



Mottaker
Offentlighet

Deres ref.:

Vår ref.: 2015/0095-264

Saksbehandler:

Saksansvarlig: Magnus Gabrielsen

Dato: 31.08.2015

Vedtak V2015-31 - Aleris Helse AS - Teres Medical Group AS - konkurranseloven §16 jf. § 20 - inngrep mot foretakssammenslutning - vilkår

- (1) Konkurransetilsynet viser til varsel om inngrep mot foretakssammenslutningen 29. juni 2015 ("varselet"), melders merknader til varselet 20. juli 2015 ("tilsvaret"), samt melders endelige forslag til avhjelpende tiltak 27. august 2015. Videre vises det til øvrig skriftlig korrespondanse og annen kontakt i anledning saken.
- (2) Konkurransetilsynet har kommet til at foretakssammenslutningen mellom Aleris Helse AS ("Aleris") og Teres Medical Group AS ("Teres") kan føre til eller forsterke en vesentlig begrensning av konkurransen i markedene for salg av ortopedi og plastikkirurgi fra private tilbydere til regionhelseforetakene ("RHF-ene") i helseregionene Nord og Midt-Norge, markedet for salg av ortopedi fra private tilbydere til forsikringsselskaper i Finnmark, Troms og nord i Nordland og Nord- og Sør-Trøndelag samt markedet for salg av plastikkirurgi fra private tilbydere til selvbetalende pasienter i Nord- og Sør-Trøndelag.
- (3) Partene har fremsatt forslag til avhjelpende tiltak, og Konkurransetilsynet har funnet at de avhjelpende tiltakene vil avbøte de konkurransebegrensende virkningene som foretakssammenslutningen kan føre til. Konkurransetilsynet har på denne bakgrunn fattet vedtak om inngrep hvor foretakssammenslutningen tillates på vilkår, jf. konkurranseloven § 16 annet ledd jf. § 20 fjerde ledd.

1 Innledning

1.1 Sakens bakgrunn

- (4) Saken gjelder foretakssammenslutning mellom Aleris og Teres, også omtalt som "partene".
- (5) Sirela Sweden AB¹ og FSN Capital Holding Jersey Limited² samt en rekke minoritetsaksjonærer³ har inngått avtale om at Aleris skal overta samtlige aksjer i Teres. Avtalen om aksjeerverv ble inngått 23. februar 2015.

¹ Sirela Sweden AB er et holdingselskap i Aleris-konsernet som kontrollerer Sirela Norway AS, som igjen kontrollerer Aleris AS som er Aleris' morselskap.

² FSN Capital Holding Jersey Limited er største aksjonær i Teres.

³ Meldingen, vedlegg 1. "Schedule 1 MS" til avtalen gir en oversikt over minoritetsaksjonærene.

1.2 Melders hovedanførsler til varselet

- (6) I det følgende gis en kort redegjørelse for melders hovedanførsler til Konkurransetilsynets varsel om inngrep.⁴ Anførlene vil også bli behandlet løpende i vedtaket.
- (7) Melder viser til at oppkjøpet [REDACTED] vil etter melders oppfatning også gi økt konkurranse mellom den offentlige og private delen av helsevesenet.
- (8) Videre viser melder til at RHF-ene både er de eneste kjøperne og de største tilbyderne av spesialisthelsetjenester i anbudsmarkedene. RHF-enes mulighet til å produsere tjenestene selv, samt RHF-enes fleksibilitet ved valg av anskaffelsesstrategi, vil effektivt hindre ethvert forsøk på utnyttelse av markedsrett fra Aleris. Melder er derfor av den oppfatning at anbudsmarkedene bør klareres av Konkurransetilsynet.
- (9) Etter melders syn finnes det en rekke sterke konkurrenter og en sterk kjøperrett i forsikringsmarkedene. Videre anfører melder at markedet for forsikringsfinansiert ortopedi vil reduseres og etter hvert [REDACTED] som følge av økt offentlig tilbud, både som følge av økt kjøp fra private gjennom anbud og som følge av innføringen av ordningen med fritt behandlingsvalg. Markedene for forsikringsfinansiert ortopedi bør derfor etter melders oppfatning klareres.

1.3 Konkurransetilsynets saksbehandling

- (10) Konkurransetilsynet har i anledning saken innhentet omfattende informasjon fra en rekke aktører i markedet, herunder partene, de fire regionhelseforetakene, Helse- og omsorgsdepartementet, utenlandske aktører, forsikringsselskaper og andre private aktører.
- (11) Partene har utover meldingen besvart flere pålegg fra Konkurransetilsynet om å gi opplysninger, samt på eget initiativ gitt ytterligere informasjon og dokumentasjon. Det har vært avholdt møter med partene og egne møter med hver av partene separat.⁵ I tillegg har det vært løpende kontakt med partenes advokater. Konkurransetilsynet har også avholdt telefonmøte med Helse Sør-Øst 15. april 2015 og 8. juli 2015, Helse Vest 30. juli 2015, IF Skadeforsikring NUF og Vertikal Helseassistanse AS 12. august 2015, Tryg Forsikring og Sparebank1 Forsikring AS 13. august 2015, Volvat Medisinske Senter AS 31. juli 2015, samt med Helse- og omsorgsdepartementet 30. april 2015.
- (12) Melder har fremsatt forslag til avhjelpende tiltak 28. juli 2015, samt revidert forslag 30. juli 2015 og 20. august 2015.⁶ Endelig forslag til avhjelpende tiltak ble mottatt 27. august 2015. Konkurransetilsynet har foretatt en nærmere vurdering av de foreslåtte avhjelpende tiltakene og har i den anledning også forelagt de avhjelpende tiltakene av 20. august 2015 til enkelte av partenes konkurrenter, kunder og RHF-ene for uttalelse.

1.4 Fristberegning

- (13) Konkurransetilsynet mottok melding om foretakssammenslutningen 15. mars 2015. Varsel om at inngrep kan bli aktuelt ble rettidig oversendt 22. april 2015, jf. konkurranseloven § 20 andre ledd første punktum.
- (14) I henhold til konkurranseloven § 20 fjerde ledd første punktum, må Konkurransetilsynet senest innen 70 virkedager etter at meldingen ble mottatt, legge frem begrunnet forslag til inngrepsvedtak. Begrunnet forslag til inngrepsvedtak ble rettidig oversendt 29. juni 2015.

⁴ Partenes merknader til Konkurransetilsynets varsel 20. juli 2015, vedlegg 1 til dokument nr. 228, side 4-5.

⁵ Det har blitt avholdt møter/telefonmøter med partene 3. mars, 13. mars, 14. april, 11. mai, 3. juni, 16. juni, 27. juli, 11. august, 19. august og 24. august 2015.

⁶ Tilsynet mottok forslag til avhjelpende tiltak 20. juli 2015, men i henhold til konkurranseloven § 20 femte ledd, anses de avhjelpende tiltak først fremsatt når forslag til offentlig versjon av forslaget er inngitt. Forslag til offentlig versjon ble inngitt 28. juli 2015.

- (15) Etter konkurranseloven § 20 fjerde ledd må Konkurransetilsynet fatte forbudsvedtak senest 15 virkedager etter at tilsynet har mottatt partenes uttalelse. Tilsynet mottok tilsvarende fra melder 20. juli 2015.
- (16) Dersom det er fremsatt et forslag om avhjelpende tiltak etter at Konkurransetilsynet har lagt frem begrunnet forslag til forbudsvedtak, kan fristen for å treffe vedtak forlenges med 15 virkedager, jf. konkurranseloven § 20 fjerde ledd siste punktum. Melder fremsatte forslag om avhjelpende tiltak 28. juli 2015, jf. avsnitt (12). Konkurransetilsynets frist for å treffe vedtak ble derfor forlenget med 15 virkedager til 31. august 2015.⁷ Vedtaket er således truffet rettidig.

2 Partene i saken

2.1 Aleris

- (17) Aleris er et privat helse- og omsorgsforetak som driver medisinske sentre, røntgensentre og private sykehus i Norge. Aleris sin virksomhet omfatter blant annet virksomhet innen ortopedi, plastikkirurgi og fedmekirurgi. Selskapet er etablert i alle de fire helseregionene, og er lokalisert i Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger, Strømmen og Tromsø. I tillegg til Aleris' virksomhet omfatter resten av Aleris-konsernets virksomhet også barnevern, psykisk omsorg, brukerstyrt personlig assistanse, eldreomsorg og tilbud til funksjonshemmede.
- (18) Aleris inngår i Aleris Gruppen, som er et privat skandinavisk helse- og omsorgsforetak, med virksomhet i Norge, Sverige og Danmark. Aleris Gruppen har ca. 9 000 ansatte fordelt på ca. 350 virksomheter i de tre skandinaviske landene.
- (19) 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. Aleris Group AB eies av Investor AB.
- (20) Det ultimate morselskap i konsernet er ifølge partene Knut and Alice Wallenbergs Stiftelse ("KAW") som eier 42 prosent av de stemmeberettigede aksjene i Investor AB. Bakgrunnen er at KAW antas å ha de facto kontroll over Investor AB ettersom de har oppnådd flertall på generalforsamlingen i Investor AB i flere år. Dette er også lagt til grunn av Kommisjonen i tidligere saker.⁸
- (21) Aleris hadde en omsetning på 586 millioner kroner i 2014.

2.2 Teres

- (22) Teres er en skandinavisk sammenslutning av kirurgiske klinikker og private sykehus. Konsernet består av 17 klinikker/sykehus. Elleve av disse finnes i Norge, tre i Sverige og tre i Danmark. Teres eies av en rekke minoritetsaksjonærer, hvorav ingen eier mer enn syv prosent av aksjene, og av FSN Capital Holding Jersey Limited som eier rundt 41 prosent av aksjene.⁹
- (23) Teres er etablert i samtlige fire helseregioner i Norge. Selskapet er lokalisert i Oslo, Drammen, Tønsberg, Stavanger, Bergen, Kristiansand, Trondheim, Bodø og Tromsø. Teres har hovedsakelig virksomhet innenfor plastikkirurgi og ortopedi. Som en integrert del av tilbudet innenfor plastikkirurgi tilbyr Teres også kosmetiske behandlinger i form av medisinske hudkremer, hudbehandling og hårfjerning med laser, samt injeksjoner av Restylane eller Botox. Teres har i tillegg virksomhet innen fedmekirurgi.
- (24) Teres hadde en omsetning på 362 millioner kroner i 2014.

3 Rettslig utgangspunkt

3.1 Forholdet til konkurransereglene i EU og EØS

- (25) EØS-avtalen artikkel 57 fastsetter regler for kompetansefordeling mellom Europakommisjonen (Kommisjonen), EFTAs overvåkningsorgan og nasjonale konkurransemyndigheter. Konkurransetilsynet har bare kompetanse til å føre tilsyn med

⁷ Brev fra Konkurransetilsynet 28. juli 2015.

⁸ COMP/M.5810 – Investor / Saab og COMP/M. 5990 – Investor / Mölnlycke.

⁹ Meldingen, vedlegg 1, side 65.

foretakssammenslutninger som ikke er av EU- eller EFTA-dimensjon. Hvorvidt en foretakssammenslutning har EU- eller EFTA-dimensjon, avhenger av om de berørte foretak har en omsetning som overstiger terskelverdiene i artikkel 1 nr. 2 og nr. 3 i rådsforordning 139/2004/EF (fusjonsforordningen) i henholdsvis EU eller EØS EFTA-statene, jf. §§ 12 og 13 i forskrift av 21. desember 2011 om gjennomføring av konkurransereglene i EØS-avtalen mv.

- (26) Terskelverdiene for at sammenslutningen skal kunne regnes for å ha EU- eller EFTA-dimensjon er ikke oppfylt.
- (27) Terskelverdiene i konkurranse-loven § 18 er oppfylt. Konkurransetilsynet har følgelig kompetanse til å behandle saken.

3.2 Vilåårene for inngrep

3.2.1 Generelt

- (28) Etter konkurranse-loven § 16 første ledd skal Konkurransetilsynet forby en foretakssammenslutning, dersom tilsynet finner at den vil føre til eller forsterke en vesentlig begrensning av konkurransen i strid med lovens formål. Lovens formål er å fremme konkurranse for derigjennom å bidra til effektiv bruk av samfunnets ressurser, jf. konkurranse-loven § 1 annet ledd.
- (29) Dersom Konkurransetilsynet finner at avhjelpende tiltak foreslått av melder vil avbøte de konkurransebegrensende virkningene som foretakssammenslutningen kan føre til, skal tilsynet i stedet fatte vedtak om inngrep hvor foretakssammenslutningen tillates på disse vilkår, jf. konkurranse-loven § 16 annet ledd. Bestemmelsen innebærer en redusert utredningsplikt for tilsynet der vedtak fattes etter denne bestemmelsen.¹⁰

3.2.2 Foretakssammenslutning

- (30) For at Konkurransetilsynet skal kunne gripe inn mot ervervet, må det foreligge en foretakssammenslutning, jf. konkurranse-loven § 17. Etter § 17 første ledd bokstav b foreligger det en foretakssammenslutning dersom ett eller flere foretak, direkte eller indirekte, helt eller delvis, varig overtar kontrollen over ett eller flere andre foretak.
- (31) Aleris har inngått avtale om kjøp av samtlige aksjer i Teres. Avtalen innebærer at Aleris på varig basis overtar kontrollen over virksomheten i Teres. Det foreligger således en foretakssammenslutning i konkurranse-lovens forstand.

3.2.3 Konkurransbegrensningskriteriet

- (32) Konkurransetilsynet skal forby foretakssammenslutninger som vil føre til eller forsterke en vesentlig begrensning av konkurransen i strid med lovens formål. Spørsmålet om foretakssammenslutningen vil føre til eller forsterke en vesentlig begrensning av konkurransen, behandles i kapittel 6 nedenfor.

3.2.4 Effektivitetsgevinster

- (33) Dersom foretakssammenslutningen vil føre til eller forsterke en vesentlig begrensning av konkurransen, må det videre avklares om foretakssammenslutningen medfører effektivitetsgevinster som kan oppveie eventuelle negative virkninger av foretakssammenslutningen, jf. formålsbestemmelsen i konkurranse-loven § 1. Mulige effektivitetsgevinster drøftes i kapittel 7 nedenfor.

4 Markeder og rammebetingelser

4.1 Om helsemarkedene i Norge

4.1.1 Private tilbydere av helsetjenester

- (34) En pasient har rett til nødvendig helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven¹¹ og spesialisthelsetjenesteloven.¹² Nødvendig helsehjelp tilbys og finansieres av det offentlige.

¹⁰ Prop. 75 L (2012-2013) Endringer i konkurranse-loven, side 144.

¹¹ Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).

¹² Lov 2. juni 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).

Offentlige helsetilbud dekker hoveddelen av den samlede produksjonen av helsetjenester i Norge. Herunder dekker det offentlige 98 prosent¹³ av produksjonen innenfor ortopedi og 94 prosent¹⁴ av produksjonen innenfor plastikkirurgi.

- (35) Aleris og Teres er store private sykehusaktører som tilbyr helsetjenester innen utvalgte tjenesteområder til pasienter i hele Norge. I 2014 hadde Aleris og Teres en totalomsetning på henholdsvis 586 millioner kroner og 362 millioner kroner.¹⁵
- (36) Aleris har fire sykehus og ett helsesenter.¹⁶ Sykehusene ligger i Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger, mens helsesenteret er lokalisert i Strømmen.¹⁷
- (37) Teres har ti sykehus og ett helsesenter. Sykehusene ligger i Oslo (Nobel og Colosseum), Drammen, Sørlandsparken, Stavanger, Bergen, Trondheim (Stokkan og Rosenborg), Bodø og Tromsø. Helsesenteret ligger i Tønsberg.¹⁸
- (38) Volvat er den tredje store private sykehusaktøren i Norge, med en totalomsetning på omtrent 567 millioner kroner i 2014. Volvat har tre sykehus med sykehuskonsesjon lokalisert i Oslo, Fredrikstad og Bergen. Videre har selskapet tre helsesentre, som tilbyr primærhelsetjenester til private kunder, men som ikke har sykehuskonsesjon. Disse er lokalisert i Oslo (Nasjonalteateret), Bergen (Laguneparken) og Hamar.
- (39) I tillegg til Aleris, Teres og Volvat er det flere mindre private aktører som tilbyr helsetjenester ulike steder i landet.
- (40) De private helsetjenestene kan deles inn i ulike markeder etter finansieringsstruktur; henholdsvis offentlig finansierte helsetjenester, forsikringsfinansierte helsetjenester og pasientfinansierte helsetjenester. Uavhengig av finansieringsstruktur har partene overlappende virksomhet innen fagområdene ortopedi, plastikkirurgi og fedmekirurgi.

¹³ Meldingen, side 51.

¹⁴ Brev fra Advokatfirmaet Steenstrup Stordrange 22. juni 2015, dokument nr. 210, side 6.

¹⁵ Meldingen, vedlegg 8 og 9.

¹⁶ Med "helsesenter" mener Konkurransetilsynet senter eller klinikk som tilbyr helsetjenester til private kunder, men som ikke har sykehuskonsesjon innenfor fagområdet eller fagområdene senteret tilbyr tjenester.

¹⁷ Meldingen, vedlegg 6.

¹⁸ Meldingen, vedlegg 7.

Tabell 1 Oversikt over partenes omsetning fordelt på landsdel, sykehus/helsesenter, finansieringsform og fagområde.¹⁹

Omsetning (MNOK)	Finansiering Spesialistområde	Offentlig		Forsikring		Privat			Annet	Total
		Ort. ²⁰	Plast.	Ort.	Plast.	Ort.	Plast. ²¹	Fedme		
Nord										
Aleris (S) ²²	Tromsø	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Teres (S)	Tromsø	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Teres Klinikken (S)	Bodø	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Midt										
Aleris (S/H)	Tr.heim ²³	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Teres Rosenborg (S)	Tr.heim	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Teres Stokkan (S)	Tr.heim	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Vest										
Aleris (S/H)	Bgo	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Teres (S)	Bgo	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Aleris (S/H)	Stv	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Teres Colosseum (S)	Stv	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sør-Øst										
Aleris (S/H)	Oslo	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Teres Nobel (S)	Oslo	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Teres Colosseum (S)	Oslo	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Aleris (H)	Strømmen	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Teres (H)	Tønsberg	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Teres (S)	Drammen	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Teres Sørlandsparken (S)	Kr.sand	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sum Aleris										■
Sum Teres										■
Sum partene										■

(41) Markedene og partenes overlappende virksomhet beskrives i det følgende.

4.1.2 Offentlig finansierte helsetjenester

(42) Norge er delt inn i fire helseregioner, henholdsvis Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Sør-Øst og Helse Vest. I de ulike helseregionene eier RHF-ene ulike helseforetak. For eksempel eier RHF-et Helse Vest helseforetaket Helse Bergen. Et helseforetak kan eie og drive flere offentlige sykehus.²⁴

¹⁹ Meldingen, vedlegg 8 og 9.

²⁰ Det er i tabellen benyttet forkortelsen "Ort." for fagområdet ortopedi, og "Plast." for fagområdet plastikkirurgi.

²¹ Omsetning knyttet til "light-segmentet" innen kosmetisk plastikkirurgi er ikke inkludert i tallene som fremgår av tabellen.

²² Partenes driftsenheter med sykehuskonsesjon er merket (S), mens helsesenter er merket (H).

²³ Det er i tabellen benyttet forkortelsen "Tr.heim" for Trondheim, "BGO" for Bergen, "Stv" for Stavanger og "Kr.Sand" for Kristiansand.

²⁴ Med offentlig sykehus menes sykehus eid av helseforetakene eller sykehus som gjennom driftsavtaler har inngått et tett og forpliktende samarbeid med regionhelseforetakene. Eksempelvis er Haukeland sykehus i Bergen eid av Helse Bergen, mens Haraldsplass Diakonale sykehus er privat eid og har driftsavtale med Helse Vest.

- (43) Ansvar for å tilby nødvendig helsehjelp til befolkningen i Norge hviler på RHF-ene i de ulike helseregionene. For å oppfylle ansvaret kan de offentlige sykehusene i helseregionen tilby helsetjenestene selv, eller sette ut oppgaven til private sykehus.
- (44) De tjenester som settes ut til private sykehus tildeles gjennom anbudskonkurranser. En slik konkurranseutsetting medfører at det oppstår et anbudsmarked hvor private sykehus konkurrerer om å få tilby offentlig finansierte helsetjenester. I forlengelsen av anbudsmarkedet oppstår et ettermarked, hvor både offentlige og private sykehus kan tilby offentlig finansierte helsetjenester til pasientene.
- (45) Anbudsmarkedet og ettermarkedet omtales kort i det følgende.

4.1.2.1 Anbudsmarkedet

- (46) I anbudsmarkedet konkurrerer private sykehus om å vinne anbud utlyst av RHF-ene. Vinnere av konkurransen blir gjennom avtale tildelt rett til å tilby offentlig finansierte helsetjenester i den aktuelle helseregionen for en begrenset periode.
- (47) RHF-ene har tidligere ofte valgt å benytte seg av én hovedanbudsrunde med varighet i to år. RHF-ene har imidlertid da gjerne ensidige opsjoner på forlengelse av avtalene i 1+1 år, noe som innebærer at avtalenes maksimale varighet er fire år. RHF-ene har videre mulighet til å foreta tilleggsanskaffelser ut over disse avtalene. Både kvalitet og pris er viktige parametere i anbudskonkurransene.²⁵ RHF-ene har avtalefestede krav til kvalitet i rammeavtalene. I Helse-Nord RHFes anbudskonkurranse i 2013 ble både pris og kvalitet vektlagt 50 prosent.
- (48) Private sykehus må ha sykehuskonsesjon for å delta i anbudskonkurranser. Sykehuskonsesjon gis av Helse- og omsorgsdepartementet. Godkjenningsordningen reguleres i spesialisthelsetjenesteloven §§ 4-1 til 4-3. I henhold til § 4-1 må et sykehus godkjennes av departementet før det kan yte helsetjenester med offentlig finansiering. Det foreligger ikke noen definisjon av begrepet sykehus, men det fremgår av lovens forarbeider at sykehus tjenester omfatter medisinsk undersøkelse og behandling som tilrettelegges slik at pasienten kan beholdes over natten der dette er ønskelig eller nødvendig av medisinske grunner.²⁶
- (49) I anbudsmarkedet har Aleris og Teres overlappende virksomhet innen fagområdene ortopedi og plastikkirurgi. Partene tilbyr imidlertid ikke øyeblikkelig hjelp, men kun planlagt behandling. I det videre mener derfor Konkurransetilsynet kun planlagt behandling når ortopedi og plastikkirurgi omtales.

4.1.2.2 Ettermarkedet

- (50) I ettermarkedet kan både offentlige sykehus og private sykehus som har avtale med et RHF tilby offentlig finansierte helsetjenester til pasientene.
- (51) For offentlig finansierte helsetjenester har pasienten rett til å velge hvilket sykehus som skal utføre tjenesten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4. Pasienten kan velge blant alle offentlige sykehus og alle private sykehus som har blitt tildelt rett til å tilby helsetjenester. Denne ordningen omtales som fritt sykehusvalg.
- (52) Partenes overlappende virksomhet i ettermarkedet følger av anbudsmarkedet, og omfatter fagområdene ortopedi og plastikkirurgi.

4.1.3 Forsikringsfinansierte helsetjenester

- (53) Forsikringsselskaper selger behandlingsforsikringer til arbeidsgivere (kollektive forsikringer) og private kunder. En behandlingsforsikring garanterer utredning og behandling innen kort tid. Vilåret for å benytte forsikringen er henvisning fra fastlege eller spesialist.²⁷

²⁵ Blant annet Helse Sør-Øst RHFes konkurransegrunnlag for anskaffelse av kirurgiske tjenester 3. april 2013, side 13, Helse Nord RHFes konkurransegrunnlag for kjøp av somatiske spesialisttjenester fra private sykehus, 28. juni 2012, side 12.

²⁶ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 29. mai 2015, side 1.

²⁷ Meldingen, side 37.

- (54) For å kunne tilby behandlingsforsikring til sine kunder inngår forsikringsselskapene avtaler med private sykehus om levering av bestemte behandlingstyper.
- (55) Innen salg av helsetjenester til forsikringsselskaper har partene overlappende virksomhet innen fagområdet ortopedi.

4.1.4 Pasientfinansierte helsetjenester

- (56) En pasient kan selv velge å betale for en utredning eller behandling hos private tilbydere av helsetjenester. Det kan være ulike årsaker til at pasienten velger å betale for slike tjenester. Pasienten kan ha rett til offentlig finansiert helsehjelp, men ønsker for eksempel å redusere ventetiden eller få en annen kvalitet. Alternativt kan årsaken være at pasienten ikke har rett på offentlig finansiert helsehjelp, men likevel ønsker behandling.
- (57) Innen pasientfinansierte helsetjenester har partene overlappende virksomhet innen fagområdene plastikkirurgi og fedmekirurgi.

4.2 Fritt behandlingsvalg

4.2.1 Om ordningen

- (58) Ordningen fritt sykehusvalg, jf. avsnitt (51), er tiltenkt utvidet slik at pasienter med rett til offentlig finansiert behandling, for utvalgte behandlinger, kan velge blant alle godkjente²⁸ private sykehus, i tillegg til offentlige sykehus. Denne nye ordningen kalles fritt behandlingsvalg (FBV).
- (59) I april 2015 vedtok Stortinget forslag om å lovfeste pasientenes rett til å velge å motta helsehjelp hos en FBV-leverandør, samt hjemmel til å gi forskrift om nærmere regulering av ordningen med FBV. Forslag til forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten ("Høringsnotatet") ble sendt på høring 29. april 2015 med høringsfrist 21. august 2015. Forskriften er ment å tre i kraft i 2015.²⁹
- (60) Ordningen med FBV innebærer at alle private helsevirksomheter som oppfyller visse krav vil få godkjenning til å kunne levere definerte helsetjenester til pasienter med rett til offentlig finansiert behandling. Prisen for helsetjenestene fastsettes av staten. FBV innebærer at pasientene som har fått rett til behandling fritt skal kunne velge behandlingssted blant offentlige sykehus og godkjente private virksomheter, uavhengig av om disse har avtale med RHF-ene. FBV er således en utvidelse av fritt sykehusvalg, i den forstand at pasientene kan få velge mellom flere behandlingssteder enn i dag.
- (61) Både helseforetakene og private helsevirksomheter får utvidet muligheten til å tilby helsetjenester. For helseforetakene skjer denne utvidelsen gjennom at taket på hvor mange pasienter de offentlige sykehusene kan behandle er fjernet.
- (62) De regionale helseforetakene skal fremdeles kjøpe tjenester gjennom anbud, og anbud skal også i fremtiden være det primære virkemidlet for å kjøpe kapasitet fra private virksomheter.³⁰ RHF-ene er pålagt av staten å øke innkjøpene fra private gjennom anbud.³¹ En privat aktør skal både kunne ha rammeavtale med RHF-ene om leveranse av helsetjenester med et gitt volumtak og til en pris fastsatt gjennom avtalen, samt levere helsetjenester til den statlig fastsatte prisen gjennom FBV. Det fremkommer i Høringsnotatet at denne satsen skal settes slik at privat behandling utenom rammeavtalene ikke medfører økte kostnader for staten sammenlignet med anskaffelse gjennom anbud.
- (63) For offentlige aktører vil behandlingene dekkes dels gjennom basisbevilgning til RHF-ene, og dels gjennom aktivitetsbasert bevilgning (innsatsstyrt finansiering). Offentlige sykehus vil

²⁸ Et godkjent sykehus vil, ifølge høringsnotatet kapittel 6, være private virksomheter som har søkt om og som tilfredsstiller et sett av vilkår. Det presiseres at dette er en annen godkjenningsordning enn sykehuskonsesjon som omtales i avsnitt (48).

²⁹ Forslag til forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten § 15, inntatt i Høringsnotatet side 84.

³⁰ Høringsnotatet side 5.

³¹ Høringsnotatet side 5.

kunne behandle flere pasienter enn budsjettet, så lenge behandlingen finansieres gjennom innsatsstyrt finansiering.

- (64) Ordningen med FBV innføres først og fremst for tjenester innen psykisk helsevern og rusbehandling. For å "*høste erfaringer*"³² innen somatikken med tanke på videre innføring vil ordningen også omfatte enkelte spesifiserte somatiske tjenester. Innen ortopediske behandlinger er det kun foreslått syv behandlinger, hvorav fem er lettere ortopediske inngrep og to er ortopediske prosedyrer.³³ Ingen tjenester innen plastikkirurgi er omfattet av ordningen.
- (65) For private aktører vil ordningen med FBV etter Konkurransetilsynets vurdering kun få direkte betydning i ettermarkedet for ortopediske tjenester.

4.2.2 Vedrørende forsikringsfinansiert ortopedi

- (66) Melder anfører at det er sannsynlig at markedet for forsikringsfinansiert ortopedi i løpet av kort tid vil slutte å eksistere, eller i minste fall marginaliseres, grunnet innføringen av FBV.³⁴ Det er ifølge melder to årsaker til dette; at RHF-ene er pålagt å øke sine kjøp gjennom anbud, og at ortopedi er et av fagområdene som FBV først skal innføres for.³⁵
- (67) Som vist ovenfor skal ordningen med FBV først innføres for psykisk helsevern og rusbehandling, samt for en mindre del av somatikken, herunder enkelte behandlinger innen ortopedi, jf. avsnitt (64). Det er således knyttet betydelig usikkerhet til når og om omfanget av ortopediske helsetjenester vil bli så stort, at det eventuelt vil kunne fjerne etterspørselen etter forsikringsfinansierte ortopediske behandlinger.
- (68) Konkurransetilsynet finner derfor at det ikke kan legges til grunn at FBV og økt bruk av private sykehus gjennom anbudskonkurranser fører til at forsikringsmarkedet vil reduseres og marginaliseres. Videre er det Konkurransetilsynets vurdering at markedets størrelse i utgangspunktet ikke er relevant ved vurderingen av om konkurransen begrenses vesentlig.

5 Markedsavgrensning

5.1 Innledning

- (69) For å kunne vurdere foretakssammenslutningens konkurransemessige virkninger, må det tas stilling til hvilke markeder som berøres av ervervet. Generelt vil en kjøper ta beslutninger basert på egenskapene ved produktene og tjenestene, og tilbydernes lokalisering. Det avgrenses derfor et såkalt relevant marked, som deles inn i det relevante produktmarkedet og det relevante geografiske markedet. I avgrensningen henter Konkurransetilsynet veiledning fra EFTAs overvåkningsorgans kunngjøring om avgrensning av det relevante marked (heretter omtalt som "EFTAs kunngjøring").³⁶
- (70) Hovedformålet med avgrensningen av et relevant marked er på en systematisk måte å identifisere begrensninger i den konkurransemessige handlefrihet som de berørte foretak står overfor, herunder å identifisere hvilke faktiske konkurrenter som er i stand til å begrense partenes markedsatferd og hindre dem i å opptre uavhengig av et effektivt konkurransetrykk.³⁷
- (71) I EFTAs kunngjøring tas det utgangspunkt i SSNIP-testen ved avgrensning av det relevante markedet. Det vesentlige spørsmålet er ifølge denne testen om en hypotetisk monopolist lønnsomt kan gjennomføre en 5 til 10 prosent varig prisøkning for de produkter og områder som undersøkes. Er prisøkningen ulønnsom ved at effekten av tapt omsetning overstiger merverdien av økt pris, vil det nærmeste alternative produktet eller området inngå i det

³² Høringsnotatet, side 64.

³³ Høringsnotatet, side 67.

