

ANALYSE AF
**Konkurrenceforhold, ejerskab og
prisfastsættelse i voksentandplejen**

November 2025

Indhold

1. Leverance C – analyse af konkurrenceforhold, ejerskab og prisfastsættelse i voksentandplejen	2
1.1. Sammenfatning og konklusioner	2
1.2. Pris- og indtjeningsforhold i tandlægebranchen	5
1.2.1. Priserne i tandlægebranchen.....	5
1.2.2. Lønninger i tandlægebranchen.....	11
1.2.3. Tandlægevirksohedernes indtjening.....	15
1.3. Regulering af tandlægebranchen.....	17
1.4. Forskellige selskabsstrukturer i tandlægebranchen.....	20
1.4.1. Overblik over tandlægeklunikernes selskabsstruktur	20
1.4.2. Fremkomst af kliniksamarbejder.....	21
1.4.3. Sammenligning af kliniksamarbejder og traditionelle tandlægeklunikker	22
1.4.4. Effektivitet.....	27
1.5. Barrierer for aktive patienter.....	28
1.5.1. Patienternes adfærd inden for voksentandplejen.....	28
1.5.2. Den digitale tandlægevælger	35
1.6. Opgaveglidning	37
1.6.1 Arbejdsstyrken	38
1.6.2 Autorisations- og virksomhedsforhold	39
1.6.3 Snitflader mellem tandlæger og tandplejere	42
1.6.3.1 Tandplejeres virksomhedsområde	42
1.6.3.2 Tandfaglige behandlingsydelser der selvstændigt kan udføres af både tandlæger og tandplejere	42
1.6.3.3 Tandplejeres journalføring og journalopbevaring.....	44
1.6.3.4 Tandplejeres mulighed for at modtage eller tilgå oplysninger om en patient...	46
1.6.3.5 Tandplejeres adgang til Det Fælles Medicinkort (FMK).....	48

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

1.1. Sammenfatning og konklusioner

Arbejdsgruppen for arbejdet om nye rammer for voksentandplejen er blevet bedt om at opstille forslag til tiltag, der kan styrke konkurrencen og produktiviteten i sektoren og dermed opnå lavere priser i voksentandplejen. I denne delleverance har arbejdsgruppen på baggrund af kommissorium for arbejde om nye rammer for voksentandplejen analyseret følgende forhold:

- pris- og indtjeningsforhold i tandlægebranchen¹
- forskellige selskabsmodeller og dynamik mellem disse med fokus på traditionelle tandlægeklinikker² og kliniksamarbejder
- regulatoriske barrierer
- barrierer for aktive patienter
- mulighed for opgaveglidning i forhold til andre grupper i tandplejen

På velfungerende markeder konkurrerer virksomhederne effektivt med hinanden, mens forbrugerne træffer oplyste valg og er aktive på markedet. Velfungerende markeder 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 peger på, at der er et potentiale for øget konkurrence i tandlægebranchen. Dette potentiale kan bl.a. opnås ved at gøre det nemmere for nye typer aktører at konkurrere effektivt og ved at gøre det nemmere for patienterne at agere aktivt.

En række indikatorer peger på, at konkurrencen i tandlægebranchen kan styrkes. Ifølge Danmarks Statistik er priserne på tandbehandling fra 2018-2024 steget mere end priserne på øvrige sundhedsydelser og tjenesteydelser samlet set. Der er endvidere betydelige prisforskelle mellem tandlægeklinikker, både på tværs af regioner og inden for samme kommune.

Ligesom prisudviklingen kan også lønudviklingen i en branche fungere som en indikator på konkurrencesituationen i markedet. Svag konkurrence mellem virksomhederne i en branche kan medføre mindre pres for effektiv drift og dermed højere omkostninger fx i form af løn. En relativt høj løn i en branche kan således afspejle en overnormal indtjening, der udmøntes i højere lønninger. Arbejdsgruppens analyser peger på, at lønningerne i er steget mere end lønningerne i den private sektor generelt og lønningerne på det øvrige sundhedsområde. Dette gælder for både tandlæger, tandplejere, tandteknikere og klinikassistenter.

¹ Igennem analysen anvendes begrebet "tandlægebranchen". Dette skal forstås bredt og omfatter ikke kun *tandlæger*, men også andre faggrupper, der arbejder med tandbehandling, eksempelvis tandplejere, tandteknikere og klinikassistenter. Tandlægebranchen omfatter endvidere både tandlægeklinikker, dvs. klinikker som ejes (hovedsageligt) af tandlæger samt tandplejerklinikker, dvs. klinikker der ejes af en tandplejer og som udelukkende tilbyder ydelser, som udføres af tandplejere eller andre end tandlæger.

² Begrebet "tandlægeklinikker" omfatter i denne analyse klinikker som ejes (hovedsageligt) af tandlæger.

Den såkaldte lønpræmie for ansatte i tandlægebranchen er også høj. Lønpræmien måler, om lønniveauet for tandlægebranchen er højere eller lavere end den løn, en person med de samme egenskaber og forudsætninger mv. ville tjene i en anden branche.

Også virksomhedernes indtjening kan være en indikator for konkurrencen i en branche. 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, øge servicen og/eller forbedre kvaliteten for at vinde kunder, hvilket isoleret set vil mindske indtjeningen.

Analysen viser, at tandlægeklinikejernes gennemsnitlige indkomst opgjort som løn og udbyttebetaling er steget relativt mere end lønomkostningerne til ansatte tandlæger, tandplejere og kliniske tandteknikere. Slutteligt peger branchestatistikker på en høj overskudsgrad i tandlægebranchen.

Samlet set peger ovennævnte indikatorer på, at der er potentiale for forbedringer af konkurrencen i tandlægebranchen.

Traditionelt set har tandlægebranchen været genstand for omfattende regulering i form af sundhedslovgivningen og en række bekendtgørelser. Denne regulering sigter bl.a. mod en række sundhedsmæssige og sociale hensyn såsom patientsikkerhed, forebyggelse mv. Reguleringen kan dog også skabe unødige barrierer for effektiv konkurrence.

I 2017 satte Konkurrencerådet fokus på potentialet for øget konkurrence og besparelser i tandlægebranchen,³ som var i tråd med en tværministeriel rapport på tandplejeområdet fra 2013.⁴ I publikationen peger Konkurrencerådet bl.a. på følgende konkurrencemæssige udfordringer i den offentlige regulering på tandplejeområdet:

- Faste priser: Der er faste priser på en stor del af de basale tandbehandlinger. Det forhindrer tandlægeklinikker i at give rabatter på de pågældende ydelser og mulighed for at tilbyde patienterne en lavere pris på de pågældende ydelser.
- Ejerskab (antal klinikker): En tandlæge må maksimalt eje to klinikker, medmindre tandlægen får særlig tilladelse til at eje flere. 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.

³ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen: "Potentiale for øget konkurrence og besparelser i tandlægebranchen", september 2017.

⁴ 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.

På baggrund af kommissoriet, og set i lyset af fokusområderne i Konkurrencerådets publikation nævnt ovenfor, har arbejdsgruppen undersøgt hvilken betydning den eksisterende regulering har for bl.a. nye selskabsmodeller og dynamikken mellem virksomhederne i branchen.

Siden 2000, og særligt inden for de seneste 10 år, har der været en tendens til øget konsolidering i tandlægebranchen ved dannelsen af en række kliniksamarbejder. Flere eksisterende tandlægeklinikker har således valgt at indgå i større kliniksamarbejder, der involverer brugen af fx fælles IT, logo og markedsføring. Disse kliniksamarbejder har en vis andel eksternt ejerskab, dvs. en andel af klinikken (under 50 pct.) er typisk ejet af andre end en tandlæge. Arbejdsgruppen har undersøgt, hvorvidt tandlægeklinikker som fx kliniksamarbejder, der i højere grad er underlagt eksternt ejerskab, præsterer bedre eller dårligere end traditionelle tandlægeklinikker målt på en række indikatorer som pris og patienternes oplevede kvalitet.

Analysen viser, at der ikke er systematisk forskel på priserne hos traditionelle klinikker og kliniksamarbejder. Kliniksamarbejder synes således hverken at være generelt dyrere eller billigere end traditionelle klinikker. Endvidere viser analysen, at der generelt er høj tilfredshed hos både kliniksamarbejder og traditionelle tandlægeklinikker, og at der ikke er nogen signifikant forskel mellem kliniksamarbejdernes og de traditionelle tandlægeklinikkers Google Review-anmeldelser.

Derudover har arbejdsgruppen undersøgt serviceniveauet, som kliniksamarbejder og traditionelle tandlægeklinikker tilbyder med udgangspunkt i åbningstiderne. Længere åbningstider kan komme patienterne til gavn i form af øget tilgængelighed og dermed lettere adgang til behandling. Analysen viser, at kliniksamarbejderne gennemsnitligt har åbent 3,5 timer længere om ugen end de øvrige tandlægeklinikker.

Den nuværende regulering af ejerskab i tandlægebranchen besværliggør driften af kliniksamarbejder og begrænser på forskellig vis kliniksamarbejdernes mulighed for at realisere de fulde stordriftsfordele. Blandt andet er det usmidigt at dele specialtandlæger og -udstyr mellem klinikkerne. Erfaringer med kliniksamarbejder understøtter, at det er muligt at have eksternt ejerskab uden at det går ud over patientsikkerhed og patienternes oplevede kvalitet.

Patienterne spiller en væsentlig rolle i forhold til at sikre velfungerende konkurrence. Når patienter fx aktivt vælger de klinikker, som bedst og billigst møder deres behov, medvirker det til at styrke konkurrencen. En brugerundersøgelse fra 2018 viser dog, 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 klinikker. Arbejdsgruppen vurderer på den baggrund, at der er et betydeligt potentiale i at gøre priserne mere tilgængelige for patienterne, når de vælger klinik, fx i forbindelse med flytning eller ved unges overgang fra børne- og ungdomstandsplejen til voksentandplejen.

Indførelse af en digital tandlægevælger, som aftalt ved finansloven for 2022, kan bidrage til at gøre priserne mere tilgængelige for patienterne. Gennem den digitale tandlægevælger kan patienternes prisbevidsthed aktiveres, og de kan træffe deres valg af tandlæge på et mere oplyst grundlag, hvilket må forventes at styrke konkurrencen.

Derudover er der i dag ikke væsentlige hindringer i lovgivningen for opgaveglidning mellem faggrupper i voksentandplejen, som ikke afspejler velbegrundede hensyn til hhv. patientsikkerhed og fortrolig omgang med journaloplysninger m.v.

1.2. Pris- og indtjeningsforhold i tandlægebranchen

Priser og indtjening bliver ofte anvendt til at belyse konkurrenceintensiteten. Svag konkurrence mellem virksomheder på et marked kan udmønte sig i højere priser og som følge heraf en høj indtjening og evt. højere lønninger, hvis virksomhedsejeren deler den høje indtjening med sine ansatte. Omvendt fører effektiv konkurrence til lavere priser og dermed ofte også lavere indtjening. I dette afsnit belyses prisudviklingen i tandlægebranchen, hvorefter klinikernes lønomkostninger samt indtjening vil blive belyst.

Der er forskellige datamæssige udfordringer, der gør det vanskeligt at fastlægge pris- og indtjeningsforhold, hvilket bl.a. skyldes tandlægebranchens struktur og tilgængelighed af data. En stor andel af klinikkerne i tandlægebranchen er enkeltmandsvirksomheder og personligt ejede mindre virksomheder, jf. afsnit 1.4. Disse virksomheder er i mange tilfælde enten ikke omfattet af, eller undtaget fra, pligten til at aflægge regnskab.⁵ Desuden er tandlæge- og tandplejevirksomheder fritaget for moms.⁶ Det betyder bl.a., at information om disse virksomheders omsætning og indtjening ikke umiddelbart er tilgængelig for en stor del af tandlægebranchens aktører.

I denne analyse har arbejdsgruppen belyst pris- og indtjeningsforholdene i tandlægebranchen ud fra tilgængelige data fra bl.a. Danmarks Statistiks statistik- og registerdatabase⁷ og tandlægeklinikernes prisindberetninger på sundhed.dk.^{8,9} 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 er ikke gjort bekendt med data vedr. pris- og indtjeningsforhold, der er mere repræsentativ for tandlægebranchen end ovennævnte data.

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

1.2.1. Priserne i tandlægebranchen

Tandlægeydelser kan 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

⁵ Jf. Årsregnskabsloven (LBK nr. 1441 af 14/11/2022) om pligten til at aflægge regnskab sammenholdt med reglerne for regnskabsklasser (§§ 3-7).

⁶ Jf. momsloven (LBK nr. 209 af 27/02/2024) § 13, stk. 1, nr. 1.

⁷ Data omfatter både tandbehandling udført af tandlæger, tandplejere og andre faggrupper i tandlægebranchen.

⁸ Tandlægeklinikkerne informerer om deres priser på 22 forskellige frie ydelser på sundhed.dk

⁹ Prisanalysen i afsnit 1.2.1 fokuserer udelukkende på tandlægeklinikker.

Priserne på ydelserne med faste priser er historisk blevet fastsat på baggrund af en forhandling mellem Tandlægeforeningen og Regionernes Lønnings- og Takstnævn som led i de tilbagevendende overenskomstforhandlinger. Siden Regionernes Lønnings- og Takstnævns opsigelse af overenskomsten med virkning fra 1. juni 2018 er priserne på ydelserne med faste priser reguleret gennem bekendtgørelse om tilskud til behandling hos praktiserende tandlæger.¹⁰ 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 offentligt tilskud. I den følgende gennemgang af udviklingen i priserne behandles alle disse ydelser samlet under ét.¹¹ Det bemærkes hertil, at priserne på ydelser med faste priser kan have en dæmpende effekt på den samlede prisudvikling på tandbehandling. Det skyldes, at ydelserne med faste priser udgør en betydelig del af opgørelsen, og at udviklingen i disse priser reguleres halvårligt gennem bekendtgørelser.¹²

Arbejdsgruppen har alene undersøgt *udviklingen* i priserne og har ikke foretaget en vurdering af det gældende niveau. Tandlægeforeningen har dog angivet, at de nuværende faste priser er sat for lavt, mens Odontologisk Institut ved Københavns Universitet har angivet, at priserne generelt er for høje.¹³

Overordnet set viser analysen af priserne, at priserne på tandbehandling er steget mere end priserne på tjenesteydelser generelt og især i forhold til udviklingen i priserne på sundhedsydelser samlet set. En sammenligning af klinikkers priser mellem regioner og inden for kommuner viser endvidere, at der er markante prisforskelle mellem klinikker på tværs af regioner og inden for kommuner. Samlet set kan dette være et tegn på begrænset konkurrence mellem klinikkerne.

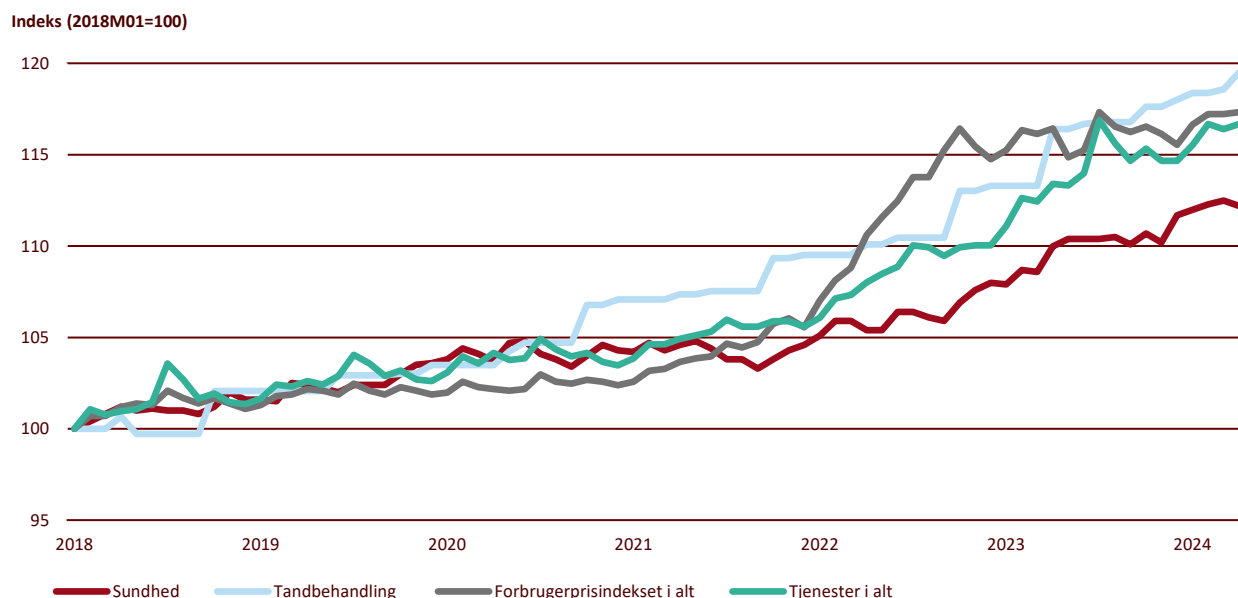
Priserne på tandbehandling er fra januar 2018 til april 2024 steget med 19,5 pct., mens forbrugerprisindekset over samme periode er steget med 17,3 pct., jf. figur 1.1 nedenfor. Det svarer til en gennemsnitlig årlig vækstrate på hhv. 3,4 pct. og 3,0 pct. Arbejdsgruppen gør i den forbindelse opmærksom på, at den markante stigning i forbrugerprisindekset i løbet af 2022 i høj grad kan tilskrives energikrisen i samme periode. Til sammenligning er det generelle prisniveau i sundhedsbranchen steget med 12,2 pct. for samme periode med en gennemsnitlig årlig vækstrate på 2,2 pct. (dvs. lavere end forbrugerpriserne).

