



KFST – uafhængig konkurrencemyndighed

VELFUNKTERENDE MARKEDER

09 | 2017

POTENTIALE FOR ØGET KONKURRENCE OG BESPARELSER I TANDLÆGEBRANCHEN

Regler om pris- og ejerskabsforhold i tandlægeoverenskomsten svækker konkurrencen i branchen. Øget konkurrence kan give patienterne billigere og bedre tandlægeydelser samt offentlige besparelser.

Der er aftalt faste priser for en række ydelser i tandlægeoverenskomsten, hvilket betyder, at tandlægerne ikke kan tiltrække patienter ved at give rabatter.

Tandlægers mulighed for at give rabat på tandlægeydelser begrænses yderligere af branchens fortolkning af overenskomsten. Patienterne kan dermed gå glip af billigere tandlægeydelser, og det offentlige kan gå glip af besparelser.

Tandlæger kan heller ikke uden særlig tilladelse eje mere end to tandklinikker. Overenskomsten medfører desuden, at andre private aktører end tandlæger har begrænsede muligheder for at investere i tandklinikker. Det kan begrænse tandklinikkers muligheder for at opnå stordriftsfordele og øget effektivitet.

Læs den fulde artikel →

Tandlægeydelser adskiller sig fra mange andre produkter, da markedet for tandlægeydelser er præget af asymmetrisk information. Patienterne betragter tandlægeydelser som komplicerede "produkter", som det er vanskeligt at vurdere kvaliteten af. Det er ofte tandlægen, der må afgøre, hvilke ydelser der er brug for og af hvilken kvalitet. Derfor spiller tillid til tandlægen en stor rolle for patienterne.

Tandlægeydelser til voksne er i Danmark finansieret ved offentligt tilskud samt en egenbetaling. Egenbetalingen udgør en relativt stor del af branchens omsætning. Omkring 82 pct. af den samlede omsætning for privatpraktiserende tandlæger og tandplejere er egenbetaling. Resten af omsætningen finansieres af offentlige tilskud.¹

Boks 1: Fakta om tandlægebranchen

Sidste år var ca. 2,5 mio. danskere hos tandlægen én eller flere gange.² De offentlige udgifter til voksentandplejen var i 2016 på 1,6 mia. kr.³

Tandlæger i privat praksis er selvstændige erhvervsdrivende. Den gennemsnitlige tandlæge omsætter ifølge Tandlægeforeningen for 2-3 millioner kroner årligt og klinikejerens løn udgør ca. 35 pct. heraf svarende til mellem 800.000 og 1 million kroner.⁴

Den offentlige regulering af tandlægeområdet består af sundhedsloven, en række bekendtgørelser samt tandlægeoverenskomsten, der samlet udgør den forvaltningsmæssige ramme.

Kompetencen til at fastsætte nærmere regler for tandlægeydelser er specifikt overdraget til Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Tandlægeforeningen, der i fællesskab aftaler indholdet af tandlægeoverenskomsten. Den overenskomst-mæssige regulering af tandlægeerhvervet er fastlagt med hjemmel i sundhedslovens § 227.

I denne artikel diskuteres nogle af de konkurrencebegrænsende elementer, som følger af tandlægeoverenskomsten og branchens fortolkning af overenskomsten. Det drejer sig bl.a. om branchens fortolkning af reglerne for tandlægenes prisfastsættelse, når tandlægerne ikke får tilskud fra regionen og de ejerskabsbegrænsninger, som følger af tandlægeoverenskomsten.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen kan ikke behandle de konkurrencebegrænsende elementer i tandlægeoverenskomsten efter de danske konkurrenceregler, selv om der er tale om bl.a. pris aftaler, der som udgangspunkt er ulovlige. Det skyldes, at Sundheds- og Ældreministeriet, efter en henvendelse fra styrelsen med afsæt i konkurrencelovens § 2, stk. 4, har vurderet, at pris- og ejerskabsforholdene i

overenskomsten og fortolkningen heraf, er en nødvendig konsekvens af den offentlige regulering på området.⁵

Prisfastsættelse af tandlægeydelser

Tandlægeoverenskomsten bestemmer, at der er faste priser på en række tandlægeydelser. Det gælder fx tandeftersyn, tandrensning og røntgenbilleder. De faste priser betyder, at der ikke er priskonkurrence på disse ydelser. Tandlægerne kan derfor eksempelvis ikke give rabatter på disse ydelser for at tiltrække patienter.