³⁴ Brev fra Advokatfirmaet Steenstrup Stordrange 12. juni 2015, dokument. nr. 184, side 5.

³⁵ Brev fra Advokatfirmaet Steenstrup Stordrange 12. juni 2015, dokument nr. 184, side 5 og tilsvaret, side 49.

³⁶ Kunngjøring fra EFTAs overvåkningsorgan om avgrensning av det relevante marked innen konkurranseretten i Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS) – EFT L 200, 16. juli.1998, side 46 og EØS-tillegget til EF-tidende No 28, 16. juli 1998, side 3.

³⁷ EFTAs kunngjøring, kapittel 2.

relevante markedet. Denne testen vil bli gjentatt inntil man står igjen med et sett produkter og områder der små varige prisøkninger vil være lønnsomme.³⁸

- (72) Det kan være vanskelig å utføre en SSNIP-test direkte ettersom de nødvendige kvantitative dataene sjelden er tilgjengelig. I praksis vil derfor Konkurransetilsynet forsøke å utlede hva som er det sannsynlige utfallet av en SSNIP-test, basert på tilgjengelig informasjon og en vurdering av denne.
- (73) Substitusjon på tilbudssiden kan også tas i betraktning ved markedsavgrensningen dersom den har de samme umiddelbare og direkte virkninger som etterspørselssubstitusjon. Dette forutsetter at leverandørene som svar på små og varige endringer i relative priser, kan omstille produksjonen til de produktene det gjelder og tilby dem på kort sikt uten at det medfører betydelige kostnader eller vesentlig risiko. Slike umiddelbare og direkte virkninger tilsvarer virkningene av etterspørselssubstitusjon.³⁹
- (74) Det er ut fra denne synsvinkel at en markedsavgrensning gjør det mulig blant annet å beregne markedsandeler og markedskonsentrasjon.⁴⁰ Konsentrasjonen i markedet er en indikator på hvordan konkurranseforholdene er, og et utgangspunkt for analysen av foretakssammenslutningens virkninger på konkurransen.
- (75) Markedsavgrensningen er således ikke et mål i seg selv, men et middel for å trekke opp rammene for den konkurranseanalysene som gjennomføres i kapittel 6.

5.2 Det relevante produktmarked

5.2.1 Innledning

- (76) Et relevant produktmarked omfatter alle varer og/eller tjenester som etter forbrukerens oppfatning er innbyrdes ombyttelige eller kan dekke samme behov basert på produktenes egenskaper, priser og anvendelsesformål.⁴¹
- (77) I EFTAs kunngjøring fremheves en rekke momenter som er relevante ved vurderingen av om to produkter er substituerbare på etterspørselssiden. Særlig fremheves opplysninger om substitusjon i den senere tid, synspunkter fra kunder og konkurrenter, forbrukerpreferanser, hindringer for og omkostninger ved kanalisering av etterspørselen til substituerbare produkter, samt prisdifferensiering.⁴²
- (78) Videre vil det ved produktmarkedsavgrensningen ikke tas hensyn til substitusjon på tilbudssiden som innebærer en vesentlig tilpasning av eksisterende materielle og immaterielle aktiva, tilleggsinvesteringer, strategiske beslutninger eller forsinkelser.⁴³
- (79) De relevante produktmarkeder avgrenses i det følgende.

5.2.2 Konkurransetilsynets vurdering av det relevante produktmarked

- (80) Ved avgrensningen av det relevante produktmarked tar Konkurransetilsynet utgangspunkt i partenes virksomhet. Partene har overlappende virksomhet innen salg av helsetjenester til offentlig-, forsikring- og pasientfinansierte kundegrupper, samt til offentlige helseforetak. Partene har overlapp innenfor fagområdene ortopedi, plastikkirurgi og fedmekirurgi. jf. kapittel 4.1.

5.2.2.1 Salg av fedmekirurgi fra private tilbydere til pasientfinansierte kunder

- (81) I varselet fremgår det at tilsynet vurderte å fatte vedtak om å forby erverv og overtakelse av Teres' virksomhet innen fedmekirurgi, og at partene ikke hadde dokumentert effektivitetsgevinster som kunne oppveie det samfunnsøkonomiske tapet som følge av foretakssammenslutningen.

³⁸ EFTAs kunngjøring, kapittel 17.

³⁹ EFTAs kunngjøring, kapittel 20 flg.

⁴⁰ EFTAs kunngjøring, kapittel 2.

⁴¹ EFTAs kunngjøring, kapittel 7.

⁴² EFTAs kunngjøring, kapittel 37 flg.

⁴³ EFTAs kunngjøring, avsnitt 23.

- (82) Konkurransetilsynet har etter en nærmere vurdering kommet til at det ikke er grunnlag for å gripe inn mot foretakssammenslutningen når det gjelder markedet for fedmekirurgi. Markedet omtales derfor ikke i det videre.

5.2.2.2 *Salg av henholdsvis ortopedi og plastikkirurgi fra private tilbydere til offentlig-, forsikrings- og pasientfinansierte kunder*

5.2.2.2.1 *Om produktmarkedet er snevrere enn fagområdet*

- (83) De enkelte behandlinger innen fagområdene ortopedi og plastikkirurgi vil ikke være substituerbare for pasientene. En vurdering av etterspørselssubstitusjon tilsier derfor en smal avgrensing av produktmarkedet. Det må videre vurderes hvorvidt det foreligger tilbudssubstitusjon mellom behandlinger innenfor fagområdene.
- (84) Innen fagområdet ortopedi benyttes i stor grad de samme innsatsfaktorene (kirurger med spesialisering innen ortopedi, sykepleiere, operasjonsstuer mm.) ved produksjon av de ulike behandlingene. Sykehus som tilbyr en type ortopedisk behandling kan raskt tilby andre typer ortopediske behandlinger. Melder har også anført at en lege som er spesialisert innen ortopedi kan utføre de vanligste typene operasjoner innenfor fagområdet.⁴⁴
- (85) Videre viser Konkurransetilsynets undersøkelser at markedsaktørene tilbyr et bredt utvalg av ortopediske behandlinger.⁴⁵ Enkelte aktører har opplyst at de har begrenset kapasitet, eller ikke har lokaliteter, til å utføre operasjoner som medfører at pasienter må overnatte ("inneliggende kirurgi"). Videre har enkelte opplyst at de ikke kan tilby operasjoner i nakke eller rygg. Konkurransetilsynet har ikke tatt endelig stilling til hvorvidt det foreligger tilbudssubstitusjon mellom disse og øvrige ortopediske behandlinger, ettersom det ikke får betydning for tilsynets konklusjoner i saken.
- (86) Innenfor plastikkirurgi er det i hovedsak de samme innsatsfaktorene (kirurger med spesialisering innen plastikkirurgi, sykepleiere, operasjonsstuer mm.) som benyttes ved produksjon av de ulike behandlingene. Konkurransetilsynets undersøkelser viser at markedsaktørene kan tilby samtlige plastikkirurgiske behandlinger som RHF-ene etterspør,⁴⁶ samt at private tilbydere som tilbyr plastikkirurgi oppgir at de kan utføre alle typer behandlinger.⁴⁷ Ettersom markedsaktørene tilbyr hele spekteret av behandlinger innenfor plastikkirurgi, finner Konkurransetilsynet det ikke nødvendig å ta endelig stilling til om det eksisterer ulike relevante produktmarkeder for enkeltbehandlinger.
- (87) Det finnes videre noen markedsaktører som bare tilbyr enklere kosmetiske behandlinger,⁴⁸ som laserbehandling og injeksjoner. Etter melders vurdering skal klinikker som bare tilbyr enklere behandlinger inngå i markedet på grunn av tilbudssubstitusjon.⁴⁹ Etablering innen plastikkirurgi for aktører som tilbyr injeksjoner (eks. Botox) og laserbehandlinger, vil innebære investeringer knyttet til å tilpasse eller finne nye lokaler, anskaffelse av nødvendig medisinsk utstyr og fagpersonell, samt irreversible investeringer i markedsføring, jf. avsnitt (389) og (390). Konkurransetilsynet har derfor kommet til at melders anførsel ikke kan føre frem, og at produktmarkedet ikke omfatter disse behandlingene.

⁴⁴ Meldingen, vedlegg 31, side 2.

⁴⁵ Brev fra Ringvoll Klinikken 13. april 2015, dokument nr. 114, side 3, brev fra Privathospitalet 31. mars 2015, dokument nr. 36, side 2, brev fra Kolibri 31. mars 2015, dokument nr. 40, side 3, brev fra Aviva Helse 31. mars 2015, dokument nr. 41, side 2, brev fra Volvat 7. april 2015, dokument nr. 48, side 2, brev fra Privatsykehuset Haugesund 10. april 2015, dokument nr. 60, side 3, brev fra Medi3 9. april 2015, dokument nr. 57, side 4, brev fra Mjøskirurgene 10. april 2015, dokument nr. 66, side 3, brev fra Nimi 30. mars 2015, dokument nr. 29, side 2.

⁴⁶ Brev fra Volvat 7. april 2015, dokument nr. 48, side 5, brev fra Privatsykehuset Haugesund 10. april 2015, dokument nr. 60, side 5, brev fra Medi3 9. april 2015, dokument nr. 57, side 6, brev fra Ringvoll Klinikken 13. april 2015, dokument nr. 114, side 4, brev fra Privathospitalet (Fana Medisinske senter) 31. mars 2015, dokument nr. 36, side 3, brev fra Kolibri 31. mars 2015, dokument nr. 40, side 5, brev fra Aviva Helse 31. mars 2015, dokument nr. 41, side 4. Akademikliniken har ikke besvart dette spørsmålet i sitt svarbrev.

⁴⁷ Brev fra Ringvoll Klinikken 13. April 2015, dokument nr. 114, side 4, brev fra Ibsensykehuset 9. april 2015, dokument nr. 61, side 6, m.fl.

⁴⁸ Eksempler på slike aktører er Hudspesialisten i Trondheim og flere av klinikkene til Akademikliniken.

⁴⁹ Meldingen, side 24.

- (88) Melder legger til at produktmarkedet ikke kan være snevrere enn fagområdene.⁵⁰ Britiske konkurransemyndigheter har lagt til grunn tilsvarende.⁵¹
- (89) Konkurransetilsynet har etter dette kommet til at det relevante produktmarkedet ikke kan være snevrere enn de aktuelle fagområder.

5.2.2.2.2 Om produktmarkedet er bredere enn fagområdet

- (90) Behandlinger innen ulike fagområder er ikke substituerbare for pasientene, og kan derfor etter en etterspørselssubstitusjonsvurdering ikke inngå i det samme produktmarkedet.
- (91) Videre blir spørsmålet om aktører innen tilgrensede fagområder på kort sikt og uten betydelige kostnader eller vesentlig risiko kan omstille produksjonen til også å omfatte det aktuelle fagområdet, jf. avsnitt (73).
- (92) En utvidelse av eksisterende virksomhet til et nytt fagområde vil som hovedregel kreve ansettelse av kvalifisert helsepersonell, investeringer i nytt medisinsk utstyr og eventuelt en ny sykehuskonsesjon. Å utvide en sykehuskonsesjon kan være relativt tidkrevende, jf. kapittel 6.3.2. Konkurransetilsynets undersøkelser viser videre at det kan være knapphet på kvalifisert helsepersonell⁵², jf. kapittel 6.3.2. En undersøkelse utført av britiske konkurransemyndigheter viser at knapphet på kvalifisert personell er den faktoren som har størst betydning for hvorvidt en aktør kan etablere seg innenfor et nytt fagområde.⁵³ Det vil videre kunne påløpe irreversible kostnader til markedsføring, jf. kapittel 6.5.3.1.3, 6.6.3.1.3 og (387). Dette indikerer begrenset grad av tilbudssubstitusjon mellom fagområder.
- (93) Videre viser Konkurransetilsynets undersøkelser at det foreligger etableringsbarrierer og begrenset potensiell konkurranse fra aktører i tilgrensede fagområder innen salg av ortopedi og plastikkirurgi, slik at tilbudssubstitusjon uansett ikke kan foreligge i denne saken, jf. kapittel 6.5 og 6.6. Britiske konkurransemyndigheter har tilsvarende også kommet til at det er begrenset grad av tilbudssubstitusjon mellom fagområder, og at produktmarkedet derfor ikke kan være bredere enn det aktuelle fagområdet.⁵⁴
- (94) Melder har anført at det for private sykehus med tilhørende operasjonsstue og andre fasiliteter, vil være enkelt å etablere eller utvide virksomheten til et nytt fagområde.⁵⁵ Tilsynet har ovenfor vist at anførselene ikke kan legges til grunn, jf. avsnitt (92) til (93).
- (95) Konkurransetilsynet har etter dette kommet til at det relevante produktmarkedet ikke kan være bredere enn det aktuelle fagområdet.

5.2.2.2.3 Avgrensing mot offentlig produksjon

- (96) Helsetjenester innen ortopedi og plastikkirurgi tilbys også av de offentlige helseforetakene. Problemstillingen som følger er hvorvidt pasienter innen de to fagområdene anser offentlig produksjon som et alternativ til det å betale for tjenesten selv eller benytte en helseforsikring. Spørsmålet gjelder i denne saken salg av ortopediske helsetjenester til forsikringsselskap, ettersom salg av plastikkirurgi til selvbetalende pasienter i hovedsak omfatter kosmetisk plastikkirurgi,⁵⁶ noe som ikke tilbys av det offentlige.
- (97) En pasient vil gjennom en helseforsikring raskere motta utredning og behandling enn gjennom det offentlige tilbudet. Forsikringsselskapene tilbyr normalt en behandlingsgaranti til

⁵⁰ Meldingen, side 24.

⁵¹ CMAs rapport *Private healthcare market investigation*, 2. april 2014, avsnitt 5.53 og CMAs sak Spire Healthcare/St. Anthony's Hospital, 17. oktober 2014, avsnitt 30.

⁵² Brev fra Medi3 9. april 2015, dokument nr. 57, side 6, brev fra Privathospitalet 31. mars 2015, dokument nr. 36, side 4, brev fra Nimi 30. mars 2015, dokument nr. 29, side 3, brev fra Helse Sør-Øst RHF 11. mai 2015, dokument nr. 150, side 3, brev fra Helse Nord RHF 11. mai 2015, dokument nr. 148, side 3, brev fra Helse Midt RHF 11. mai 2015, dokument nr. 151, side 2 og brev fra Helse Vest RHF 11. mai 2015, dokument nr. 146, side 2.

⁵³ CMAs rapport *Private healthcare market investigation*, 2. april 2014, avsnitt 5.31.

⁵⁴ CMAs rapport *Private healthcare market investigation*, 2. april 2014, avsnitt 5.53 og CMAs sak Spire Healthcare/St. Anthony's Hospital, 17. oktober 2014, avsnitt 30.

⁵⁵ Meldingen, side 23.

⁵⁶ Epost fra Advokatfirmaet Steenstrup Stordrange 27. august 2015, dokument nr. 256.

arbeidsgivere og privatpersoner som sikrer at pasienten får utredning og behandling innen eksempelvis 14 dager etter at selskapet har fått fullstendig og nødvendig medisinsk dokumentasjon.⁵⁷ For pasienten og forsikringsselskapene vil derfor ikke det offentlige tilbudet av ortopedi utgjøre et alternativ til helseforsikringen, ettersom det offentlige ikke kan tilby tilsvarende behandlingsgarantier.

- (98) Dette samsvarer med praksis fra britiske konkurransemyndigheter,⁵⁸ hvor det fremgår i en rapport utgitt av CMA, at: "(...) *the willingness of consumers to pay an extra charge for private acute healthcare is an indication of this being a different market from the NHS. The NHS as a whole has therefore been considered to be in a separate market from private acute healthcare.*" CMAs vurdering er basert på en gjennomgang av britisk og europeisk praksis innen helsemarkedene, og omhandler både selvbetalende og forsikringskunder.⁵⁹
- (99) Melder har anført⁶⁰ at privat og offentlig produksjon av ortopedi inngår i samme marked, noe Konkurransetilsynet ovenfor har vist ikke kan legges til grunn, jf. avsnitt (97) til (98).
- (100) Konkurransetilsynet finner basert på det ovenstående at salg fra private tilbydere til forsikringsselskaper må avgrenses mot offentlig produksjon.

5.2.2.2.4 Avgrensning mellom kundegrupper

- (101) Det følger av EFTAs kunngjøring 43 at produktmarkedets størrelse kan bli innsnevret dersom det kan identifiseres atskilte kundegrupper. En atskilt kundegruppe for det aktuelle produktet kan utgjøre et eget, smalere marked dersom det overfor denne gruppen kan anvendes andre priser. Dette vil som regel være tilfellet når to vilkår er oppfylt: a) når det klart kan fastslås hvilken gruppe den enkelte kunde tilhører på det tidspunkt produktet selges til vedkommende, og b) når handel mellom kundene eller formidling gjennom tredjemann ikke er praktisk mulig.
- (102) Som det fremgår av kapittel 4.1 selger private tilbydere helsetjenester til tre ulike kundegrupper, henholdsvis offentlig-, forsikring- og pasientfinansierte kundegrupper. Spørsmålet blir om de ulike kundegruppene tilfredsstiller vilkår som fremgår av EFTAs kunngjøring 43 a) og b), jf. avsnitt (101) ovenfor.
- (103) Etter Konkurransetilsynets vurdering kan de private tilbyderne enkelt identifisere hvilken kundegruppe pasienten tilhører på det tidspunkt helsetjenesten selges, ettersom selve betalingen identifiserer pasienten og dermed hvilken kundegruppe pasienten tilhører. Det er videre ikke mulig med handel mellom kundegrupper, eller mellom tredjemenn, ettersom pasienten mottar en helsetjeneste som ikke lar seg videreselge. Konkurransetilsynet finner derfor at det kan anvendes ulike priser for de ulike kundegruppene.
- (104) I meldingen legges til grunn at det er separate produktmarkeder for kundegrupper etter finansieringsstruktur.⁶¹
- (105) Konkurransetilsynet legger etter dette til grunn at de ulike kundegruppene inngår i ulike relevante produktmarkeder.

5.2.2.2.5 Konklusjon

- (106) Konkurransetilsynet har etter dette kommet til at det relevante produktmarkedet henholdsvis må avgrenses til fagområdene ortopedi og plastikkirurgi,⁶² samt at den private produksjonen

⁵⁷ Brev fra Gjensidige Forsikring ASA 30. april 2015. Brev fra Storebrand Helseforsikring AS 11. mai 2015 vedlagt dokumentet Storebrand Helse Behandling.

⁵⁸ CMAs rapport *Private healthcare market investigation*, 2. april 2014, avsnitt 5.53 og CMAs sak Spire Healthcare/St. Anthony's Hospital, 17. oktober 2014, avsnitt 32.

⁵⁹ CMAs rapport *Private healthcare market investigation*, 2. april 2014, avsnitt 5.15.

⁶⁰ Brev fra Advokatfirmaet Steenstrup Stordrange 22. juni 2015, dokument nr. 210, side 11.

⁶¹ Meldingen, side 21.

⁶² Tilsvarende har britiske og europeiske konkurransemyndigheter i ulike foretakssammenslutninger innen spesialisthelsetjenesten konkludert med at hvert fagområde utgjør egne relevante markeder, jf. CMAs sak Spire Healthcare/St. Anthony's Hospital, 17. oktober 2014 og Competition Commissions sak Royal Bournemouth and Christchurch Hospitals NHS Foundation Trust / Poole Hospital NHS Foundation Trust merger inquiry (CC), 17. oktober 2013.

innen ortopedi må avgrenses mot offentlig produksjon. Videre at det foreligger ulike relevante produktmarkeder for offentlig-, forsikrings- og pasientfinansierte kundegrupper.

5.2.2.3 Salg av henholdsvis ortopedi og plastikkirurgi fra private tilbydere til RHF

- (107) Private tilbydere selger i tillegg til ovennevnte kundegrupper henholdsvis ortopedi og plastikkirurgi til RHF-ene, jf. kapittel 4.1.2.

5.2.2.3.1 Anbudskonkurranse som relevant produktmarked

- (108) RHF-ene setter ut tjenester til private helsetilbydere, gjennom såkalte rammeavtaler, hvor tildelingen skjer gjennom anbudskonkurranser, jf. kapittel 4.1.2.
- (109) RHF-ene utlyser anbudskonkurranser innenfor de konkrete fagområdene.⁶³ Det angis i hver enkelt konkurranse hvilke behandlinger og volum som inngår i rammeavtalene. For eksempel som følge av ulike pasientbehov, samt forskjeller i lokale og/eller regionale konkurranseforhold, vil utformingen av konkurransene kunne variere mellom RHF-ene.
- (110) Etter Konkurransetilsynets oppfatning er det de behandlingene det enkelte RHF velger å inkludere innenfor fagområdet i den enkelte anbudskonkurranse som til enhver tid definerer det relevante produktmarkedet. Videre har melder beskrevet hvordan RHF-ene kan definere konkurransen i markedet.⁶⁴
- (111) Basert på det ovenstående har Konkurransetilsynet kommet til at det relevante produktmarkedet er anbudskonkurranser innenfor fagområdene ortopedi og plastikkirurgi.

5.2.2.3.2 Avgrensning mot egenproduksjon

- (112) For å oppfylle ansvaret om å tilby nødvendig helsehjelp til befolkningen i Norge kan de offentlige sykehusene i helseregionen tilby helsetjenestene selv, eller sette ut oppgaven til private sykehus, jf. kapittel 4.1.2.
- (113) Tidligere praksis fra Kommisjonen⁶⁵ og Konkurransetilsynet⁶⁶ viser at egenproduksjon normalt ikke inkluderes i de relevante produktmarkeder, og at det kun er produksjon som selges eksternt til uavhengige tredjeparter som således anses som en del av det relevante produktmarkedet. For å avgjøre om egenproduksjon inngår i et relevant produktmarkedet må det uansett foretas en konkret vurdering i den enkelte sak.⁶⁷ Problemstillingen som følger er derfor om RHF-ene vil produsere helsetjenestene selv dersom en hypotetisk monopolist øker prisene med 5 til 10 prosent i anbudskonkurransene.
- (114) Anbudskonkurransenes innhold, i form av behandlinger og volum, er bestemt før anbudsutlysning, og vil være basert på helseforetakenes samlede kapasitetsbehov innen det aktuelle fagområdet. Etter det Konkurransetilsynet kjenner til, utfører ikke RHF-ene beregninger som viser hva kostnadene vil bli dersom volumet i anbudskonkurransen alternativt utføres som egenproduksjon.⁶⁸
- (115) Videre viser Konkurransetilsynets undersøkelser at RHF-ene ikke har fleksibilitet til å øke egenproduksjonen på kort sikt, jf. kapittel 6.4.2, 6.5.2.1.3 og 6.6.2.1.3. Dette tilsier at helseforetakene ikke vil kunne tilpasse sin fordeling mellom egenproduksjon og innkjøpt volum ved en prisøkning, ettersom de ikke står i posisjon til å beregne alternativkostnaden ved de mottatte tilbud, eller har kapasitet til å ta over den eksterne produksjonen.
- (116) Ovenstående tilsier at egenproduksjon ikke utgjør et tilstrekkelig godt alternativ for RHF-ene, og at en hypotetisk monopolist i en anbudskonkurranse derfor vil finne en prisøkning

⁶³ Konkurranses grunnlagene i de siste anbudskonkurransene til de fire RHF-ene. Eksempelvis Helse Sør-Øst RHF's konkurransegrunnlag for anskaffelse av kirurgiske tjenester 3. april 2013 og Helse Nord RHF's konkurransegrunnlag for kjøp av somatiske spesialisttjenester fra private sykehus, 28. juni 2012.

⁶⁴ Meldingen, side 25 til 34.

⁶⁵ COMP/JV.55 Hutchison/RCPM/ECT, sak IV/M.779 Bertelsmann/CLT, sak IV/M.3496 – Magna/New Venture Gear og sak COMP/M.4781 – Norddeutsche Affinerie/Cumerio.

⁶⁶ V2008-12 Eurofins Danmark A/S – Lantmannen Analycen AB og V2013-1 Nor Tekstil AS – Sentralvaskeriene AS.

⁶⁷ V2014-13 Nortura SA – Prima Slakt AS.

⁶⁸ Referat fra telefonmøte med Helse Vest 30. juli 2015.

lønnsom. Videre viser praksis fra britiske konkurransemyndigheter at det kan avgrenses et eget markedet for salg fra private tilbydere til det offentlige, enten for behandlinger det offentlige ikke produserer selv, eller for behandlinger hvor det offentlige har behov for økt kapasitet.⁶⁹

- (117) Melder har anført at RHF-enes egenproduksjon skal inngå i anbudsmarkedet. I meldingen legges det til grunn at anbudsmarkedene skal avgrenses til kun å omfatte private sykehus.⁷⁰ I brev 22. juni 2015 har melder endret oppfatning og anfører at ut fra etterspørselssubstitusjon skal offentlige sykehus også inngå i anbudsmarkedene.⁷¹ Videre anfører melder i tilsvaret at egenproduksjon er et alternativ til privat produksjon.⁷²
- (118) Konkurransetilsynet har ovenfor vist at melders anførsler ikke kan legges til grunn, jf. avsnitt (114) til (116). Konkurransetilsynet vil imidlertid foreta en konkret vurdering av betydningen av RHF-enes egenproduksjon under kapittelet om kjøpermakt i konkurranseanalysene nedenfor, jf. kapittel 6.5.2.1.3 og 6.6.2.1.3.
- (119) Konkurransetilsynet legger etter dette til grunn at anbudsmarkedene må avgrenses mot RHF-enes egenproduksjon.

5.2.2.3.3 Konklusjon

- (120) Etter dette har Konkurransetilsynet kommet til at det relevante produktmarkedet for salg av henholdsvis ortopedi og plastikkirurgi til RHF er anbudskonkurranser innenfor fagområdene ortopedi og plastikkirurgi. RHF-enes egenproduksjon inngår ikke i markedet.

5.2.2.4 Hovedkonklusjon

- (121) Konkurransetilsynet har etter dette avgrenset tre relevante produktmarkeder:
 - 1) Markedene for salg av henholdsvis ortopedi og plastikkirurgi fra private tilbydere til RHF-ene (anbudsmarkedene for hhv. ortopedi og plastikkirurgi).
 - 2) Markedet for salg av ortopedi fra private tilbydere til forsikringsselskaper (forsikringsmarkedet).
 - 3) Markedet for salg av plastikkirurgi fra private tilbydere til selvbetalende pasienter (markedet for plastikkirurgi).

5.3 Det relevante geografiske marked

5.3.1 Innledning

- (122) Et relevant geografisk marked er et område hvor virksomheten ved salg eller etterspørsel av produkter og tjenester møter tilstrekkelig ensartede konkurransevilkår, og som kan holdes atskilt fra tilgrensede områder, særlig fordi konkurransevilkårene der er merkbart forskjellige.⁷³ Det relevante geografiske markedet avgrenses med utgangspunkt i etterspørernes substitusjonsmuligheter.
- (123) Det er Konkurransetilsynets oppfatning at lokaliseringen av sykehusenes pasienter kan benyttes som en hensiktsmessig tilnærming ved avgrensningen av hvert enkelt geografiske marked. I denne forbindelse har tilsynet definert sykehusenes dekningsområde som det området hvor pasientene som står for 80 prosent⁷⁴ av omsetningen kommer fra.⁷⁵

⁶⁹ CMAs sak Spire Healthcare/St. Anthony's Hospital, 17. oktober 2014, avsnitt 36.

⁷⁰ Meldingen, vedlegg 13, side 1.

⁷¹ Brev fra Advokatfirmaet Steenstrup Stordrange 22. juni 2015, dokument nr. 210, side 10 og 11.

⁷² Tilsvaret, side 9.

⁷³ EFTAs kunngjøring kapittel 8.

⁷⁴ Britiske konkurransemyndigheter har også lagt til grunn en slik tilnærming ved behandling av fusjoner mellom private sykehus, jf. CMAs sak Spire Healthcare/St. Anthony's Hospital, 17. oktober 2014 side 9. Videre har også Konkurransetilsynet i flere tidligere saker lagt til grunn at en aktørs dekningsområde omfatter de kundene som står for minst 80 prosent av omsetningen, jf. f.eks., V2015-24 Coop Norge Handel AS – ICA, V2014-9 Norsk Gjenvinning AS – Avfall Sør Bedrift AS, avsnitt 224 og V2012-18 Plantasjen Norge AS – Oddernes Gartneri AS, avsnitt 107.

- (124) Dekningsområdet reflekterer imidlertid ikke nødvendigvis fullt ut pasientenes vilje til å reise lenger, for eksempel dersom en hypotetisk monopolist øker prisene med 5 til 10 prosent. Denne tilnærmingen kan dermed føre til at det geografiske markedet defineres for snevert. Konkurransetilsynet vil derfor i konkurranseanalysene i kapittel 6.5 og 6.6 nedenfor ta hensyn til konkurranse fra aktører utenfor dekningsområdene dersom dette er relevant.
- (125) Konkurransetilsynet har i sakens anledning innhentet pasientdata for 2014 fra henholdsvis Aleris og Teres.⁷⁶ Av dataene fremgår postnummer for hver av pasientene ved de ulike sykehusene, samt omsetningen knyttet til den enkelte pasient. Dataene inneholder også for hver pasient informasjon om fagområde og finansieringsmetode.
- (126) Med utgangspunkt i denne informasjonen har tilsynet for hvert sykehus analysert hvilke kommuner/fylker pasientene kommer fra, gitt de ulike finansieringsmetodene og de ulike fagområdene. Informasjonen er benyttet til å undersøke dekningsområdet til Aleris og Teres.
- (127) De relevante geografiske markeder avgrenses i det følgende.

5.3.2 Konkurransetilsynets vurdering av det relevante geografiske marked

5.3.2.1 Anbudsmarkedene for henholdsvis ortopedi og plastikkirurgi

- (128) RHF-ene har ansvar for å tilby nødvendig helsehjelp i de aktuelle helseregioner, jf. kapittel 4.1.2. For å oppfylle ansvaret tildeler RHF-ene enkelte helsetjenester til private sykehus gjennom anbudskonkurranser. RHF-ene ønsker helsetilbud med geografisk nærhet til pasienten innenfor sine respektive helseregioner, og lyser derfor kun ut anbudskonkurranser innenfor egen helseregion.⁷⁷ Dette tilsier etter Konkurransetilsynets vurdering at det geografiske markedet ikke er større enn den enkelte helseregion.
- (129) RHF-ene har i sine strategidokument og konkurransegrunnlag understreket viktigheten av å ha et helsetilbud med nærhet til pasienter i hele helseregionen.⁷⁸ For eksempel stilte Helse Nord RHF i siste anbudskonkurranse krav om at tilbyderne måtte være lokalisert mindre enn ti kilometer fra sentrum av Tromsø eller Bodø.⁷⁹ Videre var Helse Vest RHF sine siste anbudskonkurranse inndelt i byene Bergen, Haugesund og Stavanger.⁸⁰ Helse Sør-Øst RHF stilte ingen spesifikke krav til lokasjon i sin siste anbudskonkurranse, men av utlysningen fremkom at geografisk beliggenhet ville bli tatt hensyn til ved tildeling.⁸¹ Den geografiske utstrekningen til anbudsmarkedene fastsettes således av RHF-ene i hver enkelt anbudskonkurranse.
- (130) Melder anfører at markedenes geografiske avgrensning fastsettes av RHF-enes anbudskonkurranser,⁸² samt at anbudskonkurransene som regel deles opp i ett eller flere sykehusområder, eventuelt at konkurransen gjelder for hele helseregionen.⁸³ Melder legger til grunn at markedet er regionalt.⁸⁴

⁷⁵ Tilnærmingen vil ikke gjelde anbudsmarkedene, ettersom RHF-ene definerer det geografiske markedet i sin anbudsutlysning, jf. kapittel 5.3.2.1 nedenfor.

