

Finansministeriet
Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Økonomi- og Erhvervsministeriet

Rapport vedr. konkurrencebegrænsende love og regler på tandområdet

Juni 2004

Forord

Baggrund for evalueringen

Regeringens Økonomiudvalg har som led i regeringens strategi "Vækst med vilje" samt regeringens handlingsplan for regelforenkling og administrative lettelser truffet beslutning om igangsættelse af en række analyser om konkurrencebegrænsende regler, herunder en nærmere analyse af konkurrencebegrænsende love og regler vedrørende priskonkurrencen på tandområdet. Årsagen er, at en række forhold tyder på, at det er dyrere at få sine tænder behandlet hos en tandlæge i Danmark end i bl.a. vores nabolande.

Området for tandbehandling- og pleje reguleres af Indenrigs- og Sundhedsministeriet gennem bl.a. lov om tandpleje, sygesikringsloven og autorisationsordninger for tandlæger og tandplejere.

En tandlæge, som har opnået autorisation, kan frit starte egen praksis. Der er således ikke fastsat antalmæssig begrænsning i nedsættelsesretten, som det kendes for andre professioner på sygesikringsområdet. Som udgangspunkt ydes et offentligt tilskud på 40 pct. af de takster, som er fastsat i overenskomsten mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Dansk Tandlægeforening, jf. bkg. om tilskud efter sygesikringsloven til tandpleje.

For så vidt angår den forebyggende og behandlende tandpleje, som er omfattet af overenskomsten, må den enkelte tandlæge ikke selv fastsætte sin pris. Det er derfor ikke muligt at konkurrere på prisen for disse behandlinger. Det er der som hovedregel alene adgang til for behandlinger, som ikke er tilskudsberettiget efter sygesikringen, hvilket f.eks. gælder tandregulering og tandprotetik.

I denne rapport vil det blive undersøgt, om de danske tandlægepriser er højere end i de omkring liggende lande. Rapporten vil anbefale, i hvilken udstrækning den offentlige regulering kan ændres, således at konkurrencen fremmes, uden at de offentlige udgifter øges.

Indholdsfortegnelse:

1. Beskrivelse af området og de nuværende forhold på tandområdet
 - 1.1. Regelgrundlag
 - 1.2. Historie
 - 1.3. Tal for praksissektorens betydning
2. Problemstilling
 - 2.1. Bagvedliggende hensyn
 - 2.2. Indikatorer på manglende priskonkurrence på tandområdet
 - 2.3. Hvordan begrænser reglerne konkurrencen
3. Internationale erfaringer
 - 3.1 Sammenligning af priser på tandlæge-ydelser i Danmark, Sverige, Norge, England og Tyskland.
 - 3.2 Tiltag i andre lande til at øge prisgennemsigtigheden på tandlæge-ydelser
4. Forslag til at øge priskonkurrencen på tandlægeydelser
 - 4.1. Ny overenskomst på tandområdet
 - 4.2. Forslag om skærpelse af krav om offentliggørelse af oplysninger på internettet
 - 4.3. Etablering af mulighed for tandplejere til at modtage offentligt tilskud til forebyggende tandpleje.?
 - 4.4. Øget priskonkurrence - Indførelse af maksimalpriser på de takst-fastsatte ydelser på tandområdet.
5. Indstilling

1. Beskrivelse af området og de nuværende forhold på tandområdet – privat praksis

1.1. Regelgrundlaget

Regulering af tandlægehjælp i Danmark er fastsat ved lov, jf. lovbe- kendtgørelse nr. 509 af 1. juli 1998 om offentlig sygesikring. Loven er en rammelov, som bemyndiger indenrigs- og sundhedsministeren til at udstede nærmere regler.

Hvem er omfattet af loven?

Loven sikrer, at enhver, der har bopæl i landet, har ret til tandlægebe- handling.

Der er dog visse undtagelser. Således er børn og unge op til 18 år ikke omfattet af loven. De er i stedet omfattet af tilbud om kommunal tand- pleje¹. Ligeledes er personer, der ønsker at modtage tilbud om om- sorgstandpleje, også undtaget.

Endvidere gælder der en særlig tandplejeordning for visse sindsliden- de, udviklingshæmmede, personer med manglende tandanlæg m.fl. samt personer med sjældne sygdomme og handicap, der giver anled- ning til specielle problemer i tænder, mund eller kæber. For disse per- soner gælder der en særlig amtstandplejeordning, der betyder, at de omhandlede ikke er omfattet af den almindelige sygesikringstandpleje – der i dag rummer en vis egenbetaling.

Herudover er personer, der er indkaldt til militærtjeneste og personer indsat i fængsler og arresthuse ikke omfattet af sygesikringsloven.

Hvad er omfattet af loven?

Det fremgår af lov om offentlig sygesikring § 8, at:

- Den offentlige sygesikring yder tilskud til tandeftersyn og tand- behandling efter nærmere regler, der fastsættes af indenrigs- og sundhedsministeren, til personer der er gruppe 1-sikrede, og at
- Den offentlige sygesikring, til personer der er gruppe 2-sikrede, yder tilskud med samme beløb, som den skulle have afholdt for et tilsvarende eftersyn eller en tilsvarende behandling af en gruppe 1-sikret.

¹ Jf. Bekendtgørelse nr. 1261 af 15. december 2003 af lov om tandpleje m.v.

Det er indenrigs- og sundhedsministeren som efter forhandling med Sundhedsstyrelsen fastsætter, til hvilke former for tandeftersyn og tandbehandling, den offentlige sygesikring yder tilskud til².

Det er Sygesikringens Forhandlingsudvalg, som forhandler om vilkårene for disse ydelser i en overenskomst med Tandlægeforeningen. Overenskomsten skal for at have gyldighed godkendes af indenrigs- og sundhedsministeren³. Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Dansk Tandlægeforening har netop aftalt at ændre overenskomst om tandlægehjælp i oktober 2003 med virkning fra 1. april 2004. Aftalen er i december godkendt af indenrigs- og sundhedsministeren.

I bekendtgørelse nr. 729 af 16. september 1999 er det fastsat, at den offentlige sygesikring yder tilskud til forebyggende og behandelende tandpleje.

De konkrete ydelser, der gives tilskud til, er angivet i bekendtgørelsen og indgår tillige i den overenskomst, som Dansk Tandlægeforening har indgået med den offentlige sygesikring, hvori ydelserne også er nærmere specificeret.

Som helt overvejende hovedregel kan tandlægen ikke selv fastsætte sit honorar for ydelser, som sygesikringen yder tilskud til. Til gengæld kan tandlægen selv fastsætte et honorar på ikke-overenskomstmfattede ydelser - de såkaldte frie ydelser - f.eks. tandregulering, kronebehandling og treleddet bro mv.

For enkelte ydelser er der dog fastsat et honorar for ydelsen, selv om sygesikringen ikke yder tilskud (røntgenoptagelse, konsultation uden behandling).

En yderligere undtagelse til hovedreglen er, at der er fri honorarfastsættelse på enkelte ydelser, som sygesikringen yder kronetilskud til (flerfladet plastfyldning, kirurgisk parodontalbehandling, operativ fjernelse af tand og visse rod fyldninger).

Hvor meget gives der i tilskud?

Sygesikringen giver i dag et tilskud på 40 pct. af de fastsatte honorarer til gruppe 1-sikrede. Til visse ydelser (fyldninger m.fl.) ydes der dog tilskud i form af et fast kronetilskud.

² Jf. § 8 og Bekendtgørelse nr. 729 af 16. september 1999 om tilskud efter sygesikringsloven til tandpleje

³ Jf. sygesikringslovens § 26, stk. 2

For personer i alderen 18-25 yder sygesikringen et tilskud på 65 pct. til regelmæssige diagnostisk undersøgelse (RDU). Fra 1. april 2004 ydes også 65 pct. i tilskud til opfølgende undersøgelser (kontrolydelse efter RDU).

Honorarerne på 55 pct. af omsætningen inden for voksentandplejen er i dag reguleret i overenskomsten mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Dansk Tandlægeforening. For den resterende del af omsætningen – de 45 pct. - gælder der fri prisdannelse. Det vurderes, at behandlinger med krone, indlæg og broer udgør 80 pct. af den fri omsætning.

De offentliges udgifter til tilskud afholdes af det enkelte amt, og for så vidt angår København og Frederiksberg af de pågældende kommuner.

1.2. Historie

Den første overenskomst mellem Dansk Tandlægeforening og sygekasserne blev indgået i 1922. Efter flere overenskomstløse perioder indgik man i 1965 en overenskomst, der havde til formål at videreføre skoletandplejen. Sygekasserne indkaldte medlemmer født efter 1945 til regelmæssig undersøgelse, og der blev fastsat et honorar for et forebyggende eftersyn. Man valgte at sigte mod de yngre medlemmer, der endnu havde egne tænder i behold og fastsatte også honorarer for fyldninger og rodbehandlinger.

Grundstammen i den nuværende honorerings- og tilskudsmodel har været den samme i al den tid, der har været ydet tilskud til tandpleje. I perioden frem til 1959 var det dog muligt for den enkelte sygekasse at vælge en tilskudsmodel baseret på en årlig grundydelse pr. patient betalt af sygekassen og en afgift på de enkelte ydelser betalt af patienten (takst 1) eller en model, hvor sygekassen betalte en andel af honoraret for ydelsen (takst 2).

Da sygekassernes opgaver i 1973 blev overført til den offentlige sygesikring, overtog sygesikringen den gældende tandlægeoverenskomst uden ændringer. Hovedvægten var lagt på behandling af caries og konsekvenserne heraf.

Den regelmæssige tandplejeordning omfattede på baggrund af overenskomsten fra 1965 unge født efter 1945 og indebar en årgangsvis udbygning. I den regelmæssige tandplejeordning blev ydet et tilskud på 100 pct. til regelmæssige undersøgelser og et tilskud på 75 pct. til øvrige behandlinger. Hensigten var efterhånden at kunne tilbyde hele befolkningen vederlagsfri undersøgelse og forhøjet tilskud i forhold til de 66 pct., der blev ydet i den almindelige tandpleje. Den almindelige tandpleje omfattede den øvrige del af den voksne befolkning samt per-

soner, der på grund af manglende regelmæssighed i deres tandplejever, blev udelukket fra den regelmæssige tandpleje.

Tilskuddet i den regelmæssige tandpleje blev i 1981 sat ned til 70 pct. og i 1983 til 60 pct. I den almindelige tandpleje blev tilskuddet i 1981 nedsat fra 66 pct. til 60 pct. og i 1983 yderligere reduceret til 50 pct.