Aftaler om faste priser, herunder manglende mulighed for at give rabatter, er normalt til skade for forbrugerne, da den manglende priskonkurrence forhindrer forbrugerne i at opnå lavere priser.

Af tandlægenes overenskomst fremgår det, at en tandlæge ikke må give rabat på ydelser, der i overenskomsten er aftalt et fast grundhonorar for, hvis regionen betaler tilskud til den pågældende behandling: *"Afregner tandlægen med regionen for en ydelse, har tandlægen pligt til at opkræve den fulde patientandel for ydelsen."*⁶

Det fremgår derimod ikke af bestemmelsens ordlyd, hvordan en tandlæge må prisfastsætte en ydelse, når regionen ikke betaler tilskud til den pågældende behandling.

På baggrund af udtalelser fra Landssamarbejdsudvalget (boks 2) om fortolkningen af overenskomsten, er Tandlægeforeningen og Københavns Tandlægeforening imidlertid kommet med flere udmeldinger om, at tandlæger almindeligvis ikke kan give patienter rabat på ydelser omfattet af overenskomsten, selv når tandlægerne fravælger tilskud fra regionen.

Landssamarbejdsudvalget har således meldt ud, at det kun bør ske helt undtagelsesvist, fx hvis den behandlende tandlæge er i tvivl om, hvorvidt den udførte behandling er korrekt.

Boks 2: Landssamarbejdsudvalget for Tandlægehjælp og de regionale samarbejdsudvalg

Landssamarbejdsudvalget er et privatretligt klageorgan, der er tillagt den øverste kompetence til at fortolke tandlægeoverenskomstens bestemmelser. Udvalget består af tre medlemmer udpeget af Tandlægeforeningen og tre medlemmer udpeget af Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Udvalget træffer beslutninger ved enstemmighed.

De regionale samarbejdsudvalg er også privatretlige klageorganer. Disse vejleder om forståelse og praktisering af overenskomsten, og behandler klager i henhold til overenskomsten. Samarbejdsudvalgene består ligeledes af tre medlemmer udpeget af henholdsvis det offentlige og Tandlægeforeningen. De regionale samarbejdsudvalg træffer beslutning ved enstemmighed, og udvalgets beslutninger kan ankes til landssamarbejdsudvalget.

Derudover er konkurrence på pris ikke velset i det faglige miljø. Tandlægeforeningen har i en pressemeddelelse udtrykt, at *"Det kan aldrig blive 'undtagelsesvist' og et 'ekstraordinært tilfælde', hvis man i sin markedsføring forsøger at tiltrække nye patienter ved fx at tilbyde dem gratis undersøgelse."*⁷

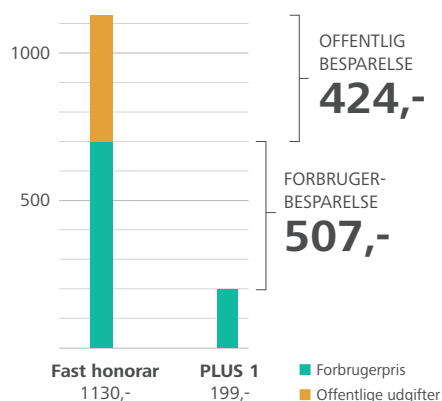
Flere tandlæger har forsøgt at tilbyde patienterne gratis eller billigere tandlægeydelser, mod at give afkald på tilskud fra regionen, men er blevet stoppet af Tandlægeforeningen. Københavns Tandlægeforening har også givet udtryk for, at tilbuddene kan betragtes som "ukollegial selvpromovering."⁸

Tandlægekæden Godt Smil havde et tilbud på gratis tandeftersyn, som var rettet mod de patienter, der ikke har været til tandlægen længe. For at kunne give tilbuddet uden at handle i strid med overenskomsten, havde Godt Smil fravalgt at modtage tilskud fra regionen, men derimod betalt regningen selv. Efter det oplyste måtte Godt Smil imidlertid opgive det tilbud efter henvendelser fra Tandlægeforeningen.