⁷⁶ Brev fra Advokatfirmaet Schjødt AS 5. mai 2015, dokument nr. 125 og brev fra Advokatfirma Steenstrup Stordrange DA 6. mai 2015, dokument nr. 128.

⁷⁷ Ved ett unntak i 2007 inngikk Helse Nord RHF avtale med et privat sykehus utenfor egen helseregion for å skape konkurranse. Helse Nord RHF opplyser at dette ble gjort for å oppnå bedre priser, men at det av hensyn til pasienter og reisekostnader ikke er en ønskelig situasjon. Brev fra Helse Nord RHF 10. april 2015, dokument nr. 65, side 14.

⁷⁸ Brev fra Helse Nord RHF 10. april 2015, dokument nr. 65, vedlegg 2, side 3, brev fra Helse Sør-Øst RHF 10. april 2015, dokument nr. 67, vedlegg 10, side 13 og 14, brev fra Helse Vest RHF 31. mars 2015, dokument nr. 35, vedlegg 1, side 3 og brev fra Helse Midt-Norge RHF 10. april 2015, dokument nr. 69, vedlegg 1, side 5.

⁷⁹ Brev fra Helse Nord RHF 10. april 2015, dokument nr. 65, vedlegg 2, side 3.

⁸⁰ Brev fra Helse Vest RHF 31. mars 2015, dokument nr. 35, side 2.

⁸¹ Brev fra Helse Sør-Øst RHF 10. april 2015, dokument nr. 67, vedlegg 10, side 13 og 14.

⁸² Meldingen, side 43.

⁸³ Meldingen, side 43.

⁸⁴ Presentasjon fra møtet mellom Aleris og Konkurransetilsynet 11. mai 2015, side 7.

- (131) Basert på det ovennevnte er Konkurransetilsynet av den oppfatning at de relevante geografiske markedene for anbudskonkurranser innenfor fagområdene ortopedi og plastikkirurgi, er den enkelte helseregion hvor konkurransen utlyses.
- (132) Konkurransetilsynets vurdering er at markedenes geografiske utstrekning kan være snevrere enn den enkelte helseregion, men Konkurransetilsynet finner det ikke nødvendig å ta endelig stilling til dette, ettersom det ikke har betydning for tilsynets konklusjoner i saken.

5.3.2.2 Forsikringsmarkedet

5.3.2.2.1 Innledning

- (133) En forsikringsfinansiert pasient vil, alt annet likt, ønske å minimere sine reisekostnader ved innkjøp av helsetjenester.⁸⁵ Det er forsikringsselskapene som i de fleste tilfeller avgjør hvilket sykehus eller helsesenter pasienten skal behandles på⁸⁶, men forsikringsselskapene ønsker uansett å tilby behandlinger til forsikringspasientene i deres eget nærområde.⁸⁷ Dette taler i utgangspunktet for en lokal og/eller regional avgrensning av markedet.
- (134) For å vurdere markedets geografiske utstrekning benytter tilsynet informasjon om pasientenes faktiske reisemønstre, jf. kapittel 5.3.1. Konkurransetilsynets analyse av pasientdata for partenes sykehus i Nord- Norge og Midt- Norge (Tromsø, Bodø og Trondheim) viser at kundene som til sammen står for 80 prosent av sykehusenes omsetning innen forsikringsfinansiert ortopedi er bosatt [redacted], jf. kapittel 5.3.2.2.2 og 5.3.2.2.3 nedenfor. Dette taler etter Konkurransetilsynets vurdering for en regional avgrensning av markedet.
- (135) [redacted]
[redacted]⁸⁸ At markedsaktørene konkurrerer lokalt samsvarer også med høringssvar fra forsikringsselskapene,⁸⁹ samt opplysninger i høringssvar⁹⁰ til Ibsensykehuset og Nimi. Samlet finner Konkurransetilsynet at ovenstående taler for at det geografiske markedet må avgrenses lokalt eller regionalt.
- (136) Høringssvar fra Volvat, If og Tryg taler imidlertid for at konkurransen i forsikringsmarkedet har en nasjonal dimensjon.⁹¹ [redacted]

⁸⁵ CMAs rapport *Private healthcare market investigation*, 2. april 2014, avsnitt 5.56.

⁸⁶ Brev [redacted]

⁸⁷ [redacted]

Brev fra Vertikal Helseassistanse AS 27. mars 2015, dokument nr. 28, svar på spørsmål 11 og 12 og [redacted]

⁸⁸ [redacted]

⁸⁹ [redacted]

[redacted], jf. [redacted]

[redacted], jf. brev [redacted]

Se også høringssvar fra Tryg Forsikring AS 11. mai 2015, dokument nr. 142, svar på spørsmål 5 og 7.

⁹⁰ Ibsensykehusets største konkurrenter [redacted]

[redacted], jf. brev fra Ibsensykehuset AS 9. april 2015, dokument nr. 61, svar på spørsmål 6. Nimi opplyser at om lag [redacted] av deres pasienter innen ortopedisk kirurgi er bosatt [redacted]

[redacted], jf. brev fra Nimi AS 15. mai 2015, dokument nr. 161, svar på spørsmål 2.

⁹¹ I høringssvar fra Volvat fremkommer at de anser markedet som nasjonalt ettersom forsikringsselskapene er "opptatt av å beholde en bredde av leverandører", jf. brev fra Volvat Medisinske Senter AS 7. april 2015, dokument nr. 48. Videre uttaler If Skadeforsikring at [redacted]

- (137) Selv om det foregår nasjonale forhandlinger mellom forsikringsselskapene og sykehusene, og pris ofte fastsettes felles for samtlige av leverandørens sykehus, er det Konkurransetilsynets oppfatning at lokale eller regionale konkurranseforhold vil påvirke partenes incentiver til å utøve markedsrett. Årsaken til dette er at det i forhandlingene vil være forsikringsselskapenes mulighet til å vri etterspørselen til øvrige aktører i lokale eller regionale områder som er avgjørende for om sykehusene har incentiver til å utøve markedsrett. Dette er også i samsvar med forsikringsselskapenes oppfatning av konkurranseforholdene i lokale eller regionale markeder, jf. avsnitt (135). En slik tilnærming legges også til grunn av britiske konkurransemyndigheter.⁹⁴
- (138) Melder anfører at markedet har nasjonal utstrekning, men at det er sannsynlig at også utenlandske sykehus skal inkluderes i markedet.⁹⁵ Konkurransetilsynet har ovenfor vist at anførselen ikke kan legges til grunn.
- (139) Etter dette legger Konkurransetilsynet til grunn at forsikringsmarkedet har en lokal og/eller regional utstrekning.
- (140) Konkurransetilsynet vil i det videre foreta en konkret avgrensning av de relevante geografiske markeder. Dette gjøres ved å undersøke dekningsområdene til partenes sykehus, jf. kapittel 5.3.1.

5.3.2.2.2 Finnmark, Troms og nord i Nordland

- (141) Konkurransetilsynets analyse av pasientdata fra partenes sykehus i Tromsø, henholdsvis Aleris Tromsø og Teres Tromsø, viser at pasientene som tilsammen står for 80 prosent av sykehusenes omsetning i forsikringsmarkedet er bosatt [redacted].
- (142) Videre viser data fra Teres Klinikken Bodø at [redacted]. 80 prosent av sykehusets omsetning i forsikringsmarkedet er knyttet til pasienter bosatt [redacted]. Videre er [redacted] prosent av sykehusets omsetning i forsikringsmarkedet knyttet til pasienter bosatt [redacted].
- (143) Basert på kundenes lokalisering og sykehusenes dekningsområder legger Konkurransetilsynet til grunn at det geografiske markedet er Finnmark, Troms og nord i Nordland, jf. avsnitt (133).

5.3.2.2.3 Nord- og Sør-Trøndelag

[redacted], jf. brev fra If Skadeforsikrings NUF 27. mars 2015, dokument nr. 31, side 10. Se også brev fra Tryg Forsikring AS 13. april 2015, dokument nr. 70, side 4.

⁹² [redacted]

⁹³ Brev [redacted].

Videre viser brev fra [redacted]

[redacted]. Endelig uttaler [redacted]

[redacted], jf. brev [redacted]

⁹⁴ CMAs rapport *Private healthcare market investigation*, 2014.

⁹⁵ Meldingen, side 44.

- (144) Konkurransetilsynets analyse av pasientdata fra partenes sykehus i Trondheim, henholdsvis Aleris Trondheim, Teres Rosenberg og Teres Stokkan, viser at pasientene som står for 80 prosent av det enkelte sykehus sin omsetning innen forsikringsmarkedet er bosatt [REDACTED].
- (145) Videre er henholdsvis [REDACTED], [REDACTED] og [REDACTED] prosent av omsetningen i forsikringsmarkedet til Teres Rosenberg, Teres Stokkan og Aleris Trondheim knyttet til pasienter [REDACTED].
- (146) Basert på kundenes lokalisering og sykehusenes dekningsområder legger Konkurransetilsynet til grunn at det geografiske markedet er Nord- og Sør-Trøndelag, jf. avsnitt (133).

5.3.2.2.4 Konklusjon

- (147) Samlet finner Konkurransetilsynet at de relevante geografiske markeder er regionale i utstrekning, henholdsvis Finnmark, Troms og Nord i Nordland og Nord- og Sør-Trøndelag.
- (148) Som det fremgår av avsnitt (133) er forsikringsselskapene opptatt av å tilby helsetjenester i kundenes nærområde. Dette kan indikere at den geografiske utstrekningen til de relevante produktmarkeder kan være snevrere, men det er ikke nødvendig å ta endelig stilling til dette, ettersom det ikke har betydning for tilsynets konklusjoner i saken.

5.3.2.3 Markedet for salg av plastikkirurgi

5.3.2.3.1 Innledning

- (149) En selvbetalende pasient vil, alt annet likt, ønske å minimere sine reisekostnader ved innkjøp av helsetjenester.⁹⁶ Dette taler i utgangspunktet for en lokal og/eller regional avgrensning av markedet.
- (150) For å vurdere markedets geografiske utstrekning har Konkurransetilsynet i denne saken tatt utgangspunkt i informasjon om pasientenes faktiske reisemønster, jf. kapittel 5.3.1. Konkurransetilsynets analyse av pasientdata for partenes sykehus i Trondheim, henholdsvis Aleris Trondheim og Teres Stokkan, viser at kundene som til sammen står for 80 prosent av sykehusenes omsetning innen markedet for plastikkirurgi er bosatt [REDACTED], jf. kapittel 5.3.2.3.2 nedenfor. Dette taler for en regional avgrensning av markedet.
- (151) Konkurransetilsynet finner videre at interne dokumenter hos Teres taler for en lokal/og eller regional avgrensning. For eksempel finner Teres for alle sykehus [REDACTED]⁹⁷ [REDACTED]⁹⁸.
- (152) Konkurransetilsynet har i høringsrunden mottatt opplysninger om hvem markedsaktørene anser som sine nærmeste konkurrenter. Fra høringssvarene fremkommer at nær geografisk beliggenhet til en konkurrent er en sentral faktor for hvorvidt aktørene anser andre tilbydere av plastikkirurgi som nære konkurrenter.⁹⁹ Dette taler etter Konkurransetilsynets oppfatning videre for at det geografiske markedet må avgrenses regionalt.

⁹⁶ CMAs rapport *Private healthcare market investigation*, 2. april 2014, avsnitt 5.56.

⁹⁷ Internt dokument fra Teres, nr. 61, side 21.

⁹⁸ Internt dokument fra Teres, nr.88, side 6.

⁹⁹ [REDACTED] sine største konkurrenter ligger alle innenfor en kjøretid på 15 minutter unna klinikken, jf. [REDACTED]. [REDACTED] opplyser om at deres største konkurrenter er klinikker/sykehus på Sør- og Østlandet, som ligger innenfor en kjøretid på om lag to timer jf. [REDACTED]. Videre indikerer også [REDACTED] sine største konkurrenter at utstrekningen av markedet er lokalt, da konkurrentene ligger innenfor en kjøretid på under to timer, jf. [REDACTED] samt [REDACTED] sine største konkurrenter ligger innenfor en kjøretid på 15 minutter, jf. [REDACTED]. [REDACTED] oppgir konkurrenter i Stavanger og Sandnes, jf. [REDACTED].

- (153) Konkurransetilsynet har endelig vurdert hvorvidt de norske aktørene kan møte konkurranse fra utenlandske aktører. Melder har anført at stadig flere norske pasienter velger å ta plastikkoperasjoner i utlandet.¹⁰⁰ I høringssvar fra konkurrenter fremkommer det at utenlandske aktører ikke anses som konkurrenter.¹⁰¹ For eksempel uttaler [redacted] at "[i] privatmarkedet generelt lite konkurranse fra utlandet".¹⁰² Konkurransetilsynet har derfor kommet til at det geografiske markedet må avgrenses mot utenlandske aktører.¹⁰³
- (154) Melder anfører at markedet i utgangspunktet skal avgrenses nasjonalt, men at enklere, tilgjengelige og mindre kostbare behandlinger omfattes av lokale eller regionale markeder.¹⁰⁴ Konkurransetilsynet har ovenfor vist at anførselene om at markedet i utgangspunktet skal avgrenses nasjonalt, ikke kan legges til grunn, jf. avsnitt (150) til (153).
- (155) På bakgrunn av det ovennevnte legger Konkurransetilsynet til grunn at markedet for plastikkirurgi har en lokal og/eller regional utstrekning.
- (156) Konkurransetilsynet vil i det videre foreta en konkret avgrensning av det geografiske markedet i denne saken. Dette gjøres ved å undersøke dekningsområdene til partenes sykehus, jf. kapittel 5.3.1 avsnitt (123) til (125).

5.3.2.3.2 Nord- og Sør-Trøndelag

- (157) Konkurransetilsynets analyse av pasientdata fra partenes sykehus i Trondheim, henholdsvis Aleris Trondheim og Teres Stokkan, viser at pasientene som står for 80 prosent av det enkelte sykehus sin omsetning innen markedet for plastikkirurgi er bosatt [redacted].
- (158) Videre er henholdsvis [redacted] og [redacted] prosent av omsetningen til Teres Stokkan og Aleris Trondheim knyttet til pasienter innen markedet for plastikkirurgi bosatt [redacted].
- (159) Basert på kundenes lokalisering og sykehusenes dekningsområder legger Konkurransetilsynet til grunn at det geografiske markedet er Nord- og Sør-Trøndelag. Som det fremgår ovenfor har partene [redacted]. Dette kan indikere at den geografiske utstrekningen av markedet kan være snevrere enn Nord- og Sør-Trøndelag, men Konkurransetilsynet finner det er ikke nødvendig å ta endelig stilling til dette, ettersom det ikke har betydning for konklusjonen i saken.

5.3.2.3.3 Konklusjon

[redacted], disse ligger innenfor en kjøretid på om lag 15 minutter. [redacted] oppgir konkurrenter som er innenfor en kjøretid på om lag 15 minutter, samt i tillegg [redacted] i Trondheim, jf. [redacted].

¹⁰⁰ Meldingen, side 46-47.

¹⁰¹ Blant annet svar på spørsmål 19 i brev fra [redacted]

[redacted], brev fra [redacted], brev fra [redacted], brev fra [redacted], brev fra [redacted], brev fra [redacted]

[redacted] og svar på spørsmål 8 i brev fra [redacted]

¹⁰² Brev fra [redacted].

¹⁰³ For ordens skyld opplyses at to klinikker i Oslo og Moss opplyser at Clinique Strømstad i Sverige ved den norske grensen anses som en konkurrent, jf. brev fra Østfold Plastikkirurgi AS 3. mai 2015, dokument nr 18 og brev fra Oslo Privatklinikk AS 11. mai 2015, dokument nr. 152. Clinique Strømstad ligger henholdsvis om lag en time og en time og 30 minutter unna Moss og Oslo.

¹⁰⁴ Meldingen, side 46.

- (160) Etter dette finner Konkurransetilsynet at det relevante geografiske marked er Nord- og Sør-Trøndelag. Konkurransetilsynets vurdering er at markedets geografiske utstrekning kan være snevrere, men det er ikke nødvendig å ta endelig stilling til dette, ettersom det ikke har betydning for tilsynets konklusjoner i saken.

5.4 Konklusjon

- (161) Konkurransetilsynet har etter dette avgrenset følgende relevante markeder i saken: anbudsmarkedene i helseregionene Nord og Midt-Norge, forsikringsmarkedet i Finnmark, Troms og nord i Nordland og Nord- og Sør-Trøndelag, samt markedet for plastikkirurgi i Nord- og Sør-Trøndelag.

5.5 Øvrige berørte markeder

- (162) I varselet fremgår det at Konkurransetilsynet vurderte å fatte vedtak om å forby ervervet og overtakelsen av Teres' virksomhet i anbudsmarkedene i helseregionene Vest og Sør-Øst, forsikringsmarkedet i Hordaland og Rogaland, samt markedet for plastikkirurgi i Hordaland og Stavangerområdet, og at partene ikke hadde dokumentert effektivitetsgevinster som kunne oppveie det samfunnsøkonomiske tapet som følge av foretakssammenslutningen.
- (163) Konkurransetilsynet har etter en nærmere vurdering kommet til at det ikke er grunnlag for å gripe inn mot foretakssammenslutningen når det gjelder nevnte markeder.

6 Konkurransbegrensende virkninger

6.1 Innledning

- (164) Konkurransetilsynet skal forby foretakssammenslutninger som «vil føre til eller forsterke en vesentlig begrensning av konkurransen i strid med lovens formål», jf. konkurranseloven § 16 første ledd, jf. § 1.
- (165) Ved en vesentlig begrenset konkurranse vil de involverte foretak kunne utøve markedspekt. Med markedspekt menes vanligvis en bedrifts evne til å kunne gjennomføre en varig og ikke ubetydelig prisøkning, uten at omsatt kvantum synker så mye at det blir ulønnsomt. En aktør med markedspekt kan i større eller mindre grad opptre uavhengig av sine konkurrenter, kunder og leverandører.
- (166) Markedspekt kan komme til uttrykk gjennom høyere priser, eventuelt i kombinasjon med høyere kostnader, men kan også gi utslag i dårligere service, kvalitet og produktutvalg, og begrenset produktutvikling.¹⁰⁵
- (167) Utøvelse av markedspekt innebærer en sløsing i samfunnsøkonomisk forstand, idet markedstilpasningen gir en samlet ressursbruk som er mindre effektiv enn den ville ha vært med virksom konkurranse. Markedspekt kan utøves ensidig eller kollektivt.
- (168) Markedsandeler brukes til å beregne konsentrasjonen i de markedene der dette er hensiktsmessig. Konkurransetilsynet legger til grunn at høy markedskonsentrasjon normalt vil være en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for å fastslå at konkurransen er begrenset. Beskrivelsen av konsentrasjonen i markedet er derfor et utgangspunkt for en nærmere analyse av de konkurransemessige virkningene av foretakssammenslutningen.
- (169) Dersom konkurransen er vesentlig begrenset allerede før foretakssammenslutningen, er det tilstrekkelig at foretakssammenslutningen vil forsterke den vesentlige konkurransebegrensningen. Det følger av forarbeidene til konkurranseloven at det i tilfeller hvor konkurransen allerede før foretakssammenslutningen er vesentlig begrenset, ikke stilles noen minimumskrav til hvor mye ervervet må forsterke denne begrensningen.¹⁰⁶
- (170) I markeder med differensierte produkter vil ikke markedsandeler eller andre mål på konsentrasjonen i markedet, nødvendigvis reflektere konkurranseintensiteten mellom aktørene. Årsaken er at markedsandeler kan over- eller underestimere hvor nære konkurrenter

¹⁰⁵ Kommisjonens retningslinjer for vurdering av horisontale foretakssammenslutninger (2004/C 31/03), avsnitt 8.

¹⁰⁶ Ot.prp. nr. 6 (2003-2004), side 229.

aktørene i markedet er.¹⁰⁷ I vurderingen av foretakssammenslutningens konkurransemessige virkninger, vil derfor Konkurransetilsynet også legge vekt på hvor nære konkurrenter partene er.

- (171) I tillegg til markedskonsentrasjon og konkurransenærhet vil ledig kapasitet, etableringshindringer, potensiell konkurranse og kjøpermakt og kunne påvirke graden av konkurranseintensitet i et marked med differensierte produkter, og dermed aktørenes markedsrett.
- (172) Konkurransetilsynet vurderer karakteristika ved markedene, konkurransenærhet og kapasitet i helsemarkedene i kapittel 6.2. Etableringsbarrierer og potensiell konkurranse vurderes i kapittel 6.3 og kjøpermakt i kapittel 6.4. Den konkrete vurderingen i hvert enkelt relevant marked fremgår av kapittel 6.5 og 6.6.

6.2 Generelt om karakteristika ved helsemarkedene, konkurransenærhet og kapasitet

6.2.1 Differensierte tjenester

- (173) Aktørene i helsemarkedene er differensiert langs en rekke dimensjoner, for eksempel gjennom geografisk beliggenhet og produkttilbud. I produkttilbudet vil for eksempel pris, kvalitet og tilbudets omfang kunne inngå. Innen produkttilbudet er pris og kvalitet særlig viktige konkurranseparametere i anbudsmarkedene.¹⁰⁸
- (174) Differensiering med hensyn til kvalitet vil for eksempel kunne være knyttet til kirurgenes erfaring og antall gjennomførte operasjoner, et lavt antall reoperasjoner etc. Videre kan produkttilbudet også differensieres med hensyn til hvilke fagområder av helsetjenester som tilbys og bredden i produkttilbudet innen hvert fagområde, samt om det tilbys inneliggende kirurgi eller kun dagkirurgi.
- (175) Konkurransetilsynet legger derfor til grunn at de private sykehusaktørene tilbyr differensierte tjenester. Dette er også tidligere lagt til grunn av britiske konkurransemyndigheter.¹⁰⁹ Melder angir pris, kvalitet og ventetid som faktorer som påvirker etterspørernes valg av produkt i de berørte markedene.¹¹⁰

6.2.2 Konkurransenærhet i anbuds- og forsikringsmarkedene

6.2.2.1 Innledning

- (176) Ved anskaffelser av spesialisthelsetjenester fra private sykehus fastsettes prisene gjennom anbudskonkurranser, jf. kapittel 4.1.2. I anbudskonkurransene oppgir de private sykehusene stykkpriser per tilbudt operasjon.¹¹¹ I anbudene har RHF-ene ofte benyttet lukket budgivning der det bare er tillatt å inngi anbud én gang.
- (177) I forsikringsmarkedet lyser flere av forsikringsselskapene ut avtalene på anbud for deretter å gå inn i forhandlinger med aktørene.¹¹² Enkelte forsikringsselskap, som for eksempel Vertikal Helse, forhandler imidlertid direkte med aktørene uten anbudskonkurranse i forkant.¹¹³
- (178) I markedene omtalt i avsnitt (176) til (177) foregår prisdannelsen gjennom anbudslignende prosesser. Konkurransetilsynet legger til grunn at mekanismene som gir opphav til konkurransebegrensende virkninger i slike markeder til en viss grad vil være tilsvarende som i øvrige markeder hvor aktørene tilbyr differensierte produkter og konkurrerer på pris. I såkalte

¹⁰⁷ COMP/M.5658 Unilever/Sara Lee, avsnitt 158.

¹⁰⁸ Meldingen, side 59.

¹⁰⁹ CMAs sak Spire Healthcare/St. Anthony's Hospital, 17. oktober 2014, avsnitt 55.

¹¹⁰ Meldingen, side 59 og 60.

¹¹¹ Meldingen, side 33.

¹¹² Brev fra If Skadeforsikring NUF 27. mars 2015, dokument nr. 31, side 4-5, brev fra Tryg Forsikring AS 13. april 2015, dokument nr. 70, side 3, brev fra Gjensidige Forsikring AS 8. april 2015, dokument nr. 62, side 3 og brev fra Storebrand Helseforsikring AS 9. april 2015, dokument nr. 58, side 1-2.

¹¹³ Brev fra Vertikal Helseassistanse AS 27. mars 2015, dokument nr. 28, side 3.

perfekte anbudsmarkeder kan det imidlertid være sterk konkurranse selv om det er få aktører i markedet.¹¹⁴

- (179) Økonomisk teori stiller imidlertid strenge krav til hva som kan kategoriseres som et perfekt anbudsmarked, herunder at marginalkostnadene er konstante, bedriftene er identiske eller veldig like, at det ikke er kapasitetsbegrensninger samt at etableringshindringene er høye.¹¹⁵
- (180) Som det fremgår av kapittel 6.2.1 er aktørene i markedet differensiert med hensyn til kvaliteten de tilbyr. For eksempel vil aktører som er godt kjent i markedet og allerede leverer spesialisthelsetjenester til et RHF etter tilsynets vurdering ha bedre forutsetninger for å oppnå høy uttelling på kvalitet i anbudskonkurransene. Videre legger Konkurransetilsynet til grunn at det er etableringshindringer i markedet, jf. kapittel 6.3.2.
- (181) På bakgrunn av det ovenstående legger Konkurransetilsynet til grunn at markedene omtalt i avsnitt (176) og (177) ikke kan kategoriseres som perfekte anbudsmarked, selv om kontrakter i markedet ofte inngås ved anbudslignende prosesser. Ettersom flere av kriteriene for perfekte anbudsmarkeder ikke er tilfredsstilte, er man "*quickly back into the familiar world of problems of dominance and unilateral and coordinated effects*".¹¹⁶
- (182) Gjennom foretakssammenslutningen internaliseres konkurransepresset partene tidligere har utøvd på hverandre, noe som kan gi insentiver til mindre aggressiv budgivning etter foretakssammenslutningen. Et sentralt vurderingstema for å vurdere hvorvidt det oppstår slike konkurransebegrensende virkninger vil være hvor nære konkurrenter partene er.¹¹⁷ Selv om de aktuelle markedene ikke kan karakteriseres som perfekte anbudsmarkeder, vil det være relevant for vurderingen av konkurransenærhet hvor mange som byr og hvem av dem som gir de beste tilbudene. Det faktum at det er anbudsprosesser er også av relevans for vurderingen av kjøpermakt.

6.2.2.2 Nærmere om konkurransenærhet i anbud- og forsikringsmarkedene

- (183) I det følgende vil Konkurransetilsynet beskrive nærmere viktige faktorer som vil kunne ha betydning for hvor nære konkurrenter aktørene i anbud- og forsikringsmarkedene er. I kapittel 6.2.2.3 vil tilsynet vurdere overordnede forhold som tilsier at partene er nære konkurrenter i disse markedene, mens den konkrete vurderingen av konkurransenærhet foretas i hvert enkelt relevant marked nedenfor, jf. kapittel 6.5 og 6.6.
- (184) Som nevnt ovenfor vil den geografiske lokaliseringen av sykehus kunne være en viktig konkurranseparameter i helsemarkedene, jf. avsnitt (173). En reise er forbundet med kostnader for pasientene, både i monetær forstand, men også i den forstand at lang reisevei vil kunne virke belastende for en pasient uansett finansieringsmåte. Sistnevnte fremgår blant annet i høringssvar fra Helse Vest RHF: "*Helse Vest opplever at svært mange pasienter pga. sin helsetilstand ikke ønsker å reise langt for behandling (...)*".¹¹⁸ At pasienter, alt annet likt, foretrekker kort reiseavstand, legges også til grunn av britiske konkurransemyndigheter.¹¹⁹ Avstanden mellom sykehus vil derfor kunne si noe om hvor nære konkurrenter aktører er.¹²⁰
- (185) Et dekningsområde viser hvor kundene som til sammen står for 80 prosent av omsetningen til et sykehus er bosatt, jf. kapittel 5.3. Konkurransetilsynet legger til grunn at aktørenes dekningsområder kan være viktig i vurderingen av konkurransenærhet mellom aktørene i forsikringsmarkedet. Dette da dekningsområdene forteller hvor pasientene kommer fra, og

¹¹⁴ For eksempel P. Klemperer (2005), "Bidding Markets", Occasional Paper No.1, UK Competition Commission, punkt 2.1.

¹¹⁵ Ibid. I tillegg til de nevnte kriteriene må anbudsvinneren tildeles hele anbudsvolmet, anbudsvolumene må utgjøre en stor andel av anbydernes totale omsetning i anbudperioden og anbudskonkurransene må starte helt på nytt ved hver utlysning slik at aktøren som vant anbudet i forrige runde ikke har skaffet seg noen form for fordeler i neste konkurranse.

¹¹⁶ Ibid, side 4.

¹¹⁷ Dette legges også til grunn i Kommisjonens retningslinjer for horisontale fusjoner punkt 28 og i Kommisjonens sak COMP/M.6203 – Western Digital Ireland/Viviti Technologies (2011), side 91 og 92.

¹¹⁸ Helse Vest RHF's konkurransegrunnlag, revidert 1. oktober 2013, side 6.

¹¹⁹ CMAs rapport *Private healthcare market investigation*, 2. april 2014, avsnitt 5.56.

¹²⁰ CMAs sak Spire Healthcare/St. Anthony's Hospital, 17. oktober 2014, avsnitt 57.

dermed kan gi informasjon om hvilke pasienter aktørene har konkurrert om før foretakssammenslutningen.¹²¹ Stor grad av overlapp mellom dekningsområder til aktører indikerer derfor at pasientene anser aktørenes tilbud for å være substitutter. Dette kan innebære at aktørene er nære konkurrenter. Motsatt kan liten grad av overlapp mellom aktørers dekningsområder tilsi at det er lav grad av konkurransenærhet mellom aktørene.

- (186) Endelig vil produkttilbud være viktig i konkurransenærhetsvurderingen. Som det fremgår av kapittel 5.2, vil det i produkttilbudet til aktørene i ulike relevante markeder kunne inngå en rekke faktorer, som for eksempel kvalitet, pris eller om aktøren har tilbud om inneliggende kirurgi. Likheter i produkttilbudet mellom aktører i et relevant marked vil kunne tilsi at disse er nære konkurrenter, ettersom dette vil påvirke i hvilken grad pasientene oppfatter aktørene som sterke substitutter.
- (187) At geografisk nærhet, overlapp mellom dekningsområder og likhet i produkttilbudet er viktige differensieringsfaktorer i helsemarkedene fremkommer også i en rapport fra britiske konkurransemyndigheter: "*In particular, we note that when hospitals are similar, i.e. they have a similar product offering, they are located close to each other and draw patients from similar areas, they are likely to impose a strong competitive constraint on each other.*"¹²²
- (188) Videre vil det etter Konkurransetilsynets oppfatning kunne være relevant å vurdere konkurransenærhet basert på historisk deltakelse i anbudskonkurranser.¹²³

6.2.2.3 Nærmere om konkurransenærhet mellom partene

- (189) Som det fremgår av avsnitt (182) vil konkurransenærheten mellom partene være et sentralt vurderingstema for å vurdere hvorvidt det oppstår konkurransebegrensende virkninger i anbuds- og forsikringsmarkedene.
- (190) I Teres' interne dokumenter utarbeidet i forbindelse med salg av selskapet [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]¹²⁴.
- (191) Som det fremgår av avsnitt (173) er pris og kvalitet viktige differensieringsfaktorer i anbudsmarkedene. Teres har i interne dokumenter beskrevet dette på følgende måte:
[REDACTED]
[REDACTED]¹²⁵.
- (192) I en intern oppsummering fra mars 2014 om anbudsmarkedene i Norge, skriver Teres at [REDACTED]¹²⁶.
[REDACTED]. Kvalitet er, som det fremgår i kapittel 4.1.2.1, et viktig konkurranseparameter i anbudskonkurransene, og ble eksempelvis vektlagt 50 prosent i Helse-Nord RHF's anbudskonkurranse i 2013.
- (193) I Teres' interne dokumenter fra februar 2012 står følgende om anbudsmarkedene i Norge:
[REDACTED]
[REDACTED]¹²⁷. Videre i neste kulepunkt fremgår at: [REDACTED]

¹²¹ Ibid.