Pr. 1. januar 1988 trådte en større ændring af overenskomsten i kraft. Den regelmæssige tandplejeordning for ungdomsgruppen (personer født efter 1945), der havde eksisteret siden 1965, blev afskaffet, og overenskomsten fik et mere forebyggende sigte for hele befolkningen. Der blev fastsat et tilskud på 75 pct. til forebyggende ydelser for alle voksne samt 50 pct. til de øvrige ydelser. De 18-25-årige fik dog 75 pct. i tilskud til undersøgelsesydelse.

Pr. 1. januar 1989 blev det generelle tilskud nedsat til 45 pct. og tilskuddet til de forebyggende ydelser og undersøgelser til de 18-25-årige til 65 pct.

Disse tilskudsprocenter var gældende til den 1. januar 1994, hvor det generelle tilskud blev nedsat til 40 pct. Undersøgelsesydelsen og tandrensingsydelsen blev dog kun nedsat til 45 pct. Tilskuddet til røntgenundersøgelse bortfaldt med virkning fra 1. januar 1994. Kronetilskuddene f.eks. til fyldninger m.m. blev ligeledes nedsat ved tilskuds-nedsættelserne i 1989 og 1994.

Nedsættelserne af tilskuddene i 1989 og 1994 skete i forbindelse med finanslovsforlig og indebar besparelser på henholdsvis ca. 85 mio. kr. og 73 mio. kr.

Pr. 1. oktober 1999 blev tilskuddene i forbindelse med en generel modernisering af tandlægeoverenskomsten med øget vægt på forebyggelse af tandsygdomme yderligere nedsat til det niveau, der er gældende i dag, jf. ovenfor under 1.1.

1.3. Tal for praksissektorens betydning

I det følgende ses der på udviklingen i tandplejen i Danmark med hovedvægten lagt på voksentandplejen under sygesikringen. Dette gøres ud fra tre parametre:

- Udgifter
- Typer af ydelser
- Antal ydere

Udgifter

Der har i perioden fra 1995 til 2001 været en realvækst (2002-priser) på 2,2 pct. årligt i de offentlige og private udgifter til tandpleje. Der-

imod har den årlige vækst i de samlede offentlige udgifter til tandpleje blot været på én pct. fra 1995 til 2002. Af de samlede offentlige udgifter til tandpleje udgør den vederlagsfri kommunale tandpleje til børn og unge under 18 år over halvdelen af de offentlige udgifter. Den kommunale børne- og ungdomstandpleje er ikke medtaget i denne analyse. Udgifterne til den kommunale tandpleje er steget med knap to pct. i gennemsnitlig årlig realvækst, mens der har været et mindre fald i den årlige udgift til tandpleje under sygesikringen. Udgifterne til tandlægebehandling via sygesikringen har således været på et stabilt niveau på godt 1,1 mia. kr. om året fra 1995 til 2002 (2002-priser).

Til sammenligning har der været en realvækst på 3 pct. årligt i gennemsnit i de private udgifter til tandlæge, således at de samlede private udgifter steg fra knap 3,8 mia.kr. i 1995 til ca. 4,5 mia.kr. i 2001. I dette beløb indgår dog også offentlige tilskud til patienter efter social- og pensionslovgivningen, der skønsmæssigt for 2001 kan opgøres til mellem 250 - 300 mio. kr. Stigningen skyldes formentlig en kombination af flere og dyrere frie ydelser. De samlede udgifter til tandpleje udgjorde i 2001 knap 7,3 mia.kr, jf. tabel 1.

Tabel 1: Udgifter til tandpleje 1995 – 2002. (Faste 2002-priser). Mio. kr. inkl. moms)

	1995	1997	1999	2001	2002	Gnst vækst årlig
Kommunal Tandpleje	1489	1573	1609	1651	1677	1,7 %
-Tandpleje for 0-18 årige hos private tandlæger	156	149	156	170	173	1,5 %
-Tandpleje hos private tandlæger i øvrigt	12	11	14	15	15	3,8 %
Sygesikringstandlægebehandling (off. tilskud)	1144	1177	1191	1104	1114	-0,4%
-Amtslig tandpleje	-	-	-	4	34	-
Offentlige udg. til tandlæge	2633	2750	2800	2759	2825	1,0 %
Private udg. til tandlæge	3752	3958	4294	4519	-	3,1 %
Samlede udg. til tandlæge	6386	6708	7094	7278	-	2,2 %

Kilde: Det kommunale budget- og regnskabssystem.

De svagt faldende offentlige udgifter i faste priser til tandpleje gennem sygesikringen har siden 1995 udgjort en stadig mindre andel af de samlede sygesikringsudgifter, jf. tabel 2. Udgifterne er således faldet

fra at udgøre 9 pct. af de samlede offentlige udgifter til sygesikringen i 1995 til at udgøre 7,3 pct. i 2002. Dette skyldes først og fremmest stigende udgifter på øvrige sygesikringsydelse, herunder stærkt stigende udgifter til medicin, samtidig med at udgifterne til tandpleje i sygesikringen er faldet svagt.

Tabel 2: Udgifter til sygesikringen 1995 – 2002. (Faste 2002-priser). Mio. kr. inkl. moms

	1995	1997	1999	2001	2002
Almen læge	4.862	4.998	5.044	5.334	5.411
Speciallæge	1.639	1.660	1.694	1.789	1.857
Medicin	4.417	4.542	4.806	5.243	5.835
Tandlæge	1.144	1.177	1.191	1.104	1.114
Øvrige	680	805	965	1.086	1.137
I alt	12.743	13.182	13.700	14.556	15.354
Fordeling i pct.	1995	1997	1999	2001	2002
Almen læge	38,2	37,9	36,8	36,6	35,2
Speciallæge	12,9	12,6	12,4	12,3	12,1
Medicin	34,7	34,5	35,1	36,0	38,0
Tandlæge	9,0	8,9	8,7	7,6	7,3
Øvrige	5,3	6,1	7,0	7,5	7,4
I alt	100	100	100	100	100

Kilde: Det kommunale budget- og regnskabssystem. Udgifter er opgjort i 2002-priser.

I Tabel 3 nedenfor vises udviklingen i omsætningen i privat praksis fra 1980 til 2000.

Som det fremgår af tabellen, er omsætningen inden for den overenskomstregulerede del af voksentandplejen steget med 750,5 mio. kr. fra 1980 til 2000 i faste priser (fra 2,5 mia. til 3,3 mia. kr.). Tilskuddet fra den offentlige sygesikring er i samme periode faldet fra godt 1,5 mia. kr. til godt 1 mia. kr. Sygesikringstilskuddets andel af den samlede sygesikringsomsætning er således faldet fra 62 pct. til 32 pct. over en 20-årig periode.

De praktiserende tandlægers samlede omsætning beløb sig i 2000 til over 5,6 mia. kr. Det er en stigning på 2 mia. kr. siden 1980, svarende til mere end 50 pct. i faste 2000 - priser.

Tabel 3: Udviklingen i omsætningen i privat tandlægepraksis fra 1980 til 2000 (faste 2000-priser). Mio. kr.

År	Samlet SFU-omsætning	Sygesikringstilskud	Egenbetaling inden for SFU-tandpleje	Voksentandpleje uden tilskud (ydelse m. fri prisdannelse)	BUT ⁴ + andet	Samlet omsætning	Sygesikringens andel af samlet SFU-omsætning	Sygesikringstilskuddenes andel af samlet omsætning	SFU-omsætning af samlet omsætning
1980	2.507	1.548	958	1.006	146	3.660	62	44	71
1981	2.387	1.367	1.019	1.072	143	3.603	57	40	69
1982	2.477	1.414	1.062	1.061	148	3.686	57	40	70
1983	2.391	1.120	1.270	1.019	142	3.552	47	33	70
1984	2.442	1.129	1.313	975	142	3.560	46	33	71
1985	2.494	1.150	1.359	1.008	146	3.648	46	33	71
1986	2.541	1.164	1.377	1.160	154	3.856	46	31	69
1987	2.593	1.172	1.421	1.107	154	3.856	45	32	70
1988	2.810	1.256	1.554	1.184	166	4.161	45	31	70
1989	2.760	1.108	1.653	-	-	-	40	-	-
1990	2.757	1.098	1.659	1.190	165	4.113	40	28	70
1991	2.829	1.121	1.708	-	-	-	40	-	-
1992	2.881	1.136	1.744	1.546	174	4.601	39	26	65
1993	2.933	1.153	1.779	-	-	-	39	-	-
1994	2.897	1.067	1.830	1.619	163	4.680	37	24	64
1995	2.920	1.070	1.850	1.662	164	4.747	37	23	64
1996	3.055	1.090	1.964	-	-	-	36	-	-
1997	3.073	1.103	1.970	1.753	222	5.050	36	23	64
1998	3.123	1.108	2.015	1.940	254	5.317	36	22	61
1999	3.192	1.109	2.083	1.959	265	5.417	35	22	62
2000	3.257	1.048	2.209	2.085	320	5.663	32	20	62

Kilde: Dansk Tandlægeforening. Tallene er deflateret ved hjælp af den gennemsnitlige løbende reguleringsprocent.

Den store vækst i omsætningen skyldes ikke mindst stigningen i omsætningen af de frie ydelser. Den del af voksentandplejen, som ikke er reguleret af sygesikringsoverenskomsten (f.eks. kroner, broer m.v.), er steget fra en omsætning på godt 1 mia. kr. i 1980 til over 2 mia. kr. i 2000 – altså mere end en fordobling. Det er ikke muligt at læse ud af tallene, om stigningen skyldes, at de frie ydelser er blevet dyrere, eller om det er fordi, antallet af ydelser er steget. Der er dog sandsynligvis tale om en kombination af de to forklaringer.

Typer af ydelser

Typen af ydelser, som leveres hos tandlægen i sygesikringen, er ændret noget mellem 1995 og 2002, men for en stor dels vedkommende

⁴ BUT: Børne- og Ungetandpleje i privat praksis

skyldes det ændring i ydelsernes indhold, ligesom enkelte ydelser er opdelt på andre grupper og/eller har skiftet nummer og navn.

Således er den klart hyppigste ydelse i 2002 en tandrensning, mens antallet af tandrensninger var væsentligt lavere i 1995. Dette hænger imidlertid sammen med, at undersøgelse og tandrensning blev honoreret som en samlet ydelse indtil 1999, hvor en ny selvstændig undersøgelsesydelse blev indført (RDU). I forbindelse med en sådan ydelse samt kontrolydelsen efter RDU gives imidlertid oftest også en tandrensning, som honoreres selvstændigt. Hygiejnetillægget, som toppede ydelseslisten i 1995, udgik som selvstændig ydelse ved moderniseringen af overenskomsten i 1999.

Tabel 4: Hyppigste tandlægeydelse under sygesikringen 1995-2002.

