

**MELDING AV FORETAKSSAMMENSLUTNING**

**ALERIS HELSE AS'**

**ERVERV AV  
ENEKONTROLL I**

**TERES MEDICAL GROUP AS**

**TØNSBERG, 15. MARS 2015**

Innholdsfortegnelse		
<b>1</b>	<b>Kontaktinformasjon</b>	<b>9</b>
1.1	Melder	9
1.2	Øvrige involverte foretak	9
<b>2</b>	<b>Beskrivelse av foretakssammenslutningen</b>	<b>9</b>
2.1	Gi en beskrivelse av den meldte foretakssammenslutningen og hvordan den kom i stand. Beskrivelsen skal blant annet inneholde en redegjørelse for den strategiske og økonomiske begrunnelsen for transaksjonen, en oversikt over eierforholdene etter sammenslutningen og tidsplan for gjennomføringen. Dersom det dreier seg om delvis erverv skal det gis en oversikt over de eierandeler eller deler av virksomheten som erverves. Sentrale styredokumenter der foretakssammenslutningen behandles, herunder protokoller/referater, bør vedlegges meldingen	9
2.2	Gi en beskrivelse av faktiske og juridiske forhold som er av betydning for muligheten til å utøve avgjørende og varig innflytelse (kontroll) over foretakets virksomhet. Beskrivelsen skal blant annet inneholde en redegjørelse for eiendomsrett eller bruksrett til foretakets aktiva, eller for rettigheter og avtaler som gir avgjørende innflytelse over foretakets organer (jf. konkurranseloven § 17 tredje og fjerde ledd)	10
<b>3</b>	<b>Oppsummering – hovedkonklusjoner</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>Beskrivelse av de involverte foretakene og foretak i samme konsern</b>	<b>14</b>
4.1	Gi en beskrivelse av de involverte foretakenes juridiske og organisatoriske struktur, og deres virksomhetsområder. Beskrivelsen skal inkludere foretak i samme konsern som det eller de foretak som overtar kontroll	14
4.1.1	Aleris	14
4.1.2	Investor AB	14
4.1.3	Knut and Alice Wallenbergs Stiftelse	15
4.1.4	FAM AB	15
4.1.5	Nærmere om Aleris virksomhet i Norge	16
4.1.6	Teres	17
4.2	Gi en oversikt over eierinteresser de involverte foretakene har utenfor konsernet, men innenfor de virksomhetsområder som berøres av foretakssammenslutningen	17
4.3	Angi hver av de involverte foretakenes omsetning og driftsresultat i Norge siste regnskapsår. For foretak som overtar kontroll skal tall fra andre foretak i samme konsern inkluderes	18
4.3.1	Aleris	18
4.3.2	Teres	18
4.4	Oppgi hvilke bransjeorganisasjoner de involverte foretakene eventuelt er medlem av	18
4.4.1	Aleris	18

4.4.2	Teres	18
<b>5</b>	<b>Beskrivelse av markeder</b>	<b>18</b>
5.1	Beskrivelse av fagområdene hvor Aleris og Teres har overlappende virksomhet	18
5.2	Beskrivelse av overlapp basert på hvem som finansierer spesialisthelsetjenesten	19
5.2.1	Offentlig finansierte spesialisthelsetjenester	19
5.2.2	Privatfinansierte spesialisthelsetjenester	20
5.3	Vertikalt forbundne markeder	20
<b>6</b>	<b>Avgrensningen av det relevante produktmarkedet</b>	<b>21</b>
6.1	Innledning	21
6.2	Separate produktmarkeder avhengig av hvem som finansierer spesialisthelsetjenestene	21
6.3	Separate produktmarkeder for ortopedi, plastikk kirurgi og fedmekirurgi	22
6.4	Særlig om markedet for plastikk kirurgi	24
6.5	Det relevante produktmarkedet der spesialisthelsetjenestene er finansiert av det offentlige – ortopedi og plastikk kirurgi	25
6.5.1	Innledning – konkurranse på to plan	25
6.5.2	Konkurranse om tilgang til markedet	25
6.5.2.1	Avklaring av hvilke spesialisthelsetjenester som skal kjøpes inn, samt omfang	26
6.5.2.2	Hvordan skal anskaffelsesprosessen legges opp?	29
6.5.2.3	Utarbeide konkurransegrunnlag	31
6.5.2.4	Valg av avtaleparter	33
6.5.2.5	Oppsummering – konkurransen om tilgang til markedet	34
6.5.3	Konkurransen i markedet	34
6.6	Det relevante produktmarkedet der spesialisthelsetjenestene er finansiert av forsikringsselskapene	37
6.7	Det relevante produktmarkedet for plastikk kirurgi finansiert av selvbetalende pasienter	40
6.8	Det relevante produktmarkedet for fedmekirurgi finansiert av selvbetalende pasienter	40
<b>7</b>	<b>Avgrensningen av det relevante geografiske markedet</b>	<b>42</b>
7.1	Innledning	42
7.2	Det relevante geografiske markedet der spesialisthelsetjenesten er finansiert av det offentlige	42
7.2.1	Det relevante geografiske markedet for konkurransen om tilgang til markedet	42

7.2.2	Det relevante geografiske markedet for konkurransen i markedet	43
7.3	Det relevante geografiske markedet for konkurransen i forsikringsmarkedet	44
7.4	Det relevante geografiske markedet for plastikk kirurgi til selvbetalende pasienter	45
7.5	Det relevante geografiske markedet for fedmekirurgi til selvbetalende pasienter	48
<b>8</b>	<b>Oppsummering markedsavgrensningen</b>	<b>49</b>
<b>9</b>	<b>Beskrivelse av markedsstrukturen i de berørte markedene</b>	<b>49</b>
9.1	Innledning – utviklingstrekk i de berørte markedene	49
9.2	Ny ordning om fritt behandlingsvalg fra 2016	50
9.3	Gi et anslag over alle aktørenes samlede årlige omsetning (i verdi og volum) for hvert av de berørte markedene, samt opplysninger om grunnlaget for disse anslagene	51
9.3.1	Ortopedi og plastikk kirurgi finansiert av det offentlige	51
9.3.2	Ortopedi i forsikringsmarkedet	52
9.3.3	Plastikk kirurgi i markedet for selvbetalende pasienter	52
9.3.4	Fedmekirurgi i markedet for selvbetalende pasienter	53
9.4	Angi hvert av de involverte foretakenes årlige omsetning (i verdi og volum) og deres antatte markedsandeler for hvert av de berørte markedene. Inkluder tilsvarende opplysninger for ethvert foretak som inngår i samme konsern som det eller de foretak som overtar kontroll, og som har virksomhet i de berørte markedene	53
9.4.1	Ortopedi og plastikk kirurgi finansiert av det offentlige	53
9.4.2	Ortopedi til forsikringskunder, plastikk kirurgi og fedmekirurgi til selvbetalende pasienter	54
9.5	Konkurrenter, kunder og leverandører	54
9.5.1	Gi en oversikt over de fem viktigste konkurrentene til hvert av de involverte foretakene, samt hva som antas å være disse konkurrentenes markedsandeler, i de berørte markedene. Gi en beskrivelse av hvilke virkninger foretakssammenslutningen antas å ha for de involverte foretakenes konkurrenter	55
9.5.1.1	Ortopedi og plastikk kirurgi finansiert av det offentlige	55
9.5.1.2	Ortopedi i forsikringsmarkedet	55
9.5.1.3	Plastikk kirurgi i markedet for selvbetalende pasienter	55
9.5.1.4	Fedmekirurgi i markedet for selvbetalende pasienter	56
9.5.2	Foretakssammenslutningens virkninger for konkurrentene	56
9.6	Gi en oversikt over de fem største kundene til hvert av de involverte foretakene i de berørte markedene, og hvor stor andel av de involverte foretakenes salg hver av disse står for. Gi en beskrivelse av hvilke virkninger foretakssammenslutningen antas å ha for de involverte foretakenes kunder	56

9.6.1	Ortopedi og plastikk kirurgi finansiert av det offentlige	57
9.6.2	Ortopedi i forsikringsmarkedet	57
9.6.3	Plastikk kirurgi i markedet for selvbetalende pasienter	57
9.6.4	Fedmekirurgi i markedet for selvbetalende pasienter	57
9.6.5	Foretakssammenslutningens virkninger for kundene	57
9.7	Gi en oversikt over de fem største leverandørene til hvert av de involverte foretakene i de berørte markedene, og hvor stor andel av de involverte foretakenes innkjøp hvert av disse står for. Gi en beskrivelse av hvilke virkninger foretakssammenslutningen antas å ha for de involverte foretakenes leverandører	58
9.7.1	Foretakssammenslutningens virkninger for leverandørene	58
9.8	Gi en oversikt over de vanligste salgskanalene i de berørte markedene. Oversikten skal blant annet inneholde en angivelse av salgskanalenes betydning for omsetningen av produktene. Beskriv også i hvilket omfang salget foregår gjennom tredjeparter og/eller virksomheter i samme konsern som de involverte foretakene	58
9.9	Gi en oversikt over de viktigste samarbeidsavtalene (horisontale eller vertikale) som de involverte foretakene eller foretak i samme konsern har inngått i de berørte markedene. Med samarbeidsavtaler menes i denne sammenheng for eksempel avtaler om felles produksjon, spesialisering, informasjonsutveksling, distribusjon, lisensiering eller langsiktige leveringer	58
9.10	Gi en oversikt over etterspørselsstrukturen i de berørte markedene. Oversikten skal blant annet inneholde en angivelse av	58
9.10.1	Hvilken utviklingsfase markedet befinner seg i (er det under oppstart, ekspansjon, fullt utviklet eller i tilbakegang)	58
9.10.2	Hva som påvirker etterspørernes valg av produkt/leverandør i de berørte markedene, for eksempel merkevarelojalitet og produktdifferensiering	59
9.10.2.1	Ortopedi og plastikk kirurgi finansiert av det offentlige	59
9.10.2.2	Ortopedi i forsikringsmarkedet	59
9.10.2.3	Plastikk kirurgi i markedet for selvbetalende pasienter	60
9.10.2.4	Fedmekirurgi i markedet for selvbetalende pasienter	60
9.10.3	I hvilken grad etterspørerne skifter leverandør/merke	60
9.10.3.1	Ortopedi og plastikk kirurgi finansiert av det offentlige	60
9.10.3.2	Ortopedi i forsikringsmarkedet	60
9.10.3.3	Plastikk kirurgi, samt fedmekirurgi, i markedene for selvbetalende pasienter	60
9.10.4	Kunder eller kundegruppers forhandlingsstyrke	61
9.10.4.1	Innledning	61
9.10.4.2	Ortopedi og plastikk kirurgi finansiert av det offentlige	61
9.10.4.3	Ytterligere forsterket innkjøpsmakt ved fremtidig nasjonal innkjøpsenhet	62
9.10.4.4	Ortopedi i forsikringsmarkedet	62
9.10.4.5	Plastikk og kosmetisk kirurgi, samt fedmekirurgi, i markedene for selvbetalende pasienter	63

9.10.5	I hvilken utstrekning eneforhandleravtaler og andre langsiktige leveringsavtaler benyttes	63
9.10.5.1	Ortopedi og plastikk kirurgi finansiert av det offentlige	63
9.10.5.2	Ortopedi i forsikringsmarkedet	63
9.10.5.3	Plastikk kirurgi, samt fedmekirurgi, i markedene for selvbetalende pasienter	63
9.11	Redegjør for hvilken betydning forskning og utvikling har for produktutviklingen i de berørte markeder	63
<b>10</b>	<b>Redegjørelse for eventuelle etableringshindringer i de berørte markedene</b>	<b>63</b>
10.1	Gi en beskrivelse av eventuelle etableringshindringer for aktørene som ønsker adgang til de berørte markedene. Beskrivelsen skal blant annet inneholde en redegjørelse for offentlige reguleringer som gjør etablering vanskeligere, lisensrettigheter som er nødvendige for å etablere seg i markedet og anslag over eventuelt behov for investeringer ved nyetablering	64
10.1.1	Innledning	64
10.1.2	Innføringen av ordningen med fritt behandlingsvalg vil stimulere til nyetablering i markedet	64
10.1.3	Ortopedi og plastikk kirurgi finansiert av det offentlige	64
10.1.3.1	Offentlige reguleringer	64
10.1.3.2	Usikkert volum som følge av de regionale helseforetakenes kjøpermakt som bestiller	66
10.1.3.3	Behov for investeringer ved nyetableringer	66
10.1.4	Ortopedi i forsikringsmarkedet	67
10.1.5	Plastikk kirurgi i markedet for selvbetalende pasienter	67
10.1.6	Fedmekirurgi i markedet for selvbetalende pasienter	68
10.2	Gi en oversikt over samlet produksjonskapasitet i de berørte markedene og angi hvor stor del av denne som benyttes	68
10.2.1	Innledning	68
10.2.2	Ortopedi og plastikk kirurgi finansiert av det offentlige	68
10.2.3	Ortopedi i forsikringsmarkedet	68
10.2.4	Plastikk kirurgi i markedet for selvbetalende pasienter	69
10.2.5	Fedmekirurgi i markedet for selvbetalende pasienter	69
10.3	Gi en oversikt over eventuelle nye aktører som har etablert seg i de berørte markedene de siste tre årene	69
<b>11</b>	<b>Foretakssammenslutningens virkninger på konkurransen i de berørte markedene</b>	<b>70</b>
11.1	Innledning	70
11.2	Bekrivelse av hvilke virkninger foretakssammenslutningen antas å ha for markedsstrukturen i de berørte markedene	70

11.3	Foretakssammenslutningen vil ikke føre til at Aleris oppnår markedsrett i noe berørt marked	70
11.3.1	Ortopedi og plastikk kirurgi finansiert av det offentlige – konkurransen om tilgang til markedet	70
11.3.2	Ortopedi og plastikk kirurgi finansiert av det offentlige – konkurransen i markedet	72
11.3.3	Ortopedi finansiert av behandlingsforsikringer	73
11.3.4	Plastikk kirurgi finansiert av selvbetalende pasienter	74
11.3.5	Fedmekirurgi finansiert av selvbetalende pasienter	76
11.4	Foretakssammenslutningen gir ikke grunnlag for bekymringer om koordinerte virkninger i noe berørt marked	77
<b>12</b>	<b>Vertikalt forbundne markeder hvor partene har en markedsandel som overstiger 30 prosent på ett av markedene</b>	<b>78</b>
12.1	Innledning	78
12.2	Det skal opplyses om vertikalt forbundne markeder hvor en av partene eller partene sammen har en markedsandel som overstiger 30 på ett av markedene	78
12.2.1	Relevante markeder	78
12.2.1.1	Oppstrømsmarkeder	79
12.2.1.2	Nedstrømsmarkeder	80
12.2.2	Konkurransesanalysen	80
12.2.3	Aleris oppkjøp av Teres gir ikke grunnlag for vertikale bekymringer	81
12.3	Mölnyckes viktigste konkurrenter, kunder og leverandører	82
<b>13</b>	<b>Redegjørelse for eventuelle effektivitetsgevinster</b>	<b>82</b>
13.1	Gi en redegjørelse for eventuelle effektivitetsgevinster ved foretakssammenslutningen. Redegjørelsen kan blant annet inneholde en beskrivelse av samfunnsøkonomiske kostnadsbesparelser som kan følge av stordriftsfordeler, rasjonalisering eller samproduksjonsfordeler. Redegjør for hvorfor de anførte effektivitetsgevinstene er en følge av foretakssammenslutningen, og ikke kan realiseres på alternative måter	82
<b>14</b>	<b>Opplysninger om foretakssammenslutningen er underlagt tilsyn fra andre konkurransemyndigheter</b>	<b>83</b>
14.1	Oppgi, dersom det er aktuelt, hvilke andre lands konkurransemyndigheter som har kompetanse til å gripe inn mot foretakssammenslutningen, herunder hvilke slike myndigheter som foretakssammenslutningen er eller vil bli meldt til	83
14.2	Oppgi om foretakssammenslutningen krever konsesjoner/tillatelser etter annen norsk lovgivning	83
<b>15</b>	<b>Vedlegg til meldingen</b>	<b>83</b>

15.1	Seneste versjon av avtalen om foretakssammenslutningen med vedlegg	83
15.2	De involverte foretakenes siste årsberetning og årsregnskap	84
15.3	Oppfølging fra telefonmøtet med Konkurransetilsynet 13. mars 2015	84
15.4	Forslag til offentlig versjon av meldingen	84
15.5	Begrunnelse for forslag til offentlig versjon	84



## 1 KONTAKTINFORMASJON

### 1.1 Melder.

Navn: Aleris Helse AS,  
Org. nr. : 943 545 634  
Adresse: Fredrik Stangsgt. 11-13, 0264 Oslo  
Tlf.: 22 54 10 00  
Faks: 22 54 11 53

#### Kontaktperson

Navn: Advokatfirmaet Steenstrup Stordrange DA  
Kontaktpersoner: Advokat Thomas Sandø  
Adresse: Postboks 2, 3119 Tønsberg  
Tlf.: 33 01 77 76 / 95 12 63 44  
Faks: 33 01 77 71  
E-post: [thomas.sando@steenstrup.no](mailto:thomas.sando@steenstrup.no)

### 1.2 Øvrige involverte foretak.

Foretak som det overtas kontroll over:

Teres Medical Group AS (heretter "Teres"), org. nr. 990 918 716

## 2 BESKRIVELSE AV FORETAKSSAMMENSLUTNINGEN

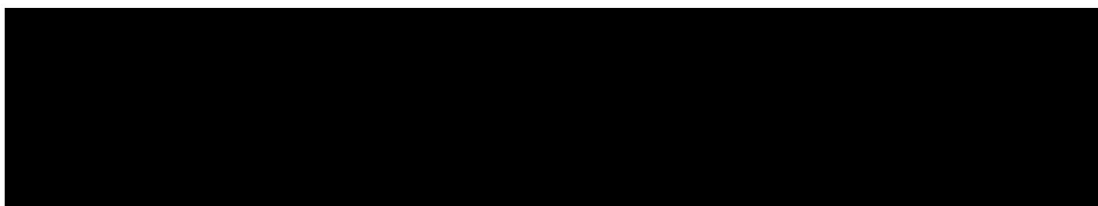
### 2.1 Gi en beskrivelse av den meldte foretakssammenslutningen og hvordan den kom i stand. Beskrivelsen skal blant annet inneholde en redegjørelse for den strategiske og økonomiske begrunnelsen for transaksjonen, en oversikt over eierforholdene etter sammenslutningen og tidsplan for gjennomføringen. Dersom det dreier seg om delvis erverv skal det gis en oversikt over de eierandeler eller deler av virksomheten som erverves. Sentrale styredokumenter der foretakssammenslutningen behandles, herunder protokoller/referater, bør vedlegges meldingen.

Sirela Sweden AS (holdingsselskap i Aleris-konsernet) inngikk den 23. februar 2015 aksjekjøpsavtale om erverv av 100 % av aksjene i Teres Medical Group AS. Transaksjonen vil innebærer at Sirela Sweden AS erverver enkontroll i målselskapet.

Gjennomføring av ervervet er betinget av at Konkurransetilsynet godkjenner oppkjøpet, [REDAKERT]

#### **Bilag 1 Aksjeoverdragelsesavtale av 23. februar 2015**

Foretakssammenslutningen mellom Aleris og Teres innebærer at to komplementære virksomheter slår seg sammen. Teres har hovedtyngden av sin virksomhet innenfor plastikk kirurgi. Aleris, som har et betydelig bredere produktspekter enn Teres, [REDAKERT]





## Bilag 2 Protokoll fra styremøte i Aleris Helse 19. februar 2015, samt presentasjon holdt i samme styremøte

- 2.2 Gi en beskrivelse av faktiske og juridiske forhold som er av betydning for muligheten til å utøve avgjørende og varig innflytelse (kontroll) over foretakets virksomhet. Beskrivelsen skal blant annet inneholde en redegjørelse for eiendomsrett eller bruksrett til foretakets aktiva, eller for rettigheter og avtaler som gir avgjørende innflytelse over foretakets organer (jf. konkurranseloven § 17 tredje og fjerde ledd).

Aleris vil erverve 100 % av aksjene i Teres, og vil derved erverve enekontroll i selskapet med tilhørende datterselskaper.

### 3 OPPSUMMERING – HOVEDKONKLUSJONER

- Foretakssammenslutningen mellom Aleris og Teres innebærer først og fremst at to komplementære virksomheter slår seg sammen. Teres har hovedtyngden av sin virksomhet innenfor plastikk kirurgi. Aleris, som har et betydelig bredere produktspekter enn Teres, 
- Aleris og Teres har overlappende virksomhet innenfor områdene ortopedi, plastikk kirurgi og fedmekirurgi, ved leveranser som finansieres av det offentlige, av forsikringsselskapene og av selvbetalende pasienter.
- Aleris har i denne meldingen gitt en betydelig mengde opplysninger og dokumentasjon, og mener at dette gir Konkurransetilsynet et tilstrekkelig grunnlag for å klarere oppkjøpet i fase 1 – det vil si innen utløpet av 25 dagers fristen som løper fra Konkurransetilsynet har mottatt meldingen.
- **Når det gjelder konkurransen om å levere ortopedi og plastikk kirurgi til de offentlig finansierte pasientene**, mener Aleris at oppkjøpet vil styrke konkurransen. Private sykehus vil, uavhengig av transaksjonen, fortsatt stå for en marginal andel av produksjonen av spesialisthelsetjenester i Norge (1-2 %) innenfor ortopedi og plastikk kirurgi, og andelen vil ikke endres som følge av oppkjøpet. 
- Aleris og andre private sykehus må i dag ha en avtale med minst et regionalt helseforetak for å få tilgang til det nasjonale markedet og konkurransen om de offentlig finansierte pasientene.

- De regionale helseforetakene har en betydelig kjøpermakt, og kjøpermakten i disse markedene er i seg selv tilstrekkelig til å utelukke utøvelse av markedsrett. Selv i regioner med få etablerte private sykehus (Helse Nord og Helse Midt-Norge) er det utenkelig at Aleris vil kunne utøve markedsrett etter oppkjøpet. Kjøpermakten i markedene kommer til uttrykk på flere måter:
  - De regionale helseforetakenes dobbeltrolle; som bestiller av ortopedi og plastikk kirurgi fra private aktører, samtidig som de offentlige sykehusene er dominerende produsenter av de samme tjenestene – i konkurranse med de private aktørene.
  - De regionale helseforetakene definerer konkurransen, herunder om det overhodet skal kjøpes inn ortopedi og plastikk kirurgi fra private, og hvor stort volum som skal kjøpes inn.
  - Kjøpermakten innebærer en fleksibilitet for de regionale helseforetakene, som kan justere egen produksjon og tilpasse anskaffelsene til de konkrete markedsforholdene. Dette gjøres også i praksis, for eksempel ved bruk av regelen om at en aktør kun kan tildeles et volum tilsvarende 60 %, eller ved å innskrenke/utvide det geografiske området konkurransen skal gjelde for.
  - Dersom tilbudene fra private aktører ikke er tilfredsstillende (for høy pris eller for dårlig kvalitet), kan de regionale helseforetakene velge å avlyse konkurransen, lyse ut på nytt, gå i direkte forhandlinger for å presse ned prisene, eller de kan velge å utføre tjenestene selv.
  - De regionale helseforetakene kan gjennom anbudsprosessene legge til rette for og øke andre private aktørers incentiver til å delta i konkurransene – og derved stimulere til nyetablering i markedet. Tidlige utlysninger, ingen krav til å være etablert i regionen fra før, god tid fra inngåelse av kontrakt til oppstart av drift, og avtaler over flere år, er faktorer som stimulerer til nyetableringer og økt konkurranse og som de regionale helseforetakene har full kontroll over.
- I tillegg til at de regionale helseforetakene selv kan legge til rette for nyetablering, er det lave etableringsbarrierer i markedene. Dette gjelder både for helt nye aktører, og eksisterende aktører i det norske markedet som ønsker å utvide sin virksomhet til nye spesialistområder og/eller nye geografiske områder.
- Den største etableringsbarrieren i markedet er de regionale helseforetakene selv, ettersom volumene i de offentlige anbuds konkurransene til nå har vært beskjedne (kun 1,75 % av markedet er konkurranseutsatt) og usikre. Dette reduserer incentivene til å delta i konkurransene om de offentlige pasientene, selv fra en rekke aktører som allerede er etablert med sykehus i de ulike regionene.
- Usikre og lave volumer i markedene, kombinert med den sterke kjøpermakten, innebærer at koordinert markedsatferd er usannsynlig.
- I Helse Sør-Øst og Helse Vest er det i dag mange sterke konkurrenter, som enten har deltatt i konkurransene eller kunne ha deltatt. I Helse Nord og Helse

Midt-Norge er det færre etablerte sykehus. Hvor mange konkurrenter som deltar i anbudskonkurransene i hver enkelt helseregion spiller imidlertid mindre rolle, fordi alle med kontrakt med ett av de regionale helseforetakene er med i den nasjonale konkurransen under ordningen med fritt sykehusvalg. I tillegg kommer kjøpermakten, det beskjedne og usikre volumet som lyses ut (og som defineres av helseforetakene selv), som uansett er til hinder for at oppkjøpet vil gi Aleris mulighet eller incentiv til å utøve markedsrett – selv i regioner hvor Aleris skulle bli den eneste eksisterende tilbyder etter oppkjøpet.

- Sammenhengen mellom konkurransen om tilgang til markedet (som kun gir en inngangsbillett/kupong), og den egentlige konkurransen i markedet – om pasientenes gunst, er derfor av sentral betydning når det gjelder konkurransen om de offentlig finansierte pasientene. Inngangsbilletten garanterer verken for volum eller omsetning, men gir kun en rett til å konkurrere med offentlige og private sykehus i hele landet under ordningen med fritt sykehusvalg.
  - I denne konkurransen har Aleris en [REDACTED] Ettersom pris ikke er et konkurranseparameter i denne konkurransen (pasienten betaler kun en egenandel), er markedsrett i form av prisforhøyelser utelukket.
  - Aleris [REDACTED]
- **Konkurransen i det nasjonale markedet om å levere ortopedi til forsikringspasientene**, som skjer mellom en rekke konkurrenter i Norge og utlandet.
  - Aleris estimerer at man vil oppnå en [REDACTED] i dette markedet som følge av oppkjøpet, og [REDACTED] ikke grunnlag for å anta at Aleris vil være i stand til å utøve markedsrett etter oppkjøpet.
  - Avtalene med forsikringsselskapene gir heller ikke noe garantert volum eller omsetning. Dette faktum, samt at forsikringsselskapene har parallelle avtaler med, eller sender pasientene til, de fleste sykehusene som tilbyr ortopedi i Norge (samt noen i utlandet), innebærer at det skjer en kontinuerlig konkurranse i dette markedet. Konkurransen skjer overfor forsikringsselskapene, men også overfor pasientene – som ofte har egne preferanser og kan velge et privat sykehus som forsikringsselskapet ikke har avtale med.
  - De mange sterke konkurrentene som eksisterer i dette markedet, vil kunne respondere effektivt på forsøk på utøvelse av markedsrett fra Aleris. Eksistensen av en rekke konkurrenter, samt usikkerhet knyttet til volum, innebærer dessuten at koordinert markedsatferd er usannsynlig.

- Forsikringsselskapenes kjøpermakt er betydelig, og disse vil effektivt kunne hindre ethvert forsøk på utøvelse av markedsrett, for eksempel ved å flytte/henvise pasienter til en av de mange andre avtalepartene som leverer ortopediske tjenester. Forsikringsselskapene kan også i sine anbudsrunder introdusere de samme vilkår som beskrevet for de regionale helseforetakene, og dermed gjøre det enkelt for å etablere seg for aktører som ikke allerede er til stede i markedet.
- Etableringsmulighetene i dette markedet er minst like gode som i markedet der ortopedipasientene finansieres av det offentlige. Videre innebærer eksistensen av parallelle avtaler i markedet at det er enkelt å få tilgang til markedet – og til konkurransen om å vinne forsikringspasientenes gunst.
- **Konkurransen om å levere plastikk kirurgi til selvbetalende pasienter** kjennetegnes av et betydelig antall aktører både i Norge og utlandet, stadige nyetableringer, og dette er et marked i kontinuerlig vekst.
  - Plastikk kirurgi er Teres kjernevirksomhet, og [REDACTED]  
Før oppkjøpet har Aleris en [REDACTED] i dette markedet, og foretakssammenslutningen vil derfor ikke påvirke konkurranseforholdene nevneverdig.
  - Eksistensen av en rekke sterke konkurrenter, og trusselen om nyetableringer, hindrer både utøvelse av markedsrett og koordinerte virkninger i dette markedet.
  - Det er svært lave etableringsbarrierer i markedet.
- **Konkurransen om å levere fedmekirurgi til selvbetalende pasienter** foregår parallelt med, og blir i stor grad påvirket av, den stadig økende produksjonen fra offentlige sykehus. Den private delen av dette markedet er fortsatt nokså ungt, og ble etablert av Aleris i 2005.
  - Selv om Aleris fortsatt er den største norske private aktøren i dette markedet, har det skjedd flere norske etableringer i markedet siden 2005. I tillegg er det en betydelig og økende konkurranse fra utenlandske sykehus.
  - Etableringsbarrierene i dette markedet er lave. Dette gjelder særlig for alle de private sykehusene som i dag tilbyr gastrokirurgi, og som kan etablere seg i markedet og tilby fedmekirurgi når som helst.
  - Teres, uten tidligere å tilby gastrokirurgi, etablerte sitt tilbud innenfor fedmekirurgi i overgangen 2011/2012, og opererer i 2014 ca. 130-140 pasienter, noe som understreker at nyetableringer er mulig når som helst også av andre private aktører.

Aleris har verken mulighet eller incentiv til å utøve markedsrett i dette markedet. Ved slike forsøk har pasientene mange alternativer: De offentlige sykehusene, andre norske etablerte private aktører, utenlandske sykehus, eller sykehus som

allerede er etablert med gastrokirurgi og som kan finne det lønnsomt å utvide tjenestene med fedmekirurgi. Konkurransen fra utlandet og usikkerheten knyttet til markedets fremtidige størrelse (som følge av økt produksjon ved de offentlige sykehusene) innebærer dessuten at markedet er uegnet for koordinert atferd.

