

Innhold

FORORD	3
SAMMENDRAG	4
1. INNLEDNING	12
1.1. Helsenæringens økonomiske verdi	12
1.2. Helse-verdikjeden	13
1.3. Helseindustrien – en nøkkel til produktivitetsvekst	17
1.4. Produksjon i Norge	20
2. VERDISKAPING OG LØNNSOMHET I HELSE-NÆRINGEN	24
2.1. Helsenæringen	24
2.2. Helseindustrien	26
2.3. Behandling	36
2.4. Helsenæringens geografiske fordeling	43
3. HELSENÆRINGENS INNOVASJON	46
3.1. Innovasjonsprosessen fra forskning til kommersialisering	46
3.2. Næringens forskningsinnsats	47
3.3. Offentlig støtte til innovasjon	52
3.4. Næringens innovasjoner	55
3.5. -Testing, verifisering og kliniske studier	56
3.6. Innovative offentlige anskaffelser (IOA)	61
4. KAPITALBEHOV OG KAPITALTILGANG – FRA FORSKNING OG INNOVASJON TIL KOMMERSIELL SUKSESS	64
4.1. Bedriftenes kapitalbehov	64
4.2. Bedriftenes kapitalinnhenting fra investorer	66
5. VEKST, EKSPANSJON OG INTERNASJONALISERING	72
5.1. Eksportinntekter	72
5.2. Born globals	75
6. VEDLEGG	78
6.1. Bransjene i Helseindustrien	78
6.2. Bransjene i behandlingsleddet	82



Forord

I 2016 gikk de toneangivende aktørene innen Helsenæringen i Norge for første gang sammen for å utarbeide en rapport hvor målet var å beskrive hele den norske Helsenæringen i tall. Årets rapport er den fjerde i rekken og den bygger på tidligere års rapporter, med oppdaterte tall og med et bredere datagrunnlag.

Formålet med denne rapporten er å beskrive Helsenæringens omfang, utvikling og bidrag til det norske samfunnet. Rapporten spenner over et bredt spekter av temaer. Vi beregner næringens verdiskaping, omsetning, sysselsetting, produktivitet og lønnsomhet. Vi måler den samlede forskningsinnsatsen og innovasjonsresultatene i næringen. Vi avdekker omfanget av gründerbedrifter i næringen og deres kapitalbehov samt næringens kapitaltilgang. Vi måler også næringens eksport.

En oppdatert helhetlig verdiskapingsanalyse av Helsenæringen i Norge gir næringen og alle dens interessenter et felles begrepsapparat og et felles tallgrunnlag. Det er avgjørende for å kunne kommunisere effektivt og enhetlig om Helsenæringen i Norge. Det er viktig for næringen selv, men også for myndigheters politikkkutforming og for en kunnskapsbasert offentlig debatt. At et bredt sammensatt konsortium av organisasjoner i helsesektoren står bak rapporten er derfor av sentral betydning. Deltakerne i konsortiet er:

- Abelia
- Inven2
- Legemiddelindustrien – LMI
- Norwegian Smart Care Cluster
- Næringslivets Hovedorganisasjon – NHO
- Oslo Cancer Cluster
- Norway Health Tech
- NHO Service & Handel
- Innovasjon Norge
- Norges Forskningsråd
- SIVA

Vi vil takke konsortiet og et stort antall bedrifter som har besvart spørreundersøkelse for deltakelsen og nyttige innspill til rapporten.

Rapportens innhold står Menon Economics fullt og helt ansvarlig for.

Oslo, 25. april 2019

Prosjektansvarlig Erik W. Jakobsen

Sammendrag

Denne rapporten beskriver hele Helsenæringens verdikjede, både offentlige og private aktører, i tall. Rapportens hovedfokus er næringens bidrag i form av *verdiskaping*.

Næringens bidrag i form av samfunnsøkonomisk verdi for innbyggere og helsevesen er trolig enda større enn verdiskapingsbidraget, som vi måler i form av arbeidsplasser og økonomisk overskudd.

Fra rapporten er det særlig seks temaer vi ønsker å løfte fram:

1. Redusert veksttakt i Helsenæringen i 2017 men forventning om ny økning i 2018 og 2019
2. Kraftig vekst i næringens forskningsinnsats
3. Fra utvikling og testing til produksjon og eksport
4. Helseindustrien – Norges mest «gründer»-intensive næring
5. Solid vekst i kapitalinnhenting
6. Helserelatert eksport for over 23 mrd. kroner i 2018



Selv om denne rapporten dokumenterer næringens utvikling og status i dag, ser vi først og fremst fremover. Velferdsstaten er under press de neste tiårene med eldrebølge og folkesykdommer, som kreft og demens, særlig i lys av den økonomiske utviklingen. Det er nettopp her Helsenæringen kan representere en dobbel mulighet for Norge: Mens inntekter fra flere andre store næringer vil avta, kan denne næringen vokse til å bli en nøkkelnæring i Norge da mulighetene globalt for næringen er store og i sterk vekst. Samtidig kan næringen bli et viktig svar på helse- og omsorgsutfordringene i Norge de neste tiårene.

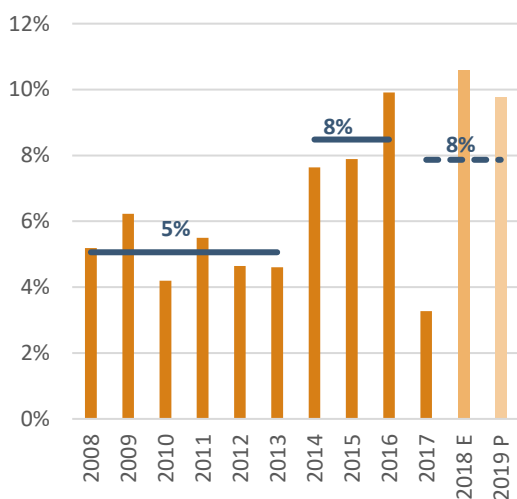
1. Avtagende vekst i Helsenæringen i 2017

Den samlede omsetningen i Helsenæringen vokste i årene fra 2008 til 2013 med om lag fem prosent i året. Fra 2013 til 2016 observerte vi et «taktskifte», med en gjennomsnittlig vekst på 8,5 prosent. I 2017 falt veksten tilbake og endte på 3,3 prosent fra 2016 til 2017. Bedriftenes egne rapporteringer tyder på at veksttakten styrkes igjen i 2018 og 2019.

I hele perioden mellom 2008 og 2016 hadde Helsenæringen en høyere vekst enn norsk næringsliv for øvrig (ekskl. olje og gass), og veksten var spesielt høy i 2014-2016. I 2017 var veksten i Helsenæringen om lag på nivå med gjennomsnittet i næringslivet. For næringens del finner vi at

vekstnedgangen i 2017 har truffet bredt. Nesten alle hoved- og -undergrupper i næringen opplevde lavere vekst i 2017 enn i 2016; Helse IKT er eneste unntak. Stramme budsjetter blant sykehusene og økt fokus på prisen på legemidler kan forklare en fallende veksttakt i legemiddelbransjen. I behandlingsleddet kan noe av forklaringen være at flere store kommuner har signalisert redusert bruk av private helse- og omsorgstjenester – noe fjorårets rapport løftet frem som en bekymring fra behandlingsbedriftenes side. Samtidig bør man ikke legge for stor vekt på ett års redusert veksttakt. Ifølge næringens egen rapportering vil veksten ta seg kraftig opp i 2018 og 2019 (se Figur 0-1).

Figur 0-1: Årlig prosentvis omsetningsvekst i Helsenæringen 2008 til 2017, samt estimat for 2018 og prognose for 2019 (mill. NOK). Kilde: Menon



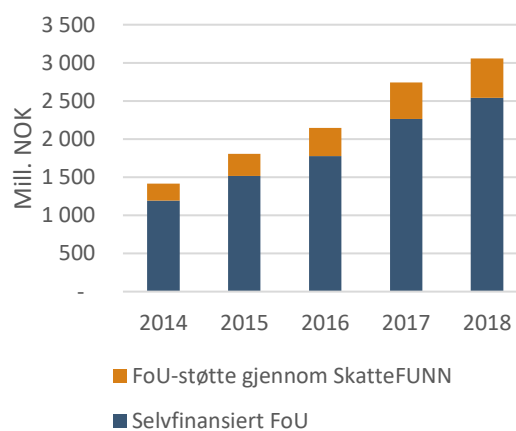
Det er flere faktorer som antyder at nedgangen i samlet vekst som Helsenæringen opplevde i 2017 ikke vil vedvare. For det første finner vi at kapitalinnhenting i Helsenæringen økte betraktelig fra 2017 til 2018. Dette antyder at bedriftene investerer i kapasitet for videre vekst. For det andre finner vi at det fremdeles er en sterk vekst i FoU-aktiviteten i Helsenæringen, også i 2018. For næringen som helhet anslår vi at det ble investert minst i overkant av 3 mrd. kroner i FoU i 2018. For det tredje viser bedriftenes egne estimater for omsetningen i 2018 og 2019 at vekstnedgangen i 2017 er midlertidig. Som det

fremkommer av figuren over vil den gjennomsnittlige veksten i Helsenæringen i perioden 2017 til 2019 være på om lag like nivåer som i perioden 2014 til 2016 – årene hvor Helsenæringen i Norge vokste med i gjennomsnitt åtte prosent i året.

2. Kraftig økning i næringens FoU-aktivitet

Bedriftene i Helsenæringen har i de siste årene erfart en kraftig vekst i FoU-aktivitet. I perioden mellom 2007 og 2017 steg den anslåtte FoU-aktiviteten i Helsenæringen tre ganger så mye som veksten i Helsenæringens omsetning. Bedriftene i Helsenæringen fremstår dermed som stadig mer FoU-intensive, og denne utviklingen fortsatte fra 2017 til 2018.

Figur 0-2: Anslått utvikling i FoU-aktivitet blant bedriftene i Helsenæringen. Beregnet med utgangspunkt i innvilgede Skattefunnsøknader fra Forskningsrådet til Helsenæringen fra 2014 til 2018 (mill. NOK). Kilde: Forskningsrådet og Menon



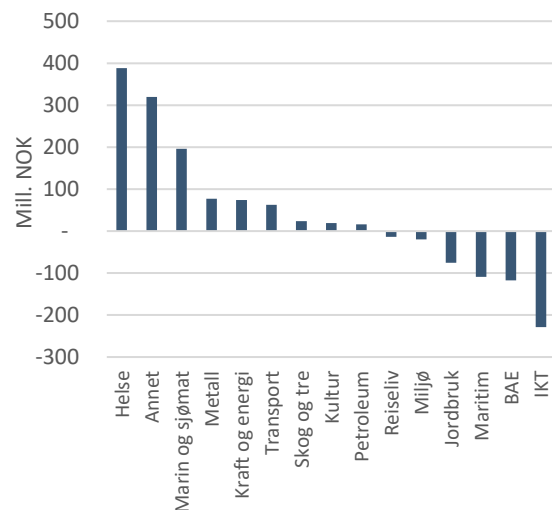
Høy vekst i budsjetterte Skattefunnfradrag, illustrert ovenfor, tyder på at det har vært en formidabel vekst i Helsenæringens FoU-innsats de siste årene. Fra 2014 til 2018 er verdien av skattefradrag mer enn doblet – den gjennomsnittlige årlige veksten i den anslåtte samlede FoU-aktiviteten har vært på over 20 prosent. Bare det siste året økte refusjonen fra Skattefunn med nesten 40 mill. kroner, fra 478 til 517 mill. kroner. Anslått FoU-aktivitet økte fra i overkant av 2,7 mrd. kroner til i underkant av 3,1 mrd. kroner.

Denne utviklingen, med sterke økninger i budsjetterte skattefunnfradrag de siste årene, har imidlertid ikke vært unik for Helsenæringen. Ordningen som helhet har blitt stadig bedre kjent, noe som gjenspeiles i at de samlede FoU-budsjettene i forbindelse med søknad om SkatteFunn har steget med nesten 60 prosent fra 2015 til 2018. Den tilsvarende veksten for helserelaterte SkatteFunn-prosjekter er imidlertid høyere, med nesten 70 prosent.

Data fra Forskningsrådet viser også at helse var det fagområdet som hadde den aller sterkeste nominelle veksten fra 2017 til 2018, når det kommer til budsjetterte FoU-kostnader. Dette illustreres i figuren til høyre. De beregnede kostnadene i forbindelse med FoU-prosjekter med et helseorientert tema steg i 2018 med 13 prosent, ifølge tall fra Forskningsrådet. Den tilsvarende veksten for alle næringslivet samlet var på tre prosent. Helsenæringen hadde dermed en vesentlig

sterkere vekst i FoU enn resten av næringslivet i 2018, om man legger til grunn opplysningene i SkatteFunn-søknader.

Figur 0-3: Nominell endring i budsjetterte FoU-kostnader, oppgitt ifm. SkatteFunn-søknader. Kilde: Forskningsrådet og Menon



Begrepsforklaringer i rapporten

Helsesektoren = Med helsesektoren mener vi i denne rapporten alle private foretak, samt alle statlige og andre offentlige foretak, langs hele verdikjeden, inklusiv støttefunksjonene. Dette er en smalere definisjon enn i SSBs helse- og omsorgsstatistikk, som også inkluderer kommunal og fylkeskommunal forvaltning, omsorg uten botilbud, samt helsetjenester som ikke er registerpliktige (enkeltmannsforetak/selvstendig næringsdrivende etc.).

Helsenæringen = Helsenæringen består av den private delen av verdikjeden. Støttefunksjonene er ikke inkludert i helsenæringen.

Helseindustrien = Utvikling og produksjon av alle typer medisinske produkter, teknologier og løsninger utgjør helseindustrien. Industrien er videre delt inn i fem undergrupper;

- **Legemidler** – alle biologiske og kjemiske produkter som anvendes til forebygging og behandling av fysiske og psykiske plager og sykdommer.
- **Diagnostikk** – alle biologiske, kjemiske og teknologiske produkter som anvendes til å stille diagnoser i helsesektoren.
- **Helse IKT** – alle IKT-produkter og tjenester som anvendes til monitorering, forebygging og behandling av sykdommer, og til administrative systemer og prosesser i helsesektoren.
- **Medtech** – alle medisinsk-tekniske produkter som anvendes til forebygging og behandling av sykdommer og skader.
- **Spesialiserte underleverandører** av råvarer, utstyr og tjenester.

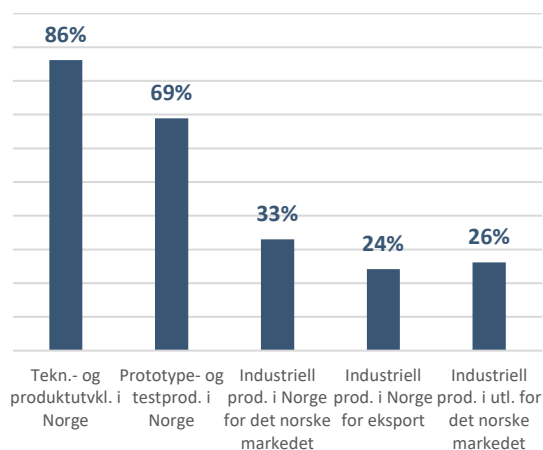
Behandling = Alle helse- og omsorgstjenester fra unngangelse til død, knyttet til forebygging, behandling og rehabilitering. Behandling er videre delt inn i fire undergrupper;

- **Primærhelsetjeneste** – er helsetjenester som leveres i lokalsamfunnet i det daglige. Primærhelsetjenester består av allmennpraktiserende leger, hjemmesykepleie, helsesøstre, fysioterapeuter, tannleger, annet helsepersonell som kiropraktorer, bedriftshelsetjeneste, og av institusjoner som sykehjem og bo- og servicesentre.
- **Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering** –omfatter somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, prehospitaltjenester, privatpraktiserende spesialister og laboratorie- og røntgenvirksomhet.
- **Barnevern, psykisk helse og avhengighet** – omfatter tjenester for vern og inngripen i forhold der den normale omsorgen overfor barn svikter, for psykisk helse og for avhengighet.
- **Andre behandlingstjenester** – omfatter helsetjenester som ikke er dekket av de tre overnevnte kategoriene.

3. Fra utvikling og testing til produksjon og eksport

FoU og testing og pilotering henger nært sammen med industriell produksjon – både til norske markeder og eksportmarkeder. En svært høy andel av bedriftene i Helseindustrien har teknologi- og produktutvikling i Norge – 86 prosent i utvalget som svarte på årets spørreundersøkelse. En noe lavere andel, 69 prosent, har prototype- og testproduksjon i Norge, mens henholdsvis 33 prosent og 24 prosent av bedriftene har industriell produksjon for det norske markedet og for eksport. I tillegg er det 26 prosent som oppgir at de har industriell produksjon utenfor Norge av produkter som selges i det norske markedet.

Figur 0-4: Andeler av bedriftene i Helseindustrien med ulike typer utvikling og produksjon i Norge. (Mulig å krysse av for flere alternativer). Kilde: Menon



Vel så interessant er det å se på sammenhengene mellom disse fem aktivitetene. Blant bedriftene med teknologi- og produktutvikling i Norge driver også tre av fire med prototype- og testproduksjon i Norge. Langt færre av disse bedriftene har industriell produksjon i Norge – 31 prosent for det norske markedet og 24 prosent for eksport. På den annen side er det mindre enn 10 prosent av de bedriftene som produserer industrielt i Norge for et eksportmarked som *ikke* driver med teknologi-

¹ Vi har definert gründerbedrifter som aktive bedrifter som ikke har salgsinntekter overhodet eller hvor

/produktutvikling og prototype/testproduksjon i Norge.

Det er også interessant å observere at en fjerdedel av bedriftene som driver teknologi- og produktutvikling i Norge har industriell produksjon utenfor Norge for leveranser til det norske markedet. Dette tyder på at Norge ikke fremstår som et attraktivt produksjonsland for alle typer helseindustri.

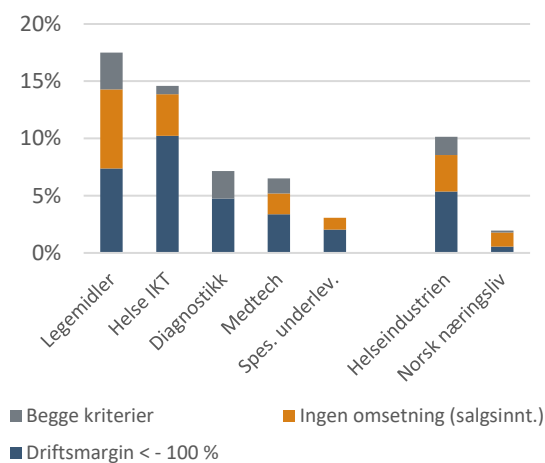
Om lag halvparten av bedriftene som driver egen FoU og testing/pilotering i Norge har ikke industriell produksjon noe sted. Dette illustrerer at det er en betydelig andel av Helseindustrien som ikke er fullt kommersialisert ennå – noe som stemmer godt med neste hovedpoeng – at helseindustrien er Norges mest gründerintensive næring.

4. Helseindustrien – Norges mest gründerintensive næring

Helseindustrien kjennetegnes av en betydelig nyskaping og en stor tetthet av bedrifter i gründerfasen – en tetthet som er økende. Vi finner at over 10 prosent av bedriftene i Helseindustrien tilfredsstiller kriteriene for vår definisjon av en gründerbedrift¹, og antall gründerbedrifter har vokst kraftig de siste årene. I norsk næringsliv generelt er andelen bare to prosent.

kostnadene er mer enn dobbelt så store som inntektene (se utdypet forklaring i egen boks i kapittel 4)..

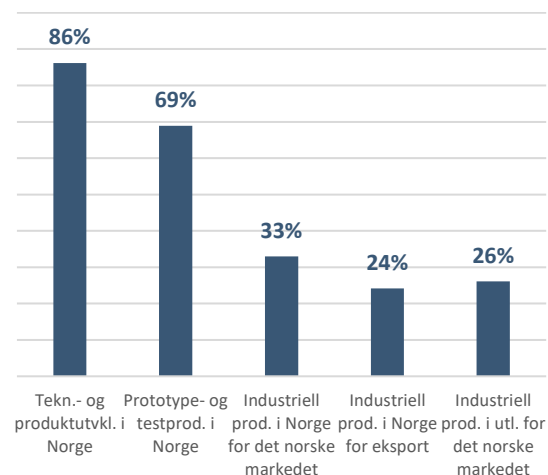
Figur 0-5: Andel av alle aktive bedrifter i Helseindustrien i 2017, med lønnskostnader over 500 000 NOK, som ikke har salgsinntekter eller hvor kostnadene er mer enn dobbelt så store som salgsinntektene (driftsmargin < - 100 prosent). Kilde: Menon



Hverken det høye antallet eller veksten i gründerbedrifter er overraskende. **Gründerfasen er lenger, mer kostnadskrevende og mer risikofylt for helseindustri enn for de fleste andre næringer.** Det skyldes at produktutviklingen av legemidler og diagnostiske produkter krever forskning, preklinisk og klinisk testing, samt godkjenning fra helsemyndigheter i alle land produktene skal introduseres i. For andre deler av helseindustrien er også godkjenningsprosessen for å lansere et helseprodukt langt strengere enn innenfor andre næringer.

Også av bedriftene som har svart på spørreundersøkelsen i forbindelse med denne rapporten fremkommer det at Helseindustrien er en sektor med en høy andel tidligfasebedrifter. Vi ba bedriftene selv krysse av for hva slags produksjonsnivå, i form av modenhet, de har i dag. Som det fremkommer av figuren under er det en vesentlig høyere andel av bedriftene som befinner seg i en fase med teknologi- og produktutvikling samt prototype- og testproduksjon enn andelen bedrifter som har industriell produksjon for det norske og/eller utenlandske markedet.

Figur 0-6: Andeler av bedriftene i Helseindustrien som klassifiserer sin virksomhets aktivitet innen ulike faser (mulig å krysse av flere alternativer) Kilde: Menon



Som det fremkommer over ligger tyngdepunktet i den norske Helseindustrien, i hvert fall i *antall bedrifter*, innen teknologi- og produktutvikling og prototype- og testproduksjon. Når vi sammenstiller dataene illustrert over med svarene knyttet til bedriftenes eksport, finner vi imidlertid at en høy andel også blant bedriftene som *kun* driver innen teknologi-, prototype- og testproduksjon har inntekter fra utlandet. Dette illustrerer at næringen er global og at bedriftene i Helseindustrien tidlig vender seg mot internasjonale markeder.

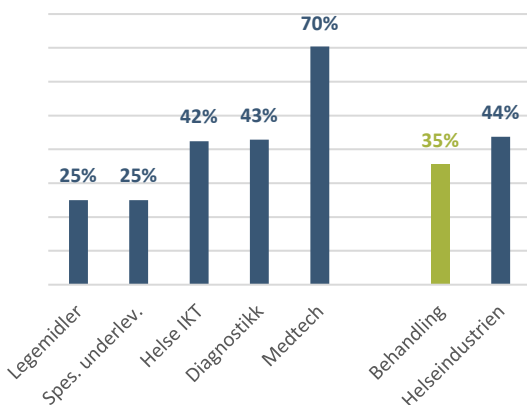
Å realisere et produkt på det internasjonale markedet er i de fleste tilfeller langt mer tidkrevende og kapitalkrevende enn i hjemmemarkedet, da man må skaffe seg salgs- og distribusjonssystemer i landene hvor de får tilgang til markedet og etablere relasjoner til et bredt spekter av beslutningstakere og interessenter.

Jo lengre tid kommersialiseringsprosessen tar, desto mer kapital kreves. Tilgang på risikokapital i en tidlig fase kan redusere tiden fra forskning til kommersialisering – «time to market» – blant annet fordi bedriftene kan utføre prosesser *parallelt* i stedet for *sekvensielt*. Redusert «time to market» vil samtidig øke sannsynligheten for kommersiell suksess, fordi det gir et forsprang på potensielt rivaliserende produkter.

5. Solid vekst i kapitalinnhenting

Fire av ti bedrifter svarte i årets spørreundersøkelse at de hentet inn ny egenkapital i 2018. Samlet sett hentet bedriftene som svarte på spørreundersøkelsen rett i underkant av én mrd. kroner. Det er imidlertid stor variasjon mellom de ulike bransjene hva angår både hvor stor andel av bedriftene som har hentet inn ny egenkapital og kapitalvolumet som er innhentet. Vi finner at det særlig blant Medtechbedriftene var en høy andel bedrifter som hentet egenkapital i 2018 (70 prosent), mens bransjen som ble tilført klart mest i volum var Legemiddelselskapene (over 450 mill. kroner).

Figur 0-7: Andel av bedriftene i spørreundersøkelsen som har fått tilført egenkapital i 2018. Kilde: Menon



35 prosent av behandlingsevneene i spørreundersøkelsen fikk tilført ny egenkapital i 2018. Til sammenligning var tilsvarende andel i fjorårets undersøkelse på om lag 20 prosent.

Bedriftene som gjennomførte emisjoner i 2018 hentet i gjennomsnitt inn i underkant av 14 mill. kroner, men det er som nevnt store variasjoner mellom bransjene. Legemiddelbedriftene alene sto for 46 prosent av all ny egenkapital, Medtech for 23 prosent, Helse IKT for 15 prosent og de øvrige bransjene i Helseindustrien for 5 prosent. Behandlingsvirksomheter og Distribusjon sto for de resterende 11 prosentene.

Utviklingsløpet for legemidler er generelt lenger og dermed betydelig mer kostbart enn i andre

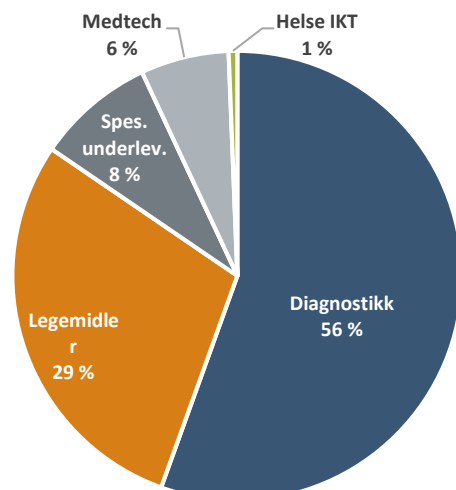
bransjer. Dette forklarer noe av den høye kapitalinnhenting blant legemiddelselskapene.

6. Helserelatert eksport for over 23 mrd. kroner i 2018

Store deler av Helsenæringen er avhengig av markedet i Norge, det vil si av behandlingsevneheten i helsesektoren. Samtidig er det utenfor Norge det store vekstpotensialet ligger. Det er en gjensidig avhengighet mellom disse to markedene. Jo bedre norske bedrifter lykkes i å utvikle og selge produkter i internasjonale markeder, desto bedre vil industrien være i stand til å betjene sykehus og andre behandlingsaktører i Norge. Og jo mer de store aktørene i helsesektoren (sykehus og kommuner) i Norge kan bidra til innovasjon og produktivitet i den norske helseindustrien, desto bedre grunnlag får industrien for å lykkes internasjonalt.

Helsenæringens samlede eksport i 2018 er beregnet til rett i overkant av 23 mrd. kroner. Industridelen av næringen står for nær sagt alle eksportinntektene.

Figur 0-8: Eksportinntekter i Helseindustrien – 23,2 mrd. kroner – fordelt på fem bransjer. Kilde: Menon



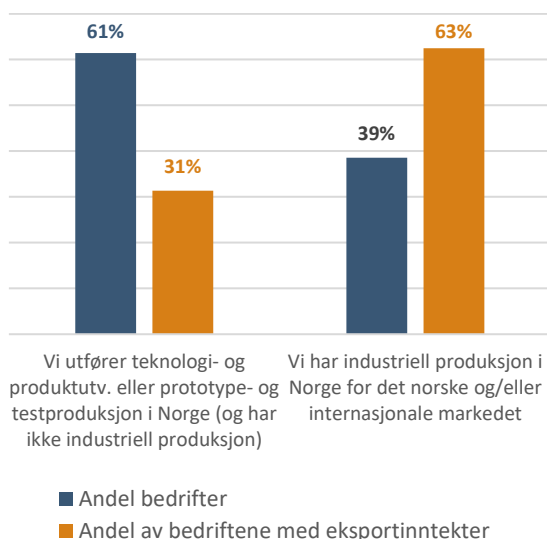
Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at eksportinntektene til bedriftene i Helseindustrien er spredt utover hele verden. I gjennomsnitt har bedriftene i oppunder 40 prosent av sine eksport-

inntekter fra andre nordiske land. Videre fremgår det at om lag 30 prosent av inntektene kommer fra Europa (uten Norden) mens 30 prosent kommer fra resten av verden. Det er viktig å understreke at den geografiske fordelingen av eksportinntekter varierer betydelig mellom bransjer og enkeltbedrifter.

En sammenstilling av bedriftenes responser knyttet til modenheten av produksjonen og svarene knyttet til internasjonalisering avslører videre at bedriftene i alle modenhetsfaser har inntekter fra eksportmarkedene. Som det fremkommer av figuren nedenfor rapporterer oppunder én tredel av bedriftene som driver teknologi- og produktutvikling eller prototype- og testproduksjon at de hadde inntekter fra markeder utenfor Norge i 2018. Blant gruppen av helseindustribedrifter med industriell produksjon i Norge er andelen bedrifter med eksportinntekter naturlig nok vesentlig høyere – med 63 prosent.

I en beregning av faktiske eksportinntekter blant bedriftene i ulike faser fremkommer det at over 99 prosent av utvalgets samlede eksportinntekter kommer fra bedrifter med *industriell produksjon i Norge*. Selv om det er en høy frekvens av tidligfasebedrifter i Helseindustrien som har inntekter fra utlandet utgjør disse inntektene dermed kun 0,6 prosent av Helseindustriens samlede eksport.

Figur 0-9: Bedriftene i Helseindustrien inndelt i to grupper etter type produksjonsaktivitet og andel av bedriftene som har eksportinntekter. Kilde: Menon



Andelene som fremkommer ovenfor – andelene av bedriftene blant de to virksomhetstypene med eksportinntekter – på hhv. 31 og 63 prosent gir imidlertid et misvisende bilde på hvor den store tyngden av eksportinntekter i Helseindustrien kommer fra.

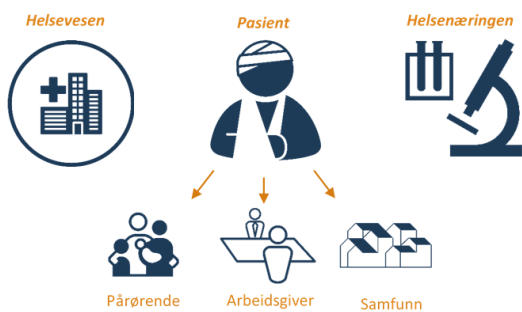
1. Innledning

1.1. Helsenæringens økonomiske verdi

Helsenæringens økonomiske verdi for Norge kan måles innenfor tre hovedområder:

1. Verdiskaping:
 - Bidrag til BNP
 - Arbeidsplasser
 - Skatteinntekter
2. Folkehelse:
 - Flere friske leveår («kvalitetsjusterte leveår»)
 - Økt deltagelse i arbeidslivet for både pasienter og pårørende
3. Helsevesen:
 - Reduserte utgifter til behandling ved å forhindre sykdom eller redusere behovet for kostbar innleggelse e.l. ved sykdom
 - Økt kvalitet i helsevesenet gjennom innovasjon, teknologi og nye metoder

Figur 1-1: Helsenæringens totale samfunnsbidrag, tre hovedområder. Kilde: Menon



Rapportens hovedfokus er næringens bidrag i form av *verdiskaping* (punkt én over). Men målt i samfunnsøkonomisk verdi, nytte for samfunnet fratrukket kostnader, er trolig verdien i kroner og øre av næringens bidrag større for innbyggere og helsevesen enn målt i form av verdiskapingsbidrag med arbeidsplasser og skatteinntekter.

Legemidler, medisinsk teknologi og medisinsk-teknisk utstyr har hatt særlig stor betydning for redusert dødelighet, men også for økt forventet

Stortingsmelding om Helsenæringen

5. april 2019 la regjeringen frem stortingsmeldingen *Helsenæringen – Sammen om verdiskaping og bedre tjenester* (Meld. St. 18, 2018-2019).

Regjeringen trekker i meldingen bl.a. frem at det er en manglende kultur for samarbeid med private aktører, i den offentlige helsetjenesten samt at det er et behov for mer og bedre tilgang til laboratorier og testfasiliteter. På disse områdene legger regjeringen i meldingen frem flere tiltak, blant dem;

- Legge frem en handlingsplan for kliniske studier
- Innlemme aktivitet knyttet til kliniske studier inn i den aktivitetsstyrte finansieringen av helseforetakene
- Utrede mulighetene for å la private aktører utnytte restkapasitet i eksisterende testfasiliteter og laboratorier som er under kontroll av offentlige institusjoner

Meldingen legger også frem tall for næringen, satt sammen av SSB på oppdrag fra regjeringen. Det fremkommer at Helsenæringen i 2016 hadde en verdiskaping på 79,2 mrd. kroner, samt at næringen i har vokst mer enn dobbelt så mye som resten av økonomien, de siste årene.

Tallene i meldingen er ikke uten videre helt sammenlignbare med dataene som presenteres i denne rapporten. Dette fordi det er anvendt ulike metoder og trolig også et til en viss grad annet tallgrunnlag. Det fremstår som om den største forskjellen kan knyttes til at SSB i sitt grunnlag har inkludert flere foretak i Behandlingsleddet, enn hva vi legger til grunn i vårt datagrunnlag. Anslagene for de siste årenes vekst i Helsenæringen er om lag like, selv om vi har en noe høyere vekst enn SSB.

Den mest sentrale forskjellen ligger imidlertid i metoden. I Menons tallgrunnlag er det justert for de ulike bedriftenes «helseandel» - dvs. andelen av omsetningen som kan sies å være helserelatert – ved hjelp av spørreundersøkelser. Dette gjør ikke SSB. Dette er trolig en viktig forklaring på hvorfor nivået i verdiskaping er høyere i SSBs tallmaterialet.

levelde. Dette gir samfunnsøkonomiske verdier som knapt kan sammenlignes med noe annet vi har klart å utrette de siste 100 årene.

I denne rapporten ser vi først og fremst fremover. Det er fortsatt nok av utfordringer for den norske velferdsstaten. Mange vil til og med hevde at utfordringene knyttet til eldrebølge og folkesykdommer som kreft og demens gir større utfordringer enn noensinne de neste tiårene, særlig i lys av den økonomiske utviklingen. Det er nettopp her Helsenæringen kan representere en dobbel mulighet for Norge: Mens inntekter fra flere andre store næringer i Norge vil avta, kan denne næringen vokse til å bli en av de aller største med utgangspunkt i et sterkt voksende globalt marked. Samtidig kan næringen bli et viktig svar på helse- og omsorgsutfordringene de neste tiårene.

Dette kommer imidlertid ikke av seg selv. I denne rapporten ser vi nærmere på næringens rammebetingelser for forskning og innovasjon samt Norges attraktivitet som vertskapsland for globalt konkurransedyktige virksomheter. Det er behov for en mer offensiv kombinasjon av helse- og næringspolitikk for å lykkes: Næringen må gis større mulighet til å levere innovative løsninger gjennom bl.a. offentlige anskaffelser og tilgang på offentlige helsedata. Samtidig må norsk innovasjonspolitik rettes mer mot denne næringen i årene som kommer for å sikre økt satsing på forskning og tilgang på risikokapital. Samarbeid mellom næringslivet og offentlig helsevesen (sykehus og kommuner) om utvikling og testing av nye produkter og tjenester vil også være viktig.

Vi kommer til å se store endringer i Helsenæringen de neste årene. Ny teknologi vil være en viktig driver for en utvikling der aktørenes posisjoner i verdikjeden i dag vil endres. Det som tradisjonelt var et farmasiselskap med medisiner i form av for eksempel piller vil i fremtiden være en aktør som benytter ulike typer teknologi, metoder og kunnskap for å løse helseutfordringer. IKT vil stå sentralt i utviklingen med fokus på blant annet velferdsteknologi, personlig tilpasset behandling og bruk av «big data».

1.2. Helse-verdikjeden

1.2.1. Fra forskning til behandling

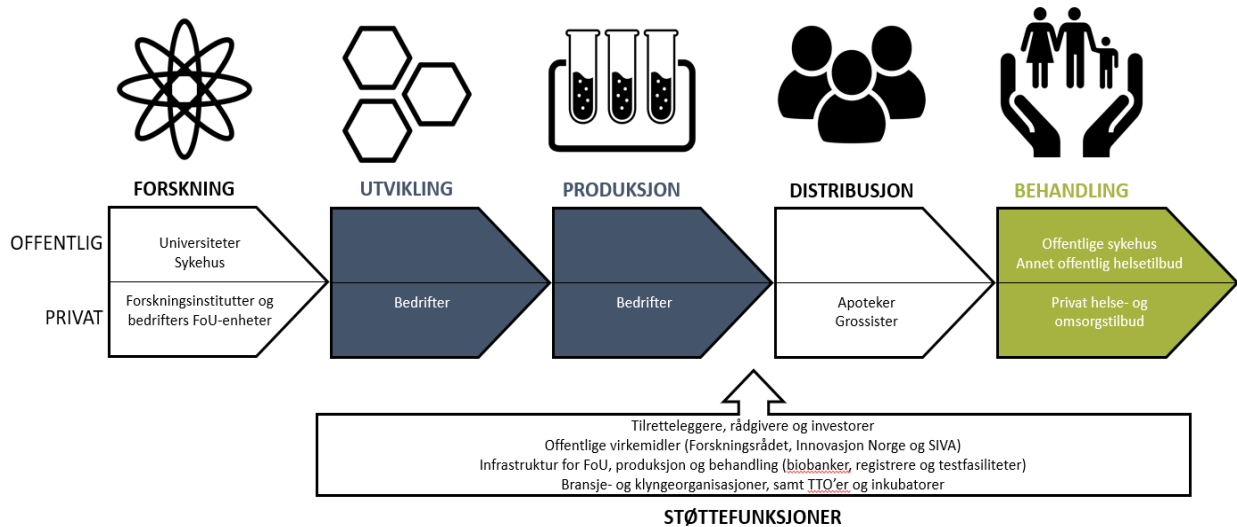
Vi har valgt å presentere helsesektoren som en sekvensiell verdikjede fordi dette er egnet for å beskrive hovedtrekkene i den underliggende strukturen. Samtidig gir en sekvensiell verdikjede sjeldent et presist bilde av koblingene mellom aktiviteter og aktører i en sektor. I figuren nedenfor er helsesektorens verdikjede beskrevet i fem hovedgrupper:

1. **Forskning.** Den samlede forskningsaktiviteten, det vil si vitenskapelig kunnskapsutvikling, i helsesektoren er svært stor. Det meste av aktiviteten utføres av offentlige aktører som universiteter, forskningsinstitutter og sykehus, samt private bedrifters FoU-enheter.