Tandlægekæden PLUS1 har også valgt at give tilbud på overenskomstfastsatte tandlægeydelser. PLUS1 har bl.a. haft tilbud på en pakke med tandeftersyn, tandrensning, røntgenbilleder og individuel forebyggende behandling, jf. figur 1. PLUS1 gav til gengæld afkald på at modtage tilskud fra regionen til de pågældende behandlinger. Københavns Tandlægeforening har med opbakning fra Tandlægeforeningen klaget over denne adfærd til det regionale samarbejdsudvalg. I juni 2017 afgjorde Landssamarbejdsudvalget, at tilbuddet var i strid med overenskomsten.

Figur 1

Besparelser ved pakketilbud, sammenholdt med den faste pris i overenskomsten.



Anmærkning: PLUS1's pris er baseret på et pakketilbud på tandeftersyn, tandrensning, røntgenbilleder og individuel forebyggende behandling, som tandlægeklinikken havde i 2016.

Kilde: Honorartabellerne over de faste priser, der iht. tandlægeoverenskomsten er aftalt for voksentandplejen med den offentlige sygesikring, reguleret 1. april 2017.

Som det fremgår af figur 1, kan de tilbud, som nogle tandlæger ønsker at give, både medføre væsentlige besparelser for patienterne og reducere det offentlige udgifter, og måske tiltrække nye patienter som ellers ikke går til tandlæge pga. prisen. Overenskomsten og branchens tolkning af reglerne medfører imidlertid, at tandlægerne har meget begrænsede muligheder for at give sådanne tilbud til patienterne.

Den manglende priskonkurrence kan gøre det sværere for nye aktører, eksempelvis udenlandske aktører, at komme ind på det danske tandlægemarked. Det kan også begrænse mulighederne for bedre og billigere tandlægeydelser i Danmark.

En rapport fra 2013, som blev udarbejdet af flere ministerier, har foreslået, at de faste priser i overenskomsten kan erstattes af maksimalpriser, jf. boks 3 nedenfor. Det vil give plads til konkurrence på prisen uden at gå på kompromis med de centrale mål med reguleringen, herunder ønsket om at sikre patienterne mod unødigt høje priser og det offentlige mod unødigt høje udgifter til tandlægeydelser.

Boks 3: Rapport om potentialet for øget konkurrence på tandplejeområdet

Finansministeriet, det daværende Ministerium for Sundhed og Forebyggelse og det daværende Erhvervs- og Vækstministerium udgav i maj 2013 en rapport om potentialet for øget konkurrence på tandplejeområdet.

Rapporten identificerer et øget potentiale for konkurrence gennem påvirkning af særligt tre områder – honorarforhold, prisgennemsigtighed og ejerskabsforhold. Rapporten pegede på følgende mulige forslag:

- Maksimalpriser indføres på tandlægeområdet
- Mulighed for at eje flere end to klinikker uden særlig tilladelse
- Fjernelse af krav om, at kun tandlæger må eje majoriteten af en klinik
- Bedre prisoversigter og flere ydelser på sundhed.dk
- Krav om, at tandlæger og tandplejere henviser til sundhed.dk på deres egen hjemmeside

På tandlægeområdet er der etableret en tandskadeerstatningsordning, som skal sikre, at patienterne kan få erstatning for skader, der eksempelvis stammer fra en undersøgelse eller behandling.⁹ Dette er en beskyttelse af patienterne, udover den de kan få hos Patienterstatningen, hvis erstatningsbeløbet overstiger 10.000 kr.

