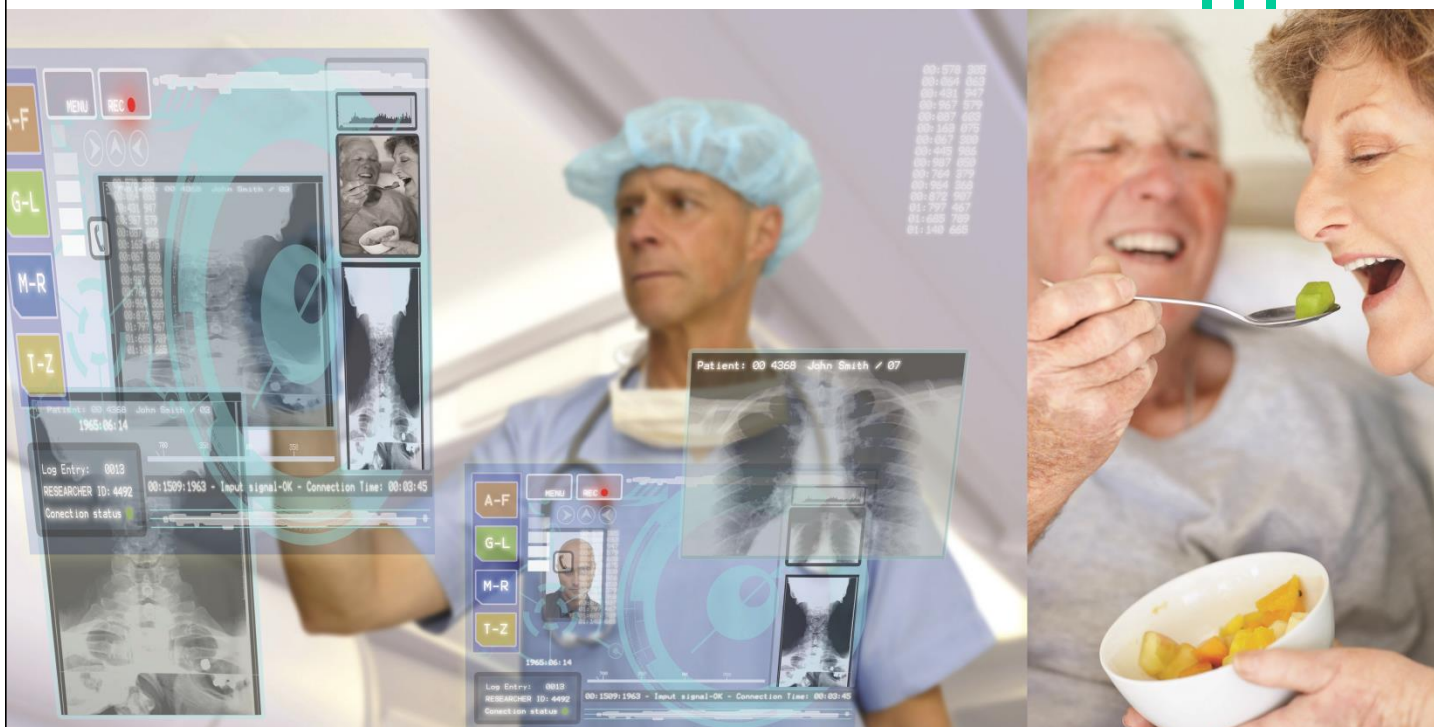


RAPPORT

Helsemyggordningen: Et virkemiddel for å stimulere til helseinnovasjon



MENON-PUBLIKASJON NR. 39/2013

Av Rasmus Bøgh Holmen og Erik Werner Jakobsen

Forord

I dette prosjektet vurderer Menon Business Economics mulige egenskaper ved og konsekvenser av en låneinsentivordning utformet etter samme prinsipper som oljemyggordningen, heretter referert til som helsemyggordning.

Helsemyggordningen vil innebære at helseinnovatører som ikke er i skatteposisjon – og som dermed ikke får skattefradrag for sine innovasjonskostnader – får en kontantutbetaling som tilsvarer skattefradraget. Skattegjelden vil deretter måtte tilbakebetales når selskapene kommer i skatteposisjon.

Erik W. Jakobsen har vært prosjektleder med Rasmus Bøgh Holmen som prosjektmedarbeider. Oppdragsgiver for prosjektet er Oslo Medtech i tett samarbeid med Oslo Cancer Cluster og Nansen Neuroscience Network.

Oppdragets mandat har vært å vurdere de privatøkonomiske og samfunnsøkonomiske aspektene ved helsemyggordningen med paralleller til oljemyggordningen. Analysen er kvalitativ, slik at kvantitativ arbeid må til for å fastsette størrelsen på ulike effektivitets- og fordelingsvirkninger. Å vurdere alternative ordninger er ikke en del av mandatet.

Menon står alene ansvarlig for de faglige vurderingene og innholdet av denne rapporten.

Erik Werner Jakobsen
11. desember 2013

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Innholdsfortegnelse	2
1. Konklusjoner og oppsummering av helsemyggordningens potensielle utforming og virkninger	3
1.1. Oppsummering av helsemyggordningens utforming	3
1.2. Oppsummering av helsemyggordningens virkninger	4
2. Den norske helsenæringens utfordringer med lønnsomhet og vekst	6
2.1. De norske helseinnovatørene og den norske helseklyngen	6
2.2. Langvarige innovasjons- og kommersialiseringsprosesser	6
2.3. Mangelen på risikokapital	9
2.4. Eksterne effekter	10
3. Oljemyggordningen og petroleumsbeskatningen	12
3.1. Utformingen av Oljemyggordningen	12
3.2. Kort om Petroleumsbeskatningen	12
3.3. Virkninger av oljemyggordningen	14
4. Helsemyggordningen og eksisterende skatteregelvek for helseinnovatører	16
4.1. Eksisterende lovverk for skattlegging av helseinnovatører – Alminnelige skatteregler	16
4.2. Helsemyggordningen – En mulig insentivordning for helsenæringen	16
4.3. Likhetstrekk og forskjeller mellom oljemyggordningen og helsemyggordningen	17
5. Vurderinger av helsemyggordningens virkninger	19
5.1. Effekter for innovasjonsaktørene	19
5.2. Potensielle klyngeeffekter for helseklyngen	21
5.3. Skatteeffekter	22
5.4. Positive effekter for brukerne av helseteknologier og helseprodukter	23
6. Inngjerdingsproblematikken	26
6.1. Utfordringen med mulig utnyttelse av ordningen	26
6.2. Hensiktsmessige inngjerdingstiltak	26
6.3. Kostnader knyttet til inngjerding	27
Litteraturliste	28

1. Konklusjoner og oppsummering av helsemyggordningens potensielle utforming og virkninger

I denne rapporten vurderer vi de privat- og samfunnsøkonomiske effektene av en potensiell låneinsentivordning. Vi vil gjennom rapporten omtale denne ordningen som helsemyggordningen.

Vi vil i det følgende oppsummere ordningens utforming i delkapittel 1.1 og virkningen av ordningen i delkapittel 1.2. Poengene i dette oppsummeringskapittelet er utdypet utover i rapporten.

1.1. Oppsummering av helsemyggordningens utforming

Rasjonale for helsemyggordningen er at helseinnovatørene står overfor særskilte investeringsutfordringer og at helseinnovasjon potensielt kan ha store positive virkninger for samfunnet. Helse er en stor næring med høy vekst både lokalt og nasjonalt med store positive samfunnsbidrag utover næringsvirksomheten. Den norske næringen forsker årlig for åtte milliarder kroner. Likevel er det kun en liten andel av forskningen som leder til kommersielle produkter og lønnsomme bedrifter. Private investorer styrer ofte unna helseinnovasjonens langvarige og usikre innovasjonsprosesser.¹ Videre tar kommersialiseringsprosessen lang tid skyldes i stor grad myndighetenes stringente krav til klinisk dokumentasjon. Ny helseinnovasjon kommer ikke bare helseinnovatørene til gode, men også resten av helsenæringen, brukerne og samfunnet for øvrig.² Det internasjonale helsemarkedet vokser årlig med om lag sju prosent, slik at helseinnovasjon stadig viktigere (Meld. St. 39 2012-2013).

Helsemyggordningen foreslås utformet etter samme mønster som oljemyggordningen. Oljemyggordningen innebærer at petroleumselskaper som ikke er i skatteposisjon – og som dermed ikke får skattefradrag for sine lete- og utviklingskostnader – får en kontantutbetaling som tilsvarer skattefradraget. Oljemyggordningen ble etablert for å stimulere til lete- og utviklingsaktivitet blant unge og små petroleumselskaper, derav navnet. Når oljeselskapene oppnår overskudd og kommer i skatteposisjon, får de fradrag for sine lete- og utvikling kostnader og må tilbakebetale skattegjelden. Ordningen medfører at oljeselskaper utenfor skatteposisjon også får nyttiggjort seg skattefradraget av investeringer og bidrar til å redusere skjevheten mellom etablerte selskaper og nyetablerte aktører.

Helsemyggordningen vil innebære kontantbetaling av skattefradraget relatert til kostnadene ved utvikling og testing av helseprodukter og helseteknologier for innovatører som ikke er i skatteposisjon. Når bedriften får overskudd og kommer i skatteposisjon, må de tilbakebetale de utbetalte skattefradrag for utviklings- og testkostnadene. Ordningen fungerer dermed som et rentefritt risikolån fra staten til helseinnovatørene. Skattefordelen ved skattefradraget vil ikke lenger være avhengig av om selskapet lykkes med å kommersialisere og skape lønnsomhet i teknologien og produktet. I dag følger helseinnovatørene de alminnelige skattereglene for norsk næringsliv, herunder lovhjemmelen om å kunne fremføre underskudd. Fremførbarheten er ikke tidsbegrenset, men forrentes ikke.

Vår vurdering er at helsemyggordningens funksjonsevne og samfunnsøkonomiske lønnsomhet forutsetter at den ikke har utilsiktede effekter som skyldes at ordningen ikke blir tilstrekkelig «gjerdet inn». Inngjerdingsreglene bør avgrense ordningens gyldighetsområde, hindre fradrag for kommersialiserte tapsprodukter, hindre tapping av innovatøren til konsern, forebygge utflagging og sikre at skattegjelden blir tilbakebetalt. Det trengs flere tiltak for å løse disse utfordringene. En god start er å kreve at

¹ I økonomiske fagtermer er denne atferden kjent som risikoaversjon.

² I økonomiske fagtermer snakker vi om konsumentoverskuddet og positive eksterne virkninger.

innovasjonsaktiviteten skilles ut i en egen juridisk enhet og begrense ordningen til produkter og teknologier som krever statlig godkjenning. Videre vil vi anbefale å forby konsernbidrag og internlisensiering av produkter og teknologier innad i konserner og å kreve at prising av internleveranser mellom enheter i konsern må skje til (estimert) markedspris. Skattegjelden, produktene og teknologiene må være låst til innovatøren nasjonalt inntil skattegjelden er betalt. Skattegjelden bør ha forrang foran alle andre kreditor krav overfor selskapet.

