

RAPPORT

VEKST-ENTREPRENØRER I HELSENÆRINGEN





Forord

I denne artikkelen ser vi nærmere på entreprenørskap innen helse-rettet næringsliv i Norge. Vi er særlig opptatt såkalt vekstentreprenørskap i denne delen av næringslivet.

Artikkelen er skrevet på oppdrag for Nærings- og fiskeridepartementet og inngår som en av 3 studier av vilkårene for og omfanget av vekstentreprenørskap i Norge. Fokuset på helsenæringen er særlig drevet av et ønske om å rette søkelys mot en sektor der det offentlige spiller en avgjørende rolle i markedet, både på kjøper og selgersiden, så vel som motor for utvikling av nye teknologier og løsninger.

Arbeidet har vært utført av Leo A. Grünfeld, Lars H Lind, og Hans Hvide. Forfatterne står ansvarlig for alt innhold. Innholdet. Vi takker deltakerne i NFDs workshop om vekstentreprenørskap for verdifulle innspill. En særlig stor takk til Mattis Gripsrud for nyttige kommentarer.

Menon Economics er et forskningsbasert analyse- og rådgivningsselskap i skjæringspunktet mellom foretaksøkonomi, samfunnsøkonomi og næringspolitikk. Vi tilbyr analyse- og rådgivningstjenester til bedrifter, organisasjoner, kommuner, fylker og departementer. Vårt hovedfokus ligger på empiriske analyser av økonomisk politikk, og våre medarbeidere har økonomisk kompetanse på et høyt vitenskapelig nivå. Menon ble kåret til årets konsulentselskap i 2015.

September 2017

Leo A Grünfeld

Prosjektleder

Menon Economics

Innhold

SAMMENDRAG	3
1. INNLEDNING OG BAKGRUNN	6
2. VEKSTENTREPRENØRSKAP I NORSK HELSENÆRING	8
2.1. Hva er en vekstentreprenør?	8
2.2. Hva er helsenæringen?	8
2.3. Om datagrunnlaget	11
2.4. Helsenæringen og vekstentreprenørskap i tall	12
2.4.1. Nærmere om helseindustrien	13
2.4.2. Nærmere om distribusjon	15
2.4.3. Nærmere om behandlingsvirksomhetene	16
2.5. Spinn-offs fra offentlige helseinstitusjoner: TTOer som kanal	17
3. NÆRINGSRETTEDE TILSKUDD OG VIRKEMIDLER TIL HELSENÆRINGEN	20
3.1. Om virkemiddeldataene	20
3.2. Hvilke sektorer og bransjer har fått mest og minst støtte?	21
3.3. Offentlige virkemidler og vekstentreprenører i helsenæringen	23
4. DRIVERE OG BARRIERER FOR INNOVASJON I HELSENÆRINGEN	26
4.1. Innovative offentlige anskaffelser	26
4.1.1. Innovative anskaffelser i helsesektoren	27
4.2. Om innovasjon i helseforetakene – økende fokus på måling og spredning av innovasjon	29
4.3. Barrierer for videre vekst – helsenæringen	30
5. KONKLUSJON OG ANBEFALINGER	31
REFERANSELISTE	32

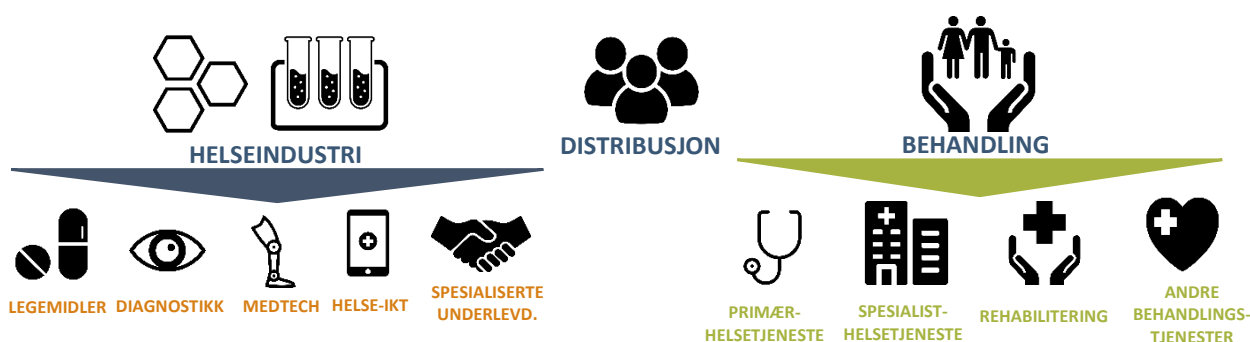
Sammendrag

I denne artikkelen ser vi nærmere på entreprenørskap innen helserettet næringsliv i Norge. Dette er en del av næringslivet som har tett interaksjon med offentlig sektor, enten gjennom offentlige innkjøp eller gjennom FoU og samarbeid med utdannings- og sykehusinstitusjoner. Vi er særlig opptatt av de entreprenørene som klarer å skape vekst. Hva driver de med? Hvor mange er de? Og Hva sliter de med?

Hva er helsenæringen?

Helsenæringen defineres over et bredt spenn av sektorer og bransjer. Den spenner fra virksomheter som utvikler legemidler til private sykehus- og omsorgstjenester. Illustrasjonen nedenfor viser hvordan vi har delt inn næringen i tre hovedsektorer og 9 undersektorer. Alle foretakene i populasjonen av selskaper i helsenæringen er unikt kategorisert i én av disse sektorene.

Helsenæringen fordelt på segmenter og undersektorer. Kilde: Menon



I 2016 var det 12.293 foretak i denne næringen. For å kunne beskrive utviklingen til de nystartede bedriftene over tid har vi gått noen år tilbake, og fokuserer på bedrifter som ble startet opp i 5-årsperioden 2006 til 2010.

- I perioden 2006 til 2010 ble det startet opp 2851 bedrifter i denne næringen (570 oppstarter per år). Dette utgjør ca. 2 prosent av alle oppstarter i perioden

Hva er vekstentreprenører?

Når vi snakker om vekstentreprenører skiller vi eksplisitt mellom foretak som har oppnådd vekst og foretak med et potensiale for vekst. De to typene vekstentreprenører er gjensidig utelukkende. Vekstentreprenører som har **oppnådd vekst** karakteriseres ved at de oppfyller to kriterier:

1. En gjennomsnittlig årlig omsetningsvekst på minst 10 pst. i femårsperioden fra oppstart.
2. I tillegg har foretakene en målt verdiskaping per sysselsatt på minst 500 000 kroner i år fem etter oppstart.

Entreprenører med **potensial for vekst** må enten ha investert betydelig for å fremtidig vekst (ned i J-kurven), eller falle inn under næringskategorier der man finner en høy andel med høyere utdanning eller betydelig innslag av høyteknologisk aktivitet. Har bedriften fått SkatteFUNN-midler eller befinner seg i porteføljen til et seed-fond, er den også ansett som en potensiell vekstbedrift. I hvilken grad potensielle vekstentreprenører faktisk oppnår høy vekst over tid er ikke kartlagt i denne studien.

Tabell 1: Samlet oversikt over oppstartsselskaper (oppstart mellom 2006-2010) og vekstentreprenører i norsk næringsliv.
Kilde: Menon

Private foretak med oppstart i perioden mellom 2006 og 2010	Totalt	Helsenæringen	Helsenæringens andel
Antall foretak	126 058	2 851	2 %
Antall foretak med oppnådd vekst	5 051	248	5 %
Antall foretak med potensial for vekst	29 006	1 266	4 %

I tabellen ser vi at oppstartsforetak i helsenæringen er overrepresentert, både med entreprenører med oppnådd og potensiell vekst. Forekomsten er mer enn dobbelt så høy som i resten av næringslivet. Så mange som 44 prosent av nyetableringene er det vi betegner som potensielle vekstentreprenører, mens knappe 9 prosent av dem har faktisk oppnådd vekst (er vekstentreprenører).

Over 80 pst. av de 2851 oppstartsselskapene leverer ulike former for behandlingstjenester. De største enkeltbransjene er fastleger, tannhelsetjenester og fysioterapeuter. Innen helseindustrien er en stor andel av entreprenørbedriftene potensielle vekstbedrifter. Derimot er det en lav andel foretak med vekstpotensial innen distribusjon av medisinsk utstyr og legemidler. I behandlingssektoren er det særlig private tilbydere av spesialisthelsetjenester som trekker opp andelen vekstentreprenører – både innen gruppen for oppnådd vekst og potensiell vekst.

Vekstentreprenører og det offentlige virkemiddelapparatet.

Om lag 6 prosent av oppstartsselskapene i helsenæringen, med etablering mellom 2006 og 2010, mottok støtte gjennom det næringsrettede virkemiddelapparatet (Innovasjon Norge, Forskningsrådet, SIVA og enkelte andre aktører). Det handler primært om tilskudd og/eller rådgivning, og i mindre grad tilførsel av statlige lån og egenkapital. Til sammenligning er tallet for alle sektorer samlet på ca. 4 prosent. Oppstartsselskaper i helsenæringen er med andre ord tydelig overrepresentert på dette feltet.

Entreprenører innen helseindustrien (legemidler, diagnostikk, medtech m.m.) er sterkt overrepresentert, hva angår eksponering/tilgang til det offentlige virkemiddelapparatet. Så mange som 50 prosent av disse oppstartsbedriftene har fått støtte gjennom virkemiddelapparatet. Blant den store gruppen med oppstartere innen behandling er tallet bare 2 prosent. Andelen blant disse er med andre ord halvparten av hva vi finner i næringslivet totalt.

TTO-ene ved universiteter og sykehus skal spille en sentral rolle i arbeidet med å kommersialisere ny innsikt som er utviklet ved disse institusjonene. Våre kartlegginger viser at TTO-ene har var delaktig i kommersialiseringen av 28 foretak i helsenæringen, i årene fra 2006 til 2010. 27 av disse foretakene var foretak i helseindustrien. Behandlingsleddet er med andre ord nærmest fraværende også i denne delen av virkemiddelapparatet.

Det er naturlig at helseindustrien vies mer oppmerksomhet enn behandlingsleddet ettersom man i industrien er mer avhengig av innovasjon og opererer med kapitaltunge og lange innovasjonsløp. Det er likevel så store forskjeller i disse talene at en bør vurdere virkemiddelapparatets innretning mot entreprenørene i

helsenæringen. Tjenesteinnovasjon i helsesektoren, herunder implementering og kommersialisering av nye løsninger i behandlingsleddet har da også blitt gitt et økende fokus i den offentlige spesialisthelsetjenesten. RHFene har, etter initiativ fra HOD, igangsatt pilotprosjekter for å bedre måling av innovasjonsaktiviteten, og nytten av denne, ved de offentlige helseforetakene.

Hindre for vekst blant helseentreprenørene

Den offentlig eide delen av helsesektoren er den viktigste kjøperen av varer og tjenester fra den private helsenæringen i Norge. En nylig gjennomført spørreundersøkelse av Menon (2017) viser at om lag halvparten av foretakene i helseindustrien er helt eller delvis enig i påstanden: «den offentlige helsesektoren i Norge er for lite villig til å ta i bruk ny teknologi og nye løsninger». Bedriftene i behandlingsleddet har noe bedre erfaring med sektorens vilje på dette området. Bedrifter innen Helse-IKT er mest kritisk til helsesektorens praksis på dette området, mens legemiddelprodusentene og produsenter av diagnostisk utstyr i mindre grad opplever dette som et problem.