¹⁰ Jf. BEK nr. 544 af 29/05/2024, bilag 1.

¹¹ 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 både ydelser med faste og frie priser. Prisindekset for tandlægeydelser er sammensat ud fra følgende fordelingsnøgle, der følger efterspørgslen: Regelmæssige tandlægeydelser (30 pct.), røntgen (5 pct.), fyldninger (10 pct.), rodbehandlinger (2 pct.), frie ydelser (30 pct.), paradentose (23 pct.).

¹² Den gennemsnitlige pris på ydelserne med faste priser er steget ca. 12 pct. fra bekendtgørelse nr. 581 af 25. maj 2018 til den gældende bekendtgørelse nr. 544 af 29. maj 2024.

¹³ Jf. Tandlægeforeningens høringssvar af 23. september 2024 henholdsvis Odontologisk Instituts høringssvar af 24. september 2024

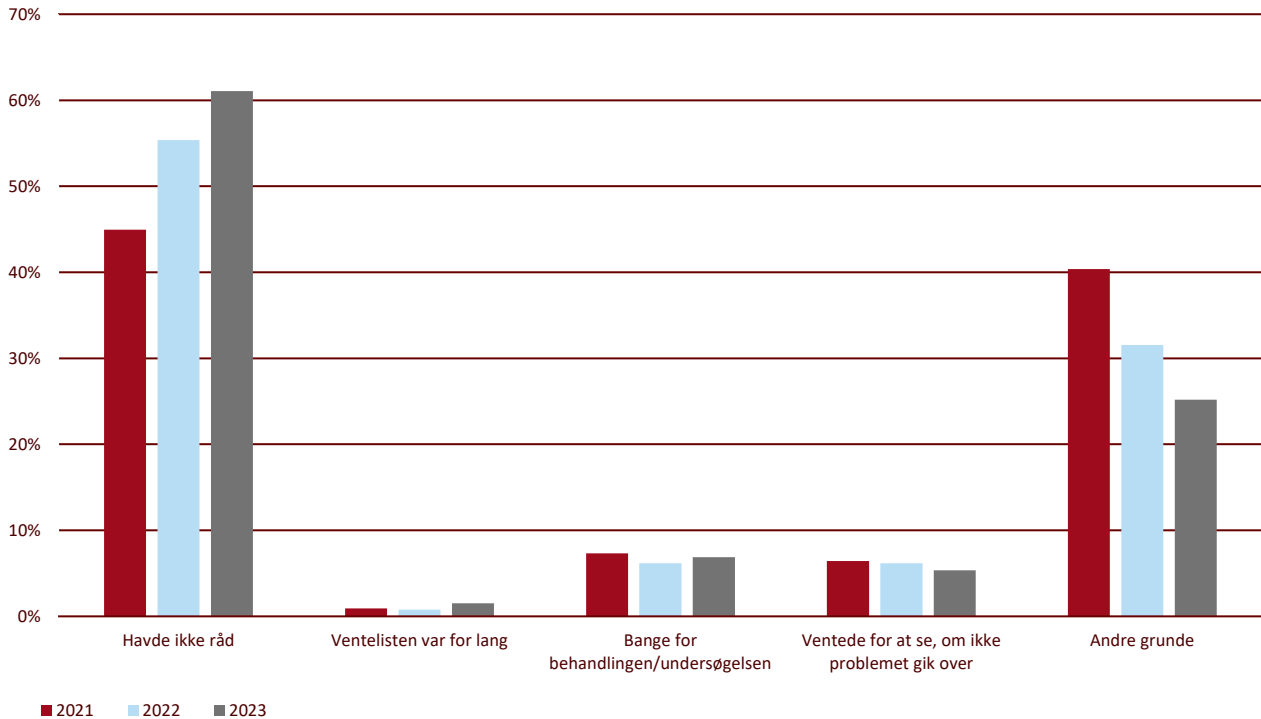
Figur 1.1**Udviklingen i tandlægepriser, forbrugerpriser, sundhedspriser og tjenesteydelser i alt for perioden 2018-2024 (april)**

Kilde: Danmarks Statistiks statistikdatabase

Stigende priser på tandbehandling kan indikere svagere konkurrence mellem tandlægeklinikkerne, hvis ikke klinikkernes omkostninger er steget tilsvarende.

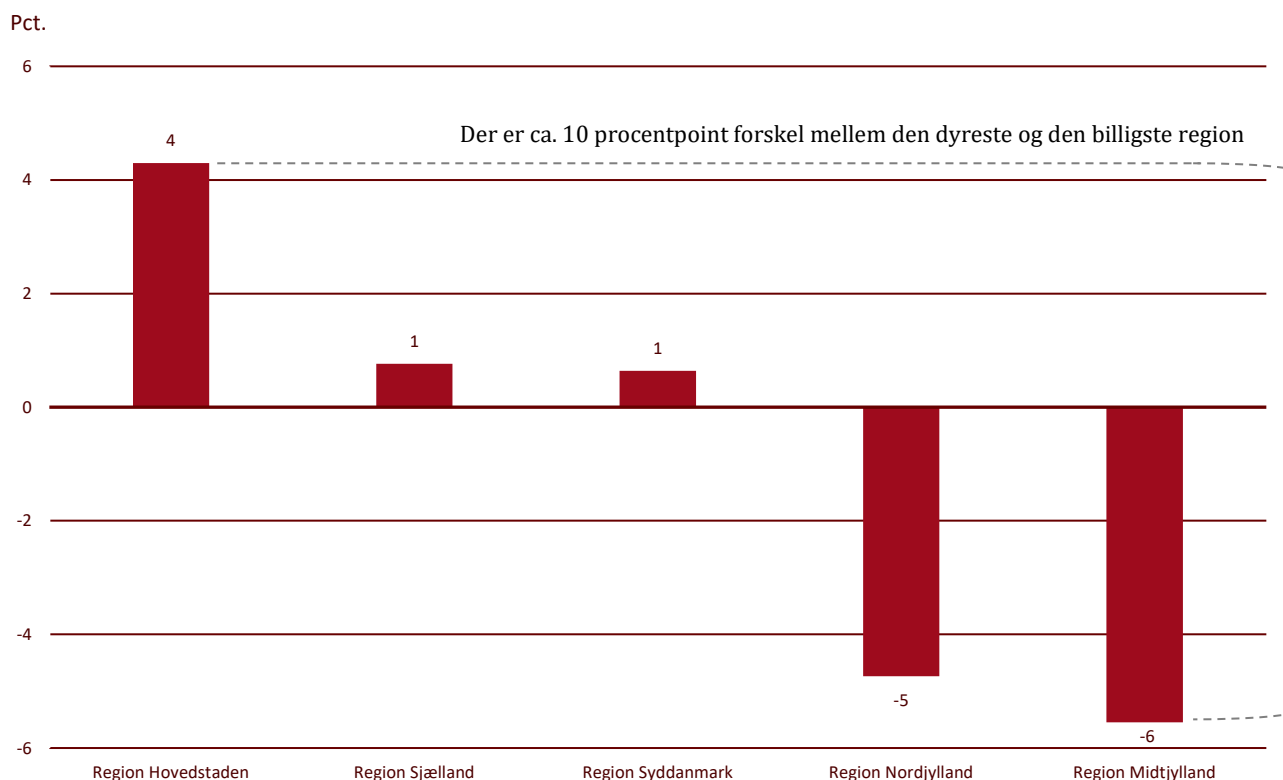
Stigende priser på tandbehandling kan få den konsekvens, at visse patienter fravælger at gå til tandlægen selvom de i princippet har behov for det. Andelen af danskere med et uopfyldt tandlægebehov er vokset siden 2021 og udgør i 2023 omkring 13 pct. af befolkningen.¹⁴ I 2023 angav cirka 60 pct. af de adspurgte danskere med et uopfyldt tandlægebehov, at årsagen til, at de havde et uopfyldt tandlægebehov var, at de ikke havde råd til behandlingen. Denne andel er ligeledes steget siden 2021, jf. figur 1.2 Når flere danskere angiver, at årsagen til deres uopfyldte tandlægebehov er, at de ikke har råd, kan det både skyldes stigende priser på tandbehandling specifikt og stigende forbrugerpriser generelt, som alt andet lige bidrager til en lavere realløn.

¹⁴ Kilde: Danmarks Statistik.

Figur 1.2**Årsager til uopfyldt tandlægebehov (2021-2023)**

Kilde: Danmarks Statistik

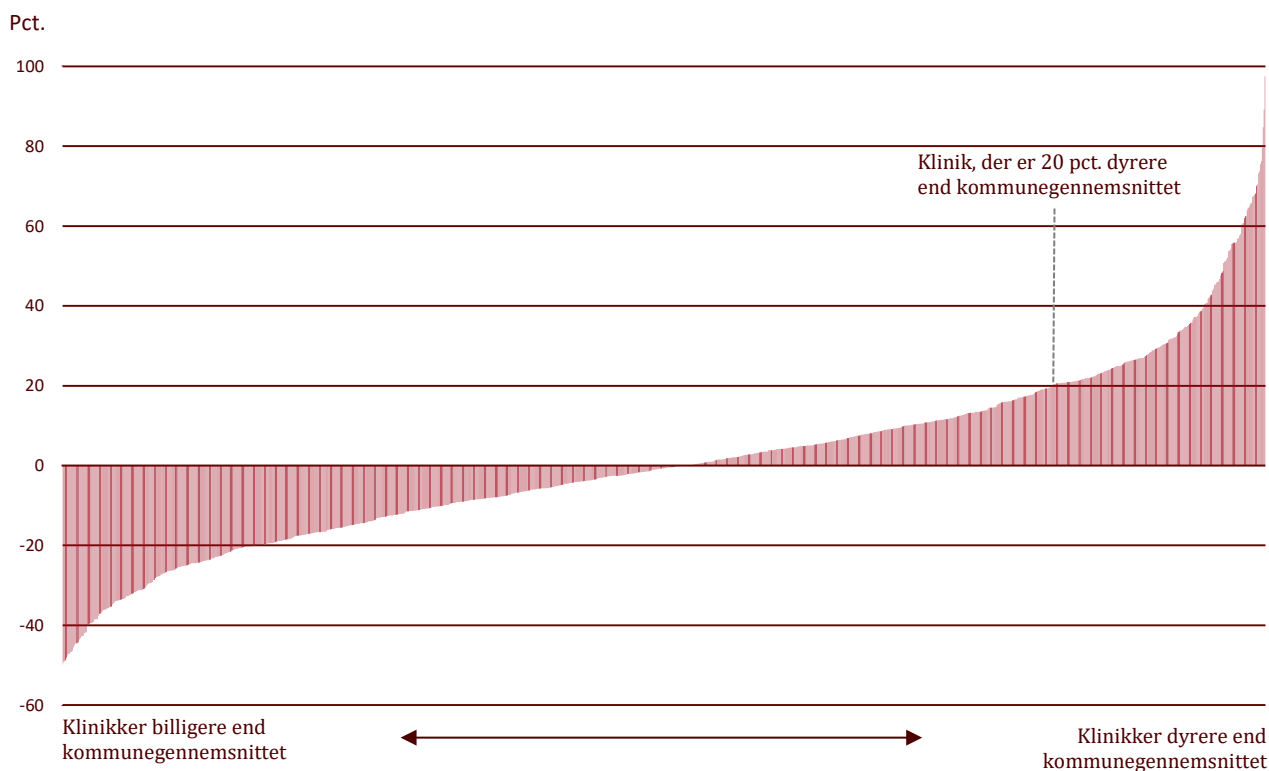
Som tidligere anført er der faste og frie priser på en række tandlægeydelser. Arbejdsgruppen har med udgangspunkt i ydelserne med frie priser undersøgt prisforskelle på tværs af regioner. Der er betydelige regionale prisforskelle på tandbehandling i Danmark, jf. figur 1.3. Region Hovedstaden har de højeste priser, mens Region Midtjylland har de laveste priser. Samlet er der 10 pct. forskel på priserne mellem disse to regioner. Forskellene kan skyldes en række faktorer som fx forskelle i løn- og omkostningsniveauer i regionerne, konkurrenceintensitet samt patienters betalingsvillighed.

Figur 1.3**Regionale forskelle i 2022, gennemsnitlig prisforskel til landsgennemsnittet**

Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen på baggrund af priser fra sundhed.dk

Note: Den gennemsnitlige prisforskel er beregnet ved først at beregne den gennemsnitlige pris for hver ydelse inden for hver region og derefter finde gennemsnittet for regionen.

Der observeres ikke kun betydelige prisforskelle mellem regionerne. Prisforskellene er også betydelige på klinikniveau i forhold til klinikker beliggende i samme kommune. Fordelingen af klinikker i forhold til deres gennemsnitlige priser relativt til kommunegennemsnittet viser, at der er relativt mange klinikker, der er eksempelvis mere end 20 pct. dyrere eller billigere end gennemsnittet, jf. figur 1.4. Eksempelvis er 230 af klinikkerne fra Sundhed.dk (18 pct. af alle klinikker) mere end 20 pct. dyrere end kommunegennemsnittet.

Figur 1.4**Gennemsnitlig prisforskel pr. klinik i forhold til kommunegennemsnit i 2022**

Kilde: Konkurrence og Forbrugerstyrelsen på baggrund af priser fra sundhed.dk

Anm.: Hver søjle afspejler en klinik, hvor søjlens højde angiver den gennemsnitlige prisforskel i forhold til den kommune klinikken tilhører.

Note: Følgende metode er anvendt: Først beregnes den procentvise prisforskel i forhold til kommunegennemsnittet pr. ydelse pr. klinik. Herefter beregnes den gennemsnitlige prisforskel pr. klinik som et uvægtet gennemsnit af prisforskellen pr. ydelse. Denne metode har følgende fordele: ydelser vægter lige uanset prisniveau, forskelle i produktmiks påvirker ikke resultatet, og geografiske forskelle i prisniveau påvirker ikke resultatet.

Det er dermed ikke ubetydeligt, hvilken klinik patienten vælger inden for sin kommune, såfremt patienten ønsker at opnå besparelse, da der er betydelige prisforskelle inden for kommunerne.

Boks 1 – Prisdata fra Sundhed.dk

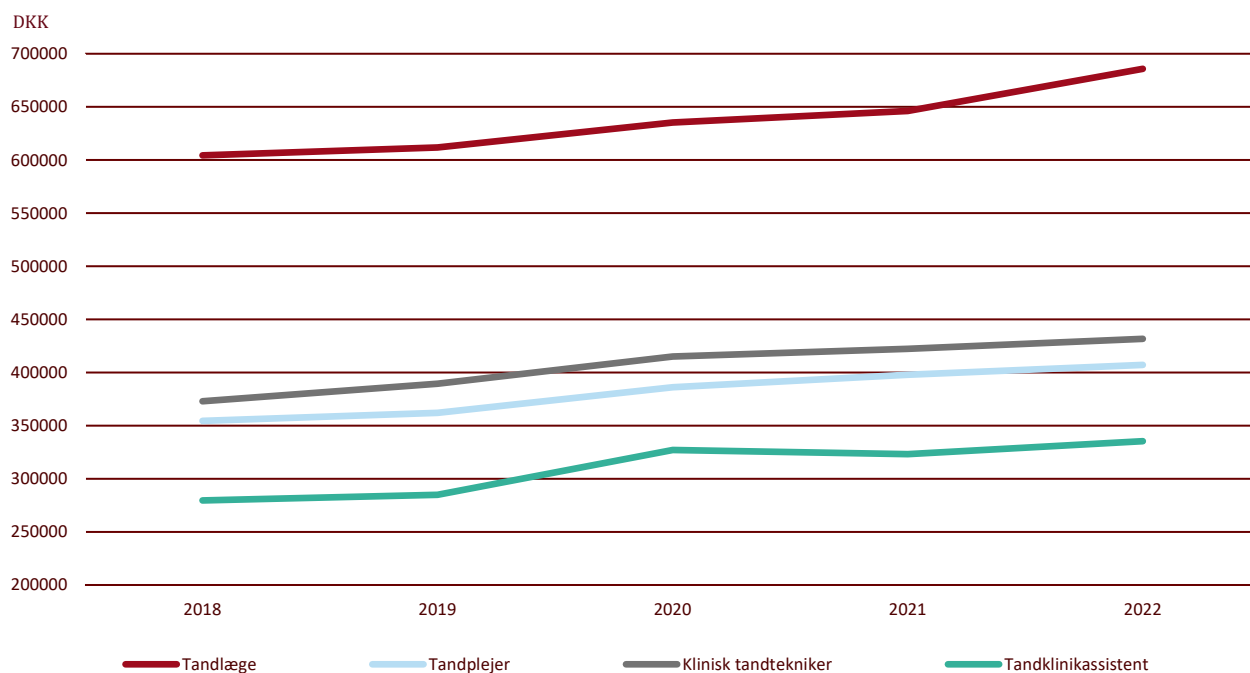
Tandlægeklunikker er forpligtede til at oplyse om priser på ydelser, som ikke er underlagt faste priser, jf. bekendtgørelse om tilskud til behandling hos tandlæger § 10, nr. 11, stk. 3. Disse priser bliver gjort tilgængelige for patienterne på Sundhed.dk.