Tandskadeerstatningsordningen er bl.a. finansieret ved en indbetaling på 2,5 pct. af det tilskud, som regionen yder til behandlinger, hvor der er aftalt fast pris og tilskud. Hvis tandlæger fravælger et tilskud for at give rabatter, kan konsekvensen være, at der bliver indbetalt et mindre beløb til tandskadeerstatningsordningen. Det kan i givet fald kræve, at den begrænsede del af ordningens finansiering, der dermed måtte bortfalde, findes på anden måde. Fx kan de tandlæger, der giver rabatten, på anden vis bidrage til ordningen.

Muligheden for at tilbyde rabatter kan også resultere i, at patienterne hyppigere skifter tandlæge, end de gør i dag. Dette kan isoleret set være udgiftsdrivende. Det hænger bl.a. sammen med, at overenskomsten forpligter tandlægen til at foretage en diagnostisk grundundersøgelse på alle nye patienter, uanset om der for nyligt er foretaget en sådan undersøgelse hos en anden tandlæge. Ydelsen er tilskudsberettiget, og såfremt antallet af diagnostiske grundundersøgelser stiger som følge af hyppige tandlægeskift, vil det også forårsage en mindre stigning i det offentlige udgifter til tilskud til denne ydelse.

Det er imidlertid rimeligt at forvente, at effekterne af at patienterne muligvis vil skifte tandlæge oftere, som minimum vil blive udlignet ved de besparelser, som det offentlige må forventes af få, når andre tandlæger fravælger det offentlige tilskud. Desuden er der givetvis andre muligheder for at begrænse eventuelt udgiftsdrivende effekter af hyppigere tandlægeskift, som ikke i lige så høj grad begrænser konkurrencen. Dette kan fx ske ved, at der kun i mindre grad ydes tilskud til patienter, der skifter tandlæge flere gange inden for en given periode.

Da prisreguleringen følger af overenskomsten og dens fortolkning, vil en eventuel justering, som åbner for rabatter, imidlertid også kræve, at Tandlægeforeningen og Regionernes Lønnings- og Takstnævn kan nå til enighed om en anden struktur og sammenhæng i overenskomsten.

Ejerskabsbegrænsninger

Tandlægeoverenskomsten indeholder en række bestemmelser om ejerskab af tandklinikker. Disse bestemmelser medfører begrænsninger i tandlægenes muligheder for at eje mere end to tandklinikker, og for at andre end tandlæger kan eje majoriteten af en klinik.

Maksimalt to klinikker

Når en tandlæge har opnået tilladelse til selvstændigt at praktisere som tandlæge, har tandlægen mulighed for at åbne eller overtage en tandklinik.¹⁰ Som udgangspunkt har alle danske tandklinikere et såkaldt ydernummer. Det er alene tandklinikker med ydernummer, der kan få udbetalt tilskud fra regionen for de tilskudsberettigede behandlinger i tandlægeoverenskomsten. En tandlæge med tilladelse til selvstændigt virke kan ansøge Tandlægeforeningen om at

få tildelt et ydernummer, hvis tandlægen har tiltrådt tandlægeoverenskomsten.

Af tandlægeoverenskomsten følger det desuden, at en tandlæge som udgangspunkt kun må eje to klinikadresser.

Restriktionerne for, hvor mange klinikker en tandlæge må eje, er ifølge Tandlægeforeningen bl.a. begrundet i, at det fagligt skulle være uforsvarligt, hvis en tandlæge driver mere end to klinikker. Dette begrænser det antal klinikker, som tandlægen, der har det faglige og økonomiske ansvar for sine klinikker, skal sikre patientsikkerheden i. Ønsker en tandlæge at praktisere fra mere end to adresser, kan tandlægen dog søge om tilladelse hertil i det relevante regionale samarbejdsudvalg, med mulighed for anke til Landssamarbejdsudvalget.

