og for at vurdere effekten af den forebyggende behandling på området. Registreringen af oplysningerne tilrettelægges således, at der er grundlag for at vurdere udviklingen i tandsundheden på regions- og landsplan.

Klager over tandlæger med overenskomst bliver behandlet i de Regionale Tandlægenævn med Landstandlægenævnet som ankeinstans. Udover at træffe en afgørelse og udtale kritik har nævnene også kompetence til at udvirke, at patienterne får penge tilbage for ikke honorarværdigt arbejde. Der er desuden relativ kort sagsbehandlingstid i nævnene i forhold til behandling af sager i det offentlige klagesystem.

Klager over tandlæger uden overenskomst behandles i Patientombuddet/Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn. Nævnet har udelukkende kompetence til at udtale kritik af ikke honorarværdigt arbejde. Ønsker patienterne at få penge tilbage for dette, er de nødt til at anlægge et civilt søgsmål. Der er en længere sagsbehandlingstid i nævnet end ved behandling i de regionale tandlægenævn.

Alle afgørelser skal iht. gældende lovgivning indrapporteres til Sundhedsstyrelsen, som bl.a. fører tilsyn med baggrund i disse (se pkt. 3.1.3).

Både med hensyn til kvalitet og patientklageforhold supplerer overenskomsterne således lovgivningen med yderligere krav, som overordnet styrker den samlede regulering af området til gavn for borgerne.

3.2.4. Udgiftsrammer

De nuværende overenskomster indeholder en økonomiramme for de offentlige udgifter i sektoren. Der er dog ikke tale om faste økonomirammer, som medfører krav om tilbagebetaling, hvis rammerne overskrides. Det er i stedet aftalt, at parterne i så fald drøfter foranstaltninger, som fremadrettet sikrer, at rammerne overholdes.

Rammen i den nuværende tandlægeoverenskomst er 1.417 mio. kr. (2009-niveau), og er bl.a. baseret på et grundlag på 2.727.318 patienter. For tandplejerne er der i den gældende overenskomst taget udgangspunkt i, "at det aktuelle udgiftsniveau er 4,01 mio. kr. (2009-niveau)".

Begge overenskomster nævner, at følgende udgiftsdæmpende foranstaltninger kan tages i brug, hvis det skønnes nødvendigt:

- Indskærpelse af de overenskomstmæssige ydelsers anvendelse over for de praktiserende tandlæger/tandplejere
- Ændring af anvendelsesområderne for de overenskomstmæssige ydelser samt justering af honorarerne for en eller flere af ydelserne
- Henvendelse til sundhedsministeren med forslag om nedsættelse af tilskudsprocenterne

3.3 De offentlige hensyn i forhold til den nuværende regulering

Den nuværende regulering understøtter i vid udstrækning de offentlige hensyn til kvalitet og patientsikkerhed, tilgængelighed og udgiftsstyring:

- **Kvalitet og patientsikkerhed:** Kvaliteten af tandplejen i Danmark synes at være høj. Det understøttes af tal fra en rapport fra 2010⁴, der viser at, danskere over 65 år i 2005 havde bedre tandsundhed end den tilsvarende befolkningsgruppe i bl.a. Finland eller Island. Det samme gør sig gældende i en rapport fra Det Europæiske Tandlægeråd fra 2009, hvoraf det fremgår, at særligt danske børns tandsundhed er den bedste i de EU-lande, der indgår i undersøgelsen⁵. Den høje tandsundhed kan bl.a. tilskrives tilskudssystemet, der som nævnt bl.a. prioriterer de forebyggende behandlinger højt. Også de overenskomstmæssige krav om kvalitetsudvikling, som ligger ud over de krav, der er fastsat i lovgivningen må vurderes at være medvirkende til at sikre den høje tandsundhed. Kvaliteten i tandplejen i Danmark må også vurderes at være god, når der ses på det relativt lave antal af patientklager i forhold til antallet af behandlinger. I 2012 var der ca. 15,5 mio. ydelser under overenskomst⁶ og i perioden 2008 til 2011 er der registreret en mindre stigning i antallet af klager på årsbasis fra 407 klager til 526 klager⁷. Det bemærkes, at ikke alle klager har fået medhold. Patienternes klageforhold, der som nævnt sikres gennem det lovregulerede klagesystem, suppleres yderligere af det overenskomstregulerede klagesystem, som derved styrker patienternes klageforhold. På den baggrund må det konkluderes, at den nuværende regulering, herunder tilskudssystemet, understøtter en god tandsundhed samt høj kvalitet og patientsikkerhed i behandlingen.
- **Tilgængelighed for borgerne:** Der synes ikke at være tale om udfordringer i forhold til tilgængelighed på tandplejeområdet. Der er i lovgivningen fri nedsætningsret for tandlæger og tandplejere i Danmark under forudsætning af, at der er opnået ret til selvstændigt virke som tandlæge eller tandplejer (jf. afsnit 3.1). Tilgængeligheden afgøres således indirekte af efterspørgslen.
- **Offentlige udgifter:** Tilskuddene fra det offentlige til voksentandpleje er i perioden 2003 til 2012 steget fra ca. 1,1 mia. kr. til 1,5 mia. kr. svarende til en gennemsnitlig årlig realvækst på 3,14 %. Selvom der ikke i dag er en fast økonomiramme for sektoren, viser tallene en moderat udvikling i udgifterne. Den begrænsede stigning i tilskuddet er bl.a. opnået ved, at staten har reguleret størrelsen af tilskuddene, eller har prioriteret tilskud til visse ydelser frem for andre, over årene. Udviklingen i offentligt tilskud til voksentandpleje i perioden 2003 til 2012 ser således ud:

År	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Udgifter i mio. kr.	1.136	1.199	1.237	1.258	1.295	1.370	1.422	1.444	1.478	1.501

⁴ Nihtilä, A. (Ed.): "A Nordic Project of Quality Indicators for Oral Health Care".