Arbejdsgruppen har indsamlet i alt 147.115 prispunkter fra Sundhed.dk for perioden 2022 for at belyse de regionale og kommunale prisforskelle ovenfor. Arbejdsgruppen har frasorteret de priser, der ikke er blevet opdateret i fire til ti år, da disse ikke nødvendigvis er retvisende for prisniveauet i 2022. Årsagen til manglende opdateringer af priser kan blandt andet skyldes, at den givne klinik er lukket eller at klinikken af uvisse årsager ikke vedligeholder priserne på Sundhed.dk (og dermed ikke lever op til forpligtelsen). Denne korrektion af datasættet efterlader arbejdsgruppen med i alt 123.808 observationer fra i alt 1.355 forskellige tandlægeklunikker for perioden 2022.

1.2.2. Lønninger i tandlægebranchen

Ligesom prisudviklingen kan også lønudviklingen i en branche fungere som en indikator på konkurrencesituationen i markedet. Hvis lønningerne stiger hurtigere i en branche sammenlignet med andre sammenlignelige brancher, kan det pege på manglende konkurrence, da svag konkurrence mellem virksomhederne i en branche kan medføre mindre pres for effektiv drift og dermed højere omkostninger fx i form af løn. En relativt høj løn i en branche kan således afspejle en overnormal indtjening, der udmøntes i højere lønninger.

En ansat tandlæge tjente i 2022 i gennemsnit 685.807 kr. om året, mens ansatte tandplejere, ansatte kliniske tandteknikere og ansatte tandklinikassistenter i gennemsnit tjente hhv. 407.145 kr., 431.677 kr. og 335.348 kr., jf. figur 1.5.

Figur 1.5**Gennemsnitlig årlig løn for ansatte tandlæger, tandplejere, kliniske tandteknikere, og tandklinikassistenter**

Kilde: Danmarks Statistik registerdatabase.

Anm: Den gennemsnitlige årlige løn er opgjort som skattepligtig løn inkl. frynsegoder, skattefri løn, jubilæums- og fratrædelsesgodtgørelser 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 fratrullet - også frivillige ekstra pensionsbidrag administreret af arbejdsgiver er fratrullet). Lønnen er før fradrag af arbejdsmarkedsbidrag og særlig pensionsbidrag.

Lønnen for de forskellige faggrupper i tandlægebranchen er steget betydeligt mere end lønnen i den private sektor generelt, og markant mere end lønnen inden for andre sundhedsfag. Den gennemsnitlige løn for en ansat tandlæge steg i perioden 2018-2022 med 13,5 pct., mens den for en ansat tandplejer, en ansat klinisk tandtekniker og en ansat tandklinikassistent over samme periode steg med hhv. 14,9 pct., 15,8 pct., og 19,9 pct. Til sammenligning steg den gennemsnitlige løn i den private sektor fra 2018 til 2022 med 10,6 pct., mens den gennemsnitlige løn for arbejde inden for sundhedsområdet i den private sektor steg med 8,5 pct.¹⁵

Lønnen i tandlægebranchen er ligeledes steget mere end for faggrupper med lignende uddannelsesbaggrund. Uddannelsen til tandlæge er en lang videregående uddannelse, mens uddannelserne til henholdsvis tandplejer og tandtekniker er mellemlange videregående uddannelser. Tandklinikassistent er en erhvervsfaglig uddannelse.

¹⁵ 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. Data stammer fra Danmarks Statistik tabel LONS20. Da det er udviklingen, der undersøges, bør det dog være af mindre betydning, hvis bidrag til pension har været forholdsvis konstant over perioden.

I perioden 2018 til 2022 steg den gennemsnitlige løn i den private sektor for kandidater med en lang videregående uddannelse med 7,8 pct. mens den for kandidater med en lang sundhedsvidenskabelig uddannelse steg med 7,0 pct., altså markant lavere end stigningen for tandlæger. Den gennemsnitlige løn for ansatte i den private sektor med mellemlange videregående uddannelser overordnet set steg med 5,6 pct. i perioden og med 7,5 pct. for de sundhedsfaglige mellemlange videregående uddannelser, hvilket ligeledes er markant lavere end stigningen for tandplejere og tandteknikere. Det samme gælder for tandklinikassistenter, da den gennemsnitlige løn for ansatte i den private sektor med en erhvervsfaglig uddannelse overordnet set steg 10,6 pct., mens den for erhvervsfaglige uddannelser inden for omsorg, sundhed og pædagogik steg 12,6 pct. i perioden 2018 til 2022.

De relativt store lønstigninger kan skyldes konkurrenceforhold, men kan også skyldes andre forhold, fx mangel på arbejdskraft i tandlægebranchen. Det kan derfor være relevant også at undersøge andre indikatorer som fx *lønniveauet* i en branche. Svag konkurrence mellem virksomhederne på et marked kan give udslag i overnormal indtjening, og hvis lønmodtagerne og ejerne 'deler' denne overnormale indtjening (såkaldt *rent sharing*), kan lønniveauet også være højere, end hvad der er normalt i en situation med velfungerende konkurrence. Begrænset konkurrence kan således komme til udtryk ved et højere lønniveau for de ansatte i branchen. En del af lønforskellen mellem brancher kan dog også skyldes særlige forhold i en branche, fx mangel på arbejdskraft.

Forskellen i lønniveauet mellem brancher kan dog især henføres til, at visse brancher efterspørger eller tiltrækker arbejdskraft med særlige karakteristika, som får en højere aflønning. Det kan fx være personer med et højt uddannelsesniveau. Det er derfor relevant at undersøge, om lønniveauet for ansatte i tandlægebranchen er højere eller lavere end den løn, en person med de samme egenskaber og forudsætninger mv. ville tjene i en anden branche.

Såfremt en person tjener mere i tandlægebranchen, end en person med de samme egenskaber og forudsætninger ville tjene i en anden branche, siges tandlægebranchen at have en høj lønpræmie. Der fokuseres alene på lønnen til de ansatte i tandlægebranchen og dermed ikke klinikerne. Privatansatte og offentligt ansatte tandlæger, tandplejere, kliniske tandteknikere og tandklinikassistenter er inkluderet i opgørelsen.

Beregningen af lønpræmien tager udgangspunkt i en antagelse om, at en persons løn er bestemt af en række personspecifikke forhold, herunder uddannelse, jobfunktion, alder, køn, familieforhold mv. Ud over disse forklarende variable indgår også såkaldte *branchedummies*, som opfanger branchespecifikke lønforhold, efter der er korrigeret for kvalifikationer mv. Til analysen anvendes en model, der ligeledes benyttes i Konkurrencerådets analyse "*Konkurrencen i advokatbranchen*" fra 2021 og Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens analyse "*Konkurrencen på bankmarkedet for privatkunder*" fra 2022.

Analysen viser en lønpræmie i tandlægebranchen på 34,5 pct. i forhold til medianbranchen, hvilket vil sige den branche, hvor der er præcis 50 pct. af brancherne, der har hhv. en lavere og en højere lønpræmie. Lønpræmien i tandlægebranchen peger altså på, at lønniveauet er relativt højt.

Udover løn til ansatte tandlæger, tandplejere, kliniske tandteknikere og tandklinikassistenter skal tandlægeklinikejeren også udbetale løn til sig selv. En tandlægeklinikejers indkomst er sværere at opgøre end fx en ansat tandlæges lønindkomst. Det 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 grundlag udgør det bedst mulige skøn over udviklingen i tandlægeklinikejerens gennemsnitlige indtjening i 2018-2022. Tilgængelige data giver ikke mulighed for at opgøre opsparet kapital i tandlægeklinikkerne.

I 2022 tjente tandlægeklinikejere samlet set i gennemsnit 1.217.018 kr., jf. tabel 1. Heraf udgjorde løn 257.150 kr. (svarende til 21,1 pct.), mens afkast i form af udbyttebetaling udgjorde 959.868 kr. (svarende til 78,9 pct.).

For perioden 2018-2022 steg den samlede indkomst, en tandlægeklinikejer udbetaler til sig selv, med 17,7 pct., hvoraf lønindkomsten for perioden steg 20,3 pct. og afkast i form af udbyttebetaling steg 17,0 pct.

Tabel 1
Gennemsnitlig årlig indkomst for tandlægeklinikejere, kr.

	2018	2019	2020	2021	2022	Ændring i pct. fra 2018-2021
Tandlægeklinikejer (i alt)	1.033.887	1.025.620	1.080.860	1.060.579	1.217.018	17,7 pct.
- Lønindkomst	213.799	216.419	237.062	237.930	257.150	20,3 pct.
- Afkast	820.088	809.201	843.798	822.649	959.868	17,0 pct.

Kilde: Danmarks Statistik registerdatabase

Anm: Afkast er opgjort som nettooverskud af selvstændig virksomhed efter kapitalindtægter og udgifter. Variablen er inkl. udenlandsk virksomhed og nettoindtægt 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 ansatte tandlæger, tandplejere og kliniske tandteknikere.

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. Det har dog ikke været muligt for arbejdsgruppen ud fra de tilgængelige data at opgøre i hvilket omfang, tandlægevirksomhederne har opbygget kapital over tid.

Boks 2 – Metode for opgørelse af løn- og indtjeningsforhold

Sundhedspersonale i tandlægebranchen er opdelt efter højeste udførte uddannelse, hvilket giver følgende fire kategorier:

- i) Tandlæger
- ii) Tandplejer
- iii) Tandklinikassistenter
- iv) Klinisk tandtekniker

Til at skelne mellem hhv. ansatte og selvstændige sundhedspersonale er der taget udgangspunkt i variable for hhv. *Lønindkomst i alt* og *Nettooverskud af selvstændig virksomhed efter kapitalindtægter og udgifter* i indkomstregisteret i Danmarks Statistik registerdatabase.

Tandlæger m.v. er kategoriseret som ansat, hvis tandlægen m.v. har en årsløn over 50.000 kr. og et nettooverskud af selvstændig virksomhed lig 0 kr. for det pågældende år. Tandlæger er kategoriseret som klinikejer, hvis tandlægen har et nettooverskud af selvstændig virksomhed forskellige fra 0 kr., og hvis summen af tandlægens nettooverskud og årsløn overstiger 50.000 kr.

Denne opdeling er kontrolleret ved at adskille tandlæge m.v. ud fra deres socioøkonomisk status, som angiver en persons arbejdsmarkedstilstand, dvs. hhv. om en person er lønmodtager eller selvstændigt erhvervsdrivende. Der er desuden udført robusthedstests ved at anvende forskellige beløbsgrænser, hvilket ikke ændrer resultaterne.

Opgørelsen giver således et estimat for de gennemsnitlige lønomkostninger pr. ansat fordelt på sundhedsfaglig baggrund og gennemsnitlige lønomkostninger samt udbetalt udbytte klinikejeren.

Der er i opgørelsen ikke taget højde for, om ansatte er ansat på en privat eller offentlig klinik.

1.2.3. Tandlægevirkomhedernes indtjening

Hvis virksomhederne i en branche kan opretholde en indtjening, der er højere, end hvad der observeres 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 over tid også medføre mere innovation, samt at de mest effektive virksomheder vinder markedsandele, mens mindre effektive virksomheder må forlade markedet.

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

$$\text{Overskudsgrad} = \text{Resultat af ordinær drift} / \text{omsætning}$$

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.

En brancheanalyse for tandlæger udarbejdet af PwC fra december 2023 har undersøgt overskudsgraden blandt tandlægeklinikkerne. Undersøgelsen viser at tandlægeklinikkerne i gennemsnit har haft en overskudsgrad på henholdsvis 29 pct. og 27 pct. i 2021 og 2022.¹⁶ Det bemærkes, at overskudsgraden ikke nødvendigvis er repræsentativ for hele branchen PwC undersøger, samt at arbejdsgruppen ikke har yderligere oplysninger om stikprøvens størrelse mv. Brancheanalysen rummer dog klinikker af forskellige størrelser, henholdsvis klinikker med omsætning under 3 mio. kr., 3-6 mio. kr. og over 6 mio. kr. Arbejdsgruppen er ikke gjort bekendt med andre opgørelser af overskudsgraden i tandlægebranchen, som umiddelbart er mere repræsentative.

Til at beskrive konkurrenceforholdene på et marked, vil det ikke være meningsfuldt at sammenligne indtjeningsforhold i tandlægebranchen med andre erhverv, hvor samme eller lignende konkurrencebegrænsende regulering gør sig gældende. Eksempelvis er praksisdrift og lægevirksomhed også underlagt faste honorarer samt ejerskabsbegrænsninger i form af bl.a. antals- og kapacitetsbegrænsninger. Af den årsag finder arbejdsgruppen, at tandlægeerhvervet ikke bør sammenlignes med andre erhverv inden for sundhedssektoren, som fx almene praktiserende læger og fysioterapeuter, når der – som her – ønskes en vurdering af overskudsgraden i tandlægebranchen.

Arbejdsgruppen har i det følgende fokuseret på private byerhverv som et benchmark for overskudsgraden i generelle serviceerhverv, da hovedydelsen inden for disse erhverv – i lighed med tandlægeerhvervet – består i selve udførelsen af et givent stykke arbejde, dvs. arbejdskraften. Private byerhverv giver således en indikation på overskudsgraden i generelle serviceerhverv. Dyr lægebranchen minder om tandlægebranchen med hensyn til fx uddannelseskrav, markedsstruktur med mange aktive dyrlægepraksis¹⁷ og autorisationspligt. Dyr lægebranchen adskiller sig dog fx fra tandlægebranchen ved, at andre end dyrlæger godt kan eje majoriteten af ejerandelene i en dyrlægeklinik. Dette er ikke tilfældet for tandlægeklinikker. Dette kan gøre dyrlægebranchen mere interessant at sammenligne med i denne sammenhæng end fx andre erhverv i sundhedssektoren, der er underlagt tilsvarende restriktioner.¹⁸

Overskudsgraden i de private byerhverv var 10 pct. i både 2021 og 2022, mens overskudsgraden blandt dyrelægeklinikkerne var henholdsvis 14 pct. og 11 pct. i 2020 og 2021.¹⁹ Disse overskudsgrader er betydeligt mindre end den overskudsgrad, som PwC har observeret for de tandlægeklinikker, der indgår i deres brancheanalyse.

¹⁶ Beregning af overskudsgrad bygger alene på data fra de tandlægeklinikker, som PwC betjener. Det vil sige, at analysen ikke har medtaget alle tandlægeklinikkerne i tandlægebranchen.

¹⁷ 500-550 pr. januar 2013.

¹⁸ Arbejdsgruppen har ikke haft adgang til overskudsgrader for andre erhverv i sundhedssektoren.

¹⁹ Overskudsgraderne er beregnet på baggrund af regnskabsdata fra Danmarks Statistiks tabeller REGN50 og REGN10.

Det bemærkes, at arbejdsgruppen ikke har fundet argumenter eller materiale, der peger i retning af, at den relativt høje overskudsgrad i tandlægebranchen afspejler risikoen ved at investere i en tandlægeklinik. Revisions- og konsulenthuset Deloitte har fx udtalt følgende om risikoen i tandlægebranchen: *"Klinikkerne er attraktive, fordi det er en relativt sikker branche uden de store udsving. Folk skal have lavet tænder uanset hvad. Risikoen er lav, og på mange klinikker er der et stort potentiale i at optimere driften."*²⁰

Samlet set viser analysen, at priserne på tandbehandling har været stigende, og at de siden 2018 er steget mere end priserne på øvrige sundhedsydelser. Endvidere peger analysen på, at lønningerne og indtjeningen i branchen er høj og er steget mere end i sammenlignelige brancher og for sammenlignelige uddannelsesniveauer. Branchestatistikker peger også på en relativ høj overskudsgrad. På baggrund af disse observationer konkluderer arbejdsgruppen, at der er et potentiale for øget konkurrence i tandlægebranchen.

1.3. Regulering af tandlægebranchen

Tandlægebranchen er underlagt omfattende regulering i forhold til pris og ejerskab, som bl.a. har til formål at sikre en række sundhedspolitiske hensyn, herunder let og lige adgang til behandlinger af høj kvalitet. Reguleringen kan dog samtidig hæmme den effektive konkurrence og dermed have afledte negative effekter for patienterne. Konkurrencerådet har i en artikel fra 2017 påpeget tre overordnede konkurrencebegrænsende elementer fra den daværende tandlægeoverenskomst:²¹

- Faste priser på visse basale ydelser
- Ejerskabsbegrænsning ift. hvem der må eje klinikker
- Ejerskabsbegrænsning ift. antal klinikker

Selvom tandlægeområdet fra udgangen af maj 2018 ikke længere har været reguleret af tandlægeoverenskomsten, er indholdet af den tidligere gældende overenskomst i vidt omfang videreført ved bl.a. ændring af sundhedsloven²² der trådte i kraft den 1. juni 2018. Det er på baggrund heraf arbejdsgruppens vurdering, at ovenstående konkurrencebegrænsende elementer fortsat er gældende under den nuværende regulering af tandlægeområdet.