Samarbejdsudvalgene er sammensat af et lige antal medlemmer udpeget af henholdsvis Tandlægeforeningen og det offentlige, jf. boks 2 ovenfor. Det indebærer, at halvdelen af medlemmerne i samarbejdsudvalgene kan være konkurrenter til den tandlæge, som har søgt om tilladelse til at etablere en ekstra klinik. Samarbejdsudvalgene træffer beslutninger ved enstemmighed. Det er derfor muligt for konkurrenter at nedlægge veto mod en tandlæges ønske om at ekspandere.

Samarbejdsudvalgenes sagsbehandling er baseret på forvaltningsretlige principper og det er kutyme, at eventuelle afslag skal begrundes. I en principbeslutning fra 2011 har Landssamarbejdsudvalget udviklet nogle retningslinjer, der skal danne grundlag for vurderingen. De forhold, som bliver tillagt betydning, er bl.a. (i) om der er tale om et yderområde, (ii) hvor mange patienter, der er i området, (iii) om tandlægen kan dokumentere, at etableringen af en yderligere klinik kan ske under iagttagelse af patientsikkerheden såvel på denne, som på øvrige praksisadresser. Muligheden for at søge om tilladelse til at praktisere fra flere praksisadresser blev oprindeligt indført i overenskomsten for at sikre tilgængelighed i yderområderne.

Bestemmelsen og retningslinjerne medfører, at samarbejdsudvalgene, og i sidste ende Landssamarbejdsudvalget, kan beslutte, at der ikke må etableres konkurrerende tandlægepraksisser i et givent område, fordi de vurderer, at der allerede er et tilstrækkeligt antal klinikker.

Det kan svække konkurrencen og dynamikken på markedet, at eventuelle konkurrerende tandlæger har mulighed for at nedlægge veto mod en tandlæges etablering af flere end to praksisadresser.

Disse ejerskabsbegrænsninger mv. kan desuden hindre succesfulde og dygtige tandlæger i at udvide deres kundegrundlag og ekspandere deres forretning. Dermed bliver det vanskeligere at opnå stordriftsfordele i form af fx bedre udnyttelse af faglige kompetencer, IT og administration

samt skabe et bedre grundlag for kvalitetsudvikling, til gavn for både patienterne og det offentlige.

I den tidligere nævnte rapport fra ministerierne, blev det foreslået at give tandlæger mulighed for at eje flere end to tandklinikker uden en særlig tilladelse, jf. boks 3. Det er selvsagt fortsat tandlæger, der udfører selve arbejdet på klinikkerne, og tandlægerne skal leve op til tandlægeerhvervets faglige og etiske standarder.

Der kan her drages en parallel til børne- og ungetandplejen, hvor "ejer", dvs. den økonomisk ansvarlige for børne- og ungetandplejen i det offentlige, ikke er en tandlæge, som er fysisk tilstede på klinikkerne. Arbejdet udføres derimod af de ansatte tandlæger.

En forøgelse af det maksimale antal klinikker, som en tandlæge kan eje uden særlig tilladelse, eller en ophævelse af maksimumgrænsen, vil skabe grobund for øget konkurrence mellem de praktiserende tandlæger, herunder på service, kvalitet og pris (i de tilfælde, hvor der ikke er faste priser).

Flere tandklinikker har vist interesse for at etablere tandlægekæder med flere end to klinikker. Tandklinikken PLUS1 har bl.a. ytret ønske om at praktisere fra flere end to adresser. Klinikken oplever imidlertid, at den nuværende regulering begrænser dens mulighed for at ekspandere.¹¹

I forbindelse med de igangværende overenskomstforhandlinger med Regionernes Lønnings- og Takstnævn har Tandlægeforeningens Klinikejerudvalg desuden tilkendegivet, at det er parat til at bløde op på, hvor mange klinikker den enkelte tandlæge kan eje.¹²

Kun tandlæger må eje majoriteten af en klinik

Tandlægeoverenskomsten sætter også grænser for, hvem der kan eje en tandklinik. Det fremgår af overenskomsten, at tandlæger skal eje majoriteten af den indskudte kapital i klinikken. Den nuværende overenskomst giver således mulighed for, at ikke-tandlæger maksimalt må 49,9 pct. af en eller flere private tandklinikker.