⁵ Manual of Dental Practice, October 2009, Council of European Dentists.

⁶ Data fra Danske Regioner. Indeholder alle ydelser defineret i overenskomsten. En borger kan godt få flere ydelser på et besøg, og antallet af ydelser er dermed ikke identisk med antallet af kontakter med tandlæger.

⁷ Data fra www.tandklage.dk, som er oprettet i samarbejde mellem Danske Regioner og Tandlægeforeningen.

4. Konkurrenceforhold i dag

Gennemgangen af reguleringen af praksistandplejen i Danmark indikerer, at de offentlige hensyn langt hen ad vejen bliver tilgodeset, men at der dog også på flere områder kan være potentiale for konkurrenceudsættelse til gavn for borgerne og det offentlige. Særligt væsentlige forhold, der kan være begrænsende for konkurrencen på det danske tandplejeområde, er de faste priser og begrænsningerne på ejerskab. Det understøttes også af en rapport, som McKinsey & Company i 2010 har offentliggjort om mulighederne for vækst i Danmark gennem konkurrence⁸. Tandlægeområdet er også i nævnt i denne rapport, som bl.a. konkluderede, at produktiviteten var lav i forhold til sammenlignelige lande. Dette skyldes ifølge rapporten bl.a., at der var visse barrierer for konkurrence på tandplejeområdet, heriblandt:

- Prisregulering – faste priser på mange ydelser hæmmer konkurrencen
- Manglende gennemsigtighed – manglende overblik over priser og kvalitet hæmmer konkurrencen
- Regulering af ejerskabsforhold – begrænser internationalisering, professionalisering, konsolidering og dermed konkurrencen og muligheden for at opnå stordriftsfordele.

4.1 Priskonkurrence på ydelser med faste priser

Inden for tandlægeoverenskomsten er der, som nævnt tidligere, faste priser på en række ydelser. Denne gruppe af ydelser, hvor der ingen priskonkurrence er, udgør ca. 3,6 mia. kr.⁹, eller ca. 45 % af den samlede økonomi i sektoren, som med en vis usikkerhed vurderes at være ca. 8 mia. kr.¹⁰. Ses på antallet af ydelsestyper med faste priser i tandlægeoverenskomsten, er der tale om, at der ikke er priskonkurrence på ca. 75 % af ydelsestyperne i overenskomsten¹¹. Tandlægerne har dog mulighed for at konkurrere på kvalitet og service for på den måde at tiltrække flere patienter på ydelserne med faste priser. Det bør bemærkes, at undersøgelser indikerer, at prisniveauet på visse ydelser med faste priser dog generelt er lavt – også set i forhold til f.eks. Sverige¹².

Tandplejere

Med Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Tandplejerforening overenskomst i 2007 om tandpleje ved privat praktiserende tandplejere, blev der som nævnt skabt mulighed for at tandplejere kan tilbyde nogle af de samme ydelser som tandlægerne, men til en lavere pris end tandlægerne.

⁹ Data fra Danske Regioner 2012

¹⁰ Tandlægeforeningen henviser til undersøgelser, der opgør den samlede omsætning af ydelser omfattet af overenskomsten til ca. 5,6 mia. kr. i 2011 og omsætningen uden for overenskomstens rammer til ca. 2,3 mia. kr. Tandlægebladet, nr. 1, 2013.

¹¹ I beregningerne indgår kun de ydelser, der indgår i overenskomsten. Der er tale om ca. 15,5 mio. ydelser. De ydelser, der ligger uden for, f.eks. bidskinner, indgår således ikke i beregningsgrundlaget og antallet kendes ikke. Andelen af ydelsestyper med faste priser i forhold til det samlede antal ydelsestyper vil derfor være lavere end 75 %.

¹² "Styrket konkurrence til gavn for Danmark", Konkurrencepolitisk udspil, Regeringen, oktober 2012.

Maksimalpriserne på de basale tandplejeydelser ved tandplejere forventedes dermed at medføre lavere priser til forbrugerne. Ses på gennemsnitspriserne i 2012 på de ydelser, der både indgår i tandlægeoverenskomsten og tandplejeoverenskomsten, og hvor tandlægerne har faste priser, mens tandplejerne har maksimalpriser, er der dog ikke noget der indikerer, at indførslen af maksimalpriser for tandplejere har ført til lavere priser¹³. Tandplejernes priser er identiske med tandlægenes priser, dvs. maksimalprisen.

Andelen af tandplejernes omsætning på ydelser med maksimalpriser udgør samtidig kun ca. 0,1 % af omsætningen af tandlægenes tilsvarende ydelser med faste priser. Desuden er det kun et begrænset antal ydelser, tandplejerne må tilbyde i forhold til tandlægerne. En borger, der ud fra et ønske om laveste pris vælger en tandplejer, kan således både skulle gå til tandplejer og tandlæge, alt efter hvilken behandling, der er behov for. Dette kan ikke alene virke besværligt for borgeren, men også være forbundet med meromkostninger, f.eks. i forbindelse med røntgenundersøgelser eller lignende.

4.2 Priskonkurrence på ydelser med frie priser

For ydelser med tilskud, men uden faste priser eller uden maksimalpriser, samt for ydelser udenfor overenskomsten uden tilskud, f.eks. broer og implantater, er der mulighed for at konkurrere på pris.

Det er ikke muligt ud fra de tilgængelige data at se, hvilken pris tandlægerne tager for disse ydelser, eller hvor store prisudsvingene er. Men tandlægerne er som nævnt forpligtet til at offentliggøre visse af deres frie priser på sundhed.dk, og en søgning på sundhed.dk viser, at der er betydelige udsving mellem højeste og laveste pris på en række af disse ydelser med fri prissætning. F.eks. fremgår det, at der på ydelser "Operativ fjernelse af tand" er et "fra-pris"-udsving i København på 2.705 kr. – fra 3.000 kr. hos den dyreste tandlæge til 295 kr. hos den billigste tandlæge. De to fundne tandlægers "til-pris"-udsving er også markant – 4.500 kr. hos den dyre tandlæge mod 1.875 kr. hos den billige tandlæge¹⁴. Der er imidlertid her tale om enkelt-ydelser, og den samlede prisforskel vil ændre sig, hvis man sammensætter prisen for flere ydelser.

At der er penge at spare, og at nogle borgere udnytter muligheden, fremgår da også af Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens forbrugerredegørelse for 2011, hvor det bemærkes, at 33 % af brugerne af prissammenligningsfunktionen på sundhed.dk i forhold til tandpleje havde sparet penge – ofte over 1.000 kr.¹⁵ Undersøgelsen, som er baseret på ca. 2.000 besvarelser, viser dog ikke, i hvor vid udstrækning, og i hvor stort omfang, borgerne har kendskab til og benytter sundhed.dk til prissammenligning.

Hertil skal dog bemærkes, at prisudsving ikke entydigt kan anvendes til at konkludere, at der er stærk konkurrence på området. Store prisudsving kan ligeså vel indikere manglende konkurrence i visse områder af markedet, hvilket understøttes af McKinsey-rapporten, hvoraf det fremgår, at priserne på ydelser med fri prissætning generelt er højere i Sverige end i Danmark.

¹³ Data for 2012 fra Danske Regioner.

¹⁴ Søgning på sundhed.dk: "Operativ fjernelse af tand" i København, februar 2013.

¹⁵ Konkurrence og Forbrugerstyrelsens Konkurrence- og Forbrugerredegørelse 2011

At der ikke nødvendigvis er stærk konkurrence på området for ydelser med fri prissætning ligger også i tråd med en forbrugerreddegørelse fra 2005 på tandlægeområdet, som har indikeret:

- At priskonkurrencen på ydelser uden for overenskomsten og ydelser i overenskomsten uden honorarfastsættelse stadig er relativ lav¹⁶.
- At meget få borgere skifter tandlæge af andre årsager end geografiske, og at dette bl.a. kunne skyldes en række forhold herunder generel tilfredshed med tandplejen og manglende gennemsigthed på markedet.
- At tandlægerne både er faglige vejledere for patienterne og udbydere af ydelser - herunder ydelser som leveres på markedsvilkår. Herved er det muligt for tandlægerne at påvirke efterspørgslen efter bestemte former for tandlægeydelser gennem en mekanisme, der kan kaldes 'udbyder-induceret efterspørgsel'.

Med udgangspunkt i rapportens observationer må det således antages, at patienternes "mobilitet" på tandplejeområdet generelt er forholdsvis lav, hvilket betyder, at borgerne ikke er tilbøjelige til at skifte til en anden tandlæge – heller ikke som følge af prisudsving. Undersøgelsen har da også fundet, at borgerne kun sjældent skifter tandlæge som følge af prisudsving, hvilket bl.a. kan skyldes tilfredshed med forholdet til deres tandlæge, men også, at borgerne har haft svært ved at overskue prisforskellene eller ikke er opmærksom på, at der er prisforskelle.

Overordnet er der med overenskomstens bestemmelser herom et godt grundlag for prisgennemsigthed på de ydelser, der ikke er omfattet af krav om maksimalpriser eller faste grundhonorarer. Gennemsigtheden hæmmes dog af,

- At det formentligt kun er få borgere, der lægger mærke til prislisterne i venteværelserne, hvilket stemmer overens med, at forbrugerreddegørelsen fra 2005 viste, at kun 12 pct. af tandlægebrugerne, lagde mærke til prislisterne i venteværelset.
- At prissammenligningsfunktionen på sundhed.dk ikke er tilstrækkeligt brugervenlig, og dermed ikke øger prisgennemsigtheden i den grad, det kunne ønskes. F.eks. er der kun et begrænset antal ydelser, der kan søges på, og der kan kun søges på én ydelse af gangen. Derved er det ikke muligt at se prisen på en samlet pakke af ydelser, hvilket kunne være relevant.
- At ikke alle tandlæger eller tandplejere oplyser priser på den ydelse, der vælges i søgningen, hvilket dog kan skyldes, at ydelsen ikke tilbydes.
- At der savnes prislister og dermed gennemsigthed på tandplejernes ydelser med maksimalpriser.

At der endnu ikke er opnået tilstrækkelig prisgennemsigthed bekræftes i Konkurrence- og Forbrugerreddegørelsen fra 2011, hvor borgernes opfattelse af gennemsigtheden på tandplejeområdet er lavere, end den er for gennemsnittet for tjenesteydelser generelt¹⁷. Kombineret med, at der fra borgerens

¹⁶ Forbrugerstyrelsens forbrugerreddegørelse 2005.

¹⁷ Konkurrence og Forbrugerstyrelsens Konkurrence- og Forbrugerreddegørelse 2011.

synspunkt er tale om identiske og komplicerede "produkter", som borgerne har svært ved at vurdere kvaliteten af, svækker det konkurrencen på området.

4.3 Ejerskabsbestemmelser og eventuelle stordriftsfordele

Ejerskabsbestemmelserne i overenskomsterne begrænser dels muligheden for at eje mere end to tandlæge- eller tandplejepraksisser og dels muligheden for at andre end tandlæger eller tandplejere kan eje en klinik. Derved er der ikke mulighed for f.eks. landsdækkende eller regionale kæder, som vil kunne udnytte nye eller eksisterende stordriftsfordele.

Kravet om kapitalandele i forhold til tandlægen eller tandplejeren kan hindre en professionalisering af tandlægesektoren, hvor aktører med erfaring med drift af virksomheder generelt, driver tandlæge- eller tandplejevirkomheder, f.eks. i form af tandlægekæder, som vil kunne bidrage til øget produktivitet og priskonkurrence til gavn for patienterne.

Overordnet kan dette begrænse konkurrencen og produktiviteten på området, da det er sværere at komme ind på markedet, og da muligheden for flere enheder, der kan udnytte mulige stordriftsfordele mindskes. Det kan også hæmme sektorens muligheder for at tiltrække kompetencer i forhold til virksomhedsdrift. Det understøttes af McKinsey-rapporten fra 2010, hvor det fremgår:

- at praksis i Danmark generelt er mindre end i Sverige, idet 61 % af de danske klinikker i 2003 ikke havde ansat andre tandlæger end ejeren eller ejerne af praksis*adressen*, mens dette kun gælder for 35 % af de svenske praksis, og at 46 % af tandlægepraksis i 2003 kun havde én tandlæge på praksis*adressen*. Dette kan være et resultat af manglende priskonkurrence og kravene til kapitalandele i praksis.
- at et fordyrende element i den danske tandpleje kan være, at ressourceudnyttelsen på de danske tandlægepraksis ikke er tilstrækkelig høj, da der ifølge rapporten ofte udføres mindre krævende tandbehandlinger af tandlæger i stedet for af tandplejere, der, som følge af et lavere lønningsniveau, potentielt ville kunne mindske omkostningerne¹⁸.

Bedre mulighed for stordrift vil kunne give fordele i form af bedre udnyttelse af IT og administration, samt evt. større potentiale for at udnytte personaleressourcer.

Videre påpeger Sundhedsstyrelsen i sin strukturrapport fra 2004, at etablering af større tandplejeenheder med større patientunderlag giver mere effektiv udnyttelse af tandplejepersonalets faglige kompetencer, etablering af teamtandpleje og opgaveglidning, samt øget mulighed for faglig sparring og kvalitetsudvikling¹⁹.

Dette understøttes også af McKinsey-rapporten, hvoraf det fremgår, at en vis størrelse danner grundlag for en bedre udnyttelse af personalet, mulighed for at fordele overheadomkostninger på flere enheder, samt et fald i inputomkostninger gennem større indkøbskraft. Det skal bemærkes, at der ingen begrænsninger er

¹⁸ Creating Economic Growth In Denmark Through Competition, McKinsey & Company, Copenhagen, November 2010.

¹⁹ Tandplejens struktur og organisation, Sundhedsstyrelsen, 2004.

i forhold til størrelsen på en praksis, hvorfor en stor praksis i sig selv har gode muligheder for at opnå stordriftsfordele.

4.4 Konkurrence fra udlandet og adgangsbarrierer

Tandlægeforeningen oplyser, at i 2005 blev ca. 3 % af alle (for borgere bosat i Danmark) tandbehandlinger foretaget i udlandet²⁰. Tal fra regionerne tyder på, at andelen af danskere, der får foretaget tandbehandling i udlandet er stigende. Der er dog stadig tale om, at relativt få danskere udnytter muligheden for at få foretaget tandbehandling i udlandet.

Det skyldes formentlig, at tandbehandling er en ydelse, hvor borgeren skal opveje geografiske forhold med eventuelle prisfordele ved at skifte tandlæge, hvilket, som allerede nævnt, hovedsageligt sker i forbindelse med, at borgeren geografisk selv flytter. Videre er borgerens valg af tandlæge også baseret på andre mere menneskelige forhold som tillid, tryghed og kvalitetsoplevelse. Det vurderes mindre sandsynligt, at lavere priser på f.eks. regelmæssige diagnostiske undersøgelser i nabolandene vil få patienter til at tage til udlandet for denne type behandling. Dels er denne behandling relativt billig i Danmark, og dels betyder regelmæssigheden i tandeftersyn etc., at det for borgerne formentligt er mest praktisk at benytte en tandlæge i nærheden. Lavere udenlandske priser på de regelmæssige ydelser vil således kun påvirke konkurrenceforholdene - og dermed priserne - i Danmark i mindre grad.

Der kan dog være en effekt i forhold til de dyre behandlinger, og det kan med rimelighed antages, at de behandlinger, der foretages i udlandet på patienter bosat i Danmark, hovedsageligt er de dyrere behandlinger, der ikke er underlagt krav om maksimalpriser eller faste priser. Således er der etableret tandklinikker i både Sverige og Tyskland, hvor markedsføringen retter sig mod danske patienter. I følge Danske Regioner er det hovedsageligt i grænseområderne (Region Syddanmark, Region Hovedstaden), at der er borgere, der søger tandbehandling i udlandet. Et eventuelt prispres fra udlandet må derfor samlet set antages at være forholdsvist lavt.

Der er herudover forholdsvis høje adgangsbarrierer til markedet generelt, ikke bare i form af ejerskabsbestemmelser, men også investeringer i en praksis. Udenlandske tandlæger eller tandplejere, der ønsker at oprette praksis i Danmark kan tænkes at skærpe konkurrencen. Disse er imidlertid, i lighed med danske tandlæger eller tandplejere, underlagt de samme begrænsninger i forhold til såvel ejerskabsbestemmelser som økonomi og anvendelse af faste priser, hvorfor udenlandske tandlæger eller tandplejere formentligt ville ligge prismæssigt meget tæt på danske tandlæger eller tandplejere.

4.4.5 Sammenfatning: Potentiale for at styrke konkurrencesituationen

Som det fremgår, er tandplejeområdet underlagt en række særlige reguleringer, både i relation til de offentlige hensyn til kvalitet og sikkerhed, men også i forhold til reguleringen af ejerskabsforhold og honorarforhold i overenskomsterne. Særligt reguleringen af honorarer og ejerskabsforhold forstærkes af, at stort set alle tandplejere eller tandlæger i Danmark har tiltrådt de gældende overenskomster, hvilket formodentligt skyldes, at der derved opnås ret til at udbyde ydelser med tilskud til borgerne.

²⁰ http://www.tandlaegeforeningen.dk/Patienter/Priser/Behandling_udlandet.aspx

Udfordringerne i forhold til et eventuelt uudnyttet potentiale for øget konkurrence ligger derfor ikke i lovgivningen, som ikke stiller krav om regulering af hverken ejerskabsforhold eller priser.

Dette hænger bl.a. sammen med, at der i overenskomsterne er:

- Faste priser på alle § 4, stk. 2-ydelser i tandlægenes overenskomst.
- Ejerskabsrestriktioner i overenskomsterne, som begrænser den lovgivningsmæssige frie nedsætningsret og hæmmer adgangen til markedet og derved mulighederne for at danne større virksomheder, hvilket bl.a. kan føre til et lavt udbud i forhold til efterspørgsel eller manglende udnyttelse af mulige stordriftsfordele.

Herudover er markedet præget af, at der er:

- Utilstrækkelig prisgennemsigtighed, som hæmmer priskonkurrencen på ydelser med maksimalpriser eller frie priser.
- Lav "patientmobilitet", muligvis som følge af ydelsernes karakter, eller at patienterne har utilstrækkeligt kendskab til priser og i det hele taget er utilbøjelige til at skifte tandlæge- eller tandplejepraksis.
- Manglende substituerende produkter i forhold til tandbehandling og manglende udenlandsk konkurrence.
- Indikationer på utilstrækkelig ressourceudnyttelse på de enkelte praksis.

5. Forslag til konkurrencestyrkende tiltag eller modeller

Foregående kapitel har identificeret, at der er potentiale for øget konkurrence gennem påvirkning af særligt tre områder - honorarforhold, prisgennemsigtighed og ejerskabsforhold. Det skyldes overordnet, at der ikke er mulighed for priskonkurrence på alle ydelser, at der er manglende prisgennemsigtighed og at ejerskabsbestemmelserne i et vist omfang hæmmer mulighederne for bl.a. at udnytte mulige stordriftsfordele fuldt ud.

Med udgangspunkt i dette, er der nedenfor skitseret en række modeller og tiltag inden for de tre områder, der potentielt kan styrke konkurrencen på området. De skitserede modeller og tiltag tager bl.a. udgangspunkt i de punkter, regeringen i sit konkurrencepolitiske udspil har nævnt, nemlig overvejelser om tiltag vedr. priser og honorarer, herunder gennemsigtighed samt overvejelser om ejerskabsbestemmelser, samtidig med, de tager hensyn til de offentlige hensyn, reguleringen af tandplejeområdet skal sikre. De skitserede modeller og tiltag skal derfor ses inden for rammerne af det nuværende tilskudssystem, som er et grundlæggende element for bibeholdelse af en positiv udvikling af tandsundheden blandt voksne i Danmark.