De 20 hyppigst udførte ydelser hos tandlægen samt antal 1995

Ydelsenr.	Beskrivelse	Antal
3010	Hygiejnetillæg	3.843.265
1120	Komb. klinisk unders. og tandrensning A over 25 år	2.716.088
1201	Røgenoptagelse	1.761.758
1505	Plastfyld, enkelt flade	1.147.622
1502	Tandfyldning AL	736.765
1431	Tandrodsrensning	555.061
1110	Klinisk undersøgelse over 25	509.236
1501	Tandfyldning AM	450.511
2120	Komb. klinisk unders. og tandrensning A 18-25 år	371.146
1507	Glasionomerfyldning	370.365
2920	Individuel forb. Behandling	360.504
1701	Tandudtrækning	355.180
1503	Tandfyldning GAM	333.968
1130	Komb. klinisk unders. og tandrensning B over 25 år	246.119
1506	Plastfyld, fler-flade	215.006
1602	Apikal amputation og rodfyldning i én kanal	186.014
1301	Tandrensning A (mindst 15 tænder)	179.938
1603	Rodfyldning i følg. Kanaler, per kanal	173.605
1420	Alm. Parodontalbehandling	134.249
1604	Behandling af nekrotisk pulpa pr seance ud over 2	133.992

De 20 hyppigt udført ydelser hos tandlægen samt antal 2002

Ydelsenr.	Beskrivelse	Antal
1301	Tandrensning A (mindst 15 tænder)	3.102.981
1160	Kontrol efter regelmæssig diagnostisk undersøgelse	1.860.718
1140	Regelmæssig diagnostisk undersøgelse (fra 26 år)	1.784.302
1300	Røntgenoptagelse	1.408.325
1505	Plastfyld, enkelt flade	1.188.457
1431	Tandrodsrensning	811.464
1502	Tandfyldning AL	542.990
1150	Bitewings i.f.m. regelmæssig diagnostisk unders.	454.620
1606	Apikal amputation og rodfyldning pr. kanal	362.949
2920	Individuel forebyggende behandling	353.126
1701	Tandudtrækning pr. tand	349.492
1506	Plastfyld, fler-flade	305.849
1501	Tandfyldning AM	255.080
1425	Udv. Tandrensning	254.643
1503	Tandfyldning GAM	244.923
1302	Tandrensning B (højst 14 tænder)	236.037
1141	Regelmæssig diagnostisk undersøgelse (18-25 år)	197.581
1507	Glasionomeryldning	169.097
1420	Alm. Parodontalbehandling	164.346
1801	Operativ fjernelse af tand	110.406

Kilde: Sygesikringsregisteret.

Der foreligger ikke en oversigt over antallet af de enkelte ydelser, der ikke ydes sygesikringstilskud til, ligesom der heller ikke for denne gruppe ydelser foreligger en opgørelse vedrørende udgifterne fordelt på de enkelte frie ydelser. Der findes tal for omsætningen af de frie ydelser fra Dansk Tandlægeforening (DTF) samt stikprøveundersøgelser vedrørende honorarerne for forskellige frie ydelser indsamlet gennem en prisundersøgelse af DTF.

Nedenfor i tabel 5 vises sygesikringens tilskud til forskellige ydelsesgrupper i 2002.

Tabel 5: Sygesikringens tilskud til forskellige ydelsesgrupper, 2002

	Tilskud - mio. kr.
Undersøgelser - omfattende:	279,4
- RDU	
- bitewings i forbindelse med RDU	
- kontrol efter RDU	
Tandrensninger	308,0
Pardontalbehandling	107,6
Tandfyldninger	206,0
Rodbehandlinger og rodfyldninger	51,7

Kilde: Oplysninger fra Sygesikringens Forhandlingsudvalg

Tabel 6 nedenfor indeholder en oversigt over ydelser, honorarer og egenbetalingen i sygesikringsoverenskomsten.

Tabel 6: Sygesikringsoverenskomsten. Ydelse, honorar og tilskud, egenbetaling. – Oktober 2003

Ydelse	Honorar		Tilskud	Egenbetaling
	Aftalt	Frit		
Diagnostik				
Regelmæssig diagnostisk undersøgelse (RDU)	x		40% 26 år – 73,27kr. 65% 18-25 år – 119,27 kr.	110 kr. 64 kr.
Bitewings ifm. RDU	x		30% - 65,94 kr.	155 kr.
Kontrol RDU	x		40% - 66,54 kr.	99 kr.
Tandrensning a og b	x		40% - 100,61 kr. og 72,63 kr.	152 kr. og 109 kr.
Diagnostisk forebyggende undersøgelse	x		40% - 268,50 kr.	402 kr.
Individuel forebyggende behandling	x		40% - 80,37 kr.	120 kr.
Kontrol efter forebyggelse	x		40% - 66,54 kr.	99 kr.
Røntgenundersøgelse	x		0	111 kr.
Konsultation	x		0	191 kr.
Tandfyldninger				
Amalgam a-c	x		Fast – 59,14 kr., 74,76 kr. el. 103,06 kr.	144 kr., 182 kr. el. 231 kr.
Plast e (enkeltflade) + glasionomer	x		Fast – 80,05 kr.	284 kr.
Plast f (flerfladet)		x	Fast – 80,05 kr.	Ingen loft
Rodbehandlinger				
Rodbehandling a-c	x		40% - 98,64 kr. eller 114,18 kr.	147 kr. eller 171 kr.
Rodbehandling d		x	Fast – 152,06kr.	Ingen loft
Ekstraktion m.m.				
Ekstraktion	x		40% - 79,28 kr.	119 kr.
Operation		x	Fast – 141,18 kr.	Ingen loft
Parodontalbehandling				
Almen, udvidet parodontalbehandling	x		40% - 243,58 kr. eller 421,58 kr.	366 kr. eller 632 kr.
Udvidet tandrensning	x		40% - 138,06 kr.	208 kr.
Kontrol	x		40% - 66,54 kr.	99 kr.
Kirurgisk parodontalbehandling		x	Fast – 187,43 kr.	Ingen loft

Kilde: Den offentlige sygesikring, takster pr. 1. oktober 2003.

Antallet af tandlæger (inkl. klinikejere og ansatte) har ligget nogenlunde konstant på omkring 3.600 personer igennem perioden, jf. tabel 7. Den gennemsnitlige *omsætning* pr. tandlæge, jf. tabel 3 oven for, er gennem en 20-årig periode steget fra ca. 1 mio. kr. i 1980 til ca. 1,6 mio. kr. i 2000.

Tabel 7: Antallet af tandlæger, tandplejere og klinikassistenter i privat praksis omregnet til fuld tid 1990-2004.

	1990	1994	1996	2000	2004
Klinikejere	2.688	2.693	2.691	2.632	2.454
Ansatte tandlæger	943	971	1.051	1.000	884
Tandplejere	132	220	317	499	550
Klinikassistenter (inkl. Elever)	4.333	4.723	5.391	5.175	4.726
Klinisk personale i alt	8.096	8.607	9.450	9.306	8.614

Kilde: Dansk Tandlægeforening og Dansk Tandplejerforening og HK-service

Der vil fra 2005 være en større afgang end tilgang af tandlæger. Til gengæld forventes en væsentlig nettotilgang af tandplejere de kommende 20 år, jf. nedenstående tabel 8.

Tabel 8: Forventet udvikling i tilgang og afgang af tandlæger og tandplejere 2000-2019.

År	Tandlæger		Tandplejere	
	Tilgang	Afgang	Tilgang	Afgang
2000-04	482	398	438	4
2005-09	540	633	444	25
2010-14	540	889	444	42
2015-19	540	904	444	141

Kilde: Sundhedsstyrelsens rapport Tandplejeprognose - Udbud og efterspørgsel for tandplejepersonalet i Danmark 2000-2020.

På baggrund af den forventede tilgang og afgang i tandplejepersonale forventes der i fremtiden at blive mangel på tandlæger, med mindre der sker en strukturtilpasning på tandplejeområdet, jf. tabel 9.

Tabel 9: Forventet udbud og efterspørgsel i personale 2000-2019.

År	Tandlæger	Tandplejere	Samlet udbud	Efterspørgsel i privat praksis	Samlet efterspørgsel*
2000	4.884	1.032	5.916	4.150	5.556
2004	4.968	1.466	6.434	4.320	5.898
2009	4.875	1.885	6.760	4.480	6.058
2014	4.526	2.287	6.813	4.650	6.188
2019	4.162	2.590	6.752	4.770	6.283

Kilde: Sundhedsstyrelsens rapport Tandplejeprognose - Udbud og efterspørgsel for tandplejepersonalet i Danmark 2000-2020. *Bemærkning: Efterspørgslen er fastsat ud fra den demografiske udvikling og vedrører både efterspørgslen i privat praksis og i børne- og ungdomstandplejen.

Den fremtidige efterspørgsel på tandpleje i tabel 9 er alene fastsat ud fra den demografiske udvikling.

Ifølge rapporten fra Sundhedsstyrelsens Prognoseudvalg vil der med en antagelse om, at der i perioden fremover vil kunne forventes et voksende krav om tandplejeydelser på 1 ½ pct. pr. år som følge af voksende købekraft samt et ændret ydelsesforbrug (flere ældre) være skabt nogenlunde balance mellem udbud og efterspørgsel i 2015. Med en fortsat stigning frem til 2020 vil der være et forventet personaleunderskud på ca. 400 i 2020.

Uanset om udbuddet af tandplejepersonale i fremtiden vil overstige efterspørgslen i private tandlægepraksis og i den kommunal tandpleje vil der være behov for strukturtilpasninger. Årsagen er, at der i fremtiden sker forrykning i balancen mellem tandlæger og tandplejer. Således forventes antallet af tandplejere at gå fra at udgøre ca. 17 pct. i 2000 til omkring 38 pct. i 2020. jf tabel 9.

2. Problemstilling

2.1. Bagvedliggende hensyn

Tandplejens formål fremgår af § 1 i lovbekendtgørelse nr. 1261 af 15. december 2003. om tandpleje, der har følgende ordlyd:

”Tandplejens formål er, at befolkningen ved en god hjemmetandpleje og et sammenhængende tilbud om forebyggelse og behandling kan udvikle hensigtsmæssige tandplejevaner samt sunde tænder, mund og kæber og bevare disse i funktionsdygtig stand gennem hele livet.”

I overensstemmelse hermed er der i indretningen af tandplejen lagt vægt på forebyggelse gennem gratis børnetandpleje og forholdsvis billige forebyggende ydelser for voksne, for at de gode resultater fra

den gratis børnetandpleje kan videreføres. Herved kan hele befolkningen på sigt opnå en bedre tandsundhed, og behovet for store og kostbare behandlinger nedsættes. Herudover er der etableret særlige ordninger for svage grupper.