Det sundhedspolitiske hensyn bag denne ejerskabsbegrænsning er at sikre kvalitet og patientsikkerhed. Tandlægeoverenskomsten indeholder en række krav om bl.a. kvalitetsudvikling og patientklageforhold, og det vil kræve ændringer i reglerne, hvis disse krav også skal gælde for eventuelle klinikejere uden tandlægebaggrund.

Ejerskabsbegrænsningerne reducerer mulighederne for professionel virksomhedsdrift i tandlægesektoren. Andre aktører, der 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.

Flere kapitalfonde og private investorer har vist interesse for at investere og etablere sig i tandlægebranchen. På nuværende tidspunkt findes der flere aktive kæder i Danmark. Som eksempler kan nævnes DentConnect, dinTANDLÆGE og Godt Smil. Det er imidlertid som nævnt tandlæger, som ejer majoriteten af den indskudte kapital i de klinikker, der indgår i kædesamarbejdet. Dette krav om, at tandlæger skal eje majoriteten af virksomheden, udgør en adgangsbarriere for private aktører uden tandlægebaggrund.

Det øgede konkurrencepres, som en lempelse af ejerskabsrestriktionerne vil kunne medføre, kan komme patienterne til gode i form af lavere priser. Andre mulige effekter er længere åbningstider, kortere ventetider, bedre tilgængelighed og evt. øget specialisering.

De gevinster, der almindeligvis vil være ved markeder, som er drevet af effektiv konkurrence, er illustreret i figur 2.

Figur 2

Gevinster ved markeder drevet af effektiv konkurrence:



Det kan indvendes, at private investorer pga. krav til egenkapitalforretning, eventuelt vil lade økonomiske interesser veje tungere end faglighed og patientsikkerhed. Den tandlægeuddannede klinikejer er imidlertid selvstændig erhvervsdrivende, der i lighed med private investorer også har et ønske om at tjene penge.

Hertil kommer, at ejere af en tandlægeklinik under alle omstændigheder bør være forpligtede til at sikre den nødvendige faglighed og patientsikkerhed, uanset om de er tandlæger eller har anden baggrund. Dette kan eventuelt kræve yderligere regulering, udover de tiltag, der allerede er implementeret (se nedenfor).

Rapporten fra ministerierne fra 2013 indeholder også forslag om at lempe ejerskabsrestriktionerne, jf. boks 3. I slutningen af 2016 nedsatte Tandlægeforeningens hovedbestyrelse et udvalg, der skal undersøge ejerskabskonstruktioner i branchen og vurdere, om ejerskabsbestemmelserne med fordel kan lempes. Styrelsen er ikke bekendt med, om undersøgelsen er afsluttet.

Konkurrence, kvalitet og patientsikkerhed kan godt gå hånd i hånd

På tandlægemarkedet er det centralt, at der er fokus på og kontrol med kvaliteten af de ydelser, som tandlægerne leverer. Det skyldes, at patienterne har svært ved at bedømme de ydelser, som de modtager.

For at understøtte en høj kvalitet i sektoren, har Sundhedsstyrelsen bl.a. udgivet tre nationale kliniske retningslinjer til brug i tandplejen. De tre retningslinjer vedrører fastsættelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen, behandling af sygdomme i væv omkring tænder og tandimplantater og brug af antibiotika ved tandlægebehandling.

Derudover har Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Tandlægeforeningen besluttet at udvikle Den Danske Kvalitetsmodel for privatpraktiserende tandlæger. Arbejdet består i at udarbejde et sæt kvalitetsstandarder, der skal udgøre vurderingsgrundlaget for akkreditering af kvaliteten i tandklinikkerne. Standarderne udarbejdes af en arbejdsgruppe bestående af tandlæger fra praksissektoren, regionale repræsentanter og Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. Modellen og standarderne skal godkendes og overdrages til overenskomstforhandlingerne i 2017.

