

KONFIDENSIELL VERSJON

Konkurransetilsynet

Sendt per e-post: post@kt.no

Ansvarlig advokat:
Karin Fløistad

Oslo
28. november 2019

MELDING AV FORETAKSSAMMENSLUTNING
STIFTELSEN DIAKONISSEHUSET LOVISENBERG
ERVERVER SAMTLIGE AKSJER I
UNICARE OMSORG AS

Innholdsfortegnelse

1	Kontaktinformasjon for de involverte foretak.....	3
1.1	Melder	3
1.2	Øvrige involverte foretak	3
2	Foretakssammenslutningens art	3
2.1	Beskrivelse av foretakssammenslutningen.....	3
2.2	Melders strategiske og økonomiske begrunnelse for transaksjonen	4
3	Beskrivelse av involverte foretak og foretak i samme konsern.....	5
3.1	Stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg.....	5
3.2	Unicare Omsorg AS	7
4	Relevante markeder.....	7
4.1	Innledning.....	7
4.2	Produktmarked – sykehjemstjenester til kommunene	8
4.3	Geografisk marked – lokalt marked (Oslo kommune).....	9
4.4	Konklusjon – relevante markeder.....	10
5	Horisontalt berørte og vertikalt forbundne markeder	10
5.1	Sykehjemstjenester i Oslo kommune er et horisontalt berørt marked.....	10
5.2	Ingen vertikalt overlappende markeder	12
6	Nærmere beskrivelse av markedet for sykehjemstjenester i Oslo kommune	12
6.1	Totalmarked og samlet omsetning	12
6.2	Vanligste salgskanaler – utpreget anbudsmarked.....	12
6.3	Avtaler inngått mellom de involverte foretak	13
6.4	Etterspørselsstruktur.....	13
6.4.1	Markedets utviklingsfase – private leverandører av sykehjemstjenester	13
6.4.2	Hva som påvirker valg av leverandør.....	13
6.4.3	Betydelig kjøpermakt – anbudsmarked og egenregi	14
6.4.4	Bruk av eneforhandleravtaler og andre langsiktige leveringsavtaler	14
6.4.5	Betydningen av forskning og utvikling	14
6.5	Viktigste konkurrenter, kunder og leverandører	15
6.5.1	SDLs viktigste konkurrenter, kunder og leverandører	15
6.5.2	Unicare Omsorgs viktigste konkurrenter, kunder og leverandører	15
6.5.3	Kontaktopplysninger for viktigste konkurrenter, kunder og leverandører	16
6.6	Etableringsmuligheter	16
6.6.1	Etableringshindringer	16
6.6.2	Samlet produksjonskapasitet og hvor stor andel av denne som benyttes	16
6.6.3	Nyetableringer siste tre år.....	16
7	Konkurranseanalyse	16
7.1	Innledning.....	16
7.2	Ingen horisontale ikke-koordinerte virkninger	17
7.3	Ingen horisontale koordinerte virkninger	18
7.4	Konklusjon – konkurranseanalyse.....	18
8	Effektivitetsgevinster.....	18
9	Melding til andre konkurransemyndigheter	19
10	Forslag til offentlig versjon av konkurransemeldingen.....	19

Med dette meldes foretakssammenslutning hvor Stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg ("SDL") erverver enekontroll gjennom sitt oppkjøp av 100 prosent av aksjene i målselskapet Unicare Omsorg AS ("Unicare Omsorg") fra Unicare Holding AS, som er selger i transaksjonen, jf. konkurranseloven § 18 første ledd.

Det er melderers syn at foretakssammenslutningen ikke i betydelig grad vil hindre effektiv konkurranse, og at inngrepskriteriet i konkurranseloven § 16 første ledd dermed ikke er oppfylt.

1 Kontaktinformasjon for de involverte foretak

1.1 Melder

Stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg
Organisasjonsnummer: 977 127 769
Lovisenberggata 15 A
0456 Oslo, Norge

Melders representant:
Advokat Karin Fløistad
Advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig AS
Postboks 2043 Vika, 0125 Oslo, Norge

Kontaktperson: Vidar Haukeland
E-post: vidar.haukeland@lovisenberg.no
M: (0047) 982 07 610

E-post: kfl@svw.no
M: (0047) 934 51 175

1.2 Øvrige involverte foretak

Unicare Omsorg AS
Organisasjonsnummer: 984 328 923
Pilestredet 56
0167 Oslo, Norge

Kontaktperson: Christoffer Sundby
E-post: Christoffer.Sundby@unicare.no
M: (0047) 917 12 331

2 Foretakssammenslutningens art

2.1 Beskrivelse av foretakssammenslutningen

Foretakssammenslutningen gjennomføres ved at SDL skal erverve samtlige (100 %) av aksjene i Unicare Omsorg. Foretakssammenslutningen innebærer dermed at SDL, som kjøper i transaksjonen, vil erverve enekontroll i Unicare Omsorg fra Unicare Holding AS, som er selger i transaksjonen.

Foretakssammenslutningen kom i stand etter en dialog mellom partene i november 2019. Som konsekvens av den politiske beslutningen om at alle kommersielle sykehjem i Oslo kommune skal rekommunaliseres eller konkurranseutsettes til ideelle aktører, har Unicare gjennom høsten søkt å finne en løsning for en samlet videreføring av Unicare Omsorg til det beste for ansatte, beboere, pårørende og Oslo kommune. Unicare Omsorg er ikke kvalifisert i anbudskonkurranser som er reservert for ideelle leverandører.

Den 14. november 2019 ble administrerende direktør i SDL kontaktet av Tom Tidemann i Unicare, med forespørsel om SDL kunne tenkt seg å kjøpe Unicare Omsorg. SDL og Unicare Holding AS inngikk en intensjonsavtale om overdragelse av aksjene den 18. november 2019. Deretter er det gjennomført en due diligence. Etter gjennomføring av due diligence ble det signert endelig aksjekjøpsavtale mellom partene:

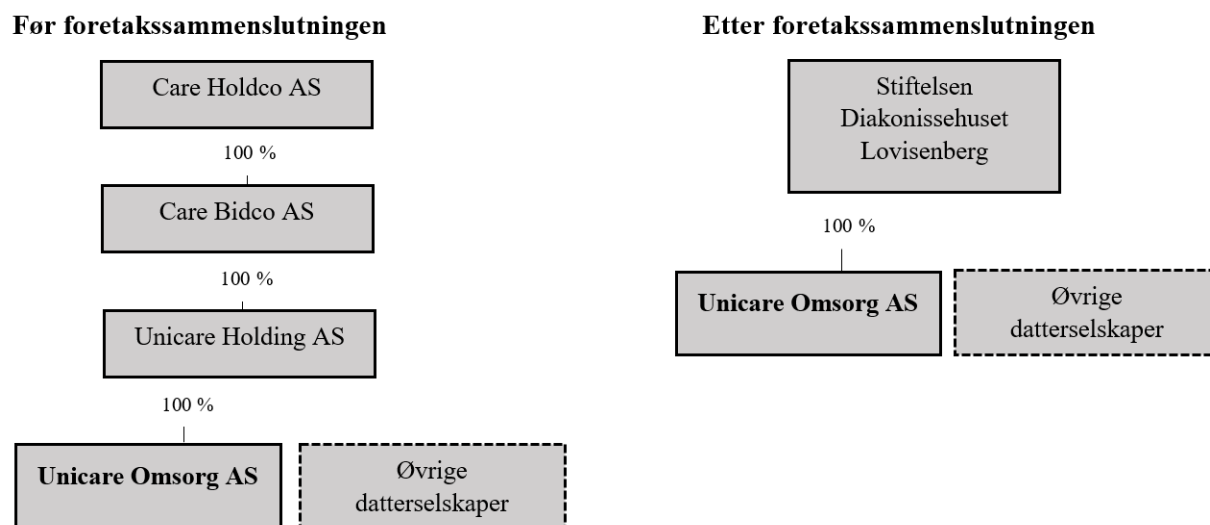
Bilag 1: Aksjekjøpsavtale med vedlegg, signert 25. november 2019

Etter foretakssammenslutningen vil Unicare Omsorg være et heleid datterselskap av SDL.