¹²² CMAs rapport *Private healthcare market investigation*, 2. april 2014, avsnitt 6.175.

¹²³ Britiske konkurransemyndigheter legger også dette til grunn i saker i sykehusmarkedet, jf. for eksempel Anticipated merger of Ashford and St Peter's Hospitals NHS Foundation Trust and Royal Surrey County Hospital NHS, 14. august 2015, side 135.

¹²⁴ Internt dokument fra Teres, nr. 91, side 5.

¹²⁵ Internt dokument fra Teres, nr. 50, side 10.

¹²⁶ Internt dokument fra Teres, nr. 46, e-post, side 1.

¹²⁷ Internt dokument fra Teres, nr. 50, side 7.

- [REDACTED] ¹²⁸.
- (194) I en presentasjon holdt for styret i Aleris i slutten av januar 2015 angående oppkjøpet av Teres skriver Aleris at det er tre store private tilbydere av helsetjenester i Norge; Aleris, Teres og Volvat.¹²⁹ Videre fremgår det av presentasjonen at Aleris sin markedsposisjon vil bli styrket i alle helseregioner etter oppkjøpet av Teres.¹³⁰
- (195) Hva gjelder forsikringsmarkedet er det Konkurransetilsynets oppfatning at markedet for ortopediske helsetjenester både har en nasjonal og en regional/lokal dimensjon, jf. kapittel 5.3.2.2.

(196)

[REDACTED]

¹³¹

- (197) Videre indikerer uttalelser fra forsikringsselskapene at det er en fordel med avtaler med større aktører med bredere geografisk tilstedeværelse.¹³² Konkurransetilsynet legger derfor til grunn at forsikringsselskapene i utgangspunktet foretrekker å inngå avtaler med aktører som er tilstede i flere byer. Aleris og Teres er de eneste aktørene som er tilnærmet landsdekkende. Dette indikerer etter Konkurransetilsynets oppfatning at partene er nære konkurrenter i forsikringsmarkedet.
- (198) På bakgrunn av de interne dokumentene finner Konkurransetilsynet at disse samlet sett indikerer at Aleris og Teres er nære konkurrenter i markedene.

6.2.3 Konkurransenærhet i markedet for salg av plastikkirurgi

- (199) I markedet for salg av plastikkirurgi er det forbrukerne som er partenes kunder. Som det fremgår av kapittel 6.2.1 tilbyr partene differensierte tjenester. Tilsvarende som for anbudsmarkedene og forsikringsmarkedene er det mer sannsynlig at foretakssammenslutningen fører til eller forsterker en vesentlig begrensning av konkurransen dersom Aleris og Teres er nære konkurrenter.¹³³
- (200) Konkurransetilsynet vil derfor i kapittel 6.6.4.1.2 vurdere hvor nære konkurrenter partene er i markedet. Partene trenger imidlertid ikke være hverandres nærmeste konkurrenter for at foretakssammenslutningen skal føre til eller forsterke en vesentlig begrensning av konkurransen.¹³⁴
- (201) For å analysere konkurransenærheten mellom partene vil tilsynet vurdere de samme faktorene som ved vurderingen av konkurransenærhet i forsikringsmarkedet, jf. kapittel 6.2.2.2.

¹²⁸ Internt dokument fra Teres, nr. 50, side 7.

¹²⁹ Internt dokument fra Aleris, nr. 12, side 22.

¹³⁰ Internt dokument fra Aleris, nr. 12, side 23.

¹³¹ Internt dokument fra Aleris, nr.1, side 5.

¹³² Brev fra [REDACTED] brev fra [REDACTED]

og [REDACTED]

¹³³ Kommisjonens retningslinjer for foretakssammenslutninger, kapittel 28 og CMAs sak Spire Healthcare/St. Anthony's Hospital, 17. oktober 2014, avsnitt 55.

¹³⁴ Vedtak 2015-24 – Coop Norge Handel AS – Ica Norge AS, side 21 og vedtak 2015-1 – TeliaSonera AB – TeliaSonera AB (publ) – Tele2 Norge AS/Network Norway AS, side 42. Tilsvarende legges til grunn i Kommisjonens horisontale retningslinjer avsnitt 28 og i Kommisjonens avgjørelse i sak M.6992 Hutchinson 3G UK/Telefonica Ireland avsnitt 200.

6.2.4 Kapasitet

- (202) Det er Konkurransetilsynets vurdering at aktørenes kapasitet vil kunne påvirke graden av konkurranse i forsikringsmarkedene og markedet for plastikkirurgi, samt i hvilken grad det vil være mulig å utnytte markedsrett.
- (203) Dersom partene i en foretakssammenslutning før ervervet har kapasitetsrestriksjoner i produksjonen, vil det i mindre grad være mulig å utnytte markedsrett etter ervervet. Årsaken til dette er at aktører med kapasitetsrestriksjoner i mindre grad vil konkurrere før foretakssammenslutningen, og effekten av økt markedsrett vil derfor være mindre enn dersom partene hadde ledig kapasitet. En slik tilnærming er også lagt til grunn av britiske konkurransemyndigheter ved behandling av fusjoner mellom private aktører i helsemarkeder.¹³⁵
- (204) Videre vil også konkurrenters kapasitet kunne påvirke partenes muligheter til å utnytte markedsrett. Dette fordi en prisøkning vil være mer lønnsom jo mindre salg partene mister til konkurrentene. Kapasitetsrestriksjoner hos konkurrenter vil derfor kunne øke partenes insentiver til å utnytte markedsrett etter foretakssammenslutningen.
- (205) Eventuelle kapasitetsrestriksjoner hos markedsaktørene vurderes for hvert enkelt relevant marked nedenfor.

6.3 Etableringshindringer og potensiell konkurranse

6.3.1 Innledning

- (206) Etableringsvilkår er en samlebetegnelse på de forhold og betingelser som en bedrift står overfor når den vurderer å etablere seg i et marked. Etableringsvilkårene avgjør den potensielle konkurransen fra aktører som ikke er etablert i det relevante markedet. Offentlige reguleringer, irreversible investeringer, samt stordriftsfordeler, er eksempler på etableringshindringer.
- (207) For at trusselen om etablering skal legge begrensninger på markedsdeltakernes atferd, må etableringen være sannsynlig, effektiv og tidsnær. Høye etableringshindringer tilsier at etablerte aktører i mindre grad må ta hensyn til at nye aktører kan etablere seg i markedet ved for eksempel en prisøkning. I markeder hvor det er lave etableringshindringer, vil de etablerte aktørene være forsiktige med å øke prisene fordi dette kan tiltrekke seg nye konkurrenter.
- (208) Videre vil nyetablering fremstå som mer profitabelt i et marked i vekst fremfor et marked som er modent eller forventes å modne. Konkurransetilsynet vil også ta hensyn til at høy risiko og høye kostnader forbundet med nyetablering kan redusere sannsynligheten for etablering. I tillegg må etableringen være av et slikt omfang at utøvelse av markedsrett forhindres. Etablering i liten skala, for eksempel i en nisje av markedet, vil ikke nødvendigvis være tilstrekkelig til å disiplinere etablerte aktører.
- (209) En potensiell konkurrent er et foretak som ikke deltar i det relevante markedet for øyeblikket, men som er i stand til eller kan forventes å gjøre det i nær fremtid. Potensiell konkurranse forutsetter at tilbydere, som reaksjon på en liten og varig prisøkning, evner å omstille salget/produksjonen og markedsføre produktene/tjenestene i løpet av forholdsvis kort tid, uten at det medfører betydelige tilleggskostnader eller risiko.
- (210) I vurderingen av potensiell konkurranse ser Konkurransetilsynet særlig på hvilke etableringshindringer foretakene møter, om den forventede markedsutvikling tilsier at det er forretningsmessig gunstig å etablere seg eller endre produksjon, og om foretakene er i besittelse av produksjonsanlegg, anleggsutstyr eller annet som reduserer de nødvendige investeringer for inntreden i markedet.
- (211) Konkurransetilsynet vil nedenfor gjengi de viktigste etableringshindringene for nye aktører i de relevante markedene.

¹³⁵ CMAs sak Spire Healthcare/St. Anthony's Hospital, 17. oktober 2014, avsnitt 57 og 73.

6.3.2 Etableringshindringer og potensiell konkurranse i helsemarkedene

- (212) For å etablere seg som en aktør i de relevante markedene kreves det blant annet lokaler som er egnet for operasjoner, helsepersonell og medisinsk utstyr.¹³⁶ For å kunne tilby inneliggende kirurgi eller innngi tilbud i anbudskonkurransene til RHF kreves det i tillegg sykehuskonsesjon.
- (213) Konkurransetilsynets informasjonsinnhenting viser at lokaler må tilpasses byggetekniske krav, hvor det blant annet stilles krav knyttet til ventilasjon, nødstrøm, lydnivå, gassanlegg, brannalarm, rømningsveier, dørbredde og sluseordning mellom ren og uren sone.¹³⁷ Ringvoll Klinikken anslår at "[d]et kreves mellom [redacted] i kapital for å få en operasjonsstue operativ."¹³⁸ Kostnadene knyttet til tilpasning av lokaler vil avhenge av hvordan lokalene er utformet i utgangspunktet.
- (214) Videre vil en nyetablering kreve investering i både generelt og fagspesifikt medisinsk teknisk utstyr som for eksempel anestestirack, ortopedirack/skopirack, operasjonsbord, operasjonslamper, vaskemaskin/autoklave, trykklufftaggregat og verktøy.¹³⁹ Konkurransetilsynets vurdering er at investering i medisinsk utstyr vil være delvis reversible investeringer, mens tilpasning av lokaler vil i stor grad være irreversible investeringer, avhengig av hvorvidt det er en etterspørsel etter sykehuslokaler.
- (215) I tillegg vil det kunne påløpe irreversible investeringer i markedsføring. Det totale investeringsbehovet må ses i sammenheng med størrelsen på det relevante markedet og risikoen forbundet med etableringen. I de markeder hvor det er anbud, kan en aktør i prinsippet delta i anbud før den har foretatt alle sine investeringer. Slik sett kan det tenkes at risikoen ved nyetablering, forbundet med å pådra seg irreversible investeringer, er mindre i et slikt marked enn i et tradisjonelt marked.
- (216) Melder anfører at det er lave etableringshindringer.¹⁴⁰ Investeringsbehovet i lokaler og utstyr vil etter melderens oppfatning [redacted].¹⁴¹ Melders estimat for investeringsbehov ved nyetablering fremgår av Tabell 2.

Tabell 2 Aleris' oversikt over estimerte kostnader ved etablering, hentet fra meldingen.¹⁴²

Investeringsbehov ved etablering	
[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]

- (217) Konkurransetilsynet legger til grunn at kostnadene forbundet med nyetablering vil være noe høyere enn anført av melder, jf. avsnitt (213).
- (218) Både konkurrenter og RHF-ene påpeker at helsepersonell med riktig kompetanse er en knapphetsfaktor.¹⁴⁴ I interne dokumenter i forbindelse med en SWOT-analyse på konsernnivå har Aleris [redacted].¹⁴⁵

¹³⁶ Volvat beskriver det som krevende å finne egnede lokaler, jf. oppsummering fra møte med Volvat 31. juli 2015, dokument nr. 231, side 1.

¹³⁷ Brev fra Nimi 30. mars 2015, dokument nr. 29, side 3, brev fra Aviva Helse 31. mars 2015, dokument nr. 41, side 4 og 5, brev fra Volvat 21. mai 2015, dokument nr. 173, side 2 og brev fra Privathospitalet 31. mars 2015, dokument nr. 36, side 4.

¹³⁸ Brev fra Ringvoll Klinikken 13. april 2015, dokument nr. 114, side 5.

¹³⁹ Brev fra Nimi 30. mars 2015, dokument nr. 29, side 3.

¹⁴⁰ Meldingen, side 67 og 68.

¹⁴¹ Meldingen, side 67.

¹⁴² Meldingen, side 67.

¹⁴³ [redacted].

¹⁴⁴ Brev fra Medi3 9. april 2015, dokument nr. 57, side 6, brev fra Privathospitalet 31. mars 2015, dokument nr. 36, side 4, brev fra Nimi 30. mars 2015, dokument nr. 29, side 3, brev fra Helse Sør-Øst RHF 11. mai 2015, dokument nr. 150, side 3, brev fra Helse Nord RHF 11. mai 2015, dokument nr. 148, side 3, brev fra Helse Midt

- (219) Inneliggende kirurgi og deltagelse i anbudskonkurranser utlyst av RHF-er krever som nevnt sykehuskonsesjon. Etter Konkurransetilsynets vurdering er det en relativt omfattende og tidkrevende prosess å få sykehuskonsesjon.¹⁴⁶ Konkurransetilsynets informasjonsinnhenting tyder på at hele søknadsprosessen inkludert utarbeidelse av søknad og saksbehandlingstid hos Helse- og omsorgsdepartementet tar mellom syv og 16 måneder.¹⁴⁷ Departementets saksbehandlingstid kan imidlertid være noe kortere ved ekspansjon til nye fagområder eller geografiske områder. I tillegg til tidsbruk opplyser [redacted] at de nylig har hatt kostnader på ca. 400 000 kroner på eksterne advokater, innleide rådgivere og interne prosjektressurser i forbindelse med utarbeiding av søknad om ny sykehuskonsesjon [redacted].¹⁴⁸
- (220) Aleris viser i tilsvaret til at Konkurransetilsynet ikke har drøftet hvordan politiske føringer om økt bruk av private aktører påvirker markedsstørrelsen samt etableringsmulighetene og -insentivene.¹⁴⁹ Etter Konkurransetilsynets oppfatning vil størrelsen på anbudsmarkedene kunne øke som følge av politiske føringer. En nyetablering fremstår som mer profitabelt i et marked i vekst enn i et marked som er modent eller forventes å modne. De øvrige etableringshindringene vil imidlertid fremdeles gjøre seg gjeldende.
- (221) Etter melderers vurdering utgjør ikke kravet om sykehuskonsesjon en reell etableringsbarriere siden de fleste søknader om sykehuskonsesjon innvilges.¹⁵⁰ Aleris har opplyst at de generelt har lite problemer med å rekruttere helsepersonell, og videre at aktører som ønsker å etablere seg kan benytte bemanningsbyråer for helsepersonell (eksempelvis Lenas Helsepersonell, Nurse Partner, Smart Bemanning).¹⁵¹
- (222) I meldingen er det vist til at manglende tilgang til et tilstrekkelig stort volum over tid for å kunne drive lønnsomt kan være en etableringshindring i anbudsmarkedet.¹⁵² Melder viser imidlertid til at dette er i ferd med å snu nå som RHF-ene har fått instruks om å øke innkjøpene fra private sykehus, i tillegg til instruks om å legge til rette for at de private sykehusene sikres forutsigbarhet og langsiktighet ved gjennomføring av anskaffelser. I tilsvaret viser melder til at en etablering i anbudsmarkedet kan skje stegvis og at sykehuskonsesjon og opsjon på en leiekontrakt for et egnet lokale er det eneste som kreves for å delta i en anbudskonkurranse.¹⁵³
- (223) Etter Konkurransetilsynets oppfatning viser beskrivelsen som fremgår ovenfor at etableringshindringene er høyere enn anført av melder.
- (224) I en presentasjon Teres utarbeidet i forbindelse med salg av virksomheten fremgår det at de betrakter etableringshindringene som betydelige.¹⁵⁴

RHF 11. mai 2015, dokument nr. 151, side 2 og brev fra Helse Vest RHF 11. mai 2015, dokument nr. 146, side 2.

¹⁴⁵ Internt dokument fra Aleris, nr. 3, side 32.

¹⁴⁶ Informasjonsinnhenting fra konkurrenter viser at utarbeiding av søknad om sykehuskonsesjon tar mellom to og ni måneder, jf. brev fra [redacted], brev fra [redacted]

[redacted], brev fra [redacted]
[redacted] brev fra [redacted]
[redacted] og brev fra [redacted].

¹⁴⁷ Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at saksbehandlingstiden fra søknad om sykehuskonsesjon er mottatt til vedtak foreligger er varierende, men ligger på mellom fem og syv måneder, jf. brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 29. mai 2015, dokument nr. 178, side 6.

¹⁴⁸ Brev fra [redacted].

¹⁴⁹ Tilsvaret, side 23.

¹⁵⁰ Meldingen, side 65 og 66 og tilsvaret, side 21.

¹⁵¹ Meldingen, vedlegg 31, side 4 og 5.

¹⁵² Meldingen, side 66.

¹⁵³ Tilsvaret, side 21.

¹⁵⁴ De omtaler det som "*significant barriers to entry*". Se internt dokument nr. 71 fra Aleris, presentasjon vedlagt e-post benevnt "Re DNB presentasjon (2)".

- (225) Konkurransetilsynet legger til grunn at potensiell konkurranse eksempelvis kan komme fra aktører i samme geografiske marked som har virksomhet innen andre fagområder eller aktører som har virksomhet innen de relevante produktområder i andre geografiske områder. Etter Konkurransetilsynets oppfatning vil det i anbudsmarkedene være relevant å vurdere potensiell konkurranse fra i) aktører i helseregionen som tilbyr ortopedi og/eller plastikkirurgi, men som ikke har sykehuskonsesjon, ii) aktører som har sykehuskonsesjon, men som ikke tilbyr ortopedi eller plastikkirurgi og iii) private sykehus som er etablert andre steder i Norge som tilbyr ortopedi og/eller plastikkirurgi.
- (226) I anbudsmarkeder kan i prinsippet potensiell konkurranse være mer aktuelt enn i tradisjonelle markeder. Årsaken til dette er at aktører i kategoriene nevnt i foregående avsnitt kan delta i anbudskonkurranser før de har foretatt alle investeringer og dermed før de har gjennomført en fullstendig etablering i det aktuelle markedet.
- (227) Størrelsen på etableringshindringene og potensiell konkurranse vil kunne variere fra marked til marked. Konkurransetilsynet vil derfor foreta den konkrete vurdering av etableringshindringene og den potensielle konkurransen i de ulike relevante markeder nedenfor.

6.4 Kjøpermakt

6.4.1 Innledning

- (228) Kjøpermakt kan motvirke muligheten en eller flere aktører har til å utøve markedsrett. Med kjøpermakt menes at en kjøper, på grunn av sin posisjon i markedet og den kommersielle betydningen kjøperen har for leverandøren, kan motvirke at en leverandør øker prisene, senker kvaliteten på varen eller tjenesten, eller på annen måte leverer til dårligere betingelser for kjøperen. Kjøpermakt kan blant annet gi seg utslag i at kunden truer med å bytte leverandør eller starte egen virksomhet.
- (229) Kjøpermakt får betydning når en kjøper innen rimelig tid har mulighet til å bytte til en annen leverandør eller har mulighet til å få potensielle leverandører til å etablere seg i markedet. Muligheten til å utøve kjøpermakt er blant annet avhengig av kundenes størrelse og markedsposisjon i forhold til leverandørene, og hvor avhengige leverandørene er av kundene som avsetningskanal.
- (230) Det følger av praksis fra Kommisjonen¹⁵⁵ og Konkurransetilsynet¹⁵⁶ at hvor en foretakssammenslutning ellers ville medføre en vesentlig begrensning av konkurransen mellom leverandører i et gitt marked, vil foretakssammenslutningen kunne klareres på grunnlag av kjøpermakten til kundene i dette markedet. Kjøpermakt av denne type vil kunne ta flere former, og analysen må i hvert tilfelle etablere hvordan kjøpermakten vil kunne virke disiplinerende i en slik grad at man unngår begrensninger i konkurransen som kan oppstå uten kjøpermakten.
- (231) Melders generelle anførsler knyttet til RHF-enes kjøpermakt i anbudsmarkedene behandles i kapittel 6.4.2. Kjøpermakt relatert til det enkelte RHF og forsikringsselskaper vil vurderes konkret i de enkelte relevante markedene nedenfor, jf. kapittel 6.5.2.1.3, 6.5.3.1.4, 6.6.2.1.3 og 6.6.3.1.4. I markedet for plastikkirurgi er kjøpermakt ikke aktuelt, da kundene er forbrukere.

6.4.2 Vurdering av melders generelle anførsler vedrørende RHF-enes kjøpermakt

- (232) Melder anfører i tilsvaret at RHF-enes dobbeltrolle i anbudsmarkedene, som de største tilbyderne og de eneste kjøperne, gir RHF-ene en unik posisjon som i seg selv er tilstrekkelig til at anbudsmarkedene skal klareres.
- (233) Melder viser til at kontraktene som utlyses av RHF-ene i mange tilfeller utgjør betydelige beløp og å vinne kontrakter kan ha stor betydning for lønnsomheten til de private sykehusene. Melder viser videre til at RHF-ene i anbudskonkurransene gjennom sine innkjøpsavdelinger og egenproduksjon av helsetjenester besitter betydelig kompetanse til å utforme anbud og

¹⁵⁵ Case IV/M.1225 *Enso/Stora* [1999] paragraf 91.

¹⁵⁶ Konkurransetilsynets vedtak V2005-11 National-Oilwell/Varco kapittel 4.3.2.

anbudsstrategier.¹⁵⁷ Etter melders vurdering kan RHF-ene gjennom bruk av ulike anbudsstrategier utøve kjøpermakt, der RHF-ene besitter fullt innsyn både private og offentlige sykehus sine priser, kvalitetsparametere, kapasitet mv.¹⁵⁸

- (234) Konkurransetilsynet legger til grunn at RHF-ene gjennom sine innkjøpsavdelinger og egenproduksjon av helsetjenester besitter en betydelig kompetanse til å utforme anbudsstrategier og til å gjennomføre innkjøp av medisinske behandlinger fra de private sykehusene. Konkurransetilsynet legger videre til grunn at anbudsvolumene kan utgjøre betydelige beløp for de private sykehusene.
- (235) I tilsvaret oppgir melder også en rekke eksempler hvor RHF-ene har valgt å ta over produksjon av helsetjenester satt ut til private.¹⁵⁹ Melder anfører at dette samlet sett viser at RHF-ene definerer behovet for kjøp av helsetjenester fra private sykehus, og at de selv kan bygge opp egen kapasitet fremfor å kjøpe disse fra private aktører.
- (236) Selv om RHF-ene over tid foretar utvidelser av kapasiteten på enkeltbehandlinger eller fagområder, kan ikke Konkurransetilsynet se at eksemplene i tilsvaret viser at det vil være aktuelt å utføre behandlingene selv dersom prisene i anbudskonkurransene blir noe høyere, eller tilbudt kvalitet blir lavere.
- (237) I meldingen vises det til at Helse Sør-Øst RHF på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har ledet et arbeid med å videreutvikle innkjøpsamarbeidet mellom de fire RHF-ene i Norge.¹⁶⁰ Melder anfører at når spesialisthelsetjenester samordnes under én nasjonal innkjøpsfunksjon vil kjøpermakten til RHF-ene om mulig forsterkes ytterligere ved at de private sykehusene i fremtiden kun får én stor kunde å forholde seg til, i stedet for fire RHF-er.¹⁶¹ Melder fastholder denne anførselen i tilsvaret.¹⁶²
- (238) RHF-ene avviser melders anførsler knyttet til nasjonal innkjøpsfunksjon. Helse Midt-Norge RHF viser til sin strategi der det fremgår at inntil videre er kjøp av spesialisthelsetjenester holdt utenfor spørsmålet om nasjonal organisering og skal løses gjennom interregionalt samarbeid.¹⁶³ Helse Midt-Norge RHF påpeker videre at anbudsmarkedene er regionale eller smalere i geografisk utstrekning, og at kjøpermakten verken blir større eller mindre som følge av hvordan innkjøpene organiseres.¹⁶⁴ Helse Nord RHF er heller ikke enig i Aleris' vurdering om at et fremtidig nasjonalt innkjøpsforetak vil forsterke kjøpermakten siden behovet for lokale helsetilbud vil være like stort.¹⁶⁵
- (239) Konkurransetilsynet kan ikke se at melders anførsler om nasjonal innkjøpsfunksjon kan føre frem, idet det er usikkert om innkjøp av helsetjenester vil omfattes av ordningen. Videre vil dette etter Konkurransetilsynets oppfatning uansett ikke påvirke kjøpermakten i nevneverdig grad, siden RHF-ene fremdeles må inngå avtaler som sikrer et helsetilbud i nærhet til innbyggerne innenfor de enkelte helseregionene.
- (240) På vegne av melder har Oslo Economics utarbeidet en rapport som analyserer konkurransen mellom offentlige og private sykehus i anbuds- og ettermarkedene.¹⁶⁶ Analysen viser at RHF-enes rolle i ettermarkedet innebærer at private sykehus disiplineres i sin prissetting av egenproduksjon i offentlige sykehus både direkte i anbudskonkurransen og indirekte gjennom konkurransen om pasientene i ettermarkedet.¹⁶⁷ Videre viser analysen at RHF-ene vil kunne velge hvilke typer behandlinger som skal utføres av private, og dermed utsettes private aktører på ett område også for en indirekte konkurranse fra aktører på andre behandlingsområder.¹⁶⁸

¹⁵⁷ Tilsvaret, punkt 5.1.3.

¹⁵⁸ Tilsvaret, side 24-25 og 29-32.

¹⁵⁹ Tilsvaret, punkt 5.2.3.

¹⁶⁰ Meldingen, side 62.

¹⁶¹ Meldingen, side 62.

¹⁶² Tilsvaret, side 24.

¹⁶³ Brev fra Helse Midt-Norge RHF 10. april 2015, dokument nr. 69, side 16.

¹⁶⁴ Brev fra Helse Midt-Norge RHF 10. april 2015, dokument nr. 69, side 16.

¹⁶⁵ Brev fra Helse Nord RHF 10. april 2015, dokument nr. 65, side 14.

¹⁶⁶ Brev fra Steenstrup Stordrange 2. juni 2015, dokument nr. 179, vedlegg 1, side 4.

¹⁶⁷ Ibid.

¹⁶⁸ Ibid.

Rapporten konkluderer med at den disiplinerende effekten på konkurransen som følger av RHF-enes rolle og styring av produksjon må antas å være av vesentlig betydning for mulighetene til å utøve markedsrett både før og etter oppkjøpet.¹⁶⁹

- (241) Analysen til Oslo Economics bygger på en forutsetning om at RHF-ene har en betydelig fleksibilitet slik at de kan øke kapasiteten og egenproduksjonen ved behov. Etter Konkurransetilsynets oppfatning samsvarer ikke en slik forutsetning med de reelle mulighetene RHF-ene har til å øke egenproduksjonen ved de offentlige sykehusene, jf. vurderingene av RHF-enes kjøperrett i kapittel 6.5.2.1.3 og 6.6.2.1.3. Med bakgrunn i dette er Konkurransetilsynets vurdering at det ikke kan legges vekt på rapporten.
- (242) Melder anfører at RHF-ene kan avlyse en anbudskonkurranse og produsere helsetjenestene i egne helseforetak dersom prisen i anbudskonkurransen ikke er tilfredsstillende.¹⁷⁰ Melder fastholder dette synet i tilsvaret.¹⁷¹ Melder viser også til at RHF-ene har insentiver til å øke egenproduksjonen i tilfeller der det blir inngått avtale med et privat sykehus, men der prisen er høyere enn det offentlige kan produsere tjenestene til.¹⁷² Videre argumenterer melder for at det offentlige har fleksibilitet fordi det offentlige fra år til år kan endre produksjonen mer enn det volumet de kjøper fra private sykehus.¹⁷³
- (243) Konkurransetilsynet vil i konkurranseanalysene i anbudsmarkedene i kapittel 6.5.2.1.3 og 6.6.2.1.3 komme tilbake til RHF-enes kapasitet og hvilke muligheter de har til å selv utføre helsetjenestene som settes ut på anbud.

6.5 Nord-Norge

6.5.1 Innledning

- (244) Før foretakssammenslutningen er det to private sykehus i Tromsø, Aleris Tromsø og Teres Tromsø. Teres har også et sykehus i Bodø.
- (245) Aleris Tromsø og Teres Tromsø har overlapp innen fagområdene ortopedi og Øre-Nese-Hals, mens Aleris Tromsø og Teres Bodø har overlapp innen fagområdet ortopedi.¹⁷⁴
- (246) Aleris Tromsø og Teres Tromsø ligger om lag 250 meter fra hverandre på Tromsøya. Teres Bodø ligger i Nordland, en kjøreavstand på om lag 550 kilometer fra Tromsø. I Tromsø er partenes sykehus de eneste aktørene som er tilstede.
- (247) Nedenfor følger Konkurransetilsynets analyser av anbudsmarkedene for henholdsvis ortopedi og plastikkirurgi samt forsikringsmarkedet i Nord-Norge.

6.5.2 Anbudsmarkedene i helseregion Nord

6.5.2.1 Konkurransesituasjonen før foretakssammenslutningen

6.5.2.1.1 Markedskonsentrasjon og konkurransenærhet

- (248) Før foretakssammenslutningen finnes det tre private sykehus i helseregion Nord med sykehuskonsesjon innen fagområdene ortopedi og plastikkirurgi, jf. Tabell 3 nedenfor.

Tabell 3 Oversikt over private sykehus i helseregion Nord.¹⁷⁵

¹⁶⁹ Ibid.

¹⁷⁰ Brev fra Steenstrup Stordrange 2. juni 2015, dokument nr 179, side 4 og 22. juni 2015, dokument nr. 210, side 12 flg.

¹⁷¹ Tilsvaret, punkt 5.2.2.

¹⁷² Brev fra Steenstrup Stordrange 2. juni 2015, dokument nr 179, side 4 og 22. juni 2015, dokument nr. 210, side 12 flg.

¹⁷³ Tilsvaret, vedlegg 1, side 1.

¹⁷⁴ Meldingen, vedlegg 6 og 7.

¹⁷⁵ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 29. mai 2015, dokument nr. 178, side 3.