Det er samtidig vigtigt at sikre den fornødne kontrol med, at kvalitetstandarderne overholdes. Under det nugældende system med faste priser, er der fx en økonomisk tilskyndelse til at få mange patienter "gennem fabrikken" og levere ydelser, som giver høj indtjening i forhold til indsatsen, frem for at sikre høj kundetilfredshed. Lignende udfordringer kan der være i et system med maksimalpriser, idet der dog i sådan et system vil være større konkurrence om at tiltrække og fastholde patienter.

I et system, hvor der åbnes op for rabatter og ændrede ejerskabsrestriktioner, vil der således være mere dynamik og konkurrence, hvilket som udgangspunkt er til gavn for patienterne. Men det ændrer ikke på, at der bør sættes standarder for ydelsernes kvalitet og føres kontrol med, at de overholdes.

Efter lempelsen af apotekerloven trådte i kraft pr. 1. juli 2015, fik apotekere mulighed for, inden for en radius af 75 km fra apoteket, frit at oprette, flytte eller nedlægge apoteksfilialer. En apoteker kan dog højst drive otte receptudstedende enheder. Dette har man tilladt, selvom udgangspunktet er, at Lægemedelstyrelsen udsteder

bevilling til at drive ét apotek til én specifik farmaceut. I apotekerbranchen stilles der ligeledes høje krav til faglighed og patientsikkerhed. På samme måde burde der være mulighed for, at en kliniker i tandlægebranchen kan eje flere end to praksisadresser.

Samlet set er det vurderingen, at der er potentiale for forbedringer af konkurrencen på pris- og ejerskabsforhold, uden at gå på kompromis med de hensyn, der ønskes varetaget med den nuværende regulering.

KFST - uafhængig konkurrencemyndighed

Som uafhængig konkurrencemyndighed står KFST (Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen) for at håndhæve konkurrenceloven og gennemføre analyser i medfør heraf. Konkurrencerådet er en del af KFST og har det overordnede ansvar for KFSTs administration af konkurrenceloven og regler udstedt i medfør heraf.

- 1 Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Erhvervs- og Vækstministeriet (2013): Rapport om potentialet for øget konkurrence på tandplejeområdet.
- 2 Danmarks Statistik, SYGP.
- 3 Danmarks Statistik, SYGU.
- 4 InsideBusiness, "Tandklinikker i ny børs kandidat kæde er langt fra prisførende", 24. marts 2017.
- 5 Hvis et ressortministerium vurderer, at en eventuel konkurrencebegrænsning på et sektormråde er en direkte eller nødvendig følge af offentlig regulering, er Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen afskåret fra at bedømme forholdet efter den danske konkurrencelov. Hvis der er samhandelspåvirkning og EU's konkurrenceregler dermed finder anvendelse, er det umiddelbart vurderingen, at det efter disse regler er konkurrencemyndigheden, der skal træffe afgørelse om, hvorvidt offentlig regulering påtvinger virksomhederne den konkurrencestridige adfærd.
- 6 Jf. Tandlægeoverenskomsten § 28, stk. 3.
- 7 Københavns Tandlægeforenings pressemeddelelse, "TF har en klar aftale med regionerne om priser på tandpleje", 31. august 2016.
- 8 Københavns Tandlægeforenings nyhedsbrev, "Ulovligt, OK-stridigt eller "bare" ukollegialt?", 1. marts 2016.
- 9 I medfør af ordningen kan patienter få erstatning fra forsikringen for skader i forbindelse med behandling hos en privatpraktiserende tandlæge, hvis erstatningsbeløbet er højere end 1.000 kr., men ikke overstiger 10.000 kr.
- 10 En autoriseret tandlæge (cand.odont.) kan efter et års (1440 timer) praktisk oplæring hos en tandlæge med tilladelse til selvstændigt virke opnå tilladelse til selvstændigt at virke som tandlæge efter ansøgning til Sundhedsstyrelsen.
- 11 Børsen, "Vagthund kalder minister på banen i tandlægestrid", 7. sep. 2016.
- 12 Tandlægebladet.dk, "Klinikerformand: 5 punkter vi tager med til forhandlingerne", 5. sep. 2017.