Overenskomstsystemet's indretning vedrørende tilskud og honorarfastsættelse er således udtryk for en bevidst politisk prioritering af indsatsen og anvendelsen af de offentlige tilskudsmidler. Sygesikringstandplejen er derfor i dag udformet med vægt på basal tandpleje til den brede befolkning med offentlige tilskud til diagnostik og forebyggende og behandelende tandpleje af de mest udbredte tandsygdomme, nemlig caries og parodontose. Samtidig har man gennem honorarfastsættelse, herunder om et maksimalt samlet honorar på de omhandlede ydelser gjort den forebyggende tandpleje forholdsvis billig for patienterne.

Som en følge af denne prioritering yder sygesikringen f.eks. ikke tilskud til de forholdsvis dyre behandlinger som eksempelvis kroner, broer og tandregulering. Disse ydelser er underlagt fri prisdannelse – de såkaldte ”frie ydelser”.

2.2. Indikatorer på manglende priskonkurrence på tandområdet

Et forhold, der effektivt hindrer en priskonkurrence på tandlægeområdet, er, at priserne på 75 pct. af tandlægeydelserne er fastsat gennem forhandlinger mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og tandlægeforeningen. Således er det kun et begrænset antal ydelser, der kan karakteriseres som frie og dermed underlagt en fri konkurrence. Omsætningen på disse ydelser er dog på over 2 mia. kr. årligt svarende til 45 pct. af den samlede omsætning, jf. tabel 3.

Den fri etableringsret på tandlægeområdet betyder, at tandlægerne ikke er sikret et fast indtjeningsgrundlag. Tandlægerne burde således have en tilskyndelse til konkurrere på prisen på de frie ydelser for at beholde deres patienter og trække nye til, hvis det forudsættes, at prisen er en betydende konkurrenceparameter på tandlægeområdet. I det følgende vurderes en række forhold, der kan indikere en manglende priskonkurrence på tandområdet.

Udvikling i tandlægepriser

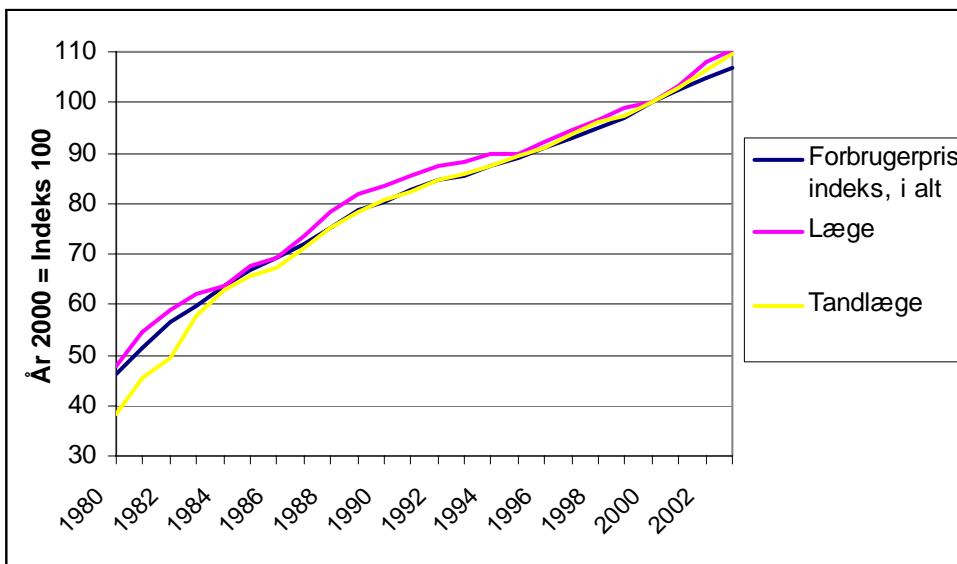
En indikator for begrænset konkurrence er, om priserne på tandlægeydelser er steget mere end forbrugerpriserne og tilsvarende erhverv.

I dag fastsættes priserne på tandlægeydelser som før nævnt i overvejende grad gennem aftaler mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Dansk Tandlægeforening. Det forhold at priserne på de takstfastsatte ydelser således er aftalt, forhindrer den enkelte tandlæge i at påvirke priserne. Derimod kan tandlægerne frit fastsætte prisen på de

såkaldte frie tandlægeydelser såsom metalkeramisk-krone og 3-ledet broer.

Det fremgår af nedenstående figur 1, at priserne på tandlægeydelser har fulgt den generelle udvikling i forbrugerpriserne, om end der har været en svag stigning i forhold til forbrugerpriserne de seneste par år. Tilsvarende udvikling kan genfindes i prisudviklingen for lægeydelser. Forklaringen på at priserne stort set følger udviklingen i forbrugerpriserne er, at størstedelen af tandlægeydelserne (de takstfastsatte ydelser) reguleres 2 gange om året som følge af prisudviklingen på en række tjenesteydelser og lønudviklingen for en bestemt gruppe tjenestemænd.

Figur 1: Udvikling i priser på tandlægeydelser, 1980-2003.



Kilde: Danmarks Statistik: Forbrugerprisindeks (2000=100) efter varegruppe og tid. Tabelkode: PRIS6. Bemærkning: Priserne på tandlægeydelser dækker over såvel de takstfastsatte som frie tandlægeydelser og er baseret på oplysninger fra Amdradsforeningen.

Træge priser

Umiddelbart kunne de mange takstfastsatte ydelser formodes at betyde en skærpelse af konkurrencen på de resterende – frie ydelser. En stikprøveundersøgelse af priser på udvalgte frie ydelser foretaget af tandlægeforeningen tyder imidlertid på, at priserne ikke varierer nævneværdigt⁵ mellem tandlægerne/klinikkerne. En mulig forklaring er, at tandlægerne er sikret et stabilt kundegrundlag og derfor ikke har nogen videre tilskyndelse til at konkurrere på prisen på de frie ydelser. Tandlægeforeningen anfører som begrundelse, at når patienten først

⁵ Jf. kap. 3.

sidder i tandlægestolen, er der ikke nogen tradition for at tale om priser på tandlægeydelser.⁶

Indtjening

Hvis konkurrencen er svag, vil det ofte medføre, at virksomhedernes indtjening er høj. Som en indikator herpå sammenlignes tandlægenes indkomstforhold med andre serviceerhverv.

Sammenholdes således de officielle tal fra Danmarks Statistik for tandlægenes virksomhedsoverskud med andre lignende serviceerhverv, fremgår det af nedenstående tabel, at tandlægerne har et lavere overskud end læger og advokater. Overskuddet er til gengæld større end dyrlægers. Overskuddet for disse grupper er væsentligt højere end overskuddet for gennemsnittet af alle selvstændige, jf. tabel 10.

Tabel 10: Virksomhedsoverskud 1998-2001 (i tusind kroner)

	1998	1999	2000	2001	% p.a.
Læge	723,0	730,6	778,1	813,3	4,0
Advokat	609,9	625,4	671,8	728,3	6,1
Tandlæge	592,6	629,2	667,1	686,6	5,0
Dyrlæge	489,0	509,2	503,8	482,0	-0,5
Selvstændige i alt	275,9	277,8	295,6	302,6	3,1

Kilde: Indkomster, Danmarks Statistik. Bemærkning: Indkomsterne er opgjort som løbende drift uden træk på virksomhedsordning eller kapitalordning. Der er tale om et nettooverskud fratrukket underskud og sygedagpenge af selvstændige, og er før renteindtægter og renteudgifter.

Mobilitet

Selvom der er fri adgang til at virke som tandlæge, er der i en vis udstrækning en begrænset adgang til markedet for tandlægeydelser. Årsagen til dette er, at kundegrundlaget er forholdsvist immobil, hvilket betyder, at det kan være nødvendigt at købe en tandlægepraksis for at træde ind på markedet.

Der er foretaget undersøgelser, som viser, at forbrugerne i vid udstrækning anvender den samme tandlæge i gennem flere år. Eksempelvis fremgår det af nedenstående undersøgelse, at 3 ud af 4 har anvendt den samme tandlæge i 5 år eller længere, jf. boks 1.

⁶ Telefoninterview med chefkonsulent Christian Holt Tandlægeforeningen

Boks 1: Spørgsmål: Hvor længe har De benyttet samme tandlæge eller samme tandklinik?

Svar	Procent
Går aldrig til tandlæge	4
Har brugt samme tandlæge i et år eller mindre	9
Har brugt samme tandlæge i 2 til 4 år	12
Har brugt samme tandlæge i 5 til 9 år	18
Har brugt samme tandlæge i 10 år eller længere	39
Altid	16
Ved ikke	1
I alt	100

Kilde: Vilstrup Research, marts 1998, 999 adspurgte personer.

Et andet forhold, der understreger patienternes tætte tilknytning til deres egen tandlæge er, at forbrugerne kun i begrænset omfang er tilbøjelige til at skifte tandlæge på grund af prisen. Således har en spørgeskemaundersøgelse vist, at 63 pct. ikke fandt at det var i orden at skifte tandlæge, selv om det var muligt at få en billigere behandling hos en anden tandlæge, jf. boks. 2.

Boks 2: Spørgsmål: Er det i orden at skifte tandlæge, hvis man kan få en billigere behandling hos en anden tandlæge?

Klart enig	16
Overvejende enig	11
Overvejende uenig	20
Klart uenig	43
Ved ikke	11
I alt	101

Kilde: Vilstrup Research, Publikums oplevelse af priser på tandbehandling, marts 1996, 972 adspurgte personer.

En tilsvarende undersøgelse fra Sverige viser samme tendens. Her viste en forbrugerundersøgelse, at 88 pct. af de adspurgte personer går til den samme tandlæge, og at ca. 60 pct. ikke ville ønske at skifte tandlæge, selvom der fandtes en anden billigere tandlæge inden for en rimelig afstand.⁷

⁷ Kilde: Tandvärden i fyra län, tre intervjustudier, Socialstyrelsen, 2002-125-14, s. 22-26

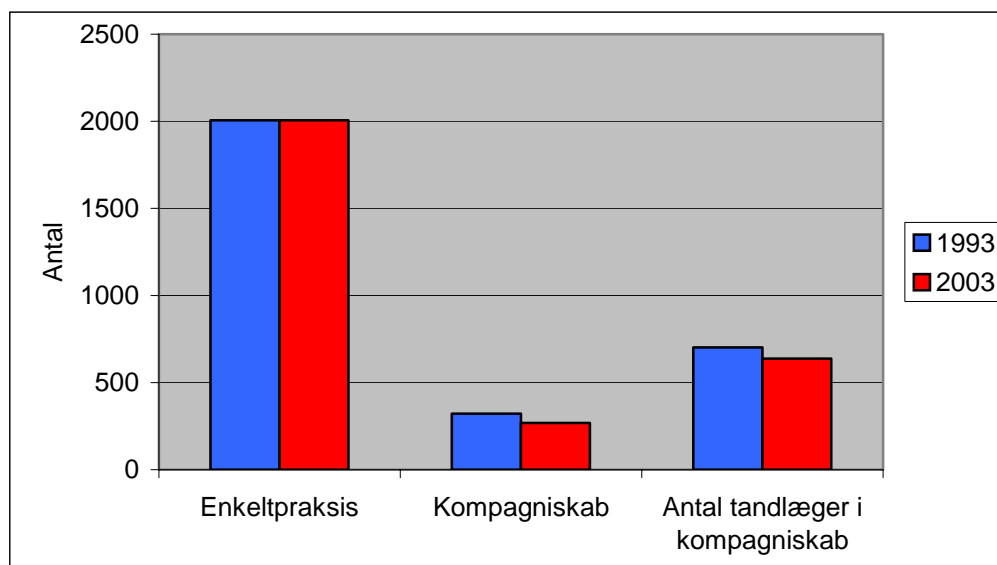
Markedsandele

Det er i dag sjældent, at der etableres nye tandlægepraksis.⁸ Den normale vej er gennem køb af tandlægepraksis med det tilhørende kundegrundlag og goodwill. Den primære grund hertil er dels forbrugernes tilknytningsforhold til deres tandlæge og dels de investeringer, som er nødvendige ved etablering af en ny tandklinik. Omkostningerne ved at etablere ny tandlægeklinik kan således synes høje, hvis tandlægerne ikke har sikret sig et kundegrundlag, der kan finansiere investeringer i en ny klinik.

Fra centralt hold anbefales i dag etablering af større praksisenheder inden for sygesikringsområdet for at skabe faglige miljøer. Disse miljøer skal bidrage til en kvalitetsudvikling og samtidig en bedre udnyttelse af personaleresourcerne. Man har derfor også set på udviklingen på tandlægeområdet.

Det fremgår af nedenstående figur 2, at der ikke synes at være nogen tendens til, at tandlægerne går sammen i større enheder. Tværtimod synes der at være en tendens til, at tandlægerne i mindre grad indgår kompagniskaber med andre tandlæger.

Figur 2: Udvikling i type af tandlægepraksis, 1993-2003.



Kilde: Sygesikringens forhandlingsudvalg.

Andel af nye aktører

Der har i de sidste 10 år været en generel tilbagegang i antallet af tandlæger i enkeltmandspraksis og i kompagniskab, jf. nedenstående tabel 12.

⁸ Kilde: Chefkonsulent i Tandlægeforeningen Christian Holt

Tabel 12: Udvikling i antal tandlæger i enkeltmandspraksis og i kompagniskab 1993-2003.

	1993	2003	Ændring i %
København	375	345	-8,0
Frederiksberg	77	70	-9,1
Københavns Amt	359	350	-2,5
Frederiksborg Amt	175	182	4,0
Roskilde Amt	98	101	3,1
Vestsjællands Amt	126	119	-5,6
Storstrøms Amt	116	111	-4,3
Bornholms Region	22	19	-13,6
Fyns Amt	225	226	0,4
Sønderjyllands Amt	113	96	-15,0
Ribe Amt	88	78	-11,4
Vejle Amt	149	115	-22,8
Ringkøbing Amt	104	97	-6,7
Århus Amt	345	343	-0,6
Viborg Amt	117	105	-10,3
Nordjyllands Amt	218	201	-7,8
I alt	2707	2558	-5,5

Kilde: Sygesikringens forhandlingsudvalg

Faldet i antallet af tandlæger i enkeltmandspraksis og i kompagniskab følger den udvikling der i øvrigt af, at antallet af ansatte tandlæger i alt er faldet de seneste 4 år, jf. tabel 7. Faldet i antallet af tandlæger bør sættes i forhold til udviklingen i indbyggertallet. Betragtes således udviklingen i antal 18-80-årige pr. tandlægeklinik, er befolkningsunderlaget pr. tandlægeklinik forbedret med 8 pct. på landsplan, jf. nedenstående tabel 13.

Tabel 13: Udvikling i befolkningsunderlaget (18-80-årige) pr. tandlæge i enkeltmandspraksis og i kompagniskab 1993-2003.

	1993	2003	Ændring i %
Københavns Kommune	1004	1149	15%
Frederiksberg Kommune	917	1031	12%
Københavns Amt	1292	1301	1%
Frederiksborg Amt	1506	1501	0%
Roskilde Amt	1728	1733	0%
Vestsjællands Amt	1863	1872	1%
Storstrøms Amt	1683	1765	5%
Bornholms Amt	1527	1711	12%
Fyns Amt	1564	1556	-1%
Sønderjyllands Amt	1642	1932	18%
Ribe Amt	1848	2095	13%
Vejle Amt	1681	2264	35%
Ringkøbing Amt	1898	2058	8%
Århus Amt	1341	1409	5%
Viborg Amt	1441	1623	13%
Nordjyllands Amt	1672	1823	9%
Danmark i alt	1453	1565	8%

Kilde: Sygesikringens forhandlingsudvalg samt DST. Bemærkning: befolkningsunderlaget er her defineret ved antal 18-80-årige.

Andre mulige aktører på tandområdet

Ovennævnte tabel 12 og 13 viser, at antallet af tandlæger (i enkeltmandspraksis og i kompagniskab) er faldet såvel absolut som i forhold til det potentielle patientgrundlag.

Som det endvidere fremgik af tabel 9, vil denne tendens fortsætte i fremtiden på grund af et fald i antallet af tandlæger frem til 2020. Dvs. de tilbageværende tandlæger vil i fremtiden have mindre grund til at konkurrere på de frie tandlægeydelser, da de er sikret et stadigt større patientgrundlag.

I dag overlapper tandlægenes og tandplejernes virksomhedsområder hinanden på den måde, at tandplejernes samlede virksomhedsområde ligger inden for tandlægenes virksomhedsområde. Det betyder, at tandplejerne i dag kan levere en række ydelser og derved aflaste tandlægerne både gennem selvstændig virksomhed på egne klinikker og som ansatte hos en tandlæge.

I følge overenskomst mellem Tandlægeforeningen og sygesikringen ydes i dag tilskud til ydelser i tandlægepraksis, hvad enten ydelsen

leveres af en tandlæge eller af en tandplejer inden for dennes virksomhedsområde.

Derimod giver sygesikringen ikke tilskud ved behandling i privat tandplejerpraksis. Da der i fremtiden forventes en reduktion i antallet af tandlæger og tilsvarende en forøgelse i antallet af tandplejere, kan det være relevant at overveje en tilskudsordning hos selvstændige tandplejere. En sådan ordning kunne muligvis medvirke til en bedre udnyttelse af tandplejernes ressourcer, samtidig med, at der skabes et bedre grundlag for konkurrence på området for de ydelser, som både kan leveres af tandlæger og tandplejere.

I forlængelse af de prognoser der er udarbejdet for udviklingen af tandplejersonale, er der nedsat et Tandplejens Strukturudvalg. Udvalget har til opgave at se på, hvorledes man kan fremme en strukturtilpasning på tandplejeområdet. Spørgsmålet om betydningen af en eventuel overenskomst med tandplejerne indgår i udvalgets arbejde. I den samlede vurdering skal også indgå, om der kan skabes sammenhæng i tandplejesystemet, når flere behandlere bliver inddraget i patientbehandlingen. Ligeledes skal det vurderes, om en tilskudsordning, hvis den etableres, vil medføre offentlige merudgifter.

Tandplejens Strukturudvalg forventes at fremlægge en rapport april 2004.

Manglende international konkurrence

Undersøgelser omtalt ovenfor, jf. side 17 boks 1 og 2 tyder på, at prisen ikke er den afgørende parameter ved valg af behandler. Hertil kommer vanskelighederne ved at skaffe sig overblik over pris og kvalitet samt indholdet i ydelserne.

Det forhold, at undersøgelser viser, at kunder kun i begrænset omfang er villige til at flytte efter billigere tandlægeydelse nationalt bør dog sættes i forhold til forskelle i priserne. Således må det umiddelbart formodes, at tilstrækkeligt store forskelle vil betyde et friere forbrugsmønster. Eks. burde den nuværende prisforskel på ca. 8000 kr. for en behandling for en treleddet bro i Danmark og Sverige betyde, at flere blev behandlet i Sverige. Ikke desto mindre har en spørgeskemaundersøgelse vist, at kun 1 pct. af de adspurgte i hovedstadsområdet var taget til Sverige for at få en billigere tandlægeydelse. Holdningen til at anvende en tandlæge i udlandet hænger dog sammen med, om man finder det naturligt at skifte tandlæge på grund af prisen, jf. boks 3.

Boks 3: Spørgsmål. Nogle siger, at hvis man kan få en behandling billigere hos en anden tandlæge, er det helt naturligt at skifte tandlæge. Er De personlig enig eller uenig?

	Har De selv været i udlandet for at spare penge på tandlægebehandlinger, eller kender De nogen som har?			
	Har selv?	Bekendt der har	Kender ingen	Ved ikke
Klart enig	50	24	15	14
Overvejende enig	0	15	10	10
Overvejende uenig	0	26	20	15
Klart uenig	50	30	44	49
Ved ikke	0	5	11	12
I alt	100	100	100	100
Antal svar	4	81	878	9

Kilde: Vilstrup Research, Marts 1996. I alt 322 personer svarede på spørgsmålet.

3. Internationale erfaringer

3.1. Sammenligning af priser på tandlæge-ydelser i Danmark, Sverige, Norge, England og Schleswig-Holsten.

Nedenstående tabel 14 præsenterer resultaterne fra en undersøgelse af tandlægepriser i Danmark, Norge, Sverige, England og Schleswig-Holstein.

Tabel 14: Prissammenligning af udvalgte tandlægeydelser i Danmark, Sverige, Norge, England og Schleswig – Holstein.

Behandling ⁹	Pris i danske kroner (2003-priser)							Antal ydelser i DK
	DK	S	N	UK		Schleswig – Holstein		
				Priv. ¹⁰	Off. ¹¹	Priv.	Off.	
Regelmæssig undersøgelse inkl. Røntgenfoto af samtlige tænder	220	327	335*	399	143	96	438	455.000
Røntgenfoto af enkelte tænder fra flere vinkler	110	26	58	166	48	39	67	1.400.000
Plastfyldning på enkelt tandflade	362	383	352	703	148	190	145	1.185.500
Tandudtrækning inkl. bedøvelse	197	483	465	409	230	184	126	350.000
Fyldning på 2 tandflader	786*	543	593*	1014	148	570	203	350.000**
Rodbehandling + 1 kanal	1007*	1370	1570	1966	324	900	445	180.000**
Krone-behandling	5366*	2820	3620	4230	1163	3900	3500	175.000**
3 leddet bro	15644*	7252	10752	12690	2794	11900	7040	175.000**

Kilde: Danmark: Takstfastsatte ydelser (gråt); Sygesikringens forhandlingsudvalg: frie tandlægeydelser: Tandlægeforeningens Rapport om sammenligning af skandinaviske tandlægepriser, 2003, Sverige: Rigsforsäkringsverket, Norge: Dansk Tandlægeforenings Rapport om sammenligning af skandinaviske tandlægepriser, 2003, England: Dansk Tandlægeforening har oplyst priserne for de engelske offentlige tandlægetakster (NHS). Oplysningerne i privat regi (dvs. uden for NHS) er indhentet blandt et antal private tandlægeklinikker fordelt geografisk spredt i England. Klinikkerne er placeret på i store og mindre byer., Tyskland: Tandlæge i Kiel Erland Freij, Tandlæge i Flensburg Thomas Ove Jensen, samt Jörg Dithmer fra den tyske offentlige sygesikring (AOK) i Schleswig-Holstein. Oplysninger om antal ydelser i Danmark: Tandlægeforeningen, hvoraf at ** er estimeret oplyst af Chefkonsulent Christian Holt, Tandlægeforeningen. Priser med * baseret på 2001 tal og pristalsreguleret i henhold til udviklingen i det respektive lands forbrugerprisindeks fundet 3/9-2003.

⁹ Behandlinger markeret med gråt er danske takstfastsatte ydelser. De øvrige behandlinger er såkaldte frie ydelser, der ikke gives tilskud til.

¹⁰ Oplysningerne er indhentet blandt et antal private tandlægeklinikker (hvor der ikke gives tilskud fra NHS) fordelt geografisk spredt i England. Klinikkerne er placeret i store og mindre byer.

¹¹ De engelske offentlige tandlægepriser adskiller sig fra de øvrige priser på tandlægeydelser. Til Eksempel gives der et fast tilskud til tandlægen pr. patient, i modsætning til i de øvrige lande, hvor der er fuld ydelsesfinansiering. For nærmere beskrivelse se nedenstående bemærkning til sammenligning af priser i Danmark og England.

Hvis der foretages en vægtning af ydelserne i forhold til det danske forbrug, fremgår det af nedenstående tabel 15, at de samlede omkostninger ved tandlægebehandling samlet set er dyrere i Danmark end i de øvrige lande. Forklaringen er, at prisen på de såkaldte frie ydelser i Danmark er væsentligt højere end i de lande, der sammenlignes med.

Det skal understreges, at konklusionen herfra alene bygger på 8 udvalgte ydelser, hvilket kan have en vis betydning på konklusionen.

Tabel 15: Samlede omkostninger ved et dansk forbrug af udvalgte tandlægeydelser i Danmark, Sverige, Norge, England og Schleswig – Holstein.

Behandling	Pris i danske mio. kroner (2003-priser)						
	DK	S	N	UK ¹²		Schleswig – Holstein	
				Priv.	Off.	Priv.	Off.
Regelmæssig undersøgelse inkl. røntgenbillede af samtlige tænder	100	149	152	182	65	44	199
Røntgenbillede af enkelte tænder fra flere vinkler	154	36	81	232	67	55	94
Plastfyldning på enkelt tandflade	430	455	418	836	176	226	172
Tandudtrækning inkl. bedøvelse	69	169	163	143	81	64	44
Takstfaste ydelser i alt	753	809	815	1.393	389	388	510
Fyldning på 2 tandflader	275	190	208	355	52	200	71
Rødbehandling + 1 kanal	181	247	283	354	58	162	80
Kronebehandling	939	494	634	740	204	683	613
3 leddet bro	2.738	1.269	1.882	2.221	489	2.083	1.232
Frie ydelser i alt	4.133	2.199	3.005	3.670	803	3.127	1.996
Samlet udgift i alt	4.886	3.009	3.820	5.062	1.191	3.515	2.506

Kilde: Danmark: Takstfaste ydelser (gråt): Sygesikringens forhandlingsudvalg frie tandlægeydelser: Tandlægeforeningens Rapport om sammenligning af skandinaviske tandlægepriser, 2003, Sverige: Rigsforsäkringsverket, Norge: Dansk Tandlægeforeningens Rapport om sammenligning af skandinaviske tandlægepriser, 2003, England: Dansk Tandlægeforening, Tyskland: Tandlæge i Kiel Erland Freij, Tandlæge i Flensburg Thomas Ove Jensen, samt Jörg Dithmer fra den tyske offentlige sygesikring (AOK) i Schleswig–Holstein. Oplysninger om antal ydelser i Danmark: Tandlægeforeningen, hvoraf at ** er estimeret oplyst af Chefkonsulent Christian Holt, Tandlægeforeningen. Priser med * baseret på 2001 tal og pristalsreguleret i henhold til udviklingen i det respektive lands forbrugerprisindeks fundet 3/9-2003.

¹² De engelske tandlægepriser adskiller sig fra de øvrige landes priser på tandlægeydelser. Til eksempel gives der et fast tilskud til tandlægen pr. patient, hvor der i de øvrige lande er fuld ydelsesfinansiering. For nærmere beskrivelse se nedenstående bemærkning til sammenligning af priser i Danmark og England.

Prisniveau i Norge og Danmark

Det fremgår af ovennævnte sammenligning af tandlægeydelser i Norge og Danmark, at ydelserne under sygesikringsoverenskomsten (markeret med gråt) - med undtagelse af røntgenundersøgelse og plast enkeltflade- gennemgående er billigere i Danmark. Modsat er kronebehandling og 3 ledet broer dyrere i Danmark end i Norge.

Prisniveau i Danmark og Sverige

Sammenligningen af priser på tandlægeydelser i Danmark og Sverige viser tilsvarende mønster som Danmark/Norge. Ydelserne under sygesikringsoverenskomsten med undtagelse af røntgenundersøgelse er gennemgående billigere i Danmark, mens kroner og broer er dyrere.

Bemærkning til sammenligning af priser i Norden:

En væsentlig forskel på den danske regulering af tandlægeområdet og de to øvrige skandinaviske lande er, at der i Norge og Sverige er fri prisfastsættelse på tandpleje i privat praksis.

Priserne på de enkelte tandlægeydelser i Norge og Sverige må derfor forventes i højere grad at afspejle, på den ene side hvor meget forbrugerne er "indstillet/villig til at betale" for de enkelte tandlægeydelser og samtidig på den anden side omkostningerne, der er forbundet med at fremstille ydelserne. Ovenstående prissammenligning sløres dog af, at mens der i Norge er en 100 pct. egenbetaling, gives der i Sverige og i Danmark offentlige tilskud til en række af ovennævnte tandlægebehandlinger.

Det skal understreges, at det især er vanskeligt at sammenligne priserne på undersøgelser og forebyggelse. I Norge findes der ikke officielle ydelsesbeskrivelser, og den svenske er ikke særlig detaljeret. Problemet bliver ikke mindre af, at norske og svenske tandlæger graderer honoraret for samme ydelse alt efter, hvor omfattende den er. FM: hvad er det for en undersøgelsesydelse der så indgår – en "alm.?) Eksempelvis er honoraret for en undersøgelse graderet efter, om patienten besøger klinikken regelmæssigt.

Prisniveau i Danmark og England

Som det klart fremgår af ovenstående tabel er de offentlige tandlægeydelser i England generelt set væsentlig billigere end i Danmark. Således er det kun udtrækning af tænder, der er billigere i Danmark, mens priserne for de typisk dyrere ydelser er markant billigere i England, end de er i Danmark.

Mens de offentlige tandlægeydelser synes at være billigere end de danske, forholder det sig anderledes med de engelske private tandlægeydelser. Her er de engelske tandlæger samlet set dyrere end de dan-

ske. Således er det kun tre-leddet broer og kronebehandlinger, som er lidt billigere end hos de danske tandlæger.

Bemærkning til sammenligning af priser i Danmark og England

Det offentlige tandplejesystem i England er væsentlig forskellig fra det danske. I England modtager tandlæger, der følger de fastsatte takster fra det offentlige (NHS), således et honorar både pr. ydelse og pr. tilmeldt patient jf. nedenstående boks 4. Dette system svarer således til det, som gælder for de danske alment praktiserende læger. Grundlæggende kan prisen på ydelserne således ikke sammenlignes i de 2 lande på grund af basishonoraret i England, jf. nedenfor.

Hertil kommer, at det er vanskeligt at sammenligne priser på f.eks. fyldninger, idet de offentligt fastsatte honorar i England tager udgangspunkt i fyldning pr. tand og ikke opererer med fladebetragtninger, som det kendes i de nordiske lande.

Boks 4: Månedlige offentlige tandlægetilskud pr. tilmeldt patient til tandlægepraksis i England.

Aldersgruppe	Tilskud pr. måned i kroner
0-2 år	8,8
3-5 år	13,6
6-12 år	28,7
13-17 år	41,8
18-64 år	6,4
Over 65 år	7,1

Kilde: Statement of Dental Remuneration, Amendment no. 91 –1 august 2003

Et basishonorar i Danmark pr. tilmeldt patient ville betyde en årlig indtægt pr. tandlæge på ca. 127.000 kr., hvis et gns. årligt tilskud på 81 kr. (voksne patienter) og et patientunderlag på 1565, jf. tabel 13 lægges til grund. Svarende til en samlet offentlig merudgift på godt 324 mio. kr.

Modsat den offentlige del af tandlægesystemet modtager de privat praktiserende tandlæger ingen tilskud. Dette betyder, at priserne er mere sammenlignelige med de danske priser, idet der ligesom i Danmark betales pr. ydelse.

Der foreligger ingen detaljerede oplysninger om priserne i privat praksis. Ovenstående undersøgelse viser dog, at priserne er væsentlig højere end de offentligt fastsatte priser. Den markante prisforskel mellem

offentlige og private tandlægepriser bekræftes af lignende engelske undersøgelser¹³.

Prisstrukturen i Danmark og Tyskland

Det fremgår af tabel 14, at det generelt er billigere at gå til tandlæge i Tyskland end i Danmark. Forskellen mellem de tyske og danske priser afhænger dog af, om der er tale om tandlægeydelse, der leveres til borgere, der er medlem af en offentlig eller en privat sygekasse i Tyskland.

Bemærkning til sammenligning af priser i Danmark og Tyskland

Indledningsvist skal det bemærkes, at priserne for tandlægebehandlinger i Tyskland dækker over markante forskelle delstaterne imellem specielt i forhold til finansieringen på bro- og kronebehandlinger. De i tabellen angivne priser er baseret på priser indhentet hos tandlæger i delstaten Schleswig-Holstein.