#### **4 BESKRIVELSE AV DE INVOLVERTE FORETAKENE OG FORETAK I SAMME KONSERN**

##### **4.1 Gi en beskrivelse av de involverte foretakenes juridiske og organisatoriske struktur, og deres virksomhetsområder. Beskrivelsen skal inkludere foretak i samme konsern som det eller de foretak som overtar kontroll.**

###### **4.1.1 Aleris**

Aleris er et privat skandinavisk helse- og omsorgsforetak, med virksomhet i Norge, Sverige og Danmark. Virksomheten omfatter sykehus, røntgen, medisinske sentre, barnevern, psykisk omsorg, BPA, eldreomsorg og tilbud til funksjonshemmede. Aleris Gruppen har ca 9 000 medarbeidere fordelt på ca 350 virksomheter i de tre skandinaviske landene.

Konsernspissen i Aleris gruppen er Aleris Group AB, som gjennom de heleide datterselskapene Sirela Sweden AB og Sirela Norway AS kontrollerer den norske delen av virksomheten i Aleris konsernet. Siela Sweden AB er etablert i Stockholm, og har ingen annen virksomhet utover å eie datterselskaper i de tre skandinaviske landene samt ha den overordnede ledelesfunksjonen i konsernet.

En nærmere oversikt over strukturen i Aleris gruppen følger i

##### **Bilag 3 Struktur Aleris gruppen**

Aleris virksomhet i Norge drives som nevnt via Sirela Norway AS (org nr: 995 729 237) og Aleris AS (org nr: 988 390 011), gjennom de tre heleide datterselskapene Aleris Omsorg AS (org nr: 982 843 790), Aleris Ungplan BOI AS (org nr: 985 194 653) og Aleris Helse AS (org nr: 943 545 634). Aleris Ungplan BOI AS eier igjen 100 % av aksjene i Lyderhorn Barnevern AS (org nr: 885 601 472).

###### **4.1.2 Investor AB**

Aleris har siden 2010 vært eid av Investor AB.

Strukturen mellom Aleris Group AB og Investor AB er som følger: Aleris Group AB er 100 eid av Aleris First Holding AB, som igjen er 100 % eid av Invifed 2 AB. Investor AB eier 100 % av aksjene i Invifed 2 AB.

Investor AB er et investeringsselskap som ble etablert for nesten 100 år siden av familien Wallenberg. Selskapet eier i dag en rekke minoritets- eller majoritetsposter i høykvalitetsselskap.

I tillegg til Aleris, kontrollerer Investor i dag en rekke øvrige selskaper. En nærmere beskrivelse av disse selskapene, samt en kort beskrivelse av selskap hvor Investor eier minoritetsposter, følger i

## Bilag 4 Oversikt over selskap kontrollert av Investor, samt selskap hvor Investor eier en minoritetsandel

Ytterligere informasjon om Investor AB kan finnes på <http://www.investorab.se/>

### 4.1.3 Knut and Alice Wallenbergs Stiftelse

Investor AB er notert på Stockholmsbørsen (NASDAQ OMX Stockholm stock exchange).

Knut and Alice Wallenbergs Stiftelse («KAW»), som kontrollerer 42 % av de stemmeberettigede aksjene i Investor AB, vurderes til å ha de facto enekontroll i det børsnoterte selskapet. Bakgrunnen for dette er at KAW har oppnådd flertall på generalforsamlingen i Investor AB i flere år.<sup>1</sup>

Ytterligere informasjon om KAW kan finnes på <https://www.wallenberg.com/kaw/en>

KAW er en av tre større stiftelser som har blitt etablert av medlemmer i Wallenberg-familien gjennom tidene. KAW ble etablert i 1917. Marianne och Marcus Wallenbergs Stiftelse («MMW») ble etablert i 1963 og Marcus och Amalia Wallenbergs Minnesfond («MAW») ble etablert i 1960. Det er som nevnt en rekke flere stiftelser som er etablert av Wallenberg familien (se nærmere på [www.wallenberg.com](http://www.wallenberg.com)), men de nevnte tre er altså de største.

KAW, MMW og MAW har som et overordnet formål å fremme svensk vitenskapelig forskning og utdanning.

- KAW gir støtte og tilskudd til vitenskapelig forskning og infrastruktur innenfor naturvitenskap, teknikk og medisin.
- MMW gir støtte og tilskudd til vitenskapelig forskning innenfor områdene klinisk medisin, juss og samfunnskunnskap.
- MAW gir støtte og tilskudd til vitenskapelig forskning innenfor humanitære fag samt prosjekter innenfor læring, informasjonsteknikk og prosjekter innenfor barne- og ungdomsvirksomhet.

Til tross for at det er mange av de samme personene som sitter i styrene i de tre stiftelsene, har hver stiftelse et eget styre og sine egne vedtekter som styrer den respektive stiftelses aktiviteter. I relasjon til fusjonskontrollreglene er KAW ikke kontrollert av noe annet selskap, og skal således betraktes som det ultimate morselskap i Investor-konsernet.

Ved siden av eierandelen i Investor AB har KAW ikke-kontrollerende eierposter i SAS (7,6 %), Saab (7,5 %)<sup>2</sup> og SEB (1,3 %). KAW har i tillegg en felleskontrollerende eierandel i FAM AB, som vil beskrives nærmere nedenfor.

### 4.1.4 FAM AB

<sup>1</sup> Se M.5810 - Investor / Saab, 20.05.2010 and M.5990 – Investor / Mölnlycke, 10.11.2010.

<sup>2</sup> Som nevnt over har imidlertid Investor de facto enekontroll i Saab.

FAM AB kapitalforvaltningsselskap som er heleid av KAW, MMW og MAW. FAM AB forvalter kapitalen og donasjonene i de tre nevnte stiftelsene.

KAW eier 88,9 % av aksjene (46,6 % av de stemmeberettigede aksjene) i FAM AB, MMW eier 9,2 % av aksjene (43,3 % av de stemmeberettigede aksjene), og MAW eier 1,9 % av aksjene (10,1 % av de stemmeberettigede aksjene). KAW, MMW og MAW har imidlertid inngått en aksjonæravtale som gir stiftelsene felles kontroll over FAM AB, ettersom hver av de tre eierne har vetorettigheter over strategiske beslutninger i selskapets styre.

Ytterligere informasjon om FAM AB kan finnes på <http://www.fam.se/>

FAM AB kontrollerer følgende tre selskaper:

- H Intressenter AB, som er et holdingsselskap kontrollert i felleskap av FAM AB og Lindéngruppen AB, og hvis formål er å eie en kontrollerende andel av aksjene i Höganäs AB. H Intressenter AB eier mer enn 95 % av aksjene i Höganäs AB, som er et industrielt selskap med virksomhet innenfor produksjon av metallpulver. Selskapet har 12 produksjonsfasiliteter spredt over hele verden. FAM AB har felles kontroll i Höganäs (gjennom H Intressenter).<sup>3</sup> Ytterligere informasjon om Höganäs AB kan finnes på [www.hoganas.com](http://www.hoganas.com).
- Elk Holding, som er et mediaselskap som utvikler og produserer medieinnhold, hovedsakelig for TV. FAM AB har felles kontroll (FAM AB eier 50 % av aksjene) i Elk Holding sammen med fire privatpersoner. Ytterligere informasjon om Elk Holding kan finnes på <http://elkentertainment.se/>.
- Power Wind Partners, som eier seks vindmølleparker i Sverige, med en total kapasitet på 94 MW. FAM AB har felles kontroll i Power Wind Partners sammen med Folksam and Proventus. Ytterligere informasjon om Power Wind Partners kan finnes [www.powerwindpartners.se](http://www.powerwindpartners.se).

I tillegg til FAM AB's felleskontrollerende eierposter i H Intressenter, Elk Holding og Power Wind Partners, har selskapet minoritets-eierposter i følgende selskaper: SKF (29,6 %), Stora Enso (27,2%), Boston Power Inc. (20,7 %), Bergvik Skog (12,5 %), Alfa Laval (6,0 %), Asia Capital Reinsurance Group (3,2 %) og Karolinska Development (2,2 %).

En nærmere oversikt over strukturen i Investor AB, herunder KAW og FAM AB, følger vedlagt i

## Bilag 5 Struktur KAW, Investor AB og FAM AB<sup>4</sup>

### 4.1.5 Nærmere om Aleris virksomhet i Norge

I Norge tilbyr Aleris tjenester innenfor sykehus og medisinske sentre, røntgen, psykisk omsorg, barnevern samt tilbud for eldre og funksjonshemmede.

<sup>3</sup> Se M.6886 – Lindéngruppen/FAM/Höganäs, 17.05.2013.

<sup>4</sup> Merk at det i strukturkartet vedrørende KAW er oppgitt at Investor AB eier 50 % av Lindorff. Dette medfører ikke riktighet i dag, ettersom Investor AB har solgt seg ned og i dag kun 9 % av aksjene i selskapet.



Aleris Omsorg AS tilbyr tjenester innenfor totalansvar for drift av store eller små helseinstitusjoner eller omsorgsboliger. Videre tilbys hjemmehjelpstjenester og hjemmesykepleie.

Aleris Ungplan AS og datterselskapet Lyderhorn Barnevern AS er en aktør innen behandling og botiltak for ungdom med atferdsvansker.

Aleris Helse AS driver medisinske sentre, røntgen og private sykehus, og er etablert i alle de fire helseregionene i Norge. Selskapet er lokalisert følgende steder: Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger, Strømmen og Tromsø.

En oversikt over virksomheten ved Aleris sykehus og medisinske senter følger i

#### **Bilag 6 Oversikt over virksomheten ved Aleris sykehus og medisinske senter**

Ytterligere informasjon om Aleris virksomhet kan finnes på <http://www.aleris.no/>.

#### 4.1.6 Teres

Teres Medical Group AS er en skandinavisk sammenslutning av kirurgiske klinikker/private sykehus. Konsernet ble etablert i 2007, og består i dag av 17 klinikker/sykehus fordelt på 11 i Norge, 3 i Sverige og 3 i Danmark. Selskapets hovedkontor ligger på Skøyen i Oslo.

Teres Medical Group AS er konsernspissen, mens den operative virksomheten i de tre skandinaviske landene drives gjennom datterselskapene Teres Medical Norge AS, Teres Medical Sverige AB og Teres Medical Danmark A/S.

Teres gruppens klinikker driver hovedsakelig med virksomhet innenfor områdene kosmetisk plastikk kirurgi og ortopedi. Som en integrert del av tilbudet innenfor kosmetisk plastikk kirurgi tilbyr Teres klinikkene også kosmetiske behandlinger i form av medisinske hudkremer, hudbehandling og hårfjerning med laser samt injeksjoner av Restylane/Botox.

En oversikt over virksomheten ved Teres 11 klinikker/sykehus i Norge følger i

#### **Bilag 7 Oversikt over virksomheten ved Teres 11 klinikker/sykehus**

Ytterligere informasjon om Teres virksomhet kan finnes på <http://www.teres.no/>.

#### 4.2 **Gi en oversikt over eierinteresser de involverte foretakene har utenfor konsernet, men innenfor de virksomhetsområder som berøres av foretakssammenslutningen.**

Verken Aleris, andre selskaper i konsernet, eller Teres har eierinteresser i øvrige selskaper med virksomhet innenfor de områdene som berøres av foretakssammenslutningen. Vi nevner likevel og for ordens skyld at Aleris eier 34% av aksjene i MAKULA AS (org nr 986 756 752), som har virksomhet innenfor øyekirurgi.

**4.3 Angi hver av de involverte foretakenes omsetning og driftsresultat i Norge siste regnskapsår. For foretak som overtar kontroll skal tall fra andre foretak i samme konsern inkluderes.**

**4.3.1 Aleris**

Omsetning konsern 2013: <sup>5</sup> [REDACTED]  
Omsetning Aleris Helse AS 2014 : 586 237 000 kroner  
Driftsresultat konsern 2013: N/A  
Driftsresultat Aleris Helse AS 2014: 21 672 000 kroner

**4.3.2 Teres**

Omsetning 2014: 362 000 000 kroner.  
Driftsresultat 2014: 43 000 000 kroner.

**4.4 Oppgi hvilke bransjeorganisasjoner de involverte foretakene eventuelt er medlem av.**

**4.4.1 Aleris**

Aleris Helse AS er medlem av Spekter.

**4.4.2 Teres**

Teres er ikke medlem av noen bransjeorganisasjon.

**5 BESKRIVELSE AV MARKEDER**

**5.1 Beskrivelse av fagområder hvor Aleris og Teres har overlappende virksomhet**

Aleris og Teres er private sykehusaktører som begge tilbyr spesialisthelsetjenester til pasienter i samtlige fire helseregioner i Norge.

Det er først og fremst innenfor spesialistområdene ortopedi, plastikk kirurgi og fedmekirurgi (slankeoperasjoner) at Aleris og Teres har overlappende virksomhet.

Vedlagt følger to tabeller hvor det er inntatt opplysninger som viser Aleris og Teres omsetning i 2014, fordelt per klinikk, innenfor områdene ortopedi, plastikk kirurgi og fedmekirurgi. I tabellene er omsetningen også fordelt mellom omsetning som er generert fra avtaler med det offentlige, omsetning som stammer fra behandlingsforsikringer, samt omsetning hvor pasientene har finansiert helsetjenestene selv.

**Bilag 8 Oversikt/fordeling over Aleris omsetning i Norge**

**Bilag 9 Oversikt/fordeling over Teres omsetning i Norge**

<sup>5</sup> Konsernomsetning i KAW. Det norske beløpet er omregnet fra [REDACTED] hvor vi har benyttet kurs tilsvarende årsgjennomsnittet (referanse Norges Bank) i 2013 på 7.8087.

Som det fremgår av tabellene er partenes omsetning [redacted] Tilsvarende har partene [redacted]

[redacted] fordelt på flere ulike fagområder ved flere av selskapets sykehus/klinikker.

Vedlagt følger en oversikt over virksomhetsområder hvor partene har overlappende virksomhet, og hvor omsetningen og/eller overlappet er helt marginal.

#### **Bilag 10 Oversikt over overlapp**

Som det fremgår tilsier både partenes helt marginale omsetning og/eller helt marginale overlapp at det ikke vil kunne oppstå konkurranseproblemer innenfor noen av disse virksomhetsområdene som følge av foretakssammenslutningen, og partene vil ikke under noen omstendighet oppnå markedsandeler på mer enn 15 % i noen markeder hvor disse virksomhetsområdene inngår. Aleris har anmodet om lempning på kravene til melding i brev av 4. mars 2015, samt e-post av 13. mars 2015. Ettersom Konkurransetilsynet ikke har tatt endelig stilling til lempningsøknaden, har partene innhentet informasjon om de viktigste konkurrentene, kundene og leverandørene innenfor nevnte områder hvor partene har svært lav omsetning og/eller et marginalt overlapp.

#### **Bilag 11 Oversikt over konkurrenter, kunder og leverandører**

## **5.2 Beskrivelse av overlapp basert på hvem som finansierer spesialisthelsetjenesten**

### **5.2.1 Offentlig finansierte spesialisthelsetjenester**

Den klart største delen av spesialisthelsetjenestene som produseres i Norge, skjer ved de offentlige sykehusene. Denne produksjonen skjer i noen tilfeller parallelt med, og i konkurranse med, produksjonen ved de private sykehusene. Det er ingen forskjell på tjenestene som utføres av henholdsvis private og offentlige sykehus.

Spesialisthelsetjenestene Aleris og Teres tilbyr skjer til pasienter som får henvisning fra fastleger og andre henvisere, og hvor Aleris og Teres har inngått rammeavtaler med de regionale helseforetakene om levering av tjenestene. Spesialisthelsetjenestene finansieres her i all hovedsak av det offentlige – pasienten betaler kun en egenandel. Samtlige av de fire regionale helseforetakene har i dag avtaler med private sykehus om leveranser av visse spesialisthelsetjenester innenfor ortopedi og plastikk kirurgi.

I tillegg til «vanlige» innkjøp fra de regionale helseforetakene, utlyser HELFO anbuds konkurranser for såkalte fristbruddpasienter, det vil si pasienter som ikke har mottatt nødvendig helsehjelp innen de lovpålagte fristene i pasientrettighetsloven § 2-1.

Videre kjøper de fire regionale helseforetakene inn spesialisthelsetjenester fra private aktører under ordningen «Raskere tilbake». «Raskere tilbake» er tilbud om

arbeidsrettede tiltak til sykmeldte for å hindre unødig langvarig sykefravær. Det finnes Raskere tilbake-tiltak i alle fylker, men innholdet i tiltakene kan variere noe.

Det er flere private aktører som leverer spesialisthelsetjenester finansiert av det offentlige, men de klart største aktørene er som nevnt de regionale helseforetakene selv.

Konkurransen i dette markedet skjer under ordningen med fritt sykehusvalg, som innebærer at pasientene (og henviserne) kan velge mellom samtlige offentlige sykehus og private sykehus med offentlig avtale over hele landet.

Vi presiserer at det er opp til de regionale helseforetakene selv om produksjonen i sin helhet skal skje ved de offentlige sykehusene, eller om deler av behovet skal kjøpes inn fra private aktører.<sup>6</sup>

### 5.2.2 Privatfinansierte spesialisthelsetjenester

Private leverandører av spesialisthelsetjenester produserer også tjenester til pasienter som enten finansierer behandlingen gjennom et forsikringsselskap eller som selv velger å betale for tjenestene (såkalte selvbetalende pasienter).

I begge disse tilfellene inngås og gjennomføres avtalene utenfor det offentlige systemet. Pasienter som finansierer spesialisthelsetjenestene selv eller gjennom sitt forsikringsselskap ønsker typisk rask behandling, eller det finnes ikke noe tilbud som er offentlig finansiert (typisk plastikk kirurgi som er kosmetisk begrunnet).

I markedene som finansieres av pasientene selv, møter Aleris og Teres konkurranse fra både norske og utenlandske private aktører.

Som vi vil redegjøre nærmere for nedenfor har regjeringen nylig foreslått å innføre en ordning med fritt behandlingsvalg, hvor et av hovedformålene er å gjøre den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten mer tilgjengelig gjennom bruk av private, og derved redusere behovet for private finansieringsløsninger.

### 5.3 Vertikalt forbundne markeder

Som det fremgår av beskrivelsen over kontrollerer Investor AB selskapet Mölnlycke Health Care, som er en produsent av engangsløsninger for operasjoner og sårbehandling i den profesjonelle helsesektoren. Både Aleris og Teres etterspør disse produktene, og det foreligger derfor en vertikal forbindelse mellom partene i transaksjonen.

---

<sup>6</sup> Muligheten til å inngå avtale med private aktører fremgår av § 2-1 i spesialisthelsetjenesteloven. Vi nevner også at det skjer en viss produksjon av spesialisthelsetjenester fra de såkalte avtalespesialistene. Avtalespesialister er private spesialistleger som har driftsavtale med regionale helseforetak, for eksempel innenfor området ortopedi. Etter Aleris vurdering er avtalespesialistene relevante aktører i konkurransen om pasientene på lik linje med de offentlige sykehusene og private sykehus med offentlig avtale. Pasienten vil kun betale (den samme) egenandelen, uavhengig av hvilken av de tre kategoriene spesialisthelsetjenestene leveres fra. Volumet som produseres av avtalespesialistene antas imidlertid å være begrenset sammenliknet med behandlingene som finner sted på offentlige sykehus. Vi vil derfor ikke behandle avtalespesialistene nærmere i det følgende.

Aleris har anmodet om lempning på kravene til melding i brev av 4. mars 2015, samt e-post av 13. mars 2015. Ettersom Konkurransetilsynet ikke har tatt endelig stilling til lempningssøknaden, har partene innhentet informasjon om den vertikale relasjonen med Mölnycke Health Care. Vi vil redegjøre nærmere for dette nedenfor i punkt 12.

Vi nevner allerede her at

## **6 AVGRENSNINGEN AV DET RELEVANTE PRODUKTMARKEDET**

### **6.1 Innledning**

Europakommisjonen fastslo i sak M.4367 – APW/APSA/Nordic Capital/Capio, at markedsavgrensningen innenfor sykehussektoren vil avhenge av forholdene i det enkelte medlemsland. I noen land vil det derfor kunne foreligge et overordnet kombinert marked der både private og offentlige sykehus inngår, mens det i andre land må avgrenses mer snevre produktmarkeder.

Aleris mener det skal avgrenses flere separate produktmarkeder i denne saken.

### **6.2 Separate produktmarkeder avhengig av hvem som finansierer spesialisthelsetjenestene**

Spesialisthelsetjenestene som leveres av Aleris og Teres har som nevnt ulike finansieringskilder. Selv om sluttbrukerne av spesialisthelsetjenestene som leveres alltid er pasientene, er det etter Aleris vurdering naturlig å avgrense separate produktmarkeder for leveranser av spesialisthelsetjenester hva gjelder

- pasienter finansiert av det offentlige;
- pasienter finansiert av forsikringsselskapene; og
- pasienter som finansierer tjenesten selv.

Kostnaden for pasienten er forskjellig avhengig av finansieringskilde.

Den offentlige finansieringen knytter seg til de fire regionale helseforetakenes kjøp av behandlingsskapasitet i private sykehus, samt ordningene med fristbruddpasienter (via HELFO) og ordningen «Raskere tilbake» (RTB). Denne behandlingsskapasiteten er nesten utelukkende finansiert av staten, idet pasienten kun betaler en egenandel. Dette gjelder både når tjenesten leveres ved offentlige sykehus og private sykehus.

I avtalene om private behandlingssforsikringer er det forsikringsselskapene som er sykehusenes avtalemotparter, og betaler for tjenestene, mens selvbetalende pasienten betaler av egne midler.

I tillegg til at kostanden for pasienten er ulik, er konkurranseprosessene, avtaletypene og konkurranseparameterne forskjellige, avhengig av hvem som finansierer spesialisthelsetjenestene.

Muligheten for de private sykehusene til å delta i konkurransen om pasientene er dessuten helt ulik, blant annet forutsetter deltakelse i konkurransen om spesialisthelsetjenestene som finansieres av det offentlige, i alle fall inntil ordningen om fritt behandlingsvalg er implementert innenfor somatikken, at det private sykehuset har avtale med minst ett av de fire regionale helseforetakene, samt at sykehuset har offentlig sykehuskonsesjon.

Ovennevnte segmentering av separate produktmarkeder finner støtte i vurderinger foretatt av finske konkurransemyndigheter, slik det er beskrevet av Europakommisjonen i en relativt fersk sak vedrørende markedet for helsetjenester i Finland. Europakommisjonen tok ikke endelig stilling til markedsavgrensningen i den aktuelle saken, da det ikke var nødvendig for resultatet.<sup>7</sup>

Vi vil redegjøre nærmere for konkurransen om de ulike kundegruppene nedenfor, og legger til grunn at det skal avgrenses separate produktmarkeder avhengig av om spesialisthelsetjenesten finansieres av det offentlige, forsikringsselskapene eller pasientene selv.

### 6.3 Separate produktmarkeder for ortopedi, plastikk kirurgi og fedmekirurgi

Spesialisthelsetjenester omfatter ulike hoveddiagnoser/behandlinger, som dekker forskjellige behov for pasientene og som til dels stiller krav om ulikt utstyr og kompetanse hos utførende leger og helsepersonell.

Innenfor spesialisthelsetjenestene som tilbys både av Aleris og Teres, nemlig ortopedi, plastikk kirurgi og fedmekirurgi, finnes det derfor flere diagnoser eller prosedyrer (operasjoner), som for pasienten klart nok ikke vil være substituerbare med tanke på pasientens behov. For en pasient som har behov for en meniskoperasjon, vil for eksempel et inngrep i hofte eller skulder klart nok ikke være et substitutt.

Etterspørselssubstitusjon tilsier derfor som et utgangspunkt at det skal avgrenses flere separate produktmarkeder innenfor spesialitetene ortopedi og plastikk kirurgi.

Substitusjon på tilbudssiden innebærer imidlertid at markedene må åpnes opp til å omfatte mer enn hver enkelt diagnose eller prosedyre. Både Aleris, Teres og deres konkurrenter innenfor ortopedi, plastikk kirurgi og fedmekirurgi kan levere tjenestene som etterspørres innenfor nær sagt samtlige diagnoser og prosedyrer innenfor de aktuelle spesialitetene.

Aleris antar derfor at konkurranseforholdene vil være tilnærmet like uavhengig av om man definerer tre overordnede markeder eller om man avgrenser flere separate markeder basert på hoveddiagnoser/behandlingsformer.

En produktmarkedsavgrensning hvor det legges vekt på tilbudssidesubstitusjon ble også anført av partene i foretakssammenslutningen som ble behandlet av den danske Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, vedrørende Aleris A/S' kjøp av

<sup>7</sup> Se para. 21 i Sak No COMP/M.7058 - EQT VI / TERVEYSTALO HEALTHCARE. En avgrensning av separate produktmarkeder avhengig av hvem som finansierer spesialisthelsetjenesten er også påpekt som en mulighet av den danske Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen i forenklet godkendelse 5. juli 2011 af Aleris A/S' erhvervelse av konkret med Privathospitalet Hamlet A/S.

Privathospitalet Hamlet A/S. I den saken uttalte de danske konkurransemyndighetene blant annet:

*Det kan ligeledes overvejes, om der kan afgrænses et marked for hvert lægeligt ovedspeciale, fx ortopædkirurgi, fedmekirurgi og gynækologi. En læge arbejder typisk kun inden for ét speciale. Parterne oplyser imidlertid, at der eksisterer gode muligheder for at anvende allerede etablerede faciliteter på de private hospitaler og klinikker til andre eller nye operationsformer og specialer. [...]*

*[...] KFST's høring af tredjeparter i sagen har ikke givet anledning til en mere snæver afgrænsning af det relevante produktmarked end det ovenfor anførte.*

At tilbudssidesubstitusjon er relevant for markedsavgrensningen innenfor spesialisthelsetjenestene, finner også støtte hos britiske konkurransemyndigheter i en forsk rapport om konkurransen i det private helsevesenet i Storbritannia.<sup>8</sup>

I konklusjonen om avgrensningen av produktmarkedet uttalte CMA blant annet følgende:

*Given the significant degree of supply-side substitution across treatments within an existing speciality, the market is not limited to the treatment, but extends to the speciality. Given the more limited supply-side substitution across treatments in new specialities, the market is no wider than each speciality.*

CMA fant altså at det innenfor hvert enkelt spesialistområde, for eksempel ortopedi eller plastikk kirurgi, var utstrakt substitusjon på tilbudssiden. CMA fant imidlertid at substitusjonen mellom de ulike spesialistområdene, for eksempel mellom ortopedi og fedmekirurgi, var mer begrenset.

Etter Aleris oppfatning er mulighetene for tilbudssidesubstitusjon mellom ulike spesialistområder antakelig større i praksis enn hva som kommer til uttrykk i det refererte fra britiske konkurransemyndigheter.

Det er svært få begrensninger for en aktør som allerede er etablert med et privat sykehus/klinikk, hvor det allerede finnes operasjonsstue og andre fasiliteter, å etablere eller utvide innenfor en ny spesialitet eller et nytt fagområde.

En utvidelse som innebærer tilbud innenfor et nytt fagområde vil kun kreve lege med rett kompetanse, og utstyr til en begrenset verdi (typisk 50 000 – 100 000 kroner). Det er god tilgang både på leger og medisinsk utstyr i markedet. Leger og helsepersonell er dessuten mobile, og vil søke seg til de sykehusene som tildeles kontrakter og derved pasienter.

Aleris har selv god erfaring med å utvide tilbudet til andre fagområder på denne måten, for eksempel innenfor urologi ved selskapets sykehus i Trondheim og øyekirurgi ved selskapets sykehus i Bergen.

<sup>8</sup> Private healthcare market investigation, Final report 2. April 2014, The Competition and Markets Authority. Se særlig punkt 5:20 følgende.

Basert på ovennevnte innebærer den smalest tenkelige markedsavgrensningen i denne saken at det skal avgrenses tre markeder for henholdsvis ortopedi, plastikk kirurgi og fedmekirurgi. Partene vil også presentere markedsdata innenfor disse markedene.

#### 6.4 Særlig om markedet for plastikk kirurgi

Innenfor området plastikk kirurgi tilbys et nokså bredt spekter av operasjoner og behandlinger, alt fra avanserte kirurgiske inngrep og operasjoner til enklere operasjoner, injeksjoner og hudbehandlinger.

Innenfor plastikk kirurgi er det vanlig å skille mellom medisinsk indisert plastikk kirurgi og kosmetisk indisert plastikk kirurgi. I offentlige avtaler er det kun inngrep på medisinsk indikasjon som inngår (ettersom det offentlig kun ønsker å betale for inngrep som er medisinsk begrunnet). Ved medisinsk indikasjon kreves henvisning fra lege, der legen mener inngrepet bør utføres av medisinske grunner (utslett, sår, belastninger av fysisk eller psykisk årsak mv). Kosmetisk indisert plastikk kirurgi er for eksempel begrunnet med at pasienten ønsker å endre på utseendet, uten at dette nødvendigvis er medisinsk begrunnet og nødvendig.

Selve inngrepet kan imidlertid ofte være det samme uavhengig av om det foreligger en medisinsk eller kosmetisk begrunnelse. For eksempel når det gjelder brystreduksjon; dette kan gjøres av medisinske grunner (tunge bryster, vondt i nakken) eller det kan gjøres av kosmetiske grunner (kvinnen synes de er for store). Et annet eksempel: Innleggelse av brystproteser kan gjøres av medisinske grunner (f.eks. etter brystkreftoperasjon) eller av kosmetiske grunner (kvinnen synes brystene er for små).

Mange av aktørene i markedet tilbyr hele spekteret av operasjoner og behandlinger innenfor plastikk kirurgi. Samtidig finnes det en del aktører som kun tilbyr enklere operasjoner og injeksjoner. Transaksjonspartene, og i særlig grad Teres, møter derfor noe forskjellige aktører i konkurransen om henholdsvis pasientene som etterspør avanserte inngrep og pasienter som ønsker å kjøpe enklere tjenester (for eksempel laser, øyelokkskirurgi, injeksjoner mv).

Aktørene som ikke tilbyr de mest avanserte inngrepene skal likevel inkluderes i markedet på grunn av substitusjon på tilbudssiden. Dette fordi det for aktører som allerede er etablert med enklere kosmetisk kirurgi, meget enkelt kan inkludere større plastikk-kirurgiske inngrep i sitt tilbud.

I redegjørelsen for konkurrenter senere i meldingen har Aleris presentert en oversikt som kun inkluderer aktører som foretar kirurgiske inngrep, samt at det gitt en oversikt over hvilke tjenester som tilbys. Disse aktørene har i større eller mindre grad også tilbud om kosmetisk behandling. Det presiseres for ordens skyld at aktører som kun tilbyr injeksjoner og skjønnhetspleie (og ikke operasjoner), ikke er inkludert i oversikten. Dette utgjør også en stor gruppe virksomheter, som også utøver et konkurranstrykk mot partene innenfor «light»-segmentet av markedet. Selv om disse aktørene ikke er inkludert i markedsavgrensningen, må de tas hensyn til i konkurranseanalysen. Dette fordi de med enkelhet kan utvide virksomheten til også å omfatte operasjoner.



## 6.5 Det relevante produktmarkedet der spesialisthelsetjenestene er finansiert av det offentlige – ortopedi og plastikk kirurgi

### 6.5.1 Innledning – konkurranse på to plan

Konkurransen i markedet for leveranser av spesialisthelsetjenester som er finansiert av det offentlige skjer på to plan.

Først konkurrerer Aleris, Teres og andre private aktører i anbudskonkurranser, om å få tilgang til markedet gjennom rammeavtaler med de regionale helseforetakene. I det følgende betegnes denne konkurransen som konkurransen *om* tilgang til markedet.

Deretter skjer det en konkurranse *i* markedet, om å tiltrekke seg pasientene for å kunne levere spesialisthelsetjenester.

Konkurransen *i* markedet skjer for det første overfor legene som skal henvise pasientene til et sykehus som tilbyr spesialisthelsetjenester, enten et privat sykehus med avtale med helseforetaket eller et offentlig sykehus. Konkurransen skjer for det andre overfor pasienten, som kan velge sykehus etter bestemmelsene om fritt sykehusvalg, se nærmere om fritt sykehusvalg her:

<http://www.frittsykehusvalg.no/start/>.

Innenfor den delen av markedet som er finansiert av det offentlige utsettes Aleris og Teres altså for konkurranse i to omganger, hvor konkurrentbildet og konkurranseparameterne er forskjellige.

For å forstå konkurransen som skjer om de offentlig finansierte pasientene er det viktig å presisere sammenhengen mellom de to trinnene i konkurransen.

- Vinnerne av konkurransen *om* tilgang til markedet får kun tilgang til den egentlige konkurransen, en form for inngangsbillett til markedet hvor konkurransen finner sted.
- De private sykehusene som blir tildelt avtaler etter anbudskonkurransene om tilgang til det nasjonale markedet, er følgelig verken sikret omsetning eller pasienter – dette må de konkurrere om *i* markedet – mot andre private tilbydere som har oppnådd avtale og de offentlige sykehusene.

### 6.5.2 Konkurransen om tilgang til markedet

Konkurransen om markedet for levering av ortopeditjenester og plastikk kirurgi foregår gjennom offentlige anbudskonkurranser, hvor de regionale helseforetakene utlyser rammeavtaler.

I denne konkurranseprosessen er de det regionale helseforetakene, som bestillere og innkjøpere, som definerer konkurransen i markedet. De regionale helseforetakene må først avklare hvilke spesialisthelsetjenester som skal kjøpes inn, samt hvor mye. For det andre skal det avgjøres hvordan man ønsker å legge opp konkurranseprosessen. For det tredje skal det utformes et konkurransegrunnlag. For

det fjerde skal det regionale helseforetaket velge en eller flere kvalifiserte private aktører som man vil inngå rammeavtale med.

#### 6.5.2.1 Avklaring av hvilke spesialisthelsetjenester som skal kjøpes inn, samt omfang

Ettersom de regionale helseforetakene har kompetansen og en betydelig kapasitet til å produsere spesialisthelsetjenestene gjennom egne offentlige sykehus, er det til enhver tid opp til det enkelte helseforetaks eget valg hva og hvor mye som skal anskaffes. Behovet for kapasitet vil dessuten kunne variere mellom de ulike helseregionene, og vil også være avhengig av politiske preferanser og føringer.

Under Stoltenberg-regjeringen var det en ønsket politikk å redusere innkjøp fra private sykehus til fordel for økt produksjon i offentlige sykehus. Føringene fra den sittende regjeringen peker i motsatt retning.

I oppdragsdokumentet 2015 fra Helse- og Sosialdepartementet til helseforetakene gis det følgelig klare føringer om økt bruk av private sykehus i spesialisthelsetjenesten. Nedenfor er inntatt til illustrasjon et avsnitt fra oppdragsdokumentet til Helse Midt-Norge RHF (likelydende oppdragsdokument og følgelig tekst er sendt til de tre øvrige regionale helseforetakene):<sup>9</sup>

*Hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de offentlige sykehusene. Det er en utfordring at mange pasienter venter unødvendig lenge på nødvendig behandling, også på helsetjenester der det er ledig kapasitet hos private aktører. Helse Midt-Norge RHF må sørge for mer bruk av private aktører der dette bidrar til å redusere ventetidene på en kostnadseffektiv måte. Helse Midt-Norge RHF skal raskt utnytte kapasitet innenfor eksisterende avtaler og anskaffelsesregelverk, og de private skal sikres forutsigbarhet og langsiktighet ved gjennomføring av anskaffelser.*

Regjeringens planlagte reform om fritt behandlingsvalg, som var på høring høsten 2014, bygger på tre søyler, deriblant den nye ordningen med fritt behandlingsvalg og mer kjøp fra private gjennom anbud:<sup>10</sup>

1. *Økt valgfrihet for pasienten.*  
*Pasienten får rett til fritt behandlingsvalg.*
2. *Mer kjøp fra private gjennom anbud.*  
*Anbud skal være hovedkanalen for kjøp fra private og legge til rette for økt valgfrihet i sykehusvalg og stimulere de offentlige sykehusene til å bli bedre og mer effektive.*
3. *Økt frihet for offentlige sykehus.*  
*Den statlige aktivitetsstyringen fjernes fra 2015. Dette er et viktig virkemiddel for at de offentlige sykehusene skal kunne møte økt konkurranse fra private. Økt frihet for offentlige sykehus legger til rette for en løsning som ikke bare flytter køen mellom offentlige sykehus og private.*

I høringsnotatet om Fritt behandlingsvalg uttaler departementet blant annet følgende på side 78-79:<sup>11</sup>

<sup>9</sup> Oppdragsdokumentet kan lastes ned her:

<https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/opp2hmn.pdf>

<sup>10</sup> Oppdragsdokument 2014 – tilleggskdokument etter Stortingets behandling av Prop. 93 S (2013-2014) av 27. juni 2014.

«I regjeringsplattformen står det:

*”Det er en utfordring at mange pasienter venter unødvendig lenge på nødvendig behandling, også på helsetjenester der det er ledig kapasitet hos private aktører. For å redusere ventetider og helsekø, vil regjeringen inkludere alle gode krefter i arbeidet med å behandle pasienter.*

*[...] Regjeringen vil øke kjøpet av private helsetjenester for å redusere helsekøene”*

Videre utdyper departementet:

*Departementet legger til grunn at det primære virkemiddelet for å bruke ledig kapasitet hos private fortsatt skal være gjennom anbud, og at ordningen med fritt behandlingsvalg skal fungere som en sikkerhetsventil for pasientene og et korrektiv til de offentlige sykehusene. Bl.a. som følge av styringssignaler fra eier, har imidlertid ikke RHFene i de to siste stortingsperiodene utnyttet mulighetene for å bruke private gjennom anbud. I bestillerdokumentet til RHF for 2006 sto det bl.a. ”Omfanget av avtaler mellom regionale helseforetak og private kommersielle sykehus må begrenses.” I oppdragsdokumentet til RHF for 2010 sto det bl.a.: ”Avtaler mellom helseforetak og private kommersielle sykehus skal ikke ha et omfang som undergraver pasientgrunnlaget for de små offentlige sykehusene.”*

*RHF har et ansvar for å sørge for at befolkningen i regionen får et spesialisthelsetjenestetilbud. Både egne eide helseforetak og private leverandører bidrar med tjenester som i sum skal sikre ivaretagelsen av ansvaret. RHF har både en bestillerrolle og en eierrolle. Bestillerrollen krever vurderinger av befolkningens samlede behov for spesialisthelsetjenester og hvordan dette best kan dekkes gjennom bruk av egne helseforetak og private leverandører.*

Instruksene er altså at man skal snu trenden de senere år om redusert innkjøp av spesialisthelsetjenester fra de private sykehusene. I tiden som kommer skal det kjøpes inn mer spesialisthelsetjenester fra private aktører, og de private skal sikres forutsigbarhet og langsiktighet ved gjennomføring av anskaffelser. Økt innkjøp fra private aktører vil gjøre disse markedene mer interessante, og vil sammen med innføringen av fritt behandlingsvalg føre til nyetableringer og økt konkurranse om pasientene. Signalene om forutberegnelighet og langsiktighet ved gjennomføringen av anskaffelsene vil også legge til rette for nyetableringer.

Ovennevnte uttalelse om at innkjøp fra private aktører gjennom anbud skal «stimulere de offentlige sykehusene til å bli bedre og mer effektive» understreker også konkurransen mellom de private sykehusene og de offentlige sykehusene.

Helseforetakenes dobbeltrolle, både som bestiller (kjøper) og som konkurrent, innebærer at det er de regionale helseforetakene som ved sin vurdering av behov for

---

<sup>11</sup> Høringsnotat om fritt behandlingsvalg ble sendt på høring 16. juni 2014. Høringsnotatet kan lastes ned her: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/notatfbv.pdf>

innkjøp, bestemmer om private aktører skal få delta i konkurransen i markedet (som vil omtales nærmere nedenfor). Dette gir de regionale helseforetakene en unik og svært sterk posisjon som kjøper.

Konkurransetilsynet har også nylig uttrykt bekymring for helseforetakenes dobbeltrolle i markedet. I tilsynets bidrag til OECD Policy Roundtables, Competition in Hospital Services 2012,<sup>12</sup> uttrykker tilsynet blant annet følgende:

*The RHF's are responsible for providing hospital services to the population in their region. They can produce the services in their own HFs, or they can buy the services from other providers; private as well as HFs in the other regions.*

*Services like surgery, other kinds of scheduled treatment, radiology, laboratory services and ambulance services are to some extent tendered, thus introducing competition among private providers of these services. The RHF's are free to bargain prices and other conditions with the private providers. The per unit payment can be considered as a two part tariff with a fixed refund determined centrally and a part determined through the tender.*

*One potential issue of concern from a competition point of view is the dual role of the RHF's. The RHF is responsible for the provision of the relevant health services, and also a dominant producer of the same services [...]*

*[...] The NCA recognize that it is the responsibility of the RHF to determine if services shall be produced in-house or bought in the market. The make-or-buy decision depends on several factors like transactions costs, what is considered as core-activities and so on. It is, however important that the regulatory framework and the assessment and allocation of relevant costs within the RHF is designed so that make-or-buy decision can be based on actual costs of providing the services.*

*In its submission in 2005, the NCA argued that it should be possible to increase both scope and scale of outsourcing, maybe also by paving the ground for **competition on equal terms among private and public hospitals**. (våre uthevninger)*

På bakgrunn av generelle styringsdokumenter, politiske føringer, egen kapasitetsutnyttelse mv, utformer de regionale helseforetakene konkrete behov i anbudsdokumentene som lyses ut, og som danner grunnlag for tilbudene fra de private sykehusene.

Det vanlige er å spesifisere et maksimalt behov i anbudsdokumentene, typisk slik at helseforetaket angir at man har behov for et spesifisert antall meniskoperasjoner per år, eller at det fastsettes en maksimal økonomisk ramme for innkjøp per år.

Spesifikasjon av maksimalt behov innebærer ingen plikt for helseforetaket til å kjøpe inn meniskoperasjoner tilsvarende det maksimale behovet, men gir anledning til det. Behovet er derfor å anse som en øvre ramme, og Aleris har erfaring med at rammen ikke nødvendigvis fylles opp.

<sup>12</sup> OECD-rapporten kan lastes ned her: <http://www.oecd.org/daf/competition/50527122.pdf>

Hvorvidt de private sykehusene som tildeles kontrakt fyller den avtalte rammen beror deretter på konkurransen om pasientenes gunst i markedet. Tildeling av en ramme gir altså i seg selv ingen garantert omsetning.

Når faktisk kjøp for det aktuelle avtaleåret er brukt opp, det vil si når kjøpet eventuelt tilsvarer det forhåndsdefinerte maksimale behovet, har helseforetaket ikke anledning til å kjøpe mer fra det private sykehuset før neste avtaleår.

Ovennevnte kan illustreres ved rammeavtalen Aleris har med Helse Sør-Øst RHF, som har en varighet fra 1. januar 2014 til 31. desember 2015, og med en opsjon for helseforetaket til å forlenge avtalen i ytterligere ett + ett år (altså totalt 2+1+1 år). I konkurransegrunnlaget for den aktuelle konkurransen heter det blant annet følgende under omfang:

*Samtidig med inngåelse av rammeavtalen vil oppdragsgiver forplikte seg til å inngå ytelsesavtale (vedlegg 6). Ytelsesavtalene vil angi tildelt volum til den enkelte leverandør for tjenester der pasientinntak skjer etter henvisning på vanlig måte.[...] Ytelsesavtalen skal oppfylles jevnt i løpet av hvert kalenderår. Når leverandøren har levert i henhold til tildelt volum per år, suspenderes avtalen frem til neste år.*

I Aleris eksisterende avtale med Helse Vest er det avtalt en økonomisk ramme innenfor de ulike behandlingsområder man har fått tildelt per avtaleår. For eksempel var det avtalt en ramme på [redacted] innenfor ortopedi – rygg i perioden 2010-2013. Som forklart i møte med Konkurransetilsynet 3. mars ble [redacted]

I punkt 6.3 i Aleris avtale med Helse Vest fremgår det også klart at helseforetaket ikke har noen plikt til å kjøpe volumet som er tildelt:

*«Helse Vest er ikke forpliktet til kjøp av et bestemt volum. Avrop skjer ved pasientvalgt henvisning og bestemmelsene om fritt sykehusvalg»*

Dette understreker poenget om at tildeling av avtale kun gir en inngangsbillett til den egentlige konkurransen om pasientene – i markedet.

Videre heter det i avtalens punkt 6.4:

*«Leverandøren skal planlegge sin produksjon slik at pasientene har tilbud gjennom hele året, og tilstreber en jevn fordeling av behandlingsvolum (produksjonen) mellom de operasjoner/tilstander som avtalen omfatter»*

Denne plikten til å spre aktiviteten ut over året, innebærer at det ofte vil kunne være ventetid og kø også ved offentlige finansierte behandlinger ved private sykehus, selv om det aktuelle sykehuset har kapasitet til å behandle pasienten raskere.

#### 6.5.2.2 Hvordan skal anskaffelsesprosessen legges opp?

Etter å ha avklart hvilke spesialisthelsetjenester som skal anskaffes fra private aktører, samt omfanget, må de regionale helseforetakene avgjøre hvordan anskaffelsesprosessen skal legges opp.

Relevante spørsmål i denne fasen vil ofte være hvor mange private aktører det skal inngås avtale med, om det skal fastsettes en prosentvis fordeling mellom de valgte leverandørene på forhånd, om det skal være adgang til å inngi tilbud på deler av leveransen, om anskaffelsen skal deles opp i ulike geografiske områder (typisk sykehusområder) i helseregionen mv.

Alle ovennevnte forhold bidrar til å definere konkurransen, herunder hvilke private sykehus som vil kunne inngi tilbud.

I konkurransegrunnlaget for ovennevnte anskaffelse av kirurgiske tjenester i Helse Sør-Øst, heter det blant annet følgende under punkt 4.1:

*«For å sikre et godt pasienttilbud og opprettholde konkurransen i markedet, vil oppdragsgiver innenfor angitte undergrupper tildele rammeavtale til flere tilbydere, forutsatt at det foreligger flere egnede tilbud [...]*

*For å opprettholde konkurransen i markedet, vil den enkelte tilbyder maksimalt kunne bli tildelt kontrakt for 60 % av det utlyste volum innenfor en og samme undergruppe.»*

I den siste konkurransen utlyst av Helse Vest valgte det regionale helseforetaket å tildele avtaler per fagområde per utførelsessted, nærmere bestemt Bergen og Stavanger. Haugesund var også omfattet av konkurransen, men denne delen av konkurransen ble avlyst da det ikke var inngitt tilbud fra kvalifiserte tilbydere som kunne utføre tjenestene i Haugesund.

Som redegjort for i møte med Konkurransetilsynet 3. mars 2015, antar Aleris at

den aktuelle konkurransen i Helse Vest hadde helseforetaket nettopp tatt forbehold i konkurransegrunnlaget om ikke å inngå kontrakt på et fagområde, dersom «tilbudet som er gitt ikke er akseptable for oppdragsgiver», herunder «dersom prisene er høyere enn det som er normalt prisnivå».

Ved forrige anbudskonkurranse i Helse Vest (anskaffelse av kirurgiske tjenester i 2010), var det ikke foretatt en oppdeling i byene Bergen, Stavanger, og Haugesund. Tvert imot var kravet i konkurransegrunnlaget «at tjenesten skal utføres innenfor Helseregion Vest».

Eksempelet med Helse Vest illustrerer fleksibiliteten de regionale helseforetakene har når man skal utforme konkurransegrunnlag og derved definere konkurransen. Dersom det er ønskelig å inkludere flere tilbydere i den samme anbudskonkurransen, kan geografiske nedslagsfeltet for konkurransen utvides.

Et annet eksempel som illustrerer de regionale helseforetakenes fleksibilitet er da Helse Nord i 2007 inngikk avtale med Aleris i Trondheim for å sikre konkurranse fra mer enn en leverandør. Teres var på dette tidspunktet det eneste private sykehuset som var etablert i Helse Nord.

Rammeavtalens varighet kan også være et viktig verktøy for å sikre konkurranse i markedene. De regionale helseforetakene kan derfor, såfremt det er tillatt innenfor lov og forskrift om offentlige anskaffelser, tilpasse avtaleperioden til de konkrete markedsforholdene. Som tidligere påpekt er et av de politiske signalene å legge til rette for langsiktighet og forutberegnelighet i anskaffelse. Dette kan oppnås ved at helseforetakene er tidlig ute med utlysning av anbudskonkurransene, slik at det er tilstrekkelig med tid for eventuelle nye aktører å etablere seg i regionen. Aleris erfaring er at dette også gjøres i praksis.

I anbudskonkurransene som gjelder kjøp av spesialisthelsetjenester er det vanlig at avtalene inngås for en periode på 2 år, og med adgang for helseforetaket til å forlenge avtalen med ett + ett år. Det er poeng at opsjonen kun ligger hos helseforetakene, og det er følgelig utelukkende opp til helseforetakene om avtalene skal forlenges eller ikke. Dette innebærer også en fleksibilitet for helseforetakene, som ved leveranser under forventet kvalitetsnivå kan velge å lyse ut kontraktene på nytt.

#### 6.5.2.3 Utarbeide konkurransegrunnlag

Konkurransegrunnlagene som gjelder i anbudskonkurranser hvor de regionale helseforetakene er oppdragsgiver, vil også kunne påvirke konkurransen i markedet; både med hensyn til hvem som vil være kvalifisert til å delta og hvilke krav som stilles til leveransene av spesialisthelsetjenester.

Private sykehus som ønsker å delta i konkurransen må oppfylle nærmere fastsatte kvalifikasjonskrav. Vi har nedenfor satt inn et eksempel fra den sist avholdte konkurransen i Helse Sør-Øst, om anskaffelse av kirurgiske tjenester for perioden 1.1.2014 – 31.12.2015:

- Tilbyder skal fremlegge skatteattest for merverdiavgift og skatteattest for skatt.
- Tilbyder skal være lovlig etablert virksomhet.
- Tilbyder skal/vil oppfylle lovbestemte krav i Norge innen helse, miljø og sikkerhet.
- Tilbyder skal ha forsvarlig yrkesmessigandel.
- Tilbyder skal ha tilstrekkelig økonomisk og finansiell soliditet til å kunne gjennomføre kontraktsforpliktelsene.
- Tilbyder skal ha tilstrekkelig evne og kapasitet til å kunne oppfylle kontraktsforpliktelsene.
- Tilbyder skal ha et godt innarbeidet internkontrollsystem som omfatter internkontroll i henhold til forskrift om internkontrollsystem i sosial- og helsetjenesten § 4 a) til h).
- Tilbyder skal gjennom dokumenterte tiltak sikre at informasjonssikkerhet og personvern ivaretas. Dette kravet skal oppfylles per lokasjon som tilbys.

- Tilbyder skal være et privat sykehus som er godkjent som sykehus av Helse- og omsorgsdepartementet.
- Tilbyder skal være med i IFS-ordningen og ikke motta basistilskudd fra Helse Sør-Øst.
- Tilbyder skal ha et system som sikrer oversikt over eventuelle merknader fra offentlige myndigheter så som Helsetilsyn og Arbeidstilsyn.
- Lokalene må være sikret tilbyder gjennom hele avtaleperioden.

De refererte kvalifikasjonskravene viser med all tydelighet at det stilles ordinære og ikke uvanlig strenge krav for å kunne delta disse konkurransene, sammenliknet med kravene som stilles i anbudskonkurranser i andre bransjer og markeder.

Det er viktig å påpeke at det ikke i noen anbudskonkurranser Aleris har deltatt i, eller for øvrig er kjent med, har vært stilt krav om at den private aktøren allerede har etablert et sykehus som oppfyller kvalifikasjonskravene på tilbudstidspunktet. Det er tilstrekkelig at den private aktøren kan dokumentere at kravene vil være oppfylt når avtalen om leveranser trer i kraft.

Aleris har selv erfart dette i forbindelse med selskapets deltakelse i anbudskonkurransen om leveranser til Helse Vest RHF i Stavanger. I den konkurransen innga Aleris tilbud uten selv å være etablert i Stavanger, og foretok en faktisk etablering i 2014, da det var avklart at man ble tildelt rammeavtale fra Helse Vest RHF.

Tilsvarende etablerte Aleris seg i Tromsø i 2008, etter først å ha blitt tildelt avtale etter deltakelse i anbudskonkurranse med Helse Nord RHF.

Det kan også vises til Helse Sør-Østs dokumentasjonskrav til kvalifikasjonskravet som fastsetter at «lokalene må være sikret tilbyder gjennom hele avtaleperioden»:

*Dokumentasjon på eierforholdet av lokalene. Dersom dette er en annen enn tilbyder, angis hvem som eier lokalene, hovedtrekk i ansvarsforhold mellom eier og driver **og at leieavtale ved tildeling av rammeavtale fra oppdragsgiver kan vare ut hele avtaleperioden herunder opsjonsår.** (vår utheving)*

Det vil altså være tilstrekkelig å vise til en leieavtale, eller en opsjon på en slik avtale, som sikrer tilgang til lokalene i avtaleperioden med oppdragsgiver.

Kravet om offentlig godkjenning som privat sykehus vil behandles nærmere under redegjørelsen for de lave etableringsbarrierene i markedet.

De regionale helseforetakene stiller i tillegg krav til innholdet av spesialisthelsetjenestene som skal leveres, som oftest gjennom en såkalt kravspesifikasjon. Formålet med en slik spesifisering er å sikre at tilbudet og leveransen oppfyller nærmere angitte kvalitetskrav.



I kravspesifikasjonen er kravene som oftest formulert som enten «skal»-krav eller «bør»-krav. «Skal»-krav er såkalte minstekrav, som må være oppfylt, mens oppfyllelsen av «bør»-kravene vil evalueres av oppdragsgiver.

Som eksempel kan det gis en oversikt over hvilke overordnede krav som ble stilt i den siste anbudskonkurransen om kjøp av kirurgiske tjenester i Helse Vest:

- Kvalitetskrav
  - Krav til pasientmottak og vurdering av henvisning
  - Krav til pasientforløp
  - Krav til internkontroll og rapportering
  - Krav til kompetanse og erfaring
  
- Krav til tilgjengelighet

Mislighold av disse kravene i avtaleperioden vil innebære kontraktsbrudd, og kravene er således med på å sikre helseforetakene mot utøvelse av markedsrett i form av leveranser under forventet kvalitetsnivå.

#### 6.5.2.4 Valg av avtaleparter

Anbudskonkurranser avgjøres, og tildelinger skjer til private sykehus, på bakgrunn av hvilke tilbud de regionale helseforetakene evaluerer som de(t) beste, sett hen til tildelingskriteriene som gjelder for den aktuelle konkurransen.

Som illustrasjon kan det vises til Helse Nords konkurransegrunnlag for rammeavtale (for perioden 1.2.2013 – 1.2.2015, med mulighet for 1+1 års opsjon for oppdragsgiver) – kjøp av somatiske spesialisthelsetjenester fra private sykehus, hvor tildelingskriteriene var utformet som følger:

*Tildelingen skjer på grunnlag av hvilket tilbud som er det økonomisk mest fordelaktige, basert på følgende kriterier:*

- *Pris, der samlede kostnader ved tilbudet inkluderes. Jf prisskjemaet (vedlegg 2 c) – vektet 50 %*
- *Kvalitet og funksjonsmessige egenskaper forøvrig vektet 50 %*

*Hvert kriterium vurderes på en karakterskala fra 1 til 6. Tilbudet innenfor hvert fagområde med høyeste sammenlagte poengsum vurderes som det økonomisk mest fordelaktige.*

I møtet med Konkurransetilsynet 3. mars spurte tilsynet om hvordan prisene ble tilbudt og beregnet i anbudskonkurransene. Som forklart av Aleris skjer dette i all hovedsak ved at de private sykehusene blir bedt om å oppgi stykkpriser per tilbudt operasjon.

For eksempel vises det til siste anbudskonkurranse i Helse Vest (kjøp av kirurgiske tjenester fra private sykehus) i 2013, hvor tilbyderne skulle fylle ut et prisskjema hvor hver enkelt diagnose/operasjon skulle prissettes, for eksempel skulle man tilby en pris på «endoskopisk meniskreseksjon» innenfor ortopedi, og en pris på «brystreduksjon» innenfor plastikk kirurgi. Ved evalueringen og beregningen av

tildelingskriteriet pris ble tilbydernes priser «innenfor det enkelte fagområde [...] multiplisert med forventet fordelt aktivitet innenfor fagområdet».

#### 6.5.2.5 Oppsummering – konkurransen om tilgang til markedet

I produktmarkedene som omhandler konkurransen om tilgang til markedene, er det som vist de regionale helseforetakene som bestemmer hva det skal konkurreres om i hver enkelt konkurranse, og derved også hvordan markedet skal avgrenses. Volum, andel innkjøp fra private aktører, geografisk område, antall leverandører mv bestemmes av helseforetakene.

Videre viser de regionale helseforetakene i praksis at de ønsker å tilrettelegge for konkurranse i innkjøpsprosessene. Praktiseringen av regelen om at en leverandør maksimalt kan tildeles 60 % av volumet, illustrerer nettopp dette – og understreker samtidig den betydelige innkjøpsmakten som foreligger i disse markedene. En slik regel vil samtidig sikre at det alltid er mer enn en aktør som får «inngangsbillett» til å delta i den egentlige konkurransen – i markedet.

Ettersom de regionale helseforetakene selv kan definere markedet og konkurransen, spiller antallet private aktører i markedet en mindre rolle. I regioner med få aktører innenfor et spesialist- eller fagområde, kan helseforetakene gjennom konkurransegrunnlaget dele opp anskaffelsen på en måte som sikrer at ikke en tilbyder får hele anbudet, jf. eksempelet i Helse Sør-Øst hvor konkurransen ble delt opp i sykehusområder.

En annen mulighet kan være å utvide det geografiske området for konkurransen, typisk ved ikke å stille krav om fysisk lokalisering i eller i nærheten av en by. De to siste anbudskonkurransene i Helse Vest illustrerer som nevnt fleksibiliteten de regionale helseforetakene har på dette området.

Dersom de tilbudte prisene vurderes som å være for høye, kan de regionale helseforetakene velge å avlyse konkurransen og lyse den ut på nytt. Eksempelvis fremgår følgende av det siste konkurransegrunnlaget (2013) for anskaffelser av kirurgiske tjenester i Helse Vest:

*«Dersom oppdragsgiver [...] ikke mottar tilbud på et fagområde, eller at tilbudet som er gitt ikke er akseptabelt for oppdragsgiver, forbeholder vi oss retten til å ikke inngå kontrakt på dette fagområde. Et tilbud kan bli ansett som ikke akseptabelt både dersom prisene er høyere enn det som er normalt prisnivå, eller ved lavere kvalitativ score enn det som er normalt og ønskelig».*

viser dessuten at helseforetakene kan og vil bruke sin kjøpermakst mer direkte i forhandlinger, med formål om å redusere prisen.

Et alternativ for de regionale helseforetakene er også å utvide kapasiteten i egne offentlige sykehus, og øke egenregiproduksjonen på bekostning av innkjøp fra de private.

#### 6.5.3 Konkurransen i markedet

Konkurransen i markedet skjer mellom de private sykehusene som har avtale med de regionale helseforetakene og de offentlige sykehusene i hele Norge.<sup>13</sup>

Det er som tidligere nevnt ingen forskjell i tjenestene som utføres av henholdsvis private sykehus og offentlige sykehus.<sup>14</sup>

Pris er ikke et konkurranseparameter i denne konkurransen, ettersom disse spesialisthelsetjenestene er finansiert av det offentlige. Pasientene betaler kun en egenandel, som er den samme uavhengig av om tjenesten utføres ved en privat eller offentlig sykehus.

Konkurransen, som i dette markedet både skjer overfor henvisende leger og pasientene, skjer derfor på bakgrunn av andre parametere en pris – i særlig grad rask levering (ventetid), behandlingstilbud og kvalitet på tjenestene.

Henviserne (typisk fastleger) kan fritt velge om pasientene skal henvises til offentlige sykehus eller private sykehus som har avtale med et av de regionale helseforetakene. Pasientene som mottar henvisning kan deretter, i henhold til reglene om fritt sykehusvalg, velge om de vil følge anbefalingen fra henvisende lege, eller om de vil benytte et annet sykehus – offentlig eller privat med offentlig avtale.

Ovennevnte understreker at det er en reell konkurranse mellom de private sykehusene med avtale (innenfor sitt tildelte og begrensede volum) og de offentlige sykehusene om å vinne pasientenes og henvisernes gunst og valg av sykehus.

Konkurransen mellom private og offentlige sykehus har tilsynelatende også vært lagt til grunn, og har formodentlig vært avgjørende i tilsynets materielle vurdering, ved minst to foretakssammenslutninger de siste årene.