2. **Utvikling.** Forskning og utvikling har mange fellestrekk, men er likevel vesensforskjellige aktiviteter. Mens forskning handler om å skape generaliserbar kunnskap, handler utvikling om å *anvende* kunnskap til å skape nye produkter og tjenester som skal implementeres i et marked. Utvikling foregår i oppstartsbedrifter som sikter mot å kommersialisere egen teknologi/produkt/tjenester, samt i etablerte bedrifters produkt- og tjenesteutvikling.²

diagnoser og behandle pasienter. Behandlingsleddet dekker også helse- og omsorgstjenester som er rettet mot forebygging og rehabilitering. Behandlingsleddet består både av offentlige og private sykehus, samt spesialisthelsetjenesten og det kommunale og private helse- og omsorgstilbudet.

Helseindustrien, virksomheter innen utvikling og produksjon av legemidler og utstyr, er videre delt



3. **Produksjon.** Produksjonsleddet i verdikjeden inkluderer alle bedrifter som produserer legemidler, utstyr og teknologi til medisinske formål, samt spesialiserte leverandører til slik virksomhet. Utvikling og produksjon henger nært sammen, både i form av at etablerte produksjonsbedrifter utvikler nye produkter og ved at bedrifter som har vært i en utviklingsfase gradvis går over i en industrialisert produksjonsfase. Denne delen av verdikjeden omtales videre også som *Helseindustrien*.

4. **Distribusjon.** Dette leddet består av agenter, grossister og forhandlere av norske og utenlandske helseprodukter.

5. **Behandling.** Behandling er det siste stedet i verdikjeden, hvor produkter som er utviklet på basis av forskning, produsert i Norge eller i andre land, blant annet anvendes til å stille

inn i fem *bransjer*: Legemidler, Diagnostikk, Medtech, Helse IKT og Spesialiserte underleverandører. Disse beskrives nærmere nedenfor. Tilsvarende er også hovedgruppen **Behandlingsleddet** delt inn i bransjer. Se boks nedenfor for ytterligere begreps- og klassifiseringsavklaringer.

1.2.2. Helsesektor og Helsenæring – private og offentlige aktører

Helsesektoren skiller seg fra mange andre næringer ved å ha mange og komplekse grenseflater mellom offentlig sektor og privat næringsliv. De offentlige sykehusene er organisert som Helseforetak og er regulert av en egen lov (Helseforetaksloven), men er i så stor grad styrt og finansiert av myndighetene at det er naturlig å betrakte dem som en del av offentlig forvaltning. Skillet mellom offentlige og private aktører går tvers gjennom verdikjeden.

² Det foregår selvsagt også utvikling internt blant offentlige og private helseaktører i de øvrige stegene i verdikjeden, men her

fokuserer vi på aktører som utvikler kommersialiserbare produkter og tjenester.

Forskning og behandling domineres av offentlige aktører, men på begge områder er det også et bredt spekter av private bedrifter. I helseindustrien (det vil si utvikling og produksjon av blant annet legemidler og medisinsk-teknisk utstyr) finner vi i all hovedsak private bedrifter.

I rapporten skiller vi mellom begrepet Helsesektor og Helsenæring. Mens Helsesektoren inkluderer både offentlige og private aktører langs hele verdikjeden, defineres Helsenæringen som den private delen av verdikjeden.

I tillegg til aktørene i verdikjeden har vi også lagt fire typer støtteaktiviteter inn i verdikjeden:

1. Tilretteleggere, rådgivere og investorer
2. Infrastruktur for FoU, produksjon og behandling
3. Virkemiddelaktører
4. Bransje- og klyngeorganisasjonene

Denne gruppen klassifiseres som «støttefunksjoner». Støttefunksjonene gir et viktig bidrag til det totale verdiskapningssystemet, gjennom å tilby infrastruktur, finansiering, kompetanse samt tilrettelegge for samarbeid og nettverk blant helseaktørene.

Alle fire støttefunksjonene er derfor inkludert i begrepet *helsesektor*, men er ikke naturlig å betrakte som en del av *Helsenæringen*.

1.2.3. Helseindustrien inndelt i fem bransjer

Videre har vi delt hovedgruppene utvikling og produksjon inn i fem undergrupper basert på hva slags **produkter** de leverer, ikke etter innsatsfaktorer eller prosess/teknologi. Fordelen med dette er ikke minst at de ulike produktene er underlagt ulike regulering og ulike godkjenningsordninger. De har også ulike historikk og modningsgrad og står derfor overfor ulike typer utfordringer.

Begrepsforklaringer

Helsesektoren = Med helsesektoren mener vi i denne rapporten alle private foretak, samt alle statlige og andre offentlige foretak, langs hele verdikjeden, inklusiv støttefunksjonene. Dette er en smalere definisjon enn i SSBs helse- og omsorgsstatistikk, som også inkluderer kommunal og fylkeskommunal forvaltning, omsorg uten botilbud, samt helse-tjenester som ikke er registerpliktige (enkeltmannsforetak / selvstendig næringsdrivende etc.).

Helsenæringen = Helsenæringen består av den private delen av verdikjeden inklusiv behandlingsleddet. Støttefunksjonene er ikke inkludert i helsenæringen.

Helseindustrien = Utvikling og produksjon av alle typer medisinske produkter, teknologier og løsninger utgjør helseindustrien. Industrien er videre delt inn i fem bransjer: Legemidler, Diagnostikk, Medtech, Helse-IKT og Spesialiserte underleverandører.

Behandling = Alle helse- og omsorgstjenester fra unnfangelse til død, knyttet til forebygging, behandling og rehabilitering. Behandling er videre delt inn i fire bransjer: Primærhelsetjeneste, Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering, Barnevern, psykisk helse og avhengighet, samt Andre behandlingstjenester.

Merk at vi i rapporten anvender egennavnform på hovedgrupper (Helseindustri, Distribusjon og Behandlingsleddet) og de underliggende bransjene, når vi omtaler sektorene og delene av Helsenæringen i vår populasjon. Dette for å tydeliggjøre at vi eksempelvis omtaler *private foretak innen Primærhelsetjenester*, heller enn primærhelsetjeneste i tradisjonell forstand (kommunale helse- og omsorgstjenester).

Hvordan aktørene i helsesektoren og helsenæringen er identifisert

Avgrensningen av populasjonen er gjort på bakgrunn av flere ulike kilder – blant annet medlemmene i Norway Health Tech, LMI, Inven2, SIVA, Norwegian Smart Care Cluster, Abelia, NHO Service og Handel og Oslo Cancer Cluster. Kategoriseringen av Helsenæringen dekker over et bredt spekter av bransjekoder, som gjør at det ikke finnes en offisiell statistikk for næringen. Analysen inkluderer både norsk- og utenlandskeide selskap med aktivitet i Norge.

I nøkkeltallanalysene er det tatt utgangspunkt i aktørenes helserelaterte omsetning, verdiskaping og produktivitet – ikke deres totale omsetning, verdiskaping og produktivitet. For medlemmer i tidligere nevnte organisasjoner har vi fått opplyst helserelatert omsetning direkte fra aktørene. Resterende aktørers helseandel er estimert ut fra aktørene vi har tall for. Dette er gjort på hovedgruppenivå for gruppene Utvikling og produksjon (Helseindustri), Distribusjon, Behandling og Støttefunksjoner, og på bransjenivå for gruppene Utvikling og produksjon og Behandlingsleddet. For hovedgruppene Utvikling og produksjon og Behandling har vi innhentet vekstanslag for 2018 og 2019, omsetningsprognose for 2019 samt omsetningstall for 2018 direkte fra bedrifter og via årsrapporter, for totalt 174 bedrifter. Omsetning i 2018 for resterende aktører i hovedgruppene utvikling og produksjon og behandling er estimert ut fra aktørene vi har tall for. For omsetningstall 2019 er det laget prognoser ut fra vekstanslagene bedriftene har oppgitt. Dette er gjort på undergruppenivå helseindustrien og behandling. Totalt består populasjonen av 13 890 aktører, hvorav 13 890 er definert som private aktører. Av de 13 980 aktørene har vi 2017-tall for 9 564.

Inndelingen av hovedgruppene og undergrupper (bransjer) er foretatt på aktørnivå (foretaksnivå), og hver aktør er dermed plassert i kun én kategori – til tross for at flere større aktører har aktivitet innenfor flere områder. Dette innebærer for eksempel at all forskning gjennomført av bedrifter havner under en av de fem hovedgruppene, og ikke i en egen kategori for forskning.



Undergruppene, det vil si **bransjene** innen helseindustrien, er definert som følger:

- **Legemidler** – alle biologiske og kjemiske produkter som anvendes til forebygging og behandling av fysiske og psykiske plager og sykdommer
- **Diagnostikk** – alle biologiske, kjemiske og teknologiske produkter som anvendes til å stille diagnoser i helsesektoren
- **Helse IKT** – alle IKT-produkter og tjenester som anvendes til monitorering, forebygging og behandling av sykdommer, og til administrative systemer og prosesser i helsesektoren.

- **Medtech** – alle medisinsk-tekniske produkter som anvendes til forebygging og behandling av sykdommer, skader og slitasje.
- **Spesialiserte underleverandører** av råvarer, utstyr og tjenester.

1.2.4. Behandlingsleddet inndelt i fire bransjer

- **Primærhelsetjeneste** – helsetjenester som leveres i lokalsamfunnet i det daglige. Primærhelsetjenester består av allmennpraktiserende leger, hjemmesykepleie, helseøstre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopeder, tannleger, annet helsepersonell som kiropraktorer, bedriftshelsetjeneste, og av institusjoner som sykehjem og bo- og servicesentre.
- **Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering** – omfatter somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for tverrfaglig spesialisert

behandling for rusmiddelmisbruk, prehospitaltjenester, privatpraktiserende spesialister, ambulansetjenesten og laboratorie- og røntgenvirksomhet.

- **Barnevern, psykisk helse og avhengighet** – omfatter tjenester for vern og inngripen i forhold der den normale omsorgen overfor barn svikter, for psykisk helse og for avhengighet.
- **Andre behandlingstjenester** – omfatter helsetjenester som ikke er dekket av de tre ovennevnte kategoriene.

1.3. Helseindustrien – en nøkkel til produktivitetsvekst



Den høye sysselsettingsveksten i helsesektoren er drevet av økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, blant annet som følge av en aldrende befolkning og stadig økte forventninger til helsetilbudet. Denne utviklingen er ventet å tilta i årene som kommer. Spesielt ser vi at sysselsettingsbehovet i spesialisthelsetjenesten er ventet å stige markant. Beregninger basert på en SSB-studie³ viser at bemanningsbehovet i spesialisthelsetjenesten i 2060 vil være over 260 prosent høyere enn i 2013 – en økning på nesten 300 000 årsverk⁴.

³ Bråthen, R., Hjelmås, G., Holmøy, E., Ottersen, I. H., 2015, *Bemanningsbehov i spesialisthelsetjenesten mot 2040, SSB rapport 2015/29*

⁴ For detaljer rundt beregningene, se Menon-publikasjon nr. 6/2017: «Bruker vi for mye på helse? - En vurdering

Dette vil medføre et uforholdsmessig høyt finansieringsbehov. Produktivitetskommisjonen beregner at gjennomsnittlig skattesats på husholdningenes inntekt vil måtte øke til om lag 65 prosent dersom man skal møte den forventede demografiske utviklingen. Den største driveren her er bemanningskravet i helse- og omsorgssektoren.

Det er imidlertid lite trolig at et såpass høyt skattenivå noensinne vil bli vedtatt av en sittende regjering. Den demografiske utviklingen fører dermed med seg krav til vekst i offentlige utgifter som ikke virker bærekraftig. Så hva blir da konsekvensene? Det er primært to faktorer som gjør seg gjeldende dersom man ikke evner å løse denne problematikken.

- For det første kan dette gå ut over kvaliteten på tilbudet. Dette vil i så fall kunne ha store negative konsekvenser for velferdsnivået i befolkningen.
- For det andre kan dette føre til en fremvekst av et privat behandlingstilbud som alternativ til den offentlige spesialisthelsetjenesten. Dersom private aktører ser at det er et etterspørselsoverskudd i helsemarkedet, enten i form av etterspørsel etter bedre kvalitet eller som følge av knapphet i det offentlige helsetilbudet, vil det private tilbudet av helsetjenester øke. Dette vil kunne føre til at inntektsnivå blir styrende for tilgangen på tilstrekkelig helsetilbud. På sikt vil dette kunne skape store ulikheter innad i landet.

Spørsmålet blir da hva vi kan gjøre for å sikre et helsevesen som er i stand til å møte den demografiske utviklingen, uten å gå på bekostning av kvaliteten på tilbudet og samtidig unngå en todeling av helsevesenet. Svaret ligger i en økt satsing på utvikling og innføring av produktivitetsfremmende teknologi og metoder i helsevesenet samt et tett

av offentlige helseutgifter fra et samfunnsøkonomisk perspektiv, med særlig fokus på spesialisthelsetjenesten».

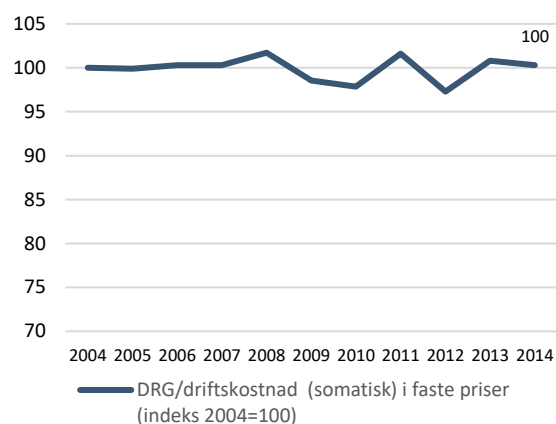
samarbeid med den private behandlingsnæringen for å sikre helsetjenester av høy kvalitet, mest mulig kostnadseffektivt.

I beregningene knyttet til bemanningsbehovet i Helsesektoren har SSB definert kvalitetsøkning som én prosent økning i årsverk per pasient. Man antar med andre ord at kvaliteten i tilbudet kun kommer fra arbeidskraft, ikke legemidler, diagnostiske verktøy, medisinsk teknologi eller annen teknologi. Vi vil argumentere for at mye av bemanningsutfordringen vil kunne løses dersom man satser mer aktivt på løsninger som legger til rette for produktivitetsvekst.

I en Menon-studie fra 2017 finner vi at investeringene i spesialisthelsetjenesten har blitt nedprioritert i forhold til drift de siste ti årene.⁵ Samtidig ser vi at det er betydelig vedlikeholds- etterslep i sykehusbyggene og at alderen på medisinsk-teknisk utstyr er høy (se kapittel 3.6.1). Dette har ført til at de ansatte i helsesektoren må gjøre jobben med mindre og ofte også dårligere utstyr. I økonomiske termer betyr dette at *kapitalintensiteten* i sektoren har falt.

Manglende investeringer i utstyr har på produktivitetsutviklingen. Til tross for et tydelig fokus på effektivisering av arbeidsprosessene i sykehusene finner vi at man ikke har klart å øke produktiviteten i helsesektoren. Dette er vist i figuren under der produktivitet er målt som DRG-poeng per driftskrone. Som det kommer frem av figuren har utviklingen vært flat. Det betyr at driftskostnadene (målt i faste priser) har økt like mye som aktiviteten over perioden.

Figur 1-2: Produktivitet, faste DRG-poeng per driftskostnad målt i faste priser for somatisk del av spesialisthelsetjenesten. Indeks: 2004=100. Figuren er basert på tall fra Anthun et al. (2016).



Vår hypotese er at den svake produktivetsutviklingen skyldes at investeringene har blitt nedprioritert og at kapital nå spiller enn mindre rolle i Helsesektoren enn tidligere. Denne hypotesen underbygges av tall på gjennomsnittlig alder på medisinsk-teknisk utstyr ved norske offentlige sykehus, sammenlignet med internasjonalt anerkjente retningslinjer. Med kapital i Helsesektoren mener vi sykehusbygg, sykesenger, datautstyr samt alt medisinsk-teknisk utstyr som EKG-maskiner, CT-skannere etc. Vi ser at man i stadig mindre grad benytter kapital sett i forhold til antallet leger, sykepleiere, administrativt ansatte og andre ansatte.

I denne sammenhengen vil Helseindustrien kunne spille en sentral rolle i årene fremover. Nye og innovative løsninger i form av legemidler, diagnostiske verktøy og medisinsk teknologi kan bidra til å øke produktiviteten i Behandlingsleddet. I tillegg kan Helseindustrien bidra til å redusere behovet for helsetjenester gjennom forebygging og gjennom velferdstjenester som overfører behandlingen fra sykehus og omsorgsinstitusjoner til pasientene selv. Dette vil være avgjørende dersom vi skal kunne møte den ventede demografiske utviklingen uten å gå på kompromiss

⁵ Menon-publikasjon nr. 6/2017

med kvaliteten i helsetilbudet og samtidig unngå en todeling av helsesektoren.

1.3.1. Effektivitetsgevinster som følge av innovative IKT-løsninger i helsesektoren

De siste 10-20 årene har verden gjennomgått en digital revolusjon. Nyvinninger innen IKT har endret strukturen i næringslivet, i statsforvaltningen og i samfunnet for øvrig. Nye og innovative løsninger har også blitt en stadig viktigere komponent i helsevesenet – både gjennom ny og bedre medisinsk teknologi og i form av digitalisering av infrastruktur og kommunikasjonsløsninger innad i og på tvers av institusjoner.

Fire bydeler i Oslo, St. Hanshaugen, Gamle Oslo, Sagene og Grünerløkka, startet prosjektet Velferdsteknologi i Sentrum (VIS) tidlig i 2014. Utprøvingen er evaluert,⁶ og effektene er betydelige for både primær- og spesialisthelsetjenesten. For sistnevnte ble følgende rapportert:

- Antall innleggelses redusert med 19 prosent
- Antall liggedøgn redusert med 33 prosent
- Antall polikliniske konsultasjoner redusert med 34 prosent

De potensielle gevinstene for helsesektoren er enorme. For å anskueliggjøre potensialet: Hvis helseindustrien bidrar til å øke produktiviteten i behandlingsleddet med ti prosent, vil det enten frigjøre 21 000 ansatte eller øke verdiskapingen med 15 mrd. kroner. I tillegg kommer andre samfunnsgevinster for eksempel i form av redusert sykefravær og økt livskvalitet.

Studier viser også at det er mer å hente: IKT-løsninger og velferdsteknologi kan bidra til både økt kvalitet og effektivitet med mindre bruk av arbeidskraft. Dette er blant annet eksplisitt

beskrevet av Produktivitetskommissjonen (NOU 2016: 3). Her trekkes eldreomsorg og hjemmehjelp fram som et eksempel på at det er stort potensial for ressursbesparelse ved innføring av ny velferdsteknologi.

Et konkret eksempel på dette er satsingen på ny velferdsteknologi i omsorgstjenestene i Lister-kommunene.⁷ Der har de blant annet innført telemedisin, digitale alarmsentre og trygghetspakker i hjemmet (toveis lyd- og bildekommunikasjon, lys og varmestyring, persontilpassede smart-husalarmer, brann- og oversvømmelsesalarmer, m.m.). Kommunene har evaluert tiltakene og fant at de sparte 1 400 institusjonsdøgn i 2014. Samtidig har antallet beboere i kommunale omsorgsinstitusjoner gått ned til tross for en økning i antall eldre i kommunene i perioden (NOU 2016: 3).

Det er en utbredt oppfatning om at den høye utgiftsveksten i helsesektoren ikke er bærekraftig.⁸ I en studie utført av Ny Analyse kommer det fram at potensialet for ressursbesparelser ved innføring av velferdsteknologi er stort. En gjennomsnittskommune vil kunne frigjøre ressurser tilsvarende 55 mill. kroner årlig fram mot 2040 dersom det innføres tilfredsstillende velferdsteknologitiltak (NOU 2016: 3). Dersom kun en moderat effekt av velferdsteknologi legges til grunn, vil andelen som bor på sykehjem på landsbasis reduseres med 22-27 prosent fram mot 2040. Dette vil frigjøre ressurser tilsvarende 20 000-35 000 årsverk, noe som vil spare samfunnet for 23 mrd. kroner hvert år og fram til 2040.⁹ Veksten ville derfor vært enda høyere om bevilgningene til helse hadde tillatt det.

⁶ Se rapport fra Intro International og Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo: Velferdsteknologi i Sentrum – Innføring av velferdsteknologi i sentrumsbydelene i Oslo. En kartlegging av effekten. Delleveranse 2 av 2, April 2016

⁷ Farsund, Flekkefjord, Hægebostad, Kvinesdal, Lyngdal og Sirdal.

⁸ Produktivitetskommissjonen (NOU 2016: 3)

⁹ Ny Analyse og Samfunnsøkonomisk analyse (2015): IKT og produktivitet. Betydningen av IKT for produktivitetsveksten i Norge.

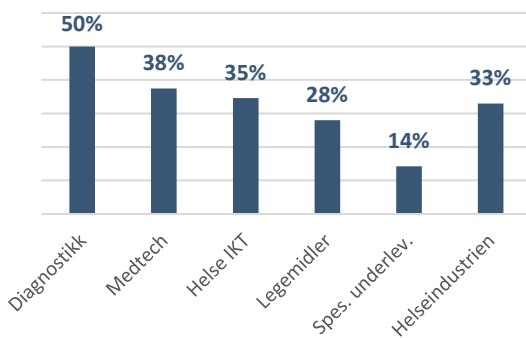


1.4. Produksjon i Norge

Av de om lag 90 helseindustribedriftene som i årets spørreundersøkelse svarte på spørsmålet om hvorvidt bedriften har produksjon i Norge, oppgir en tredel at de har *industriell* vareproduksjon i Norge i dag. Om lag 70 prosent av utvalget oppgir imidlertid at de har prototype- og testproduksjon i Norge.¹⁰

Figuren nedenfor viser hvor stor andel av bedriftene i utvalget som har *industriell* vareproduksjon i Norge, fordelt på undergruppene.

Figur 1-3: Andel av helseindustribedrifter i ulike undergrupper/bransjer med industriell vareproduksjon i Norge i dag. Kilde: Menon



En tredel av bedriftene i Helseindustrien har industriell vareproduksjon i Norge. Aller høyest er andelen innen Diagnostikk, hvor halvparten av utvalget oppgir at de har industriell vareproduksjon i Norge. Diagnostikkbransjen preges generelt sett av

¹⁰ Bedriftene i Distribusjons- og Behandlingsleddet er tjenesteleverandører og har således ingen varer å produsere.

store og mer eksportorienterte bedrifter, sammenlignet med resten av Helseindustrien. Andelen er lavest innen spesialiserte underleverandører, med 14 prosent. Den relativt lave andelen innen Legemidler, på 28 prosent, skyldes at en stor del av aktørene i denne bransjen er utenlandske selskaper som i hovedsak betjener et norsk marked med legemidler utviklet og produsert i andre land samt at denne gruppen bedrifter også preges av et stort antall tidligfase-bedrifter.

Vareproduksjon i Norge og eksport henger nært sammen. 94 prosent av all helserelevant eksport fra Norge kommer fra bedrifter med vareproduksjon i Norge. Denne andelen er 96 prosent om vi kun regner med eksporten fra Helseindustrien. Dette kommer vi tilbake til i kapittel 5.

Legemiddelproduksjon skaper arbeidsplasser og bygger kompetanse

Det er i dag elleve selskaper som har farmasøytisk produksjon av legemidler med markedsføringstillatelse (virkestoff eller ferdig produkt) i Norge. Blant produksjonsselskapene har GE Healthcare flest ansatte (Oslo og Lindesnes). Deretter følger Fresenius Kabi (Halden), Takeda (Asker), Pharmaq (Overhalla og Kløfta), ThermoFisher (Lillestrøm), Vistin Pharma (Kragerø), Curida (Elverum), Pronova BioPharma (Sandefjord), Sanivo Pharma (Oslo), Syklotronsenteret (Oslo), Linde Healthcare og Yara Praxair. I tillegg produserer Institutt for Energiteknikk (IFE) radioaktive legemidler for Bayer og Nordic Nanovector. Catapult Lifescience (Oslo) tilbyr pilotproduksjon for selskaper i tidlig fase. I desember 2017 åpnet oppstartsselskapet Oncoinvent sine nye laboratorier og produksjonslokaler i Nydalen i Oslo.

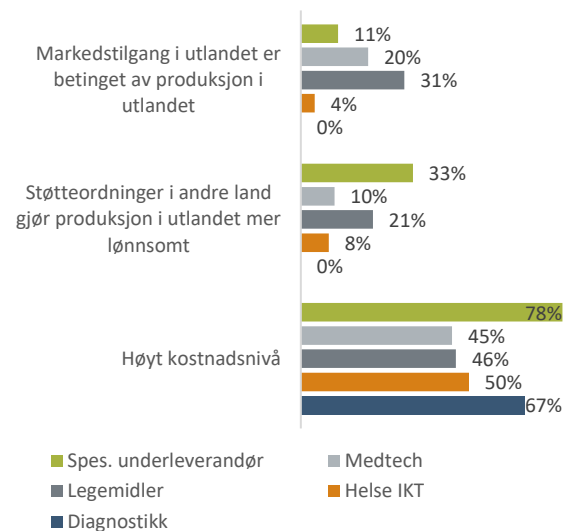
Totalt sysselsetter disse produksjonsbedriftene i underkant av 2 700 personer og eksporterer for ca. 15 mrd. kroner.

Kilde: LMI

1.4.1. Kostnadsnivå viktigste hinder mot produksjon i Norge

Høyt kostnadsnivå er den viktigste begrensningen på vareproduksjon i Norge. Dette gjelder spesielt for spesialiserte underleverandører, men også i de andre Helseindustri-bransjene uttrykker om lag halvparten av bedriftene at kostnadsnivå er en begrensende faktor.

Figur 1-4: Faktorer som begrenser helseindustri-bedrifters produksjonsaktivitet i Norge. Kilde: Menon



I enkelte land er markedstilgang betinget av produksjon i landet. Med unntak av Legemiddelbedriftene, hvor nesten én av tre oppgir dette som en begrensende faktor, oppleves dette i liten grad som et problem for bedriftene i Helseindustrien.

Støtteordninger i andre land fremstår heller ikke som et viktig hinder mot produksjon i Norge. Totalt 14 prosent oppgir dette som begrensende faktor.

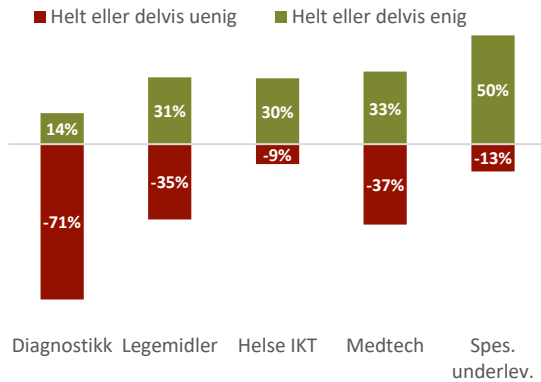
Vi ba bedriftene selv spesifisere hvilke andre faktorer som kan tenkes å begrense produksjon i Norge. Tilgang på kompetanse nevnes av ni bedrifter, mens sertifisering og manglende incentiver i Norge nevnes av to. Én av bedriftene uttrykte også at «treghet ved digitalisering og mangel på IT-infrastruktur i spesialisthelsetjenesten» er en begrensende faktor.

1.4.2. Vil digitalisering føre til økt produksjon i Norge?

Vi ba bedriftene ta stilling til hvordan digitalisering vil påvirke vilkårene for produksjon i Norge fremover. Konkret ba vi dem ta stilling til i hvilken grad de er enige i følgende påstand: «Om 3-5 år vil en større andel av vår produksjon foregå i Norge som følge av digitalisering (f.eks. robotisering / automatisering, 3D-printing)». Én av tre bedrifter er helt eller delvis enig i utsagnet, mens om lag en lignende andel av bedriftene er helt eller delvis uenige. Andelen er omtrent like store blant de som

allerede har produksjon i Norge som blant de som ikke produserer i Norge.

Figur 1-5: Andel av bedriftene i ulike Helse-industribransjer som er (helt eller delvis) enig og (helt eller delvis) uenig i følgende utsagn: Om 3-5 år vil en større andel av vår produksjon foregå i Norge som følge av digitalisering (f.eks. robotisering/automatisering, 3D-printing).

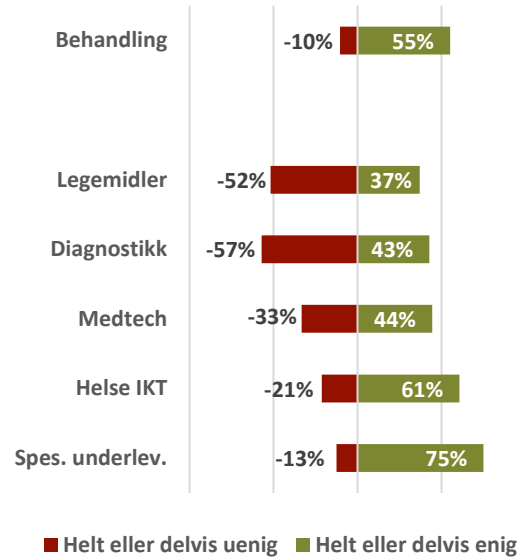


Det er relativt store forskjeller i oppfatninger mellom bransjene i Helseindustrien. Det er særlig Diagnostikkbedriftene som skiller seg fra resten: Nesten tre av fire Diagnostikkbedrifter er uenig i at digitalisering vil føre til at de øker produksjonen i Norge, mens svært få er enig i utsagnet. Blant Spesialiserte underleverandører er til sammenligning halvparten av bedriftene enige i at de vil øke produksjonen i Norge som følge av digitalisering.

1.4.3. Er Norge et sentralt land i teknologiutviklingen?

Bedriftene har også blitt spurt om hvorvidt de oppfatter at Norge er et ledende marked innen teknologiutviklingen i deres bransjer. Samlet sett bekreftes denne påstanden av om lag halvparten av bedriftene i både Behandlingsleddet og i Helseindustrien. Det er imidlertid en større andel i Helseindustrien som er enten helt eller delvis uenig i dette enn hva det tilsvarende er blant behandlingsbedriftene.

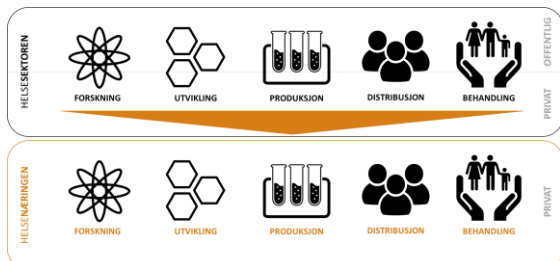
Figur 1-6: Andel av bedriftene i ulike Helse-industribransjer som er (helt eller delvis) enig og (helt eller delvis) uenig i følgende utsagn: En betydelig del av teknologiutviklingen innenfor våre markedsområder foregår i Norge.



Som det fremkommer av Figur 1-6 er det til dels en betydelig variasjon mellom bransjene innad i Helseindustrien. Tre av fire bedrifter blant de Spesialiserte underleverandørene oppfatter eksempelvis at bedriftene i Norge innen deres område er ledende i teknologiutviklingen. Tilsvarende oppfatter rundt 40 prosent av respondentene at dette er gjeldende innen både Legemidler og Diagnostikk, mens over halvparten i disse bransjene er uenig i denne påstanden.

2. Verdiskaping og lønnsomhet i Helsenæringen

2.1. Helsenæringen



Verdiskapingen i Helsenæringen har steget med om lag 90 prosent gjennom de siste ti årene. I 2017 skapte den private Helsenæringen i Norge verdier for over 53 mrd. kroner. Dette tilsvarer en vekst på 3 prosent fra året før, hvilket er svakere enn den kraftige veksten næringen opplevde i de to foregående årene. I 2017 sysselsatte næringen 75 000 personer.¹¹ Av Tabell 2-1 fremgår utviklingen i verdiskapingen, fra 2007 til 2017.

Tabell 2-1: Verdiskaping for helsenæringen 2007 og 2017 etter hovedgruppe (mill. NOK). Kilde: Menon

	2007	2017	Endring	Endring %
Helseindustri	11 382	17 607	6 225	54 %
Distribusjon	3 428	5 513	2 084	60 %
Behandling	13 810	30 407	16 597	120 %
Totalt	28 621	53 528	24 906	87 %

¹¹ Inkluderer ikke støttefunksjoner.

Følgende endringer ble innført fra 1. januar 2015: Den nedre grensen for rapporteringsplikt er endret. Alle arbeidsforhold hvor det utbetales mer enn 1000 kroner i året skal rapporteres til Aa-registeret. Det tidligere kravet om at arbeidsgivere har plikt til å rapportere når arbeidsforholdet varer i mer enn 7 dager og trolig vil ha en gjennomsnittlig arbeidstid på 4 timer eller mer per uke, faller bort. Sykemeldte arbeidstakere skal ikke

2.1.1. Verdiskaping

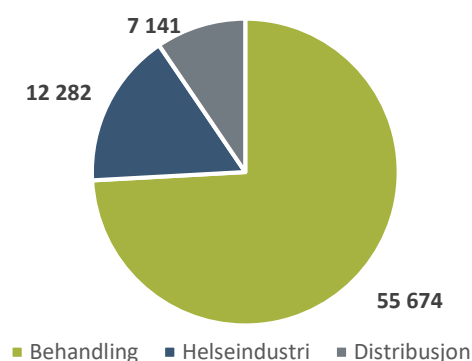
Verdiskaping – hva det er og hvordan det måles

En sektors størrelse kan måles på ulike måter. Det beste målet er etter vårt skjønn verdiskaping. Selv om dette begrepet i mange tilfeller blir benyttet løselig og med varierende innhold, har det fra et samfunnsøkonomisk perspektiv en presis og entydig betydning. Verdiskaping beregnes ganske enkelt som bedriftenes omsetning fratrukket kjøp av varer og tjenester. Det betyr samtidig at bedriftenes verdiskaping tilsvarer summen av lønnskostnader og EBITDA (Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization – dvs. driftsresultat før renter, skatt, av- og nedskrivninger). For offentlige aktører beregnes verdiskaping som summen av lønnskostnader, av- og nedskrivninger. Innleide konsulenter, midlertidig ansatte og annet innleid personale som ikke er en del av vår definisjon av helsenæringen over faller til dels utenfor våre tall både for helsenæringen og for hoved- og undergrupper. På både hoved- og undergruppenivå vil det være enkelte grupper som trolig blir undervurdert mer enn andre.

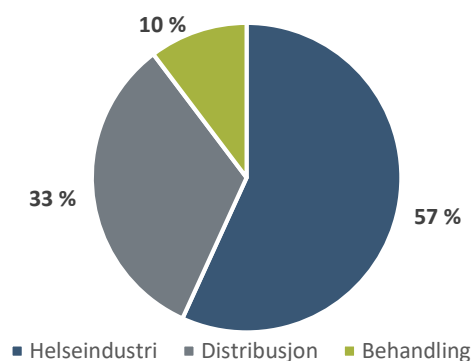
Verdiskaping er et godt størrelsesmål av to grunner. For det første unngår man dobbelttelling av varer og tjenester, noe som gjør det meningsfullt å sammenligne verdiskaping på tvers av næringer. Dessuten gir verdiskaping et godt bilde på den samfunnsmessige avkastningen av næringsvirksomheten. Det skyldes at verdiskapingen viser hvor mye som blir igjen til å lønne de viktigste interessentene (stakeholders) i næringen, det vil si de ansatte gjennom lønn, kommunene og staten gjennom inntektsskatt, arbeidsgiveravgift og selskapsskatt, kreditorene gjennom renter på lån, og til slutt eierne gjennom overskudd etter skatt.

lenger meldes ut av Aa-registeret etter 52 uker, men være registrert så lenge arbeidsforholdet består. Permisjoner og permitteringer skal meldes som permitteringer med start- og sluttdato for periodene. Permisjoner/permitteringer skal ikke lenger meldes som opphør av arbeidsforholdet. Dette gjør at sysselsettingstallene fra 2014 og tidligere ikke lenger er sammenlignbare med tallene for 2015 og fremover.

Figur 2-1: Antall sysselsatte i Helsenæringen etter hovedgruppe i 2017. Kilde: Menon



Figur 2-2: Verdiskaping for Helsenæringen etter hovedgruppe i 2017 (mill. NOK). Kilde: Menon



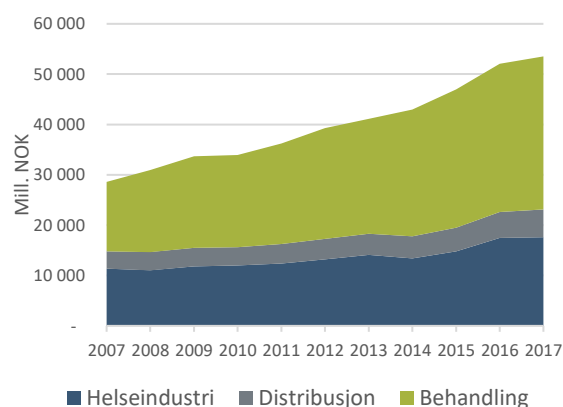
I Figur 2-1 og Figur 2-2 fremkommer fordelingen av hhv. sysselsetting og verdiskaping mellom hovedgruppene i Helsenæringen i 2017. Behandlingsleddet er den største hovedkategorien i den private Helsenæringen, og representerte 57 prosent av verdiskapingen i 2017. Målt etter antall sysselsatte utgjorde Behandlingsleddet hele 75 prosent. Helseindustrien, selskapene med virksomhet knyttet til utvikling og produksjon av helse relatert utstyr, sto for 33 prosent av verdiskapingen og om lag 16 prosent av sysselsettingen.

Det er dermed en langt høyere verdiskaping per sysselsatt i Helseindustrien enn i Behandlingsleddet. Det er særlig to faktorer som kan forklare dette:

1. En vesentlig høyere kapitalintensitet i Helseindustrien
2. Færre deltidsansatte i Helseindustrien enn i Behandlingsleddet

Figur 2-3 illustrerer utviklingen i verdiskapingen i Helsenæringen de siste ti årene. Den samlede verdiskapingsveksten fra 2007 til 2017 var på om lag 90 prosent. Til sammenligning var den tilsvarende veksten for det samlede norske næringslivet (ekskl. olje og gass) på 50 prosent. Helsenæringen har økt som andel av norsk økonomi gjennom den siste tiårsperioden.