Et kjøp av Unicare Omsorg innebærer at SDL overtar driftsansvaret for fem kommunalt eide sykehjem i Oslo, dvs. at det er Oslo kommune som eier bygningsmassen. Unicare Omsorg AS vil fortsette å være avtalepart med SYE om drift av disse sykehjemmene, dog slik at dette selskapet vil få en ny eier, SDL. Landsforeningen for hjerte- og lungesyke ("LHL") har imidlertid nylig fått tildelt og signert en kontrakt

for drift av ett av sykehjemmene (St. Hanshaugen omsorgssenter), med oppstart 1. februar 2020. Selv om Unicare Omsorg pr. i dag drifter fem sykehjem, vil antallet fra 1. februar 2020 dermed bli redusert til fire.

Figur 1: Eierforholdene i Unicare Omsorg AS før og etter foretakssammenslutningen



Gjennomføringen av foretakssammenslutningen er betinget av godkjenning fra Konkurransetilsynet, og oppkjøpet planlegges gjennomført så snart godkjenning av transaksjonen foreligger.

2.2 Melders strategiske og økonomiske begrunnelse for transaksjonen

Markedet for sykehjemstjenester er et utpreget anbudsmarked hvor kommunene dels drifter sykehjem i egenregi og dels kjøper inn sykehjemstjenester (driftstjenester) fra eksterne, både ideelle og kommersielle leverandører. Oslo kommune ved SYE, som er den relevante innkjøperen i disse transaksjonene, har valgt å reservere anbudskonkurransene for sykehjemmene i Oslo for ideelle leverandører.

Unicare-konsernet, som er en kommersiell aktør, ønsker å satse på andre områder enn sykehjem i Norge, mens SDL, som en ideell aktør, ønsker å øke sin virksomhet innen eldreomsorg og andre velferdstjenester i Oslo. Et kjøp av Unicare Omsorg vil gi SDL en mulighet til å overta driften av de fem sykehjemmene som Unicare pr. i dag driver i Oslo på oppdrag for kommunen. Pr. i dag er det 42 sykehjem i Oslo.

Av den nye byrådsplattformen fremgår det at Oslo kommune ønsker å avvikle all kommersiell drift av kommunale sykehjem innen 2023. Ut fra de politiske føringene i Oslo kommune er det derfor forståelig at Unicare vil trekke seg helt ut fra sykehjemsdriften de har hatt i kommunen. SDL mener at stiftelsen, med sine verdier, erfaring og kompetanse vil kunne gi gode sykehjemstjenester til Oslos befolkning.

En driftsavtale for flere sykehjem vil gi gode muligheter for kompetanseoverføring og til å kunne ansette mer spesialistkompetanse som kan brukes på tvers. I tillegg til stordriftsfordeler vil oppkjøpet gi Lovisenberg Diakonale Høgskole mulighet til å videreutvikle gode praksisplasser for sykepleierstudenter. Oppkjøpet av Unicare Omsorg er derfor i tråd med det mandat og den arv SDL har fått fra sin grunnlegger.

SDL drifter kun ett sykehjem i dag. Oppkjøpet vil gi SDL en mindre sårbar driftssituasjon samtidig som SDL får en mer strategisk posisjon innen eldreomsorgen i Oslo, og dette i en tid som vil bli preget av store endringer på feltet. En rekke sykehjem kommer "i spill" som følge av byrådets ønske om å erstatte kommersiell drift med ideelle leverandører eller kommunal drift. Følgen av dette blir en rekke krevende anbudskonkurranser der også problemstillinger rundt hvem som egentlig er ideelle aktører vil komplisere bildet for kommunen. Å overta Unicares sykehjem vil uansett gi SDL en unik posisjon som ideell aktør i dette endrede bildet. Det gir også kommunen en lettere vei til å realisere byrådets ambisjon.

SDLs rasjonale for foretakssammenslutningen er nærmere beskrevet i vedlagte styredokumentasjon:

Bilag 2: Hovedstyresak B-sak nr. 69/90 "overtagelse av Unicare Omsorg AS" av 25. november 2019

3 Beskrivelse av involverte foretak og foretak i samme konsern

3.1 Stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg

SDL er en ideell, diakonal stiftelse med eierskap i sykepleieutdanning (Lovisenberg diakonale høgskole), sykehus (Lovisenberg diakonale sykehus) og omsorg (Cathinka Guldborg-senteret Lovisenberg), samt noe annen virksomhet, med over 150 års ideell virksomhet i Oslo. Dagens SDL ble stiftet i 1982, men har sin historie tilbake til 1868, da Diakonisseanstalten ble opprettet på initiativ fra Christiania Indremisjon. Prestedatteren Cathinka Guldborg ble kalt til å være Diakonisseanstaltens første forstanderinne.

SDL har hovedkontor på Lovisenberg i Oslo, har ca. 350 ansatte, og har eierskap i følgende virksomheter:

- Lovisenberg diakonale sykehus: Lovisenberg diakonale sykehus ("LDS") er lokalsykehus for flere bydeler i Oslo, innen indremedisin og psykiatri. LDS har ca. 2 400 ansatte, foretar planlagte operasjoner (elektiv kirurgi) innen øre – nese – hals, og hofteoperasjoner. Innen elektiv kirurgi mottar sykehuset pasienter fra hele landet under den nasjonale ordningen om fritt sykehusvalg. Denne virksomheten ligger i selskapet Lovisenberg Diakonale Sykehus AS (org. nr. 965 985 166), et selskap som eies med 50 prosent hver av SDL og stiftelsen Diakonova (org. nr. 994 545 469).
- Lovisenberg Sykehusapotek: Lovisenberg Sykehusapotek i tilknytning til Lovisenberg Diakonale Sykehus. Sykehusapoteket driver virksomhet innen engroshandel med sykepleie- og apotekvarer, og har ca. 20 ansatte. Sykehusapoteket er organisert i et eget aksjeselskap, selskapet Lovisenberg Sykehusapotek AS (org. nr. 999 260 497), som igjen er et heleid datterselskap av SDL.
- Lovisenberg diakonale høgskole: Lovisenberg diakonale høgskole ("LDH") er landets eldste høgskole innen sykepleie. LDH har ca. 120 ansatte og ca. 900 studenter. Hovedutdannelsen er bachelor i sykepleie. Det gis også tilbud om master i spesialisert sykepleie i tillegg til en rekke etter- og videreutdanninger innen sykepleiefaget. Denne virksomheten ligger under selskapet Lovisenberg Diakonale Høgskole AS (org. nr. 994 881 078), et heleid datterselskap av SDL.
- Cathinka Guldborg-senteret Lovisenberg: Cathinka Guldborg-senteret Lovisenberg ("CGSL") er et sykehjem i diakonal tradisjon. CGSL har ca. 260 ansatte og 127 langtidsplasser fordelt på fem avdelinger. I tilknytning til CGSL ligger Lovisenberg Omsorg+, et boligtilbud for eldre som har et spesielt omsorgsbehov. CGSL er organisert som en underenhet av SDL (bedr. nr. 974 135 574).
- Lovisenberg diakonale barnehage: Lovisenberg Diakonale Barnehage ("LDB") er en barnehage i Oslo. Barnehagen har høy pedagogisk tetthet, med har 63 barn, 4 avdelinger og er 17 ansatte. Virksomheten i LDB er organisert som en underenhet av SDL (bedr. nr. 993 804 703).
- Lovisenberg diakonale gjestehus: Gjestehuset Lovisenberg holder til i det gamle Diakonissehuset, og tilbyr 24 gjesterom i tillegg til gode kurs- og konferansefasiliteter, og er organisert under SDL.
- Lovisenberg Oblatbakeri: Lovisenberg Oblatbakeri er det eneste oblatbakeriet i Norge, og forsyner Den norske kirke og andre kirkesamfunn med oblater. Oblatbakeriet er en del av SDL.
- Lovisenberg kirke: Lovisenberg kirke er en av få privateide kirker i Norge. Kirken tilbyr en rekke kulturarrangement. Ansvar for faste gudstjenester er delt mellom SDL og Oslo domprosti.