En majoritet av leverandører til offentlig sektor mener offentlig institusjoner er for opptatt av pris, og for lite opptatt av å tilrettelegge for innovasjon. Dette medfører at innovative, men dyrere anbud ikke blir premiert. Undersøkelsen gjennomført av Menon i (2017) (Helsenæringens verdi) viser at kapitaltilgang anses å være den største flaskehalsen for videre vekst, i helseindustrien. Deretter anses salgs- og distribusjonskanaler til utlandet ansett å være en betydelig flaskehals. Tilgang til kompetanse oppgis i liten grad å være en sentral flaskehals for vekst i helseindustrien.

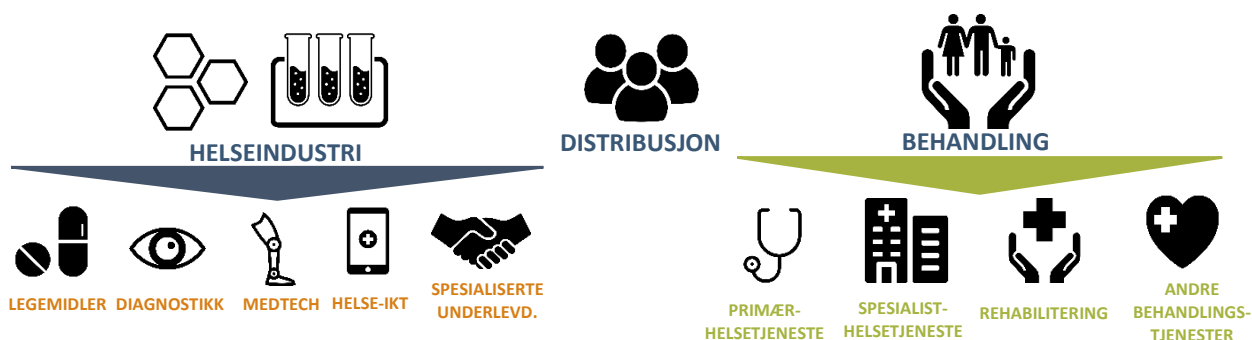
1. Innledning og bakgrunn

I denne artikkelen ser vi nærmere på entreprenørskap innen helserettet næringsliv i Norge. Vi er særlig opptatt såkalt vekstentreprenørskap i denne delen av næringslivet. Artikkelen er skrevet på oppdrag for Nærings- og fiskeridepartementet og inngår som en av 3 studier av vilkårene for og omfanget av vekstentreprenørskap i Norge. Fokuset på helsenæringen er særlig drevet av et ønske om å rette søkelys mot en sektor der det offentlige spiller en avgjørende rolle i markedet, både på kjøper og selgersiden, så vel som motor for utvikling av nye teknologier og løsninger. Bedrifter har tett interaksjon med offentlig sektor, enten gjennom offentlige innkjøp eller gjennom FoU og samarbeid med utdannings- og sykehusinstitusjoner. Et sentralt spørsmål i denne sammenhengen er hvordan privat entreprenørskap i form av nyetablerte bedrifter finner sin plass i et slikt marked.

Både demografisk endring og sterkere preferanser for omfang og kvalitet i helsetjenester tilsier at behovet for nyskaping og nyetablering i denne sektoren vil øke kraftig i årene som kommer¹.

Hverken begrepet vekstentreprenørskap eller helsenæring er tydelig definert i litteraturen. Vi har derfor vært tvunget til å etablere egne operasjonell definisjon slik at omfanget kan telles og analyseres empirisk. I vår definisjon av helsenæringen har vi tatt utgangspunkt i den tilnærming man har valgt i rapporten «Verdiskaping i helsenæringen» (Menon, 2017). Vi redegjør nærmere for dette i kapittel 2.2. Helsenæringen defineres over et bredt spenn av sektorer og bransjer. Den spenner fra virksomheter som utvikler legemidler til private sykehus- og omsorgstjenester. Illustrasjonen nedenfor viser hvordan vi har delt inn næringen i tre hovedsektorer og 9 undersektorer. Alle foretakene i populasjonen av selskaper i helsenæringen er unikt kategorisert i én av disse sektorene.

Figur 1-1: Verdikjeden i Helsenæringen. Kilde: Menon



Tabell 2: Verdiskaping og sysselsetting i helsesektoren i Norge (2015). Kilde: SSB og Menon

	Antall sysselsatte (i 1000)	Verdiskaping (mrd. NOK)
Privat helsenæring	76	54
Statlige og andre offentlige foretak	156	95
Annet helse- og omsorgstilbud	221	114
Hele helsesektoren	454	263

¹ Se Windrum og Koch (2008) for mer om behovet for entreprenørskap i helsesektoren.

Helsesektoren sysselsetter 454 000 personer i Norge, der private aktører står for ca. 17 prosent av sysselsettingen (76 000). Spesialisthelsetjenesten mm (foretak) står for ca. 35 prosent av de sysselsatte mens primærhelsetjeneste og offentlig forvaltning (Annet helse og omsorgstilbud) står for resten. Entreprenørskapet i helsenæringen er å finne blant de private aktørene. Det er med andre ord i denne delen av sektoren at vekstentreprenørskap kan tenkes å spille en viktigere rolle i tiden fremover.

Begrepet «vekstentreprenørskap» knyttes gjerne til bedrifter som kan vise til suksess målt langs en utvalgt dimensjon, det være seg omsetningsvekst, sysselsettingsvekst, lønnsomhet, internasjonalt salg etc. I Bergland med fler (2011)² får vi en bred innføring i entreprenørskap i Norge men det fokuseres ikke på vekst. I Menon (2015) deles oppstartsbedriftene inn i ulike vekstkategorier. Det finnes ingen konsensus knyttet til hva man skal legge i begrepet «vekstentreprenør» og vi må derfor velge en operasjonell tolkning som er hensiktsmessig for formålet i denne artikkelen. Dersom man eksempelvis benytter Gabelle-definisjonen vil antallet bedrifter bli svært lavt. Videre må man stille spørsmål om hvorvidt man kun er opptatt av oppstartsbedrifter som kan vise til vekst, eller om man også er opptatt av oppstartsforetak som har en vekstambisjon. Vi har lagt opp til å dekke begge typer foretak, og vi skiller derfor eksplisitt mellom foretak som har **oppnådd vekst** og foretak med et **potensiale for vekst**. De to typene vekstentreprenører er gjensidig utelukkende. I kapittel 2.1 redegjør vi nærmere for disse kategoriene av oppstartsforetak. Basert på våre definisjoner er om lag 4 prosent av alle oppstartsbedrifter å regne som bedrifter med oppnådd vekst, mens 23 prosent har et potensial for vekst.

I Kapittel 2 går vi nærmere inn på hvordan vi definerer helsenæringen og hva som ligger til grunn for vår tolkning av begrepet «vekstentreprenør». Deretter beskriver vi universet av slike bedrifter. I kapittel 3 kartlegger vi disse bedriftenes bruk av det næringsrettede virkemiddelapparatet, gjennom interaksjon med Innovasjon Norge, Forskningsrådet og Siva. Vi ser også på den rollen som TTO-ene spiller for nye oppstartsbedrifter på helsefeltet som har utspring fra universiteter og sykehus. I kapittel 4 presenterer vi resultater fra en spørreundersøkelse om hva som oppleves som de største barrierene for vekst i dette markedet. I kapittel 5 oppsummerer vi.

² Se også Fjærli med fler (2013 og Menon (2016)

2. Vekstentreprenørskap i norsk helsenæring

2.1. Hva er en vekstentreprenør?

Formålet med denne rapporten er å kartlegge omfanget av entreprenørskap i den private helsenæringen det siste tiåret. Vi tar utgangspunkt i Brønnøysundregisteret og ser på alle private foretak som startet opp i tidsrommet mellom 2006 og 2010. Videre har vi definert begrepet vekstentreprenør på to ulike måter. Dette er foretak som har oppnådd vekst og foretak med et potensiale for vekst. De to typene vekstentreprenører er gjensidig utelukkende. Dette betyr at et foretak i populasjonen som defineres som en vekstentreprenør enten har oppnådd vekst, eller har et vekstpotensial.

Vekstentreprenører som har oppnådd vekst karakteriseres ved at de oppfyller to kriterier, basert på regnskaps-historikk. Disse kriteriene er:

- En gjennomsnittlig årlig omsetningsvekst på minst 10 pst. i femårsperioden fra oppstart.
- I tillegg har foretakene en målt verdiskaping per sysselsatt på minst 500 000 kroner i år fem etter oppstart.

Vekstentreprenører med potensial for vekst karakteriseres ved at foretakene oppfyller minst ett av seks ulike kriterier. To av kriteriene er knyttet til regnskapshistorikk, to er knyttet til næringskoden foretaket er klassifisert innunder, et kriterium er knyttet til SkatteFUNN-ordningen og det siste kriteriet er knyttet til eierskapet av foretakene. De seks kriteriene er som følger:

- Driftsunderskudd på minimum én million kroner over foretakets fem første leveår (akkumulert) og ingen salgsinntekt
- Driftsunderskudd som er dobbelt så stort som salgsinntekt, summert over foretakets første femårsperiode
- Foretaket er klassifisert innunder næringskategorier der den gjennomsnittlige andelen sysselsatte med mer enn 3-årig høyskoleutdanning utgjør mer enn 30 pst.
- Foretaket er klassifisert innunder næringskategorier som anses å være høyteknologiske.
- Foretak som har mottatt SkatteFUNN-midler en eller annen gang i løpet av femårsperioden etter oppstart
- Foretak som finnes i porteføljene til såkorn- og venturefondene

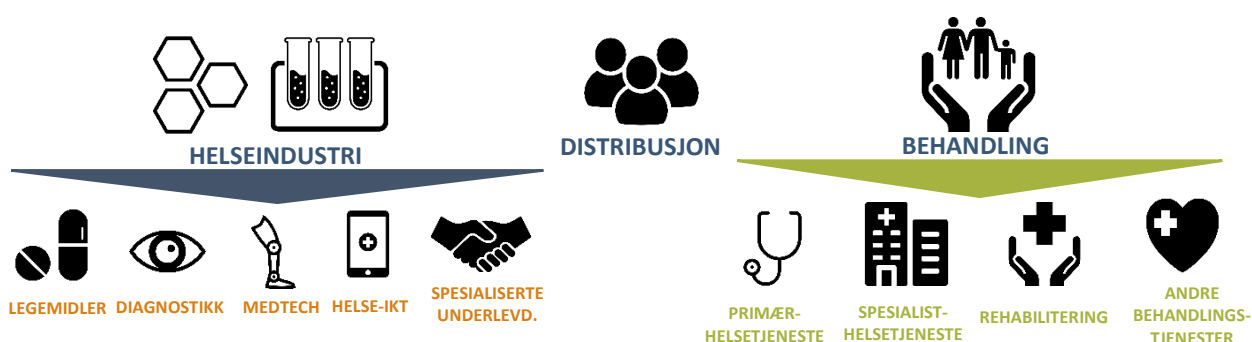
2.2. Hva er helsenæringen?

