



Klinikejerens overvejelser ved salg til en tandlægekæde

af Kai Ambrosius, statsautoriseret revisor, Redmark

Generelt om kædedannelser

Denne artikel er skrevet med baggrund i de seneste års udvikling i tandlægebranchen, hvor antallet af tandlægekæder er stigende, og hvor andelen af tandklinikker, som er solgt til en tandlægekæde er blevet kraftigt forøget. Som rådgiver for en lang række tandlæger kan jeg konstatere, at der for mange klinikejere ikke går mange måneder imellem, at de bliver kontaktet af en tandlægekæde med henblik på kliniksalg.

Baggrunden for de seneste års udvikling er et politisk ønske om øget konkurrence på tandlægebehandling og ydelser, og dermed en øget liberalisering af området. Dette med det formål, at reducere prisen for tandbehandlinger og dermed reducerede offentlige tilskud til tandbehandlinger. Ovenstående har medført, at en række kæder er opstået, og flere er på vej. Fælles for disse kæder er, at de skal overholde reglerne i tandlægeoverenskomstens kapitel 3 samt tilhørende bilag om praksisdrift, herunder at bestemmende ejerandel på 51 % skal være ejet af en tandlæge som også er ansvarlig for overholdelse af sygesikringsoverenskomsten. På hver klinik, skal der endvidere være en virksomhedsansvarlig tandlæge, som er sundhedsansvarlig overfor myndighederne, herunder specielt sundhedsstyrelsen.

Hvad er en tandlægekæde?

Definitionen på en tandlægekæde er i det følgende den økonomiske konstruktion, hvor en investor erhverver et delejerskab til en eller flere tandlægeklinikker i et økonomisk fællesskab med en eller flere praktiserende tandlæger under et fælles kædenavn.

Beskrivelse af forskellige modeller for tandlægekæder

De enkelte kæder har hver deres særpræg og idegrundlag. Der er dog følgende 2 "grundmodeller", som i hovedtræk kan beskrives således:

Model 1

Kapitalkæderne køber en andel af klinikken, typisk 49 % og sælgende tandlæge beholder 51 % i en kortere eller længere periode. Der etableres et klinikfællesskab som drives i fællesskab, dette kan være som I/S, P/S eller ApS. Den sælgende tandlæge ansættes i fællesklinikken som tandlægeassistent og med en provision på f.eks. 35 % af sin egen personlige omsætning. Klinikken driftes herefter som udgangspunkt sig selv, bortset fra klinikejerlønningen, og eventuelle omkostninger til kæden for supportydelser som f.eks. HR funktion, markedsføring, administration og faglig support.

Klinikken restoverskud deles herefter i forhold til ejerandel, d.v.s. klinikejeren opnår fortsat en overskudsandel svarende til sin ejerandel.

Det ses dog, at der som følge af aftalegrundlaget, udgifter til kæden m.v., kan ske en forskydning af overskuddet således, at en større del af restoverskuddet end den tilhørende ejerandel, tilfalder kæden.

Model 2

Tandlægekæden køber hele aktiviteten, dvs. patient goodwill og klinikinventar af den sælgende tandlæge. Der etableres et fælles I/S, hvor mindst én af de sælgende tandlæger ejer 51 % af I/S'et og bliver klinikansvarlig tandlæge. Den sælgende tandlæge har mulighed for at købe aktier i tandlægekæden og bliver herved medejer af samtlige klinikker i kæden. Da tandlægekæden køber hele aktiviteten, skal investorkredsen bag tandlægekæden også bestå af tandlæger således at den samlede "tandlæge ejerandel" af tandlægekædens klinikker, på et hvilket som helst tidspunkt udgør 51 %.

Den sælgende tandlæge oppebærer en provision på f.eks. 35 % af sin egen personlige omsætning. Klinikens drift ligner herefter som udgangspunkt sig selv, bortset fra klinikejerløn, og eventuelle omkostninger til kæden for supportydelser som f.eks. HR funktion, markedsføring, administration og faglig support.

I princippet, kan der således i model 2 være aftalt, at den sælgende tandlæge har en ejerandel på 51 % med det dertil hørende ansvar som klinikansvarlig tandlæge, men alene indtjener sin klinikejerløn. Hele overskuddet efter løn til den sælgende tandlæge tilfalder således kæden.

I begge tilfælde kan den sælgende tandlæge, afhængig af tidshorizont, foretage beregninger på, hvor mange år der går før salgsprisen for klinikken modsvarer den årlige reduktion af klinikejerens indtjening.

Nogen kæder har specialiseret sig i at tilbyde ensartede koncepter mht. behandlingsmønstre og prispolitik, mens andre opkøber klinikker i yderområder og videre-sælger en klinikandel, ofte til udenlandske tandlæger, som bosætter sig i Danmark.

