

RESUMÉ

Dette notat undersøger, hvorvidt tandlægeoverenskomstens ejerskabsrestriktioner, som begrænser udbredelsen af tandlægekæder, er til gavn for patienterne.

Det er Tandlægeforeningens opfattelse, at ejerskabsbestemmelserne på tandlægeområdet er velfungerende. Ifølge Tandlægeforeningen sikrer bestemmelserne patientsikkerheden og værner om tandlægernes uafhængighed og integritet.

Omvendt har Produktivitetskommissionen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Finansministeriet, Erhvervs- og Vækstministeriet og senest Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen påpeget, at ejerskabsrestriktioner hæmmer konkurrencen på tandlægeområde. De mener, at ejerskabsrestriktionerne af hensyn til patienterne bør fjernes fra overenskomsten, samt at dette kan ske, uden at kvaliteten og patientsikkerheden forringes.

Dette notat konkluderer, at intet tyder på, at tandlægekædernes nuværende kvalitet er lavere i kæderne end hos de øvrige klinikker. Om noget tyder data på det modsatte. Endvidere er der ikke noget, der tyder på, at priserne skulle være højere. Endvidere er der god grund til at tro, at kæderne, hvis de fik mulighed for til fulde at høste gevinsterne af de stordriftsfordele, der ligger i kædedrift, kunne skabe en større dynamik i markedet med hensyn til pris og kvalitet. Det anbefales derfor, at ejerskabsrestriktioner, som hæmmer konkurrencen på tandlægeområdet, fjernes.

BAGGRUND

På det seneste har kæderne Godt Smil, ORIS Tandlægerne, Dentist.dk og tandlægen.dk været omtalt kritisk i pressen. Det er blevet diskuteret, om kædernes vedtægter er i strid med tandlægeoverenskomstens ejerskabsrestriktioner på at drive tandlægekæder i Danmark.

På denne baggrund har Landssamarbejdsudvalget på et ekstraordinært møde den 29. august 2017 besluttet at inddrage ekstern advokatbistand for at vurdere, om udvalgte kæders kontrakter er i overensstemmelse med tandlægeoverenskomstens ejerskabsrestriktioner.¹ Advokatundersøgelsen lå færdig den 27. oktober 2017. Her konkluderes det, at de vurderede vedtægter "er udformet i overensstemmelse med kravene til vedtægterne i Tandlægeoverenskomsten", men samtidigt sættes der spørgsmål ved, om tandlægerne i 2 tilfælde "i realiteten har den reelle bestemmende indflydelse".²

Dette notat ser ikke på, om tandlægekædernes vedtægter er i overensstemmelse med tandlægeoverenskomsten eller ej. I stedet vurderes det, om ejerskabsrestriktioner og tandlægekæder som helhed er til gavn for patienterne. Dvs., hvilken effekt ejerskabsrestriktioner og tandlægekæder har på pris og kvaliteten på tandlægeområdet.

EJERSKABSRESTRIKTIONER

Ifølge Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse m.fl. (2013)³ er konkurrencen i tandlægebranchen begrænset. En årsag er, at branchen kun i beskedent omfang er udsat for international konkurrence. Men konkurrencen begrænses også i særlig grad af, at tandlægerne igennem deres overenskomst er underlagt konkurrencehæmmende restriktioner, f.eks. gennem antalsreguleringen og ejerskabsrestriktionen⁴.

¹ Referat fra ekstraordinært møde i Landssamarbejdsudvalget 29. august 2017.

² Landssamarbejdsudvalget (2017): Meddelelse om afgørelse truffet af Landssamarbejdsudvalget for Tandlæger.

³ Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Finansministeriet og Erhvervs- og Vækstministeriet (2013): Rapport om potentialet for øget konkurrence på tandplejeområdet.

⁴ Lignende ejerskabsrestriktioner kan genfindes hos lægeklinikker og apoteker. Antalsreguleringen (tandlægeoverenskomsten § 9), som siger, at en tandlæge maksimalt må eje 2 klinikker fremhæves også af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse som en konkurrencehæmmende bestemmelse, som bør ophæves.

Boks 1. Tandlægeoverenskomstens antalsregulering og ejerskabsrestriktion

Tandlægeoverenskomstens antalsregulering betyder, at en tandlæge maksimalt må eje to klinikker.

"§ 9. Praksisadresser - En tandlæge kan praktisere efter overenskomsten fra to praksisadresser. Tandlægen er kun forpligtet til, jf. § 6, stk. 2, selv at udøve tandlægevirksomhed på den ene praksisadresse. Samarbejdsudvalget kan efter ansøgning give tilladelse til, at en tandlæge praktiserer fra flere end to praksisadresser. Tandlægen er personlig forpligtet efter overenskomstens almindelige bestemmelser på alle praksisadresser."

Tandlægeoverenskomstens ejerskabsrestriktion betyder, at det kun er tandlæger, som må eje tandlægeklinikker.

"Bilag 3, § 3.1 - Kun tandlæger, der er aktivt beskæftiget i et af dem direkte eller indirekte (via et Tandlægeholdingselskab) ejet Tandlægeselskab, hvis vedtægter opfylder kravene i nærværende bilag 3 og er godkendt af Tandlægeforeningen, kan tiltræde Tandlægeoverenskomsten og opnå ydernummer."

"Bilag 3, § 5 - ejerskab: Det skal fremgå af vedtægterne, at over 50 % af Tandlægeselskabet - såvel efter ejerandele som efter stemmевægt - skal ejes af (i) ét eller flere Tandlægeholdingselskaber og/eller (ii) én eller flere tandlæger, der udøver tandlægevirksomhed som aktivt beskæftiget i Tandlægeselskabet. Såfremt én eller flere tandplejere er medejere af Tandlægeselskabet, og disse til sammen ejer 50 %, reduceres ejerandelskravet til 50 % for tandlæger og/eller Tandlægeholdingselskaber."

Kilde: Tandlægeoverenskomsten, april 2015.

Det er Tandlægeforeningens opfattelse, at ejerskabsbestemmelserne på tandlægeområdet er velfungerende. Ifølge Tandlægeforeningen sikrer bestemmelserne patientsikkerheden og værner om tandlægernes uafhængighed og integritet.⁵

Omvendt mener Tandlægeforeningens modpart Regionernes Lønnings- og Takstnævn, at ejerskabsbestemmelserne hindrer tandlægerne i at gå sammen i fællesskaber og høste de stordriftsfordele, der kan medføre, at borgerne kan få et billigere tandplejetilbud.⁶

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse m.fl. konkluderede i 2013, at disse ejerskabsbestemmelser blandt andet hindrer en professionalisering af tandlægesektoren, idet aktører med erfaring om drift af virksomheder holdes ude, hvilket skaber en barriere for øget produktivitet og priskonkurrence til gavn for patienterne. Ministerierne konkluderede også, at ejerskabsbestemmelserne hindrer en bedre mulighed for stordriftsfordele i form af bedre udnyttelse af IT, administration og personaleressourcer, samt at de hindrer et større patientgrundlag, som kan give en mere effektiv udnyttelse af tandplejepersonalets faglige kompetencer, etablering af teamtandpleje og opgaveglidning, samt øget mulighed for faglig sparring og kvalitetsudvikling.

⁵ Tandlægeforeningen (2017): Tandlægeforeningens oplæg til forhandling med RLTN om fornyelse af Tandlægeoverenskomsten.

⁶ Regionernes Lønnings- og Takstnævn (2017): Oplæg til forhandling om fornyelse af overenskomst mellem RLTN og Tandlægeforeningen og Dansk Tandplejerforening.

Samlet konkluderer Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse m.fl., at en lempelse af ejerskabsforholdene vil styrke konkurrencen på tandlægeområdet, uden at kvaliteten og patientsikkerheden forringes.

Produktivitetskommissionen⁷ vurderede ligeledes i 2013, at ejerskabsrestriktioner generelt, men også i tandlægebranchen specifikt, har en negativ effekt på produktiviteten, som følge af svagere konkurrenceintensitet. På den baggrund anbefalede også Produktivitetskommissionen, at ejerskabsrestriktioner i videst muligt omfang bør fjernes. En ophævelse af ejerskabsrestriktionerne vil ifølge Produktivitetskommissionen skabe yderligere muligheder for stordriftsfordele⁸, hvilket vil øge konkurrencen på tandlægeområdet og alt andet lige vil føre til lavere priser for patienterne, uden at det vil gå ud over kvaliteten.⁹

Senest har Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen¹⁰ i 2017 konkluderet, at ejerskabsrestriktionerne svækker konkurrencen i branchen, og at øget konkurrence kan give patienterne billigere og bedre tandlægeydelser samt offentlige besparelser. Desuden fremhæver styrelsen, at konkurrence, kvalitet og patientsikkerhed godt kan gå hånd i hånd.

Inden for tandlægebranchen forventes stordriftsfordele blandt andet at kunne realiseres inden for indkøb, IT, administration, klinikindretning, markedsføring og uddannelse samt gennem udbredelse af best practice og erfaringsudveksling, fx gennem faglige sparing samt modeller for optimering af arbejdsgange, herunder opgaveglidning og bedre kapacitetsudnyttelse.

Som det er i dag, kan kæderne dog ikke til fulde realisere gevinsterne af de fordele, der ligger i kædedrift, da de qua ejerskabsbestemmelserne ikke har en bestemmende indflydelse på de enkelte klinikker. Hvis man ophævede ejerskabsbestemmelserne, må man på sigt forvente, at det vil skabe en større dynamik i markedet med hensyn til pris og kvalitet.

TANDLÆGEKÆDERNE

Der findes i dag ca. 1.900 private tandlægeklinikker i Danmark¹¹ med en skønnet omsætning på 5,3 mia. kr.¹² I 2015 udgjorde tandlægekæderne ca. 7 pct. af markedet for tandbehandling (opgjort ud fra antal tandlæger)¹³. Til sammenligning udgjorde tandlægekæderne i England ca. 24 pct. og Finland ca. 35 pct. I 2016 er tallet steget en smule grundet opkøb fra kæderne. Det har dog ikke været muligt at finde en total markedsandel for 2016.

⁷ Produktivitetskommissionen (2013): Konkurrence, internationalisering og regulering.

⁸ Ifølge Produktivitetskommissionen har hverken Sverige, Norge, Storbritannien eller Holland de nævnte ejerskabsrestriktioner.

⁹ Produktivitetskommissionen (2013): Konkurrence, internationalisering og regulering.

¹⁰ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen (2017): Potentiale for øget konkurrence og besparelser i tandlægebranchen.

¹¹ Kilde: Skøn modtaget fra Tandlægeforeningen. Medcom.dk har en opgørelse der viser, at der er ca. 1.790 private tandlægeklinikker med ydernummer i Danmark. Hertil skal lægges specialtandlægeklinikker, der ikke behøver ydernummer, da deres ydelser ikke er tilskudsberettiget.

¹² Kilde: Skøn modtaget fra Tandlægeforeningen. Det dækker over patienters egenbetaling og det offentlige tilskud for voksentandplejen i 2014.

¹³ KPMG (2016): The dental chain opportunity.

Dette notat sætter fokus på de fire tandlægekæder, som har været omtalt i Jyllandspostens artikler. Kæderne gennemgås nedenfor.

Boks 2. Tandlægekæderne

Godt Smil er en dansk tandlægekæde, der blev etableret i 2008. Dengang var det den eneste tandlægekæde i Danmark. Godt Smil består i dag af 22 klinikker i Danmark. Kæden har en markedsandel på ca. 4 pct. af markedet (opgjort på baggrund af 2016-omsætningstal) for tandbehandling i privat praksis. 19 ud af de 22 klinikker i Godt Smil er nyopstartede klinikker.

ORIS Tandlægerne er en fusion af 7 store tandlægeklinikker. ORIS blev startet i 2017 af 18 tandlæger, der ønskede et tandlægefællesskab, der gav mulighed for at benytte kædemodelens stordriftsmuligheder til at fremme tandsundheden i Danmark. ORIS Tandlægerne har i dag en markedsandel på 1 pct. (opgjort på baggrund af 2016-omsætningstal).

tandlægen.dk blev stiftet af en tandlæge, som længe havde ønsket at være en del af et større tandlægesamarbejde med mulighed for fællesskab og fælles vidensdeling. I 2015 blev de organisatoriske og strukturelle rammer for kæden fastlagt, og i 2016 blev de første klinikker opkøbt og indlemmet i kæden. I 2016 havde tandlægen.dk 28 klinikker og en markedsandel på 4 pct. (opgjort ud fra 2016-omsætningstal). I 2017 har tandlægen.dk udvidet til 62 klinikker.