Faste priser

Den nuværende regulering af tandlægeområdet bestemmer, at der er faste priser på en række tandlægeydelser. Det gælder bl.a. for visse basale og forebyggende ydelser, som fx grundundersøgelse, tandrensning og røntgenbilleder.²³ De faste priser på en række ydelser inden for den basale tandpleje forhindrer tandlægeklinikkerne i at konkurrere på pris ved fx at tilbyde rabatter, og patienterne risikerer dermed at gå glip af besparelser på disse ydelser.

²⁰ Tandlægebladets artikel: "Kæderne klar til kamp", www.tandlaegebladet.dk/kaederne-klar-til-kamp (besøgt 17-12-2018)

²¹ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen: "Potentiale for øget konkurrence og besparelser i tandlægebranchen", oktober 2017.

²² L 2018-05-29 nr. 558 (ændring af sundhedsloven).

²³ Jf. af BEK nr. 1371 af 29/11 2023 (Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos praktiserende tandlæge) bilag 1

Konkurrencerådet nævner i den forbindelse i sin artikel fra 2017, at flere tandlægeklinikker har forsøgt at tilbyde patienterne gratis eller billigere tandbehandling, mod at give afkald på tilskud fra regionen, men er blevet stoppet af Tandlægeforeningen. Som eksempel nævner Konkurrencerådet et pakketilbud fra et kliniksamarbejde, der ville medføre en offentlig besparelse på 424 kr. og en patientbesparelse på 507 kr. per behandling.²⁴

Formålet med de faste priser på de basale og forebyggende ydelser er bl.a. at skabe gennemsigtighed og lave, stabile priser af hensyn til patienterne, samtidig med, at det fungerer som styring af de offentlige udgifter på området. Formålet er endvidere at undgå, at patienterne skifter tandlæge for ofte, så tandlægerne kan opbygge et længerevarende kendskab til patienten.

Det skal hertil bemærkes, at lave priser ligeledes kan opnås ved at indføre maksimalpriser på de ydelser, der under den nuværende ordning er underlagt faste priser. Samtidig bør det bemærkes, at patienternes adfærd på markedet ikke umiddelbart giver anledning til bekymring om, at patienterne ofte skifter tandlæge på baggrund af prisforskelle, jf. nærmere herom i afsnit 1.5.1 nedenfor. Maksimalpriser som erstatning for faste priser kan styrke konkurrencen om at tiltrække og fastholde patienter og potentielt sikre lavere priser.

Det kan således medføre væsentlige besparelser for regionerne såvel som patienterne, hvis klinikernes muligheder for at give rabatter ikke begrænses, som de gør under den nuværende regulering.

De faste priser har tidligere været reguleret gennem tandlægeoverenskomsten, som blev indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Tandlægeforeningen. Det bemærkes, at med et konkurrencemæssigt perspektiv er fastsættelse af priser via overenskomstforhandlinger heller ikke hensigtsmæssigt. Når priser fastsættes i overenskomsten, fjernes muligheden for konkurrence på priser – en betydelig konkurrenceparameter – og således fjernes også muligheden for at opnå gevinsterne ved priskonkurrence på samme vis som diskuteret ovenfor.

Tandlæger skal eje majoriteten af tandlægeklinikken

Reguleringen indeholder endvidere et krav om, at det skal være en tandlæge, der ejer majoriteten af den indskudte kapital i tandlægeklinikken. Konkurrencerådet har påpeget, at kravet begrænser mulighederne for professionel virksomhedsdrift i tandlægebranchen. Andre aktører, der ikke er tandlæger, men derimod har generel erfaring med virksomhedsdrift og udvikling af velfungerende virksomhedskoncepter, har begrænsede muligheder for at drive tandlægevirksomhed. Sådanne aktører kan potentielt bidrage til øget produktivitet og kan også styrke konkurrence på pris og kvalitet til gavn for patienterne.²⁵

Kravet om, at det skal være en tandlæge, der ejer majoriteten i en tandlægeklinik, betyder, at det ikke er muligt at drive et kliniksamarbejde som én virksomhed. Kliniksamarbejderne er derfor ofte struktureret ved, at et bagvedliggende selskab (kliniksamarbejdet) ejer en minoritetsandel af de enkelte klinikker (fx 49 pct.), mens en tandlæge ejer majoriteten af den enkelte tandlægeklinik (fx 51 pct.). Den enkelte tandlægeklinik i samarbejdet har derfor som udgangspunkt en bestemmende indflydelse på egne aktiviteter.

²⁴ Jf. af BEK nr. 1371 af 29/11 2023 (Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos praktiserende tandlæge) bilag 1

²⁵ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen: "Potentiale for øget konkurrence og besparelser i tandlægebranchen", oktober, 2017

Reguleringen umuliggør således ikke driften af kliniksamarbejder, men besværliggør den, hvilket kan medføre visse effektivitetsbegrænsninger for kliniksamarbejderne. Bl.a. gør den nuværende regulering det svært at dele personale på tværs af klinikker i et kliniksamarbejde, hvilket gør det usmidigt at lave fx vikardækning mellem klinikkerne. Reguleringen gør det ligeledes usmidigt at dele specialtandlæger og -udstyr mellem klinikkerne, hvilket kan begrænse effektiviteten yderligere.

Kravet om, at det skal være en tandlæge, der ejer majoriteten af en tandlægeklinik, kan ligeledes gøre det sværere at tiltrække ejere og dermed åbne nye tandlægeklinikker. Det kan være bl.a. være tilfældet, hvis tandlæger i højere grad foretrækker at være ansatte tandlæger frem for klinikejere og således kunne koncentrere sig om det tandlægefaglige arbejde frem for øvrige virksomhedsrelaterede opgaver, såsom administration og regnskabsførelse.

Argumenterne for ejerskabsbegrænsning lyder omvendt typisk på, at tandlæger skal have den bestemmende indflydelse på tandlægeklinikken, idet tandlæger har fokus på tandsundhed, mens private investorer, der ikke er tandlæger, har fokus på indtjening.²⁶

Arbejdsgruppen bemærker hertil, at den tandlægeuddannede klinikejer også må anses for en selvstændigt erhvervsdrivende, der i lighed med private investorer har et helt legitimt ønske om indtjening. Hertil kommer, at ejere af tandlægeklinikker under alle omstændigheder bør være forpligtede til at sikre den nødvendige faglighed og patientsikkerhed, uanset om de er tandlæger eller har anden baggrund. Konkurrencerådet vurderede i artiklen fra 2017, at der er potentiale for forbedringer af konkurrencen på ejerskabsforhold, uden at gå på kompromis med de hensyn, der ønskes varetaget med den nuværende regulering.²⁷

Tandlæger må maksimalt eje to tandlægeklinikker

Det følger af den nuværende regulering, at tandlæger som udgangspunkt maksimalt må eje to tandlægeklinikker.²⁸ Ifølge Konkurrencerådet kan denne begrænsning hindre succesfulde og dygtige tandlæger i at udvide deres kundegrundlag og forretning.²⁹ Herigennem bliver det vanskeliggjort at opnå de fulde stordriftsfordele i form af bl.a. bedre udnyttelse af kompetencer, it og administration.³⁰ Stordriftsfordele kan i sidste ende komme patienterne og det offentlige til gavn i form af fx lavere priser eller højere kvalitet og service.

Begrænsningen i antallet af tandlægeklinikker, som en tandlæge kan eje, er bl.a. begrundet i, at det skulle være fagligt uforsvarligt, hvis en tandlæge driver mere end to tandlægeklinikker. Det begrænser således det antal tandlægeklinikker, som tandlægen skal sikre patientsikkerheden i.³¹ Arbejdsgruppen bemærker hertil, at selvom en tandlæge ejer mere end to tandlægeklinikker, vil det fortsat være tandlæger, der udfører selve arbejdet på tandlægeklinikkerne, som naturligvis skal leve op til de faglige og etiske standarder.

²⁶ Se eksempelvis Tandlægeforeningens hjemmeside, <https://www.tandlaegeforeningen.dk/til-pressen/det-mener-tandlaegeforeningen/pejlemaerker/pejlemaerke-2-en-tandlaege-taet-paa-nu-og-i-fremtiden/>, besøgt den 27. maj 2024

²⁷ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen: "Potentiale for øget konkurrence og besparelser i tandlægebranchen", oktober, 2017

²⁸ Jf. sundhedsloven § 57 j, stk. 2

²⁹ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen: "Potentiale for øget konkurrence og besparelser i tandlægebranchen", oktober, 2017

³⁰ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen: "Potentiale for øget konkurrence og besparelser i tandlægebranchen", oktober, 2017

³¹ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen: "Potentiale for øget konkurrence og besparelser i tandlægebranchen", oktober, 2017

Endvidere bemærker arbejdsgruppen, at kvaliteten i behandlingerne i dag er 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.³²

1.4. Forskellige selskabsstrukturer i tandlægebranchen

Den nuværende regulering af tandlægebranchen, herunder ejerskabsbegrænsningerne, stiller krav til, hvordan aktørerne i tandlægebranchen kan organisere sig. Som nævnt ovenfor, skal tandlæger eje majoriteten af den indskudte kapital i en tandlægeklinik. Under de nuværende regler er der således mulighed for, at ikke-tandlæger maksimalt må eje 49,9 pct. af en eller flere private tandlægeklinikker. På nuværende tidspunkt findes der flere aktive kliniksamarbejder (eller "kæder"), hvor andre end tandlæger typisk ejer minoriteten af den indskudte kapital. Disse klinikker kan bruges som udgangspunkt for en undersøgelse af, hvordan en række parametre af interesse for patienterne, såsom pris og kvalitet, varierer mellem traditionelle tandlægeklinikker og kliniksamarbejder.

Nedenfor afdækkes først, hvordan tandlægeklinikkerne organiserer sig i forskellige selskabsstrukturer. Herefter foretages en sammenligning af kliniksamarbejderne i forhold til de traditionelle tandlægeklinikker. Arbejdsgruppen tager i denne sammenligning udgangspunkt i væsentlige konkurrenceparametre såsom pris og patienttilfredshed.

Analysen viser, at der ikke er forskel mellem kliniksamarbejder og traditionelle tandlægeklinikker for så vidt angår pris og patienttilfredshed. Prissammenligninger på både klinik- og kædeniveau understreger, at kliniksamarbejdernes priser varierer betydeligt, på samme måde som priserne hos de traditionelle tandlægeklinikker. Der er således ikke tegn på, at kliniksamarbejderne overordnet set er enten billigere eller dyrere end de traditionelle tandlægeklinikker. Analysen viser endvidere, at kliniksamarbejder i gennemsnit har åbent 3,5 timer længere om ugen sammenlignet med traditionelle tandlægeklinikker, hvilket medfører en øget tilgængelighed for patienterne, som anvender kliniksamarbejder.

1.4.1. Overblik over tandlægeklinikkernes selskabsstruktur

I 2024 var der samlet set registreret 2.710 virksomheder under branchekoden "Praktiserende tandlæger". Denne opgørelse skelner ikke mellem aktive tandlægeklinikker og øvrige virksomheder knyttet hertil, fx holdingselskaber. For at kunne kortlægge selskabsstrukturer i tandlægebranchen, har arbejdsgruppen frasorteret de virksomheder, der ikke er aktive tandlægeklinikker.³³ Ifølge arbejdsgruppens opgørelse er der ca. 1.761³⁴ tandlægevirksomheder, hvoraf

³² Bekendtgørelse af lov nr. 1838 af den 21. september 2021 om virksomhedsansvarlige læger og tandlæger

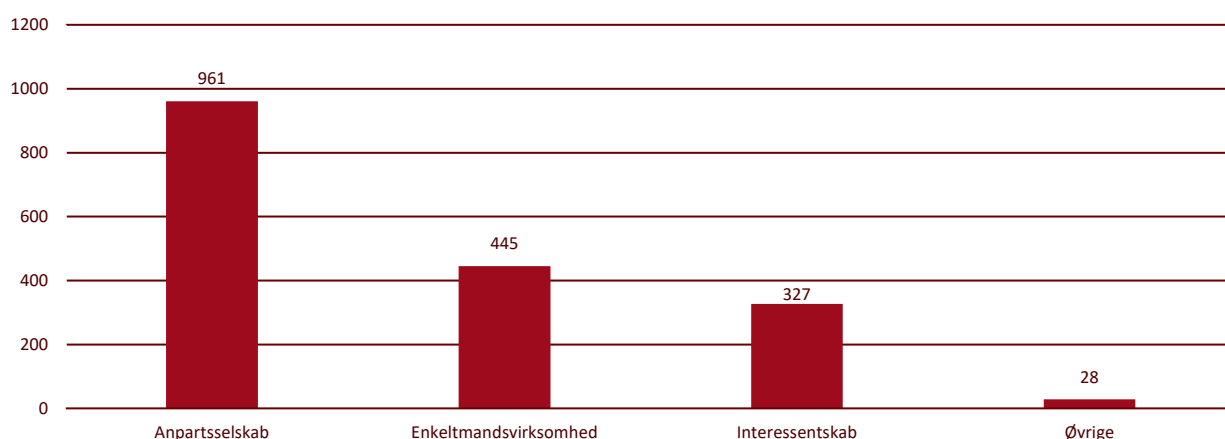
³³ Det fremgår af BEK nr. 1371 af 29/11 2023 (Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos praktiserende tandlæge) bilag 3, at tandlægeselskabets navn skal indeholde enten "Tandlægeselskabet", "Tandlæge" eller "Tandlægerne". På baggrund heraf har arbejdsgruppen frasorteret virksomheder, hvoraf ingen af de tre ord fremgår af virksomhedens navn. Arbejdsgruppen har derudover frasorteret virksomheder, hvoraf "Holding", "Holdingselskab" eller lignende indgår i virksomhedsnavnet.

³⁴ Det bemærkes hertil, at antallet af ydernumre er lavere, og det er derfor ikke lykkedes arbejdsgruppen at frasortere samtlige virksomheder, der ikke er aktive tandlægeklinikker.

størstedelen er registreret som anpartsselskaber, enkeltmandsvirksomheder eller interessentskaber, jf. figur 1.6. Anpartsselskaber udgør den mest anvendte selskabsform blandt tandlægeklinikkerne med ca. 55 pct. af det samlede antal selskaber i 2024.

Figur 1.6

Tandlægeklinikkernes selskabsstruktur (2024)



Kilde: Udtræk fra <https://data.biq.dk/>

1.4.2. Fremkomst af kliniksamarbejder

Siden 2000, og særligt inden for de seneste 10 år, har der været en tendens til øget konsolidering blandt tandlægeklinikker ved dannelsen af en række kliniksamarbejder og et faldende antal ydernumre. Tal fra Danske Regioner viser, at antallet af ydernumre i perioden 2010 til 2016 er faldet fra 2.111 til 1.922.³⁵ En nyere opgørelse fra Tandlægeforeningen viser, at antallet af ydernumre i 2021 var faldet til 1.593.³⁶

Tandlægeklinikkerne bliver samlet set større og kliniksamarbejderne opkøber tandlægeklinikker.³⁷ Flere eksisterende tandlægeklinikker har således valgt at indgå i større kliniksamarbejder, der involverer brugen af fx fælles IT, logo og markedsføring. Brancheforeningen for tandlægevirksomheder, Dansk Tandsundhed, anfører desuden, at klinikkerne, der indgår i kliniksamarbejder, typisk er væsentlig større målt på antal ansatte og behandlerstole sammenlignet med de traditionelle tandlægeklinikker.³⁸

³⁵ <https://www.regioner.dk/media/5452/faktaark-for-tandlaegehjælp-2017.pdf> (senest besøgt den 6. juni 2024)

³⁶ Tandlæger i tal – 2021, Tandlægeforeningen, 2021

³⁷ Branchestatistik (2022), PwC

³⁸ Jf. referat af møde med Dansk Tandsundhed og Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen den 16. april 2024,

Boks 3 – Kliniksamarbejder

I denne rapport anvendes **kliniksamarbejder** om tandlægeklinikker, der benytter samme navn, og dermed tager navn efter kæden. Der medtages kun kæder med fælles ejerskab, således at det samme selskab eller den samme enkeltperson har ejerandele i alle disse tandlægeklinikker. Ud over 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.³⁹

Arbejdsgruppen har identificeret tandlægeklinikkerne i data fra Sundhed.dk efter, hvorvidt den pågældende tandlægeklinik opfylder ovenstående kriterier.

Under den nuværende offentlige regulering er det alene muligt for tandlæger at eje tandlægeklinikker, og en tandlæge må maksimalt eje to tandlægeklinikker. En måde at drive et kliniksamarbejde på kan derfor være, at en tandlæge ejer majoriteten af den enkelte tandlægeklinik (typisk 51 pct.), mens en anden ejer uden tandlægebaggrund ejer en minoritetsandel af de enkelte tandlægeklinikker (typisk 49 pct.). De kliniksamarbejder, der er etableret i dag, består derfor af et større antal juridiske enheder, hvor de majoritetsejende tandlæger ifølge den nuværende regulering skal være selvbestemmende i deres egne tandlægeklinikker.

Arbejdsgruppens egen opgørelse viser, at kliniksamarbejder udgør 11 pct. af det samlede antal tandlægeklinikker i 2024. Dansk Tandsundhed har oplyst, at tandlægeklinikkerne, der indgår i kliniksamarbejderne typisk er større end de traditionelle klinikker og estimerer, at målt på omsætning udgør kliniksamarbejderne op mod 30 pct. af den samlede omsætning.⁴⁰ Beregninger fra Tandlægeforeningen viser, at kliniksamarbejderne stod for 20 pct. af omsætningen på de danske tandlægeklinikker i 2017.⁴¹ Kliniksamarbejdet "ORIS Tandlægerne" estimerer, at denne tendens vil fortsætte og kliniksamarbejderne i 2030 vil stå for 50 pct. af omsætningen.⁴²

På nuværende tidspunkt er der minimum syv kliniksamarbejder, hvoraf den største samlet består af minimum 46 klinikker, mens den mindste består af fire klinikker.⁴³

1.4.3. Sammenligning af kliniksamarbejder og traditionelle tandlægeklinikker

For at sammenligne de traditionelle tandlægeklinikker med kliniksamarbejderne har arbejdsgruppen analyseret en række væsentlige konkurrenceparametre:

- priserne på de frie ydelser,
- patienternes oplevede kvalitet⁴⁴,
- klinikkernes åbningstider, og
- effektivitet.

³⁹ Arbejdsgruppen har her identificeret kædeklinikkerne på baggrund af tandlægeklinikkernes navn.

⁴⁰ Jf. referat af møde med Dansk Tandsundhed den 16. april 2024.

⁴¹ <https://www.tandlaegebladet.dk/>

⁴² ORIS Tandlægerne, "Dansk Tandsundhed 2030" fra november 2019, udarbejdet af ORIS Tandlægerne.

⁴³ De syv klinikker er: 1) Godt Smil, 2) Dentalklinikken, 3) Tandlægen.dk, 4) Oris, 5) Dentist.dk 6) Colosseum og 7) NordSmil.

⁴⁴ Den undersøgte parameter skal bl.a. ses i lyset af, at det tidligere har været debatteret hvordan kliniksamarbejderne påvirker tandlægebranchen i forhold til kvaliteten af behandlinger.

Analysen indikerer, at der ikke er væsentlige forskelle i hverken pris, kvalitet eller effektivitet mellem de traditionelle tandlægeklinikker og kliniksamarbejder. Analysen peger endvidere på, at kliniksamarbejder har længere åbningstider, hvilket kan betragtes som en øget service til patienterne sammenlignet med traditionelle tandlægeklinikker.

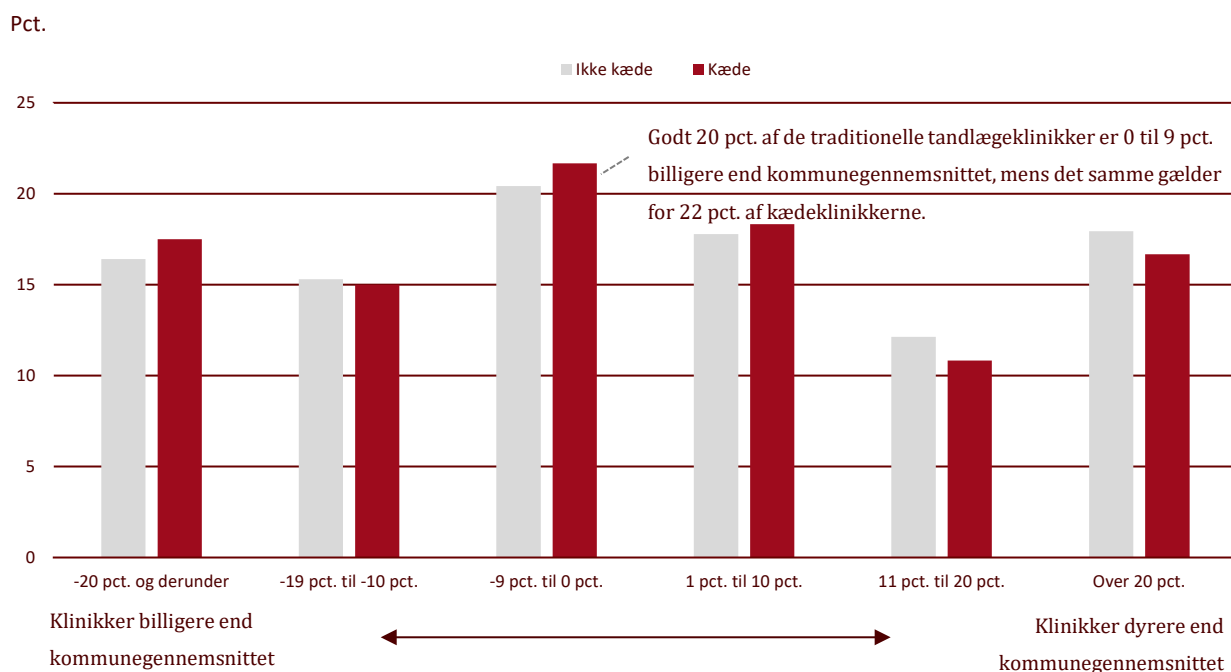
Priser

Sammenligningen af priserne mellem traditionelle tandlægeklinikker og kliniksamarbejder tager udgangspunkt i priser indsamlet fra Sundhed.dk, og dermed de frie ydelser, som klinikkerne selv prissætter. Beregningerne tager udgangspunkt i den gennemsnitlige pris pr. tandlægeklinik i forhold til kommunegennemsnittet for den kommune, den pågældende tandlægeklinik tilhører. Denne metode tager højde for, at der kan være kommunale eller regionale forskelle som fx løn- og omkostningsniveau.⁴⁵

Beregningerne viser, at der ikke er systematiske prisforskelle mellem kliniksamarbejder og øvrige tandlægeklinikker, jf. figur 1.7. Prissammenligningen viser således, at både kliniksamarbejder og de øvrige tandlægeklinikker fordeler sig over hele prisspektret. Dvs. der er både traditionelle tandlægeklinikker og kliniksamarbejder, der er hhv. dyrere og billigere end kommunegennemsnittet, og der er ikke tegn på et særligt mønster, hvor eksempelvis den ene kliniktype generelt er dyrere eller billigere. Fx viser analysen, at 20 pct. af de traditionelle tandlægeklinikker er 0-10 pct. billigere end kommunegennemsnittet, og det samme gør sig gældende for 21 pct. af kliniksamarbejderne.⁴⁶

⁴⁵ Først beregnes de gennemsnitlige priser pr. klinik, hvor ydelserne inden for hver klinik vægter ens. Derefter beregnes den gennemsnitlige pris pr. kommune på tværs af alle kommunens klinikker, hvor alle klinikkers priser vægter ens. Til sidst beregnes den gennemsnitlige procentvise prisforskel som værende den pågældende kliniks gennemsnitlige pris fratrasket den pågældende kommunes gennemsnitlige pris pr. ydelse.

⁴⁶ Denne forskel er ikke statistisk signifikant.

Figur 1.7**Prisforskelle i forhold til kommunegennemsnittet i 2022**

Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen på baggrund af **priser** fra Sundhed.dk.

Tages der i stedet udgangspunkt i kliniksamarbejderne samlet set, er der betydelig forskel i, hvordan de enkelte kliniksamarbejder fastsætter priserne på de frie ydelser i forhold til kommunegennemsnittet. Der ses dog stadig samme billede som ovenfor: Visse kliniksamarbejder er billigere end kommunegennemsnittet, mens andre kliniksamarbejder er dyrere end kommunegennemsnittet, jf. **tabel 2**.

Tabel 2**Gennemsnitlig prisforskel i forhold til kommunegennemsnit pr. kæde i 2022.**

	Prisforskel i pct.
Kliniksamarbejde 1	-17
Kliniksamarbejde 2	-8
Kliniksamarbejde 3	-1
Kliniksamarbejde 4	0
Kliniksamarbejde 5	6
Kliniksamarbejde 6	18
Kliniksamarbejde 7	20

Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen på baggrund af data fra Sundhed.dk

Note: Kliniksamarbejderne er anonymiserede. Den gennemsnitlige prisforskel pr. kædeklinik er beregnet som et uvægtet gennemsnit, hvor alle ydelserne vægter ens.

Det billigste kliniksamarbejde er i gennemsnit 17 pct. billigere i forhold til kommunegennemsnittet, mens det dyreste kliniksamarbejde i gennemsnit er 20 pct. dyrere end kommunegennemsnittet. Prisforskellen kan bl.a. ses i lyset af, at både Kliniksamarbejde 1 og Kliniksamarbejde 2 bl.a. markedsfører sig med lave priser på deres hjemmesider, mens de dyrere kæde-klinikker fx Kliniksamarbejde 6 og Kliniksamarbejde 7 markedsfører sig på andre parametre end prisen på deres hjemmesider, som fx tryghed, kvalitet og faglighed.

Patienttilfredshed, patientklager og tilsyn

Ét forhold er pris, men også kvalitet af behandlingen er et afgørende hensyn inden for voksen-tandplejen. Det er generelt vanskeligt at måle kvalitet på tandbehandling. Derfor tages der i denne analyse udgangspunkt i patienttilfredshed, faglige klagesager og resultater af risikobaserede tilsyn. Disse faktorer udgør ikke en fuldt dækkende måling af kvaliteten af tandbehandlingen, men de kan være indikatorer herpå.

Ingen af de forhold, som arbejdsgruppen har undersøgt, indikerer, at kliniksamarbejderne leverer ydelser af dårligere kvalitet end øvrige tandlægeklinikker, herunder at der i kliniksamarbejder skulle være øget risiko for fald i kvalitet og patientsikkerhed. Der er altså ikke tegn på, at det har haft negative konsekvenser for kvaliteten eller patientsikkerheden, at tandlægeklinikker i stigende grad organiserer sig i kæder med et (delvist) fælles eksternt ejerskab. Det peger på, at det ikke vil være tilfældet, at kvaliteten eller patientsikkerheden i den danske tandpleje skulle blive forringet, hvis pris- og ejerskabsrestriktionerne lempes, således at kliniksamarbejder kan opnå deres fulde potentiale jf. afsnit 1.3.

Patienternes oplevede kvalitet – patienttilfredsheden - kan indikere noget om kvaliteten af den ydelse, som patienterne modtager. Arbejdsgruppen har undersøgt, om der er forskelle i patienternes tilfredshed med tandlægeklinikker, der indgår i et kliniksamarbejde og øvrige tandlægeklinikker. Undersøgelsen er baseret på tandlægeklinikkernes rating på Google Reviews. Samlet set tages der udgangspunkt i 24.458 anmeldelser fordelt på henholdsvis 117 kliniksamarbejder og 380 traditionelle tandlægeklinikker.

Det er ikke nødvendigvis muligt at sætte lighedstegn mellem patienternes *oplevede* tilfredshed og den *faktiske* kvalitet af de behandlinger, der har været genstand for vurderingerne, jf. også afsnit 1.5.1 nedenfor. Patienttilfredsheden kan imidlertid være en indikator på kvalitet, idet det må formodes, at patienterne i hvert fald i en vis udstrækning er i stand til at vurdere kvaliteten af behandlingen. Endvidere bemærkes det, at beregningerne tager udgangspunkt i de ratings, der er tilgængelige på Google Reviews, og som ikke nødvendigvis er repræsentative.

Der er ikke nogen signifikant forskel mellem patienternes ratings af kliniksamarbejder og øvrige tandlægeklinikker. Både kliniksamarbejder og traditionelle tandlægeklinikker får generelt høje ratings af deres patienter på henholdsvis 4,6 og 4,7 ud af 5. Der kan på den baggrund ikke konkluderes noget entydigt om, at patienterne skulle have dårligere oplevelser med behandlinger udført på enten kliniksamarbejder eller traditionelle tandlægeklinikker.

Faglige klagesager inden for voksentandplejen kan anvendes som en yderligere indikator for kvalitet.

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 tilgængelige. Arbejdsgruppen har rettet henvendelse til både Styrelsen for Patientsikkerhed og Styrelsen for Patientklager med dataanmodning over afgjorte patientklagesager. Det har imidlertid ikke været muligt for styrelserne at levere de relevante data. Arbejdsgruppen har således ikke været i stand til at skaffe nyere data over antallet af patientklager.

Ifølge et notat udarbejdet af CEPOS i november 2017, modtog de fem regionstandlægenævn sammenlagt 512 klager fra patienter i 2016, hvoraf 69 fik medhold.⁴⁷ 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.⁴⁸ Data viser ifølge CEPOS, at kliniksamarbejdernes klagesager målt i antal ligger lavere, end hvad deres markedsandel tilsiger.⁴⁹ Tages der udgangspunkt i fordelingen af patientklager, er der således ikke indikationer på, at kvaliteten af det arbejde, som udføres på kliniksamarbejderne, skulle være lavere end på øvrige tandlægeklinikker.⁵⁰ Styrelsen for Patientsikkerhed har tilbage i oktober 2018 bekræftet overfor arbejdsgruppen, at der ved en gennemgang af afgørelser og klager i de seneste års patientklagesager inden for tandlægebranchen ikke er indikationer på, at kliniksamarbejderne skulle have dårligere kvalitet end de øvrige tandlægeklinikker.⁵¹

Styrelsen for Patientsikkerhed har siden begyndelsen af 2017 udført risikobaserede tilsyn hos danske tandlægeklinikker.⁵² De udførte tilsyn kan derfor også udgøre en indikation om kvaliteten på tandlægeområdet.

Styrelsen for Patientsikkerhed har ligeledes i 2018 bekræftet over for arbejdsgruppen, at resultaterne af denne styrelses risikobaserede tilsyn i tandlægebranchen ikke indikerer, at kliniksamarbejderne skulle have dårligere kvalitet og patientsikkerhed end de øvrige tandlægeklinikker.⁵³ Samlet set er der således heller ikke forhold vedrørende det risikobaserede tilsyn, der peger på, at kliniksamarbejderne skulle levere ydelser af dårligere kvalitet end øvrige tandlægeklinikker på trods af, at de i højere grad er underlagt eksternt ejerskab.

Arbejdsgruppen bemærker, at det i sagens natur ikke er muligt med sikkerhed at forudsige/dokumentere effekten af en eventuel lempelse af reguleringen, der endnu ikke har fundet sted. Det bemærkes, at kliniksamarbejderne er organiseret gennem (delvist) eksternt ejerskab, uden at der er indikationer på, at kvaliteten og patientsikkerheden er dårligere i kliniksamarbejderne

⁴⁷ CEPOS notat: "Tandlægekæders ejerskabsrestriktioner" af Mia Amalie Holstein, 15-11-2017.

⁴⁸ CEPOS' undersøgelse er baseret på data fra tandklage.dk samt data modtaget fra kliniksamarbejder. Data er ifølge CEPOS kvalitetstjekket gennem aktindsigter i de regionale tandlægenævns afgørelser.

⁴⁹ CEPOS notat: "Tandlægekæders ejerskabsrestriktioner" af Mia Amalie Holstein, 15-11-2017.

⁵⁰ 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 lå tandlægekæden Godt Smil, hvor 19 ud af 22 klinikker var nystartede klinikker, også betydeligt under landsgennemsnittet. Denne forklaring kan således ikke stå alene.

⁵¹ 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 fsva. kvaliteten af kliniksamarbejdernes ydelser sammenlignet med kvaliteten af de øvrige tandlægeklinikkers ydelser.

⁵² 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.

⁵³ Desuden oplyser Styrelsen for Patientsikkerhed over for 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.

end i de øvrige tandlægeklinikker. Det kan indikere, at eksternt ejerskab ikke i sig selv har en direkte forringende effekt på kvaliteten og patientsikkerheden.

I den forbindelse bemærkes det også, at det eksisterende system til sikring af kvalitet og patientsikkerhed i den danske tandpleje 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 hvis reglerne om ejerskab ændres. Det kan selv sagt også overvejes, om reglerne i lov om virksomhedsansvarlige læger og tandlæger evt. skal skærpes, så reglerne heri kan stå i stedet for ejerskabsrestriktionerne uden at gå på kompromis med patientsikkerheden.

Åbningstider

En tandlægekliniks åbningstider kan anses som en serviceparameter, der kan have betydning for patienternes valg af tandlæge. Åbningstider udgør således en konkurrenceparameter, som kan bruges til at tiltrække patienter på samme måde som fx prisen.

Arbejdsgruppen har indhentet åbningstider for 902 klinikker på sundhed.dk. Arbejdsgruppens beregninger viser, at kliniksamarbejderne holder signifikant længere åbent end øvrige tandlægeklinikker. Kliniksamarbejderne holder i gennemsnit åbent 42,2 timer om ugen, mens de øvrige tandlægeklinikker holder åbent 38,7 timer om ugen.

Tandlægeklinikkerne, der indgår i kliniksamarbejder, har endvidere i gennemsnit har 2,4 gange så mange ansatte som traditionelle klinikker, hvilket potentielt kan forklare kliniksamarbejdernes mulighed for at tilbyde patienterne en øget service i form af tilgængelighed. Kliniksamarbejderne har altså i gennemsnit 3,5 timer længere åbent om ugen. Dermed bidrager kliniksamarbejderne med en forbrugergevinst i form af øget service.

1.4.4. Effektivitet

For en tandlægeklinik vil det øge effektiviteten 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 og kan under effektiv konkurrence give anledning til bl.a. lavere priser for en tilsvarende ydelse. Flere tandbehandlinger, der udføres af tandlæger, eksempelvis diagnostisk grundundersøgelse, individuel forebyggende behandling, udvidet tandrensning mv., kan ligeledes udføres selvstændigt af tandplejere (fællesydelser), jf. afsnit 1.6.3.2.