Herudover adskiller prisstrukturen for tandlæger i Tyskland sig på en række punkter fra det danske system. Det tyske tandlægesystem er således opdelt i en privat- og en offentlig sygekasse. Her er tilknytningen til den private kasse er afhængig af, om borgerens indkomst overstiger et givent beløb, eller om vedkommende er selvstændig.

Tandlægerne behandler i dag både patienter fra offentlige og private sygekasser. Det vurderes, at ca. 18 pct. af de patienter, der behandles i tandlægepraksis, er medlem af en privat kasse, mens de øvrige 82 % er knyttet til den offentlige sygekasse.

Alle priser er honorarfastsatte ved behandling af patienter, der er medlem af den offentlige sygekasse. Ved behandling af patienter fra den private kasse er der ikke tale om honorarfastsatte ydelser. Her anvendes der i stedet standardtakster, som tandlægerne skal prisfastsætte ud fra. Det er imidlertid muligt at tage både en højere eller en lavere pris afhængig af tandforholdene.

Patienter fra offentlige sygekasser modtager visse tandlægeydelser vederlagsfrit (har betalt via deres løn), mens de for andre ydelser må betale et supplerende beløb.

¹³ En prissammenligning af 6 udvalgte tandlægeydelser har vist, at priserne i privat praksis er ca. dobbelt så dyre som de offentligt fastsatte takster. Kilde: Office of Fair Trading, The private dentistry market in the UK, marts 2003, s. 21.

Patienter fra en privat sygekasse betaler hele regningen hos tandlægen, men kan få refusion (tilskud) fra kassen til dækning af tandlægeudgifter.

Fra 2005 ændres det tyske system dog grundlæggende. Årsagen er, at visse af de større behandlinger eksempelvis krone- og brobehandlinger har vist sig meget dyre for staten. Man forsøger derfor at omlægge finansieringen heraf til et forsikringssystem, hvor medlemmer af de offentlige kasser bliver forpligtet til at forsikre sig i højere grad på linie med de private patienter.

3.2. Tiltag i andre lande til at øge prisgennemsigtighed m.v. på tandlægeydelser

Med det formål at øge prisgennemsigtigheden og styrke patienternes position er der i en række lande enten allerede gennemført tiltag eller også overvejes forskellige tiltag, der skal gøre det nemmere at sammenligne priser på tandlægeydelser.

Norge

I 1995 opsigde Den Norske Tannlegeforening en prisaftale med den norske stat, og de praktiserende tandlæger har siden da selv kunne fastsætte priserne på tandlægeydelser.

Som konsekvens er det pålagt de norske tandlæger at skilte med priser i venteværelset, ligesom patienterne har krav på at få udleveret en liste over klinikkens priser.

Listen i venteværelset skal som minimum indeholde priser på undersøgelse, amalgam- og plastfyldninger (1, 2 og 3 flader), bitewings, bedøvelse, forebyggende behandling (fluorterapi og tandrensning), fuldkrone uden stift samt helprotese (en kæbe).

Hvis en behandling forventeligt vil koste mere end 2.000 kr., skal tandlægen uopfordret give patienten et skriftligt prisoverslag, som dog ikke behøver at være specificeret. Når behandlingen er afsluttet, skal patienten have en specificeret regning på samtlige ydelser.

Det norske konkurrencetilsyn har for nyligt foretaget et kontrolbesøg på 40 tilfældigt udvalgte tandlægeklinikker. Formålet var at undersøge om tandlægerne overholdt bestemmelsen om prisskiltning i venteværelset, hvilket mange ikke gjorde.

Sverige

Med virkning fra 1. januar 1999 blev den såkaldte ”tandvårdstaxa”, som fastsatte størrelsen af patientbetaling og tilskud på samtlige tand-

lægeydelser afskaffet. Siden da har der været en fri prisfastsættelse i privat praksis, mens priserne i den offentlige tandpleje (Folktandvården) fastsættes af de enkelte len.

Ligesom i Norge skal patienterne have adgang til en liste over klinikens priser. Forud for en undersøgelse eller behandling skal tandlægen endvidere oplyse, hvad undersøgelsen eller behandlingen vil beløbe sig til.

I april 2003 kom en svensk undersøgelse af prisudviklingen på tandlægeydelser i 2000-2002, der viste, at priserne på tandbehandling steg med mere end 25 pct. i denne korte periode; dvs. efter at der var indført fri prisdannelse på tandlægeydelser.

Som følge af de store prisstigninger er de svenske konkurrencemyndigheder fremkommet med tiltag til at øge prisgennemsigtigheden og styrke forbrugernes position på tandområdet. Dette omfatter blandt andet en anbefaling om, at tandlægenes priser skal offentliggøres på internettet. For nærmere beskrivelse af anbefalingerne henvises der til bilag 1

England

Det britiske tandlægesystem er organiseret i en offentlig og privat del. Den offentlige del er organiseret under NHS (National Health Service), hvor priserne på de forskellige ydelser er fastlagt centralt af regeringen. En sådan central priskoordinering findes ikke på det private marked, hvorfor en vis prisvariation kan forekomme her.

For at øge forbrugernes mulighed for at sammenligne de private og offentlige tandlægepriser, har de engelske konkurrencemyndigheder anbefalet at information om priser mv. på tandlægeområdet skal øges. Dette skal bl.a. ske gennem prisgennemsigtighed og øget opmærksomhed vedrørende ydelser henholdvis under og uden for NHS. Hidtil har kun NHS-ydelser kunnet slås op på eksempelvis internettet.

Ligeledes har Konkurrencemyndighederne anbefalet en forbedring af klagemulighederne for patienterne i privat praksis.

Endelig er der tanker om at tillade eksempelvis tandplejere at behandle patienter, hvilket i dag kun er tilladt for tandlæger. Formålet er bl.a. gennem øget personaleudbud at få større priskonkurrence på ydelserne.

Sammenfatning

Som det fremgår af ovenstående to kapitler 3 og 4, er der indikatorer som peger i retning af en begrænset konkurrence på det danske tandlægeomåde.

Et væsentligt forhold der effektivt begrænser konkurrencen – men til gengæld holder priserne nede - er, at der i dag er faste priser på størstedelen af tandlægebehandlingerne.

Endvidere har det kunnet konstateres, at patienterne er meget trofaste over for deres tandlæge. Således har 3 ud af 4 patienter anvendt den samme tandlæge i mere end 5 år, ligesom godt 60 pct. af patienterne finder, at prisen ikke bør danne grundlag for at skifte tandlæge. Som følge af den lave mobilitet er der et tilsvarende lavt forbrug af tandlæger i udlandet, hvilket formentlig forstærkes af andre faktorer (sprog, afstand m.v.).

Ovennævnte konkurrencebegrænsende forhold medvirker til, at tandlægenes indtjening ligger forholdsvis højt men på linie med andre akademiske serviceerhverv.

Sammenholdes de danske priser på udvalgte tandlægeydelser med priserne i de omkringliggende lande, er det konklusionen, at de takstfastsatte og tilskudsberettigede ydelser generelt set er billigst i Danmark. Til gengæld er priserne på de danske frie tandlægeydelser markant højere end i de øvrige lande, hvilket indikerer, at konkurrencen på de frie ydelser i Danmark er begrænset.

De seneste 10 års udvikling har vist et absolut fald i antallet af tandlæger, hvilket er en tendens, der vil blive forstærket de kommende 20 år. Denne udvikling kan medvirke til, at tandlægenes indtjening styrkes de kommende år. Ovennævnte forhold taler for, at der foretages yderligere tiltag til at styrke konkurrencen på tandområdet.

4. Forslag til at øge priskonkurrencen på tandlægeydelser

Forud for arbejdsgruppens analyse af priskonkurrencen på tandområdet indledte Sygeforsikringens Forhandlingsudvalg forhandlinger om en ny overenskomst med tandlægeforeningen. Overenskomsten omfatter alene tandpleje til voksne patienter på private tandklinikker.

Ved forhandlingernes påbegyndelse d. 1. januar 2003 var der udarbejdet et forhandlingsoplæg, som har dannet grundlag for den nye aftale, der blev indgået d. 8. oktober 2003 med virkning fra 1. april 2004. Overenskomstaftalen er godkendt af indenrigs- og sundhedsministeren den 16. december 2003.

Overenskomstaftalen indebærer bl.a., at tandlægerne fremover skal udarbejde prislister på en række ikke honorarfastsatte ydelser, hvor prisen kan variere fra tandlæge til tandlæge. De ydelser, som fremover skal fremgå af prislisterne, er bedøvelse, metalkeramikkrone i en stor kindtand, tre-leddet bro, operativ fjernelse af visdomstand samt visse former for plastfyldninger og rodbehandlinger. Tandlægen skal i den forbindelse som minimum oplyse, hvad henholdsvis den laveste og den højeste pris vil være for de pågældende ydelser. Prislisten skal hænges op i venteværelset, men tandlægen kan også vælge at offentliggøre priserne på sin egen hjemmeside eller på Den fælles offentlige sundhedsportal.

Herudover skal tandlægen give et tilbud om et skriftligt, uspecificeret prisoverslag, hvis den samlede behandling, inklusive alle nødvendige ydelser, forventes at overstige 2.500 kr.

Endvidere skal følgende oplysninger fremover være tilgængelige enten på Den fælles offentlige sundhedsportal, på tandlægens egen hjemmeside eller på en liste, der skal udleveres af tandlægen på forlangende, jf. boks 5.

Boks 5: Tandlægen skal fremover oplyse om følgende:

- navn
- køn
- alder
- klinikadresse
- åbningstider
- om klinikken kan modtage bevægelseshæmmede patienter
- telefonnummer
- evt. hjemmesideadresse
- evt. email-adresse
- information om evt. elektronisk tidsbestilling
- oplysning om tandlægevagt
Herunder evt. tandlægevagts telefonnummer
- navn, alder og køn på de tandlæger, der er tilknyttet klinikken
- sammensætning af ansat sundhedsfagligt klinikpersonale (tandplejere, klinikassistenter eller andet)
- hvilke ydelser, klinikpersonalet udfører på den pågældende klinik
- klinikkens priser på ydelser uden aftalt grundhonorar
- tandlægens særlige arbejds- og interesseområder kan fremgå

Kilde: Forhandlingsaftale mellem SFU og Tandlægeforeningen 8. oktober 2003

Det kan fremme konkurrencen, at tandlægen fremover skal give et tilbud om et skriftligt uspecificeret prisoverslag, hvis den samlede behandling forventes at overstige 2.500 kr. Aftalen betyder, at prisen på de dyrere tandlægeydelser nu bliver kendt for patienten før - og ikke som tidligere efter behandlingen. Dette må forventes at bidrage til en øget prisbevidsthed blandt patienterne og kan medvirke til en øget mobilitet.