5.1 Tiltag eller modeller på honorarområdet

Priskonkurrence afhænger i første omgang af muligheden for individuel prisfastsættelse. Dette er ikke fuldt ud tilfældet på nuværende tidspunkt, hvor omkring 45 % af den samlede omsætning og 75 % af de overenskomstdefinerede tandydelser er underlagt faste priser. Derfor kan følgende overvejes:

- **Maksimalpriser indføres på tandlægeområdet.** Maksimalprisprincippet udbredes til tandlægeområdet. Alle ydelser fastsat i tandlægeoverenskomstens § 4, stk. 2 (ydelser med fast grundhonorar) omfattes af princippet om maksimalpriser. Maksimalpriserne fastsættes med udgangspunkt i de nuværende grundhonorarer.

Forslaget åbner op for, at tandlægerne kan tage lavere priser for ydelser, de nu skal tage faste priser for. Dette kan potentielt føre til lavere priser for borgerne og besparelser for det offentlige. Besparelserne på tilskud vil følge det gennemsnitlige prisfald 1:1. Et gennemsnitligt prisfald på blot 1 % vil således spare det offentlige op mod 15 mio. kr. og 3,6 mio. kr. for forbrugerne. Der kan ikke umiddelbart peges på risici ved at anvende maksimalpriser, idet borgerne fortsat sikres mod prisstigninger²¹, og maksimalprisprincippet allerede kendes i Danmark. Forslaget medfører heller ikke øgede administrative udgifter for det offentlige.

5.2 Større gennemsigtighed

Prisgennemsigtighed er vigtigt for at skabe reel konkurrence til gavn for borgerne. Der er allerede en vis prisgennemsigtighed på området, men adgangen for borgerne til priser på området kan forbedres. Bl.a. kan overvejes:

²¹ I Holland førte indførslen af frie priser til prisstigninger – se bilag.

- **Bedre prisoversigter og flere ydelser på sundhed.dk.** Udbygning prisoversigterne på sundhed.dk, således der skabes et bedre overblik over priserne og på flere ydelser inden for tandpleje, f.eks. gennem muligheden for at sammenligne mere end en ydelse af gangen m.v.
- **Krav om, at tandlæger og tandplejere henviser til sundhed.dk på deres egen praksishjemmeside.** Krav om, at tandlæger og tandplejere på deres hjemmesider samt på deres venterumsprislister gør opmærksom på, at sundhed.dk giver mulighed for prissammenligning. På hjemmesider kan et link til sundhed.dk overvejes.

Det nuværende system giver kun mulighed for at sammenligne én ydelse af gangen. Et system, hvor alle ydelser og alle ydere fremgår i en oversigt, kunne øge prisenævnigheden og medføre øget priskonkurrence. Ved evt. indførelse af maksimalpriser på tandlægeydelserne i tandlægeoverenskomstens § 4, stk. 2, kan særligt disse ydelser tænkes at skulle fremgå på sundhed.dk. Dette kan understøtte priskonkurrencemekanismen. Skærpede krav om henvisning til sundhed.dk kan desuden medføre, at borgernes opmærksomhed om sundhed.dk samt prissammenligningsfunktionen herpå øges, ligesom tandlægenes og tandplejernes opmærksomhed om konkurrence skærpes. Udbygning af sundhed.dk kan kræve øgede administrationsomkostninger samt engangsomkostninger til evt. tilretning af det nuværende system.

5.3 Ændrede ejerskabsbestemmelser

Med henblik på at skabe et øget antal tandplejetilbud og yderligere muligheder for stordriftsfordele, samt set i lyset af den kommende lov om ændring af lov om virksomhedsansvarlige læger, kan der være grundlag for at overveje, om ejerskabsbestemmelserne på særligt tandlægeområdet kan tilpasses eller lempes med henblik på øget konkurrence i sektoren. Derfor kan følgende modeller vedr. ejerskabsbestemmelser overvejes:

- **Mulighed for at eje flere end 2 praksis uden særlig tilladelse.** Forslaget vil betyde, at en tandlæge eller tandplejer kan eje mere end 2 tandlæge-/tandplejepsis uden der stilles krav om særlig tilladelse.
- **Fjernelse af krav om ejerskabsbestemmelser for tandlægepraksis.** Der åbnes op for, at andre end tandlæger må eje tandlægepraksis i Danmark.

Forslagene kan medføre stordriftsfordele og større praksisudbud gennem mere fokus på effektivitet og professionel virksomhedsdrift og dermed øget mulighed for priskonkurrence generelt til gavn for forbrugerne. I det omfang, at de nuværende forhold i overenskomsterne vedr. bl.a. kvalitet og patientsikkerhed fortsat bevares og overholdes af alle parter, herunder også eventuelle ejere af klinikker uden tandlæge- eller tandplejerbaggrund, vurderes det at, der ikke umiddelbart er udfordringer i forhold til hverken kvalitet eller patientsikkerhed. Dette skal ses i kombination med vedtagelsen af loven om ændring af lov om virksomhedsansvarlige læger, som bl.a. styrker de lovgivningsmæssige ansvarsforhold. Loven omfatter dog ikke de supplerende krav, som overenskomsterne indeholder – bl.a. vedr. kvalitetsudvikling, patientklageforhold m.v.

5.4 Sammenfatning: Effekten af de skitserede tiltag og modeller, de offentlige hensyn samt konkurrencepotentialet

Hvorvidt de enkelte tiltag og modeller vil styrke konkurrenceforholdene på tandplejeområdet afhænger bl.a. af hvor mange, og hvilke, tiltag eller modeller, der eventuelt implementeres. Derfor bør de skitserede modeller eller tiltag ses i sammenhæng med hinanden, da nogle kombinationer af tiltag med sandsynlighed vil give større effekt end andre kombinationer, eller end hvis blot et enkelt tiltag implementeres. F.eks. bør maksimalpriser ses i sammenhæng med en indsats for at højne prisgennemsigtigheden, således både borgere og tandlæger bliver mere opmærksomme på prisforskelle, hvilket vil øge incitamentet til priskonkurrence. Det samme gælder muligheden for lempelse af ejerskabsforhold, som bør ses i sammenhæng med maksimalpriser og øget prisgennemsigtighed for at sikre, at udnyttelse af stordriftsfordele kommer borgerne og det offentlige til gavn.

Modellerne og tiltagene er herudover vurderet i forhold til de offentlige og sundhedsfaglige behov. Modellerne og tiltagene berører ikke tilskudssystemet, som vurderes at have en fordelagtig sundhedsmæssig effekt, bl.a. ved at forebyggende undersøgelser prioriteres højt og medvirker til at sikre gode tandplejevaner. Tilgængeligheden og prisniveauet forventes ligeledes ikke berørt negativt af forslagene. Der er heller ikke umiddelbart indikationer på, at kvalitet og patientsikkerhed vil blive forringet af de foreslåede tiltag og modeller, forudsat, at de nuværende forhold vedr. kvalitet og patientsikkerhed i overenskomsterne bevares og overholdes af alle parter. Desuden medvirker loven om ændring af lov om virksomhedsansvarlige læger, hvorved også tandlæger omfattes, til at skabe balance mellem hensynet til konkurrence, effektivitet og indtjening og hensynet til kvalitet og patientsikkerhed, hvis ejerskabsbestemmelserne lempes.

Der er ikke med baggrund i udenlandske erfaringer basis for konkret at vurdere effekten af de skitserede tiltag og modeller. Til gengæld er der heller ikke med baggrund i de udenlandske erfaringer indikationer på, at tiltagene medfører en svækkelse af de offentlige hensyn til kvalitet, tilgængelighed og offentlig udgiftsstyring.

Praksissektoren indenfor tandplejen i Danmark rummer altså, som det fremgår af rapporten, et vist potentiale for øget konkurrenceudsættelse, og det vurderes, at de fremlagte forslag vil kunne medvirke til, at der skabes bedre rammer for en øget priskonkurrence. F.eks. vil nye muligheder for at organisere sig inden for tandplejeområdet kunne føre til etablering af større enheder i form af f.eks. kæder, som igen vil give nye muligheder for at øge effektiviteten eller opnå stordriftsfordele. Samtidig kan større enheder også føre til bedre udnyttelse af faglige kompetencer. Suppleret med mulighederne for at indføre maksimalpriser og forbedret prisinformation, kan der således skabes et grundlag for særligt lavere priser, men også for øget tilgængelighed. Sikres de offentlige hensyn i denne sammenhæng, vil styrket konkurrence på området være til gavn for både borgerne og det offentlige.

Bilag 1: Erfaringer fra udlandet i forhold til øget konkurrenceudsættelse og regulering af tandlæger og tandplejeres virksomhedsudøvelse

Tandplejen er meget forskelligt organiseret i de europæiske lande. Det er således vanskeligt at finde et system i Europa, der er helt sammenligneligt med det danske, hvilket også gælder de nordiske nabolande. Der er dog en række lande hvor man i en årrække i større eller mindre omfang har haft en friere prissætning og friere ejerskabsbestemmelser end i Danmark. Omvendt har Danmark dog heller ikke det mest regulerede tandplejesystem Europa, hvilket bl.a. fremgår af en rapport fra det britiske Office of Fair Trading, der kalder det danske tandplejesystem let reguleret og liberalt²². Der findes dog kun i begrænset omfang rapporter eller undersøgelser, der evaluerer udenlandske erfaringer vedr. ændringer i ejerskabsbestemmelser eller prisforhold.