Tromsø	Bodø
Aleris Tromsø Teres Tromsø	Teres Bodø

- (249) Samtlige private sykehus i helseregionen er eid av partene. Før foretakssammenslutningen har Aleris og Teres hvert sitt sykehus i Tromsø, i tillegg har Teres et sykehus i Bodø. Partene har ingen konkurrenter, og markedet er således svært konsentrert.
- (250) Gjeldende rammeavtaler mellom Helse Nord RHF og partene ble inngått i 2013. Den årlige rammen for kjøp av ortopedi og plastikkirurgi fra private sykehus er på henholdsvis åtte og to millioner kroner.¹⁷⁶ I tillegg har Helse Nord RHF avtale om kjøp av ortopediske behandlinger i prosjektet "Raskere tilbake" for inntil åtte millioner kroner per år.¹⁷⁷
- (251) Som det fremgår i kapittel 5.3.2.1 ovenfor, er Konkurransetilsynets oppfatning at geografisk spredning av helsetilbudet er viktig for at RHF-ene skal ha et tilbud i nærhet til pasientene i helseregionen. Dette tilsier at Teres Bodø utøver et mindre konkurransepress på Aleris Tromsø enn hva Teres Tromsø gjør. På bakgrunn av den geografiske beliggenheten i Tromsø er tilsynets vurdering at Aleris Tromsø og Teres Tromsø er nære konkurrenter.
- (252) Aleris og Teres innga begge tilbud på levering av ortopedi og plastikkirurgi i siste anbudskonkurranse i 2013. Partene innga tilbud på samtlige DRG-er innenfor fagområdene og var de eneste tilbyderne i anbudskonkurransen. Aleris ble tildelt avtale for levering av ortopedi i Tromsø, mens Teres ble tildelt ortopedi i Bodø og plastikkirurgi i Tromsø og Bodø.¹⁷⁸ I anbudskonkurransen i 2009 deltok Aleris Tromsø, Aleris Bodø (avviklet), Teres Bodø og Tromsø Private sykehus (nå Teres Tromsø).¹⁷⁹
- (253) Etter Konkurransetilsynet oppfatning viser den generelle gjennomgangen i kapittel 6.2.2.3, herunder gjennomgangen fra de interne dokumentene gjengitt i avsnitt (192) til (194) at Aleris og Teres er nære konkurrenter i anbudsmarkedene i Norge.
- (254) Konkurransetilsynets vurdering er at anbudsmarkedene i helseregion Nord er svært konsentrert idet partene er de eneste aktørene i markedet. Videre er det Konkurransetilsynets vurdering at partenes sykehus i Tromsø er hverandres nærmeste konkurrenter før foretakssammenslutningen.

6.5.2.1.2 Etableringshindringer og potensiell konkurranse.

- (255) For å etablere seg som en aktør i anbudsmarkedene kreves det lokaler som er egnet og godkjent for sykehusdrift, sykehuskonsesjon innenfor det relevante fagområdet, kvalifisert helsepersonell og medisinsk utstyr, jf. den generelle redegjørelsen i kapittel 6.3.2 ovenfor. I tillegg kreves det kunnskap om inngivelse av tilbud i anbudskonkurranser, herunder hvilke krav RHF-ene stiller til kvalitet m.m. I det følgende vil Konkurransetilsynet vurdere etableringshindringene i anbudsmarkedene i helseregion Nord.
- (256) Ifølge Helse Nord RHF er det knapphet på operasjonssykepleiere i helseregion Nord.¹⁸⁰ Videre har helseregion Nord et begrenset befolkningsgrunnlag, og dermed et vesentlig mindre marked enn mer sentrale strøk, noe Helse Nord RHF mener begrenser interessen for å etablere seg i markedet.¹⁸¹ Etter Helse Nord RHF's vurdering vil ikke innføring av FBV eller den reviderte strategien om økt kjøp fra private aktører endre dette.¹⁸² I den forbindelse viser Helse Nord RHF til at det i senere år har skjedd en dreining mot konservativ ikke-kirurgisk behandling av skulder og kne, og at RHF-et for å understøtte denne utviklingen ikke finner det aktuelt å kjøpe kirurgiske inngrep i skulder og kne hos private ved neste anbudsutlysning. Etter Konkurransetilsynets oppfatning vil størrelsen på markedet utgjøre en etableringshindring i helseregion Nord.

¹⁷⁶ Den årlige rammen angir maksimalt kjøp Helse Nord RHF kan foreta fra de private sykehusene, jf. brev fra Helse Nord RHF 10. april 2015, dokument nr. 65, side 5.

¹⁷⁷ Brev fra Helse Nord RHF 10. april 2015, dokument nr. 65, side 5.

¹⁷⁸ Brev fra Helse Nord RHF 10. april 2015, dokument nr. 65, side 5.

¹⁷⁹ Brev fra Helse Nord RHF 10. april 2015, dokument nr. 65, side 3.

¹⁸⁰ Brev fra Helse Nord RHF 11. mai 2015, dokument nr. 148, side 3.

¹⁸¹ Brev fra Helse Nord RHF 10. april 2015, dokument nr. 65, side 13.

¹⁸² Ibid.

- (257) Det stilles høye krav til kvalitet i anbudskonkurransene utlyst av RHF-ene. Kvalitet og rutiner for kvalitetsarbeid må beskrives ved inngivelse av tilbud. For en ny aktør vil det normalt ta noe tid før rutiner for kvalitetsarbeid er på plass. Ringvoll Klinikken beskriver dette på følgende måte "Det vil ta [REDACTED], før en får en organisasjon til å være god nok til å ivareta et større anbud fra det offentlige eller fra et forsikringsselskap, på en medisinsk forsvarlig måte."¹⁸³ Volvat beskriver det som tid- og ressurskrevende å delta i anbudskonkurranser utlyst av RHF.¹⁸⁴ På bakgrunn av dette finner Konkurransetilsynet at det er utfordrende for en nyetablert aktør å utarbeide tilbud til anbudskonkurransen og videre usikkert om en vinner fram i konkurransen mot de etablerte aktørene og får tilgang til pasienter. Det tyder på at det er risiko forbundet med etablering i anbudsmarkedene, selv om en deltar i anbudet før en har pådratt seg alle nødvendige investeringer. Det vil videre være en risiko for å ikke bli tildelt en avtale som kan gi tilstrekkelig kundegrunnlag. Aleris påpeker behovet for et tilstrekkelig kundegrunnlag i interne dokumenter.¹⁸⁵
- (258) Som redegjort for i kapittel 6.3.2 finner Konkurransetilsynet at etableringshindringene er høyere enn anført av melder. Konkurransetilsynet finner at tilgang på egnede lokaler, krav om sykehuskonsesjon, knapphet på helsepersonell, størrelsen på markedet og risikoen forbundet med anbudskonkurranser er faktorer som begrenser etableringsmulighetene og som dermed også vil utgjøre etableringshindringer i anbudsmarkedene i helseregion Nord.
- (259) På bakgrunn av det ovennevnte er det etter Konkurransetilsynets oppfatning høye etableringshindringer i anbudsmarkedene i helseregion Nord før foretakssammenslutningen.
- (260) I det følgende vil Konkurransetilsynet vurdere potensiell konkurranse fra aktører i tilgrensende markeder til anbudsmarkedene i helseregion Nord, jf. avsnitt (225).
- (261) Etter Konkurransetilsynets oppfatning kan etableringshindringene være noe lavere for aktører som er etablert i tilgrensende markeder enn for nye aktører, eksempelvis som følge av at aktøren i oppstartfasen kan bruke helsepersonell fra andre sykehus.¹⁸⁶ De kan også ha mulighet for å delta i anbudskonkurranser, for eksempel en aktør i samme produktmarked fra en annen region, før de pådrar seg alle nødvendige investeringer i det relevante markedet. Konkurransetilsynets vurdering er imidlertid at flere av de etableringshindringene beskrevet ovenfor vil være gjeldende også for aktører som er etablert i tilgrensende markeder, herunder kravet om sykehuskonsesjon, knapphet på helsepersonell og størrelsen på markedet.
- (262) Melder har anført at [REDACTED] kan utøve potensiell konkurranse i anbudsmarkedet for levering av ortopedi, og at [REDACTED] kan utøve potensiell konkurranse i anbudsmarkedet for levering av plastikkirurgi.¹⁸⁷ Melder har i tillegg anført at andre rehabiliteringssentre som i dag har et tilbud innenfor ortopeditjenester også kan utøve potensiell konkurranse i anbudsmarkedet for ortopedi.¹⁸⁸ Melder viser til at disse rehabiliteringssentrene med enkle midler vil kunne etablere et tilbud om ortopedisk kirurgi og dermed inngi tilbud i fremtidige anbudskonkurranser.¹⁸⁹
- (263) Konkurransetilsynet vurderer ikke [REDACTED] eller andre rehabiliteringssentre som aktører som utøver potensiell konkurranse. Det skyldes at potensiell konkurranse forutsetter at tilbyderne, som reaksjon på en liten og varig prisøkning, evner å omstille salget/produksjonen og markedsføre produktene/tjenestene i løpet av forholdsvis kort tid, uten at det medfører betydelige tilleggskostnader eller risiko. [REDACTED] har i svarbrev uttalt at [REDACTED].¹⁹⁰ Videre har [REDACTED] påpekt at de ikke har sykehuskonsesjon og [REDACTED].¹⁹¹ Konkurransetilsynet har gjennom

¹⁸³ Brev fra Ringvoll Klinikken 13. april 2015, dokument nr. 114, side 5.

¹⁸⁴ Oppsummering fra møte med Volvat 31. juli 2015, dokument nr. 231, side 2.

¹⁸⁵ Internt dokument fra Aleris, nr. 53, side 4.

¹⁸⁶ Aleris gjorde dette ved etablering i Stavanger i 2013, jf. meldingen, vedlegg 31, side 4.

¹⁸⁷ Meldingen, vedlegg 14, side 2.

¹⁸⁸ Meldingen, vedlegg 14, side 2.

¹⁸⁹ Meldingen, vedlegg 14, side 2.

¹⁹⁰

¹⁹¹

høringsrunder og øvrig innhentet informasjon ikke fått kjennskap til aktører som planlegger å etablere virksomhet i anbudsmarkedene i helseregion Nord. Konkurransetilsynet kan derfor ikke se at melderers anførsler om potensiell konkurranse kan føre frem.

- (264) På bakgrunn av det ovenstående er Konkurransetilsynets vurdering at partene møter begrenset potensiell konkurranse i helseregion Nord før foretakssammenslutningen.

6.5.2.1.3 Kjøpermakt

- (265) Kjøpermakt kan motvirke muligheten en eller flere aktører har til å utøve markedsrett, jf. kapittel 6.4. RHF-ene er betydelige innkjøpere av tjenester innenfor ortopedi og plastikkirurgi fra private sykehus. Gjennom anbudskonkurranser kan RHF-ene sette aktørene opp mot hverandre, og på denne måten utnytte konkurransen dem imellom. RHF-ene har også mulighet til å utforme anbudskonkurransene ut fra konkurransesituasjonen i helseregionen. Endelig kan RHF-ene eventuelt ha mulighet til å utføre tjenestene de private leverer i dag i RHF-enes egne helseforetak.
- (266) Når det gjelder muligheten for å kunne utføre tjenestene de private gjør i dag i egne helseforetak, skriver Helse Nord RHF følgende om kapasiteten til de offentlige sykehusene innenfor ortopedi og plastikkirurgi: *"Helseforetakene våre har ikke kapasitet til å levere alt, og det regionale helseforetaket er dermed tvunget til å kjøpe fra private sykehus."*¹⁹² Etter Konkurransetilsynets oppfatning har Helse Nord RHF i dag ikke ledig kapasitet til på kort sikt å kunne produsere det volumet som lyses ut i anbudskonkurranser.
- (267) Helse Nord RHF har videre opplyst at det er utfordringer knyttet til å utvide kapasiteten på lengre sikt: *"Ingen av helseforetakene våre oppgir å ha mulighet til å utvide kapasiteten. Dette har blant annet sammenheng med at operasjonssykepleiere er en knapphetsressurs."*¹⁹³
- (268) Helse Nord RHF forventer imidlertid at ny A-fløy ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø vil gi bedre operasjonskapasitet når det er ferdigstilt i 2017-2018.¹⁹⁴ Konkurransetilsynet har fått opplyst at den nye fløyen tidligst vil være ferdigstilt april 2018.¹⁹⁵ Den økte operasjonskapasiteten vil derfor først kunne utnyttes fra dette tidspunktet. Dagens rammeavtale med Aleris og Teres utløper senest 31. januar 2017, forutsatt at opsjonen i avtalen benyttes. På grunn av kapasitetsbegrensninger vil Helse Nord RHF måtte inngå ny avtale med private sykehus før den nye fløyen er ferdigstilt.
- (269) I tråd med politiske føringer har RHF-ene utarbeidet reviderte strategier for økt bruk av private sykehus gjennom anbud.¹⁹⁶ Målene for strategiene til de fire RHF-ene er de samme som for FBV – *"å mobilisere kapasitet i privat sektor for å redusere unødvendig venting for pasienter som har fått tildelt rett til helsehjelp, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive."*¹⁹⁷ I brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til RHF-ene 30. juni 2015 bes RHF-ene om å vurdere gjennomføring av anskaffelser innen de tre somatiske fagområdene med flest antall ventende og for tjenester hvor det er vedvarende flaskehalser hos helseforetakene.¹⁹⁸ RHF-ene bes i tillegg om å sørge for at helseforetakene utnytter de muligheter som ligger i allerede inngåtte avtaler, og i tillegg vurderer egne anskaffelser.¹⁹⁹ RHF-ene har en frist til 15. november 2015 til å rapportere til departementet hvordan dette er fulgt opp.²⁰⁰ Konkurransetilsynet finner etter dette at RHF-ene tydelig er blitt bedt om å øke sine innkjøp hos private. Helse- og omsorgsdepartementet har i

¹⁹² Brev fra Helse Nord RHF 11. mai 2015, dokument nr. 148, side 1.

¹⁹³ Brev fra Helse Nord RHF 10. april 2015, dokument nr. 65, side 9.

¹⁹⁴ Brev fra Helse Nord RHF 10. april 2015, dokument nr. 65, side 9.

¹⁹⁵ E-post fra Universitetssykehuset Nord-Norge 15. juni 2015, dokument nr. 188, side 1.

¹⁹⁶ Brev fra Helse Sør-Øst RHF 10. april 2015, dokument nr. 67, vedlegg 1, side 4, brev fra Helse Midt-Norge RHF 10. april 2015, dokument nr. 69, vedlegg 1, side 2, brev fra Helse Vest RHF 31. mars 2015, dokument nr. 35, vedlegg 1, side 2 og brev fra Helse Nord RHF 10. april 2015, dokument nr. 65, vedlegg 1, side 3.

¹⁹⁷ Brev fra Helse Sør-Øst RHF 10. april 2015, dokument nr. 67, vedlegg 1, side 4, brev fra Helse Midt-Norge RHF 10. april 2015, dokument nr. 69, vedlegg 1, side 2, brev fra Helse Vest RHF 31. mars 2015, dokument nr. 35, vedlegg 1, side 2 og brev fra Helse Nord RHF 10. april 2015, dokument nr. 65, vedlegg 1, side 3.

¹⁹⁸ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til RHF-ene 30. juni 2015, side 6.

¹⁹⁹ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til RHF-ene 30. juni 2015, side 6.

²⁰⁰ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til RHF-ene 30. juni 2015, side 6.

oppdragsdokument for 2015 ikke bedt RHF-ene om å øke egen kapasitet. Melder har også påpekt at RHF-enes reviderte strategi for økt kjøp fra private aktører må vektlegges.²⁰¹ Etter Konkurransetilsynets oppfatning har RHF-ene fått sterke politiske føringer om økt bruk av private sykehus, fremfor utbygging av egen produksjonskapasitet.

- (270) Som det fremgår ovenfor er Konkurransetilsynets vurdering at det er utfordrende for Helse Nord RHF innen rimelig tid å utvide kapasiteten og øke egenproduksjonen. Samtidig er det tydelige politiske føringer om økt bruk av private sykehus, jf. avsnitt (269).
- (271) Konkurransetilsynet finner at Helse Nord RHF har noe kjøpermakt før foretakssammenslutningen i form av at RHF-et ved utlysning av anbudskonkurranser kan sette Aleris og Teres opp mot hverandre. Videre finner tilsynet at Helse Nord RHF har begrenset kjøpermakt gjennom trussel om å utvide egenproduksjon. Etter en samlet vurdering finner Konkurransetilsynet at Helse Nord RHF har noe kjøpermakt.

6.5.2.1.4 Konklusjon

- (272) Anbudsmarkedene i helseregion Nord er svært konsentrert før foretakssammenslutningen. Aleris og Teres er de eneste aktørene i markedet, og er hverandres nærmeste konkurrenter. Det er høye etableringshindringer, og begrenset potensiell konkurranse. Helse Nord RHF innehar noe kjøpermakt ved at RHF-et kan sette Aleris og Teres opp mot hverandre i anbudskonkurranser.
- (273) Konkurransetilsynet finner ikke grunn til å ta stilling til om konkurransen er vesentlig begrenset før foretakssammenslutningen, da sammenslutningen uansett kan føre til eller forsterke en vesentlig begrensning av konkurransen.

6.5.2.2 Konkurransesituasjonen etter foretakssammenslutningen

- (274) Før foretakssammenslutningen er Aleris og Teres de eneste aktørene i anbudsmarkedet i helseregion Nord. Ved foretakssammenslutningen vil Aleris få kontroll over Teres, og når konkurransepresset mellom Aleris og Teres forsvinner, forsvinner all konkurranse mellom private aktører i markedet, og Aleris står igjen som monopolist.
- (275) Konkurransetilsynet kan ikke se at foretakssammenslutningen vil påvirke etableringshindringene eller potensiell konkurranse, og tilsynet legger derfor til grunn at det fortsatt vil være høye etableringshindringer og begrenset potensiell konkurranse etter ervervet. Foretakssammenslutningen vil føre til at Helse Nord RHF får redusert kjøpermakt, ettersom det ikke lenger er mulig å sette Aleris og Teres opp mot hverandre i anbudskonkurransene. Det foreligger således ikke forhold som kan hindre partene i å utnytte markedsrett etter ervervet.
- (276) På denne bakgrunn legger Konkurransetilsynet til grunn at foretakssammenslutningen kan føre til eller forsterke en vesentlig begrensning av konkurransen i anbudsmarkedene i helseregion Nord.

6.5.3 Forsikringsmarkedet i Finnmark, Troms og nord i Nordland

6.5.3.1 Konkurransesituasjonen før foretakssammenslutningen

6.5.3.1.1 Antall aktører og markedskonsentrasjon

- (277) Før foretakssammenslutningen er det to private aktører i Finnmark, Troms og nord i Nordland, henholdsvis Aleris og Teres. Partene har hvert sitt sykehus som tilbyr ortopedi til forsikringselskaper. Begge sykehusene ligger i Tromsø.
- (278) Partenes omsetning og markedsandeler i Tromsø fremgår av Tabell 4 nedenfor.

Tabell 4 Aktørenes omsetning og markedsandeler i 2014.

	Omsetning i MNOK	Markedsandel
Teres Tromsø	■	■

²⁰¹ Brev fra Steenstrup Stordrange 11. juni 2015, dokument nr. 183, side 2.

Aleris Tromsø		
Total		100,0 %

- (279) Som det fremgår av tabellen er Aleris [redacted] med en markedsandel på [redacted] prosent, mens Teres har en markedsandel på [redacted] prosent.
- (280) Partene er de eneste konkurrentene i markedet. HHI i det relevante markedet er [redacted], hvilket betegnes som et marked med høy konsentrasjon. Dette er en indikasjon på at konkurransen er begrenset.
- (281) Høye markedsandeler og et konsentrert marked kan indikere at konkurransen er begrenset, men er ikke alene tilstrekkelig for en slik konklusjon. I det følgende drøftes betydningen av konkurransenærhet, kapasitet, etableringshindringer, potensiell konkurranse og kjøpermakt.

6.5.3.1.2 Konkurransenærhet og kapasitet

- (282) Aleris Tromsø sin samlede omsetning innen ortopedi var i 2014 på [redacted] kroner, hvorav [redacted] kroner er salg til forsikringsmarkedet. Aleris Tromsø hadde i 2014 en samlet omsetning på [redacted] kroner. Sykehuset tilbyr behandlinger innenfor ortopedi, søvnutredning og øre-nese-hals.²⁰²
- (283) [redacted].²⁰³ Teres Tromsø hadde i 2014 en samlet omsetning på [redacted] kroner og tilbyr utover ortopediske behandlinger, plastikkirurgi og kosmetiske behandlinger, samt øre-nese-hals.²⁰⁴
- (284) Teres Tromsø og Aleris Tromsø ligger i nærheten av hverandre, vest på Tromsøya. Teres Bodø ligger om lag 8 timer og 30 minutter kjøretid unna, mens fly fra Bodø lufthavn til Tromsø lufthavn tar om lag 1 time.
- (285) Som det fremgår av kapittel 6.2.2.2 vil blant annet geografisk beliggenhet og overlapp av dekningsområder være viktige faktorer for å vurdere konkurransenærhet.
- (286) Konkurransetilsynets beregninger viser at [redacted]. Dette er etter Konkurransetilsynets oppfatning en indikasjon på at partene har konkurrert om å tiltrekke seg de samme kundene før foretakssammenslutningen, [redacted]. Partenes overlapp i dekningsområde fremkommer i vedlegg 1 side 1.
- (287) I Finnmark, Troms og nord i Nordland er forøvrig Aleris og Teres de eneste aktørene som tilbyr ortopedi, og partene er følgelig hverandres nærmeste konkurrenter.
- (288) [redacted].²⁰⁵

6.5.3.1.3 Etableringshindringer og potensiell konkurranse

- (289) For å etablere seg som en aktør i forsikringsmarkedet kreves det lokaler som er egnet for ortopedioperasjoner, helsepersonell og medisinsk utstyr, jf. den generelle redegjørelsen i kapittel 6.3. Investering i lokaler og medisinsk utstyr vil kunne være å betrakte som delvis irreversible kostnader, jf. kapittel 6.3.2. Videre vil det kunne påløpe irreversible kostnader til markedsføring i forbindelse med å bygge en merkevare for en ny aktør.

²⁰² Meldingen, vedlegg 6.

²⁰³ Meldingen, vedlegg 9.

²⁰⁴ Meldingen, vedlegg 7.

²⁰⁵ Brev fra [redacted] og [redacted].

- (290) Gjensidige viser til at nyetablerte aktører kan være en potensiell leverandør av ortopediske behandlinger, men at de ønsker å benytte "*etablerte og velrennomerte leverandører for å sikre kvalitet*".²⁰⁶ If ser også utfordringer ved å samarbeide med nyetablerte aktører og påpeker at "*(å) samarbeide med et nyetablert sykehus kan by på utfordringer som ikke alltid oppleves som positivt. (...) Kunder kan også ha ønske om å bli sendt til en veletablert klinikk med godt renommé i stedet for til en ny og ukjent klinikk*".²⁰⁷ Konkurransetilsynet har etter dette kommet til at det vil påløpe irreversible kostnader til markedsføring i forbindelse med utvidelse eller nyetablering i markedet, ettersom tilbydere med et kjent merkenavn vil kunne ha en fordel i forhandlingene med forsikringsselskapene, sammenlignet med en mindre kjent tilbyder.
- (291) Videre vil kompetanse i form av erfarne og anerkjente kirurger være en viktig forutsetning for å lykkes med et tilbud i forsikringsmarkedet. Dette da erfarne og anerkjente leger er viktig for at en nyetablert aktør skal kunne tiltrekke seg forsikringsavtaler og -kunder.²⁰⁸ Flere av forsikringsselskapene opplyser at de er åpne for å inngå avtaler med en nystartet privat aktør dersom denne tilfredsstiller selskapets avtalekrav (eks. kvalitet). De påpeker imidlertid at de er avhengig av at forsikringskundene har tillitt til behandlingstilbudet og at legenes omdømme da er vesentlige vurderingsfaktorer for kundene.²⁰⁹ Konkurransetilsynet finner derfor at en utvidelse eller nyetablering vil kunne medføre nyansettelser i form av erfarne ortopediske kirurger, og at dette vil kunne utgjøre en etableringshindring.
- (292) Endelig var forsikringsmarkedet i Finnmark, Troms og nord i Nordland på [redacted], mens det totale markedet for ortopedi i Finnmark, Troms og nord i Nordland var på om lag [redacted].²¹⁰ Da forsikringsmarkedets størrelse er beskeden, finner Konkurransetilsynet at markedsstørrelsen relativt til investeringsbehovet vil kunne utgjøre en etableringshindring. Dette da markedet vil kunne fremstå mindre attraktivt for en ny aktør, enn dersom markedet hadde vært større.
- (293) Vedrørende etableringshindringer i forsikringsmarkedet anfører melder at det ikke er krav om sykehuskonsesjon i forsikringsmarkedet, og at forsikringsselskapenes parallelle avtaler gjør det enklere å etablere seg i markedet.²¹¹
- (294) Konkurransetilsynet har etter dette kommet til at det er etableringshindringer forbundet med en nyetablering eller utvidelse av eksisterende virksomhet i forsikringsmarkedet. Disse kan først og fremst knytte seg til irreversible investeringer i merkevare, behov for økt personell, samt markedets størrelse relativt til investeringsbehovet, jf. avsnitt (290) til (292).
- (295) Ettersom det er etableringshindringer både for nye aktører og ved en utvidelse av virksomheten, vil den potensielle konkurransen være begrenset. Konkurransetilsynet har videre undersøkt hvorvidt det finnes aktører som planlegger å etablere virksomhet innen ortopedi i Finnmark, Troms og nord i Nordland, [redacted].²¹²
- (296) Basert på det ovenstående finner Konkurransetilsynet at det er etableringshindringer i markedet, og at den potensielle konkurransen er begrenset.

6.5.3.1.4 Kjøpermakt

- (297) Forsikringsselskapenes mulighet til å utøve kjøpermakt vil blant annet være avhengig av om antallet alternative sykehus med tilstrekkelig ledig kapasitet, kostnadene knyttet til å sende

²⁰⁶ Brev fra Gjensidige 6 mai 2015, dokument nr. 126, side 3.

²⁰⁷ Brev fra If 11. mai 2015, dokument nr. 147, side 4.

²⁰⁸ Brev fra If 27. mars 2015, dokument nr. 31, side 4, brev fra Gjensidige 6 mai 2015, dokument nr. 126, side 3.

²⁰⁹ Brev fra If 27. mars 2015, dokument nr. 31, side 4, brev fra Gjensidige 6 mai 2015, dokument nr. 126, side 3, oppsummering fra telefonmøte med Tryg 13. august 2015, dokument nr. 238, side 2, telefonmøte med Sparebank1 13. august 2015, dokument nr. 236, side 1 og telefonmøte med Vertikal Helse 12. august 2015, dokument nr. 237, side 1.

²¹⁰ Meldingen, vedlegg 8 og 9.

²¹¹ Meldingen, side 67.

²¹² Svar på Konkurransetilsynets pålegg om å gi informasjon av 24. mars 2015 og 27. april 2015, for konkurrenter.

pasienter til et annet sykehus, samt den finansielle styrken til henholdsvis forsikringsselskapene og sykehusene. jf. kapittel 6.4.

- (298) Forsikringsselskapene har oppgitt at de ønsker å inngå avtaler med bred geografisk dekning og medisinsk bredde. For å sikre behandlingstilbud som ivaretar selskapets produktportefølje og krav til kvalitet og tilgjengelighet (ventetid) har fem av seks nasjonale forsikringsselskap inngått avtaler med flere private aktører i hvert geografiske marked.²¹³
- (299) [redacted] har uttalt at prisene i markeder med få aktører er høyere enn i markeder med flere aktører.²¹⁴ Videre fremkommer det at forsikringsselskapenes forhandlingsposisjon styrkes av å ha flere aktører å sammenligne og sette opp mot hverandre.²¹⁵ Gjensidige uttrykker at foretakssammenslutningen vil føre til at: [redacted]
[redacted] Dette er spesielt relevant fordi det er snakk om sammenslåing av to leverandører med stor bredde og geografisk dekning, som ellers utfordrer hverandre".²¹⁶ [redacted] uttaler at deres erfaring tilsier at de "(...) får de beste avtalene der det er to eller tre leverandører siden normale konkurranse mekanismer vil fungere".²¹⁷ Sitatene indikerer etter Konkurransetilsynets oppfatning at antallet alternative tilbydere direkte påvirker forsikringsselskapenes kjøpermakt.
- (300) I meldingen anføres det at forsikringsselskapene enkelt kan respondere på sykehusenes forsøk på å utøve markedsrett.²¹⁸ Årsaken er ifølge melder at forsikringsselskapene inngår parallelle avtaler med flere private sykehus, samt den økte bruken av anbudskonkurranser.²¹⁹
- (301) Selv om forsikringsselskapene i en del tilfeller inngår parallelle avtaler med flere sykehus, vil forsikringsselskapenes kjøpermakt være avhengig av antallet alternative tilbydere, jf. avsnitt (297). I Finnmark, Troms og nord i Nordland har forsikringsselskapene bare to alternativer, hvilket reduserer selskapenes kjøpermakt. Videre vil kostnaden ved å frakte pasientene til andre geografiske områder etter tilsynets oppfatning innebære at forsikringsselskapene i liten grad kan utøve kjøpermakt.
- (302) Hva gjelder den økte bruken av anbudskonkurranser legger Konkurransetilsynet til grunn at mekanismene som gir opphav til konkurransebegrensende virkninger i forsikringsmarkedet i stor grad vil være tilsvarende som i øvrige markeder hvor aktørene tilbyr differensierte produkter og konkurrerer på pris, jf. kapittel 6.2.2. Konkurransetilsynet har derfor funnet grunn til å vektlegge kun i noen grad at prisdannelsen foregår ved anbudslignende prosesser ved vurderingen av forsikringsselskapenes kjøpermakt.
- (303) I tilsvaret anføres det videre at det må "legges til grunn at forsikringsselskaper er store og profesjonelle innkjøpere".²²⁰ Melder har imidlertid ikke framlagt konkret dokumentasjon på dette. Det fremgår i et internt dokument fra Teres at selskapet oppfatter forsikringsselskapene som [redacted] som er [redacted].²²¹ Dette indikerer etter Konkurransetilsynets oppfatning at forsikringsselskapene i begrenset grad er i posisjon til å utnytte en eventuell kjøpermakt.
- (304) Etter dette er det Konkurransetilsynets vurdering at forsikringsselskapene har noe kjøpermakt i Finnmark, Troms og nord i Nordland før foretakssammenslutningen.

²¹³ Brev fra og telefonmøter med [redacted]

²¹⁴ Brev fra [redacted]

²¹⁵ Blant annet brev fra [redacted], brev fra [redacted]

[redacted], brev fra [redacted] og brev fra [redacted]

²¹⁶ Brev fra Gjensidige 10. april 2015, dokument nr. 62, side 5.

²¹⁷ Brev fra [redacted]

²¹⁸ Meldingen, side 73.

²¹⁹ Meldingen, side 73.

²²⁰ Tilsvaret, punkt 6.2.

²²¹ Internt dokument fra Teres, dokument nr. 50, side 11.

6.5.3.1.5 Konklusjon

- (305) Forsikringsmarkedet i Finnmark, Troms og nord i Nordland er svært konsentrert. Partene er de eneste aktørene i markedet, og er følgelig hverandres nærmeste konkurrenter. Det er videre etableringshindringer og begrenset potensiell konkurranse i markedet. Forsikringsselskapene har noe kjøpermakt før foretakssammenslutningen.
- (306) Konkurransetilsynet finner ikke grunn til å ta stilling til om konkurransen er vesentlig begrenset før foretakssammenslutningen, da sammenslutningen uansett kan føre til eller forsterke en vesentlig begrensning av konkurransen.

6.5.3.2 Konkurransesituasjonen etter foretakssammenslutningen

- (307) Foretakssammenslutningen innebærer at antall aktører reduseres fra to til én.
- (308) Etter oppkjøpet vil Aleris øke sin markedsandel i markedet fra ■ til 100 prosent. HHI vil som en følge av transaksjonen øke fra ■ til 10 000. Markedet vil således bli ytterligere konsentrert, hvor Aleris vil bli monopolist.
- (309) Som det fremgår av kapittel 6.2.2.1 foregår prisdannelsen i forsikringsmarkedet ved at forsikringsselskapene lyser ut avtaler på anbud, og/eller gjennomfører forhandlinger med sykehusene. I slike markeder, hvor kundene setter leverandørene opp mot hverandre, for eksempel gjennom anbudslignende prosesser eller parallelle forhandlinger, legger Konkurransetilsynet til grunn at enhver reduksjon i et relativt begrenset antall tilbydere i markedet i utgangspunktet vil ha en negativ effekt på priser og kvalitet overfor kundene.²²²
- (310) Konkurransetilsynet kan ikke se at foretakssammenslutningen vil påvirke etableringshindringene eller potensiell konkurranse, og tilsynet legger derfor til grunn at det fortsatt vil være etableringshindringer og begrenset potensiell konkurranse etter ervervet. Foretakssammenslutningen vil føre til at forsikringsselskapene får redusert kjøpermakt, ettersom det ikke lenger er mulig å sette Aleris og Teres opp mot hverandre. Det foreligger således ikke forhold som kan hindre partene i å utnytte markedsrett etter ervervet.
- (311) På denne bakgrunn legger Konkurransetilsynet til grunn at foretakssammenslutningen kan føre til eller forsterke en vesentlig begrensning av konkurransen i forsikringsmarkedet i Finnmark, Troms og nord i Nordland.