Ligeledes er det positivt, at patienterne får adgang til oplysninger om bl.a. tandlægens åbningstider, oplysninger om hvilke klinikydelser der udføres, tandlægens særlige arbejds- og interesseområder mv.

Der er, som det fremgår, med overenskomstaftalen sket en forbedring af patienternes mulighed for at opnå et bedre grundlag at vælge tandlæge på, herunder også oplysning om, hvad prisen er på den ydelse, man efterspørger.

Ovennævnte aftale mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Dansk Tandlægeforening skønnes således at være gavnlig for konkurrencen på tandområdet, fordi såvel prisen som tryghed og tillid til tandlægen har betydning for patienternes mobilitet.

Det er dog spørgsmålet, om ovennævnte tiltag er fuldt tilstrækkelige til at styrke prisgennemsigtigheden på tandområdet. Årsagen er, at tandlægerne har mulighed for at offentliggøre de obligatoriske oplysninger i venteværelset på sin egen klinik eller på sin egen private hjemmeside. Resultatet er, at forbrugerne ikke har ét sted, der kan give et overblik over tandlægenes priser og ydelser. Derfor er det vigtigt, at der følges op på aftalen.

Således kan der med fordel iværksættes flere initiativer for at styrke konkurrencen på tandlægeområdet.

4.1. Forslag om skærpelse af krav om offentliggørelse af oplysninger på internettet

Den netop indgåede aftale mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Dansk Tandlægeforening betyder som nævnt, at tandlæger fremover skal offentliggøre en række oplysninger på enten deres egen hjemmeside, sundhedsportalen eller i egen praksis.

Målet hermed er som før nævnt at forbedre gennemsigtigheden på tandlægeområdet og dermed forbedre grundlaget for konkurrence. Internationale erfaringer tyder imidlertid på, at forbrugeren ikke i tilstrækkelig grad får adgang til oplysningerne, hvis de kun oplyses på et skilt i venteværelset eller på forlangende.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i forbindelse med godkendelsen af aftalen tilkendegivet over for overenskomstparterne, at man har tillagt det stor betydning, at parterne løbende følger udviklingen i aftalen om praksisdeklarationen. Dvs. at parterne overvåger hvor mange tandlæger, der gør brug af henholdsvis Den fælles offentlige sundhedsportal, tandlægenes egen hjemmeside og skriftlige lister. Ligeledes har ministeriet lagt vægt på, at der løbende følges op på, om den forbedrede patientinformation, som er tilsigtet med overenskomstaftalen, også finder sted.

Parterne udtrykker i aftalen enighed om, at samtlige tandlæger i løbet af overenskomstperioden bør anskaffe hurtig og sikker adgang til Internettet. Formålet er at kunne benytte Den fælles offentlige sundhedsportals informations- og kommunikationstilbud, herunder opdatere egen praksisdeklaration. Ministeriet har endvidere tilkendegivet, at ministeriet tillægger det stor betydning, at overenskomstparterne løbende følger op herpå for at nå dette mål i aftaleperioden.

Med udgangspunkt i dette synes det naturligt ved næste overenskomst at fortsætte udviklingen i retning af bedre gennemsigtighed for forbrugerne og øget konkurrence. Et forslag om at alle tandlæger offentliggør priser mv. ét sted f.eks. www.sundhed.dk bør således være målet.

Hvis parterne i den nye overenskomst lever op til hensigten i aftalen om, at samtlige tandlæger i løbet af overenskomstperioden bør anskaffe hurtig og sikker adgang til Internettet, burde et krav om anvendelse af sundhedsportalen ved næste overenskomstændring kunne gennemføres uden betydelige omkostninger for tandlægerne.

Fordelen ved at kræve en offentliggørelse af oplysninger ét sted på internettet er, at forbrugerne dermed lettere kan sammenligne og dermed vælge den bedste og billigste tandlæge - uden at besøge venteværelser eller afkræve skriftlige oplysninger fra tandlægen.

Forslaget vil i øvrigt harmonere med udviklingen i andre lande.

4.2. Etablering af mulighed for tandplejere til at modtage offentligt tilskud til forebyggende tandpleje?

Der blev i foråret 1999 nedsat et prognoseudvalg i Sundhedsstyrelsen, som skulle analysere, hvordan udbud og efterspørgsel af tandplejersonale ville udvikle sig de næste 20 år. Ifølge udvalgets rapport, der kom i november 2001, vil der i årene fremover samlet set være tilstrækkeligt med tandplejersonale i den kommunale tandpleje og i

den private voksentandpleje. Dette forudsætter imidlertid en række strukturelle tilpasninger i den nuværende tandpleje.

Som opfølgning på anbefalingerne fra prognoseudvalgets rapport har Sundhedsstyrelsen nedsat Tandplejens Strukturudvalg¹⁴. Udvalget skal redegøre for og opstille løsningsmodeller for eventuelle problemer ved tandplejens struktur og organisation. Heri indgår også spørgsmålet om tandplejernes fremtidige placering, arbejdsopgaver m.v.

Strukturudvalget skal i sit arbejde belyse lovgivnings- og overenskomstmæssige konsekvenser af forskellige modeller. Spørgsmålet om betydningen af en overenskomst med tandplejerne indgår som en model i udvalgets arbejde. I den samlede vurdering skal også indgå, om der kan skabes sammenhæng i tandplejesystemet, når flere behandlere bliver inddraget i patientbehandlingen. Ligeledes skal det vurderes, om en tilskudsordning, hvis den etableres, vil medføre offentlige merudgifter.

Tandplejerne har siden 1996 haft adgang til at drive selvstændig virksomhed og modtage patienter i behandling inden for deres virksomhedsområde uden henvisning fra en tandlæge. En evt. overenskomst indgået mellem Dansk Tandplejerforening og Sygesikringens Forhandlingsudvalg, der gør det muligt for patienter at opnå tilskud ved behandling hos selvstændige tandplejere, vil således ikke have betydning for tandplejernes adgang til at modtage patienter i behandling, men et tilskud vil kunne tilskynde til, at flere tandplejere etablerer selvstændig virksomhed på grund af et bedre økonomisk grundlag for klinikdriften.

Siden tandplejerne den 1. juli 1996 fik mulighed for at drive selvstændig virksomhed, har spørgsmålet om tilskud til patientbehandling været rejst flere gange, uden at det har ført til indførelse af tilskud. Fordi tandbehandlinger hos selvstændige tandplejere ikke er tilskudsberettigede, har tandplejerne rejst det som et problem, at tandplejerne ikke kan konkurrere med tandlæger på samme vilkår. Det manglende tilskud til tandpleje hos selvstændige tandplejere kan nemlig betyde, at behandlingen bliver dyrere for patienten, end hvis den var udført af/hos en tandlæge, medmindre prisen for behandling hos tandplejeren er lavere end hos tandlægen. Dette kan medvirke til at begrænse konkurrencen på området.

Set i lyset heraf, og at der i fremtiden forventes en mangel på tandlæger og et tilsvarende øget antal tandplejere jf. tabel 9, er det derfor

¹⁴ Tandplejens Strukturudvalg er nedsat af Sundhedsstyrelsen. Formand for udvalget er afdelingstandlæge Maria Malling Pedersen

relevant at overveje en tilskudsordning hos selvstændige tandplejere. En sådan ordning kunne muligvis medvirke til en bedre udnyttelse af tandplejernes ressourcer samtidig med, at der skabes et bedre udgangspunkt for konkurrence på området for de ydelser, som både kan leveres af tandlæger og tandplejere. En sådan ordning bør, hvis den etableres, gennemføres på en sådan måde, at den er udgiftsneutral for det offentlige. Det er derfor afgørende, om der kan skabes sammenhæng i tandplejetilbuddet, og at dobbeltydelser undgås.

Videre tiltag bør imidlertid afvente, at Sundhedsstyrelsens Strukturudvalg har færdiggjort sit arbejde. Tandplejens Strukturudvalg forventes at fremlægge en rapport april 2004.

4.3. Øget priskonkurrence - Indførelse af maksimalpriser på de takstfaste ydelser på tandområdet

De faste priser på de takstfaste ydelser hindrer i dag en effektiv priskonkurrence på hele tandområdet. Således må tandlægerne i dag kun konkurrere på prisen på en fjerdedel af ydelserne – de såkaldte frie - tandlægeydelser, der dog udgør 45 % af omsætningen.

Kravet om faste priser på de tilskudsberettigede ydelser, har den ud fra en konkurrencemæssig betragtning skadelige effekt, at patienterne bliver meget lidt tilbøjelige til at skifte tandlæge på grund af prisen. Patienternes trofasthed overfor deres tandlæge, kan desuden hænge sammen med en fejlagtig forventning om, at samtlige tandlægepriser på disse ydelser ikke adskiller sig nævneværdigt fra hinanden. På den baggrund kan det overvejes, om de faste priser på takstfaste ydelser fortsat skal gælde.

En række forhold tidligere anført i rapporten tyder dog på, at en fri prisdannelse på tandområdet ikke vil være til gavn for patienterne.

Det forhold, at patienterne kun sjældent skifter tandlæge og i endnu mindre grad på grund af prisen, kan bevirke, at tandlægerne bliver i stand til at opkræve en de facto-monopolpris på tandlægeydelser – til skade for patienterne.

Erfaringerne fra Sverige tyder heller ikke på, at en regulær ophævelse af de takstfaste tandlægeydelser er en ønskværdig strategi. Således oplevede de svenske patienter, at priserne på tandlægeydelser steg med mere end 25 pct. kort efter at kravet om faste tandlægetakster var ophævet.

Til gengæld kan det overvejes at indføre maksimalpriser på de ydelser, der i dag er faste.

Hensigten med at indføre maksimalpriser er at åbne op for, at tandlæger i fremtiden skal kunne konkurrere på prisen på de ydelser, der i dag er faste, hvilket vil være til gavn for patienterne.

Udover at maksimalpriser kan forbedre konkurrencen, vil forslaget, sikre, at forbrugerne ikke kommer til at opleve prisstigninger i de områder, hvor konkurrencen ikke er så intensiv f.eks. i tyndtbefolkede områder, når priserne ikke gives fri.

Arbejdsgruppen er dog bevidst om, at priserne på de takstfastsatte ydelser allerede nu er relativt lave jf. internationale prisstudie. Dette forhold – samt det forhold at konkurrencen er begrænset - kan således reelt begrænse muligheden for at opnå lavere priser på dette område som følge af en indførelse af maksimalpriser på de takstfastsatte ydelser.

Arbejdsgruppen anbefaler på den baggrund, at de nuværende faste priser erstattes med maksimaltakster.

Såfremt forslaget resulterer i lavere priser på tandlægeydelser, kan forslaget endvidere – hvis der fortsat opereres med et uændret procenttilskud og ikke et kronetilskud - resultere i en offentlig besparelse.