I tillegg til ovennevnte nevnes også at Lovisenberg-systemet administrerer og driver utleievirksomhet i Oslo, som er organisert i Diakonissehusets Eiendomsstiftelse (org. nr. 979 607 229) med følgende formål: «Stiftelsen har til formål å understøtte diakonal virksomhet ved å eie og/eller drive faste eiendommer, eventuelt avhende disse og/eller erverve andre eiendommer. Et eventuelt økonomisk overskudd i Eiendomsstiftelsen skal kunne nyttes til diakonale formål, i tråd med Stiftelsesloven §47, som å utdanne til tjeneste i kirke og samfunn, utøve diakonal virksomhet og fremme diakonale verdier og holdninger».

Ettersom dette er en tilknyttet ideell, diakonal stiftelse med samme daglige leder og styreleder som SDL, er det lagt til grunn at virksomheten skal regnes med på kjøpersiden, dog uten at dette får noen betydningen verken for om omsetningstersklene for meldeplikt er oppfylt eller for konkurranseanalysen.

Vedlagt følger årsberetning og årsregnskap for SDL og de virksomheter SDL kontrollerer:

Bilag 3: Årsberetning og årsregnskap 2018 for Stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg

Bilag 4: Årsberetning og årsregnskap 2018 for Lovisenberg Sykehusapotek AS

Bilag 5: Årsberetning og årsregnskap 2018 for Lovisenberg Diakonale Sykehus AS

Bilag 6: Årsberetning og årsregnskap 2018 for Lovisenberg Diakonale Høgskole AS

Bilag 7: Årsberetning og årsregnskap 2018 for Diakonissehusets Eiendomsstiftelse

Som det fremgår av årsregnskapene var omsetning og driftsresultat i virksomhetene som følger i 2018:

Figur 2: Omsetning og driftsresultat for Stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg og kontrollerte virksomheter

Foretak	Omsetning 2018 (NOK)	Driftsresultat 2018 (NOK)
Stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg	203,97 millioner	– 16,16 millioner
Lovisenberg Sykehusapotek AS	62,09 millioner	0,25 millioner
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS (50 %)	980,00 millioner (50 %)	6,36 millioner
Lovisenberg Diakonale Høgskole AS	112,99 millioner	0,69 millioner
Diakonissehusets Eiendomsstiftelse	99,57 millioner	20,26 millioner
Totalt	1,45 milliarder	11,40 millioner

All omsetningen skriver seg fra Norge. I relasjon til beregningen av omsetningstersklene for meldeplikt, jf. konkurranseloven § 18 annet ledd, legges det til grunn at kun halvparten av omsetningen i LDS skal tas med da LDS er et fellesforetak med to eiere, jf. EU-kommisjonens jurisdiksjonsveileder (premiss 187). Basert på dette blir samlet omsetning på kjøpersiden i Norge i 2018 i så fall ca. NOK 1,4 milliarder.

SDL og deres virksomheter er medlem av følgende bransjeorganisasjoner:

- SDL er medlem av arbeidsgiverforeningen Spekter.
- LDH er medlem av arbeidsgiverorganisasjonen Virke.

Ytterligere informasjon om SDL og dets virksomheter er tilgjengelig på SDLs nettsider:

<https://www.lovisenberg.no/>

3.2 Unicare Omsorg AS

Unicare Omsorg er et norsk aksjeselskap, registrert i 2002. Forut for foretakssammenslutningen er Unicare Omsorg en del av Unicare-konsernet, som er et av Norges største private helseforetak, med virksomhet innenfor rehabilitering, rus og avhengighet, brukerassistert assistanse, bedriftshelse og eldreomsorg. Unicare Omsorg har ca. 1350 ansatte og drifter pr. i dag fem kommunale sykehjem i Oslo på oppdrag fra Oslo kommune. De fem sykehjemmene er Fagerborghjemmet, Hovseterhjemmet, Manglerudhjemmet, Smestadhjemmet og St. Hanshaugen omsorgssenter. En oversikt over de fem sykehjemmene følger under:

Figur 3: Oversikt over de fem sykehjemmene i Oslo som pr. i dag driftes av Unicare Omsorg

Sykehjem	Langtidsplasser	Kontrakt utgår	Opsjon utgår
Fagerborghjemmet	58	01.04.2021 + 2 års opsjon	01.04.2023
Hovseterhjemmet	163	01.10.2020 + 2 års opsjon	01.10.2022
Manglerudhjemmet	55	03.06.2019 + 2 års opsjon	03.06.2021
Smestadhjemmet	111	01.08.2020 + 2 års opsjon	01.08.2022
St. Hanshaugen omsorgssenter	85	01.02.2020 + 2 års opsjon	01.02.2022
Totalt	472	N/A	N/A

Unicare Omsorg har ingen datterselskaper.

Vedlagt følger årsberetning og årsregnskap for Unicare Omsorg:

Bilag 8: Årsberetning og årsregnskap 2018 for Unicare Omsorg AS

Som det fremgår av årsregnskapet hadde Unicare Omsorg en omsetning i 2018 på NOK 490,33 millioner, med et driftsresultat på NOK 13,20 millioner. All omsetningen skriver seg fra Norge.

Det følger av dette at terskelverdiene i konkurranse-loven § 18 annet ledd er oppfylt ettersom hvert av de involverte foretak har omsetning i Norge i 2018 over NOK 100 millioner, og samlet over NOK 1 milliard.

Unicare Omsorg er medlem av Arbeidsgiverforeningen Spekter.

Ytterligere informasjon om Unicare Omsorg og dets virksomheter er tilgjengelig på følgende nettside:

<https://unicare.no/tjenester/sykehjem/>

4 Relevante markeder

4.1 Innledning

Markedsavgrensning gir et rammeverk for analysen av foretakssammenslutningers konkurransemessige virkninger, og avgrenses basert på en produktdimensjon og en geografisk dimensjon. Utgangspunkt for markedsavgrensningen er de produkter og tjenester partene leverer, primært basert på substitusjon på etterspørselssiden. Substitusjon på tilbudssiden kan også tas i betraktning ved markedsavgrensningen dersom den har de samme umiddelbare og direkte virkningene som etterspørselssubstitusjon.

Foretakssammenslutningen berører sykehjem, nærmere bestemt kommunale sykehjemstjenester, og drift av kommunale sykehjem på oppdrag fra Oslo kommune. Det er på dette området en viss konkurranseflate mellom Cathinka Guldberg-senteret Lovisenberg, som eies og driftes av SDL, og de fem sykehjemmene som Unicare Omsorg drifter for kommunen, nevnt over. Melder er ikke kjent med at Konkurransetilsynet i tidligere saker har konkludert endelig med henhold til markedsavgrensningen for sykehjemstjenester.

Melder vil derfor se hen særlig til EU-kommisjonens praksis på området.

4.2 Produktmarked – sykehjemstjenester til kommunene

EU-kommisjonen har tidligere tatt stilling til avgrensningen av relevante markeder for sykehjemstjenester i sak COMP/M.3669 *Blackstone/NHP* og sak COMP/M.6131 *Advent/Priory*. Et spørsmål i de sakene som har vært oppe for EU-kommisjonen har vært om det eksisterer separate produktmarkeder for henholdsvis sykehjemstjenester (pleiehjem, "nursing homes") og tjenester i form av omsorgsboliger ("care homes").

I *Blackstone/NHP* uttalte EU-kommisjonen bl.a. følgende (premiss 17-18):

"According to the Commission market investigation a residential care home would typically be one providing accommodation with full board and personal care, while a nursing home provides in addition the constant involvement of a qualified nurse. Third parties submit that in addition to the lack of demand side substitutability, differences in public funding maintain a differentiation between the two care sectors. According to the market investigation providers also normally concentrate on either nursing or residential care. Some third parties furthermore suggest that the product market might be separated also according to specialist services, for example for dementia. For the purposes of this decision it is, however, not necessary to conclude whether narrower product markets exist."