Figur 2-3: Verdiskapingsutvikling i Helsenæringen fra 2007 til 2017 etter hovedgruppe (mill. NOK). Kilde: Menon



Det fremkommer av figuren ovenfor at veksttakten i de tre hovedkategoriene i Helsenæringen har variert gjennom de siste ti årene. Behandlingsleddet, den største delen av Helsenæringen, har hatt den klart sterkeste veksten. Behandlingsvirksomhetene i den private Helsenæringen hadde en verdiskapingsvekst fra 2007 til 2017 på 87 prosent. Dette tilsvarer en gjennomsnittlig årlig vekst på hele 6,2 prosent. Tilsvarende vekstrater for hhv. Helseindustrien og Distribusjon var 4,5 og 4,9 prosent.

Opp gjennom tiårsperioden fra 2007 til 2017 har Helsenæringens andel av det vi her omtaler som

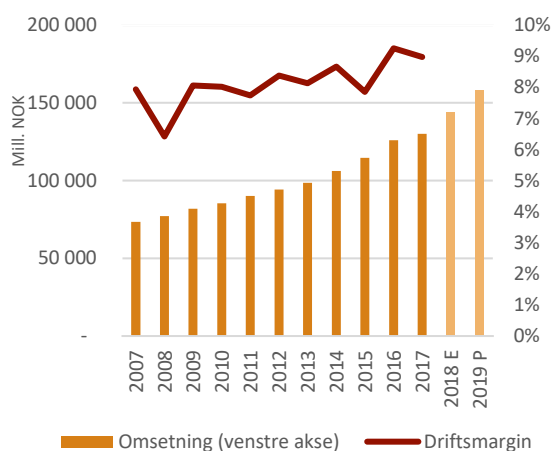
helsesektoren ligget stabilt rundt 35 prosent.¹² Den private Helsenæringen har således vokst i takt med den offentlige helsesektoren det siste tiåret.

2.1.2. Fallet i veksttaket i 2017

Av regnskapstallene for virksomhetene i den norske Helsenæringen fremkommer det at omsetningsveksten i 2017 var 3 prosent. Dette er betydelig lavere enn den kraftige veksten vi har sett de to foregående årene, på henholdsvis 8 og 10 prosent. Det særegne for 2017 er at fallet i omsetningsveksten gjelder for samtlige bransjer i Helsenæringen.

Spørsmålet er derfor om den lave veksten er et resultat av en midlertidig markedssvikt eller om næringen vil komme tilbake til den høye veksten i perioden 2013-2016.

Figur 2-4: Omsetning og driftsmargin for Helsenæringen fra 2007 til 2017 (2019) (mill. NOK). Kilde: Menon



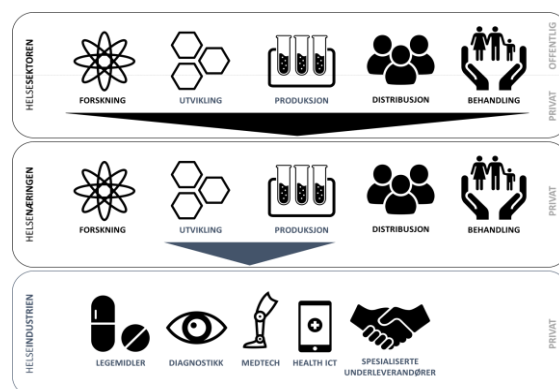
Flere faktorer peker i retning av at det kun er snakk om et hvileskjær, etter to år med høy vekst. En sentral faktor som underbygger dette er Helsenæringens fremtidsutsikter, som illustreres i Figur 2-4. Det anslås en omsetningsvekst i 2018 på 10,6 prosent og en vekst i 2019 på 9,8 prosent. Dersom anslagene viser seg å treffe, vil næringens

¹² Inkludert private bedrifter i hovedgruppen støttefunksjoner, samt alle offentlig eide foretak i helsesektoren (e.g. Helseforetakene)

vekst være tilbake på samme nivå som før fallet i veksten i 2017. Lønnsomheten i Helsenæringen har på sin side vært relativt stabil gjennom hele perioden fra 2007 til 2017. Toppen ble nådd i 2016 med en driftsmargin på 9,3 prosent, mens den falt 0,3 prosentpoeng i 2017. Senere i kapittelet ser vi nærmere på variasjonen i lønnsomhet innad i Helseindustrien, som er betydelig.

En annen faktor som også peker i retning av at 2017 er å anse som et hvileskjær er den sterke veksten innen forskning og utvikling. Helsenæringens samlede FoU (målt ved budsjetter ifb. Skattefunnprosjekter) er for 2018 anslått til minst 3,1 mrd. kroner, og dette har steget kraftig i de siste årene. Den sterke veksten i bedriftenes kapitaltilførsel, på om lag 1 mrd. kroner i 2018, samt høye eksporttall indikerer også at 2017 er et «hvileskjær» for Helsenæringen og at veksten kan forventes å øke.

2.2. Helseindustrien



Helseindustrien (også omtalt som Utvikling og produksjon) er inndelt i fem bransjer. Dette er Legemidler, Diagnostikk, Medtech, Helse IKT samt Spesialiserte underleverandører.

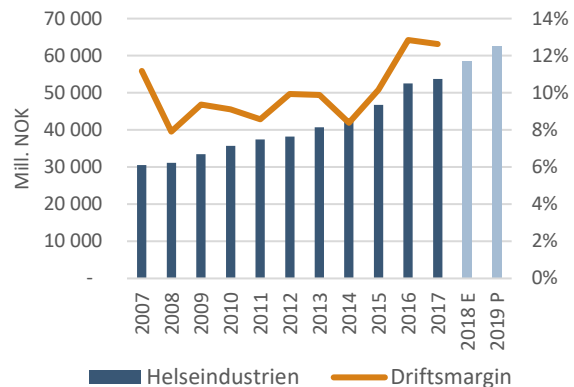
2.2.1. Lavere omsetningsvekst, men stabil lønnsomhet

Samlet omsetning for Helseindustrien i 2017 var i overkant av 53 mrd. kroner. Dette var en økning på over 1 mrd. fra 2016, hvilket tilsier en omsetningsvekst på 2,4 prosent. Dette er en kraftig nedgang fra veksten på 10 og 12 prosent de foregående årene. Til sammenligning var den gjennomsnittlige årlige vekstraten for Helseindustrien på 4,9 prosent i perioden fra 2006 til 2014. Bedriftenes estimater antyder imidlertid en langt høyere vekst i 2018 og 2019, på henholdsvis 9 og 7 prosent. Dersom anslagene treffer, vil den samlede omsetningen i Helseindustrien i 2019 utgjøre over 62 mill. kroner.

Omsetningsestimatene for 2018 er basert på innhentede omsetningstall direkte fra bedrifter og via årsrapporter og deretter estimert for resterende aktører på undergruppenivå. På tilsvarende måte er omsetningsprognosene for 2019 basert på innhentede vekstanslag direkte fra bedrifter.¹³

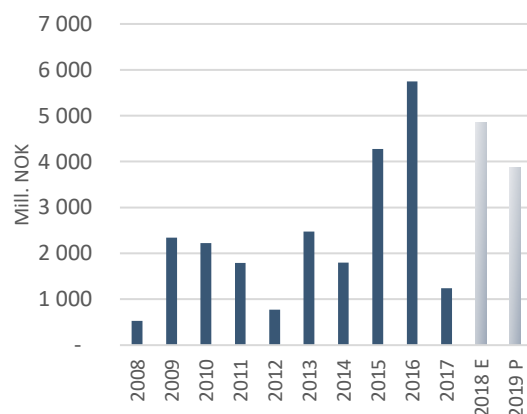
I Figur 2-5 fremkommer utviklingen i Helseindustriens omsetning samt industriens samlede driftsmargin fra 2007 til 2017. Lønnsomheten i Helseindustrien har i likhet med omsetningen flatet ut i 2017, etter å ha økt med 5 prosent de siste to årene. Til tross for at driftsmarginen har holdt seg stabil på om lag 13 prosent siden 2016, er lønnsomheten langt høyere enn i perioden mellom 2008 og 2015.

Figur 2-5: Omsetning og driftsmargin for Helseindustrien fra 2007 til 2017, samt estimat for 2018 og prognose 2019 (mill. NOK). Kilde: Menon



Fallet i omsetningsveksten i Helseindustrien fra 2016 til 2017 kan særlig tilskrives de to største bransjene Legemidler og Diagnostikk. Legemidler økte sin omsetning med 233 mill. kroner i 2017, hvilket tilsvarer en vekst på kun 1 prosent. Inntektene innen Diagnostikk økte med 2 prosent. Til tross for det klare vekstfallet i omsetning, forholdt driftsmarginene seg relativt stabile for de nevnte bransjer i 2017.

Figur 2-6: Endring i omsetning fra året før for helseindustrien fra 2007 til 2017 (2019) (mill. NOK). Kilde: Menon



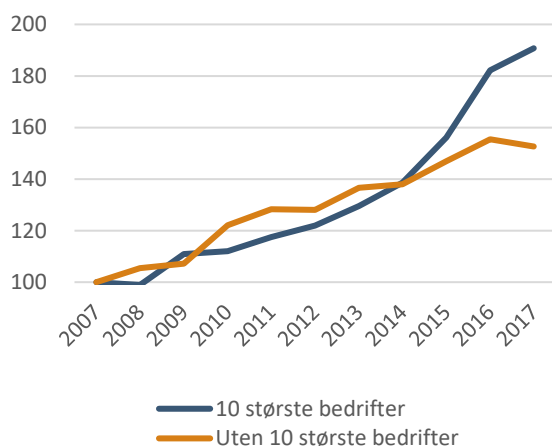
¹³ I spørreskjemaet ble bedriftene bedt om å oppgi omsetning i 2016 og 2017 samt forventet omsetningsvekst i 2018. Ut ifra disse tallene beregnet vi en vektprosent for hver av de fem undergruppene som ble brukt til å estimere helserelatert omsetning for 2017 og

2018. Ettersom det kun er et begrenset antall bedrifter vi har denne informasjonen fra, vil enkeltbedrifter av en viss størrelse som venter høy vekst få stor betydning for estimatene og prognosene.

Ettersom veksten i omsetning for Helseindustrien falt med 10 prosentpoeng fra 2016, synes det også interessant å belyse hvorvidt fallet i størst grad kan tilskrives de store aktørene i bransjen, eller om omsetningsfallet i 2017 er gjeldende for de brede lagene av bedriftene i industrien.

Figur 2-7 viser den samlede indekserte utviklingen i omsetning for de ti største selskapene i hver bransje i Helseindustrien (dvs. 50 bedrifter, de ti største i hver undergruppe). Størrelsen på selskapene rangeres i henhold til omsetning i 2017. Sammenlignes utviklingen i omsetning for disse selskapene med tilsvarende utvikling blant de øvrige bedriftene i Helseindustrien, ser vi at de to kurvene har ulik utvikling mot slutten av perioden. Veksten for de største selskapene samlet har vært 38 prosentpoeng høyere enn for de resterende selskapene siden 2007. Mye av forklaringen til dette ligger i bransjene Diagnostikk, Medtech og Helse IKT, der de største aktørene har høyere vekst enn øvrige selskaper. Når det gjelder Legemidler, Helseindustriens største bransje målt i omsetning, ser vi derimot at fallet i veksten favner bredere. Her har fallet i omsetningsveksten i like stor grad rammet de store som de små aktørene.

Figur 2-7: Indeksert årlig omsetningsvekst i Helseindustrien for de 10 største selskapene i hver undergruppe og uten disse selskapene. Basisår=2007. Kilde: Menon



2.2.2. Lavere verdiskapingsvekst i 2017

Verdiskapingen i Helseindustrien er i 2017 målt til i overkant av 17 mrd. kroner, en økning på om lag 170 mill. kroner fra 2016. Dette tilsvarer en verdiskapingsvekst på 1 prosent. Verdiskapingen i Helseindustrien utgjorde 33 prosent av verdiskapingen i den samlede Helsenæringen i 2017. Til sammenligning utgjorde Helseindustrien 40 prosent av Helsenæringen i 2007, målt i verdiskaping. Selv om det har vært et fall i Helseindustriens relative størrelse innad i Helsenæringen fra 2007, har andelen steget de to siste årene i perioden.

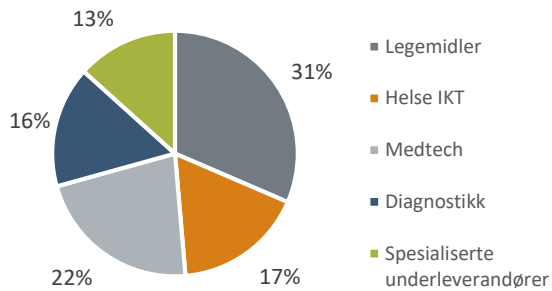
I perioden fra 2007 til 2017 har verdiskapingen i Helseindustrien steget fra 11 til 17 mrd. kroner, en vekst på 54 prosent og en gjennomsnittlig årlig vekstrate på 4,5 prosent. Tilsvarende vekstrate for Behandlingsleddet er 8,2 prosent. Mellom 2014 og 2016 opplevde Helseindustrien en vesentlig høyere vekst enn virksomhetene i Behandlingsleddet, basert på innrapporterte regnskapsdata. I 2017 har derimot verdiskapingsveksten avtatt for både Helseindustrien og Behandlingsleddet.

Tabell 2-2: Verdiskaping for Helseindustrien 2007 og 2017 etter undergruppe (mill. NOK). Kilde: Menon

	2007	2017	Endring	Endring %
Legemidler	4 210	6 218	2 007	48 %
Diagnostikk	3 710	5 915	2 241	60 %
Medtech	1 730	2 256	526	30 %
Helse IKT	760	1 745	986	130 %
Spesialiserte underlev.	935	1 435	500	54 %
Totalt	11 344	17 604	6 260	55 %

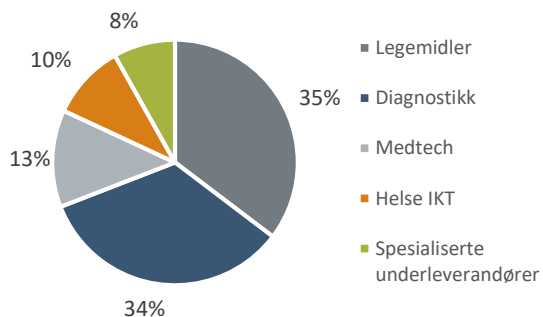
I 2017 var det sysselsatt i alt 12 293 personer i Helseindustrien. Legemidler var den største bransjen med 3 868 sysselsatte. Dette er illustrert i Figur 2-8.

Figur 2-8: Sysselsatte i Helseindustrien etter undergruppe i 2017. Kilde: Menon

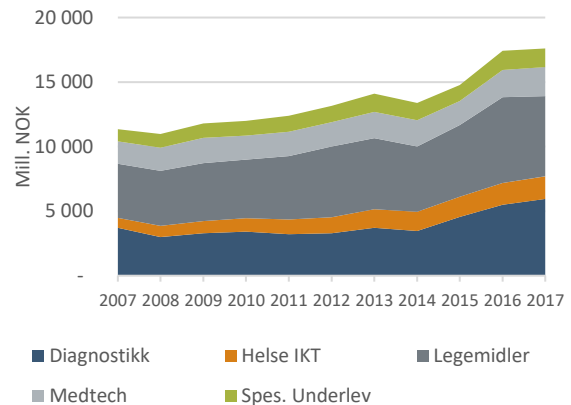


Figur 2-9 viser verdiskapingen for Helseindustrien etter undergruppene. Legemidler og Diagnostikk er de to klart største bransjene og står sammen for over to tredeler av verdiskapingen i Helseindustrien. Helse IKT, Medtech og Spesialiserte underleverandører utgjør til sammen den resterende tredjedelen.

Figur 2-9: Verdiskaping for Helseindustrien i 2017 etter undergruppe. Kilde: Menon



Figur 2-10: Verdiskapingsutvikling i Helseindustrien fra 2007 til 2017 etter undergruppe (mill. NOK). Kilde: Menon



Figur 2-10 viser at utviklingen i verdiskaping for de fem bransjene i Helseindustrien har variert gjennom den siste tiårsperioden. Diagnostikk er den største gruppen målt i verdi, og står for den største absolute veksten på 2,2 mrd. kroner, tilsvarende 60 prosent vekst over perioden 2007 til 2017. Deretter følger Legemidler med en noe lavere absolutt verdiskapingsvekst på 2 mrd. kroner. Veksten innen Diagnostikk drives hovedsakelig av ett selskap. GE Healthcare har alene hatt en vekst i verdiskaping fra 2014 til 2017 på 2,2 mrd. kroner, etter flere år med svak vekst frem til 2014. Veksten fra 2014 til 2017 tilsvarer 88 prosent av verdiskapingsveksten for bransjen Diagnostikk, og målt i verdiskaping representerer selskapet hele 72 prosent av Diagnostikkbransjen i 2017. Målt i omsetning utgjør selskapet til sammenligning over halvparten av bransjen. Dette viser at en større del av omsetningen til GE Healthcare er knyttet til verdiskaping i Norge enn hva som er normen i resten av den norske Diagnostikkbransjen. GE Healthcare¹⁴ er Norges klart største helseindustri-selskap – og svært lønnsomt.

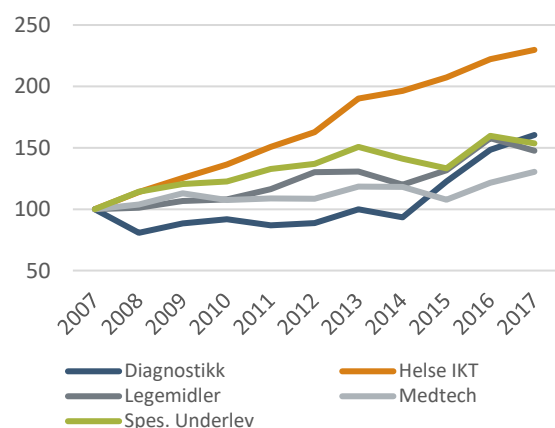
Medtech er den bransjen i Helseindustrien som hadde lavest vekst, 30 prosent, gjennom hele 10-årsperioden (se Figur 2-11). I likhet med de andre bransjene var imidlertid 2017 et år preget av svak vekst også for denne bransjen, med 1 prosent

¹⁴ Inkluderer ikke GE Vingmed Ultrasound

verdiskapingsvekst fra 2016. Helse IKT er på sin side bransjen som hadde høyest verdiskapingsvekst over perioden, med 130. Helse IKT representerer imidlertid kun 10 prosent av Helseindustrien, målt i verdiskaping. Bransjene Diagnostikk, Spesialiserte underleverandører og Legemidler har over tiårsperioden fra 2007 til 2017 hatt om lag like samlede vekstrater, på hhv. 60, 54 og 48 prosent.

Figur 2-11 viser indeksert vekst i verdiskaping for bransjene i Helseindustrien. Bransjenes sterke vekst fra 2014 til 2016 samt den svake utviklingen i 2017 kommer tydelig frem. Store deler av utviklingen innen Diagnostikk i perioden 2007-2017 kan tilskrives selskapet GE Healthcare.

Figur 2-11: Indeksert vekst i verdiskaping for undergruppene i Helseindustrien. Basisår=2007. Kilde: Menon



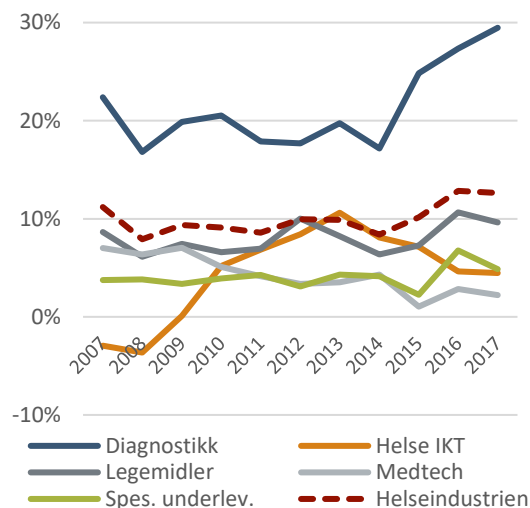
Som den største bransjen i Helseindustrien opplevde også Legemidler en svak verdiskapingsvekst i 2017, etter to år med sterk vekst. Mange bedrifter har hatt en svakere utvikling det siste året, da over halvparten av legemiddelforetakene opplevde negativ vekst. Blant de store selskapene innen Legemidler skilte Optinose seg ut med et verdiskapingsfall på over 340 mill. kroner.

2.2.3. Varierende lønnsomhet

Figur 2-12 viser utviklingen i driftsmarginen for hver av de fem undergruppene i Helseindustrien fra 2007 til 2017, samt driftsmarginen for Helseindustrien samlet. Diagnostikk har hatt klart høyest marginer – særlig i første og siste del av perioden. Det store

bildet viser at gruppene i grove trekk har beholdt sin plassering vis-à-vis hverandre, med unntak av Helse IKT som etter først å ha sett en sterkt bedret lønnsomhet de siste årene har falt tilbake. Det fremkommer også at Medtech, som Helse IKT, har hatt en svak lønnsomhetsutvikling de siste årene.

Figur 2-12: Driftsmarginutvikling for undergruppene i helseindustrien fra 2007 til 2017 etter undergruppe. Kilde: Menon



Diagnostikk har over hele perioden høyest driftsmargin. Samlet har bransjen en driftsmargin i 2017 på 29 prosent, det høyeste nivået i hele perioden og hele 12 prosentpoeng høyere enn nivået i 2014. Som med verdiskapingsveksten finner vi at en stor del av forklaringen bak utviklingen i lønnsomheten i Diagnostikkbransjen opp gjennom perioden kan tilskrives ett enkelt selskap, GE Healthcare. Dersom GE Healthcare utelates faller driftsmarginen i Diagnostikkbransjen i 2017 med 22 prosentpoeng, til 7 prosent. I de resterende årene lå driftsmarginen imidlertid mellom 4 og 7 prosent når vi ser bort fra GE Healthcare.

Resultatutviklingen er mer dramatisk for Medtech og Helse IKT. I disse bransjene har driftsmarginen falt til under fire prosent. Tidligere i perioden har bransjene hatt driftsmarginer på nivåer over syv prosent. En viktig forklaring på den store forskjellen i lønnsomhet mellom bransjene Medtech og Diagnostikk er andelen gründer-bedrifter og store internasjonale selskaper i bransjene. Medtech

kjennetegnes av mange selskaper uten eller med liten inntekt, og dermed med lave og negative marginer. Innenfor Diagnostikk og Legemidler er det også en underskog av små oppstartsbedrifter, men disse bransjene domineres likevel av store internasjonale selskaper som løfter lønnsomheten for bransjen som helhet.

Helse IKT har sett betydelige svingninger i bransjens samlede driftsmarginer gjennom perioden. Som det fremkommer av Figur 2-12 bedret lønnsomheten seg vesentlig i årene fra 2008 til 2013, før driftsmarginen falt sammenhengende frem til 2017. IBM Norge og CSAM Health forklarer mye av utviklingen i driftsmarginer for bransjen Helse IKT gjennom perioden. Begge selskap erfarte lønnsomhetsvekst fra 2009 til 2013, før lønnsomheten falt i de etterfølgende årene.

Innad i bransjene kan det også være store variasjoner. 21 av 42 selskap i bransjen Diagnostikk hadde negativt driftsresultat i 2017. Likevel er det i denne gruppen vi finner den høyeste samlede driftsmarginen. Bakgrunnen er at Diagnostikk domineres av tidligere nevnte GE Healthcare.

Utviklingen i driftsmarginen til medianbedriften i hver av de fem undergruppene viser et noe mer nyansert bilde. Medianbedriften er den midterste når alle bedriftene rangeres etter driftsmargin.

Tabell 2-3: Driftsmargin for medianbedrift etter undergruppe i helseindustrien fra 2015 til 2017. Kilde: Menon

	2015	2016	2017
Legemidler	3 %	3 %	2 %
Diagnostikk	4 %	2 %	3 %
Medtech	5 %	4 %	4 %
Helse IKT	5 %	4 %	3 %
Spesialiserte underleverandører	3 %	2 %	4 %
Helseindustrien	4 %	4 %	3 %

Det fremkommer av Tabell 2-3 at de betydelige forskjellene mellom bransjenes driftsmarginnivåer, observert i Figur 2-12, er utjevnet i sammenligningen av mediannivåene innad i bransjene. Særlig for Diagnostikk og Legemidler er forskjellene i driftsmarginer mellom medianbedriften og

bransjen som helhet store. Dette bekrefter at nivået på de samlede driftsmarginene for disse bransjene kan tilskrives et fåtall store selskaper.

Medianbedriften for bransjen Helse IKT har hatt den svakeste utviklingen i driftsmargin over de tre årene fra 2015 til 2017. Dette er også bransjen hvor medianbedriften best representerer sin bransjes aggregerte nivå. Som vi har diskutert tidligere preges også driftsmarginen for Helse IKT samlet, i likhet med Diagnostikk og Legemidler, av enkelte store selskaper. Like fullt illustrerer mediannivået i Helse IKT at de største selskapene i bransjen ikke skiller seg systematisk fra resten av bransjen hva angår lønnsomhet.

I Helseindustrien totalt har mediandriftsmarginen de siste årene ligget mellom tre og fire prosent. Dette er lavere enn mediannivået i norsk fastlandsøkonomi i samme periode. Vi finner at mediannivået på driftsmarginer blant alle norske foretak i årene 2015, 2016 og 2017 lå på rundt 7 prosent.



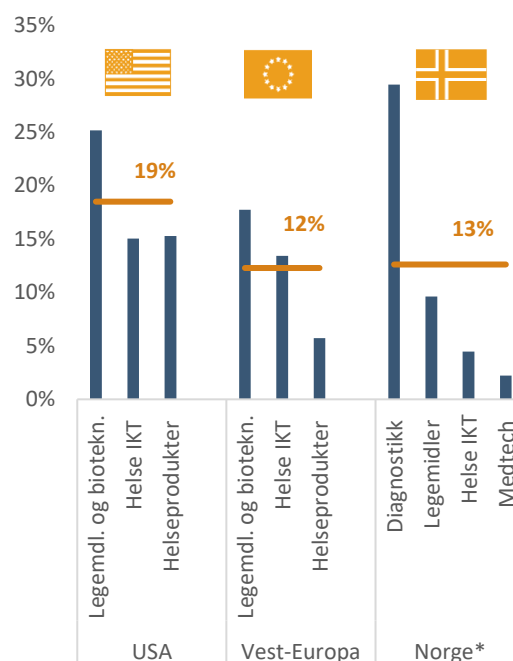
2.2.4. Lønnsomheten i den norske Helseindustrien i et internasjonalt perspektiv

Lønnsomheten i den norske Helseindustrien, fremstilt ved driftsmarginer i kapittelet over, er svært varierende. Diagnostikk skiller seg ut med et høyt samlet lønnsomhetsnivå relativt til de andre bransjene. Driftsmarginen til bransjen som helhet, på hele 29 prosent i 2017, er høy også i et internasjonalt perspektiv.

I Figur 2-13 har vi fremstilt driftsmarginene til fire av bransjene i den norske Helseindustrien sammen med tilsvarende indikatorer for lignende bransjer i hhv. USA og Vest-Europa. Det er i tolkningen av denne figuren viktig å ha for seg at resultatene fra hhv. USA og Vest-Europa ikke er direkte sammenlignbare med driftsmarginene for Helseindustrien i Norge. Det er to årsaker til dette. For det første er ikke bransjeinndelingen enhetlig – e.g. inneholder bransjen Legemidler og bioteknologi fra de internasjonale dataene bedrifter av en type som i den norske Helseindustrien ville blitt klassifisert som enten Diagnostikk eller Legemiddelbedrifter. For det andre er det kun børsnoterte selskap som er med i grunnlaget for USA og Vest-Europa, mens grunnlaget i de norske dataene er alle regnskapspliktige foretak. Dette fører til at det er en overrepresentasjon av store modne selskap i beregningene av driftsmarginnivåene i USA og Vest-Europa, sammenlignet med de norske dataene.

Det fremkommer at de gjennomsnittlige driftsmarginene i den amerikanske helseindustrien i 2017 er høyere enn i Vest-Europa og Norge. Dette resultatet står seg også for næringslivet generelt, selv om differansen er større innen helse enn for næringslivet totalt. Av tallene fra NYU fremkommer det at den samlede driftsmarginen for alle selskapene i USA var tre prosentpoeng høyere enn for en tilsvarende beregning for Vest-Europa.

Figur 2-13: Driftsmarginer i Helseindustrien i USA, Vest-Europa og Norge i 2017. I dataene for amerikanske og Vest-europeiske selskap inngår kun børsnoterte selskap¹⁵. Kilde: Stern School of Business, NYU og Menon



* For utld. bedrifter er kun børsnoterte selskap inkludert. For Norge er alle bedrifter i Helseindustrien inkludert.

Figuren viser også at det ikke er unikt for Norge at Diagnostikk- og legemiddelbransjen har en høyere lønnsomhet enn Helse IKT og Medtech. Dette er også tilfellet i Helseindustrien i både USA og Vest-Europa.

Den samlede driftsmarginen i den norske Helseindustrien er på linje med den gjennomsnittlige driftsmarginen i den vest-europeiske Helseindustrien. Merk imidlertid at driftsmarginen for den norske Diagnostikkbransjen (og Helseindustrien samlet) i stor grad farges av ett enkelt selskap – GE Healthcare. Om man beregner samlet driftsmargin for Diagnostikkbransjen og Helseindustrien uten å inkludere dette selskapet faller driftsmarginen i den norske Helseindustrien fra 13 til 7 prosent (driftsmarginen for Diagnostikkbransjen faller fra 29 til 7 prosent).

¹⁵ Merk at bransjeavgrensningene ikke er fullstendig overlappende. Dette innebærer at selskapene innen både Legemidler og Diagnostikk best sammenlignes med den brede definisjonen «Legemidler og bioteknologi» for de

utenlandske selskapene. Tilsvarende er «Helseprodukter» den beste referansen blant de utenlandske selskapene for Medtech i Norge. Helse IKT fremstår å være forholdsvis sammenlignbar.

Det er interessant å observere at med unntak av GE Healthcare har Diagnostikk- og legemiddelbransjen i Norge vesentlig lavere lønnsomhet enn tilsvarende selskaper i Vest-Europa og USA. Én viktig forklaring er at bransjen fremdeles domineres av utenlandske selskaper som ikke har produksjon i Norge. Det kan heller ikke utelukkes at enkelte selskaper overfører deler av lønnsomheten fra det norske markedet til land med lavere overskuddsskatt enn i Norge.

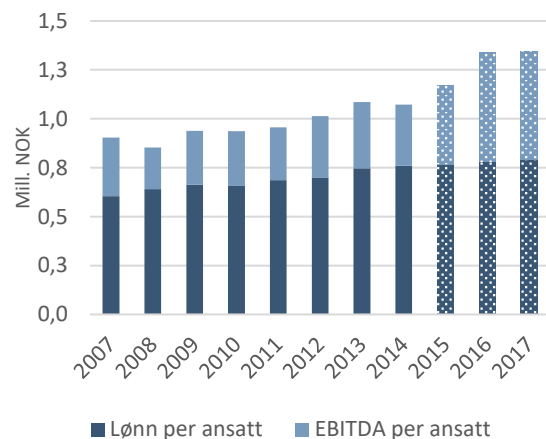
2.2.5. Arbeidskraftproduktiviteten steg med over tre prosent i året

Figur 2-14 nedenfor viser produktivitetsutviklingen i Helseindustrien målt ved verdiskaping per ansatt (total høyde på søylene) og som lønnskostnader per ansatt (nederste del av søylene). Lønnskostnader per ansatt viser en relativt stabil årlig vekst, fra 600 000 kroner i 2007 til 760 000 kroner i 2014. Den samlede veksten i perioden var 26 prosent, noe som tilsvarer en gjennomsnittlig årlig vekst på i overkant av tre prosent. Også i perioden 2015 til 2017 har den gjennomsnittlige årlige veksten ligget på rundt tre prosent.

Et annet mål på produktivitetsutvikling er verdiskaping per sysselsatte. I tillegg til lønnskostnader inkluderes da også kapitalavkastningen per sysselsatte i beregningen. I Figur 2-14 kan dette leses som den totale høyde på søylene. I perioden fra 2007 til 2014 har verdiskaping per sysselsatt steget med om lag 4 prosent. Dette tilsvarer en årlig vekst på omtrent én prosent, og er vesentlig lavere enn veksten i lønnskostnader per ansatt. Det er naturlig at driftsresultatet per sysselsatte varierer mer over tid enn lønnskostnader per sysselsatt. Av tabellen fremkommer det eksempelvis at driftsresultatet per sysselsatte (den øverste delen av søylene) falt i 2007 og særlig i 2008 – år preget av finanskrisen. I de etterfølgende årene steg driftsresultatet per sysselsatte og således også

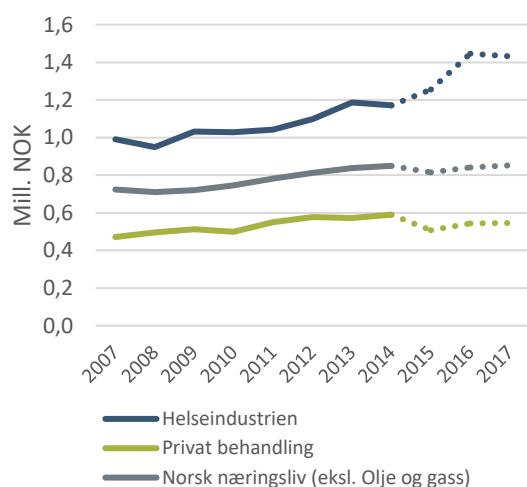
verdiskaping per ansatt (produktiviteten). Fra 2013 til 2014 falt imidlertid den målte produktiviteten igjen, noe som kan tilskrives et fall på 8 prosent i driftsresultat per ansatt. Som det fremkommer av den stiplede kurven i Figur 2-12, var 2014 et år med fallende driftsresultater i Helseindustrien. I 2016 vokser verdiskapingen per sysselsatt i Helseindustrien kraftig, mens den flatet ut i 2017. Dette likner i stor grad på Helseindustriens omsetningsutvikling. I årene fra 2015 til 2017 vokste verdiskapingen per sysselsatt i gjennomsnitt med 5 prosent årlig.

Figur 2-14: Produktivitet (verdiskaping per sysselsatte og lønnskostnader per sysselsatte) for Helseindustrien fra 2007 til 2017¹⁶ (mill. NOK). Kilde: Menon



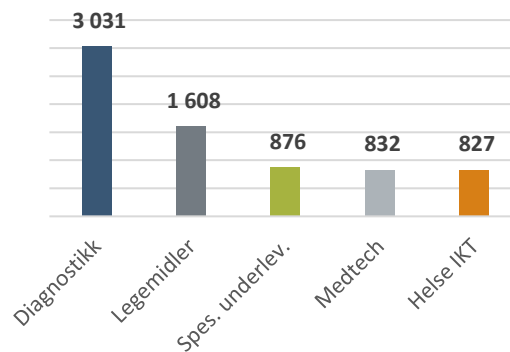
¹⁶ Merk at verdier for 2015, 2016 og 2017 ikke er sammenlignbare med tidligere år. Dette skyldes nye standarder for registrering av antall sysselsatte hos SSB f.o.m. 2015.

Figur 2-15: Produktivitet (verdiskaping per sysselsatte) for Helseindustrien sammenlignet med det private behandlingsleddet og norsk næringsliv for øvrig, fra 2007 til 2017¹⁷ (mill. NOK). Kilde: Menon



Figur 2-15 viser at produktiviteten i Helseindustrien ligger betydelig høyere enn i virksomhetene i det private behandlingsleddet så vel som for øvrig norsk næringsliv. I perioden 2007 til 2014 var den totale produktivetsveksten i Helseindustrien og Behandlingsleddet identisk. Fra 2015 til 2016 fortsatte produktiviteten i både Behandlingsleddet og Helseindustrien å vokse, men i 2017 har dette snudd for sistnevnte. Helseindustrien har opplevd en nedgang i verdiskaping per sysselsatt, i motsetning til Behandlingsleddet og norsk næringsliv som har hatt en svak, men positiv produktivetsvekst det siste året.¹⁸

Figur 2-16: Produktivitet (verdiskaping per sysselsatte, i 1000 NOK) for Helseindustrien etter bransje i 2017. Kilde: Menon



Figur 2-16 illustrerer produktivetsnivået, i form av verdiskaping per sysselsatte, for de fem undergruppene i Helseindustrien i 2017. Det fremkommer at Diagnostikk har det klart høyeste produktivetsnivået i industrien, over 50 prosent høyere enn Legemidler og over tre ganger høyere enn Medtech. Den høye produktiviteten i Diagnostikk må sees i sammenheng med det høye driftsresultatet samlet for bransjen, som fremkommer av Figur 2-12.

En nærmere undersøkelse av utviklingen i verdiskapingen per sysselsatt i perioden fra 2007 til 2014 (husk at data for 2015, 2016 og 2017 ikke er sammenlignbare med tidligere år) viser at Diagnostikk hadde den klart laveste produktivetsveksten frem til 2014. Tilsvarende var det bransjene i Helseindustrien med lavest målt produktivetsnivå i 2016, Spesialiserte underleverandører og Medtech, som hadde den sterkeste produktivetsveksten fra 2006 til 2014, med om lag 4 prosent i året (i gjennomsnitt). I samme periode hadde

¹⁷ Ibid.

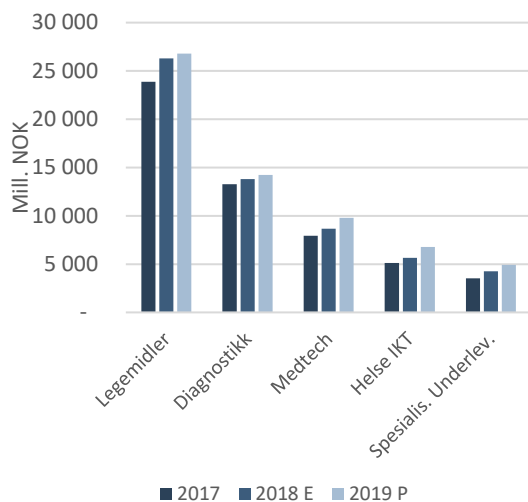
¹⁸ Indikatorverdiene etter 2014 må tolkes med forsiktighet, da sysselsettingstall f.o.m. 2015 telles annerledes enn tidligere.

Diagnostikk en gjennomsnittlig årlig produktivitetsvekst på magre 0,2 prosent.