Helsenæringen defineres over et bredt spenn av sektorer og bransjer, fra utvikling og produksjon av produkter, legemidler og tekniske løsninger til behandling og rehabilitering. Nettopp det at helsenæringen er så mangartede er en årsak til at det ikke eksisterer en offisiell kategorisering, og dermed statistikk, for næringen. Helsepopulasjonen anvendt i denne utredningen er satt sammen på bakgrunn av utvalgte næringskoder. Dette er hovedsakelig foretakene som er kategorisert i enkelte undergrupper av næringskodene 21 (Produksjon av farmasøytiske råvarer og preparater) og 88 (Sosiale omsorgstjenester uten botilbud) samt alle foretak kategorisert innunder næringskodene 86 (Helsetjenester) og 87 (Pleie- og omsorgstjenester i institusjon) i offentlige regnskapsdatabaser. Videre er populasjonen utvidet ved å også innlemme foretak fra en rekke

næringsorganisasjoner og klyngeorganisasjoner med medlemmer med virksomhet i helsenæringen.³ Dette er gjort ved å anvende medlemslister fra organisasjonene, men inkluderer kun foretak som har en overvekt av sin omsetning fra helserelevante varer og tjenester.

Verdikjeden i den private helsenæringen er variert. Næringen spenner fra virksomheter som utvikler legemidler til private sykehus- og omsorgstjenester. Illustrasjonen nedenfor viser en forenklet verdikjede for helsenæringen, delt opp i tre hovedsektorer. Alle foretakene i vår populasjon av selskaper i helsenæringen er unikt kategorisert i én av disse sektorene.

Figur 2-1: Verdikjeden i Helsenæringen. Kilde: Menon



Som det fremkommer av figuren over er to av tre sektorer i helsenæringen, helseindustrien og behandlingsvirksomhetene, videre kategorisert i bransjer. Dette er gjort fordi det er betydelige variasjoner mellom de ulike bransjene, hva angår andelen vekstselskaper og eksponering mot det offentlige virkemiddelapparatet, i de nevnte sektorene. Videre følger en kort redegjørelse av de ulike bransjene vi har inndelt helsenæringen i.

Helseindustrien spenner over virksomheter innen utvikling og produksjon av utstyr og løsninger med anvendelse i helsesektoren. Mange av foretakene i denne sektoren er utfordrende å kategorisere i en enkeltbransje, da enkelte foretak har virksomhet innen flere bransjer, og også leverer varer og tjenester til andre sektorer i økonomien. Kriteriet for å inkluderes i populasjonen er at virksomhetene hovedsakelig leverer produkter og tjenester til helsesektoren. Bransjekategoriseringen baseres også på hva virksomhetens omsetning hovedsaklig kan knyttes til. Bransjene i helseindustrien er definert som følger:

- **Legemidler** – utvikling og produksjon av biologiske og kjemiske produkter som anvendes til forebygging og behandling av fysiske og psykiske plager og sykdommer.
- **Diagnostikk** – utvikling og produksjon av biologiske, kjemiske og teknologiske produkter som anvendes til diagnostiske undersøkelser.
- **Helse IKT** – digitale produkter og tjenester med helsesektoren som primærmarked. Dette inkluderer overvåkning, forebygging og behandling av sykdommer, samt til administrative systemer og prosesser i helsesektoren.
- **Medtech** – alle medisinsk-tekniske produkter som anvendes til forebygging og behandling av sykdommer, skader og slitasje, men som ikke faller innunder de tre overnevnte kategoriene.

³ Dette inkluderer bl.a. Oslo Medtech, LMI, Inven2, Nansen Neuroscience Network, Norwegian Smart Care luster, Abelia, NHO Service og Oslo Cancer Cluster.

- **Spesialiserte underleverandører** av råvarer, utstyr og tjenester. Dette er en mangeartet gruppe som i hovedsak består av rådgivningsvirksomhet. Eksempelvis innen bioteknologi og farmasi, samt teknisk-medisinsk rådgivning og analyse. Det er også enkelte rådgivningsvirksomheter spesialisert mot administrasjon og ledelse. Dette er tjenester som ikke er særegne for helsenæringen, men foretakene i utvalget vårt har virksomheter i helsenæringen som sitt primære marked.

Distribusjon er en egen hovedgruppe av foretak i den private helsenæringen, i vår verdikjedeinndeling av helsenæringen. Denne gruppen av foretak er ikke inndelt i bransjer, slik helseindustrien og behandlingsevirkomhetene er. Dette skyldes at foretakene i denne hovedgruppen nesten utelukkende kan kategoriseres innunder to næringskoder. Dette er *Engroshandel med sykepleie- og apotekvarer* – grossisthandel av legemidler, sykehusutstyr, ortopedisk utstyr etc. og *Agenturhandel med spesialisert vareutvalg* – i all hovedsak distribusjon av legemidler.

Behandlingsleddet i helsenæringen er den klart største sektoren målt i antall foretak. Sektoren er sammensatt og spenner over en rekke markeder og behandlingstyper. Medisinske behandlingsevirkomheter er av den grunn, som foretakene i helseindustrien, også kategorisert inn i bransjer.

- **Primærhelsetjeneste** – helsetjenester som leveres lokalt og i det daglige. Primærhelsetjenester består av allmennpraktiserende leger, hjemmesykepleie, helsesøstre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopeder, tannleger, annet helsepersonell som kiropraktorer, bedriftshelsetjeneste, og av institusjoner som sykehjem og bo- og servicesentre.
- **Spesialisthelsetjeneste** – omfatter primært somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre. Innunder denne bransjen kategoriseres også privatpraktiserende spesialister, ambulansetjenester samt laboratorium- og røntgenvirksomhet.
- **Rehabilitering** – inkluderer bl.a. opptreningsinstitusjoner, rusomsorg, ergoterapeutvirksomhet og omsorgshjem.
- **Andre behandlingstjenester** – omfatter helsetjenester som ikke er dekket av de tre overnevnte kategoriene, i stor grad alternativ medisinsk behandling. Dette inkluderer akupunktur, soneterapi, homeopati og «healing».

Som med hovedgruppene er alle de 2 851 foretakene i helsenæringen, med oppstart mellom 2006 og 2010, unikt kategorisert i én bransje som igjen er kategorisert innunder én hovedgruppe. For mange foretak, og da særlig små virksomheter, er kategoriseringen åpenbar. Andre foretak, med bredere og flere virksomhetsområder, er mer utfordrende å plassere i én enkelt bransje. Kategoriseringen av slike foretak er gjennomført basert på hvilken bransje det aktuelle foretaket har majoriteten av sin virksomhet mot, målt etter omsetning.

2.3. Om datagrunnlaget

Menon har regnskapsdata for om lag 500 000 private, regnskapspliktige foretak i Norge. Denne populasjonen spenner over hele spekteret av bransjer i norsk næringsliv og inkluderer selskap som ikke lenger eksisterer (konkurs, nedleggelse, sammenslåinger og oppkjøp).

Utgangspunktet for dette prosjektet er utviklingen blant norske oppstartsforetak, i selskapenes første år etter etablering. Vi har, i samråd med oppdragsgiver, satt som kriterium at foretakene startet opp sin virksomhet i perioden mellom 2006 og 2010. Denne avgrensningen gir oss en samlet populasjon av foretak i norsk næringsliv på litt over 126 000 foretak, som det fremkommer av tabellen under.

Tabell 3: Samlet oversikt over oppstartsselskaper (oppstart mellom 2006-2010) og vekstentreprenører i norsk næringsliv. Kilde: Menon

Private foretak med oppstart i perioden mellom 2006 og 2010	Totalt	Helsenæringen	Helsenæringens andel
Antall foretak	126 058	2 851	2 %
Antall foretak med oppnådd vekst	5 051	248	5 %
Antall foretak med potensial for vekst	29 006	1 266	4 %

Av Tabell 3 ser vi også at helsenæringen, med 2 851⁴ foretak, utgjør om lag 2 pst. av den samlede populasjonen av oppstartsselskaper i norsk næringsliv i den aktuelle perioden. Dette er en sektor som de siste årene har hatt en kraftig omsetnings- og verdiskapingsvekst. Som det fremkommer av andelene i kolonnen til høyre i tabellen over er helsenæringen overrepresentert med vekstentreprenører i henhold til begge definisjonene, sammenlignet med hele populasjonen av oppstartsselskaper.

⁴ Tre foretak med selskapsform «Annet foretak jf. særskilt lov» (SÆR) er da utelatt. Dette er tre statlige eide helseforetak (Helse Sør-Øst RHF, Sykehusapotekene HF og Vestre Viken HF). Disse foretakene anses å ikke være representative for den private helsenæringen i Norge og er derfor utelatt fra analysen.

2.4. Helsenæringen og vekstentreprenørskap i tall

Som det fremkommer av tabellen nedenfor kategoriseres over 80 prosent av foretakene i utvalget av oppstartsselskaper i helsenæringen innunder behandling. De to andre hovedkategoriene, helseindustrien og distribusjon står på sin side for om lag 10 prosent av foretaksmassen hver.

Tabell 4: Oversikt over oppstartsselskaper (oppstart mellom 2006 og 2010) i Helsenæringen. Kilde: Menon

Datautvalg	Kode	Totalt antall foretak	Helseindustri	Distribusjon	Behandling
Oppstart mellom 2006 og 2010	A)	2 851	241	275	2 335
<i>Sektorfordeling</i>		100 %	8 %	10 %	82 %
Fremdeles aktive foretak (2015)	B)	1 959	182	131	1 646
<i>Andel</i>	B) Av A)	69 %	76 %	48 %	71 %
Foretak som har oppnådd vekst	C1)	248	21	11	216
<i>Oppnådd vekst – andel</i>	C1) av A)	9 %	9 %	4 %	9 %
Antall foretak med potensiale for vekst	C2)	1 266	173	14	1079
<i>Potensiell vekst – andel</i>	C2) av A)	44 %	72 %	5 %	46 %

Fra tabellen over fremkommer det at andelen av foretakene i helsenæringen, med oppstart mellom 2006 og 2010, som oppfyller kriteriene for «oppnådd vekst» er 9 pst. Dette er også andelen foretak som oppnådde vekst blant både helseindustri- og behandlingsforetakene. Foretakene kategorisert som distributører av medisinsk utstyr og varer har en lavere andel foretak med oppnådd vekst.

Fra samme tabell fremkommer det at 44 pst. av foretakene faller innunder definisjonen for «potensiell vekst». Ser en nærmere på andelen foretak med vekstpotensial i de tre ulike sektorene i helsenæringen fremkommer det at andelen er klart høyest i helseindustrien. Dette skyldes at en stor andel av foretakene i helseindustrien er registrert under næringskoder hvor utdanningsnivået blant de sysselsatte er høyt, sammenlignet med de to andre sektorene. Som med foretak som har oppnådd vekst er andelen som kan klassifiseres som «potensiale for vekst» lavest blant foretakene innen distribusjon av medisinske varer og tjenester.

Den private helsenæringen er en næring med høy vekst og med betydelig vekstpotensial. Av alle regnskapspliktige foretak i Norge, som startet opp i perioden mellom 2006 og 2010 er andelen som faller innunder klassifiseringen for «oppnådd vekst» på om lag 4 pst. og «potensiale for vekst» 23 pst. (for helsenæringen er, som nevnt, de tilsvarende andelene hhv. 9 og 44 pst.). Det betyr at andelen

vekstentreprenører, i henhold til våre definisjoner, er dobbelt så høy i helsenæringen, som i populasjonen sett over ett.