I *Advent/Priory* uttalte EU-kommisjonen bl.a. følgende (premiss 10):

"The Commission and the UK Office of Fair Trading have previously considered the possibility of further sub-dividing this frame of reference into (i) residential care homes, and (ii) nursing care homes, with the possibility of (iii) care for the elderly mentally infirm (including dementia care) ("EMI") being separate from nursing care homes. The Commission ultimately left the market definition open."

EU-kommisjonen henviste *Advent/Priory* tilbake til britiske konkurransemyndigheter (tidligere Office of Fair Trading, "OFT"). I sitt vedtak av 19. april 2011, uttalte OFT bl.a. følgende (premiss 10-12):

"There is no regulatory reason why an operator of nursing care homes could not also provide care homes for the mentally infirm. The provider could alter the types of care that it provides by simply amending its registration details (rather than going through another registration process). However, from the demand-side, the different types of care are distinct. For example an elderly individual requiring nursing care, is unlikely to enter a care home providing residential care, since the latter would not have the necessary specialist nursing staff. Nevertheless, the OFT has not found it necessary to conclude on this point since the outcome of the competition assessment is unaffected by it. Therefore, the OFT has examined this case on the cautious basis of residential care homes for the elderly segmented by (i) residential care homes [omsorgsboliger]; (ii) nursing care homes [sykehjem]; and (iii) care homes for the elderly mentally infirm (including dementia care)."

Melder legger på bakgrunn av dette til grunn at det relevante produktmarkedet er sykehjemstjenester levert til kommunene, avgrenset fra omsorgsboliger på grunn av begrenset etterspørselssubstitusjon.

Det bemerkes samtidig at det likevel ikke er nødvendig for Konkurransetilsynet å vurdere om sykehjem og omsorgsboliger inngår i samme marked eller utgjør separate markeder. Dette fordi det bare er SDL av de involverte foretak som driver virksomhet innenfor omsorgsboliger (Lovisenberg Omsorg+). Unicares omsorgsboliger ligger under Unicare BAB AS (org. nr. 990 500 630), som ikke er en del av transaksjonen.

Et annet spørsmål, som er viktig i en norsk kontekst, er hvorvidt sykehjemstjenester som driftes ideelt eller kommersielt er del av samme marked. Kommunene kan velge å reservere anbudskonkurranser for sykehjemsdrift for ideelle aktører. I slike konkurranser kan kommersielle ikke delta. Kommersielle private aktører utøver da ikke konkurransepress mot de ideelle private aktørene i reserverte anbudskonkurranser.

Dette kan tilsi at det kan dreie seg om to separate markeder for sykehjemstjenester til kommune levert fra henholdsvis ideelle og kommersielle leverandører. På den annen side vil de ideelle også kunne delta i anbudskonkurranser som ikke er reserverte. I disse "åpne" konkurransene vil ideelle og kommersielle leverandører være substituerbare for kommunen (oppdragsgiver), og dermed konkurrere i samme marked.

Det er usikkert hvor stor andel av kontraktene som vil bli reservert for ideelle fremover, selv om byrådet i Oslo har som ambisjon å reservere flere kontrakter for ideelle. Hvordan dette vil se ut fremover vil også kunne påvirkes av endringer på lokalpolitisk plan. Faktum er uansett at kommersielle og ideelle aktører både har konkurrert, og vil fortsette å konkurrere, i fremtidige anbudskonkurranser som ikke er reservert.

Melder er ikke kjent med at spørsmålet er vurdert tidligere. Hvis ideelle og kommersielle leverandører av sykehjemstjenester til kommunene ikke anses for å være i samme marked, vil SDL og Unicare Omsorg ikke ha overlappende virksomhet. SDL er en ideell leverandør, mens Unicare Omsorg er kommersiell.

Uten at melder dermed har tatt stilling til markedsavgrensningen vil melder legge til grunn at de ideelle og de kommersielle private aktørene som leverer sykehjemstjenester er del av samme produktmarked.

Når det gjelder kommunenes egne sykehjemstjenester i egenregi (kommunale sykehjemsplasser), vurderer melder det slik at dette ikke inngår i markedet, men likevel utøver konkurransepress på de private aktørene fordi et alternativ for kommunene ved prisøkninger vil være å i stedet levere sykehjemstjenester i egenregi, dvs. uten å konkurranseutsette behovet. Dette vil bli vurdert nærmere som et spørsmål om kjøpermakt.

4.3 Geografisk marked – lokalt marked (Oslo kommune)

EU-kommisjonen har vurdert den geografiske utstrekningen av markedet som lokal. I det nevnte vedtaket i *Blackstone/NHP* uttalte EU-kommisjonen bl.a. følgende om markedets utstrekning (premiss 21-22):

"According to the Commission's investigation the geographic scope of the market can be considered as local. The submissions of third parties clearly imply that the UK care home market would be local in scope, within a radius of 3-10 miles at its narrowest. This has been identified as the average physical distance from previous place of residence that people are willing to consider when selecting a care home. It has also been submitted that as local authorities offer guidance and the largest part of the funding to service users coming from their administrative area, and would for example provide lists of care homes, local authority areas might be an appropriate proxy for the geographic scope. It may therefore be concluded that for the purposes of competition analysis in this case, it is appropriate to analyse the markets for care home services in the UK as local. However, for the purposes of this decision the exact practical delineation of these local markets (radius of 3-10 miles, local authority boundaries, or other appropriate proxy) may be left open."

I *Advent/Priory* uttalte EU-kommisjonen bl.a. følgende om dette (premiss 11):

"The Commission and OFT have previously considered the geographic market for the care home services for the elderly of being in a radius of 3-10 miles from a given location (i.e., a 10-mile radius for rural areas, a 5-mile radius for suburban areas, and a 3-mile radius for urban areas) or, alternatively, local authority boundaries. The Commission [...] left the precise delineation open."

Heller ikke OFT fant det nødvendig å konkludere eksakt på rekkevidden av det lokale markedet i vedtaket av 19. april 2011, etter å ha fått henvist *Advent/Priory* fra EU-kommisjonen. OFT valgte i stedet å foreta konkurranseanalysen basert på tre alternative tilnærminger basert på henholdsvis 3, 5 og 10 engelske miles (som tilsvarer en "aksjonsradius" på henholdsvis ca. 5 kilometer, ca. 8 kilometer og ca. 16 kilometer).

Det er også melderens oppfatning at det geografiske markedet for sykehjemstjenester til kommunene skal avgrenses lokalt. Når det gjelder den nærmere utstrekningen av de lokale markedene, er det melderens syn

at konkurranseanalysen bør foretas basert på et lokalt marked for Oslo kommune. Det er Oslo kommune ved SYE som er oppdragsgiver (kunde) av sykehjemstjenester fra SDL, Unicare Omsorg og andre private aktører, og det legges til grunn at konkurransen derfor skjer mellom sykehjemsaktørene i Oslo kommune.

Når det er sagt, har det vært tilbydere i disse konkurransene som er hjemmehørende i andre deler av landet, f.eks. Bergen. Konkurransen finner likevel sted i Oslo, selv der hvor en leverandør er basert utenfor Oslo fordi det er Oslo kommune som er innkjøper på markedet for private sykehjemstjenester.

Ettersom sykehustjenestene til både SDL og Unicare Omsorg i sin helhet leveres innenfor Oslo kommune, vil denne markedsavgrensningen uansett være mest egnet til å fange opp eventuelle effekter av oppkjøpet.

4.4 Konklusjon – relevante markeder

På bakgrunn av redegjørelsen ovenfor legger melder til grunn at det relevante markedet er levering av private sykehjemstjenester i Oslo kommune, som omfatter både ideelle og kommersielle leverandører.

Sykehjemstjenester omfatter både tjenesteyting, drift og vedlikehold av sykehjemsplasser. For enkelhets skyld vil melder benytte begrepet "sykehjemstjenester" og "drift" i omtalen av de tjenestene dette omfatter.