1.2. Oppsummering av helsemyggordningens virkninger

Vi vil nå oppsummere de viktigste samfunnsøkonomiske virkningene av en helsemyggordning:

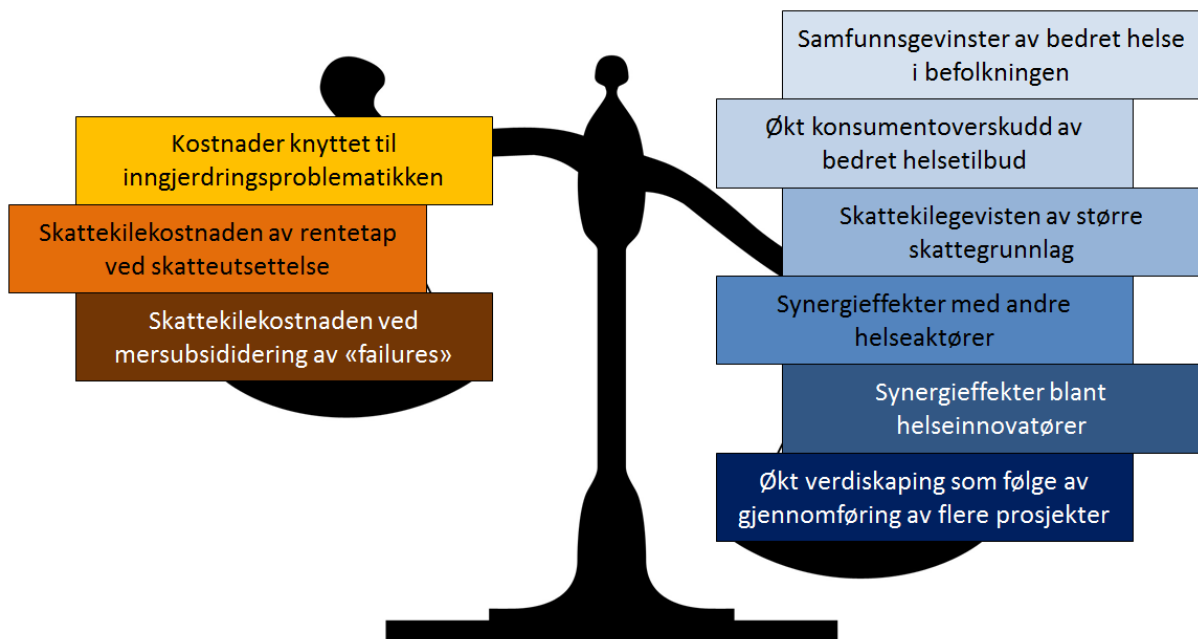
- **Bedriftsøkonomiske effekter:** Helsemyggordningen vil bidra til å styrke helseinnovatørens finansieringsevne som følge av bedret likviditet og risikoavlastning, samt rentetilskudd. Dermed vil det bli mer attraktivt for investorer å finansiere oppstartbedrifter som har en lang vei å gå før de kan kommersialisere sine produkter. Ordningen vil skape stabile og trygge rammevilkår for helseinnovasjon og dermed innovatørens evne til å foreta langsiktige investeringer og komme over kommersialiseringskneika. Ordningen vil også bedre helseinnovatørens evne til å benytte seg av andre offentlige støtteordninger, idet evnen til egenfinansiering styrkes. I og med at Staten tar deler av nedsiderisikoen, innebærer ordningen en slags indirekte subsidiering av selskaper som ikke lykkes. Fra et samfunnsøkonomisk ståsted vil kun verdiskapingen som ikke alternativt ville vært kanalisert andre steder være mernytte. Både Helsevesenet og næringslivet for øvrig vil i utgangspunktet sysselsette mesteparten av den relevante arbeidskraften. Mernytten knytter seg derfor primært til eventuelle høyere stillingsprosenter og midlertidig ledighet ved nedleggelse, samt eventuell merverdiskaping blant suksessinnovatører og unngåelse av andre kostnader ved oppstart og nedleggelse.
- **Effekter for helseklyngen:** For helseinnovatørene vil helsemyggordningen ikke bare bety økt innovasjon og aktivitetsnivå for egen virksomhet, men også synergieffekter på tvers av innovatører. Synergieffektene knytter seg både til kunnskapsgenerering, bedre kapitaltilgang og deling av markedskoblinger. Som følge av at det blir mer attraktivt å investere i norske helseinnovatører, vil kapitalmiljøene rundt helsenæringen bli større og mer kompetente. Gode rammevilkår for etableringer på hjemmemarkedet er en forutsetning for å etablere en god næring. Kunnskap utløst av økt verdiskaping og dernest mer innovasjon blant helseinnovatørene, vil ikke bare komme dem til gode, men også helsenæringen for øvrig og helseforvaltningen. Det vil også kunne oppstå synergieffekter på tvers av landegrensar, som innebærer kunnskapsoverføringer til utenlandske kunnskapsmiljøer. En viktig effekt i så måte er at helseinnkjøpsprosessene vil profesjonaliseres.
- **Skatteeffekter:** Helsemyggordningen har to negative provenyeffekter som må finansieres over statsbudsjettet og en positiv provenyeffekt som ligger implisitt i skattegrunnlaget. De negative provenyeffektene knytter seg til rentetapet for staten ved å gi helseinnovatørene skatteutsettelse og mersubsidieringen av innovatørene som ikke lykkes. Nytte- og kostnadskomponentene som går gjennom skattesystemet vil ikke tilsvare de samlede provenyeffektene, kun de tilhørende skattekilokostnadene og -gevinsterne. Skattekilokostnader tilsvarer de teoretiske kostnadene av alternativ skatteinndrivelse, velferdskutt eller reduksjon i nettosparing. Tolkningen av skattekilokevinstene er tilsvarende, men med motsatt fortegn. Skattekilodeffekten anslås normal til å ligge rundt tjue prosent av provenyeffekten (NOU 1997:27). Siden vi står overfor flere effekter som virker mot hverandre, vil nettoskatteeffektene være usikre både for proveny og effektivitet.
- **Eksterne samfunns effekter:** Økt helseinnovasjon påvirker åpenbart livskvaliteten til brukere og deres pårørende. Ved mer helseinnovasjonen i Norge vil også eldre og mennesker med funksjonshemninger

kunne bo hjemme lengre med trygghet og kvalitet, og pasientene vil raskere få tilgang på nye legemidler og helseteknologier i sin behandling. Videre vil en friskere befolkning også kunne bidra til høyere sysselsetting og dermed høyere verdiskaping. Dessuten får eldre og mennesker med funksjonshemninger større muligheter til å kunne bo hjemme. Privatpersoner tar ikke fullt over seg samfunnsnyttene når de kjøper helseprodukter, mens det offentlige ikke fullt ut verdsetter trivsel-effekter eller verdiskaping-effekter. Begge deler taler for at det er samfunnsøkonomisk lønnsomt å stimulere næringen. Den samfunnsøkonomiske innovasjonsavkastningen lokalt vil være størst for lokale helseutfordringer, samtidig som det vil ligge betydelig bistands- og eksportkomponenter i innovasjon på globale helseutfordringer.

- **Inngjerdingseffekter:** I tillegg til effektene forbundet med en velfungerende helsemyggordning vil det komme noen effekter i tilknytning til gjerdingsproblematikken. Det dreier seg om typer effekter – tilsyn og administrasjon av ordningen og kostnadene knyttet til omgåelse av ordningene. Disse effektene vil til en viss grad motvirke hverandre. Hvor stort apparat man bør sette inn for å redusere kostnadene med inngjerdingslekkasje blir dermed et spørsmål om samfunnsøkonomisk kostnadseffektivitet. Det bør samtidig presiseres at flere av inngjerdingsutfordringene lar seg løse av enkle regler, uten at det trengs noen betydelig oppfølging.

Vi har oppsummert virkningene i Figur 1-1 under. Vi har ikke foretatt noen kvantitative studier av effektene, men vår kvalitative vurderinger tilsier at nyttekomponentene høyst sannsynlig vil oversige kostnadskomponentene.

Figur 1-1 – Kostnader og nyttegevinster ved innføring av helsemyggordningen



I videre utredninger av helsemyggordningen vil vi anbefale myndigheter og involverte næringsorganisasjoner å kvantifisere størrelsene på effektene og stadfeste størrelsesforholdet mellom dem. En kunne også sett for seg alternative ordninger for å stimulere til helseinnovasjon, for eksempel en tilpasset skattefunn-ordning, en låneordning for næringen i regi av Innovasjon Norge eller en kapitalforsterkningsordning, der matcher investeringen ved å ta en mindre andelsmessig eierpost. En komplett kostnad-nytteanalyse av helsemyggordningen bør også vurdere ordningens effekter opp mot de mest relevante alternative ordningene.

2. Den norske helsenæringens innovasjonsutfordringer

I dette kapitlet presenterer vi den norske helsenæringens utfordringer med lønnsomhet og vekst. Vi starter med å ta for oss de norske helseinnovatørene og den norske helseklyngen i delkapittel 2.1. Deretter diskuterer vi innovasjons- og kommersialiseringsprosessene ut i fra et overlevelsesperspektiv i delkapittel 2.2. I delkapittel 2.3 går vi over til den relaterte problemstillingen om mangelen på risikokapital, før vi avslutter med å behandle eksterne virkninger av helseinnovasjon i delkapittel 2.4. For en mer detaljert analyse av næringens utfordringer og hvordan disse kan løses henviser vi til Grünfeld og Iversen (2012a).

2.1. De norske helseinnovatørene og den norske helseklyngen

Helsenæringen er en stor næring i vekst både nasjonalt og globalt med store positive eksterne virkninger for samfunnet. Den demografiske utviklingen tilsier at helsenæringen vil fortsette å vokse i mange år fremover. Det norske helsemarkedet utgjør 0,4 prosent av det internasjonale helsemarkedet. Vekstraten i det internasjonale helsemarkedet er på om lag sju prosent (Meld. St. 39 2012-2013). Dermed vil helseinnovasjon spille en stadig mer sentral rolle.

Norske helseinnovatører leverer produkter og teknologier til det norske helsevesenet og potensielt internasjonalt. Helsenæringen, helseforvaltningen og kunnskapsmiljøene innenfor helse utgjør til sammen helseklyngen, hvor kompetansebase er viktig. Helseinnovasjon er en konkurranseutsatt og kunnskapsbasert del av helsenæringen, som omfatter medisinsk teknologi, nye legemidler, helsekost, diagnostikk, e-helse, velferdsteknologi og bioteknologi. I tillegg til helseinnovasjon inngår næringslivets alternativer og støttetjenester til det offentlige helsevesenet i helsenæringen, men disse delene vil ikke være et fokus i denne rapporten. Vi vil konsentrere oss om innovatørene av legemidler og helseteknologier som krever statlig godkjenning. Det er denne type aktører som har den lengste og mest krevende innovasjonsprosessen og som dermed har den største utfordringen knyttet til kapitaltilgang.

Den norske helsenæringen er ikke spesielt stor i internasjonal sammenheng, men det som finnes av virksomhet ligger primært i Oslo og Trondheim. I Osloregionen er næringen spesielt sterk på kreftforskning, omega 3-preparater og registerbasert klinisk forskning. Trondheimsregionen står sterkt innen ultralydteknologier. Årlig forskes det for cirka åtte milliarder kroner innen næringen. Likevel er det kun en liten andel av denne forskningen som kommer til uttrykk i kommersielle produkter og lønnsomme bedrifter. Næringenes innovasjonsbedrifter synes å gjøre det relativt bra i tidligere faser. Likevel har få norske helseselskaper lykkes med å etablere seg som et lokomotiv som kan hjelpe resten av næringen ut internasjonalt.

Siden millenniumskiftet har det skjedd en vridning fra farmasøytisk forskning mot medisinske teknologier blant innovatørene internasjonalt. Dette gjelder også i Norge, hvor farmasøytisk industri heller ikke har stått så sterk tradisjonelt sett. Til en viss grad er det også kniving om kunnskapskapitalen i form av medisinsk og teknisk personell, både sett opp mot offshore leverandørindustri og helsevesenet. Den sammenpressede lønnsstrukturen i Norge og den gode tilgangen til medisinsk ekspertise rundt Oslo og Trondheim bidrar til at de to regionene har høykvalifiserte forskningsmiljøer konsentrert rundt universitetene og universitetssykehusene.