At andelen foretak med vekstpotensial er i underkant av dobbelt så høy i helsenæringen som i populasjonen for øvrig (44 pst. i helsenæringen, 23 i hele populasjonen), kan blant annet tilskrives det høye utdannelsesnivået i helsenæringen (se definisjoner av vekstentreprenører med vekstpotensial i kapittel 2.1.).

En mulig årsak til at helsenæringen har mer enn dobbelt så mange foretak som har oppnådd vekst (9 pst. i helsenæringen og 4 pst. i populasjonen samlet sett) kan muligens tilskrives kombinasjonen av to faktorer.

- Måten kriteriet for «oppnådd vekst» er definert. Gjennomsnittlig årlig omsetningsvekst på 10 prosent i femårsperioden etter oppstart. I tillegg minst 500 000 kroner i verdiskaping per sysselsatt i år fem etter oppstart
- Finanskrisen, og dets etterdønninger. Nedgangskonjunktur i både norsk og internasjonal økonomi i etterkant av finanskrisen førte til at det var svak vekst i mange sektorer i 2009 og etterfølgende år.

Det er grunn til å tro at selskapene i helsenæringen i mindre grad enn i andre store sektorer, som olje- og gass, industrien, reiseliv og bygg- og anleggsektoren merket nedgangskonjunkturen i form av sviktende omsetning. Dette som følge av at helsenæringen i Norge primært leverer varer og tjenester til offentlige institusjoner, som ikke kjøper mindre i en nedgangskonjunktur, og fordi etterspørselen etter helsetjenester i liten grad betinges av fallende inntekt for den enkelte.

2.4.1. Nærmere om helseindustrien

Helseindustrien er definert som sektoren i helsenæringen som utvikler og produserer legemidler, medisinsk teknisk utstyr og andre løsninger og tjenester til behandlingsvirksomheter. Foretakene kategorisert i helseindustrien leverer ikke behandlingstjenester som primærvirksomhet.

Tabell 5: Oversikt over helseindustrien (oppstart mellom 2006 og 2010). Kilde: Menon

Datautvalg	Antall foretak	Diagnostikk	Legemidler	Medtech	Helse IKT	Spes. underleverandører
Oppstart mellom 2006 og 2010	241	6	57	119	25	34
<i>Fordeling mellom bransjer</i>	100 %	3 %	24 %	49 %	10 %	14 %
Fremdeles aktive foretak	182	2	39	93	22	26
<i>Andel</i>	76 %	33 %	68 %	78 %	88 %	76 %
Foretak som har oppnådd vekst	21	1	3	11	3	3
<i>Oppnådd vekst – andel</i>	9 %	17 %	5 %	9 %	12 %	9 %
Foretak med potensiale for vekst	173	4	33	101	15	20
<i>Potensiell vekst – andel</i>	72 %	67 %	58 %	85 %	60 %	59 %

Som det fremkommer av tabellen over er medtech den største bransjen i helseindustrien (blant foretakene som startet opp mellom 2006 og 2010), målt etter antall foretak. Denne bransjen utgjør 49 pst. av sektoren. Den minste bransjen i helseindustrien, når vi kun ser på oppstartsselskaper fra 2006-2010, er produksjon og utvikling innen diagnostikk. I vårt utvalg teller denne bransjen kun seks foretak, hvorav kun to fremdeles var aktive i 2015. Bransjen for utvikling og produksjon av diagnostisk utstyr og teknologi i Norge er imidlertid større enn hva oversikten over oppstartsselskaper gir uttrykk for. Det fremkommer av rapporten *Helsenæringens verdi (2017)*⁵ at denne bransjen i 2015 var den nest største i helseindustrien, etter legemiddelproduksjon, målt i verdiskaping. Diagnostikkbransjen i helseindustrien karakteriseres av å bestå av få, men store foretak. At bransjen er den nest største i helseindustrien i 2015 målt i verdiskaping kan eksempelvis i all hovedsak tilskrives GE Healthcare, tidligere *Nycomed Imaging*, med en verdiskaping på i underkant av 3,1 mrd. kroner. GE Healthcare er imidlertid ikke inkludert i fremstillingen over, da vi her kun inkluderer selskaper med oppstart mellom 2006 og 2010. *Nycomed Imaging*, senere *GE Healthcare*, startet opp lenge før dette tidsintervallet.

Av Tabell 5 ser vi at andelen vekstentreprenører med vekstpotensial er særlig høy blant medtech-foretakene. Hovedårsaken til at hele 85 pst. av foretakene i denne bransjen faller innunder definisjonen for vekstentreprenør med potensiale for vekst kan tilskrives at det er en høy andel foretak i denne bransjen som er kategorisert

⁵ *Helsenæringens verdi, Menon Economics (2017)*

innunder næringskoder som anses å være høyteknologiske. Dette er en av de seks karakteristikene som kan oppfylles for å bli kategorisert som vekstentreprenør med vekstpotensial (se kapittel 2.1).

2.4.2. Nærmere om distribusjon

Distribusjon av medisinske varer og utstyr er kategorisert som en egen sektor i helsenæringens verdikjede. Som det fremgår av Tabell 4 er om lag ti prosent av foretakene i populasjonen kategorisert innunder denne sektoren. Eksempler på selskaper i denne sektoren er *Octopus Limedic* og *Hjelpemiddeleksperthen*. Førstnevnte har spesialisert seg i distribusjon av medisinsk teknologi og utstyr innen kardiologi og thoraxkirurgi til nordiske sykehus. *Hjelpemiddeleksperthen* distribuerer tekniske hjelpemidler, som rullestoler og spesialsykler, til handikappede.

I systematiseringen av oppstartsforetakene i denne sektoren finner vi at en betydelig andel av selskapene som startet opp i perioden mellom 2006 og 2010 ikke lenger er aktive i 2015. Som det fremgår Tabell 4 var under halvparten (48 pst.) av foretakene som startet opp mellom 2006-2010 aktive i 2015. Til sammenligning var tilsvarende andel over 70 pst. for foretakene innen både helseindustrien og behandlingsvirksomhetene. Én mulig årsak til den høye avviklingsandelen blant oppstartsforetak i distribusjonssektoren kan være strukturen av selskapsformene i denne sektoren. Det er en vesentlig høyere andel *Norskregistrert utenlandsk foretak* (NUF) blant distribusjonsselskapene (23 pst.) enn blant helseindustri- og behandlingsvirksomhetene (hhv. 6 og 12 pst.). Det kan være at et ikke ubetydelig antall foretak innen distribusjon av medisinsk utstyr, som er norskregistrerte utenlandske foretak, er opprettet for å distribuere et enkelt produkt eller en løsning, for deretter å avvikles. Alternativt kan det være at det i dette markedet er mer utbredt å starte opp drift som et norskregistrert utenlandsk foretak, for deretter å omorganisere dersom virksomheten er vellykket.

Som det fremkommer av tabellen nedenfor kategoriseres over 80 prosent av foretakene i utvalget av oppstartsselskaper i helsenæringen innunder behandling. De to andre hovedkategoriene, helseindustrien og distribusjon står på sin side for om lag 10 prosent av foretaksmassen hver.

Tabell 4: Oversikt over oppstartsselskaper (oppstart mellom 2006 og 2010) i Helsenæringen. Kilde: Menon

2.4.3. Nærmere om behandlingsvirksomhetene

Behandlingsvirksomhetene står for den klart største delen av utvalget av oppstartsselskaper i helsenæringen. Ser en nærmere på bransjene innunder behandlingskategorien fremkommer det at det er en betydelig overvekt av foretak innen primærhelsetjenesten, med 56 prosent av behandlingsforetakene.



BEHANDLING

Tabell 6: Oversikt over behandlingsforetak (oppstart mellom 2006 og 2010). Kilde: Menon

Datautvalg	Totalt antall foretak	Primærhelsetjeneste	Spesialisthelsetjeneste	Rehabilitering	Andre behandl.-tjenester
Oppstart mellom 2006 og 2010	2 335	1 305	298	321	411
<i>Fordeling mellom bransjer</i>	100 %	56 %	13 %	14 %	17 %
Fremdeles aktive foretak i 2015	1 646	997	228	191	230
<i>Andel fremdeles aktive</i>	71 %	76 %	77 %	60 %	56 %
Foretak som har oppnådd vekst (aktive, 2015)	216	144	38	21	13
<i>Oppnådd vekst – andel av oppstartsforetak</i>	9 %	11 %	13 %	7 %	3 %
Foretak med potensiale for vekst (aktive, 2015)	1079	841	214	11	13
<i>Potensiell vekst – andel av oppstartsforetak</i>	46 %	64 %	71 %	3 %	3 %

Flertallet av foretakene innen primærhelsetjeneste har sin virksomhet knyttet til tannhelse, fysioterapi og allmenn legetjeneste (fastleger organisert som ansvarlige selskap og aksjeselskap). En nærmere undersøkelse av vekstentreprenører i disse undergruppene viser at det særlig blant tannhelseforetakene er en betydelig andel foretak som har oppnådd vekst.

En sentral driver for utviklingen i antallet private virksomheter innen behandlingsleddet er omfanget og organiseringen av den offentlige primærhelsetjenesten. Tannhelse- og fysioterapibehandling er eksempelvis bare i begrenset grad inkludert i det offentlige behandlingstilbudet. En utvidelse av det offentlige helsevesenet til også å dekke denne typen behandling, samt en organisering av dette tilbudet gjennom offentlig eide og drevne institusjoner vil åpenbart ha en stor effekt på antallet private tilbydere av slike tjenester, samt deres omsetning.

Likeledes er organiseringen av den offentlige primærhelsetjenesten en sentral årsak til de mange registrerte oppstartsforetakene innen allmenmedisin. Omleggingen til fastlegeordningen i 2001 medførte til en større del av allmenlegestanden gikk fra å være kommunalt ansatte til å være private næringsdrivende, selv om finansieringen av primærhelsetjenesten fremdeles primært er kommunens ansvar. Fastlegemodellen, til forskjell fra kommunal fast ansettelse, medfører at en betydelig større andel allmennleger er organisert som private foretak enn hva andre modeller vil medføre.

Som det fremkommer av Tabell 6 er det i bransjen spesialisthelsetjeneste vi finner den høyeste andelen vekstentreprenører. Dette gjelder begge definisjonene, både oppnådd vekst og vekstpotensial. Årsaken til den høye andelen foretak i denne bransjen som karakteriseres som å ha vekstpotensial kan tilskrives det høye utdanningsnivået blant de sysselsatte i denne bransjen. Som det fremgår av definisjonene i kapittel 2.1. er dette et av seks kriterier som kan tilfredsstilles for å bli kategorisert som en vekstentreprenør med vekstpotensial.

2.5. Spinn-offs fra offentlige helseinstitusjoner: TTOer som kanal

Knoppskyting fra etablerte virksomheter er en viktig arena for nyskaping og entreprenørskap. Ideer, teknologi og nyskapende løsninger skapes i etablerte virksomheter og satses på eller forkastes. Mange entreprenører og nye selskaper kommer som et resultat av slike ideer som ikke satses på i allerede etablerte virksomheter. Det er utfordrende å kartlegge denne formen for knoppskyting, både for næringslivet samlet og for enkelt næringer som helsenæringen. Nyetablerte selskaper som er etablert på bakgrunn av en ide utviklet i en allerede eksisterende bedrift oppgir ikke dette i noen offentlige registre.

Knoppskyting og «spin-outs»/ «spin-offs» forekommer imidlertid ikke bare gjennom det private næringslivet. Ideer og teknologi utvikles også ved offentlig finansierte institusjoner som ved universitetene og i de statlig eide helseforetakene. For å bidra til at innovasjonen som skapes i de offentlig finansierte forskningsmiljøene kommersialiseres er det de siste tiårene opprettet flere teknologioverføringskontorer (Technology Transfer Offices, heretter TTO). Opprettelsen av TTOer skjøt særlig fart i etterkant av at universitets- og høyskoleloven ble revidert i 2003.⁶ Endringene i lovverket medførte blant annet at institusjonene fikk rett til kommersiell utnyttelse av de ansattes forskningsresultater, og dermed også rett til den eventuelle økonomiske avkastningen en kommersialisering medførte.

Helseforetak i alle de fire regionale helseforetakene har knyttet seg til en TTO, som medeiere. TTOene knyttet til disse helseforetakene har resultert i etableringen av flere selskaper innen den private helsenæringen. Disse foretakene er også en del av vår populasjon av foretak i den private helsenæringen.

Vi har samlet inn informasjon om porteføljene til åtte forskjellige TTOer. I fem av disse TTOene er helseforetak medeiere og helseforetak fra alle de fire helseregionene er representert. De fem TTOene hvor det er helseforetak med på eiersiden er:

- *Inven2*, som eies av Oslo Universitetssykehus og UiO
- *Bergen Teknologioverføring (BTO)*, eies bl.a. av Haukeland Universitetssykehus og UiB
- *NTNU TTO*, eies av NTNU og Helse Midt-Norge RHF
- *Norinnova*, eies bl.a. av Helse Nord RHF, Universitetssykehus i Nord-Norge og UiT
- *Validé*, tidligere *Prekubator* og *Ipark*, eies bl.a. av Helse Stavanger HF og UiS

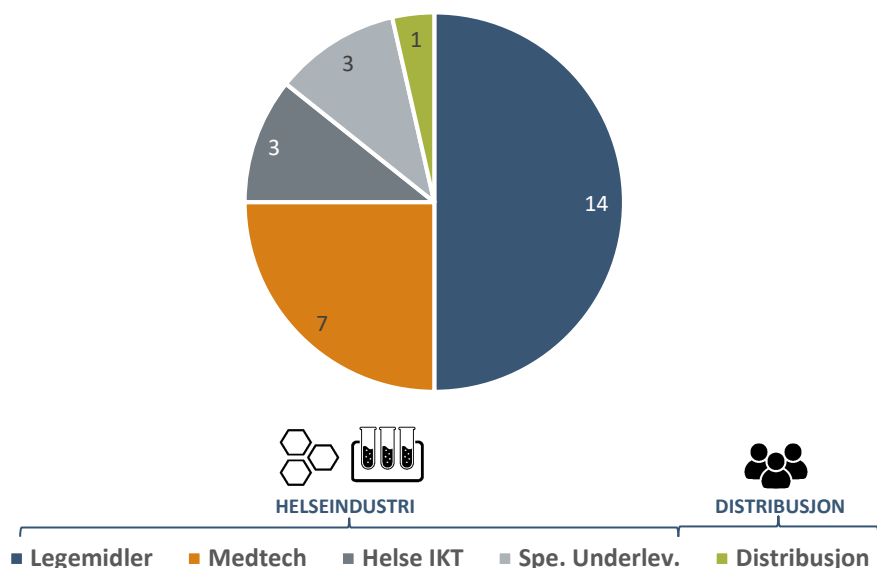
I tillegg har vi samlet inn porteføljehistorikk fra ytterligere tre andre TTOer. Dette er *Coventure*, *Kjeller Innovasjon* og *SINTEF TTO*.

Utgangspunktet i denne utredningen er selskaper som startet opp i tidsrommet mellom 2006 og 2010. Blant de åtte TTOene vi har gjennomgått finner vi 112 foretak som startet opp i denne tidsperioden. Av disse 112 foretakene er det videre 28 selskaper som faller innunder våre definisjoner av helsenæringen. Disse 28

⁶ *Meld.St. 18, 2012-2013, Lange linjer – kunnskap gir muligheter, Kunnskapsdepartementet (2013)*

selskapene er alle med i utvalget av foretak i helsenæringen med oppstart mellom 2006 og 2010. Figuren under viser hvordan disse foretakene er fordelt på ulike bransjer.

Figur 2-2: Foretak i helsenæringen, med oppstart mellom 2006 og 2010, hvor TTOene er eller har vært deleier. Kilde: Menon (2015)⁷



Som det fremkommer av figuren er nesten alle selskapene i TTOenes porteføljer som er en del av helsenæringen og som startet opp i tidsrommet mellom 2006 og 2010, kategorisert innunder helseindustrien. Videre ser vi at halvparten av alle selskapene er legemiddelselskap.

Av de 28 selskapene i helsenæringen, som startet opp mellom 2006 og 2010, som kan knyttes til utvalget av TTOer er 11 av de tilknyttet Inven2, som er den TTOen med flest selskaper i dette utvalget. Ullevål universitetssykehus er deleier av Inven2. Videre er fem foretak knyttet til BTO (Haukeland universitetssykehus), fire kan knyttes til NTNU TTO (Helse Midt Norge RHF) og ett til Validé (Helse Stavanger). Dette betyr at det i utvalget er foretak fra TTOer tilknyttet tre av fire helseregioner. Norinnova, TTOen hvor Helse Nord er medeier, er ikke representert med noen foretak i utvalget.

I Tabell 4 i kapittel 2.4 fremkommer det at 9 prosent av foretakene i helseindustribransjen og 4 prosent av foretakene innen distribusjon hadde en tilstrekkelig omsetningsvekst i sine fem første år til å falle innunder definisjonen for «oppnådd vekst». Ingen av de 28 foretakene i helsenæringen som kan knyttes til TTOene oppfylte dette kriteriet.

Alle bortsett fra ett foretak i utvalget av selskaper i helsenæringen tilknyttet TTOene faller innunder kategorien for «potensiell vekst». Som gjort rede for i kapittel 2.1 er det seks ulike kjennetegn og karakteristikk ved et foretak som må tilfredsstilles (hvor det er tilstrekkelig å tilfredsstillere ett av de seks kriteriene) for at foretaket skal falle innunder denne kategorien. Et av kriteriet for å kategoriseres som et foretak med vekstpotensial er at

⁷ Porteføljeanalyse for Technology Transfer Offices, Menon Economics (2015)

selskapet har mottatt midler gjennom SkatteFUNN en eller annen gang. Av alle de 28 foretakene i helsenæringen som er tilknyttet en TTO er det kun ett foretak som ikke har mottatt slik støtte.

Som er tydelig fra Figur 2-2 er det i TTOenes porteføljer over foretak som startet opp mellom 2006 og 2010 ingen foretak innen behandlingsvirksomhet.

3. Næringsrettede tilskudd og virkemidler til helsenæringen

3.1. Om virkemiddeldataene

Samspilldatabasen er en sammenstilling av informasjon fra en rekke norske virkemiddelaktører. Utover å gi informasjon om hvorvidt og når ulike foretak har fått tilsagn på et virkemiddel fremkommer det også hva slags virkemiddel foretakene har fått. Blant de private foretakene i helsenæringen, som startet opp i perioden mellom 2006 og 2010 har vi kategorisert virkemidlene inn i fire typer. Dette er tilskudd, rådgivning, egenkapitalinvestering og lån og garantier (lån og garantier er slått sammen til én virkemiddelgruppe, da antallet foretak som har fått lån og/eller garantier er svært lavt). Foretak som har fått mer enn en type virkemiddel kategoriseres under en egen gruppe kalt «kombinasjon av virkemidler».

Hva er samspilldatabasen?

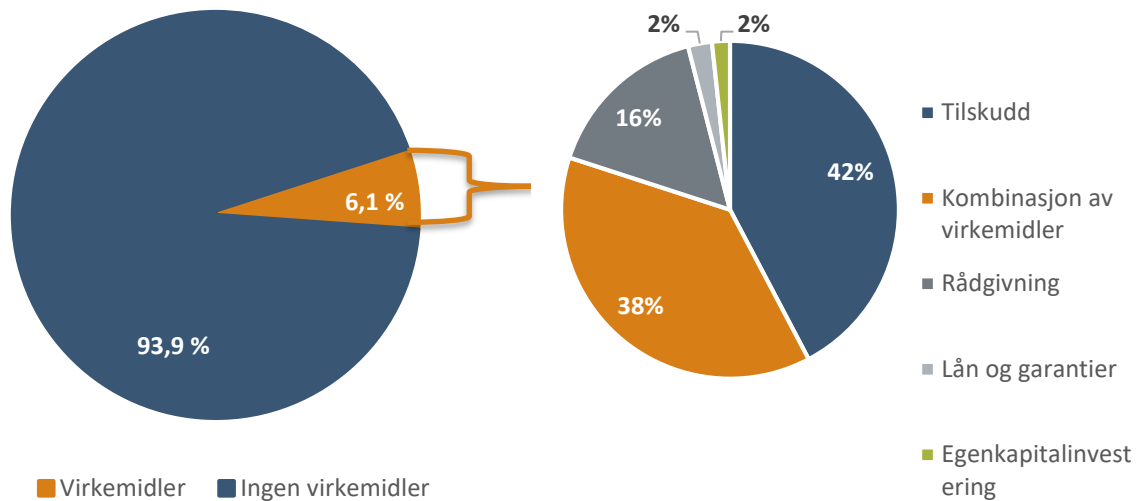
Samfunnsøkonomisk analyses samspilldatabase er en sammenstilling av prosjektdata fra 16 statlige virkemiddelaktører. Samspilldatabasen gjør det bl.a. mulig å identifisere hvordan offentlige virkemidler fordeler seg på næring, geografiske områder, virksomheter og over tid. Videre gjør databasen det mulig å se samlet offentlig finansiering av enkeltvirksomheter. Totalt inneholder databasen 649 749 mottaker-år-observasjoner og omfatter data fra følgende aktører og år:

- Argentum (2001-2016)
- Eksportkreditt (2011-2016)
- Enova (2002-2016)
- EUs 7. rammeprogram (2007-2016)
- FHF (2001-2016)
- Fylkeskommunene (2007-2016)
- Giek (2011-2016)
- Horisont 2020 (2016)
- Innovasjon Norge (2000-2016)
- Investinor (2009-2016)
- Norges forskningsråd (2000-2016)
- Norsk Romsenter (2014-2016)
- Regionale forskningsfond (2010-2016)
- Siva (2009-2016)
- SkatteFUNN (2002-2016)
- Såkornfond (1998-2016)

Blant foretakene i helsepopulasjonen, med oppstart i perioden mellom 2006 og 2010, er det 175 foretak som mottok en eller annen form for virkemiddel. Dette tilsvarer om lag seks pst. av populasjonen. Til sammenligning var andelen av hele populasjonen av foretak i norsk næringsliv som ble startet opp mellom 2006 og 2010 som fikk et offentlig virkemiddel på i underkant av 4 pst. Helsenæringen er dermed noe over-representert i tildelingen av offentlige virkemidler, sammenlignet med det øvrige næringslivet.

De mest utbredte formene for støtte til foretakene i helsenæringen, fra det offentlige virkemiddel-apparatet, er ulike former for tilskudd og rådgivning. Lån og garantier og egenkapitalinvesteringer er, som det fremkommer av Figur 3-1 langt mindre utbredt.

Figur 3-1: Eksponering mot det offentlige virkemiddelapparatet i helsenæringen. Andel av foretakene som har mottatt støtte og fordeling av type virkemidler. Kilde: Menon og Samspilldatabasen (NFD/Samfunnsøkonomisk analyse)



Målt i omfang, i form av antall foretak, er det tilskudd og rådgivning som er de virkemidlene med størst utbredelse blant foretakene i helsenæringen. Lån og garantier er først og fremst forbeholdt store eksportbedrifter, som hjelper sine utenlandske kjøpere med finansiering ved kjøp av varer og utstyr fra norske produsenter. Dette er et mindre aktuelt virkemiddel for mange aktører i helsenæringen enn i andre store næringer i norsk økonomi som skips- og riggkonstruksjon o.l.

3.2. Hvilke sektorer og bransjer har fått mest og minst støtte?

Det er betydelige forskjeller mellom de ulike sektorene i helsenæringen når det kommer til eksponering mot virkemiddelapparatet. Foretakene i helseindustrien skiller seg ut ved å være betydelig overrepresentert, sammenlignet med de mange foretakene innen behandlingsvirksomhet, samt foretakene innen distribusjon av legemidler og medisinsk utstyr. Som det fremkommer av tabellen nedenfor fikk om lag halvparten av foretakene i helseindustrien, som startet opp i perioden mellom 2006 og 2010, en form for støtte av virkemiddelapparatet. Tilsvarende andel for distribusjons- og behandlingsvirksomhetene var hhv. 4 og 2 pst.

Tabell 7: Eksponering mot det offentlige virkemiddelapparatet i Helsenæringen, fordelt på sektorer. Oversikten inkluderer kun foretak med oppstart mellom 2006 og 2010. Kilde: Menon og Samspilldatabasen (NFD).



Virkemidler i Helsenæringen	Helseindustrien	Distribusjon	Behandlingsvirksomhet
Antall foretak som ikke mottok offentlige virkemidler	122	264	2 290
Antall foretak som mottok virkemidler	119	11	45
Andel foretak som mottok offentlige virkemidler	49 %	4 %	2 %

Ser vi nærmere på oversikten over eksponeringen av virkemidler i de ulike sektorene fremkommer det at fordelingen også er ujevn mellom bransjene i de ulike sektorene. I helseindustrien er bransjen helse IKT overrepresentert med en andel foretak som har mottatt en eller annen form for støtte på 84 pst. medtech-bransjen er på sin side underrepresentert, sammenlignet med resten av helseindustrien, med en andel på 35 pst.




Den private behandlingssektoren er som det tydelig fremkommer av Tabell 7 i liten grad eksponert mot det offentlige virkemiddelapparatet. Som i helseindustrien er det imidlertid også i behandlingssektoren forskjeller mellom bransjene. Blant foretakene kategorisert innunder primærhelsetjeneste, som primært består av fastleger, tannhelsetjenester og fysioterapeuter, var det bare 0,6 pst. av foretakene som mottok et eller annet virkemiddel. Ettersom foretak innen primærhelsetjeneste utgjør over halvparten av alle foretakene i behandlingssektoren trekker den lave andelen virkemiddeleksponering i denne bransjen ned andelen for sektoren samlet. Om lag hvert åttende foretak i helsenæringen er kategorisert som leverandører av spesialisthelsetjenester. Av disse er fikk 3,4 pst. tilsagn på et eller flere virkemidler, noe som er vesentlig mer enn blant primærhelsetjenesteleverandørene. I hele populasjonen over helsenæringen er det kun tre foretak som mottok støtte gjennom egenkapitalinvesteringer fra offentlig sektor. To av disse foretakene var leverandører av spesialisthelsetjenester.

Mange av de offentlige virkemidlene som er inkludert i samspilldatabasen er tilskudd og rådgivning ment å støtte oppunder innovasjon og nyutvikling. En årsak til at eksponeringen mot det offentlige virkemiddelapparatet er vesentlig høyere i helseindustrien enn i distribusjon- og behandlingssektoren skyldes at det gjennomføres betydelig mer forskning og utvikling i helseindustrien. Dette underbygges av andelene av foretak i de ulike sektorene som har mottatt SkatteFUNN-midler. Vi finner at 40 pst. av foretakene i helseindustrien i vår populasjon for helsenæringen har mottatt SkatteFUNN-midler. Tilsvarende andel for distribusjons- og behandlingsvirksomhetene er hhv. 2,5 og 1 pst.

3.3. Offentlige virkemidler og vekstentreprenører i helsenæringen

Tabellen nedenfor viser oversikten over antall foretak i de tre ulike sektorene i helsenæringen som har fått offentlige virkemidler samt antallet som har oppnådd høy omsetningsvekst i de første fem årene etter etablering. I tabellen inkluderer vi kun foretak som fremdeles var aktive i 2015. Av den grunn skiller tallene seg noe fra tallene i Tabell 7.

Tabell 8: Sammenheng mellom tilgang til offentlige virkemidler og omsetningsvekst i helsenæringen. Kilde: Menon

Utvalget: Foretak i helsenæringen med etablering mellom 2006 og 2010, og som fremdeles er aktive i 2015	Helseindustri	Distribusjon	Behandling
			
Antall foretak i utvalget	182	132	1 648
Antall foretak som har mottatt støtte	101	9	34
Andel foretak som har mottatt støtte	55,5 %	6,8 %	2,1 %
Antall med oppnådd vekst	20	10	198
Antall som har oppnådd vekst <u>og</u> mottatt støtte	12	0	5
Foretak som har mottatt støtte <u>og</u> har oppnådd vekst, som andel av foretak som har oppnådd vekst	60 %	0 %	2,5 %

Som diskutert tidligere er det en klar overrepresentasjon av foretak i helseindustrien når det kommer til offentlige virkemidler i helsenæringen. Ser vi på foretakene som startet opp i tidsrommet mellom 2006 og 2010 og som fremdeles var aktive i 2015 hadde over 55 pst. av foretakene i helseindustrien mottatt en eller annen form for offentlig virkemiddel. Tilsvarende andel blant distribusjon- og behandlingsvirksomhetene var hhv. 6,8 og 2,1 pst. En sammenligning av de overnevnte andelene med andelene foretak (i de respektive sektorene i helsenæringen) som mottok offentlige virkemidler og oppnådde vekst, som andel av foretakene i den sektoren som oppnådde vekst, gir et uklart bilde på effekten av virkemidler.

Om de to andelene, for de respektive sektorene i helsenæringen, som er markert med en ring i tabellen over er like store betyr dette at det er en lik fordeling mellom fått virkemiddel/ikke fått virkemiddel i populasjonen og i utvalget av populasjonen som har oppnådd vekst. Dette kan videre anses som en indikasjon på at virkemiddelbruken ikke har noen effekt på foretakenes omsetningsvekst. Om derimot foretak som har oppnådd vekst og har mottatt en form for offentlig støtte, som andel av alle foretak som har oppnådd vekst er vesentlig høyere enn andelen foretak som har mottatt virkemidler av hele populasjonen (i.e. andelene i den nederste utringede raden er betydelig høyere enn andelene i den øverste utringede raden) tyder dette på virkemidlene har en positiv effekt på selskapenes vekstevne. Som det fremkommer av tabellen, og de markerte andelene, er det ikke uten videre mulig å konkludere at offentlige virkemidler har hatt en entydig positiv effekt i helsenæringen.

I helseindustrien og blant behandlingsvirksomhetene var det en noe høyere andel som fikk offentlige virkemidler og som oppnådde vekst, enn andelen foretak som fikk offentlige virkemidler. Dette indikerer, isolert sett, at virkemidler har en positiv effekt på selskapenes omsetningsvekst.

Blant distribusjonsvirksomhetene peker imidlertid korrelasjonene motsatt vei. Blant de 132 foretakene som startet opp mellom 2006 og 2010 og som fremdeles var aktive i 2015 var det ni foretak som mottok en eller annen form for offentlig virkemiddel. Ingen av disse ni foretakene oppnådde imidlertid vekstkriteriet, mens ti andre foretak i sektoren (som ikke mottok noen offentlig støtte) gjorde det.

Sammensetningen av foretakene som hhv. har og ikke har fått offentlige virkemidler, samt om de oppnådde eller ikke oppnådde kriteriet for omsetningsvekst indikerer at offentlige virkemidler hadde en positiv effekt på vekstevnen til foretak i både helseindustrien og blant behandlingsvirksomhetene. Disse resultatene kan ikke tolkes som bevis på at offentlige virkemidler fører til økt vekst i disse næringene.

Hvorfor beregner vi ikke effekt av virkemidler?

Det er utfordrende å måle effektene av offentlige virkemidler på innovasjon og vekst i næringslivet. Dette som følge av at det er betydelig forskjeller mellom selskap i enhver næring. Dette vanskeliggjør en statistisk analyse hvor man sammenligner foretak som hhv. har og ikke har fått støtte, for på den måten å prøve å isolere effekten på e.g. omsetning, av å få støtte i form av tilskudd, rådgivning eller lån av offentlige institusjoner.

For populasjonen i helsenæringen er det også andre utfordringer. For det første er det få observasjoner. Det er lite hensiktsmessig å sammenligne effekten av tilskudd på veksten til et selskap som driver tannhelsepraksis og et foretak som utvikler legemidler. Dette fordi det kan være sektor- og bransjespesifikke forhold som påvirker de to selskapenes vekst ulikt. Det er dermed bedre å sammenligne selskaper som operer i de samme bransjene. I vår populasjon over foretak som startet opp i perioden mellom 2006 og 2010 er det imidlertid få observasjoner i enkelte bransjer.

En annen utfordring, som er særlig relevant for foretakene i helseindustrien, er at det kan gå lang tid fra et offentlig virkemiddel til forskning og utvikling innvilges, til dette potensielt gir seg utslag i en patent og senere markedstilgang og inntekter. Det er heller ikke uproblematisk å knytte resultatet av en vellykket patentering og omsetningsvekst til et spesifikt offentlig virkemiddel, e.g. et forskningstilskudd, flere år før patenteringen.

- For det første er indikasjonene på effekt, mellom offentlige virkemidler og omsetningsvekst, betinget av formuleringen av kriteriet for «oppnådd vekst». Dette er satt til en gjennomsnittlig årlig omsetningsvekst i foretakenes fem første leveår på 10 pst. samt minst NOK 500 000 i verdiskaping per sysselsatt i foretakenes femte leveår. Om dette kriteriet endres vil antallet foretak i de ulike næringens som har «oppnådd vekst» endres. Dette vil igjen kunne innvirke andelene som indikerer hvorvidt offentlige virkemidler har en effekt på omsetningsveksten i næringen.
- Fremstillingen i Tabell 8, og tolkningen av denne, legger til grunn at tildelingen av offentlige virkemidler er uavhengig av et foretaks forventede eller faktiske omsetningsvekst de første årene etter oppstart. Om dette ikke er tilfelle, slik at det eksempelvis er høyere sannsynlighet for å få tildelt et tilskudd fra en offentlig virkemiddelaktør dersom virksomheten har hatt en betydelig omsetningsvekst i sine første to år, vil det i vår fremstilling fremstå som om offentlige virkemidler er mer effektive enn de faktisk er.

Dette vil være et eksempel på «reversert kausalitet» - at det ikke bare er virkemidler som innvirker på foretakenes omsetning, men også at foretakenes omsetning innvirker på sannsynligheten for å få tilgang til det offentlige virkemiddelapparatet.

4. Drivere og barrierer for innovasjon i helsenæringen

Store deler av helsenæringen i Norge har offentlig sektor som sin primære kjøper. Dette gjelder i særdeleshet for behandlingsaktørene, men også produsentene av medisinsk utstyr og forbruksvarer. I en kartlegging av barrierer for innovasjon og nyskaping i den private helsenæringen er derfor offentlig sektors innkjøpsrutiner og eventuell vektlegging av innovasjon ved offentlige anskaffelser en mer sentral potensiell barriere for innovasjon enn i mange andre næringer. Det er imidlertid ikke bare mangelfull tilrettelegging for innovasjon i offentlige anskaffelser aktørene i helsenæringen anser som en barriere for vekst og nyskaping. Begrenset kapitaltilgang, langtekkelige og omfattende autorisasjonsprosesser samt dårlige utviklede salgs- og distribusjonskanaler til eksportmarkeder trekkes også frem av aktørene i næringen.

4.1. Innovative offentlige anskaffelser

Innovasjon for innovasjonens skyld bør ikke være et overordnet mål for hverken næringsliv eller forvaltning. Fokuset på innovasjon og nyskaping skyldes at konsekvensen av vellykkede innovasjoner som oftest er en kombinasjon av økt produktivitet, verdiskaping og sysselsetting. Dette gjelder også for helsesektoren. Den private helsenæringen, det være seg helseindustrien, distribusjon av medisinsk utstyr og behandlingsvirksomheter leverer varer og tjenester som i stor grad er finansiert av det offentlige. Eksempelvis produsenter av diagnostisk utstyr, som leverer til offentlige sykehus, distribusjons- og logistikkelskap som frakter og forhandler legemidler finansiert ved refusjoner, eller fastleger som leverer behandlingstjenester finansiert ved faste driftstilskudd og refusjoner.

Innovasjoner i helsesektoren, offentlig eller privat, som øker produktiviteten i helsebehandlingen gir lavere kostnader og/eller bedre kvalitet på helsebehandlingen. Videre kan slike innovasjoner eksporteres, og dermed bidra til økt verdiskaping og sysselsetting. Ettersom den offentlige helsesektoren er en så betydningsfull finansieringskilde til den private helsenæringen er også den offentlige helsesektorens bevissthet om å stimulere til innovasjon gjennom sine anskaffelser viktig.

I en utredning av Menon om innovative offentlige anskaffelser⁸ diskuteres og sammenstilles innspill fra en rekke informasjonskilder, norske og utenlandske, om barrierer for innovative offentlige anskaffelser. Figuren nedenfor er hentet fra Menons utredning om innovative offentlige anskaffelser og viser resultatene fra en spørreundersøkelse gjennomført blant 800 leverandører til offentlig sektor i Storbritannia. En lignende undersøkelse⁹, hvor statlige og kommunale innkjøpere i Norge er spurt, avdekker de samme fire hovedbarrierene som fremkom av den store britiske undersøkelsen.

⁸ *Utredning om incentiver/ordninger for risikoavlastning for innovative anskaffelser, Menon Economics (2016)*

⁹ *Sluttevaluering av Nasjonalt Program for Leverandørutvikling 2010-2014, Analyse & Strategi og Oslo Economics (2015)*

Figur 4-1: Fire hovedbarrierer for innovasjon ved offentlige anskaffelser. Kilde: Menon (2016)¹⁰



Manglende forankring av innovasjon som et delmål i offentlige anskaffelsesprosesser trekkes frem som den største barrieren for økt innovasjon i offentlige anbudsprosesser. Manglende forankring medfører at pris vektlegges så høyt som seleksjonskriterium ved tildeling at innovative, at mer kostbare løsninger ikke vinner frem. Leverandørene innretter seg deretter.

Sekundært pekes det på manglende koordinering mellom offentlige anskaffelsesmiljøer. Mer samarbeid og koordinering vil kunne medføre at prosjekter og anskaffelser kan skaleres opp i størrelse. Dette bidrar igjen til at de faste utviklingskostnadene ved en innovativ anskaffelse kan spres utover flere innkjøpere og anbudet blir mer konkurransedyktig mot andre standardiserte anbud.

Videre kan det trekkes frem to andre opplevde barrierer for leverandører, vedrørende innovative anskaffelser. Dette er frykt for å gjøre feil og mangelfull kompetanse (om teknologien som skal anskaffes, ikke om anskaffelsesregelverket).

4.1.1. Innovative anskaffelser i helsesektoren

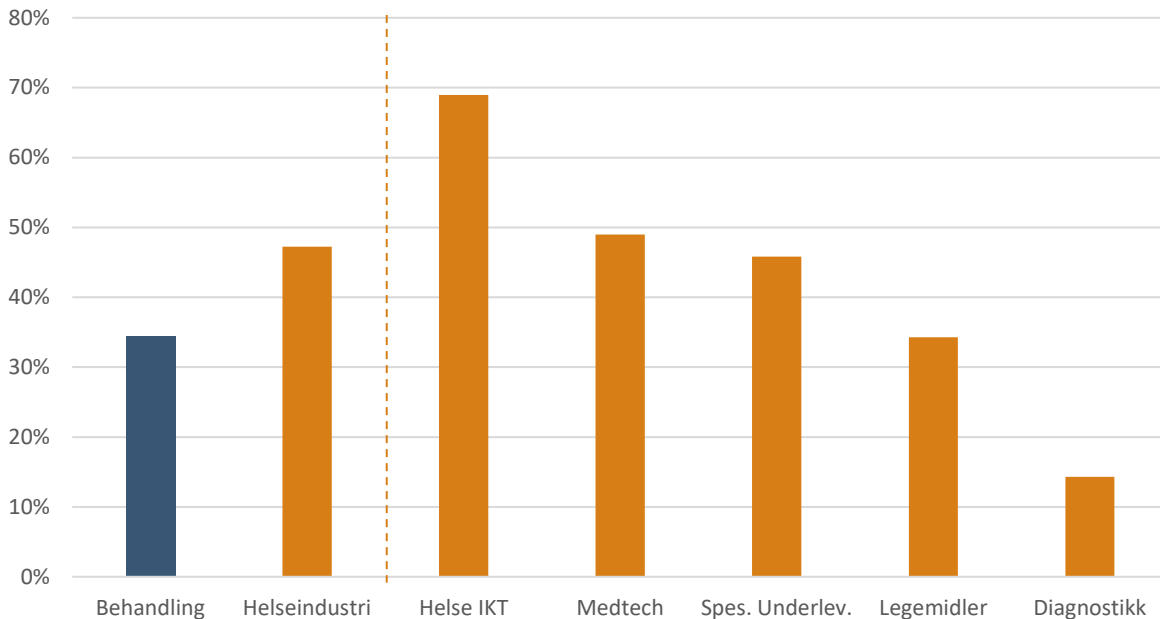
Menon¹¹ har nylig gjennomført egne undersøkelser blant aktørene i den private helsenæringen i Norge hvor bedriftene er spurt om deres oppfatning av flaskehals for etablering og videre vekst. I undersøkelsen er det også spurt om aktørens oppfatning om den offentlige helsesektorens villighet til å ta i bruk ny teknologi.

Som det fremkommer av figuren nedenfor er det forskjeller mellom både sektorer og bransjer om hvordan de vurderer den offentlige helsesektorens preferanser og villighet vedrørende ny teknologi og nye løsninger.

¹⁰ Utredning om insentiver/ordninger for risikoavlastning for innovative anskaffelser, Menon Economics (2016)

¹¹ Helsenæringens verdi, Menon Economics (2017)

Figur 4-2: Andel av bedriftene som er helt eller delvis enig i at den offentlige helsesektoren i Norge er for lite villig til å ta i bruk ny teknologi og nye løsninger. (N=176) Kilde: Menon (2017)



Det er en høyere andel bedrifter i helseindustrien enn blant behandlingsvirksomhetene som er enig i påstanden om at villigheten til å ta i bruk ny teknologi i den offentlige helsesektoren er for liten. 47 pst. av de forespurte bedriftene i helseindustrien er helt eller delvis enig i påstanden. Blant behandlingsvirksomhetene er denne andelen 34 pst. Forskjellen mellom behandlingsvirksomhetene og aktørene i helseindustrien kan skyldes at aktørene i helseindustrien i større grad enn behandlingsvirksomhetene er tilbydere av ny teknologi, innovasjoner og nye løsninger til den offentlige helsesektoren. Mange aktører i den private behandlingssektoren, som fastleger og tannleger, er i mindre grad i en slik posisjon.

Av Figur 4-2 kommer det også frem at det er betydelig variasjon mellom bransjene i helseindustrien (til høyre for den stiplede linjen i figuren) vedrørende deres syn på den offentlige helsesektorens villighet til å ta i bruk nye løsninger og ny teknologi. Bedriftene i helse IKT er klart mest kritiske, med en andel på oppunder 70 pst. som er helt eller delvis enig i at den offentlige helsesektoren er for lite villig til å ta i bruk ny teknologi. Minst kritiske er bedriftene innen utvikling og produksjon av diagnostisk utstyr. En årsak til denne forskjellen kan være at foretakene innen diagnostikk er store selskap som leverer til et internasjonalt marked. Dette til forskjell fra mange av selskapene innen helse IKT, som er små og, sammenlignet med flere av de andre bransjene i helseindustrien, relativt sett yngre bedrifter. Av den grunn er deres marked i større grad begrenset til Norge og Norden, hvor den offentlige helsesektoren er den klart største kjøperen. Den høye andelen bedrifter innen helse IKT som er kritiske til den offentlige helsesektorens villighet til å ta i bruk ny teknologi kan trolig også sees i sammenheng med annen uttalt kritikk av IKT-investeringene i helsesektoren, bl.a. fra Riksrevisjonen.¹²

¹² Dokument 3:6 (2013-2014), Riksrevisjonens undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren, Riksrevisjonen (2014)

4.2. Om innovasjon i helseforetakene – økende fokus på måling og spredning av innovasjon

Det er, og har lenge vært, et fokus på innovasjon og utvikling i de offentlige helseforetakene. Av Figur 2-2 kan det fremstå som om det kun er produktinnovasjon, og ingen tjenesteinnovasjon, som «knoppskytes» ut av forskningsmiljøene og de offentlige helseforetakene. Om man legger til grunn en bredere definisjon av «innovasjon», slik at eksempelvis forbedrings- og effektiviseringstiltak (såkalt *Lean*) også inkluderes i begrepet, er det trolig en del innovasjonsaktivitet som skapes i de offentlige helseforetakene uten å bli registrert (i.e. patentert) eller kommersialisert (tatt inn under TTO). Det er per dags dato ingen systemer for spredning av tjenesteinnovasjon i helseforetakene, slik det er for mer kommersialiserbar innovasjon, gjennom TTOene.

Måling og spredning av tjenesteinnovasjon har blitt gitt et økende fokus av myndigheter og helseforetak de siste årene. Et eksempel på dette finner vi i oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene for 2016. Der anmodes helseforetakene å gjennomføre et pilotprosjekt med mål om å opprette et egnet system for måling av all innovasjonsaktivitet i helseforetakene i tråd med anbefalingene i en rapport gjennomført av NIFU.¹³

En arbeidsgruppe med representanter fra alle de fire regionale helseforetakene, samt utvalgte lokale helseforetak, gjennomførte i 2016 en pilotering av nasjonal indikator for innovasjonsaktivitet i helseforetakene.¹⁴ Fokuset for prosjektet var utarbeidelsen av et system for å måle innovasjonsaktivitet, dvs. antallet innovasjonsprosjekter helseforetakene til enhver tid har. Arbeidsgruppen anbefaler at arbeidet videreføres med et prosjekt med målsetning om å etablere et system for «innovasjonsnytte», dvs. nytteverdien av de ulike innovasjonsprosjektene helseforetakene til enhver tid har gående.