6.6 Midt-Norge

6.6.1 Innledning

- (312) Før foretakssammenslutningen er det fire private sykehus i Midt-Norge. I Trondheim er det tre sykehus som alle eies av partene. Dette er Aleris Trondheim, Teres Stokkan og Teres Rosenberg. Medi3 har ett sykehus i Ålesund.
- (313) Aleris Trondheim og Teres Stokkan har overlapp innen fagområdene ortopedi og plastikkirurgi, mens Aleris Trondheim og Teres Rosenberg har overlapp innen ortopedi.²²³
- (314) Aleris Trondheim og Teres sine to sykehus i Trondheim er lokalisert sentralt i Trondheim. Teres Rosenberg ligger lengst sør med en kjøretid på 8 minutter til Aleris Trondheim og 9 minutter fra Teres Stokkan. Det er om lag 5 minutter kjøretid mellom Aleris Trondheim og Teres Stokkan. Medi3 som er lokalisert i Ålesund, er ca. fem og en halv timers kjøretid fra Trondheim.
- (315) Nedenfor følger Konkurransetilsynets analyse av anbudsmarkedene for henholdsvis ortopedi og plastikkirurgi, forsikringsmarkedet og markedet for plastikkirurgi i Midt-Norge.

6.6.2 Anbudsmarkedene i helseregion Midt-Norge

6.6.2.1 Konkurransesituasjonen før foretakssammenslutningen

6.6.2.1.1 Markedskonsentrasjon og konkurransenærhet

²²² Dette legges også til grunn av Konkurransetilsynet i Vedtak V2014-9, Norsk Gjenvinning AS – Avfall Sør Bedrift AS, side 35.

²²³ Meldingen, vedlegg 6 og 7.

- (316) Før foretakssammenslutningen finnes det fire private sykehus i helseregion Midt-Norge som har sykehuskonsesjon innen fagområdene ortopedi og plastikkirurgi, jf. Tabell 5 nedenfor.

Tabell 5 Oversikt over private sykehus med sykehuskonsesjon i helseregion Midt-Norge.²²⁴

Trondheim	Ålesund
Aleris Trondheim Teres Stokkan Teres Rosenborg	Medi3

- (317) Tre av de fire private sykehusene i helseregionen er eid av partene. Som det fremgår av Tabell 5 har Aleris ett sykehus i Trondheim, mens Teres har to sykehus. I tillegg har Medi3 ett sykehus i Ålesund. Markedet er svært konsentrert.
- (318) Medi3 i Ålesund tilbyr spesialisthelsetjenester (poliklinikk og dagkirurgi), bildediagnostikk, allmennleger, andre kliniske tjenester og bedriftshelsetjeneste, samt løsninger for medisinsk sikkerhet til maritim næring.²²⁵ Medi3 tilbyr kun dagkirurgi, og utfører ikke korsbåndoperasjoner eller operasjoner i rygg og hofte.²²⁶ I 2014 hadde Medi3 en totalomsetning på 157 millioner kroner, herunder [redacted] og [redacted] knyttet til henholdsvis offentlig finansierte ortopedi og plastikkirurgi.²²⁷
- (319) Gjeldende rammeavtale mellom Helse Midt-Norge RHF og private sykehus ble inngått i 2013. Rammeavtalen gjelder levering av ortopediske og plastikkirurgiske behandlinger og har antall DRG-poeng som årlig ramme. Helse Midt-Norge RHF kjøper ortopediske behandlinger fra private sykehus for ca. 70 millioner kroner årlig.²²⁸ Tilsvarende innkjøp av plastikkirurgi er ca. 15 millioner kroner.²²⁹
- (320) Som det fremgår av kapittel 5.3.2.1 ovenfor legger Konkurransetilsynet til grunn at geografisk spredning av helsetilbudet er viktig for at RHF-ene skal ha et tilbud i nærhet til pasientene i helseregionen. På bakgrunn av den geografiske beliggenheten er tilsynets vurdering at Aleris Trondheim, Teres Stokkan og Teres Rosenborg er nære konkurrenter. Medi3s lokasjon i Ålesund, ca. fem og halv timers kjøretid fra Trondheim, innebærer at sykehuset kun i begrenset grad kan utøve et konkurransepress på partenes sykehus og anses derfor ikke som en nær konkurrent til partene.
- (321) Aleris, Teres og Medi3 innga alle tilbud på levering av ortopedi og plastikkirurgi i anbudskonkurransen som ble avholdt i 2013. Etter forhandlinger inngikk Helse Midt-Norge RHF avtale med samtlige sykehus. Teres sin avtale har en samlet ramme på [redacted] DRG-poeng innen ortopedi og [redacted] DRG-poeng innen plastikkirurgi. Aleris sin avtale har en ramme på [redacted] DRG-poeng innen ortopedi, og [redacted] DRG-poeng innen plastikkirurgi. Medi3s avtale har en årlig ramme på [redacted] DRG-poeng innen ortopedi og [redacted] DRG-poeng innen plastikkirurgi. Aleris leverer ortopedi og plastikkirurgi fra sitt sykehus i Trondheim. Teres leverer ortopedi og plastikkirurgi fra Stokkan-sykehuset i tillegg til ortopedi fra Rosenborgsykehuset. I 2014 hadde Aleris' sykehus i Trondheim en omsetning på [redacted] knyttet til offentlige finansierte ortopedi og en omsetning på [redacted] innen offentlig finansierte plastikkirurgi.²³⁰ Teres Stokkan hadde samme år en omsetning på [redacted] innen offentlig finansierte ortopedi og [redacted] innen offentlig finansierte plastikkirurgi.²³¹ Teres Rosenborgs omsetning var [redacted] innen ortopedi til det offentlige.²³² Teres sine to sykehus i Trondheim hadde i 2014 en samlet omsetning innen ortopedi til det offentlige på [redacted].

²²⁴ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 29. mai 2015, dokument nr. 178, side 3.

²²⁵ Brev fra Medi3 9. april 2015, dokument nr. 57, side 1.

²²⁶ Brev fra Medi3 9. april 2015, dokument nr. 57, side 4.

²²⁷ Brev fra Medi3 9. april 2015, dokument nr. 57, side 1, 2 og 4.

²²⁸ Brev fra Helse Midt-Norge RHF 10. april 2015, dokument nr. 69, side 2.

²²⁹ Brev fra Helse Midt-Norge RHF 10. april 2015, dokument nr. 69, side 8.

²³⁰ Meldingen, vedlegg 8.

²³¹ Meldingen, vedlegg 9.

²³² Meldingen, vedlegg 9.

- (322) Teres er tildelt [REDAKTERT] DRG-poeng i gjeldende avtaler. Innholdet i rammeavtalen og prisene reforhandles årlig. De samme sykehusene deltok også i anbudskonkurransen som ble avholdt i 2008.²³³
- (323) I dagens avtaler tilbyr Aleris, Teres Stokkan og Medi3 15 like ortopediske behandlinger.²³⁴ I tillegg har aktørene avtaler på noen ytterligere ortopediske behandlinger, disse varierer mellom sykehusene.²³⁵ Partene tilbyr korsbåndoperasjoner ved sine sykehus, noe Medi3 ikke tilbyr. De tre aktørene tilbyr alle de samme plastikkirurgiske behandlingene.²³⁶ Basert på dette finner Konkurransetilsynet at Aleris, Teres og Medi3 i stor grad utfører de samme behandlingene for Helse Midt-Norge.
- (324) Etter Konkurransetilsynets oppfatning viser den generelle gjennomgangen i kapittel 6.2.2.3, herunder avsnitt (192) til (194), at Aleris og Teres er nære konkurrenter i anbudsmarkedene i Norge.
- (325) Konkurransetilsynets vurdering er at anbudsmarkedet i helseregion Midt-Norge er svært konsentrert. Det er kun tre private helsetilbydere i helseregionen. Videre er det Konkurransetilsynets vurdering at partene er hverandres nærmeste konkurrenter før foretakssammenslutningen.

6.6.2.1.2 Etableringshindringer og potensiell konkurranse

- (326) Det vises til den generelle redegjørelsen for etableringshindringer i helsemarkedene i kapittel 6.3.2 ovenfor.
- (327) Etter Konkurransetilsynets oppfatning vil vurderingen av etableringshindringer i helseregion Midt-Norge i stor grad være sammenfallende med vurderingene for helseregion Nord slik det fremgår i kapittel 6.5.2.1.2 ovenfor. Behov for tilpasning av lokaler, kravet om sykehuskonsesjon, tilgang på kvalifisert helsepersonell vil etter Konkurransetilsynets vurdering utgjøre etableringshindringer også i helseregion Midt-Norge.
- (328) Helse Midt-Norge RHF viser til at det gjennom flere år har vært knapphet på operasjonssykepleiere og plastiske kirurger i helseregionen.²³⁷ Mangelen på kirurger kan ifølge Helse Midt-Norge RHF ha en sammenheng med konkurransen med det private arbeidsmarkedet.²³⁸ Medi3 i Ålesund viser til at tilgang til kirurg/anestesilege og spesialsykepleiere kan være etableringshindringer.²³⁹
- (329) Helse Midt-Norge RHF er også uenig i melderens anførsel om at det er lave etableringshindringer for private sykehus,²⁴⁰ og etablering av ny virksomhet kan etter RHF-ets erfaring være vanskelig.²⁴¹ Helse Midt-Norge RHF viser i den forbindelse til at Moxness-klinikken i Trondheim og Medi3 Molde gikk konkurs i henholdsvis 2006 og 2007.²⁴²
- (330) På bakgrunn av det ovenstående er det etter Konkurransetilsynets oppfatning relativt høye etableringshindringer i anbudsmarkedet i helseregion Midt-Norge før foretakssammenslutningen.
- (331) I det følgende vil Konkurransetilsynet vurdere potensiell konkurranse fra aktører i tilgrensende markeder til anbudsmarkedene i helseregion Midt-Norge, jf. avsnitt (225).
- (332) Melder har anført at [REDAKTERT] samt andre rehabiliteringssentre som tilbyr ortopeditjenester i dag, utøver potensiell konkurranse i

²³³ Brev fra Steenstrup Stordrange 10. juni 2015, dokument nr. 182, vedlegg 3.

²³⁴ Brev fra Helse Midt-Norge RHF 10. april 2015, dokument nr. 69, rammeavtaler, vedlegg 1.

²³⁵ Brev fra Helse Midt-Norge RHF 10. april 2015, dokument nr. 69, rammeavtaler, vedlegg 1.

²³⁶ Brev fra Helse Midt-Norge RHF 10. april 2015, dokument nr. 69, rammeavtaler, vedlegg 1.

²³⁷ Brev fra Helse Midt-Norge RHF 11. mai 2015, dokument nr. 151, side 2.

²³⁸ Brev fra Helse Midt-Norge RHF 11. mai 2015, dokument nr. 151, side 2.

²³⁹ Brev fra Medi3 9. april 2015, dokument nr. 57, side 6.

²⁴⁰ Brev fra Helse Midt-Norge RHF 10. april 2015, dokument nr. 69, side 15.

²⁴¹ Brev fra Helse Midt-Norge RHF 10. april 2015, dokument nr. 69, side 15 og 16.

²⁴² Brev fra Helse Midt-Norge RHF 10. april 2015, dokument nr. 69, side 5.

anbudsmarkedet for levering av ortopedi, og at [redacted] utøver potensiell konkurranse for levering av plastikkirurgi.²⁴³

- (333) Som det fremgår i avsnitt (261) til (263) ovenfor er det Konkurransetilsynets vurdering at etableringshindringene kan være noe lavere for aktører som er etablert i tilgrensede markeder. Konkurransetilsynet har gjennom høringsrunder og øvrig innhentet informasjon [redacted].²⁴⁴ Videre forklarer [redacted] at [redacted] det er svært kostbart med en nyetablering, det er konkurranse om tilgang til personell og at det er svært vanskelig å inngå lønnsomme avtaler med dagens anbudsprosesser i konkurranse med store konkurrenter.²⁴⁵
- (334) Som redegjort for i avsnitt (263) ovenfor legger Konkurransetilsynet til grunn at rehabiliteringssentre ikke kan anses for å være potensielle konkurrenter. Tilsvarende vurdering gjør seg gjeldende for [redacted] har en hudklinikk i sentrum av Trondheim som tilbyr hudpleieprodukter, ulike behandlinger ved hjelp av laser og injeksjoner, samt noe dagkirurgisk aktivitet (øyelokk og annen småkirurgi).²⁴⁶ [redacted] opplyser at dagkirurgisk aktivitet for tiden er helt minimalt.²⁴⁷ Etter Konkurransetilsynets vurdering vil de nevnte aktørene stå ovenfor de samme etableringshindringene som en nyetablerer. Basert på ovennevnte finner Konkurransetilsynet at [redacted] og [redacted] ikke utøver en disiplinerende effekt på aktørene i anbudsmarkedene. Konkurransetilsynet kan derfor ikke se at melders anførsler om potensiell konkurranse kan føre frem.
- (335) På bakgrunn av det ovenstående er Konkurransetilsynets vurdering at partene møter begrenset potensiell konkurranse i helseregion Midt-Norge før foretakssammenslutningen.

6.6.2.1.3 Kjøpermakt

- (336) Kjøpermakt kan motvirke muligheten en eller flere aktører har til å utøve markedsrett, jf. kapittel 6.4.
- (337) Helse Midt-Norge RHF har før foretakssammenslutningen mulighet til å sette Aleris og Teres opp mot hverandre i anbudskonkurransene. Som redegjort for i kapittel 6.6.2.1.1 er Konkurransetilsynets vurdering at partenes sykehus i Trondheim er hverandres nærmeste konkurrenter. Konkurransetilsynet finner at Helse Midt-Norge RHF har noe kjøpermakt før foretakssammenslutningen gjennom arrangering av anbudskonkurranser.
- (338) Når det gjelder mulighetene for å selv utføre tjenestene som de private gjør i dag, påpeker Helse Midt-Norge RHF at det er vanskelig å oppgi kapasiteten til de offentlige helseforetakene innen ortopedi og plastikkirurgi siden det vil avhenge av mange forhold, herunder tilgang på operasjonsstuer, senger, helsepersonell og utstyr, samt hvordan tjenestene er organisert, herunder gjennom funksjonsfordeling mellom flere sykehus.²⁴⁸ RHF-et viser imidlertid til at antallet behandlinger som er gjennomført og utviklingen i ventelister og ventetider likevel gir et visst uttrykk for hvilken kapasitet som finnes.²⁴⁹ Særlig plastikkirurgi trekkes frem av Helse Midt-Norge RHF som et område med kapasitetsutfordringer.²⁵⁰
- (339) Helse Midt-Norge RHF skriver videre følgende om muligheten til å utvide kapasiteten: "De offentlige sykehusene vil ikke ha mulighet til å overta de pasientene som i dag behandles i de private sykehusene uten betydelige endringer. Dette innebærer at Aleris i en

²⁴³ Meldingen, vedlegg 14, side 1 og 2.

²⁴⁴ Brev fra [redacted].

²⁴⁵ Brev fra [redacted].

²⁴⁶ Brev fra [redacted].

²⁴⁷ Brev fra [redacted].

²⁴⁸ Brev fra Helse Midt RHF 10. april 2015, dokument nr. 69, side 6.

²⁴⁹ Brev fra Helse Midt RHF 10. april 2015, dokument nr. 69, side 6.

²⁵⁰ Brev fra Helse Midt RHF 10. april 2015, dokument nr. 69, side 10.

anskaffelsesprosess av private sykehustjenester vil få en betydelig markedsakt."²⁵¹ Sitatet viser at Helse Midt-Norge RHF ikke opplever at de har kjøperakt som kan motvirke markedsakt.

- (340) Som beskrevet i avsnitt (269) er det tydelige politiske føringer om økt bruk av private sykehus. Etter Konkurransetilsynets oppfatning fremstår ikke utvidelse av kapasiteten i de offentlige sykehusene som forenlig med et slikt pålegg. I oppsummeringen av strategien for kjøp fra private fremgår: "*Det planlegges ikke å overføre aktiviteter som i dag tilbys av private leverandører til helseforetakene.*"²⁵²
- (341) Som redegjort for ovenfor er Konkurransetilsynets vurdering at det er utfordrende for Helse Midt-Norge RHF innen rimelig tid å utvide kapasiteten og øke egenproduksjonen. Det er i tillegg tydelige politiske føringer om økt bruk av private sykehus. På denne bakgrunn finner Konkurransetilsynet at Helse Midt-Norge RHF's kjøperakt gjennom trussel om å utvide egenproduksjonen er begrenset før foretakssammenslutningen.
- (342) Konkurransetilsynet finner at Helse Midt-Norge RHF har noe kjøperakt før foretakssammenslutningen i form av at RHF-et kan sette de private sykehusene, og da særlig partene, opp mot hverandre. Videre finner Konkurransetilsynet at Helse Midt-Norge RHF har begrenset kjøperakt gjennom trussel om å utvide egenproduksjon. Etter en samlet vurdering finner Konkurransetilsynet at Helse Midt-Norge RHF har noe kjøperakt.

6.6.2.1.4 Konklusjon

- (343) Anbudsmarkedet i helseregion Midt-Norge er konsentrert før foretakssammenslutningen. Det er kun tre private tilbydere i helseregionen, og Aleris og Teres er hverandres nærmeste konkurrenter. Det er relativt høye etableringshindringer i markedet og begrenset potensiell konkurranse. Helse Midt-Norge RHF har noe kjøperakt.
- (344) Konkurransetilsynet finner ikke grunn til å ta stilling til om konkurransen er vesentlig begrenset før foretakssammenslutningen, da sammenslutningen uansett kan føre til eller forsterke en vesentlig begrensning av konkurransen.

6.6.2.2 Konkurransesituasjonen etter foretakssammenslutningen

- (345) Foretakssammenslutningen innebærer at Aleris får kontroll over Teres. I helseregion Midt-Norge vil man således gå fra tre til to tilbydere.
- (346) Etter foretakssammenslutningen vil Aleris være den største aktøren i anbudsmarkedene. Samtidig vil markedene bli ytterligere konsentrert. Konkurransetilsynets undersøkelser viser at Aleris og Teres er hverandres nærmeste konkurrenter. Det sterke konkurransepresset mellom Aleris og Teres faller således bort. Etter Konkurransetilsynets oppfatning vil Medi3 i Ålesund kun utøve et begrenset konkurransepress på partene.
- (347) Konkurransetilsynet kan ikke se at foretakssammenslutningen vil påvirke etableringshindringene eller potensiell konkurranse, og tilsynet legger derfor til grunn at det fortsatt vil være relativt høye etableringshindringer og begrenset potensiell konkurranse etter ervervet. Foretakssammenslutningen vil føre til at Helse Midt-Norge RHF får redusert kjøperakt, ettersom det ikke lenger er mulig å sette Aleris og Teres opp mot hverandre i anbudskonkurransene. Det foreligger således ikke forhold som kan hindre partene i å utnytte markedsakt etter ervervet.
- (348) På denne bakgrunn legger Konkurransetilsynet til grunn at foretakssammenslutningen kan føre til eller forsterke en vesentlig begrensning av konkurransen i anbudsmarkedene i helseregion Midt-Norge.

6.6.3 Forsikringsmarkedet i Nord- og Sør-Trøndelag

6.6.3.1 Konkurransesituasjonen før foretakssammenslutningen

6.6.3.1.1 Antall aktører og markedskonsentrasjon

²⁵¹ Brev fra Helse Midt RHF 10. april 2015, dokument nr. 69, side 14.

²⁵² Helse Midt-Norge RHF's strategi, side 8.

- (349) Før foretakssammenslutningen er det tre private sykehus i Nord- og Sør-Trøndelag som tilbyr tjenester til forsikringsmarkedet. Dette er Aleris Trondheim, Teres Stokkan og Teres Rosenborg, jf. Tabell 6 nedenfor.

Tabell 6 Aktørenes omsetning og markedsandeler i 2014.²⁵³

	Omsetning i MNOK	Markedsandel
Teres Rosenborg	■	■
Teres Stokkan	■	■
Aleris Trondheim	■	■
Total	■	100,0 %

- (350) Som det fremgår av tabellen er Teres er ■ med en markedsandel på ■ prosent. Aleris har en markedsandel på ■ prosent.
- (351) Partene er de eneste konkurrentene i markedet. HHI i det relevante markedet er ■, hvilket betegnes som et marked med høy konsentrasjon. Dette er en indikasjon på at konkurransen er begrenset.
- (352) Høye markedsandeler og et konsentrert marked kan indikere at konkurransen er begrenset, men er ikke alene tilstrekkelig for en slik konklusjon. I det følgende drøftes betydningen av konkurransenærhet, kapasitet, etableringshindringer, potensiell konkurranse og kjøpermakt.

6.6.3.1.2 Konkurransenærhet og kapasitet

- (353) Aleris Trondheims samlede omsetning innen ortopedi er på ■, hvorav ■ er forsikringsfinansiert.²⁵⁴ Sykehuset tilbyr behandlinger innenfor en rekke fagområder.²⁵⁵
- (354) I Trondheim har Teres to sykehus som tilbyr ortopediske behandlinger. Teres Stokkan har en samlet omsetning innen ortopediske behandlinger på ■, hvorav ■ er forsikringsfinansiert. Tilsvarende tall for Teres Rosenborg er henholdsvis ■ og ■.²⁵⁶ Teres Stokkan tilbyr foruten ortopedi, plastikkirurgi og fedmekirurgi. Teres Rosenborg fokuserer på behandlinger innen ortopedi.
- (355) Som det fremgår av kapittel 6.2.2.2 vil blant annet geografisk beliggenhet og overlapp av dekningsområder i et relevant marked være viktige faktorer for å vurdere konkurransenærhet.
- (356) Konkurransetilsynets beregninger viser at ■. Dette er etter Konkurransetilsynets oppfatning en indikasjon på at partene har konkurrert om å tiltrekke seg de samme kundene før foretakssammenslutningen, ■. Partenes overlapp i dekningsområde fremkommer i vedlegg 1 side 2.
- (357) I Nord- og Sør-Trøndelag er forøvrig Aleris og Teres de eneste aktørene som tilbyr ortopedi, og partene er følgelig hverandres nærmeste konkurrenter.

(358)

6.6.3.1.3 Etableringshindringer og potensiell konkurranse

²⁵³ Meldingen, vedlegg 8 og 9.

²⁵⁴ Meldingen, vedlegg 8.

²⁵⁵ Meldingen, vedlegg 6.

²⁵⁶ Meldingen, vedlegg 9.

²⁵⁷

- (359) Det vises til kapittel 6.5.3.1.3 hvor etableringshindringer og potensiell konkurranse vurderes i Finnmark, Troms og nord i Nordland. Etter Konkurransetilsynets vurdering vil vurderingen av etableringshindringene i all hovedsak være tilsvarende i Nord- og Sør-Trøndelag.
- (360) Markedet for forsikringsfinansiert ortopedi i Nord- og Sør-Trøndelag er på [REDACTED], mens det totale markedet for ortopedi i Trondheim er på [REDACTED].²⁵⁸ Da forsikringsmarkedets størrelse er beskjedent, finner Konkurransetilsynet at markedsstørrelsen relativt til investeringsbehovet vil kunne utgjøre en etableringshindring, jf. avsnitt (292).
- (361) Ettersom det er etableringshindringer både for nye aktører og ved en utvidelse av virksomheten, vil den potensielle konkurransen være begrenset. Konkurransetilsynet har videre undersøkt hvorvidt det finnes aktører som planlegger å etablere virksomhet innen ortopedi i Nord- og Sør-Trøndelag, [REDACTED].²⁵⁹
- (362) Partene har anført [REDACTED] som en konkurrent i forsikringsmarkedet.²⁶⁰ Selskapet har et sykehus som tilbyr ortopedi til forsikringsselskap i Oslo. [REDACTED] i Trondheim tilbyr ikke ortopedi.²⁶¹ [REDACTED] vil i all hovedsak stå overfor de samme etableringshindringene som er beskrevet ovenfor, jf. avsnitt (359) og (360). Som det fremgår av avsnitt (333) om anbudsmarkedene i Midt-Norge, har [REDACTED] er således ikke en potensiell konkurrent i forsikringsmarkedet i Nord- og Sør-Trøndelag.
- (363) Basert på det ovenstående finner Konkurransetilsynet at det er etableringshindringer i markedet, og at den potensielle konkurransen er begrenset.

6.6.3.1.4 Kjøpermakt

- (364) Det vises videre til kapittel 6.5.3.1.4 hvor forsikringsselskapenes kjøpermakt vurderes i Finnmark, Troms og nord i Nordland. Vurderingen av kjøpermakten vil være tilsvarende for Nord- og Sør-Trøndelag.
- (365) Som i Finnmark, Troms og nord i Nordland, er det i Nord- og Sør-Trøndelag bare to private alternativer for forsikringsselskapene. Etter Konkurransetilsynets vurdering har forsikringsselskapene noe kjøpermakt i Nord- og Sør-Trøndelag før foretakssammenslutningen.

6.6.3.1.5 Konklusjon

- (366) Forsikringsmarkedet i Nord- og Sør-Trøndelag er svært konsentrert før foretakssammenslutningen. Partene er de eneste aktørene i markedet, og er hverandres nærmeste konkurrenter. Det er videre etableringshindringer i markedet, og begrenset potensiell konkurranse. Forsikringsselskapene har noe kjøpermakt.
- (367) Konkurransetilsynet finner ikke grunn til å ta stilling til om konkurransen er vesentlig begrenset før foretakssammenslutningen, da sammenslutningen uansett kan føre til eller forsterke en vesentlig begrensning av konkurransen.

6.6.3.2 Konkurransesituasjonen etter foretakssammenslutningen

- (368) Foretakssammenslutningen innebærer at antall aktører reduseres fra to til en.
- (369) Etter oppkjøpet vil Aleris øke sin markedsandel i markedet fra [REDACTED] til 100 prosent. HHI vil som en følge av transaksjonen øke fra [REDACTED] til 10 000.

²⁵⁸ Meldingen vedlegg 8 og 9, samt brev fra Advokatfirmaet Steenstrup Stordrange 27. mars 2015, dokument nr. 27, vedlegg og brev fra Advokatfirmaet Schjødt AS 30. mars 2015, dokument nr. 32, vedlegg.

²⁵⁹ Svar på Konkurransetilsynets pålegg om å gi informasjon av 24. mars 2015 og 27. april 2015, for konkurrenter.

²⁶⁰ Meldingen, vedlegg 17.

²⁶¹ [REDACTED] har i telefonsamtale med Konkurransetilsynet 25. august 2015 bekreftet at [REDACTED] utelukkende utfører ortopedi behandlinger i Oslo.

- (370) Som det fremgår av kapittel 6.2.2.1 foregår prisdannelsen i markedet for salg av ortopedi til forsikringsselskaper ved at forsikringsselskapene lyser ut avtaler på anbud, og/eller gjennomfører forhandlinger med sykehusene. I slike markeder, hvor kundene setter leverandørene opp mot hverandre, for eksempel gjennom anbudslignende prosesser eller parallelle forhandlinger, legger Konkurransetilsynet til grunn at enhver reduksjon i et relativt begrenset antall tilbydere i markedet i utgangspunktet vil ha en negativ effekt på priser og kvalitet overfor kundene.²⁶²
- (371) Konkurransetilsynet kan ikke se at foretakssammenslutningen vil påvirke etableringshindringene eller potensiell konkurranse, og tilsynet legger derfor til grunn at det fortsatt vil være etableringshindringer og begrenset potensiell konkurranse etter ervervet. Foretakssammenslutningen vil føre til at forsikringsselskapene får redusert kjøpermakt, ettersom det ikke lenger er mulig å sette Aleris og Teres opp mot hverandre. Det foreligger således ikke forhold som kan hindre partene i å utnytte markedsrett etter ervervet.
- (372) På denne bakgrunn legger Konkurransetilsynet til grunn at foretakssammenslutningen kan føre til eller forsterke en vesentlig begrensning av konkurransen i forsikringsmarkedet i Nord- og Sør-Trøndelag.

6.6.4 Markedet for plastikkirurgi i Nord- og Sør-Trøndelag

6.6.4.1 Konkurransesituasjonen før foretakssammenslutningen

6.6.4.1.1 Antall aktører og markedskonsentrasjon

- (373) Det er kun partene som tilbyr plastikkirurgi i Nord- og Sør-Trøndelag før foretakssammenslutningen. I markedet omsettes det for omtrent [REDACTED], jf. Tabell 7 nedenfor.

Tabell 7 Omsetning og markedsandeler i Nord- og Sør-Trøndelag i 2014.²⁶³

	Omsetning i MNOK	Markedsandel
Aleris Trondheim	[REDACTED]	[REDACTED] %
Teres Stokkan	[REDACTED]	[REDACTED] %
Total	[REDACTED]	100,0 %

- (374) Teres [REDACTED] i markedet med en markedsandel på [REDACTED]. HHI er over [REDACTED], hvilket betegnes som et marked med høy konsentrasjon.
- (375) Som det fremgår av kapittel 6.1 vil ikke markedsandeler alltid reflektere konkurransesituasjonen full ut i markeder med differensierte produkter, ettersom markedsandelen ikke nødvendigvis vil gi et fullstendig bilde over hvor nære konkurrenter markedsaktørene er. Konkurransetilsynet finner det likevel hensiktsmessig å benytte markedsandeler som et utgangspunkt for å vurdere konkurransenærheten mellom partene, ettersom markedsandeler kan reflektere selskapenes evne til å vinne kunder, og således gi en indikasjon på aktørenes markedsstyrke.
- (376) Et konsentrert marked kan indikere at konkurransen er begrenset, men er ikke alene tilstrekkelig for en slik konklusjon. I det følgende drøftes betydningen av konkurransenærhet, kapasitet, etableringshindringer og potensiell konkurranse.

6.6.4.1.2 Konkurransenærhet og kapasitet

- (377) Aleris sykehus og medisinske senter ligger sentralt plassert i Trondheim. Aleris Trondheim tilbyr et bredt utvalg av behandlinger innenfor plastikkirurgi, og selskapet markedsfører på sine hjemmesider at selskapet tilbyr alt innen estetisk og rekonstruktiv plastikkirurgi.

²⁶² Dette legges også til grunn av Konkurransetilsynet i vedtak V2014-9, Norsk Gjenvinning AS - Avfall Sør Bedrift AS, side 35.

²⁶³ Meldingen, vedlegg 8 og 9.