2.2. Langvarige innovasjons- og kommersialiseringsprosesser

I mange næringer skjer kommersialisering av produkter like etter innovasjonen. Når så ikke er tilfellet, har bedriftene gjerne andre produkter å leve av, mens de nye produktene blir utviklet. I helsenæringen er innovasjons- og kommersialiseringsprosessene gjerne langvarige og usikre. Næringen preges i større grad av

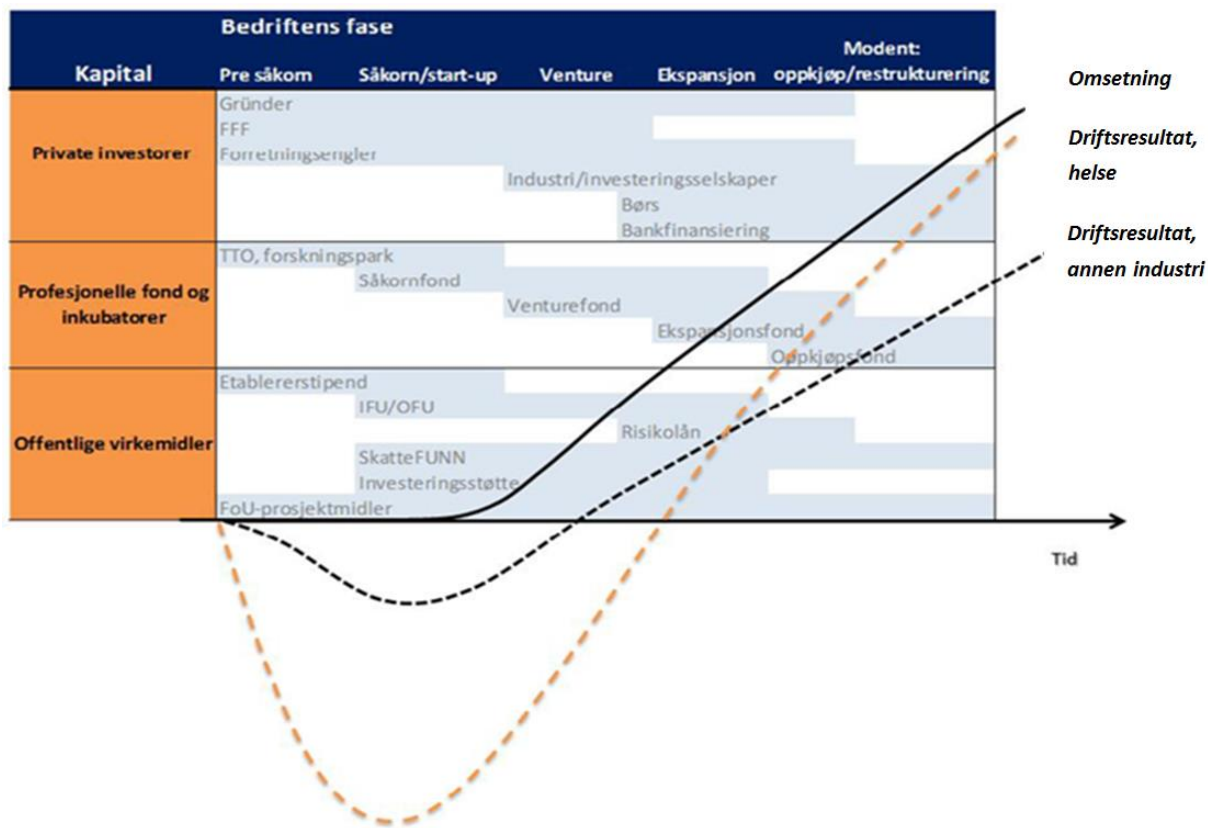
innovasjonskonkurransen enn priskonkurransen, der bedriftene som til enhver tid er innovasjonsledende oppnår et strategisk konkurransefortrinn inntil en ny innovasjon overtar markedsledelsen.

Bedrifter som utvikler helseprodukter og helseteknologier går gjennom flere faser. I tidlig fase tar man gjerne utgangspunkt i forskningsresultater og utvikler konsepter og ideer til nye produkter. Risikoen er svært høy i denne fasen, og mange aktører faller fra allerede her. Investeringsbehovet er lavt, og ofte finansieres virksomheten gjennom støtte fra Forskningsrådet, inkubatorer og private midler. Lykkes man med å sannsynliggjøre at ideen har et kommersielt potensial, vil bedriftene trappe opp utviklingsprosessen, og investeringsbehovet vil øke. Risikoen er fremdeles høy, og det vil sjelden være mulig å låne penger i det ordinære kapitalmarkedet. I denne fasen er det behov for såkornkapital. I tillegg er det mulig å søke om offentlige virkemidler, for eksempel i form av innovasjonslån og IFU/OFU-kontrakter.

Utviklingen av legemidler og helseteknologi er normalt kjennetegnet ved svært langvarige prosesser før produktene er klare for kommersialisering, ikke minst fordi det er behov for grundig testing før man kan få offentlig godkjenning. Særlig gjelder dette for legemidler, men også langt på vei medisinske teknologier. Dermed blir den kommersielle risikoen høy, og det er svært vanskelig å få investorer til å gå inn i denne fasen. Gjennombruddet kommer når bedriften har fått sitt første salg på markedsmessige premisser. Da har den oppnådd «kommersielt bevis» og muligheten for å tiltrekke kapital øker dramatisk.

I Figur 2-1 under illustrerer vi veien for en innovasjonsaktør fra forskning- og utviklingsvirksomhet til industriell virksomhet, både for aktører innenfor helsenæringen og andre industribedrifter som driver med forskning og utvikling. Bakgrunnen skisserer hvilke aktører som spiller en rolle i kapitalmarkedet gjennom bedriftens ulike faser fra tidlig såkornstadium og helt ut til modne selskaper med etablert næringsaktivitet.

Figur 2-1 – Helseinnovatørens faser sett opp mot andre innovatører og relevante kapitalkilder. Kilde: Grünfeld og Iversen (2012a)



Figuren illustrerer dødens dal for helsenæringen der driftsresultatene er lavest (det vil si mest negative) i kurven som ser ut som en J-kurve. I denne fasen er det primært forskning- og utviklingsmidler fra Forskningsrådet, såkornfond, business angels, enkelte typer virkemidler fra Innovasjon Norge, samt gründerne selv som finansierer prosjektene. Vi vil komme tilbake til mangelen på risikokapitalen i neste delkapittel.

Utviklingsløpene for medisinske og farmasøytiske produkter og teknologier går gjerne over ti til femten år og er forbundet med høy usikkerhet. Det går et viktig skille ved tidshorizont og behov for investeringer mellom farmasøytiske og medisinske produkter og teknologier på den ene siden og medisinsk utstyr og helsetjenester på den andre siden. Legemidler og andre farmasøytiske produkter og teknologier utprøves typisk i flere trinn med oppfølging og overvåking av forsøkspersonenes helse og modifisering av produktene underveis. Innen medisinsk utstyr og helsetjenester kan derimot utviklingen og testingen gå raskere med mindre behov for mange pasienter. Det vil også være enklere å avgjøre om produkter er verdt å gå videre med og endelig verifisere deres virkning. Dessuten vil de påkrevde investeringene som regel være mindre.

Det aller meste av helseforetakenes innkjøp av medisinske produkter og medisinske teknologier er internasjonale. For norske innovatører er generelt utfordrende å selge inn sine produkter til helseforetakene, hvilket også gjør bransjens inntektsside mer usikker. Anvendt medisinsk forskning drives av innovasjonskonkurranse, internasjonalt patentregelverk, private donasjoner og offentlig stimulans. Norske nyetablerere ligger typisk i front på tidlig fase virksomheter, men sliter med å utvikle seg til større virksomheter. Tidligfase foretak innen helseinnovasjon kan oppnå høy inntjening i fremtiden, men de foreløpige inntektene er gjerne begrensede. Samtidig er de fremtidige inntektene gjerne usikre og langt frem i tid. Mangel på risikovillig kapital forblir et tilbakevendende problem for næringen, jamfør neste delkapittel.

Dermed blir et betydelig antall helseinnovasjonsprosjekter med vekstpotensial stående igjen på startstreken, uten å komme videre. For en grundigere innføring om utfordringer knyttet til innovasjon innen helsenæringen og påfølgendelønnsomhet og vekst refererer vi til Grünfeld og Iversen (2012).

2.3. Mangelen på risikokapital

Teknologisk industri som ikke retter seg mot petroleumssektoren sliter i dag med å få tilgang på finansiell risikokapital.³ Kapitalen trekkes mot petroleum, der hjemmemarkedet er gigantisk og lønnsomheten er høy, og hvor det foreligger gode ordninger som stimulerer til investeringer. For helsenæringen går innovasjonsprosessen over lang tid, slik at risikoaversjon og likviditetsproblemer blir et særskilt stort problem. Utviklings- og testperioden blir lang og usikkerheten om lønnsomhetspotensialet er stor. Det fører til høy risiko og lang periode i «dødens dal» med store kostnader og ingen inntekter. Derfor er det vanskelig å få finansiert utviklings- og kommersialiseringsløpet. Knappheten på kapitalen bidrar også evnen av å anvende fruktene fra forskning og utvikling svekkes. Det fører til at de bedriftene som eksisterer, i stor grad er små og finansielt svake. Mange selger og lisensierer teknologi og forskningsresultater ut av landet i stedet for å utvikle og kommersialisere i Norge.

I Norge er offentlige myndigheter tungt involvert i medisinsk grunnforskning og i startfasen av anvendt forskning. Engasjementet reduseres imidlertid dramatisk når forskningen skal utvikles til produkter og teknologier og til kommersialisering av disse. Mangelen på offentlig satsing i senere faser av innovasjonsprosessene må ses i sammenheng med at det er få private investorer som er villige til å stå løpet fullt ut. De private investorenes investeringsvegring henger sammen med at avkastningen på innovasjonsprosjektene er usikker, og at prosjektene uansett krever låsing av kapital over tid. I en del tilfeller vil hjemmemarkedet også være begrenset. Utviklingsløpene for vellykkede prosjekter tar gjerne ti til femten år for medikamenter, og på veien kan det bli dyrt å drive inn ytterligere kapital om det trengs. For medisinsk teknologi kan utviklingsløpet være noe kortere. Dessuten er det ytterst få kapitaltilførselsfond eller støtteordninger som stimulerer næringen.

Utfordringene med å skaffe finansiering til utviklings- og testfasen kan føre til at produkter og teknologier med stort kommersielt potensial aldri blir realisert. Alternativt kan utviklingsfasen bli unødvendig lang fordi selskapet må operere på «sparebluss» helt til potensielle investorer har nok trygghet til å ville satse. I en slik situasjon har gjerne gründere og oppstarts-investorer tømt alle potensielle finansieringskilder og står med ryggen mot veggen. I en slik presset likviditetssituasjon står investorene i en meget sterk forhandlingsposisjon og oppnår ofte en lavere aksjepris og dermed større utvanning av eksisterende eiere.

Tilførselen av offentlig kapital til helseinnovasjon er begrenset. Offentlig finansierte såkorn- og venturefond er enten tomme for kapital eller fokuserer på andre næringer. Vegringen mot å investere i helseinnovasjon har blitt større siden finanskrisen. Investorer har jevnt over vridt seg fra innovative og risikable prosjekter til sikrere investeringer, gjerne prosjekter med kortere tidshorison og som allerede har fått «kommersielt bevis». Forverringen etter finanskrisen og mangelen på offentlige støtteordninger er ikke særegen for Norge; det er også situasjonen i Europa.

Sammenliknet med større land som Storbritannia og USA er det relativt få selskaper som driver systematisk helseinnovasjon i Norge. Av mindre land utmerker Sveits seg spesielt internasjonalt, hvilket er tema i Boks 5.1 i delkapittel 5.2. Mens man i Danmark har man store «life science»-aktører som Novo Nordisk og Lundbeck som driver næringen fremover, finner man ikke tilsvarende aktører i Norge og Sverige. Verken norske og svenske

³ Se for eksempel Grünfeld og Iversen (2012a) for dokumentasjon.

har utbygde ordninger for å bygge opp under næringens kapitaltilgang og vekstmuligheter, slik som for eksempel Det danske eksportrådet stiller med på eksportsiden (Grünfeld og Iversen 2012b). En studie av Damvad (2011) viser at norske velferdsteknologiske fortetak har lavere vekst og mindre optimistiske enn sine danske motstykker. Tilgangen til venture kapital og kapital fra private equity-fond er noe bedre i Sverige enn i Norge, skjønnte mange av de svenske private equity-fondene fikk seg en trøkk gjennom finanskrisen (Grünfeld og Iversen 2012b).

2.4. Eksterne effekter

Det kan være *positive eksterne effekter* i utvikling og kommersialisering av legemidler, medisinsk utstyr og Medtech som ikke ihensyntas i investeringsbeslutninger. Slike effekter vil føre til samfunnsøkonomiske underinvesteringer i denne typen produkter og teknologier. På et overordnet nivå kan de eksterne virkninger av produktene og teknologiene deles inn i to grupper – virkningene som følger av innovasjonsprosessene og virkningene som produktene og teknologiene gir.

De eksterne virkningene fra hvert produkt eller hver teknologi knytter seg til at gevinstene kan gå utover det som tilfaller bruker og selger. Sykdom er spesielt ille for de som er syke, men rammer også de pårørende, arbeidsgiveren, andre pasienter og samfunnet rundt. Medikamenter finansiert av det offentlige skal i prinsippet prise dette inn, men det forutsetter at den offentlige verdsettelsen samsvarer med den samfunnsøkonomiske verdsettelsen. De syke, helsetjenestene og produktseilgerne kan få glede av at flere bruker produktene eller teknologiene ved hvert brukersted eller utsalgsted, slik at det blir stordriftsfordeler i produksjonen og distribusjonen av produktene. Dessuten kan norske pasienter få raskere tilgang til nye produkter ved økt helseinnovasjon.