5 Horisontalt berørte og vertikalt forbundne markeder

5.1 Sykehjemstjenester i Oslo kommune er et horisontalt berørt marked

Et marked er horisontalt berørt dersom minst to av partene er aktive på det samme relevante markedet og partenes samlede markedsandel overstiger 20 prosent, jf. konkurranseloven § 18 a bokstav e.

Det som er spesielt med helse- og omsorgssektoren er at den omfatter lovpålagte tjenester som kommunen både yter selv og inngår kontrakter med ikke-kommunale aktører om å utføre på vegne av kommunen.

SDL og Unicare Omsorg har overlappende virksomhet på markedet for levering av sykehjemstjenester i Oslo kommune. For å beregne markedsandelen til henholdsvis SDL og Unicare Omsorg på dette markedet har partene tatt utgangspunkt i antall sykehjemsplasser (langtidsplasser) tilgjengelig i Oslo kommune.

Ser man på det totale tilbudet av sykehjemsplasser i Oslo kommune, er det kommunale sykehjemsplasser, dvs. sykehjemsplasser som tilbys og driftes i egenregi av kommunen, som utgjør det klart største tilbudet. Oversikten nedenfor viser antall langtidsplasser i Oslo fordelt på kommunale, ideelle og kommersielle.

Figur 4: Oversikt langtidsplasser på sykehjem i Oslo, fordelt på kommunale, kommersielle og ideelle¹

Type leverandør	Antall langtidsplasser	Andel av total
Oslo kommune (egenregi)	1 786	47,6 %
Kommersielle private leverandører	1 205	32,1 %
Ideelle private leverandører	765	20,3 %
Totalt	3 756	100 %

I tillegg til de kommunale langtidshjemmene (1 786 langtidsplasser) i egenregi kommer også kommunale helsehus (Lilleborg, Ryen og Solvang helsehus), som til sammen har en kapasitet på 402 langtidsplasser.

I et privat marked for Oslo kommune som kun omfatter ideelle leverandører, og ikke kommunenes plasser i egenregi eller plasser levert av kommersielle leverandører, fordeler langtidsplassene seg som følger:

¹ Kilde: Sykehjemsetaten i Oslo kommune.

Figur 5: Oversikt langtidsplasser på sykehjem i Oslo, fordelt kun på ideelle²

Foretak	Type virksomhet	Antall langtidsplasser	Andel av total
Kirkens Bymisjon	Ideell privat	310	40,5 %
Diakonhjemmet	Ideell privat	209	27,3 %
Stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg	Ideell privat	127	16,6 %
Stiftelsen Grefsenhjemmet	Ideell privat	97	12,7 %
Det Mosaiske Trossamfunn	Ideell privat	22	2,9 %
Totalt	N/A	765	100 %

Etter at SDL overtar plassene i Unicare Omsorg (472 langtidsplasser, minus 85 plasser på St. Hanshaugen som overtas av LHL fra 1. februar 2020 i henhold til ny tildeling) etter foretakssammenslutningen vil også Unicare Omsorgs plasser bli del av det ideelle markedet. Når disse plassene legges til for SDL, vil SDL etter foretakssammenslutningen få en estimert markedsandel på ca. 42 prosent i det ideelle segmentet (med 514 av totalt 1 237 langtidsplasser). Som det fremgår ovenfor, er dette imidlertid kun et segment innenfor det som melder anser som det relevante markedet, som omfatter både kommersielle og ideelle aktører. Etter foretakssammenslutningen og etter at LHL overtar kontrakten på St. Hanshaugen, så vil det ideelle segmentet øke i størrelse. En sammenligning med figur 4 over gir følgende fordeling av langtidsplasser:

Figur 6: Oversikt langtidsplasser på sykehjem i Oslo, fordelt på kommunale, kommersielle og ideelle³

Type leverandør	Langtidsplasser pr. 31.10.2019	Langtidsplasser pr. 01.02.2020
Oslo kommune (egenregi)	1 786 (47,6 %)	1930 (51,4 %)
Kommersielle private leverandører	1 205 (32,1 %)	589 (15,7 %)
Ideelle private leverandører	765 (20,3 %)	1237 (32,9 %)
Totalt	3 756	3 756

Selv om det ideelle segmentet vil øke må markedsandeler beregnes basert på både ideelle og kommersielle. Markedsandelene til SDL og Unicare Omsorg blir lavere når man tar med også de kommersielle aktørene. Samlet sett utgjør volumet på det relevante markedet, som altså omfatter både kommersielle og ideelle leverandører, totalt 1 970 langtidsplasser i Oslo kommune (etter at det kommunale volumet er trukket fra). I et privat marked som omfatter både kommersielle og ideelle leverandører, men ikke kommunens plasser i egenregi, så fordeler langtidsplassene seg som følger på henholdsvis SDL, Unicare Omsorg og øvrige:

Figur 7: Oversikt totalmarked, sykehjemsplasser levert i privat regi i Oslo kommune⁴

Foretak	Type virksomhet	Antall langtidsplasser	Andel av total
Unicare Omsorg	Kommersiell privat	472	24,0 %
Kirkens Bymisjon	Ideell privat	310	15,7 %
Norlandia	Kommersiell privat	295	15,0 %
Attendo	Kommersiell privat	251	12,7 %
Diakonhjemmet	Ideell privat	209	10,6 %
Stendi	Kommersiell privat	187	9,5 %
Stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg	Ideell privat	127	6,4 %
Stiftelsen Grefsenhjemmet	Ideell privat	97	4,9 %
Det Mosaiske Trossamfunn	Ideell privat	22	1,2 %
Totalt	N/A	1 970	100 %

² Kilde: Sykehjemsetaten i Oslo kommune. Tallene er basert på antall langtidsplasser pr. 31. oktober 2019.

³ Kilde: Sykehjemsetaten i Oslo kommune. Tallene er basert på antall langtidsplasser pr. 31. oktober 2019.

⁴ Kilde: Sykehjemsetaten i Oslo kommune. Tallene er basert på antall langtidsplasser pr. 31. oktober 2019.

Det følger av dette at SDL har en estimert markedsandel på ca. 6,4 prosent, mens Unicare Omsorg på sin side har en estimert markedsandel på ca. 24 prosent, basert på volum (antall langtidsplasser totalt på sykehjem). Etter foretakssammenslutningen vil dermed SDL få estimert markedsandel på ca. 30,4 prosent.

Foretakssammenslutningen gir dermed et berørt marked for sykehjemstjenester i Oslo kommune. En nærmere beskrivelse av markedsstrukturen og konkurransesituasjonen i dette markedet gis i punkt 6 under.

5.2 Ingen vertikalt overlappende markeder

Markeder er vertikalt overlappende der hvor et involvert foretak opererer i forutgående eller etterfølgende ledd til et relevant produktmarked hvor en annen part opererer, jf. konkurranseloven § 18 a bokstav f. SDL og virksomhetene kontrollert av SDL leverer ingen tjenester eller andre innsatsfaktorer "oppstrøms" til Unicare Omsorg eller konkurrenter av Unicare Omsorg på det "nedstrøms" markedet for levering av sykehjemstjenester hvor Unicare Omsorg driver virksomhet. Tilsvarende gjelder for Unicare Omsorg, som ikke leverer tjenester eller andre innsatsfaktorer "oppstrøms" til noen av SDLs virksomheter "nedstrøms".

Det følger av dette at foretakssammenslutningen ikke gir opphav til noen vertikalt overlappende markeder.

6 Nærmere beskrivelse av markedet for sykehjemstjenester i Oslo kommune

6.1 Totalmarked og samlet omsetning

Det offentlige sykehjemstilbudet i Oslo kommune, hvor både kommunale sykehjemstjenester (egenregi) og sykehjemstjenester levert til kommunen fra private leverandører (kommersielle og ideelle) finansieres gjennom såkalt rammefinansiering. Rammefinansiering er navnet på en oppgjørsordning mellom staten og kommuner, samt fylkeskommuner, der økonomiske midler overføres i henhold til en fordelingsnøkkel, uten at det fra statens side spesifikt er bestemt hva midlene skal brukes til. Staten forutsetter at kommuner og fylkeskommuner nytter overføringene til finansiering av lovpålagte tjenester ut fra en prioritering der man har tatt hensyn til spesielle lokale forhold. Rammefinansiering har vært hovedprinsippet for overføringer til kommunale og fylkeskommunale tjenester siden 1980-årene. Størrelsen på de økonomiske overføringene blir fastsatt med utgangspunkt i en vurdering av antatt behov basert på statistiske data der det bl.a. blir tatt hensyn til folketall, alderssammensetning av befolkningen og urbaniseringsgrad.

En oversikt over totalmarkedet, basert på antall langtidsplasser, er gitt i figur 7 i punkt 5.1 over. Estimert snittpris pr. døgnplass i 2018 for Unicare Omsorg, basert på omsetning (NOK 490,33 millioner) og antall langtidsplasser (472) vil utgjøre ca. NOK 1,04 millioner. Hvis dette legges til grunn som et grovt estimat på snittprisen i markedet, så kan totalmarkedets størrelse i verdi anslås til ca. NOK 1,97 milliarder, basert på 1 890 plasser totalt fra de kommersielle og ideelle leverandørene av sykehjemsplasser til kommunen.

SDLs virksomhet på markedet for sykehjemstjenester i Oslo kommune drives gjennom CGSL, som er en underenhet av SDL. Av SDLs omsetning på NOK 203,97 millioner skriver ca. NOK 116 millioner seg fra sykehjemstjenestene levert fra CGSL til Oslo kommune. Dette gir en snittpris for SDL på ca. NOK 0,91 millioner, basert på 127 langtidsplasser, dvs. en snittpris i noe lavere størrelsesorden som Unicare Omsorg.

Melder vil understreke at dette nødvendigvis blir et grovt estimat på totalverdien av markedet da det tar utgangspunkt i omsetningen til kun de involverte foretak, selv om snittpriser kan variere mellom aktørene. Etter melder oppfatning gir derfor volum (antall langtidsplasser) et bedre bilde på markedets størrelse.

6.2 Vanligste salgskanaler – utpreget anbudsmarked

Markedet for sykehjemstjenester i Oslo kommune er et utpreget anbudsmarked. Samtlige leveranser på markedet fra private, enten det er ideelle eller kommersielle leverandører, blir konkurranseutsatt med jevne mellomrom av Oslo kommune ved SYE (som oppdragsgiver) ved anbudskonkurranser, gjennomført

i tråd med regelverket for offentlige anskaffelser. Både SDL og Unicare Omsorg leverer utelukkende sine sykehjemstjenester i Oslo kommune basert på kontrakter med kommunen som er tildelt gjennom anbud.

Det er kommunen som normalt eier eiendommene og byggmassen, og ved utskiftning av kontraktspart følger de ansatte med (virksomhetsoverdragelse), slik at anbudene i realiteten er konkurranser om drift.

Som et alternativ til å velge å konkurranseutsette behovet for sykehjemstjenester i det private markedet, kan kommunen i stedet velge å levere tjenestene i egenregi. Som det fremgår ovenfor utgjør de kommunale sykehjemsplassene levert i egenregi av kommunen den klart største andelen av totaltilbudet i Oslo.

Det er altså av avgjørende betydning for å kunne konkurrere effektivt på markedet og få omsatt tjenestene å sørge for å være konkurransedyktig i de offentlige anbudskonkurransene. Sykehjemstjenester selges ikke gjennom tredjeparter eller til andre kunder enn Oslo kommune ved SYE. Kundegrunnlaget, som danner basis for virksomheten, faller derfor bort for de aktørene som ikke blir tildelt kontrakter fra kommunen.

6.3 Avtaler inngått mellom de involverte foretak

Det er ikke inngått noen avtaler mellom SDL (og andre virksomheter i SDL-systemet) og Unicare Omsorg.

6.4 Etterspørselsstruktur

6.4.1 Markedets utviklingsfase – private leverandører av sykehjemstjenester

I byrådsplattformen til Oslo kommune fremkommer det at alle kommersielt drevne sykehjem enten skal rekommunaliseres og/eller overtas av ideelle aktører innen 2023. De siste to årene har de kommersielle plassene på Lambertseter blitt rekommunalisert og 90 sykehjemsplasser blitt overført fra kommersiell drift til ideell drift. I tillegg overtar Oslo kommune driften av Ullertunet 01.12.2019 med 144 plasser som i dag er driftet av en kommersiell leverandør. Tendensen i Oslo kommune går altså mot at stadig flere plasser blir rekommunalisert (egenregi) og/eller tildelt til ideelle leverandører sammenlignet med før.

6.4.2 Hva som påvirker valg av leverandør

Oslo kommune er underlagt regelverket om offentlige anskaffelser. I den grad kommunen benytter private leverandører av sykehjemstjenester (utenfor det som skjer i egenregi), er kommunen forpliktet til å følge regelverket om offentlige anskaffelser. De grunnleggende prinsippene i anskaffelsesregelverket krever at kommunen tildeler kontrakt til den leverandøren som er kvalifisert til å delta, og som scorer best på de tildelingskriteriene som benyttes i konkurransen. Det er derfor utelukkende tildelingskriteriene fastsatt av kommunen i den enkelte anbudskonkurranse som påvirker valg av leverandør av sykehjemstjenester.

Oslo kommunes nylige anskaffelse av drift av St. Hanshaugen omsorgssenter, nevnt over, kan brukes som eksempel: I konkurransen, som var reservert for ideelle leverandører, og som omfattet en tjenesteytings-, drifts- og vedlikeholdsavtale for St. Hanshaugen omsorgssenter, var tildelingskriteriene "pris" (40 %) og "kvalitet" (60 %). Følgende konkurranseparametere inngikk i kvalitetskriteriet: Organisering, verdier og kompetanse; etterlevelse av internkontrollsystemer og samarbeid med organisasjonene; livskvalitet og trygghet gjennom aktivitet og mestring; enhet for døve og døvblinde; samt samarbeidsrelasjoner.

Selv om vektingen av priskriteriet opp mot kvalitative kriterier, og det nærmere innholdet i de kvalitative kriteriene, kan variere i ulike anbudskonkurranser, er melderens erfaring at både pris og kvalitet på tjenesten vil påvirke valg av leverandør, og at evalueringen for St. Hanshaugen er representativ for Oslo kommune.

Et annet forhold som påvirker valg av leverandør er hvor effektivt de private aktørene er i stand til å levere tjenestene til kommunen. I en situasjon hvor pris og/eller kvalitet på tilbudene ikke svarer til kommunens behov, vil kommunen i stedet kunne velge å levere tjenestene i egenregi. Det å være konkurransedyktig

på pris og kvalitet i anbudskonkurransene er dermed ikke kun relevant for valg av leverandør i det private markedet, men har også betydning for om kommunen i det hele tatt ønsker å konkurranseutsette behovet.

Utover dette vil også en eventuell reservasjon for ideelle leverandører påvirke valg av leverandør fordi de kommersielle aktørene ikke vil være kvalifisert til å delta i konkurranser som er reservert for ideelle. Da det likevel legges til grunn at markedet omfatter begge typer leverandører og konkurranseanalysen under vil være basert på en analyse av "åpne" konkurranser, behandles likevel ikke dette forholdet nærmere her. Anskaffelsesregelverket innebærer at "leverandør/merkelojalitet" ikke kan være styrende for kommunens valg av leverandør. Det er kun hvor godt leverandørene scorer på tildelingskriteriene som er avgjørende.

Hva gjelder differensiering, er det melderens oppfatning at sykehjemstjenester kan differensieres ut fra om de leveres av ideelle eller kommersielle, men at det utover dette i all hovedsak er de samme tjenestene som leveres til kommunen, dvs. at det er type leverandør som er det viktigste differensieringsmomentet.

6.4.3 *Betydelig kjøpermakt – anbudsmarked og egenregi*

Oslo kommune har betydelig kjøpermakt. Det eksisterer et stort antall potensielle private leverandører av sykehjemstjenester som kommunen ikke bare kan, men har plikt til å sette opp mot hverandre gjennom anskaffelsesregelverket. Det er også kommunen selv som definerer rammene for konkurransen, både ved å utforme og vekte tildelingskriteriene og ved å kunne velge å reservere kontrakter for ideelle leverandører.

Den betydelige kjøpermakten forsterkes dessuten av at kommunen kan velge å levere sykehjemstjenestene i egenregi i stedet for å konkurranseutsette behovet og få dette levert av private leverandører. At dette er en reell mulighet illustreres av at de fleste sykehjemsplassene i Oslo kommune leveres av kommunen selv, og at det normalt er kommunen som eier byggene (konkurranse om drift). Private leverandører må derfor levere konkurransedyktige tilbud for at ikke markedet skal "forsvinne" ved at kommunen overtar driften.

6.4.4 *Bruk av eneforhandleravtaler og andre langsiktige leveringsavtaler*

Oslo kommune har avtaler for sykehjemstjenester med en rekke ulike private leverandører på forskjellige lokasjoner; se figur 6 i punkt 5.1 over. Eneforhandleravtaler er derfor ikke-eksisterende. Leverandører som blir tildelt kontrakt i anbudskonkurransene får likevel en eksklusiv rett til å levere tjenestene over en relativt lang periode på den lokasjonen det dreier seg om. Igjen kan Oslo kommunes nylige anskaffelse av drift av St. Hanshaugen omsorgssenter brukes som eksempel: Avtalen, tildelt til LHL, har en varighet på 8 år, i tillegg til to ensidige opsjoner for kommunen, hver på ett år (8 + 1 + 1 år), dvs. til sammen 10 år.

Etter melderens syn er avtaler med slik varighet representative for de avtalene som Oslo kommune tildeler på markedet. Det følger av dette at avtalene som inngås er langvarige, dog normalt begrenset til 10 år.

Såkalte "innelåsingeffekter" i avtalene er imidlertid fraværende fordi Oslo kommune, ved utløp av den enkelte avtale, må konkurranseutsette behovet i markedet på nytt, eller overta tjenestene i egenregi.

6.4.5 *Betydningen av forskning og utvikling*

Forskning og utvikling har etter melderens oppfatning relativt begrenset betydning på markedet for levering av sykehjemstjenester. Sykehjemstjenester er omsorgstjenester hvor mennesket står i sentrum, slik at det i første rekke er kvaliteten på organiseringen, verdier og kompetansen hos de ansatte mv. som er viktig.

Verken SDL eller Unicare Omsorg besitter noen proprietær teknologi/løsninger som ikke andre aktører også har tilgang til for å kunne levere sykehjemstjenester i konkurranse med de involverte foretakene.

6.5 Viktigste konkurrenter, kunder og leverandører

6.5.1 SDLs viktigste konkurrenter, kunder og leverandører

Oslo kommune er SDLs eneste kunde, og står for all omsetningen på markedet.

SDLs viktigste konkurrenter og leverandør er følgende:

Figur 8: SDLs viktigste konkurrenter, sykehjemstjenester i Oslo kommune

Konkurrent	Estimert markedsandel (basert på antall langtidsplasser)

Figur 9: SDLs viktigste leverandører, sykehjemstjenester i Oslo kommune

Leverandør	Kostnader 2018 (NOK)	Andel av totale kostnader (%)

6.5.2 Unicare Omsorgs viktigste konkurrenter, kunder og leverandører

Oslo kommune er Unicare Omsorgs eneste kunde, og står for all omsetningen på markedet

Unicare Omsorgs viktigste konkurrenter og leverandører er følgende:

Figur 10: Unicare Omsorgs viktigste konkurrenter, sykehjemstjenester i Oslo kommune

Konkurrent	Estimert markedsandel (basert på antall langtidsplasser)

Figur 11: Unicare Omsorgs viktigste leverandører, sykehjemstjenester i Oslo kommune

Leverandør	Kostnader 2018 (NOK)	Andel av totale kostnader (%)

6.5.3 *Kontaktopplysninger for viktigste konkurrenter, kunder og leverandører*

Vedlagt følger kontaktopplysninger for viktigste konkurrenter, kunder og leverandører.

Bilag 9: Kontaktopplysninger for viktigste konkurrenter, kunder og leverandører

6.6 Etableringsmuligheter

6.6.1 *Etableringshindringer*

Erfaring med helse- og omsorgstjenester er en forutsetning for å bli tildelt kontrakt i anbudskonkurransene. For å bli tildelt kontrakt trenger man også å dokumentere kompetanse, herunder ved kvalitetssystemer. Etter melder oppfatning er det moderate til lave etableringshindringer på markedet.

6.6.2 *Samlet produksjonskapasitet og hvor stor andel av denne som benyttes*

Alle plasser både hos CGSL og Unicare Omsorg er kjøpt av Oslo kommune, og det er Oslo kommune som foretar inntaket av nye pasienter. Alle sykehjemsplassene er i bruk, og det er ventelister på CGSL.

Det kan også nevnes at Oslo kommune har gjennomført en anskaffelse for bygging og drift for fire nye sykehjem i Oslo. Kontraktene er tildelt, men er ennå ikke signert. Dette vil øke kapasiteten på markedet.

6.6.3 *Nyetableringer siste tre år*

Det bygges nye sykehjem i kommunal regi, men det er ingen nye private sykehjem de siste årene. De fleste sykehjemmene i Oslo eies av Oslo kommune som så setter selve driften av sykehjemmet ut på anbud. Alle de fem sykehjemmene som Unicare Omsorg har driftsavtale på eies av Oslo kommune.

Et eksempel på en nyetablering er LHL, som nylig ble tildelt og har signert driftskontrakt med Oslo kommune for St. Hanshaugen omsorgssenter. LHL har erfaring med helse- og omsorgstjenester, men ikke med drift av sykehjem. Dette illustrer at det er fullt mulig å etablere seg på markedet uten erfaring med sykehjemsdrift. Dette åpner for nyetableringer også for aktører som ikke har erfaring med sykehjemsdrift.

7 Konkurransanalyse

7.1 Innledning

Det følger av konkurranseloven § 16 at Konkurransetilsynet skal forby en foretakssammenslutning som i betydelig grad vil hindre effektiv konkurranse, særlig som resultat av at en dominerende stilling skapes eller styrkes. Foretakssammenslutninger mellom faktiske eller potensielle konkurrenter i samme marked kan hindre effektiv konkurranse ved at det oppstår ikke-koordinerte (ensidige) virkninger, typisk i form av økte priser eller redusert konkurranse på andre parametere som følge av at konkurransepresset, eller den disiplinerende effekten, som partene utøver mot hverandre før foretakssammenslutningen forsvinner etter foretakssammenslutningen. I tillegg vil det ev. kunne oppstå horisontale koordinerte virkninger.

Ikke-koordinerte virkninger behandles i punkt 7.2. Koordinerte virkninger behandles i punkt 7.3.

Som det fremgår over gir foretakssammenslutningen ikke opphav til vertikalt overlappende markeder. På grunn av fravær av overlapp behandles derfor ikke vertikale effekter noe nærmere i konkurranseanalysen.

7.2 Ingen horisontale ikke-koordinerte virkninger

De involverte foretaks markedsandel utgjør et utgangspunkt for konkurranseanalysen av ikke-koordinerte virkninger. Som det fremgår i punkt 5.1 ovenfor vil SDL etter foretakssammenslutningen få en estimert markedsandel på ca. 31,7 prosent. Basert på markedsandelene i figur 7 gir dette HHI og delta som følger:

Figur 12: HHI og delta før og etter oppkjøpet på markedet for sykehjemstjenester i Oslo kommune

HHI før oppkjøpet	HHI etter oppkjøpet	Delta (differanse)
1478	1787	309

Det følger av EU-kommisjonens retningslinjer for horisontale fusjoner at foretakssammenslutninger som gir en HHI etter oppkjøpet på mellom 1000 og 2000 og en delta under 250, normalt ikke vil kunne gi opphav til konkurransebekymringer i form av ikke-koordinerte virkninger. Foretakssammenslutningen i denne saken gir en HHI og delta som nærmere seg dette intervallet. Markedet er ikke særlig konsentrert, og SDL har så vidt beskjeden markedsandel at konsolideringen ikke i betydelig grad øker konsentrasjonen på markedet. I utgangspunktet kan dette tilsi at oppkjøpet neppe vil gi opphav til konkurransebekymringer.

HHI og delta er likevel bare et utgangspunkt for analysen. I utpregede anbudsmarkeder, som i denne saken, er det videre anerkjent at HHI og delta er et mindre egnet verktøy for konkurranseanalysen fordi tallene kun gir et "øyeblikksbilde" av markedssituasjonen, dvs. at konsentrasjonsgraden og markedsposisjonen til de ulike aktørene vil kunne endre seg betydelig avhengig av utfallet av fremtidige anbudskonkurranser.

Etter melders syn blir det derfor viktigere å vurdere graden av konkurransenærhet mellom SDL og Unicare Omsorg. Hvis SDL og Unicare Omsorg ikke kan anses som nære konkurrenter, vil de ikke merkbart utøve et disiplinerende konkurransepress mot hverandre forut for foretakssammenslutningen, slik at bortfallet av konkurransepresset mellom dem i fremtidige anbudskonkurranser, etter foretakssammenslutningen, ikke vil være egnet til å lede til høyere priser eller lavere kvalitet på sykehjemstjenestene i Oslo kommune.

Et mål på konkurransenærheten mellom SDL og Unicare Omsorg vil være anbudsstatistikk som viser hvor ofte disse to aktørene møter hverandre i anbudskonkurranser, og hvor ofte de blir rangert som henholdsvis nr. 1 og nr. 2 av Oslo kommune i konkurransene. Hvis SDL og Unicare Omsorg møter hverandre ofte, og ofte er rangert som de to beste tilbyderne, tilsier dette at SDL og Unicare Omsorg er nære konkurrenter. På den annen side, hvis SDL og Unicare Omsorg sjelden møter hverandre i konkurranser eller sjelden er de aktørene som rangeres høyest i konkurransene, tilsier dette at de to ikke er nære konkurrenter.

Så vidt melder bekjent har SDL aldri møtt Unicare Omsorg i noen anbudskonkurranse om levering av sykehjemstjenester til Oslo kommune. Melder sitter riktignok ikke på noen fullstendig anbudsstatistikk, slik at det kan være tilfeller hvor Unicare Omsorg har deltatt i en konkurranse som også SDL har deltatt i uten at melder er kjent med dette. Uansett taler dette sterkt for at partene ikke er nære konkurrenter.

At partene ikke er nære konkurrenter underbygges videre av at SDL er en ideell leverandør, mens Unicare Omsorg er en kommersiell leverandør. SDL er posisjonert for å konkurrere effektivt om kontrakter som er reservert for ideelle, i motsetning til Unicare Omsorg, som konkurrerer i "åpne" konkurranser, og som uansett ikke er kvalifisert til å delta i reserverte konkurranser. Foretakssammenslutningen vil av den grunn ikke redusere antall potensielle konkurrenter i fremtidige anbudskonkurranser som er reservert for ideelle ettersom Unicare Omsorg, før foretakssammenslutningen, uansett ikke kan delta i disse konkurransene.

Etter melders syn er SDLs nærmeste konkurrenter de øvrige ideelle leverandørene på markedet, hvorav Kirkens Bymisjon og Diakonhjemmet er de to største, mens Unicare Omsorgs nærmeste konkurrenter er de øvrige kommersielle, hvorav Norlandia og Attendo er de to største, ved siden av Unicare Omsorg.

Fordi SDL og Unicare Omsorg ikke kan anses for å være nære konkurrenter, og dermed ikke utøver noe konkurransepress mot hverandre av betydning forut for foretakssammenslutningen, er det melders syn at oppkjøpet heller ikke vil lede til bortfall av noe relevant konkurransepress av betydning etter oppkjøpet i segmentet for "åpne" anbudskonkurranser, hvor både ideelle og kommersielle leverandører kan delta.

Selv om Konkurransetilsynet, mot formodning, skulle konkludere med at SDL og Unicare Omsorg er nære konkurrenter, vil det uansett fortsatt eksistere et betydelig antall sterke konkurrenter etter oppkjøpet, som fortsatt vil utøve et virksomt konkurransepress mot SDL i fremtidige anbudskonkurranser, slik som i dag.

SDL vil videre, som andre private aktør på markedet, måtte forholde seg til Oslo kommune uansett vil kunne velge å levere sykehjemstjenestene i egenregi hvis det private tilbudet ikke er konkurransedyktig. Også dette vil virke disiplinerende, og kommer i tillegg til den disiplinerende effekten fra konkurrentene.

Det følger av dette at foretakssammenslutningen ikke gir opphav til ikke-koordinerte virkninger.

7.3 Ingen horisontale koordinerte virkninger

Det følger av EU-kommisjonens retningslinjer for horisontale fusjoner at flere kumulative betingelser må være til stede for at en foretakssammenslutning skal gi opphav til bekymringer knyttet til horisontale koordinerte virkninger: For det første må aktørene stilltiende kunne enes om koordineringsbetingelsene. For det andre må markedet være tilstrekkelig gjennomsiktig til at aktørene kan avdekke avvik. For det tredje må avvikene kunne straffes av deltakerne i koordineringen. For det fjerde må tredjepartsaktører, dvs. konkurrenter som ikke deltar i koordineringen, ikke kunne true aktørenes parallelle atferd.

Utover dette er det, som ellers i fusjonskontrollen, slik at det må foreligge årsakssammenheng mellom foretakssammenslutningen og den konkurranseskaden som ev. oppstår som følge av koordinert atferd.

Etter melders oppfatning vil det også etter foretakssammenslutningen fortsatt eksistere en lang rekke betydelige potensielle konkurrenter, både i det ideelle og det kommersielle segmentet av markedet, jf. figur 7 i punkt 5.1 over. Melders oppfatning er at ingen av betingelsene for mulige koordinerte virkninger er til stede, men nøyer seg med å vise til at det store antall betydelige konkurrenter i fremtidige anbud vil umuliggjøre en parallell, koordinert atferd på markedet. Dermed er ikke den fjerde betingelsen oppfylt.

Det sannsynlige resultatet av en (teoretisk) koordinering mellom SDL og en eller flere øvrige aktører i fremtidige anbudskonkurranser (f.eks. koordinering av pris eller andre betingelser) til Oslo kommunes ugunst vil være at øvrige potensielle konkurrenter vil vinne de fremtidige anbudskonkurransene. Dermed vil en koordineringsstrategi uansett ikke være lønnsom, og det vil ikke være noe insentiv til koordinering.

Det følger av dette at foretakssammenslutningen ikke gir opphav til koordinerte virkninger.

7.4 Konklusjon – konkurranseanalyse

Foretakssammenslutningen vil ikke vil kunne føre til betydelig konkurranseskade, jf. inngrepskriteriet i konkurranseloven § 16, verken i form av horisontalt ikke-koordinerte, koordinerte eller vertikale effekter.

8 Effektivitetsgevinster

Melder forventer at foretakssammenslutningen vil gi stordriftsfordeler og andre besparelser som vil kunne komme Oslo kommune til gode gjennom leveranse av gode sykehjemstjenester med høy faglig kvalitet.

Melder går likevel ikke nærmere inn på effektivitetsgevinstene fordi foretakssammenslutningen, som det fremgår av konkurranseanalysen over, uansett ikke vil kunne føre til betydelig konkurranseskade, dvs. at inngrepskriteriet i konkurranseloven § 16 ikke er oppfylt, selv om man ser bort fra effektivitetsgevinster.

9 Melding til andre konkurransemyndigheter

Foretakssammenslutningen er ikke meldepliktig i andre jurisdiksjoner enn Norge.

10 Forslag til offentlig versjon av konkurransemeldingen

Begrunnet forslag til offentlig versjon følger vedlagt:

Bilag 10: Begrunnet forslag til offentlig versjon av konkurransemeldingen

Med vennlig hilsen
Simonsen Vogt Wiig

Karin Fløistad
Partner - Advokat
kfl@svw.no