2.2.6. Forventninger om vekst i alle bransjer¹⁹

Figur 2-17 viser de ulike bransjene i Helseindustriens omsetning i 2017, selskapenes egne estimater for 2018 samt bedriftenes prognoser for 2019. Det fremkommer at Legemidler og Helse IKT forventer den høyeste omsetningsveksten i 2018 med 10 prosent, tett etterfulgt av Medtech der estimatene ligger på 8,6 prosent.

Figur 2-17: Omsetning for Helseindustrien 2017, samt estimater for 2018 og prognoser for 2019 etter undergruppe (mill. NOK). Kilde: Menon



Helse IKT er den bransjen med høyest forventninger til omsetning i 2019. Fra 2018 til 2019 ventes det en omsetningsvekst for denne bransjen på 20 prosent. Også Medtech er optimistiske med tanke på fremtiden, med en forventning på over 13 prosent vekst i 2019. Til sammenligning forventer Diagnostikk en vekst på 3,4 prosent, mens Legemidler forventer en noe lavere vekst med sine 2,2 prosent. Vekstforventningene til disse bransjene, som sammen utgjør over 70 prosent av

Helseindustrien, trekker ned den samlede vekstprognosen. Helseindustrien som helhet anslår derfor en vekst på 4,9 prosent i 2018, hvilket er vesentlig lavere enn prognosene til Medtech og Helse IKT.

2.2.7. Over halvparten av bedriftene i Helsenæringen forventer bedret lønnsomhet i 2019

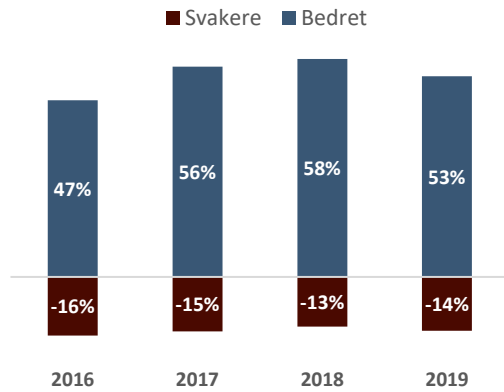
I spørreundersøkelsen tilknyttet årets rapport, som ble gjennomført i begynnelsen av 2019, ble selskapene spurt om deres forventninger til lønnsomheten i 2019, sammenlignet med 2018. Dette har vi også spurt bedriftene om i de tre foregående årene vi har gjennomført dette arbeidet. Resultatene på dette spørsmålet er fremstilt i Figur 2-18 hvor resultatene på det samme spørsmålet fra de tre foregående årenes undersøkelser også er inkludert. Som det fremkommer av figuren er det ikke store forskjeller i andelen bedrifter som forventer bedret lønnsomhet i de siste årenes spørreundersøkelser. Andelen er fem prosentpoeng lavere i årets undersøkelse sammenlignet med fjorårets, men denne endringen kan også tilskrives tilfeldig variasjon. Samlet er det i årets undersøkelse en andel på 53 prosent av respondentene fra Helsenæringen som forventer at driftsresultatet blir bedre eller vesentlig bedre enn i 2018.

Vi finner videre at 14 prosent av bedriftene i Helsenæringen som svarte på spørreundersøkelsen forventer svakere eller vesentlig svakere driftsresultat i 2019 enn i fjor. Dette er på nivå med de foregående årenes undersøkelser, hvor denne andelen har ligget mellom 16 og 13 prosent. Oppsummert gir bedriftenes egne vurderinger grunn til å tro at lønnsomheten er på vei opp i både 2018 og 2019, sammenlignet med nivåene i 2016 og 2017.

¹⁹ Omsetningsestimatene for 2018 og vekstprognosene for 2019 er beregnet på bakgrunn av bedriftenes svar på spørreundersøkelsen som ble gjennomført i januar 2019. Følgende prosentandel av omsetningen for hver bransje

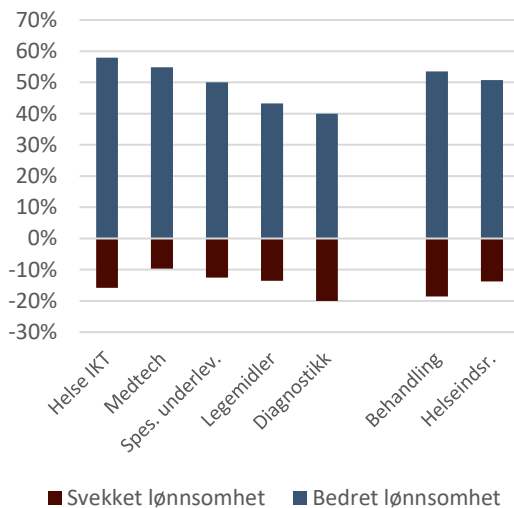
svarte på spørreundersøkelsen: Legemidler – 28 prosent, Diagnostikk – 65 prosent, Medtech – 17 prosent, Helse IKT – 19 prosent, og Spesialiserte underleverandører – 29 prosent

Figur 2-18: Andel av bedriftene i Helsenæringen som forventer at driftsresultatet i 2019 vil bli bedre og svakere enn året før – sammenlignet med tilsvarende resultater fra 2016, 2017 og 2018-undersøkelsene. Kilde: Menon



Figur 2-19 viser andelen respondenter som forventer hhv. bedret (blått) og svekket (rødt) lønnsomhet i 2019, sammenlignet med 2018. De ulike stolpene representerer både de to hovedgruppene, Behandlingsleddet og Helseindustrien, samt de fem bransjene i sistnevnte hovedgruppe.

Figur 2-19: Andel som venter at driftsresultatet blir hhv. svekket eller bedre i 2018 enn i 2017. Kilde: Menon

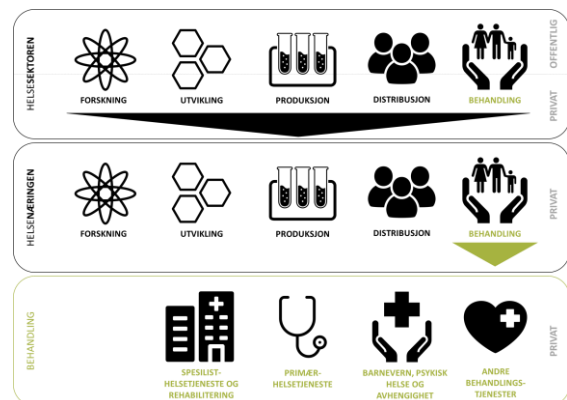


Som det fremkommer av figuren over er det bare marginal forskjell i lønnsomhetsforventningene mellom de private behandlingsvirksomhetene og bedriftene i Helseindustrien. 53 prosent av behandlingsbedriftene venter styrket lønnsomhet i

2019, og 19 prosent venter at lønnsomheten svekkes.

Tallene ser nesten like gode ut for Helseindustrien samlet, men det er variasjon innad i industrien. Det er særlig Diagnostikk og Helse IKT som skiller seg ut. Blant respondentene innen Diagnostikk er det en andel på 20 prosent som venter svekket lønnsomhet. Det er til sammenligning 40 prosent som venter bedret lønnsomhet. Helse IKT skiller seg ut ved å være klart mest positive. Bransjen har den høyeste andelen respondenter som venter bedret lønnsomhet og en andel respondenter som venter svekket lønnsomhet om lag rundt gjennomsnittet for industrien. Ettersom de siste årene har vært preget av lave og fallende driftsmarginer for denne bransjen, er det gledelig om disse forventningene innfris.

2.3. Behandling



Det private helse- og omsorgstilbudet vil langt på vei være en funksjon av utviklingen i det offentlige helsetilbudet. Det vokser frem private behandlingstilbud for helsetjenester som det er tilstrekkelig betalingsvilje for i samfunnet dersom det offentlige tilbudet er ikke-eksisterende eller holder for lav kvalitet (for eksempel lange ventetider eller dårligere behandling utfall enn hva private virksomheter kan tilby).

For svært mange pasienter er det imidlertid ikke eget initiativ som fører til at man behandles hos private behandlingsvirksomheter. Det offentlige er en stor og betydningsfull kjøper av private helsetjenester. Det fremkommer eksempelvis av tall

fra SSB at de offentlige helseforetakene alene kjøpte tjenester fra private behandlingsevksomheter for 14 mrd. kroner i 2015. Den private behandlingsevksomheten fungerer som avlaster for det offentlige i perioder og på områder hvor det er et høyt behandlingsevksombehov. Alternativet med tidvis mye ledig kapasitet ved offentlige behandlingsevstusjoner er en lite effektiv anvendelse av samfunnets ressurser. Videre vil spesialiserte privatdrevne virksomheter også kunne utføre behandlingsevninger billigere og bedre enn offentlige institusjoner. Et tett og forutsigbart samarbeid mellom den offentlige helsesektoren og private behandlingsevksomheter bidrar således til bedre og mer effektive helsetjenester for folk flest. Matrisen nedenfor fremstiller de fire løsningene for produksjon og finansiering av helsetjenester som alle eksisterer i det norske systemet i dag.

Tabell 2-4: Enkel matrise som illustrerer de fire løsningene for produksjon og finansiering av helsetjenester. Kilde: Menon

		Finansiering	
		Privat	Offentlig
Produksjon	Privat	Tannleger, private lege-tjenester, plastikkirurgi	Driftsavtaler med ikke-offentlige institusjoner, for kapasitetsavlastning
	Off.	Egenandeler ifb. fastlege, legemidler, omsorgstjenester o.l.	Offentlige spesialisthelsetjenester, kommunale omsorgstjenester

Behandlingsleddet er her delt inn i følgende fire undergrupper: *Andre behandlingstjenester, Barnevern, psykisk helse og avhengighet, Primærhelsetjeneste og Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering.*

I undergruppen Andre behandlingstjenester finner vi blant annet selvstendige sykepleiere, kiropraktorer, jordmødre, akupunktører, fotterapeuter, psykoterapeuter, ergoterapeuter og logopedier mfl.

2.3.1. Lavere vekst i private helsetjenester



Private behandlingsevksomheter omsatte i 2017 for i underkant av 50 mrd. kroner. Bedriftenes egne estimater tyder på at inntektene har vokst med nærmere 4,5 mrd. kroner i 2018. Hvis bedriftenes forventninger for 2019 realiseres, vil inntektene da øke med ytterligere 4,5 mrd. og ende på i underkant av 58 mrd. kroner i 2019²⁰.

Figur 2-20 viser både omsetning og driftsmarginer for hele det private Behandlingsleddet de siste årene. Med unntak av 2008 og 2017 har marginen ligget over åtte prosent i hele perioden. Gruppen har samlet økt sin omsetning med godt over 26 mrd. kroner over tiårsperioden. Den nominelle veksten drives hovedsakelig av primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester, som har sett omsetningsvekst på i overkant av hhv. 13 og 8 mrd. kroner over tiårsperioden frem til 2017. Dette tilsvarer 75 prosent av veksten for Behandlingsleddet samlet sett.

Opp gjennom perioden er det Andre behandlingstjenester som har hatt den sterkeste omsetningsveksten, med en gjennomsnittlig årlig vekstrate på

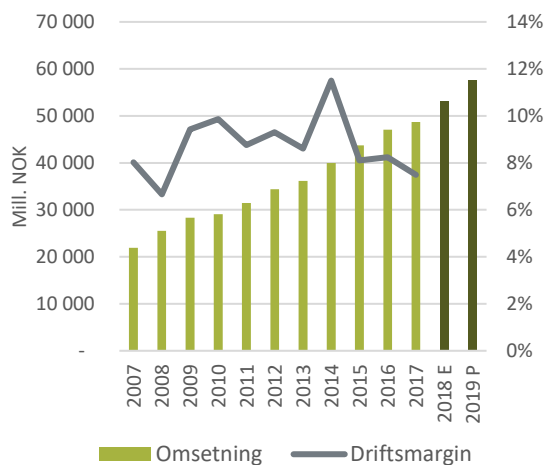
²⁰ Omsetningsevstimatene for 2018 er basert på innhentede omsetningstall direkte fra bedrifter og via årsrapporter. Vekstanslagene er deretter brukt til å

estimere for resterende aktører på undergruppenivå. På tilsvarende måte er omsetningsevstimate for 2019 basert på innhentede vekstanslag direkte fra bedrifter.

over 10 prosent. Andre behandlingstjenester utgjorde imidlertid kun 3 prosent av Behandlingsleddet i 2017.

Ved siden av Andre behandlingstjenester er det Primærhelsetjenesten som hadde sterkest vekst gjennom perioden. Omsetningen steg med 10 prosent, målt i årlig gjennomsnittlig vekst fra 2007 til 2017. Denne bransjen er den viktigste driveren for den formidable veksten på hele 8,3 prosent i årlig gjennomsnittlig vekst fra 2007 til 2017, for hele Behandlingsleddet.

Figur 2-20: Omsetning og driftsmargin for Behandlingsleddet fra 2007 til 2017 (2019) (mill. NOK). Kilde: Menon



Figur 2-21: Endring i omsetning fra året før for behandling fra 2007 til 2017 (2019) (mill. NOK). Kilde: Menon



Vekstanslagene for 2018 og 2019 ligger nært opptil den historiske utviklingen siden 2007. Bedriftenes eget estimat for 2018 tilsier at veksten var på 7,2 prosent, mens prognosen for 2019 er 8 prosent. Veksten i Primærhelsetjenesten og Barnevern, psykisk helse og avhengighet er fortsatt høy, men utviklingen er adskillig svakere innen Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering. Figur 2-21 viser årlig omsetningsvekst for privat behandling som helhet.



2.3.2. Behandling øker som andel av Helsenæringen

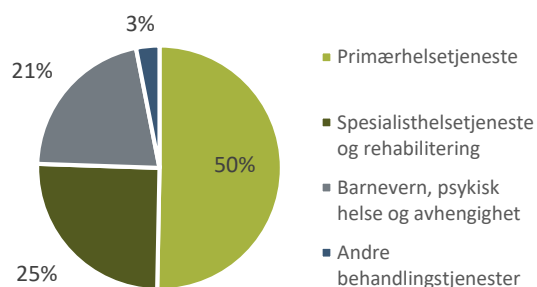
I 2017 skapte det private Behandlingsleddet verdier for over 30 mrd. kroner. Verdiskapingen har økt med nærmere 17 mrd. kroner de siste ti årene, tilsvarende en vekst på 120 prosent, som igjen er ekvivalent med en gjennomsnittlig årlig vekst på over 8 prosent. Privat behandlingsevne sysselsetter i dag nesten 56 000 personer. Gruppen har vokst langt raskere enn Helsenæringen samlet. Målt i sysselsetting har førstnevnte vokst med

46 prosent fra 2007 til 2014.²¹ Gruppen har dermed gått fra å utgjøre 64 prosent av Helsenæringen i 2006 til 72 prosent i 2014, målt i sysselsetting. Målt i verdiskaping har andelen økt fra 48 prosent i 2007 til 57 prosent i 2017. Fra 2015 til 2017 flatet derimot veksten i sysselsetting noe ut, med kun 3 prosent økning.

Tabell 2-5: Verdiskaping i Behandlingsleddet 2007 og 2017 etter bransje (mill. NOK). Kilde: Menon

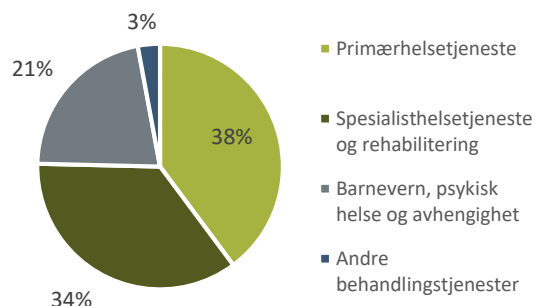
	2007	2017	Endring	Vekst
Andre behandlingstjenester	290	845	554	191 %
Barnevern, psykisk helse og avhengighet	2 612	6 287	3 675	141 %
Primærhelsetjeneste	5 237	12 980	7 734	148 %
Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering	5 670	10 293	4 623	81 %
Totalt	13 810	30 407	16 597	120 %

Figur 2-22: Antall sysselsatte i Behandling etter undergruppe i 2017. Kilde: Menon

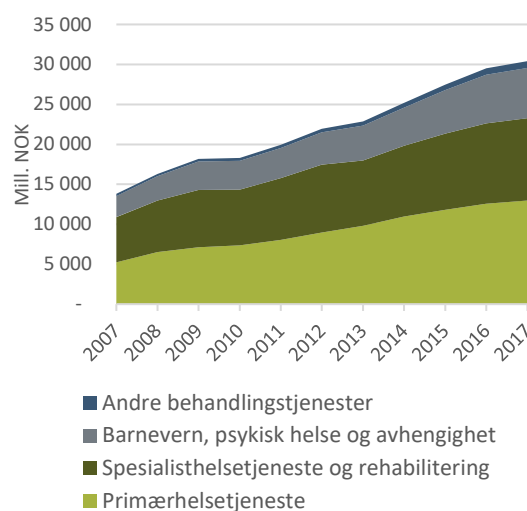


Figur 2-23 viser verdiskapingen i privat behandlingsevne fordelt på de fire bransjene i 2017. Som det fremkommer utgjør Primærhelsetjenester 38 prosent av Behandlingsleddet. Like bak er Spesialisthelsetjenester og rehabilitering, som i 2017 sto for 34 prosent av verdiskapingen i næringen. Disse to bransjene utgjør to tredeler av det private Behandlingsleddet.

Figur 2-23: Verdiskaping for Behandling 2017 etter bransje (mill. NOK). Kilde: Menon



Figur 2-24: Verdiskapingsutvikling for behandling fra 2007 til 2017 etter bransje (mill. NOK). Kilde: Menon



Figur 2-24 viser at utviklingen i verdiskaping blant de fire bransjene har steget relativt jevnt gjennom perioden.²² Primærhelsetjeneste er den største bransjen målt i verdiskaping og har gjennom perioden hatt en verdiskapingsvekst på hele 148 prosent. Veksten i Primærhelsetjenester har stått for halvparten av den nominelle veksten i Behandlingsleddet over perioden. Bransjen har

²¹ Merk at verdier for 2015, 2016 og 2017 ikke er sammenlignbare med tidligere år. Dette skyldes nye standarder for registrering av antall sysselsatte hos SSB f.o.m. 2015.

²² Unntakene fra trend er særlig 2010 og 2013, og da i særdeleshet for Spesialisthelsetjenester. De offentlig eide

helseforetakene hadde også betydelig lavere omsetningsvekst i 2010, noe som skyldtes endringer i pensjonsberegninger/-innbetalinger. Dette kan også ha hatt en innvirkning på de ikke-offentlige sykehusene.

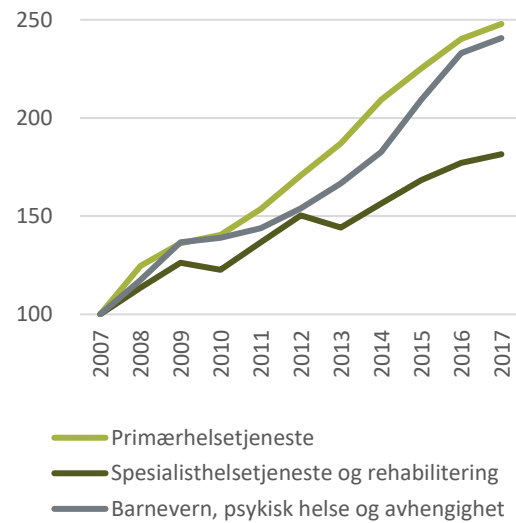
samtidig hatt den sterkeste sysselsetningsveksten over perioden, med 79 prosent fra 2007 til 2014.²³

Målt etter verdiskapingsstørrelse i 2017 er det Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering som etterfølger Primærhelsetjeneste. Denne rangeringen er imidlertid ikke konsistent over hele tiårsperioden. Fra 2007 t.o.m. 2009 var det Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering som var den største bransjen, målt i verdiskaping, i Behandlingsleddet. Bransjen har vokst med i overkant av 90 prosent over perioden, tilsvarende en gjennomsnittlig årlig vekst på 8 prosent. Det tilsvarende for Primærhelsetjenesten var 10 prosent.

Barnevern, psykisk helse og avhengighet har vokst med i overkant av 3,6 mrd. kroner, tilsvarende 140 prosent fra 2007 til 2017. Dette er så vidt under veksten i Primærhelsetjenesten. Undergruppen har også hatt høy sysselsetningsvekst i perioden fra 2007 til 2014, tilsvarende 30 prosent, en gjennomsnittlig årlig vekst på 2,6 prosent. Den siste og minste gruppen, Andre behandlingstjenester, har hatt den desidert høyeste veksten i verdiskaping, hele 191 prosent i perioden fra 2007 til 2017. Bransjen utgjør imidlertid kun 2,7 prosent av Behandlingsleddet i 2017, målt i verdiskaping.²⁴

Figur 2-25 viser indeksert vekst i verdiskaping for de tre største undergruppene i Behandlingsleddet. Figuren viser at Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering har vokst vesentlig mindre enn Primærhelsetjenesten og Barnevern, psykisk helse og avhengighet, gjennom hele perioden.

Figur 2-25: Indeksert vekst i verdiskaping for bransjene i Behandlingsleddet. Basisår=2007. Kilde: Menon



2.3.3. Jevn lønnsomhet over perioden

Figur 2-26 illustrerer utviklingen i driftsmarginene for hver av de fire undergruppene i privat behandling, samt for Behandlingsleddet som helhet, fra 2007 til 2017. Primærhelsetjenesten har gjennom hele perioden hatt klart høyest driftsmarginer.

For bransjen Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering skiller 2014 seg ut fra den underliggende trenden i driftsmarginene ved at lønnsomheten steg betydelig dette året, før den falt tilbake de to siste årene. Disse bevegelsene kan i all hovedsak tilskrives et fåtall enkeltstående selskaper. Blant disse er Lovisenberg, Diakonhjemmet og Haraldsplass Diakonale Sykehus.

Bildet som tegnes av lønnsomheten i Behandlingsleddet er at Primærhelsetjeneste har en stabilt høyere lønnsomhet enn Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering og Barnevern, psykisk helse og avhengighet. Lønnsomheten i de to sistnevnte bransjene har gjennom perioden fulgt hverandre

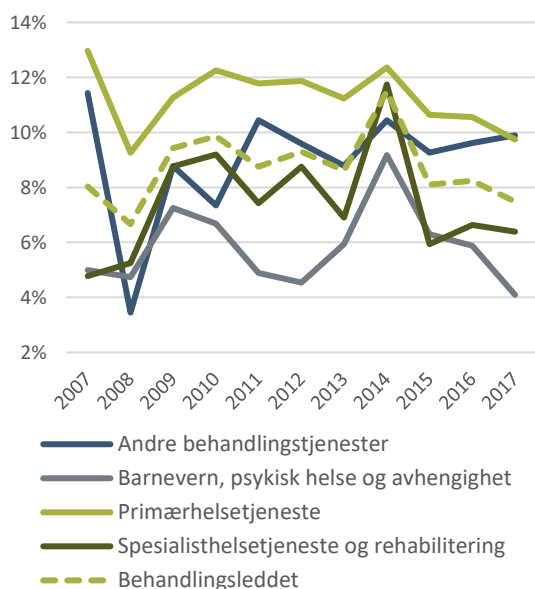
²³ F.o.m. 2015 er det innført nye retningslinjer for tallfesting av sysselsetting hos SSB. Dette medfører at sysselsettingstall før og etter 2015 ikke er sammenlignbare. Vi ser derfor på utviklingen fra 2007 til 2014 når vi sammenligner sysselsetningsveksten mellom bransjene i Helsenæringen.

²⁴ Størrelsen på denne gruppen er undervurdert fordi et betydelig antall aktører er organisert som enkeltpersonforetak og blir dermed ikke fanget opp av statistikken. Det samme gjelder i en viss grad for Primærhelsetjeneste.

tett, men Barnevern, psykisk helse og avhengighet har, med unntak av ved begynnelsen og slutten av perioden, hatt noen prosentpoengs lavere driftsmarginer. Den forholdsvis stabile utviklingen i driftsmarginer over perioden betyr at virksomhetene i Behandlingsleddet har oppnådd om lag samme vekst i driftsresultat som i inntekter over perioden.

Tannleger utgjorde 35 prosent av omsetningen innen Primærhelsetjeneste i 2017. Lønnsomheten blant tannhelsebehandlerne er svært høy. Deres samlede driftsmargin i 2017 var hele 16 prosent. Holder vi tannhelse utenfor, faller driftsmarginen i Primærhelsetjeneste fra ti til seks prosent i 2017. Tas tannleger ut av analysen finner vi dermed at lønnsomheten, målt ved driftsmargin, i Primærhelsetjenesten er på linje med lønnsomheten i Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering, og kun to prosentpoeng høyere enn i Barnevern, psykisk helse og avhengighet i 2017.

Figur 2-26: Driftsmarginutvikling for bransjene i Behandlingsleddet fra 2007 til 2017 etter bransje. Kilde: Menon



Tabell 2-6 viser driftsmarginer for medianbedrifter for bransjene i Behandlingsleddet. For Barnevern, psykisk helse og avhengighet er marginen for medianbedriften og gruppen som helhet svært lik.

Også innen Primærhelsetjeneste er det små forskjeller på driftsmarginer for medianbedriften og for bransjen som helhet. Det indikerer at lønnsomhetsnivåene i de to bransjene er jevnt fordelt mellom store og små aktører.

Bransjen Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering har den største variasjonen i margin for medianbedriftene og bransjen samlet. Dette skyldes en skjevhet i fordelingen av driftsmarginer og størrelse hvor de største selskapene har en vesentlig lavere lønnsomhet enn mange av de mindre selskapene. Det viser seg eksempelvis at de tre største selskapene i denne bransjen i 2017 alle hadde driftsmarginer dette året under 1 prosent. Disse selskapene er Lovisenberg Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus og Haraldsplass Diakonale Sykehus.

Tabell 2-6: Driftsmargin for medianbedrift fra 2015 til 2017. Kilde: Menon

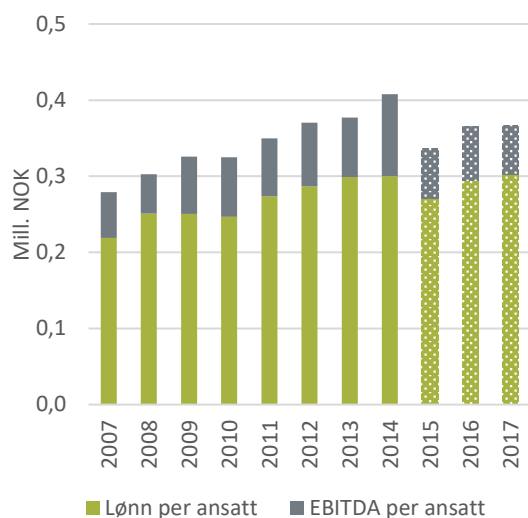
	2015	2016	2017
Andre behandlingstjenester	3 %	4 %	4 %
Barnevern, psykisk helse og avhengighet	5 %	4 %	4 %
Primærhelsetjeneste	10 %	9 %	8 %
Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering	20 %	20 %	16 %
Behandling	9 %	8 %	7 %

2.3.4. Moderat produktivetsutvikling

Figur 2-27 nedenfor viser produktivetsutviklingen for privat behandling målt ved verdiskaping per sysselsatt (total høyde på søylene) og som lønnskostnader per ansatt (nederste del av søylene). Lønnskostnader per ansatt steg fra 383 000 kroner i 2007 til 457 000 kroner i 2014. Dette tilsvarer en gjennomsnittlig årlig vekst i perioden på tre prosent. Produktivetsveksten målt som verdiskaping er også positiv over perioden, fra 471 000 kroner i 2007 til 590 000 kroner i 2014, tilsvarende en årlig vekst på 3,3 prosent. Produktivetsveksten i Behandlingsleddet har dermed vært betydelig høyere enn for Helseindustrien, i perioden fra 2007 til 2014.

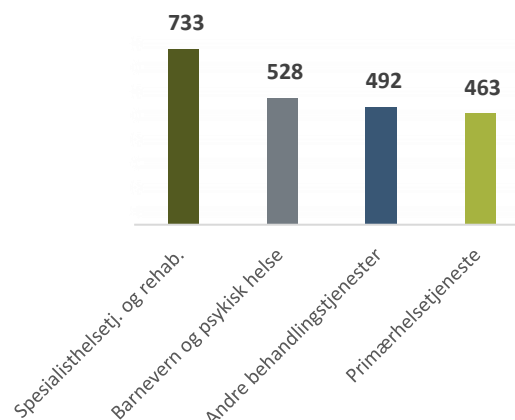
Andelen av verdiskapingen som tilfaller de ansatte har vært stabil i Behandlingsleddet gjennom perioden og er betraktelig høyere enn i Helseindustrien. Dette er ikke overraskende, da kapitalintensiteten er vesentlig høyere i Helseindustrien enn i Behandlingsleddet.

Figur 2-27: Produktivitet (verdiskaping per sysselsatte og lønn per sysselsatte) i Behandlingsleddet fra 2007 til 2017²⁵ (mill. NOK). Kilde: Menon



I alle fire bransjene i Behandlingsleddet har det opp gjennom perioden vært en positiv produktivitetsutvikling. Høyest vekst har det vært innen Barnevern, psykisk helse og avhengighet med en gjennomsnittlig årlig vekst i verdiskaping per sysselsatt på fem prosent. Lavest er Primærhelsetjeneste med en tilsvarende vekst på 2,3 prosent.

Figur 2-28: Produktivitet (verdiskaping per sysselsatte) for behandling etter bransje i 2017. Kilde: Menon



I figuren over er de ulike bransjene fremstilt med nivåene på verdiskaping per sysselsatt i 2017. Som det tydelig fremkommer er det innen Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering produktivetsnivået er høyest. 733 000 kroner per sysselsatt er 270 000 kroner mer enn innen Primærhelsetjeneste. Merk imidlertid at det er bransjemessige forskjeller i utstrekningen av midlertidige ansatte.²⁶ Dette vil innvirke på de målte produktivetsnivåene, når dette måles som vist i figuren over.

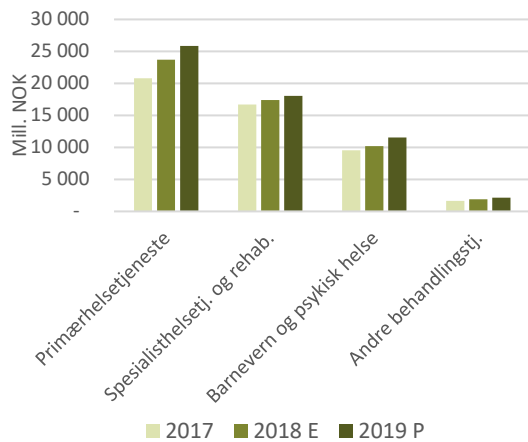
2.3.5. Vekstforventninger i Behandlingsleddet

Figur 2-29 viser bransjenes omsetning for 2017, omsetningsestimater for 2018 samt omsetningsprognose for 2019. Omsetningsestimaterne fra virksomheter innen Primærhelsetjeneste antyder en vekst i 2018 på 14,3 prosent. Bransjen venter videre også en sterk vekst i 2019, på 9 prosent. Vekstanslagene er sterkere enn hva bransjen har sett de siste årene.

²⁵ Merk at verdier for 2015, 2016 og 2017 ikke er sammenlignbare med tidligere år. Dette skyldes nye standarder for registrering av antall sysselsatte hos SSB f.o.m. 2015.

²⁶ Særlig innen Primærhelsetjeneste er dette utstrakt, noe som trekker ned indikatorverdien i Figur 2-28.

Figur 2-29: Omsetning for Behandling 2017, estimat for 2018 samt prognose for 2019, etter bransje (mill. NOK). Kilde: Menon



Virksomhetene innen Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering venter en langt lavere vekst enn Primærhelsetjeneste og Barnevern, psykisk helse og avhengighet i 2018 og 2019. Dette er i tråd med hvordan bransjene har utviklet seg i forhold til hverandre gjennom de siste ti årene. I 2018 forventer Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering en vekst på fire prosent. Bransjens prognoser tilsier en vekst på fire prosent også i 2019.

Barnevern, psykisk helse og avhengighet venter en vekst på syv prosent fra 2017 til 2018. Bransjen forventer videre en omsetningsvekst i 2019 på 13 prosent. Vi noterer her en endring fra fjorårets undersøkelse, hvor denne bransjen ventet omsetningsnedgang fra 2017 til 2018. Det ble i fjor trukket frem av bedriftene i denne bransjen, og i Behandlingsleddet generelt, at de anså det som en reell bekymring at kommuner og stat tilbakeførte privatdrevne helsetjenester til offentlig egenregi. Dette anses og oppleves trolig fremdeles som en trussel, noe nedgangen i omsetningsvekst fra 2016 til 2017 kan indikere. Dog gir ikke årets undersøkelse det samme grunnlaget for å trekke denne konklusjonen når man kun tar utgangspunkt i bedriftenes egne estimater for omsetningsveksten i de neste to årene.

2.4. Helsenæringens geografiske fordeling

Verdiskapingen i Helsenæringen er mer konsentrert geografisk enn verdiskapingen i næringslivet samlet sett, når vi fordeler verdiskapingen utover blant landets fylker. Dette er tydelig når vi summerer andelen av verdiskapingen i Helsenæringen som stammer fra virksomhet i Oslo og Akershus. 48 prosent av verdiskapingen i Helsenæringen i 2017 kom fra disse fylkene. Til sammenligning kan 32 prosent av verdiskapingen i hele norsk næringsliv (ekskl. olje og gass samt de statlig eide helseforetakene) i 2017 tilordnes de to fylkene Oslo og Akershus. I tabellen under fremgår verdiskapingen i Helsenæringen i 2017 i landets fylker sammen med tilsvarende andel for hele næringslivet.

Tabell 2-7: Verdiskaping i Helsenæringen og næringslivet samlet i 2017. Olje- og gass-virksomhet ekskludert samt de off. helseforetakene. Kilde: Menon

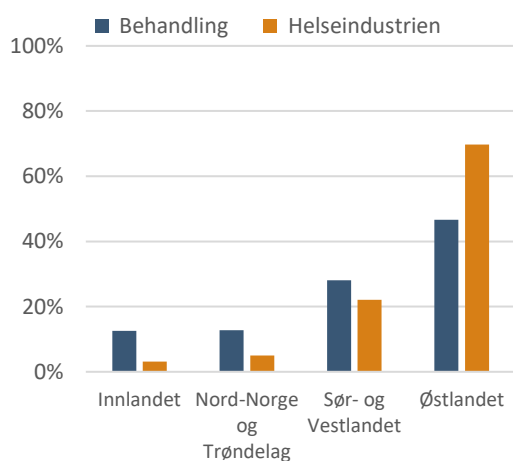
	Helse-næringen	Norsk næringsliv, u/ olje, gass og off. helseforetak
Oslo	33 %	21 %
Akershus	15 %	11 %
Hordaland	7 %	9 %
Rogaland	6 %	19 %
Vest-Agder	6 %	7 %
Trøndelag	5 %	2 %
Buskerud	5 %	4 %
Østfold	5 %	3 %
Vestfold	4 %	3 %
Oppland	3 %	2 %
Nordland	2 %	3 %
Telemark	2 %	0,1 %
Troms	2 %	2 %
Hedmark	2 %	2 %
Møre og Romsdal	2 %	4 %
Aust-Agder	1 %	1 %
Sogn og Fjordane	1 %	2 %
Finnmark	1 %	1 %

Oslo og Akershus skiller seg ut ved å være overrepresentert hva angår verdiskaping i Helsenæringen. Det er like fullt vesentlige forskjeller mellom de to fylkene vedrørende hvilke deler av

næringen de er overrepresentert i. Akershus er overrepresentert, i form av verdiskaping, innen Distribusjon og Medtech. Dette må trolig sees i sammenheng med lufthavnen på Gardermoen og regionens rolle generelt i næringslivet på dette området. Store deler av verdiskapingen innen både Diagnostikk og Legemidler, de to største bransjene i Helseindustrien, er derimot overrepresentert i Oslo.

I figuren under, Figur 2-30, er fylkene i Norge inndelt i fire regioner²⁷, og er så tilordnet andeler av verdiskapingen i Helsenæringen i 2017, etter hovedgrupper.

Figur 2-30: Verdiskapingen i Helsenæringen i 2017 fordelt etter hovedregioner. Høyden på søylene illustrerer andelen av verdiskapingen den respektive regionen har i ulike deler av Helsenæringen. Kilde: Menon



Som det fremkommer av figuren over er verdiskapingen i Behandlingsleddet vesentlig mer spredt utover landet enn verdiskapingen i Helseindustrien. Der kun 17 prosent av verdiskapingen innen Helseindustri i 2017 er tilordnet virksomheter utenfor Østlandet, er tilsvarende andel for det private Behandlingsleddet på i underkant av 50 prosent. Dette mønsteret er naturlig da

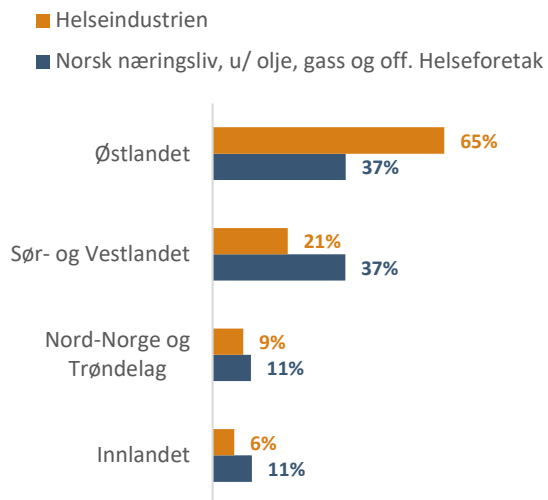
behandlingsinstitusjoner, i særdeleshet primærhelsetjenester, i større grad enn virksomheter i Helseindustrien må være lokalisert der folk bor. Allikevel ser vi tegn til at verdiskapingen innen Helseindustrien i økende grad spres geografisk, ettersom andelen på Østlandet har sunket, mens andelen på Sør- og Vestlandet har steget sammenlignet med en tilsvarende beregning i fjor.

Syssetningen i Helsenæringen er i mindre grad sentrert på Østlandet enn det vi så for verdiskaping. Hovedsakelig skyldes dette at Helseindustrien, med høyest verdiskaping per ansatt i Helsenæringen, i større grad er sentrert på Østlandet enn det Behandlingsleddet er, som har flest antall ansatte i Helsenæringen. I figuren under sammenligner vi den geografiske fordelingen av norsk sysselsetting i Helseindustrien med norsk næringsliv generelt. Som det fremkommer er Østlandet betydelig overrepresentert.²⁸ Hele 65 prosent av de sysselsatte i Helseindustrien i 2017 var tilknyttet virksomheter med tilholdssted på Østlandet. Til sammenligning var 37 prosent av alle sysselsatte i norsk næringsliv tilordnet virksomheter i regionen.

²⁷ «Innlandet» består av Oppland, Hedmark og Buskerud, «Nord-Norge og Trøndelag» av Finnmark, Troms, Nordland og Trøndelag, «Sør- og Vestlandet» av Agderfylkene, Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal og Telemark. «Østlandet» utgjør de fire resterende fylkene i landet.

²⁸ Med over- og underrepresentasjon menes i denne sammenheng at en region er tilordnet en hhv. høyere eller lavere andel av sysselsatte i Helsenæringen sammenlignet med den tilsvarende andelen for norsk privat næringsliv totalt sett.

Figur 2-31: Sysselsetting i hhv. Helseindustrien og i norsk næringsliv samlet i 2017, fordelt andelsmessig etter hovedregioner. Kilde: Menon



Sør- og Vestlandet er lavest representert hva angår sysselsetting i Helseindustrien i 2017, relativt til sysselsettingen i det resterende næringslivet i regionen. Høy generell sysselsetting og befolkningstetthet i deler av regionen er sentrale årsaker.

3. Helsenæringens innovasjon

Helsenæringen er svært forsknings- og innovasjonsintensiv. De følgende to kapitlene beskriver Helsenæringens egenskaper og identifiserer muligheter og utfordringer fra forskning til internasjonal ekspansjon.

3.1. Innovasjonsprosessen fra forskning til kommersialisering

Før en innovasjon blir til et ferdig produkt eller tjeneste har innovasjonen passert gjennom flere utviklingsfaser. De fleste innovasjoner som når markedet og oppnår suksess har gjennomgått en formell strukturert prosess.²⁹ Et eksempel på en slik innovasjonsprosess er Coopers stage-gate-modell.³⁰

I stage-gate-modellen blir hver fase (stage) evaluert (gate) før man går videre til neste fase, som illustrert i Figur 3-1. Dette gir muligheten til å avbryte mislykkede prosjekter underveis i prosessen. Det er

behovet for produktet eller tjenesten og hvilke forutsetninger bedriften har for å dekke dette behovet gitt den usikkerheten som eksisterer (teknologi og marked). Deretter besluttes det om prosjektet skal videre til **utviklingsfasen**. Denne innebærer utvikling av et produkt eller en tjeneste i forhold til tekniske spesifikasjoner og markedsstrategi. I **testing- og verifiseringsfasen inkludert kliniske studier** testes produktet eller tjenesten på bakgrunn av gitte krav til ytelse og funksjonalitet. Kravene i denne fasen er varierende innad i helseindustrien. En fitness-app trenger ofte ingen former for offentlig godkjenning, mens et legemiddel må gjennom opp mot ti år med testing, pre-kliniske og kliniske studier, før det når markedet. Disse prosessene er beskrevet nærmere senere i kapitlet. Mellomvarianten er ofte diagnostisk og medisinsk-teknisk utstyr. Dette må godkjennes i henhold til egne regulatoriske krav, men der kravene inkluderer færre pasienter og dermed tar kortere tid og koster mindre. Det er samtidig mange apper som må ha regulatorisk godkjenning.

Figur 3-1: Stage-gate-modellen. Kilde: Cooper (1993)



viktig å påpeke at innovasjonsprosesser og kommersialiseringsløp sjelden er lineære prosesser, som den visualisert i illustrasjonen. Forskning og testing gjennomføres som regel løpende gjennom hele prosessen.

En **idé** er grunnlaget for hele utviklingsprosessen. Det gjennomføres så en **analyse** for å vurdere markedspotensial og mulighetene for å løse tekniske utfordringer. I **konseptutviklingsfasen** utvikles forretningsplanen ved kartlegging av

Dersom testing- og verifiseringsfasen er vellykket, tas beslutning om **kommersialisering**. Det kreves mye tålmodig og risikovillig kapital for å føre en bedrift fra forskning til kommersialisering. Jo lengre prosessen varer og jo større usikkerhet det er om den vil lede frem til et produkt med markeds-potensial, desto vanskeligere er det å skaffe kapital. Derfor er det nødvendig med et bredt spekter av finansieringskilder langs veien. Dette kommer vi tilbake til i kapittel 4. Samtidig finnes det mange forskere med gode ideer til konsepter og produkter

²⁹ Biemans, 1992.

³⁰ I dag benytter mellom 70 og 85 prosent av de ledende bedriftene i USA stage-gate-modellen for å utvikle produkter og få de lansert på markedet (AMR Research, 2011). Innføring av stage-gate-modellen har ført til større

suksessrate i mange bedrifter, blant annet i form av kortere «time to market», større fortjeneste og økt kundetilfredshet.

som trenger hjelp i form av veiledning og nettverk for å lykkes med kommersialisering fremfor ren kapital. Klyngeorganisasjoner og TTOer er viktige bidragsyttere på dette området.

3.1.1. Bedrifter i alle bransjer og faser er representert i spørreundersøkelsen

Helsenæringen er en svært differensiert gruppe bedrifter som står overfor ulike utfordringer knyttet til innovasjon, utvikling og kapitaltilgang. Hvilke utfordringer som er mest presserende er delvis betinget av hvilken utviklingsfase selskapene befinner seg i. Mange bedrifter befinner seg i en gründerfase med høy innovasjons- og forskningsinnsats før produktet kommersialiseres. Dette gjør Helsenæringen særegen. I tillegg har deler av næringen svært lange kommersialiseringsløp, særlig bransjene Legemidler og Diagnostikk. Kommersialiseringsløpene er gjerne kortere og også mindre kapitalkrevende for Medtech, men kommersialiseringsprosessen internasjonalt vil allikevel kreve betydelige ressurser.

En viktig datakilde i dette kapittelet er spørreundersøkningsdata. Utvalget i undersøkelsen er medlemsbedrifter i organisasjonene som står bak denne rapporten. Respondentene til undersøkelsen representerer hele spekteret av utviklingsfaser, noe som er viktig for datakvaliteten. Respondentbedriftene i årets undersøkelse representerer om lag 22 prosent av den samlede omsetningen for Helsenæringen. Det er flest respondenter fra Helseindustrien – disse bedriftene representerer 35 prosent av den samlede omsetningen i Helseindustrien i 2017.



3.2. Næringens forskningsinnsats

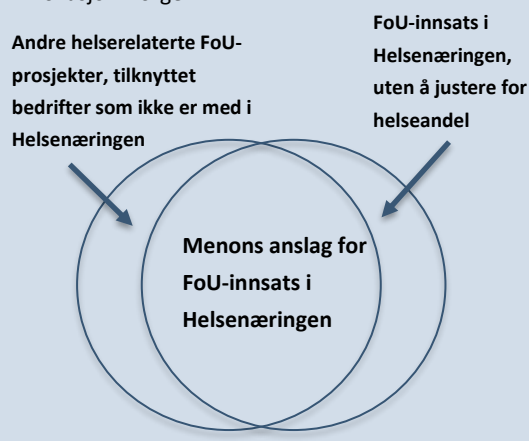
Hvordan måler vi Helsenæringens forskningsinnsats?

Menon har bygget opp en populasjon av bedrifter som til sammen utgjør Helsenæringen. I årets analyse består denne populasjonen av over 13 000 bedrifter. Av Forskningsrådet og Innovasjon Norge har vi fått oppgitt hvor mye selskapene har fått i FoU-støtte og i skattefradrag, gjennom Skattefunn-ordningen.

Basert på spørreundersøkelsen har vi anslag for mye av selskapene i Helsenæringens omsetning som er helserelatert. Denne samme andelen anvendes på dataene for tilkjent FoU-støtte for å fremstille et overslag på FoU-innsatsen i Helsenæringen. Denne metoden anvendes ettersom vi ikke vet hvorvidt FoU-tilskuddene og godkjente skattefradrag er helserelaterte eller ikke.

Dataene presentert i dette kapittelet er således å anse som anslag, og vil skille seg fra tallene fra Forskningsrådet og Innovasjon Norge hva angår støtte og skattefradrag til helserelaterte FoU-prosjekter.

Figuren nedenfor illustrerer hvordan våre anslag overlapper med dataene fra Forskningsrådet og Innovasjon Norge.

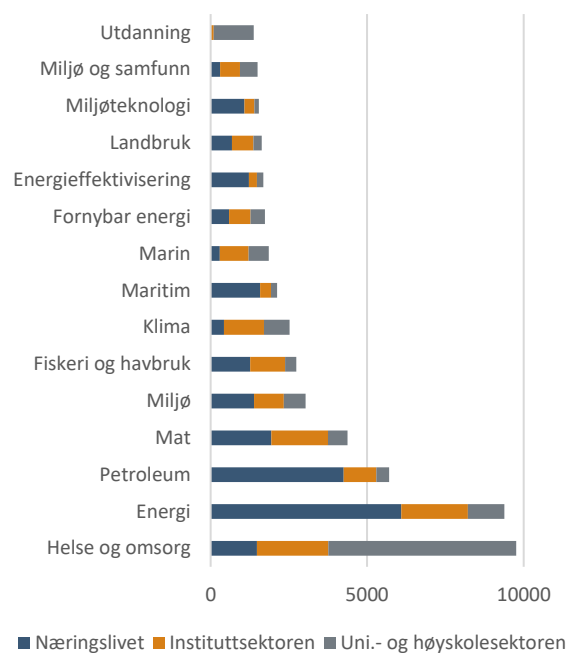


3.2.1. Norges mest forskningsintensive sektor

Helsesektoren er den mest forskningsintensive sektoren i Norge. Ifølge Forskningsbarometeret 2018 var de samlede driftsutgiftene til FoU på helsefeltet på nesten 9,8 mrd. kroner i 2015. Dette

er en økning på om lag 9 prosent fra 2013. Universitets- og høyskolesektoren står for den største forskningsinnsatsen, med 6 mrd. kroner. Næringslivets samlede driftsutgifter til FoU innen helse og omsorg beløp seg, ifølge Forskningsbarometeret, til 1,5 mrd. kroner i 2015.

Figur 3-2: Driftsutgifter til FoU etter område i 2015 (mill. NOK).³¹ Kilde: Forskningsbarometeret 2015 og Menon



3.2.2. Kraftig vekst i FoU-prosjekter

Basert på tall som Forskningsrådet har koblet på Menons populasjon over foretak i Helsenæringen, er det anslått at næringens samlede skattefradrag fra godkjente Skattefunnprosjekter beløper seg til 525 mill. kroner i 2018.³² I tillegg til tilkjente skattefradrag fra godkjente Skattefunnsøknader kan forsknings- og innovasjonsprosjekter også motta direkte støtte fra Forskningsrådet. Denne

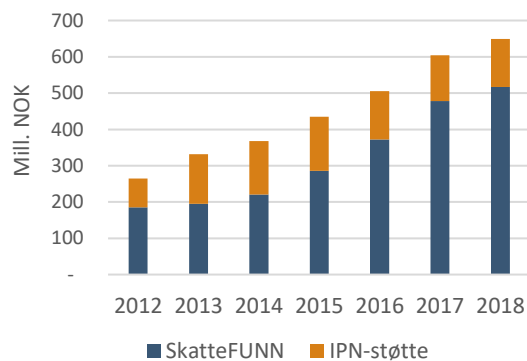
³¹ Alle helseforetakenes driftsutgifter til FoU er inkludert under temaet helse. Helseforetak inngår her ikke under næringslivet.

³² Dette er anslått med utgangspunkt i Forskningsrådets datamateriale for godkjente Skattefunnprosjekter blant selskapene i vår populasjon av selskaper i Helsenæringen. Videre har vi justert tallene for selskapenes helseandel – andelen av selskapenes virksomhet som er helserelatert (se forklarende boks i kapittel 1.2.3. for mer om helseandeler).

prosjektstøtten er i 2018 anslått til 133 mill. kroner³³, for selskapene i Helsenæringen.

Veksten i budsjetterte Skattefunnfradrag og støtten fra Forskningsrådet, illustrert i Figur 3-3 nedenfor, antyder at det har vært en formidabel vekst i Helsenæringens FoU-innsats de siste årene. Fra 2013 til 2018 er størrelsen på samlet skattefradrag for FoU-prosjekter mer enn doblet (vekst på 165 prosent). Bare i løpet av de siste to årene økte refusjonen fra Skattefunn med nesten 40 prosent, fra 381 mill. kroner i 2016 til 525 mill. kroner i 2018.

Figur 3-3: Budsjetterte Skattefunnfradrag og støtte til innovasjonsprosjekter i næringslivet (IPN) fra Forskningsrådet til Helsenæringen fra 2012 til 2018 (mill. NOK). Kilde: Forskningsrådet og Menon



Denne utviklingen, med sterke økninger i budsjetterte Skattefunnfradrag de siste årene, har imidlertid ikke vært unik for Helsenæringen. Ordningen som helhet har blitt stadig bedre kjent, noe som gjenspeiles i at de samlede FoU-budsjettene i forbindelse med søknad om SkatteFUNN har steget med nesten 60 prosent fra 2015 til 2018. Den tilsvarende veksten for helserelaterte SkatteFUNN-prosjekter er imidlertid høyere, med nesten 70 prosent.

Merk at som en konsekvens av metoden anvendt her er de totale Skattefunnrefusjonene til selskapene i populasjonen høyere enn det som er angitt over.

³³ I tillegg til oversikt over selskapenes godkjente skattefradrag har Forskningsrådet også oppgitt tallmateriale for IPN-støtte (Innovasjonsprosjekt i næringslivet) til selskapene i Helsenæringen. Se fotnote over for forklaring på metoden dette anslaget fremkommer av.

ImTECH

Oslo Imaging Technology Research and Innovation Centre (ImTECH) er et forsknings- og innovasjonssenter for utvikling av medisinsk bildediagnostisk teknologi. Senteret legger til rette for et tverrfaglig samarbeid mellom helsepersonell, forskningsmiljøer og internasjonale industriaktører. Målet er å utvikle framtidens løsninger for avansert bildediagnostikk og bildebehandling.

ImTECH er et samarbeidsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus og GE Healthcare, som er å regne som en av de fremste leverandørene av avansert avbildningsutstyr.

Den teknologiske utviklingen innen bildediagnostikk har bidratt til at undersøkelser foretas raskere og med høyere presisjon og nøyaktighet. Samtidig setter den teknologiske utviklingen setter strengere krav til stadige og kostbare oppdateringer av systemene. ImTECH ønsker å være en plattform der norske industrisamarbeidspartnere får mulighet til å teste og utvikle nye løsninger i et internasjonalt miljø.

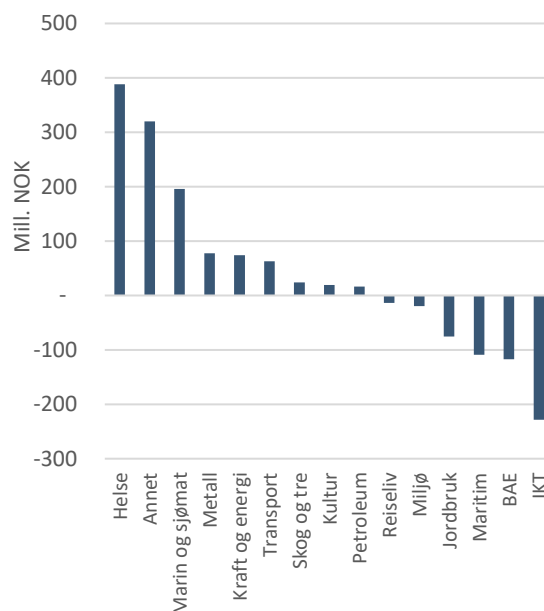


Refusjonen fra Skattefunn kan maksimalt utgjøre 20 prosent av bedriftenes forskningsprosjekter. I tillegg til budsjetterte skattefradrag har vi også oversikt over de samlede budsjettene, tilknyttet de aktuelle FoU-prosjektene, det er søkt om Skattefunnfradrag for. I 2018 beløp dette seg til i underkant av 3,1 mrd. kroner for Helsenæringen, etter at tallene er justert for andelen av selskapenes virksomhet som er helserelatert. Dette tallet er vårt beste estimat for FoU-utgiftene for selskapene i Helsenæringen i 2018. Anslaget er like fullt å anse som et «gulv» da det helt sikkert er gjennomført FoU-prosjekter i næringen uten at det har blitt søkt om skattefradrag gjennom Skattefunnordningen. Det fremkommer videre at veksten i FoU-utgiftene har vært svært høy de siste årene, men at veksten reduseres. Den gjennomsnittlige årlige veksten i samlede FoU-budsjetter for Skattefunnprosjekter for alle bedriftene i Helsenæringen fra 2014 til 2018 er på 21 prosent. Fra 2017 til 2018 var denne

veksten på 11 prosent. Dette er fremdeles høyt, men lavere enn årsveksten i de tre foregående årene hvor denne var mellom 20 og 30 prosent.

Veksten i den samlede størrelsen på helsefaglige SkatteFunn-prosjekter fra 2017 til 2018 var dermed høyere enn for andre fagområder. Dette illustreres godt av data fra Forskningsrådet, som viser at helse var det fagområdet som hadde den aller sterkeste nominelle veksten fra 2017 til 2018, når det kommer til budsjetterte FoU-kostnader.

Figur 3-4: Nominell endring i budsjetterte FoU-kostnader, oppgitt ifm. SkatteFunn-søknader, fra 2017 til 2018. Kilde: Forskningsrådet og Menon



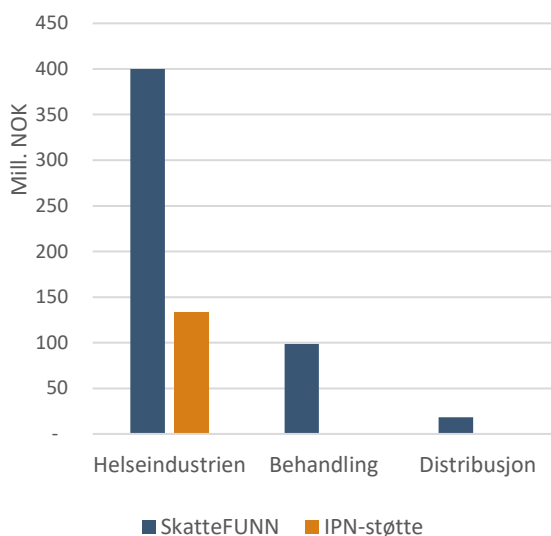
De antatte kostnadene ifm. FoU-prosjekter – de budsjetterte kostnadene – med et helsefaglig tema steg i 2018 med 13 prosent, ifølge tall fra Forskningsrådet. Den tilsvarende veksten for næringslivet samlet var på tre prosent. Helsenæringen hadde dermed en vesentlig sterkere vekst i FoU sammenlignet med resten av næringslivet i 2018, om man legger til grunn opplysningene i SkatteFunn-søknader.

3.2.3. Skattefunn og Forskningsrådsprosjekter

Det samlede skattefradraget gjennom Skattefunn-ordningen tilknyttet helsereelatert FoU-virksomhet i bedrifter i Helsenæringen beløp seg i 2018 til anslagsvis 525 mill. kroner³⁴. Dette tilsvarer om lag 9 prosent av totalt budsjetterte Skattefunnfradrag dette året.

Figur 3-5 illustrerer FoU-støtte fra Forskningsrådet og budsjetterte Skattefunnfradrag for Helsenæringen etter hovedgrupper. Bedriftene som er kategorisert innunder Helseindustrien mottok til sammen anslagsvis 400 mill. kroner, tilsvarende 77 prosent av det totale beregnede skattefradraget gjennom Skattefunn til Helsenæringen.

Figur 3-5: Budsjetterte skattefradrag gjennom Skattefunn og støtte gjennom Innovasjonsprosjekt i næringslivet (IPN) fra Forskningsrådet til Helsenæringen, etter hovedgruppe i 2018 (mill. NOK). Kilde: Forskningsrådet og Menon



Det er estimert at Helsenæringen mottok til sammen om lag 133 mill. kroner³⁵ i direkte FoU-

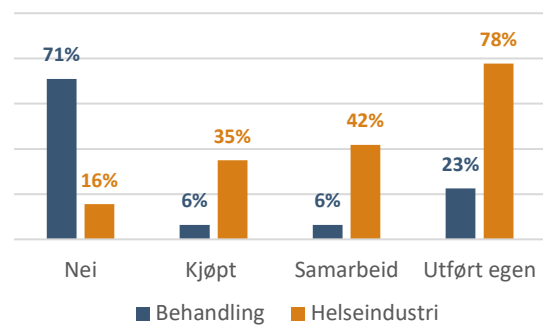
³⁴ Av Forskningsrådets tallmateriale for godkjente skattefunnfradrag fremkommer det at selskapene i Helsenæringen fikk godkjent skattefunnfradrag til en verdi av 644 mill. kroner, i 2018. Vårt estimat, på 525 mill. kroner, fremkommer av justeringen for helseandel i de ulike selskapene (se tekstboks i kap. 1.2.3.).

støtte fra Forskningsrådet i 2018. All denne støtten gikk til virksomheter kategorisert innunder Helseindustrien.

Den store forskjellen i FoU-intensitet mellom Helseindustri og resten av Helsenæringen bekreftes av bedriftenes egen rapportering om forskning. Nesten 85 prosent av bedriftene i Helseindustrien hadde FoU-aktivitet i 2018, mot 30 prosent blant behandlingsvirksomhetene. Knapt noen bedrifter i Behandlingsleddet kjøpte FoU, mens oppimot én av fire behandlingsvirksomheter utførte FoU selv.

Over 3 av 4 bedrifter i Helseindustrien utførte egen FoU i 2018. 4 av 10 samarbeidet om FoU, og 1 av 3 kjøpte FoU.

Figur 3-6: Fordeling av bedriftene i Helsenæringens svar på om virksomheten har kjøpt, samarbeidet om eller utført egen FoU i 2018. Kilde: Menon



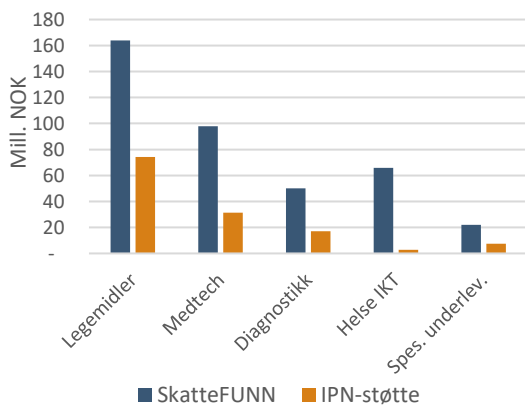
³⁵ Dette tallet vil kunne avvike fra Forskningsrådets tall for direkte støtte til helsereelatert forskning i næringslivet i 2018. Én årsak til dette er at vi beregner IPN-støtten til Helsenæringen ved anvendelse av helseandelene til de ulike bedriftene, som vi gjør med Skattefunn-beregningene omtalt over.



3.2.4. Store forskjeller mellom bransjene i Helseindustrien

Figur 3-7 viser FoU-støtte fra Forskningsrådet og budsjetterte Skattefunnfradrag til de ulike bransjene i Helseindustrien i 2018. Det fremkommer at selskaper innen Legemidler og Medtech fikk mer enn 70 prosent av den samlede verdien av godkjente skattefradrag gjennom Skattefunn og direkte støtte fra Forskningsrådet i form av Innovasjonsprosjekter i næringslivet (IPN).

Figur 3-7: Budsjetterte Skattefunnfradrag og IPN-støtte fra Forskningsrådet for Helseindustrien etter bransje i 2018 (mill. NOK). Kilde: Forskningsrådet og Menon

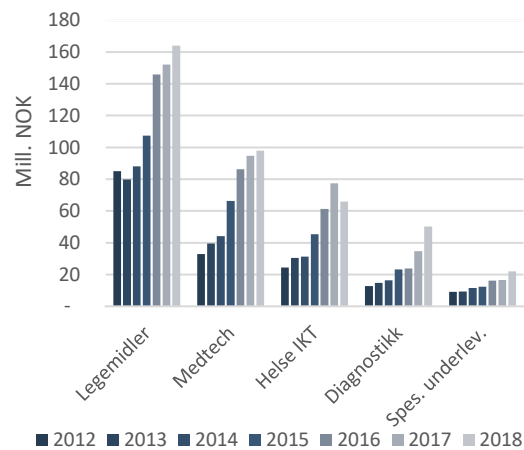


Legemiddelvirksomheter fikk godkjent om lag 40 prosent av Helseindustriens samlede budsjetterte skattefradrag gjennom Skattefunnordningen og fikk innvilget over 55 prosent av støtten til Innovasjonsprosjekter fra Forskningsrådet. Helse IKT er den bransjen som mottok minst, med kun 2 prosent av midler innvilget til innovasjonsprosjekter i Helseindustrien. Helse IKT er også bransjen som mottok minst

relativt til bransjens økonomiske størrelse. Tilsvarende er Medtech den bransjen som mottok mest IPN-støtte, relativt til bransjens størrelse.

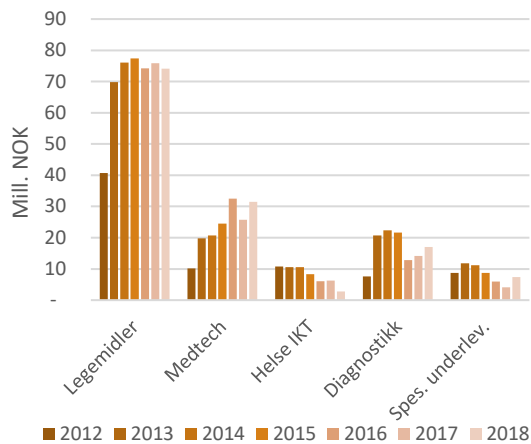
Figurene nedenfor viser at det har vært en kraftig vekst i budsjetterte skattefradrag i alle deler av Helseindustrien. Over perioden fra 2012 til 2018 har det særlig vært en høy vekst innen Diagnostikk og Medtech, med hhv. 26 og 20 prosent gjennomsnittlig årlig vekst. Disse vekstratene impliserer en hhv. fire- og tredobling i innvilget skattefradrag ifb. skattefunn fra 2012 til 2018.

Figur 3-8: Godkjente budsjetterte skattefradrag gjennom Skattefunnordningen til Helseindustrien etter bransje fra 2012 til 2018. Kilde: Forskningsrådet og Menon



Bildet er mer sammensatt hva angår støtte til innovasjonsprosjekter. Medtech-, Diagnostikk- og Legemiddelbedriftene har opplevd en moderat til høy vekst i denne typen prosjektstøtte, mens Helse IKT og Spesialiserte underleverandører har opplevd en nedgang i samlet IPN-støtte i perioden fra 2012 til 2018. Det er verdt å notere at antallet prosjekter i de to sistnevnte bransjene er lavt. Det er således vanskelig å trekke konklusjoner om utviklingen i støtte til Innovasjons-prosjekter i næringslivet (IPN) for disse bransjene.

Figur 3-9: Støtte fra Forskningsrådet til Innovasjonsprosjekter i næringslivet (IPN-støtte) for bedrifter i Helseindustrien etter bransje fra 2012 til 2018 (mill. NOK). Kilde: Forskningsrådet og Menon



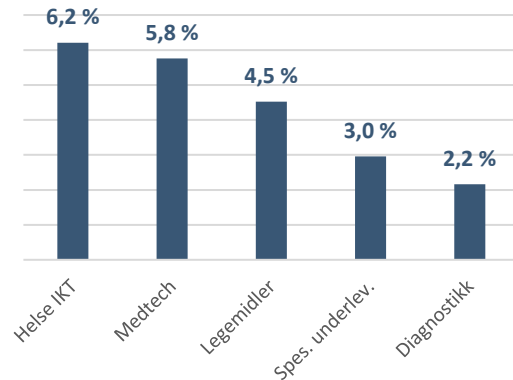
3.2.5. Over 4 prosent av inntektene i Helseindustrien reinvesteres i FoU

Av Helseindustriens 58 mrd. kroner i anslåtte inntekter i 2018, ble oppunder 2,5 mrd. kroner (av totalt 3,1 mrd. i hele Helsenæringen) – 4,2 prosent – anvendt i helserelevante FoU-prosjekter.

Prosjekter blant selskapene i legemiddelindustrien sto for nesten halvparten av Helseindustriens samlede FoU-innsats i 2018, målt etter oppgitte FoU-budsjetter for godkjente Skattefunnsøknader. Bransjen brukte nesten 1,2 mrd. kroner på SkatteFunn-prosjekter i 2018, 4,5 prosent av deres samlede inntekter. FoU-intensiteten synes å være noe høyere i andre deler av Helseindustrien når man bruker FoU-kostnader i Skattefunn-prosjekter som indikator for FoU-aktivitet. Aller høyest FoU-intensitet (FoU som andel av omsetning) finner vi blant Helse IKT- og Medtech-bedriftene. De anvendte henholdsvis 6,2 og 5,8 prosent av inntektene på SkatteFunn-prosjekter i 2018. For Helse IKT er midler fra Forskningsrådsprosjekter svært begrenset.³⁶ Det er Skattefunnrefusjoner som utgjør det aller meste av FoU-finansieringen (se Figur 3-7).

³⁶ En årsak til at veksten og nivået i denne typen støtte har vært lav for selskaper i Helse IKT er at bedrifter i denne bransjen i hovedsak driver med utvikling, og i

Figur 3-10: FoU-intensitet i Helseindustrien i 2018, fordelt på bransjer. Budsjetterte FoU-utgifter oppgitt i forbindelse med helserelaterte Skattefunnsøknader som andel av omsetning i 2018 (estimat). Kilde: Forskningsrådet og Menon



3.3. Offentlig støtte til innovasjon

Mens Forskningsrådet skal bidra til utviklingen av nye teknologier og produkter, er Innovasjon Norges oppgave å bidra til kommersialisering, vekst og internasjonalisering. Støtte fra Innovasjon Norge er delt inn i tre kategorier. Disse er:

- *Garantier*, som opp gjennom årene har utgjort en svært liten del av totalen – i hverken 2017 eller 2018 ble det innvilget noen garantier til virksomhetene i Helsenæringen (i 2015 ble det innvilget i underkant av én million kroner).
- *Lån*, enten innovasjonslån eller lavrisikolån, rapportert som bevilget lånesum og ikke i form av støtteekvivalenter.
- *Tilskudd*, det vil si et bredt spekter av programmer/tjenester som etablererstipend, offentlige utviklingskontrakter (OFU) eller investeringsstøtte.

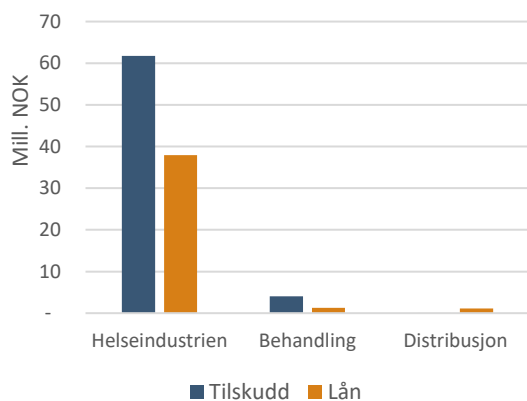
Figur 3-11 viser støtte fra Innovasjon Norge, i form av lån og tilskudd, til Helsenæringen i 2018. Som det fremkommer av figuren innvilges det aller meste av støtten til Helsenæringen av Innovasjon Norge til Helseindustrien. I 2018 var det nesten 94 prosent.

mindre grad med forskning. Høy forskningsgrad er en forutsetning for støtte fra Forskningsrådet.

Behandlingsleddet og Distribusjon mottar svært lite fra Innovasjon Norge.

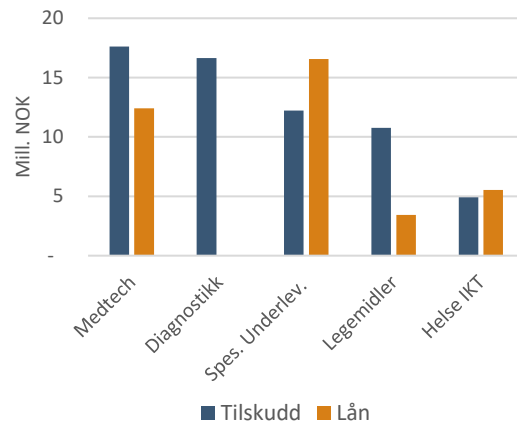
Helseindustrien dominerer både hva gjelder tilskudd og lån fra Innovasjon Norge. Beløpene er like fullt relativt beskjedne sammenlignet med FoU-støtten fra Forskningsrådet. Helsenæringen fikk til sammen innvilget om lag 62 mill. kroner i tilskudd fra Innovasjon Norge i 2018 og omtrent 38 mill. kroner i samlede lån. Merk at tallene ikke inkluderer støtte til klynger, eksportprogrammer eller såkorn- og presåcornkapital. Total innvilget støtte fra Innovasjon Norge til Helsenæringen er derfor vesentlig høyere enn det som fremkommer her.

Figur 3-11: Innvilget støtte fra Innovasjon Norge for Helsenæringen etter hovedgruppe i 2018 (mill. NOK). Kilde: Innovasjon Norge og Menon³⁷

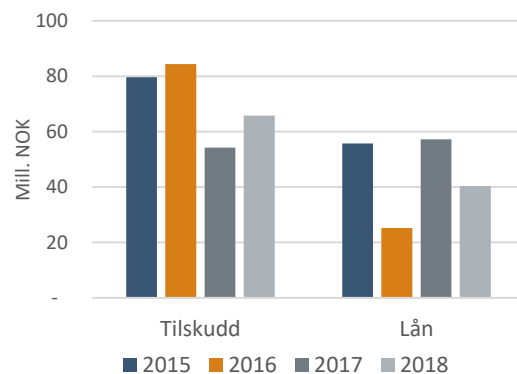


Helseindustrien ble innvilget nesten 62 mill. kroner i tilskudd og 38 mill. kroner i lån i 2018. Figur 3-12 viser at det innenfor Helseindustrien er Medtech som har mottatt mest støtte fra Innovasjon Norge i 2018, tett etterfulgt av Diagnostikk og Spesialiserte underleverandører. Til sammen mottok disse bransjene 75 prosent av støtten til Helseindustrien i 2018. Til forskjell fra i 2017 fikk Diagnostikk innvilget langt mer tilskudd i 2018. En grunn til de store svingningene er at bransjen domineres av noen få store aktører.

Figur 3-12: Innvilget støtte fra Innovasjon Norge til Helseindustrien etter bransje i 2018 (mill. NOK). Kilde: Innovasjon Norge og Menon³⁸



Figur 3-13: Utvikling i tilskudd og lån (garantier er utelatt da dette kun utgjør en marginal andel av Innovasjon Norges støtte til Helsenæringen i disse årene) fra 2015 til 2018. Kilde: Innovasjon Norge/Menon



Helsenæringen mottok tilskudd fra Innovasjon Norge på om lag 80 mill. kroner i 2015 og 2016. Fra 2016 til 2017 falt tilskuddet til Helsenæringen med over 30 prosent, før det økte med nærmere 12 mill. kroner i 2018. Hva gjelder utviklingen i lån, varierer den mer fra år til år enn tilskuddsbevilgningene, slik det fremkommer av Figur 3-13. En grunn til dette er at det samlede lånebeløpet fra Innovasjon Norge til bedriftene i Helsenæringen i stor grad preges av enkeltavtaler. Eksempelvis preges økningen i 2015

³⁷ Tallene er justert for helseandel. Tallene vil dermed kunne avvike fra innvilget støtte til helse rapportert fra Innovasjon Norge.

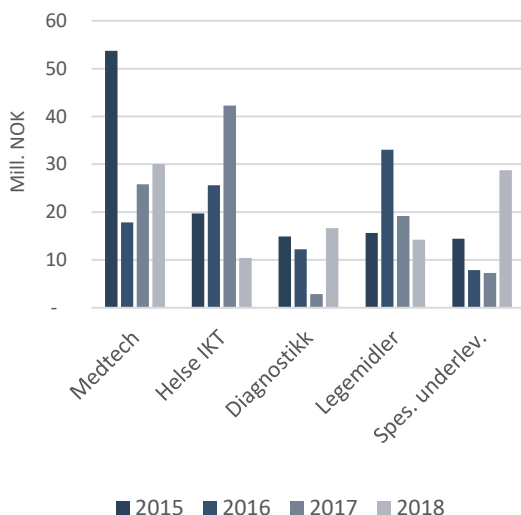
³⁸ Ibid.

og 2017 av at det ble innvilget et betydelig lån til én Medtechbedrift og én Helse IKT-bedrift.

Ser vi på støtten innvilget av Innovasjon Norge i fireårsperioden fra 2015 til 2018 samlet, fremkommer det at fordelingen av støtte mellom bransjene i 2018 langt på vei spiller støtten opp gjennom de siste årene. Unntaket er i denne sammenheng Helse IKT, som ble innvilget uforholdsmessig lite støtte fra Innovasjon Norge i 2018 sammenlignet med tidligere år.



Figur 3-14: Innvilget støtte (sum av tilskudd og lån) fra Innovasjon Norge til Helseindustrien etter bransje fra 2015 til 2018 (mill. NOK). Kilde: Innovasjon Norge og Menon³⁹



3.3.1. Andre innovasjonsfremmende virkemidler i Helsenæringen

I tillegg til Innovasjon Norges bedriftsrettede virkemidler finnes det en lang rekke offentlige virkemidler som er utviklet for å stimulere til innovasjon i næringslivet og som i stor grad også benyttes av bedriftene i Helsenæringen. Et viktig eksempel er Sivas inkubasjonsprogram, som blant annet har bidratt til etableringen av helseinkubatoren Aleap og til Oslo Cancer Cluster Incubator (OCCI). Flere andre inkubatorer bidrar også inn i utviklingen av nystartede bedrifter innenfor denne næringen og det er under utvikling et stadig tettere samarbeid mellom flere av disse for å kunne tilby gode nok og spissede tjenester til bedriftene.

Siva er også medeier og tilrettelegger for flere innovasjonsselskaper som aktivt stimulerer til innovasjon i Helsenæringen, blant annet gjennom TTOene (Technology Transfer Offices) på landets universiteter. Det norske klyngeprogrammet, Norwegian Innovation Clusters, har også spilt en viktig rolle i utviklingen av en norsk helseindustri. De tre helseklyngene som deltar i konsortiet bak denne rapporten, Norway Health Tech, Oslo Cancer Cluster og Norwegian Smart Care Cluster, har eksempelvis alle deltatt i klyngeprogrammet.

Ordningen Norsk katapult, som ble etablert i 2017 og som skal bidra til oppbygging og utvikling av nasjonale flerbruks-testsentre, bør også nevnes i denne sammenheng. Katapult-sentrene skal stimulere til mer og raskere innovasjon, samt utvikling og deling av kompetanse. I sentrene skal bedrifter kunne teste, simulere og visualisere teknologier, komponenter, produkter, løsninger, tjenester og prosesser. Lett tilgang til ekspertise, utstyr og hensiktsmessige lokaler skal gjøre veien fra konseptstadiet til markedsintroduksjon enklere. Siva, Innovasjon Norge og Forskningsrådet samarbeider om ordningen.

³⁹ Ibid.

3.4. Næringens innovasjoner

En høy FoU- og innovasjonsgrad i Helsenæringen er avgjørende for å kunne løse fremtidens helseutfordringer med eldrebølge, en relativ reduksjon i andelen innbyggere i arbeidsfør alder og økende press på offentlige budsjetter i Norge.

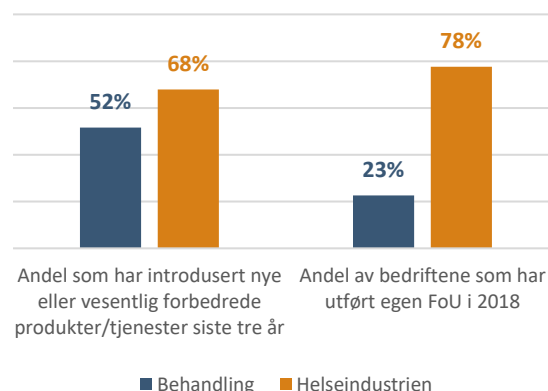
3.4.1. Bedriftene i Behandlingsleddet er langt mindre FoU-intensive – men har en like stor andel innovasjon som bedriftene i Helseindustrien

Blant bedriftene i Helsenæringen som deltok i spørreundersøkelsen, svarte 84 prosent av bedriftene i Helseindustrien at de utførte egen FoU i 2018. I underkant av 30 prosent gjorde det samme i Behandlingsleddet. FoU-intensiteten er kun 0,5 prosent (FoU-innsats i prosent av omsetning) i Behandlingsleddet, mens FoU-intensiteten blant bedriftene i Helseindustrien som har svart på undersøkelsen til sammenligning er 6,5 prosent. Beregnet FoU-intensitet basert på budsjetterte FoU-investeringer ifb. søknad om Skattefunnmidler viser en FoU-intensitet på 0,9 prosent i Behandlingsleddet og 4,2 prosent i Helseindustrien.⁴⁰

Til tross for betydelig lavere FoU-innsats er det en nesten like stor andel blant Behandlingsvirksomhetene som i Helseindustrien som har introdusert nye/forbedrede produkter/tjenester og prosesser. Over fem av ti behandlingsbedrifter har introdusert nye eller vesentlig forbedrede produkter de siste tre årene, mot om lag syv av ti bedrifter i Helseindustrien.

⁴⁰ FoU-intensiteten i hele Helseindustrien er beregnet til 3,7 prosent. Den store forskjellen mellom industrien som helhet og bedriftene i undersøkelsen skyldes trolig at sistnevnte er mer FoU-intensive enn gjennomsnittet. Men noe av forskjellen kan nok også forklares ved at

Figur 3-15: Omfang av FoU og innovasjon blant bedrifter i Behandling (helsetjenester) og Helseindustri. Kilde: Menon



3.4.2. Behandlingsbedrifter har mindre inntekter fra innovative tjenester

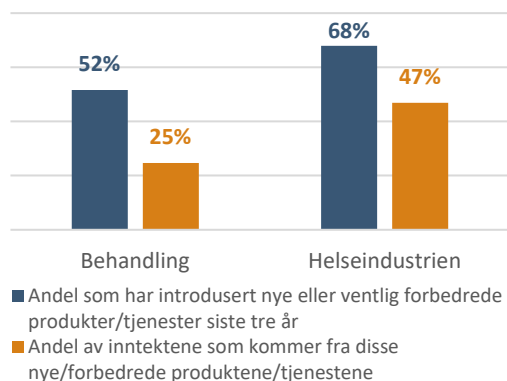
I Figur 3-16 fremkommer de samme resultatene som i Figur 3-15 – andelen av bedriftene i hhv. Behandlingsleddet og i Helseindustrien som nylig har lansert nye produkter eller tjenester 2018 – men nå sammenstilt med hvor stor andel av inntektene bedriftene har fra disse nye produktene eller tjenestene.

Det fremkommer at 52 prosent av behandlingsvirksomhetene som har respondert på undersøkelsen har introduserte nye produkter eller tjenester i markedet i løpet av de siste tre årene. 25 prosent av inntektene til disse bedriftene kommer i gjennomsnitt også fra disse innovasjonene.

I Helseindustrien er andelen bedrifter med nye produkter i markedet noe høyere – 68 prosent. Derimot kommer hele 47 prosent av industriens samlede inntekter fra disse produktene, i gjennomsnitt. Dette illustrerer at Helseindustrien er en bransje med betydelig nyskappingsaktivitet.

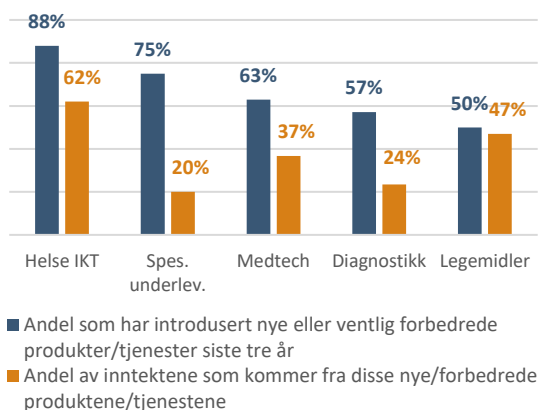
bedriftene inkluderer flere aktiviteter i FoU-aktiviteter enn de har fått offentlig støtte til. Slik sett bør vårt anslag på næringens samlede FoU-innsats på 2,6 mrd. kroner betraktes som et konservativt anslag.

Figur 3-16: Andel av Helsenæringen med produkt-/tjenesteinnovasjoner og andel av deres samlede inntekter som kommer fra nytviklede produkter/tjenester. Kilde: Menon



At det i Helseindustrien er en større del av inntektene som kan knyttes til innovasjoner kan delvis forklares av at enkeltgrupper, spesielt Legemidler og Helse IKT, oppnår inntekter på innovasjon raskt etter markeds lansering. 62 prosent (Helse IKT) og 47 prosent (Legemidler) av inntektene til bedriftene stammet fra innovasjoner lansert de siste tre årene. Variasjonen innad i Helseindustrien er derimot stor, illustrert i Figur 3-17. Den relativt lave andelen inntekter fra nytviklede produkter blant Diagnostikkbedriftene må sees i sammenheng med at denne bransjen domineres av store selskaper med høye inntekter fra etablerte produkter i internasjonale markeder. Selv om flere av dem også har en bred portefølje av nytviklede produkter, utgjør disse en mindre andel av totalinntektene.

Figur 3-17: Andel av helsebedrifter med produktinnovasjoner og andel av deres samlede inntekter som kommer fra nytviklede produkter. Kilde: Menon



3.5. -Testing, verifisering og kliniske studier

3.5.1. Testing og verifisering



Bedriftene innenfor Helseindustrien har i utviklingsfasen et stort behov for testfasiliteter samt midler til testing, pilotering og verifisering av produkter og tjenester. Innenfor helse er behovet for testing og verifisering naturlig nok langt større enn for andre næringer. Myndighetene stiller langt strengere krav til kvalitet og funksjonalitet, som regulatoriske krav, standarder, bruksområde til produktene og tjenestene innenfor helse. Det er gjennom testing og verifisering at bedrifter viser hvilken effekt et nytt produkt eller en ny tjeneste kan ha både for pasienter, pårørende, kommuner og sykehus. Det at bedriftene har problemer med å få tilgang til fasiliteter, og det offentlige ikke delfinansierer denne viktige delen av produktutviklingen, gjør at produktutviklingen tar lengre tid enn nødvendig. Det kan igjen medvirke til at de private investorene er forsiktige med å investere fordi utviklingsfasen av et produkt tar unødvendig lang tid.

Catapult Life Science



Er et produksjonssenter for tidlig fase i produktutvikling, og produksjon av substanser for kliniske studier. Ved å tilby fasiliteter og kompetanse for forskningsbasert produktutvikling gir Catapult Life Science små og store aktører mulighet til å utvikle sine produkter i Norge – produkter som alternativt hadde blitt utviklet i England, Kina eller USA.

Formålet med et katapultsenter er å gi nye bedrifter mulighet til å teste sine produkter i mindre skala før produktet er klar for storskalaproduksjon og å innføres på markedet. Norge har lenge manglet disse fasilitetene på legemiddelfeltet. Senteret fyller dermed et gap i verdikjeden og vil ha stor betydning i prosessen med å ta prosjekter fra lab-benken til industrialiseringsfasen.

Catapult Life Science drives i dag av private investorer og mange industripartnere. Fra senteret ble etablert i 2016 og frem til i dag har de utvidet litt og litt. Senest i februar i år åpnet en ny renromsenhet, og målet er å få åpnet den andre i løpet av 2019.

I Norge har man kommet kortere i satsingen på etablering av *testbeds* (testsenter) og finansiering av testprosjekter enn i for eksempel Sverige. Det er igangsatt flere nordiske initiativ for å øke utnyttelsen av testbeds-fasiliteter i hele Norden, slik at bedrifter fra alle de nordiske landene vil benytte seg av anlegg også utenfor deres egne landegrenser.⁴¹ Hensikten med disse initiativene er å redusere tiden det tar fra utvikling til kommersialisering («time-to-market»). Som det fremkommer senere i rapporten (kapittel 4.1.1) preges Helseindustrien av bedrifter i «J-kurven» - en prekommersiell fase hvor kostnadene er høyere enn inntektene. Det høye omfanget av slike bedrifter i Helseindustrien må sees i sammenheng

⁴¹ *Nordic Test Beds (NoTeB) and Nordic Network of Test Beds (NNTB)*

⁴² *2017: Menon: Infrastruktur for testing, pilotering, visualisering og simulering. (Listen over anlegg var ikke*

med de lange kommersialiseringsløpene som preger denne industrien.

Innenfor helse er det gjennom en kartlegging i 2016 identifisert totalt 11 testbeds i Norge, hvorav to i privat regi (ikke åpne for andre aktører). De resterende er i offentlig regi eller i regi av klyngeorganisasjoner. I tillegg finnes det andre test- og innovasjonsfasilitatorer. Av de 11 som ble identifisert i 2016 antydte flere at de hadde noe ledig kapasitet. Dette kan tyde på at kjennskapen til fasilitetene ikke er tilstrekkelig god blant bedriftene i næringen.⁴²

3.5.2. Kliniske studier – viktig å opprettholde kompetansemiljøene i Norge

Kravene til preklinisk og klinisk testing og verifisering er en viktig årsak til den lange prosessen fra oppfinnelse til kommersialisering av legemidler og medisinsk-teknisk utstyr. Dette gjelder særlig for legemidler der forsknings- og utprøvningsprosessene generelt tar lengre tid enn for medisinsk-teknisk utstyr. Kliniske studier foregår på mennesker og har som hovedformål å demonstrere klinisk effekt og sikkerhet ved nye eller forbedre eksisterende medikamenter, medisinsk-teknisk utstyr eller behandlingsmetoder.

For at et nytt legemiddel skal kunne tas i bruk kommersielt kreves det alltid at det har gjennomgått kliniske studier. Dette gjelder normalt også for nytt medisinsk-teknisk utstyr, der kravet for kliniske studier bedømmes utfra en risikovurdering av det spesifikke produktet.

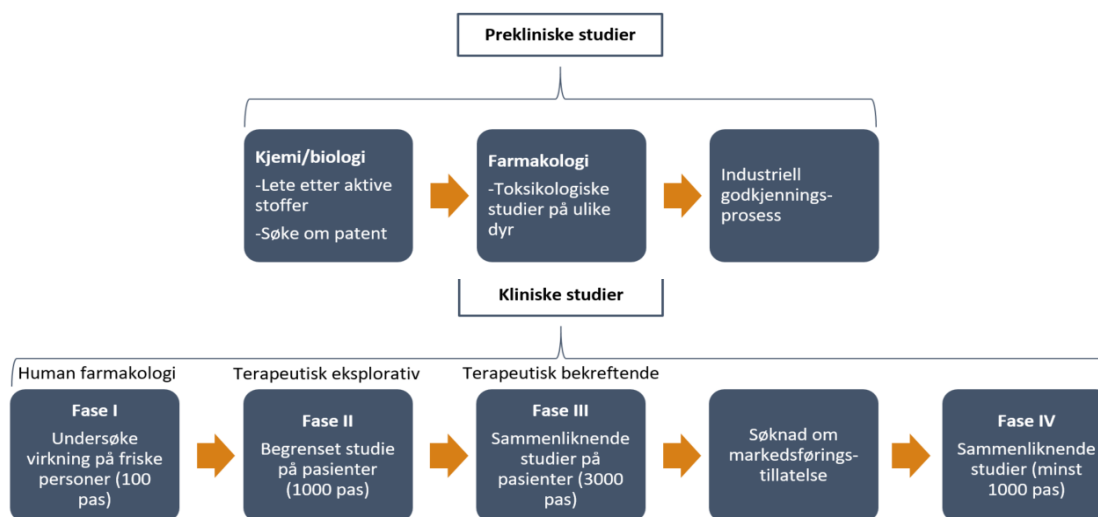
uttømmende. Kan være anlegg i privat regi som ikke er identifisert)

Forskningsprosjekter som omfatter kliniske studier av nye legemidler eller nytt medisinsk-teknisk utstyr på mennesker skal godkjennes av en Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

3.5.3. Kliniske studier av legemidler

Kliniske studier relatert til legemidler må i tillegg til å bli godkjent av REK godkjennes av Statens legemiddelverk (SLV).⁴³ Kliniske studier av legemidler tar gjerne mellom fem og åtte år å gjennomføre.

Figur 3-18: Fasene i kliniske studier for legemidler. Kilde: Menon



De siste årene har man blitt mer bevisst de positive effektene som kliniske studier har for samfunnet hvor utprøvingen finner sted. Positive effekter som ofte trekkes frem er at helsepersonellet som deltar i forsøkene får oppdatert kunnskap om nye legemidler, medisinsk-teknisk utstyr eller behandlingsmetoder. Landets forskningsposisjon innenfor helse styrkes, forsøkene bidrar med flere kunnskapsbaserte arbeidsplasser og landets pasienter får tilgang til nye behandlingsmetoder, samt nytt medisinsk-teknisk utstyr og nye legemidler før de kommer ut på markedet. Innsikten om de positive effektene har ført til en internasjonal konkurranse mellom land for å tiltrekke industrifinansierte kliniske studier. For helsepersonell blir det ofte sett på som motiverende og prestisjefyllt, og det leder ofte til publikasjoner og internasjonalt samarbeid.

Formålet med en klinisk studie av et legemiddel er å finne ut om det har klinisk effekt, og om det er trygt for pasienten⁴⁴. Svært mange av substansene som testes forkastes før de kommer til klinisk utprøving, og bare én av mange tusen kommer i klinisk bruk. Kliniske studier går gjennom fire faser (se faktaboks neste side og **Feil! Fant ikke referanse-kilden.**).

⁴³ Fagbokforlaget. Illustrert farmakologi

⁴⁴ <https://www.nhlbi.nih.gov/studies/clinicaltrials> og Statens legemiddelverk

Fasene i kliniske studier for legemidler

Fase I er første utprøving på mennesker. Den foretas hovedsakelig på friske, frivillige, unge voksne. Hensikten er å undersøke hvor godt substansen tolereres, effekter som ikke er avslørt i dyreforsøk, og dosering. I noen tilfeller utføres fase I-studier på pasienter. Det skjer med spesielt toksiske legemidler mot alvorlige sykdommer uten annen behandling.

Fase II-studier utføres på pasientgrupper som en tror vil ha hjelp av den aktuelle behandlingen. Her ønsker en å finne frem til en dose som har effekt uten bivirkninger. Samtidig studeres det hvordan legemidlene interagerer med andre legemidler.

I fase III testes et stort antall pasienter (over 1000). Her dokumenteres effektene funnet i tidligere faser, og hyppigheten av bivirkninger identifiseres. Videre identifiseres sjeldne og alvorlige bivirkninger, og langtidseffekter. Testsubstansen sammenlignes også med etablerte legemidler og eventuelt med placebo.

Fase IV gjelder registrering av effekter etter at et legemiddel er tatt i bruk. I denne fasen undersøkes langtidseffekter på enkelte sykdomsparametere, og for enkelte legemidler ser en på om bruken av legemidlet påvirker total overlevelse.

I Norge har antallet kliniske studier av legemidler falt markant gjennom 2000-tallet, spesielt antallet studier finansiert av den private Helseindustrien. I 2018 var antall søkte industrifinansierte kliniske studier 72, mens det i år 2000 var 175. Reduksjonen i antallet privatsponsede kliniske legemiddelstudier er dermed på oppunder 60 prosent, gjennom den siste 18-årsperioden. Som det fremkommer av figurene under kan nedgangen tilskrives en vedvarende negativ trend gjennom 2000-tallet. Ifølge HelseOmsorg21-strategien skyldes nedgangen at flere internasjonale farmasøytiske bedrifter har redusert sin forskningsaktivitet i Norge. Det er en klar ambisjon fra både næring og myndigheter at den nedadgående trenden skal snus.

Én årsak til den ovennevnte reduksjonen i forskningsaktivitet blant de store internasjonale legemiddelselskapene er trolig manglende tilgang

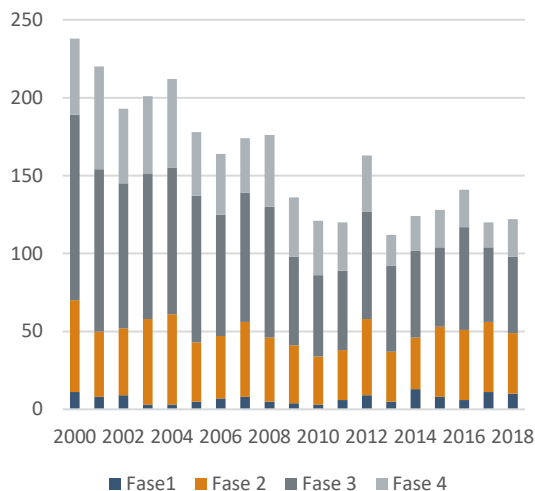
til helsespesifikk data og infrastruktur for å gjennomføre kliniske studier og utvikle produkter og tjenester i Norge. Dette er imidlertid ikke den eneste årsaken. I årets spørreundersøkelse har vi spurt bedriftene om å utdype hva de anser som *de største utfordringene hva angår verifisering og utprøving av nye produkter eller tjenester*. Bedriftene trekker frem en rekke ulike forhold, blant dem:

- Tilgang til testinstallasjoner
- Samarbeidet med de offentlige helseforetakene. Herunder manglende vilje eller insentiver til å fristille helsepersonell til kliniske studier, tilgang til pasienter samt en kultur preget av et kritisk syn på private aktører, noe som vanskeliggjør samarbeid
- Tilgang til kapital og finansiering av test- og prototype-utvikling så vel som kliniske studier
- Høyt kostnadsnivå – både på generelt grunnlag og prisen på kompetanse

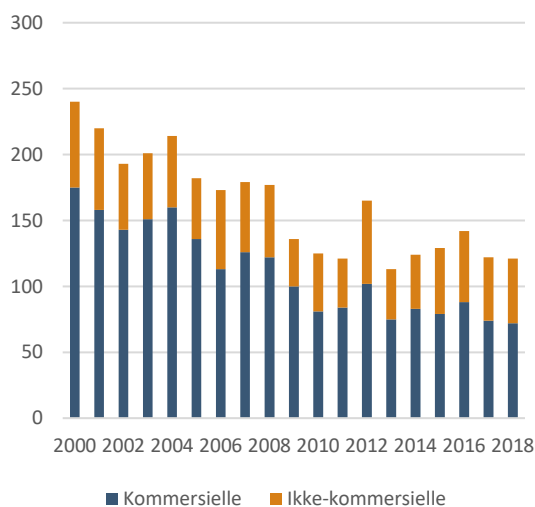
De ovennevnte punktene peker på flere faktorer som kan forklare nedgangen i antallet søkte kliniske studier, men enkelte av disse punktene bør det være mulig å kunne gjøre noe med fra myndighetshold. Der man i liten grad kan avhjelpe utfordringene knyttet til generelt kostnads- og lønnsnivå kan myndighetene spille en rolle ved å i større grad tilrettelegge for kliniske studier i de offentlige helseforetakene.

Det fremkommer at det er innen kommersielt sponsede kliniske studier det har vært størst reduksjon de to siste tiårene. Ser vi på omfanget av kliniske studier fordelt på faser, fremkommer det at nedgangen er størst innen sen-fase-studier. Fra 2000 til 2018 er det en nedgang på 30 prosent i antallet tidlig-fase kliniske studier (fase 1 og 2). Reduksjonen i antallet sen-fase studier (fase 3 og 4) er imidlertid på hele 57 prosent.

Figur 3-19: Antall nye kliniske studier meldt til Statens legemiddelverk (SLV) fordelt på klinisk fase fra 2000 til 2018. Kilde: SLV



Figur 3-20: Antall nye kliniske studier meldt til Statens legemiddelverk (SLV) fordelt på kommersielle og ikke-kommersielle sponsorer fra 2000 til 2018. Kilde: SLV



Figur 3-19 og Figur 3-20 viser antallet kliniske studier meldt til Statens legemiddelverk (SLV) fra 2000 til 2018 fordelt på faser og kommersielle/ikke-kommersielle aktører.⁴⁵

3.5.4. Testing og verifisering av medisinsk-teknisk utstyr

Kliniske studier av medisinsk-teknisk utstyr i klasse I (veldig lav risiko) er normalt ikke påkrevd for å oppnå godkjenning av utstyret (for eksempel gjelder dette for brystpumper, kontaktlinser, undersøkeshansker, etc.). For klasse IIa, IIb og III er det derimot som oftest påkrevd med klinisk utprøving så fremt det ikke finnes tilsvarende utstyr med samme funksjon og formål på markedet allerede (for eksempel hofteproteser og pacemakere).

Generelt er de regulatoriske prosessene for medisinsk-teknisk utstyr ikke like tidkrevende og kapitalintensive som legemiddelsstudier. Dette skyldes viktige forskjeller i utformingen på studiene og at klinisk utprøving av medisinsk-teknisk utstyr innbefatter færre faser enn kliniske legemiddelsstudier (se faktaboks).

Det viser seg imidlertid at for å få *solgt* utstyret må man likevel ofte gjøre større og mer krevende kliniske studier enn de som viser sikkerhet og klinisk effekt. Det er blitt mer normalt at det også må gjøres sammenlignende studier med standard behandling, at studiene innbefatter kontroller, det registreres helseøkonomiske parametere og det gjøres langtidsoppfølging. Disse studiene ligner i stor grad på kliniske studier med legemidler. Det er en generell trend mot strengere krav til klinisk dokumentasjon og strengere regulatoriske krav.

Kliniske studier av medisinsk-teknisk utstyr skiller seg ofte fra studier av legemidler ved at de også ofte undersøker brukerinteraksjoner. Forskjellige typer mennesker behandler utstyr på forskjellig måte, noe som krever godt gjennomtenkt og utprøvd design for å oppnå den ønskede kliniske effekt. Kort oppsummert kan en si at omfanget av kliniske studier for medisinsk-teknisk utstyr er betinget av hvilken type medisinsk-teknisk utstyr det er snakk om. Noen studier er enkle bruker-interaksjonsstudier, mens andre er mer kompliserte, langvarige

⁴⁵ Klinisk utprøving, Legemiddelverket (2016)

og kostbare kontrollerte studier som ligner på avanserte legemiddelstudier. Det viser seg imidlertid at en markedsføringstillatelse (CE-merke) ofte ikke er tilstrekkelig, men at større effektstudier også må gjøres for medisinsk-teknisk utstyr. Kliniske studier av legemidler følger en gjennomarbeidet og strømlinjeformet prosess, de må gjennom de samme fasene (I-III) og er normalt mer omfattende og kapitalintensive.

Fasene i kliniske studier for medisinsk-teknisk utstyr

Behovet for kliniske studier før en eventuell markedsgodkjenning (CE-merke) er avhengig av en risikovurdering som plasserer utstyret i klasse I, IIa, IIb eller III og hvorvidt det finnes allerede godkjent utstyr på markedet som er likt. Dersom det finnes en variant av utstyret som er *ekvivalent* er det ikke behov for klinisk studie. Dersom utstyret er nytt eller det er gjort en endring som medfører at det kan endre funksjon, eller påvirke kroppen på en annen måte, må det gjøres kliniske studier på utstyr i klasse IIa, IIb og III. Formålet med den type studie er å vise at utstyret er sikkert og at det fungerer som det skal. Det er nylig innført nye og mer omfattende retningslinjer (Meddev 2.7.1 rev 4, juni 2016) som forsterker krav til dokumentasjon av klinisk effekt og sikkerhet for medisinsk-teknisk utstyr.

I tillegg blir produsentene pålagt å aktivt drive med «post market surveillance» som tilsvarer Fase IV for legemidler, det vil si å følge opp bruk og kliniske effekter etter utstyret er godkjent for salg.

3.6. Innovative offentlige anskaffelser (IOA)⁴⁶

Staten og kommunen kan bidra til å løse ressursutfordringer i helsesektoren ved å åpne opp for mer innovasjon i offentlige anskaffelser. Dette kan de både gjøre gjennom å kjøpe mer innovative løsninger, men også ved å sette press på industrien til å bli mer innovative ved å kreve mer fra leverandørene når de kjøper inn nye tjenester. Det

offentlige har altså både en rolle på tilbudssiden av innovasjonspolitikken, som har vært den tradisjonelle siden, men også på etterspørselssiden for å *dra* innovasjon frem gjennom etterspørsel. Den største flaskehalsen er derimot innenfor det første, at det offentlige i mindre grad er villig til å satse på nye innovative løsninger, og da i særdeleshet fra mindre aktører.



Figur 3-21: Innovative offentlige anskaffelser. Tilbudsside- og etterspørselssidepolitikk. Kilde: Menon

Helse og omsorg er den nest største utgiftsposten i offentlige anskaffelser målt i kroneverdi. Dette området utgjorde eksempelvis 59 mrd. kroner i 2013. Av dette var i overkant av 20 mrd. investeringer. De største utgiftspostene var sykehustjenester på 40 mrd., legetjenester 9 mrd., samt FoU 5 mrd. Investeringer utgjorde i underkant av 35 prosent av de totale anskaffelsene for helse- og omsorgsområdet. Dette er lavere enn tilsvarende andel for alle offentlige anskaffelser (44 prosent). Samtidig er helse- og omsorgssektoren kanskje den sektoren med det største behovet for effektiviserende innovasjoner. Dette på bakgrunn av de forventede økte kostnader og kvalitetskrav i befolkningen.

Innovative offentlige anskaffelser er «kinderegget» som kan bidra til å løse de ovennevnte utfordringene. Ved å benytte det offentliges markedsrett kan det offentlige som et «lead market» skape nye løsninger som markedet og

⁴⁶ Innovative offentlige anskaffelser: Et effektivt verktøy for modernisering av offentlig sektor – hvis vi tar grep og fjerner barrierene. Menon, 2015.

Utdredning om incentiver/ordninger for risikoavlastning for innovative offentlige anskaffelser. Menon, 2016.

bedriftene alene ikke klarer å utvikle, på bakgrunn av manglende etterspørsel.

Oncoinvent AS



Oncoinvent ble etablert i 2010 og er det tredje kreftselskapet Roy Hartvig Larsen og Øyvind Sverre Brulands etablerer. Algeta var kreftforskernes første selskap og selskapet ble solgt til farmasigiganten Bayer for 17,6 milliarder kroner. Det andre selskapet, Nordic Nanovector, har i dag en børsverdi på nærmere 5 milliarder kroner.

Oncoinvent's hovedprodukt er Radspherin™ - et produkt til behandling av kreft som har spredd seg til bukholen. Radspherin™ inneholder Radium 224, et stoff som avgir radioaktiv alfastråling som effektivt dreper kreftceller samtidig som behandlingen gir lite bivirkninger.

Oncoinvent har fått med seg en rekke store norske aksjonærer, noe som gir selskapet gode muligheter til videre produktutvikling. Selskapet har som mål å allerede i 2020 være i gang med å produksjon av produkter til behandling av andre kreftformer, som magekreft, tarmkreft og eggstokkreft.

Analyser viser at sammenlignet med andre anskaffelsesmetoder har innovative offentlige anskaffelser (IOA) følgende virkninger:

- Øker kvaliteten på offentlige tjenester
- Øker effektiviteten i offentlig sektor
- Reduserer risikoen for å mislykkes ved skalering av prosjekter
- Reduserer «lock-in» til enkeltleverandører
- Reduserer tiden før produktet er på markedet
- Øker utnyttelsen av immaterielle rettigheter og resultater fra FoU

Implementering av anskaffede effektiviserende og kvalitetshevende innovasjoner er ikke den eneste måten offentlig forvaltning har anledning til å spare

ressurser på. Det er anslått at det offentlige helsevesenet kan spare minst 10-15 prosent på profesjonalisering av offentlige innkjøpsprosesser.⁴⁷

Det er igangsatt tiltak for å øke innovasjon i offentlige anskaffelser. Blant annet må de regionale helseforetakene rapportere til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) på innovasjonsaktiviteter, herunder innovasjon i offentlige anskaffelser. Se tekstboks om Helse Midt-Norge RHF's innovasjonsstrategi frem mot 2020.

Til tross for et betydelig fokus på innovasjon i offentlige anskaffelser har det offentlige en lang vei å gå mot å i større grad anskaffe nye innovative løsninger. Dette begrunnes som regel i manglende risikoavlastning for de offentlige institusjonene selv.

Helse Midt-Norge RHF innovasjonsstrategi 2016-2020

Målet for innovasjonsprosjekter er å styrke klinisk praksis og helsetjeneste, og i tillegg gi konsekvenser for pasientbehandling, gjennom økt regionalt, nasjonalt og internasjonalt samarbeid.

Ett av de seks fokusområder i strategien gjelder anskaffelser. Her skal innovasjonspotensialet utvikles.

«Strategien gir oss mulighet til å øke trykket på innovasjon i regionen. Når vi fremhever innovative anskaffelser i strategien, betyr det blant annet at vi skal bli grundigere i behovsvurderinger før anskaffelser utlyses. Vi skal også bli bedre i dialogen med leverandørmarkedet», sier fagdirektør i Helse Midt-Norge,» Kjell Åsmund Salvesen.

Helse Midt-Norge er også for tiden inne i en prosess med anskaffelse av tjenester innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), der ny metodikk følges. Også anskaffelse av ny elektronisk pasientjournal i Midt-Norge, og bygging av nytt sykehus i Møre og Romsdal er områder der innovative anskaffelser vil være viktig.

3.6.1. Mye utdatert medisinsk-teknisk utstyr (MTU) ved norske sykehus

Medisinsk-teknisk utstyr (MTU) er et område hvor det å være «teknologisk oppdatert» bidrar til å gi bedre og mer presis behandling. Dette kan ofte også

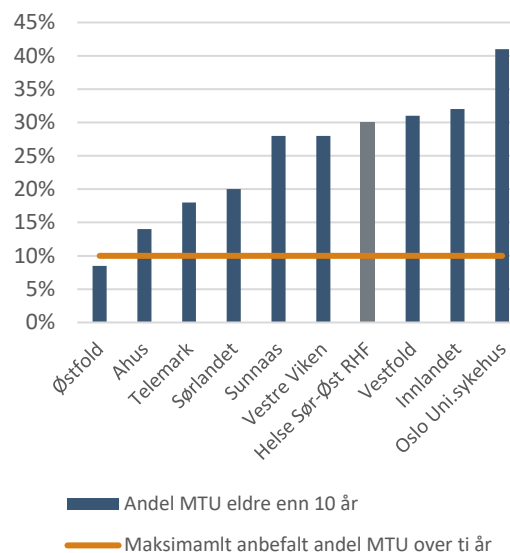
⁴⁷ Verdien av styrket kompetanse i offentlige innkjøpsprosesser. Menon, 2012.

være kostnadseffektivt, da forekomsten av tilbakefall og komplikasjoner i behandling reduseres med bedre og mer pålitelig utstyr. I utvelgelsen av i hvilke sykehus (og land) store internasjonale helseindustribedrifter skal gjennomføre sine kliniske studier stilles det som oftest også krav til nivået på MTU ved sykehusene, for å overvåke/rapportere mest og best mulig data om studien. At norske sykehus har utdatert MTU kan således være en årsak til nedgangen i søknader om kliniske studier de to siste tiårene, som diskutert i kapittel 3.5.3.

En indikasjon på i hvilken grad norske sykehus er utstyrt med pålitelig og teknologisk oppdatert MTU er alderen på maskinparken, sammenlignet med veiledende anbefalinger. European Coordination Committee of the Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry (COCIR) har utarbeidet en «gylden regel» for alderssammensetning av MTU ved europeiske sykehus. Én del av denne «regelen» er at ikke mer enn ti prosent av MTU ved et sykehus bør være over ti år gammelt. Som figuren under illustrerer var det ved årsskifte 2015/2016 kun Sykehuset Østfold som tilfredsstilte dette kravet

blant helseforetakene i Helse Sør-Øst. Sykehuset Østfold åpnet i 2015.

Figur 3-22: Andel av MTU med alder over ti år ved offentlige sykehus i Helse Sør-Øst, ved årsskifte 2016/2017. Kilde: Økonomisk langtidsplan Helse Sør-Øst 2018-2021



Som det fremkommer av figuren over er alderen på MTU i sykehusene i Helse Sør-Øst gjennomgående langt over anbefalingene. Samlet, for alle helseforetakene i Helse Sør-Øst, er andelen MTU med en alder over ti år på 30 prosent.

I tillegg til anbefalingen om at maksimalt ti prosent av MTU skal være eldre enn ti år anbefaler COCIR at minst 60 prosent av MTU skal være i aldersspennet 1-5 år. Av de rapporterte tallene i Økonomisk langtidsplan for Ahus fremkommer det at det også her kun er sykehuset Østfold som oppfyller denne anbefalingen, med 72 prosent. Samlet for Helse Sør-Øst var andelen MTU mellom ett og fem år kun 40 prosent ved årsskiftet 2016/2017.

4. Kapitalbehov og kapitaltilgang – fra forskning og innovasjon til kommersiell suksess

I forrige kapittel så vi at Helsenæringens FoU-innsats har vokst kraftig de siste årene, og at de samlede helserelevante FoU-investeringene nærmer seg 10 mrd. kroner per år. Til tross for den betydelige opptrappingen av forskningsinnsatsen innenfor helse fra midten av 2000-tallet har ikke dette medført betydelig økte bevilgninger til kommersialisering og videreutvikling av innovasjonene i den aller tidligste fasen.

I kapittel 3.1 beskrev vi innovasjonsprosessen fra forskning til kommersialisering. For oppstarts-bedrifter vil de viktigste kildene til kapital normalt komme fra private investorer som gründeren selv, venner og familie. Enkelte forretningsengler opererer også innenfor dette segmentet. Forskningsparker og TTOer bringer i denne fasen frem ideer og patenter fra FoU-miljøene rundt omkring i landet.⁴⁸ Det er i denne fasen behovet for kapital til videreutvikling og testing av produkter og løsninger for offentlig godkjenning kommer inn. Særlig gjelder dette for legemidler, men også langt på vei medisinske teknologier, selv om disse innovasjonene kan utvikles betydelig raskere. Et raskere utviklingsløp kan redusere kapitalbehovet noe, og samtidig sikre inntjening raskere. Helse IKT og Medtech har tradisjonelt et noe kortere utviklingsløp. I teorien betyr dette at de to sistnevnte delene av næringen kan tenkes å være mer attraktive for investorer.

Tidligfaseinvesteringer er ofte knyttet til investorer med en særlig kompetanse på området. Uten slik kompetanse vil informasjonsskjevheterne og derav også risikoen bli for stor. Dersom omfanget av investorer med næringsspesifikk kompetanse er

begrenset, vil også kapitaltilførselen bli begrenset. Mangel på kapital kan forlenge «gründerfasen», det vil si perioden uten inntekter. Mange selger og lisensierer teknologi og forskningsresultater ut av landet i denne fasen, i stedet for å utvikle og kommersialisere i Norge. Dette kan til dels skyldes manglende tilgang på kapital, noe som ble trukket frem av mange respondenter i spørreundersøkelsen.

Gjennombruddet kommer når bedriften har fått sitt første salg på markedsmessige premisser. Da har den oppnådd «kommersiell bevis» og muligheten for å tiltrekke kapital øker dramatisk.

Manglende helhetlig virkemiddelsatsing kan i mange tilfeller bety at man ikke fullt ut får utnyttet det potensialet som skapes gjennom den økte forskningsinnsatsen.

I dette kapitlet vil vi først gjennomgå bedriftenes kapitalbehov og kjennetegn ved Helsenæringen som forsterker kapitalbehovet. Videre vil vi gjennomgå hvor mye og fra hvor bedriftene henter inn kapital.

4.1. Bedriftenes kapitalbehov

Kapitaltilgang er avgjørende for utviklingen i enhver næring. Fordi «time-to-market» er særskilt lang for mange bedrifter i Helsenæringen, blir risikoaversjon og likviditetsutfordringer tidvis en vesentlig utfordring. De lange utviklings- og godkjenningsløpene øker usikkerheten om lønnsomhetspotensialet og investorene ser at de kan oppsøke raskere og mindre usikre utviklingsløp i andre næringer, som for eksempel innen IT.

4.1.1. Helseindustrien er en gründernæring – én av ti bedrifter er i gründerfasen

En av hovedgrunnene til det høye kapitalbehovet er at veldig mange bedrifter befinner seg i en tidlig

⁴⁸ Porteføljeanalyse for Technology Transfer Offices, Menon 2014.

utviklingsfase uten, eller med svært små, salgsinntekter. Helseindustrien har langt høyere gründerandel enn norsk næringsliv for øvrig.

Over 10 prosent av de aktive bedriftene i Helseindustrien kan karakteriseres som gründerbedrifter i 2017 (se forklaring i egen boks over). Til sammenligning er andelen gründerbedrifter i norsk næringsliv samlet (uten olje og gass) to prosent. Det er derfor ingen tvil om at gründerbedrifter er kraftig overrepresentert i Helseindustrien.

Den høye andelen gründerbedrifter kan tilsa at det er en stor grad av nyskaping og innovasjon i næringen. På den annen side sier omfanget noe om hvor stort behovet er for risikokapital.

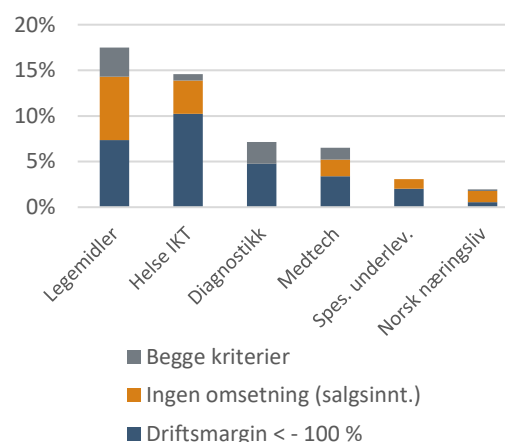
Definisjon og måling av gründerbedrifter

Begrepet gründerbedrift benyttes i mange sammenhenger om enhver oppstartsbedrift – betegnelsen er således betinget av hvor lenge selskapet har eksistert. I denne rapporten har begrepet en smalere og mer presis betydning. **En gründerbedrift er en bedrift som befinner seg i bunnen av en J-kurvet lønnsomhetsutvikling.** Vi har operasjonalisert dette på følgende måte: En gründerbedrift er definert som en aktiv bedrift med lønnskostnader over 500 000 kroner (tommelfingerregel for et nøkternt betalt årsverk) kombinert med ett av to ytterligere kriterier:

- *Pre-kommersielle* bedrifter uten salgsinntekt
- *Tidligfase*-bedrifter hvor kostnadene er minst dobbelt så store som inntektene.

Av de over ti prosentene av bedriftene som befant seg i bunnen av J-kurven har i overkant av tre prosent ingen salgsinntekt, mens over fem prosent tilfredsstill kriteriet om en negativ driftsmargin på mer enn hundre prosent, i 2017. Det innebærer at kostnadene er mer enn dobbelt så store som inntektene. De resterende tilfredsstill begge kriteriene for «gründerstatus». Figur 4-1 illustrerer at andelen «gründerbedrifter» innenfor de ulike bransjene i Helseindustrien varierer stort.

Figur 4-1: Andel av alle aktive bedrifter i Helseindustrien i 2017, med lønnskostnader over 500 000 NOK, som ikke har salgsinntekter eller hvor kostnadene er mer enn dobbelt så store som salgsinntektene (driftsmargin < - 100 prosent). Kilde: Menon



Som det fremkommer over er det innen Legemidler at andelen gründerbedrifter er høyest, med 18 prosent. Dette skyldes trolig at det både er betydelig nyskappingsaktivitet og at denne bransjen har spesielt lange utviklings- og kommersialiseringsprosesser.

Det er også en høy andel gründerbedrifter innen Helse IKT – hele 15 prosent. Det er i denne bransjen særlig mange bedrifter med driftsmarginer under - 100 prosent, dvs. at kostnadene er dobbelt så høye som inntektene (men bedriftene har inntekter).

I bransjene Diagnostikk og Medtech er det også forholdsvis høye andeler gründerbedrifter, hhv. 7,1 og 6,5 prosent. Blant Spesialiserte underleverandører er andelen noe lavere.

At ikke andelen gründerbedrifter er høyere blant Medtech-bedriftene skyldes at en forholdsvis høy andel bedrifter i denne bransjen har svært lave lønnskostnader, lavere enn kravet lagt til grunn for status som gründerbedrift i denne sammenheng. Hvis vi slakker på kravet om at en aktiv bedrift må ha minst 0,5 mill. kroner i lønnskostnader og i stedet inkluderer alle bedrifter med lønnskostnader større enn null, øker andelen gründerbedrifter innen Medtech betydelig – til opp mot 30 prosent.

Tabell 4-1: Antall aktive (med lønnskostnader over 500 000 kr) gründerbedrifter i Helseindustrien etter undergruppe⁴⁹ for 2007, 2012 til 2017. Kilde: Menon

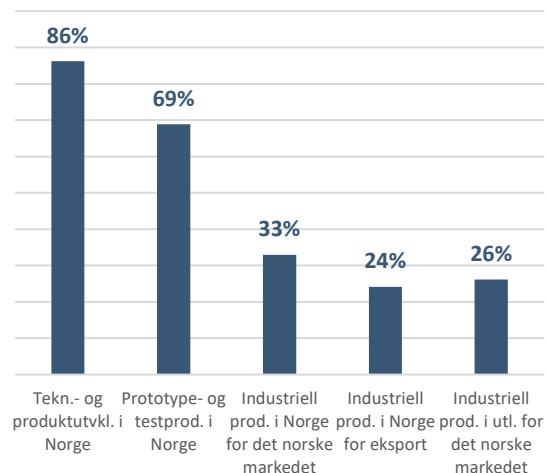
	2007	2012	2017	Andel gründerbedrifter i 2017
Legemidler	30	31	38	18 %
Diagnostikk	3	4	3	7 %
Medtech	12	23	25	7 %
Helse IKT	5	6	20	15 %
Spesialiserte underlev.	4	8	3	3 %
Helseindustrien	54	72	89	10 %
Norsk næringsliv (u/ olje og gass)	4 854	5 257	6 228	2 %

I Tabell 4-1 fremkommer utviklingen i antallet gründerbedrifter innenfor Helseindustrien og norsk næringsliv samlet (uten olje og gass) fra 2007 til 2017. Antallet gründerbedrifter økte frem til 2012, og steg videre frem til 2017 til det høyeste antallet gjennom perioden. Det er en økning på 65 prosent i antall gründerbedrifter i Helseindustrien fra 2007 til 2017. Økningen gjelder både antall bedrifter hvor kostnadene er mer enn dobbelt så høye som inntektene samt antall bedrifter uten omsetning (salgsinntekt). Trolig skyldes den klare trenden at antall nyetableringer er relativt høy og at antallet bedrifter hoper seg opp i «gründerfasen».

Også av bedriftene som har svart på undersøkelsen fremkommer det at Helseindustrien er en sektor med en høy andel tidligfasebedrifter. Vi ba bedriftene selv krysse av for hva slags produksjonsnivå, i form av modenhet, de har i dag. Som det fremkommer av figuren under er det en vesentlig høyere andel av bedriftene som befinner seg i en fase med teknologi- og produktutvikling samt prototype- og testproduksjon, enn andelen bedrifter som har industriell produksjon for det norske og/eller utenlandske markedet.

⁴⁹ Andelen gründerbedrifter er betraktelig høyere for Medtech spesielt når man setter kravet til aktive bedrifter som har lønnskostnader over null fremfor lønnskostnader over 500 000 kroner. Denne økningen innen Medtech indikerer at en rekke bedrifter i denne

Figur 4-2: Andeler av bedriftene i Helseindustrien som svarte bekreftende på spørsmålet **Passer disse utsagnene for din bedrift?** (Mulig å krysse av for flere alternativer). Kilde: Menon



4.2. Bedriftenes kapitalinnhenting fra investorer

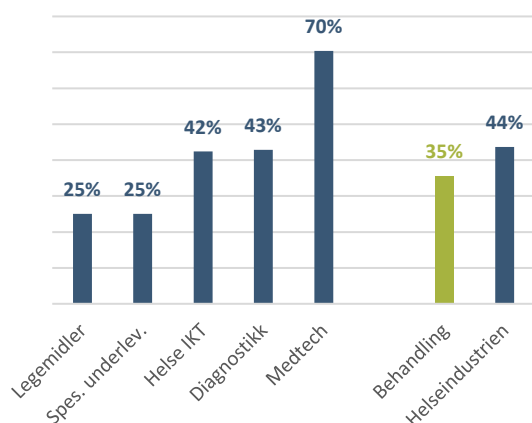
Bedriftene i både Helseindustrien og i Behandlingsleddet har tidvis svært store kapitalbehov, men behovene varierer betinget av hvilken utviklingsfase og i hvilken bransje bedriftene tilhører. I det etterfølgende delkapittelet viser vi hvilke deler av Helsenæringen som har hentet inn egenkapital i 2018 og hvilke kilder kapitalen kommer fra.

4.2.1. Fire av ti bedrifter fikk tilført egenkapital i 2018

Tilførsel av kapital til bedrifter i Helseindustrien og i det private Behandlingsleddet varierer stort. Fra spørreundersøkelsen rapporterte 40 prosent at de fikk tilført ny egenkapital i 2018. Andelen varierer fra 70 prosent blant Medtech-bedriftene til 25 prosent innen Legemidler. Andelen som har fått tilført egenkapital, for de ulike bransjene, er illustrert i Figur 4-3.

bransjen opererer med lave lønnskostnader, og at den reelle andelen gründerbedrifter for denne kategorien er noe høyere enn anslagene over hvor kravet for å kvalifisere som aktiv bedrift er satt til lønnskostnader over 500 000 kroner.

Figur 4-3: Andel av bedriftene i spørreundersøkelsen som har fått tilført egenkapital i 2018. Kilde: Menon



35 prosent av bedriftene i Behandlingsleddet fikk tilført egenkapital i 2018. Til sammenligning var tilsvarende andel i fjorårets undersøkelse på under om lag 20 prosent. Over 40 prosent av bedriftene i Helseindustrien hentet egenkapital i fjor, noe som er på nivå med resultatene fra de tidligere årenes undersøkelser. Det er imidlertid viktig å understreke at den høye emisjonsaktiviteten blant bedriftene i utvalget ikke er representative for den totale mengden av bedrifter i næringen. Særlig er andelen i behandlingsleddet svært høy, noe som fremgår av neste avsnitt hvor vi inkluderer alle bedrifter.

4.2.2. Helseindustrien har større emisjonsaktivitet enn andre næringer

I avsnittet ovenfor så vi at 40 prosent av bedriftene som deltok i årets spørreundersøkelse fikk tilført ny egenkapital i 2018. Menon har beregnet emisjonsaktiviteten for hele norsk næringsliv og analysert forskjeller mellom næringer. Som figuren nedenfor viser, skiller Helseindustrien seg ut med en langt større andel bedrifter som hentet ny egenkapital i 2017 enn andre næringer – dobbelt så høy andel som i olje- og gassnæringen og syv ganger mer enn i IKT-næringen. I den andre enden av figuren finner vi Behandlingsleddet i helsenæringen, hvor kun 0,3 prosent av bedriftene fikk tilført ny egenkapital. Den lave andelen i Behandlingsleddet skyldes at denne delen av helsenæringen, særlig innenfor primærhelsetjenester, består av svært mange småbedrifter uten behov for kapital til investeringer og vekst.

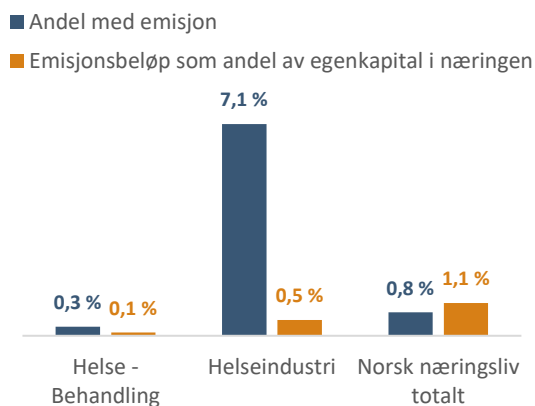
Figur 4-4: Andel av bedriftene i næringen som hentet ny egenkapital gjennom emisjoner i 2017. Kilde: Menon



Den viktigste predikatoren på emisjonsaktivitet er antall gründerbedrifter, det vil si relativt nystartede bedrifter som enten ikke har nådd kommersialisering eller ikke har kommet opp i et salgsvolum som gir nok inntekter til å dekke kostnadene (se kap 4.1). Helseindustrien har den klart høyeste andelen gründerbedrifter av alle næringer i Norge. Samvariasjonen mellom gründerbedrifter og emisjonsaktivitet mellom næringene er svært høy, noe som innebærer at i næringer hvor det er mange bedrifter som er avhengig av ny egenkapital for å overleve også har mange bedrifter som lykkes med å hente ny kapital. Imidlertid er det interessant å observere at det ikke er noen sammenheng mellom andelen som henter ny egenkapital og hvor stor andel denne kapitalen utgjør av total egenkapital i næringen. Helseindustrien er den næringen i Norge som har høyest andel bedrifter med kapitalbehov og høyest andel bedrifter som får tilført ny egenkapital, men det samlede emisjonsbeløpet i Helseindustrien i 2017 utgjorde bare 0,5 prosent av industriens samlede egenkapital. Blant kunnskapsbedrifter, hvor kun 0,8 prosent av bedriftene hentet ny egenkapital, utgjorde emisjonsbeløpet hele 2,5 prosent av

egenkapitalen. Også sammenlignet med hele norsk næringsliv sett under ett fremstår egenkapitaltilførselen i Helseindustrien og resten av Helsenæringen som relativt liten. 0,8 prosent av alle bedrifter i Norge fikk tilført ny egenkapital i 2017 – 1,1 prosent av total egenkapital i norsk næringsliv. Dette er illustrert i figuren nedenfor.

Figur 4-5: Bedrifter tilført ny egenkapital i 2017 som andel av bedriftene i næringen, sammenholdt med hvor stor andel den tilførte kapitalen utgjør av total egenkapital i næringen. Kilde: Menon



4.2.3. Legemiddelbedriftene sto for 46 prosent av kapitalinnhentingene på nesten 1 milliard kroner

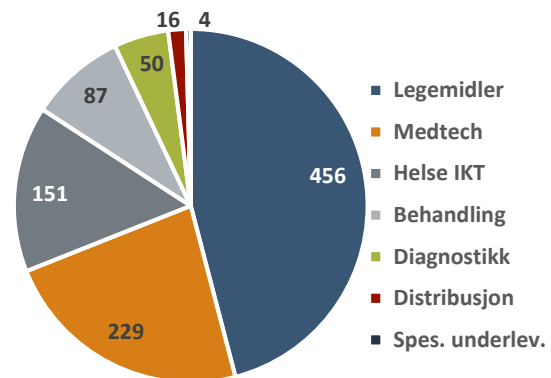
Bedriftene i Helseindustrien og Behandlingsleddet rapporterer at de hentet inn rett oppunder én milliard kroner gjennom emisjoner i 2018. Legemiddelbedriftene sto for 46 prosent av denne kapitalen, Medtech for 23 prosent, Helse IKT for 15 prosent og de øvrige bransjene i Helseindustrien for 5 prosent. Behandlingsvirksomheter og Distribusjon sto for de resterende 11 prosentene.

Utviklingsløpet for legemidler er generelt lengre og dermed betydelig mer kostbart enn i andre bransjer. Dette forklarer noe av den høye kapitalinnhentingene blant legemiddelselskapene. Behandlingsbedrifter hentet kun inn 87 mill. kroner,

⁵⁰ Det er heller ikke mange bedrifter som fikk tilført ny egenkapital fra norske eller utenlandske industrielle investorer (det vil si helserelevante konsern).

Distribusjonsbedriftene hentet 16 mill. kroner mens resten av egenkapitalen ble tilført bedrifter i Helseindustrien. Fordelingen av innhentet egenkapital er illustrert i figuren under.

Figur 4-6: Ny egenkapital i Helsenæringen fordelt på Behandlingsleddet og bransjene i Helseindustrien (mill. NOK). Kilde: Menon



Bedriftene som hentet inn ny egenkapital, fikk i gjennomsnitt tilført i underkant av 14 mill. kroner.

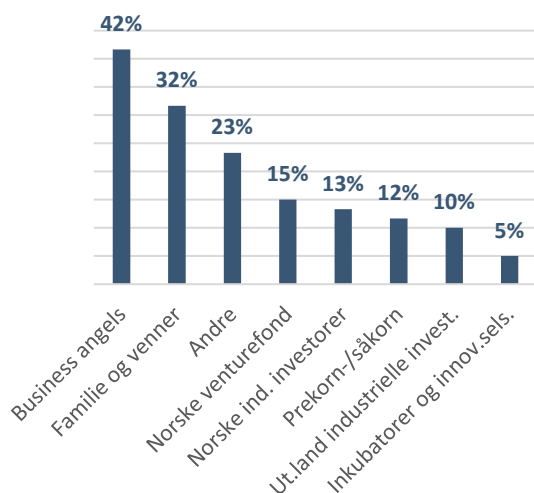
4.2.4. Industrien og behandling benytter en rekke kapitalkilder - Såkorn og venturefond står for lite av egenkapitaltilførselen i 2018

Bedriftene i Helsenæringen hentet i 2018 inn kapital fra en rekke ulike kilder, som illustrert i Figur 4-7. I det samlede utvalget i spørreundersøkelsen var det ingen bedrifter som hentet kapital fra utenlandske venturefond, men seks bedrifter som hentet kapital fra utenlandske industrielle investorer. I underkant av 13 prosent av hentet egenkapital kom fra disse utenlandske investorene.

Det er også relativt få bedrifter som hadde profesjonelle eierfond (se faktaboks) i emisjonene i 2018 – 15 prosent fra norske venturefond og 12 prosent fra prekorn- og såkornfond.⁵⁰ Det er imidlertid viktig å understreke at disse tallene kun inkluderer de om lag 200 bedriftene som har svart

på Menons spørreundersøkelse. Som vi viser i neste avsnitt var det til sammen 40 bedrifter i Helse-næringen som mottok ny egenkapital fra såkorn- og venturefond. Mindre enn halvparten av disse er inkludert i datagrunnlaget fra i Figur 4-7 nedenfor.

Figur 4-7: Kilder til ny egenkapital: Andel av bedriftene med ny egenkapital i 2018 (til sammen 60 av et utvalg på 214) som har fått egenkapital fra ulike kilder. Kilde: Menon



De viktigste identifiserte investorene i 2018 var business angels og familie og venner. 25 bedrifter hadde business angels på investorsiden, 19 hadde familie og venner. Som det fremkommer av figuren over oppgir over 23 prosent av respondentene at de fikk kapital fra «andre kilder». Vi har ikke informasjon om hva slags investorer dette er.

4.2.5. Eierfonds-investeringer (såkorn, venture og oppkjøp) i helsenæringen

Private Equity (PE) er en samlebetegnelse på spesialiserte investeringsfond som skyter inn ny kapital eller kjøper en betydelig del av aksjene i bedrifter. Kapitalen i fondene kommer typisk fra store institusjonelle investorer eller formuende privatpersoner, og kan bli brukt til å finansiere nye teknologier, øke den arbeidende kapitalen i et selskap eller gjennomføre eierskifter. Private Equity fond forvaltes av profesjonelle investorer, og involverer normalt et aktivt eierskap. Det skilles vanligvis mellom investeringer i tre faser:

Såkornkapital er risikokapital til nystartede bedrifter som ennå ikke har oppnådd kommersielt salg av sine produkter. Såkornkapitalen brukes til å utvikle virksomhetens teknologi og/eller produkt og gjøre den klar til kommersialisering. Investeringsbeløpene er vanligvis relativt små.

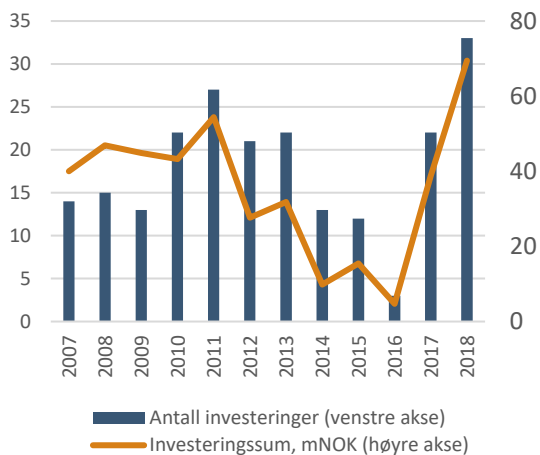
Venturekapital er risikokapital til bedrifter i kommersialiseringsfasen. Kapitalen benyttes til å føre bedriften ut i markedet og å bygge produksjonskapasitet (gitt at den ikke skal sette/lisensiere ut produksjonen). Venturekapital er en viktig kilde til finansiering for bedrifter som ennå ikke har tilgang til etablerte kreditt- eller egenkapitalmarkeder.

Oppkjøp innebærer at et PE-fond kjøper en kontrollerende andel av et selskaps aksjekapital. Denne strategien brukes blant annet for å få tilgang til nye markeder eller næringer og er en av de vanligste måtene for et selskap å vokse på (uorganisk vekst).

Figur 4-8 viser antallet og verdien av såkorn-investeringer i norske bedrifter fra 2007 til 2018. Investeringene nådde en topp i 2011 – både målt i antall og investeringsvolum – men har siden falt kraftig. I 2017 og 2018 skyter imidlertid såkorn-fondenes aktivitet igjen i været. Det ble gjennomført 33 såkorninvesteringer i bedrifter i Helse-næringen i 2018. Enkelte av disse investeringene var i samme bedrift, m.a.o. at flere fond investerte i samme selskap. Den samlede investeringssummen var i underkant av 70 mill. kroner, en kraftig økning fra 2017, da investeringssummen kun var 40 mill.

kroner. Som figur 4-8 viser er det aldri blitt gjort så mange såkorninvesteringer og investert så store beløp som i 2018.

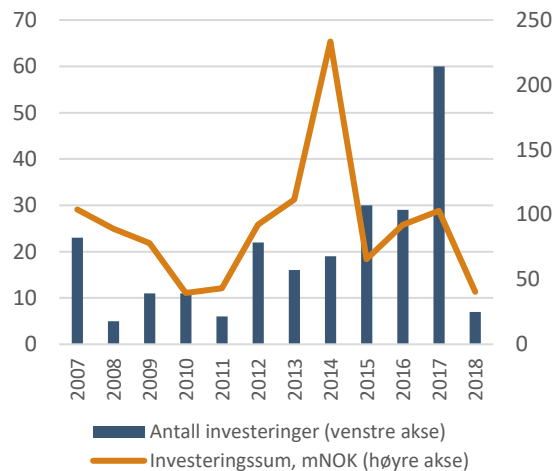
Figur 4-8: Såkornfonds investeringer i Helsenæringen. Antall investeringer og investeringssum per år. Kilde: Perep/Menon



Vi finner ikke samme vekst i venturekapital som i såkornkapital. Antall investeringer var 7, og det samlede investeringsbeløpet 40 mill. kroner. Både antall og investeringssum ligger vesentlig lavere enn i 2017.

Mens den gjennomsnittlige såkorninvesteringen var på 2,1 mill. kroner i 2018, var venturekapitalfondenes investeringer nesten tre ganger høyere, 5,8 mill. kroner. Venturefondene gjennomførte 14 investeringer i Helsenæringen i 2018. Fordi flere av fondene deltar i de samme emisjonene, er antall bedrifter (7 bedrifter) som fikk tilført egenkapital fra venturefond lavere.

Figur 4-9: Venturekapital-fonds investeringer i Helsenæringen. Antall investeringer og investeringssum per år. Kilde: Perep/Menon



Det er naturlig at antall investeringer og investeringsvolumer varierer fra år til år. Det kan derfor være interessant å se hvor mange bedrifter i Helsenæringen som har profesjonelle eierfond på eiersiden. Per 2018 er det 72 norske bedrifter som har såkornfond, venturefond og/eller oppkjøpsfond på eiersiden.



4.2.6. Børsnoteringer

Det kan være mange grunner til at en bedrift ønsker børsnotering. Et hovedformål er å innhente ny kapital for å finansiere eksisterende eller fremtidig aktivitet. Andre grunner kan være for å øke markedsverdien til bedriften, spre eierskapet eller realisere aksjer hos eksisterende eiere.

En børsnotering eller salg på børs kan gi en god proxy på hvilket verdiskapingspotensial som ligger i en bedrift. De siste årene har det vært to svært

vellykkede børsnoteringer og salg av norske helse-industribedrifter på børs. Salget av børsnoterte kreftmedisinselskapet Algeta i 2014 for 17,6 mrd. kroner til tyske Bayer utgjør en betydelig andel av milliardverdiene i den norske kreftindustrien. Da det ble kjøpt var Algeta et typisk eksempel på et legemiddelselskap i et utviklingsløp med usikker verdi, men nærmest uten inntekter. Transaksjonen viser at denne potensielle verdien blir svært høyt verdsatt, på tross av marginal salgsinntekt og negative driftsresultater i det ervervede selskapet. Nordic Nanovector ble børsnotert i 2015. Selskapet innhentet 500 mill. kroner i forbindelse med noteringen. Det ble da uttrykt at dette finansierte videre aktivitet i selskapet i tre-fire år fremover.⁵¹ I 2018 ble Vistin Pharma og PCI Biotech notert på Oslo Børs.

⁵¹ *Nordic Nanovector går på Børs. Inven2.*
<http://www.inven2.com/en/news/201503/nordic-nanovector-p%C3%A5-b%C3%B8rs>

5. Vekst, ekspansjon og internasjonalisering

På den ene side er store deler av Helseindustrien avhengig av markedet i Norge, det vil si av behandlingsleddet i helsesektoren. Samtidig er det *utenfor* Norge det store vekstpotensialet ligger. Det er en gjensidig avhengighet mellom disse to markedene. Jo bedre norske bedrifter lykkes i å utvikle og selge produkter i internasjonale markeder, desto bedre vil industrien være i stand til å betjene sykehus og andre behandlingsaktører i Norge. Og jo mer de store aktørene i helsesektoren i Norge kan bidra til innovasjon og produktivitet i den norske helseindustrien, desto bedre grunnlag får industrien for å lykkes internasjonalt.

For små aktører kan dette landskapet være spesielt krevende da både norske og internasjonale markeder har høye inngangsbarrierer. Offentlige støtteordninger og tilgang på risikokapital/avlastning er avgjørende for mange bedrifters videre utvikling. Dette er flaskehalsen som kan hindre utvikling i bransjen.

I det internasjonale markedet kan det offentlige virkemiddelapparatet i Norge gjennom satsing på klyngeorganisasjoner med fokus på internasjonalisering, utekontorer og offentlige tilbud redusere barrierer for etablering i internasjonale markeder.

5.1. Eksportinntekter

Helsenæringens samlede eksportinntekter i 2018 er anslått til 23,5 mrd. kroner. Helseindustrien står for nær sagt alle eksportinntektene. Kun om lag én prosent genereres av bedrifter i Distribusjons- og Behandlingsleddet.

23,2 av i alt 23,5 mrd. av eksportinntektene kommer fra Helseindustrien. Eksportinntektene er svært konsentrert rundt et fåtall bedrifter. Ni bedrifter hadde mer enn én milliard kroner i eksportinntekter i 2018. Disse ni sto for oppunder 90 prosent av eksportinntektene.

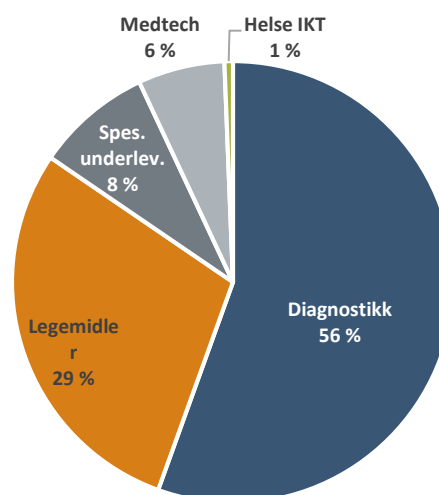
For behandlingsleddet har vi kun registrert en eksport på 226 mill. kroner. Det var to behandlingsvirksomheter som rapporterte at de hadde eksport i 2018, begge innen Barnevern, psykisk helse og avhengighet.

5.1.1. Diagnostikkbedriftene dominerer blant eksportørene i Helseindustrien

Det er en svært skjev fordeling av utenlandsomsetningen mellom de ulike delene av Helsenæringen, men også innad i Helseindustrien. Diagnostikkbedriftene står for 55 prosent av samlede eksportinntekter. De tre største eksportørene i Helseindustrien er diagnostikk-selskaper. Blant de seks neste på listen – alle sammen med mer enn 1 milliard kroner i eksport – er det fire Legemiddelbedrifter, én Spesialisert underleverandør og én Medtechbedrift.

Legemidler står for drøyt en tredjedel av eksportinntektene, mens Spesialiserte underleverandører, Medtech og Helse IKT dekker henholdsvis 8, 6 og 1 prosent av Helseindustriens eksport.

Figur 5-1: Eksportinntekter i Helseindustrien – 23,2 mrd. kroner – fordelt på fem bransjer. Kilde: Menon

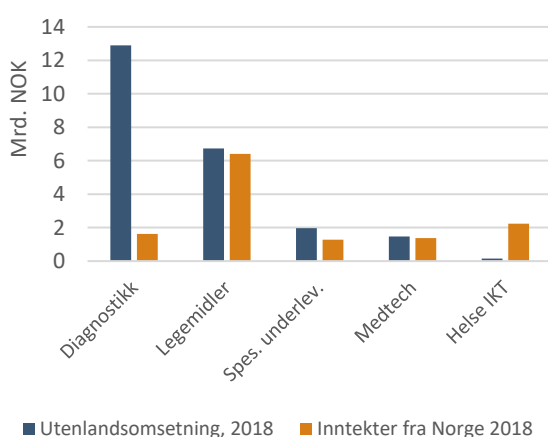


Figur 5-2 illustrerer Helseindustriens omsetning fordelt på norske og utenlandske markeder. Eksportens andel av total omsetning varierer betydelig – fra opp mot 90 prosent i Diagnostikk til seks prosent i Helse IKT. Diagnostikkbedriftene er

altså de klart mest internasjonaliserte. Det er også en betydelig eksport av legemidler, på i underkant av 7 mrd. kroner i 2018.

Spesialiserte underleverandører, som FMC Biopolymer og Nemko, har til sammen om lag 2 mrd. kroner i eksportinntekter, omtrent på linje med inntektene fra markedet i Norge. Medtech-selskapene har eksport- og innenlands omsetning på et noe lavere nivå enn de spesialiserte underleverandørene, mens Helse IKT har det aller meste av inntektene sine fra utlandet.

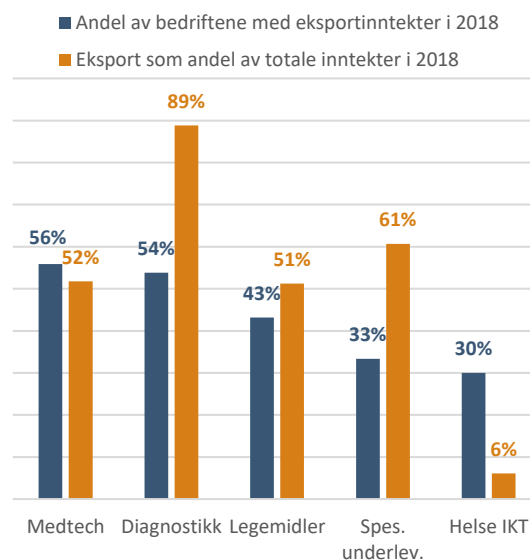
Figur 5-2: Helseindustriens omsetning fordelt på markeder i Norge og utlandet. Kilde: Menon



5.1.2. Over 4 av ti bedrifter i Helseindustrien har inntekter fra utlandet

Til tross for at eksportens andel av bransjenes totalomsetning varierer betydelig, er det overraskende lite variasjon i hvor stor andel av bedriftene som opererer internasjonalt. Disse andelene har også holdt seg forholdsvis stabile over de siste tre årene. I årets undersøkelse varierer andelen bedrifter som har eksportinntekter fra 30 prosent for Helse IKT til 56 prosent for Medtech-selskapene.

Figur 5-3: Andel av bedrifter med eksportinntekter og eksportinntekter i prosent av bransjens totalomsetning. Kilde: Menon



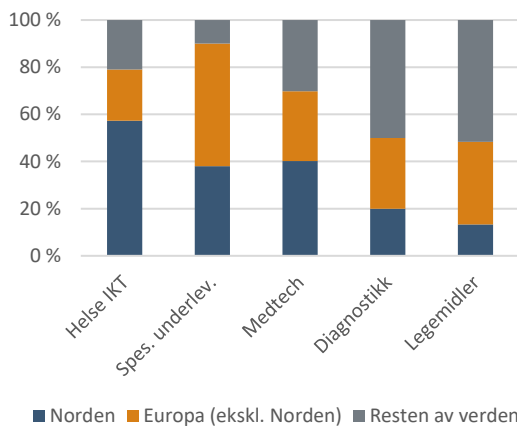
Det interessante er at det ikke ser ut til å være noen veldig sterk sammenheng mellom hvor mange bedrifter som opererer internasjonalt og bedriftenes eksportandeler. Diagnostikk og Helse IKT representerer ytterpunktene. Til tross for at nesten én av tre bedrifter innenfor Helse IKT har eksportinntekter, kommer bare 6 prosent av bransjens samlede inntekter fra eksport. I Diagnostikk oppgir om lag halvparten av bedriftene at de har eksportinntekter, men for bransjen som helhet utgjør eksportinntektene hele 89 prosent. Fremstillingen viser at en svært høy andel av bedriftene i Helseindustrien har inntekter fra internasjonale markeder fordi det indikerer at svært mange bedrifter eksponeres for internasjonale markeder selv om hovedinntektene kommer fra hjemmemarkedet. Dette skyldes at tidligfase-bedrifter i Helseindustrien er «born globals», noe vi kommer tilbake til lenger ned.

5.1.3. Helseindustrien eksporterer til hele verden og forventer at markedene utenfor Europa skal bli mer viktig

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at eksportinntektene til bedriftene i Helseindustrien er spredt utover hele verden. I gjennomsnitt har bedriftene oppunder 40 prosent av sine

eksportinntekter fra andre land i Norden. Videre fremgår det at om lag 70 prosent av inntektene kommer fra Europa (inkludert Norden) mens 30 prosent kommer fra resten av verden. Dette er imidlertid den gjennomsnittlige fordelingen for hele Helseindustrien – det er vesentlige forskjeller mellom bransjene.

Figur 5-4: Fordeling av eksportinntekter på geografiske markeder innenfor de fem Helseindustribransjene. Gjennomsnittlig fordeling blant bedriftene. Kilde: Menon



Som det fremkommer av figuren er nærmarkedene, dvs. Norden og Europa, i gjennomsnitt det klart viktigste eksportmarkedet for Helse IKT-bedriftene, de spesialiserte underleverandørene og Medtech-bedriftene, viktigere enn markedene i resten av verden. For Legemidler og Diagnostikk, bransjene som målt i kroner står for 85 prosent av eksporten, er imidlertid markedene i resten av verden viktigere enn Europa. Det er viktig å understreke at det er store forskjeller i størrelsen på eksportinntekter mellom de fem bransjene (se Figur 5-2 ovenfor). Helse IKT-bedriftene har eksempelvis svært lave eksportinntekter.

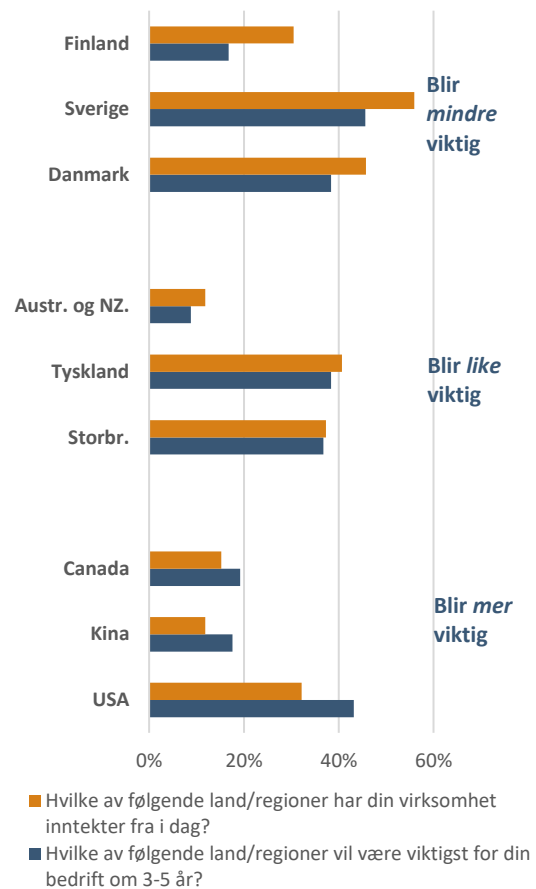
Dette fremkommer tydelig når vi allokere de ulike bedriftenes eksport til de tre ulike markedene, basert på fordelingen av eksportinntekter i de tre regionene. Det fremkommer at kun 6 prosent av all eksport fra Helseindustribedriftene i utvalget kommer fra Norden, 41 prosent fra resten av

Europa og 52 prosent fra resten av verden. Den store betydningen av markedene utenfor Europa skyldes at de største eksportørene, som GE Healthcare, GE Vingmed Ultrasound og enkelte store legemiddelselskaper har de meste av sine eksportinntekter fra markeder utenfor Europa.

For Behandlingsleddet er bildet motsatt. Eksporten fra det norske behandlingsleddet, beregnet på bakgrunn av bedriftene som svarte på spørreundersøkelsen, var i 2018 på i overkant av 200 mill. kroner. All denne eksporten kom fra andre nordiske markeder.

I spørreundersøkelsen spurte vi bedriftene om hvilke markeder de har inntekter fra i dag, samt hvilke markeder de anser vil være de viktigste for deres i bedrift om 3-5 år. Resultatene fremkommer nedenfor.

Figur 5-5: Bedriftenes rapportering om hvilke markeder de har eksportinntekter fra i dag og hvilke markeder de forventer vil være viktigst om 3-5 år. Kilde: Menon



Det fremkommer at en lavere andel av bedriftene forventer at markedene i Norden vil være deres viktigste markeder de neste årene, relativt til andelen som har inntekter fra disse landene i dag. Samtidig fremkommer det at en høyere andel forventer at de store, men «fjernere», markedene USA, Canada og Kina vil være deres viktigste eksportmarkeder om 3-5 år, relativt til andelen som faktisk har inntekter fra disse markedene. Dette illustrerer igjen at Helsenæringen er en global næring og videre vekst fordrer at man når ut til fjerne, men store markeder.

5.2. Born globals

Helseindustrien er en oppstartsnæring. Dette illustreres av at 10 prosent av bedriftene i Helseindustrien er gründerbedrifter, som presentert i kapittel 4.1.1. I tillegg fremkommer det at majoriteten av bedriftene i Helseindustrien (som har svart på spørreundersøkelsen) definerer seg selv som tidligfasebedrifter. Dette fremkommer av Figur 5-6, hvor vi ser at tyngdepunktet blant bedriftene i Helseindustrien ligger i teknologi- og produktutvikling samt prototype- og testproduksjon.⁵²

Som det tydelig fremkommer av figuren til høyre er allikevel en høy andel av bedriftene eksponert mot internasjonale markeder.

5.2.1. En av tre bedrifter i helseindustrien er «born global»

Oppunder halvparten av bedriftene som driver teknologi- og produktutvikling eller prototype- og testproduksjon har inntekter fra utenfor Norge i 2018. Dette resultatet står seg også om vi ser på bedriftene som *kun* driver teknologi- og produktutvikling eller prototype- eller testproduksjon. Om lag testproduksjon. Over én av tre av ti av disse bedriftene har inntekter fra utlandet. Disse

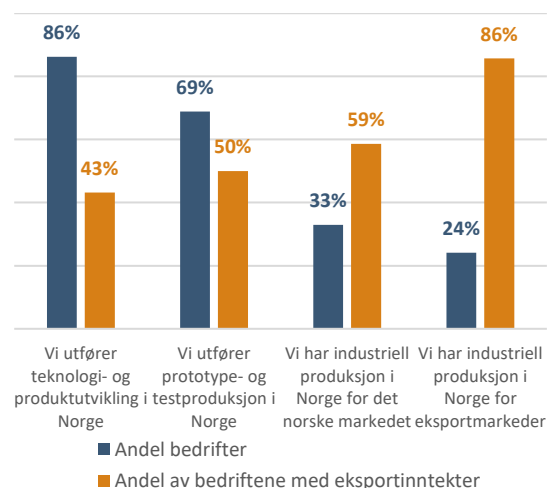
⁵² Bedriftene er i undersøkelsen bedt om å bekrefte hvorvidt ulike utsagn (se figur) om produksjon passer for deres virksomhet. Ettersom kategoriene i seg selv

inntektene kan komme fra internasjonale forskningsprosjekter (for eksempel Horisont 2020), fra testproduksjon for utenlandske kunder eller fra lisensinntekter (produksjons- og salgsrettigheter lisensieres ut til andre).

Tidligfase-bedrifter i Helseindustrien er «born globals», det vil si at de er internasjonale fra den dagen de får sine første inntekter.

I lærebøker om internasjonalisering vil man normalt finne at bedrifter utvikles i et hjemmemarked og at de går ut på internasjonale markeder når de har blitt tilstrekkelig store og vekstpotensialet i hjemmemarkedet i stor grad er realisert. Dette er imidlertid ikke alltid tilfellet med den norske Helseindustrien. Figur 5-6 indikerer at helseindustribedrifter eksponeres for internasjonale markeder allerede i oppstartsfasen. Dette kan blant annet skyldes at det både er vanskelig å få innpass i hjemmemarkedet og at markedet er lite.

Figur 5-6: Bedriftene i Helseindustrien etter produksjonsfase og andel av disse bedriftene som har eksportinntekter. Kilde: Menon



Til tross for at en høy andel av tidligfasebedriftene også har eksportinntekter utgjør denne eksporten en svært liten andel av den samlede eksporten fra Helseindustrien. For moden fase er derimot

ikke er ekskluderende er det mulig å velge flere utsagn.

situasjonen motsatt, der en svært høy andel av inntektene for disse bedriftene kommer fra utlandet. Internasjonaliseringsandelen, andelen bedrifter som har eksportinntekter (oransje søyle), stiger med bedriftenes modenhet.⁵³

Som beskrevet over er andelen av bedriftene i Helseindustrien som har inntekter fra utlandet høy også blant dem som ikke har industriell produksjon i Norge. Dette fremkommer ikke tydelig av Figur 5-6, da enkeltbedrifter kan ha virksomhet innen alle de fire alternativene listet opp. I figuren nedenfor er det derimot gjort en todeling av bedriftene i spørreundersøkelsen. De to gruppene er henholdsvis

- Bedriftene som *utelukkende* har teknologi- og produktutvikling eller prototype- og testproduksjon i Norge
- Bedriftene som har industriell produksjon i Norge

Figur 5-7: Bedriftene i Helseindustrien inndelt i to grupper etter type produksjonsaktivitet og andel av bedriftene som har eksportinntekter. Kilde: Menon



Som det fremkommer av figuren er tyngden av bedrifter i vårt utvalg av selskaper i Helseindustrien bedrifter som ikke har industriell produksjon, men virksomhet knyttet til teknologi- og produktutvikling eller prototype- og testproduksjon. Like fullt oppgir 31 prosent av disse bedriftene at de hadde eksportinntekter i 2018. Blant gruppen av helseindustribedrifter med industriell produksjon i Norge er andelen bedrifter med eksportinntekter naturlig nok vesentlig høyere – med 63 prosent.

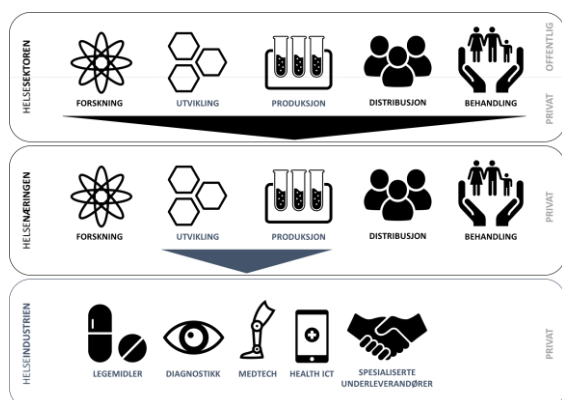
Disse andelene – andelene av bedriftene blant de to virksomhetstypene med eksportinntekter – på hhv. 31 og 63 prosent gir imidlertid et misvisende bilde på hvor den store tyngden av eksportinntekter kommer fra. I en beregning av faktiske eksportinntekter blant bedriftene i de to gruppene fremkommer det at over 99 prosent av utvalgets samlede eksportinntekter kommer fra bedrifter med industriell produksjon i Norge. Selv om det er en forholdsvis høy frekvens av tidligfasebedrifter i Helseindustrien som har inntekter fra utlandet (31 prosent) utgjør disse inntektene kun 0,6 prosent av Helseindustriens samlede eksport.

⁵³ Som det fremkommer av Figur 5-6 er det ikke alle bedriftene som oppgir at de har industriell produksjon i Norge for eksportmarkedet som faktisk hadde eksportinntekter i 2018 (kun 86 prosent). Denne gruppen av bedrifter inkluderer også enkelte små,

nyetablerte bedrifter. De aktuelle bedriftene kjennetegnes av at de alle er nyetablerte og vokser fra lave nivåer. Disse bedriftene har som virksomhetsstrategi å tidlig etablere seg i internasjonale markeder, men har enda ikke lyktes med dette.

6. Vedlegg

6.1. Bransjene i Helseindustrien



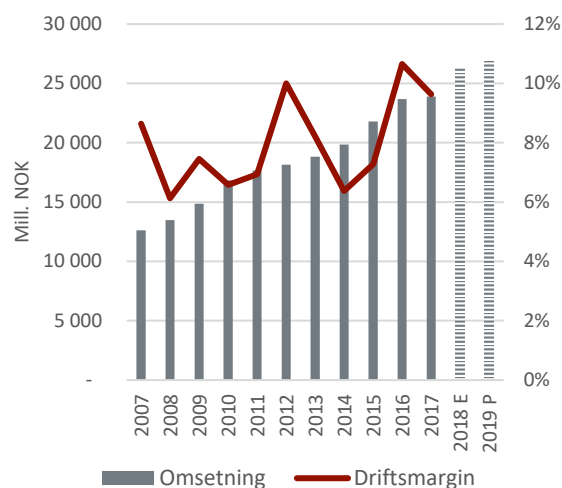
6.1.1. Legemidler

	2016	2017	2018	2019
Oms. (mill.)	23 668	23 891	26 280	26 806
Oms. å/å	9 %	1 %	10 %	2 %
Vs. (mill.)	6 644	6 218		
Driftsm.	11 %	10 %		
Syssels.	3 715	3 868		

Legemidler hadde i årene fra 2007 til 2017 en gjennomsnittlig årlig omsetningsvekst på 6,6 prosent. Dette er den nest høyeste gjennomsnittlige veksten blant bransjene i Helseindustrien, etter Helse IKT, over denne perioden. Bransjen hadde derimot en svakere inntektsvekst i 2017, med kun 0,9 prosent. Utviklingen med en avtakende veksttakt i 2017 gjelder alle de større segmentene av bransjen, både de store og de små bedriftene.

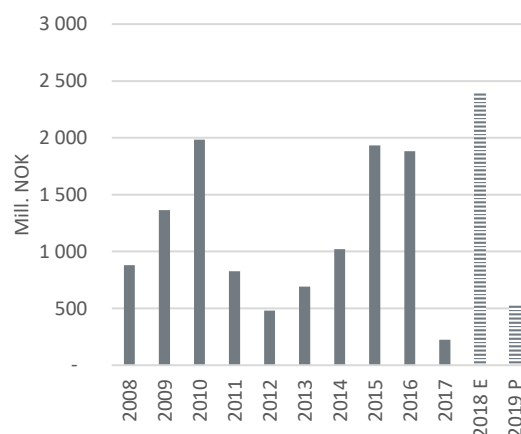
Aktørene forventer imidlertid å vokse med hhv. 10 prosent i 2018 og 2 prosent i 2019.

Figur 6-1: Omsetning og driftsmargin for Legemidler fra 2007 til 2017 (2019) (mill. NOK). Kilde: Menon



Siden 2014 har selskapene i den norske legemiddelindustrien erfart stigende lønnsomhet, etter fall i driftsmarginer fra toppåret i 2012. Driftsmarginen for bransjen som helhet var i 2017 på 10 prosent, om lag 3 prosentpoeng lavere enn driftsmarginen for Helseindustrien samlet.

Figur 6-2: Endring i omsetning fra året før for Legemidler fra 2007 til 2017 (2019) (mill. NOK). Kilde: Menon



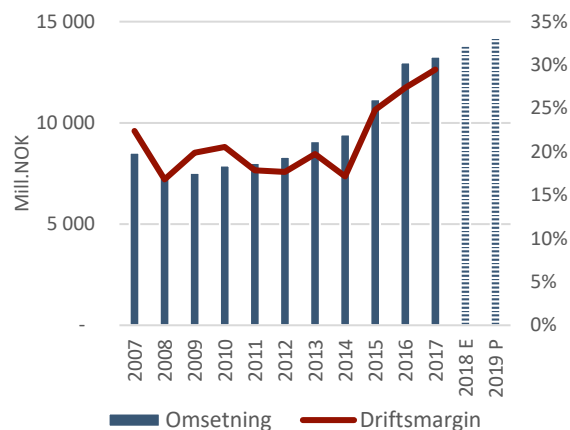
6.1.2. Diagnostikk

	2016	2017	2018	2019
Oms. (mill.)	12 976	13 275	13 806	14 221
Oms. å/å	16 %	2 %	4 %	3 %
Vs. (mill.)	5 505	5 950		
Driftsm.	27 %	29 %		
Syssels.	1 931	1 963		

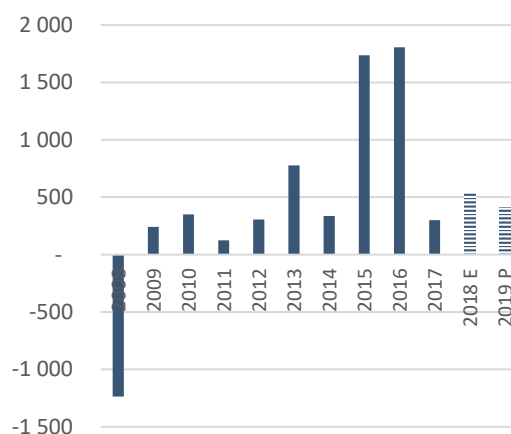
Siden 2007 har bransjen Diagnostikk hatt en årlig gjennomsnittlig vekst på 4,5 prosent. Perioden fra 2007 til 2014 trekker dette snittet ned, ettersom bransjen i denne perioden var preget av svært lav vekst. I løpet av de syv nevnte årene vokste Diagnostikk i gjennomsnitt med kun 1 prosent i året. Siden 2015 har derimot den årlige veksten økt med hele 5 prosentpoeng. Prognosene tilsier at veksten vil være positiv, men noe lavere enn vi så i 2015 og 2016. For 2018 ventes en vekst på 4 prosent og prognosen for 2019 er på 3 prosent.

Den sterke omsetningsveksten siden 2015 kan trolig delvis forklares med bransjens sterke eksponering mot eksportmarkedet, med mer enn 80 prosent av inntektene fra eksport. Omsetningsveksten er trolig blitt styrket av at den norske kronen ble vesentlig svekket mot dollar og andre valutaer i løpet av 2015, og holdt seg forholdsvis svak gjennom 2016. Den svært gode lønnsomhetsutviklingen de siste årene underbygger forklaringen om at Diagnostikk har tatt økte markedsandeler internasjonalt, så vel som bedret lønnsomheten som følge av bedre konkurransevilkår med en svekket valutakurs.

Figur 6-3: Omsetning og driftsmargin for Diagnostikk fra 2007 til 2017 (2019) (mill. NOK). Kilde: Menon



Figur 6-4: Endring i omsetning fra året før for Diagnostikk fra 2007 til 2017 (2019) (mill. NOK). Kilde: Menon



6.1.3. Medtech

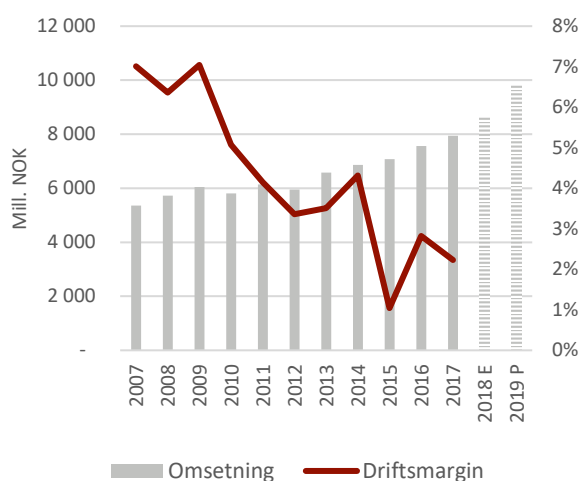
	2016	2017	2018	2019
Oms. (mill.)	7 567	7 945	8 661	9 786
Oms. å/å	7 %	5 %	9 %	13 %
Vs. (mill.)	2 104	2 256		
Driftsm.	3 %	2 %		
Syssels.	2 747	2 711		

Medtech hadde flere krevende år med lav vekst fra 2000 til 2012. Den svake perioden snudde i 2013, og veksten har vært positiv frem til 2017. Over hele perioden fra 2007 til 2017 har Medtech hatt en gjennomsnittlig årlig omsetningsvekst på 4 prosent. Vekstestimatene for 2018 tilsier at bransjen hadde

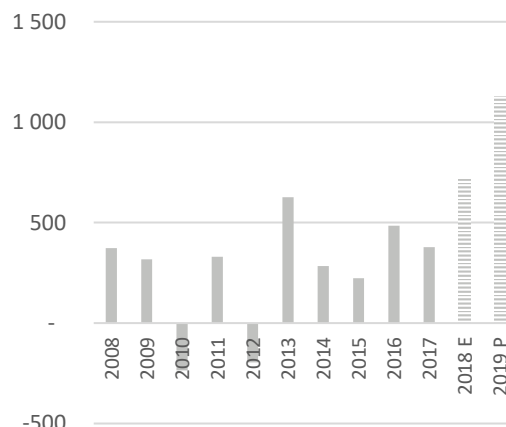
en inntektsvekst på 9 prosent i 2018 og prognosen for 2019 er på hele 13 prosent. Medtech forventer dermed identisk vekst i 2018 som Helseindustrien samlet, men en klart høyere vekst enn industrien samlet i 2019 (9 prosent).

Driftsmarginen har derimot sett en negativ utvikling over perioden, fra nivåer på mellom seks og syv prosent i perioden frem til 2009, til nivåer rundt tre prosent fra 2009 og frem til 2016. I 2017 falt marginen med ett prosentpoeng. **Feil! Fant ikke referanseilden.** under viser gruppens utvikling i omsetning og driftsmargin de siste 10 årene.

Figur 6-5: Omsetning og driftsmargin for Medtech fra 2007 til 2017 (2018) (mill. NOK). Kilde: Menon



Figur 6-6: Endring i omsetning fra året før for Medtech fra 2007 til 2017 (2019) (mill. NOK). Kilde: Menon



6.1.4. Helse IKT



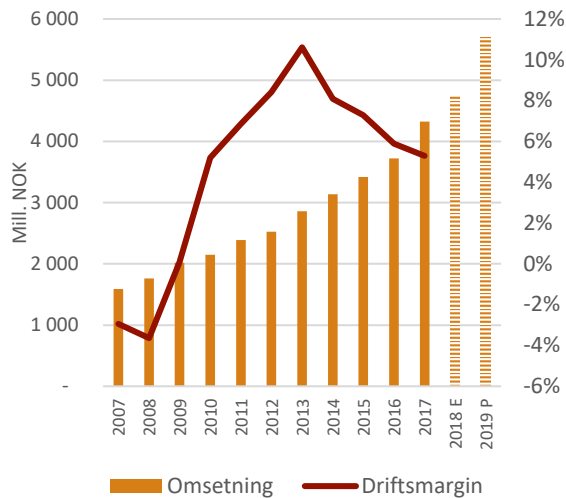
	2016	2017	2018	2019
Oms. (mill.)	3 721	4 324	4 324	5 708
Oms. å/å	6 %	16 %	10 %	20 %
Vs. (mill.)	1 689	1 745		
Driftsm.	6 %	5 %		
Syssels.	1 905	2 111		

Helse IKT er den bransjen i Helseindustrien som har hatt klart høyest omsetningsvekst over hele perioden fra 2007 til 2017, på 10,5 prosent i gjennomsnitt.⁵⁴ For 2018 viser estimatene fra selskapene i bransjen en oppgang på 10 prosent fra året før, etterfulgt av en vekstprognose for 2019 på hele 20 prosent. To store aktører utgjør i underkant av 34 prosent av undergruppens samlede omsetning. Deres innrapporterte vekst for 2018 og vekstanslag for 2019 gir derfor store utslag på gruppen som helhet.

⁵⁴ Merk at veksten i Helse IKT over tiårsperioden trolig faktisk er høyere enn oppgitt her. Dette da en høy andel (sammenlignet med de andre bransjene) av bedriftene i Helse IKT oppgir at den helserelaterte omsetningen har steget som andel av selskapenes virksomhet opp

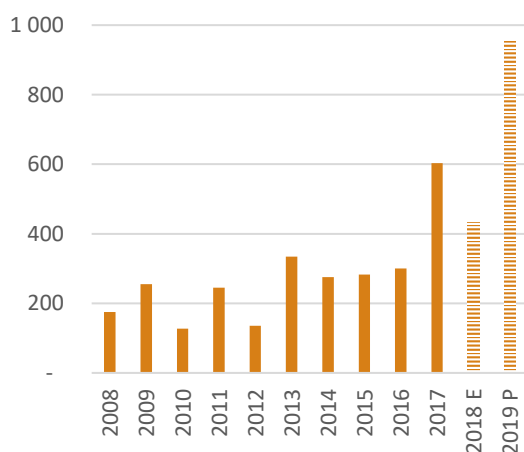
gjennom perioden. I våre beregninger anvender vi «helseandelen» oppgitt i undersøkelsen på regnskapene bakover i tid. Om helseandelen gjennomgående har steget over perioden blir således veksten underestimert.

Figur 6-7: Omsetning og driftsmargin for Helse IKT fra 2007 til 2017 (2019) (mill. NOK). Kilde: Menon



Lønnsomheten i Helse IKT har, som det fremkommer av **Feil! Fant ikke referanseilden.**, variert betydelig opp gjennom perioden. Lønnsomheten nådde et bunnpunkt i 2008, på - 4 prosent, for bransjen som helhet. Fra 2008 til 2013 steg driftsmarginene sammenhengende og nådde 11 prosent i 2013. Marginen har de siste årene igjen falt sammenhengende, og var i 2017 på om lag fem prosent.

Figur 6-8: Endring i omsetning fra året før for Helse IKT fra 2007 til 2017 (2019) (mill. NOK). Kilde: Menon

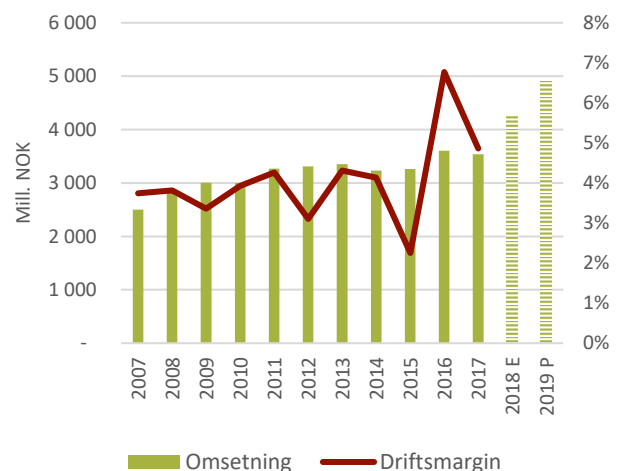


6.1.5. Spesialiserte underleverandører

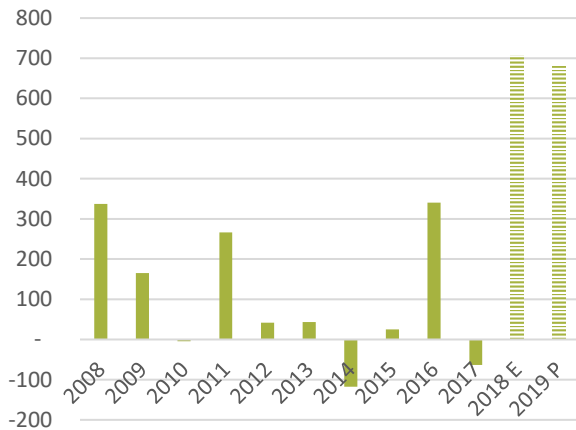
	2016	2017	2018	2019
Oms. (mill.)	3 602	3 538	4 246	4 925
Oms. å/å	10 %	- 2 %	20 %	16 %
Vs. (mill.)	1 493	1 435		
Driftsm.	7 %	5 %		
Syssels.	1 759	1 639		

Spesialiserte underleverandører er den bransjen i Helseindustrien som har hatt lavest omsetningsvekst de siste ti årene. Siden 2007 har bransjens inntekter i gjennomsnitt kun vokst med 3,5 prosent årlig. I 2017 var Spesialiserte underleverandører også den eneste bransjen som opplevde et fall i omsetning fra året før. Allikevel viser estimatet for 2018 at bransjen har sterk tro på fremtiden med hele 20 prosent anslått inntektsvekst. For 2019 venter aktørene i bransjen fortsatt en sterk omsetningsvekst på 16 prosent. Forventninger til utviklingen drives av både små og store bedrifter i denne gruppen. Lønnsomheten i bransjen var svært lav i 2015, men tiltok de etterfølgende årene og nådde sin topp i 2016 med en driftsmargin på 7 prosent. I 2017 sank den imidlertid med to prosentpoeng.

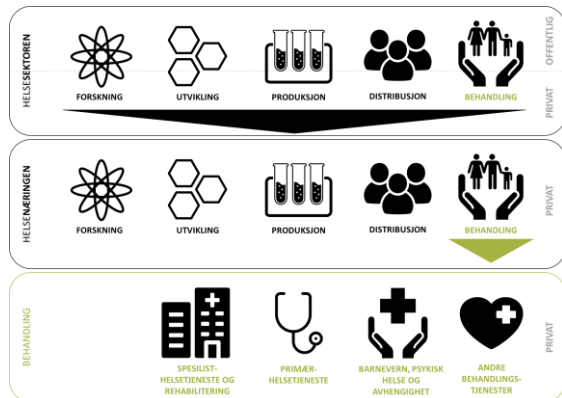
Figur 6-9: Omsetning og driftsmargin for Spesialiserte underleverandører fra 2007 til 2017 (2019) (mill. NOK). Kilde: Menon



Figur 6-10: Endring i omsetning fra året før for Spesialiserte underleverandører fra 2007 til 2017 (2019) (mill. NOK). Kilde: Menon



6.2. Bransjene i behandlingsleddet



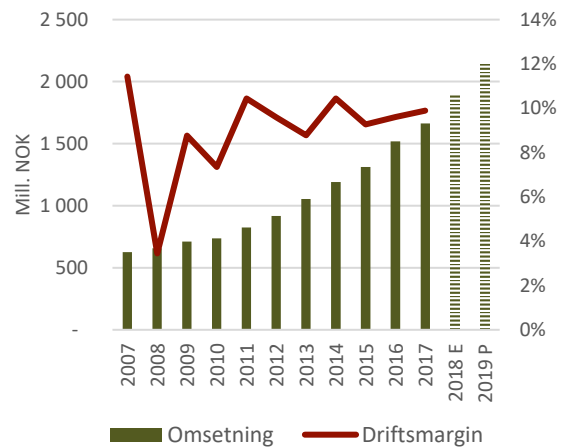
6.2.1. Andre behandlingstjenester

	2016	2017	2018	2019
Oms. (mill.)	1 519	1 663	1 896	2 142
Oms. å/å	16 %	9 %	14 %	13 %
Vs. (mill.)	785	845		
Driftsm.	10 %	10 %		
Syssels.	1 609	1 718		

Andre behandlingstjenester har de siste 10 årene hatt en gjennomsnittlig årlig vekst på over 10 prosent. Dette er den høyeste gjennomsnittlige veksten blant bransjene i Behandlingsleddet. Bransjen utgjør imidlertid bare 3,4 prosent av Behandlingsleddet målt i verdiskaping. Andre behandlingstjenester inkluderer virksomheter innen en rekke ulike behandlingstjenester.

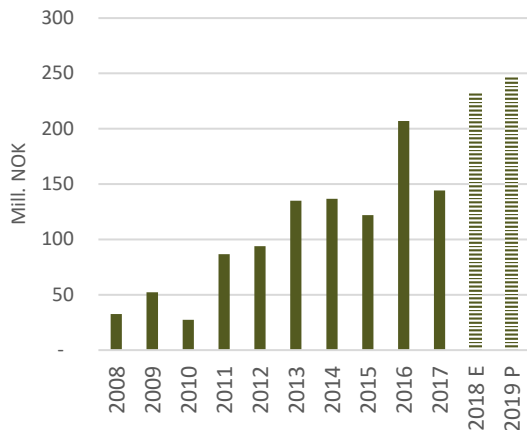
Eksempelvis selvstendige sykepleiere, kiropraktorer, homøopater, jordmødre, akupunktører, foterapeuter, psykoterapeuter, ergoterapeuter, aromaterapeuter, soneterapeuter, elektroterapeuter, magnetterapeuter, gestaltterapeuter, naturterapeuter, kinesiologer og logoped.

Figur 6-11: Omsetning og driftsmargin for Andre behandlingstjenester fra 2007 til 2017 (2019) (mill. NOK). Kilde: Menon

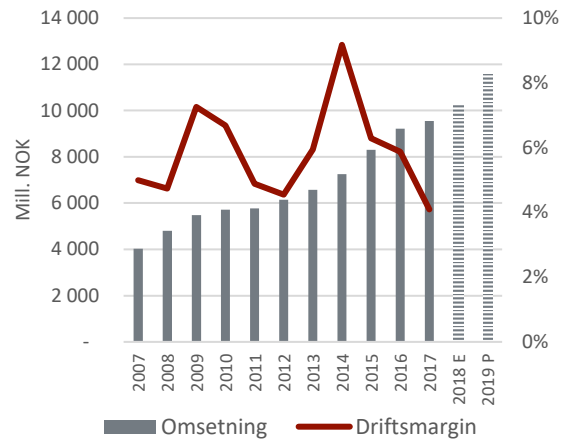


Feil! Fant ikke referanse kilden. viser driftsmargin og omsetning for Andre behandlingstjenester fra 2007 til 2017, samt estimat og prognose for omsetningen i hhv. 2017 og 2018. Bransjen hadde en inntektsvekst på 9 prosent i 2017, hvilket er noe lavere enn den gjennomsnittlige årlige veksten de siste ti årene. Driftsmarginen for gruppen har variert noe over perioden fra et toppnivå på 11 prosent i 2007 til et bunnivå på tre prosent i 2008. Marginen har de siste årene variert rundt et nivå på 10 prosent, litt i overkant av de siste årenes nivå for Behandlingsleddet samlet.

Figur 6-12: Endring i omsetning fra året før for Andre behandlingstjenester fra 2007 til 2017 (2019) (mill. NOK). Kilde: Menon



Figur 6-13: Omsetning og driftsmargin for Barnevern, psykisk helse og avhengighet fra 2007 til 2017 (2019) (mill. NOK). Kilde: Menon

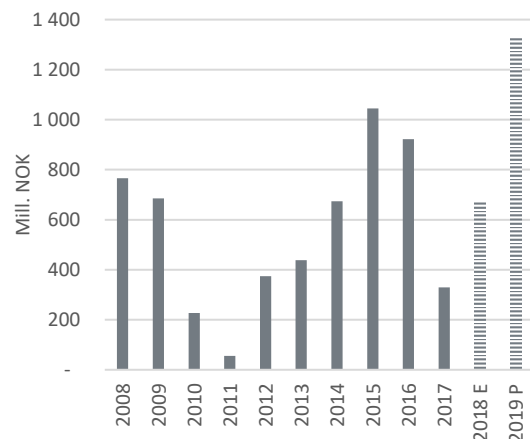


6.2.2. Barnevern, psykisk helse og avhengighet

	2016	2017	2018	2019
Oms. (mill.)	9 221	9 550	10 218	11 546
Oms. å/å	11 %	4 %	7 %	13 %
Vs. (mill.)	6 088	6 287		
Driftsm.	6 %	4 %		
Syssels.	11 214	11 906		

Selv om inntektsveksten har vært sterk innen Barnevern, psykisk helse og avhengighet det siste tiåret har lønnsomhetsnivået vært lavest blant bransjene i Behandlingsleddet. Siden 2014 har driftsmargin falt fra nærmere ni prosent til fire prosent.

Figur 6-14: Endring i omsetning fra året før for Barnevern, psykisk helse og avhengighet fra 2007 til 2017 (2019) (mill. NOK). Kilde: Menon



Barnevern, psykisk helse og avhengighet hadde i likhet med Primærhelsetjenesten en omsetningsvekst i 2017 på fire prosent. Dette tilsvarer en reduksjon fra 2016 på om lag 7 prosentpoeng. Bransjen hadde en sterk vekst i årene frem til 2009. Etter en lavere vekst i noen år erfarte bransjen igjen sterk vekst og stigende lønnsomhet, fra 2012.

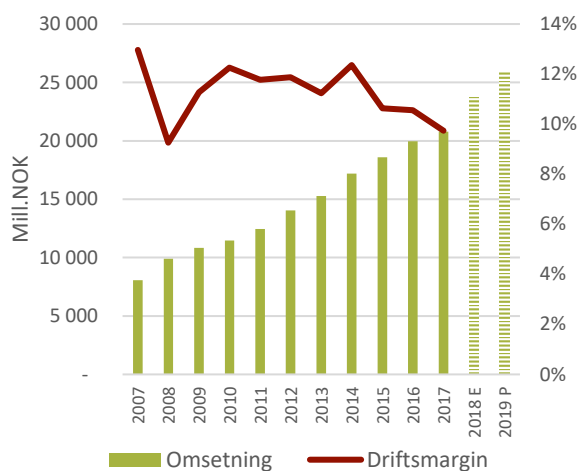
Som det fremkommer av Figur 6-14 var 2015 året hvor bransjen hadde den største omsetningsveksten i siste tiårsperiode, målt i kroner. Bransjen venter tre prosentpoeng høyere omsetningsvekst i 2018 enn i 2017 og anslår videre at inntektene vil øke med 13 prosent i 2019.

6.2.3. Primærhelsetjeneste

	2016	2017	2018	2019
Oms. (mill.)	19 965	20 793	23 704	25 837
Oms. å/å	7 %	4 %	14 %	9 %
Vs. (mill.)	12 581	12 980		
Driftsm.	11 %	10 %		
Syssels.	27 287	28 007		

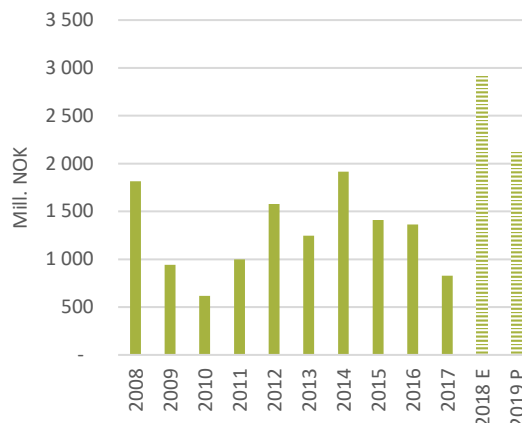
Primærhelsetjenesten har de siste 10 årene hatt en gjennomsnittlig årlig omsetningsvekst på om lag 10,5 prosent. Dette er den høyeste gjennomsnittlige veksten blant de større bransjene i Behandlingsleddet (sett bort ifra Andre behandlingstjenester). Bransjens vekst i 2017 er imidlertid på kun 4 prosent. Dette er den laveste årsveksten siden 2008.

Figur 6-15: Omsetning og driftsmargin for Primærhelsetjenesten fra 2007 til 2017 (2019) (mill. NOK). Kilde: Menon



Det fremkommer at bransjens samlede driftsmargin er den klart høyeste blant bransjene i Behandlingsleddet, gjennom hele perioden. Én årsak til dette er god lønnsomhet i mange fastlege- og private tannlegepraksiser. Selv om marginen har falt noe de siste årene, fra 13 prosent ved periodens start til om lag 10 prosent i 2017, er marginen stadig tre prosentpoeng høyere enn for Behandlingsleddet samlet sett.

Figur 6-16: Endring i omsetning fra året før for Primærhelsetjenesten fra 2007 til 2017 (2019) (mill. NOK). Kilde: Menon



Tannleger utgjør om lag 35 prosent av omsetningen i Primærhelsetjeneste i 2017. Marginen for tannleger er samtidig langt høyere enn gjennomsnittsmarginen for gruppen. Tannleger hadde en margin på i overkant av 16 prosent i 2017. Uten tannleger faller marginen for undergruppen og medianbedriften til om lag seks prosent. Omsetningen reduseres fra i overkant av 20 til i overkant av 13 mrd. kroner.

6.2.4. Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering

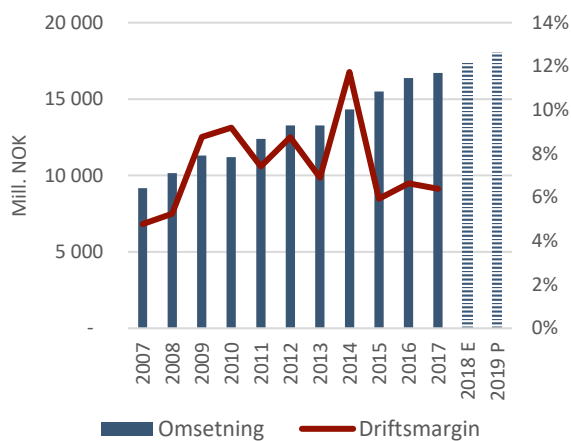
	2016	2017	2018	2019
Oms. (mill.)	16 367	16 709	17 377	18 072
Oms. å/å	6 %	2 %	4 %	4 %
Vs. (mill.)	10 044	10 293		
Driftsm.	7 %	6 %		
Syssels.	14 164	14 041		

Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering hadde i 2017 den laveste inntektsveksten blant alle bransjene i Behandlingsleddet, med i overkant av to prosent. Bransjen utgjør imidlertid over en tredel av Behandlingsleddet, målt i både omsetning og verdiskaping.

Lønnsomheten i bransjen, målt ved den samlede driftsmarginen, har ligget mellom fem og 12 prosent de siste ti årene. Bransjen har samlet sett bedret sin

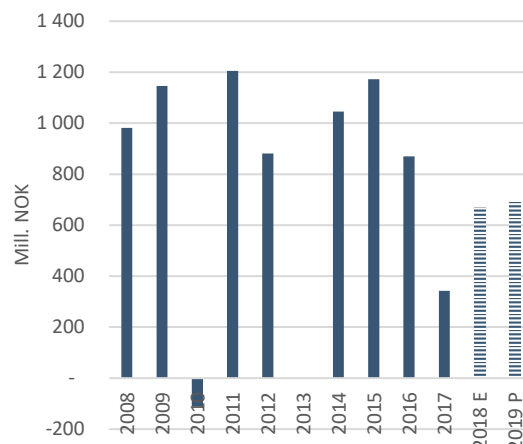
lønnsomhet sammenlignet med de første årene i tiårsperioden. Driftsmarginen for Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering er vesentlig lavere enn for Primærhelsetjeneste. Årsaken til dette er i all hovedsak store enkeltaktører i spesialist-helsetjenesten, med svært lave marginer. Noen av de største aktørene i bransjen, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, LHL og Haraldsplass Diakonale Sykehus har alle lave driftsmarginer. Ettersom de nevnte aktørene også er de største selskapene i bransjen, preger dette den beregnede lønnsomheten til bransjen som helhet.

Figur 6-17: Omsetning og driftsmargin for Spesialisthelsetjenesten fra 2007 til 2017 (2019) (mill. NOK). Kilde: Menon



Aktørene i bransjen anslår en svak omsetningsvekst i 2018, på kun i overkant av 4 prosent. Selskapene i Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering anslår at veksten i 2019 blir på 4 prosent. Dette er lavere enn den gjennomsnittlige årlige inntektsveksten de siste ti årene, men høyere enn veksten i 2017.

Figur 6-18: Endring i omsetning fra året før for Spesialisthelsetjenesten fra 2007 til 2017 (2019) (mill. NOK). Kilde: Menon



Menon Economics analyserer økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, organisasjoner og myndigheter. Vi er et medarbeidereiet konsultantselskap som opererer i grenseflatene mellom økonomi, politikk og marked. Menon kombinerer samfunns- og bedriftsøkonomisk kompetanse innenfor fagfelt som samfunnsøkonomisk lønnsomhet, verdsetting, nærings- og konkurranseøkonomi, strategi, finans og organisasjonsdesign. Vi benytter forskningsbaserte metoder i våre analyser og jobber tett med ledende akademiske miljøer innenfor de fleste fagfelt. Alle offentlige rapporter fra Menon er tilgjengelige på vår hjemmeside www.menon.no.

+47 909 90 102 | post@menon.no | Sørkedalsveien 10 B, 0369 Oslo | menon.no