Dentist.dk blev startet af en tandlæge, som havde en drøm om at opbygge en større virksomhed med flere afdelinger. Denne drøm var drevet af lysten og ønsket til at lave implantater. Og vil man være implantattandlæge, så kræver det en stor patientskare. Derfor opkøbte de i 2014/2015 Byens Tandlægecenter. Og derfra gik det hurtigt. I dag har Dentist.dk 19 klinikker og en markedsandel på 2 pct. (opgjort ud fra 2016-omsætningstal).

Kilde: CEPOS beregninger samt information modtaget fra de enkelte kæder.

I det følgende sættes fokus på følgende spørgsmål:

- Yder tandlægekæderne dårligere tandlægefagligt arbejde?
- Yder tandlægekæderne dyrere tandlægefagligt arbejde?

YDER TANDLÆGEKÆDERNE DÅRLIGERE TANDLÆGEFAGLIGT ARBEJDE?

Ifølge autorisationsloven (§17) er alle tandlæger 100 pct. personligt ansvarlige for det arbejde, de udfører. Det gælder uanset, om de er ansatte eller selvstændige tandlæger, samt om klinikken er en del af en kæde eller ej. Ydermere er forholdene vedr. patientsikkerhed og virksomhedsansvar yderligere styrket gennem vedtagelsen af lov om ændring af lov om virksomhedsansvarlige læger, hvori der stilles krav om udpegning af en virksomhedsansvarlig tandlæge (§2 og 3).

Der er således ikke noget, der tilsiger, at tandlægekæder skulle have en lavere kvalitet end andre klinikker. Omvendt kan man argumentere for, at kæder er mere sårbare overfor fx klagesager, da en klagesag vil smitte af på omdømmet for samtlige af kædens klinikker, idet de bærer samme brand, hvilket trækker i retningen af, at kæderne vil have et større fokus på kvalitet.

Et godt indikator for kvaliteten på en tandlægeklinik er antallet af klager. Sidste år modtog de 5 regionstandlægenævn sammenlagt 512 klager fra patienter, hvoraf 69 fik medhold. CEPOS har kontaktet tandlægekæderne Godt Smil, ORIS, tandlægen.dk og Dentist.dk og bedt om en opgørelse over kædernes klager.¹⁴ Generelt viser data, at tandlægekædernes klagesager ligger under, hvad deres markedsandel tilsiger (tallet i parentes), de ville have af klagesager. Dette peger i retning af, at kvaliteten i tandlægekæderne næppe er lavere end i de øvrige klinikker. Om noget tyder den lavere klageandel på det modsatte.

Boks 3. Opgørelse over faglige klagesager modtaget i regionstandlægenævnet (2016)

	I alt	Godt Smil	ORIS	tandlægen.dk	Dentist.dk
Antal klager modtaget	512	10 (22)	0 (8)	3 (21)	2 (9)
Afsluttet med forlig el. klage frafaldet	134	4 (6)	0 (2)	1 (6)	0 (2)
Afventer behandling	206	0 (9)	0 (3)	1 (9)	2 (4)
Retlig afvisning	53	0 (2)	0 (1)	0 (2)	0 (1)
Klager får medhold	69	1 (3)	0 (1)	0 (3)	0 (1)
Klager får delvist medhold	54	1 (2)	0 (1)	0 (2)	0 (1)
Klager får ej medhold	120	4 (5)	0 (2)	1 (5)	0 (2)

Anm.: Ingen klagesager i ORIS-kæden kan hænge samme med, at alle tandlæger i kæden er ISO 9001-godkendt.

Kilde: Tandklage.dk samt data modtaget fra kæderne. Data er kvalitetstjekket gennem aktindsigter i de regionale tandlægenævnets afgørelser.

Man kan selvfølgelig indvende, at ovenstående tal kan afspejle, at tandlægekæderne alene opkøber de 'gode' klinikker. Men som det fremgår, så ligger antallet af klager, som blev modtaget af tandlægekæden Godt Smil, hvor 19 ud af 22 klinikker er nyopstartede kæder, også betydeligt under landsgennemsnittet, hvilket betyder, at en sådan forklaring ikke er udtømmende.

CEPOS også har kontaktet Styrelsen for Patientsikkerhed og bedt om indsigt i de tilsyn, der er udført på hos tandlæger, siden det risikobaserede tilsyn blev indført primo 2017. Kontorchef Anette Lykke Petri oplyser, at der i 2017 er foretaget 64 tilsyn på tandlægeklinikker, hvoraf 5 tilsyn blev udført hos tandlæger, der tilhører en kæde. Tilsynsbesøgene på tandlægeklinikker i kæderne fordeler ifølge chefkonsulent, tandlæge Marianne Bockhoff fra Styrelsen for Patientsikkerhed sig med fire rapporter i kategorien 'få forhold af mindre betydning for patientsikkerheden' og én rapport med beslutning om, at der skal udarbejdes en høring over et påbud. Sagen

¹⁴ CEPOS har bedt om en opgørelse over kædernes klager for årene 2014, 2015 og 2016. Dog har det vist sig ikke at være muligt at foretage sikre kvalitetssammenligninger før 2016, da regionerne først fra 2016 er begyndt at udsende klager til tandlægenes e-boks. **Region Hovedstaden** bekræfter, at de siden 1. november 2015 har sendt klager til tandlægerne via e-Boks. I sjældne tilfælde har sagsmaterialet dog været så omfangsrigt, at det ikke har været hensigtsmæssigt. Da har det været sendt via almindelig post. **Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Midtjylland** bekræfter, at de siden 2015 har sendt klager til tandlæger via e-boks. **Region Nordjylland** har i overvejende grad siden 2016 sendt klager til tandlægenes e-boks, men kan ikke udelukke, at der kan være klager, som er fremsendt med post. Kun kæderne Godt Smil og Dentist.dk har kunnet fremsende dokumentation for flere år. Data viser, at antallet af modtagne klager i 2016 ligger på niveau med gennemsnittet for omkringliggende år.

drejer sig om, at klinikken ikke efterlever de nationale infektionshygiejniske retningslinjer vedrørende rengøring. Det er ikke sikkert, at sagen ender i påbud. Ændrer klinikken forholdene så retningslinjerne efterleves, vil sagen formentlig blive lukket.

I forhold til de øvrige 59 klinikker, som ikke er medlem af en kæde, fordeler det sig med 22 rapporter i kategorien 'ingen fund med betydning for patientsikkerheden', 28 rapporter i kategorien 'få forhold af mindre betydning for patientsikkerheden', og 5 klinikker har allerede modtaget, eller der er truffet beslutning om, at de skal modtage høring over et påbud. Derudover er der tilsynsbesøg, som endnu ikke er færdigbehandlet.

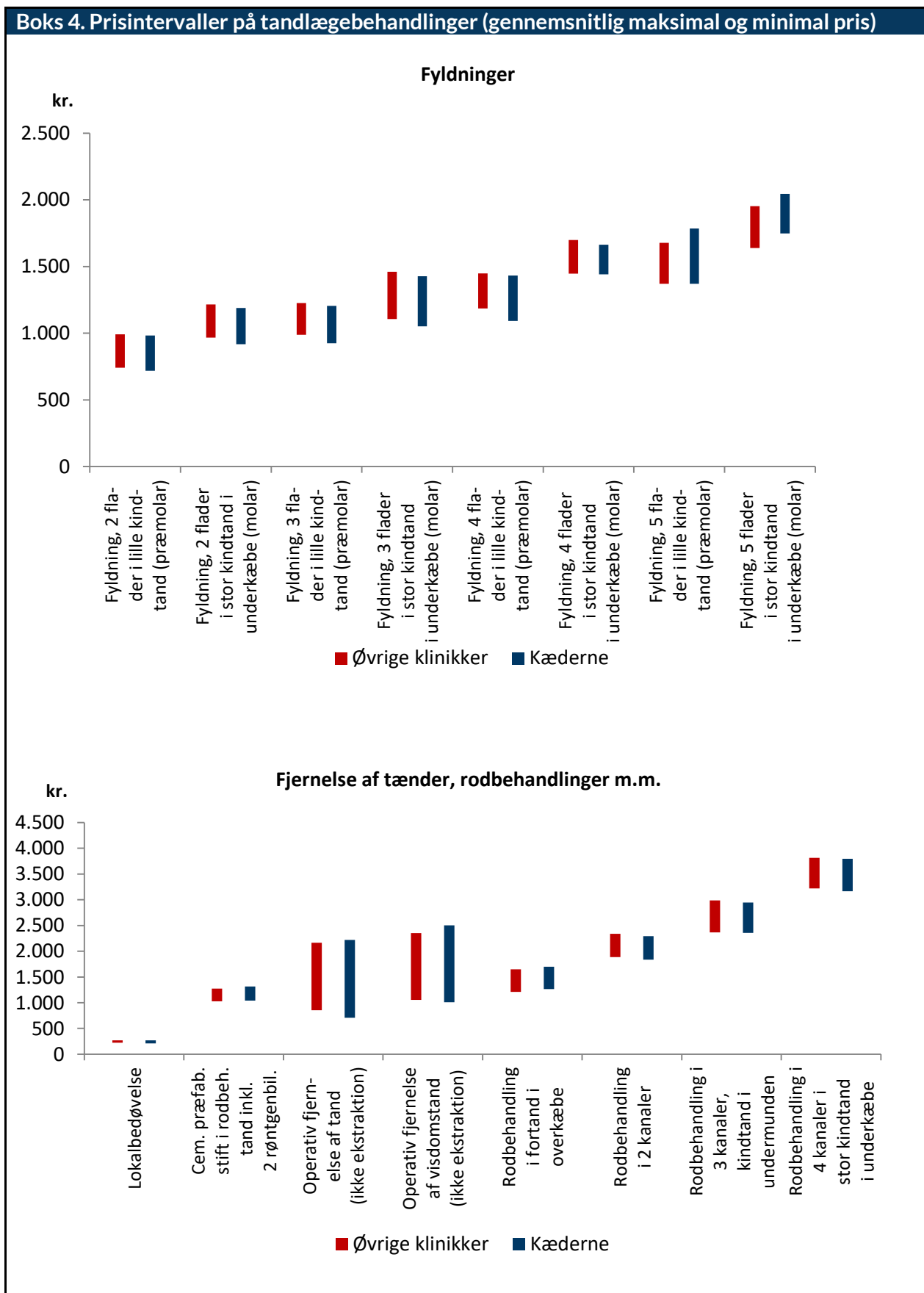
På baggrund af dette relativt lille datagrundlag konkluderer Kontorchef Anette Lykke Petri, at man ikke kan sige noget om, at tandlægekæderne skulle have en dårligere kvalitet end de øvrige tandlægeklinikker.

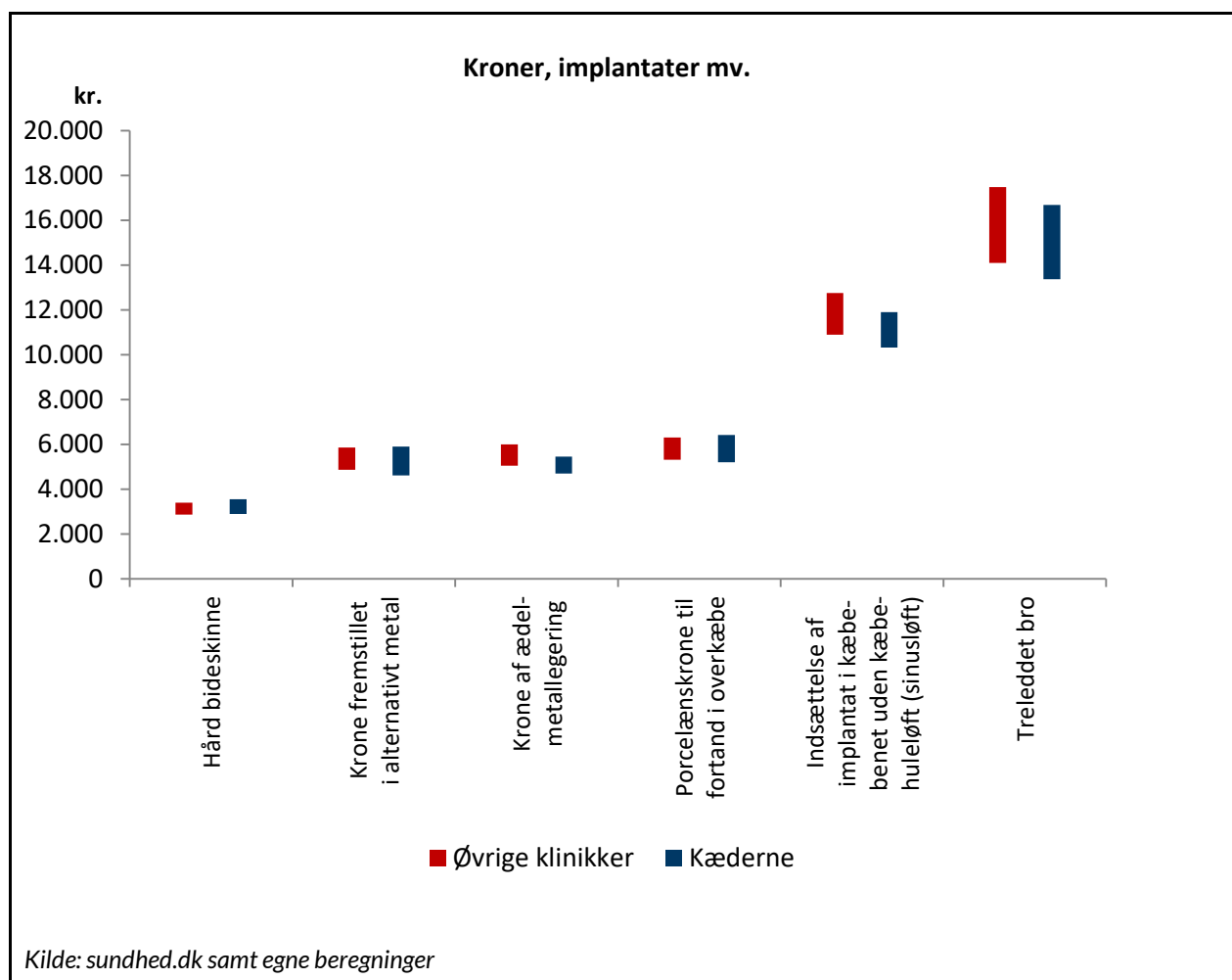
YDER TANDLÆGEKÆDERNE DYRERE TANDLÆGEFAGLIGT ARBEJDE?

Langt hovedparten af tandlæger er i dag enten provisionslønnede ansatte eller selvstændige. Der eksisterer dermed en økonomisk incitamentsstruktur for alle i branchen, som bidrager til at skabe en god forretning. Introduktionen af kædedrift ændrer ikke på dette incitament. Incitamentet er det samme, om klinikken er en del af en kæde eller ej.

Generelt er der ikke noget i data, der tyder på, at kæderne generelt er dyrere end de øvrige klinikker.¹⁵ Særligt ikke i lyset af, at prisintervallet for de behandlinger, som udføres oftest, er lave blandt kæderne end for de øvrige klinikker. Fx er 2-fladede fyldninger mere almindelige end 3-fladede fyldninger, som igen er mere almindelige end 4-fladede fyldninger etc. Kun for de 5-fladede fyldninger, som er ret sjældne, ligger kædernes priser over de øvrige klinikker. På samme måde er rodbehandlinger ret almindelige, og også her ligger kædernes priser under de øvrige klinikker med undtagelse af kategorien rodbehandling i fortand. Omvendt ligger kædernes priser for operativ fjernelse af tand og visdomstand, som også forekommer jævnligt, lidt over de øvrige klinikers priser. Kategorien 'hård bideskinne' dækker over mange forskellige tilbud og bør derfor ikke bruges som sammenligningsgrundlag. Kronerne udføres ikke særligt ofte, og det samme angår implantater i kæbebenet, treleddet broer og cementerede præfabrikeret stifter i rodbehandlet tand.

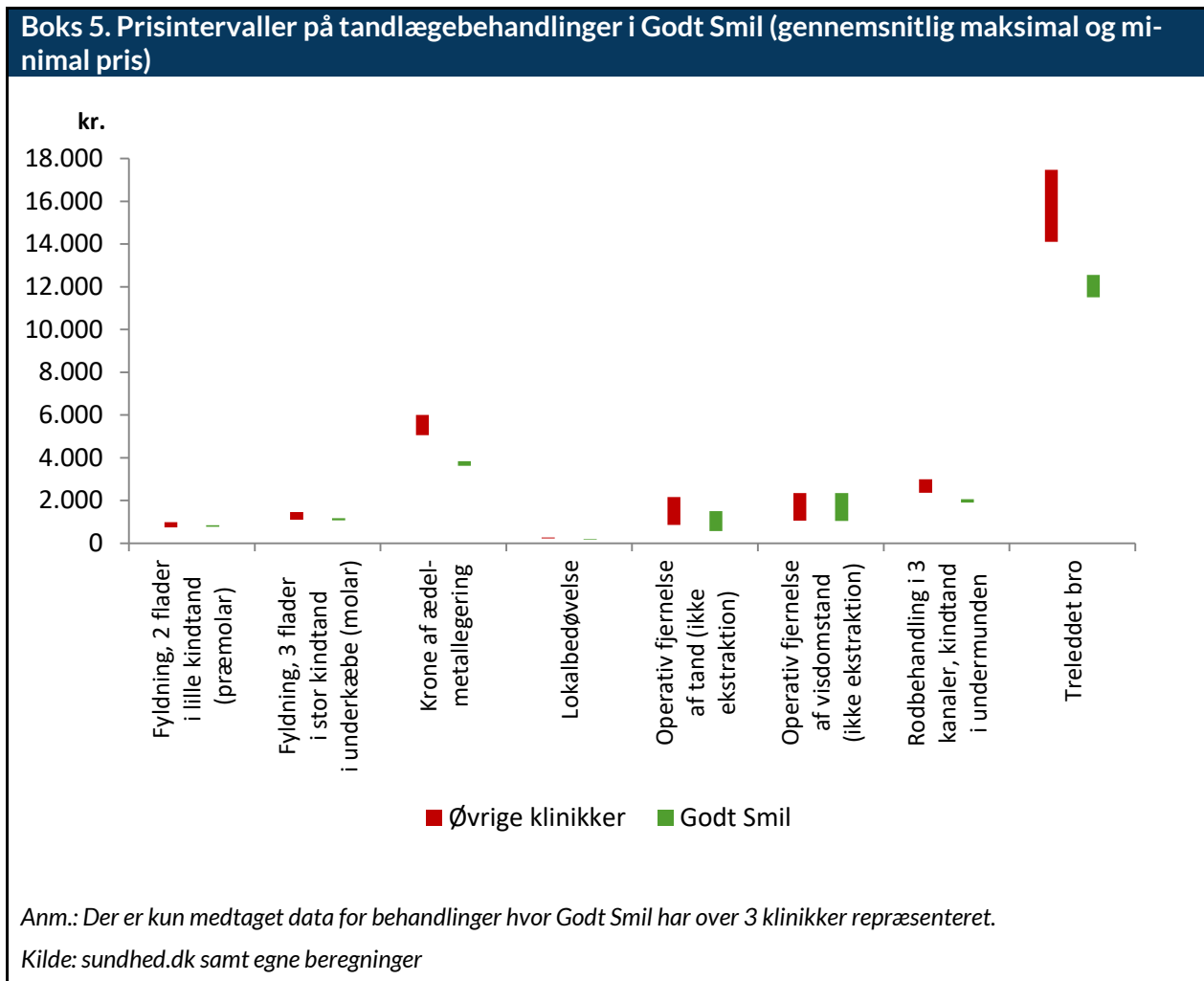
¹⁵ Dette bygger på en antagelse om, at priserne fordeler sig på samme måde indenfor de klinikker, der indgår i kæderne, som de fordeler sig for de øvrige klinikker.





Der findes dog kæder, som fx kæden Godt Smil, der netop har slået sig op på, at være konkurrencerende på pris. Ifølge Godt Smil kan man hos dem spare op til 40 pct. på tandbehandling¹⁶. Ifølge kæden skyldes de lave priser, at de grundet deres størrelse kan opnå fordelagtige indkøbsaftaler og derigennem lave samme ydelser som de øvrige klinikker, men bare billigere. Ser man specifikt på kæden Godt Smil, fremgår det, at en række af kædens priser ligger betydeligt under de øvrige klinikkers priser.

¹⁶ Kilde: Godt Smils hjemmeside den 25-09-2017.



KONKLUSION

Intet i ovenstående resultater tyder på, at tandlægekædernes kvalitet er lavere end hos de øvrige klinikker. Om noget tyder data på det modsatte. Endvidere er der ikke noget, der tyder på, at priserne skulle være højere.

Der er desuden god grund til at tro, at kæderne, hvis de fik mulighed for til fulde at høste gevinsterne af de stordriftsfordele, der ligger i kædedrift, kunne skabe en større dynamik i markedet med hensyn til pris og kvalitet. Og der er grund til at tro, at ejerskabsrestriktionerne de facto hæmmer konkurrencen på tandlægeområdet.

På linje med Produktivitetskommissionen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Finansministeriet, Erhvervs- og Vækstministeriet og Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen konkluderes det, at ejerskabsrestriktionerne bør fjernes fra overenskomsten.