- (378) I Trondheim har Teres samlet sin virksomhet innen plastikkirurgi på Teres Stokkan som ligger i Trondheim sentrum. Klinikken tilbyr et bredt utvalg av behandlinger innen fagfeltet. Teres Stokkan har på sine hjemmesider et hovedfokus på plastikkirurgi og kosmetiske behandlinger.
- (379) Aleris Trondheim ligger fem minutter kjøretid øst for Teres Stokkan. Partenes geografiske beliggenhet innebærer at de er nære konkurrenter.
- (380) Konkurransetilsynet har vurdert hvorvidt partenes dekningsområde overlapper hverandre for salg av plastikkirurgi i Nord- og Sør-Trøndelag. Beregningene viser at [REDACTED]. Dette er etter Konkurransetilsynets oppfatning en indikasjon på at partene har konkurrert om å tiltrekke seg de samme kundene før foretakssammenslutningen, [REDACTED]. Partenes overlapp i dekningsområde fremkommer i vedlegg 1 side 3.
- (381) [REDACTED]
[REDACTED] 264 [REDACTED]
- (382) Aleris har anført at tilsynet ikke har undersøkt om Akademikliniken, som har virksomhet i det relevante markedet i Oslo, har konsultasjoner med lokale pasienter ved avdelingen i Trondheim, for deretter å operere pasientene ved selskapets klinikk i Oslo.
- (383) Akademikliniken oppgir at de i tillegg til sykehus i Oslo driver fem hudklinikker i Norge, hvorav den ene ligger i Trondheim.²⁶⁵ Akademiklinikens lokaler ligger i sentrum av Trondheim og tilbyr ulike behandlinger ved bruk av laser og injeksjoner. Selskapet tilbyr også medisinske og kosmetiske hudpleieprodukter. For de fem hudklinikkene oppgir Akademikliniken at *"ut over dette utføres noe dagkirurgisk aktivitet (øyelokk og annen småkirurgi). P.t. er dette helt minimalt."* I samme e-post oppgir selskapet at omsetningen innen plastikkirurgi i 2014 var [REDACTED]. I e-post 14. august 2015 oppgir Akademikliniken videre at [REDACTED].
- (384) Basert på ovennevnte finner Konkurransetilsynet at Akademiklinikken ikke er en nær konkurrent til partene.
- (385) Melder har gjennomført en spørreundersøkelse blant 39 selvbetalende kunder som har utført plastikkirurgi på Teres Stokkan.²⁶⁶ Konkurransetilsynet har ikke funnet grunn til å legge vekt på undersøkelsen blant annet ettersom antallet respondenter var lavt og fordi andelen som svarte "vet ikke" på diversjonsspørsmålet var 69 prosent. Et lavt antall respondenter i undersøkelsen medfører stor usikkerhet knyttet til resultatene av undersøkelsen, mens den høye andelen som svarte "vet ikke" gjør at det reelt sett er få respondenter som har oppgitt sitt beste alternative behandlingssted. Konkurransetilsynet viser videre til at det kan være problematisk at intervjuerne som gjennomførte undersøkelsen ble bedt om å forsøke å unngå at respondentene svarte "vet ikke".
- (386) Konkurransetilsynet har etter dette kommet til at partene er minst like nære konkurrenter som markedsandelene skulle tilsi.

²⁶⁴ Internt dokument fra Aleris, nr. 35 – "Lederforum Tromsø 25. april 2013".

²⁶⁵ E-post fra Akademikliniken 8. juni 2015, dokument nr. 207.

²⁶⁶ Tilsvaret, vedlegg 3.

(387)

[REDACTED] ²⁶⁷ [REDACTED].

6.6.4.1.3 Etableringshindringer og potensiell konkurranse

- (388) Etablering av virksomhet innen plastikkirurgi krever ikke sykehuskonsesjon og det finnes ingen spesifikke myndighetskrav for virksomhetene.
- (389) Etablering av virksomhet som tilbyr et bredt spekter av plastikkirurgi vil etter tilsynets vurdering kreve investeringer i lokaler, utstyr og markedsføring. Dette illustreres av høringsuttalelsen fra Aviva Helse, som utelukkende driver virksomhet innen plastikkirurgi og øre-nese-hals. Selskapet oppgir at *"På generell basis kan det kun sies at en etablering har betydelige kostnader i utstyr og lokale. Kravene til lokaler faller inn under byggeteknisk E krav regulert i "Tek 10", byggekklasse 6. Dette utløser høye krav til ventilasjon, rømningsveier, garderobe, handikaptoalett, overrissling, brannalarm, lyskrav, dørbredder m.m. Ingen gårdseier tar en slik kostnad uten en langtidskontrakt med høy m2-pris."*²⁶⁸ Etter tilsynets vurdering vil deler av investeringskostnadene knyttet til utstyr og markedsføring ved å bygge opp virksomhet innen plastikkirurgi utgjøre irreversible kostnader.
- (390) I avsnitt (218) fremkommer det at tilgang på helsepersonell kan utgjøre en etableringshindring. I tilknytning til plastikkirurgi har Helse Midt-Norge RHF oppgitt at *"Det har gjennom flere år vært knapphet på operasjonssykepleiere"* og videre at *"Det har gjennom flere år vært vanskelig å rekruttere plastikkirurger på grunn av et parallelt privat arbeidsmarked, delvis innen kosmetisk kirurgi."*²⁶⁹
- (391) Et begrenset kundetilfang kan videre utgjøre en etableringshindring, der det i Trondheim allerede er to bedrifter som tilbyr hele spekteret av tjenester innen fagfeltet. Etter tilsynets vurdering vil det være usikkerhet knyttet til om en nyetablert aktør vil lykkes i å nå en størrelse/omsetning som medfører at det vil utøve et konkurransetrykk av betydning mot partene.
- (392) Melder anfører at det er svært enkelt å etablere virksomhet innen plastikkirurgi til selvbetalende, og viser til at det finnes et stort antall aktører i markedet samtidig som det stadig kommer nye aktører til.²⁷⁰ Melder peker videre på at det ikke kreves noen form for godkjenning for å etablere virksomhet og at investeringskostnadene ved etablering er begrenset. Melder viser også til at aktører kan etablere seg stegvis, først med enklere inngrep for deretter å utvide til å omfatte kirurgiske inngrep.²⁷¹ Videre anfører melder at [REDACTED] ved enkle midler kan etablere seg innenfor plastikkirurgi i Trondheim, blant annet ettersom selskapet allerede er fysisk etablert i markedet og har investert i markedsføring.
- (393) [REDACTED] ²⁷² Tilsynet viser videre til den strukturen selskapet har valgt for virksomheten i ulike deler av landet, der selskapet bare tilbyr plastikkirurgi i Oslo. Ved en etablering innen plastikkirurgi vil [REDACTED] stå overfor en rekke av de etableringshindringene som omtales i avsnittene (389) til (391). Eksempelvis må [REDACTED] ved en etablering sikre at de har egnede lokaler til å drive plastikkirurgi, og må videre ansette kirurger og operasjonssykepleiere. Det vil også foreligge usikkerhet knyttet til om det er tilstrekkelig tilgang på kunder for å kunne forsvare en etablering. Basert på dette finner Konkurransetilsynet at [REDACTED] ikke utøver potensiell konkurranse som i tilstrekkelig grad vil disiplinere markedsaktørene.
- (394) Hudspesialisten er et selskap som tilbyr laserbehandling av skader i hud, uønsket hårvekst m.m., samt behandling av rynker med Restylane og Botox. Selskapets klinikk ligger sentralt i

²⁶⁷ Brev fra Steenstrup Stordrange 27. mars 2015 og Advokatfirmaet Schjødt 30. mars 2015.

²⁶⁸ Brev fra Aviva Helse 31. mars 2015, dokument nr. 41 side 4.

²⁶⁹ Brev fra Helse Midt RHF 11. mai 2015, dokument nr. 151.

²⁷⁰ Meldingen, side 68.

²⁷¹ Meldingen, side 24.

²⁷² Brev fra [REDACTED].

Trondheim sentrum. Hudspesialisten hadde i 2013 en omsetning på [REDAKTERT]. Selskapet oppgir at de ikke driver virksomhet innen plastikkirurgi [REDAKTERT].

[REDAKTERT]²⁷³ Ved en etablering innenfor plastikkirurgi vil selskapet stå overfor en rekke etableringshindringer herunder tilgang på egnede lokaler, ansette plastikkirurger og operasjonssykepleiere og skaffe et tilstrekkelig kundetilfang. Basert på ovennevnte finner tilsynet at Hudspesialisten ikke utøver en disiplinerende effekt på aktørene i markedet.

- (395) Tilsynet har gjennom høringsrunde og den øvrige saksbehandling ikke mottatt opplysninger om at det er andre aktører som planlegger å etablere virksomhet innen plastikkirurgi.²⁷⁴
- (396) Som det fremgår av avsnittene (389) til (391) er det etableringshindringer knyttet til å etablere virksomhet innen plastikkirurgi i form av investeringskostnader, tilgang på erfarne plastikkirurger og å skaffe seg et tilstrekkelig kunded grunnlag. Ettersom det er etableringshindringer i markedet, er den potensielle konkurransen begrenset. Muligheter for etablering kan således ikke i seg selv hindre partene i å utøve markedsmakt.

6.6.4.1.4 Konklusjon

- (397) Markedet for plastikkirurgi i Nord- og Sør-Trøndelag er konsentrert før foretakssammenslutningen. Partene er hverandres nærmeste konkurrenter. Det er etableringshindringer i markedet, og begrenset potensiell konkurranse.
- (398) Konkurransetilsynet finner ikke grunn til å ta stilling til om konkurransen er vesentlig begrenset før foretakssammenslutningen, da sammenslutningen uansett kan føre til eller forsterke en vesentlig begrensning av konkurransen.

6.6.4.2 Konkurransesituasjonen etter foretakssammenslutningen

- (399) Etter oppkjøpet vil Aleris øke sin markedsandel i markedet for plastikkirurgi fra [REDAKTERT] til 100 prosent. HHI vil som en følge av transaksjonen øke fra [REDAKTERT] til 10 000. Aleris vil bli den eneste aktøren i markedet, og konkurransepresset Aleris og Teres har utøvd mot hverandre vil opphøre.
- (400) Konkurransetilsynet kan ikke se at foretakssammenslutningen vil påvirke etableringshindringene eller potensiell konkurranse, og tilsynet legger derfor til grunn at det fortsatt vil være etableringshindringer og begrenset potensiell konkurranse etter ervervet. Det foreligger således ikke forhold som kan hindre partene i å utnytte markedsmakt.
- (401) På denne bakgrunn legger Konkurransetilsynet til grunn at foretakssammenslutningen fører til eller forsterker en vesentlig begrensning av konkurransen i markedet for plastikkirurgi i Nord- og Sør-Trøndelag.

7 Samfunnsøkonomiske virkninger

7.1 Innledning

- (402) Det følger av ordlyden i konkurranseloven § 16 første ledd at Konkurransetilsynet skal forby en foretakssammenslutning som vil føre til eller forsterke en vesentlig begrensning av konkurransen i strid med lovens formål. Konkurranselovens formål er "å fremme konkurranse for derigjennom å bidra til effektiv bruk av samfunnets ressurser", jf. lovens § 1 første ledd. Ved anvendelsen av loven, skal det tas "særlig hensyn til forbrukernes interesser", jf. § 1 annet ledd.
- (403) Det vil ikke foreligge grunnlag for å gripe inn mot foretakssammenslutningen, selv om den fører til eller forsterker en vesentlig begrensning av konkurransen, dersom foretakssammenslutningen samtidig medfører samfunnsøkonomiske effektivitetsgevinster som oppveier de negative følger av at konkurransen begrenses.
- (404) Formålet med konkurranseloven § 16 er at Konkurransetilsynet skal føre en effektiv, målrettet og ensartet strukturkontroll. Dette innebærer at tilsynet skal forby foretakssammenslutninger

²⁷³ Brev fra Hudspesialisten 6. april 2015, dokument nr. 38.

²⁷⁴ Svar på Konkurransetilsynets pålegg om å gi informasjon av 24. mars 2015 og 27. april 2015.

også der konkurransen begrenses vesentlig i enkelte av markedene som berøres av transaksjonen, selv om foretakssammenslutningen samlet sett er samfunnsøkonomisk positiv.

- (405) I det følgende beskrives samfunnsøkonomisk tap og effektivitetsgevinster, og til slutt foretas en samlet vurdering.

7.2 Samfunnsøkonomisk tap

7.2.1 Innledning

- (406) Foretakssammenslutningen kan føre til eller forsterke en vesentlig begrensning av konkurransen i anbudsmarkedene i helseregionene Nord og Midt-Norge, forsikringsmarkedet i Finnmark, Troms og nord i Nordland og Nord- og Sør-Trøndelag, samt markedet for plastikkirurgi i Nord- og Sør-Trøndelag.
- (407) Begrenset konkurranse forventes å føre til en mindre effektiv bruk av samfunnets ressurser, og dette utgjør et samfunnsøkonomisk tap.
- (408) Det samfunnsøkonomiske tapet, som følge av begrenset konkurranse og virkningene overfor forbrukerne, kan oppstå som følge av flere forhold. Utøvelse av markedsrett vil kunne komme til uttrykk gjennom høyere priser, eventuelt i kombinasjon med høyere kostnader, men kan også gi seg utslag i dårligere kvalitet, smalere produktutvalg og redusert produktutvikling. Dette innebærer en sløsing i samfunnsøkonomisk forstand, idet markedstilpasningen gir en samlet ressursbruk som er mindre effektiv enn den ville ha vært med en virksom konkurranse.
- (409) I det følgende vil Konkurransetilsynet redegjøre for det samfunnsøkonomiske tapet som vil oppstå som følge av foretakssammenslutningen.

7.2.2 Anbudsmarkedene for henholdsvis ortopedi og plastikkirurgi

7.2.2.1 Økte priser

- (410) Konkurransetilsynet finner at foretakssammenslutningen kan føre til økte priser anbudsmarkedene i helseregion Nord og Midt-Norge.
- (411) Det fremgår av kapittel 6.5.2.2 at oppkjøpet av Teres vil føre til at konkurransepresset fra den eneste konkurrenten til Aleris i anbudsmarkedene i helseregion Nord bortfaller. Dette vil etter Konkurransetilsynets vurdering føre til at Aleris får insentiver og muligheter til å sette vesentlig høyere priser i fremtidige anbudskonkurranser.
- (412) I helseregion Midt-Norge vil ervervet medføre at Aleris bare møter et begrenset konkurransepress fra Medi3 i Ålesund, jf. kapittel 6.6.2.2. Etter Konkurransetilsynets vurdering har Aleris og Teres vært hverandre nærmeste konkurrenter. Bortfall av konkurransepresset fra Teres vil gi muligheter og insentiver for Aleris til i fremtidige anbudskonkurranser å sette vesentlig høyere priser.
- (413) Med utgangspunkt i et fastsatt antall behandlinger vil økte priser i anbudskonkurransene føre til økte kostnader for de regionale helseforetakene. For gitte budsjetttrammer i de regionale helseforetakene vil dette igjen føre til at antallet behandlinger innenfor de berørte markedene eller i det øvrige tjenestetilbudet vil måtte gå ned. En reduksjon i antallet behandlinger utgjør et samfunnsøkonomisk tap.

7.2.2.2 Redusert kvalitet og service

- (414) Konkurransetilsynet legger til grunn at den økte markedsmakten Aleris vil få, også kan føre til dårligere service og lavere kvalitet i fremtidige anbudskonkurranser.
- (415) Aleris vil etter Konkurransetilsynets oppfatning i helseregion Nord og Midt-Norge få insentiver og muligheter til å redusere kvalitet og service. Redusert kvalitet vil kunne oppstå på en lang rekke parametere, som ventetid, faglig kvalitet, herunder innovasjon og helsepersonells faglige oppdatering, antallet kirurger og sykepleiere, standarden på sykehusene, inventaret og operasjonsmaterialet, osv. Etter Konkurransetilsynets vurdering vil ikke kravene i anbudsutlysningene effektivt hindre Aleris i å kunne senke kvaliteten. Som eneste tilbyder i områdene vil de regionale helseforetakene ikke ha alternativer å falle tilbake på dersom Aleris etter ervervet ikke opprettholder kvaliteten som er fastsatt i anbudsavtalene. Redusert service og kvalitet utgjør et velferdstap for samfunnet

- (416) Partene anfører i tilsvaret at de er grunnleggende uenig i at Aleris vil få insentiver og muligheter til å redusere kvaliteten etter ervervet, og viser i denne sammenheng til [REDACTED]. Det å redusere kvaliteten vil etter melder oppfatning bidra til at Aleris tilbyr mindre attraktive helsetjenester, og dermed være i strid med [REDACTED].
- (417) Konkurransetilsynet kan ikke se at melder anførsler kan føre frem. Kvalitet for leveranser av spesialisthelsetjenester omfatter en lang rekke konkurranseparametere, jf. avsnitt (415). Gjennom ervervet forsvinner det konkurransepresset på kvalitet Teres har utøvd mot Aleris. Økonomisk teori indikerer at en reduksjon i konkurransepress medfører at insentivene til å opprettholde kvalitet og service reduseres, jf. kapittel 7.2.2.3 nedenfor. Dette konkurransepresset vurderer Konkurransetilsynet å ha vært betydelig i de offentlige anbudskonkurransene.

7.2.2.3 Om konkurranseparametere i anbudsmarkeder

- (418) I anbudsmarkeder indikerer økonomisk teori at en reduksjon i antall tilbydere i en anbudskonkurranse vil lede til økte priser, redusert kvalitet eller at innkjøper får mindre for samme beløp.²⁷⁵ Virkningen vil imidlertid ikke være vesentlig dersom det finnes andre aktører som i tilstrekkelig grad vil kunne opprettholde konkurransen.²⁷⁶ Dersom partene er nære konkurrenter før foretakssammenslutningen, vil effekten av reduksjonen i antall tilbydere i anbudskonkurransen være større.
- (419) Konkurransetilsynet har i kapittel 6.5 og 6.6 vist at partene er de eneste eller de nærmeste konkurrentene i to helseregioner, og videre at det ikke finnes andre aktører som i tilstrekkelig grad vil kunne opprettholde konkurransen i anbudsmarkedene.
- (420) Oslo Economics har på vegne av melder utført en empirisk analyse hvor det konkluderes med [REDACTED].²⁷⁷ Melder anfører at [REDACTED] tilsier at oppkjøpet av Teres ikke vil ha noen konkurransebegrensende virkning. I tilsvaret anfører partene at den empiriske analysen kan ses på som en "beste mulige" analyse, gitt den tilgangen på data som har vært mulig å fremskaffe.²⁷⁸ Videre anfører partene at det som bør leses ut av analysen er at det tilgjengelige datagrunnlaget ikke gir grunnlag til å [REDACTED].
- (421) Konkurransetilsynet er av den oppfatning at det er en rekke svakheter ved analysen som medfører at den ikke kan tillegges særlig vekt. I analysen er det [REDACTED]. Eksempelvis er det [REDACTED]. Videre er det Konkurransetilsynets vurdering at [REDACTED].

²⁷⁵ Competition Commissions sak Royal Bournemouth and Christchurch Hospitals NHS Foundation Trust / Poole Hospital NHS Foundation Trust merger inquiry (CC), 17. oktober 2013, vedlegg L3, avsnitt 17.

²⁷⁶ Competition Commissions sak Royal Bournemouth and Christchurch Hospitals NHS Foundation Trust / Poole Hospital NHS Foundation Trust merger inquiry (CC), 17. oktober 2013, vedlegg L3, avsnitt 17.

²⁷⁷ E-post fra Steenstrup Stordrange 10. juni 2015, dokument nr 182, notat fra Oslo Economics.

²⁷⁸ Tilsvaret, side 48.

- (422) Konkurransetilsynet finner etter dette at anførselen ikke kan føre frem. Videre vurderer Konkurransetilsynet at en reduksjon i antall tilbydere vil føre til redusert konkurranse, og at det derfor vil oppstå insentiver til å utøve markedspekt etter foretakssammenslutningen.

7.2.2.4 Reduserte insentiver for intern effektivitet

- (423) Konkurransetilsynet legger til grunn at økt markedspekt etter foretakssammenslutningen kan gi reduserte insentiver for intern effektivitet. Under virksom konkurranse tvinges foretakene til å fokusere på effektiv drift, da man ellers kan tape omsetning i konkurranse med de andre aktørene i markedet. Potensialet for sløsing påpekes av Fornyings- og administrasjonsdepartementet i vedtak av 6. februar 2006 vedrørende Priors erverv av Norgården: "(...) manglende konkurranse kan føre til at aktørene ikke har et sterkt nok fokus på intern effektivitet, noe som bidrar til et samfunnsøkonomisk effektivitetstap."

7.2.3 Forsikringsmarkedet

7.2.3.1 Økte priser

- (424) Konkurransetilsynet finner at foretakssammenslutningen kan føre til økte priser i forsikringsmarkedet i Finnmark, Troms og nord i Nordland og forsikringsmarkedet i Nord- og Sør-Trøndelag.
- (425) Aleris og Teres er de eneste tilbyderne i de berørte markedene. Etter ervervet vil Aleris være den eneste gjenværende tilbyderen i disse geografiske områdene, der forsikringselskapene ikke lenger vil ha mulighet til å sette aktørene opp mot hverandre for å få bedre betingelser. Dette vil styrke Aleris' forhandlingsposisjon, og gi Aleris insentiver og muligheter til å sette vesentlig høyere priser ovenfor forsikringselskapene.
- (426) Melder anfører i tilsvaret at FBV og økt kjøp fra det offentlige gjennom anbudskonkurranser vil redusere ventetiden for offentlig finansiert behandling og dermed gjøre forsikringsmarkedene mindre.²⁷⁹ Dette vil ifølge melder gjøre at et eventuelt samfunnsøkonomisk tap i forsikringsmarkedene vil være marginalt.²⁸⁰
- (427) Som det framgår i kapittel 4.2 legger Konkurransetilsynet til grunn at FBV og økt bruk av private gjennom anbudskonkurranser ikke vil medføre en betydelig reduksjon i forsikringsmarkedet for ortopedi. Konkurransetilsynet finner således at anførselen ikke kan føre frem.
- (428) Økte priser til forsikringselskapene må forventes å helt eller delvis bli videreført gjennom høyere priser på helseforsikringene. Høyere priser på helseforsikringene må forventes å føre til redusert forbruk. Dette utgjør et samfunnsøkonomisk tap.

7.2.3.2 Redusert kvalitet og service

- (429) Markedspekt vil også kunne komme til uttrykk gjennom redusert service og lavere kvalitet. Konkurransetilsynet har kommet til at Teres er Aleris' eneste konkurrent i forsikringsmarkedene i Finnmark, Troms og nord i Nordland og Nord- og Sør-Trøndelag. Når konkurranstrykket fra Teres opphører vil insentivene til å opprettholde et høyt service- og kvalitetsnivå reduseres.
- (430) Aleris vil etter Konkurransetilsynets oppfatning ha insentiver og muligheter til å spare kostnader gjennom å redusere kvaliteten på tjenestene som leveres forsikringskundene i Finnmark, Troms og nord i Nordland og Nord- og Sør-Trøndelag. Redusert kvalitet vil kunne oppstå langs en lang rekke parametere, som at Aleris eksempelvis ikke lenger godtar like korte garanterte tidsfrister for konsultasjon og behandling, samt lavere standard på klinikkene og operasjonsmateriellet som benyttes. Redusert service og kvalitet utgjør et velferdstap for samfunnet.

7.2.3.3 Reduserte insentiver for intern effektivitet

- (431) Konkurransetilsynet legger til grunn at den svekkede konkurransen i forsikringsmarkedene kan gi Aleris reduserte insentiver til intern effektivitet. Bortfallet av konkurranse i

²⁷⁹ Tilsvaret, side 60.

²⁸⁰ Tilsvaret, side 60.

forsikringsmarkedene medfører at Aleris kan opprettholde sin markedsposisjon til tross for mindre effektiv drift. Reduserte insentiver til intern effektivitet vil medføre økte kostnader og et samfunnsøkonomisk tap.

7.2.4 Markedet for plastikkirurgi

7.2.4.1 Økte priser

- (432) Konkurransetilsynet finner at foretakssammenslutningen kan føre til økte priser i markedet for plastikkirurgi i Nord- og Sør-Trøndelag.
- (433) Som følge av foretakssammenslutningen vil den eneste konkurrenten til Aleris i Trondheim forsvinne, og Aleris vil således være eneste gjenværende tilbyder. Dette vil etter Konkurransetilsynets oppfatning gi selskapet insentiver til å øke prisene i Nord- og Sør-Trøndelag. I den grad Aleris helt eller delvis benytter like priser over hele landet, vil bortfallet av konkurranse i Trondheim gi insentiver til å øke de gjennomsnittlige prisene selskapet tar over hele landet.
- (434) På bakgrunn av ovennevnte finner Konkurransetilsynet at ervervet kan føre til økte priser i markedet for plastikkirurgi. Økte priser til forbrukerne vil normalt føre til redusert forbruk. Dette vil representere et samfunnsøkonomisk tap.

7.2.4.2 Redusert kvalitet og service

- (435) Markedsmakt kan også føre til at selskapet tilbyr dårligere service og lavere kvalitet i markedet for plastikkirurgi. Når konkurranstrykket fra den eneste konkurrenten til Aleris i Trondheim opphører, vil insentivene til å opprettholde et høyt service- og kvalitetsnivå reduseres.
- (436) Aleris vil som en følge av at selskapet møter svakere konkurranse ha muligheter til å spare kostnader gjennom å redusere kvaliteten. Redusert kvalitet innen plastikkirurgi vil for eksempel kunne ta form av dårligere rådgivning og veiledning før og etter inngrep, samt redusert kvalitet på utstyr og medisinsk materiell. Redusert kvalitet og service utgjør et velferdstap for samfunnet.

7.2.4.3 Reduserte insentiver for intern effektivitet

- (437) Konkurransetilsynet legger til grunn at den svekkede konkurransen i markedet for plastikkirurgi kan gi Aleris reduserte insentiver til intern effektivitet. Bortfallet av konkurranse i forsikringsmarkedene medfører at Aleris kan opprettholde sin markedsposisjon til tross for mindre effektiv drift. Reduserte insentiver til intern effektivitet vil medføre økte kostnader, og et samfunnsøkonomisk tap.

7.2.5 Samlet vurdering

- (438) Etter en samlet vurdering finner Konkurransetilsynet at foretakssammenslutningen vil føre til et samfunnsøkonomisk tap. Dette samfunnsøkonomiske tapet er ikke i samsvar med forbrukernes interesser.

7.3 Samfunnsøkonomiske effektivitetsgevinster

7.3.1 Generelt

- (439) Det følger av praksis og økonomisk teori at ikke enhver kostnadsbesparelse utgjør en relevant samfunnsøkonomisk effektivitetsgevinst med hensyn til vurderingen av foretakssammenslutninger. Det er bare bedriftsøkonomiske gevinster som medfører en reell samfunnsøkonomisk ressursbesparelse som er relevante. Rene omfordelinger holdes utenfor vurderingen.
- (440) Det er også et krav at kostnadsbesparelsen er spesifikt knyttet til den aktuelle foretakssammenslutningen. Dette er formulert som et vilkår om at kostnadsbesparelsen må være fusjonsspesifikk/ervervsspesifikk. Følgelig må Konkurransetilsynet også vurdere i hvilken grad de anførte kostnadsbesparelsene vil kunne realiseres uavhengig av foretakssammenslutningen. Er det sannsynlig at gevinstene kan bli realisert uavhengig av denne, vil de ikke bli hensyntatt.

- (441) Videre bemerkes at det kun er kostnadsbesparelser som er tilstrekkelig godt dokumentert og konkretisert som vil bli vurdert. I klagesaken vedrørende Gilde/Prior²⁸¹ la departementet til grunn at det i utgangspunktet er partene som må sannsynliggjøre de samfunnsøkonomiske gevinstene ved foretakssammenslutningen. Dette innebærer at det påhviler partene å fremlegge dokumentasjon på gevinstene. Det ligger i dette også et krav om at effektivitetsgevinstene må bli gjennomført innen en rimelig tidsperiode. I klagesaken vedrørende Plantasjen Norge AS/Oddernes Gartneri AS la departementet til grunn at det vil gjøre en streng vurdering av om en påberopt bedriftsøkonomisk gevinst er en samfunnsøkonomisk gevinst, om gevinsten blir realisert og om den er ervervsspesifikk.²⁸²
- (442) Foretakssammenslutningen innebærer at Aleris overtar hele virksomheten til Teres. Konkurransetilsynet har konkludert med at foretakssammenslutningen kan føre til en vesentlig begrensning av konkurransen de relevante markeder. Kun effektivitetsgevinster som konkret kan relateres til gjennomføringen av transaksjonen i disse markedene vil bli hensyntatt i vurderingen.²⁸³

7.3.2 Melders anførsler

- (443) Melder har anført effektivitetsgevinster relatert til etablering av et bredere tjenestetilbud på flere behandlingssteder, økt produktivitet, [REDACTED] og bortfall av overlappende funksjoner i meldingen²⁸⁴. De anførte gevinstene er i meldingen meget kort presentert.
- (444) I brev 6. mai 2015 har Aleris inngitt ytterligere informasjon om de anførte effektivitetsgevinstene, blant annet gjennom en rapport utarbeidet av Oslo Economics.²⁸⁵ Tallfestede effektivitetsgevinster er knyttet til produktivitetsforbedringer, ledelse og administrasjon, [REDACTED] og IT, og utgjør i størrelsesorden [REDACTED]. En oversikt over anførte tallfestede effektivitetsgevinster følger i Tabell 8 nedenfor.

Tabell 8 Oversikt over anførte tallfestede effektivitetsgevinster.²⁸⁶

Område	Årlige besparelser (MNOK)		
	2015	2016	2017->
Produktivitetsforbedringer	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Ledelse og adm.	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Lavere IT-kostnader	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Totalt	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

- (445) I tillegg til de tallfestede besparelsene redegjøres det i rapporten for effektivitetsgevinster knyttet til [REDACTED], økt produktivitet i produksjonen av helsetjenester i det offentlige, lavere innkjøpskostnader og forbedret kvalitetssikringssystem. Melder anfører at det oppstår betydelige gevinster som følge av økt effektivitet i offentlige sykehus, og viser til at selv små produktivitetsforbedringer i det offentlige vil gi store samfunnsøkonomiske besparelser.

- (446) [REDACTED]

²⁸¹ Fornyings- og administrasjonsdepartementets vedtak 5. oktober 2006, Gilde Norsk Kjøtt BA – Prior Norge BA, side 28.

²⁸² Fornyings- og administrasjonsdepartementets vedtak 28. desember 2012, Plantasjen Norge AS – Oddernes Gartneri AS, kapittel 8.1.

²⁸³ Konkurransetilsynets vedtak V2012-11- A-pressen AS – Mecom Europa AS (Edda Media AS).

²⁸⁴ Meldingen, side 82.

²⁸⁵ Brev fra Steenstrup Stordrange 6. mai 2015, dokument nr. 127, side 1-16, samt vedlegg.

²⁸⁶ Brev fra Steenstrup Stordrange 6. mai 2015, dokument nr. 127, side 1-16, samt vedlegg.

²⁸⁷ Brev fra Steenstrup Stordrange 6. mai 2015, dokument nr. 127, side 1-16, samt vedlegg.

7.3.3 Konkurransetilsynets vurdering av anførte effektivitetsgevinster

- (447) I det følgende vil Konkurransetilsynet vurdere om partenes redegjørelser og fremlagte dokumentasjon er tilstrekkelig til å fastslå at de anførte besparelser er sikre, ervervsspesifikke og samfunnsøkonomiske. Deretter vil samfunnsøkonomiske omstillingskostnader som følger av foretakssammenslutningen vurderes.
- (448) Konkurransetilsynet har i sine vurderinger tatt utgangspunkt i redegjørelsen og beregningene av de anførte effektivitetsgevinstene slik de fremgår av rapporten fra Oslo Economics med vedlegg.