Privatpersoner og foretak vil i utgangspunktet ikke internalisere positive eksterne virkninger fra medisinske produkter, uten at produktene subsidieres. Bedrede helseteknologier og helseprodukter vil også kunne gi eldre og funksjonshemmede muligheten til å bo hjemme lenger, hvilket både vil innebære trivselsgevinster for brukerne og kostnadsbesparelser for det offentlige. Bedre helse for befolkning er for øvrig noe som kommer hele samfunnet til gode i form av høyere verdiskaping og mindre helsekostnader.⁴ Norge har verdens nest høyeste helseutgifter per innbygger og høy velstand, hvilket impliserer at betalingsvilligheten for gode helseordninger er høy (Damvad 2011).

Noen sykdommer og lidelser er mer stedsforankret enn andre. De krever derfor større grad av regional innovasjon for å kunne behandles, siden forskningen internasjonalt er mer begrenset. Andre sykdommer og lidelser er globale. Videre er det en del medikamenter, teknologier og utstyr som har mer generell anvendelse. Mange av gevinstene av forskning og utvikling på disse områdene kan tilfalle andre deler av verden. Noen innovasjoner kan bygges videre på, mens andre primært ender opp med sitt produkt eller sin teknologi. Internasjonale patenter og patentvern bidrar i mange tilfeller til at innovasjonsbedrifter kan ta bedre betalt for produkter og teknologier og i større grad internaliserer positive konsumentenes nytte av innovasjonen.⁵

Et annet poeng er at kunnskapsbasen og markedskoblinger spiller en nøkkelrolle for den norske helseklyngen. Både en mer betydelig felles kunnskaps- og kapitalbase og sterkere markedskoblinger selskapene imellom og overfor deres kunder vil bedre konkurranseevnen i næringen. Det vil også kunne føre til bedre kunnskap og til

⁴ Dette gjelder likevel ikke i livsforlengende tiltak og andre tiltak som ikke innebærer noen effektivisering eller leder tilbake arbeidslivet. Her har man like fullt og åpenbart en sterk etisk begrunnelse om å ivareta pasientenes ve og vel.

⁵ I utviklingen av et slikt patentregelverk vil man åpenbart stå overfor et etisk og økonomisk dilemma om å gi insentiver til innovasjon og å kunne distribuere eksisterende produkter og teknologier for de som trenger det. Utformingen av regelverket er imidlertid i stor grad internasjonalt og er utenfor denne rapportens fokus.

effektiviseringer innen helsevesenet. Helseinnovatørene vil på sin side kunne dra nytte av hverandre. Økt helseinnovasjon i Norge vil bidra til å heve innkjøpskompetansen til helsevesenet. Dessuten vil helseinnovasjon i Norge bidra til at nye helseprodukter og helseteknologier kan komme norske pasienter til gode tidligere. Økt helseinnovasjon nasjonalt kan også føre til en profesjonalisering av innkjøpsprosessene i det offentlige.

Dersom eksterne gevinster av medisinske og farmasøytiske produkter og teknologier ikke internaliseres i prisfastsettelsen, vil de fra et samfunnsøkonomisk synspunkt være underpriset. Ved underprising av produkter og farmasøytiske produkter vil insentivene til innovasjon og nyskaping på området bli lavere enn ved full internalisering av de eksterne virkningene fra produktene. Dermed vil man forvente underinvestering i produkt- og teknologiutvikling og lavere innovasjon enn hva som ville vært samfunnsøkonomisk optimalt.

3. Oljemyggordningen og petroleumsbeskatningen

I dette kapitlet tar vi for oss oljemyggordningen og setter den i kontekst. Dette gjør vi fordi oljemyggordningen er den som likner mest helsemyggordningen blant eksisterende skatteordninger. Vi starter med å ta for oss utformingen av selve ordningen i delkapittel 3.1. Deretter gir vi en kort innføring i regelverket for petroleumsbeskatning, som oljemyggordningen er en del av, i delkapittel 3.2. Vi avslutter kapitlet med å analysere virkningen av oljemyggordningen kort i delkapittel 3.3.

3.1. Utformingen av Oljemyggordningen

Oljemyggordningen er en ordning som gir skatteutsettelse for bedrifter som ikke er i skatteposisjon og som driver lete- og utviklingsaktivitet på norsk sokkel. Ordningen kan oppsummeres som følger:

- Ordningen innebærer en kontantbetaling av lete- og utviklingskostnadene til oljeselskaper tilsvarende skattesatsen⁶ som ikke er i skatteposisjon eller som legger ned aktiviteten på norsk sokkel.
- Når bedriften får overskudd og dermed kommer i skatteposisjon, vil den *indirekte* tilbakebetale skattegjelden i form av høyere selskapsskatt, fordi skattefradraget for lete- og utviklingskostnadene allerede er brukt.

Med siktemål om at nye aktører skal være skattemessig likestilt med etablerte er det innført egne regler for fremføring av underskudd med renter og utbetaling av skatteverdien av underskudd. Bedriftene som ikke er i skatteposisjon blir kompensert for skattefradraget for leting- og utviklingskostnadene ved isteden å få utbetalt et beløp som tilsvarer skattefradraget. Ordningen fungerer i praksis som et rentefritt lån uten pant eller sikkerhet. Ved oppkjøp av et oljeselskap utenfor skatteposisjon reduseres skattefradraget til oppkjøper tilsvarende skattegjelden til oppkjøpsobjektet.

Formålet med skattemyggordningen er å øke verdiskapingen på norsk sokkel. Ordningen tar sikte på å bedre verdiskapingen ved å stimulere konkurransesituasjonen på sokkelen gjennom å styrke insentivene og evnen for nye nasjonale og internasjonale aktører til å etablere seg. Ved at staten tar en høy andel av risikoen for kostbare og tidskrevende lete- og utviklingsinvesteringer øker investeringsviljen. Staten vil ikke stå overfor tilsvarende risiko som oljeselskapene, siden stor prosjektportefølje medfører at den forsikres mot usystematisk risiko.

For staten vil den usystematiske risikoen knyttet til lete- og utviklingsselskapene være mindre problematisk enn for selskapene, fordi den jevnes ut ved en stor prosjektportefølje. Samfunnsgevinstene og provenygevinstene av økt lete- og utviklingsaktivitet vil dessuten være så pass betydelig at det ikke er tvil om at både den samfunnsøkonomiske lønnsomheten og skatteinngangen er positiv. I og med at leteaktiviteten er stedbunden, vil det åpenbart ikke være noe fare for at aktiviteten forsvinner ut av landet. Utviklingskostnadene er også langt på vei stedbunden. Siden nye teknologier typisk utvikles av underleverandørene til oljeselskapene, vil utflaggingsproblemet i alle fall være svært begrenset. Se for øvrig Finansdepartementet (2009) og (2013).

3.2. Kort om Petroleumsbeskatningen

For å forstå oljemyggordningens funksjon fullt ut er det nyttig å se den i sammenheng med de øvrige skatteordningene for petroleumsnæringen. Petroleumsnæringen har en særegen skatteordning på bakgrunn av

⁶ Av en skattesats på 77 prosent knytter 27 prosent til den ordinære skatleggingen av bedriftsoverskudd og 50 prosent er knyttet til næringens særbeskatning. Den ordinære skattesatsen blir senket fra 28 prosent til 27 prosent med virkning fra 2014.

den ekstraordinære avkastningen knyttet til naturressursene. Bestemmelsene om petroleumsbeskatning er fastsatt i en egen lov, «Lov om skattlegging av undersjøiske petroleumsforekomster» (jamfør Finansdepartementet 2009 og 2013).

Det er flere forbindelser mellom skattemyggordningen og regelverket for petroleumsbeskatningen for øvrig. Fradragssatsene i oljemyggordningen svarer til satsene i petroleumsbeskatningen. Skatteordningens friinntekt kan fremføres analogt med skattefradraget. I tillegg vil avskrivingsregelen påvirke skattefradraget direkte.

Vi vil i det følgende skissere systemet. Skatten for oljeselskapene er i grove trekk skissert i Boks 3-1 under:

Boks 3-1: SKATTELEGGINGEN AV PETROLEUMSNÆRINGEN I GROVETREKK

Salgsinntekter i tråd med særskilte regler for prisfastsettelsen og normpriser

- **Driftskostnader** inklusiv letekostnader og avgifter

- **Avskrivninger** med særskilte regler for petroleumsutvinning

- **Rentekostnader og netto valutaposter** med begrenset av forholdet mellom skattemessig verdi av driftsmidler på sokkelen og rentebærende gjeld

- **Eventuelt underskudd** fra tidligere år

= **Ordinært skattegrunnlag** som skattlegges med 27 prosent

- **Friinntekt** som utgjør en slags investeringsbasert ekstraavskrivning

- **Eventuelt ubenyttet friinntekt** fra tidligere år

= **Særskattegrunnlag** som skattlegges med 50 prosent

Som følge av petroleumsnæringens ekstraordinære avkastning knyttet til ressursutvinningen, gjerne kalt ressursrente, betaler petroleumsselskaper en særskatt. I tillegg til den ordinære skattesatsen på land på 27 prosent betaler oljeselskapene inkludert leverandørene av rørtransport en særskatt. Særskatten fastsettes årlig av Stortinget og har siden 1992 ligger på 50 prosent. Marginalskatten på sokkelen er dermed 77 prosent.

Salg av produsert petroleum skjer gjerne mellom relaterte selskaper, hvilket innebærer at det er en kompleks oppgave for myndighetene å vurdere sammenhengen mellom realisert pris og markedspris. Prisen på råolje og propan fastsettes derfor av Petroleumsrådet, mens virkemidlet foreløpig ikke blir benyttet for andre former for gass eller kondensater. Tørrgass og LNG står imidlertid overfor særegne rapportering av intern- og eksternsalg.

Petroleumsselskapene betaler en CO₂-avgift for olje, gass og kondensat som forbrennes eller slippes ut til luft på norsk sokkel fra plattform, installasjonsvirksomhet, utvinningsanlegg og transport. Avgiften regnes som fradragberettiget driftskostnad, slik den ordinære skatten og selskapskatten som oljeselskapene må betale reduseres. Selskapene må også betale en arealavgift per kvadratmeter, som doubles hvert år frem til det tredje året og deretter blir liggende stabil. De kan få fritak for områder som omfatter den geografiske utstrekningen av forekomstene og opp til to år ved brønner for leting eller avgrensede funn ved innlevering av en Plan for utbygging og drift (PUD) til Olje- og energidepartementet.

I tillegg har aktørene på sokkelen en «friinntekt» satt til 30 prosent av kostpris for driftsmidler som avskrives etter de særskilte reglene for petroleumsbeskatningen. Formålet med friinntekten er å hindre en særegen skattlegging av normalavkastningen. Friinntektsfradraget beregnes i fire år fra og med året driftsmidlet er påbegynt avskrevet, hvilket blir 5,5 prosent per år.⁷ Friinntektsordningen innebærer at overskytende beløp kan føres til fradrag i senere år ved utlikning av særskatt i tilfeller, der friinntekten utgjør mer enn særskattepliktig

⁷ Friinntekten blir redusert fra 7,5 prosent 5,5 prosent med virkning fra 2014.

nettoinntekt. Fremførbar friinntekt likebehandles med fremførbart underskudd, hvilket også innebærer fremføring av renter. Denne fremføringen er ubegrenset.

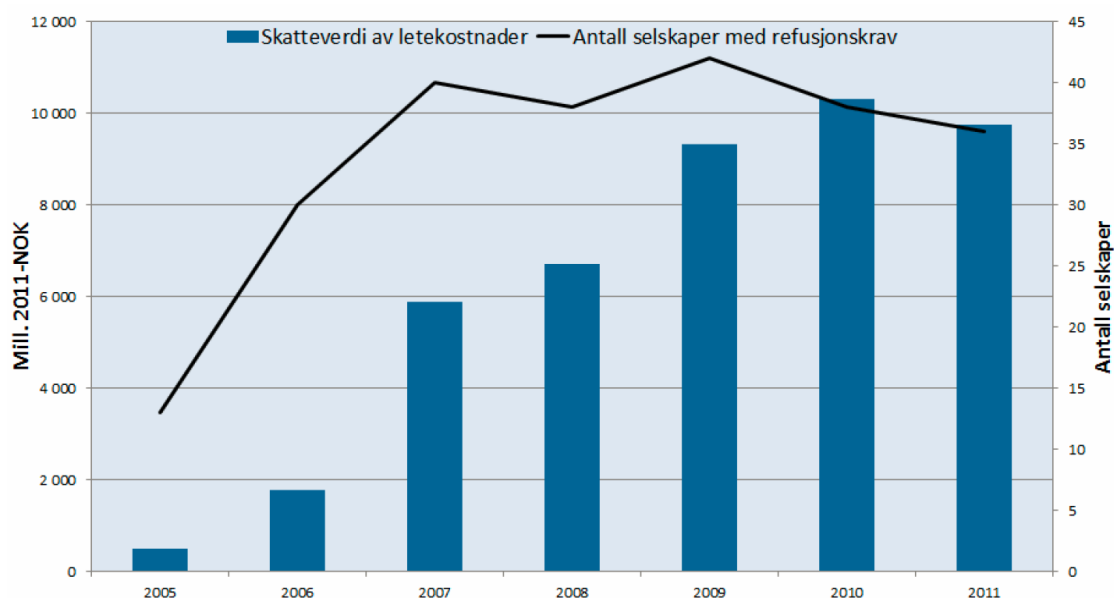
Dessuten oppnår petroleumsnæringen fradrag for rentekostnader og nettovalutatap på gjelden. Fradraget settes til andelen av selskapets nettofinanskostnader, hvilket svarer til halvparten av forholdet mellom skattemessig nedskrevet verdi ved slutten av inntektsåret av formuesobjekter tilordnet sokkeldistriktet og gjennomsnittlig rentebærende gjeld gjennom inntektsåret. Andre finansielle poster henføres til land. Utgifter knyttet til produksjonsanlegg og rørledninger kan avskrives lineært over seks år fra og med investeringsåret. I tillegg har aktørene adgang til å avskrive delinvesteringer.

3.3. Virkninger av oljemyggordningen

Etter at oljemyggordningen ble innført med virkning fra 2005 har petroleumsnæring opplevd kraftig vekst i både nyetableringer av oljeselskaper på norsk sokkel og i leteaktiviteter. Nasjonalregnskapsstatistikken viser at investeringene på norsk sokkel har økt betydelig på norsk sokkel (Statistisk sentralbyrå 2013). Denne utviklingen henger trolig tett sammen med oljemyggordningen, men også andre forhold som utviklingen i oljeprisen.

Oljemyggordningen har bidratt til at antall aktører på norsk sokkel har økt betydelig, noe som også har styrket konkurransen på norsk sokkel. Fra 2005 økte antall selskaper som søkte utbetaling av skatteverdien av letekostnader fra tretten til førti. Siden har antallet holdt seg relativt stabilt med mindre fluktuasjoner i takt med oljeprissvingningene (Oljeskattekontoret 2012). Vi har illustrert økningen i antall selskaper og utviklingen i skatteutbetalingene av letekostnadene etter innføringen av oljemyggordningen i Figur 3-1 under.

Figur 3-1 – Utbetaling av skatteverdien av letekostnader i faste 2011-priser og antall selskaper med refusjonskrav. Kilde: Oljeskattekontoret (2012)



I 2011 var 26 selskaper av 69 med leteaktiviteter i skatteposisjon. Selskapene med positiv skatteinnngang bidro til sammen med 235,9 milliarder kroner i skatteinnngang, hvilket tilsvarer 74 av selskapenes verdiskaping.⁸ Dette

⁸ Som vi så i de foregående delkapitlene har oljeselskapenes marginalsatt inntil ligget på 78 prosent, men på grunn av ulike fradragsregler ligger den gjennomsnittlige skattesatsen under dette.

tilsvarende en økning på tjue prosent fra 2010, drevet av prisstigning på oljeprodukter og motvirket av et prisfall på fem prosent (Oljeskattekontoret 2012).

4. Helsemyggordningen og eksisterende skatteregulverk for helseinnovatører

I dette kapitlet vil vi ta for oss helsemyggordningen og det eksisterende skattesystemet for innovasjonsaktiviteten i helsenæringen. Vi starter med å beskrive de eksisterende skattevilkårene for helseinnovasjon i delkapittel 4.1. Deretter presenter vi en mulig utforming av en helsemyggordning i delkapittel 4.2. Paralleller mellom helsemyggordningen og oljemyggordningen trekkes i delkapittel 4.3.

4.1. Eksisterende lovverk for skattlegging av helseinnovatører – Alminnelige skatteregler

Innovasjonsselskaper innenfor helsenæringen følger i dag av de alminnelige skattereglene for norsk næringsliv, derunder lovhjemmelen om å kunne fremføre underskudd. De alminnelige skattereglene innebærer at underskuddene er fremførbare og at inntektsskatten går på profitten. Fremførbareheten ikke tidsbegrenset, men forrentes ikke. Dersom en helseinnovatør går i underskudd et år og i overskudd neste år, kan underskuddet trekkes fra når skatten beregnes.

Ordinære skattemessige avskrivningsregler innebærer at ulike kostnadsposter maksimalt kan avskrives med en gitt sats. Fra et skatteperspektiv vil man som regel ønske å kostnadsføre mest mulig så fort som mulig i skatteregnskapet for å unngå å betale mye skatt i nær fremtid. Lovverket innebærer begrensninger på overføringer og faste rammer for interne vare- og tjenestekjøp og prising av disse mellom selskaper innen samme konsern. Lån og eiendelsoverføringer innad i et konsern skal være transparent og ikke påvirke skattegjelden. Rentefastsettelsen på internlån må dessuten være rimelig og ikke motivert av skjult kapitaloverføring. I prinsippet har skattefordeler for bedrifter utenfor skatteposisjon kunnet blitt omsatt ved videresalg, men her har lovverket blitt strammet inn (Stoveland 2013).

4.2. Helsemyggordningen – En mulig insentivordning for helsenæringen

I likhet med oljemyggordningen vil en helsemyggordning stimulere til å heve investeringsnivået i sin næring. Det faktum at risikoaversjon og eksterne virkninger fra næringens produkter tilsier at investeringsnivået er lavt i utgangspunktet, innebærer at ordninger som stimulerer til innovasjon i næringen kan være samfunnsøkonomisk lønnsomme.

Helsemyggordningen kan fungere som følger:

- Ordningen innebærer en kontantutbetaling tilsvarende skattesatsen⁹ av kostnadene til utvikling og testing av helseprodukter og -teknologier for bedrifter som ikke er i skatteposisjon.
- Når bedriften får overskudd, må den tilbakebetale skattegjelden i form av økt selskapsskatt. Det følger av at man allerede har fått en kontantutbetaling som tilsvarer skattefradraget: Man får ikke fordelen av skattefradrag for de samme kostnadene to ganger.

For selskaper som lykkes kommersielt, fungerer ordningen ikke som en støtteordning, utover fordelene som følger av skatteutsettelse. For selskaper som mislykkes og ikke kommer i skatteposisjon innebærer ordningen en subsidie, slik at de slipper å ta tapet alene. Sagt på en annen måte fungerer ordningen som et rentefritt lån til helseinnovatørene uten pant. I dag har selskapene som går i overskudd en slags skattefordel ved at de får

⁹ Skattesatsen for selskapers overskudd senkes fra 28 til 27 prosent med virkning fra 2014.

fradrag for sine kostnader når skatten beregnes. Ved innføringen av helsemyggordningen vil denne skattefordelen bli ubetinget og ikke lenger avhenge av om selskapet lykkes med å gå med overskudd.

Det offentlige tar en del av risikoen ved investeringen, tilsvarende skattesatsen. Staten vil ikke stå overfor tilsvarende risiko som helseinnovatørene gjør hver for seg, siden stor prosjektportefølje medfører at den forsikres mot usystematisk risiko. Ordningen stimulerer til innovasjon, slik at det realiserte nivået på innovasjonsinvesteringer kommer nærmere samfunnsøkonomisk optimum. Helsemyggordningen vil kreve en rekke inngjerdingstiltak. Disse er behandlet i delkapittel 6.2.

4.3. Likhetstrekk og forskjeller mellom oljemyggordningen og helsemyggordningen

Det er både forskjeller og likheter mellom oljemyggordningen og helsemyggordningen. Dette gjelder ikke bare for ordningenes utforming, men også for deres begrunnelse.

For utformingene av ordningene er de viktigste momentene som følger:

- Begge ordningene innebærer at skattefordelen utbetales i kontanter når selskapene går i underskudd.
- Oljemyggordningen inngår i et komplekst og særegent skattesystem for petroleumsnæringen, mens helsemyggordningen vil ledsages av ellers ordinære skatteregler.¹⁰
- Det knytter seg potensielt betydelig utflaggingsfare til helsenæringen, som helsemyggordningen må ta høyde for. Petroleumsnæringen står ikke overfor tilsvarende utflaggingsproblematikk.

Ordningen begrunnes som følger:

- Begge ordningene kan begrunnes i korreksjon for lav investeringsvilje på grunn av risikoaversjon kombinert med usikkerhet rundt investeringene og langsiktige investeringsløp. Staten vil ikke stå overfor tilsvarende risiko, siden stor prosjektportefølje medfører at den forsikres mot usystematisk risiko.
- Utformingene av ordningene retter seg ikke mot samfunnsgevinstene som går utover de privatøkonomiske gevinstene av økt investeringsaktivitet. Det faktum at begge ordningene har positive effekter utover korreksjon av den privatøkonomiske risikoaversjon styrker imidlertid begrunnelsen for ordningen.

Det knytter seg ulike gevinster og tap til ordningene for bedriftene som investerer og deres tilhørende næringsklynge, så vel nasjonalt som internasjonalt:

- Begge ordningene innebærer investeringsstimulans for mindre aktører ved å avlaste dem for investeringsusikkerhet og gi dem økt likviditet i perioden før de kommer i skatteposisjon.
- Begge ordningene bygger opp under klyngemekanismer i klyngen de tilhører, herunder deling av kunnskapsbase, kapitalbase og markedskoblinger.
- Begge ordningene vil kreve finansiering over statsbudsjettet, siden selskaper som ikke lykkes aldri havner i skatteposisjon. Nettoeffekten for skatteinngangen av oljemyggordningen er positiv, mens nettoeffekten på skatteinngangen av helsemyggordningen er usikker.

¹⁰ Oljemyggsordningen vil gi relativt høyere utbetalinger enn helsemyggordningen, siden skattesatsen i petroleumsnæringen ligger 50 prosentpoeng høyere enn i helsenæringen, altså på 77 prosent istedenfor 27 prosent. Ordningen har en parallellordning som tilsier fremskriving av petroleumsnæringens friinntekt, noe som ikke vil være aktuelt for helsenæringen. Petroleumsnæringen er også langt mer realkapitalintensiv enn helsenæringen. Dette gjør at avskrivningsreglene spiller en større rolle for oljemyggordningen enn de vil gjøre for helsemyggordningen.

- Begge ordningene skaper økt aktivitet i tilhørende næringer og har dermed positive virkninger for samfunnet utover de privatøkonomiske gevinstene.
- Helsemyggordningen vil ha enkelte kostnader knyttet til inngjerdingsproblematikken og tiltak for å få bukt med disse problemene. Oljemyggordningen har som sagt ikke tilsvarende inngjerdingsproblemer og dermed heller ikke noen vesentlige kostnader knyttet til dette.

5. Vurderinger av helsemyggordningens virkninger

I dette kapitlet tar vi for oss helsemyggordningens effekter, gitt at inngjerdingsproblematikken tas hånd om. Vi starter med å ta for oss fordelene for helseinnovasjonsaktørene som redegjøres for i delkapittel 5.1 og resten av helseklyngen i delkapittel 5.2. Deretter tar vi for oss effektene på skatteinngangen i delkapittel 5.3. Til slutt ser vi på generelle samfunnseffekter i delkapittel 5.4. Inngjerdingsproblematikken kompliserer bilde som tegnes i dette kapitlet og redegjøres for i kapittel 6.

5.1. Effekter for innovasjonsaktørene

Helsemyggordningen vil ha flere positive effekter av næringen. I første omgang vil ordningen styrke bedriftenes finansielle evne. Om bedrifter slipper å betale skatt på investeringer i helseprodukter og helseteknologier før de er i skatteposisjon, vil det åpenbart stimulere investeringsevnen. Virkemidlet egner seg i første rekke til å forebygge investeringsvegring knyttet til risikoaversjon.

I og med at Staten tar nedsiderisiko, innebærer ordningen en slags indirekte subsidiering av selskaper som ikke lykkes. Selskaper som lykkes vil måtte tilbakebetale skattefordelen og dermed ikke motta noe varig pengestøtte utover rentegevinstene som følger av skatteutsettelse. Desto viktigere er det at ordningen skaper stabile og trygge rammevilkår for helseinnovasjon og dermed innovatørens evne til å foreta langsiktige og usikre investeringer.

Helsemyggordningen vil både ha en likviditetseffekt og en risikoavlastningseffekt for helseinnovatørene. Den vil gjøre det lettere for innovatørene å være langsiktig i sin investeringsstrategi og minker merarbeidet knyttet til kapitalinnhenting. Mer stabil og mer langsiktig finansiering gjør det enklere for innovatører og komme over kommersialiseringskneika, slik at de kan generere inntekter. Det gjør det også enklere for bedriftene å anvende investeringen i forskning og utvikling. På aggregert nivå vil man dermed se at flere bedrifter lykkes med å etablere og utvikle seg. Dermed kan man også forvente en økning i antall store bedrifter. Man vil dermed oppnå flere vellykkede innovatører og innovasjonsprosesser, samtidig som verdiskapingsvekst i næringen kan forventes å bli høyere.

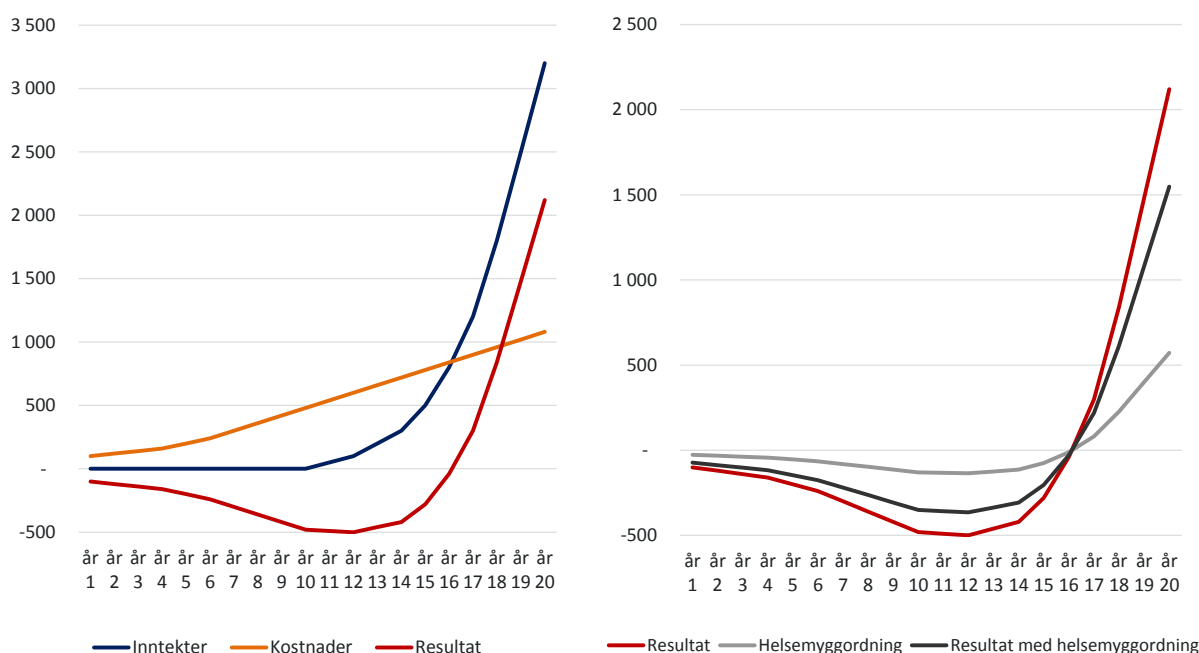
Illustrasjon av ordningens virkemåte

Figuren nedenfor viser en tenkt profil i utviklingen av kostnader, inntekter og resultat hos en helseinnovatør. De første årene er kostnadene moderate og i all hovedsak knyttet til produkt- og teknologiutvikling. Etter noen års utvikling kan man begynne å utvikle prototyper og teste produkter og teknologi, bygge produksjonskapasitet, etablere relasjoner og utvikle distribusjonssystemer. Da øker kostnadsnivået, samtidig som det er lenge til produktene kan lanseres i markedet. I eksempelet nedenfor skjer kommersialisering først i år 11, og inntektene vil være lave de første årene.¹¹

Driftsresultatet fortsetter derfor å falle inntil inntektsveksten overstiger kostnadsveksten. Resultatkurven tar dermed form av en J-kurve, også kalt «dødens dal». Først i år 17 blir resultatet positivt. De påfølgende årene skyter inntektene i været, og siden de variable kostnadene normalt er moderate, vil lønnsomheten kunne bli svært høy.

¹¹ Kommersialiseringen av legemidler tar ofte litt lenger tid, mens tidshorizonten for medisinsk teknologi gjerne er litt kortere.

Figur 5-1 a) En typisk helseinnovatørs inntekts- og kostnadsprofil (t.v.) og b) den samme eksempelbedriftens økonomiske resultat med og uten helsemyggordning



I figur b) illustreres effekten av helsemyggordningen. Den grå linjen illustrerer kontantutbetalingen fra helsemyggordningen i år 1 til 16, det vil si til det siste året bedriften går med underskudd. Fra og med år 17 betales pengene tilbake i form av redusert resultat¹².

Den oransje kurven som viser bedriftens resultat er identisk med tilsvarende kurve i figur a), mens den svarte kurven viser bedriftens resultatutvikling med helsemyggordning. En viktig effekt av helsemyggordningen er at den jevner ut resultatbanen til bedriften og gjør den mer lik det som er vanlig i andre næringer: Resultatet blir mindre negativt i innovasjonsfasen – og mindre positivt i den kommersielle fasen.

Andre effekter for helseinnovatører

Ordningen vi dessuten kunne gjøre helseinnovatørene mer kapable til å benytte seg av offentlige støtteordninger og anvende forskning og utvikling. Samtidig blir tilgangen til disse virkemidlene større, ettersom mange av bedriftene i dag ekskluderes fra flere ordninger på grunn av manglende evne til egenfinansiering. Dette gjelder blant annet ordningen for tilskudd til industrielle og offentlige forsknings- og utviklingskontrakter (IFU/OFU).

Helseinnovatørene konkurrerer om å oppnå god kvalitet på sine produkter snarere enn på pris, altså innovasjonskonkurransen istedenfor priskonkurransen. Innovasjon generelt er kumulativ av natur og absorpsjonsevnen til hver aktør vil øke med kunnskapsnivået. Det er grunn til å tro at mye av den norske innovasjonen vil være komplementær med innovasjon andre steder, men det kan også være tilfeller av fortrenging.

Fra et samfunnsøkonomisk ståsted vil kun verdiskapingen som ikke alternativt ville vært kanalisert andre steder gi *mernytte*. Både helsevesenet og næringslivet for øvrig vil i utgangspunktet sysselsette mesteparten av den relevante arbeidskraften. En kan argumentere for at man kan trekke på utenlandsk arbeidskraft også med færre alternative anvendelser, men det ville i så fall også medført økte kostnader for staten. Mernytten knytter

¹² I praksis vil det skattemessige resultatet og dermed selskapsskatten bli høyere.

seg derfor primært til eventuelle høyere stillingsprosent og midlertidig ledighet ved nedleggelse, samt unngåelse av andre kostnader ved oppstart og nedleggelse. Dessuten vil vellykkede helseinnovatører på sikt oppnå en intern verdiskaping som er høyere enn den alternative anvendelsen.

5.2. Potensielle klyngeeffekter for helseklyngen

For helseinnovatørene vil helsemyggordningen ikke bare bety at økt innovasjon og aktivitetsnivå for egen virksomhet, men også synergieffekter på tvers av innovatører. Synergieffektene knytter seg både til kunnskapsgenereringen, høyere anvendelse av forskning og utvikling, bedre kapitaltilgang og deling av markedskoblinger. Kunnskap utløst av økt verdiskaping og dernest mer innovasjon blant helseinnovatørene, vil ikke bare komme dem til gode, men også helsenæringen for øvrig og helseforvaltning. Helseinnovatørene i samme klynge konkurrerer ofte ikke direkte, men kan isteden dra nytte av hverandres kunnskap.

Et annet viktig element er at økt norsk helseinnovasjon vil heve bruker- og innkjøpskompetansen i det norske helsevesenet. Kompetansen vil heve kunnskapsmiljøet for helse, både gjennom at flere er oppdatert og driver med innovasjon, og ved at man får tidligere tilgang til teknologier og produkter. Kommersialiseringsprosessene ville gått raskere ved en heving av kunnskapen på innovasjonsfronten. Offentlige innkjøpere vil ha vesentlig innvirkning på innovasjonsprosessenes lengde, siden det i praksis er dem og noen store internasjonale leverandører av helseprodukter og helseteknologier som sitter på forhandlingsmakten. Den norske offentlige utredning om innovasjon i helse- og omsorgsmarkedet fra 2011 (NOU 11:2011) viser et økende krav i befolkningen om økt valgfrihet og mer tilpassede helse- og omsorgstjenester. Denne og en rekke rapporter både peker på rom og behov for effektivisering i innkjøpsprosessene i offentlig sektor (se også Fjose m.fl. 2012, Fjose m.fl. 2013 og Riksrevisjonen 2013). Forhandlingsmakten ved offentlig innkjøpere står også sentralt.

Flere etablerte aktører gjør det lettere for både nye og gamle innovatør å drive med innovasjon. Dermed vil synergieffektene til næringen med tiden forplante seg til hele næringen. På sikt kan man forvente at næringen ikke bare tiltrekker seg flere gründere, men også innbefatter flere mellomstore og store bedrifter. Ved tilstrekkelig høye kunnskapsgenerering styrkes mulighetene for at et større internasjonalt gjennombrudd for næringen med et lokomotiv som leder an. Det vil også kunne være synergieffekter på tvers av landegrenser, som innebærer kunnskapsoverføringer til utenlandske kunnskapsmiljøer. Dersom økt aktivitet blant norske helseinnovatører bedrer deres kunnskapsabsorpsjon, vil denne mekanismen kunne gå begge veier.

Offentlig og statlig samarbeid kan bidra til å heve innovasjonen til et nivå preget av selvforsterkende klyngeeffekter og med det etablere et viktig innovasjonsmiljø av stor nasjonal betydning. Dette viser erfaringene fra Sveits. Vi går nærmere inn på fremveksten av den sveitsiske helsenæringen i casen i Boks 5-1 under.

Boks 5-1: Fremveksten av sveitsisk helseinnovasjon

Siden 1990-tallet har den sveitsiske helsenæringen gått fra å være en liten lokal næring i Sveits til å etablere seg som en ledende næring globalt innen helseinnovasjon. Helseinnovatørenes gjennomsnittlige årlige verdiskapingsvekst i Sveits har ligget på seks til åtte prosent fra 1996 til 2011. Fra 2006 og 2008 økte verdiskapingen med 25 til 30 prosent, før finanskrisen medførte et betydelig fall fra 2008 til 2009. I 2010 var imidlertid veksten tilbake på 10 prosent. Omsetningen for medisinsk teknologi toppet seg i 2008, da den nådde 119 milliarder kroner og tilsvarende to prosent av det sveitsiske nasjonalprodukt; den høyeste andelen av alle land. I dag består den sveitsiske helsenæringen av 49 000 personer i 700 selskaper.

Den sveitsiske klyngestrategien går ut på å satse tungt på innovasjon og benytte seg av regionale fortrinn. Viktige suksessfaktorer for helseinnovatørene inkluderer offentlige innovasjonsprogrammer, en velutdannet arbeidsstokk, samarbeid med academia og et gunstig skattesystem, samt offentlige programmer som har som mål å styrke kommersialiseringen og internasjonaliseringen. Mange av selskapene har røtter i andre land og har valgt Sveits som produksjonssted på grunn av gunstige rammebetingelser. Vi henviser for øvrig til McLaughlin (2013).

5.3. Skatteeffekter

Helsemyggordningen vil gjennom skattekanalen både ha fordelingseffekter og effektivitetseffekter. Fordelingsvirkningene er knyttet til en omfordeling til helseinnovatørene fra resten av det norske samfunnet gjennom skattesedlene. Tre sett av proveny- og effektivitetseffekter knytter seg til ordningen; to negative og en positiv. Nettoeffekten blir dermed usikker og kan ikke fastslås uten videre ved en kvalitativ analyse.

Den første negative provenyeffekten knytter seg til mersubsidieringen av mislykkede selskaper. For Statens vedkommende vil det knytte seg et provenytap til at disse selskapenes utbetalte skattefradrag ikke tilbakebetales. Til dels ligger det et tap her allerede ved at vellykkede selskaper kan kjøpe opp selskaper med utsatt skattefordeler, som ellers ville gått konkurs, og på den måten tilrive seg en skattefordel. Skatteregelverket har imidlertid blitt strammet inn for å unngå denne typen vridninger (Stoveland 2013). Et oppkjøp vil uansett fordele at skattefordelen var større enn gjelden i selskapet. Effekten blir forsterket av at flere produsenter entrer helseinnovasjonsmarkedene, men minkes av at flere selskaper klarer seg gjennom «dødens dal» i innovasjonsprosessen.