Hos andre kæder er motivationen en kraftig vækst og et efterfølgende exit til en større kapitalkæde. Sammenfattende er det min vurdering, at den eksterne investors hovedformål er at opnå en så god forrentning som muligt, snarere end sundhedsfaglige ambitioner. Dette er naturligvis helt legalt. Det er blot vigtigt for den sælgende tandlæge, at denne præmisse er accepteret.

Mulige fordele ved at indgå i en tandlægekæde

For den sælgende tandlæges synspunkt kan der være flere motivationer til at sælge til en tandlægekæde. Nogle kæder stiller finansiering til rådighed for klinik-køberen samt back-up funktioner som HR og behandlingskoncepter. Dette giver en nem adgang til at blive klinikejer, hvilket kan tiltale f.eks. yngre tandlæger. For den ældre tandlæge som er på vej mod pension, kan et salg til en kæde være en nem måde at afhænde klinikken, og i visse situationer også give mulighed for at sælge en klinik, som på grund af beliggenhed måske tidligere ikke har kunnet afhændes.

Fordelene ved at indgå i en tandlægekæde kan være følgende:

- Fælles IT og journalsystem
- Hjælp til ledelse og HR-funktioner
- Fælles markedsføring og branding
- Besparelser på indkøb, herunder materialer og teknik
- Fælles efteruddannelse og kurser
- Øget omsætning som følge af øget effektivitet, forøget omsætning pr. patient mv.

Kædedannelsers betydning for prisfastsættelse af klinikken

Med kædernes indtog er der blevet ændret i de branchekutymer for værdiansættelse, som gennem mange år har været gældende i tandlægebranchen. Oprindeligt blev klinikker handlet til en goodwillprocent af omsætningen med tillæg af klinikinventar og evt. varelager. Idet overskuddet fra klinik varierer meget tog denne værdiansættelse slet ikke højde for forskelligheden i indtjening fra klinik til klinik. Denne værdiansættelse af goodwill er i de senere år blevet afløst af goodwill pris pr. aktiv patient. Prisen pr. patient er dels geografisk bestemt, og i større klinikker anvendes også en differentieret pris for de yderste patienter, som behandles af ansatte behandlere. Begge metoder kaldes for substansbaseret værdiansættelse og er i store træk uafhængig af klinikkens indtjening.

Tandlægekæderne værdiansætter typisk tandklinikken på grundlag af samme principper som værdiansættelse af enhver anden virksomhed i det frie marked, dvs. på grundlag af en forventet forrentning af den investerede kapital. Den samlede pris baseres i sådanne tilfælde på klinikens EBITDA ganget med en multipel. EBITDA defineres som klinikens overskud før renter og afskrivninger og skatter, men fratrukket den løn som den sælgende tandlæge skal have som ansat tandlægeassistent. Endvidere korrigeres for den sælgende tandlæges særomkostninger (bil, kurser m.v.). Multipelen er udtryk for investors forrentning af den investerede kapital.

Prisen for klinikken dækker i dette tilfælde både goodwill og klinikinventar. Prisen er beregnet på grundlag af klinikens indtjening. Denne værdiansættelse kaldes derfor for indtjeningsbaseret.

Ovenstående værdiansættelse har i flere tilfælde medført en højere pris end prisfastsættelsen, som anvendes af klinikmæglere baseret på pris pr patient. Dette medfører p.t et vakuum, hvor der er i dag på den samme klinik kan beregnes to forskellige priser afhængig af hvem der sælges til. Det må formodes, at dette i det kommende år bliver udjævnet, således prisfastsættelsen fremover bliver indtjeningsbaseret.

Dette vil medføre, at det fremover får stor betydning for klinikejerens salgspris, hvordan klinikken har været drevet i årene frem mod generationsskiftet/salget. Klinikken skal således, som enhver anden virksomhed, salgsmodnes og gøres klar til generationsskifte for at opnå den bedste pris.

I nogle kæder er prisen for klinikken ikke endelig fastsat på salgstidspunktet, men er præstationsafhængig f.eks. i en periode på 3 år fra kliniksalg, idet den endelige købesum afhænger af den sælgende tandlæges fremtidige omsætning eller klinikens indtjening. Endelig er der tandlægekæder, hvor en del af salgssummen geninvesteres i tandlægekæden i håbet om, at klinikejeren kan tage del i en forventet værdistigning på aktierne ved et senere salg til en kapitalkæde.

En stigende pris for en tandlægeklinik i det frie marked vil alt andet lige være udtryk for en øget indtjening på klinikken. Det kan ske ved sparede omkostninger og synergier, men også forøget omsætning. Kædens mål vil derfor ofte være en højere omsætning pr. patient. Dette bør tandlægen undersøge på forhånd og spørge ind til. Specielt i de tilfælde hvor prisen for klinikken delvis er afhængig af fremtidig indtjening.

Skattemæssige overvejelser ved forskellige modeller

Skattemæssigt har den sælgende klinikejer ofte en interesse i, at overskudsandelen som består af den løbende provision af egen omsætning + restoverskud, skattemæssigt bliver karakteriseret som erhvervsmæssig virksomhed og ikke som lønindkomst. For tandlægekæden og den eksterne investor er det afgørende, at aftalen er udformet så konstruktionen overholder overenskomst og lovgivning. Samtidig ønsker kapitalkæden at kontrollere og have indflydelse på klinikens resultat.

Den sælgende tandlæge bør være opmærksom på hvorvidt f.eks. ejeraftaler om et fælles tandlægeinteressentskab, som er etableret for at overholde reglerne i overenskomsten, er udfærdiget således, at der ikke er nogen reel økonomisk risiko for den sælgende tandlæge. I så fald er det usikkert, om den sælgende tandlæge reelt driver erhvervsmæssig virksomhed, eller skattemæssigt betragtes som lønmodtager. Dette kan få store skattemæssige konsekvenser for den sælgende tandlæge såfremt provision der indtægtsføres i tandlægeselskabet efterfølgende af SKAT bliver omklassificeret som personlig lønindkomst. Det skal derfor kraftigt anbefales, at den sælgende tandlæge får dokumentation for, at kæden har indhentet et aktuelt bindende svar hos SKAT på den konkrete konstruktion således, at SKAT har accepteret, at tandlægen driver erhvervsmæssig virksomhed. Et bindende svar indhentet på en lignende ejerskabskonstruktion, og hvor forespørgslen er af ældre dato, bør derfor ikke accepteres. Det er den sælgende tandlæge som løber risikoen.

Det er min oplevelse, at aftalegrundlaget i de enkelte kæders aftaler er så forskellige, at det for hver enkelt kæde bør vurderes, hvorvidt det er tandlægen eller tandlægekæden som har den reelle økonomiske indflydelse. Generelt er kæderne meget opmærksomme på, at indholdet af aftalegrundlaget, herunder de underliggende aftaler ikke må offentliggøres til 3. mand.

Hvad skal tandlægen være opmærksom på under forhandlinger om salg til en tandlægekæde?

Nedenfor følger nogle af de forhold, som klinikejeren bør være opmærksom på under forhandlingerne med en tandlægekæde. Listen er ikke udtømmende og det kan kun anbefales, at tandlægens rådgivere deltager på møderne, og gerne allerede på det første møde:

- Agerer tandlægekædens repræsentanter professionelt i forhandlingsfasen
- Kan kæden levere de lovede ydelser mht. HR-funktion, back up, IT, tandlægefaglig support
- Bliver det reelt sælgende tandlæge, som kommer til at drive klinikken fremover?
- Binding på overskud over en 3 års periode eller andre økonomiske bindinger
- Hvem får del i klinikkens fremtidige overskud?
- Hvordan bliver den nye dagligdag i praksis

Et af de afgørende elementer er forventninger om klinikkens omsætning og indtjening efter kliniksælget. Forudsættes der en stigende omsætning må tandlægen vurdere, om der vil opstå faglige og personlig konflikter såfremt det forudsættes omsætningen pr. patient skal forøges i kæderegi. Det er min opfattelse, at ovenstående overvejelser for flere tandlæger er en væsentlig begrundelse for at sige nej til blive en del af en tandlægekæde.

I samme forbindelse bør sælgende tandlæge være meget opmærksom på, hvordan konceptet for den daglige klinikdrift vil blive fremover. Der bør spørges ind til meget konkrete forhold, herunder personaleforhold, ændringer i ansættelsesforhold, IT, m.v. Såfremt salgsprisen for klinikken er afhængig af klinikkens fremtidige indtjening, men den sælgende tandlæge har et ønske om at blive fritaget for de ledelsesmæssige opgaver og kun "lave tænder", vil dette kunne give konflikter. Det er vanskeligt at løse dagligdagens udfordringer, når der ikke er en leder fast tilstede på klinikken.

Tandlægen kan være interesseret i en løsning, hvor klinikkens professionaliserings- og effektivitetsgrad forøges i kraft af både faglig og forretningsmæssig support. Dette er efter min opfattelse helt legalt, da en tandlægeklinik jo også er en selvstændig virksomhed. Der kan derfor være situationer, hvor den sælgende tandlæge stiger i overskud, efter at tandlægekæden har fået sin overskudandel.

Afrunding

Sammenfattende er det min vurdering, at kædedannelserne både giver muligheder, men også kan medføre store ulemper og risici for den sælgende tandlæge. Det handler derfor i høj grad om, at klinikejeren på forhånd gør sig overvejelser om sin egen situation og ønsker efter et kliniksalg og derefter, i forhandlingerne med en tandlægekæde, opnår fuld forståelse for tandlægekædens idegrundlag og økonomiske model. Det kan derfor kun anbefales, at tandlægen søger hjælp hertil hos sine rådgivere samt søger viden hos kolleger, tandlægeforeningen, faglige fora m.v.