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

Tandlæger oppebærer en væsentlig højere løn end tandplejere, jf. afsnit 1.2.2 ovenfor. Danske Tandplejere har i et høringsvar fra 17. april 2024 angivet, at der er et betydeligt underudbud

af tandplejere i forhold til efterspørgslen.⁵⁴ Dette indikerer, at der kunne være et stort uudnyttet potentiale for brugen af tandplejere på tandlægeklinikker. En bedre udnyttelse af tandplejere hos tandlægeklinikkerne ville komme patienterne til gavn i form af fx lavere priser og kvalitet, samt at tandlægerne kan fokusere på de opgaver, hvor tandlægernes ekspertise er nødvendig. Et eventuelt underudbud af tandplejere kan således forstærke de potentielle uudnyttede effektivitetsgevinster i tandlægebranchen.

1.5. Barrierer for aktive patienter

Tandlægebranchen er en branche for såkaldte tillidsgoder, hvor sælger samtidig fungerer som ekspert, der både estimerer behovet for behandlinger samt udfører disse. Patienten kan derfor – i lighed med andre behandlingsformer på sundhedsområdet – 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 patienterne gøres passive, og at deres prisfølsomhed svækkes. Det svækker konkurrencen og øger risikoen for evt. overbehandling og høje priser.⁵⁵ Det vil styrke priskonkurrencen, hvis patienterne i højere grad sammenligner priser på tværs. En udfordring for dette mål er, at der er tegn på, at patienterne kun sjældent orienterer sig mod pris, når de vælger tandlæge, og at de patienter, der aktivt sammenligner priser, oplever, at dette er komplekst og besværligt. God information til patienterne kan understøtte konkurrencen, herunder bruges til at forhandle pris hos egen tandlæge.

1.5.1. Patienternes adfærd inden for voksentandplejen

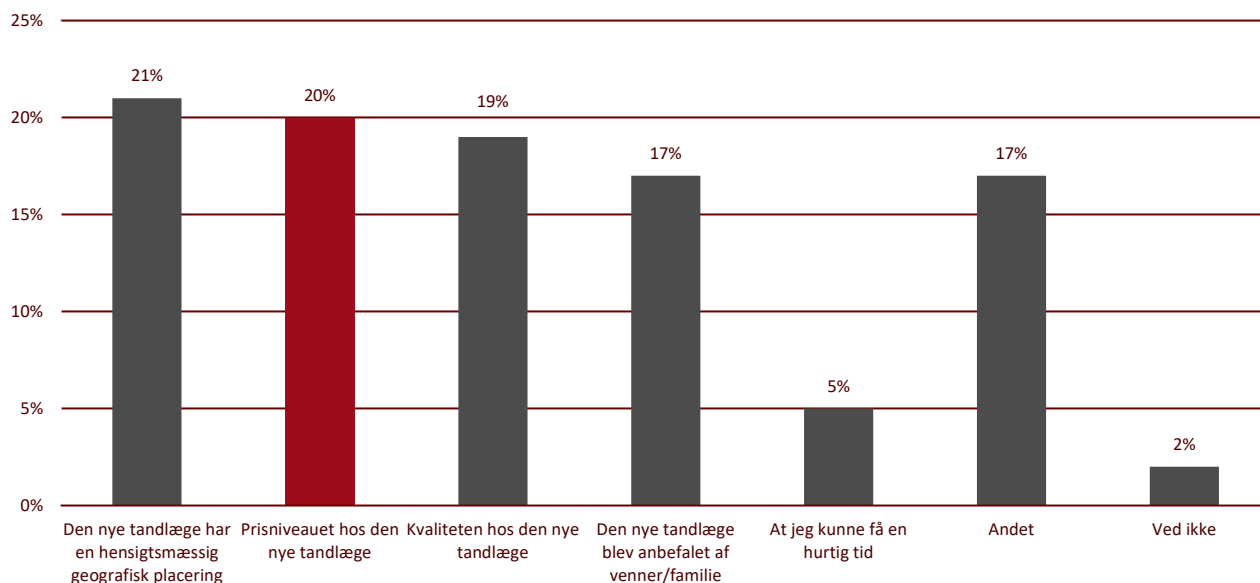
Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen fik i 2018 foretaget en undersøgelse af patienternes adfærd i voksentandplejen. Det er arbejdsgruppens vurdering, at undersøgelsen fortsat kan fortælle noget om patienternes adfærd på markedet, da der ikke er sket større ændringer inden for voksentandplejen siden undersøgelsens udførelse.

Undersøgelsen understregede, at tandlægebranchen er kompleks og tillidsbaseret, hvilket afspejles i patienternes adfærd. Det kommer bl.a. til udtryk i patienternes begrænsede prisbevidsthed ved deres valg af tandlæge samt den lave grad af gennemsigtighed, hvad angår priser og kvalitet af behandlingerne. Nedenfor gennemgås en række af resultaterne af undersøgelsen.

Indledningsvist blev patienterne spurgt, om de havde skiftet tandlæge inden for de seneste fem år. Blot 20 pct. af de patienter, der havde skiftet tandlæge, angiver prisen som den afgørende parameter for deres valg, jf. figur 1.8.

⁵⁴ Jf. Danske Tandplejeres høringsvar i forbindelse med dimensionering af tandfaglige uddannelser af 17. april 2024

⁵⁵ Grubb, Michael D. "Failing to choose the best price: Theory, evidence, and policy." *Review of Industrial Organization* 47.3 (2015): 303-340.

Figur 1.8**Hvad var det mest afgørende element i dit valg af ny tandlæge? (n=509)**

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

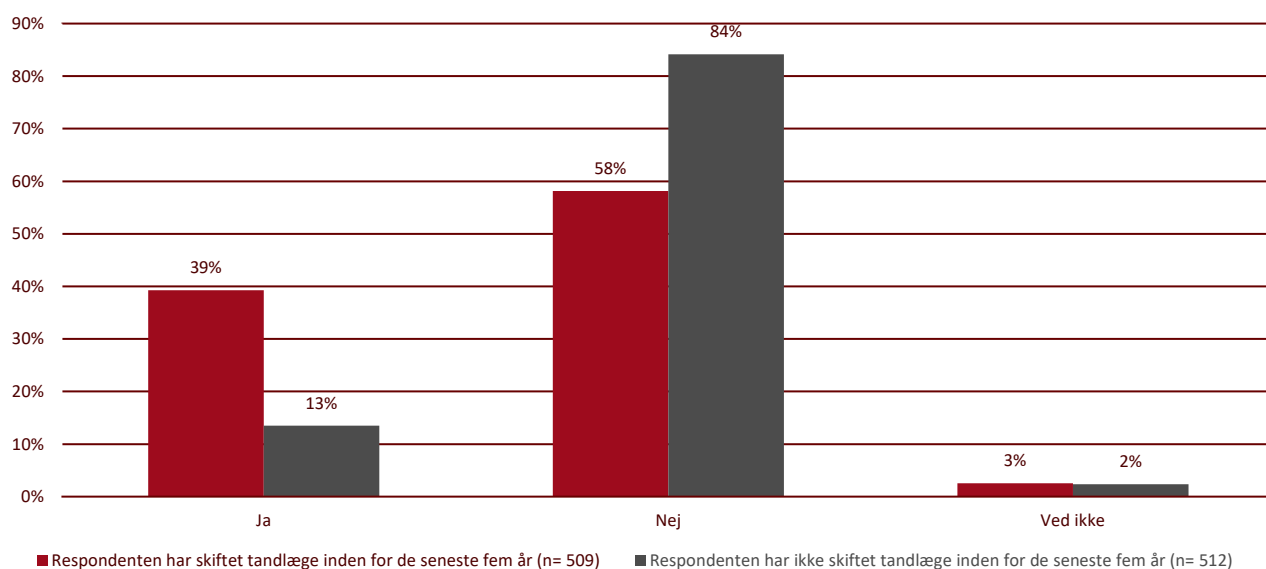
Note: Undersøgelsen muliggør sammenligning af patienternes adfærd mellem inaktive og aktive patienter (aktive patienter er defineret som patienter, der havde skiftet tandlæge inden for de sidste fem år fra undersøgelsens udførelse). Undersøgelsen er derfor ikke gennemført hos en fuldstændigt national repræsentativ gruppe. Der er imidlertid tilstræbt repræsentativitet, og de to grupper har overvejende ensartede socioøkonomiske karakteristika.

Anm.: Omfatter kun respondenter, der har skiftet tandlæge inden for de seneste fem år før besvarelse.

At pris kun fylder lidt i patienternes bevidsthed kommer også til udtryk ved, at patienterne meget sjældent sammenligner priser mellem forskellige tandlægeklinikker. Dette gælder selv for de mere aktive patienter. Blandt de respondenter, der havde skiftet tandlæge, var det således kun ca. 39 pct., der sammenlignede priser mellem den nuværende og andre tandlæger, jf. figur 1.9. Når man ser på de respondenter, der ikke havde skiftet tandlæge, er det mindre end 14 pct., der har sammenlignet priser mellem deres nuværende tandlæge og andre tandlæger.

Figur 1.9

Har du sammenlignet priser mellem din nuværende og andre tandlæger inden for de sidste fem år? (n= 1021)

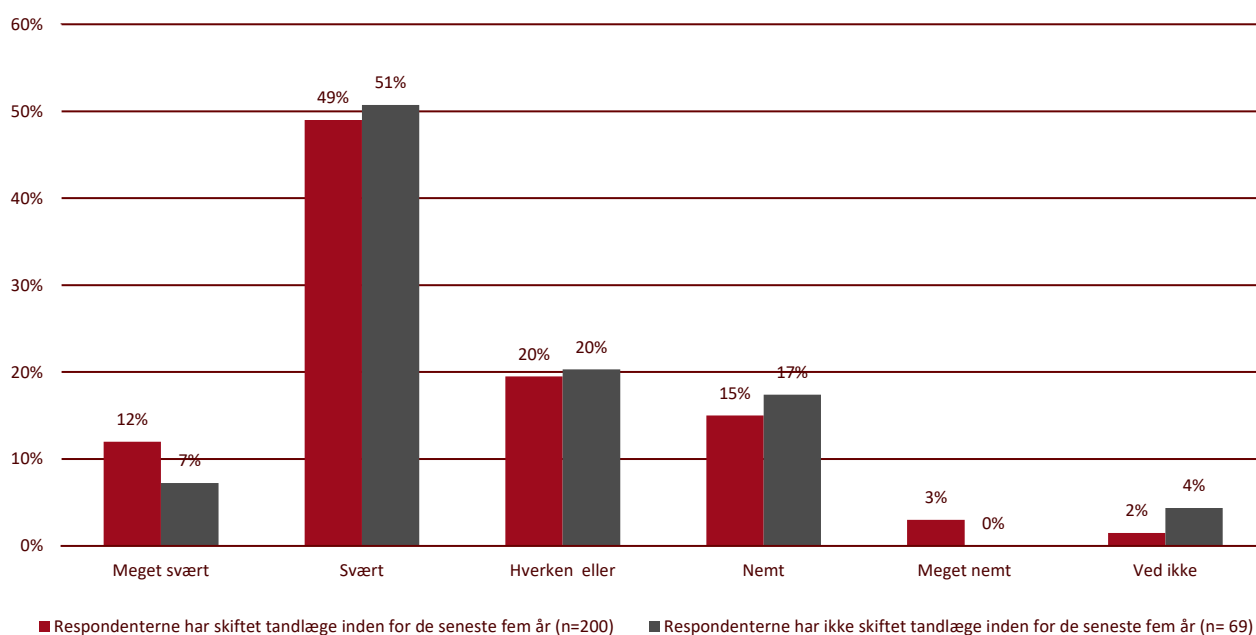


Kilde: Brugerundersøgelse foretaget af Wilke på vegne af Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen.

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, og at patienterne generelt er mindre optagede af priser relativt til andre parametre. Endvidere peger undersøgelsen på, at patienterne finder det svært at sammenligne priser på tværs af tandlægeklinikkerne. Blandt de patienter, der angav at have sammenlignet priser, var det således 61 pct., der fandt sammenligningen enten svær eller meget svær, jf. figur 1.10.

Figur 1.10

Hvordan synes du, det var at sammenligne priser mellem de forskellige tandlæger? (n= 269)



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

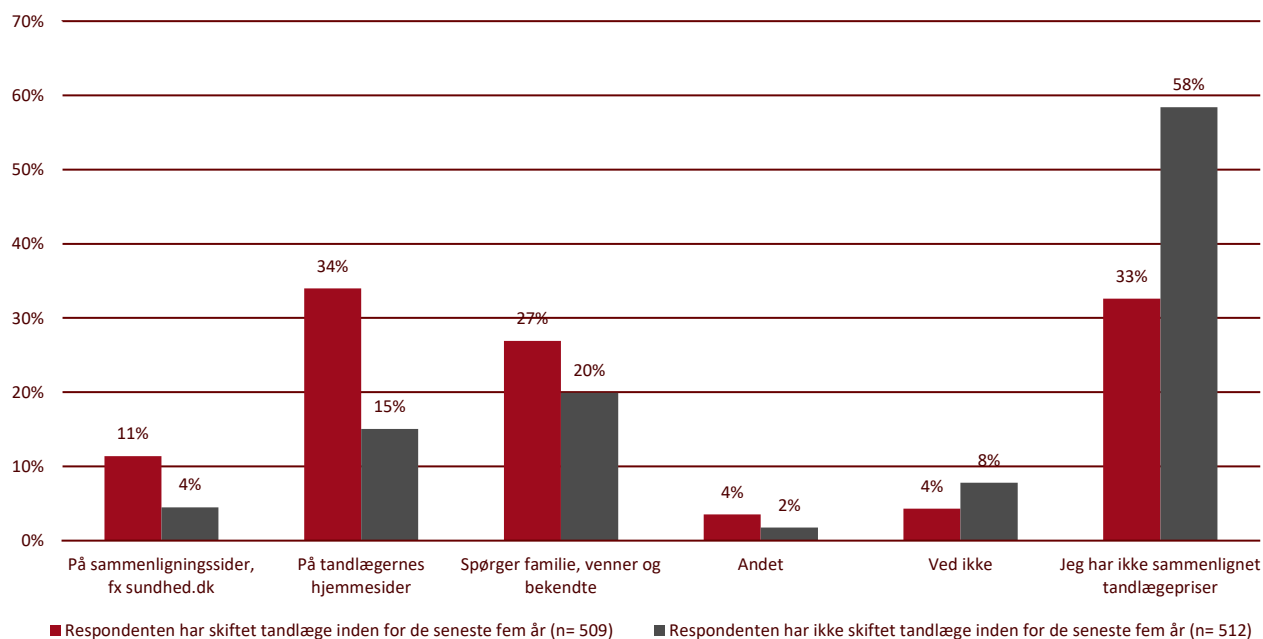
Anm: Omfatter kun respondenter, der har sammenlignet priser mellem deres nuværende og andre tandlæger inden for de sidste fem år.

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. Arbejdsgruppen vurderer på denne baggrund, at der er 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. Tandlægeklinikkerne 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. Sundhed.dk, som er det mest effektive prissammenligningsværktøj, anvendes dog kun sjældent af patienterne, jf. figur 1.11. Dette gælder også for de aktive patienter. Det taler yderligere for, at prisoplysninger og prissammenligningsredskaber bør gøres mere tilgængelige for patienter, eksempelvis når de vælger tandlæge, se også afsnit 1.5.2 nedenfor om den digitale tandlægevælger.

Figur 1.11

Hvor sammenligner du din nuværende tandlæges priser med andre tandlægers priser? (n= 1021)



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

Når patienterne aktivt afsøger markedet for den bedste pris, bidrager patienterne til at understøtte en effektiv konkurrence, som i sidste ende kommer dem selv og andre patienter til gode. Formålet med at gøre pris og kvalitet mere gennemsækeligt for patienterne er således ikke at opfordre patienterne til hyppigere tandlægeskift. Arbejdsgruppen vurderer dog, at det vil være hensigtsmæssigt, hvis patienterne oftere undersøger, om det vil være en fordel for dem at skifte tandlæge. Formålet med at gøre pris og kvalitet mere gennemsækeligt for patienterne er i den forbindelse at sikre, at patienterne har det bedst mulige grundlag for at træffe det rette valg. Det er med andre ord ikke afgørende, om patienten eksempelvis vægter tillid eller pris højest, men at patienterne kan træffe deres valg på et oplyst grundlag. Det bemærkes hertil, at alene muligheden for fx et billigere alternativ kan have en konkurrenceforbedrende effekt på markedet, uanset om patienten rent faktisk vælger at skifte tandlæge.

Kvaliteten af tandlægers arbejde er vanskelig for patienterne at vurdere. Kvaliteten kan overordnet 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 tandlæger.⁵⁶

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 forhold til tandlægen. Dette er en vigtig parameter, men har ofte lav eller ingen sammenhæng med andre kvalitetsparametre, ligesom der kun er lav sammenhæng mellem den tekniske og procesorienterede kvalitet.⁵⁷

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 patienterne 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 tandlægeområdet.⁵⁸ I EU-forskningsprojektet ADVOCATE under Horizon 2020-programmet arbejdede forskere på tværs af EU på at udvikle dataindsamlingsmetoder, der skal øge gennemsigtigheden i markedet på tandlægeområdet. Det er således muligt, at øget dataindsamling kan sikre patienterne et bedre sammenligningsgrundlag for kvaliteten af den enkelte tandlæges arbejde.

Den lave prisbevidsthed gennemgået ovenfor 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, jf. figur 1.12. Det er desuden kun få patienter, der sammenligner kvaliteten hos tandlæger. Det gælder også de aktive patienter, som havde skiftet tandlæge.

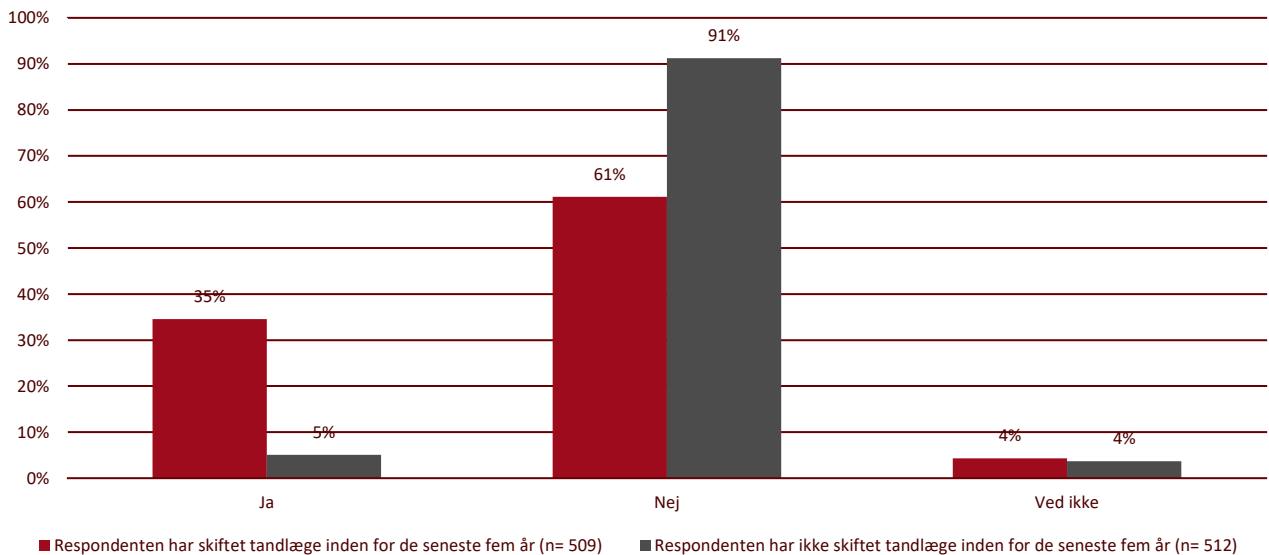
⁵⁶ Abrams, Richard A., Curt S. Ayers, and Mary Vogt Petterson. "Quality assessment of dental restorations: a comparison by dentists and patients", *Community dentistry and oral epidemiology* 14.6 (1986): 317-319.

⁵⁷ Bader, James D. "Challenges in quality assessment of dental care." *The Journal of the American Dental Association* 140.12 (2009): 1458-1464.

⁵⁸ Baådoudi, F., et al. "Improving oral healthcare: towards measurement?." *British dental journal* 221.9 (2016): 547.

Figur 1.12

Har du sammenlignet kvaliteten mellem din nuværende og andre tandlæger inden for de sidste 5 år? (n= 1021)

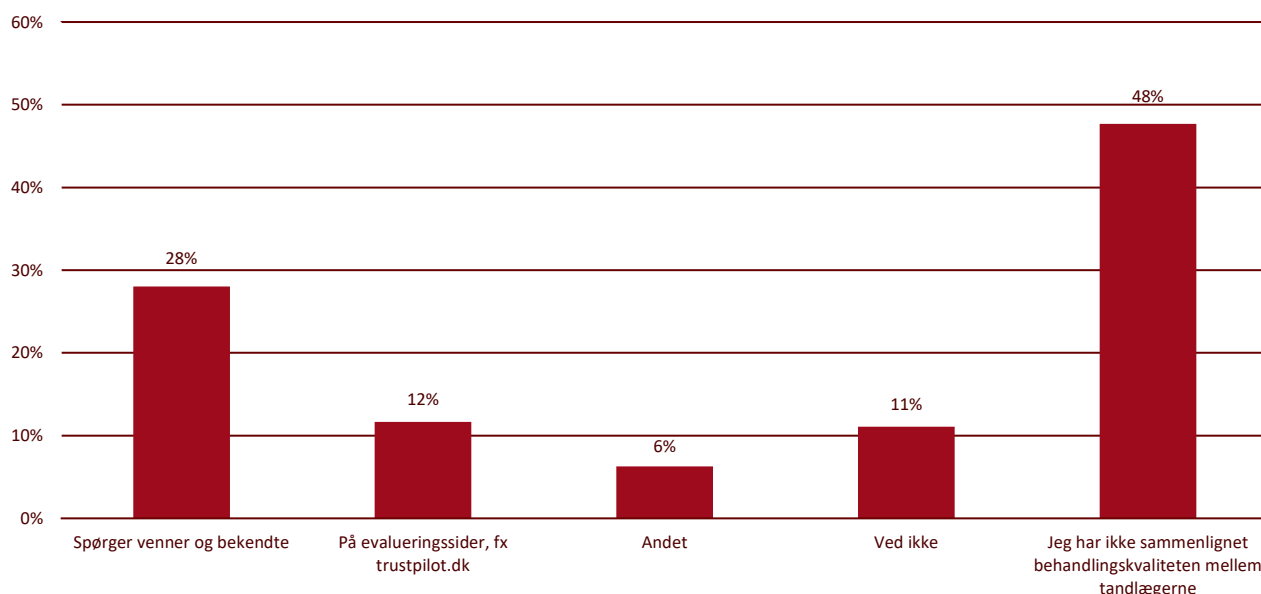


Kilde: Brugerundersøgelse foretaget af Wilke på vegne af Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen.

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. Patienterne anvender i stedet anbefalinger, enten gennem anmeldelsessider eller fra venner og bekendte som udgangspunkt for at sammenligne kvaliteten mellem forskellige tandlæger jf. figur 1.13 nedenfor.

Figur 1.13

Hvor sammenligner du behandlingskvaliteten hos din nuværende tandlæge med behandlingskvaliteten hos andre tandlæger? (n= 1021)



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 patienterne måske ser en høj pris som en indikator for kvalitet, hvilket også vil svække konkurrencen på markedet og fordyre behandlingerne unødigt.

1.5.2. Den digitale tandlægevælger

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen gennemførte i 2016 et forsøg i samarbejde med Roskildes Kommunale Tandpleje, som havde til formål at undersøge mulighederne for at aktivere prisbevidstheden blandt unge i deres overgang til voksentandplejen. Som led i forsøget udviklede Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen og Roskildes Kommunale Tandpleje "den digitale tandlægevælger", som gav brugeren mulighed for at sammenligne lokale tandlæger i Roskilde Kommune efter to kriterier; beliggenhed og pris.⁵⁹

Det er almindelig praksis, at den kommunale tandpleje sender unge en oversigt over private tandlæger i kommunen, når de fylder 18 år. Den digitale tandlægevælger i forsøget adskiller sig dermed ved, at den gruppe unge der deltog, *undersøgelsesgruppen*, tilmed fik oplysninger om

⁵⁹ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, "Aktive forbrugere – Prisbevidsthed blandt unge i deres valg af tandlæge", (2017)

priser på relevante ydelser (fjernelse af visdomstand og lokalbedøvelse).⁶⁰ For at danne et sammenligningsgrundlag, blev der udvalgt en anden gruppe unge, *kontrolgruppen*, som skulle vælge tandlæge efter den traditionelle procedure, dvs. et brev via posten. Der var betydelige forskelle i priserne på de relevante ydelser hos de forskellige tandlæger i Roskilde Kommune i løbet af forsøgsperioden. Prisen for en lokalbedøvelse ved den dyreste tandlæge var 79 pct. højere, end for den billigste tandlæge⁶¹, mens en fjernelse af en visdomstand var 161 pct. dyrere hos den dyreste tandlæge sammenlignet med den billigste⁶². Disse store prisspænd er ikke særligt for Roskilde Kommune, men ses generelt i flere kommuner, jf. afsnit 1.2.1 ovenfor.

Den digitale tandlægevælger aktiverer prisbevidstheden blandt unge, hvilket kommet til udtryk ved, at ca. 14 procentpoint flere unge træffer deres valg med afsæt i pris, når de får adgang til prisoplysningerne. Det er fortsat anbefalinger fra familie og venner, der er den vigtigste årsag blandt størstedelen af de unge i begge grupper. For de unge i undersøgelsesgruppen, der fortsat vælger tandlæge efter anbefaling fra eksempelvis forældrene, er der tale om, at prisoplysningerne enten understøtter deres valg, eller at de er villige til "at betale" for den tryghed, der ligger i anbefalingen. Begge dele er udtryk for, at de unger træffer et mere oplyst valg, når de bliver præsenteret for den digitale tandlægevælger.

De unge i undersøgelsesgruppen sparede i gennemsnit 57 kr. på en lokalbedøvelse og 558 kr. på fjernelse af en visdomstand sammenlignet med kontrolgruppen. Det svarer til en besparelse på henholdsvis 24 pct. og knap 37 pct. Der er således potentiale for besparelser, hvis man formår at aktivere prisbevidstheden blandt unge. Lignende besparelser må forventes at gøre sig gældende, hvis man formår at aktivere prisbevidstheden blandt andre aldersgrupper – eksempelvis voksne, der har indgået i voksentandplejen i længere tid.

Gennem *Aftale om finansloven for 2022* blev den daværende S-regering, Socialistisk Folkeparti, Radikale Venstre, Enhedslisten, Alternative og Kristendemokraterne enige om at indføre en digital tandlægevælger.⁶³ Aftalen er videreført med finansloven for 2024.⁶⁴ Det fremgår af finansloven for 2024, at en digital tandlægevælger skal sikre, at man let kan vælge tandlæge ved flytning og ved overgangen fra børne- og ungdomstandplejen til voksentandplejen. Ligeledes skal en digital tandlægevælger gøre det lettere for borgere at basere deres valg på basis af en pris-sammenligning, hvilket kan styrke priskonkurrencen mellem tandlægerne til gavn for alle borgere.⁶⁵

Det forventes, at indførelsen af en digital tandlægevælger kan bidrage til at lempe visse barrierer for aktive patienter, eksempelvis sammenligning af priser på forskellige ydelser. Det forudsætter dels, at patienterne bliver eksponeret for valgmulighederne dels, at priserne opgøres på en overskuelig måde, som gør det let for patienten, at overskue priserne og ydelserne. Flere aktive patienter, som træffer oplyste valg, kan styrke konkurrencen på markedet til gavn for patienterne og samfundet som helhed.

⁶⁰ De relevante ydelser blev valgt ud fra to hensyn; i) Der skal være tale om behandlinger som 18-25-årige typisk får foretaget og ii) det skal være *frie ydelser*, dvs. ydelser, hvor tandlægerne selv kan fastsætte priserne.

⁶¹ Priserne på lokalbedøvelse lå mellem 168-300 kr.

⁶² Priserne på fjernelse af visdomstand lå mellem 900-2.350 kr.

⁶³ Aftale om finansloven for 2022, [Aftale om finansloven for 2022](#)

⁶⁴ Finansloven for 2024, [Finansloven for 2024](#)

⁶⁵ Faktaark, Gratis tandlæge til unge, december 2021, [Faktaark, december 2021](#)

1.6. 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
- Juridiske rammer for opgaveglidning

Et centralt element er her arbejdsdelingen mellem faggrupper i voksentandplejen, 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 1.6.3.

Samlet set konkluderes følgende:

- Der er ikke væsentlige hindringer i lovgivningen for opgaveglidning mellem faggrupper i voksentandplejen, som ikke afspejler velbegrundede hensyn til hhv. patientsikkerhed og fortrolig omgang med journaloplysninger m.v.
- Hvorvidt en fællesydelse (ydelse som både kan udføres selvstændigt af tandlæger og tandplejere) udføres af en tandlæge eller en tandplejer i privat tandlægepraksis afhænger af patientens objektive og subjektive behov, effektivt arbejdetilrettelæggele mm. Det er derfor ikke muligt i data at opgøre, om der er potentiale for en mere udbredt opgaveglidning fra fx tandlæge til tandplejer i private tandlægepraksisklinikker.
- Det forventes, at klinikejerne i det omfang det er muligt anvender det personale, der sikrer den mest effektive klinikdrift både ud fra faglige og økonomiske hensyn.

1.6.1 Arbejdsstyrken

Tabel 3

Faggrupper i den danske tandpleje

Faggruppe	Uddannelse	Længde	Autorisation ¹	Antal (2021)
Klinisk tandtekniker	Professionsbacheloruddannelse ⁴	3 ½ år	Ja	347
Tandklinikassistent	Erhvervsuddannelse	3 ½ år	Nej	7.908
Tandlæger		>5 år	Ja	4.911
- uden speciale	Kandidatuddannelse	5 år ²	Ja	4.655
- specialtandlæge, ortodonti	Postgraduat uddannelse	3 år	Ja	170
- specialtandlæge, TMK ³	Postgraduat uddannelse	5 år	Ja	86
Tandplejer	Professionsbacheloruddannelse	3 år	Ja	2.885
I alt				16.051

Kilde: Bevægelsesregisteret 2021 (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.
4. Uddannelsen i klinisk tandteknik blev i 2023 ændret fra at være en erhvervsakademiuddannelse på to år til en professionsbacheloruddannelse af 3,5 års varighed.

Det fremgår af Tabel 3, at den specifikt uddannede arbejdsstyrke inden for tandplejen i 2021 udgjorde knap 16.000 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 3 rent faktisk udfører tandplejeopgaver, da de fx også kan være varetage undervisningsmæssige eller administrative opgaver.

Det fremgår af Tabel 3, at der i 2021 var under dobbelt så mange tandlæger (4.911) som tandplejere (2.885) i Danmark. Tandklinikassistenter udgør samtidig den største faggruppe i tandplejen med cirka 8.000 personer. Det fremgår også af tabellen, at i alt 256 tandlæger har en specialtandlægeuddannelse, hvoraf 66 pct. er specialtandlæger i ortodonti (tandregulering).

Tabel 3 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 4**Faggrupper i den danske tandpleje 2021 – Sektoropdelt ud fra beskæftigelsesstatus**

Faggruppe	Den offentlige sektor			Den private sektor			Total	% privat
	Kommune	Andre	Samlet	Praksis	Andre	Samlet		
Klinisk tandtekniker	13	6*	19*	142	176*	318*	337*	94,4%
Tandklinikassistent	2.220	499	2.719	3.060	1.887	4.947	7.666	64,5%
Tandlæger	965	357*	1.322*	3.167	398	3.565	4.887	72,9%
Tandplejer	673	184	857	1.565	406	1.971	2.828	69,7%
I alt	3.871	1.046	4.917	7.934	2.867	10.801	15.718	68,7%

Kilde: Som Tabel 3. Indeholder kun beskæftigede personer i faggruppen.

* Data diskretioneret 1-4.

Tabel 4 viser antallet af beskæftigede inden for faggrupperne i tandplejen fordelt på sektorer. Det fremgår heraf, at størstedelen af faggrupperne er privat ansat – samlet set omtrent to tredjedele af de cirka 16.000 beskæftigede i tandplejen.

Beskæftigelsen er hovedsageligt forankret i henholdsvis kommunerne og tandlægepraksis. Cirka 90 pct. af privatansatte tandlæger (og 65 pct. af alle beskæftigede tandlæger i Danmark) arbejdede i privat tandlægepraksis i 2021.

Samlet set arbejdede cirka 50 pct. af alle beskæftigede personer i Tabel 4 i tandlægepraksis i 2021.

Tabel 5**Udvikling i antal tandlæge- og tandplejerpraksis (antal ydrenumre), 2014-2023**

Praksisområde	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Ændring
Tandplejere	24	26	31	33	34	37	38	37	36	40	66,7%
Tandlæger	2.050	1.957	1.893	1.846	1.752	1.694	1.643	1.595	1.539	1.483	-27,7%
I alt	2.074	1.983	1.924	1.879	1.786	1.731	1.681	1.632	1.575	1.523	-26,6%
% tandplejer	1,16%	1,31%	1,61%	1,76%	1,90%	2,14%	2,26%	2,27%	2,29%	2,63%	126,4%

Kilde: CSC Scandihealth & Danske Regioner (Sundhedsdatastyrelsen). Antallet af praksis er opgjort pr. 1. januar i det pågældende år.

Tabel 5 viser udviklingen af antallet af praksis inden for voksentandplejen for henholdsvis tandlæger og tandplejere i perioden 2014-2023. Det fremgår heraf, at antallet af tandplejerpraksis udgør 2,6 pct. af den samlede kapacitet på området i 2023. Antallet af tandlægepraksis er faldet med 567 i perioden, et fald på cirka 28 pct.