Da Unilabs Norge AS ervervet samtlige aksjer i Røntgønsenteret AS, ble det fra partene foretatt et skille mellom konkurransen om markedet og konkurransen i markedet, i den fullstendige meldingen som ble inngitt til Konkurransetilsynet.<sup>15</sup> Ettersom Unilabs etter oppkjøpet ble den eneste private aktøren i sykehusområde Sørlandet, var konkurransen med de offentlige sykehusene i markedet et av hovedargumentene for at oppkjøpet ikke ville reise konkurransemessige utfordringer.

Tilsvarende anførte Dr Fürst Medisinsk Laboratorium AS, da selskapet kjøpte laboratorievirksomheten til Unilabs Norge AS,<sup>16</sup> og overtok nærmest hele det private markedet for medisinsk biokjemisk laboratoriemedisin i Norge, at konkurransen fra de offentlige sykehusene innebar at foretakssammenslutningen ikke ville føre til konkurransemessige bekymringer. Offentlige sykehus ville ifølge partene oppnå en samlet markedsandel på ca. 80 %, mens private ville ha en markedsandel på ca. 20

<sup>13</sup> I tillegg vil som nevnt avtalespesialistene med avtale med de regionale helseforetakene spille en rolle i dette markedet.

<sup>14</sup> Konkurransetilsynet har i en veiledningsuttalelse av 22. august 2005 til Axess Sykehus og Spesialistklinikk AS lagt til grunn at det på områder hvor det eksisterer et parallelt privat tilbud av helsetjenester som det offentlige tilbyr, slik tilfellet er innenfor ortopedi og plastikk kirurgi, må foretas en nærmere vurdering av foretaksbegrepet i konkurranseloven.

<sup>15</sup> Fullstendig melding av 26. november 2012.

<sup>16</sup> Fullstendig melding av 25. april 2010.

%. Av disse 20 % ville Fürst oppnå ca. 17 % markedsandel etter oppkjøpet, og bli den klart største private aktøren i det norske markedet.<sup>17</sup>

Alle sykehus som er omfattet av ordningen med fritt sykehusvalg, både offentlige og private, skal følgelig inkluderes i det relevante produktmarkedet. I SNF-RAPPORT NR. 25/06, Konkurransen i spesialisthelsetjenesten? forklares konsekvensene av retten til fritt sykehusvalg nærmere:<sup>18</sup>

*Selv om det innenfor dagkirurgi er snakk om avtaler med et forholdsvis beskjedent og i utgangspunktet usikkert volum, innebærer retten til fritt sykehusvalg, og det at en avtale med ett regionalt helseforetak innebærer at pasienter i andre helseregioner kan velge å bli behandlet med en privat institusjon som har en avtale med det aktuelle helseforetaket, at markedspotensialet er vesentlig større enn den enkelte avtalen skulle tilsi:*

*«I tillegg til at Helse Nord er bestiller overfor private sykehus gjennom direkte avtaler, blir de andre RHF-avtalene med private sykehus en del av fritt sykehusvalg etter utvidelse av pasientrettighetsloven. Vi blir dermed en indirekte bestiller av behandling på private sykehus i hele landet, gjennom at våre pasienter får rett til behandling gjennom tilgang til de andres avtaler. Det er ikke Helse Nord som er den egentlige bestilleren, men vi har ansvaret for kostnadene når våre pasienter utløser denne rettigheten»<sup>19</sup>*

*Dette gjør altså en avtale med det regionale helseforetaket mer interessant enn det aktuelle avtalevolumet skulle tilsi. På dette området uttrykkes det altså at konkurransesituasjonen ved anbudskonkurransene i utgangspunktet er tilfredsstillende.*

I samme rapport utdypes det videre på side 108:

*Fritt sykehusvalg fungerer i prinsippet slik at man tildeler en bruker en rett (kupong) til å benytte en gitt tjeneste inntil en gitt verdi. Brukeren velger deretter en tilbyder. [...] Ved fritt sykehusvalg er det altså brukeren som velger tjenesteyter, mens ved konkurranseutsetting er det RHF eller HF som velger med utgangspunkt i innkomne anbud. Fritt sykehusvalg innebærer altså en form for konkurranse ved at tjenesteytterne må konkurrere — i utgangspunktet på kvalitet - for å tiltrekke seg brukere. Konkurransen kan skje mellom kun offentlige tilbydere av tjenesten, for eksempel kun offentlige sykehus, mellom offentlige og private tilbydere, eller i prinsippet også kun private tilbydere. Ingen tjenesteyter har med andre ord enerett til å tilby tjenesten. En annen vanlig måte å skille mellom fritt sykehusvalg og konkurranseutsetting på, er å tenke på konkurranseutsetting som konkurranse på pris, mens brukervalg er konkurranse på kvalitet.*

<sup>17</sup> At offentlige sykehus skal regnes med som markedsaktører, og derved konkurrenter til de private sykehusene, er også lagt til grunn i SNF-RAPPORT NR. 25/06, Konkurransen i spesialisthelsetjenesten?, hvor mål på konkurranse mellom sykehus behandles på side 32-33, og hvor det blant annet uttales: «Et avgjørende spørsmål i den norske sykehussektoren er hvem som konkurrerer med hvem. Private sykehus er helt klart konkurrerende aktører til de offentlige sykehusene, selv om de inngår i den offentlige helseplanen.»

<sup>18</sup> Se side 100.

<sup>19</sup> Sitatet er hentet fra «policy for bruk av private aktører i Helse Nord» Styresak 15-2004.

I det siterte påpekes det i innledningen at volumet i de offentlige anbudskonkurransene er beskjeden og usikkert. Dette er et viktig poeng når man skal analysere konkurransen i disse markedene, herunder hvor attraktivt det er å delta i konkurransene om leveranser til offentlig finansierte pasienter.

## 6.6 Det relevante produktmarkedet der spesialisthelsetjenestene er finansiert av forsikringsselskapene

Som vist over har Aleris og Teres en svært beskjeden omsetning innenfor plastikk kirurgi i forsikringsmarkedet, og det er derfor forsikringsmarkedet for ortopediske tjenester som berøres i denne transaksjonen.

Forsikringsproduktene ortopeditjenestene inngår i, kalles ofte for behandlingsforsikringer. Behandlingsforsikringer er en type forsikring som garanterer utredning og behandling på private sykehus eller klinikker i Norge eller utlandet i løpet av kort tid, typisk innen 10 til 30 dager. Vilkåret for å benytte forsikringen er at man har en henvisning fra fastlege eller spesialist. Forsikringsselskapet vil deretter som oftest organisere behandlingsforløpet for pasienten. For individuelle behandlingsforsikringer kreves det som oftest at forsikringstageren fyller ut en helseerklæring, mens dette ikke kreves for kollektive behandlingsforsikringer.

Det finnes en rekke leverandører av behandlingsforsikringer i Norge. Markedstall som er presentert på hjemmesiden til Vertikal Helse, oppsummerer forsikringsselskapenes markedsandeler som følger per 30. juni 2014:

Aktør	Samlet andel (%)	Kollektive forsikringer (%)	Private forsikringer (%)
Vertikal Helse	33	32	43
Gjensidige	14	14	10
If	17	18	
Storebrand	17	17	36
Sparebank 1	8	8	4
Tryg	11	11	7

Per utgangen av juni 2014 var 400 822 av de totalt 437 137 behandlingsforsikrede, forsikret gjennom kollektive avtaler tegnet av arbeidsgiver. Markedet for individuelle private behandlingsforsikringer er følgelig betydelig mindre enn det kollektive markedet.

Nedenfor gis en oversikt som viser utviklingen i antallet behandlingsforsikringer i perioden 2004-2014. Tallene er hentet fra Finans Norge, og er offentlig tilgjengelig på deres hjemmeside:

Årstall	Samlet – antall	Kollektive avtaler	Private avtaler
2004	18 288	7 869	10 419
2005	29 520	17 991	11 529
2006	35 859	24 568	11 291
2007	61 181	48 329	12 852
2008	86 706	72 476	14 230

2009	106 539	90 789	15 750
2010	126 669	110 923	15 746
2011	174 530	158 576	15 963
2012	329 617	300 971	28 646
2013	379 940	346 735	33 205
2014	437 137	400 822	36 315

I forsikringsmarkedet, det vil si i markedet hvor forsikringsselskapene selger behandlingforsikringer til arbeidsgivere og privatpersoner, kan det være korrekt å avgrense separate produktmarkeder for henholdsvis salg av kollektive behandlingforsikringer og individuelle behandlingforsikringer. I avtalene Aleris, Teres og andre private sykehus inngår med forsikringsselskapene skilles det ikke mellom kollektive forsikringer og private forsikringer.

Det finnes ingen sikre offentlig tilgjengelige data om bruken av behandlingforsikringer, det vil si når forsikringsselskapene må betale de private sykehusene for behandling av forsikringspasienter, og det er således vanskelig å si noe sikkert om omfanget av totalmarkedet.

I en artikkel publisert 15. august 2014 på Finans Norges hjemmeside, fremgår imidlertid følgende:<sup>20</sup>

*Premiebestanden for behandlingforsikring var per andre halvår 2014 på 952 millioner kroner. Erstatningene for 2014 er estimert til ca. 700 millioner kroner. Med dette kan det anslås at for hele 2014 vil rundt syv av ti premiekroner gå ut igjen i erstatninger.*

Dette indikerer at totalmarkedet, inklusive alle typer behandlinger som tilbys av forsikringsselskapene, ligger på om lag 700 millioner kroner. Hvor stor andel av dette som kan tilskrives ortopediske behandlinger er imidlertid forbundet med usikkerhet.

Selv om Aleris, Teres og andre private sykehus inngår avtale med og mottar betaling fra forsikringsselskapene, skjer konkurransen også i dette markedet på to plan. Først konkurreres det om å få avtale med forsikringsselskapene. Denne konkurransen skjer stadig oftere etter anbudskonkurranser, hvor de viktigste parameterne er pris, kapasitet (ventetid) og tjenestetilbud.

Forsikringsselskapene har avtaler med alle/de fleste private sykehus som tilbyr ortopedi i markedet. Ingen av sykehusene er, etter hva Aleris er kjent med, garantert noe volum eller omsetning gjennom disse avtalene. Forsikringspasientene kan dessuten ha egne preferanser om valg av sykehus, og også i dette markedet skjer det derfor en konkurranse om å vinne pasientenes gunst, basert på ventetid og kvalitet ved tjenestene.

Selv om forsikringsselskapene inngår avtaler med en del leverandører, kan altså pasienten selv velge et sykehus forsikringsselskapet ikke har avtale med. Aleris mottar således mange pasienter utenfor avtalene med forsikringsselskapene. Forsikringsselskapene vil antakelig forsøke å overtale pasienten til å velge et "avtale-

<sup>20</sup> Artikkelen kan lastes ned her: <https://www.fno.no/nyheter/2014/08/nesten-en-halv-million-nordmenn-har-behandlingsforsikring/>

sykehus", fordi de har gode priser der, men pasienten trenger ikke å følge dette rådet.

Som nevnt inngår samtlige av forsikringsselskap som tilbyr behandlingforsikringer en eller annen form for avtale med alle/de fleste private sykehusene som ønsker avtale. Forsikringsselskapene har derfor en forholdsvis lang liste over private aktører å velge mellom når det for eksempel gjelder ortopediske behandlinger. Denne praksisen i markedet, om at forsikringsselskapene parallelle avtaler med mange private sykehus, underbygges av opplysninger som fremkommer på hjemmesidene til en del av Aleris konkurrenter.

Volvat (som er etablert i Oslo, Fredrikstad, Bergen og på Hamar) skriver blant annet følgende på sin hjemmeside: «Volvat Medisinske Senter har avtaler med en rekke forsikringsselskaper.»<sup>21</sup>

På hjemmesiden til Ringvoll Klinikken (som er etablert i Oslo og i Hobøl) fremgår følgende: «Ringvoll Klinikken samarbeider nå med Vertikal Helse AS og kan tilby privat personer og bedrifter helseforsikring i Vertikal.»<sup>22</sup>

NIMI (som er etablert i Oslo, Trondheim og på Ringerike) skriver: «Har du behandlings - eller helseforsikring via din bedrift eller privat, så kan du få utført behandlingen hos Nimi.»<sup>23</sup>

Medi 3 (som er etablert i Ålesund, Ulsteinvik, Molde og Kristiansund), skriver følgende: «Medi 3 har avtale med flere forsikringsselskaper om ortopedisk utredning og operasjoner.»<sup>24</sup>

Privathospitalet i Bergen skriver: «Vi konsulterer og opererer for de fleste forsikringsselskap.»<sup>25</sup>

Kolibri Medical i Stavanger opplyser: «Vi har avtale med alle som tilbyr helseforsikring, så hvis det er aktuelt for deg må du kontakte ditt selskap før timebestilling.»<sup>26</sup>

Oslofjord-klinikken (som er etablert i Oslo og i Sandnes) skriver: «Oslofjordklinikken samarbeider med alle helseforsikringer i Norge, og noen internasjonale helseforsikringer.»<sup>27</sup>

Ovennevnte er kun eksempler, for å underbygge antakelsen om at forsikringsselskapene har parallelle avtaler med formodentlig de fleste private sykehus som tilbyr ortopeditjenester.

Vi viser også til uttalelsen fra Oslofjord-klinikken, om at selskapet inngår i noen internasjonale helseforsikringer, noe som kan indikere at markedet er preget av konkurranse over landegrensene.

<sup>21</sup> Se <https://www.volvat.no/om-volvat/forsikring/>

<sup>22</sup> Se <http://www.ringvollklinikken.no/helseforsikring.html>.

<sup>23</sup> Se <https://www.staminagroup.no/nimi/om-oss/dekket-av-forsikring/>

<sup>24</sup> Se <http://www.medi3.no/default.aspx?menu=34>

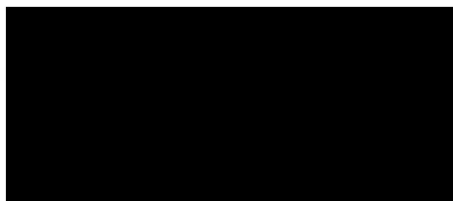
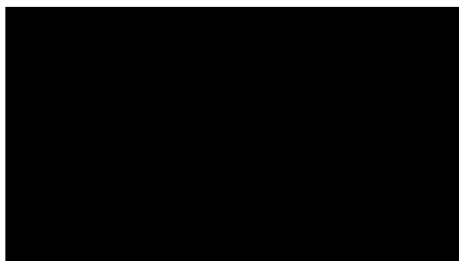
<sup>25</sup> Se <http://www.fanamedisinske.no/behandlinger/helseforsikring>

<sup>26</sup> Se <http://kolibrimedical.no/operasjoner/ortopedi/>

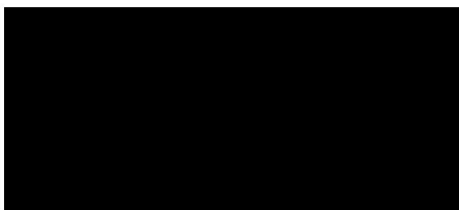
<sup>27</sup> Se <http://www.oslofjordklinikken.no/Side/Dokument/Samarbeidspartnere>

Avtalene med forsikringsselskapene har normalt en varighet fra 1-3 år, med 6 måneders oppsigelsesfrist. Avtalene innebærer som nevnt ingen garantert omsetning for de private aktørene.

Aleris har per i dag avtale om leveranse av private helsetjenester innenfor ortopedi med følgende [REDACTED]



Teres har per i dag avtale om leveranse av private helsetjenester innenfor ortopedi med [REDACTED]



#### **6.7 Det relevante produktmarkedet for plastikk kirurgi finansiert av selvbetalende pasienter**

Omfanget av selvbetalende pasienter innenfor området plastikk kirurgi har økt betydelig det siste tiåret, og dette har ført til stadige nyetableringer og økt tilbud i markedet.

Vi viser til redegjørelsen for dette markedet i punkt 6.4.

Avtalene med selvbetalende pasienter inngås etter konkurranse særlig på pris og kvalitet, etter tradisjonell markedsføring.

#### **6.8 Det relevante produktmarkedet for fedmekirurgi finansiert av selvbetalende pasienter**



Private sykehus leverer fedmekirurgi (slankeoperasjoner) kun til selvbetalende pasienter, og det offentlige kjøper foreløpig ikke inn disse spesialisthelsetjenestene fra det private markedet.

De offentlige sykehusene er imidlertid de største produsentene av slankeoperasjoner i markedet, og oppleves som konkurrenter for de private sykehusene. Ved de offentlige sykehusene har det dessuten skjedd en betydelig kapasitetsøkning i de seneste årene, og dette påvirker etterspørselen etter privatfinansierte slankeoperasjoner.

Substitusjon på tilbudssiden innebærer at de ulike inngrepene (det er ikke mange) som er aktuelle ved slankeoperasjoner skal omfattes av det samme produktmarkedet.

Etter Aleris vurdering skal dette markedet åpnes opp ytterligere på tilbudssiden, ved at det er meget enkelt for sykehus som enten har eller engasjerer/ansetter en gastrokirurg, å starte opp virksomhet innenfor fedmekirurgi. Dette kommer av at det er de samme prosedyrene som utføres innenfor gastrokirurgi og fedmekirurgi, samt at investeringskostnaden i utstyr som er nødvendig for å utføre fedmekirurgi er relativt beskjedent (ca 100 000 kroner). Har man allerede tilbud om gastrokirurgi, har man laparoscopi-rac, og da har man det som skal til for å etablere seg på markedet.

I vedlagte tabell følger en oversikt over private sykehus som i dag utfører fedmekirurgi, ved siden av Aleris og Teres. Oversikten viser også hvilke sykehus som når som helst kan inkludere fedmekirurgi i sitt tilbud, fordi de i dag tilbyr gastrokirurgi.

### **Bilag 12 Oversikt over private sykehus – fedmekirurgi**

Aleris opplever videre at pasientene som velger slankeoperasjon også vurderer de såkalte konservative behandlingsformene som reelle alternativer til å operere. Konservative behandlere har samme mål for pasienten som sykehusene, men midlene er forskjellige. Nedenfor gis noen eksempler (ikke uttømmende) på aktører som tilbyr konservativ behandling for sykelig overvekt:

- NIMI Ringerike ([www.staminagroup.no/nimi/vart-behandlingstilbud/helse-og-livsstil/overvekt---offentlig-avtale/](http://www.staminagroup.no/nimi/vart-behandlingstilbud/helse-og-livsstil/overvekt---offentlig-avtale/))
- Tonsåsen ([www.tonsasen.no/](http://www.tonsasen.no/))
- Evjeklinikken ([www.evjeklinikken.no/](http://www.evjeklinikken.no/))
- Grethe Roede ([www.greterodede.no](http://www.greterodede.no))
- Vektklubb ([www.vektklubb.no](http://www.vektklubb.no))
- Vektkonsulentene ([www.vektkonsulentene.no](http://www.vektkonsulentene.no))
- Fedon Lindberg (Eurodiet) ([www.eurodiet.no](http://www.eurodiet.no))
- Litt Lettere ([www.littlettere.no](http://www.littlettere.no))
- Slankenett ([www.slankenett.no](http://www.slankenett.no))
- Allevo ([www.allevo.no](http://www.allevo.no))
- Cambrigde ([www.cambrigdekuren.no](http://www.cambrigdekuren.no))
- Atkins ([www.atkins.no](http://www.atkins.no))
- Nutrillette ([www.nutrillette.no](http://www.nutrillette.no))

Dersom slike aktører ikke skal inkluderes i det relevante markedet, vil de utøve et konkurransetrykk mot sykehusene som foretar slankeoperasjoner, og det skal derfor tas hensyn til disse i konkurranseanalysen.

Fedmekirurgi krever sykehusinnleggelse, og det er derfor kun sykehus som kan utføre disse inngrepene. Normalt må pasientene ligge på sykehus i 1-2 døgn.

## 7 AVGRENSNINGEN AV DET RELEVANTE GEOGRAFISKE MARKEDET

### 7.1 Innledning

I avgjørelsen fra den danske Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, vedrørende Aleris A/S' kjøp av Privathospitalet Hamlet A/S, uttalte myndighetene følgende om den geografiske utstrekningen av markedet.

*Ifølge parterne kan der både argumenteres for en national og en regional afgrænsning af markedet. Hverken for patienter under DUF, for hovedparten af patienter med sundhedsforsikringer eller for private selvbetalere er valget af behandlingssted begrænset af de regionale grænser. Da priserne for behandling af både patienter under DUF og patienter med sundhedsforsikringer samtidig forhandles nationalt, taler disse karakteristika for en national afgrænsning af markedet. Parterne oplyser, at man for selvbetalere som hovedregel ikke differentierer sine priser efter geografi, og dette taler således også for en national afgrænsning af segmentet af private selvbetalere.*

*Imidlertid er der ofte et ønske om, at patienter skal kunne behandles så tæt på hjemmet som muligt, og derfor kan der ved udbud – og også ved nogle forsikringsselskabers visitation – være fokus på afstanden til behandlingsenheden. Der kan eksempelvis stilles krav om, at behandlingsstedet ikke ligger længere væk end 60 eller 100 km. fra regionsgrænsen. Det kan eksempelvis udelukke et sjællandsk privathospital fra at deltage i et udbud i Region Nordjylland. Idet priserne i et udbud ligeledes fastsættes regionalt, kan disse karakteristika tale for en regional afgrænsning af markedet.*

Aleris antar at det kan foreligge ulike geografiske markeder innenfor sykehusmarkedet i Norge, og at den geografiske utstrekningen vil kunne variere avhengig av hvem som er kunden (og følgelig betaler for spesialisthelsetjenesten), prisen på tjenesten, hvordan prisene fastsettes og avtalene fremforhandles, særskilte krav til lokalisering mv.

### 7.2 Det relevante geografiske markedet der spesialisthelsetjenestene er finansiert av det offentlige

#### 7.2.1 Det relevante geografiske markedet for konkurransen om tilgang til markedet

Konkurransen som skjer mellom private sykehus om å bli tildelt avtaler innenfor ortopedi og plastikk kirurgi med de fire regionale helseforetakene avgjøres på bakgrunn av anbudskonkurranser.

I anbudsdokumentene deles anbudskonkurransene som regel opp i et eller flere sykehusområder, eventuelt gjelder konkurransen for hele helseregionen. Hvor mange og hvilke sykehusområder som er med varierer fra konkurranse til konkurranse, og avhenger utelukkende av hvordan det regionale helseforetaket legger opp konkurransen.

I konkurransen om markedet er det i noen tilfeller stilt krav om fysisk lokalisering i nærheten av eller i spesifikke byer og/eller områder. Det er imidlertid ikke nødvendig å være etablert i det aktuelle geografiske området på tilbudstidspunktet for å tilfredsstille kravene for deltakelse i konkurransene.

Aleris har selv erfart dette i forbindelse med selskapets deltakelse i anbudskonkurransen om leveranser til Helse Vest RHF i Stavanger. I den konkurransen innga Aleris tilbud uten å være etablert i Stavanger, og foretok først en faktisk etablering da det var avklart at man ble tildelt rammeavtale fra Helse Vest. Tilsvarende foretok Aleris etablering i Tromsø i 2008, etter først å ha blitt tildelt avtale etter deltakelse i anbudskonkurranse med Helse Nord.

De regionale helseforetakene kan velge å endre oppdelingen i geografiske områder fra en konkurranse til en annen, slik Helse Vest har gjort i de to siste konkurransene; for eksempel fordi de ønsker å sikre seg tilbud fra flere private sykehus. Det geografiske markedet, og hvilke aktører som skal inkluderes, kan derfor variere fra konkurranse til konkurranse – innenfor samme helseregion. Dertil kommer at det er umulig å si med sikkerhet hvilke og hvor mange aktører som vil delta i konkurransen neste gang avtalene lyses ut.

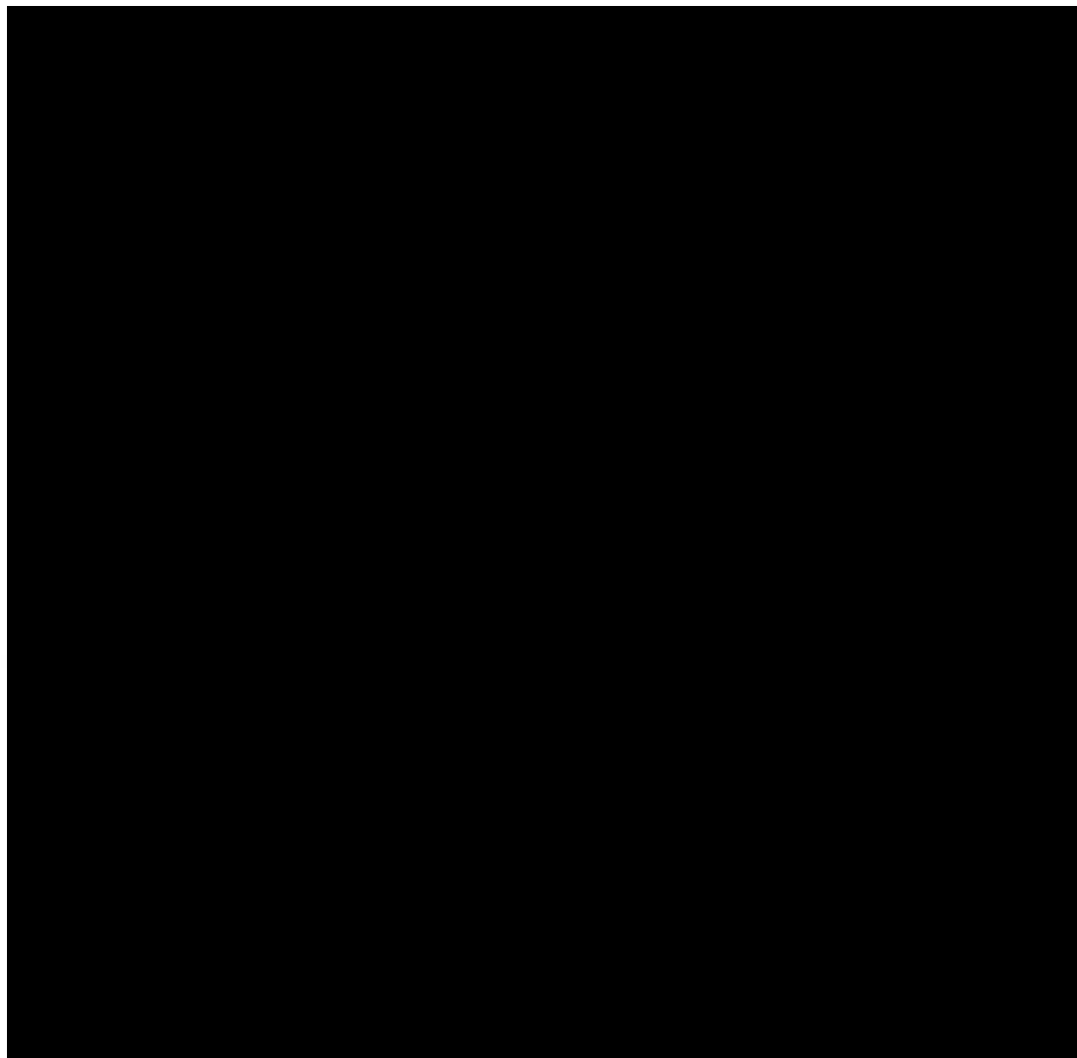
Som vist tidligere i meldingen har de regionale helseforetakene en betydelig fleksibilitet når konkurransen i den enkelte anbudskonkurranse skal defineres, jf. for eksempel da Helse Nord i 2007 valgte å inngå avtale med Aleris i Trondheim for å sikre konkurranse fra mer enn en leverandør i den aktuelle anbudskonkurransen (Teres var på dette tidspunktet det eneste private sykehuset som var etablert i region Nord).

### 7.2.2 Det relevante geografiske markedet for konkurransen i markedet

Når avtalene med de regionale helseforetakene er tildelt, innebærer retten til fritt sykehusvalg at pasienten (og den henvisende legen) kan velge mellom samtlige offentlige sykehus og de private sykehusene med avtale med helseforetakene om hvor behandlingen skal finne sted – i hele Norge – uten at dette vil medføre noen tilleggskostnad for pasienten.

Sykehusene som er omfattet av ordningen med fritt sykehusvalg er dessuten som hovedregel forpliktet til å ta imot alle pasienter som velger seg til sykehuset, uavhengig av bosted.

Etter Aleris vurdering innebærer retten til fritt sykehusvalg at konkurransen i markedet skal avgrenses nasjonalt. I møtet med Konkurransetilsynet 3. mars etterlyste tilsynet eksempler som viser pasientmobiliteten under ordningen med fritt sykehusvalg. Aleris har ingen fullstendig oversikt over dette, men kan vise til følgende relevante eksempler:



Den eksakte avgrensningen av markedet for konkurransen som finner sted i markedet er etter Aleris vurdering ikke avgjørende i denne saken, da transaksjonspartene og andre private sykehus både innenfor ortopedi og plastikk kirurgi uansett vil representere en svært liten andel både nasjonalt og regionalt/lokalt, sammenliknet med andelen de offentlige sykehusene representerer.

### **7.3 Det relevante geografiske markedet for konkurransen i forsikringsmarkedet**

Avtalene med forsikringsselskapene forhandles nasjonalt, ofte gjennom anbud, og behandlingsforsikringene dekker normalt pasientenes reiseutgifter fra bosted til behandlingssted. Aleris har dessuten erfaring med at forsikringspasienter er mobile mellom de ulike landsdeler. Begge disse forholdene tilsier at markedet har en nasjonal utstrekning.

Pasientenes mobilitet kan dels forklares med fristgarantiene som gjelder i avtalene mellom forsikringsselskapene og pasientene, og som ofte vil føre til at pasientene må sendes til sykehus utenfor bostedsregionen. Avtalene om behandlingsforsikringer inneholder som regel bestemmelser om garantert behandling innenfor nokså korte tidsfrister (typisk 10 til 30 dager). Ved ventetider/køer hos lokale/regionale sykehus er det nødvendig å utføre behandlingen et annet sted i landet, eventuelt ved klinikker i

utlandet. Tilsvarende kan det være behov for å utføre tjenesten i en annen region enn pasientens bostedsregion, dersom behandlingen som skal utføres krever en type kompetanse eller ekspertise som ikke tilbys i pasientens bostedsregion. Fristgarantiene forklarer også behovet forsikringsselskapene har for å ha avtaler med mange private sykehus.

Pasientenes mobilitet kan videre forklares med pasientenes egne preferanser og valg – de kan som nevnt velge andre sykehus enn de som har inngått avtale med forsikringsselskapene.

Etter hva Aleris er kjent med møter de private sykehusene og klinikkene i Norge også konkurranse fra utenlandske sykehus og klinikker om forsikringspasientene. Aleris har ikke detaljert kunnskap om omfanget av forsikringspasienter som sendes til utlandet for ortopedisk behandling. Opplysninger som fremkommer på forsikringsselskapenes hjemmesider tilsier imidlertid at slike behandlingssteder inngår som en del av det ordinære tilbudet fra forsikringsselskapene.

På hjemmesiden til Vertikal Helse står det blant annet følgende: «Vi samarbeider med de beste behandlingsstedene i Norge og utlandet for å oppfylle vårt mål om riktig behandling til rett tid. Er du i tvil om et behandlingssted du har fått anbefalt i utlandet, ta kontakt så kan vi hjelpe deg [...] Tilbudet i Norge blir stadig bedre, men mulighetene i utlandet er enda større. Er du i tvil om du skal velge å bli behandlet i Norge eller i utlandet? Har du konkrete ønsker om medisinsk kompetanse, eller har du konkrete ønsker med tanke på omgivelser, språk, mat eller annet? Våre medisinske rådgivere vil hjelpe deg med å finne det beste tilbudet.»<sup>28</sup>

På Tryg sine hjemmesider heter det: «Vi erstatter utgifter til behandling i Norge, Sverige, Danmark, Finland og Tyskland. Forsikringen gjelder for den eller de som er nevnt i forsikringsbeviset.»<sup>29</sup>

Ovennevnte tilsier etter Aleris vurdering at konkurransen om forsikringspasientene i det minste skjer nasjonalt, men at det er sannsynlig at også utenlandske klinikker og sykehus skal inkluderes i markedet.

#### **7.4 Det relevante geografiske markedet for plastikk kirurgi til selvbetalende pasienter**

Pasienter som selv betaler for spesialisthelsetjenester vil være mer prissensitive enn pasienter som får finansiert tjenesten av det offentlige og pasienter som benytter helseforsikring.

Reisekostnader kan derfor i utgangspunktet tilsa at selvbetalende pasienter ikke anser sykehus utenfor egen bostedsregion som relevante alternativer ved valg av behandlingssted. Dette vil i så fall kunne tilsa en regional eller lokal utstrekning av det geografiske markedet.

Hvor langt en selvbetalende pasient er villig til reise, og hvor mye pasienten er villig til å betale for dette, beror antakelig på flere faktorer: I hvilke geografiske områder tjenesten er tilgjengelig, tjenestens kompleksitet og behovet for spesialkompetanse, tjenestens pris, ventetiden i ulike geografiske områder mv.

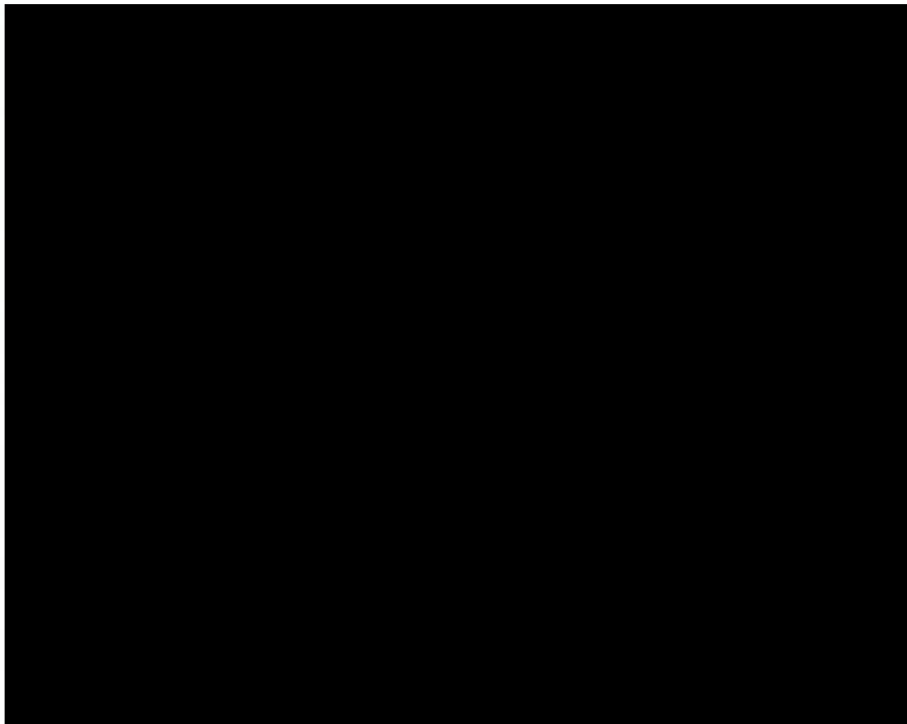
<sup>28</sup> Se <https://vertikalhelse.no/vare-tjenester/produkter-og-tjenester/behandling-og-operasjon>

<sup>29</sup> Se <http://www.tryg.no/bedrift/forsikringer/behandlingsforsikring-for-ansatte.html>

I markedet for selvbetalende pasienter er det sannsynlig at det eksisterer flere geografiske markeder, typisk slik at de enklere, tilgjengelige og mindre kostbare tjenestene omfattes av lokale/regionale markeder. Når det gjelder plastikk kirurgi som er mer kostbar og/eller komplisert, vil pasientene sannsynligvis reise lenger for å motta behandlingen. Dette tilsier at markedet i utgangspunktet skal avgrenses nasjonalt.

Dersom det for enklere og mindre kirurgiske inngrep i Norge skal avgrenses lokale/regionale markeder, er det viktig å ta hensyn til at det ikke nødvendigvis er enklere, rimeligere eller minst tidkrevende for pasienter i de ulike landsdelene å reise til nærmeste storby enn til for eksempel Oslo. For eksempel utgjør Nord-Norge og Midt-Norge betydelige geografiske områder, og for pasienter som ikke bor i eller i nærheten av for eksempel Tromsø og Trondheim, kan fly til Oslo være et fullgodt alternativ til å reise med bil eller annen transport til nærmeste storby. Dette innebærer igjen at eventuelle lokale/regionale markeder blir mindre interessante for den konkurranserettslige vurderingen av oppkjøpet.

Oversikten nedenfor er utarbeidet av Teres, og viser hvor pasientene kommer fra til en av selskapets klinikker i Oslo, Teres Nobel. Som det fremgår viser oversikten at det er betydelig mobilitet i markedet.



Stadig flere pasienter reiser til utlandet for å gjennomføre plastikk og kosmetiske kirurgiske inngrep og behandlinger. Flere aktører har spesialisert seg på helsereiser til utlandet, typisk innenfor plastikk kirurgi, fedmekirurgi og tannbehandling. I en artikkel publisert på SSBs hjemmesider 2. mai 2011 fremgår det at i 2008 ble 6

prosent av plastikk kirurgiske inngrep på norske borgere utført utenfor Norges grenser:<sup>30</sup>

*Et spørsmål vi vet lite om er hvor vanlig det er å reise utenlands for å få utført kosmetiske inngrep. Det kan tenkes at folk kjøper operasjoner i land hvor slike inngrep er billigere, og legingsprosessen kan legges til ferier. Et oppslag på nrk.no 17. november 2009 viser at Asia er det raskest voksende markedet for helseturister generelt. Tyskland, Thailand og India er store, mens Japan, Singapore, Filippinene og Kina er voksende markeder (Hole 2008). Levekårsundersøkelsen 2008 viste at 6 prosent av inngrepene ble utført utenfor Norges grenser (17 av 286 inngrep). 11 prosent av menn og 3 prosent av kvinner som har fått utført et kosmetisk inngrep, sier at inngrepet ble gjort i utlandet. (våre uthevinger)*

I tråd med veksten i markedet de siste 7 årene (siden 2008), anser Aleris det som sannsynlig at det er betydelig flere pasienter som i dag reiser til utlandet for å kjøpe tjenester innenfor plastikk kirurgi.

Det er flere nettstedene som tilbyr formidling av eller gir utfyllende informasjon om plastikk kirurgiske behandlinger i utlandet. På nettsiden [plastikkkirurgi.nu](http://plastikkkirurgi.nu) gis det omfattende opplysninger om tilbudet for norske pasienter i utlandet. Fra denne nettsiden hitsettes:<sup>31</sup>

*For den som overveier å utføre en plastisk operasjon utenlands er god kommunikasjon og infrastruktur, språkkunnskap, legekvalitet, lave kostnader og geografisk, samt kulturell nærhet viktige begrunnelser for valg av land.*

*For de pasienter som vil kombinere plastikkirurgi i utlandet med en ferie vil også det lokale klimaet være en viktig faktor.*

*Det finnes et antall land/regioner som i stor grad oppfyller de ovenstående faktorene og har derfor blitt populære destinasjoner for kosmetisk kirurgi i utlandet.*

- *Til de mest populære destinasjonene for skjønnhetsoperasjoner i utlandet tilhører:*
  - *Polen – fortsatt det mest populære alternativet*
  - *Thailand – høy legekvalitet og behagelig klima*
  - *Baltikum (Estland, Latvia & Litauen) – attraktive priser*
  - *Tsjekkia – høy kvalitet til lave priser*

På nettsiden kan man lese om tilbudene i hvert land, hvilke behandlinger som typisk kan kjøpes, samt prisforskjellene sammenliknet med prisene i Norge.

Det finnes en rekke utenlandske tilbydere som henvender seg til norske pasienter. Nedenfor er det satt inn noen eksempler:

<sup>30</sup> Samfunnsspeilet, 2011/2, 5 prosent har lagt seg under kniven. Artikkelen kan lastes ned her: <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/5-prosent-har-lagt-seg-under-kniven>

<sup>31</sup> Se <http://www.plastikkirurgi.nu/destinasjoner-plastisk-kirurgi>

- Imed Hospitals er en aktør som tilbyr plastikk kirurgi i utlandet (Spania).<sup>32</sup>
- Nordesthetics i Litauen tilbyr en lang rekke plastiske inngrep via sin norske nettside nordesthetics.com. Disse utfører ca. 1 200 operasjoner hvert år.
- Fertilitas/Adams Kirurgia Grupp i Estland tilbyr en lang rekke plastiske inngrep via sin norske nettside fertilitas.no. De utfører ca. 4-5.000 operasjoner hvert år, og har tilbudt sine tjenester til nordmenn siden 2005.
- Budapest Klinikken AS, som er etablert i Tromsø, er et selskap som formidler kosmetiske operasjoner, laserbehandling, helsetjenester, spesialisthelsetjenester samt flere forskjellige undersøkelser mellom nordmenn og ledende klinikker i Budapest, Ungarn. ([www.budapestklinikken.no](http://www.budapestklinikken.no))

Nettstedet <http://www.kirurgipris.no/>, som gir utfyllende informasjon om tilbud og priser i utlandet, indikerer også klart at det er etterspørsel blant norske pasienter etter plastikk og kosmetisk kirurgi i utlandet.

#### 7.5 Det relevante geografiske markedet for fedmekirurgi til selvbetalende pasienter

Slankeoperasjoner er forholdsvis kostbare. Dette tilsier i seg selv at pasientene kan være villige til å reise langt for å få utført disse operasjonene.

Også på dette området er det flere aktører som markedsfører fedmekirurgi i utlandet på norske nettsider. Basert på Aleris kunnskap om markedet er det stadig flere norske pasienter som reiser til utlandet for å foreta slike inngrep. Hovedårsaken til dette er prisen ved utenlandske sykehus, samt ventetiden ved offentlige sykehus i Norge.

I en artikkel som er publisert på P5<sup>33</sup> 13. september 2013, fremgår det at «stadig flere nordmenn velger å ta en fedmeoperasjon i utlandet på grunn av lang ventetid i Norge [...]» I samme artikkel bekrefter leder i Landsforeningen for overvektige, Jørgen Foss, det samme og at det er mange internasjonale aktører i det norske markedet:

«Leder i Landsforeningen for overvektige, Jørgen Foss, sier ventetida er for lang i Norge. Samtidig er han skeptisk til at stadig flere reiser til utlandet fordi oppfølgingen etter operasjonen kan være mangelfull: - Vi er skeptisk til at det er så mange internasjonale aktører på det norske markedet.»

Nedenfor har vi inntatt noen eksempler (som på ingen måte skal anses som uttømmende) på aktører som tilbyr og utfører fedmekirurgi til norske pasienter i utlandet.

- Nord Bariatric i Litauen ([www.nordbariatric.com/nb](http://www.nordbariatric.com/nb)).
- Lasikreiser, med virksomhet i Latvia, og som på sin norske hjemmeside blant annet opplyser om at «flere hundre personer som har fått nytt liv

<sup>32</sup> Se nærmere informasjon på hjemmesiden: <http://imedtreatmentsabroad.com/no/medisinske-spesialiteter/plastisk-kirurgi>

<sup>33</sup> Artikkelen kan lastes ned her: <http://oslo.p5.no/story.aspx?id=535042>



- etter fedmeoperasjon i utlandet gjennom oss», og at de «har tett samarbeid med Sinsenklinikken/Medical City» ([www.lasikreise.no](http://www.lasikreise.no))
- Bariatric Services i Estland ([www.bariatricservices.eu/no](http://www.bariatricservices.eu/no)).
  - Baltic Bariatric ([www.balticbariatric.com/norsk/index-no.html](http://www.balticbariatric.com/norsk/index-no.html))
  - CELT ([www.celt.ru/english/#8](http://www.celt.ru/english/#8))

Som det fremgår har nesten alle ovennevnte sykehus/klinikker hjemmesider på norsk, tilpasset norske fedmepasienter. Flere av klinikkene i utlandet har dessuten inngått samarbeid med norske behandlingssteder.

I tillegg til ovennevnte samarbeid mellom Sinsenklinikken og Lasikrereiser, viser vi til at North Estonian Medical Centre ([www.medicineestonia.eu/en/home](http://www.medicineestonia.eu/en/home)) har inngått et samarbeid med Evjeklinikken ([www.evjeklinikken.no](http://www.evjeklinikken.no)), som på sine hjemmesider opplyser om at man i 2013 startet opp «Det første tilbud til norske pasienter som kombinerer fedmeoperasjon ved et utenlandsk sykehus med et skreddersydd, institusjonsbasert norsk oppfølgingstilbud»

Kikkhull- og Fedmekirurgi AS ([www.cftk.no](http://www.cftk.no)) på Gjøvik tilbyr slankeoperasjoner i Sverige, i samarbeid med Centrum för Tithålskirurgi (<http://patient.capio.se/cftk/>), og på det norske selskapets hjemmeside fremgår det blant annet at: «I løpet av de siste 7 årene har cftk / kfk utført mer enn 2300 vektoperasjoner. Vi har stor erfaring innen gastric bypass og innen scandinavia er vi ledende og har en unik erfaring innen sleeve gastrectomy.»

Ovennevnte viser at de utenlandske aktørene skal inkluderes i det norske markedet for fedmekirurgi.

## 8 OPPSUMMERING MARKEDSAVGRENSNINGEN

Vedlagt følger en oversikt som viser avgrensningen av produktmarkedene etter aksene finansieringskilde og hovedspesialitetene ortopedi, plastikk og kosmetisk kirurgi, og fedmekirurgi, og som oppsummerer Aleris syn på hvordan de relevante markedene mest sannsynlig skal avgrenses i denne saken.

### Bilag 13 Oppsummering markedsavgrensningen

## 9 BESKRIVELSE AV MARKEDSSTRUKTUREN I DE BERØRTE MARKEDENE

### 9.1 Innledning – utviklingstrekk i de berørte markedene

Forholdene som særlig påvirker tilbudet og etterspørselen i markedene for henholdsvis behandlingsforsikringer og det selvbetalende markedet, og som kan forklare veksten de siste årene, er først og fremst ventetider. Når de regionale helseforetakene reduserer innkjøp fra de private, samt krever at de private skal fordele aktiviteten utover året, oppstår det køer. Dersom pasienter i kø har anledning til å motta raskere helsehjelp ved å betale selv eller benytte seg av en behandlingsforsikring, vil de ofte gjøre det.

Tilsvarende utviklingstrekk gjør seg også gjeldende innenfor fedmekirurgi. De offentlige sykehusenes tilbud og kapasitet, og derved ventetid, påvirker antall pasienter som tilflytter private sykehus i Norge og utlandet.

I tråd med at det offentlige i en periode har redusert innkjøpene fra private aktører, har den delen av markedet som er finansiert av private midler (enten gjennom forsikringer eller av pasienten selv) derfor blitt en stadig viktigere finansieringskilde for Aleris og andre private sykehus og klinikker.

## 9.2 Ny ordning om fritt behandlingsvalg fra 2016

De nye reglene om «fritt behandlingsvalg», som ble presentert for Stortinget 22. januar 2015, vil redusere behovet for og omfanget av behandlingforsikringer. Reglene om fritt behandlingsvalg innebærer i korthet at alle pasienter som har fått en rett til nødvendig helsehjelp, kan henvende seg til hvilket som helst privat eller offentlig sykehus og få regningen dekket av det offentlige. Forutsetningen er at sykehuset er offentlig godkjent. Fritt behandlingsvalg vil være en ordning som kommer i tillegg til dagens offentlige tjenestetilbud om retten til fritt sykehusvalg.

Det vil altså ikke være et vilkår for å delta i ordningen at de private sykehusene har en avtale med det offentlige, hvilket øker pasientenes valgfrihet og de private aktørenes mulighet til å konkurrere i markedet.

Begrunnelsen for innføringen av reglene om fritt behandlingsvalg er blant annet ønsket om et mindre todelt helsevesen. Videre er målet å redusere ventetider, og utnytte ledig kapasitet på en bedre måte enn i dag. Helseminister Høie uttalte til Dagens Næringsliv 23. januar 2015 at han «håper fritt behandlingsvalg betyr at pasientene vil se mindre behov for å betale tjenester av egen lomme, eller å ha forsikringer som dekker tjenester man har rett til i det offentlige.»

I høringsnotatet fra Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende Fritt behandlingsvalg, som hadde høringsfrist 16. september 2014, uttrykkes det på side 6 at den nye ordningen skal kombineres med økt kjøp av kapasitet fra private aktører gjennom bruk av offentlige anbudskonkurranser:

*Parallelt med forberedelsene til å innføre ordningen med fritt behandlingsvalg, vil derfor departementet be de regionale helseforetakene utarbeide en ny og offensiv strategi for økt bruk av private gjennom anbud. Det primære virkemiddelet for å kjøpe kapasitet fra private skal også i fremtiden være gjennom anbud og særskilte avtaler. Etter departementets vurdering har imidlertid RHFene i de to siste stortingsperiodene ikke i tilstrekkelig grad utnyttet mulighetene for å bruke de private på denne måten, i stor grad som følge av styringssignaler fra eier.*

Ordningen med fritt behandlingsvalg skal først innføres innenfor rus og psykiatri, og skal etter planen fases inn i somatikken – som blant annet omfatter ortopedi og plastikk kirurgi – i løpet av 2016.

Aleris anser det som sannsynlig at innføringen av ordningen med fritt behandlingsvalg vil føre til etablering av flere private klinikker. Aleris har allerede erfart effekten av en tilsvarende ordning som fritt behandlingsvalg, som er innført i Stockholm (hvor Aleris også har virksomhet).

Den svenske loven om fritt val har ført til en rekke nyetableringer av private klinikker i Stockholmsområdet. Aleris erfaring er at de offentlig finansierte pasientene i stadig

større grad kanaliseres gjennom «fritt val»-ordningen. På hjemmesiden til Stockholm Läns Landsting er ordningen blant annet forklart som følger:

*Vårdval Stockholm ska öka mångfalden i vårdutbudet och göra det lättare för allmänheten att välja vårdgivare. Vårdvalet bygger på lagen om valfrihetssystem, LOV.*

*Det innebär dels att **patienter har möjlighet att välja** mellan olika vårdgivare, **dels fri etablering** för vårdgivare som uppfyller kraven i vårdvalets förfrågningsunderlag. Fri etablering betyder att alla sökande som uppfyller kraven har rätt att teckna ett avtal och starta verksamhet inom vårdvalet.*

*Sedan starten 2008 har ett stort antal vårdvalsområden tillkommit inom primärvård, rehabilitering och specialiserad vård. Såväl etablerade som nystartade företag kan när som helst ansöka om att bli godkända för att bedriva vård inom sådant område.<sup>34</sup>*

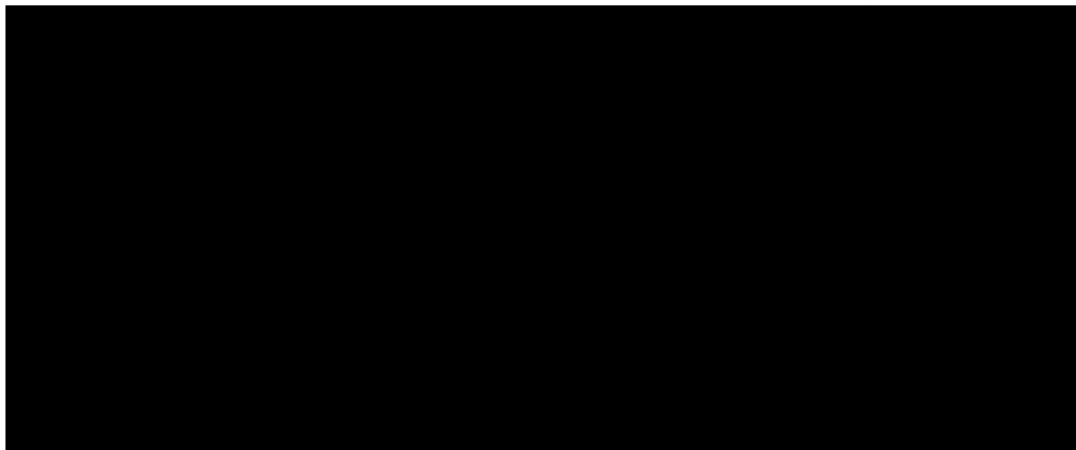
### 9.3 Gi et anslag over alle aktørenes samlede årlige omsetning (i verdi og volum) for hvert av de berørte markedene, samt opplysninger om grunnlaget for disse anslagene.

#### 9.3.1 Ortopedi og plastikk kirurgi finansiert av det offentlige

Aleris har foretatt en analyse av behandlingstall fra Norsk Pasientregister innenfor hoveddiagnosegruppe 8 (sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev (herunder de fleste ortopedi inngrepene)).

Analysen viser det i 2013 ble foretatt [REDACTED] offentlig finansierte behandlinger i Norge, samlet på alle sykehus (både offentlige sykehus og private sykehus). Av disse behandlingene ble [REDACTED] behandlinger foretatt på private sykehus, det vil si at ca [REDACTED] av alle offentlig finansierte ortopediske behandlinger i Norge i 2013 ble gjennomført på private sykehus.

Fordelt på de fire helseregionene viser Aleris analyse følgende tall:



<sup>34</sup> For nærmere informasjon om ordningen som er innført i Stockholm vises det til <http://www.vardgivarguiden.se/AvtalUppdrag/avtalsinformation/Om-Vardval-Stockholm/>

Innenfor plastikk kirurgiske operasjoner er det nærmest umulig å hente ut den samme type statistikk som for ortopedi. Grunnen til dette er at plastikk kirurgiske inngrep ikke er samlet under en hoveddiagnosegruppe i den medisinske kodingen. Det er imidlertid ingen grunn til å anta at andelen av plastikk kirurgiske inngrep med medisinsk begrunnelse som utføres på private sykehus avviker vesentlig fra den statistikk som er vist over innenfor ortopedi. Det vil si at ca. 1-2 % av totalt antall inngrep i plastikk markedet utføres på private kommersielle sykehus.

Aleris har ikke funnet noen måte å beregne totalmarkedet på målt i verdi.

### 9.3.2 Ortopedi i forsikringsmarkedet

Som nevnt over finnes det ingen offentlige tilgjengelige kilder som kan benyttes for å beregne totalmarkedet. I artikkelen som nylig er publisert på hjemmesiden til Finans Norge, jf. over, tilsier at totalmarkedet (inklusive alle typer behandlinger som tilbys av forsikringsselskapene, også de som ikke er ortopediske behandlinger), ligger på om lag 700 millioner kroner i året.

Hvor stor andel av dette som kan tilskrives ortopediske behandlinger er imidlertid usikkert.

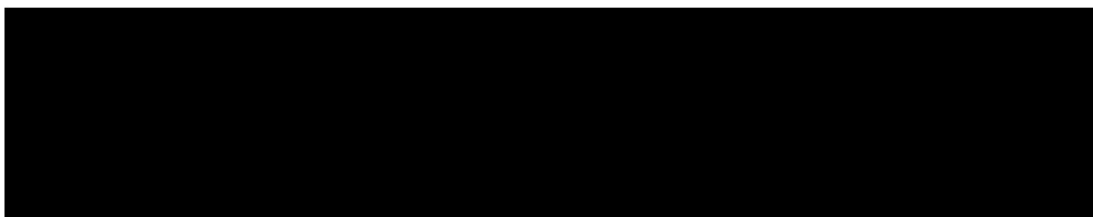
Aleris har på bakgrunn av opplysninger fra kundene (forsikringsselskapene), samt egen omsetning i markedene, estimert at ca. [redacted] millioner kroner av de totale forsikringsutbetalingene på 700 millioner kroner stammer fra ortopediske operasjoner.

Det presiseres at ovennevnte er basert på Aleris beste estimater.

Aleris har ikke funnet noen måte å beregne totalmarkedet på målt i volum, og det finnes heller ikke noen tilgjengelig statistikk på antall ortopediske inngrep for forsikringspasienter.

### 9.3.3 Plastikk kirurgi i markedet for selvbetalende pasienter

Det finnes svært få datakilder med informasjon om de pasientene som velger å finansiere plastikk kirurgi tjenester av egne midler. I en artikkel publisert i Budstikka 20. september 2013<sup>35</sup> anslås totalmarkedet for «plastiske operasjoner» til ca. 400 millioner per år, «hvorav rundt halvparten er brystoperasjoner». <sup>36</sup> I samme artikkel anslås det at det omsettes for ca. 19 millioner kroner per år innenfor Botox-behandlinger, og ca. 26 millioner kroner per år for behandling med fillere.



<sup>35</sup> Artikkelen kan leses ned her: <http://www.budstikka.no/abavisene/mye-penger-for-skjonnheten-1.8075191>

<sup>36</sup> Kildene for disse anslagene er oppgitt å være Klinikkk Bunæs og Teres Medical Group.

Basert på ovennevnte anslår Aleris at totalmarkedet for plastikk kirurgi til selvbetalende pasienter (inklusive omsetningen til utenlandske klinikker) ligger på ca. ■■■ millioner kroner per år.

Aleris har heller ikke funnet noen måte å beregne dette totalmarkedet på målt i volum.

#### 9.3.4 Fedmekirurgi i markedet for selvbetalende pasienter

Innenfor dette markedet har Aleris estimert at det ble foretatt ca. ■■■ slankeoperasjoner i Norge i 2014. Av disse ble ca. ■■■ operasjoner utført av private sykehus.

Basert på en gjennomgang av utenlandske aktørers nettsider, nettforum og facebook for pasienter som har blitt slankeoperert i utlandet, samt at markedet har vokst i tråd med stadig flere sykkelig overvektige pasienter og lange køer ved norske offentlige sykehus, anslår Aleris at om lag ■■■ norske pasienter reiser til utlandet for å utføre slankeoperasjoner hvert år.

Prisene på slankeoperasjoner i Norge varierer fra 79 000 kroner til 139 000 kroner, avhengig av behandlingsopplegg. Ved utenlandske sykehus varierer prisen nokså mye. Disse forholdene gjør at det er nærmest umulig å estimere et totalmarked i verdi. Aleris vil derfor foreta den videre analysen basert på fordelingen av volumet (antall slankeoperasjoner) i markedet.

#### 9.4 **Angi hvert av de involverte foretakenes årlige omsetning (i verdi og volum) og deres antatte markedsandeler for hvert av de berørte markedene. Inkluder tilsvarende opplysninger for ethvert foretak som inngår i samme konsern som det eller de foretak som overtar kontroll, og som har virksomhet i de berørte markedene.**

##### 9.4.1 Ortopedi og plastikk kirurgi finansiert av det offentlige

Både Aleris og Teres har i dag avtaler om leveranser av ortopeditjenester og/eller plastikk kirurgi med alle de fire regionale helseforetakene. Som forklart tidligere angir avtalene med de regionale helseforetakene rammer på maksimalt avrop under avtalene. Markedsandeler er derfor vanskelig å beregne i disse markedene.

Markedsandeler vil uansett ikke gi et korrekt bilde av konkurranseforholdene i de enkelte helseregionene. I anbudsmarkeder er ikke markedsandeler det sentrale kriteriet for å analyse konkurransen. Dette kommer blant annet til uttrykk i en sak fra Europakommisjonen om anbudsmarkeder i helsesektoren i Storbritannia:<sup>37</sup>

*In bidding markets, such as the ISTC markets, the Commission generally considers that, it is not the market shares of the parties that are central to the competition analysis but rather the question whether there are a sufficient number of credible, established competitors to guarantee competition for*

<sup>37</sup> Se para 56 i sak No COMP/M.4367 - APW / APSA / NORDIC CAPITAL / CAPIO

*future contracts. According to the parties, at least seven bidders can be identified, which have bid in most phase two contracts and can be expected to bid in future ISTC programme phases.*

Antall private aktører som deltar i anbudskonkurranse som lyses ut av de regionale helseforetakene varierer fra helseregion til helseregion. Etter Aleris vurdering har politiske føringer og faktisk volum som lyses ut på anbud stor betydning for hvilke og hvor mange private aktører som deltar i konkurransene.

Vedlagt følger en oversikt over leverandører som Aleris mener har deltatt i de siste anbudskonkurransene utlyst av henholdsvis Helse Sør Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF innenfor områdene ortopedi og plastikk kirurgi, samt hvilke aktører som er tildelt avtale. Aleris antar at det der flere aktører som kunne ha deltatt i konkurransene, fordi de allerede er etablert i den aktuelle helseregionen. Disse er også nevnt i

#### **Bilag 14 Oversikt over faktiske og potensielle leverandører i offentlige anbudskonkurranser**

Når det gjelder konkurransen i markedet, mellom private sykehus og offentlige sykehus, viser tallene som er oppgitt i punkt 9.3.1, at Aleris og Teres, hver for seg og samlet, vil ha helt marginale markedsandeler både vurdert nasjonalt og per helseregion.

#### **9.4.2 Ortopedi til forsikringskunder, plastikk kirurgi og fedmekirurgi til selvbetalende pasienter**

Vedlagt følger Aleris beste estimerte totalmarked målt i verdi (årlig omsetning) og antatte markedsandeler i markedene for leveranser av ortopedi til forsikringspasienter, plastikk kirurgi til selvbetalende pasienter og fedmekirurgi til selvbetalende pasienter:

#### **Bilag 15 Oversikt over totalmarked – ortopedi til forsikringspasienter og plastikk kirurgi og fedmekirurgi til selvbetalende pasienter**

Aleris har som vist foretatt estimer av totalmarkedene innenfor ortopedi og plastikk kirurgi basert på aktørenes estimerte omsetning. Aleris har ikke funnet noe grunnlag for å estimere disse totalmarkedene basert på volum (antall operasjoner/behandlinger).

Innenfor fedmekirurgi har Aleris et bedre grunnlag for å kunne estimere volumet. I dette markedet er det imidlertid vanskelig å estimere verdien av markedet – særlig fordi en stor andel av operasjonene foretas i utlandet.

#### **9.5 Konkurrenter, kunder og leverandører**

9.5.1 Gi en oversikt over de fem viktigste konkurrentene til hvert av de involverte foretakene, samt hva som antas å være disse konkurrentenes markedsandeler, i de berørte markedene. Gi en beskrivelse av hvilke virkninger foretakssammenslutningen antas å ha for de involverte foretakenes konkurrenter.

#### 9.5.1.1 Ortopedi og plastikk kirurgi finansiert av det offentlige

Når det gjelder de private sykehusene som har deltatt i de seneste anbudskonkurransene innenfor ortopedi og plastikk kirurgi med de fire helseforetakene og hvilke private aktører som ble tildelt kontrakt (herunder andel av kontraktene innenfor de to fagområdene), viser vi til beskrivelsen over i punkt 9.4.1 og bilag 14.

Vedlagt følger en oversikt over sykehus, både offentlige og private som er offentlig godkjent, hvilken helseregion og by sykehuset er lokalisert, samt om sykehuset kan tilby spesialisthelsetjenester innenfor henholdsvis ortopedi og plastikk kirurgi. Vi har ikke oversikt over aktørenes markedsandeler, men viser til punkt 9.3.1 over, om den marginale andelen private sykehus har i disse markedene.

Oversikten viser hvilke sykehus Aleris og Teres konkurrerer med i markedet.

#### **Bilag 16 Oversikt over sykehus som konkurrerer i markedet**

#### 9.5.1.2 Ortopedi i forsikringsmarkedet

Vedlagt følger en oversikt over private sykehus og klinikker partene på bakgrunn av offentlig tilgjengelig informasjon antar har avtale med forsikringsselskaper som tilbyr behandlingssikring innenfor ortopedi.

Basert på usikkerheten omkring størrelsen på dette markedet, jf. beregningen av totalmarkedets størrelse, er det etter Aleris vurdering verken mulig eller forsvarlig å estimere konkurrentenes markedsandeler.

#### **Bilag 17 Oversikt over konkurrenter i forsikringsmarkedet**

I oversikten har vi ikke tatt inn sykehus og klinikker i utlandet, slik at disse kommer i tillegg.

#### 9.5.1.3 Plastikk kirurgi i markedet for selvbetalende pasienter

Dette markedet er som nevnt i stadig vekst, både tilbudet nasjonalt og utenfor landets grenser. Aleris har derfor ikke en fullgod oversikt over markedet, og det finnes heller ikke offentlig tilgjengelige kilder å forholde seg til.

I en artikkel publisert på SSBs hjemmesider 2. mai 2011 fremgår det at det i 2011 var anslagsvis 76 private sykehus og klinikker som hadde virksomhet innenfor kosmetisk kirurgi i Norge i 2011:

*En optelling i forbindelse med en undersøkelse fra Helsetilsynet viste at det var minst 49 private aktører som tilbød kosmetisk kirurgi på det norske markedet i 2003 (Helsetilsynet 2004). En liste generert etter en lignende metode som i Helsetilsynets rapport viser at det anslagsvis er 76 private*

*sykehus eller klinikker som driver med kosmetisk kirurgi i Norge i 2011. Aktørene i dag er både klinikker som er eid av store kommersielle internasjonale selskap, og mindre klinikker og enmannsforetak med kosmetiske operasjoner som spesialitet.*

Etter Aleris vurdering har antall aktører økt de siste fire årene.

Vedlagt følger en oversikt over private sykehus og klinikker partene på bakgrunn av offentlig tilgjengelig informasjon legger til grunn at tilbyr tjenester innenfor plastikk kirurgi til selvbetalende pasienter. Det presiseres at listen er et bilde av nå-situasjonen, som i dette markedet endrer seg hele tiden med nye aktører og tilbud i markedet. I tabellen følger opplysninger om geografisk lokalisering, hva slags tjenester sykehuset/klinikken leverer, samt nettadresse. Vi presiserer at dette ikke er ment som en uttømmende liste over alle aktørene i markedet, og Aleris antar at det finnes flere konkurrenter enn de som er listet opp i tabellen.

I tillegg kommer de utenlandske klinikkene og sykehusene.

#### **Bilag 18 Oversikt over konkurrenter innenfor plastikk kirurgi**

##### 9.5.1.4 Fedmekirurgi i markedet for selvbetalende pasienter

Vedlagt følger en oversikt over konkurrentene innenfor fedmekirurgi til selvbetalende pasienter.

#### **Bilag 19 Oversikt over konkurrenter innenfor fedmekirurgi**

##### 9.5.2 Foretakssammenslutningens virkninger for konkurrentene

Aleris kan ikke se at oppkjøpet påvirker konkurrentene i de ulike relevante markedene negativt. I konkurransen om tilgang til markedene for offentlig finansierte pasienter, vil sammenslåingen mest sannsynlig gjøre det enklere for andre å vinne frem i konkurransen, særlig i de konkurransene hvor oppdragsgiver setter begrensninger på hvor stor andel av volumet en enkelt leverandør kan få.

De offentlige sykehusene vil dessuten være upåvirket av oppkjøpet, og vil fortsatt være den dominerende produsenten av ortopedi og plastikk kirurgi etter foretakssammenslutningen.

For øvrig innebærer det faktum at partene for en stor del har komplementære virksomhetsområder at det ikke skjer en betydelig økning i markedsandel i noe marked. Aleris vil styrke sin posisjon innenfor plastikk og kosmetisk kirurgi etter foretakssammenslutningen. Dette markedet er imidlertid kjennetegnet ved en betydelig mengde konkurrenter, både i inn- og utland, og det vil alene av den grunn være umulig for Aleris å utøve markedsrett etter transaksjonen.

##### 9.6 **Gi en oversikt over de fem største kundene til hvert av de involverte foretakene i de berørte markedene, og hvor stor andel av de involverte foretakenes salg hver av disse står for. Gi en beskrivelse av hvilke virkninger foretakssammenslutningen antas å ha for de involverte foretakenes kunder.**



#### 9.6.1 Ortopedi og plastikk kirurgi finansiert av det offentlige

Vedlagt følger en oversikt over Aleris og Teres fem største kunder innenfor ortopedi og plastikk kirurgi finansiert av det offentlige, samt hvor stor andel av partenes salg disse kundene står for.

##### **Bilag 20 Oversikt over kunder – ortopedi og plastikk kirurgi finansiert av det offentlige**

#### 9.6.2 Ortopedi i forsikringsmarkedet

Vedlagt følger en oversikt over Aleris og Teres fem største kunder innenfor ortopedi finansiert av behandlingsforsikringer, samt hvor stor andel av partenes salg disse kundene står for.

##### **Bilag 21 Oversikt over kunder – ortopedi finansiert av behandlingsforsikringer**

#### 9.6.3 Plastikk kirurgi i markedet for selvbetalende pasienter

Ettersom kundene i dette markedet er privatpersoner, vil ikke en angivelse av de viktigste kundene kunne si noe om partenes salg i det relevante markedet.

#### 9.6.4 Fedmekirurgi i markedet for selvbetalende pasienter

Også kundene i dette markedet er privatpersoner, og en angivelse av de viktigste kundene vil ikke kunne si noe om partenes salg i det relevante markedet.

#### 9.6.5 Foretakssammenslutningens virkninger for kundene

Aleris mener at foretakssammenslutningen vil føre til positive effekter for kundene og pasientene. Dette er også et av formålene med transaksjonen, nemlig å kunne tilby pasientene bedre og mer sømløse helsetjenester i alle regionene i Norge.

Når det konkret gjelder kundene i de enkelte markedene, kan ikke Aleris se at oppkjøpet vil få negative konsekvenser for de regionale helseforetakene. Det vil fortsatt være en rekke aktuelle og potensielle tilbydere i fremtidige anbudskonkurranser, og i geografiske områder hvor det på kort sikt eventuelt skulle bli få tilbydere som følge av transaksjonen, vil de lave etableringsbarrierene legge til rette for nyetableringen. Kjøpermakten i disse markedene vil uansett være et effektivt hinder for utøvelse av markedsrett.

I forsikringsmarkedene vil også kjøpermakten, samt tilstedeværelsen av en rekke alternative leverandører under dagens praksis med parallelle avtaler, medføre at forsikringsselskapene ikke vil påvirkes negativt av foretakssammenslutningen.

I markedene der pasientene betaler selv, innenfor henholdsvis plastikk kirurgi og fedmekirurgi, vil pasientene som vist ha gode alternativer til Aleris også etter transaksjonen – både i Norge og i utlandet. Lave etableringsbarrierer vil også medføre at det ikke vil være mulig å utøve markedsrett i disse markedene. I markedet for fedmekirurgi, hvor det eksisterer et parallelt offentlig tilbud, vil

pasientene dessuten kunne nyte godt av økt produksjon og kapasitet ved de offentlige sykehusene.

- 9.7 Gi en oversikt over de fem største leverandørene til hvert av de involverte foretakene i de berørte markedene, og hvor stor andel av de involverte foretakenes innkjøp hvert av disse står for. Gi en beskrivelse av hvilke virkninger foretakssammenslutningen antas å ha for de involverte foretakenes leverandører.**

Vedlagt følger en oversikt over Aleris og Teres fem største leverandører innenfor ortopedi, plastikk kirurgi og fedmekirurgi, samt hvor stor andel av partenes innkjøp hvert av disse står for.

#### **Bilag 22 Oversikt over leverandører**

- 9.7.1 Foretakssammenslutningens virkninger for leverandørene**

Etter Aleris vurdering vil ikke foretakssammenslutningen ha noen betydning for leverandørene i de berørte markedene.

- 9.8 Gi en oversikt over de vanligste salgskanalene i de berørte markedene. Oversikten skal blant annet inneholde en angivelse av salgskanalenes betydning for omsetningen av produktene. Beskriv også i hvilket omfang salget foregår gjennom tredjeparter og/eller virksomheter i samme konsern som de involverte foretakene.**

Vi viser til beskrivelsen over i punkt 5.2, punkt 6.2 og punkt 6.5 til punkt 6.8, om salget som skjer via offentlige avtaler, private- og kollektive forsikringsavtaler samt av selvbetalende pasienter.

Salget som skjer gjennom offentlige avtaler og forsikringsselskaper skjer gjennom tredjeparter, det vil si gjennom henholdsvis de regionale helseforetakene og forsikringsselskapene.

- 9.9 Gi en oversikt over de viktigste samarbeidsavtalene (horisontale eller vertikale) som de involverte foretakene eller foretak i samme konsern har inngått i de berørte markedene. Med samarbeidsavtaler menes i denne sammenheng for eksempel avtaler om felles produksjon, spesialisering, informasjonsutveksling, distribusjon, lisensiering eller langsiktige leveringer.**

Både for Aleris og Teres er de viktigste samarbeidsavtalene avtalene med de regionale helseforetakene samt avtalene med forsikringsselskapene. Det vises til beskrivelsen og angivelsen av disse avtalene tidligere i meldingen, jf. punkt 6.6, punkt 9.4.1 og bilag 14.

- 9.10 Gi en oversikt over etterspørselsstrukturen i de berørte markedene. Oversikten skal blant annet inneholde en angivelse av:**

- 9.10.1 Hvilken utviklingsfase markedet befinner seg i (er det under oppstart, ekspansjon, fullt utviklet eller i tilbakegang),**

Den delen av markedet som er offentlig finansiert har hatt en stagnasjon eller tilbakegang de seneste årene, som følge av politiske prioriteringer. Dette vil nå endres, både fordi det er gitt klare signaler om at større volum skal konkurranseutsettes og som følge av innføringen av ordningen med fritt behandlingsvalg.

Markedene for behandlingsforsikring har som vist vært i vekst i en rekke år. [REDACTED]

Markedet for plastikk kirurgi finansiert av selvbetalende pasienter er i stadig ekspansjon, og [REDACTED]

Markedet for fedmekirurgi finansiert av selvbetalende pasienter ble etablert da Aleris startet virksomhet i markedet i 2005, og hvor det senere har kommet til nye private sykehus i tråd med økte ventetider og køer i det offentlige helsevesenet. Alle eksisterende private aktører i markedet, foruten Aleris, er etablert etter 2009. Veksten i kjøp fra utenlandske aktører skyldes også ventetidene ved de offentlige sykehusene.

Hele 50 % av den voksne norske befolkningen har en BMI på mer enn 27, 1 av 5 sliter med fedmerelaterte problemer, og over 100 000 personer i Norge oppfyller det offentlige krav for å kunne ta en fedmeoperasjon. [REDACTED]

Hvorvidt disse pasientene vil tilflytte norske og utenlandske private sykehus, beror utelukkende på hvor stor kapasitet som settes av til slankeoperasjoner i de offentlige sykehusene. Ved lange ventetider og køer vil flere pasienter etterspørre private tjenester. Motsatt vil korte ventetider og god kapasitet i det offentlige helsevesenet redusere behovet og antall operasjoner hos private aktører. Tendensen de siste årene har som vist vært økt offentlig produksjon av slankeoperasjoner.

#### 9.10.2 Hva som påvirker etterspørernes valg av produkt/leverandør i de berørte markedene, for eksempel merkevarelojalitet og produkt differensiering.

##### 9.10.2.1 Ortopedi og plastikk kirurgi finansiert av det offentlige

Etterspørselen, herunder hva som skal påvirke og være avgjørende for etterspørernes valg av privat sykehusleverandør, defineres i konkurransegrunnlagene som utarbeides av de regionale helseforetakene.

Etterspørerne i konkurransen om markedet er de regionale helseforetakene. Bruken av anbudsprosesser medfører at objektive kriterier som pris og kvalitet er de sentrale parameterne når de regionale helseforetakene skal velge leverandør.

Kundene i markedet er som det fremgår pasientene (og henviserne). Disse kan velge mellom private sykehus med offentlige avtale og de offentlige sykehusene. Konkurransparameterne kapasitet (ventetid) og kvalitet er viktigst ved valg av leverandør, ettersom pris ikke er et relevant parameter i denne konkurransen.

##### 9.10.2.2 Ortopedi i forsikringsmarkedet

Forsikringsselskapene inngår som nevnt parallelle avtaler med flere private sykehus, både i Norge og utlandet. Pris, kvalitet og kapasitet (ventetid) antas å være de viktigste parameterne ved valg av leverandør for denne kundegruppen.

Pasientene kan også her velge sykehus som ikke har avtale med forsikringsselskapene. Ventetid og kvalitet er i så fall de viktigste parameterne.

#### 9.10.2.3 Plastikk kirurgi i markedet for selvbetalende pasienter

Privatpersoner som kjøper plastikk kirurgi er prisbevisste, hvilket antakelig er årsaken til at en rekke pasienter velger å kjøpe behandlinger i utlandet. I tillegg er kapasitet (ventetid) og kvalitet på tjenestene viktige parametere.

#### 9.10.2.4 Fedmekirurgi i markedet for selvbetalende pasienter

Pris og ventetid (køer), samt kvalitet, er etter Aleris vurdering parameterne som vektlegges mest hos denne pasientgruppen ved valg av sykehus.

### 9.10.3 I hvilken grad etterspørrene skifter leverandør/merke.

#### 9.10.3.1 Ortopedi og plastikk kirurgi finansiert av det offentlige

De offentlige avtalene har som vist en kort varighet (2+1+1 år), og det er utelukkende er opp til de regionale helseforetakene om de skal forlenge avtalene etter henholdsvis to og tre år.

Når avtalene løper ut, lyses de ut på nytt med ny anbudskonkurranse, og med like muligheter for alle de private aktører til å inngi tilbud og bli tildelt kontrakten. Ettersom de regionale helseforetakene er bundet av regelverket om offentlige anskaffelser plikter de å inngå tilbud med den/de som i henhold til konkurransegrunnlaget inngir det beste tilbudet. Valget av leverandør i en anbudsprosess skal følge krav blant annet til likebehandling, forutberegnelighet og gjennomsiktighet, og oppdragsgiver plikter dessuten å ivareta hensynet til konkurranse gjennom hele prosessen.

Et privat sykehus som i dag har avtale med de regionale helseforetakene, er derfor på ingen måte sikret å bli tildelt avtale når disse lyses ut på nytt.

#### 9.10.3.2 Ortopedi i forsikringsmarkedet

Avtalene med forsikringsselskapene er ofte inngått med 2-3 års varighet, og de inneholder gjerne klausuler om adgang til å si opp avtalen med 6 måneders varsel.

Som beskrevet tidligere i meldingen inngår forsikringsselskapene parallelle avtaler med flere private sykehus, både i Norge og utlandet. I hvert fall innen Norge kan pasientene dessuten velge et privat sykehus som forsikringsselskapet ikke har avtale med.

#### 9.10.3.3 Plastikk kirurgi, samt fedmekirurgi, i markedene for selvbetalende pasienter

Ettersom kundene i disse markedene er privatpersoner, antar Aleris at spørsmålet om leverandørskifter er egnet til å si lite om konkurransen i markedet. Det finnes antakelig enkelte pasienter som foretar flere kosmetiske inngrep, og som i den forbindelse vil vurdere pris, kvalitet og kapasitet konkret ved hver behandling.

#### 9.10.4 Kunder eller kundegruppers forhandlingsstyrke.

##### 9.10.4.1 Innledning

Etter Aleris vurdering innebærer den betydelige kjøpermakten, som er til stede både i konkurransen om det offentlige finansierte markedet og i forsikringsmarkedet, i seg selv at Aleris ikke vil være i stand til å utøve markedsrett etter oppkjøpet. Både de regionale helseforetakene og forsikringsselskapene er store og profesjonelle kjøpere, og begge disse kundegruppene har effektive midler for disiplinere markedsatferden til de private sykehusene.

Tilsvarende påpekte den danske Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen innslaget av kjøperrett i avgjørelsen vedrørende Aleris A/S' erverv av Privathospitalet A/S i Danmark:

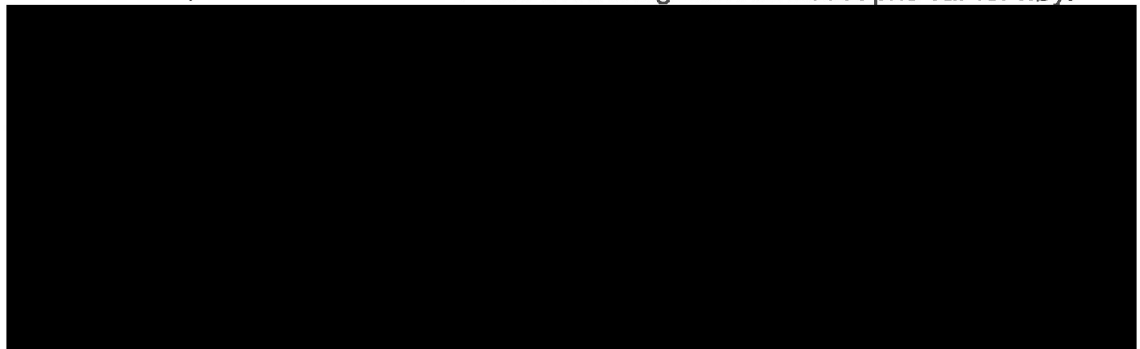
*Det bemærkes endvidere, at de private hospitaler og klinikker står over for stærke købere. Både den danske stat og de enkelte forsikringselskaber foretager store indkøb af sundhedsydelser fra private leverandører, og de har samtidig fokus på at reducere omkostningerne.*

##### 9.10.4.2 Ortopedi og plastikk kirurgi finansiert av det offentlige

Som det fremgår av beskrivelsen tidligere i meldingen har de regionale helseforetakene som innkjøpere av tjenestene en betydelig kjøperrett. Dette begrenser i vesentlig grad de private aktørenes muligheter til å utøve markedsrett.

De fire helseforetakene kjøper inn spesialisthelsetjenester i hver helseregion, og det er det i realiteten kun fire store innkjøpere i markedet. Dette innebærer at disse hver for seg representerer en betydelig kundegruppe som kan benytte sin kjøperrett til å presse frem gode betingelser. De private aktørene har derfor en meget svak posisjon i forhold til de regionale helseforetakene, og har etter Aleris vurdering alene av denne grunn ikke mulighet til å utøve markedsrett.

Ovennevnte gjelder uavhengig av om det er ett eller flere private sykehus som inngir tilbud i anbudskonkurransen. Aleris er kjent med minst ett eksempel på en aktør som var «alene» innenfor det geografiske området som var definert av helseforetaket i konkurransen, som ikke fikk tildelt avtale med bakgrunn i at tilbudt pris var for høy.



Et annet uttrykk for kjøpermakten er at de regionale helseforetakene, som innkjøper, som vist også utformer anbudsdokumentene og gjennomfører anbudsprosessene. I dette ligger det en betydelig fleksibilitet, og helseforetakene kan derfor gjennom

anbudsprosessene sørge for at det er vanskelig å utnytte av markedsrett fra private aktører.

Det viser seg ved at helseforetakene står fritt til å bestemme hvor stort volum de skal levere i egenregi, og hvor stort volum som skal konkurranseutsettes og derved kjøpes inn fra private aktører. De regionale helseforetakene står dessuten fritt til å dele avtalene mellom flere leverandører i avtaleperioden. Dette gjøres også i praksis, og vi viser til beskrivelsen over om anbudsprosessen i Helse Sør-Øst, hvor man har valgt å begrense tildeling til maksimalt 60 % av volum til en leverandør, mens de resterende 40 % skal tildeles andre. Som vist med eksempelet fra de to siste anbudskonkurransene i Helse Vest, kan de regionale helseforetakene også tilpasse konkurransens geografiske nedslagsfelt til markedet og konkurranseforholdene.

Ved ønske om nyetableringer i markedet kan helseforetakene dessuten tilby kontrakter av lengre varighet, så lenge dette skjer innenfor rammene av regelverket for offentlige anskaffelser.

#### 9.10.4.3 Ytterligere forsterket innkjøpsrett ved fremtidig nasjonal innkjøpsenhet

Spesialisthelsetjenesten har i flere år arbeidet for å samordne og standardisere innkjøpsarbeidet. Legemiddelinnkjøps samarbeidet (LIS) og Helseforetakenes innkjøpservice AS (HINAS) er eksempler på slik samordning av innkjøpsfunksjonen.

I foretaksmøte 7. januar 2014 ba Helse- og omsorgsdepartementet de fire regionale helseforetakene å foreslå hvordan en utvidet nasjonal innkjøpsorganisasjon kan etableres, for å sikre økt samordning mellom regionene og hente ut ytterligere økte gevinster på innkjøpsområdet.

Helse Sør-Øst RHF har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet ledet et arbeid med å videreutvikle innkjøps samarbeidet mellom Norges fire helseregioner. Nå har arbeidet resultert i en rapport med anbefalinger om framtidig organisering, framdrift og framgangsmåte.

I rapporten anbefales i korthet følgende modell for fremtidig organisering: «Én nasjonal innkjøpsfunksjon». Modellen innebærer en nasjonal enhet med overføring av strategisk ansvar for innkjøp fra regionene til den nasjonale innkjøpsfunksjonen og etablering av nasjonal kategoristyring for størstedelen av innkjøpsporteføljen.<sup>38</sup>

Når innkjøpene av spesialisthelsetjenester samordnes under en enhet, vil kjøpermakten etter Aleris oppfatning om mulig forsterkes ytterligere, ved at de private aktørene i fremtiden kun får en stor kunde å forholde seg til – og ikke fire som i dag.

#### 9.10.4.4 Ortopedi i forsikringsmarkedet

Forsikringsselskapene er et stort og profesjonelt kjøper, og kan etter Aleris vurdering ganske enkelt respondere på forsøk fra de private sykehusene om å utøve markedsrett. Dette viser seg blant annet ved at forsikringsselskapene inngår parallelle avtaler med flere private sykehus, samt at det i avtalene med de private sykehusene ikke gis noen garantier om volum eller omfang.

<sup>38</sup> Rapporten «Utredning av utvidet nasjonal innkjøpsfunksjon» kan lastes ned her: [http://www.helse-sorost.no/aktuelt/\\_nyheter/\\_Documents/078-2014%20Vedlegg%20-%20Nasjonal%20innkj%C3%B8psorganisasjon.pdf](http://www.helse-sorost.no/aktuelt/_nyheter/_Documents/078-2014%20Vedlegg%20-%20Nasjonal%20innkj%C3%B8psorganisasjon.pdf)

Forsikringsselskaperens økende bruk av anbudskonkurranser er også et uttrykk for kjøpermakt, og bidrar til at de private sykehusene som skal oppnå avtale må presse prisene på spesialisthelsetjenestene som tilbys.

#### 9.10.4.5 Plastikk og kosmetisk kirurgi, samt fedmekirurgi, i markedene for selvbetalende pasienter

Ettersom kundene i disse markedene er privatpersoner, legger Aleris til grunn at det foreligger begrenset med kjøpermakt hos enkeltkunder. Det betydelige tilbudet i markedene, også utlandet, innebærer imidlertid at privatpersoner har en større kjøpermakt enn de ville ha hatt i et marked preget av få aktører på tilbudssiden.

#### 9.10.5 I hvilken utstrekning eneforhandleravtaler og andre langsiktige leveringsavtaler benyttes

##### 9.10.5.1 Ortopedi og plastikk kirurgi finansiert av det offentlige

De regionale helseforetakene inngår som nevnt rammeavtaler med de private sykehusene, stort sett med en varighet på 2+1+1 år.

Det varierer om de regionale helseforetakene inngår avtale med kun ett privat sykehus eller med flere innenfor det enkelte fagområde. Dette har blant annet sammenheng med volumet som skal kjøpes inn, som i praksis ofte er meget begrenset og usikkert.

Noen (for eksempel Helse Sør Øst) opplyser som vist i konkurransegrunnlaget om at en leverandør maksimalt vil bli tildelt en viss andel (for eksempel 60 %) av kontrakten.

##### 9.10.5.2 Ortopedi i forsikringsmarkedet

Aleris er ikke kjent med at eneforhandleravtaler eksisterer i dette markedet. Tvert i mot er det normale at forsikringsselskapene inngår parallelle avtaler med flere private sykehus.

##### 9.10.5.3 Plastikk kirurgi, samt fedmekirurgi, i markedene for selvbetalende pasienter

Det er ikke aktuelt med eneforhandleravtaler med privatpersoner.

#### 9.11 **Redegjør for hvilken betydning forskning og utvikling har for produktutviklingen i de berørte markeder**

Aleris og Teres leverer spesialisthelsetjenester, og forskning og utvikling innenfor virksomheten er først og fremst knyttet til legenes kompetanse og videreutdanning.

I tillegg ligger det forskning og utvikling bak utstyret som benyttes i virksomhetene, men dette har ikke direkte betydning for behandlingene som utføres på sykehusene.

#### 10 **REDEGJØRELSE FOR EVENTUELLE ETABLERINGSHINDRINGER I DE BERØRTE MARKEDENE**

- 10.1 Gi en beskrivelse av eventuelle etableringshindringer for aktørene som ønsker adgang til de berørte markedene. Beskrivelsen skal blant annet inneholde en redegjørelse for offentlige reguleringer som gjør etablering vanskeligere, lisensrettigheter som er nødvendige for å etablere seg i markedet og anslag over eventuelt behov for investeringer ved nyetablering.**

**10.1.1 Innledning**

I saken vedrørende Aleris A/S' erverv av Privathospitalet Hamlet A/S, som er det er vist til tidligere i meldingen, uttalte den danske Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen følgende om etableringsmulighetene i markedet:

*Der er forholdsvis lave adgangsbarrierer til markedet. Parterne opplyser, at det er relativt let for en gruppe læger at gå samme om etableringen av en klinik eller et privathospital. Dette er i dag den mest almindelige forretningsmodel. Parterne opplyser, at faktorer av betydning for adgangen til markedet består av stab, forskjellige typer av medikoteknik samt lokaler og IT. Alle disse faktorer kan fås på et åbent og ensartet leverandørmarked. Billeddiagnostik, som kræver væsentlige investeringer at etablere selv, kan kjøbes på ydelsesbasis av eksterne leverandører. Parterne vurderer, at den største barriere består i fremskaffelse av finansiering.*

Aleris erfaring er at etableringsbarrierene er lavere i Norge enn i Danmark (hvor etableringsbarrierene som vist over også er ansett for å være lave). Bakgrunnen for dette er særlig at man i Danmark har betydelige akkrediteringskrav (den danske kvalitetsmodell) som ikke har sitt motstykke i Norge.

**10.1.2 Innføringen av ordningen med fritt behandlingsvalg vil stimulere til nyetablering i markedet**

Som nevnt tidligere skal ordningen med fritt behandlingsvalg etter planen fases inn i somatikken – som blant annet omfatter ortopedi og plastikk kirurgi – i løpet av 2016. Aleris anser det som sannsynlig at innføringen av ordningen vil føre til etablering av flere private sykehus/klinikker. Vi viser i denne forbindelse til Aleris erfaring med tilsvarende ordning i Stockholm, som nettopp skal stimulere til og faktisk har ført til, en rekke nyetableringer. Vi viser til redegjørelsen om dette under punkt 9.2.

Formålet med ordningen i Norge er som nevnt å få ned køene ved å unytte ledig kapasitet hos private og dermed øke andelen av offentlig finansierte pasienter på bekostning av private finansieringsordninger (forsikring). Følgelig vil antallet offentlig finansierte pasienter og behandlinger, som det kan konkurreres om, øke. Dette vil stimulere til nyetablering av private klinikker.

Det vil ikke være et vilkår for å delta i ordningen med fritt behandlingsvalg at de private sykehusene har en avtale med det offentlige, kun at sykehuset er offentlig godkjent. Dette bidrar også til å øke pasientenes valgfrihet og de private aktørenes mulighet til å konkurrere i markedet.

**10.1.3 Ortopedi og plastikk kirurgi finansiert av det offentlige**

**10.1.3.1 Offentlige reguleringer**



Kravet om sykehuskonsesjon er etter Aleris vurdering ingen reell etableringsbarriere i markedet, og som vi skal vise nedenfor er praksis at de fleste søknader godkjennes. Sykehuskonsesjon er dessuten kun nødvendig i følgende tilfeller:

- Ved behandling av inneliggende pasienter (pasienter som trenger overnatting etter kirurgi), og
- Ved behandling av pasienter under avtalene med det offentlige.

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 4-1 må sykehus godkjennes av departementet før det kan yte helsetjenester. Utøvelse av slik virksomhet uten nødvendig godkjenning er straffbart, jf. straffeloven § 332. I forskrift 17. desember 2010 nr. 1706 er det fastsatt nærmere regler om godkjenning av sykehus.

I tillegg til regelverket har Helse- og omsorgsdepartementet utformet et rundskriv I-2004/4 Godkjenning av sykehus. I rundskrivet er det vist til de aktuelle bestemmelsene i lov og forskrift, samt gitt en presentasjon av prosedyrer for godkjenningsordningen.

Søknader om godkjenning som sykehus behandles av Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet innhenter faglige vurderinger fra Helsedirektoratet. Ved søknader som gjelder private sykehus, får også det regionale helseforetaket anledning til å uttale seg om behovet for tjenesten i regionen og eventuelle konsekvenser for tilgang på helsepersonell. I praksis er det imidlertid svært sjelden at de regionale helseforetakene har innsigelser eller andre kommentarer til søknaden.

Ved vurderingen av søknaden om godkjenning kan departementet legge vekt på både samfunnsmessige og faglige hensyn. Det kan blant annet legges vekt på om det er behov for de planlagte tjenestene, om det legges opp til forsvarlig bruk av helsepersonell, om prosjektet er faglig forsvarlig og om lokalisering.

Utover kravet til faglig forsvarlighet er prøvingen av de øvrige punktene i rundskrivets kapittel 2.2 (samfunnsmessige hensyn, behov, lokalisering mv.) svært lite intensiv. Den forrige regjeringen foreslo å avvikle godkjenningsordningen, da den «ikke lenger fungerer etter sin hensikt», jf. Prop. 196 L (2012-2013) kapittel 3. Forslaget ble trukket av den sittende regjering ved Meld. St. 11 (2013-2014).

I Prop. 196 L (2012-2013) går det dessuten frem at det er «svært sjelden at de regionale helseforetakene har innsigelser eller andre kommentarer til søknaden» om godkjenning, jf. redegjørelsen i proposisjonens kapittel 4.1.4. Ved godkjenningssøknader som gjelder private sykehus får det regionale helseforetaket anledning til å uttale seg om behovet for tjenesten i regionen og eventuelle konsekvenser for tilgang på helsepersonell, jf. kapittel 5 i ovennevnte rundskriv. Tilsvarende går også frem gjennom lovproposisjonens gjengivelse og drøftelse av innspillene til den forutgående høring av lovforslaget, jf. lovproposisjonens kapittel 4.3 og 4.4, hvor departementet bekrefter at «de fleste nye søknader innvilges.»

Vi nevner også at Helse- og omsorgsdepartementet er forpliktet til å praktisere godkjenningsordningen i samsvar med EØS-avtalens rett til fri etablering (artikkel 31), jf. også EØS-lovens § 2 og den erkjennelse departementet selv i realiteten fremsetter i Prop. 196 L (2012-2013) kapittel 3.3 (siste avsnitt), av at den vide skjønnsadgang som lov- og forskriftsordlyden gir uttrykk for er EØS-rettslig

problematisk. Følgelig er adgangen til å avslå godkjenningssøknader betydelig materielt innskrenket i tråd med de rettigheter som kan utledes fra EØS-avtalens artikkel 31.

Ovennevnte uttalelser fra departementet, om at det er svært sjelden at de regionale helseforetakene har innsigelser eller andre kommentarer til søknader om sykehuskonsesjon, og at de fleste nye søknader innvilges, er i tråd med Aleris oppfatning om at kravet om sykehuskonsesjon ikke representerer en etableringsbarriere i markedet.

#### 10.1.3.2 Usikkert volum som følge av de regionale helseforetakenes kjøpermakt som bestiller

Manglende tilgang til et tilstrekkelig stort volum over tid for å kunne drive lønnsomt, kan være en etableringsbarriere i markedet. Den største etableringshindringen i disse markedene kan derfor sies å være helseforetakenes selv, i egenskap av deres rolle som bestiller. Dette fordi det er det konkurransutsatte volumet og utformingen av konkurransene som i realiteten avgjør om etablerte aktører kan ekspandere og om nye aktører kan etablere seg.

Ovennevnte kan være årsaken til at det i enkelte helseregioner har vært relativt få tilbydere i de siste års anbudskonkurranser, og er en konsekvens av en ønsket politikk og derved beslutninger fra helseforetakene selv om å redusere innkjøp fra private sykehus til fordel for økt produksjon i offentlige sykehus. Dette skaper uforutsigbare rammevilkår for private aktører, som avstår fra å foreta investeringene som er nødvendige for å delta i konkurransene om avtalene med helseforetakene.

Som beskrevet tidligere i meldingen er instruksene fra den sittende regjeringen til helseforetakene at man skal snu trenden de senere år om redusert innkjøp av spesialisthelsetjenester fra de private sykehusene. I tiden som kommer skal det kjøpes inn flere private spesialisthelsetjenester, og de private skal sikres forutsigbarhet og langsiktighet ved gjennomføring av anskaffelser.

Det er sannsynlig at ovennevnte signaler om økt kjøp fra private vil bidra til mer konkurranse, både mellom private sykehus, og mellom private og offentlige sykehus. Dette vil legge til rette for at flere tilbydere vil delta i konkurransene når nye avtaler innenfor ortopedi og plastikk kirurgi lyses ut.

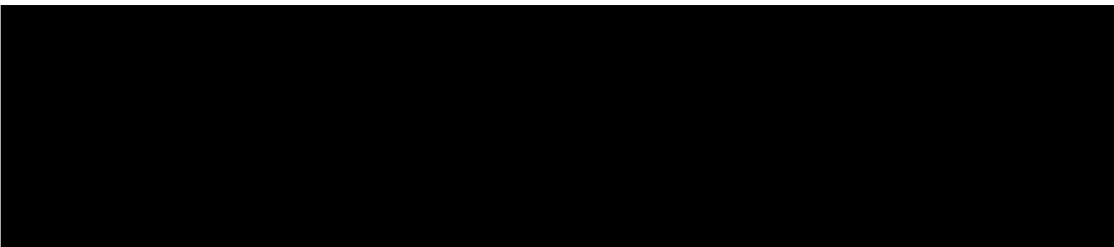
Det er ikke et krav for deltakelse i anbudskonkurransene at de private aktørene allerede har etablert et sykehus i det aktuelle geografiske området. Anskaffelsesreglene krever at det skal legges til rette for at også nye aktører skal kunne inngi tilbud, og gis tilstrekkelig tid og muligheter til å etablere seg. Ved inngivelse av tilbud vil det derfor være tilstrekkelig å dokumentere at den private aktøren har tilgang til nødvendige lokaler og fasiliteter dersom man tildes kontrakt.

Ovennevnte viser at det er gode muligheter for private aktører som ikke allerede er etablert i et geografisk område å delta i konkurranser om avtaler i med helseforetaket i dette området. Aleris etablering av sykehusene i Stavanger og Tromsø er nettopp eksempler på slike etablering.

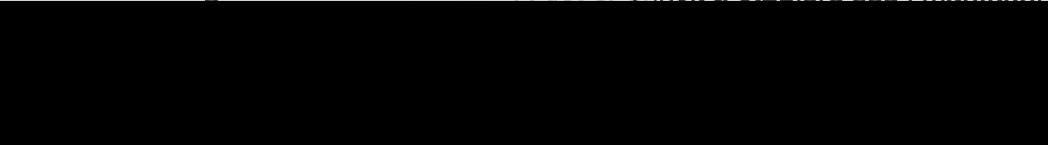
#### 10.1.3.3 Behov for investeringer ved nyetableringer

Behovet for nyinvesteringer ved etablering vil variere med størrelsen på sykehuset/klinikken og antall operasjonsstuer. Generelt kan investeringene det vil være behov for deles opp i følgende kategorier:

- Lokaler
- Medisinsk teknisk utstyr



Aleris etablering i Tromsø i 2008 viser at det er enkelt å etablere seg i markedet



For aktører som allerede er etablert med et sykehus er etableringsbarrierene i form av behov for investeringer klart nok enda lavere; det eneste man trenger er i så fall rett spesialistkompetanse og relevant medisinsk utstyr for det aktuelle spesialistområdet.

Aleris erfaring er videre at tilgangen på medisinsk personell og utstyr er god både innenfor ortopedi og plastikk kirurgi. Der det norske markedet ikke kan tilby personell, benyttes utenlandsk (særlig svensker og dansker) helsepersonell.

#### 10.1.4 Ortopedi i forsikringsmarkedet

Det vises til hva som er skrevet over. I forsikringsmarkedet er det heller ikke noe krav om sykehuskonsesjon. I tillegg kommer at eksistensen av flere parallelle avtaler med forsikringsselskapene gjør det enklere å etablere seg i markedet, markedet er med andre ord ikke forbeholdt noen få sykehus som inngår enelevelandøravtaler med forsikringsselskapene.

Innføringen av ordningen med fritt behandlingsvalg kan som nevnt føre til at totalmarkedet innenfor forsikring vil bli mindre og at det derfor vil bli mindre attraktivt å etablere seg i dette markedet i fremtiden. Aktørene vil i så fall heller konkurrere om de samme pasientene under ordningen med fritt behandlingsvalg.

#### 10.1.5 Plastikk kirurgi i markedet for selvbetalende pasienter

Etablering i dette markedet er svært enkelt, noe eksistensen av de mange aktørene i dagens marked, samt de stadige nyetableringene, er med på å underbygge. Det dukker stadig opp nye aktører i markedet, og Aleris har selv ikke en fullstendig oversikt over det totale tilbudet og aktørbildet i markedet – verken i inn- eller utland.

Heller ikke i dette markedet kreves noen godkjenning for å etablere seg. Kravene til, og kostnaden ved, utstyr og lokaler er begrenset – og det er enkelt både å etablere

ny virksomhet og utvide eksisterende virksomhet dersom man allerede har etablert en klinikk med annen relatert virksomhet.

#### 10.1.6 Fedmekirurgi i markedet for selvbetalende pasienter

Etablering i dette markedet er også svært enkelt, særlig for klinikker som allerede har sykehus med sengeplasser og tilgang til gastrokirurger. Vi viser til tabellen over sykehus i bilag 12.

### 10.2 **Gi en oversikt over samlet produksjonskapasitet i de berørte markedene og angi hvor stor del av denne som benyttes.**

#### 10.2.1 Innledning

Produksjonskapasitet oppfattes ikke som noen utfordring i dagens markeder, og det er forholdsvis enkelt å øke kapasiteten ved økt etterspørsel. Samtidig antar Aleris at den varslede økningen i bruk av anbud fra det offentlige vil kunne kreve økt kapasitet hos de private aktørene – enten ved å utvide eksisterende sykehus eller ved nyetableringer.

#### 10.2.2 Ortopedi og plastikk kirurgi finansiert av det offentlige

Den samlede produksjonskapasitet i private sykehus som tilbys det offentlige er en usikker størrelse. Uttaket på de offentlige kontraktene er maksimalt det som de regionale helseforetakene til enhver tid konkurranseutsetter. Som nevnt ovenfor definerer de regionale helseforetakene selv størrelsen på volumet som skal konkurranseutsettes, som vil variere mellom de ulike regioner og fra en anbudsrunde til en annen. Dette fører til uforutsigbarhet for de private aktørene.

Som tidligere påpekt er heller ikke de private aktørene som tildeles kontrakt etter anbudskonkurransen sikret å få levert volumet i kontrakten, som er å regne som en maksimalgrense. Hvor mye som faktisk vil bli levert under kontraktene beror på konkurransen om pasientene og henviserne, med andre private aktører og ikke minst de offentlige sykehusene. Etter Aleris vurdering fører dette til at det er en betydelig overkapasitet i den delen av markedet som er offentlig finansiert, og som aktørene vil forsøke å fylle med behandlinger finansiert av forsikringsselskaper eller selvbetalende pasienter.

Ubenyttet kapasitet finnes både hos aktører som blir tildelt kontrakt og aktører som taper i anbudskonkurransen. I tillegg finnes det ubenyttet kapasitet hos aktører som ikke har deltatt i anbudskonkurranser, men som kan gjøre det ved neste anledning. Endelig er det etter Aleris oppfatning sannsynlig at det finnes betydelig ledig kapasitet ved de offentlige sykehusene.

#### 10.2.3 Ortopedi i forsikringsmarkedet

Aleris har ingen oversikt over den samlede produksjonskapasiteten i dette markedet, Det vil uansett være behov for å ha noe ledig kapasitet i dette markedet, på grunn av ujevn tilstrømming av pasienter og krav til rask leveranse av tilbud.

#### 10.2.4 Plastikk kirurgi i markedet for selvbetalende pasienter

Heller ikke i dette markedet har Aleris oversikt over den samlede produksjonskapasiteten, eller hvor stor andel kapasiteten som utnyttes.

I lys av at markedet består av svært mange aktører, antar Aleris at det er en del ledig kapasitet i markedet. Samtidig viser den økte etterspørselen at det er enkelt å etablere seg i markedet, og at det derved vil være behov for mer kapasitet i årene som kommer.

#### 10.2.5 Fedmekirurgi i markedet for selvbetalende pasienter

De lange ventetidene og køene til det offentlige helsevesenet viser at det har vært begrenset kapasitet, eller utnyttelse av kapasiteten ved de offentlige sykehusene. Dette er også årsaken til at pasientene velger operasjoner ved private sykehus i Norge og i utlandet.

Etter Aleris kunnskap er det god kapasitet i det private markedet, men denne vil hele tiden måtte tilpasses etterspørselen som følge av ventetidene og produksjonen ved de offentlige sykehusene. Som vist i bilag 12 er det mange sykehus som i dag er etablert med tilbud om gastrokirurgi i markedet, og som når som helst kan etablere tilbud om slankeoperasjoner. Kapasiteten ved disse sykehusene antas også å være god.

### 10.3 **Gi en oversikt over eventuelle nye aktører som har etablert seg i de berørte markedene de siste tre årene.**

I vedlagte tabell har vi satt inn aktører som partene er kjent med har etablert seg med virksomhet innenfor henholdsvis ortopedi og plastikk kirurgi i løpet av de siste årene. Oversikten er ikke ment som en uttømmende liste, da Aleris antar at det er flere som har etablert seg i markedene (særlig innenfor plastikk kirurgi).

#### **Bilag 23 Oversikt over nyetableringer**

I det private markedet for fedmekirurgi var som nevnt Aleris først ute med å etablere et tilbud i 2005. De andre aktørene i den norske delen av markedet etablerte seg etter 2008:

- Volvat etablerte seg i markedet i 2009.
- Mjøskirurgene etablerte seg i markedet i 2009.
- Bergen Ulriksdal (som senere ble kjøpt av Volvat) etablerte seg i 2010.
- Teres Stokkan i Trondheim etablerte seg i markedet i 2011.
- Teres Colosseum i Oslo etablerte seg i markedet i 2012.

Ovennevnte viser at dette markedet fortsatt er ganske ungt i Norge, og det er etter Aleris vurdering sannsynlig at flere aktører vil etablere virksomhet i markedet i årene som kommer. Dette gjelder særlig private sykehus som i dag har et etablert tilbud innenfor gastrokirurgi.

## 11 FORETAKSSAMMENSLUTNINGENS VIRKNINGER PÅ KONKURRANSEN I DE BERØRTE MARKEDENE

### 11.1 Innledning

Etter Aleris vurdering vil oppkjøpet av Tøres verken føre til eller forsterke en vesentlig konkurransebegrensning i noen av de berørte markedene. Oppkjøpet gir følgelig ikke grunnlag for bekymringer om prisøkninger eller dårligere kvalitative spesialisthelsetjenester.

### 11.2 Beskrivelse av hvilke virkninger foretakssammenslutningen antas å ha for markedsstrukturen i de berørte markedene

I vedlagte tabeller har vi satt inn Aleris anslag over egne markedsandeler foretakssammenslutningen i markedene for ortopedi til forsikringskunder og markedet for plastikk kirurgi til selvbetalende pasienter. Som redegjort for tidligere har partene for liten kunnskap om konkurrentenes omsetning i disse markedene til å estimere markedsandeler, og det vises til redegjørelsen for dette tidligere i meldingen, samt oversiktene over hvilke aktører som har virksomhet i henholdsvis forsikringsmarkedene og markedene for plastikk kirurgi.

I markedet for fedmekirurgi til selvbetalende pasienter presenteres imidlertid et anslag over samlet markedsandel for de største aktørene i markedet etter foretakssammenslutningen.

Når det gjelder markedene for ortopedi og plastikk kirurgi for offentlig finansierte pasienter, viser vi til oversikten over de som har deltatt i de seneste anbudskonkurransene i regi av de fire regionale helseforetakene, samt estimatet som viser at de private sykehusene har en helt marginal andel av den totale produksjonen av ortopediske operasjoner og plastikk kirurgiske inngrep i markedet.

#### **Bilag 24 Oversikt over markedsandeler etter foretakssammenslutningen**

### 11.3 Foretakssammenslutningen vil ikke føre til at Aleris oppnår markedsrett i noe berørt marked

#### 11.3.1 Ortopedi og plastikk kirurgi finansiert av det offentlige – konkurransen om tilgang til markedet

Antall konkurrenter og potensielle konkurrenter i anbudskonkurransene hvor det konkurreres om tilgang til markedet for offentlige finansierte pasienter varierer som vist mellom de ulike helseregionene.

I Helse Sør-Øst var det en rekke konkurrenter som enten innga tilbud i den sist avholdte anbudskonkurransen, eller som etter Aleris vurdering kunne ha inngitt tilbud, både innenfor ortopedi (minst 8 tilbud ble inngitt) og plastikk kirurgi (minst 6 tilbud ble inngitt). Kontraktene om retten til å konkurrere om pasientene i Helse Sør-Øst med de offentlige sykehusene i markedet ble også fordelt mellom flere aktører innenfor de to spesialitetene. Eksistensen av en rekke aktuelle og potensielle/fremtidige konkurrenter i anbudsmarkedene i Helse Sør-Øst tilsier i seg selv at Aleris ikke vil

være i stand til å utøve markedsrett i konkurransen om markedene i Helse Sør-Øst etter foretakssammenslutningen.

Tilsvarende var det mange aktører som innga tilbud i Helse Vest ved den forrige anbudskonkurransen, innenfor begge spesialiteter. Innenfor ortopedi ble det inngitt 8 tilbud, mens det ble inngitt 5 tilbud innenfor plastikk kirurgi. Også i Helse Vest er det etter Aleris vurdering flere aktører som kunne ha inngitt tilbud.

I de siste anbudskonkurransene i Helse Midt-Norge og Helse-Nord var det færre tilbydere enn i Helse Sør-Øst og Helse Vest. I Helse Midt-Norge var det en tilbyder i tillegg til Aleris og Teres, mens det ikke var andre tilbydere enn transaksjonsspartene i Helse Nord.

Det er imidlertid flere forhold som tilsier at Aleris ikke vil være i stand til å utøve markedsrett i noen av de regionale markedene etter foretakssammenslutningen, uavhengig av hvor mange aktører som i dag er etablert i markedene.

- For det første er innkjøpsmakten til de regionale helseforetakene i seg selv tilstrekkelig til at Aleris ikke vil kunne utøve markedsrett, verken i Helse Nord, Helse Midt-Norge eller i noen av de andre helseregionene. De regionale helseforetakene er som vist selv de dominerende produsentene av ortopedi og plastikk kirurgi i helseregionene, og definerer gjennom innkjøpsprosessen om det skal være konkurranse og i så fall konkurransens innhold. Følgelig kan de velge om det overhodet skal kjøpes inn ortopedi og plastikk kirurgi, og hvor stort volum som skal kjøpes inn fra private sykehus. De regionale helseforetakene kan velge å utføre all produksjonen selv, eventuelt kun konkurranseutsette et meget lite volum. I dag konkurranseutsettes som nevnt 1-2 % av volumet/markedet til private aktører.

- 

- 

- En privat aktør, selv om man skulle være den eneste aktuelle tilbyderen i en anbudskonkurranse, har ikke mulighet til å utøve markedsrett overfor en innkjøper som har mulighet til å avgjøre og definere både om det skal være konkurranse og konkurransens innhold.
- I tillegg kommer at pasientene i for eksempel Helse Nord og Helse Midt-Norge, fritt kan velge mellom offentlige og private sykehus med avtale i hele Norge, under ordningen med fritt sykehusvalg. Som vist har Helse Nord selv påpekt at man gjennom ordningen med fritt sykehusvalg blir «en indirekte bestiller av behandling på private sykehus i helse landet, gjennom at våre

pasienter får rett til behandling gjennom tilgang til andres avtaler».

Pasientenes valgfrihet i konkurransen som skjer i neste trinn i konkurranseprosessen – i markedet – reduserer derfor effekten av at det i noen helseregioner er færre tilbydere i anbudskonkurransene om å få tilgang til markedet.

- De lave etableringsbarrierene i markedet vil også virke disiplinerende på Aleris. Som vist er det enkelt å etablere seg i markedet; det eneste man trenger er egnede lokaler og leger med spesialistkompetanse. Det er god tilgang til begge deler i markedet. Investeringskostnadene ved nyetablering er dessuten moderate, slik eksempelet fra Aleris etablering i Tromsø i 2008 viser. Aleris etablering både i Tromsø og Stavanger viser dessuten at man ikke trenger å etablere virksomhet før man har blitt tildelt kontrakt med det offentlige. Dette bidrar til å redusere risikoen ved nyetableringer betydelig.
- Kravet om sykehuskonsesjon er heller ingen etableringsbarriere, da det oppleves som meget enkelt å få dette. Departementet har også bekreftet at de fleste nye søknader om konsesjon innvilges.
- Selv om det er få aktuelle konkurrenter i Helse Nord og Helse Midt-Norge, møter Aleris som vist sterk konkurranse fra private aktører ellers i landet – både innenfor ortopedi og plastikk kirurgi. Slike aktører, for eksempel [REDACTED] vil enkelt kunne etablere seg i for eksempel eller Nord-Norge dersom de ønsker å delta i fremtidige anbudskonkurranser.
- Hvorvidt det vil skje nyetableringer, for eksempel i Helse Nord, er først og fremst opp til helseforetaket selv. Hvor stort volum skal lyses ut? Hvor tidlig gis det opplysninger om konkurransen til de private aktørene (herunder potensielle nyetablerere)? Og hvor lang varighet skal avtalene ha? Dette er sentrale faktorer for private sykehus som vurderer å etablere seg i et nytt geografisk område.

Det vil på bakgrunn av ovennevnte ikke være mulig for Aleris å utøve markedsrett i konkurransene om markedet i noen de fire helseregionene. I Helse Sør-Øst og Helse Vest kan slik atferd utelukkes allerede som følge av et stort antall aktuelle og potensielle konkurrenter i dagens marked. I samtlige regioner, og spesielt i Helse Midt-Norge og Helse Nord, kan utøvelse av markedsrett utelukkes på grunn av de regionale helseforetakenes innkjøpsrett samt de meget lave etableringsbarrierene i markedet.

### 11.3.2 Ortopedi og plastikk kirurgi finansiert av det offentlige – konkurransen i markedet

Konkurransen i markedet skjer som forklart mellom offentlige sykehus og private sykehus som er tildelt kontrakt, under ordningen med fritt sykehusvalg.

I dette markedet vil Aleris, både innenfor ortopedi og plastikk kirurgi, oppnå svært lave markedsandeler etter foretakssammenslutningen. Dette gjelder uavhengig av om markedene avgrenses nasjonalt eller regionalt. Aleris vil følgelig møte like sterk konkurranse fra de offentlige sykehusene om å tiltrekke seg pasientene og henviserne etter foretakssammenslutningen som selskapet gjør i dag.



Selv om partenes markedsandeler i seg selv utelukker muligheten for utøvelse av markedsrett i disse markedene, påpekes det at finansieringsordningen for de offentlige pasientene er til hinder for utøvelse av markedsrett gjennom prisforhøyelser. Dette fordi pris som vist ikke er konkurranseparameter i konkurransen om å vinne pasientenes gunst.

Eventuell utøvelse av markedsrett i dette markedet måtte derfor eventuelt bestå i å operere med redusert kapasitet og lange ventetider, eventuelt leveranser av spesialisthelsetjenester med lav kvalitet. Ettersom de private sykehusene med avtale ikke er garantert noen omsetning når de blir tildelt kontrakt, men må konkurrere om å vinne pasientenes gunst, er en slik markedsatferd utenkelig. En slik atferd vil føre til at pasientene velger offentlige sykehus eller andre private aktører med avtale, med kortere ventetid og bedre kvalitet enn tilbudet fra Aleris. En slik atferd vil dessuten mest sannsynlig være i strid med de kontraktsmessige forpliktelsene i avtalene med de regionale helseforetakene, som både i konkurransegrunnlag, kravspesifikasjon og avtale stiller en rekke kvalitetskrav til de private sykehusene ved oppfyllelse av avtalen.

### 11.3.3 Ortopedi finansiert av behandlingsforsikringer

Basert på Aleris beste estimater av totalmarkedet vil Aleris oppnå en markedsandel på [REDACTED] i dette markedet etter foretakssammenslutningen. Det er usikkert hvor mye omsetning som i tillegg skjer til utenlandske klinikker og sykehus i dette markedet, og slik omsetning er heller ikke inkludert i Aleris estimat av totalmarkedet. Aleris markedsandel etter oppkjøpet vil derfor mest sannsynlig være noe lavere. De estimerte markedsandelene ikke gir i seg selv ikke grunnlag for bekymringer om utøvelse av markedsrett.

Det finnes en rekke sterke private aktører som konkurrerer om å levere ortopediske tjenester til forsikringspasientene, for eksempel [REDACTED]

[REDACTED] mv, jf. tabellen i bilag 17. Mange av disse har avtaler eller omsetning fra flere av forsikringsselskapene, og praksisen i markedet om at forsikringsselskapene har parallelle avtaleforhold med en rekke private sykehus, gjør at det skjer en kontinuerlig konkurranse om de samme pasientene basert på pris, kapasitet, ventetid og kvalitet. I tillegg kan pasientene velge et sykehus som ikke har avtale med forsikringsselskapet, slik at det også i dette markedet skjer en konkurranse om pasientenes gunst.

Aleris erfaring er videre at forsikringsselskapene, som store og profesjonelle selskaper og innkjøpere, utøver en betydelig kjøperrett ved forhandling om priser på ortopediske operasjoner og andre spesialisthelsetjenester. Eksistensen av parallelle avtaleforhold i markedet innebærer dessuten at forsikringsselskapene meget enkelt kan velge å plassere pasienter hos andre private sykehus ved forsøk på utøvelse av markedsrett fra Aleris.

Det er om mulig enda enklere å etablere virksomhet for leveranser til forsikringspasientene, ettersom det her ikke er oppstilt et krav om sykehuskonsesjon.

Som det fremgår av ovennevnte vil det etter Aleris vurdering ikke være mulig for selskapet å utøve markedsrett i konkurransene som skjer om forsikringspasientene i markedet.

#### 11.3.4 Plastikk kirurgi finansiert av selvbetalende pasienter

Totalmarkedet for plastikk kirurgi finansiert av selvbetalende pasienter består som vist av en rekke, og stadig flere, aktører både i Norge og utlandet.

Aleris mener selv at man er konservativ når totalmarkedet i Norge estimeres til [REDACTED] millioner kroner. I tillegg kjøper norske pasienter denne type tjenester fra en rekke utenlandske sykehus og klinikker. Tendensen er en økning helsereiser og kjøp fra utenlandske aktører, og Aleris anser aktører i for eksempel Polen, Tsjekkia og de baltiske statene som stadig viktigere konkurrenter i markedet.

Som redegjort for tidligere anser Aleris at [REDACTED] når det gjelder norske pasienters kjøp av plastikk kirurgi fra utenlandske aktører. Mest sannsynlig er denne omsetningen enda høyere.

Aleris vil oppnå en markedsandel på [REDACTED] i totalmarkedet, dersom en legger til grunn at totalmarkedet er på [REDACTED] millioner kroner. Dersom markedet vurderes nasjonalt, og man ikke trekker inn omsetningen til utenlandske aktører, vil Aleris oppnå en markedsandel på ca. [REDACTED] % i det norske markedet.

Det understrekes at Aleris har en [REDACTED]. Det finnes dessuten flere meget sterke konkurrenter i markedet, som nettopp har spesialisert seg på plastikk kirurgi (og derfor må anses som sterkere konkurrenter i dagens marked enn Aleris). Dette gjelder blant annet [REDACTED].

Det er flere disiplinerende faktorer som vil hindre ethvert forsøk på utøvelse av markedsrett i dette markedet etter oppkjøpet.

- For det første er det som vist svært mange konkurrenter i markedet, som er preget av vekst og stadige nyetableringer. De selvbetalende pasientene har følgelig en rekke alternative tilbydere å gå til ved forsøk på prisforhøyelser.
- I tillegg er det ingen reelle etableringsbarrierer i markedet, noe antall aktører og nyetableringer er en klar indikasjon på. Investeringskostnaden ved nyetablering er lav; utstyr er rimelig og det kreves ikke store arealer for å drive denne virksomheten. I dag er det for eksempel flere aktører som tilbyr plastikk kirurgi i rom i tilknytning til egen bolig. Det kreves heller ingen godkjenning eller autorisasjon for å starte opp med plastikk kirurgi.

I oversikten i bilag 18, som ikke skal oppfattes som en komplett liste over alle aktørene som eksisterer i markedet, har vi som tidligere forklart ikke inkludert aktører som kun tilbyr injeksjoner og annen skjønnhetspleie, og som ikke foretar operasjoner. Denne gruppen antas å utgjøre en betydelig gruppe med virksomheter, og som utøver et konkurransetrykk mot Aleris og Teres innenfor «light»-segmentet av markedet. Dette særlig fordi det skal lite til for å etablere kosmetisk plastikkirurgi når man først er etablert i light-segmentet av markedet,

Dersom en vurderer konkurranseforholdene lokalt i de områdene i Norge hvor både

Aleris og Teres er etablert, fremgår det som vist at Aleris vil oppnå varierende markedsandeler. Disse markedsandelene er forbundet med en betydelig usikkerhet, da Aleris etter beste skjønn har estimert totalmarkeder i ulike geografiske områder. Det er videre usikkert hvor stor andel av omsetningen i de forskjellige markedene som er i konkurranse med klinikker fra andre byer i Norge og utenlandske klinikker.

I tillegg kommer som nevnt under den geografiske avgrensningen av markedet at det ikke nødvendigvis er enklere, rimeligere eller minst tidkrevende for pasienter i de ulike landsdelene å reise til nærmeste storby enn til for eksempel Oslo. Nord-Norge og Midt-Norge utgjør for eksempel betydelige geografiske områder, og for pasienter som ikke bor i eller i nærheten av for eksempel Tromsø og Trondheim, kan fly til Oslo være et fullgodt alternativ til å reise med bil eller annen transport til nærmeste storby. Dette innebærer igjen at eventuelle lokale/regionale markeder blir mindre interessante for den konkurranserettslige vurderingen av oppkjøpet.

#### I Oslo-området



#### I Stavanger-området

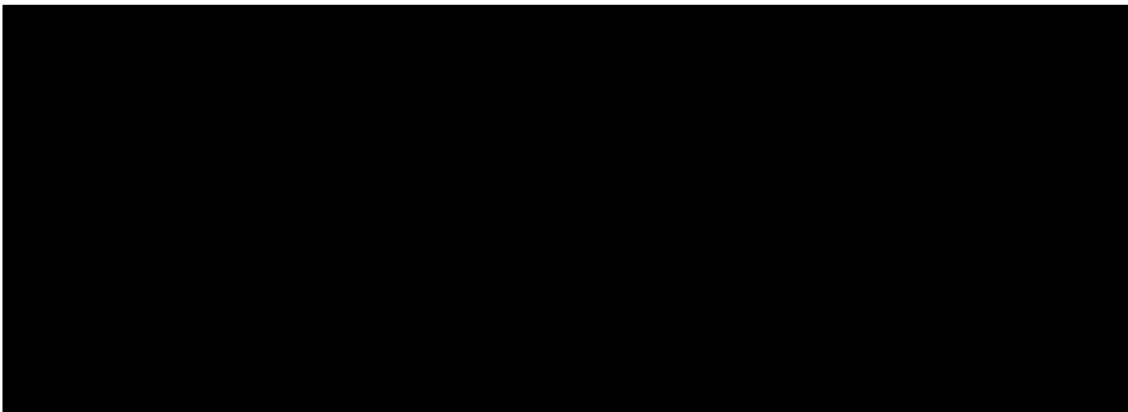


#### I Bergens-området

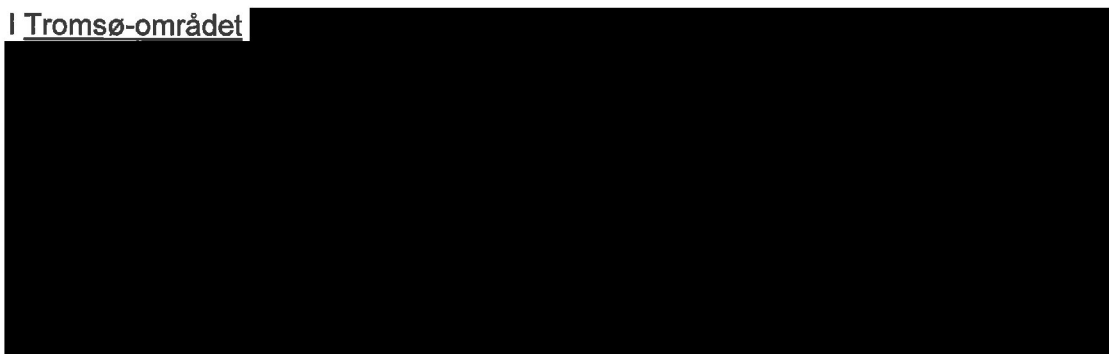


#### I Trondheims-området





I Tromsø-området



Som det fremgår av ovennevnte er markedet for salg av plastikk kirurgi til selvbetalende pasienter preget av en rekke konkurrenter og nyetableringer, både i Norge og utlandet. Det er videre svært enkelt å etablere virksomhet i dette markedet. Disse forholdene taler for at det ikke vil være mulig for Aleris å utøve markedsrett i dette markedet etter foretakssammenslutningen, uansett hvilken markedsavgrænsing som legges til grunn.

#### 11.3.5 Fedmekirurgi finansiert av selvbetalende pasienter

Den private delen av markedet for slankeoperasjoner er forholdsvis ny i Norge, og er preget av flere relativt nyetablerte norske aktører, hard konkurranse fra utenlandske aktører, lave etableringsbarrierer og gode muligheter for tilbudssidesubstitusjon.

Aleris vil oppnå en [redacted] av den private andelen basert på egne beste estimater. Dersom man inkluderer den offentlige produksjonen av fedmekirurgien vil Aleris markedsandel være på [redacted]. Aleris [redacted] av den private produksjonen skyldes blant annet at det var Aleris som først etablerte seg på markedet i 2005, og derved fikk et forsprang sammenliknet med konkurrentene som senere har etablert seg på markedet. De etterfølgende etableringene i markedet, av Mjøskirurgene, Volvat, Bergen Ulriksdal, og to Teres klinikker (Colosseum i Oslo og Stokkan i Trondheim), samt den økende konkurransen fra utenlandske sykehus, viser etter Aleris oppfatning at det ikke er grunnlag for eventuelle bekymringer om utøvelse av markedsrett etter foretakssammenslutningen.

Det finnes som vist flere sterke konkurrenter i markedet, som kan respondere på eventuelle prisøkninger. De gode mulighetene for tilbudssidesubstitusjon, særlig for sykehus som allerede tilbyr gastrokirurgi, bidrar også til å redusere risikoen for

utøvelse av markedsrett. I tillegg vil de konservative behandlingsformene som tilbys i markedet utøve et konkurranstrykk på aktørene som leverer fedmekirurgi til selvbetalende pasienter.

Fedmekirurgi er et voksende marked (flere pasienter har behov for slankeoperasjoner), noe som mest sannsynlig vil gi økte incentiver til nyetablering. Den offentlige produksjonen av slankeoperasjoner vil virke disiplinerende på Aleris markedsatferd. Økt produksjon i de offentlige sykehusene (som har vært tilfellet de siste to årene), og med mindre totalmarkedet øker så mye at det blir fortsatt vekst i privat sektor, vil føre til enda hardere konkurranse på pris og kvalitet.

#### **11.4 Foretakssammenslutningen gir ikke grunnlag for bekymringer om koordinerte virkninger i noe berørt marked**

De aller fleste markedene som berøres i denne saken er kjennetegnet av et til dels stort antall konkurrenter, stadige nyetableringer og meget lave etableringsbarrierer.

Dette gjelder særlig i markedet for plastikk kirurgi levert til selvbetalende pasienter, samt i markedet hvor det konkurreres om leveranser av ortopedioperasjoner til forsikringspasienter. Anbudsmarkedene i Helse Sør-Øst og Helse Vest er også preget av et stort antall faktiske og potensielle konkurrenter.

Antall aktører, nyetableringer og veksten i markedet for plastikk kirurgi levert til selvbetalende pasienter, innebærer etter Aleris vurdering at det nærmest vil være umulig å etablere betingelsene for koordinert atferd i dette markedet. Et marked bestående av så vidt mange aktører og nyetableringer vil gjøre markedet for ustabil, og en av de viktigste forutsetningene for å etablere koordinert atferd er derfor ikke til stede.

Tilsvarende vil det være vanskelig å etablere koordinert atferd i markedet for leveranser av ortopedi til forsikringspasienter. Også dette er et marked preget av mange aktører, som ofte har parallelle avtaler med de samme forsikringsselskapene, og som kontinuerlig må konkurrere på pris, ventetid (kapasitet) og kvalitet for å bli foretrukket. Forsikringsmarkedet er dessuten kjennetegnet ved at man ikke er garantert noen omsetning eller volum, samt at pasientene kan velge behandling hos private sykehus som ikke har avtale med forsikringsselskapet. Det vil derfor være vanskelig å etablere koordinert atferd i markedet.

Tilsvarende argument kommer til anvendelse i anbudsmarkedene, der de private aktørene konkurrerer om å få tilgang til markedet for de offentlig finansierte pasientene. Som vist er det helt opp til de regionale helseforetakene selv om de skal foreta innkjøp, og hvor store volum som skal kjøpes inn. Dette gjør det vanskelig å etablere koordinert atferd i markedet, for eksempel i form av markedsdeling, fordi man på forhånd ikke vet hvor store volum og/eller omsetning som skal konkurranseutsettes.

Konkurransen om de offentlig finansierte pasientene innebærer dessuten at man ikke er garantert noe volum dersom man blir tildelt kontrakt. Da påbegynnes en ny konkurranse under ordningen med fritt sykehusvalg. Denne ordningen innebærer som vist at pasientene og henviserne kan velge sykehus i hele landet. I tillegg må de private sykehusene som har blitt tildelt avtale konkurrere med andre private aktører og en rekke offentlige sykehus om pasientenes gunst. Antall aktører i disse

markedene er betydelig, og de offentlige sykehusene vil med sikkerhet ikke delta i koordinert atferd på markedet. Endelig kommer at prisen allerede er bestemt i markedet, slik at eventuell koordinering må gjelde øvrige konkurranseparametere.

Heller ikke i markedet for fedmekirurgi er det en risiko for koordinert atferd etter foretakssammenslutningen. Selv om det kun vil være tre norske private aktører i markedet, finnes det som vist en rekke utenlandske aktører som tilbyr slankeoperasjoner til norske pasienter. Konkurransen fra disse aktørene, som samarbeider med norsk etablerte selskaper, og dels tilbyr sine tjenester med utgangspunkt fra Norge, vil gjøre det vanskelig å etablere koordinert atferd. Trusselen om nyetableringer fra sykehus som allerede er etablert med tilbud om gastrokirurgi likeså. Tilsvarende vi usikkerheten omkring totalmarkedets størrelse og svingninger i produksjonen i det offentlige helsevesenet redusere mulighetene for koordinert atferd i dette markedet.

## **12 VERTIKALT FORBUNDNE MARKEDER HVOR PARTENE HAR EN MARKEDSANDEL SOM OVERSTIGER 30 PROSENT PÅ ETT AV MARKEDENE**

### **12.1 Innledning**

Det er som vist en vertikal forbindelse mellom Mölnlycke Health Care og Aleris/Teres, ettersom både Aleris og Teres etterspør produkter i Mölnlycke Health Cares leverandørmarkeder.

Mölnlycke Health Care vil ha en markedsandel som overstiger 30 % markedsandel i enkelte leverandørmarkeder. Verken Aleris eller Teres, enkeltvis eller samlet, vil imidlertid oppnå en markedsandel på mer enn 25 % i de berørte innkjøpsmarkedene. Aleris har ikke oversikt over størrelsen på disse markedene, men legger til grunn at deres andel av innkjøpene er helt marginale for eksempel sammenliknet med de offentlige sykehusene i Norge.

Den vertikale relasjonen mellom Mölnlycke Health Care og Aleris er behandlet av Europakommisjonen i sak M.4579 – Investor/Morgan Stanley/ Mölnlycke. Vi vil nedenfor vise til Europakommisjonens markedsavgrensning og konkurranseanalyse, som etter Aleris' vurdering har gyldighet også etter oppkjøpet av Teres.

På bakgrunn av ovennevnte, og i overenstemmelse med § 2 i forskrift om melding av foretakssammenslutninger mv, samt kravene som er presisert i Konkurransetilsynets retningslinjer for melding av foretakssammenslutning, vil vi etter en gjennomgang av Europakommisjonens vurderinger i sak M.4579, opplyse om Mölnlycke Health Cares viktigste konkurrenter, kunder og leverandører.

Når det gjelder Aleris og Teres viktigste konkurrenter, kunder og leverandører, samt beskrivelsen av markeder hvor Aleris og Teres har overlappende virksomhet, vises det til opplysningene som er gitt tidligere i meldingen.

### **12.2 Det skal opplyses om vertikalt forbundne markeder hvor en av partene eller partene sammen har en markedsandel som overstiger 30 på ett av markedene**

#### **12.2.1 Relevante markeder**

Mölnlycke Health Care er en produsent av engangsløsninger for operasjoner og sårbehandling i den profesjonelle helsesektoren. I sak M.4579 avgrenset Europakommisjonen følgende relevante markeder:

#### 12.2.1.1 Oppstrømsmarkeder

Ved avgrensingen av oppstrømsmarkedene i sak M.4579 tok Europakommisjonen utgangspunkt de to hovedvirksomhetsområdene operasjonsprodukter («surgical products») og sårbehandlingsprodukter («wound care products»).

##### *a. Surgical products*

*8. In previous decisions the Commission has split the market for surgical products into a number of sub-markets. The parties support these previous findings of the Commission. In the present case, this split results in vertically affected markets for i) surgical textiles (with the sub-markets: drapes, gowns, caps, scrub suits, most of which exist as single use products and multiple use products) and ii) surgical gloves (with the sub-segments unpowdered and synthetic gloves, all single use products).*

*9. The parties also agree with the Commission's conclusion in previous cases<sup>5</sup> that the geographic market for surgical products is EEA-wide. Surgical products are regulated by European standards and price levels are similar across the EEA. There are no significant barriers to trade in surgical products within the EEA (except transportation costs in some occasions) whereas the main suppliers are active throughout the area.*

##### *b. Wound care products*

*10. Mölnlycke is also a large supplier of wound care products. In previous Commission decisions on which the parties base themselves, separate product markets were defined for i) traditional wound care products (in the present case swabs constitute the only vertically affected market for traditional wound care products) and ii) advanced wound care products (which are designed to create a special healing environment). Advanced wound care products were split up in further sub-markets, one of which was the market for moist wound care products. This vertically affected market could be split up in further sub-markets, which in the present case would result in vertically affected markets for foam dressings, contact layers and scar dressings.*

*11. The Commission has defined the market for traditional wound care products as national due to large discrepancies in the market shares of leading players between individual Member States, large price variations and customers' national sourcing and specifications. This also applies to the vertically affected sub-markets<sup>10</sup> in the present case.*

*12. With respect to advanced wound care products the Commission has left open so far whether this market, including possible sub-segments thereof are national or EEA-wide. On the one hand, the regulatory framework for advanced wound care products is similar across the EEA and leading suppliers market the same products all over the EEA. On the other hand, sales patterns vary between countries depending on awareness and penetration of advanced wound care techniques and reimbursement schemes.*

### 12.2.1.2 Nedstrømsmarkeder

Ved avgrensningen av nedstrømsmarkedene viste Kommisjonen til følgende:

*13. Aleris is active on vertically affected downstream markets concerning the provision of specialist health care and senior care in Sweden and Norway and in this context is a customer for surgical products and wound care products. The parties submit that a market for specialist health care services can be identified for Norway and Sweden. Specialist health care services are provided following a referral from primary care providers and under public/private healthcare outsourcing contracts (PPHO) with the relevant Public authorities. The parties further submit that a market for senior care can be identified which may be subdivided into different segments of day-care, home help and special housing services for elderly people. The market investigation was not conclusive on this matter.*

*14. The parties submit that both markets, specialist health care and senior care, can be considered as national at most. This was confirmed by the market investigation which suggested that some or most of the possible sub-segments may even be regional or local.*

### 12.2.2 Konkurransanalysen

Til tross for at Mölnlycke ble ansett for å relativt høye markedsandeler i de relevante oppstrømsmarkedene, konkluderte Europakommisjonen med at det var usannsynlig at oppkjøpet og den vertikale relasjonen ville «significantly impede effective competition on the identified vertically affected upstream and/or downstream markets».

Fra Europakommisjonens konkurranseanalyse hitsettes følgende:

*16. According to the parties' estimates Mölnlycke has on the vertically affected markets and/or sub segments thereof in Sweden and Norway and the EEA market shares of 30% and more; The market shares concern sales to hospitals in 2005 (see table below):*

*17. For Aleris the parties estimate their market shares in the segment of PPHO specialist care at [0-10]% in Sweden and [30-40] % at most in Norway. Aleris's market shares for senior care in Sweden and in Norway remains [<10] % under all possible market definitions.*

*18. Although Mölnlycke has substantial market shares in some of the segments mentioned above, it is unlikely that any substantive competition concerns could arise from the vertical relationship between Mölnlycke (upstream) and Aleris (downstream) due to the following reasons: i) Aleris' demand of surgical and wound care products represents no more than [<5]% of Mölnlycke's sales in Norway and in Sweden; ii) surgical and wound care products account for an insignificant part of Aleris' costs ([<5] % of equipment and expendables in both Sweden and Norway, [<5] % of total costs in Sweden and Norway). Sales of Mölnlycke to Aleris represent in absolute terms exceptionally small amounts, in particular where it concerns wound care products. Therefore neither party would have the ability nor*



*incentive to foreclose third parties as regards input or customers and even if such a possibility existed the likely impact on effective competition would be very limited.*

*19. Even if Mölnlycke provided Aleris with more favourable conditions than its competitors, this would not lead to concerns of input foreclosure as these supplies would represent only a very small part of Aleris' total expenditures and total cost. As a consequence, Aleris would achieve only a very limited cost advantage over its competitors which would not materially affect its ability to compete on the market. This is confirmed by the market investigation as competitors of Aleris did not indicate any foreclosure concerns.*

*20. Similarly, although one of Mölnlycke's competitors expressed concerns that Mölnlycke would have preferential access to Aleris as a customer it is unlikely that the present transaction would lead to concerns of customer foreclosure. Even if Aleris decided to cover all its requirements for surgical and wound care products with supplies from Mölnlycke, this would not significantly reduce the potential customer base for competing suppliers of medical products considering that Aleris' demand for these products on the respective national or EEA market (depending on the product concerned) only represents a tiny part of the overall demand for these products. This has been confirmed by the market investigation. Even those competitors of Mölnlycke who expect Mölnlycke to become a preferred supplier of Aleris do not expect a significant impact on their business or on the market.*

*21. It follows from the above that under the circumstances it is unlikely that the transaction will significantly impede effective competition on the identified vertically affected upstream and/or downstream markets.*

### 12.2.3 Aleris oppkjøp av Teres gir ikke grunnlag for vertikale bekymringer

Mölnlycke Health Care leverer i dag en rekke produkter til både private og offentlige sykehus og klinikker i Norge, i markeder hvor både Aleris og Teres er etterspørrere.

Vedlagt følger en oversikt over Mölnlycke Health Cares egne estimater av markedsandeler i leverandørmarkeder som inkluderer Norge, hvor Aleris og Teres er etterspørrere, herunder markeder hvor selskapet har en markedsandel som overstiger 30 %.

#### **Bilag 25 Oversikt markedsandeler**

Når det gjelder markedsandeler og konkurranseforholdene i de markedene hvor Aleris og Teres har overlappende virksomhet viser det til den utfyllende informasjonen som er presentert tidligere i meldingen.

Til tross for at Mölnlycke Health Care har relativt høye markedsandeler i markeder hvor Norge inngår, vil Aleris oppkjøp av Teres ikke gir grunnlag for vertikale bekymringer og eventuell utestengende atferd. Aleris og Teres, både hver for seg og samlet, etterspør en liten andel av Mölnlyckes salg av de aktuelle produktene til det norske markedet. Aleris kjøpte produkter fra Mölnlycke i 2014 for totalt [REDACTED]

Aleris og Teres etterspørsel etter produktene som selges av Mölnlycke i Norge utgjør en meget liten del av den totale etterspørselen etter disse produktene i de relevante markedene. De offentlige sykehusene kjøper for eksempel inn et betydelig volum i disse markedene, og Mölnlyckes konkurrenter vil derfor ikke påvirkes negativt dersom for eksempel Aleris og Teres skulle velge å konsentrere sine innkjøp hos Mölnlycke.

Ovennevnte viser etter Aleris vurdering at det ikke er grunnlag for bekymringer som følge av den vertikale relasjonen med Mölnlycke, verken før eller etter oppkjøpet av Teres.

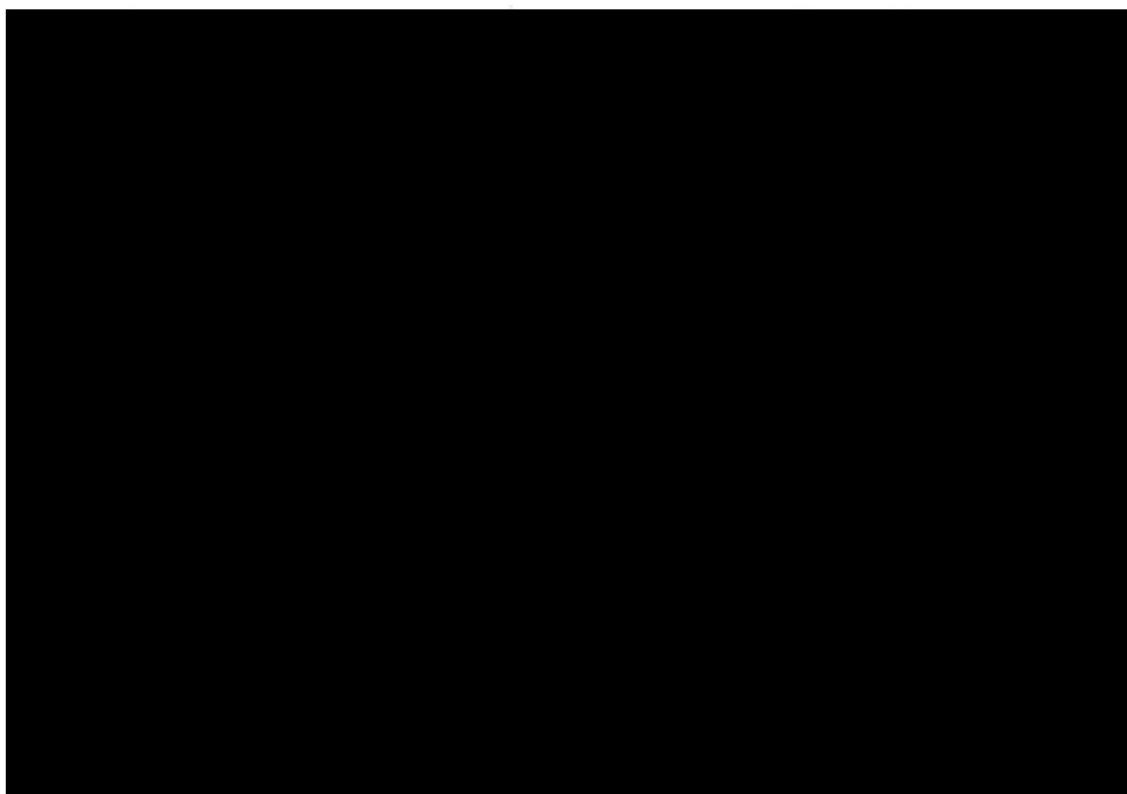
### **12.3 Mölnlyckes viktigste konkurrenter, kunder og leverandører**

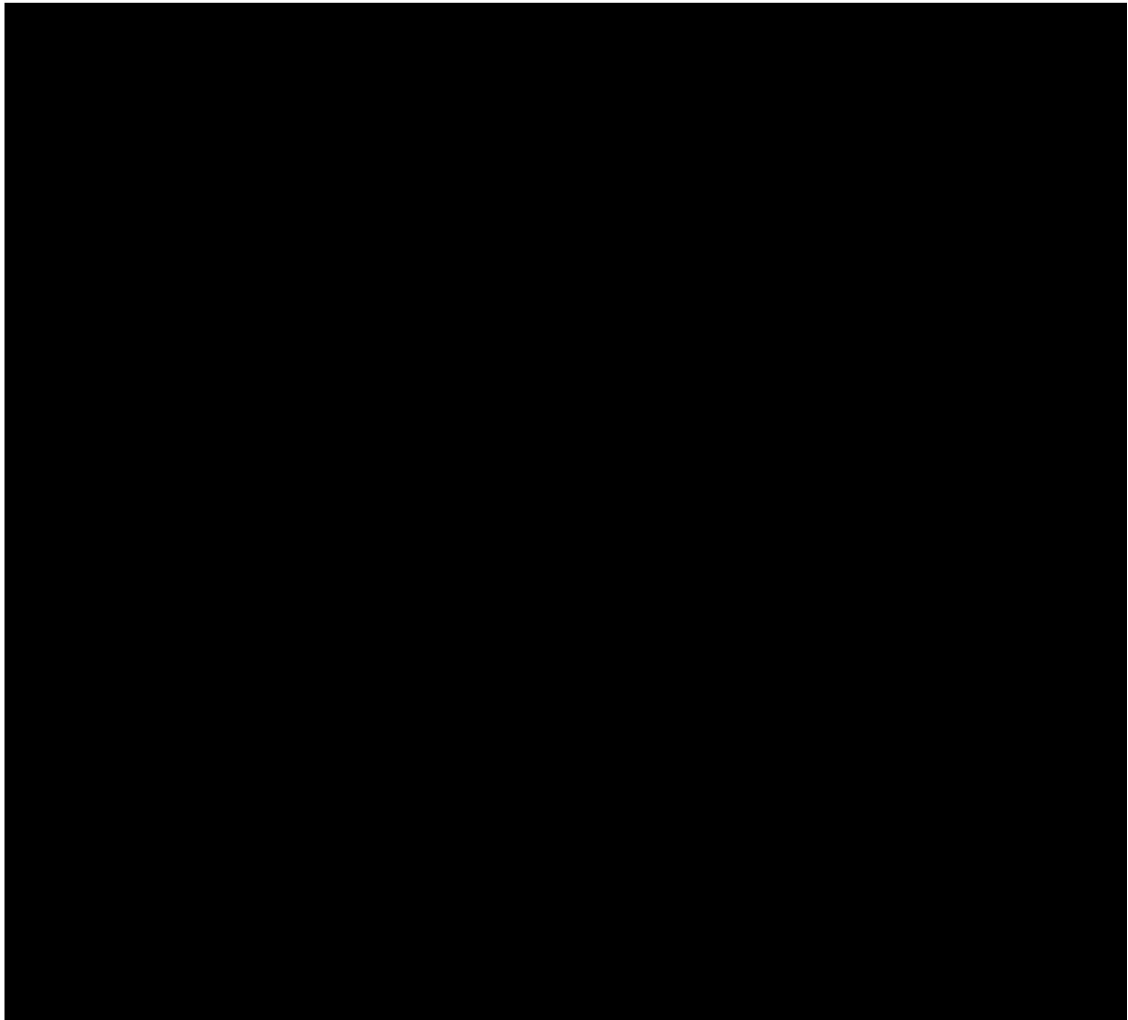
Som påpekt over vil vi under dette punktet kun vise til Mölnlycke Health Cares viktigste konkurrenter, kunder og leverandører i markeder hvor selskapet har en markedsandel som overstiger 30 %. Aleris og Teres konkurrenter, kunder og leverandører er utførlig beskrevet ellers i meldingen.

#### **Bilag 26 Oversikt over konkurrenter, kunder og leverandører**

## **13 REDEGJØRELSE FOR EVENTUELLE EFFEKTIVITETSGEVINSTER**

- 13.1 Gi en redegjørelse for eventuelle effektivitetsgevinster ved foretakssammenslutningen. Redegjørelsen kan blant annet inneholde en beskrivelse av samfunnsøkonomiske kostnadsbesparelser som kan følge av stordriftsfordeler, rasjonalisering eller samproduksjonsfordeler. Redegjør for hvorfor de anførte effektivitetsgevinstene er en følge av foretakssammenslutningen, og ikke kan realiseres på alternative måter.**





**14 OPPLYSNINGER OM FORETAKSSAMMENSLUTNINGEN ER UNDERLAGT TILSYN FRA ANDRE KONKURRANSEMYNDIGHETER**

**14.1 Oppgi, dersom det er aktuelt, hvilke andre lands konkurransemyndigheter som har kompetanse til å gripe inn mot foretakssammenslutningen, herunder hvilke slike myndigheter som foretakssammenslutningen er eller vil bli meldt til.**

Foretakssammenslutningen vil ikke bli meldt og er ikke underlagt tilsyn fra andre konkurransemyndigheter.

**14.2 Oppgi om foretakssammenslutningen krever konsesjoner/tillatelser etter annen norsk lovgivning.**

Foretakssammenslutningen krever ikke konsesjoner/tillatelser etter annen norsk lovgivning.

**15 VEDLEGG TIL MELDINGEN**

**15.1 Seneste versjon av avtalen om foretakssammenslutningen med vedlegg**

Aksjeoverdragelsesavtalen er vedlagt som bilag 1.

## 15.2 De involverte foretakenes siste årsberetning og årsregnskap

Dokumentene skal vedlegges selv om de er offentlig tilgjengelige. I den grad foretak i samme konsern som de involverte foretakene har virksomhet i de berørte markedene, skal også siste årsberetning og årsregnskap for konsernselskapene vedlegges.

Vedlagt følger årsberetning og årsregnskap for 2013 for følgende selskaper:

**Bilag 27 Aleris Helse AS**

**Bilag 28 Teres Medical Group AS**

**Bilag 29 Investor AB**

**Bilag 30 Mölnycke Health Care**

## 15.3 Oppfølging fra telefonmøtet med Konkurransetilsynet 13. mars 2015

I telefonmøte med Konkurransetilsynet 13. mars 2015, der Aleris og tilsynet gikk gjennom utkast til melding, tok tilsynet opp en del punkter som de gjerne ønsker nærmere utdypet av partene.

I vedlagte dokument har Aleris redegjort nærmere for noen av ovennevnte punkter.

**Bilag 31 Oppfølging fra telefonmøte med Konkurransetilsynet**

## 15.4 Forslag til offentlig versjon av meldingen

Vedlagt følger forslag til offentlig versjon av meldingen, hvor opplysningene som bes unntatt fra offentlighet er merket med gult.

**Bilag 32 Forslag til offentlig versjon av meldingen**

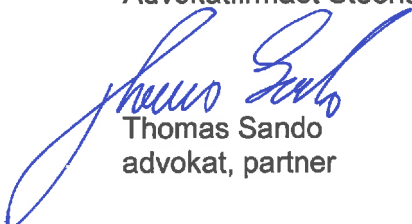
## 15.5 Begrunnelse for forslag til offentlig versjon

Vedlagt følger en begrunnelse for forslaget til offentlig versjon, jf. konkurranseloven § 18 b.

**Bilag 33 Begrunnelse for forslag til offentlig versjon av meldingen**

\*\*\*\*\*

Advokatfirmaet Steenstrup Stordrange DA



Thomas Sando  
advokat, partner