Den andre negative provenyeffekten knytter seg til statelig rentetap på skatteutsettelse. I en verden uten renter, ville mersubsidieringen av mislykkede selskaper være den eneste effekten som trekke ned skatteinntekten. Verdien av likviditet og mulig avkastning medfører imidlertid at hundre kroner i dag er verdt mer enn hundre kroner i morgen.

Effektivitetstapene knyttet til de negative provenyeffektene oppstår fordi provenytap nødvendigvis innebærer at man må øke skatteinntekten, redusere offentlige utgifter eller tære på det offentliges nettosparemidler. Slike tiltak er ikke kostnadsfrie fra et samfunnsøkonomisk ståsted, fordi de medfører endringer i aktørers tilpasninger og at noen samfunnsøkonomiske lønnsomme transaksjoner ikke gjennomføres. I Norge anslås skattekildekostnaden til tjue prosent (NOU 1997:27). Dermed vil effektivitetstapene knyttet til mersubsidieringen av mislykkede selskaper og rentetap på skatteutsettelse anslagsvis ligge på tjue prosent av provenyeffekten.

Helsemyggordningen har imidlertid en positiv provenyeffekt med tilhørende effektivitetseffekt som motvirker provenytapet. Denne knytter seg til at helsemyggordningen bidrar til å øke skattegrunnlaget gjennom to kanaler. For det første bidrar bedre helseprodukter og helseteknologier til bedre helse i befolkningen. Forutsatt at norsk helseinnovasjon ikke fullstendig substituerer andre nasjoners helseinnovasjon, hvilket virker svært lite trolig, vil den ha en positiv effekt på folks helse. Dette gjelder særlig på felt hvor den norske næringen ligger på forskningsfronten eller den internasjonale næringen ligger langt bak. Så fremt ikke helsegevinstene påvirker arbeidstilbudet og hvorvidt eldre og funksjonshemmede har mulighet til å bo hjemme, og ikke bare er forbundet med livsforlengelse, vil dette også merkes på skatteinntekten.

Den andre kanalen for den positive provenyeffekten knytter seg til den øvrige skatteinntekten fra helsenæringen. Produktivitetseffekter i næringen vil komme uttrykk ved økt verdiskaping for gitt

faktorinnsats.¹³ Ved økt faktorinnsats vil verdiskapingsveksten øke ytterligere, men det blir feil å telle med hele denne effekten, siden økt sysselsetting og kapitalmengde et sted nødvendigvis betyr mindre et annet sted. Hvis helseinnovatørene klarer å trekke på faktorinnsatsen, tyder det imidlertid på at de har større intern verdiskapingssevne enn den alternative anvendelsen. Dermed vil skattegrunnet øke også her.

Analogt med de negative provenyeffektene, men med motsatt fortegn, vil det knytte seg en skattekilgevinst til økningen i skattegrunnet. Skattekilgevinsten kommer av at man får inn mer i skatt og derav kan reversere allerede realiserede skattekilgekostnader ved å gi skatteletter, øke bevilgningene til offentlige oppgaver eller øke den offentlige nettosparingen.

Mens provenytapene knyttet til mersubsidieringen av mislykkede selskaper og statlig rentetap på skatteutsettelse vil kreve eksplisitt finansiering, vil den positive provenyeffekten i skattegrunnet være implisitt i skatteinngangen. Dette innebærer at helsemyggordningen vil representere en utgiftspost som vil måtte finansieres over statsbudsjettet. Det er ellers verdt å merke seg at de negative provenyeffektene kommer umiddelbart, mens de positive virkningene først kommer inn på sikt.

5.4. Positive effekter for brukerne av helseteknologier og helseprodukter

Økt helseinnovasjon utløst av helsemyggordningen gir effekter utover innovatørene som deltar i ordningen, helseklyngen for øvrig og skattekilgeeffekter. Disse effektene vil være positive og henger sammen med økt konsumentoverskudd og samfunnsgevinster av at folk holder seg friske. I fagøkonomisk terminologi omtales disse effektene som positive eksterne virkninger av ordningen.

Helseinnovasjon gagnar pasientene og samfunnet for øvrig

Vellykket helseinnovasjon vil åpenbart gagnar brukere av de nyutviklede produktene. I neste omgang kommer pasientenes bedre helse deres pårørende til gode. De positive opplevde effektene for pasientenes og deres pårørende betegnes gjerne som triveselseffekter. Bedret helse i befolkningen vil også bidra til verdiskapingen i samfunnet ved at flere står i arbeid og potensielt at utgiftene i helsevesenet blir mindre, så sant det ikke bare er snakk om livsforlengende tiltak. Dessuten kan det være betydelige trivselsgevinster og kostnadsbesparelser for det offentlige knyttet til at eldre og mennesker med funksjonshemninger for anledning til å være hjemme lenger.

Noen produkter, tjenester og teknologier retter seg mot globale lidelser og helseutfordringer, mens andre bidrar til løse problemer av mer lokal art. Dermed vil også gevinstene for konsumentene og samfunnsgevinstene også være grader av lokal og global art. Det vil naturligvis være enklere å være på forskningsfronten på produkter og teknologier av lokal art, og kunnskapsutviklingen vil avhenge mer av at man satser på innovasjon nasjonalt. Dette gjelder særlig på områder hvor den norske næringen ikke allerede er ledende. Samtidig vil forskning og utvikling rettet mot løsninger på globale helseutfordringer kunne få større globale effekter. De samfunnsmessige gevinstene av denne kunnskapsutviklingen vil i stor grad gå utover Norges grenser og vil derfor kunne ha potensielt store bistands- og eksportkomponenter.

Samfunnsgevinstene går utover innkjøpernes betalingsvillighet

Fordelingen av disse gevinstene av helseinnovasjon vil avhenge av forholdet og samspillet mellom helningene på tilbudskurvene og etterspørselskurvene, både for de som betaler i praksis¹⁴ og andre som påvirkes av ordningen. En relativt inelastisk etterspørselskurve hos betaleren innebærer at større andeler av effektene vil

¹³ Det vil si arbeidskraft og kapital, samt vare- og tjenestekjøp.

¹⁴ Det vil si en privat aktør, en offentlig aktør eller en kombinasjon.

tilfalle konsumentene med påfølgende eksterne virkninger for resten av samfunnet. De fleste helsegoder vil være å klassifisere som nødvendighetsgoder, hvilket innebærer negativ sammenheng mellom forbruk og pris, og at forbruket stiger når inntekten stiger, men prosentvis mindre enn inntekten. Forbruker av private helsetjenester og helseprodukter vil ikke ta hensyn til de eksterne effektene av å kjøpe produktene.

Bildet blir imidlertid mer komplisert når man tar med i betraktningen at det offentlige tar over betalinger når utgiftene overstiger et visst beløp, eller det er snakk om alvorlige lidelser. I motsetning fra legemidler i en del andre land er det fritak eller reduksjon i merverdiavgiften for legemidler i Norge. Til gjengjeld har man en frikortordning i Norge, som innebærer at det offentlige overtar betalingsansvaret for medisiner og helsetjenester ganske raskt.¹⁵ Etterspørrere av legemidler som forventer å forbruke mer reseptbelagte legemidler enn fribeløpet kan ikke forventes å internalisere kostnadene fullt ut, slik at det da er offentlig sektors betalingsvillighet som blir relevant.

Etterspørselen vil bli gradvis mer inelastisk med alvorlighetsgraden, men samtidig tar også det offentlige helsevesenet over betalingsbyrden. I og med at det offentlige helsevesenet ofte betaler for konsumentene i Norge, vil deres verdsetting spille inn. Offentlig sektor tillegger et liv en verdi etter forventet gjenværende levetid og kvalitetsjusterte leveår, der hvert leveår verdsettes ut i fra nåverdien av hva en representativ person skaper i verdiskaping i yrkesaktiv alder, justert for livskvalitet.¹⁶ Selv om det offentliges verdsettingen av liv er basert på ulik verdiskaping, verdsettes ikke ulike personers leveår justert for helsekvalitet. Dette begrunnes med et etisk prinsipp om likeverd mellom liv. Det offentlige tar ikke hensyn til trivsel-effekter som konsumentoverskuddet til pasientene eller effekten på de pårørende, når liv verdsettes.

Kostnadsbesparelsene og trivselsgevinstene knyttet til at flere eldre og funksjonshemmede får mulighet til å bo hjemme tas ikke nødvendigvis hensyn til i offentlig sektors tilpasning. Det vil også knytte seg skattekilekostnader og -gevinster til nye helseinnovasjoner og finansieringen av bruken i helsevesenet. Ut i fra et effektivitetsperspektiv burde dette vært reflektert i det offentlige helsevesenets betalingsvillighet, men det vektlegges ikke direkte. Dessuten tar ikke offentlig sektors verdsetting av helseprodukter og helseteknologier direkte hensyn til gevinster forbundet med økt innkjøps- og brukerkompetanse. Tidligere tilgang på helseprodukter og helseteknologier i Norge på grunn av at innovasjon skjer lokalt og hevet innkjøps- og brukerkompetansen i helsevesenet vil åpenbart gagne konsumentene, så vel som helseaktørene og offentlig sektor.

Dersom helseinnovasjon medfører en nedgang i prisen og økt tilgang på et eksisterende helsegode, vil det normalt medføre noe økt forbruk per kvalitetsenhet og noen mer å rutte med. Både privatpersoner og helsevesenet vil få mer igjen for pengene, samtidig som de frigjør midler for andre formål. Den nye og den gamle helseinnovatøren vil samlet tjene på det, dersom etterspørselsøkningen kompenserer for

¹⁵ Det eksisterer to forskjellige frikortordninger i dagens Helse-Norge. Den første kalles med egenandelstak 1 og omfatter godkjente egenandeler ved behandling hos lege, psykolog, i poliklinikk, røntgeninstitutt, pasientreiser og medisiner og utstyr på blå resept. Frikort med egenandelstak 1 blir automatisk utstedt innen tre uker etter at man har betalt over 2.040 kroner i egenandeler i 2013. Den andre kalles med egenandelstak 2 og omfatter godkjente egenandeler ved behandling hos fysioterapeut, enkelte former for tannsykdommer, opphold ved godkjente opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet i regi av Oslo universitetssykehus - Rikshospitalet HF. Hvis man har frikort i den ene ordningen, kan man ikke bruke det for vare eller tjenester knyttet til den andre ordningen (Helfo 2013).

¹⁶ Finansdepartementets veileder i samfunnsøkonomiske analyser fra 2005 anslår tapet av et statistisk leveår i forbindelse med miljørelatert dødelighet til 425 000 2005-kroner (Finansdepartementet 2005), hvilket tilsvarer 495 000 2013-kroner. To år senere anslo Helsedirektoratet (2007) i en helseøkonomisk rapport5 verdiene generert av et fullgodt leveår til 500 000 2005-kroner, eller 583 000 kroner målt i dagens kroneverdi. Helsedirektoratet gikk imidlertid lenger i sin analyse ved at direktoratet verdsatte leveårene annerledes, avhengig av hvilken helsekvalitet de hadde. Ifølge Helsedirektoratet ligger gjennomsnittlig helsekvalitet på 0,85. Denne faktoren gir samsvar mellom Helsedirektoratets og Finansdepartementets estimer, og er blitt en standardantakelse i de fleste helseøkonomiske analyser som involverer anslag av tapet per statistiske leveår. I omregningen fra 2005 til 2013-kroner har vi deflatert med basis i konsumprisindeksen, der inflasjonen til og med oktober 2013 er hentet fra Statistisk sentralbyrå og inflasjonen de to siste månedene i 2013 er estimert.

prisreduksjonen.¹⁷ Når det kommer til nye produkter og produktforbedringer som medfører en prisøkning på godet, vil det ha en entydig positiv effekt på helseinnovatøren. Effekten vil også være positiv for forbrukerne, siden prisøkningen vil være en refleksjon av høyere betalingsvillighet. I og med at handelen gjennomføres, vil man stå overfor en effektivitetsforbedring. Siden ikke alle effekter er internalisert, vil gevinstene gå utover hva prisen skulle tilsi.

Ved flere leverandørledd kan de markedsmakten i de ulike leddene komplisere bildet noe. Forprofitt-foretak innen helsetjenesteyting av helse vil styres ut i fra profittmotiveer, men disse vil være påvirket av offentlige støtteordninger og retningslinjer. Nonprofitt-foretak innen privat helsetjenesteyting vil også påvirkes av det offentlige rammeverket, men vil ellers typisk ha andre mer overordnede samfunnsmaal enn profitt. I tillegg vil overskuddet i disse kunne tas ut i lønninger. Siden aktørene kun er mellomledd og må forholde seg til sine endelige etterspørrere, blir imidlertid deres tilpasning mer lik hva den ville vært om de ikke var mellomledd. Verdsettingen av helse blant disse aktørene er dermed kompleks, men hovedpoenget er at de ikke fullt ut tar innover seg den samlede nytten av helseproduktene de etterspør.