1.6.2 Autorisations- og virksomhedsforhold

For tre af faggrupperne i Tabel 3 – 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. 122 af 24. januar 2023. Som udgangspunkt indebærer autorisation en titelbeskyttelse, jf. autorisationslovens § 1, stk. 2, dvs. at det er strafbart for andre end dem, der har autorisation, at benytte den pågældende faggruppes 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 sundhedsfaglige organisatoriske 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:

Tabel 6

Tandlæger (§ 49)	<i>Stk. 1.</i> Tandlægevirksomhed omfatter forebyggelse af instrumentel og medikamentel art, diagnostik 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)	<i>Stk. 4.</i> 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. <i>Stk. 5.</i> 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. <i>Stk. 6.</i> Tandlægers og lægers virksomhed berøres ikke af bestemmelserne i stk. 3-5.
Tandplejere (§ 65)	<i>Stk. 4.</i> Virksomhed som tandplejer omfatter patientundersøgelse, fjernelse af hårde tandbelægninger og rodafglatning, pudsning og polering af tandrestaureringer, herunder fjernelse af fyldningsoverskud, 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 og fluoridbehandling og fissurforsøgling på tænder med caries, som kræver nonoperativ cariesbehandling. <i>Stk. 5.</i> Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte regler om udøvelse af virksomhed som tandplejer, jf. stk. 4, og om afgrænsning heraf. <i>Stk. 6.</i> Tandlægers virksomhed berøres ikke af bestemmelserne i stk. 3-5.

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 tandteknikeres 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.

1.6.3 Snitflader mellem tandlæger og tandplejere

1.6.3.1 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 rodafglatning, pudsnings og polering af tandrestaureringer, herunder fjernelse af fyldningsoverskud, samt anlæggelse af infiltrationsanalgesi (lokalbedøvelse). Virksomhed som tandplejer omfatter endvidere instrumentel fjernelse af bløde tandbelægninger samt afpudsnings af tænderne og indsætning og aftagning af tandreguleringsapparat og fluoridbehandling og fissurforsøgling på tænder med caries, som kræver nonoperativ cariesbehandling.

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

Det følger af bekendtgørelsen, at tandplejeren skal henvises 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 tandplejerens virksomhedsområde. Henvisning vil ske skriftligt. Såfremt patienten er omfattet af ovenstående skal behandling udføres i overensstemmelse med den 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 tandplejerens virksomhedsområde.

1.6.3.2 Tandfaglige behandlingsydelser der selvstændigt kan udføres af både tandlæger og tandplejere

Tandfaglige behandlingsydelser der selvstændigt kan udføres af både tandlæger og tandplejere er afgrænset af autorisationslovens bestemmelser vedrørende tandlæger og tandplejeres selvstændige virksomhedsområde. Afgrænsningen omhandler dels selve indholdet af behandlingsydelsen og dels forhold omkring den patient der skal modtage behandlingsydelsen jvf. kapitel 1.6.2 og 1.6.3.

I tabel 7 er vist statistik vedr. tandfaglige behandlingsydelser med regionalt tilskud registreret ved ydrenumre for praktiserende tandlæger og som kan udføres selvstændigt af både tandlæger og tandplejere (fællesydelser).

Tabel 7

Ydelse	Ydelse nr	Antal 2023	Udgifter 2023
Diagnostisk grundundersøgelse	1112, 1113	267.659	28.093.441
Statusundersøgelse	1114, 1115	1.940.861	189.353.760
Fokuseret undersøgelse	1116	1.560.084	118.393.662
Bitewings - røntgen ved undersøgelse	1150, 1152, 1153,	946.265	66.005.246
Røntgen	1300	1.518.132	Ingen tilskud
Almindelig tandrensning	1301, 1302	2.682.697	306.313.051
Individuel forebyggende behandling	2920	1.083.591	99.321.219
Parodontal undersøgelse og diagnostik	1415	92.029	24.216.550
Udvidet tandrensning	1425	940.450	148.668.545
Tandrodsrensning	1431	1.082.933	217.595.037

Kilde: sygesikringsregistret

I tandlægepraksis kan en hensigtsmæssig fordelingen af tandfaglige ydelser der selvstændigt kan udføres af både tandlæger og tandplejer (fællesydelser) afhænge af faktorer der knytter sig dels til lokal effektiv arbejdstilrettelæggelse og dels til hensyntagen til den enkelte patients objektive og subjektive behandlingsbehov og planlægning af et smidigt behandlingsforløb. Herunder at undgå dobbeltundersøgelse af patienter.

I kapitel 1.6.1 fremgår det, at cirka 70 % af det totale antal beskæftigede tandlæger og tandplejere arbejder i den private sektor herunder langt hovedparten i privat praksis. En ukendt andel af ydelserne i tabel 7 vil være udført af tandplejere ansat i private tandlægepraksis og det er ikke muligt at opgøre om, der er potentiale for en mere udbredt opgaveglidning fra tandlæge til tandplejer i privat tandlægepraksis.

Den organisatoriske struktur af privat praksis har indflydelse på de muligheder der er for fordeling af målgrupper af patienter og tandfaglige behandlingsydelser mellem tandlæge og tandplejer. Langt hovedparten (97%) af private tandlægeklinikker i Danmark har et tandlægeyder-nummer. Det må heraf afledes at tandplejere beskæftiget i privat praksis overvejende vil være ansat på en klinik hvor, der både er tandlæger og tandplejere der fungerer i et team. Når tandlæger og tandplejere fungerer i et team vil en fordeling af patienter kunne koordineres mellem patienter, der enten skal eller forventeligt mest hensigtsmæssigt ses af en tandlæge og patienter der mest hensigtsmæssigt i forhold til effektiv arbejdstilrettelæggelse kan tilses af en tandplejer. I små praksisenheder hvor der på matriklen kun er en praktiserende tandlæge og ingen

tandplejer vil opgaveglidning fra tandlæge til tandplejer kun være mulig hvis patienten henvises til en praktiserende tandplejer. Aktivitetsdata fra sygesikringsregistret for praktiserende tandplejeres ydelsesnummer "1181 Undersøgelse af henvist patient fra tandlæge" ses at mellem 0-4 patienter pr år er i perioden 2009-2023 er henvist fra en praktiserende tandlæge til en praktiserende tandplejer.

Strukturelle forhold, der kan understøtte en opgaveglidning fra tandlæge til tandplejer, kan være værktøjer, der kan bidrage til danne en overblik over patientgrupper med forskellig tandbehandlingsbehov for tandplejepersonalet. Sundhedsstyrelsens Nationale kliniske retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen vejleder tandplejen i at tilrettelægge intervaller mellem diagnostiske undersøgelser efter patientens individuelle behov. Sundhedsstyrelsens indkaldeintervalmodel tager udgangspunkt i, at længden af undersøgelsesintervallet kan fastsættes på baggrund af patientens aktuelle sygdomsstatus, sammenholdt med patientens risiko for at udvikle ny sygdom. Ud fra disse præmisser inddeles patienterne i henholdsvis et grønt, et gult og et rødt spor. Rationalet bag konceptet er, at "grønne" patienter, der er klinisk sunde og klassificeres som værende i lav risiko for udvikling af ny sygdom, kan få forlænget deres undersøgelsesinterval op til to år, hvorimod "gule" og "røde" patienter med aktiv sygdom og kendte risikofaktorer bør følges professionelt med kortere intervaller for justering af risikofaktorerne, indtil sygdomsprogressionen er under kontrol. Klassifikationen af patienter i grøn, gul og rød kategori tjener flere formål. Det er et vigtigt kommunikationsværktøj der tillader alle medlemmer af tandplejeteamet at danne sig et hurtigt indtryk af patientens aktuelle sygdomskategori og tandfaglige behandlingsbehov og kan inddrages i vurderingen af om en patient mest hensigtsmæssigt følges af en tandlæge eller en tandplejer. Sunde patienter i grøn kategori vil kunne følges af en tandplejer. Røde patienter med risikofaktorer, der er vanskelig at ændre, som kan have generelle medicinske tilstande, øget risiko for komplikationer eller et komplekst behandlingsbehov, kan ligge udenfor for tandplejerens virksomhedsområde og her bør foretages en individuel vurdering. Patienter i gul kategori med risikofaktorer, der kan ændres, vil efter en individuel vurdering kunne følges af både tandlæger og tandplejere. Herud over inddrages patientens egne ønsker vedr. valg af behandler i tandpraksis.

1.6.3.3 Tandplejeres journalføring og journalopbevaring

Tandplejeres journalføring er reguleret i bekendtgørelse nr. 713 af 12. juni 2024 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføringsbekendtgørelsen).

Styrelsen for Patientsikkerhed har desuden udstedt vejledning nr. 9389 af 14. juni 2024 om journalføring på det tandfaglige område.

Overdragelse ved køb og salg af klinikker

Det følger forudsætningsvist af journalføringsbekendtgørelsens § 41 stk. 1, at overdragelse af patientjournaler i forbindelse med et salg eller anden overdragelse af klinikken kun kan ske inden for samme faggruppe:

"Når et behandlingssted, hvor privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner udfører sundhedsfaglig behandling, overdrages til fortsat drift inden for samme faggruppe, skal patientjournalerne fra behandlingsstedet overdrages til den, der har overtaget behandlingsstedet, jf. dog stk. 3-5."

Overdragelse af praksis mellem tandlæger og tandplejere til fortsat drift sker dog efter reglen i § 41, stk. 4:

"Stk. 4. Ved overdragelse af praksis mellem tandlæger og tandplejere til fortsat drift, skal patientjournalerne overdrages til den, der har overtaget praksis. Patienten skal orienteres om overdragelsen af journalen, og patienten kan tilkendegive, at denne ikke ønsker, at vedkommendes patientjournal overdrages."

Denne bestemmelse blev indført fra den 1. juli 2021 på baggrund af en ændring af autorisationsloven § 25, stk. 4, hvorefter journalen for tandlæger og tandplejere kan overdrages på tværs af disse faggrupper til videre opbevaring. Det fremgår af lovbemærkninger, at der bl.a. ønskes en lettere arbejdsgang i forhold til disse to typer af klinikker.

En automatisk overtagelse af patientjournaler i forbindelse med overtagelse/køb af klinikker m.v. kunne tidligere inden for tandbehandlingsområdet kun lade sig gøre, ved at journalerne blev overdraget fra tandplejer til tandplejer eller fra tandlæge til tandlæge med henblik på videre opbevaring.

Overdragelse af journal med patientens samtykke til videre opbevaring

Overdragelse med patientens samtykke uden at dette sker ved praksisophør eller praksisoverdragelse er fastlagt i bekendtgørelsens § 46, stk. 1 og 2, og kan kun ske fra tandlæge til tandlæge eller fra tandplejer til tandplejer.

Det fremgår af § 46, stk. 1, at hvis en patient vælger et andet behandlingssted inden for samme faggruppe, uden at dette sker ved praksisophør eller praksisoverdragelse, skal patientjournalen, hvis patienten giver sit samtykke hertil, overdrages til det nye behandlingssted til fortsat opbevaring indtil udløbet af opbevaringsperioden, jf. § 35.

Det fremgår videre af § 46, stk. 2, at en tandplejerpraksis med patientens samtykke skal overdrage en patientjournal, som tandplejerpraksissen opbevarer efter overdragelse fra en tandlægepraksis, jf. § 41, stk. 5. En tandlægepraksis skal tilsvarende med patientens samtykke overdrage en patientjournal, som tandlægepraksissen opbevarer efter overdragelse fra en tandplejerpraksis, jf. § 41, stk. 5.

Forskellen på journalopbevaringsreglerne og reglerne om videregivelse af oplysninger fra patientjournalen i forbindelse med behandling

Begrebet "overdragelse" af patientjournaler efter lovgivningen indebærer at overlevere den originale fulde patientjournal til videre opbevaring efter reglerne.

Begrebet "videregivelse" af patientjournaloplysninger skal forstås som den almindeligt forekommende situation, at sundhedspersoner udveksler oplysninger fra patientjournalerne til

brug for eksempelvis den videre behandling af patienten. I en sådan situation er den sundhedsperson/det behandlingssted, som er i besiddelse af oplysningerne, forpligtet efter autorisationslovens § 17 til at videregive alle de nødvendige oplysninger, så patienten rettidigt kan modtage korrekt behandling. Se nærmere om det i næste afsnit.

Generelt om videregivelsesreglerne

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. sundhedslovens § 42, stk. 1.

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.

Sundhedspersonen kan endvidere ved opslag i elektroniske systemer indhente oplysninger til brug for patientbehandlingen, jf. sundhedslovens § 42 a og til brug for andre formål end behandling efter reglen i sundhedslovens § 42 d.

1.6.3.4 Tandplejeres mulighed for at modtage eller tilgå oplysninger om en patient

Tandplejerne ønsker, at det fremadrettet bliver muligt for dem som tandplejere at dele patientjournaler med tandlæger, således at tandplejere i en selvstændig privat tandplejevirksomhed "automatisk" kan få adgang til den journal, som en tandlæge (i sin selvstændige private virksomhed) fører for samme patient.

Danske Tandplejere har desuden oplyst at de oplever udfordringer i forbindelse med overdragelse af journaler fra tandlægeklinikker til tandplejerklinikker, og de ønsker overdragelsesreglerne i journalføringsbekendtgørelsen ændret.

Styrelsen for Patientsikkerhed har derfor afholdt møder med KL, Danske tandplejere og Tandlægeforeningen.

Styrelsen for Patientsikkerhed skulle afdække, hvad der ligger til grund for de udfordringer, som Danske Tandplejere oplever, i forbindelse med overdragelse af journalkopier mellem de to faggrupper. Styrelsen skulle endvidere afdække, hvorvidt det er den 10-årige opbevaringspligt, som Danske Tandplejere ønsker overdraget, herunder formålet med at få denne. Herefter skulle styrelsen, evt. i samarbejde med ministeriet, understøtte og smidiggøre journaloverdragelserne fx ved opdatering af vejledninger.

Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering af den rejste overdragelsesproblematik for patientjournaler

Der er ikke fremkommet konkrete oplysninger om større generelle udfordringer, som aktuelt juridisk eller praktisk i væsentligt omfang hindrer, at de selvstændigt praktiserende tandplejere

kan få eller ikke får de nødvendige oplysninger fra tandlægerne i forhold til behandling af deres patienter.

Der ses derfor ikke behov for at ændre reglerne i forhold til overdragelse af patentjournaler. Udvekslingen af oplysninger kan og skal ske efter de gældende videregivelsesregler i sundhedsloven ligesom det gælder for alle andre faggrupper i sundhedsvæsenet. Styrelsen for Patient-sikkerhed understøtter, at det tydeliggøres over for tandlægerne, at de som udgangspunkt kan og skal videregive kopi af samtlige journaloplysninger til privatpraktiserende selvstændige tandplejere, når patienten vælger en sådan.

Styrelsen har som opfølgning derfor besluttet at indsætte følgende afsnit i punkt 7.1. om videregivelse af journaloplysninger i vejledning om journalføring på tandfaglige område for at tydeliggøre og understøtte, at tandlægerne almindeligvis kan og skal videregive en fuld kopi af deres oplysninger i patientjournalen til selvstændig praktiserende tandplejer:

"Særligt om videregivelse af journaloplysninger fra tandlæge til selvstændig praktiserende tandplejer

Når en tandplejer får en patient i behandling, skal der som udgangspunkt videregives en kopi af hele journalen fra den tandlæge, som har eller har haft patienten i behandling, så tandplejeren har de fornødne oplysninger for at kunne varetage behandlingen af patienten fremadrettet. Det gælder både, når en tandplejer rekvirerer oplysninger fra en tandlæge om en patient, eller når en tandlæge videregiver journaloplysninger som led i, at patienten overgår til en tandplejer. Tandplejeren har således som altovervejende hovedregel rent sundhedsfagligt brug for samtlige oplysninger fra journalen hos tandlægen".

De gældende regler om videregivelse og indhentning i relation til tandplejernes virksomhed beskrives nedenfor.

Videregivelse af oplysninger

De gældende regler i sundhedsloven indebærer, 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.

Sundhedsloven giver således på lige fod med andre autoriserede sundhedspersoner tandplejeren på egen klinik adgang til de fornødne oplysninger fra eksempelvis en tandlægeklinik eller kommunal tandpleje.

Tandlægen vil være forpligtet til at udlevere disse oplysninger til brug for god og sikker patientbehandling.

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 ikke findes et fælles patientjournalssystem i den private tandlæge-/tandpleje-branchen (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-branchen, vil tandplejere få adgang til at indhente oplysningerne direkte i tandlægens elektroniske patientjournal efter sundhedsloven § 42 a, stk. 1. En sådan ordning skal samtidig overholde databeskyttelsesforordningens regler om behandlingsikkerhed.

1.6.3.5 Tandplejeres adgang til Det Fælles Medicinkort (FMK)

Tandplejere, både de selvstændige og de som er ansat på tandlægeklinikker, i den kommunale omsorgstandpleje eller på sygehuse, kan få adgang til en borgers medicinoplysninger i FMK, når de på delegation af en tandlæge udfører behandlinger inden for tandlægers virksomhedsområde og i den sammenhæng får delegeret opslag i FMK.

Tandplejere kan derudover efter indhentelse af samtykke fra patienten rekvirere de nødvendige medicinoplysninger fra patientens tandlæge.

I medfør af § 1 i bekendtgørelse nr. 191 af 27. februar 2024 om adgang til og registrering m.v. af lægemiddel- og vaccinationsoplysninger, er formålet med at registrere lægemiddeloplysninger, at give sundhedspersoner adgang til borgernes oplysninger med henblik på at sikre kvaliteten, sikkerheden og effekten af borgerens behandling i sundhedsvæsenet.

Tandplejeres selvstændige adgang til FMK vil efter Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering ligge inden for bekendtgørelsens formål. Patientsikkerheden vil desuden højnes for de komplekse patienter, idet patienterne hurtigere vil kunne komme i behandling hos tandlægen og dermed undgå forværring af deres almene helbredstilstand, spredning af infektion fra mundhulen til øvrige dele af kroppen og undgå tandtab.