Det at tjenesteinnovasjon i de offentlig eide helseforetakene ikke registreres og måles på en omforent måte har to klare implikasjoner for den samlede innovasjonsaktiviteten og nyskapingen ved helseforetakene.

1. Mangelfull måling gjør det utfordrende å sammenligne og følge opp innovasjonsaktiviteten ved helseforetakene. Dette medfører at det ikke registreres hvilke institusjoner som har lite innovasjonsaktivitet. Et helhetlig system for måling av innovasjonsaktivitet vil gjøre det lettere å lokalisere hvor nye tiltak bør iverksettes.
2. Begrenset oversikt over innovasjoner, særlig på tjenesteinnovasjonsfeltet, i helseforetakene kan medføre at vellykkede innovasjoner/forbedringstiltak ved anvendelse av nye løsninger vedrørende pasientlogistikk, behandlingsforløp eller anvendelse av utstyr ikke spres mellom helseforetakene. Et system som gir oversikt over slike vellykkede tiltak vil kunne øke produktiviteten og kvaliteten ved helsebehandlingen ved norske sykehus.

Arbeidsgruppen, bestående av representanter fra de ulike RHFene fremsetter i sin rapport en oversikt over hindringer for økt innovasjonsaktivitet i helseforetakene. Et av punktene som trekkes frem er at det ikke eksisterer noen form for insentivmodell for tjenesteinnovasjon i helseforetakene. Med dette menes det at det hverken eksisterer et system eller modell for oppfølging og spredning, eller retningslinjer for eierskap. For kommersialiserbare innovasjoner er et slikt rettighetssystem utviklet. For slike innovasjoner fordeles eierskap likt mellom idehaver, det aktuelle helseforetaket og den tilknyttet TTO. Arbeidsgruppen forslår at et tilsvarende system for tjenesteinnovasjon.

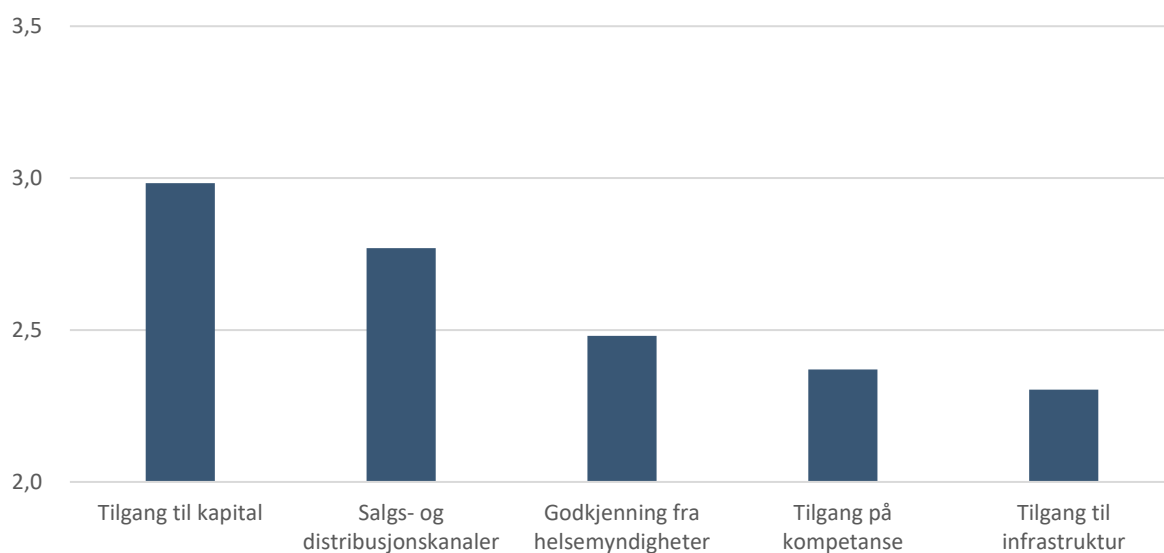
¹³ *Måling av innovasjonsaktivitet i helseforetakene, NIFU (2015)*

¹⁴ *Pilotering av nasjonal indikator for innovasjonsaktivitet, Arbeidsgruppe ledet av Helse Sør-Øst RHF (2016)*

4.3. Barrierer for videre vekst – helsenæringen

I spørreundersøkelsen gjennomført blant aktører i den norske private helsenæringen, *Helsenæringens verdi* (2017) ble foretakene i helseindustrien spurt om deres vurdering av et utvalg foreslåtte flaskehals for videre vekst. Respondentene ble bedt om å gi en vurdering på en skal fra 1 til 5, hvor en verdi 1 er «ingen flaskehals» og 5 er «vesentlig flaskehals». Som det fremkommer av figuren under, som viser de ulike flaskehalsene rangert etter hvor betydningsfulle aktørene i helseindustrien oppfatter dem som, er det tilgang til kapital som anses som det fremste hinderet for vekst. I gjennomsnitt gis kapitaltilgang en skalaverdi på om lag 3. Dette kan tolkes som at den ene halvparten av respondentene oppfatter kapitaltilgang å være en vesentlig flaskehals for videre vekst, mens den andre halvparten oppfatter tilgang til nødvendig kapital å være uproblematisk.

Figur 4-3: Helseindustrien, vurdering av flaskehals som hindrer virksomhetenes videre vekst. Skala fra 1-5 der 1 = ingen flaskehals og 5 = vesentlig flaskehals. Figuren viser gjennomsnittsverdier for foretakene i helseindustrien. Kilde: Menon (2017)



Ser vi på underlagsmaterialet bak Figur 4-3 finner vi at alle bransjene kategorisert innunder helseindustrien (diagnostisk utstyrsproduksjon, helse-IKT, medtech, legemiddelproduksjon og spesialiserte underleverandører) anser kapitaltilgang å være det fremste hinderet for videre vekst. Det er imidlertid forskjeller på den videre rangeringen av de ulike flaskehalsenes betydning, blant de ulike bransjene.

- Helse IKT er bransjen som samlet sett vurderer flaskehalsene for videre vekst høyest. Utover tilgang på kapital er foretakene i denne bransjen kritiske til salgs- og distribusjonskanalene.
- Legemiddelselskapene anser godkjenning fra myndighetene, både i inn- og utland, som den nest viktigste flaskehalsen for videre vekst. Tilgang til, og kvaliteten på, salgs- og distribusjonskanaler blir i liten grad trukket frem av legemiddelselskapene, sammenlignet med de andre bransjene i undersøkelsen
- Spesialiserte underleverandører, som hovedsakelig består av virksomheter innen teknisk tjenesteyting og industridesign med helsenæringen som primærfelt, skiller seg noe fra de andre bransjene ved å trekke frem tilgang på infrastruktur som en sentral flaskehals. En gjennomgang av tilbakemeldingene i undersøkelsen viser at det særlig er tilgang på testfasiliteter denne bransjen etterspør.

5. Konklusjon og anbefalinger

I denne artikkelen har vi sett nærmere på entreprenørskap innen helserettet næringsliv i Norge. Vi har særlig vært opptatt av de entreprenørene som klarer å skape vekst. Hva driver de med? Hvor mange er de? Og Hva sliter de med?

Undersøkelsen viser tydelig at oppstartsforetak i helsenæringen er overrepresentert, både med entreprenører med oppnådd og potensiell vekst. Forekomsten er mer enn dobbelt så høy som i resten av næringslivet.

Over 80 pst. av de 2851 oppstartsselskapene som vi har sett på (alle som startet mellom 2006 og 2010) leverer ulike former for behandlingstjenester. Blant disse er det bare 2 prosent som har brukt det næringsrettede virkemiddelapparatet. Andelen blant disse er halvparten av hva vi finner i næringslivet totalt. Det er gode grunner til å vurdere om denne andelen er for lav, i lys av at mye innovasjon finner sted i behandlingsleddet.

TTO-ene ved universiteter og sykehus skal spille en sentral rolle i arbeidet med å kommersialisere ny innsikt som er utviklet ved disse institusjonene. Sett opp mot den samlede oppstartsaktiviteten utgjør etableringer gjennom TTO-er en svært liten andel av alle. I hvilken grad dette er et resultat av lav aktivitet ved UoH og sykehusene eller om det handler om en vanskelig kommersialiseringskanal, kjenner vi ikke til, men det bør studeres nærmere

Den offentlig eide delen av helsesektoren er den viktigste kjøperen av varer og tjenester fra den private helsenæringen i Norge. En nylig gjennomført spørreundersøkelse av Menon (2017) viser at om lag halvparten av foretakene i helseindustrien er helt eller delvis enig i påstanden: «den offentlige helsesektoren i Norge er for lite villig til å ta i bruk ny teknologi og nye løsninger». Bedriftene i behandlingsleddet har noe bedre erfaring med sektorens vilje på dette området. Bedrifter innen Helse-IKT er mest kritisk til helsesektorens praksis på dette området, mens legemiddelprodusentene og produsenter av diagnostisk utstyr i mindre grad opplever dette som et problem.

En majoritet av leverandører til offentlig sektor mener offentlig institusjoner er for opptatt av pris, og for lite opptatt av å tilrettelegge for innovasjon. Dette medfører at innovative, men dyrere tilbud ikke blir premiert. Undersøkelsen gjennomført av Menon i (2017) (Helsenæringens verdi) viser at kapitaltilgang anses å være den største flaskehalsen for videre vekst, i helseindustrien. Deretter anses salgs- og distribusjonskanaler til utlandet ansett å være en betydelig flaskehals. Tilgang til kompetanse oppgis i liten grad å være en sentral flaskehals for vekst i helseindustrien.

Referanseliste

Berglann, H., Moen, E. R., Røed, K., & Skogstrøm, J. F. (2011). Entrepreneurship: Origins and returns. *Labour Economics*, 18(2), 180-193.

Fjærli, E., Iancu, D. og Raknerud, A. (2013): Facts about entrepreneurship in Norway: Who become entrepreneurs and how do they perform? Report nr 52/2013

Grünfeld og Enger (2012): Akademikere som entreprenører i Norge: Omfang og betydning for vekstbedrifter, Menon Publikasjon nr 10/2012, Oslo

Grünfeld, Leo og Lisbeth I Flateland (2013): A survey of Nordic Medtech Clusters and Financing: A special focus on Norway and Sweden. Menon publication nr 48/2012

Menon (2015): En million ideer: Veien fra drøm til å lykkes som gründer, Rapport for DNB

<http://www.menon.no/wp-content/uploads/20en-million-ideer.pdf>

Menon (2016): Selvstendig næringsdrivende i Norge. Hvem er de og hva betyr de for fremtidens arbeidsmarked? Menon-publikasjon nr 14/2016

Menon (2017): Verdiskaping i helsenæringen, Menon publikasjon nr. 27/2017

Windrum, Paul og Per M. Koch (2008): *Innovation in Public Sector Services: Entrepreneurship, Creativity and Management*, Edgard Elgar.