Oppsummert vil den samfunnsmessige nytten av helseprodukter og helsetjenester gå ut over både den privatøkonomiske verdsettingen og den offentligøkonomiske verdsettingen. Privatpersoner vil først og fremst ta hensyn til egen direkte nytte og eventuelt deler av de pårørendes nytte, men i mindre grad eksterne effekter for resten av samfunnet. Offentlige myndigheter utelater derimot hensyn til trivselseffektene og verdsetter de eksterne samfunnsseffektene på en omtrentlig måte for å unngå bryting med det etiske prinsippet om likeverd mellom liv. Dermed vil den offentlige verdsettingen av et helsetiltak verken fullt ut reflektere trivselseffekter, påvirkningen på den økonomiske aktiviteten eller kostnadene knyttet til å ha flere mennesker boende på institusjoner.¹⁸ Vi referer til Helsedirektoratet (2007) for mer om offentlig sektors verdsetting innen helse.

¹⁷ Den gamle helseinnovatøren vil miste overskudd til den nye helseinnovatøren utover den samfunnsøkonomiske gevinsten, men det vil være en fordelingsvirkning.

¹⁸ I teorien kunne man tenke seg i at enkelte helseprodukter og helseteknologier primært kunne medføre livsforlengelse, uten å redusere antall institusjonaliserte eller øke antall sysselsatte. I praksis virker det noe spekulativt å ha som utgangspunkt at helseprodukter og helseteknologier jevnt over ikke skulle ha positive innvirkninger på sysselsettingen og antall institusjonaliserte, og dermed også på offentlige budsjetter. Uansett vil befolkningen ha store trivselsgevinster av bedret helse, utover hva som går gjennom det som går på offentlige budsjetter.

6. Inngjerdingsproblematikken

I dette kapitlet diskuterer vi inngjerdingsproblematikken knyttet til ordningens omfang og sikring av Statens skatteinngang. Vi starter med å ta for oss utfordringene i delkapittel 6.1. Deretter diskuterer vi hensiktsmessige inngjerdingstiltak i delkapittel 6.2, før vi avslutter med å ta for oss kostnadene knyttet inngjerdingsproblematikken delkapittel 6.3.

6.1. Utfordringen med mulig utnyttelse av ordningen

Helsemyggordningens samfunnsøkonomiske lønnsomhet forutsetter at den ikke har utilsiktede effekter som skyldes at ordningen ikke blir tilstrekkelig «gjerdet inn». Inngjerding vil være nødvendig for å få politisk gjennomslag for ordningen. Vi vil særlig peke på følgende inngjerdingsutfordringer:

- Man bør ha en klar avgrensning av hvilke typer innovasjon som omfattes av ordningen, der langvarige og risikofylte innovasjonsprosesser ivaretas.
- Helsemyggordninger bør gi fradrag for helseinnovasjon og ikke for tap relatert til manglende lønnsomhet fra kommersialiserte produkter og teknologier.
- Innad i konsern bør konsernbidrag og prising på internleveranser ikke kunne tappe innovasjonsenheten for midler for å slippe å komme i skatteposisjon.
- Det bør ikke være mulig å unngå skattebetaling ved salg av selskaper og/eller overdragelse av rettigheter knyttet til innovasjonsselskaper.
- Man bør hindre at selskaper driver utvikling og test i Norge for deretter å kommersialisere aktiviteten utenfor landet, eller overfører kunnskapen utenlands uten at staten får tilbakebetalt sine utlegg.
- Skattegjelden bør sikres ved konkurs eller nedleggelse av virksomheten.

6.2. Hensiktsmessige inngjerdingstiltak

Det er flere mulige måter å løse inngjerdingsproblematikken på. Fra et samfunnsøkonomisk reguleringsståsted vil det være om å gjøre å utforme en ordning som forebygger utnyttelse av helsemyggordningen mest mulig, samtidig som effektivitetshensyn i økonomien ellers ikke rokkes ved. Nedenfor har vi listet opp seks tiltak som vi mener imøtekommer inngjerdingsproblematikken på en hensiktsmessig måte:

- **Ordninger omfatter innovatører av produkter og teknologier som retter seg mot mennesker og som må godkjennes av et teknisk kontrollorgan**, et såkalt «notified body» og/eller et legemiddel kontrollorgan. Dette er for å unngå at «life science»-aktører uten lange og usikre innovasjons- og kommersialiseringsløp skal benytte seg av ordningen. Ordningen er ment å fange opp legemidler og helseteknologier rettet mot mennesker; ikke helsekost, helsetjenester og produkter som retter seg mot plante- og dyrehelse. Reglene i dag er at utstyr og legemidler må godkjennes av et teknisk godkjenning, hvilket impliserer at overgangen ikke blir altfor stor for myndighetene.
- **Innovasjonsaktiviteten skilles ut i egen juridisk enhet**, heretter referert til som innovatøren. Dette er for å hindre at ordningen benyttes av selskaper til å dekke underskudd knyttet til driftsaktiviteter som ikke har med forskning og utvikling å gjøre.
- **Konsernbidrag fra innovatør til konsern er ikke tillatt**, så lenge skattegjelden ikke er tilbakebetalt til Staten. Dette er for å hindre at innovatøren tappes direkte for midler for å unngå å havne i skatteposisjon.

- **Prising av internleveranser mellom enheter i konsern skal skje til estimert markedspris.** Dette er for å hindre at innovatøren tappes for midler for å unngå å havne i skatteposisjon ved å prise internleveransene uforholdsmessig høyt. Internleveransene kan både være vare- og tjenestekjøping, eller overføring av egenkapital og gjeld.
- **Dersom innovatør selges eller eierrettighetene til teknologi/produkter overdras, følger skattegjelden de nye eierne.** Alternativt kunne skattegjelden forfalle ved overdragelse, men da kan man bli over for «hold-up»-problemer. Dette er for å hindre å sikre at skattegjelden bindes til innovasjonen og ikke kan legges alene til et dødt eller døende selskapet.
- **Rettighetene gjøres juridiske verifisert ved patent eller annet og låses til selskapet** inntil skattegjelden er betalt. Lisensiering og outsourcing av produksjon er ikke tillatt innad i konserner. Dette er for å hindre at man generer inntekter av innovasjonen som ikke går til å betale innovatørens skattegjeld.
- **Innovatøren og dens rettigheter kan ikke flagge ut** av Norge uten å betale skattegjelden. Regelen er ment å hindre skatteflukt.
- **Ved konkurs eller nedleggelse av virksomheten skal skattegjelden prioriteres sammen med og andre offentlige skyldnader før andre kreditor krav til boet.** Dette er for å sikre at Statens skattefordringer i blir tilbakebetalt så langt det lar seg gjøre.

6.3. Kostnader knyttet til inngjerding

Kostnadene knyttet til inngjerdingsproblematikken kommer i tillegg til effektene diskutert i kapittel 5. Disse kostnadene kan deles inn i to kategorier:

- Det vil være kostnader forbundet med å drive tilsyn og administrere ordningen. Det potensielt mest krevende tilsynet vil være knyttet til interne transaksjoner i konserner. Spesielt å anslå estimert markedspris av internleveranser vil være krevende. I dagens helsenæring er imidlertid de fleste innovatørene selvstendige enheter, slik at problemet vil være lite. Ved innføring av helsemyggordningen vil trolig antall større aktører øke, med den bieffekt at mer tilsyn må til. Å på forhånd definere av hva som er innovasjon av produkter og teknologier som til slutt vil kreve statlig godkjenning vil i mange tilfeller også være utførende for reguleringsmyndighetene.
- Det vil alltid være noen kostnader forbundet med omgåelse av inngjerdingsproblematikken. Disse kan knytte seg til utnyttelse av ordningen av innovatører i grenseland mot helseinnovasjon og tilpassinger hos innovatører som innebærer omgåelse eller utsettelse tilbakemeldinger av skattegjelden.

Kostnadene knyttet til tilsyn og administrasjon av ordningen og kostnadene knyttet til omgåelse av ordningen vil til en viss grad motvirke hverandre. Hvor stort apparat man bør sette inn for redusere kostnadene med inngjerdingsslekkasje blir dermed et spørsmål om samfunnsøkonomisk kostnadseffektivitet. Det bør samtidig presiseres at flere av inngjerdingsutfordringene lar seg løse av enkle regler, uten at det trengs noen betydelig oppfølging.

Litteraturliste

Damvad (2011): *Velferdsteknologi for fremtiden*, Udarbejdet af DAMVAD til NHO og Tekna, Rapport 14. juni 2011

Finansdepartementet (2005): *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*, veileder utarbeidet av Finansavdelingen i Finansdepartementet, september 2005

Finansdepartementet (2009): *Petroleumsbeskatning*, sist oppdatert 4. mai 2009, besøkt på http://www.regjeringen.no/nb/dep/fin/tema/skatter_og_avgifter/bedriftsbeskatning/beskatning-av-petroleumsvirksomhet.html?id=417318, 27. november 2013

Finansdepartementet (2013): *Lov om skattlegging av undersjøiske petroleumsforekomster m.v. [petroleumsskatteloven]*, Petroleumsskatteloven – petrsktl., opprinnelig vedtatt 13. juni 1975, sist endret 21. juni 2013

Fjose, S., Lunde, T.F. og Mellbye, C.S. (2012): *Verdien av styrket kompetanse i offentlige innkjøpsprosesser*, Menon-publikasjon nr. 6/2012

Fjose, S., Lunde, T.F. og Wifstad, K. (2013): *Kunnskap som virkemiddel i offentlige innkjøpsprosesser*, Menon-publikasjon nr. 17/2013

Grünfeld, L.A., Grimsby G., og Iversen. L.M. (2011): *The need for government supported capital measures in the market for early stage risk capital in Norway*, Menon-publikasjon nr. 18/2011

Grünfeld, L.A. og Iversen. L.M. (2012a): *Life Science Rapporten 2012 – Hvorfor så lite helseteknologi og medisinsk industri i norsk næringsliv, og hva kan gjøres?*, Menon-publikasjon nr. 9/2012

Grünfeld, L.A. og Iversen. L.M. (2012b): *Nordic Medtech: Clusters, Industry and Financing in Norway and Sweden*, Menon-publikasjon nr. 48/2012

Helsedirektoratet (2007): *Helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser*, Rapport IS-1435, Sosial- og helsedirektoratet

Helfo (2013): *Hva er frikort for helsetjenester?*, sist oppdatert: 25.11.2013, besøkt på <http://www.helfo.no/PRIVATPERSON/FRIKORT/Sider/default.aspx>, 3. desember 2013

Oljeskattekontoret (2012): *Utlignet petroleumsskatt på 235,9 milliarder kroner*, Pressemelding 29. november 2012

McLaughlin, P. (2011): *Swiss medical technology industry gobbling up market share*, February 22, 2011 vol. 183 no. 3, first published January 24, 2011, doi: 10.1503/cmaj.109-3742, CMAJ

Stoveland, P.H. (2013): *Kjøp av selskap med fremførbart underskudd*, side 15-16, Magma 3/2013

Riksrevisjonen (2013): *Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus*, Dokument 3-serien, dokument 3:4 (2013–2014)

Nærings- og handelsdepartementet (2013): *Mangfold av vinnere, Næringspolitikken mot 2020*, Meld. St. 39 (2012–2013), Melding til Stortinget, Tilråding fra Nærings- og handelsdepartementet 7. juni 2013, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Stoltenberg II)

Statistisk sentralbyrå (2013): *Årlig nasjonalregnskap, 2012*, Nasjonalregnskap og konjunkturer, publisert: 19. november 2013, besøkt på <http://ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/statistikker/nr>, 4. desember 2013

Utvalg oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet (2011): *Innovasjon i omsorg*, NOU 2011:11, ledet av Kåre Hagen, utredning fra et utvalg oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet 26. juni 2009, avgitt 16. juni 2011

Utvalg oppnevnt av finans- og tolldepartementet (1997): *Nytte-kostnadsanalyser, Prinsipper for lønnsomhetsvurderinger i offentlig sektor*, NOU 1997:27, ledet av Arild Hervik, utredning fra et utvalg oppnevnt av Finans- og tolldepartementet 6. mai 1994, avgitt 24. september 1997