Udenlandske erfaringer vedr. pris- eller honorarforhold og ejerskabsbestemmelser

Som nævnt ovenfor er der kun i begrænset omfang adgang til evalueringer af udenlandske erfaring, og de få oplysninger det har været muligt at indhente er ikke entydige. Erfaringer er forsøgt inddraget fra følgende lande:

	Priser	Ejerskabsbestemmelser
Finland	Frie	-
Holland	Faste	-
UK	Faste (off. system) Frie (private system)	Begrænset etableringsret for offentlige Fri etableringsret for private
Sverige	Frie	Fri etableringsret for alle
Tyskland	-	Kun tandlæger må eje

Finland: I Finland minder tilskudssystemet inden for tandplejen en del om det danske. Der er dog mulighed for voksentandpleje både hos en privat og hos en offentlig tandlæge. Der er faste priser i det offentlige system, mens der ingen faste priser er i den private tandpleje. Der kan opnås offentligt tilskud til ydelser i den private tandpleje, mens priserne i den offentlige tandpleje allerede indeholder tilskud. To rapporter vedr. det finske system konkluderer, at priserne generelt er lavere på de offentlige klinikker i forhold til de private klinikker, samt at priserne skifter ca. en gang om året²³. Den ene rapport kan desuden konstatere, at

²² Dentistry - An OFT market study, Office of Fair Trading, May 2012.

²³ Widström, E., Väisänen, A. & Mikkola, H.: "Pricing and competition in the private dental market in Finland" samt Eaton, K.A. & Widström, E.: "Oral Healthcare Systems in the Extended European Union".

der ikke synes at være en direkte sammenhæng mellem en kliniks størrelse og dens prisniveau. 48 % af de adspurgte tandlæger har oplyst, at de oplever konkurrence på området – lidt færre har oplyst at de oplever priskonkurrence.

Holland: I 2011 vedtog den hollandske regering at igangsætte et forsøg, hvor tandlæger og tandplejere frit kunne fastsætte deres priser. Forsøget medførte bl.a. gennemsnitlige prisstigninger på over 9 % i tandplejen og meget få patienter viste tegn på at skifte tandlæge. Forsøget blev derfor indstillet i ved udgangen af 2012. Pr. 1. januar 2013 er de faste regulerede priser blevet genindført.

Sverige: I Sverige har der siden 1999 været fri prisfastsættelse for tandbehandling. Det betyder, at tandlægerne selv kan fastsætte honoraret og priserne på behandlingerne på tandklinikkerne kan variere. Der ydes tilskud til tandlægebehandling fra staten, men andelen af tilskud har varieret over tid. Der er fri etableringsret i Sverige for tandlæger, og alle kan således eje en tandlægeklinik og lige så mange de vil.

Ifølge en McKinsey-rapport fra 2010 er ejerskabsbestemmelserne i Sverige bl.a. medvirkende til, at der er lavere priser i Sverige på de dyre ydelser samt at der er langt flere store og effektive klinikker i Sverige end i Danmark. Det påpeges i McKinsey-rapporten, at omkostningerne i Sverige generelt er mindsket ved, at der er sket en "opgaveglidning" af mindre behandlinger fra tandlæger til tandplejere i tandlægepraksis, og at dette kan have været medvirkende til, at priserne på visse behandlinger er faldet i Sverige²⁴. Denne opgaveglidning er bl.a. en følge af at man har etableret større klinikker i Sverige og derved har kunnet udnytte stordriftsfordelene. Andre ydelser (f.eks. almindeligt tandlægeeftersyn) har derimod en lavere pris i Danmark end i f.eks. Sverige²⁵.

Tyskland: I Tyskland er der heller ikke begrænsninger på antallet af praksisadresser, en tandlæge kan eje, men det er stadig kun tandlæger, der må eje tandlægeklinikker. Der er ikke adgang til undersøgelser vedr. prisniveau, tilgængelighed eller kvalitet, men det kan bemærkes, at det tyske system kun tillader at ejerskab af flere praksisadresser, hvis der er et behov i det område, tandlægen ønsker at åbne en ny praksis i. Samtidig stilles der krav om, at kvaliteten i tandlægens øvrige praksis ikke må falde, hvilket bl.a. søges opretholdt ved krav om, hvor meget tandlægen skal være på de forskellige praksisadresser, tandlægen ejer. Der er således krav om, at tandlægen skal være til stede i åbningstiden.

England: I England er tandlægerne opdelt i offentlige tandlæger, der har kontrakt med National Health Service (NHS), og i private tandlæger. Kun de tandlæger, der har kontrakt med det offentlige, der kan tilbyde patienterne ydelser med offentlig dækning. I NHS-systemet er der faste priser for behandlingerne, mens priserne i det private system er frie. Der er ingen begrænsninger i forhold til at etablere sig som privat tandlæge, mens antallet af tandlæger med NHS-kontrakt er begrænset. Office of Fair Trading (OFT) har dog rejst kritik af systemet, som de finder, er en barriere for at nye, innovative tandlæger kan komme ind på markedet. OFT har desuden anført, at systemet med tidsbegrænsede kontrakter (NHS), samt faste priser og en fastlæggelse af ydelsernes omfang betyder, at denne gruppe tandlæger ikke er udsat for konkurrence på disse ydelser, hvilket betyder ineffektive tandlæger.

²⁴ Creating Economic Growth In Denmark Through Competition, McKinsey & Company, Copenhagen, November 2010.

²⁵ "Styrket konkurrence til gavn for Danmark", Konkurrencepolitisk udspil, Regeringen, oktober 2012.