7.3.3.1 Økt effektivitet i produksjonen av helsetjenester i det offentlige som følge av

- (449) Melder anfører at formålet med foretakssammenslutningen er å [redacted].
- (450) [redacted]. Melder anfører at dette vil gi legene og sykepleierne mer erfaring og bidra til å redusere risiko for feil i utførelse av tjenestene, og dermed øke kvaliteten i behandlingsforløpene. Det anføres videre at [redacted].
- (451) Melder hevder at oppkjøpet av Teres er nødvendig [redacted].
- (452) Melder anfører videre at [redacted].
- (453) De anførte samfunnsøkonomiske gevinstene som følger av [redacted] er ikke tallfestet. Melder har likeledes ikke tallfestet gevinsten av økt effektivitet i offentlige sykehus som følge av kjøpet av Teres, men har foretatt beregninger som etter melder oppfatning viser at selv små produktivitetsforbedringer i det offentlige vil gi store utslag.²⁸⁸
- (454) Melder opprettholder de anførte gevinstene i tilsvaret. I tilsvaret anfører melder videre at Aleris som følge av ervervet i større grad vil [redacted]. Det er ikke framlagt ytterligere dokumentasjon for tilsynet knyttet til de samfunnsøkonomiske gevinstene av [redacted].
- (455) Det er Konkurransetilsynets vurdering at [redacted] kan medføre utvidelse av det private helsetilbudet, slik som etableringen av Aleris' kreftsenter i Oslo er et eksempel på. [redacted]

²⁸⁸ Brev fra Steenstrup Stordrange 6. mai 2015, dokument nr. 127, side 1-16, samt vedlegg.

- (456) Et kjøp av Teres kan etter Konkurransetilsynets vurdering i liten grad begrunnes ut fra at [redacted]. Dette imøtekommer også melder i tilsvaret.
- (457) Konkurransetilsynet avviser ikke [redacted]. Konkurransetilsynet finner det imidlertid ikke godt nok dokumentert at det er en entydig årsakssammenheng mellom ervervet og realisering av disse gevinstene.
- (458) Det er Konkurransetilsynets vurdering at økt konkurranse fra private tilbydere av spesialisthelsetjenester vil kunne gi en samfunnsmessig gevinst, forutsatt effektiv konkurranse mellom private aktører. Det er imidlertid tilsynets vurdering at ervervet kan føre til eller forsterke en vesentlig begrensning av konkurransen i de relevante markedene, jf. kapittel 6.5 og 6.6. Dette kan føre til økte priser og lavere kvalitet og tilsynet kan derfor ikke se at den anførte gevinsten om økt effektivitet i offentlig produksjon som følge av benchmarking kan føre frem.
- (459) Konkurransetilsynet vurderer det derfor slik at melder ikke i tilstrekkelig grad har fremlagt dokumentasjon på de anførte samfunnsøkonomiske gevinstene som følge av [redacted], eller at det samlede konkurransepresset fra de private sykehusene mot den offentlige spesialisthelsetjenesten med ervervet vil være større enn dersom ervervet ikke tillates. Tilsynet vil dermed ikke vektlegge disse besparelsene i vurderingen.

7.3.3.2 Kostnadsbesparelser i form av reduserte kostnader knyttet til administrasjon og ledelse

- (460) Melder anfører at [redacted].
- (461) Forutsetningene for de estimerte gevinstene er at foretakssammenslutningen [redacted]. Videre anfører melder at det ikke er behov for [redacted].
- (462) Melder anfører at gevinstene er ervervsspesifikke da [redacted]. Melder fastholder i tilsvaret de framsatte gevinstene uten ytterligere dokumentasjon.
- (463) Effektivitetsgevinster i form av [redacted] vil etter Konkurransetilsynets oppfatning kunne gi en gevinst i samfunnsøkonomisk forstand. Tilsynets vurdering er imidlertid at det ikke er tilstrekkelig sannsynliggjort at Aleris vil kunne effektivisere [redacted]. Slik det fremgår av rapporten fra Oslo Economics [redacted]. Det er videre bemerket i [redacted].

²⁸⁹ Internt dokument fra Aleris, nr. 39, side 1.

²⁹⁰ Internt dokument fra Aleris, nr. 8, side 25.

- (464) Basert på det ovenstående er Konkurransetilsynet derfor kommet til at gevinstene [REDACTED] vil være mindre enn det som er anført av melder.

7.3.3.3 *Kostnadsbesparelser knyttet til [REDACTED]*

- (465) Melder anfører at foretakssammenslutningen vil gi effektivitetsgevinster knyttet til [REDACTED]

- (466) Melder anfører at det ved beregning av besparelsen er tatt utgangspunkt i [REDACTED]. Imidlertid beskrives det i rapporten fra Oslo Economics at [REDACTED].

- (467) I tilsvaret opprettholder melder de anførte gevinstene [REDACTED]. Melder har i tilsvaret ikke framsatt ytterligere dokumentasjon av den anførte gevinsten.

- (468) Konkurransetilsynets er av den oppfatning at det vil kunne oppstå en samfunnsmessig gevinst ved [REDACTED]. Samfunnsøkonomiske effektivitetsgevinster når det gjelder [REDACTED]. Tilsynets vurdering er at melder ikke har framlagt konkret dokumentasjon på besparelsene knyttet til [REDACTED]. Konkurransetilsynet er derfor av den oppfatning at det ikke er tilstrekkelig dokumentert og sannsynliggjort at gevinsten faktisk vil være av den størrelse som er anført.

7.3.3.4 *Kostnadsbesparelser knyttet til produktivetsforbedringer*

- (469) Melder anfører at Aleris etter at transaksjonen er gjennomført vil [REDACTED]. Eksempelvis oppgir Aleris at [REDACTED].

- (470) Den bedrifts- og samfunnsøkonomiske besparelsen [REDACTED]. Melder anfører imidlertid at den samfunnsøkonomiske gevinsten [REDACTED].

- (471) [REDACTED].

- (472) I tilsvaret fastholder melder de anførte produktivetsgevinster og viser i den anledning til [REDACTED]. Det er ikke lagt frem ny dokumentasjon for Konkurransetilsynet.

- (473) Konkurransetilsynet deler melderens vurdering av at [REDACTED]. Det er imidlertid tilsynets vurdering at det ikke er fremlagt tilstrekkelig dokumentasjon av hvor store besparelser som kan oppnås [REDACTED].
- (474) Potensialet for besparelser knyttet til [REDACTED]. Tilsynets vurdering er derfor at melder ikke i tilstrekkelig grad har dokumentert at de samfunnsøkonomiske effektivitetsgevinstene er av den størrelse som er anført.
- (475) På bakgrunn av det ovenstående legger Konkurransetilsynet til grunn at det vil oppstå noen samfunnsøkonomiske besparelser som følge av de produktivitetsforbedringer som er beskrevet av melder, men i mindre omfang enn anført.

7.3.3.5 *Kostnadsbesparelser knyttet til lavere kostnader ved drift av IT-systemer*

- (476) Melder anfører at virksomhetssammenslutningen vil medføre en overgang til ett felles IT-system for Aleris og Teres (konvertering av IT-systemene), og at dette vil resultere i lavere faste kostnader knyttet til drift av IT-systemer. Melder anfører en forventet årlig besparelse på omkring [REDACTED] kroner, som er beskrevet å utgjøre [REDACTED] av totale IKT-kostnader. Besparelsene er antatt å ha full effekt [REDACTED]. Melder opprettholder de anførte gevinstene relatert til drift av IT-systemer i tilsvaret uten ytterligere dokumentasjon.
- (477) Melder har ikke inngitt informasjon om eksisterende IT-systemer og årlige IKT-kostnader for Aleris og Teres, utover at datasystemene i tilsvaret betegnes som "forholdsvis enkle".
- (478) Konkurransetilsynet legger til grunn at det ved integrasjon av Teres' virksomhet i Aleris vil kunne oppstå systemgevinster som utgjør fusjonsspesifikke og samfunnsøkonomiske besparelser. Konkurransetilsynet finner det imidlertid ikke tilstrekkelig sannsynliggjort og dokumentert at konvertering av IT-systemene vil føre til en samfunnsøkonomisk besparelse. Den anførte gevinsten fremstår dermed som for usikker til at Konkurransetilsynet vil kunne vektlegge denne i vurderingen.

7.3.3.6 *Kostnadsbesparelser knyttet til innkjøp av medisinsk materiell*

- (479) Melder anfører at foretakssammenslutningen vil [REDACTED]. Melder hevder at dette vil gi en indirekte samfunnsøkonomisk gevinst dersom den bedriftsøkonomiske profitten fra lavere innkjøpskostnader anvendes til materiell av høyere kvalitet (som gir økt kvalitet på helsetjenestene) eller til å gjennomføre et høyere antall behandlinger. Melder anfører at det er lite sannsynlig at selskapene hver for seg vil kunne oppnå like gode innkjøpspriser som enkeltstående aktører og at gevinsten således er fusjonsspesifikk. Gevinsten som er estimert er oppgitt å utgjøre i overkant av [REDACTED] av innkjøpskostnadene.
- (480) Melder opprettholder gevinstens størrelse i tilsvaret, og anfører at gevinsten er så lav at den ikke krever ytterligere dokumentasjon.
- (481) Lavere innkjøpspriser fra norske leverandører utgjør en ren omfordeling og regnes således ikke som en samfunnsøkonomisk gevinst. Som vurdert i analysen av samfunnsøkonomisk tap vil Aleris i en rekke markeder øke sin markedsrett vesentlig. Konkurransetilsynet har vanskelig for å se at Aleris i en slik situasjon, spesielt der Aleris vil være den eneste helsetilbyderen, har insentiver til å videreføre gevinstene av lavere innkjøpspriser til forbrukerne i form av bedre kvalitet eller lavere priser.

- (482) På bakgrunn av det ovenstående er Konkurransetilsynets vurdering at melder ikke i tilstrekkelig grad har dokumentert at besparelser knyttet til innkjøp er samfunnsøkonomiske besparelser. Konkurransetilsynet vil dermed ikke vektlegge disse besparelsene i vurderingen.

7.3.3.7 *Kostnadsbesparelser knyttet til forbedret kvalitetssikring*

- (483) Melder anfører effektivitetsgevinster som følge av at [REDACTED]
[REDACTED] forventes å gi gevinst i form av høyere kvalitet og mer effektiv behandling. Den samfunnsmessige gevinsten er ikke tallfestet, men anføres [REDACTED].
- (484) Melder anfører at Aleris har [REDACTED]
[REDACTED]. Følgelig hevder melder at [REDACTED].
- (485) Melder anfører at det er rimelig å legge til grunn at [REDACTED]
[REDACTED].
- (486) Videre anføres det at oppkjøpet vil medføre økt kvalitet som følge av at Aleris' krav til [REDACTED]
[REDACTED].
- (487) Melder anfører i tilsvaret at det er svært vanskelig å tallfeste den samfunnsøkonomiske gevinsten av [REDACTED]. Melder viser til RHF-enes vekting av kvalitet i anbudskonkurranser for å beskrive hvor viktig et slikt system er. Videre anfører melder at [REDACTED]. Melder har er ikke framlagt ytterligere dokumentasjon for tilsynet i tilsvaret.
- (488) Økt kvalitet og mer effektiv behandling som følge av [REDACTED]
[REDACTED] vil etter Konkurransetilsynets oppfatning kunne utgjøre en samfunnsøkonomisk gevinst. Basert på den informasjon som er forelagt tilsynet fremstår det imidlertid uklart hvor stor en slik potensiell gevinst er, særlig da andre [REDACTED]
[REDACTED].
- (489) Melder fastholder videre i tilsvaret at kostnadene [REDACTED]
[REDACTED] er vesentlig høyere enn kostnaden ved å [REDACTED]. Konkurransetilsynets vurdering er imidlertid at melder ikke i tilstrekkelig grad har dokumentert dette og at gevinstene således ikke kan realiseres uavhengig av foretakssammenslutningen.
- (490) På bakgrunn av ovennevnte er Konkurransetilsynet av den oppfatning at melder ikke i tilstrekkelig grad har dokumentert samfunnsøkonomiske og ervervsspesifikke besparelser [REDACTED]. Den anførte gevinsten fremstår dermed som for usikker til at Konkurransetilsynet vil kunne vektlegge denne i vurderingen.

7.3.3.8 *Omstillingskostnader*

- (491) Det fremgår av melders brev med vedlegg 6. mai 2015 at realisering av effektivitetsgevinster ved foretakssammenslutningen vil kreve totalt [REDACTED] i omstillingskostnader i 2015 og 2016. Hovedvekten av omstillingskostnadene er relatert til [REDACTED]. Videre er det spesifisert at [REDACTED]
[REDACTED]. Resterende omstillingskostnader er knyttet til konvertering av partenes eksisterende IT-systemer til én felles plattform og innføring av Aleris

[REDACTED]. En oversikt over melderers anførte omstillingskostnader følger av Tabell 9 nedenfor.

Tabell 9 Oversikt over anførte omstillingskostnader.²⁹¹

Område	Omstillingskostnader (MNOK)		Totalt
	2015	2016	
Ledelse og adm.	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Lavere IT-kostnader	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Kvalitetssikringssystem	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Totalt	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

- (492) Alle omstillingskostnadene oppgitt i tabellen er ikke nødvendigvis samfunnsøkonomiske omstillingskostnader. Det er eksempelvis ikke åpenbart at [REDACTED]

- (493) Det er ikke tatt høyde for uforutsigbare omstillingskostnader i melderers estimater. Melder nevner likevel at [REDACTED]

Videre er det ikke anført omstillingskostnader knyttet til [REDACTED]

- (494) Melder fastholder de anførte omstillingskostnadene i tilsvaret uten ytterligere dokumentasjon. [REDACTED]

- (495) Det er Konkurransetilsynets vurdering at det er usikkerhet knyttet til melderers estimerte omstillingskostnader, og at det ikke kan utelukkes at omstillingskostnadene kan bli høyere enn melder har estimert. Konkurransetilsynet legger til grunn at omstillingskostnadene uansett vil være betydelige.

7.3.3.9 Konklusjon

- (496) Etter Konkurransetilsynets vurdering har ikke melder i tilstrekkelig grad dokumentert og sannsynliggjort at de anførte effektivitetsgevinstene er ervervsspesifikke og samfunnsøkonomiske. Tilsynet legger til grunn at foretakssammenslutningen vil gi noen effektivitetsgevinster, men i mindre omfang enn anført av melder. Tilsynet finner videre at effektivitetsgevinstene uansett ikke vil overstige summen av de samfunnsøkonomiske omstillingskostnadene og det samfunnsøkonomiske tapet.

7.4 Forholdet mellom positive og negative virkninger

- (497) I konkurranseanalysen har Konkurransetilsynet kommet til at foretakssammenslutningen kan føre til eller forsterke en vesentlig begrensning av konkurransen i anbudsmarkedene i helseregionene Nord og Midt-Norge, forsikringsmarkedet i Finnmark, Troms og nord i Nordland og Nord- og Sør-Trøndelag, samt markedet for plastikkirurgi i Nord- og Sør-Trøndelag.
- (498) Konkurransetilsynet har videre vist at foretakssammenslutningen derfor kan lede til et samfunnsøkonomisk tap, og at dette ikke vil være i samsvar med forbrukernes interesser.

²⁹¹ Brev fra Steenstrup Stordrange 6. mai 2015, dokument nr 127, side 1-16, samt vedlegg.

- (499) Videre finner Konkurransetilsynet at effektivitetsgevinstene ikke kan oppveie de negative følgende av foretakssammenslutningen, og at sammenslutningen derfor kan være i strid med lovens formål.

8 Konkurransemessige virkninger av foretakssammenslutningen

- (500) Konkurransetilsynet har kommet til at foretakssammenslutningen mellom Aleris og Teres kan føre til eller forsterke en vesentlig begrensning av konkurransen i anbudsmarkedene i helseregionene Nord og Midt-Norge, forsikringsmarkedet i Finnmark, Troms og nord i Nordland og Nord- og Sør-Trøndelag, samt markedet for plastikkirurgi i Nord- og Sør-Trøndelag.
- (501) Melder har ikke dokumentert effektivitetsgevinster ved foretakssammenslutningen som kan oppveie det samfunnsøkonomiske tapet. Etter konkurranseloven § 16 første ledd skal Konkurransetilsynet derfor gripe inn mot foretakssammenslutningen.
- (502) Dersom Konkurransetilsynet finner at avhjelpende tiltak foreslått av melder vil avbøte de konkurransebegrensende virkningene som foretakssammenslutningen kan føre til, skal tilsynet i stedet fatte vedtak om inngrep hvor foretakssammenslutningen tillates på disse vilkår, jf. konkurranseloven § 16 annet ledd. Videre følger det av det alminnelige kravet til forholdsmessighet i norsk rett at Konkurransetilsynets vedtak ikke må gå lenger enn det som er nødvendig for å avhjelpe de negative konkurransevirkningene av foretakssammenslutningen.
- (503) Melders fremsatte forslag til avhjelpende tiltak og forholdsmessigheten av et eventuelt inngrep vurderes i kapittel 8.1.

8.1 Vurdering av melders forslag til avhjelpende tiltak og forholdsmessighet

- (504) Melder har fremsatt forslag til avhjelpende tiltak i brev 28. juli 2015, samt revidert forslag 30. juli og 20. august 2015. Endelig fremsatt forslag 27. august 2015 ("forslaget") med samtlige vedlegg er inntatt som vedlegg 2 til dette vedtaket.
- (505) Konkurransetilsynet har som ledd i saksbehandlingen sendt de avhjelpende tiltakene av 20. august 2015 på høring til relevante markedsaktører, jf. avsnitt (12). Forslaget som ble sendt på høring innebar et strukturelt tiltak knyttet til salg av Teres' sine sykehus i Trondheim og Tromsø til Capio AB. Markedsaktørene ble bedt om å vurdere tiltakets egnethet i lys av Konkurransetilsynets bekymringer.
- (506) Konkurransetilsynet har mottatt høringssvar fra seks av totalt 13 markedsaktører, og disse markedsaktørene²⁹² har til dels ulike oppfatninger av hvorvidt de avhjelpende tiltakene vil være egnede og tilstrekkelige til å avhjelpe de konkurransemessige problemene som er identifisert av Konkurransetilsynet.
- (507) I det endelig fremsatte forslaget 27. august 2015 punkt 1 fremgår det at Aleris forplikter seg til å selge virksomheten knyttet til sykehuset Teres Stokkan i Trondheim ("Teres Stokkan") og virksomheten knyttet til sykehuset Teres Tromsø ("Teres Tromsø") til Capio AB eller selskap som er 100 prosent eid av Capio AB. Capio AB eller selskap som er 100 prosent eid av Capio AB vil i henhold til forslagets punkt 2 godkjennes som kjøper av Teres Stokkan og Teres Tromsø, under forutsetning av at salget gjennomføres i samsvar med aksjeoverdragelsesavtalen inntatt som vedlegg 2 til forslaget.
- (508) Det fremgår videre av forslagets punkt 4 at overdragelsen av Teres Stokkan og Teres Tromsø til Capio AB skal skje senest samtidig med tidspunktet for gjennomføringen av foretakssammenslutningen hvor Aleris erverver Teres.
- (509) Som det fremgår av kapittel 6.5 og 6.6 er Aleris og Teres hverandres nærmeste konkurrenter i de relevante markedene, og det foreligger etableringshindringer og begrenset potensiell konkurranse. Foretakssammenslutningen eliminerer konkurransepresset Aleris og Teres tidligere har utøvd på hverandre, og Aleris får insentiver til å begrense konkurransen i de

²⁹² Høringssvar fra Helse Nord RHF 25. august, Helse Midt RHF 26. august, IF Skadeforsikring NUF 25. august, Storebrand Livsforsikring AS 25. august, Nimi AS 25. august og Oslofjordklinikken 25. august 2015.

aktuelle markedene. De geografiske markedene som Aleris etter forslaget har forpliktet seg til å selge ut sykehus i, tilsvarer de relevante markedene hvor Konkurransetilsynet har funnet at foretakssammenslutningen kan føre til eller forsterke en vesentlig begrensning av konkurransen. Etter Konkurransetilsynets vurdering vil derfor utsalg av de tilbudte sykehusene i utgangspunktet være et egnet tiltak for å avbøte de konkurransebegrensende virkningene som foretakssammenslutningen kan føre til.

- (510) For at salg av virksomhet i de aktuelle områdene skal avbøte de konkurransebegrensende virkningene som foretakssammenslutningen kan føre til, må virksomhetene som selges ut være operative enheter som kan konkurrere effektivt i det relevante markedet.
- (511) Av forslagets punkt 3 fremgår det at Teres Stokkan og Teres Tromsø skal selges som operative enheter. Videre er det foreslått presisert at dette innebærer at salget omfatter kontrakter og rettigheter, herunder sykehuskonsesjon, som bestod før foretakssammenslutningen og som er nødvendig for at kjøper skal kunne drive privat sykehusvirksomhet fra Teres Stokkan og Teres Tromsø. For øvrig er det inntatt en henvisning til vedlegg 1 og 3 til forslaget, der det er inntatt en mer detaljert regulering av hva som konkret omfattes av salget av sykehusene og hvordan utskillingen av virksomheten skal gjennomføres.
- (512) Etter Konkurransetilsynets vurdering medfører dette at Aleris har påtatt seg forpliktelser som, sett i sammenheng med de øvrige tiltak som er tilbudt, på en tilfredsstillende måte sikrer at Teres Stokkan og Teres Tromsø vil forbli konkurransedyktig frem til salget er gjennomført.
- (513) I forslagets punkt 5 fremgår det at frem til salg i henhold til punkt 1 er gjennomført, skal Teres Stokkan og Teres Tromsø drives som selvstendige sykehus i Teres-kjeden og uavhengig av Aleris og kjøpers virksomhet. Videre fremgår det at virksomhetene skal drives i samsvar med god forretningsskikk og slik Teres Stokkan og Teres Tromsø var drevet forut for foretakssammenslutningen, uten at det utveksles informasjon som er egnet til å påvirke selskapenes konkurransemessige atferd.
- (514) Av forslaget punkt 6 fremgår det at Aleris skal sikre at det ikke skjer noen form for konkurransemessig koordinering mellom sykehusene som selges i henhold til punkt 1 og øvrige private sykehus i samme geografiske område som Aleris eier eller kontrollerer.
- (515) Etter en konkret vurdering finner Konkurransetilsynet at punkt 5 og 6 i forslaget på en tilfredsstillende måte begrenser foretakssammenslutningens mulige negative virkninger på konkurransen frem til salget av Teres Stokkan og Teres Tromsø er gjennomført.
- (516) I henhold til forslagets punkt 7 forplikter Aleris seg til å inngå en særskilt avtale med Capio AB eller selskap som er 100 prosent eid av Capio AB og som erverver virksomheten som angitt i punkt 1, om videreføring av visse fellestjenester i en overgangsperiode. Av forslagets punkt 7 fremgår det at dette konkret omfatter videreføring av IT-tjenester, økonomitjenester og administrative tjenester som skal leveres av tredjeparter, øvrige avtaler med tredjeparter i den utstrekning dette anses nødvendig for videreføring av virksomheten knyttet til Teres Stokkan og Teres Tromsø, samt teknisk og praktisk support knyttet til foranstående tjenester. Det fremgår videre av forslaget at en slik avtale skal ha en varighet i en overgangsperiode på inntil 12 måneder, likevel slik at teknisk og praktisk support kan ytes i inntil 24 måneder.
- (517) I forslagets punkt 8 forplikter Aleris seg til å sørge for at det ikke utveksles konkurransesensitiv informasjon i tilknytning til bistand som ytes av Aleris i henhold til forslagets punkt 7. Videre forplikter Aleris seg til å innføre sikringsmekanismer og rutiner for å sikre at konkurransesensitiv informasjon ikke tilflyter virksomheten.
- (518) Etter Konkurransetilsynets vurdering bidrar forslaget punkt 7 og 8 til at Capio AB, eller selskap som er 100 prosent eid av Capio AB og som erverver virksomheten som angitt i forslagets punkt 1, kan drive Teres Stokkan og Teres Tromsø som en reell konkurrent i de relevante markedene etter at salget er gjennomført.
- (519) For at de avhjelpende tiltakene skal være effektive er det avgjørende at salget skjer til en egnet kjøper. Hva som er en egnet kjøper beror på en konkret vurdering. Normalt vil Konkurransetilsynet stille krav om at kjøper er uavhengig av partene, at kjøper har tilstrekkelig med ressurser, beviselig har den relevante ekspertisen til å drive virksomheten

videre, samt har insentiver og muligheter til å opprettholde og videreutvikle virksomheten til en levedyktig og aktiv konkurrent til melder og andre konkurrenter i markedet. Salg av virksomheten til den aktuelle kjøper må heller ikke føre til nye konkurranseproblemer.

- (520) Melder har i denne saken foreslått at Capiro AB, eller selskap som er 100 prosent eid av Capiro AB, godkjennes som kjøper av Teres Stokkan og Teres Tromsø. Konkurransetilsynets godkjenning av denne kjøperen er som nevnt betinget av at salget blir gjennomført i samsvar med aksjeoverdragelsesavtalen inntatt som vedlegg 2 til forslaget.
- (521) I forbindelse med høringen av de avhjelpende tiltakene har enkelte markedsaktører gitt uttrykk for at Capiro AB eller selskap som er 100 prosent eid av Capiro AB ikke vil være en egnet kjøper. Overordnet er dette begrunnet med at Capiro AB allerede før foretakssammenslutningen er en stor aktør, og at de avhjelpende tiltakene vil bidra til å forsterke denne posisjonen og vanskeliggjøre konkurransesituasjonen for mindre konkurrenter.
- (522) Konkurransetilsynet mener at Capiro AB eller selskap som er 100 prosent eid av Capiro AB er en egnet kjøper av Teres Stokkan og Teres Tromsø, og at salg av disse sykehusene til Capiro AB vil avbøte de konkurransebegrensende virkningene som foretakssammenslutningen kan føre til i de relevante markedene. I denne vurderingen har tilsynet blant annet sett hen til at Capiro AB eller selskap som er 100 prosent eid av Capiro AB ikke er etablert med virksomhet i de relevante markedene før foretakssammenslutningen, og at et salg av disse sykehusene til Capiro AB medfører at det også etter foretakssammenslutningen vil være minst to private aktører som er tilstede. Det er tilsynets oppfatning at melderens forslag gir grunnlag for en levedyktig virksomhet som kan konkurrere effektivt i de relevante markedene, og at den nye eieren som følge av forslaget, vil kunne drive som reell konkurrent til melder.
- (523) Konkurransetilsynet har etter dette kommet til at melderens forslag til avhjelpende tiltak samlet sett vil avbøte de konkurransebegrensende virkningene av foretakssammenslutningen, jf. konkurranseloven § 16 annet ledd.
- (524) Konkurransetilsynet har på bakgrunn av ovenstående funnet at vedtaket ikke går lenger enn det som må anses nødvendig for å avhjelpe de konkurransebegrensende virkningene av foretakssammenslutningen. Vedtaket er således forholdsmessig.

8.2 Vedtak

- (525) På denne bakgrunn og med hjemmel i konkurranseloven § 16 fatter Konkurransetilsynet følgende vedtak:

Foretakssammenslutningen mellom Aleris Helse AS ("Aleris") og Teres Medical Group AS ("Teres") tillates på følgende vilkår:

1. Aleris forplikter seg til å selge virksomheten knyttet til sykehuset Teres Stokkan i Trondheim ("Teres Stokkan") og virksomheten knyttet til sykehuset Teres Tromsø ("Teres Tromsø") til Capiro AB eller selskap som er 100 prosent eid av Capiro AB, som avgitt i forslag til avhjelpende tiltak 27. august 2015 ("forslaget"). Virksomheten knyttet til Teres Stokkan og Teres Tromsø er nærmere angitt i forslagets vedlegg 1.
2. Capiro AB eller selskap som er 100 prosent eid av Capiro AB godkjennes som kjøper av Teres Stokkan og Teres Tromsø, under forutsetning av at salget gjennomføres i samsvar med aksjeoverdragelsesavtalen inntatt som forslagets vedlegg 2.
3. Virksomhetene som selges i henhold til punkt 1 ovenfor skal selges som operative enhet(er). Det innebærer at salget skal omfatte kontrakter og rettigheter, herunder sykehuskonsesjon, som bestod før foretakssammenslutningen og som er nødvendig for at kjøper skal kunne drive privat sykehusvirksomhet fra Teres Stokkan og Teres Tromsø. Det vises til forslagets vedlegg 1 for beskrivelse av personell, kontrakter, lokaler, samt øvrige rettigheter og eiendeler som følger med virksomheten. Videre vises det til forslagets vedlegg 3 for beskrivelse av utskilling av virksomhet ved gjennomføring av fisjon med påfølgende salg til Capiro AB eller selskap som er 100 prosent eid av Capiro AB.

4. Virksomhetene som selges i henhold til punkt 1 skal overdras senest samtidig med tidspunktet for gjennomføringen av foretakssammenslutningen hvor Aleris erverver Teres.
5. Frem til salg i henhold til punkt 1 er gjennomført, skal Teres Stokkan og Teres Tromsø drives som selvstendige sykehus i Teres-kjeden og uavhengig av Aleris' og kjøpers virksomhet, i samsvar med god forretningsskikk og slik Teres Stokkan og Teres Tromsø var drevet forut for foretakssammenslutningen, uten at det utveksles informasjon som er egnet til å påvirke selskapenes konkurransemessige atferd.
6. Aleris skal sikre at det ikke skjer noen form for konkurransemessig koordinering mellom sykehusene som selges i henhold til punkt 1 og øvrige private sykehus i samme geografiske område som Aleris eier eller kontrollerer.
7. Aleris forplikter seg til å inngå en særskilt avtale med Capio AB (eller selskap som er 100 prosent eid av Capio AB og som erverver virksomheten som angitt i punkt 1) knyttet til videreføring av (i) IT-tjenester, økonomitjenester og administrative tjenester som leveres av tredjeparter (ii) øvrige avtaler med tredjeparter, i den utstrekning dette anses nødvendig for videreføring av virksomhetene som angitt i punkt 1, samt (iii) teknisk og praktisk support knyttet til foranstående tjenester. Avtalen skal ha en varighet i en overgangsperiode på inntil 12 måneder. Teknisk og praktisk support som angitt i punkt (iii) kan likevel ytes i inntil 24 måneder.
8. Aleris forplikter seg til å sørge for at det ikke utveksles konkurransesensitiv informasjon i tilknytning til bistand som ytes av Aleris i henhold til punkt 7 ovenfor. Aleris forplikter seg til å innføre sikringsmekanismer og rutiner for å sikre at konkurransesensitiv informasjon ikke tilflyter virksomheten.

Vedtaket trer i kraft straks. Vedtaket gjelder frem til Aleris har oppfylt alle sine forpliktelser som fremgår av de fremsatte avhjelpende tiltak og dette vedtaket.

- (526) Vedtaket kan i henhold til konkurranseloven § 20 a første ledd første punktum påklages innen 15 virkedager. En eventuell klage stiles til Nærings- og fiskeridepartementet, men sendes til Konkurransetilsynet.

Med hilsen



Christine B. Meyer
konkurransedirektør

Vedlegg:

- 1 Vedlegg 1 er i sin helhet unntatt offentlig innsyn.
- 2 Offentlig versjon V2015-31 Vedlegg 2 - Forslag til avhjelpende tiltak med vedlegg

Mottaker
Offentlighet

Kopi til: