

RAPPORT

# HELSENÆRINGENS VERDI 2020



**MENON-PUBLIKASJON NR. 50/2020**

Av Erik W. Jakobsen, Lars H. Lind, Bettina Engebretsen og Erland Skogli

# Innhold

<b>FORORD</b>	<b>2</b>
<b>SAMMENDRAG</b>	<b>3</b>
<b>ENGLISH SUMMARY</b>	<b>12</b>
<b>1. INNLEDNING</b>	<b>21</b>
1.1. Helsenæringens økonomiske verdi	21
1.2. Helse-verdikjeden	23
1.3. Helsenæringen – en nøkkel til produktivetsvekst	25
<b>2. VERDISKAPING OG LØNNSOMHET I HELSENÆRINGEN</b>	<b>30</b>
2.1. Helsenæringen	30
2.2. Helseindustrien	32
2.3. Behandling	43
2.4. Helsenæringens geografiske fordeling	51
<b>3. PRODUKSJON I NORGE</b>	<b>53</b>
3.1. Helseindustribedrifters produksjon i Norge	53
3.2. Fra utvikling til produksjon	56
<b>4. HELSENÆRINGENS INNOVASJON</b>	<b>59</b>
4.1. Innovasjonsprosessen fra forskning til kommersialisering	59
4.2. Helsenæringens forskningsinnsats	61
4.3. Offentlig støtte til innovasjon	66
4.4. Innovative offentlige anskaffelser (IOA)	74
4.5. Mye utdatert medisinsk-teknisk utstyr (MTU) ved norske sykehus	75
<b>5. KAPITALBEHOV OG KAPITALTILGANG – FRA FORSKNING OG INNOVASJON TIL KOMMERSIELL SUKSESS</b>	<b>77</b>
5.1. Bedriftenes kapitalbehov	77
5.2. Bedriftenes kapitalinnhenting fra investorer	79
<b>6. FLASKEHALSER</b>	<b>85</b>
6.1. Kapitaltilgang	85
6.2. Markedstilgang	86
6.3. Kompetanse	87
6.4. Infrastruktur	87
6.5. Trender, hendelser og regulatoriske prosesser	88
<b>7. VEKST, EKSPANSJON OG INTERNASJONALISERING</b>	<b>89</b>
7.1. Eksportinntekter	89
<b>8. VEDLEGG</b>	<b>94</b>
8.1. Bransjene i Helseindustrien	94
8.2. Bransjene i Behandlingsleddet	100



## Forord

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

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

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

- Abelia
- Aleap
- Innovasjon Norge
- Inven2
- Legemiddelindustrien – LMI
- NHO Service & Handel
- Norges Forskningsråd
- Norway Health Tech
- Norwegian Smart Care Cluster
- NTNU TTO
- Næringslivets Hovedorganisasjon – NHO
- Oslo Cancer Cluster
- Sintef TTO
- SIVA
- The Life Science Cluster

Vi vil takke konsortiet og et stort antall bedrifter som har besvart spørreundersøkelse for deltakelsen og nyttige innspill til rapporten. Rapportens innhold står Menon Economics fullt og helt ansvarlig for.

Oslo, 28.04. 2020

Prosjektansvarlig Erik W. Jakobsen

## Sammendrag

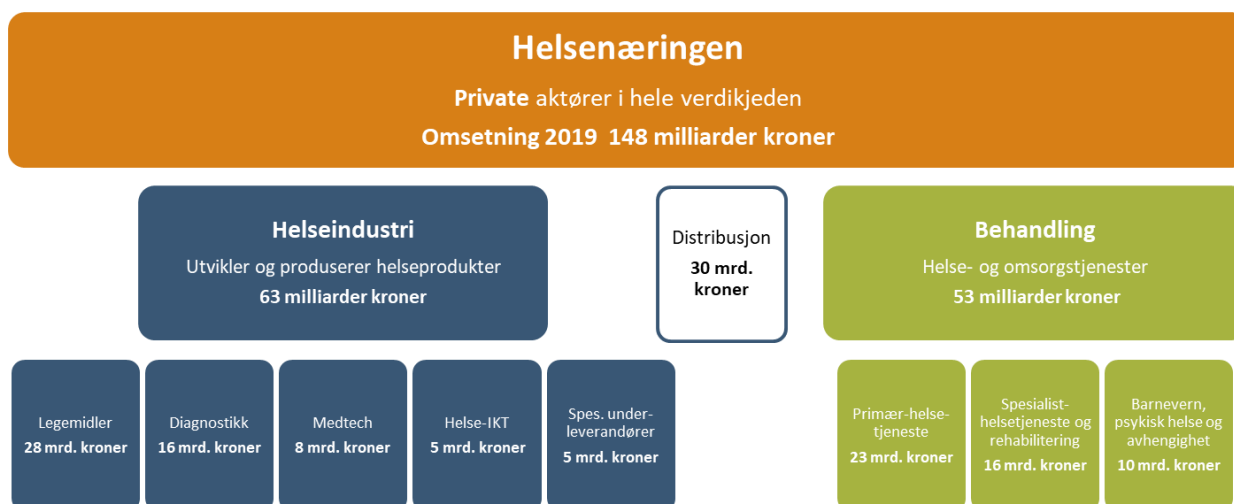
Denne rapporten beskriver hele Helsenæringens verdikjede, både offentlige og private aktører, i tall. Rapportens hovedfokus er næringens bidrag i form av *verdiskaping, sysselsetting og eksport*.

Næringens bidrag i form av samfunnsøkonomisk verdi for innbyggere og helsevesen er større enn næringens verdiskaping. Eksemplene er mange: Bedre helse, økt livskvalitet, forlenget levetid, redusert sykefravær, økt sysselsetting og styrket effektivitet i sykehus og kommunale omsorgstjenester.

vekst. Samtidig kan næringen bli et viktig svar på helse- og omsorgsutfordringene i Norge de neste tiårene.

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

1. Koronaepidemien – konsekvenser og muligheter for Helsenæringen
2. Økt vekst og positive vekstforventninger blant bedriftene – men hvordan vil koronakrisen påvirke veksten i 2020 og 2021?
3. Forskjeller i vekstrater mellom ulike størrelsessegmenter av selskaper
4. Helseindustrien: Norges mest gründerintensive næring



Rapporten dokumenterer næringens utvikling og status i dag, men vi ser først og fremst fremover. Velferdsstaten er under press. På kort sikt er det i første rekke koronaepidemien og dets enorme konsekvenser for norsk økonomi som er den sentrale utfordringen for både staten og næringslivet. Men, uavhengig av dagens situasjon vet vi at de neste tiårene vil være krevende for den norske velferdsstaten, med eldrebølge og økt prevalens av folkesykdommer som kreft og demens. Det er nettopp her Helsenæringen kan representere en dobbel mulighet for Norge: Mens inntekter fra andre store næringer vil avta, kan denne næringen vokse til å bli en nøkkelnæring i Norge da mulighetene globalt for næringen er store og i sterk

5. Helsebedrifter som utvikler og produserer produkter i Norge har høyere vekst
6. Høy emisjonsaktivitet i Helsenæringen – men hva skjer med kapitaltilgangen i koronakrisen og hvordan påvirker dette bedriftenes innovasjons- og vekstevne?
7. Fortsatt vekst i næringens FoU-investeringer i 2019
8. Tilgang til kapital er fremdeles den største flaskehalsen for vekst i Helsenæringen, både tilgang på privat kapital til innovasjon og offentlig kapital til skalering
9. Helserelatert eksport for over 25,1 mrd. kroner i 2019

## 1. Koronaepidemien – konsekvenser og muligheter for Helsenæringen

Koronakrisen har i skrivende stund (april 2020) allerede hatt store implikasjoner for norsk og internasjonal økonomi. Betydelige deler av næringslivet har stoppet fullstendig opp som følge av bortfall i etterspørsel eller tvungen stans (virksomhetsforbud). Koronakrisen er en «helsekrise» og Helsenæringen påvirkes dermed på andre måter enn de aller fleste andre næringer. Like fullt er det betydelige forskjeller innad i Helsenæringen. Mens enkelte bransjer sjelden eller aldri har opplevd høyere etterspørsel erfarer andre deler av næringen en tilnærmet full stans i aktivitet.

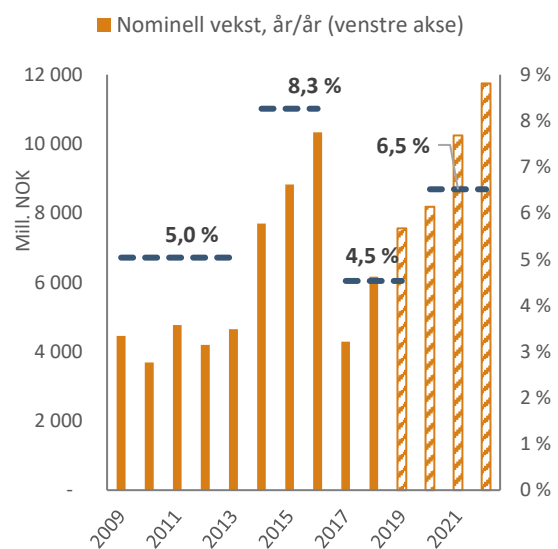
Det er naturligvis vanskelig å forutsi de langsiktige konsekvensene for den norske Helsenæringen av dagens krisesituasjon. Like fullt er det erfaringer vi allerede kan trekke enkelte konklusjoner fra. Koronakrisen har skapt en vesentlig større bevissthet om verdien av god beredskap i helsesektoren. Erkjennelsen at Norge i en krisesituasjon må kunne ha et minimum av evne til selvforsyning av kritisk utstyr, legemidler og produksjonskapasitet kan føre til at norske politikere legger til rette for økt produksjon i Norge. Om slike grep også gjør seg gjeldende i andre land kan imidlertid enkelte norske produsenter av legemidler og medisinsk utstyr også oppleve fallende etterspørsel. En klar overvekt av omsetningen til disse bedriftene kommer i dag fra eksport.

Selv om de langsiktige konsekvensene av Koronakrisen kan være skadelige for noen deler av Helsenæringen, er det andre segmenter i næringen som kan komme styrket ut av krisen. Norge fremstår (i skrivende stund) å være et av landene i Vesten som best håndterer spredningen av smitte og de helsemessige konsekvensene av epidemien. Norge er samtidig av de mest digitaliserte landene i verden, og erfaringene med digitale verktøy som innbyggere og helsepersonell gjør seg gjennom denne krisen, kan bidra til å posisjonere det norske markedet og norskutviklede Helse IKT-løsninger mot en internasjonal ekspansjon i perioden etter dagens krisesituasjon.

## 2. Økt vekst og positive vekstforventninger blant bedriftene

Den samlede omsetningen i Helsenæringen vokste i årene fra 2009 til 2013 med fem prosent i året. Fra 2014 til 2016 observerte vi et «taktskifte» i næringen som helhet, med en gjennomsnittlig årlig vekst på 8,3 prosent. I 2017 falt veksten kraftig tilbake og endte på 3,4 prosent. Når vi nå har tilgang til regnskapsdataene for 2018, til bedriftene i Helsenæringen, ser vi at 2017 fremstår å ha vært et unntaksår – et «hvileskjær» for næringen. Veksten i 2018 var på 4,7 prosent og bedriftenes egne rapporteringer om veksten i 2019 så vel som deres egne prognoser for perioden frem til 2022, antyder at den norske Helsenæringen er på vei tilbake mot vekstnivåene vi så i årene fra 2014 til 2016. Et viktig usikkerhetsmoment er at vekstprognosene for årene 2020-2022 er basert på bedriftenes egenrapportering i januar, det vil si rett før aktørene ble kjent med spredningen av koronaviruset. Vekstanslagene som fremkommer nedenfor, må derfor sees i lys av et utgangspunkt hvor man ikke ventet at norsk og internasjonal økonomi skulle være på vei inn i en resesjon i denne perioden.

Figur 0-1: Helsenæringens årlige omsetningsvekst (i NOK) og gjennomsnittlig prosentvis vekst i utvalgte perioder fra 2009 til 2018 (estimat for 2019 og prognoser for 2020-2022). Kilde: Menon



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

Den enkeltbransjen i Helsenæringen som har opplevd størst variasjon i veksten de siste årene, og som er en viktig forklaring på mønsteret i tidsserien som er illustrert i Figur 0-1, er Legemidler. Bransjen hadde som helhet en vekst på bare én prosent i 2017, etter årlige vekstrater i årene fra 2014 til 2016 på over ni prosent. Likeledes hadde Legemidler en vekst på hele 9,6 prosent i 2018 – som var den høyeste vekstraten blant alle bransjene i Helsenæringen dette året.

Behandlingsleddet har som helhet hatt en fallende (men positiv) omsetningsvekst i alle år siden 2015. Den viktigste forklaringsfaktoren på dette mønsteret er utviklingen blant aktørene i Primærhelsetjenesten. Kommunal sektor er en svært sentral sektor for denne bransjen og noe av forklaringen på den fallende veksten kan her være at flere store kommuner har signalisert at de ønsker å redusere bruken av private helse- og omsorgstjenester.

### **Begrepsforklaringer i rapporten**

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

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

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

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

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

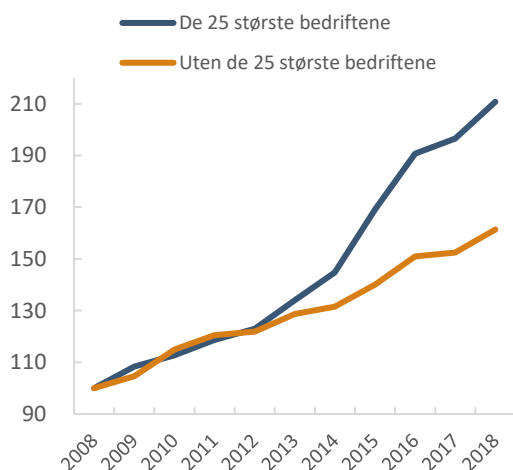
- **Primærhelsetjeneste** – er helsetjenester som leveres i lokalsamfunnet i det daglige. Primærhelsetjenester består av allmennpraktiserende leger, hjemmesykepleie, helsesøstre, fysioterapeuter, tannleger, annet helsepersonell som kiropraktorer, bedriftshelsetjeneste, og av institusjoner som sykehjem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

### 3. De store selskapene er vekstdriverne i Helseindustrien

Som diskutert over er bedriftene i bransjen Legemidler sentral i forklaringen av den varierte vektutviklingen i hele den norske Helsenæringen de siste ti årene. Herunder «taktskiftet» – med en kraftig økning i veksten i årene 2014-2016, vekstreduksjonen i 2017 og oppgangen i 2018. I tillegg til at utviklingen i enkeltbransjer bidrar til å forklare omsetningsutviklingen i næringen som helhet er det også interessant å se på utviklingen i henholdsvis de store selskapene, sammenlignet med resten av næringen.

Figuren nedenfor avslører at de 25 største enkeltbedriftene i Helseindustrien i 2019 (de fem største bedriftene i hver av de fem bransjene, målt etter omsetning) har hatt en høyere vekst enn resten av Helseindustrien i alle år siden 2012 og frem til 2018. Disse 25 største bedriftene representerer i underkant av 47 prosent av Helseindustriens samlede omsetning i 2018.

**Figur 0-2: Indeksert årlig omsetningsvekst i Helseindustrien for de 5 største selskapene i hver av de fem undergruppene og uten disse selskapene. Basisår=2008. Kilde: Menon**



Det er særlig fra 2013 veksttaket mellom de store og resten av bedriftene skiller lag. Vi finner videre at om vi ser på omsetningsutviklingen i Helseindustrien når de 50 største bedriftene holdes utenfor, har den øvrige Helseindustrien samlet sett en *nedgang* i omsetningen fra 2016 til 2018.

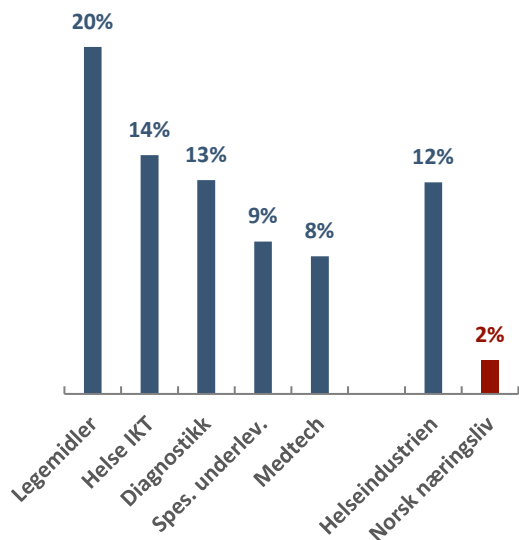
Hva skyldes den store forskjellen i veksttakt mellom de største bedriftene og resten av næringen? En viktig forklaring er at helseindustri, spesielt Legemidler, er kjennetegnet ved lange utviklingsløp og stor usikkerhet, men samtidig en svært stor oppside hvis man først lykkes. Det er da naturlig at veksttaket blir svært forskjellig mellom bedrifter som har fått et markedsgjennombrudd og de som ikke har det. En indikasjon på dette er at de største bedriftene har en høy andel av inntektene fra eksportmarkeder. De store utviklingskostnadene innebærer også at det er betydelige stordriftsfordeler i Helseindustri. Det dokumenteres ved at store bedriftene har vesentlig høyere produktivitet enn resten av bedriftene innenfor alle de fem Helseindustribransjene.

En annen mulig forklaring er at mange av de største selskapene er datterselskaper i store internasjonale konsern. Flere av disse selskapene har hatt en høy omsetningsvekst de siste årene, noe som potensielt kan skyldes at den norske stats kostnader til legemidler, gjennom helseforetakene og blåreseptordningen, har steget med hele 40 pst. i perioden fra 2013 til 2018 (tall fra Reseptregisteret, Folkehelseinstituttet). En tredje forklaring på den observerte utviklingen kan være at det har vært en konsolidering i Helseindustrien gjennom de siste ti årene, noe som gjør at de største selskaperes vekst overvurderes.

### 4. Helseindustrien – Norges mest gründerintensive næring

Helseindustrien kjennetegnes av en betydelig nyskaping og en stor tetthet av bedrifter i gründerfasen. Vi ser også at tetthet av denne typen bedrifter har vært økende i Helseindustrien de siste årene. Vi definerer en gründerbedrift – som vi også omtaler som en J-kurvebedrift – som en bedrift uten salgsinntekter eller med en driftsmargin lavere enn -100 prosent, samt med lønnskostnader på minst 500 000 kroner. En gründerbedrift er dermed en bedrift som ennå ikke har kommet gjennom kommersialiseringsfasen.

Figur 0-3: Andel J-kurvebedrifter<sup>1</sup> i Helseindustrien i 2018, Kilde: Menon



Vi finner at hele 12 prosent av bedriftene i den norske Helseindustrien i 2018 tilfredsstiller kriteriene for å være en J-kurvebedrift (en økning fra 10 prosent i 2017) Dette gjør at vi med trygghet kan konstatere at Helseindustrien er *Norges mest gründerintensive næring*. I norsk næringsliv samlet sett er denne andelen på kun to prosent.

Hverken det høye antallet eller veksten i gründerbedrifter er overraskende. Gründerfasen er lenger, mer kostnadskreven og mer risikofylt for Helseindustri enn for de fleste andre næringer. Det skyldes at produktutviklingen av legemidler og diagnostiske produkter krever forskning, preklinisk og klinisk testing, samt godkjenning fra helsemyndigheter i alle land produktene skal introduseres i. For andre deler av Helseindustrien er også godkjenningsprosessen for å lansere et helseprodukt langt strengere enn innenfor andre næringer. Om en bedrift i Helseindustrien overlever perioden i bunnen av J-kurveperioden er imidlertid potensialet for omsetningsvekst og lønnsomhet svært stort. Dette fordi man da som regel tilbyr

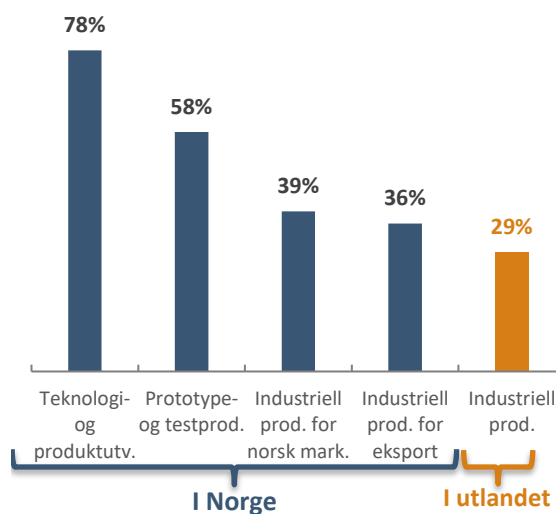
<sup>1</sup> J-kurvebedrifter er definert som en bedrift som har lønnskostnader på minst 500 000 NOK, samt som ikke har salgsinntekter eller hvor kostnadene er mer enn

unike produkter som ikke lett kan kopieres eller som ikke har åpenbare rivaler på markedet.

## 5. Innovasjon og produksjon i Norge skaper høy vekst

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

Figur 0-4: Andeler av bedriftene i Helseindustrien som klassifiserer sin virksomhets aktivitet innen ulike faser (mulig å krysse av flere alternativer) Kilde: Menon



Hele åtte av ti av bedrifter oppgir at de i dag utøver teknologi- og produktutvikling i Norge. Dette er forklarende for den store andelen J-kurvebedrifter i den norske Helseindustrien i Norge. Veien fra dette stadiet, til kommersialisering og industriell produksjon er tradisjonelt lang og kapitalkrevende

dobbelt så høy som salgsinntektene (driftsmargin < - 100 prosent).



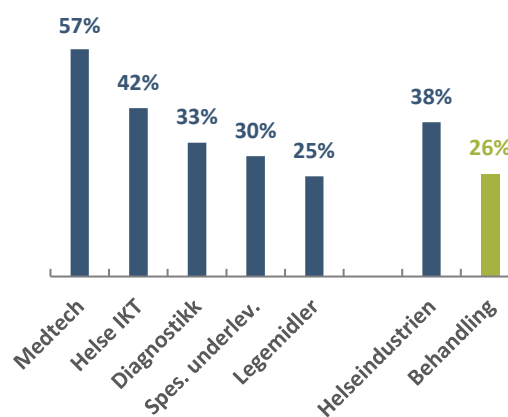
for bedrifter i Helseindustrien. Tilgang på risikokapital i en tidlig fase kan redusere tiden fra forskning til kommersialisering – «time to market» – blant annet fordi bedriftene kan utføre prosesser *parallelt* i stedet for *sekvensielt*. Redusert «time to market» vil samtidig øke sannsynligheten for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

Analysene i denne rapporten viser at bedrifter som har industriell produksjon i Norge har høyere vekst enn andre helseindustribedrifter. Den viser også at bedrifter som har teknologi- og produktutvikling samt prototype- og testproduksjon i Norge, forventer at veksten vil akselerere i årene som kommer. Det siste forutsetter selvsagt at de lykkes med markedsintroduksjon og med kapitaltilførsel til å investere i industriell produksjon.

## 6. Høy emisjonsaktivitet i Helsenæringen

En av tre bedrifter svarte i årets spørreundersøkelse at de hentet inn ny egenkapital i 2019. Samlet sett hentet bedriftene som svarte på spørreundersøkelsen rett i underkant av 570 mill. kroner. Det er stor variasjon mellom de ulike bransjene hva angår både hvor stor andel av bedriftene som har hentet inn ny egenkapital og kapitalvolumet som er innhentet. Vi finner at det særlig blant bedriftene i Medtech var en høy andel bedrifter som hentet egenkapital i 2019 (oppunder 60 prosent). Det var også Medtech som samlet sett ble tilført mest frisk egenkapital, i vårt utvalg av bedrifter, med 190 mill. kroner.

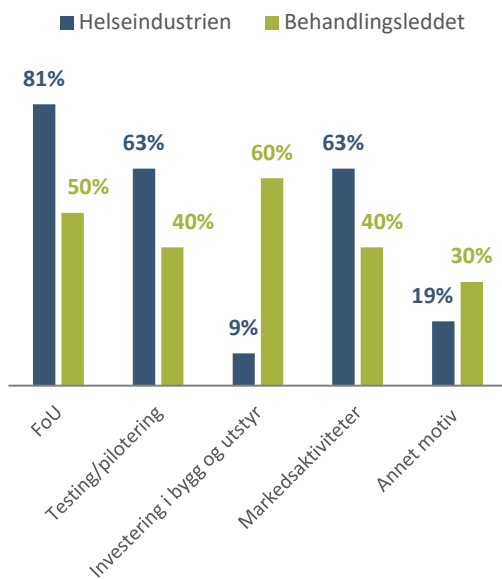
Figur 0-5: Andel bedrifter i årets spørreundersøkelse som fikk tilført egenkapital i 2019. Kilde: Menon



Én av fire av behandlingsvirksomhetene oppga at de fikk tilført ny egenkapital i 2019. Selv om andelen bedrifter i Behandlingsleddet som fikk tilført egenkapital er lavere enn den tilsvarende andelen i Helseindustrien er den gjennomsnittlige størrelsen på emisjonene betydelig større blant behandlingsforetakene. Størrelsen på den gjennomsnittlige emisjonen blant foretakene i Behandlingsleddet var i 2019 på 15 mill. kroner, mens den blant bedriftene i Helseindustrien var på 8,5 mill. kroner. Emisjonsbeløpene i Helseindustrien er små, også sammenlignet med andre norske næringer.

Én årsak til emisjonene i Behandlingsleddet er større enn i Helseindustrien kan være at formålet med emisjonene, blant bedriftene i de to hovedgruppene, er ulike. Som det fremgår av figuren nedenfor oppgir en vesentlig høyere andel av bedriftene i Behandlingsleddet, sammenlignet med Helseindustrien, at emisjonskapitalen skal benyttes på investeringer i bygg og utstyr. I kontrast til dette fremgår det at Helseindustribedriftene i større grad anvender emisjonskapitalen på forskning og utvikling. En høy andel av Helseindustribedriftene blir også tilført ny egenkapital for å finansiere testing/pilotering og markedsaktiviteter (investeringer i salgs- og distribusjonsapparat).

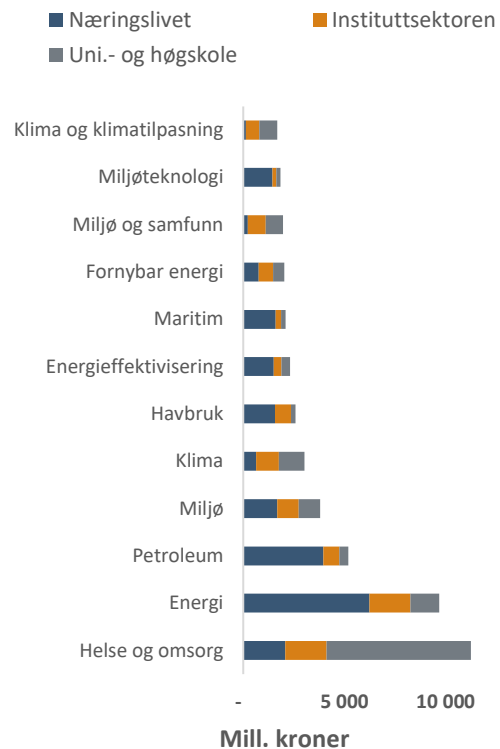
Figur 0-6: Andeler av bedriftene som svarte bekræftende på spørsmålet **Hva slags aktiviteter skal emisjonskapitalen benyttes til?** (Mulig å krysse av for flere alternativer). Kilde: Menon



## 7. Om næringsens FoU-aktivitet i 2019

Helse og omsorg er det fagområdet med de samlet sett høyeste driftsutgiftene til FoU i Norge. Det fremkommer av *Indikatorrapporten 2019*, en rapport som utarbeides av Forskningsrådet, SSB og NIFU, at det i 2017 ble brukt nesten 11,3 mrd. kroner på FoU innen helse- og omsorgsområdet. Dette representerer nesten 20 prosent av alle driftsutgifter til FoU.

Figur 0-7: Driftsutgifter til FoU etter område i 2017 (mill. NOK).<sup>2</sup> Kilde: Indikatorrapporten 2019 (NIFU, 2019) og Menon



Som det fremkommer av fremstillingen over er imidlertid ikke helse- og omsorgsområdet dominerende når det kommer til *næringslivs-finansierte* FoU-utgifter. Her er fagområdene Energi og Petroleum i en særstilling. Over 40 prosent av alle næringslivsfinansierte FoU-utgifter ble i 2017 brukt innen disse to områdene. Til sammenligning utgjorde helse- og omsorgsområdet om lag ni prosent av all næringslivsfinansiert FoU-virksomhet i Norge i 2017.

Tallene som er illustrert og diskutert ovenfor dekker 2017. Nye data fra Forskningsrådet, om omfanget av og størrelsen på godkjente FoU-prosjekter gjennom SkatteFunnordningen avslører at *Helse* var det fagområdet med høyest nominell vekst i driftsutgifter til FoU, i 2019. Budsjetterte kostnader til helserelaterte FoU-prosjekter, innrapportert ifm. SkatteFunnøkninger, økte i 2019 med over 500 mill. kroner. Til sammenligning anslår NIFU at de

<sup>2</sup> Alle helseforetakenes driftsutgifter til FoU er inkludert under temaet helse. Helseforetak inngår her ikke under næringslivet.

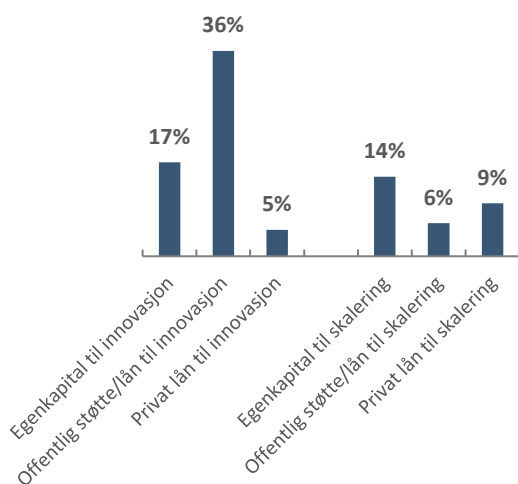
samlede næringslivsfinansierte utgiftene til prosjekter innen helse og omsorg i 2017 beløp seg til 2,1 mrd. kroner.

Vi dokumenterer i denne rapporten at det har vært en kraftig vekst i FoU-aktiviteten i den norske Helsenæringen de siste seks årene. Vi finner videre at majoriteten av denne FoU-aktiviteten kan knyttes til bedrifter i Helseindustrien (oppunder 90 prosent) og at det i Helseindustrien i særdeleshet er bedrifter i bransjene Diagnostikk og Medtech som står bak majoriteten av disse FoU-utgiftene.

## 8. Flaskehals for vekst i Helsenæringen

Markedstilgang oppleves som den viktigste flaskehalsen for både Helseindustriens og behandlingsbedriftenes utvikling og vekst. Det er særlig tilgang til offentlige anbud og konkurranse på like vilkår som trekkes frem. Mer enn halvparten av bedriftene i Helsenæringen oppgir at kapitaltilgang er en flaskehals for bedriftens utvikling og vekst. Det er særlig mindre bedrifter som opplever at kapitaltilgang er en utfordring. 70 prosent av bedriftene med mindre enn 10 millioner kroner i omsetning svarer at kapitaltilgang er en flaskehals, mens andelen kun er 30 prosent blant bedriftene med mer enn 10 millioner i omsetning.

**Figur 0-8: Andel av bedriftene som opplever at tilgangen på kapital til innovasjon og skalering er god. Kun bedrifter som opplever kapitaltilgang som en viktig flaskehals – 85 av 170 – er inkludert. Kilde: Menon**



Blant bedriftene som opplever kapitaltilgang som en viktig flaskehals, er det 36 prosent som mener at det er god tilgang på offentlig støtte/lån til *innovasjon* – mens kun 6 prosent mener at tilgangen på offentlig støtte/lån til *skalering* er god. Dette er i tråd med empiri fra andre undersøkelser, for eksempel fra områdegjennomgangen av virkemiddelapparatet, hvor det ble dokumentert at hovedtyngden av virkemidlene er rettet mot innovasjon, og at virkemidlene til skalering (vekst og internasjonalisering) er mer begrenset.

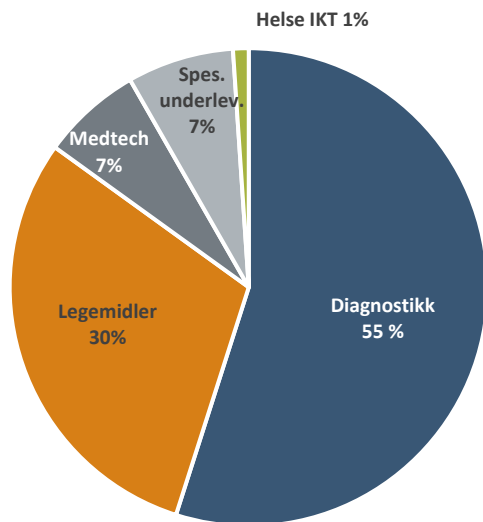
Det er også interessant å observere at bedriftenes opplevelse av tilgangen på offentlige tilskudd og lån avhenger av hva slags aktiviteter de utfører i Norge. Bedrifter som utfører teknologi- og produktutvikling i Norge, er gjennomgående mer fornøyd enn andre bedrifter med tilgangen på offentlige tilskudd og lån til innovasjon. Vi finner det motsatte med hensyn til skalering. Ingen bedrifter som har industriell produksjon i Norge, opplever at tilgangen på tilskudd og lån til skalering er god.

## 9. Helserelatert eksport for over 25,1 mrd. kroner i 2019

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

Helsenæringens samlede eksport i 2019 er beregnet til rett i overkant av 25,1 mrd. kroner. Industridelen av næringen står for nær sagt alle eksportinntektene.

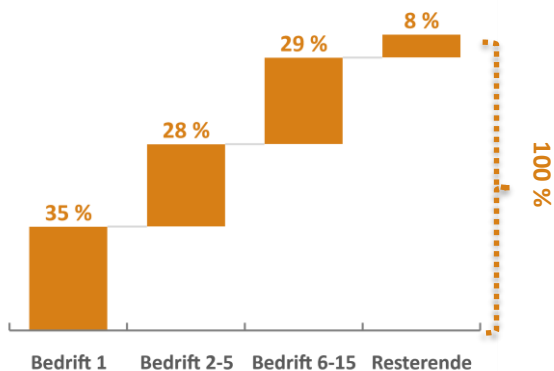
**Figur 0-9: Eksportinntekter i Helseindustrien – 24,5 mrd. kroner – fordelt på fem bransjer. Kilde: Menon**



Det er en skjev fordeling av utenlandsomsetningen innad i Helseindustrien. Som figuren over viser står Diagnostikkbedriftene for over halvparten av Helseindustriens samlede eksportinntekter. Diagnostikk og Legemidler, som utgjør rundt 70 prosent av den norske Helseindustriens samlede omsetning, står bak hele 85 prosent av næringens eksport.

I tillegg til at eksportinntektene er konsentrert i to enkeltbransjer er det også en kraftig konsentrasjon blant et fåtall enkeltbedrifter. Vi finner at ni bedrifter i 2019 hadde mer enn én milliard kroner i eksportinntekter. Disse ni bedriftene sto for oppunder 85 prosent av Helsenæringens eksportinntekter (se Figur 0-10).

**Figur 0-10: Helsenæringens eksportvolum i 2019, bedrifter rangert etter eksportvolum. Kilde: Menon**



Denne konsentrasjonen i eksportvolum til noen få bedrifter illustrerer også at størrelsen og utviklingen i den norske Helsenæringen er følsom for de strategiske beslutningene i enkeltbedrifter. Om kun et fåtall av de store industrielle produsentene i den norske Helseindustrien (som ofte er del av store internasjonale konserner) velger å flytte produksjon ut av Norge vil dette ha stor innvirkning på den norske Helseindustriens størrelse og eksportvolum.

Koronakrisen vil bli en «test» på Helseindustriens robusthet. På kort sikt har krisen medført at flere av aktørene produserer for nær full kapasitet. Dette som en konsekvens av at sykehus og myndigheter i inn- og utland ønsker å bygge opp sine lagre av kritiske legemidler og medisinsk utstyr, i en svært uforutsigbar tid for internasjonal handel. På lengre sikt er det imidlertid en risiko for at flere land ønsker å redusere sin importavhengighet. Dette kan medføre at enkelte produsenter i Norge får redusert sine eksportmuligheter. I ytterste konsekvens er det også en risiko for at selskapene som i dag produserer i Norge velger å flytte sin produksjon til andre og større land.

Like fullt vil ingen land kunne være «selvforsynt» med utvikling og produksjon av teknologi som hever effektiviteten i helsesektoren. Høye kvalitetskrav til utstyr og legemidler ved behandlingsinstitusjoner i Norge bidrar på denne måten til å styrke mulighetene til den norske Helseindustrien. Dette gjennom å «presse» norske industriaktører til å utvikle teknologi som også eksportmarkedene ønsker, i en verden som vil etterspørre økt kvalitet og profesjonalitet i utstyr og legemidler man ikke anser som «kritiske».

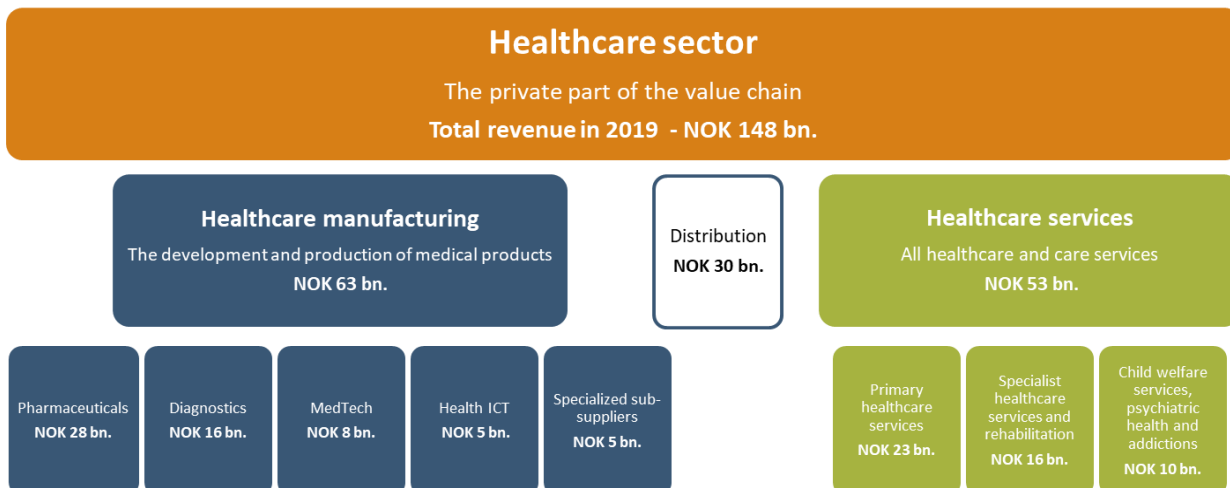
## English summary

This report provides an overview of the entire value chain in the Norwegian healthcare sector, including public and private operators. The report focuses on the healthcare sectors contribution to the mainland economy in terms of *value creation, employment, and exports*.

The societal contribution of the healthcare sector is greater than the value creation measured solely in terms of tax revenues or employment creation. These wider benefits are achieved through better health outcomes, increased quality of life, longer life spans and reduced sick leave.

large and strongly growing global healthcare market provides an opportunity for this industry to also become a a major industry in Norway. The report deals with nine important themes relating to the future of the Norwegian healthcare sector:

1. Covid-19 – consequences and opportunities for the health industry
2. Increased growth rates and positive growth expectations among businesses, but how will Covid-19 impact growth in 2020 and 2021?
3. Differences in growth rates among different company size segments



Though the report documents the development and status of the health industry today, our focus is primarily on the future. The welfare state will increasingly come under pressure in the coming years. In the short term, the primary concern is the Covid-19 pandemic and its consequences for the Norwegian economy. However, looking beyond Covid-19 the coming decades will be challenging for the Norwegian welfare state as the population rapidly ages. This will be exacerbated by increases in diseases such as cancer and dementia. Future-proofing the Norwegian healthcare sector will not only be an answer to the health and care challenges that Norway faces in the coming years. The development of the sector also provides an important economic opportunity going into a couple of decades where several important Norwegian industries are projected to shrink. The

4. Healthcare manufacturing – the most entrepreneur intensive industry in Norway.
5. The importance of development and production in Norway for future growth
6. A high level of equity issuance in the health industry, but how will Covid-19 impact the industry's access to capital and hence its ability to innovate and grow?
7. The growth in the industry's investments in R&D continues
8. Access to risk capital remains the biggest hurdle for growth in the health industry.
9. The industry had health related exports of NOK 25,1 billion in 2019

## 1. Covid-19 – consequences and opportunities for the healthcare industry

At the time of writing (April 2020) the Covid-19 pandemic has already had severe implications on both the Norwegian and the global economy. A considerable share of businesses is struggling with significant shortfalls in demand or have had to temporarily shut down their activities as government-mandated bans on certain commercial activities have been introduced. Though the entire healthcare sector is affected by the Covid-19 crisis, different parts of the industry are affected in different ways. While some segments, such as pharmaceuticals, experience increased demand, others are in full or partial shutdown.

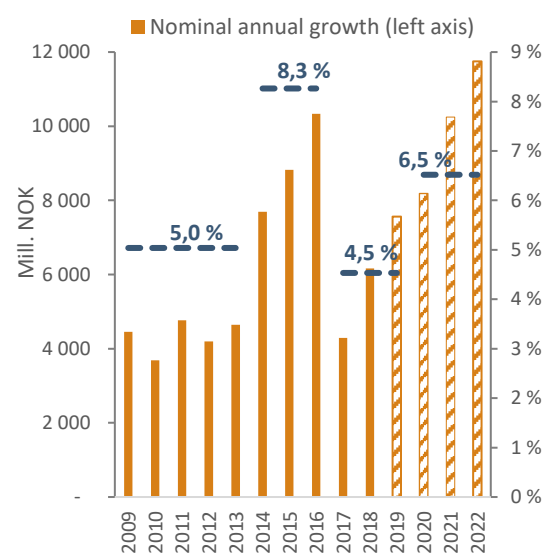
Though it is challenging to predict the consequences for the Norwegian healthcare sector of the current crisis, some tentative lessons are already being learned. The crisis has created a new understanding of the value of emergency preparedness in healthcare. There is an acknowledgement that Norway, in a crisis, must have a minimum of self-sufficiency with regards to critical medical equipment, pharmaceuticals and associated production capacity. This may lead to initiatives from authorities to increase production capacity in Norway. However, if there is an increased global focus to onshore healthcare production, we may see a reduction in demand from key export markets.

Though a long-term consequence for some segments in the Norwegian health industry may be a reduction in demand from export markets, other segments could well expect the opposite. At the time of writing Norway appears to be of the countries in the Western world that best handles the pandemic. At the same time Norway is also one of the most digitised societies in the world. The experiences that are made during this crisis, with regards to use of digital tools and communication solutions by both patients and healthcare personnel may help position the Norwegian health ICT industry towards international expansion in the post-crisis world.

## 2. Increased growth and positive expectations among businesses

From 2009 to 2013, the Norwegian healthcare sector experienced an annualised growth rate in revenue of 5 percent. From 2014 to 2016 there was a “change of pace” in the industry with an increase in the annual growth rate to 8.3 percent. However, in 2017 revenue growth rate fell back considerably, to 3.4 percent. As financial records covering 2018 now is available, we can conclude that 2017 appears to have been an exception, and that it did not constitute a “new normal”. The industry as a whole experienced growth in revenue of 4.7 percent in 2018. A survey conducted among companies in the industry indicates that the Norwegian healthcare sector are returning to annual growth rates close to the levels we experienced in the period from 2014 to 2016. The forecasts for 2020-2022 were collected in January, 2020 and thus do not incorporate the market development related to the Covid-19 pandemic, which has only since become apparent. As such, these growth forecasts might have changed considerably if the companies were to be polled again.

**Figure 0-1: Nominal annual revenue growth in the Norwegian healthcare sector and average annual growth rates in selected periods (estimate for 2019 forecast for 2020-2022). Source: Menon**



Pharmaceuticals is the segment in the health industry that has had the biggest variation in annualised growth rates in recent years. As pharmaceutical companies make up close to 45 percent of revenue in the healthcare manufacturing sector and almost 20 percent of the health industry, growth patterns observed in Figure 0-1 is in large part driven by this segment. Pharmaceutical companies experienced revenue growth of one percent in 2017, following years of annualised growth rates of more than 9 percent between 2014 and 2016. However, in 2018 pharmaceutical companies experienced the highest growth rate among all segments in the Norwegian healthcare manufacturing sector, with a growth of 9.6 percent.

Healthcare services have had a declining, though still positive, growth rate in all years since 2015. This growth pattern can in part be attributed to the slowing of the biggest single segment in the sector, namely primary healthcare services. Norwegian municipalities are by far the most important market for these service providers and a possible partial explanation for the falling growth may be that several large municipalities over the years have reduced the use of private providers of healthcare services.

### **Explanation of terms used in the report**

**Health sector** = health sector in this report means all private, state, and other public organisations in the entire value chain including supporting functions. This is a narrower definition than that used in Statistics Norway's healthcare and care statistics, which includes municipal and county administration, care without housing and healthcare services that are not required to be registered (sole proprietorships/self-employed etc.).

**Healthcare sector** = the private part of the value chain. Does not include support functions.

**Healthcare manufacturing** = the development and production of all types of medical products, technologies, and solutions. It is subdivided into five sub-groups.

- **Pharmaceuticals** – all biological and chemical products that are used to prevent and treat physical and psychological conditions and diseases.
- **Diagnostics** – all biological, chemical, and technological products which are used to arrive at a diagnosis in the health sector.
- **Health ICT** – all ICT products and services used to monitor, prevent, and treat diseases and for health sector administrative systems and processes.
- **MedTech** – all medical-technical products which are used to prevent and treat diseases, injuries, and wear.
- **Specialised sub-suppliers** of raw materials, equipment, and services.

**Healthcare services** = All healthcare and care services from conception to death associated with prevention, treatment, and rehabilitation. Healthcare services is subdivided into four groups.

- **Primary healthcare services** – are healthcare services which are provided to the local community in everyday life. Primary healthcare services include general practitioners, home care, health visitors, physiotherapists, occupational therapists, speech therapists, dentists, other healthcare personnel such as chiropractors, company healthcare services and institutions such as nursing homes and residential care facilities for the aged.
- **Specialist healthcare services and rehabilitation** – includes somatic and psychiatric hospitals, polyclinics and healthcare service centres, recovery training and rehabilitation institutions, institutions for cross-discipline specialised healthcare services for intoxicant abuse, pre-hospital services, private practising specialists, the ambulance services and laboratory and X-ray service providers.
- **Child welfare services, psychiatric health, and addictions** – includes services for protection and intervention where normal care of children is not provided and for mental health and addiction.
- **Other healthcare services** – includes health services not included in the three categories above.

### 3. The large companies in healthcare manufacturing delivers the highest growth rates

The figure below shows the growth profile of the top 25 companies in healthcare manufacturing in 2018. These are defined as the five largest companies by revenue in each of the five sub-industries. It is clear from the chart, that the top 25 companies have experienced higher growth rates in all years since 2012. The top 25 companies represented close to 47 percent of the healthcare manufacturing total revenue in 2019.

**Figure 0-2: Indexed revenue growth for segments within Norwegian healthcare manufacturing. The 5 largest companies in each of the five sub-categories compared to the rest of the sector. Source: Menon**



The wedge in growth rates has been particularly evident since 2014. In addition, we find that if we exclude the *top 50* largest companies the remaining Norwegian healthcare manufacturing sector experienced a *decline* in revenue from 2016 to 2018.

One possible explanation for this divergence in growth rates is that the healthcare manufacturing sector is characterized by particularly long development processes and great uncertainty. At

the same time though, the potential for international growth and profitability is great if one succeeds. Hence, it is natural that the growth among companies that have reached such a market breakthrough are higher than for those who have not. One indication of this is that the largest companies have a high share of their income coming from export markets. Another possible explanation is an increase in prices of pharmaceuticals. The Norwegian state's cost of pharmaceuticals has increased significantly in recent years (increase in costs of close 40 per cent in the period from 2013 to 2018).<sup>3</sup> many of the largest companies in the Norwegian healthcare manufacturing industry produce and sell pharmaceuticals and several of these companies have experienced considerable revenue growth in recent years. A third possible explanation is that there has been a consolidation in the healthcare manufacturing sector over the last ten years.

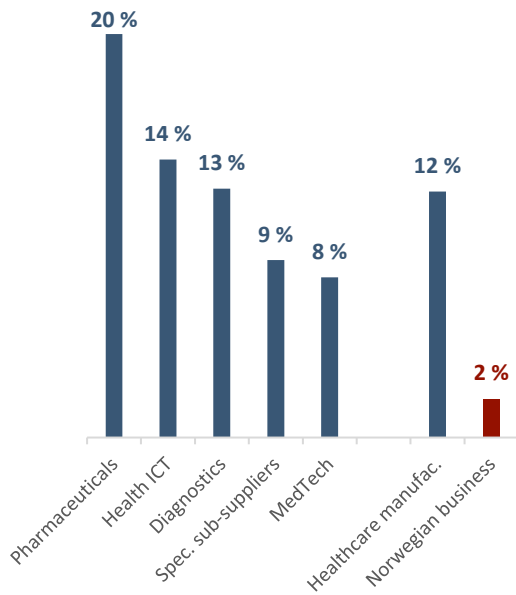
### 4. Healthcare manufacturing: The most entrepreneur intensive business sector in Norway

The healthcare manufacturing sector is characterised by significant innovation and a high density of firms in the entrepreneurial phase. This trend has only increased in recent years. We define an entrepreneurial company – which we also refer to as a J-curve company – as a company with no sales revenue or with an operating profit margin of -100 percent or less, and with total wage costs of at least NOK 500,000. A J-curve company is thus a company that has not yet reached commercialisation.

<sup>3</sup> The Norwegian Prescription Database, Norwegian Institute of Public Health (FHI)



**Figure 0-3: Share of J-curve companies in the Norwegian healthcare manufacturing sector. Source: Menon**



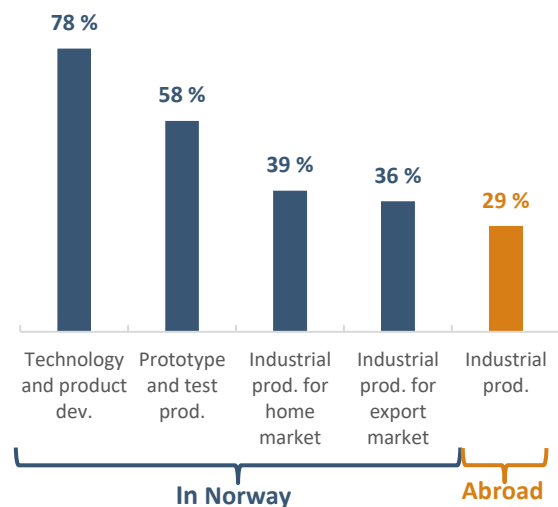
We find that as many as 12 percent of companies in the Norwegian healthcare manufacturing sector met the criteria for being a J-curve company in 2018. This represents an increase from 10 percent in 2017. Comparing healthcare manufacturing to the full range of other industries we find that the healthcare manufacturing sector is the most entrepreneurial intensive business sector in Norway. In comparison, the share of J-curve companies nationwide is around two per cent.

Neither the high number nor the growth in entrepreneurial businesses is surprising. The entrepreneurial phase is longer, more costly, and riskier in healthcare manufacturing than for most other industries. This is because the development of pharmaceuticals and diagnostic products requires research, pre-clinical- and clinical testing, as well as approval from health regulatory authorities. However, if a company in healthcare manufacturing survive the phase at the “bottom of the J-curve”, the potential for revenue growth and profitability is very high. This is because they usually offer unique products that cannot be easily copied or that do not have obvious rivals on the market.

## 5. Innovation and production in Norway correspond to higher growth rates

In conjunction with this report there was conducted a survey among businesses in the Norwegian healthcare sector. The survey confirms that the Norwegian healthcare manufacturing sector is comprised of a high share of entrepreneurial companies. In the survey, we asked the companies to rate their current level of production, in terms of maturity. As the figure below indicates, a high proportion of companies report that they are in a phase of technology and product development or in the prototype and test production phase. These shares are somewhat higher than those of companies reporting that they currently have production for either the Norwegian or foreign markets.

**Figure 0-4: Share of companies in the healthcare manufacturing sector who classifies their activities in different phases (multiple answers possible). Source: Menon**



As many as eight out of ten companies state that they are currently pursuing technology and product development in Norway. This explains the large proportion of J-curve companies in the Norwegian healthcare manufacturing sector in Norway. The road from these phases to commercialisation and industrial production is traditionally long and capital-intensive. Access to risk capital at an early stage can reduce time from research to

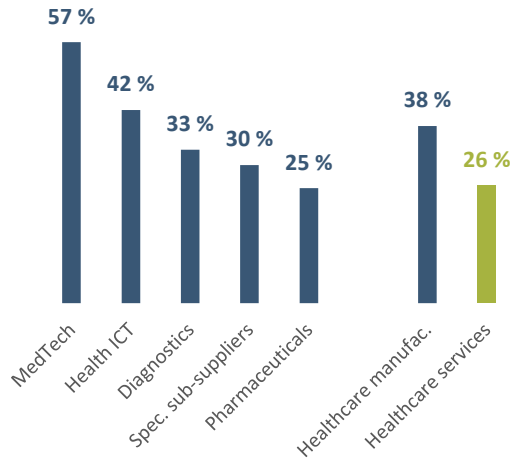
commercialisation – the so-called “time to market”. This is done because companies can go through processes in parallel rather than sequentially. Reduced time to market will also increase the likelihood of commercial success since it provides better odds for hitting the markets before potentially competing products.

We find that companies that have industrial production in Norway have higher growth than those that do not. We also find that companies that have technology and product development as well as prototype and test production in Norway expect growth to accelerate in years to come. The latter, though, often requires succeeding with market introduction and raising capital to build or scale up industrial production.

**6. A high level of equity issuance in the health industry**

One out of three respondents to this year's survey reported that they raised new equity in 2019. In aggregate, the companies that responded to the survey raised close to NOK 570 million in 2019. There is considerable variation between the industries in terms of both the proportion of companies that raised new equity last year and the volume of capital that was raised. Especially among companies in the MedTech segment there has been significant new equity finance, with just short of 60 percent of companies reporting that they raised new equity in 2019. It was also the MedTech segment that had the highest total equity issuance, among respondents in the survey, with about NOK 190 million raised.

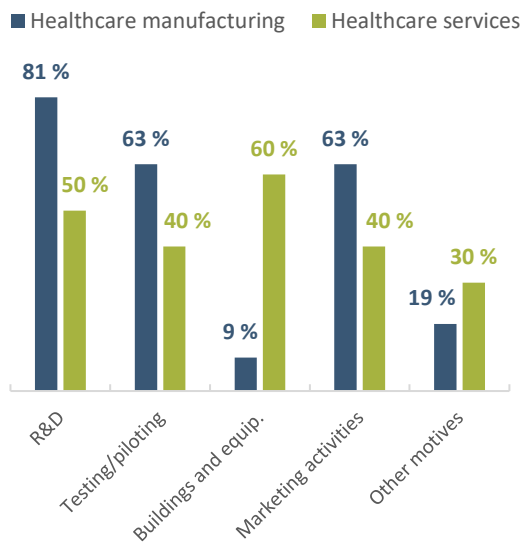
**Figure 0-5: Share of companies that raised equity capital in 2019 (survey data). Source: Menon**



One in four companies in healthcare services stated that they raised new equity in 2019. Although this is lower than for the industry at large, the average size of the issuance was considerably higher among healthcare service companies, with around NOK 15 million in 2019. This compares with that of companies in the healthcare manufacturing sector which reported an average of NOK 8.5 million.

As shown in the figure below, a high proportion of the companies in healthcare services indicate that the capital raised through issue of stock should be used for investments in buildings and equipment. Such outlays are typically large, and this can thus be part of the explanation that the companies in the healthcare services sector have raised large quantities of capital in 2019. In contrast, it appears that companies in healthcare manufacturing are using the capital for research and development. A high proportion of companies in this sector is also spending the fresh capital injections to finance testing and pilot production, as well as marketing activities.

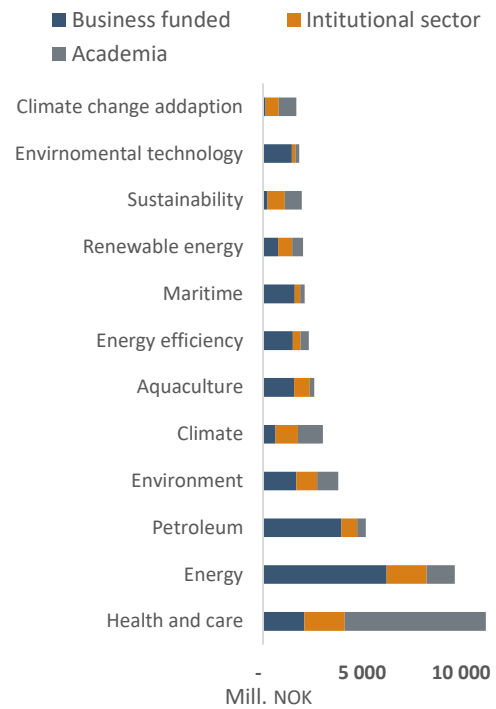
**Figure 0-6: Share of respondents that confirmed the use of newly raised equity capital to different activities. (multiple answers possible). Source: Menon**



## 7. R&D activity in the Health industry in 2019

*Health and care* is the research area with the overall highest R&D expenditure in Norway. This is documented in the Indicator Report 2019, a report prepared by the Norwegian Research Council, Statistics Norway and NIFU. The report finds that almost NOK 11.3 billion was spent on R&D in the health and care sectors in 2017. This represents almost 20 per cent of total Norwegian R&D expenditure in 2017.

**Figure 0-7: R&D expenses in different research areas in 2017. (million NOK). Source: Indicator report 2019 (NIFU, 2019) and Menon**



Though largest measured by total R&D, the research area of health and care lack when it comes to R&D funded by businesses. As shown in the figure above, the areas of energy and petroleum have significantly larger volumes of private R&D. Specifically, more than 40 per cent of all business-financed R&D expenditure in 2017 was spent in these two sectors. The corresponding number for health and care was nine percent.

New data from the Norwegian Research Council, on the scope and size of approved R&D projects through the SkatteFUNN scheme, reveals that health and care was the sector with the highest growth in R&D expenditure in 2019. Budgeted costs for health-related R&D projects, reported in connection with applications to SkatteFUNN, increased by more than NOK 500 million in 2019. In comparison, NIFU estimates that the total business-financed expenses for health and care projects in 2017 amounted to NOK 2.1 billion.

In this report, we document that there has been considerable growth in R&D activity in the Norwegian health industry over the past six

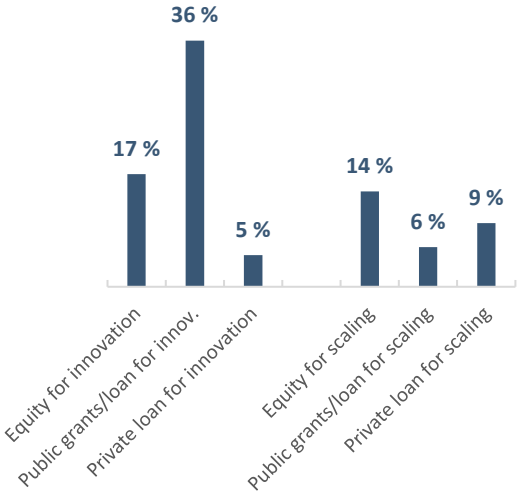
years. We also find that around 90 percent of this R&D activity can be linked to companies in the healthcare manufacturing sector. Furthermore, the analysis points to the fact that companies in diagnostics and MedTech sectors in particular have had large R&D expenditures.

### 8. Bottlenecks for further growth in the healthcare industry

The survey reveals that companies perceive market access as the most important challenge for growth. In particular, respondents point to access to public tenders and competition on equal terms as challenging. Similarly, companies in the healthcare manufacturing sector also point to access to capital as a constraining factor.

More than half of the companies in the healthcare sector state that the access to capital hampers development and growth. It is in particular small-sized companies that regard access to capital as a challenge. This is reported by 70 per cent of companies with less than NOK 10 million in revenue. The corresponding share is only 30 per cent among companies with more than NOK 10 million in revenue.

**Figure 0-8: Share of companies that regard access to different types of capital for use in innovation and scaling as good. (Only respondents who regard access to capital as a bottleneck for growth is included). Source: Menon**



Among the companies that regard access to capital to be an important challenge, 36 percent believe that the access to public grants/loans for innovation is good. This stands in contrast to the share of only 6 percent who believe that access to public grants/loans for scaling is good. These results are in line with other empirical studies, including a recent review of policy measures targeted at businesses (Menon, 2019). Here it was documented that the companies perceive the current emphasis of available policies to be innovation, rather than scaling (growth and internationalisation).

The experience of different companies of access to government grants and loans depends on the type of activities they carry out in Norway. Companies that carry out technology and product development in Norway are generally more satisfied with the access to government grants and loans for innovation. We find the opposite in terms of funding for scaling. No companies that have industrial production in Norway reported that they believe the access to grants and loans for scaling is good.

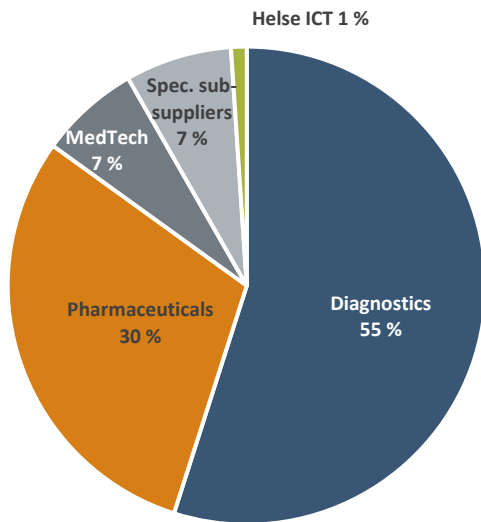
### 9. Health related exports of NOK 25.1 billion in 2019

A majority of the Norwegian healthcare sector is dependent on the Norwegian market, mainly through demand from public healthcare services. At the same time, the majority of growth potential lies in global markets. There is a mutual dependency between these two markets. The better Norwegian companies do in developing and selling products in international markets, the better the industry will be able to serve hospitals and other healthcare providers in Norway. Similarly, the more the major customers in the health sector (hospitals and municipalities) in Norway can contribute to demand-oriented innovation and productivity growth in the Norwegian health industry, the better the basis for the industry to succeed internationally.

The health industry's total exports in 2019 are estimated to be around NOK 25.1

billion. Companies in the healthcare manufacturing sector accounts for virtually all export revenues.

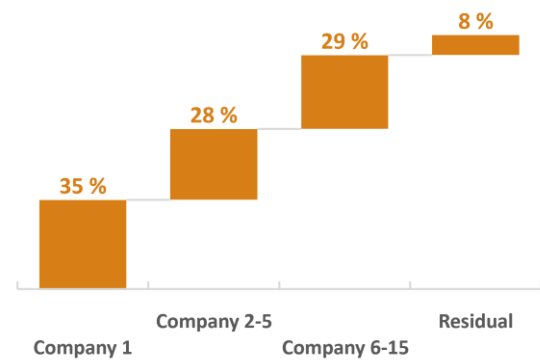
**Figure 0-9: Export revenue in healthcare manufacturing – NOK 24,5 billion – broken down among segments.**  
Source: Menon



There is an uneven distribution of exports in the healthcare manufacturing sector. As shown in the figure above, diagnostic companies account for more than half of the sector’s total export revenues. Diagnostics and pharmaceutical companies, who account for approximately 70 percent of all revenue in Norwegian healthcare manufacturing, account for as much as 85 per cent of the sector’s exports.

Zooming in further, we find that exports are highly concentrated among a few large companies. Specifically, in 2019 the top nine exporting companies, who all had more than NOK 1 billion in export revenue, accounted for close to 85 percent of the health industry’s total export revenues (see Figure 0-10).

**Figure 0-10: The health industry’s export volume in 2019, ranked by individual companies and clustered.**  
Source: Menon



This concentration in export value illustrates that the size and development of the Norwegian health industry is very sensitive to the strategic decisions of individual companies. If only a few of the major industrial producers in the Norwegian health industry (which tend to be part of large international corporations) choose to move production out of Norway, the size and export value of the Norwegian health industry will be affected in a major way.

The corona crisis will be a test of the robustness of the health industry. In the short term, the crisis has resulted in several companies producing at near full capacity. This is a consequence of the fact that hospitals and health authorities domestically and abroad want to build up stocks of critical drugs and medical devices, entering an unpredictable time in international trade relations. In the longer term, however, there is a risk that more countries will want to reduce their dependency on imports. This may mean that some large producers in Norway will see their export opportunities reduced. Ultimately, there is also a risk that companies currently producing in Norway choose to move their production to other countries.

# 1. Innledning

## 1.1. Helsenæringens økonomiske verdi

Helsenæringens økonomiske verdi er tredelt:

### 1. Verdiskaping:

- Bidrag til BNP
- Arbeidsplasser
- Skatteinntekter

### 2. Folkehelse:

- Flere friske leveår («kvalitetsjusterte leveår»)
- Økt deltagelse i arbeidslivet for både pasienter og pårørende

### 3. Helsevesen:

- Reduserte utgifter til behandling ved å forhindre sykdom eller redusere behovet for kostbar innleggelse e.l. ved sykdom
- Økt kvalitet i helsevesenet gjennom innovasjon, teknologi og nye metoder

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



Rapportens hovedfokus er næringens bidrag i form av *verdiskaping* (punkt én over). Men målt i *samfunnsøkonomisk verdi*, nytte for samfunnet fratrukket kostnader, er næringens verdibidrag til det norske samfunnet vesentlig større enn det direkte bidraget næringen gir i form av verdiskaping, arbeidsplasser og skatteinntekter.

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

## Stortingsmelding om Helsenæringen

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

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

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



## Meld. St. 18

(2018–2019)

Melding til Stortinget

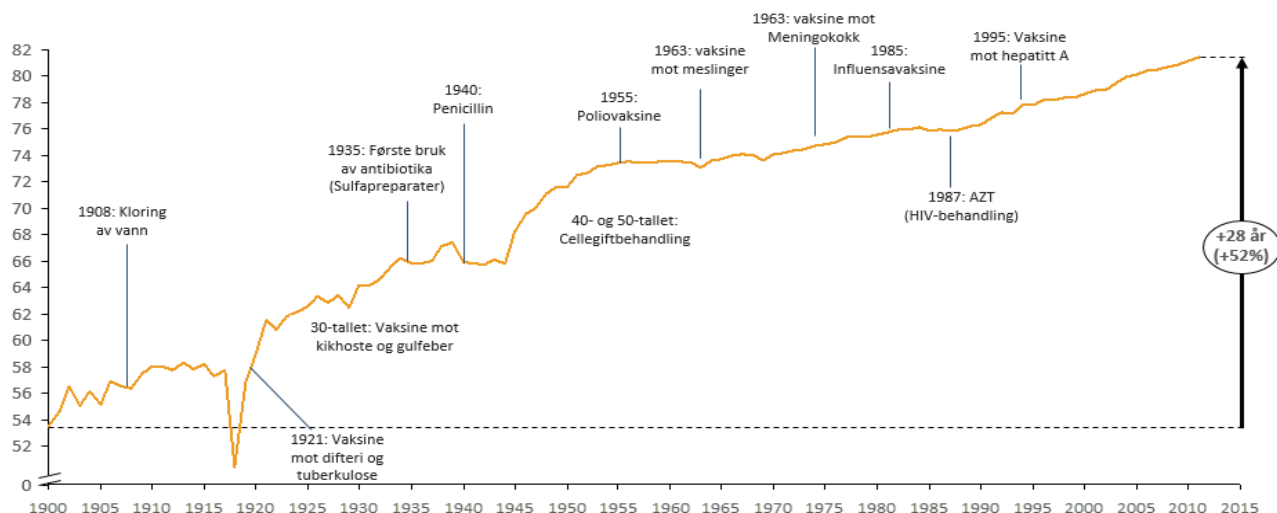
### Helsenæringen

Sammen om verdiskaping og bedre tjenester



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

Figur 1-2: Forventet levealder i Norge samt utvalgte medisinske gjennombrudd, 1900-2015.



I denne rapporten ser vi først og fremst fremover. Det er fortsatt nok av utfordringer for den norske velferdsstaten. I fremste rekke står håndteringen av en lenge forventet «eldrebølge», noe som bidrar til en økende prevalens av folkesykdommer som kreft og demens. Fallende sysselsettingsandel og et økende behov for helse- og omsorgstjenester vil være en av de store utfordringene for den norske velferdsstaten i de neste tiårene.

Det er nettopp her Helsenæringen kan representere en dobbel mulighet for Norge: Mens inntekter fra flere andre store næringer i Norge vil avta, kan denne næringen vokse til å bli en av de aller største med utgangspunkt i et sterkt voksende globalt marked. Samtidig kan næringen bli et viktig svar på helse- og omsorgsutfordringene de neste tiårene.

Dette kommer imidlertid ikke av seg selv. I denne rapporten ser vi nærmere på næringens rammebetingelser for forskning og innovasjon samt Norges attraktivitet som vertskapsland for globalt konkurransedyktige virksomheter. Det er behov for en mer offensiv kombinasjon av helse- og næringspolitikk for å lykkes:

Næringen må gis større mulighet til å levere innovative løsninger gjennom bl.a. offentlige anskaffelser og tilgang på offentlige helsedata. Samtidig må norsk innovasjonspolitikken tilpasses behovene i Helsenæringen, som økt satsing på forskning og ikke minst tilgang på risikokapital. Samarbeid mellom næringslivet og offentlig helsevesen (sykehus og kommuner) om utvikling og testing av nye produkter og tjenester vil også være viktig.

Flere av disse utfordringene ble adressert i stortingsmeldingen om Helsenæringen, som Regjeringen la frem i april 2019.<sup>4</sup> Herunder forslag om å utarbeide handlingsplaner og satsinger innen blant annet innovative offentlige innkjøp, en handlingsplan for kliniske studier, styrke tilgangen på helsedata gjennom etableringen av *Helseanalyseplattformen* samt styrke insentivene for kommersialisering av forskningsresultater i universitets- og høyskolesektoren.

Vi har sett store endringer i Helsenæringen de siste årene, og forventer en ytterligere høy endringstakt i årene fremover. Ny teknologi vil være en viktig driver for en utvikling der aktørenes posisjoner i

<sup>4</sup> Meld. St. 18 (2018–2019), «Helsenæringen — Sammen om verdiskaping og bedre tjenester»

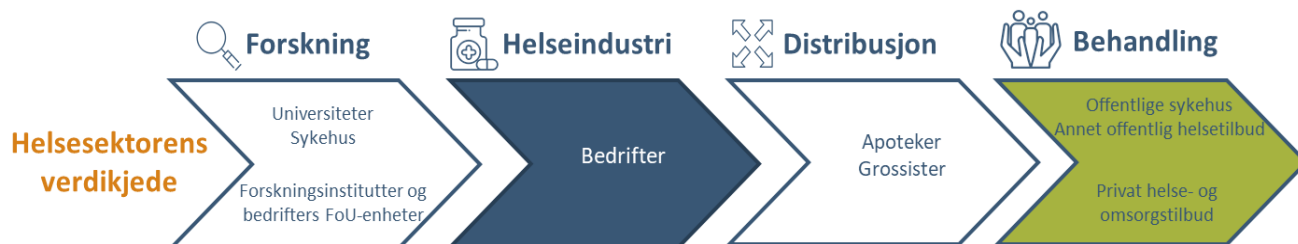
verdikjeden endres. Det som tradisjonelt var et farmasiselskap som utelukkende utviklet og produserte medisiner vil i fremtiden være en aktør som benytter en rekke ulike typer teknologi, metoder og data for å løse helseutfordringer. IKT vil stå sentralt i utviklingen av velferdsteknologi, personlig tilpasset behandling og bruk av «big data».

## 1.2. Helse-verdikjeden

### 1.2.1. Fra forskning til behandling

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

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



2. **Helseindustri.** Helseindustrien består av både utvikling og produksjon. Forskning og utvikling har mange fellestrekk, men er likevel vesensforskjellige aktiviteter. Mens forskning handler om å skape generaliserbar kunnskap, handler utvikling om å *anvende* kunnskap til å skape nye produkter og tjenester som skal

implementeres i et marked. Utvikling foregår i oppstartsbedrifter som sikter mot å kommersialisere egen teknologi, produkter og tjenester, samt i etablerte bedrifters produkt- og tjeneste-utvikling.<sup>5</sup> Produksjonsleddet i verdikjeden inkluderer alle bedrifter som produserer legemidler, utstyr og teknologi til medisinske formål, samt spesialiserte leverandører til slik virksomhet. Utvikling og produksjon henger nært sammen, både i form av at etablerte produksjonsbedrifter utvikler nye produkter og ved at bedrifter som har vært i en utviklingsfase gradvis går over i en industrialisert produksjonsfase.

3. **Distribusjon.** Dette leddet består av agenter, grossister og forhandlere av norske og utenlandske helseprodukter.
4. **Behandling.** Behandling er det siste stedet i verdikjeden, hvor produkter som er utviklet på basis av forskning, produsert i Norge eller i andre land, blant annet anvendes til å stille diagnoser og behandle pasienter. Behandlingsleddet dekker også helse- og omsorgstjenester som er rettet mot forebygging og rehabilitering. Behandlingsleddet består av offentlige og private sykehus, samt det kommunale og private helse- og omsorgstilbudet.

Både **Helseindustrien**, virksomheter innen utvikling og produksjon av legemidler og utstyr, og **Behandlingsleddet** er delt inn i bransjer. Se boks nedenfor for ytterligere begrepsforklaringer.

<sup>5</sup> Det foregår selvsagt også utvikling internt blant offentlige og private helseaktører i de øvrige stegene i

verdikjeden, men her fokuserer vi på aktører som utvikler kommersialiserbare produkter og tjenester.



### 1.2.2. Helsesektor og Helsenæring – private og offentlige aktører

Helsesektoren skiller seg fra mange andre næringer ved å ha mange og komplekse grenseflater mellom offentlig sektor og privat næringsliv. Den offentlige spesialisthelsetjenesten er organisert gjennom de offentlige helseforetakene og er regulert av en egen lov (Helseforetaksloven), men er i så stor grad styrt og finansiert av myndighetene at det er naturlig å betrakte dem som en del av offentlig forvaltning. Skillet mellom offentlige og private aktører går tvers gjennom verdikjeden. Forskning og behandling domineres av offentlige aktører, men på begge områder er det også et bredt spekter av private bedrifter. I helseindustrien (det vil si utvikling og produksjon av blant annet legemidler og medisinsk-teknisk utstyr) finner vi i all hovedsak private bedrifter.

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



### 1.2.3. Helseindustrien inndelt i fem bransjer

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

#### Begrepsforklaringer

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

**Helsenæringen** = Helsenæringen består av den private delen av verdikjeden inklusiv behandlingsleddet.

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

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

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

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

- **Legemidler** – alle biologiske og kjemiske produkter som anvendes til forebygging og behandling.
- **Diagnostikk** – alle biologiske, kjemiske og teknologiske produkter som anvendes til å stille diagnoser.

- **Helse IKT** – alle IKT-produkter og tjenester som anvendes til monitorering, forebygging og behandling av sykdommer, og til systemer og prosesser i helsesektoren.
- **Medtech** – alle medisinsk-tekniske produkter som anvendes til forebygging og behandling av sykdommer, skader og slitasje.
- **Spesialiserte underleverandører** av råvarer, utstyr og tjenester som leveres til andre aktører i Helseindustrien eller direkte til behandlingsinstitusjoner.

#### 1.2.4. Behandlingsleddet inndelt i fire bransjer

- **Primærhelsetjeneste** – helsetjenester som leveres i lokalsamfunnet i det daglige. Primærhelsetjenester består bl.a. av allmennpraktiserende leger, hjemmesykepleie, fysioterapeuter, logopeder, tannleger samt kiropraktorer, bedriftshelsetjeneste, og sykehjem og bo- og servicesentre.
- **Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering** – omfatter somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, opp- og rehabiliteringsinstitusjoner, tverr-

faglig spesialisert behandling for rusmiddel-misbruk, prehospitaltjenester, privatpraktiserende spesialister, ambulansetjenesten og laboratorie- og røntgenvirksomhet.

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

### 1.3. Helsenæringen – en nøkkel til produktivitetsvekst

Den største utfordringen for samfunnet ved en epidemi som Koronakrisen er risikoen for at helsesektoren bryter sammen – det er ikke kapasitet til å behandle alle som trenger det, når de trenger det. Et slikt sammenbrudd innebærer at mennesker dør eller påføres varige skader selv om helsesektoren i utgangspunktet har både teknologi og kompetanse til å behandle og redde disse pasientene. I Koronakrisen er det tilgangen på intensivsenger og respiratorer som har blitt bildet på denne kapasitetsbegrensningen.

#### **Hvordan aktørene i Helsesektoren og Helsenæringen er identifisert**

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

I nøkkeltallanalysene er det tatt utgangspunkt i aktørenes helserelaterte omsetning, verdiskaping og produktivitet – ikke deres totale omsetning, verdiskaping og produktivitet. For medlemmer i tidligere nevnte organisasjoner har vi fått opplyst helserelatert omsetning direkte fra aktørene. Resterende aktørers helseandel er estimert ut fra aktørene vi har tall for. Dette er gjort på hovedgruppenivå for bedriftene i hhv. Helseindustrien, Distribusjon og Behandling, og på bransjenivå for undergruppene innunder Helseindustrien og Behandlingsleddet. For hovedgruppene Helseindustri og Behandling har vi innhentet vekstanslag for perioden 2019-2022. Dette bygger på innrapporterte estimater fra 175 aktører for omsetning i 2019 og prognoser for omsetning i årene fra 2020 til 2022. Omsetningsestimater og -prognoser for næringen samlet er estimert med utgangspunkt i aktørene vi har tall for. Totalt består populasjonen av 13 560 aktører, hvorav 13 471 er definert som private aktører. Av de 13 471 aktørene har vi 2018-tall for 9 016.

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

Koronakrisen er en ekstraordinær krise. Det er hverken helse- eller samfunnsøkonomisk hensiktsmessig for et samfunn å kontinuerlig ha en kapasitet innen respiratorer til å håndtere en slik «smitte-topp» som det Koronakrisen medfører. Like fullt er dagens kortsiktige kapasitetsutfordring en god illustrasjon på den *langsiktige utfordringen* helse-sektorene i Vesten står overfor i tiårene fremover.

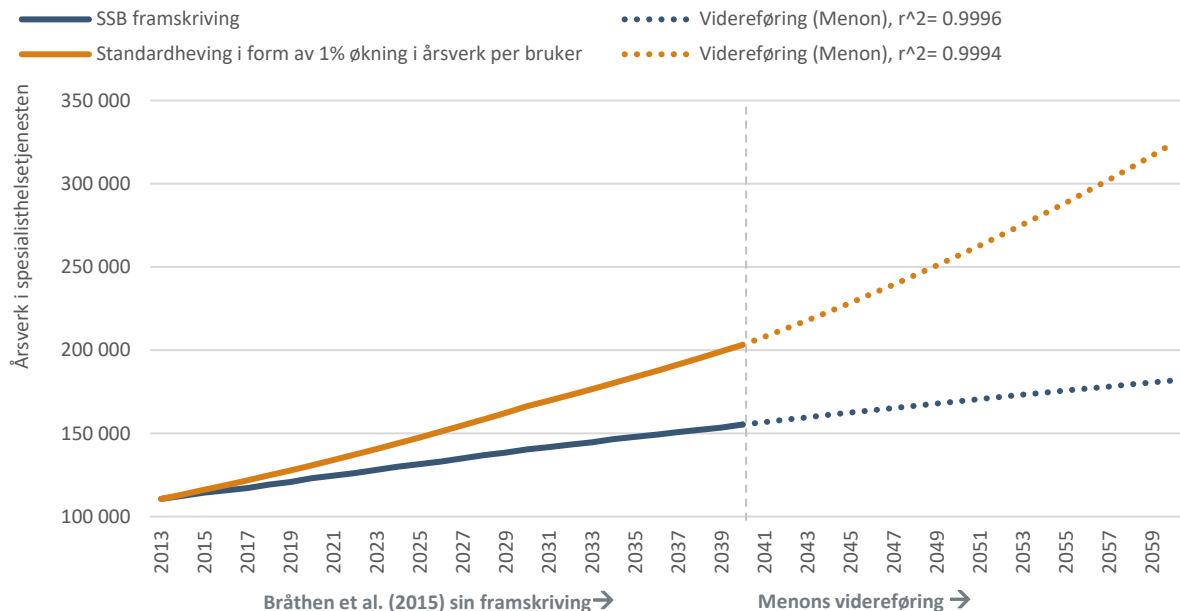
Det er ventet at vi i tiårene fremover vil få en tiltagende sysselsetningsvekst i helsesektoren. Dette er drevet av økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, blant annet som følge av en aldrende befolkning og stadig økte forventninger til helsetilbudet. Spesielt ser vi at sysselsetnings-behovet i spesialisthelsetjenesten er ventet å stige markant. Beregninger basert på en SSB-studie<sup>6</sup> viser at bemanningsbehovet i spesialisthelsetjenesten i 2060 vil være nesten 200 prosent høyere enn i 2013 – en økning på nesten 200 000 årsverk<sup>7</sup>.

En slik utvikling vil naturligvis medføre et enormt finansieringsbehov. Produktivitetskommisjonen (2016)<sup>8</sup> beregner at gjennomsnittlig skattesats på husholdningenes inntekt vil måtte øke til om lag 65 prosent dersom man skal møte den forventede demografiske utviklingen. Den største driveren her er bemanningskravet i helse- og omsorgssektoren.

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

- **Redusert kvalitet på helsetilbudet:** Manglende finansiering av offentlige helsetjenester vil gå ut over kvaliteten på tilbudet. Dette vil i så fall kunne ha store negative konsekvenser for velferdsnivået i befolkningen.

**Figur 1-3: Framskiving av årsverk i den norske spesialisthelsetjenesten 2013 - 2060. Kilde: Bråthen et al. (2015) og Menon («Bruker vi for mye på helse?», 2017)**



<sup>6</sup> Bråthen, R., Hjelmås, G., Holmøy, E., Ottersen, I. H., 2015, *Bemanningsbehov i spesialisthelsetjenesten mot 2040, SSB rapport 2015/29*

<sup>7</sup> For detaljer rundt beregningene, se Menon-publikasjon nr. 6/2017: «Bruker vi for mye på helse? - En vurdering

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

<sup>8</sup> NOU 2016:3

- **Todelt helsevesen:** Hvis sviktende finansiering av det offentlige helsetilbudet fører til helsekøer (som følge av underkapasitet) og lav kvalitet på helsetilbudet, vil det trolig føre til en fremvekst av et privat behandlingstilbud som *alternativ* til den offentlige spesialisthelsetjenesten. Dersom private aktører ser at det er et etterspørselsoverskudd i behandlingsmarkedet, enten i form av etterspørsel etter bedre kvalitet eller som følge av knapphet i det offentlige helsetilbudet, vil det private tilbudet av helsetjenester øke. Dette vil kunne føre til at inntektsnivå blir styrende for tilgangen på tilstrekkelig helsetilbud. På sikt vil dette kunne skape store ulikheter i det norske samfunnet.

Spørsmålet blir da hva vi kan gjøre for å sikre et helsevesen som er i stand til å møte den demografiske utviklingen, uten å gå på bekostning av kvaliteten på tilbudet og samtidig unngå en todeling av helsevesenet. Svaret ligger i økt satsing på utvikling og innføring av produktivetsfremmende teknologi og metoder i helsevesenet samt et tett samarbeid med private behandlingsbedrifter for å sikre helsetjenester av høy kvalitet og kostnads-effektivitet.

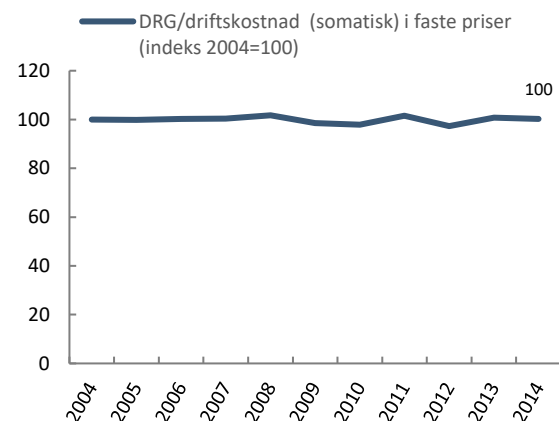
I beregningene knyttet til bemanningsbehovet i Helsesektoren har SSB definert kvalitetsøkning som én prosent økning i årsverk per pasient. Man antar med andre ord at kvaliteten i tilbudet kun kommer fra arbeidskraft, ikke legemidler, diagnostiske verktøy, medisinsk teknologi eller annen teknologi. Vi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

I en Menon-studie fra 2017 fremkom det at investeringer i spesialisthelsetjenesten har blitt nedprioritert i forhold til drift de siste ti årene.<sup>9</sup> Samtidig ser vi at det er betydelig vedlikeholds- etterslep i sykehusbyggene og at den gjennomsnittlige alderen på medisinsk-teknisk utstyr ved

norske sykehus er høy (se kapittel 4.5). Dette har ført til at de ansatte i helsesektoren må utføre sine arbeidsoppgaver med mindre, og ofte også dårligere, utstyr enn hva som er tilgjengelig i markedet. I økonomiske termer betyr dette at *kapitalintensiteten* i sektoren har falt.

Til tross for et tydelig fokus på effektivisering av arbeidsprosessene i sykehusene finner vi at man ikke har klart å øke produktiviteten i helsesektoren. Dette er vist i figuren under der produktivitet er målt som DRG-poeng per driftskrone. Som det kommer frem av figuren har utviklingen vært flat fra 2004 til 2014. Det betyr at driftskostnadene (målt i faste priser) har økt like mye som aktiviteten over perioden. Det er ikke publisert studier av denne typen, på norske data, for årene etter 2014. Det er imidlertid ikke grunn til å tro at produktiviteten i den offentlige helsetjenesten har steget vesentlig siden 2014, blant annet fordi kapitalintensiteten i helsesektoren har steget mye siden 2014.

**Figur 1-4: Produktivitet, faste DRG-poeng per driftskostnad målt i faste priser for somatisk del av spesialisthelsetjenesten. Indeks: 2004=100. Figuren er basert på tall fra Anthun et al. (2016).**



Vår hypotese er at den svake produktivetsutviklingen skyldes at investeringene har blitt nedprioritert og at kapital nå spiller en mindre rolle i Helsesektoren enn tidligere. Denne hypotesen underbygges av gjennomsnittlig alder på medisinsk-

<sup>9</sup> Menon-publikasjon nr. 6/2017

teknisk utstyr ved norske offentlige sykehus, sammenlignet med tilsvarende indikatorer for andre land samt sett opp mot internasjonalt anerkjente retningslinjer. Med kapital i Helsesektoren mener vi alt fra sykehusbygg, sykesenger, datautstyr samt alt medisinsk-teknisk utstyr som EKG-maskiner, CT-skannere etc. Vi ser at kapital utgjør en stabil til negativ andel av sykehusenes utgifter, sett i forhold til antallet leger, sykepleiere og administrativt ansatte.

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

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

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

Nytteverdien av denne teknologien kommer svært tydelig frem i en krisesituasjon som Koronakrisen, hvor det sentrale tiltaket for å avbøte konsekvensene av krisen er «sosial distansering». Bedrifter som tilbyr digitale kommunikasjonsløsninger rettet mot helsesektoren, og da særlig mot primærhelsetjenesten, har i mars 2020 opplevd

en kraftig vekst i etterspørselen etter deres produkter og tjenester.

#### Confrere AS

Confrere.

Confrere AS ble startet i 2017, av Svein Willassen, Dag-Inge Aas og Ida Aalen. Selskapet leverer et videosamtaleverktøy og retter seg mot profesjonelle aktører som møter et stort mangfold av klienter til én-til-én konsultasjoner, som for eksempel fastleger.

Frem til 2020 opplevde selskapet en lavere vekst enn forventet. Dette blant annet fordi fastleger, et viktig marked for Confrere, ikke opplevde at de hadde tid til å benytte seg av tjenesten. Koronasituasjonen har endret situasjonen betydelig for Confrere, som nå opplever en enorm vekst i henvendelser fra fastleger. Nylig ble den gamle «rekorden» i antall samtaler med verktøyet i løpet av én dag slått med en 60-dobling.

Confrere har nylig gjennomført en kapitalinnhenting hvor blant annet venturefondet SNØ deltok. Selskapet ble da verdsatt til 150 millioner kroner.

*Kilder: Confrere.no og Dagens næringsliv (22.04.2020)*

Erfaringene som gjøres med avstandsoppfølging i helsesektoren gjennom Koronakrisen vil forhåpentligvis bidra til at overgangen til bruken av denne typen teknologi skjer raskere enn den ellers ville ha gjort. Det er gjennomført flere evalueringer av denne typen tiltak de siste årene og resultatene herfra viser at bruken av IKT-løsninger bidrar både til en mer effektiv pasientoppfølging i tillegg til at det skaper trygghet for brukerne.

KS, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet har iverksatt et prosjekt, Nasjonalt Velferdsteknologi-program. Prosjektets virkemidler og gevinsten av de teknologiske løsningene har også nylig blitt evaluert og det fremkommer av evalueringen at mellom 75 og 90 prosent av kommunene som har tatt i bruk elektronisk medisineringsstøtte har opplevd tidsbesparelser i utøvelsen av sine helse- og

omsorgsoppgaver.<sup>10</sup> Andelen respondert som rapporter om økt kvalitet i tjenesten som følge av samme velferdsteknologi er tilsvarende eller høyere. Også elektroniske dørlåser blir trukket fram av flere som tidsbesparende og kvalitetsfremmende tiltak.

Fire bydeler i Oslo, St. Hanshaugen, Gamle Oslo, Sagene og Grünerløkka, startet prosjektet Velferdsteknologi i Sentrum (VIS) tidlig i 2014. Utprøvingen er evaluert,<sup>11</sup> og effektene er betydelige for både primær- og spesialisthelsetjenesten. For sistnevnte ble følgende rapportert:

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

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

Det er en utbredt oppfatning at den høye utgiftsveksten i helsesektoren ikke er bærekraftig.<sup>12</sup> I en studie utført av Ny Analyse kommer det fram at potensialet for ressursbesparelser ved innføring av velferdsteknologi er stort. En gjennomsnittskommune vil kunne frigjøre ressurser tilsvarende 55 mill. kroner årlig fram mot 2040 dersom det innføres tilfredsstillende velferdsteknologitiltak (NOU 2016: 3). Dersom kun en moderat effekt av velferdsteknologi legges til grunn, vil andelen som bor på sykehjem på landsbasis reduseres med 22-27 prosent fram mot 2040. Dette vil frigjøre ressurser tilsvarende 20 000-35 000 årsverk, noe som vil

spare samfunnet for 23 mrd. kroner hvert år og fram til 2040.<sup>13</sup> Veksten ville derfor vært enda høyere om bevilgningene til helse hadde tillatt det.



<sup>10</sup>Nasjonalt senter for e-helseforskning (2019) «Evaluering av virkemidlene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram»

<sup>11</sup> Se rapport fra Intro International og Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo: Velferdsteknologi i Sentrum – Innføring av velferdsteknologi i sentrumsbydelene i Oslo.

En kartlegging av effekten. Delleveranse 2 av 2, April 2016

<sup>12</sup> Produktivitetskommissjonen (NOU 2016: 3)

<sup>13</sup> Ny Analyse og Samfunnsøkonomisk analyse (2015): IKT og produktivitet. Betydningen av IKT for produktivitetsveksten i Norge.

## 2. Verdiskaping og lønnsomhet i Helsenæringen

### 2.1. Helsenæringen



Verdiskapingen i Helsenæringen har steget med over 80 prosent gjennom de siste ti årene. I 2018 skapte den private Helsenæringen i Norge verdier for over 56 mrd. kroner. Dette tilsvarer en vekst på 4,7 prosent fra året før, hvilket er noe lavere enn den gjennomsnittlige årlige veksten i næringen de siste ti årene. Det var særlig i årene 2015 og 2016 næringen skjøt fart, med årlige vekstrater på rundt ti prosent. I 2018 sysselsatte næringen over 75 000 personer. Av Tabell 2-1 fremgår utviklingen i verdiskapingen, fra 2008 til 2018.

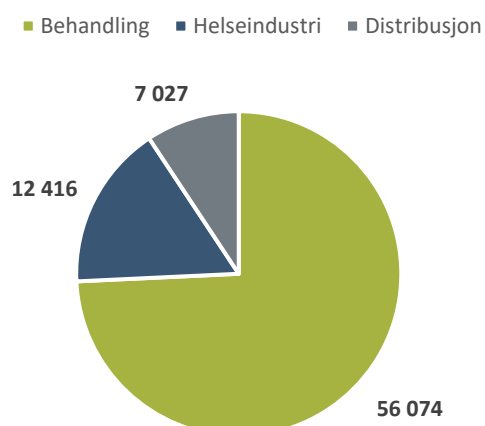
Tabell 2-1: Verdiskaping for helsenæringen 2008 og 2018 etter hovedgruppe (mill. NOK). Kilde: Menon

	2008	2018	Endring	Endring %
Helseindustri	11 022	19 090	8 067	73 %
Distribusjon	3 623	5 798	2 174	60 %
Behandling	16 394	31 526	15 132	92 %
<b>Totalt</b>	<b>31 039</b>	<b>56 413</b>	<b>25 374</b>	<b>82 %</b>

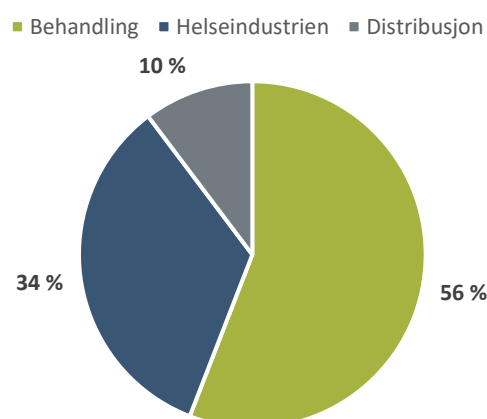
#### 2.1.1. Verdiskaping

I Figur 2-1 og Figur 2-2 fremkommer fordelingen av hhv. sysselsetting og verdiskaping mellom hovedgruppene i Helsenæringen i 2018. Behandlingsleddet er den største hovedkategorien i den private Helsenæringen, og representerte 56 prosent av verdiskapingen i 2018. Målt etter antall sysselsatte utgjorde Behandlingsleddet hele 74 prosent. Helseindustrien, selskapene med virksomhet knyttet til utvikling og produksjon av helse-relatert utstyr, sto for 34 prosent av verdiskapingen og om lag 16 prosent av sysselsettingen.

Figur 2-1: Antall sysselsatte i Helsenæringen, etter hovedgruppe i 2018. Kilde: Menon



Figur 2-2: Verdiskaping i Helsenæringen, etter hovedgruppe i 2018 (pst.). Kilde: Menon



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

1. Det er en vesentlig høyere kapitalintensitet i Helseindustrien
2. Det er færre deltidsansatte i Helseindustrien enn i Behandlingsleddet

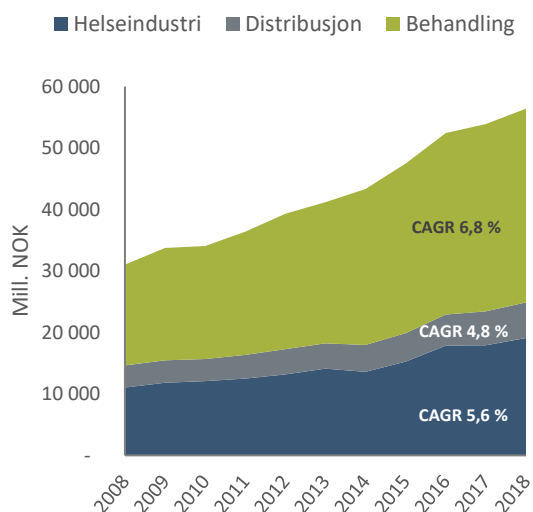
Figur 2-3 illustrerer utviklingen i verdiskapingen i Helsenæringen de siste ti årene. Den samlede verdiskapingsveksten fra 2008 til 2018 var på om lag 82 prosent. Til sammenligning var den tilsvarende veksten for det samlede norske næringslivet (ekskl. olje og gass) på 54 prosent. Helsenæringen har økt som andel av norsk økonomi gjennom den siste tiårsperioden.

## Verdiskaping – hva det er og hvordan det måles?

En sektors størrelse kan måles på ulike måter. Det beste målet er etter vårt skjønn verdiskaping. Selv om dette begrepet i mange tilfeller blir benyttet løselig og med varierende innhold, har det fra et samfunnsøkonomisk perspektiv en presis og entydig betydning. Verdiskaping beregnes som bedriftenes omsetning fratrukket kjøp av varer og tjenester. Det betyr samtidig at bedriftenes verdiskaping tilsvarer summen av lønnskostnader og EBITDA (dvs. driftsresultat før renter, skattekostnader og av- og nedskrivninger). Innleide konsulenter, midlertidig ansatte og annet innleid personale som ikke er en del av vår definisjon av helsenæringen faller til dels utenfor våre tall både for helsenæringen og for hoved- og undergrupper.

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

**Figur 2-3: Verdiskaping i Helsenæringen fra 2008 til 2018 etter hovedgruppe (mill. NOK). Kilde: Menon**



Det fremkommer av figuren ovenfor at veksttakten i de tre hovedkategoriene i Helsenæringen har variert gjennom de siste ti årene. Behandlingsleddet, den største delen av Helsenæringen, har hatt den klart sterkeste veksten. Behandlingsvirksomhetene i den private Helsenæringen hadde en verdiskapingsvekst fra 2008 til 2018 på hele 92 prosent. Dette tilsvarer en gjennomsnittlig årlig vekst på hele 6,8 prosent. Tilsvarende vekstrater for hhv. Helseindustrien og Distribusjon var 5,6 og 4,8 prosent.

### 2.1.2. 2017 – markerte det et trendskifte eller en midlertidig vekstreduksjon?

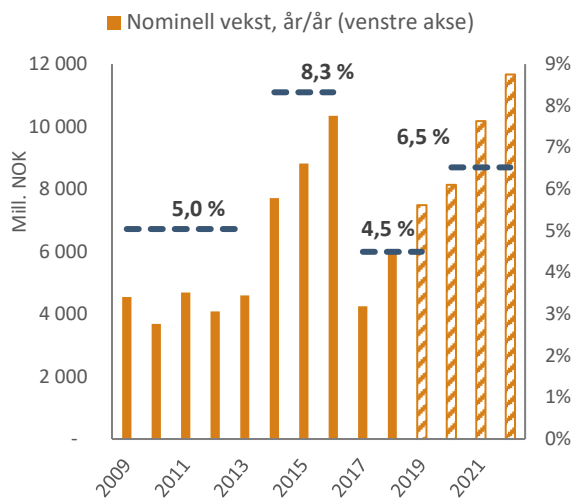
Av regnskapstallene for virksomhetene i den norske Helsenæringen fremkommer det at omsetningsveksten for næringen samlet har variert betydelig opp gjennom de siste ti årene. Som det fremkommer av figuren nedenfor er det særlig perioden 2014 til 2016 som skiller seg ut. I disse tre årene hadde Helsenæringen en årlig vekst på 8,3 prosent, i gjennomsnitt. Ser en nærmere på tallene finner vi at den økte veksten i Helsenæringen i denne perioden ikke ble drevet av enkeltbransjer i næringen, men forekom bredt.

Mulige forklaringer på den høye omsetningsveksten i perioden 2014-2016 kan for de private behandlingsaktørene være asylkrisen i 2015. Den situasjonen bidro til at deler av den private helse- og omsorgsbransjen opplevde en betydelig, men midlertidig, økning i etterspørselen.

Vedrørende Helseindustrien finner vi at det særlig var i 2015 og 2016 at denne delen av næringen opplevde «unormalt» høy vekst. I Helseindustrien ser vi at dette særlig var drevet av de største bedriftene i bransjen, som GE Healthcare, Fresenius Kabi, Laerdal Medical og Novartis Norge.



**Figur 2-4: Helsenæringens årlige omsetningsvekst (i NOK) og gjennomsnittlig prosentvis vekst i utvalgte perioder fra 2009 til 2018 (estimat for 2019 og prognoser for 2020-2022). Kilde: Menon**



På samme måte som 2014 markerte starten på et positivt taktskifte for Helsenæringen, markerte 2017 en «korreksjon». Veksten for næringen samlet var i 2017 på 3,4 pst. – en betydelig reduksjon fra nivåene på rundt 8,5 pst. i de tre foregående årene. Som med oppgangen i årene 2014-2016 var også vekstreduksjonen i 2017 generell for hele næringen, og ikke begrenset til enkeltgrupper. Like fullt finner vi at vekstfallet var særlig kraftig i Helseindustrien, som hadde en samlet omsetningsvekst på kun 1,6 pst. i 2017 (sammenlignet med vekstrater på mellom 10 og 11 pst. i de to foregående årene).

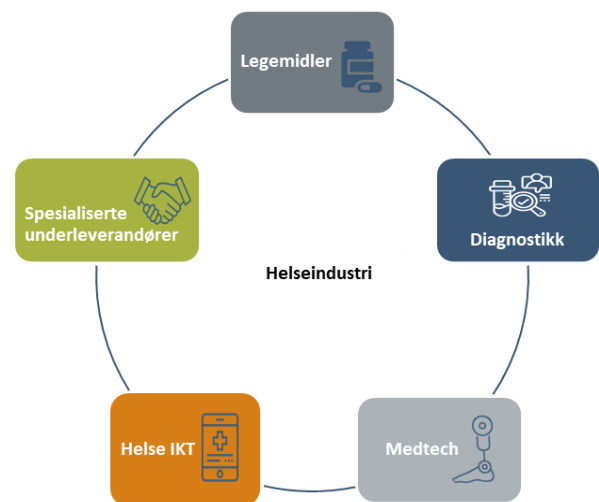
I fjorårets rapport stilte vi oss spørsmålet om hvorvidt 2017 markerte et trendskifte for den norske Helsenæringen, eller om året markerte et midlertidig «hvileskjær». Vi konkluderte da med at vekstfallet trolig var midlertidig, blant annet på bakgrunn av bransjeaktørenes egne tilbakemeldinger og deres tallfestede vekstestimer for 2018.

Både regnskapstallene for 2018, samt bransjeaktørenes egne estimer for 2019 og prognosene for årene 2020-2022, som fremkommer i 2-4, antyder at vekstfallet i 2017 var midlertidig. Om prognosene treffer vil Helsenæringen vokse med om lag 6,5 pst. i året i de neste tre årene. Dette er en høyere vekstrate enn det næringen i gjennom-

snitt har hatt den siste tiårsperioden (som har vært på i underkant av 6 pst.).

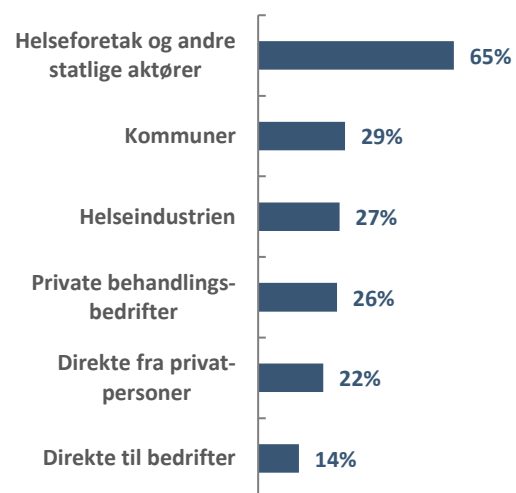
## 2.2. Helseindustrien

Helseindustrien er inndelt i fem bransjer; Legemidler, Diagnostikk, Medtech, Helse IKT samt Spesialiserte underleverandører.



Helseindustrien utvikler og produserer produkter og løsninger til anvendelse i behandlingen av pasienter og omsorgstrengende. Den klart viktigste kundetyper for den norske Helseindustrien er derfor institusjoner som leverer denne typen tjenester.

**Figur 2-5: Foretakene i Helseindustriens rapportering på spørsmålet; Hvilke kundetyper leverer din virksomhet helserelaterte produkter/tjenester til? Kilde: Menon**



Som det fremkommer av figuren over oppgir 65 prosent av bedriftene i Helseindustrien at de leverer produkter eller tjenester til de offentlige helseforetakene og andre statlige behandlingsinstitusjoner. Videre kan resultatene tolkes dit hen at det er et stort spenn i produkter og tjenester som bedriftene i den norske Helseindustrien utvikler og produserer. For eksempel er det grunn til å tro at mange bedrifter innen Helse IKT, som utvikler og drifter løsninger innen velferdsteknologi, har både kommuner, privatpersoner og private behandlingsbedrifter på sine kundelister. Spesialiserte underleverandører vil til sammenligning i større grad levere produkter og tjenester til andre aktører i Helseindustrien, mens Medtechbedrifter kan være leverandører til alle de oppførte kundetyperne, i denne fremstillingen.

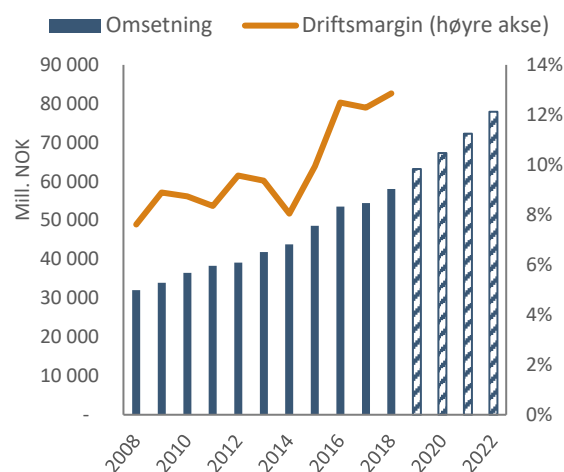
### 2.2.1. Sterk, men ujevn vekst i Helseindustrien

Samlet omsetning for Helseindustrien i 2018 var på i overkant av 58 mrd. kroner. Dette var en økning på over 3,5 mrd. fra 2017, hvilket tilsier en omsetningsvekst på 6,5 prosent. Helseindustriens vekst i 2018 ligger rundt hva som har vært gjennomsnittet for de siste ti årene. Dette er gledelig, etter at 2017 markerte et brudd fra de foregående årene med en vekst på bare 1,8 prosent (se Figur 2-7).

Bedriftenes egne estimater for veksten i 2019, samt prognosene for årene frem til 2022 antyder at veksten skal øke til høyere nivåer i årene fremover. Dersom anslagene treffer, vil den samlede omsetningen i Helseindustrien i 2022 utgjøre nesten 78 mrd. kroner. Merk at tallmaterialet som ligger til grunn for omsetningsprognosen for Helseindustrien for årene 2020-2022 er hentet inn før bevisstheten om Koronakrisen og dets virkninger var tydelige for bedriftene. Det er i skrivende stund svært uklart hvordan bedriftene i

den norske Helseindustrien vil påvirkes av Koronakrisen. Dette drøftes ytterligere i kapittel 2.2.6.

**Figur 2-6: Omsetning og driftsmargin for Helseindustrien fra 2008 til 2018, samt estimat for 2019 og prognose for 2020-2022 (mill. NOK). Kilde: Menon**



Omsetningsestimaterne for 2019 er basert på innhentede omsetningstall direkte fra bedrifter og via årsrapporter og deretter estimert for resterende aktører på undergruppenivå. På tilsvarende måte er omsetningsprognosene for 2020-2022 basert på innhentede vekstanslag direkte fra bedrifter.<sup>14</sup>

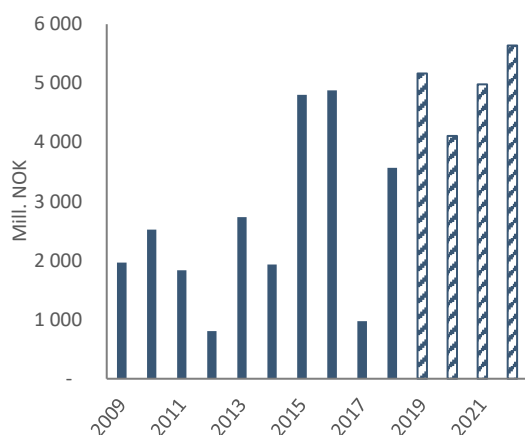
I Figur 2-6 fremkommer utviklingen i Helseindustriens omsetning samt industriens samlede driftsmargin fra 2008 til 2018, samt omsetnings-estimat for 2019 og omsetningsprognoser for 2020-2022. I 2015 og 2016 økte både veksttakten og lønnsomheten i Helseindustrien betydelig. Det er gledelig å se at selv om veksttakten i etterkant av disse årene har variert, fremstår det som om lønnsomhetsnivået i industrien har etablert seg på et signifikant høyere nivå de senere årene, sammenlignet med årene frem til 2015. Helseindustriens samlede driftsmargin har de fire siste årene ligget på rundt 12 prosent. Som det

<sup>14</sup> I spørreskjemaet ble bedriftene bedt om å oppgi omsetning i 2018 og 2019 samt forventet omsetningsvekst i 2020. Ut ifra disse tallene beregnet vi en vektprosent for hver av de fem undergruppene som ble brukt til å estimere en prognose for Helseindustriens

helserelevante omsetning for perioden 2020-2022. Ettersom det kun er et begrenset antall bedrifter vi har denne informasjonen fra, vil enkeltbedrifter av en viss størrelse som venter høy vekst få stor betydning for estimatene og prognosene.

fremkommer av figuren over er dette vesentlig høyere enn i de foregående årene – samlet driftsmargin for Helseindustrien lå i årene fra 2008 til 2014 på i underkant av 9 pst.

**Figur 2-7: Endring i omsetning fra året før for Helseindustrien fra 2009 til 2018 (2022) (mill. NOK). Kilde: Menon**

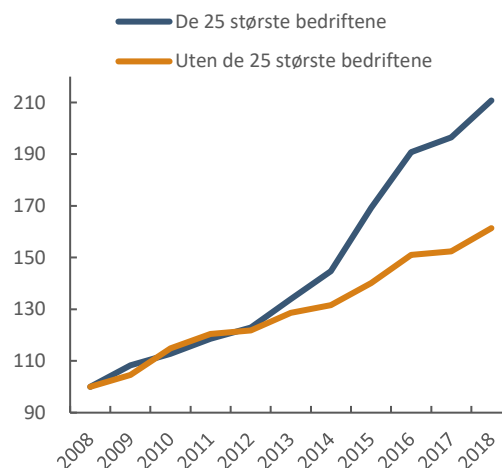


Både fallet i omsetningsveksten i Helseindustrien fra 2016 til 2017 og økningen i veksttakten i 2018 kan særlig tilskrives én bransje – Legemidler. Dette er den største bransjen i Helseindustrien, målt i omsetning, og utgjorde om lag halvparten av hele Helseindustrien i 2018. Der økningen i omsetningen blant bedriftene i Legemidler økte med 246 mill. kroner i 2017, hvilket tilsvarer en vekst på kun 1 prosent, var økningen i 2018 på hele 2,4 mrd. kroner – tilsvarende 9,6 prosent.

De siste årenes omsetningsutvikling i Helseindustrien – med en kraftig vekstøkning i 2015 og 2016, en vesentlig vekstreduksjon i 2017 og en ny vekstøkning i 2018 – kan til en grad tilskrives utviklingen innen Legemidler. Men, det er også interessant å observere hvordan de siste ti årenes vekst varierer mellom ulike størrelsessegmenter i Helseindustrien, og ikke bare mellom ulike bransjer. Figur 2-8 illustrerer utviklingen i omsetning for henholdsvis de 25 største enkeltbedriftene i Helseindustrien (de fem største bedriftene i hver av de fem bransjene) og for resten av den norske Helseindustrien, fra 2008 til 2018. Av figuren kan vi se at de største bedriftene har hatt en høyere årlig omsetningsvekst i alle år siden 2012. Sammen-

holder vi Figur 2-8 med Figur 2-7 ser vi også at *all* veksten i Helseindustrien i 2017 *utelukkende* kan tilskrives utviklingen blant de 25 største selskapene samt at disse selskapene også var den viktigste driveren for økningen i veksten i 2018.

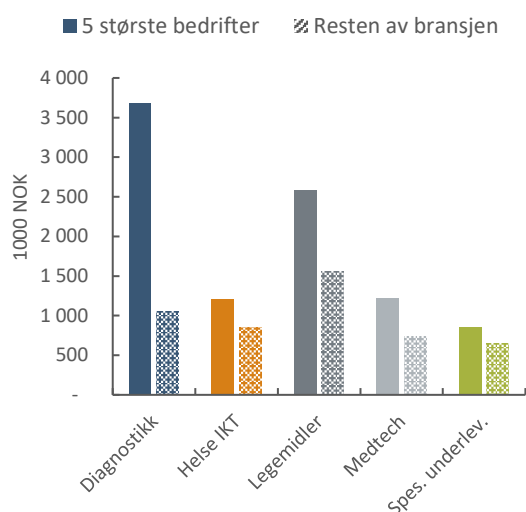
**Figur 2-8: Indeksert årlig omsetningsvekst i Helseindustrien for de 5 største selskapene i hver undergruppe og uten disse selskapene. Basisår=2008. Kilde: Menon**



Hva skyldes så denne utviklingen – at de store selskapene utgjør en stadig større andel av den norske Helseindustrien?

En viktig forklaring er at helseindustri, spesielt legemidler, er kjennetegnet ved lange utviklingsløp og stor usikkerhet, men samtidig en svært stor oppside hvis man først lykkes. Det er da naturlig at veksttakten blir svært forskjellig mellom bedrifter som fått et markedsgjennombrudd og de som ikke har det. Utviklingskostnadene er irreversible og faste, og jo større volumer man fordele dem på, desto lavere blir kostnadene per enhet. Dermed blir også produktiviteten høyere, noe vi tydelig ser av figuren nedenfor. I alle bransjene i helseindustrien er produktiviteten (målt som verdiskaping per ansatt) vesentlig høyere enn for de fem største bedriftene enn for resten.

**Figur 2-9: Verdiskaping per ansatt for Helseindustrien etter undergruppe i 2018 – sammenligning av de fem største bedriftene i gruppen med resten av bedriftene i gruppen. Kilde: Menon**



En annen, og nært relatert, forklaring på den store forskjellen i vekst indikasjon er at de største bedriftene har en høy andel av inntektene fra eksportmarkeder. Som vi dokumenterer i kapittel 7 kan det aller meste av eksporten fra Helseindustrien knyttes til noen få store bedrifter. De fem største eksportørene står for over 60 prosent av all eksport i Helseindustrien. En stor andel av de mindre bedriftene har også eksport, men eksportinntektene utgjør en mindre andel av inntektene. Å lykkes i internasjonale markeder krever ofte store investeringer i salgskanaler, relasjoner til beslutningstakere og andre markedsaktiviteter. Disse kostnadene er faste og skaper derfor stordriftsfordeler som vil ha samme effekt på produktivitet som utviklingskostnader har.

En annen type forklaring er at det har vært en konsolidering i Helseindustrien de siste ti årene. Når vi måler veksten blant «de store» med utgangspunkt i hvilke selskaper som har størst omsetning i 2018 kan dette fange opp selskaper som har kjøpt opp (eller slått seg sammen med) andre selskaper i tidligere år. Den indekserte veksten blant de 50 største selskapene i Helseindustrien er dermed ikke nødvendigvis «organisk».

En tredje forklaring er at trenden i Figur 2-8 kan tilskrives de store bedriftene innen Legemidler.

## Vaccibody AS



I 2007 tok Agnes Fredriksen doktorgrad i immunologi ved Universitetet i Oslo. Samme år startet hun Vaccibody sammen med sine veiledere, professorene Bjarne Bogen og Inger Sandlie. 13 år senere har life science-selskapet 19 ansatte og Vaccibody anses som ledende innen det raskt voksende feltet av individualisert kreftbehandling.

Selskapet startet med å utvikle en vaksine som tvinger kroppen til å lage en immun-respons. Den første kreftvaksinen ble testet ut på mennesker i 2015 og første runde av den kliniske studien førte frem til et samarbeid med legemiddelgiganten Roche.

Deres nyeste satsning går ut på å lage skreddersydde vaksiner til den enkelte kreftpasient, såkalt neoantigen-vaksine. En klinisk studie av de skreddersydde vaksinene startet opp i april 2018. Studien er blant de første i verden hvor en vaksine som er tilpasset individuelt blir testet på pasienter med kreft-svulster. Foreløpige resultater tilsier at Vaccibody er best i verden på å generere sterke immunresponser.

Det harde arbeidet har medført betydelig interesse fra norske investorer. For ett år siden kunngjorde selskapet at de hentet 230 millioner kroner fra private investorer.

*Kilde: Vaccibody og LMI*

Dette er i stor grad datterselskaper av store internasjonale konsern, og flere av disse selskapene har hatt en høy omsetningsvekst de siste årene. Dette kan igjen skyldes at den norske statskostnader til legemidler, gjennom helseforetakene og blåreseptordningen, har steget med hele 40 pst. i perioden fra 2013 til 2018 (tall fra *Reseptregisteret*, Folkehelseinstituttet).

### 2.2.2. Økt verdiskapingsvekst, etter et svakt 2017

Verdiskapingen i Helseindustrien var i 2018 på underkant av 20 mrd. kroner, en økning på om lag 1,3 mrd. kroner fra 2017. Dette tilsvarer en verdi-

skapingsvekst på 7,2 prosent. Til sammenligning var omsetningsveksten på 6,5 prosent. Dette betyr at *verdiskapingsgraden* – verdiskapingens andel av omsetningen – i Helseindustrien har steget fra 2017 til 2018. Dette kan bety at den norske Helseindustrien kjøper flere innsatsfaktorer fra andre norske selskaper i Helseindustrien (på bekostning av import) eller at arbeidskraftproduktiviteten har steget (driftsresultatene i Helseindustrien har økt uten at dette har gått på bekostning av lønnskostnadene).

Verdiskapingen i Helseindustrien utgjorde 34 prosent av verdiskapingen i Helsenæringen i 2018. Til sammenligning utgjorde Helseindustrien 35,5 prosent av Helsenæringen i 2008, målt i verdiskaping. Selv om det har vært et fall i Helseindustriens relative størrelse innad i Helsenæringen fra 2008, har andelen steget fra 2017 til 2018.

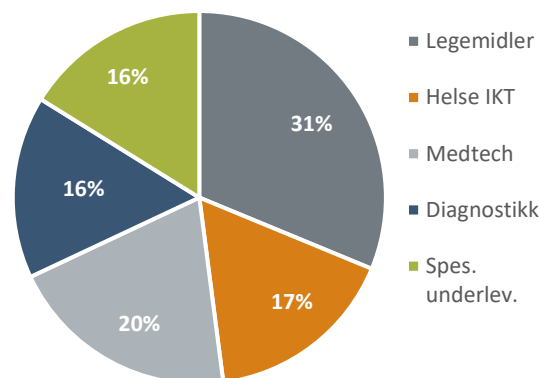
I perioden fra 2008 til 2018 har verdiskapingen i Helseindustrien steget fra 11,3 til 19,6 mrd. kroner, en vekst på 73 prosent og en gjennomsnittlig årlig vekstrate på 5,6 prosent. Tilsvarende vekstrate for Behandlingsleddet er 6,8 prosent. I 2015 og 2016 opplevde Helseindustrien en vesentlig høyere vekst enn virksomhetene i Behandlingsleddet, basert på innrapporterte regnskapsdata. I 2017 snudde dette bildet til at Behandlingsaktørene hadde høyere vekst, før det i 2018 igjen var Helseindustrien som hadde høyest vekst.

**Tabell 2-2: Verdiskaping for Helseindustrien 2008 og 2018 etter undergruppe (mill. NOK). Kilde: Menon**

	2008	2018	Endring	Endring %
Legemidler	4 228	7 445	3 216	76 %
Diagnostikk	3 032	6 316	3 284	108 %
Medtech	1 604	2 058	454	28 %
Helse IKT	1 204	2 202	998	83 %
Spesialiserte underlev.	1 267	1 617	350	28 %
<b>Totalt</b>	<b>11 335</b>	<b>19 638</b>	<b>8 302</b>	<b>73 %</b>

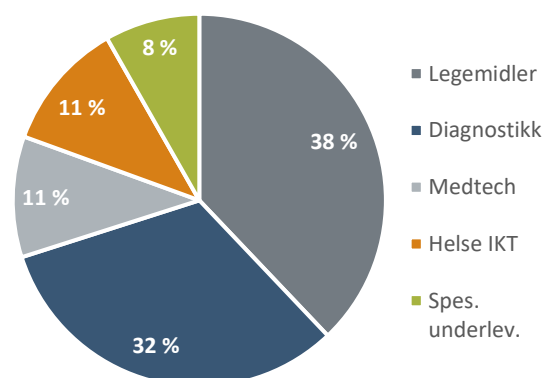
I 2018 var det sysselsatt i alt 12 900 personer i Helseindustrien. Legemidler var den største bransjen med 4 029 sysselsatte. Dette er illustrert i Figur 2-10.

**Figur 2-10: Sysselsatte i Helseindustrien etter undergruppe i 2018. Kilde: Menon**

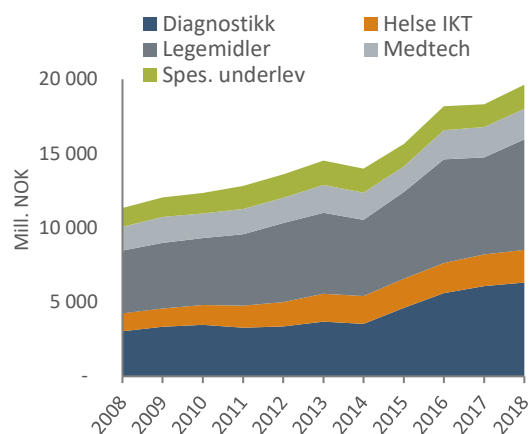


Figur 2-11 viser verdiskapingen for Helseindustrien, fordelt på etter undergruppene. Legemidler og Diagnostikk er de to klart største bransjene og står sammen for over to tredeler av verdiskapingen i Helseindustrien. Helse IKT, Medtech og Spesialiserte underleverandører utgjør til sammen den resterende tredjedelen.

**Figur 2-11: Verdiskaping for Helseindustrien i 2018 etter undergruppe. Kilde: Menon**



Figur 2-12: Verdiskapingsutvikling i Helseindustrien fra 2008 til 2018 etter undergruppe (mill. NOK). Kilde: Menon



Figur 2-12 viser at utviklingen i verdiskaping for de fem bransjene i Helseindustrien har variert gjennom den siste tiårsperioden. Diagnostikk er den største gruppen målt i verdi, og står for den største absolutte veksten på 3,3 mrd. kroner, tilsvarende en vekst på 108 prosent – over en dobling – over perioden 2008 til 2018. Deretter følger Legemidler med en noe lavere absolutt verdiskapingsvekst på 3,2 mrd. kroner. Veksten innen Diagnostikk drives hovedsakelig av ett selskap. GE Healthcare har alene hatt en vekst i verdiskaping fra 2014 til 2018 på 2,4 mrd. kroner, etter flere år med svak vekst frem til 2014. Veksten fra 2014 til 2018 tilsvarer 87 prosent av verdiskapingsveksten for bransjen Diagnostikk, og målt i verdiskaping representerer selskapet hele 72 prosent av Diagnostikkbransjen i 2018. Målt i omsetning utgjør selskapet til sammenligning over halvparten av bransjen. Dette viser at en større del av omsetningen til GE Healthcare er knyttet til verdiskaping i Norge enn hva som er normen i resten av den norske Diagnostikkbransjen. GE Healthcare<sup>15</sup> er Norges klart største helseindustrielskap – og er også svært lønnsomt.

<sup>15</sup> Inkluderer ikke GE Vingmed Ultrasound

### Oncoinvent AS



Oncoinvent ble etablert i 2010 og er det tredje kreftelskapet Roy Hartvig Larsen og Øyvind Sverre Bruland etablerer. Algeta var kreftforskernes første selskap og selskapet ble solgt til farmasigiganten Bayer for 17,6 milliarder kroner. Det andre selskapet, Nordic Nanovector, har i dag, mars 2020, en børsverdi på nærmere 1 milliard kroner.

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

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

Kilde: Oncoinvent.no

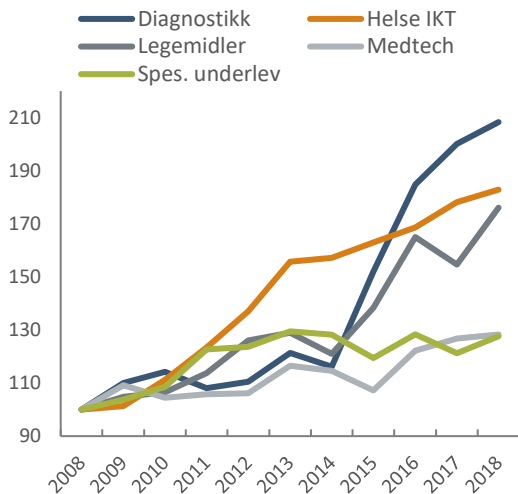
Medtech er, sammen med Spesialiserte underleverandører, blant bransjene i Helseindustrien som hadde lavest vekst, 28 prosent, gjennom hele 10-årsperioden (se Figur 2-13). I likhet med de andre bransjene var 2017 et år preget av svak vekst sammenlignet med 2016, med 3,7 prosent verdiskapingsvekst i 2017 sammenlignet med en vekst på hele 14 pst. i det foregående året. Til forskjell fra Helseindustrien som helhet var imidlertid også 2018 et svakt år for Medtech, målt i verdiskapingsvekst. Medtech hadde i 2018 en vekst på kun 1,2 pst.

Helse IKT er på sin side en av bransjene som har hatt høyest verdiskapingsvekst over perioden, med 83 pst. Helse IKT representerer imidlertid kun 11 prosent av Helseindustrien målt i verdiskaping.

Figur 2-13 viser veksten i verdiskaping for bransjene i Helseindustrien. Den sterke veksten i 2015 og 2016

samt den svake utviklingen i 2017 – som primært skyldes Legemidler – kommer tydelig frem. Store deler av utviklingen innen Diagnostikk i perioden 2008-2018 kan tilskrives selskapet GE Healthcare.

**Figur 2-13: Indeksert vekst i verdiskaping for undergruppene i Helseindustrien. Basisår=2008. Kilde: Menon**



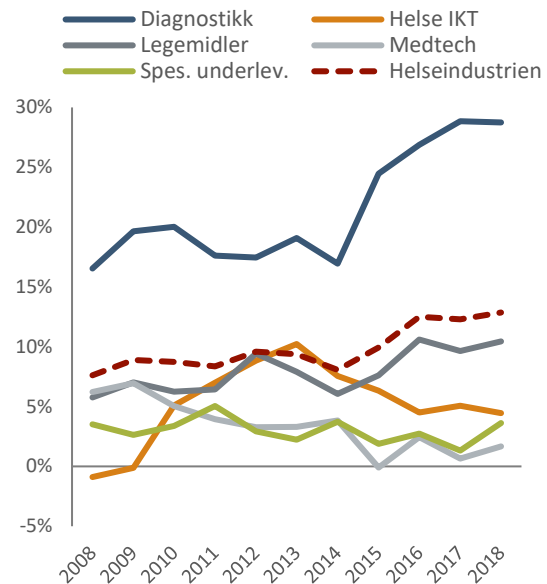
Som det tydelig fremkommer av figuren over var 2017 et svakt år for Legemidler i særdeleshet – med en reduksjon i verdiskapingen sammenlignet med 2016. Dette fallet kan bl.a. tilskrives en stor enkeltaktør, Optinose, men fallet i verdiskaping for bransjen som helhet kan ikke tilskrives en aktør alene. Det var en rekke bedrifter som hadde en svak utvikling dette året. Som figuren tydelig illustrerer opplevde Legemidler imidlertid en kraftig vekst i 2018, noe som indikerer at fallet i 2017 trolig ikke var et tydelig veiskille for bransjen.

### 2.2.3. Varierende lønnsomhet

Figur 2-14 viser utviklingen i driftsmarginen for hver av de fem undergruppene i Helseindustrien fra 2008 til 2018, samt driftsmarginen for Helseindustrien samlet. Diagnostikk har hatt klart høyest marginer – særlig i den siste delen av perioden. Det store bildet viser at bransjene i grove trekk har beholdt sin plassering vis-à-vis hverandre, med unntak av Helse IKT som, etter først å ha sett en sterkt bedret lønnsomhet de siste årene, har falt tilbake. Det

fremkommer også at Legemidler har hatt en bedret lønnsomhetsutvikling de siste årene.

**Figur 2-14: Driftsmarginer for bransjene i Helseindustrien fra 2008 til 2018. Kilde: Menon**



Diagnostikk har over hele perioden høyest driftsmargin. Samlet har bransjen en driftsmargin i 2018 på 29 prosent, det høyeste nivået i hele perioden og hele 12 prosentpoeng høyere enn nivået i 2014. Som med verdiskapingsveksten finner vi at en stor del av forklaringen bak utviklingen i lønnsomheten i Diagnostikkbransjen opp gjennom perioden kan tilskrives ett enkelt selskap, GE Healthcare. Dersom GE Healthcare utelates faller driftsmarginen i Diagnostikkbransjen i 2018 med 23 prosentpoeng, til 6 prosent. I de resterende årene lå driftsmarginen på mellom 4 og 7 prosent, når vi utelukker GE Healthcare.

Lønnsomhetsutviklingen er mindre oppløftende for Medtech. I denne bransjen har driftsmarginen falt gjennom perioden og har de to siste årene ligget på under 2 prosent. En viktig forklaring på den store forskjellen i lønnsomhet mellom bransjene Medtech og Diagnostikk er andelen gründerbedrifter og store internasjonale selskaper i bransjene. Medtech kjennetegnes av mange selskaper uten eller med liten inntekt, og dermed med lave og negative marginer. Innenfor

Diagnostikk og Legemidler er det også en underskog av små oppstartsbedrifter, men disse bransjene domineres likevel av store internasjonale selskaper som løfter lønnsomheten for bransjen som helhet. Det er langt færre (og de er mindre) av denne typen selskaper i Medtech.

Helse IKT har sett betydelige svingninger i bransjens samlede driftsmarginer gjennom perioden. Som det fremkommer av Figur 2-14 bedret lønnsomheten seg vesentlig i årene fra 2008 til 2013, før driftsmarginen falt sammenhengende frem til 2017. IBM Norge og CSAM Health forklarer mye av utviklingen i driftsmarginer for bransjen Helse IKT gjennom perioden. Begge selskap erfarte lønnsomhetsvekst fra 2009 til 2013, før lønnsomheten falt i de etterfølgende årene.

Innad i bransjene kan det også være store variasjoner. 40 prosent av selskapene i bransjen Diagnostikk hadde negativt driftsresultat i 2018. Likevel er det i denne gruppen vi finner den høyeste samlede driftsmarginen. Bakgrunnen er at Diagnostikk domineres av tidligere nevnte GE Healthcare.

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

**Tabell 2-3: Driftsmargin for medianbedrift etter undergruppe i helseindustrien fra 2016 til 2018. Kilde: Menon**

	2016	2017	2018
Legemidler	3 %	1 %	3 %
Diagnostikk	2 %	3 %	4 %
Medtech	4 %	4 %	3 %
Helse IKT	4 %	3 %	0 %
Spesialiserte underleverandører	2 %	4 %	3 %
Helseindustrien	4 %	3 %	3 %

Det fremkommer av Tabell 2-3 at de betydelige forskjellene mellom bransjenes driftsmarginnivåer, observert i Figur 2-14, er utjevnet i sammenligningen av mediannivåene innad i bransjene. Særlig for Diagnostikk og Legemidler er forskjellene i driftsmarginer mellom medianbedriften og

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

Medianbedriften for bransjen Helse IKT har hatt den svakeste utviklingen i driftsmargin over de tre årene fra 2016 til 2018. Dette er også en av bransjene hvor medianbedriften best representerer sin bransjes aggregerte nivå. Som vi har diskutert tidligere preges også driftsmarginen for Helse IKT samlet, i likhet med Diagnostikk og Legemidler, av enkelte store selskaper. Like fullt illustrerer mediannivået i Helse IKT at de største selskapene i bransjen ikke nødvendigvis skiller seg systematisk fra resten av bransjen hva angår lønnsomhet.

I Helseindustrien totalt har mediandriftsmarginen de siste årene ligget mellom tre og fire prosent. Dette er lavere enn mediannivået i norsk fastlandsøkonomi i samme periode. Vi finner at mediannivået på driftsmarginer blant alle norske foretak i årene 2016, 2017 og 2018 lå på rundt 7 prosent.

#### 2.2.4. Den norske Helseindustrien i et internasjonalt perspektiv

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

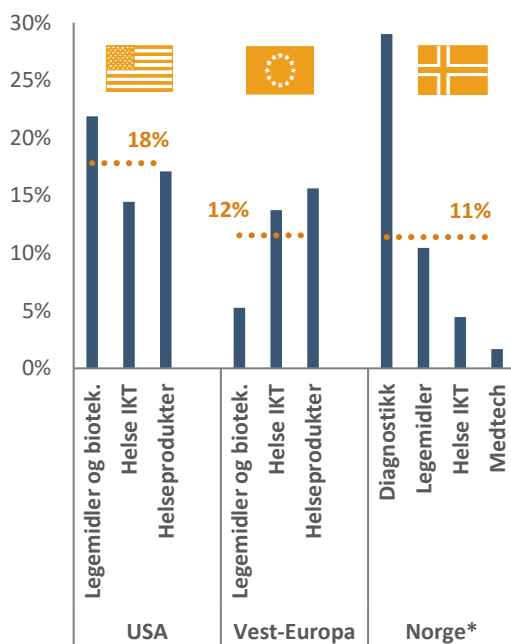
I Figur 2-15 har vi fremstilt driftsmarginene til fire av bransjene i den norske Helseindustrien sammen med tilsvarende indikatorer for lignende bransjer i hhv. USA og Vest-Europa. Det er i tolkningen av denne figuren viktig å ha for seg at resultatene fra hhv. USA og Vest-Europa ikke er *direkte sammenlignbare* med driftsmarginene for Helseindustrien i Norge. Det er to årsaker til dette. For det første er ikke bransjeinndelingen enhetlig – e.g. inneholder bransjen «Legemidler og bioteknologi» fra de internasjonale dataene bedrifter av en type som i den norske Helseindustrien ville blitt klassifisert som enten Diagnostikk eller Legemiddelbedrifter.



For det andre er det kun børsnoterte selskap som er med i grunnlaget for USA og Vest-Europa, mens grunnlaget i de norske dataene er alle regnskapspliktige foretak. Dette fører til at det er en overrepresentasjon av store modne selskap i beregningene av driftsmarginnivåene i USA og Vest-Europa, sammenlignet med de norske dataene.

Det fremkommer at de gjennomsnittlige driftsmarginene i den amerikanske helseindustrien i 2017 er høyere enn i Vest-Europa og Norge. Dette resultatet står seg også for næringslivet generelt, selv om differansen er større innen helse enn for næringslivet totalt. Av tallene fra NYU fremkommer det at den samlede driftsmarginen for alle selskapene i USA var 2,5 prosentpoeng høyere enn for en tilsvarende beregning for Vest-Europa.

**Figur 2-15: Driftsmarginer i Helseindustrien i USA, Vest-Europa og Norge i 2018. I dataene for amerikanske og Vest-europeiske selskap inngår kun børsnoterte selskap<sup>16</sup>. Kilde: Stern School of Business, NYU og Menon**



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

<sup>16</sup> Merk at bransjevågrensningene ikke er fullstendig overlappende. Dette innebærer at selskapene innen både Legemidler og Diagnostikk best sammenlignes med den brede definisjonen «Legemidler og bioteknologi» for de

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

Den samlede driftsmarginen i den norske Helseindustrien er på linje med den gjennomsnittlige driftsmarginen i den vest-europeiske Helseindustrien. Merk imidlertid at driftsmarginen for den norske Diagnostikkbransjen (og Helseindustrien samlet) i stor grad farges av ett enkelt selskap – GE Healthcare. Om man beregner samlet driftsmargin for Diagnostikkbransjen og Helseindustrien uten å inkludere dette selskapet faller driftsmarginen i den norske Helseindustrien fra 13 til 7 prosent (driftsmarginen for Diagnostikkbransjen faller fra 29 til 6 prosent).

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



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

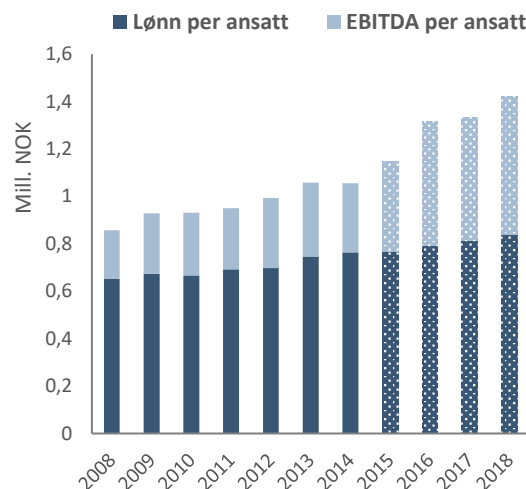
## 2.2.5. Produktiviteten har steget med over 4,5 pst i året, i perioden 2008-2018

Figur 2-16 nedenfor viser produktivitetsutviklingen i Helseindustrien målt ved verdiskaping per ansatt (total høyde på søylene) og som lønnskostnader per ansatt (nederste del av søylene). Lønnskostnader per ansatt viser en relativt stabil årlig vekst, fra 650 000 kroner i 2008 til 760 000 kroner i 2014. Den samlede veksten i perioden var 26 prosent, noe som tilsvarer en gjennomsnittlig årlig vekst på i overkant av tre prosent. Også i perioden 2015 til 2018 har den gjennomsnittlige årlige veksten ligget på rundt tre prosent.

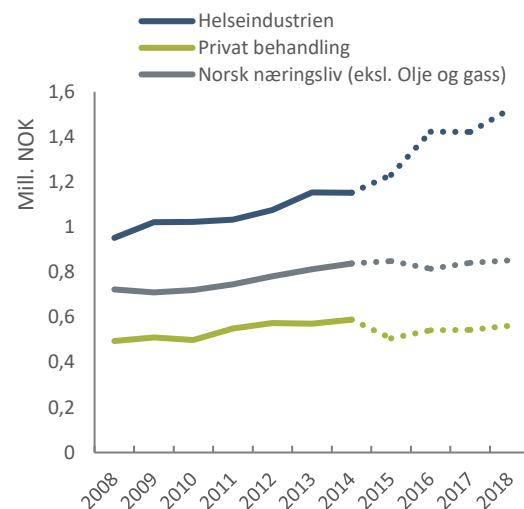
Et annet mål på produktivitetsutvikling er verdiskaping per sysselsatte. I tillegg til lønns-kostnader inkluderes da også kapitalavkastningen per sysselsatte i beregningen. I Figur 2-16 kan dette leses som den totale høyde på søylene. I perioden fra 2008 til 2014 steg verdiskaping per sysselsatt steget med i overkant av 21 prosent. Dette tilsvarer en årlig vekst på omtrent 3,2 prosent. Vekstratene for lønnskostnader per ansatt var dermed om lag like som total verdiskaping per ansatt, i denne perioden.

I årene fra 2015 til 2018 har lønnskostnader per ansatt steget med om lag tre prosent i året, mens total verdiskaping per ansatt har steget med nesten åtte prosent i året. Dette illustrerer igjen at lønnsomheten for Helseindustrien som helhet (målt ved EBITDA-marginer og EBITDA per ansatt) har steget de siste årene.

Figur 2-16: Produktivitet (verdiskaping per sysselsatte og lønnskostnader per sysselsatte) for Helseindustrien fra 2008 til 2018<sup>17</sup> (mill. NOK). Kilde: Menon



Figur 2-17: Produktivitet (verdiskaping per sysselsatte) for Helseindustrien sammenlignet med det private behandlingsleddet og norsk næringsliv for øvrig, fra 2008 til 2018<sup>18</sup> (mill. NOK). Kilde: Menon



Figur 2-17 viser at produktiviteten i Helseindustrien ligger betydelig høyere enn i virksomhetene i det private behandlingsleddet så vel som for det øvrige næringslivet i Norge. I perioden 2008 til 2014 var produktivitetsveksten i Helseindustrien og Behandlingsleddet tilnærmet identisk. Fra 2015 til har produktiviteten i Helseindustrien fortsatt å

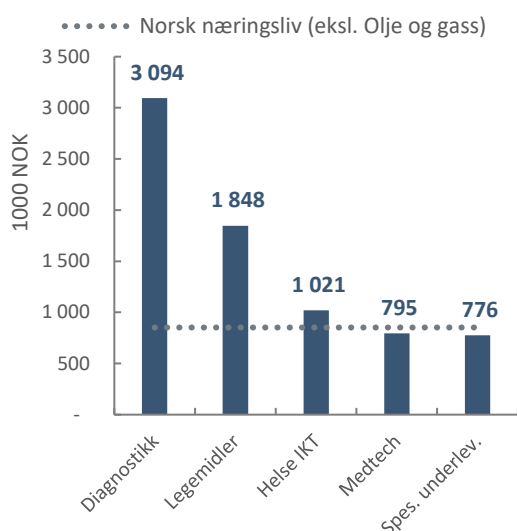
<sup>17</sup> Merk at verdier for perioden 2015-2018 ikke er sammenlignbare med tidligere år. Dette skyldes nye

standarder for registrering av antall sysselsatte hos SSB f.o.m. 2015.

<sup>18</sup> Ibid.

vokse, mens den for Behandlingsleddet har vært stabilt, og til dels fallende. Som det fremkommer av figuren over er utviklingen i Behandlingsleddet sammenfallende med produktivitetsutviklingen i det samlede norske næringslivet, i denne perioden.<sup>19</sup>

**Figur 2-18: Produktivitet (verdiskaping per sysselsatte, i 1000 NOK) for Helseindustrien etter bransje i 2018. Kilde: Menon**



Figur 2-18 illustrerer produktivetsnivået, i form av verdiskaping per sysselsatte, for de fem undergruppene i Helseindustrien i 2018 sammenlignet med øvrig norsk næringsliv (ekskl. olje og gass). Det er tydelig at Diagnostikk har det klart høyeste produktivetsnivået i industrien, nesten 70 prosent høyere enn Legemidler og over tre ganger høyere enn de tre andre bransjene i Helseindustrien. Den høye produktiveten i Diagnostikk må sees i sammenheng med det høye driftsresultatet samlet for bransjen, som fremkommer av Figur 2-14.

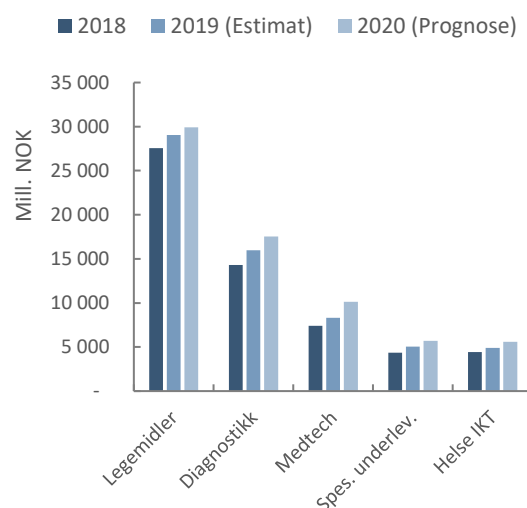
<sup>19</sup> Indikatorverdiene etter 2014 må tolkes med forsiktighet, da sysselsettingstall f.o.m. 2015 telles annerledes enn tidligere.

<sup>20</sup> Omsetningsestimatene for 2019 og vekstprognosene for 2020 er beregnet på bakgrunn av bedriftenes svar på spørreundersøkelsen som ble gjennomført i januar 2020.

## 2.2.6. Positive vekstforventninger i alle bransjer, men betydelig variasjon mellom bransjene<sup>20</sup>

Figur 2-19 viser de ulike bransjene i Helseindustriens omsetning i 2018, selskapenes egne estimater for 2019 samt bedriftenes prognoser for 2020. Det fremkommer at Spesialiserte underleverandører og Medtech forventer den høyeste prosentvise omsetningsveksten i 2019, med vekst-rater på henholdsvis 16 og 12 prosent. De to største bransjene i Helseindustrien, Legemidler og Diagnostikk, har samlede vekstestimer for 2019 på henholdsvis 5,4 og 11,8 pst.

**Figur 2-19: Omsetning for Helseindustrien 2018, samt estimater for 2019 og prognoser for 2020 etter undergruppe (mill. NOK). Kilde: Menon**



For 2020 er det særlig bedriftene i Medtech som skiller seg ut med svært positive vekstprognoser. Basert på de bedriftsspesifikke vekstprognosene vi har hentet inn har vi beregnet en vekstprognose for Medtech i 2020 på hele 22 pst. Dette er langt høyere enn de tilsvarende prognosene for andre bransjer. Helse IKT har den nest høyeste vekstprognosen for

Følgende prosentandel av omsetningen for hver bransje svarte på spørreundersøkelsen: Legemidler – 28 prosent, Diagnostikk – 65 prosent, Medtech – 17 prosent, Helse IKT – 19 prosent, og Spesialiserte underleverandører – 29 prosent

2020, med 14,6 pst. Til sammenligning er vekstprognosene for Legemidler og Diagnostikk i 2020 beregnet til 3 og 9,7 prosent.

Prognosene for 2020 er beregnet på bakgrunn av bedriftenes egne anslag, innhentet ved hjelp av en digital spørreundersøkelse. Denne undersøkelsen ble gjennomført før bevisstheten om Koronakrisen og dets virkninger for norsk og internasjonal økonomi var tydelig for bedriftene.

Konsekvensene for bedriftene i Helseindustrien av krisen vil variere betydelig. Enkelte segmenter, som for eksempel bedrifter som leverer digitale verktøy og kommunikasjonsløsninger til helsesektoren samt store legemiddelprodusenter og -eksportører vil trolig øke sin omsetning betydelig gjennom krisen. For andre segmenter, som mindre oppstartsselskaper med kapitalbehov er derimot Koronakrisen en voldsom utfordring, med bortfall av kritiske aktiviteter og betydelig omsetningsfall. Det eneste vi kan si sikkert er at prognosene som er omtalt og illustrert her er beregnet basert på et helt annet informasjonsgrunnlag enn det som i dag er gjeldende.

### 2.3. Behandling

Det private helse- og omsorgstilbudet vil langt på vei være en funksjon av utviklingen i det offentlige helsetilbudet. Det vokser frem et marked for private behandlingstjenester dersom det offentlige tilbudet er ikke-eksisterende eller ikke tilfredsstillende befolkningens krav til kvalitet (for eksempel lange ventetider eller dårligere behandling utfall enn hva private virksomheter kan tilby).

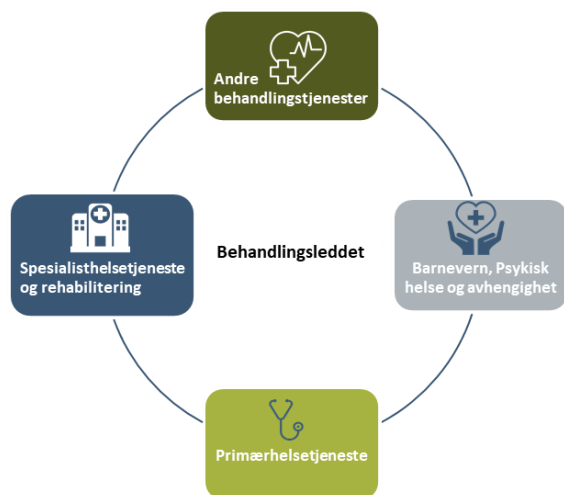
For svært mange pasienter er det imidlertid ikke eget initiativ som fører til at man behandles hos private behandlingsvirksomheter. Det offentlige er en stor og betydningsfull kjøper av private helsetjenester. Det fremkommer eksempelvis av tall fra SSB at de offentlige helseforetakene alene kjøpte tjenester fra private behandlingsvirksomheter for 15,4 mrd. kroner i 2018, og at disse utgiftene har steget med nesten 120 pst. i perioden 2005 til 2018.

Den private behandlingsnæringen fungerer som avlaster for det offentlige i perioder og på områder hvor det er et høyt behandlingsbehov. Alternativet, med tidvis mye ledig kapasitet ved offentlige behandlingstilbud, er en lite effektiv bruk av samfunnets ressurser. Videre vil spesialiserte privatdrevne virksomheter også kunne utføre behandlinger billigere og bedre enn offentlige institusjoner. Et tett og forutsigbart samarbeid mellom den offentlige helsesektoren og private behandlingsvirksomheter bidrar dermed til bedre og mer effektive helsetjenester for folk flest. Matrisen nedenfor fremstiller de fire løsningene for produksjon og finansiering av helsetjenester som alle eksisterer i det norske systemet i dag.

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

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

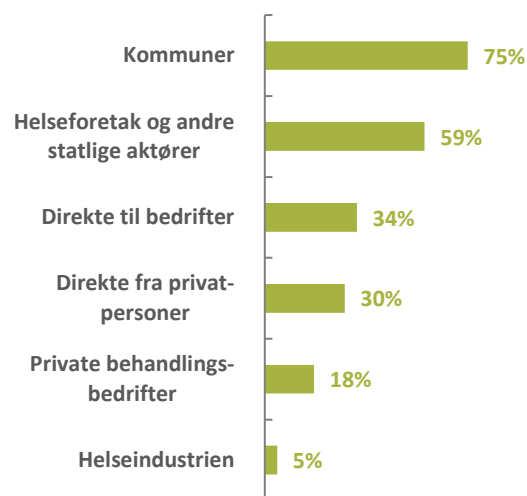
Behandlingsleddet er her delt inn i fire bransjer: Andre behandlingstjenester, Barnevern, psykisk helse og avhengighet, Primærhelsetjenester og Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering.



I undergruppen Andre behandlingstjenester finner vi blant annet selvstendige sykepleiere, jordmødre, akupunktører, foterapeuter, psykoterapeuter, ergoterapeuter og logopeders mfl.

De viktigste kundetyperne for de private aktørene innen helse- og omsorgstjenester i Helsenæringen er kommuner og de offentlige helseforetakene. Kommuner og helseforetak har et lovpålagt ansvar for å levere en rekke helse- og omsorgstjenester til innbyggerne i Norge. Kommuner og helseforetak kjøper tjenester fra private leverandører, på vegne av innbyggerne de er pålagt å levere helse- og omsorgstjenester til, av hensyn til egen kapasitet, behov for spesialisert kompetanse eller fordi dette er mest effektivt. Figuren nedenfor viser hvilke kundetyper de private helse- og omsorgsleverandørene, som i denne rapporten omtales som Behandlingsleddet, selv rapporterer at de leverer tjenester til.

Figur 2-20: Private behandlingsforetaks rapportering på spørsmålet; **Hvilke kundetyper leverer din virksomhet helserelaterte produkter/tjenester til?** Kilde: Menon



Som det fremkommer av figuren over rapporterer tre av fire private behandlingsbedrifter at de leverer tjenester til norske kommuner. Om lag seks av ti sier at de også leverer tjenester til de regionale helseforetakene.

### 2.3.1. Lavere vekst i private helsetjenester

Private behandlingsvirksomheter omsatte i 2018 for 50,3 mrd. kroner. Bedriftenes egne estimater tyder på at inntektene har vokst med nærmere 1,4 mrd. kroner i 2019 – en vekst på 2,7 pst. Hvis bedriftenes forventninger for 2020 realiseres, vil inntektene da øke med ytterligere 3,4 mrd. og ende på i overkant av 55 mrd. kroner i 2020.<sup>21</sup> Merk at denne omsetningsprognosen bygger på bedriftene i Behandlingsleddets egne anslag, innrapportert før bevisstheten om Koronakrisen og dets virkninger var tydelige. Det er i skrivende stund svært uklart hvordan bedriftene i Behandlingsleddet vil påvirkes av Koronakrisen. Dette drøftes ytterligere i kapittel 2.3.5.

<sup>21</sup> Omsetningsestimatene for 2019 er basert på innhentede omsetningstall direkte fra bedrifter og via årsrapporter. Vekstanslagene er deretter brukt til å estimere for resterende aktører på undergruppenivå. På

tilsvarende måte er omsetningsprognosene for 2020-2022 basert på innhentede vekstanslag direkte fra bedrifter.

Figur 2-21 viser både omsetning og driftsmarginer for hele det private Behandlingsleddet de siste årene. Med unntak av de to siste årene (2017 og 2018) og finanskrisetåret 2008 har Behandlingsleddets samlede driftsmargin ligget over åtte prosent i hele perioden. Gruppen har samlet økt sin omsetning med godt over 24,8 mrd. kroner over tiårsperioden. Den nominelle veksten drives hovedsakelig av primærhelse- og spesialisthelsetjenester, som har hatt en omsetningsvekst på i overkant av hhv. 13 og 7,4 mrd. kroner over tiårsperioden frem til 2018. Dette tilsvarer om lag 70 prosent av veksten for Behandlingsleddet samlet sett.

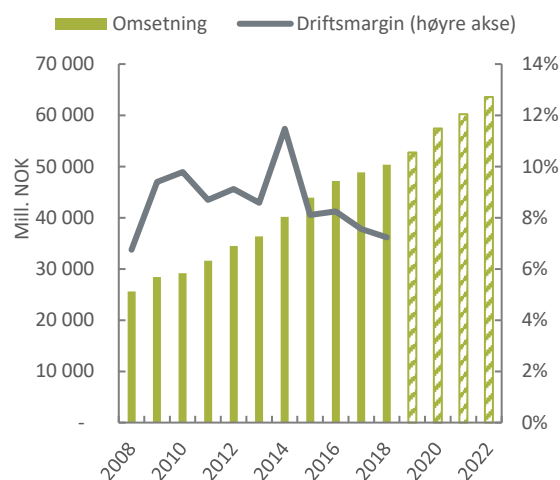
Opp gjennom perioden er det Andre behandlingstjenester som har hatt den sterkeste omsetningsveksten, med en gjennomsnittlig årlig vekstrate på over 10 prosent. Andre behandlingstjenester utgjorde imidlertid kun 3 prosent av Behandlingsleddet i 2018, målt i omsetning.

Ved siden av Andre behandlingstjenester er det Primærhelsetjenesten som hadde sterkest vekst gjennom perioden. Omsetningen steg med 8 prosent, målt i årlig gjennomsnittlig vekst fra 2008 til 2018. Denne bransjen er den viktigste driveren for den høye veksten for helse Behandlingsleddet, i perioden 2008-2018, på hele 7 prosent i årlig gjennomsnittlig vekst.

Sett bort i fra 2014 har den samlede lønnsomheten i Behandlingsleddet hatt en nærmest sammenhengende fallende utvikling de siste ni årene. Det norske Behandlingsleddets samlede driftsmargin i 2018 er beregnet til rett i overkant av syv prosent. Bak dette tallet ligger det imidlertid en betydelig variasjon mellom de ulike bransjene i sektoren, samt mellom ulike segmenter innad i bransjene. Primærhelsetjenester er her et godt eksempel. Bransjen har, samlet sett, den høyeste driftsmarginen blant bransjene i Behandlingsleddet, men det er betydelig variasjon mellom ulike segmenter innad i bransjen. Det er særlig tannklinikker og legekontorer som trekker opp bransjens driftsmarginnivå. Samtidig er det andre segmenter som har svært lave marginer, som sykehjem og andre

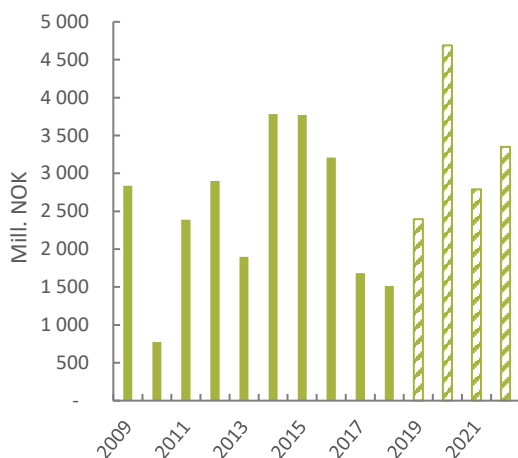
pleie- og omsorgstjenester (se kapittel 2.3.3 for ytterligere omtale).

**Figur 2-21: Omsetning og driftsmargin for Behandlingsleddet fra 2008 til 2018 (samt estimat for 2019 og prognoser for 2020-2022) (mill. NOK). Kilde: Menon**



Vekstanslaget for 2019 ligger betydelig lavere enn den historiske veksten for Behandlingsleddet, med bare 2,7 pst. Prognosen for 2020 ligger imidlertid tett opptil de siste årenes vekst, med 6,5 pst. I 2018 er det særlig bedriftene i Primærhelsetjenester som hadde en lavere vekst enn i de forhennevende årene. En økt vekst i både Barnevern, psykisk helse og avhengighet og Spesialisthelsetjenester og rehabilitering, sammenlignet med 2017 bidro imidlertid til å avdempe den negative vekstimpulsen fra Primærhelsetjenester. Figur 2-22 viser årlig omsetningsvekst, i kroner, for det private Behandlingsleddet som helhet.

**Figur 2-22: Endring i omsetning fra året før for behandling fra 2008 til 2018 (samt estimat for 2019 og prognoser for 2020-2022) (mill. NOK). Kilde: Menon**



### 2.3.2. Behandling øker som andel av Helsenæringen

I 2018 skapte det private Behandlingsleddet verdier for 31,5 mrd. kroner. Verdiskapingen har økt med over 15 mrd. kroner de siste ti årene, tilsvarende en vekst på 92 prosent, som igjen er ekvivalent med en gjennomsnittlig årlig vekst på nesten 7 prosent. Privat behandlingsevne sysselsetter i dag over 56 000 personer. Denne delen av Helsenæringen har vokst raskere enn næringen samlet. Målt i sysselsetting har førstnevnte vokst med 30 prosent fra 2008 til 2014.<sup>22</sup> Videre har Behandlingsleddet gått fra å utgjøre 66 prosent av Helsenæringen i 2008 til 74 prosent i 2018, målt i sysselsetting. Målt i verdiskaping har andelen økt fra 52 prosent i 2008 til 55 prosent i 2018.

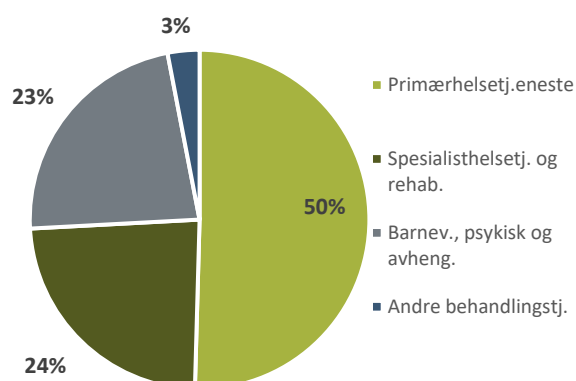
**Tabell 2-5: Verdiskaping i Behandlingsleddet 2008 og 2018 etter bransje (mill. NOK). Kilde: Menon**

	2008	2018	Endring	Vekst
Andre behand.tj.	278	892	614	221 %
Barnevern, psykisk helse og avhg.	3 084	6 891	3 807	123 %
Primærhelsetj.	6 685	13 652	6 967	104 %
Spes.helse og rehab.	6 347	10 090	3 743	59 %
<b>Totalt</b>	<b>16 394</b>	<b>31 525</b>	<b>15 132</b>	<b>92%</b>

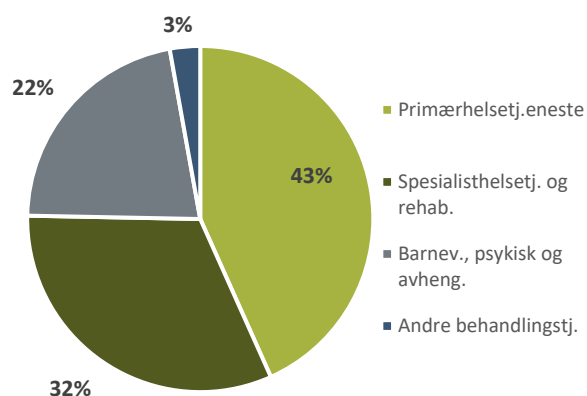
<sup>22</sup> Merk at verdier for 2015-2018 ikke er sammenlignbare med tidligere år. Dette skyldes nye standarder for registrering av antall sysselsatte hos SSB f.o.m. 2015.

Figur 2-23 og Figur 2-24 viser fordelingen av hhv. sysselsetting og verdiskapingen, mellom bransjene i Behandlingsleddet i 2018. Som det fremkommer utgjør Primærhelsetjenester 37 prosent av Behandlingsleddet. Bak dette følger Spesialisthelsetjenester og rehabilitering, som i 2018 sto for 32 prosent av verdiskapingen i næringen. Disse to bransjene utgjør tre fjerdedeler av det private Behandlingsleddet.

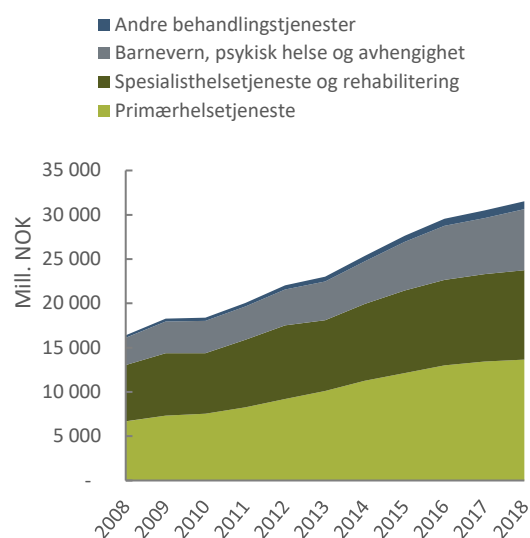
**Figur 2-23: Antall sysselsatte i Behandling etter undergruppe i 2018. Kilde: Menon**



**Figur 2-24: Verdiskaping for Behandling 2018 etter bransje (mill. NOK). Kilde: Menon**



**Figur 2-25: Verdiskapingsutvikling for behandling fra 2008 til 2018 etter bransje (mill. NOK). Kilde: Menon**



Figur 2-25 viser at utviklingen i verdiskaping blant de fire bransjene har steget relativt jevnt gjennom perioden.<sup>23</sup> Primærhelsetjeneste er den største bransjen målt i verdiskaping og har gjennom perioden hatt en verdiskapingsvekst på 104 pst. – mer enn dobling. Veksten i Primærhelsetjenester har stått for nesten halvparten av den nominelle veksten i Behandlingsleddet over perioden. Bransjen har samtidig hatt en sterk sysselsettingsvekst over perioden, med 89 pst. fra 2008 til 2018.<sup>24</sup>

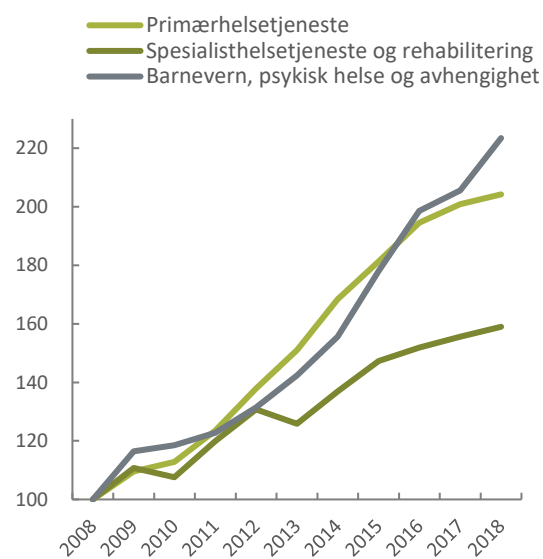
Målt etter verdiskapingsstørrelse i 2018 er det Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering som etterfølger Primærhelsetjeneste. Bransjen har hatt en samlet verdiskapingsvekst på nesten 60 pst. over perioden, tilsvarende en gjennomsnittlig årlig vekst på 4,7 prosent. Det tilsvarende for Primærhelsetjeneste har vært 7,4 prosent.

Verdiskapingen innen Barnevern, psykisk helse og avhengighet har vokst med 3,8 mrd. kroner, tilsvarende en vekst på 123 prosent fra 2008 til

2018. Bransjen har også hatt høy sysselsettingsvekst i perioden fra 2008 til 2014, tilsvarende 20 prosent, en gjennomsnittlig årlig vekst på 3,1 prosent. Den siste og minste gruppen, Andre behandlingstjenester, har hatt den desidert høyeste veksten i verdiskaping, hele 149 prosent i perioden fra 2008 til 2018. Bransjen utgjør imidlertid kun 2,8 prosent av Behandlingsleddet i 2018, målt i verdiskaping.<sup>25</sup>

Figur 2-26 viser indeksert vekst i verdiskaping for de tre største undergruppene i Behandlingsleddet. Figuren viser at Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering har vokst vesentlig mindre enn Primærhelsetjenesten og Barnevern, psykisk helse og avhengighet, fra og med 2013.

**Figur 2-26: Indeksert vekst i verdiskaping for bransjene i Behandlingsleddet. Basisår=2008. Kilde: Menon**



<sup>23</sup> Unntakene fra trend er særlig 2010 og 2013, og da i særdeleshet for Spesialisthelsetjenester. De offentlig eide helseforetakene hadde også betydelig lavere omsetningsvekst i 2010, noe som skyldtes endringer i pensjonsberegninger/-innbetalinger. Dette kan også ha hatt en innvirkning på de ikke-offentlige sykehusene.  
<sup>24</sup> F.o.m. 2015 er det innført nye retningslinjer for tallfesting av sysselsetting hos SSB. Dette medfører at

sysselsettingstall før og etter 2015 ikke er direkte sammenlignbare.

<sup>25</sup> Størrelsen på denne gruppen er undervurdert fordi et betydelig antall aktører er organisert som enkeltpersonforetak og blir dermed ikke fanget opp av statistikken. Det samme gjelder i en viss grad for Primærhelsetjeneste.

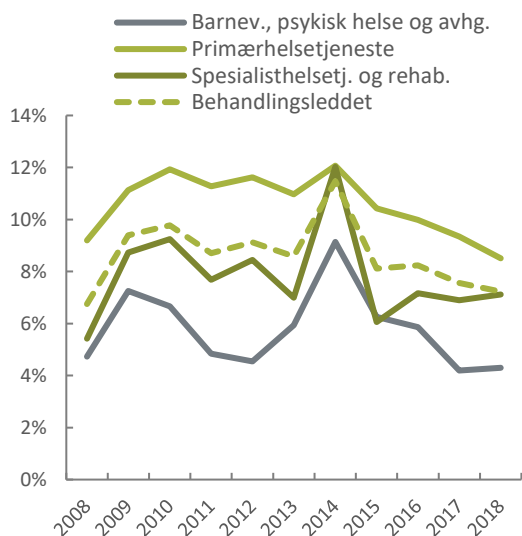


### 2.3.3. Jevn lønnsomhet over perioden

Figur 2-27 illustrerer utviklingen i driftsmarginene for de tre store bransjene i privat behandling, samt for Behandlingsleddet som helhet, fra 2008 til 2018. Primærhelsetjenesten har gjennom hele perioden hatt høyest samlet driftsmargin.

For hele Behandlingsleddet, men for bransjen Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering i særdeleshet, skiller 2014 seg ut som et år med markert høyere driftsmargin enn den underliggende trenden over perioden. Disse bevegelsene kan i all hovedsak tilskrives et fåtall enkeltelskaper. Blant disse er Lovisenberg, Diakonhjemmet og Haraldsplass Diakonale Sykehus.

Figur 2-27: Driftsmarginutvikling for bransjene i Behandlingsleddet fra 2008 til 2018 etter bransje. Kilde: Menon



Bildet som tegnes av lønnsomheten i Behandlingsleddet er at Primærhelsetjeneste har en stabilt høyere lønnsomhet enn Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering og Barnevern, psykisk helse og avhengighet. Lønnsomheten i de to sistnevnte bransjene har gjennom perioden fulgt hverandre tett, men Barnevern, psykisk helse og avhengighet har, med unntak av i 2015, hatt noen prosentpoengs lavere samlet driftsmargin enn spesialisthelsetjeneste rehabilitering. Den stabile utviklingen i driftsmarginer over perioden betyr at virksomhetene i Behandlingsleddet har oppnådd

om lag samme vekst i driftsresultat som i inntekter over perioden.

Tannleger utgjør om lag 35 prosent av omsetningen innen Primærhelsetjeneste. Lønnsomheten blant disse aktørene er svært høy sammenlignet med resten av bransjen. Deres samlede driftsmargin i 2018 var på hele 14 prosent. Holder vi tannhelse utenfor beregningen av den samlede driftsmarginen for Primærhelsetjenester, faller driftsmarginen fra ni til fire prosent i 2018. Tas tannleger ut av analysen finner vi dermed at lønnsomheten, målt ved driftsmargin, i Primærhelsetjenesten er på linje med lønnsomheten Barnevern, psykisk helse og avhengighet i 2018.

Tabell 2-6 viser driftsmarginer for medianbedrifter for bransjene i Behandlingsleddet. For Barnevern, psykisk helse og avhengighet er marginen for medianbedriften og gruppen som helhet svært lik. Også innen Primærhelsetjeneste er det små forskjeller på driftsmarginer for medianbedriften og for bransjen som helhet. Det indikerer at lønnsomhetsnivåene i de to bransjene er jevnt fordelt mellom store og små aktører.

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

Tabell 2-6: Driftsmargin for medianbedriften fra 2016 til 2018. Kilde: Menon

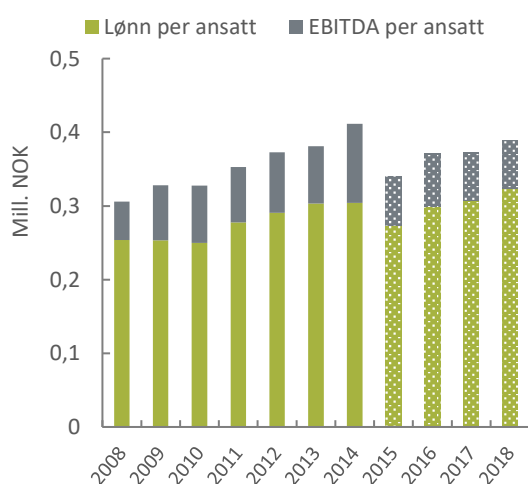
	2016	2017	2018
Andre behandlingstjenester	4 %	4 %	4 %
Barnevern, psykisk helse og avhengighet	4 %	4 %	4 %
Primærhelsetjeneste	9 %	8 %	8 %
Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering	18 %	15 %	15 %
Behandling	8 %	7 %	7 %

### 2.3.4. Moderat produktivetsutvikling

Figur 2-28 viser produktivetsutviklingen for privat behandling målt ved verdiskaping per sysselsatt (total høyde på søylene) og som lønnskostnader per ansatt (nederste del av søylene). Lønnskostnader per ansatt steg fra 254 000 kroner i 2008 til 304 000 kroner i 2014. Dette tilsvarer en gjennomsnittlig årlig vekst i perioden på tre prosent. Produktivetsveksten målt som verdiskaping er også positiv over perioden, fra 495 000 kroner i 2008 til 589 000 kroner i 2014 – en vekst som her helt på linje med utviklingen i lønnskostnader per ansatt. At henholdsvis lønnskostnader per ansatt og samlet verdiskaping per ansatt har utviklet seg helt i takt over den sammenlignbare perioden (2008 til 2014) betyr at profittandelen av verdiskapingen – EBITDA per ansatt – har vært stabil i de private behandlingsbedriftene i Norge i perioden 2008 til 2014.

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

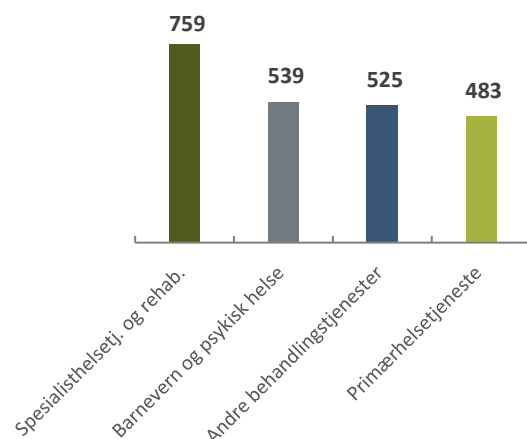
**Figur 2-28: Produktivitet (verdiskaping per sysselsatte og lønn per sysselsatte) i Behandlingsleddet fra 2008 til 2018<sup>26</sup> (mill. NOK). Kilde: Menon**



<sup>26</sup> Merk at verdier for 2015-2018 ikke er sammenlignbare med tidligere år. Dette skyldes nye standarder for registrering av antall sysselsatte hos SSB f.o.m. 2015.

I alle fire bransjene i Behandlingsleddet har det opp gjennom perioden vært en positiv produktivetsutvikling. Høyest vekst har det vært innen Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering, med en gjennomsnittlig årlig vekst i verdiskaping per sysselsatt på 3,7 prosent. Lavest er Primærhelsetjeneste med en tilsvarende vekst på 3,1 prosent.

**Figur 2-29: Produktivitet (verdiskaping per sysselsatte) for behandling etter bransje i 2018. Tall i 1000 kroner. Kilde: Menon**



I figuren over er de ulike bransjene fremstilt med nivåene på verdiskaping per sysselsatt i 2018. Som det tydelig fremkommer er det innen Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering produktivetsnivået er høyest. 759 000 kroner per sysselsatt er 276 000 kroner mer enn innen Primærhelsetjeneste. Merk imidlertid at det er bransjemessige forskjeller i utstrekningen av midlertidige ansatte.<sup>27</sup> Dette vil innvirke på de målte produktivetsnivåene, når dette måles som vist i figuren over.

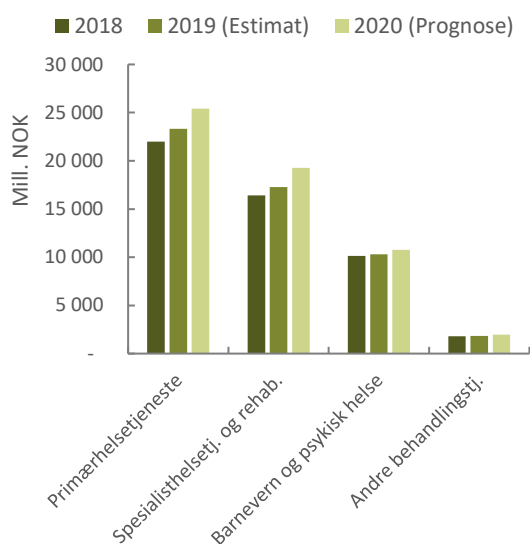
### 2.3.5. Vekstforventninger blant behandlingsforetakene

Figur 2-30 viser bransjenes omsetning for 2018, omsetningsestimater for 2019 samt omsetningsprognose for 2020. Omsetningsestimaterne fra virksomheter innen Primærhelsetjeneste antyder

<sup>27</sup> Særlig innen Primærhelsetjeneste er dette utstrakt, noe som trekker ned indikatorverdien.

en vekst i 2019 på 6 prosent. Bransjen venter videre også en sterk vekst i 2019, på 9 prosent. Vekstanslagene er sterkere enn hva bransjen har sett de to siste årene bedriftenes regnskap er tilgjengelig.

**Figur 2-30: Omsetning for Behandling 2018, estimat for 2019 samt prognose for 2020, etter bransje (mill. NOK).**  
Kilde: Menon



Virksomhetene innen Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering rapporterer om en noe lavere vekst enn Primærhelsetjeneste 2019, med 5,4 prosent, men er tilsvarende mer positive enn bedriftene i Primærhelsetjenester vedrørende 2020, med en prognose på hele 11,5 prosent.

Barnevern, psykisk helse og avhengighet rapporterer om vesentlig lavere omsetningsvekst i 2019 og prognoser for 2020, sammenlignet med de to andre store bransjene i Behandlingsleddet. Bransjen venter en omsetningsvekst i 2019 på bare 1,4 prosent. Prognosen for 2020 er noe høyere, med en vekst på 4,7 prosent, som like fullt vesentlig lavere enn de tilsvarende prognosene for både Primærhelsetjenester og Spesialisthelsetjenester og rehabilitering.

I motsetning til situasjonen blant bedriftene i Helseindustrien er det ingen bransjer i Behandlingsleddet som opplever kraftig *økning* i aktivitet og omsetning, som følge av Koronakrisen. Den bransjen som fremstår som mest eksponert mot

krisen er private spesialisthelsetjenesteaktører, som private sykehus, med kapasitet til å avlaste de offentlige sykehusene gjennom å behandle pasienter med korona. I skrivende stund (april 2020) har imidlertid ikke private sykehus blitt bedt om å bistå de offentlige helseforetakene med en slik avlastning.

Krisen har ulike konsekvenser for ulike deler av den private behandlingsnæringen. Særlig hardt rammet er aktører innen fysioterapi, manuellterapi og kiropraktorer. Denne typen tjenesteleverandører har fått midlertidig yrkesforbud.

Store deler av næringen har imidlertid ikke blitt ilagt driftsforbud. Aktører fra flere ulike deler av næringen rapporterer likevel om både økte kostnader og fallende inntekter. De økte kostnadene skyldes blant annet økte personalkostnader, ettersom en stor andel ansatte er syke- eller omsorgsfraværende, samt økte kostnader til smittevernutstyr og -tiltak.

Omfanget av aktivitets- og omsetningsfall varierer mellom ulike deler av næringen. En fellesnevner for mange er imidlertid redusert aktivitet som følge av at det er vanskelig å flytte både personell og pasienter over kommunegrenser. Dette skyldes særkommunale karantenereregler.

Hva angår spesifikke bransjer i Behandlingsleddet ser vi at de påvirkes i varierende grad. Bransjer som rehabilitering, bedriftshelsetjenester og tannklinikker opplever for eksempel alle et betydelig omsetningsfall. Rehabiliteringsaktørene fordi sengeplasser som gjennom avtaler er avholdt for pasienter som helseforetak eller kommune er ansvarlige for, står tomme. Dette i hovedsak fordi offentlige helsemyndigheter vil holde slike senger klare, om disse blir nødvendige for å håndtere et stort omfang av koronapasienter. Bedrifter innen bransjer som for eksempel bedriftshelsetjenester og tannklinikker påvirkes begge av smitteverntiltakene og rådene fra offentlige myndigheter. Bedriftshelsetjenester opplever naturlig nok lavere etterspørsel når det store flertall av arbeidstakere i Norge har hjemmekontor eller er permittert.

Likeledes påvirkes tannklinikker av at smittevern-tiltakene midlertidig fraråder å gjennomføre alle typer behandling som ikke er strengt nødvendig.

Andre bransjer opplever i mindre grad at den pågående krisen påvirker aktiviteten. Dette gjelder for eksempel aktører innen brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og private barneverninstitusjoner.

På lengre sikt er bedriftene i Behandlingsleddet, så vel som de fleste andre næringer i Norge, utsatt for den risikoen en økonomisk resesjon medfører. Om økonomiske nedgangstider gjør at offentlige utgifter til helsesektoren reduseres, vil dette også gå utover omsetningen blant private behandlingsaktører. Koronakrisen fører også til at det på kort tid blir tatt store steg innen digital avstandsoppfølging. At mange brukere og helsepersonell nå blir vant til å anvende denne typen verktøy kan utløse en mulighet for private aktører til å utvikle sine egne tjenester. Det være seg å tilby både behandling og opplæring på andre måter og over andre flater enn hva som tidligere har vært normen.

## 2.4. Helsenæringens geografiske fordeling

Verdiskapingen i den norske Helsenæringen er mer geografisk konsentrert enn verdiskapingen i norsk næringsliv totalt. Dette gjelder særlig for Helseindustri, der over 80 prosent av verdiskapingen i 2018 kommer fra to av landets regioner – Oslo og Viken. Til sammenligning er 50 prosent av verdiskapingen i hele norsk privat fastlandsnæringsliv<sup>28</sup> i 2018 tilordnet de samme to regionene.

Tabell 2-7 viser verdiskapingen i Helseindustrien i 2018 i alle landets regioner og deres tilhørende andel av Helse-industriens totale verdiskaping.

Tabell 2-7: Helseindustriens verdiskaping i millioner kroner per fylke og deres tilhørende andel av helseindustriens totale verdiskaping i 2018. Kilde: Menon

	Helse-industri	Andel av helseindustrien
Oslo	11 000	56 %
Viken	5 100	26 %
Trøndelag	840	4 %
Vestfold og Telemark	680	3 %
Rogaland	670	3 %
Nordland	420	2 %
Agder	270	1 %
Innlandet	180	1 %
Vestland	160	1 %
Møre og Romsdal	140	1 %
Troms og Finnmark	100	1 %

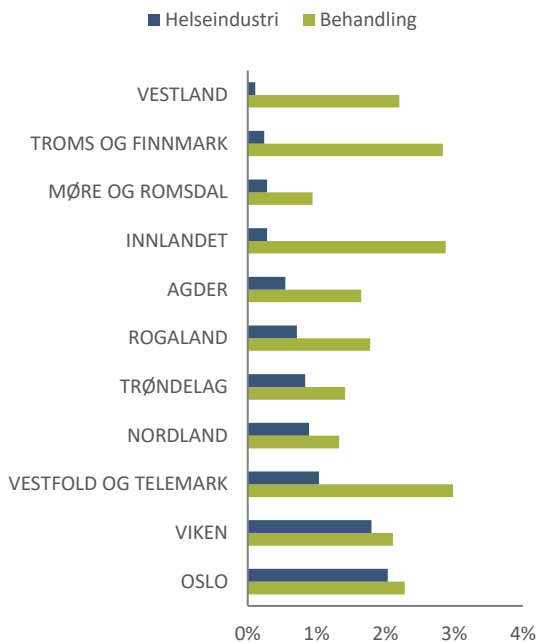
Oslo og Viken skiller seg ut ved å stå for en betydelig del av verdiskaping i Helseindustrien i Norge. Sammensetningen av industrien i de to regionene er imidlertid forskjellig. Viken har høyest verdiskaping innen Legemidler, Distribusjon og Medtech. Særlig den høye andelen av verdiskapingen blant selskaper innen Distribusjon kan trolig sees i sammenheng med lufthavnen på Gardermoen og regionens rolle generelt i næringslivet på dette området. Store deler av verdiskapingen innen både Diagnostikk og Legemidler, de to største bransjene i Helse-industrien, skapes i Oslo.

Figur 2-31 viser Helseindustriens og Behandlingsleddets verdiskaping som andel av næringslivets totale verdiskaping i hver av regionene i 2018. Fra figuren kan vi fastslå at verdiskapingen i Behandlingsleddet er vesentlig mer spredt utover landet enn verdiskapingen i Helseindustrien. Der kun 20 prosent av verdiskapingen innen Helseindustri i 2018 er tilordnet virksomheter utenfor Østlandet, er tilsvarende andel for det private Behandlingsleddet på i underkant av 40 prosent. Dette mønsteret er naturlig da

<sup>28</sup> Norsk næringsliv eksklusive olje- og gassrelaterte virksomheter samt de regionale helseforetakene

behandlingsinstitusjoner, i særdeleshet primærhelsetjenester, i mye større grad enn helseindustri-virksomheter må være lokalisert der folk bor. I alle fylker står helse- og omsorgstjenester for mer enn 1 prosent av verdiskapingen i fylket. Høyest andel finner vi Vestfold og Telemark, Innlandet, samt Troms og Finnmark.

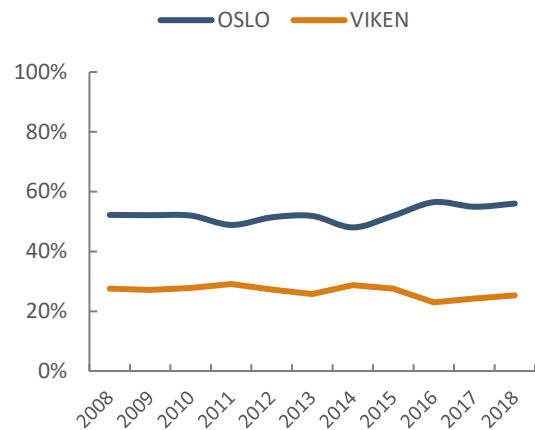
**Figur 2-31: Helseindustriens og behandlingsleddets verdiskaping som andel av næringslivets totale verdiskaping i hvert av fylkene i 2018. Kilde: Menon**



Helseindustrien er langt mer konsentrert og sentralisert. Oslo har mer enn halvparten av den samlede verdiskapingen, og selv om Helseindustrien kun utgjør 2 prosent av den samlede verdiskapingen i Oslo, er dette den høyeste andelen i landet. Den viktigste forklaringen på den høye konsentrasjonen i og rundt Oslo er at helseindustri er svært forsknings- og kunnskapsintensiv, og det er da naturlig at bedrifter lokaliseres nær universiteter og de store sykehusene. I så måte er det overaskende at Vestland befinner seg i den andre enden av skalaen. Helseindustrien står kun for 0,1 prosent av den samlede verdiskapingen i fylket, mens Behandlingsleddet utgjør 2,2 prosent. Bergen har tunge forskningsmiljøer, blant annet tilknyttet Universitetet i Bergen og Haukeland sykehus.

Vi ser heller ingen tegn til at verdiskapingen innen Helseindustri spres utover landet. Andelen av den norske Helseindustriens verdiskaping som kommer fra bedrifter lokalisert i Oslo og Viken har holdt seg stabil de siste 10 årene, på rundt 80 prosent, slik figuren nedenfor viser.

**Figur 2-32: Utvikling i Helseindustriens verdiskaping i Oslo og Viken som andel av total verdiskaping i Helseindustrien, siste 10 år. Kilde: Menon**



### 3. Produksjon i Norge

Regjeringen ønsker at Norge skal være et attraktivt land for investeringer i høyproduktiv virksomhet innenfor Helseindustrien.<sup>29</sup> De siste årene har det blitt økende oppmerksomhet om produksjon i Helseindustrien i Norge, både i form av virkestoffer/ingredienser, medisiner, utstyr og IKT-produkter. Det er flere grunner til den voksende oppmerksomheten for temaet:

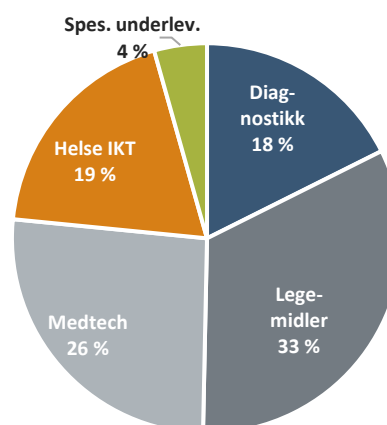
- **Sammenhengen mellom FoU og industriell produksjon:** Hvis man kun driver teknologi- og produktutvikling, blir de kommersielle mulighetene begrenset til å selge eller lisensiere ut teknologien/produktet eller å selge bedriften som helhet til en eier som kan ta teknologien/produktet over i en industriell fase. De samfunnsøkonomiske gevinstene av FoU-innsatsen blir da begrenset, og man lykkes ikke med å bygge helseindustri i Norge. Mange vil også hevde at evnen til å utvikle kommersialiserbare produkter er større dersom man har egenproduksjon eller man har tette koblinger til produksjonsmiljøer.
- **Tilgang på nyutviklede produkter og løsninger i norsk helsesektor:** Teknologier og produkter som produseres i Norge vil bli raskere tilgjengelig for et norsk marked enn det som produseres i andre land.
- **Beredskap og tilgang på utstyr og medisiner:** Allerede før koronakrisen var det en økende bekymring for mangel på legemidler i Norge, både på grunn av internasjonal konkurranse om tilgang på knappe produkter og ingredienser/virkestoffer. I en krisesituasjon risikerer man i tillegg at forsyninger stopper opp, noe som gjør det viktig å ha egen produksjonskapasitet. Koronakrisen har illustrert denne problemstillingen og vist at det er viktig å ha en produksjonskapasitet som kan

skaleres og som kan tilpasses til ulike behov. Samtidig er det viktig å understreke at det er utenkelig at Norge skal kunne ha kapabiliteter og kapasitet til å være selvforsynt med legemidler og utstyr. Koronakrisen har også understreket betydningen av internasjonalt samarbeid.

#### 3.1. Helseindustribedrifters produksjon i Norge

Av de i 121 helseindustribedriftene<sup>30</sup> som har svart på årets spørreundersøkelse, oppgir 46 bedrifter at de har *industriell* vareproduksjon i Norge i dag. Det utgjør snaut 40 prosent av bedriftene. Bedriftene med produksjon fordeler seg mellom undergruppene som vist i kakediagrammet nedenfor. 15 av legemiddelprodusentene i undersøkelsen oppgir at de har industriell produksjon i Norge. Innen Medtech og Helse-IKT er det henholdsvis 12 og 9 bedrifter.

Figur 3-1: Fordelingen av helseindustribedrifter med industriell vareproduksjon i Norge på undergrupper. Kilde: Menon, spørreundersøkelse i helsenæringen 2020.



Figuren nedenfor viser den samlede helserelaterte omsetningen blant bedrifter som har produksjon i Norge.<sup>31</sup> Kun åtte diagnostikkbedrifter har

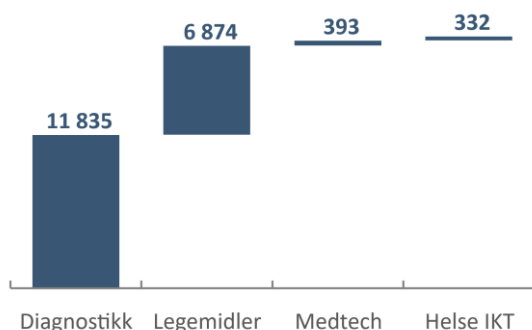
<sup>29</sup> St.mld. 18 (2018-2019), 2019

<sup>30</sup> Bedriftene i Distribusjons- og Behandlingsleddet er tjenesteleverandører og har således ingen varer å produsere.

<sup>31</sup> Det er viktig å presisere følgende: a) Deler av omsetningen i bedriftene kan tenkes å komme fra produkter som ikke er produsert i Norge. Dette har vi ikke

industriell produksjon i Norge. Disse åtte bedriftene er imidlertid så store at omsetningen deres samlet utgjør 60 prosent av den totale omsetningen blant helseindustribedrifter med produksjon i Norge, i 2018. 97 prosent av inntektene i diagnostikkbedriftene er fra eksportmarkeder. For legemiddelbedrifter som har industriell produksjon i Norge er samlet omsetning 6,9 milliarder, hvorav snaut halvparten er fra eksportmarkeder.

**Figur 3-2: Omsetning blant helseindustribedrifter med industriell produksjon i Norge, fordelt på fem undergrupper. Millioner NOK. Kilde: Menon**



### 3.1.1. Koronakrisen og verdien av produksjonskapasitet i Norge

Den pågående globale helsekrisen illustrerer den verdien det er for et land å ha egen produksjonskapasitet innen både legemidler, medisinsk-teknisk utstyr (MTU) og medisinsk forbruksmateriell. Dette illustreres godt av metodene som har blitt tatt i bruk av ulike land for å få tilgang til ansiktsmasker og annet smittevernutstyr gjennom mars 2020. Dette er utstyr som i stor grad produseres i Kina, men som nærmest alle land nå opplever en knapphet på. Amerikanske myndigheter har blitt beskyldt for å drive både «piratvirksomhet» og for å skape «ville vesten»-tilstander, i sine anskaffelser av utstyr. Beskyldningene kommer heller ikke fra hvem som

informasjon om. b) Vi har kun data for et utvalg av bedriftene. Det betyr at både antall helseindustribedrifter med produksjon i Norge og deres

#### **Legemiddelproduksjon skaper arbeidsplasser og bygger kompetanse**

Det er i dag 12 selskaper som har farmasøytisk produksjon av legemidler med markedsføringstillatelse (virkestoff eller ferdig produkt) i Norge. Blant produksjonsselskapene har GE Healthcare flest ansatte (Oslo og Lindesnes). Deretter følger Fresenius Kabi (Halden), Takeda (Asker), Pharmaq (Overhalla og Kløfta), ThermoFisher (Lillestrøm), Vistin Pharma (Kragerø), Curida (Elverum), Pronova BioPharma (Sandefjord), Sanivo Pharma (Oslo), Syklotronsenteret (Oslo), Linde Healthcare og Yara Praxair. I tillegg produserer Institutt for Energiteknikk (IFE) radioaktive legemidler for Bayer og Nordic Nanovector. Catapult Lifescience (Oslo) tilbyr pilotproduksjon for selskaper i tidlig fase. I desember 2017 åpnet oppstartsselskapet Oncoinvent sine nye laboratorier og produksjonslokaler i Nydalen i Oslo.

Totalt sysselsetter disse produksjonsbedriftene i underkant av 2 700 personer og eksporterte for i underkant av 16 mrd. kroner i 2019

Kilde: LMI

helst, men fra nære allierte som tyske, franske og canadiske myndigheter.<sup>32</sup>

Koronakrisen har ført til en kraftig økning i etterpørselen etter legemidler og medisinsk utstyr. Dette har ulike konsekvenser for ulike deler av den norske Helsenæringen. Det har for eksempel blitt rapportert om at legemiddelprodusenter i Norge nå produserer på maksimale kapasitetsnivåer. Disse bedriftene produserer i all hovedsak for eksportmarkedene, men produserer ikke nødvendigvis legemidler som anvendes i behandlingen av koronapasienter. Økt usikkerhet om påliteligheten i tradisjonelle leveringskjeder, og da i særdeleshet innen helserelatert utstyr, har imidlertid ført til at mange land nå opplever at beredskapen med hensyn til tilgangen til legemidler og helserelatert utstyr er sårbar. Selv om norske aktører produserer

omsetning er større i næringen som helhet enn i undersøkelsen.

<sup>32</sup> VG, 6. April 2020

på maksimalnivåer rapporterer de samtidig om at tilgangen på råvarer og virkestoff er en begrensning. Dette er trolig gjeldende for de aller fleste produsenter i verden for øyeblikket. Kina og India er de klart største produsentene av virkestoff og sentrale råvarer i verden.<sup>33</sup> Forrykkelser i denne produksjonen (på grunn av koronaviruset) og kraftig økt global etterspørsel for å bygge opp lagre eksponerer nå denne sårbarheten.

For å avbøte mangelen på smittevernutstyr ved norske sykehus og i primærhelsetjenesten har Sykehusinnkjøp og Helse Sør-Øst fått et overordnet ansvar for å anskaffe dette svært nødvendige utstyret. Ettersom smittevernutstyr nå er en mangelvare i store deler av verden, er det et fokus på å bygge opp produksjonskapasitet i Norge.<sup>34</sup> Det er avholdt dialogmøter med sentrale leverandørorganisasjoner (bl.a. Norway Health Tech og NHO), noe som har bidratt til flere tusen henvendelser til fra norske virksomheter til Sykehusinnkjøp, vedrørende produksjon av utstyr som munnbind, smittefrakker og -drakter samt øyebeskyttelser. Det er allerede inngått en rekke avtaler om produksjon, blant annet med møbelprodusenten Ekornes og helseindustribedriften ASAP (produksjon av smittefrakker) og LESS, om produksjon av øyebeskyttelser.

tatt initiativ til å involvere norske virksomheter i produksjon av nødvendig utstyr på svært kort sikt. Det er etablert tett kontakt mellom Sykehusinnkjøp og relevante næringsaktører og

Som nevnt har Koronakrisen ulike konsekvenser for ulike deler av næringen. Til forskjell fra legemiddelbedriftene med produksjon i Norge opplever grossister og distributører av MTU og medisinsk forbruksmateriell i Norge betydelige utfordringer. Kombinasjonen av mangedoblede priser på utstyr fra utlandet (på grunn av økt etterspørsel ifm. Koronakrisen), økte transportkostnader (også på grunn av krisen) og en rekordlav kronekurs (på grunn av resesjonsfrykt og oljeprisfall) har

<sup>33</sup> *The Pharma Letter 17.mars 2020, "Coronavirus exposes the weak links in the pharma supply chain"*

<sup>34</sup> *Nyhets sak, Helse-sorost.no (24.04.2020)*

kostnadene for importører av MTU og laboratorieutstyr økt betydelig. Disse bedriftene rapporterer om store utfordringer, og potensielle konkurser, fordi allerede inngåtte kontrakter med helseforetakene i Norge, som er kjøperne av dette utstyret, setter begrensninger på distributørenes anledning til å overføre noe av sine økte kostnader til helseforetakene.<sup>35</sup>

### **ASAP Norway AS**



Daglig leder og gründer av ASAP Norway, Astrid Skreosen, er kjent for utviklingen og senere produksjon av sine såkalte "fødelaken".

Selskapet ble etablert i 2007 med en idé om å produsere et tilpasset laken til fødesenger. ASAP har produsert og solgt laken siden 2012 og har senere utvidet til også å produsere oppdekningsutstyr til sengeposter, bord og bærer som er utsatt for større væske-mengder.

I forbindelse med Koronakrisen og den akutte mangelen på smittevernutstyr har ASAP investert i en ny produksjonslinje, og har på bakgrunn av dette inngått en avtale med Sykehusinnkjøp om å igangsette produksjon av 600 000 nye smittefrakker for det norske markedet.

*Kilde: Norway Health Tech og ASAP Norway*

Den pågående krisen illustrerer den verdien det er for et land å ha tilstrekkelig produksjonskapasitet innen legemidler og utstyr. Det er like fullt lite realistisk at Norge skal kunne være fullstendig selvforsynt med hele bredden av medisinsk forbruksmateriell og legemidler, som kan tenkes å komme i knapphet ved en global krisesituasjon. Dette fordi Norge er et lite land og kostnadene knyttet til å ha en slik stående produksjonskapasitet er svært høy. Like fullt er det naturlig at en konsekvens av krisen er at det rettes søkelys mot

<sup>35</sup> *Melanor, 4. april, i åpent brev til helseforetakene*

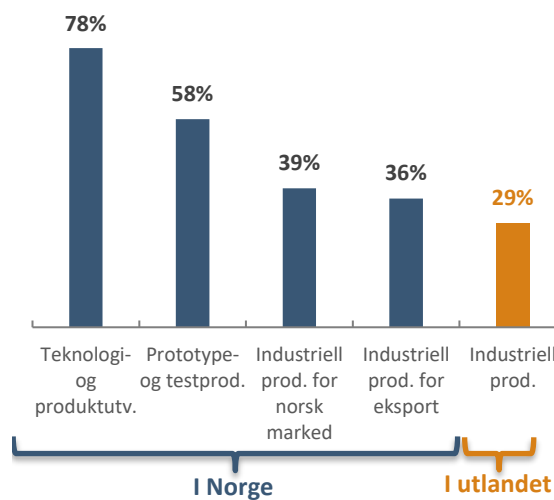


produksjonskapasiteten i Norge. Aktuelle tiltak som bør utredes er da nye virkemidler for å gjøre Norge til et mer attraktivt land for store internasjonale selskaper å legge sin produksjon, eller opprette statlige institusjoner, for å dekke dette behovet. Et slikt tiltak er allerede lansert – *StatMed*.<sup>36</sup> Flere har imidlertid trukket frem at storstilt legemiddelutvikling og -produksjon i statlig regi fremstår som en svært kostbar løsning på legemiddelmangel. Lederen av Forskningsrådet peker på at en bedre løsning trolig er et tettere internasjonalt samarbeid, særlig i Europa, for å sikre at det er en tilstrekkelig bredde av tilbydere i alle ledd, fra utvikling, produksjon av virkestoff og råvarer til produksjon av tabletter og doser.<sup>37</sup> Det kan likevel være nødvendig å se på muligheter for økt produksjon i Norge innenfor enkelte legemiddelområder, gjennom offentlig-privat samarbeid. Ledelsen i Curida har nylig tatt til orde for egenproduksjon av smalspektrede antibiotika i Norge da tilgang til antibiotika er kritisk ved livstruende infeksjoner.<sup>38</sup> For øvrig har Helsedirektoratet fremmet 29 ulike tiltak som skal bidra til å bedre legemiddelberedskapen.<sup>39</sup> Med tanke på at man hadde over 1100 tilfeller av mangel på legemidler i 2019 (før korona-krisen), vil diskusjonen om legemiddelberedskap bli sentral i tiden fremover.

### 3.2. Fra utvikling til produksjon

Utvikling og produksjon av legemidler og medisinsk teknologi henger nært sammen. Figuren nedenfor viser hva slags type aktiviteter de 121 helseindustri-bedriftene som deltok i årets spørreundersøkelse utfører i henholdsvis Norge og i utlandet. Det fremkommer at 78 prosent driver teknologi- og produktutvikling, 58 prosent prototype- og testproduksjon mens 39 prosent har produksjon i Norge.

Figur 3-3: Andeler av bedriftene i Helseindustrien som svarte bekreftende på spørsmålet **Passer disse utsagnene for din bedrift?** (Mulig å krysse av for flere alternativer). Kilde: Menon



At majoriteten av norske helseindustri-bedrifter ikke har industriell vareproduksjon i Norge, har flere forklaringer. Én forklaring er at en fjerdedel av bedriftene er datterselskaper av utenlandske konsern. Blant disse er det en lavere andel som har produksjon i Norge. En annen forklaring er at enkeltbedrifter anser det som mer hensiktsmessig å gjennomføre den industrielle produksjonen i utlandet. Dette kommer vi tilbake til lenger ned.

Den viktigste forklaringen på at mange helseindustri-bedrifter ikke har industriell produksjon i Norge er likevel at næringen kjenne-tegnes av en høy andel tidligfasebedrifter som ikke har kommet til en industriell skaleringsfase ennå. Figuren nedenfor viser at 87 bedrifter har teknologi- og produktutvikling i Norge. Av disse har 62 bedrifter også prototype- og testproduksjon i Norge, mens 32 av disse igjen har industriell produksjon i Norge.

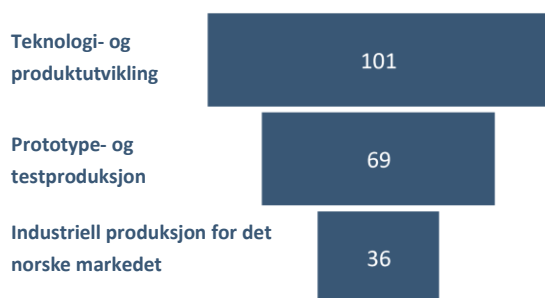
<sup>36</sup> Tidsskriftet, «StatMed – den nye oljen?» (2019)

<sup>37</sup> *Forskning.no* 21. mars 2020 «Bør staten begynne å lage legemidler?»

<sup>38</sup> Leif Runde Skymoen, 8. april 2020 (kronikk i *Dagens medisin*)

<sup>39</sup> *Nasjonal legemiddelberedskap – Vurderinger og anbefalinger*, Helsedirektoratet (2019)

**Figur 3-4: Trakt som viser antall helseindustribedrifter som utfører a) teknologi- og produktutvikling i Norge, b) og prototype- og testproduksjon, c) og industriell produksjon - i Norge. Kilde: Menon, spørreundersøkelse i helsenæringen 2020.**



Nesten halvparten av bedriftene som har prototype- og testproduksjon i Norge har likevel ikke industriell produksjon. Kun tre av disse bedriftene har produksjon i utlandet, så forklaringen på dette må være at de ikke har kommet industriell skalering i sin utvikling. Denne analysen viser at det er et stort potensial for å drive norskutviklede teknologier og produkter gjennom testing og til industriell produksjon.

### 3.2.1. Bedrifter med industriell produksjon i Norge har høyere vekst

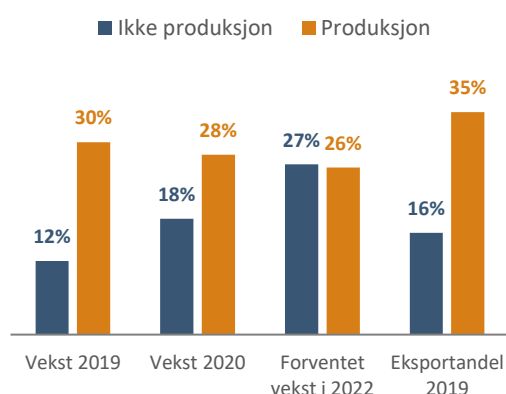
Regjeringen ønsker at Norge skal være et attraktivt land for investeringer i høyproduktiv virksomhet innenfor Helseindustrien.<sup>40</sup> Bedriftene i Helseindustrien som har industriell produksjon i Norge har gjennomgående svært høy verdiskaping per sysselsatt (arbeidskraftproduktivitet), har et høyt antall ansatte og er også bedriftene med klart høyest eksport blant bedriftene i Helsenæringen.

Videre finner vi indikasjoner på at bedrifter i Helseindustrien som har industriell produksjon i Norge ikke bare har en høyere verdiskaping per ansatt, men også de siste årene har hatt en høyere vekst enn andre bedrifter i Helseindustrien. Dette illustreres av figuren nedenfor. Her har vi gruppert bedriftene i Helseindustrien i to grupper – de som

oppgir at de har industriell produksjon i Norge, og de som ikke har det. Figuren viser at produksjonsbedriftenes vekst i 2019 er betydelig høyere enn veksten til helseindustribedrifter som ikke produserer i Norge. Produksjonsbedriftenes eksportandel er også vesentlig høyere enn de øvrige bedriftenes eksportandel.<sup>41</sup> Også den estimerte veksten for 2020 er forskjellig mellom de gruppene, men her er forskjellene mindre. De to gruppenes forventede vekst for 2022 er identisk.

Vi har videre beregnet disse to gruppenes aggregerte omsetningsvekst i 2019 samt deres vekstforventninger til årene 2020-2022.

**Figur 3-5: Omsetningsvekst og vekstforventninger blant helseindustribedrifter som hhv. ikke har og har industriell produksjon i Norge. Kilde: Menon**



At de *forventede* forskjellene for 2020 og 2022 er mindre enn de *faktiske* forskjellene i 2019, kan skyldes at en stor andel av de som ikke har industriell produksjon i dag er bedrifter som har kommet kortere i sitt utviklingsløp. Det er samtidig naturlig at de forventer høyere vekst når de er kommet gjennom testfasen og skal skalere aktiviteten. Vi gjorde derfor en ny analyse hvor vi kun sammenlignet produksjonsbedriftene med helseindustribedrifter som hverken gjør utvikling, testing og produksjon i Norge. I denne analysen ble forskjellene i vekst og eksportandel enda større. I tillegg er vekstforventningene til bedrifter med utvikling og testing i Norge betydelig høyere enn

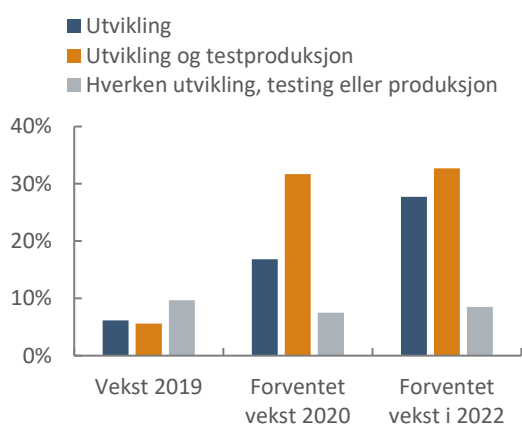
<sup>40</sup> St.mld. 18 (2018-2019), 2019

<sup>41</sup> Både forskjellen i vekst 2019 og eksportandel er signifikant på 0,99-nivå. Analysen viser gjennomsnittlig vekst. Den høye gjennomsnittlige veksten skyldes at det

er mange små bedrifter i utvalget. Forskjellene mellom de gruppenes aggregerte (bedrifter med og uten produksjon) vekst og eksportandel er også signifikant.

blant bedrifter som hverken utfører utvikling, testproduksjon eller industriell produksjon i Norge. Det er illustrert i figuren nedenfor. Den viser at bedrifter som er i utviklingsstadiet forventer økt vekst i 2020 og betydelig høyere vekst i 2022, mens bedrifter som er i prototype- og testproduksjonsstadiet forventer høy vekst allerede i 2022. Bedrifter uten utvikling, testing og produksjon i Norge har ingen forventninger om økt vekst i 2020 og 2022.

**Figur 3-6: Omsetningsvekst og vekstforventninger blant helseindustribedrifter som utfører ulike typer aktiviteter i Norge. Kilde: Menon**

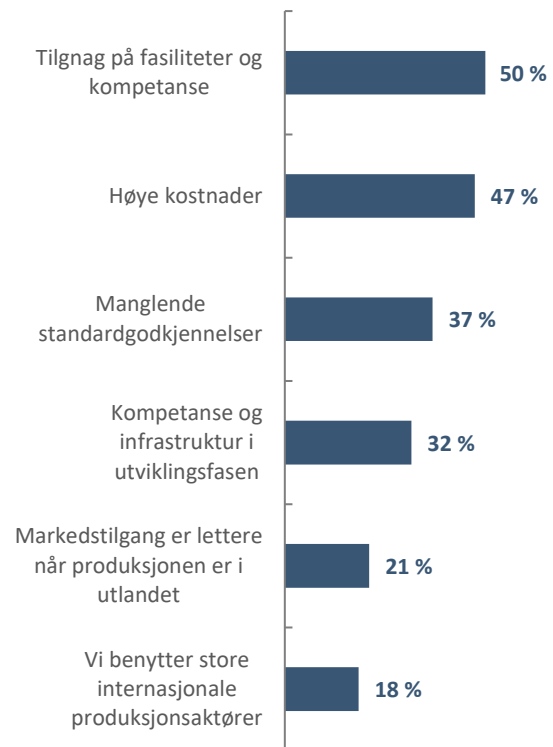


Analysene viser tydelig at bedrifter som har industriell produksjon i Norge har høyere vekst enn andre helseindustribedrifter. Den viser også at bedrifter som har teknologi- og produktutvikling i Norge, samt prototype- og testproduksjon i Norge forventer at veksten vil akselerere i årene som kommer. Det siste forutsetter selvsagt at de lykkes med markedsintroduksjon og med kapitaltilførsel til å investere i industriell produksjon.

### 3.2.2. Tilgang på fasiliteter, kompetanse og høyt kostnadsnivå er hindre for økt produksjon i Norge

Bedriftene som ikke har industriell produksjon i Norge er i spørreundersøkelsen bedt om å svare på hva som er de viktigste årsakene til at de har valgt å produsere i utlandet, heller enn i Norge. Som det fremkommer nedenfor er det særlig manglende tilgang på produksjonsfasiliteter og kompetanse, samt det høye kostnadsnivået i Norge, som trekkes frem som sentrale barrierer for å drive industriell produksjon i Norge.

**Figur 3-7: Andel respondenter (blant Helseindustribedrifter som ikke har industriell produksjon i Norge) som trekker frem ulike årsaker til dette. Kilde: Menon**



Utover tilbakemeldingene som er illustrert over fikk respondentbedriftene også muligheten til å selv utdype hva som er årsakene til at deres selskaper ikke har industriell produksjon i Norge. Blant disse tilbakemeldingene finner vi at flere trekker frem at de norske selskapene er deler av store internasjonale konsern. Det opplyses både om at den industrielle produksjonen, av naturlige årsaker, er lagt til land hvor konsernene har sitt hovedsete, samt at Norge har «tapt» den konserninterne konkurransen om hvor den industrielle produksjonen i konsernet skal være. Årsakene til at Norge i disse situasjonene ikke blir valgt kan være at det norske markedet for svært spesialiserte helse-teknologiske produkter er lite og at selskapenes vekt i hovedsak har vært eller en ventet i utlandet. Det kan også være andre årsaker til at man velger å produsere i andre land enn i Norge. I kapittel 6, hvor vi diskuterer *flaskehals*er for videre utvikling av den norske Helsenæringen, diskuteres dette nærmere.

## 4. Helsenæringens innovasjon

Helsenæringen er svært forsknings- og innovasjonsintensiv. I dette kapitlet beskrives den forskningsbaserte innovasjonsprosessen, FoU-innsatsen, offentlige virkemidler i de ulike fasene, samt betydningen av kliniske studier og andre test- og piloteringsprosesser.

### 4.1. Innovasjonsprosessen fra forskning til kommersialisering

Før en innovasjon blir til et ferdig produkt eller tjeneste har innovasjonen passert gjennom flere utviklingsfaser. Dette gjelder alle typer produkter, teknologier og tjenester, men er spesielt strukturert og formalisert for legemidler. De fleste innovasjoner som når markedet og oppnår suksess har gjennomgått en formell strukturert prosess.<sup>42</sup> Et eksempel på en slik innovasjonsprosess er Coopers stage-gate-modell.<sup>43</sup>

I stage-gate-modellen blir hver fase (stage) evaluert (gate) før man går videre til neste fase, som illustrert i Figur 4-1. Dette gir muligheten til å avbryte mislykkede prosjekter underveis i prosessen. Det er

Figur 4-1: Stage-gate-modellen. Kilde: Cooper (1993)



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

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

Dersom testing- og verifiseringsfasen er vellykket, tas beslutning om **kommersialisering**. Det kreves mye tålmodig og risikovillig kapital for å føre en bedrift fra forskning til kommersialisering. Jo lengre prosessen varer og jo større usikkerhet det er om

<sup>42</sup> Biemans, 1992.

<sup>43</sup> I dag benytter mellom 70 og 85 prosent av de ledende bedriftene i USA stage-gate-modellen for å utvikle produkter og få de lansert på markedet (AMR Research, 2011). Innføring av stage-gate-modellen har ført til større

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

den vil lede frem til et produkt med markeds-potensial, desto vanskeligere er det å skaffe kapital. Derfor er det nødvendig med et bredt spekter av finansieringskilder langs veien. Dette kommer vi tilbake til i kapittel 4. Samtidig finnes det mange forskere med gode ideer til konsepter og produkter som trenger hjelp i form av veiledning og nettverk for å lykkes med kommersialisering fremfor ren kapital. Inkubatorer, TTOer og klyngene er viktige bidragsyttere på dette området.

#### 4.1.1. Bedrifter i alle bransjer og faser er representert i spørreundersøkelsen

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

En viktig datakilde i dette kapittelet er spørreundersøkellesdata. Utvalget i undersøkelsen er medlemsbedrifter i organisasjonene som står bak denne rapporten. Respondentene til undersøkelsen representerer hele spekteret av utviklingsfaser, noe som er viktig for datakvaliteten. Respondentbedriftene i årets undersøkelse representerer over 30 prosent av den samlede omsetningen for Helsenæringen.

#### Hvordan måler vi næringens forskningsinnsats?

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

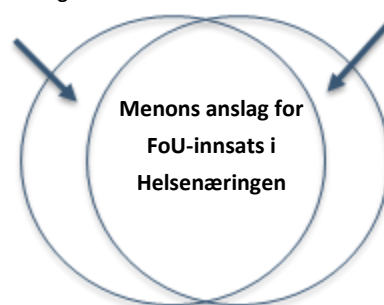
Basert på spørreundersøkelsen har vi anslag for mye av selskapene i Helsenæringens omsetning som er helserelatert. Denne samme andelen anvendes på dataene for tilkjent FoU-støtte for å fremstille et overslag på FoU-innsatsen i Helsenæringen. Denne metoden anvendes ettersom vi ikke vet hvorvidt FoU-tilskuddene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

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

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

Andre helserelaterte FoU-prosjekter, tilknyttet bedrifter som ikke er med i Helsenæringen

FoU-innsats i Helsenæringen, uten å justere for helseandel



## 4.2. Helsenæringens forskningsinnsats

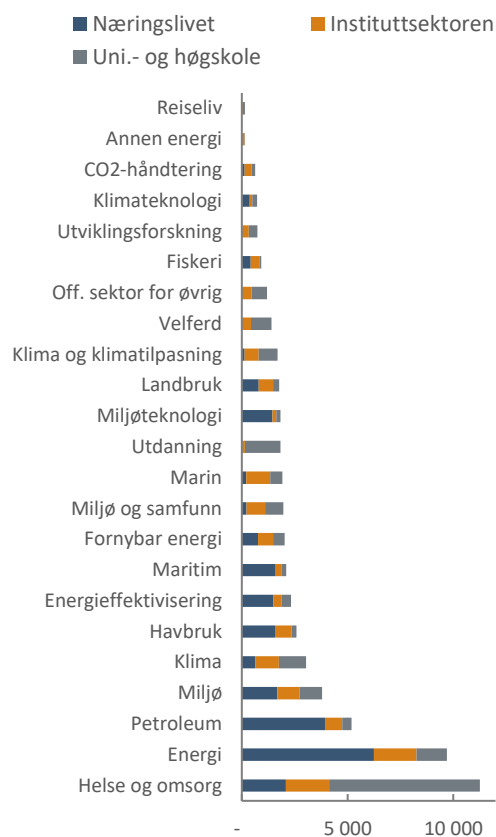
### 4.2.1. Norges mest forskningsintensive sektor

Helsesektoren er den mest forskningsintensive sektoren i Norge. Ifølge Forskningsbarometeret 2019 var de samlede driftsutgiftene til FoU innen helse- og omsorgsområdet på nesten 11,3 mrd. kroner i 2017. Dette er en økning på om lag 15 prosent fra 2015. Universitets- og høyskolesektoren står for den største forskningsinnsatsen, med 7,1 mrd. kroner. *Næringslivets* samlede driftsutgifter til FoU innen helse og omsorg beløp seg, ifølge Forskningsbarometeret, til 2,1 mrd. kroner i 2017. Til tross for at den næringslivsfinansierte FoU-virksomheten innen helse og omsorg kun utgjør 18 prosent av de samlede driftsutgiftene til FoU, har veksten fra 2015 til 2017 vært svært høy. I løpet av disse to årene har størrelsen på næringslivsfinansiert FoU-virksomhet steget med over 40 prosent. Klima er det eneste området med høyere vekst i næringslivsfinansiert FoU i denne perioden, med en økning på nærmere 50 prosent.



<sup>44</sup> Alle helseforetakenes driftsutgifter til FoU er inkludert under temaet helse. Helseforetak inngår her ikke under næringslivet.  
<sup>45</sup> Dette er anslått med utgangspunkt i Forskningsrådets datamateriale for godkjente Skattefunnprosjekter blant selskapene i vår populasjon av selskaper i Helsenæringen. Videre har vi justert tallene for selskapenes helseandel – andelen av selskapenes virksomhet som er helserelatert (se forklarende boks i kapittel 1.2.3. for mer om helseandeler).

Figur 4-2: Driftsutgifter til FoU etter område i 2017 (mill. NOK).<sup>44</sup> Kilde: Indikatorrapporten 2019 (2019) og Menon



### 4.2.2. Utviklingen i FoU-prosjekter flatet ut i 2019

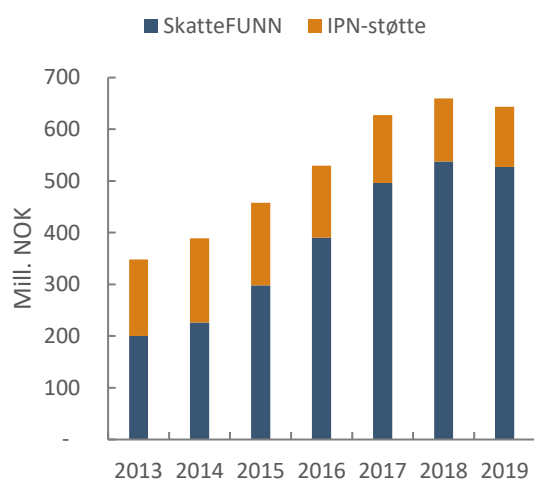
Basert på tall som Forskningsrådet har koblet på Menons populasjon over foretak i Helsenæringen, er det anslått at næringens samlede skattefradrag fra godkjente Skattefunnprosjekter beløper seg til 527 mill. kroner i 2019.<sup>45</sup> I tillegg til tilkjente skattefradrag fra godkjente Skattefunnsøknader kan bedrifter også motta direkte støtte fra Forskningsrådet til forsknings- og innovasjonsprosjekter (IPN-kontrakter). Denne prosjektstøtten er i 2019 anslått til 116 mill. kroner<sup>46</sup> for selskapene i Helsenæringen.

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

<sup>46</sup> I tillegg til oversikt over selskapenes godkjente skattefradrag har Forskningsrådet også oppgitt tallmateriale for IPN-støtte (Innovasjonsprosjekt i næringslivet) til selskapene i Helsenæringen. Se fotnote over for forklaring på metoden dette anslaget fremkommer av.

Veksten i budsjetterte Skattefunnfradrag og støtten fra Forskningsrådet, illustrert i Figur 4-3 nedenfor, antyder at det har vært en formidabel vekst i Helsenæringens FoU-innsats fra 2013 og frem til i dag. Fra 2013 til 2018 er størrelsen på samlet skattefradrag for FoU-prosjekter mer enn doblet (vekst på 168 prosent). Veksten var dog noe lavere i 2018, enn i de foregående årene og fremstår å ha flatet ut i 2019. Utflatingen vises imidlertid kun i Menons populasjon, da prosjekter merket med Helse i SkatteFunn har økt. Vi kommer tilbake til dette senere i delkapittelet.

**Figur 4-3: Budsjetterte Skattefunnfradrag og støtte til innovasjonsprosjekter i næringslivet (IPN) fra Forskningsrådet til Helsenæringen fra 2013 til 2019 (mill. NOK). Kilde: Forskningsrådet og Menon**



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

Refusjonen fra Skattefunn kan maksimalt utgjøre 20 prosent av bedriftenes forskningsprosjekter. I tillegg til budsjetterte skattefradrag har vi også oversikt over de samlede budsjettene, tilknyttet de aktuelle FoU-prosjektene, det er søkt om Skatte-

**ImTECH**



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

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

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

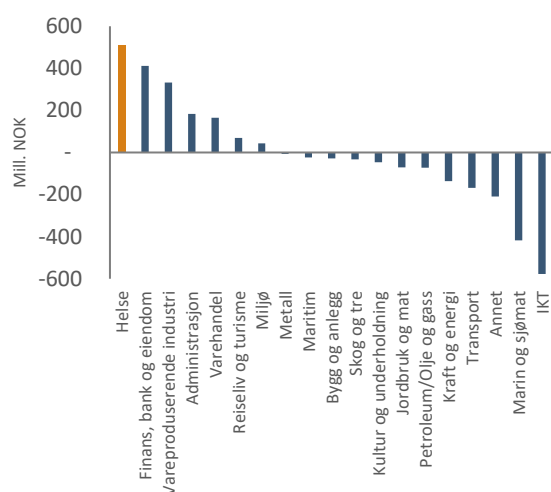
*Kilde: Inven2*

funnsfradrag for. I 2019 beløp dette seg til i overkant av 3,6 mrd. kroner for Helsenæringen, etter at tallene er justert for andelen av selskapenes virksomhet som er helserelatert. Dette tallet er vårt beste estimat for FoU-utgiftene for selskapene i Helsenæringen i 2019. Anslaget er like fullt å anse som et «gult» da det helt sikkert er gjennomført FoU-prosjekter i næringen uten at det har blitt søkt om skattefradrag gjennom Skattefunnordningen. Vi finner at veksten i Helsenæringens samlede FoU-utgifter har vært svært høy de siste årene, men at denne veksten er avtakende. Den gjennomsnittlige årlige veksten i samlede FoU-budsjetter for Skattefunnprosjekter for alle bedriftene i Helsenæringen fra 2014 til 2016 er på 25 prosent. Fra 2017 til 2019 var denne veksten på derimot på 13 prosent årlig. Dette er fremdeles høyt, men lavere enn årsveksten

i de foregående årene, hvor denne var mellom 20 og 30 prosent.

De antatte, dvs. de budsjetterte kostnaden ifm. FoU-prosjekter steg i 2019 med 5 prosent sammenlignet med 2018, ifølge tall fra Forskningsrådet. De budsjetterte kostnadene var omtrent uendret for næringslivet samlet. Selv om veksten i kostnader knyttet til FoU-prosjekter har gått noe ned de siste årene hadde Helsenæringen allikevel sterkere vekst sammenlignet med resten av næringslivet i 2019, om man legger til grunn opplysningene i SkatteFunn-søknader.

**Figur 4-4: Nominell endring i budsjetterte FoU-kostnader, oppgitt ifm. SkatteFunn-søknader, fra 2018 til 2019. Kilde: Forskningsrådet og Menon**



Videre viser Figur 4-4 at den nominelle endringen i budsjetterte FoU-kostnader tilknyttet SkatteFUNN-prosjekter fra 2018 til 2019 var høyest innen fagområdet *helse*. Dette fremstår å bryte med resultatene som fremkommer i Figur 4-3 – hvor det fremkommer at det har vært en nedgang i budsjetterte skattefradrag i forbindelse med Skattefunn det siste året. Årsaken til dette er at tallene bak henholdsvis Figur 4-3 og Figur 4-4 bygger på ulike beregningsmetoder. I Figur 4-3 benytter vi

<sup>47</sup> Av Forskningsrådets tallmateriale for godkjente skattefunnfradrag fremkommer det at 644 mill. kroner ble godkjent til FoU-prosjekter merket med Helse av Forskningsrådet i 2019. Vårt estimat, på 527 mill. kroner,

Menon sin helsenæringspopulasjon med tilhørende helseandel forklart under kapittel 4.1.1, mens tallene i Figur 4-4 baserer seg på prosjektene Forskningsrådet selv anser som helserelatert. Den tilsynelatende nedgangen i tilskuddsandel kan dermed skyldes at Menons populasjon ikke nødvendigvis inneholder alle prosjekter Forskningsrådet har kategorisert innen helse (det har vært en økning i helserelatert FoU-virksomhet blant selskapene som ikke er Helsenæringen) eller at helseandelen til selskapet som gjennomfører et FoU-prosjekt kategorisert som helse av Forskningsrådet, er lavere enn 100 prosent.

### 4.2.3. Skattefunn og Forskningsrådsprosjekter

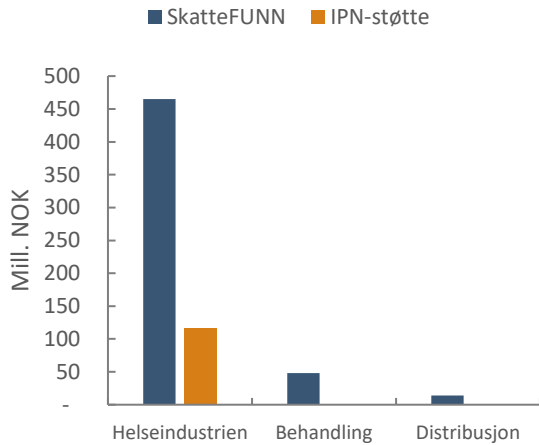
Det samlede skattefradraget gjennom Skattefunnordningen tilknyttet helserelatert FoU-virksomhet i bedrifter i Helsenæringen beløp seg i 2019 til anslagsvis 527 mill. kroner.<sup>47</sup> Dette tilsvarer om lag 9 prosent av totalt budsjetterte Skattefunnfradrag dette året.

Figur 4-5 illustrerer FoU-støtte fra Forskningsrådet og budsjetterte Skattefunnfradrag for Helsenæringen etter hovedgrupper. Bedriftene som er kategorisert innunder Helseindustrien mottok til sammen anslagsvis 465 mill. kroner, tilsvarende 88 prosent av det totale beregnede skattefradraget gjennom Skattefunn til Helsenæringen.

fremkommer av justeringen for helseandel i de ulike selskapene (se tekstboks i kap. 1.2.3.).



**Figur 4-5: Budsjetterte skattefradrag gjennom Skattefunn og støtte gjennom Innovasjonsprosjekt i næringslivet (IPN) fra Forskningsrådet til Helse-næringen, etter hovedgruppe i 2019 (mill. NOK). Kilde: Forskningsrådet og Menon**



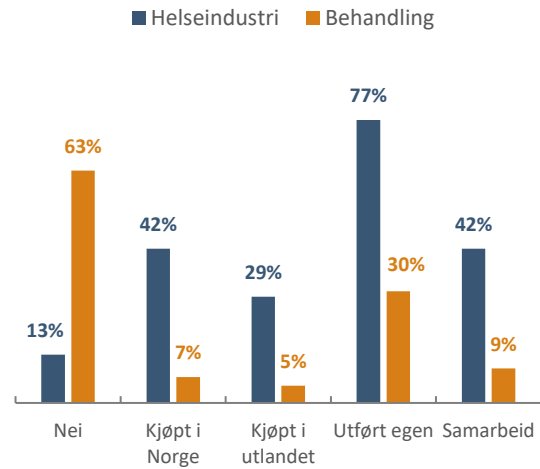
Vi anslår at bedriftene i den norske Helsenæringen mottok til sammen om lag 116 mill. kroner i direkte FoU-støtte (IPN-støtte) fra Forskningsrådet i 2019.<sup>48</sup> All denne støtten gikk til virksomheter kategorisert innunder Helseindustrien.

Den store forskjellen i FoU-intensitet mellom Helseindustri og resten av Helsenæringen bekreftes av bedriftenes egen rapportering om forskning. Nesten 87 prosent av bedriftene i Helseindustrien hadde FoU-aktivitet i 2019, mot 37 prosent blant behandlingsvirksomhetene. Knappt noen bedrifter i Behandlingsleddet kjøpte FoU, mens oppimot én av tre behandlingsvirksomheter utførte FoU selv.

Over 3 av 4 bedrifter i Helseindustrien utførte egen FoU i 2019. 4 av 10 samarbeidet om FoU eller kjøpte FoU i Norge, mens 1 av 3 kjøpte FoU i utlandet.

<sup>48</sup> Dette tallet vil kunne avvike fra Forskningsrådets tall for direkte støtte til helse relatert forskning i næringslivet i 2019. Én årsak til dette er at vi beregner IPN-støtten til

**Figur 4-6: Fordeling av bedriftene i Helsenæringens svar på om virksomheten har kjøpt, samarbeidet om eller utført egen FoU i 2019. Kilde: Menon**



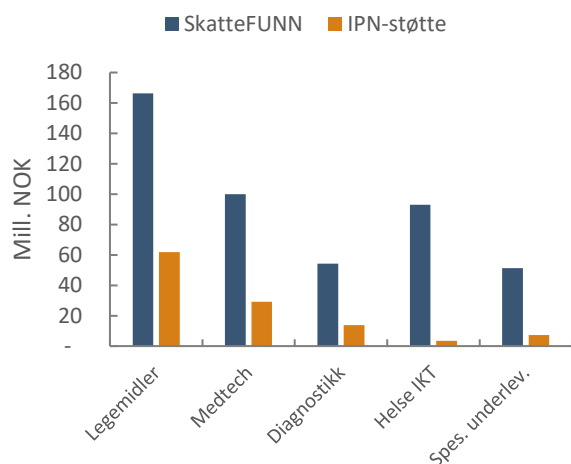
#### 4.2.4. Store forskjeller mellom bransjene i Helseindustrien

Figur 4-7 viser FoU-støtte fra Forskningsrådet og budsjetterte Skattefunnfradrag til de ulike bransjene i Helseindustrien i 2019. Det fremkommer at selskaper innen Legemidler, Helse IKT og Medtech fikk nærmere 80 prosent av den samlede verdien av godkjente skattefradrag gjennom Skattefunn og direkte støtte fra Forskningsrådet i form av Innovasjonsprosjekter i næringslivet (IPN).



Helsenæringen ved anvendelse av helseandelene til de ulike bedriftene, som vi gjør med Skattefunn-beregningene omtalt over.

**Figur 4-7: Budsjetterte Skattefunnfradrag og IPN-støtte fra Forskningsrådet for Helseindustrien etter bransje i 2019 (mill. NOK). Kilde: Forskningsrådet og Menon**



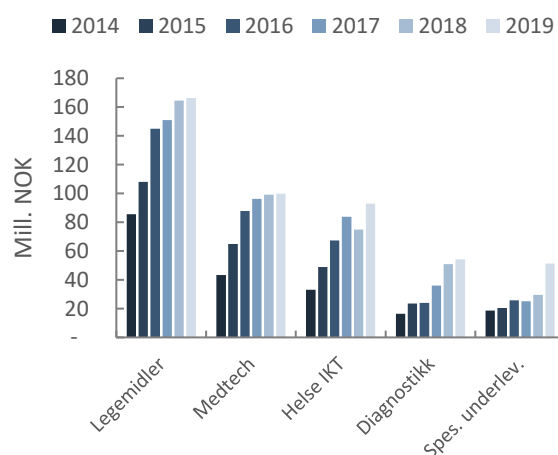
Legemiddelvirksomheter fikk godkjent nærmere 40 prosent av Helseindustriens samlede budsjetterte skattefradrag gjennom Skattefunnordningen og fikk innvilget om lag 40 prosent av støtten til Innovasjonsprosjekter fra Forskningsrådet. Diagnostikk og Spesialiserte underleverandører er de bransjene som mottok minst samlet støtte fra Forskningsrådet, med kun 20 prosent av midler innvilget til innovasjonsprosjekter i Helseindustrien. Diagnostikk er også den bransjen som mottok minst Skattefunnfradrag relativt til bransjens økonomiske størrelse. Tilsvarende er Helse IKT den bransjen som mottok mest Skattefunnstøtte, relativt til bransjens størrelse. Det er med andre ord stor variasjon i hvor mye SkatteFUNN de ulike bransjene i Helseindustrien mottar og dette skyldes søknader – dvs. at Legemidler, som har fått mest SkatteFUNN, også er den bransjen som har søkt om mest midler, mens Diagnostikk og Spesialiserte underleverandører har søkt om minst.

Figurene nedenfor viser at det har vært en kraftig vekst i budsjetterte skattefradrag i alle deler av Helseindustrien. Over perioden fra 2014 til 2019 har det særlig vært høy vekst innen Diagnostikk og

<sup>49</sup> Én årsak til at veksten og nivået i IPN-støtte har vært lav for selskaper i Helse IKT er at bedrifter i denne bransjen i hovedsak driver med utvikling, og i mindre

Helse IKT, med hhv. 22 og 19 prosent gjennomsnittlig årlig vekst. Disse vekstratene impliserer en henholdsvis tredobling i innvilget skattefradrag i forbindelse med skattefunn fra 2014 til 2019.

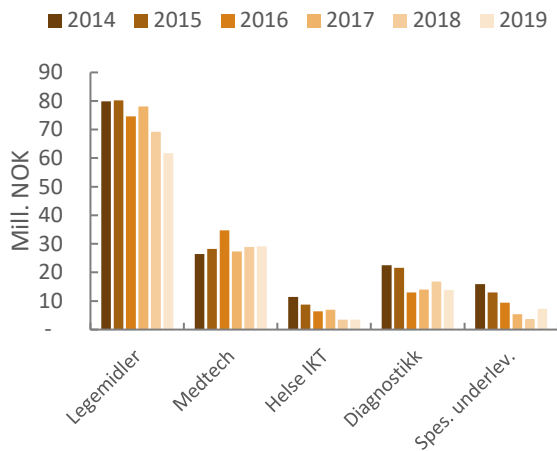
**Figur 4-8: Godkjente budsjetterte skattefradrag gjennom Skattefunnordningen til Helseindustrien etter bransje fra 2014 til 2019. Kilde: Forskningsrådet og Menon**



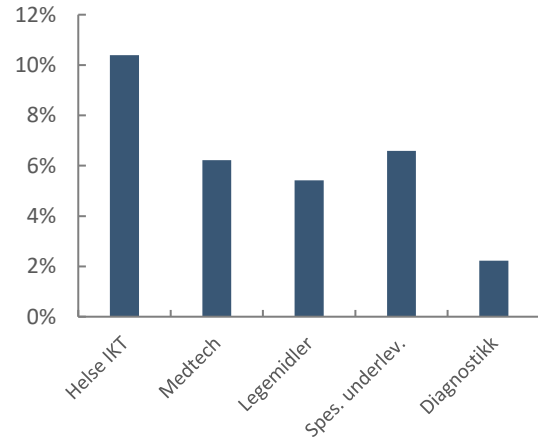
Bildet er mer sammensatt hva angår støtte til innovasjonsprosjekter (IPN). Medtech er eneste bransjen som har opplevd vekst i denne typen prosjektstøtte, på 40 prosent, mens de resterende bransjene har opplevd en nedgang i samlet IPN-støtte i perioden fra 2014 til 2019. Helse IKT og Spesialiserte underleverandører har opplevd høyest prosentvis nedgang på 70 og 55 prosent.<sup>49</sup> Det er verdt å notere at antallet prosjekter i de to sistnevnte bransjene er lavt. Det er således vanskelig å trekke konklusjoner om utviklingen i støtte til Innovasjons-prosjekter i næringslivet (IPN) for disse bransjene.

grad med forskning. Fram til 2019 var det nødvendig med en relativt høy andel forskning i IPN-prosjekter for å nå opp i konkurransen om midlene.

**Figur 4-9: Støtte fra Forskningsrådet til Innovasjonsprosjekter i næringslivet (IPN-støtte) for bedrifter i Helseindustrien etter bransje fra 2014 til 2019 (mill. NOK). Kilde: Forskningsrådet og Menon**



**Figur 4-10: FoU-intensitet i Helseindustrien i 2018, fordelt på bransjer. Budsjetterte FoU-utgifter oppgitt i forbindelse med helserelaterte Skattefunnsøknader som andel av omsetning i 2018 (estimat). Kilde: Forskningsrådet og Menon**



#### 4.2.5. Helseindustriens investeringer i FoU

Av Helseindustriens inntekter i 2019 på 63 mrd. kroner, ble oppunder 3,3 mrd. kroner – 5,2 prosent – anvendt til helserelaterte FoU-prosjekter. Prosjekter blant selskapene i legemiddelindustrien sto for nesten halvparten av Helseindustriens samlede FoU-innsats i 2019, målt etter oppgitte FoU-budsjetter for godkjente Skattefunnsøknader. Bransjen brukte nesten 1,6 mrd. kroner på SkatteFunn-prosjekter i 2019, tilsvarende 5,4 prosent av deres samlede inntekter. FoU-intensiteten er enda høyere innenfor Helse-IKT. Denne bransjen anvendte 10,4 av sine inntekter på SkatteFunn-prosjekter i 2019.



#### 4.3. Offentlig støtte til innovasjon

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

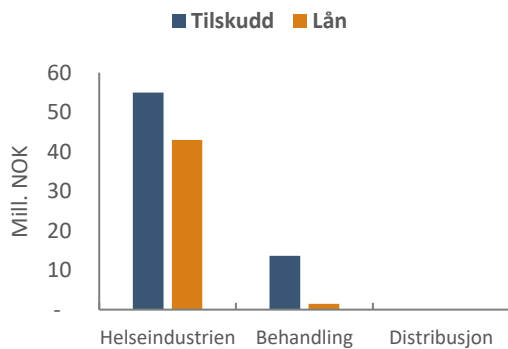
- *Garantier*, som opp gjennom årene har utgjort en svært liten del av totalen – i hverken 2017 2018 eller 2019 ble det innvilget noen garantier til virksomhetene i Helsenæringen (i 2015 ble det innvilget i underkant av én million kroner).
- *Lån*, enten innovasjonslån eller lavrisikolån, rapportert som bevilget lånesum og ikke i form av støtteekvivalenter.
- *Tilskudd*, det vil si et bredt spekter av programmer/tjenester som etablererstipend, offentlige utviklingskontrakter (OFU) eller investeringsstøtte.

Figur 4-11 viser støtte fra Innovasjon Norge, i form av lån og tilskudd, til Helsenæringen i 2019. Som det fremkommer av figuren innvilges det aller meste av støtten til Helsenæringen av Innovasjon Norge til Helseindustrien. I 2019 ble nesten 87 prosent av støtten gitt til bedrifter i Helseindustrien. Behandlingsleddet mottok de resterende 13

prosentene fra Innovasjon Norge, mens Distribusjon ikke mottok noen midler i 2019.

Helseindustrien dominerer både når det gjelder tilskudd og lån fra Innovasjon Norge. Beløpene er like fullt relativt beskjedne sammenlignet med FoU-støtten fra Forskningsrådet. Helsenæringen fikk til sammen innvilget om lag 69 mill. kroner i tilskudd fra Innovasjon Norge i 2019 og omtrent 44 mill. kroner i samlede lån. Merk at tallene ikke inkluderer støtte til klynger, eksportprogrammer eller såkorn- og presåkorncapital. Total innvilget støtte fra Innovasjon Norge til Helsenæringen er derfor vesentlig høyere enn det som fremkommer her.

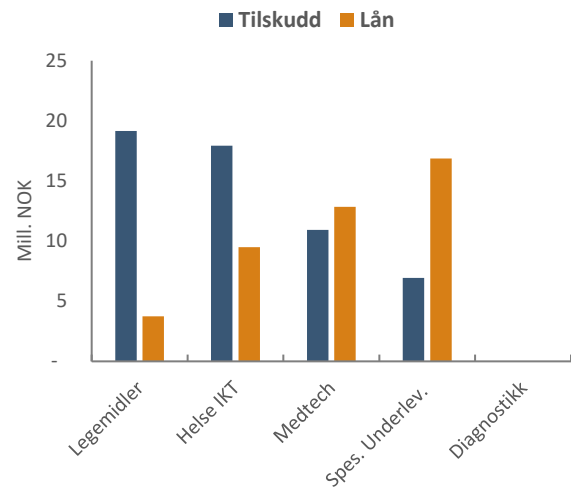
**Figur 4-11: Innvilget støtte fra Innovasjon Norge for Helsenæringen etter hovedgruppe i 2018 (mill. NOK). Kilde: Innovasjon Norge og Menon<sup>50</sup>**



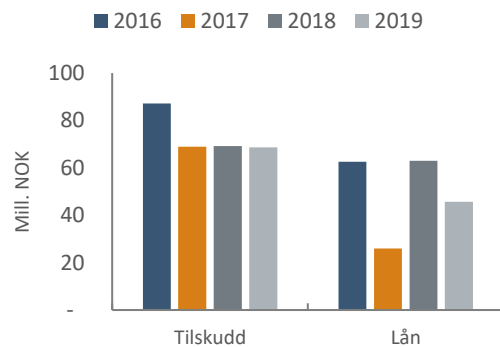
Helseindustrien ble innvilget nesten 55 mill. kroner i tilskudd og 43 mill. kroner i lån i 2019. Figur 4-12 viser at det innenfor Helseindustrien er Helse IKT som har mottatt mest støtte fra Innovasjon Norge i 2019, tett etterfulgt av Legemidler, Spesialiserte underleverandører og Medtech. Til forskjell fra i 2018 fikk Diagnostikk ikke innvilget noen støtte. En grunn til de store svingningene er at bransjen domineres av noen få store aktører.

<sup>50</sup> Tallene er justert for helseandel. Tallene vil dermed kunne avvike fra innvilget støtte til helse rapportert fra Innovasjon Norge.

**Figur 4-12: Innvilget støtte fra Innovasjon Norge til Helseindustrien etter bransje i 2019 (mill. NOK). Kilde: Innovasjon Norge og Menon<sup>51</sup>**



**Figur 4-13: Utvikling i tilskudd og lån (garantier er utelatt da dette kun utgjør en marginal andel av Innovasjon Norges støtte til Helsenæringen i disse årene) fra 2016 til 2019. Kilde: Innovasjon Norge/Menon**



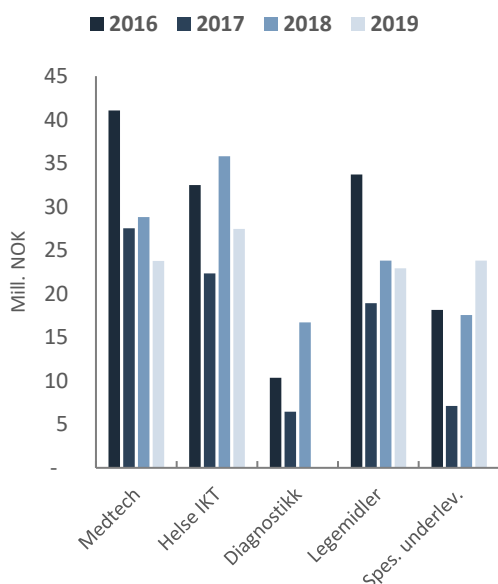
Helsenæringen mottok tilskudd fra Innovasjon Norge på om lag 87 mill. kroner i 2016. Fra 2016 til 2017 falt tilskuddet til Helsenæringen med over 20 prosent. Tilskuddet holdt seg stabilt på dette nivået også i de påfølgende årene. Hva gjelder utviklingen i lån, varierer den mer fra år til år enn tilskuddsbevilgningene, slik det fremkommer av Figur 4-13. En grunn til dette er at det samlede lånebeløpet fra Innovasjon Norge til bedriftene i Helsenæringen i særlig preges av store enkeltavtaler. Eksempelvis preges økningen i 2016 og

<sup>51</sup> Tallene er justert for helseandel. Tallene vil dermed kunne avvike fra innvilget støtte til helse rapportert fra Innovasjon Norge.

2018 av at det ble innvilget et betydelig lån til to ulike bedrifter i bransjen Spesialiserte underleverandører.

Ser vi på støtten innvilget av Innovasjon Norge i fireårsperioden fra 2016 til 2019 samlet, fremkommer det at fordelingen av støtte mellom bransjene i 2019 langt på vei speiler støtten opp gjennom de siste årene. Unntaket i denne sammenheng er Diagnostikk som ikke mottok støtte i 2019.

**Figur 4-14: Innvilget støtte (sum av tilskudd og lån) fra Innovasjon Norge til Helseindustrien etter bransje fra 2016 til 2019 (mill. NOK). Kilde: Innovasjon Norge og Menon<sup>52</sup>**



#### 4.3.1. Andre innovasjonsfremmende virkemidler i Helsenæringen

I tillegg til Innovasjon Norges bedriftsrettede virkemidler finnes det en lang rekke offentlige virkemidler som er utviklet for å stimulere til innovasjon i næringslivet og som i stor grad også benyttes av bedriftene i Helsenæringen. Et viktig eksempel er Sivas inkubasjonsprogram, som blant annet har bidratt til etableringen av helseinkubatoren Aleap og til Oslo Cancer Cluster Incubator (OCCI). Siva har også tildelt flerårige

midler til oppbyggingen av *Norsk Helsekonsortium*, en institusjon som delfinansierer rådgivning og tilgang på testfasiliteter for oppstartselskaper i Helseindustrien. Aleap, Norinnova og VIS (Vestlandets innovasjonsselskap) er sentrale aktører i konsortiet. Flere andre inkubatorer bidrar også inn i utviklingen av nystartede bedrifter innenfor Helsenæringen, og det er under utvikling et stadig tettere samarbeid mellom flere av disse for å kunne tilby gode nok og spissede tjenester til bedriftene.

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

Ordningen Norsk katapult, som ble etablert i 2017 og som skal bidra til oppbygging og utvikling av nasjonale flerbruks-testsentre, bør også nevnes i denne sammenheng. Katapult-sentrene skal stimulere til mer og raskere innovasjon, samt utvikling og deling av kompetanse. I sentrene skal bedrifter kunne teste, simulere og visualisere teknologier, komponenter, produkter, løsninger, tjenester og prosesser. Lett tilgang til ekspertise, utstyr og hensiktsmessige lokaler skal gjøre veien fra konseptstadiet til markedsintroduksjon enklere. Siva, Innovasjon Norge og Forskningsrådet samarbeider om ordningen. Ingen helsekatapulter nådde opp i utlysingsrunden i 2018. De tre klyngene, Oslo Cancer Cluster Incubator, Norway Health Tech og Norwegian Smart Care Cluster, har fått et felles forprosjekt for å berede grunnen for en

<sup>52</sup> Ibid.

felles søknad ved neste hovedutlysning på katapultordningen.

#### 4.3.2. Testing og verifisering

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

I Norge har man kommet kortere i satsingen på etablering av *testbeds* (testsenter) og finansiering av testprosjekter enn i for eksempel Sverige. Det er igangsatt flere nordiske initiativ for å øke utnyttelsen av slike fasiliteter i hele Norden, slik at bedrifter fra alle de nordiske landene vil benytte seg av anlegg også utenfor deres egne landegrenser.<sup>53</sup> Hensikten med disse initiativene er å redusere tiden det tar fra utvikling til kommersialisering («time-to-market»). Som det fremkommer senere i rapporten (kapittel 5.1.1) preges Helseindustrien av bedrifter i «J-kurven» – en prekommersiell fase hvor kostnadene er høyere enn inntektene. Det høye omfanget av slike bedrifter i Helseindustrien må sees i sammenheng med at kommersialiserings-løpene i denne delen av Helsenæringen er svært lange.

<sup>53</sup> *Nordic Test Beds (NoTeB) and Nordic Network of Test Beds (NNTB)*

<sup>54</sup> *2017: Menon: Infrastruktur for testing, pilotering, visualisering og simulering. (Listen over anlegg var ikke*

Innenfor helse er det gjennom en kartlegging i 2016 identifisert totalt 11 testbeds i Norge, hvorav to i privat regi (ikke åpne for andre aktører). Resten er i offentlig regi eller i regi av klyngeorganisasjoner. I tillegg finnes det andre test- og innovasjonsfasilitatorer. Av de 11 som ble identifisert i 2016 antydte flere at de hadde noe ledig kapasitet. Dette kan tyde på at kjennskapen til fasilitetene ikke er tilstrekkelig god blant bedriftene i næringen.<sup>54</sup>

#### **Catapult Life Science**



Catapult Life Science et produksjonssenter for tidligfase produktutvikling, og produksjon av substanser for kliniske studier. Ved å tilby fasiliteter og kompetanse for forskningsbasert produktutvikling gir Catapult Life Science aktører mulighet til å utvikle sine produkter i Norge – produkter som alternativt hadde blitt utviklet i andre land.

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

Catapult Life Science drives i dag av private investorer og mange industripartnere. Fra senteret ble etablert i 2016 og frem til i dag har de utvidet litt og litt. Senest i mars i år åpnet en ny renromsenhet, og den andre enheten siden oppstart.

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

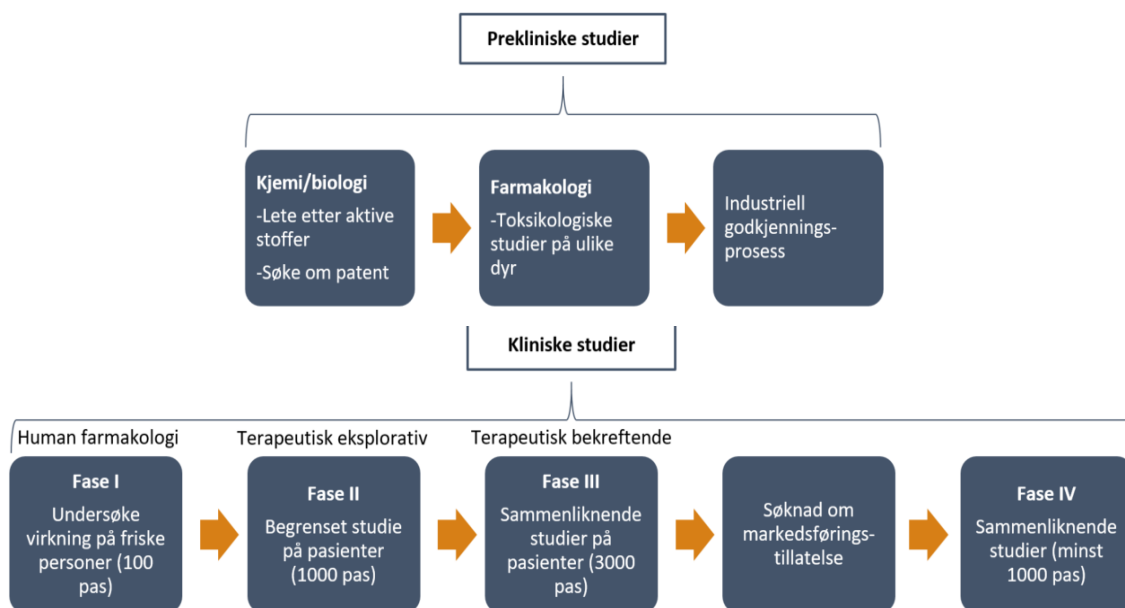
### 4.3.3. Kliniske studier – viktig å opprettholde kompetansemiljøene i Norge

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

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

De siste årene har man blitt mer bevisst de positive effektene som kliniske studier har for samfunnet hvor utprøvingen finner sted. Positive effekter som ofte trekkes frem er at helsepersonellet som deltar i forsøkene får oppdatert kunnskap om nye legemidler, medisinsk-teknisk utstyr eller behandlingsmetoder. Landets forskningsposisjon innenfor helse styrkes, forsøkene bidrar med flere kunnskapsbaserte arbeidsplasser og landets

Figur 4-15: Fasene i kliniske studier for legemidler. Kilde: Menon



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

pasienter får tilgang til nye behandlingsmetoder, samt nytt medisinsk-teknisk utstyr og nye legemidler før de kommer ut på markedet. Innsikten om de positive effektene har ført til en internasjonal konkurranse mellom land for å tiltrekke seg industrifinansierte kliniske studier. For helsepersonell blir det ofte sett på som motiverende og prestisjefyllt, og det leder ofte til publikasjoner og internasjonalt samarbeid.

#### 4.3.4. Kliniske studier av legemidler

Kliniske studier relatert til legemidler må i tillegg til å bli godkjent av REK godkjennes av Statens legemiddelverk (SLV).<sup>55</sup> Kliniske studier av legemidler tar gjerne mellom fem og åtte år å gjennomføre.

Formålet med en klinisk studie av et legemiddel er å finne ut om det har klinisk effekt og om det er trygt for pasienten.<sup>56</sup> Svært mange av substansene som testes forkastes før de kommer til klinisk utprøving, og bare én av mange tusen kommer i klinisk bruk. Kliniske studier går gjennom fire faser (se faktaboks neste side og illustrasjonen over).

##### **Fasene i kliniske studier for legemidler**

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

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

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

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

I Norge har antallet kliniske studier av legemidler falt markant gjennom 2000-tallet, spesielt antallet

studier finansiert av den private Helseindustrien. I 2019 var antall søkte industrifinansierte kliniske studier 73, mens det i år 2001 var 158. Reduksjonen i antallet privatsponsede kliniske legemiddelstudier er dermed på over 50 prosent, gjennom den siste 18-årsperioden. Som det fremkommer av figurene under kan nedgangen tilskrives en vedvarende negativ trend gjennom 2000-tallet. Ifølge Helse-Omsorg21-strategien skyldes nedgangen at flere internasjonale farmasøytiske bedrifter har redusert sin forskningsaktivitet i Norge. Det er en klar ambisjon fra både næring og myndigheter at den nedadgående trenden skal snus.

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

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

De ovennevnte punktene peker på flere faktorer som kan forklare nedgangen i antallet søkte kliniske studier, men enkelte av disse punktene er det, fra myndighetshold, mulig å gjøre noe med. Der man i

<sup>55</sup> Fagbokforlaget. Illustrert farmakologi

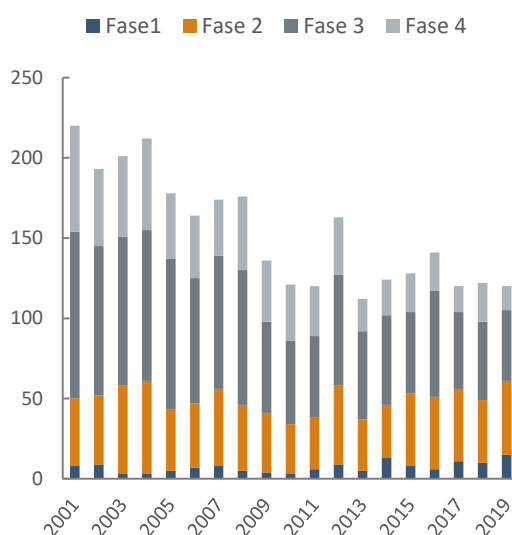
<sup>56</sup> <https://www.nhlbi.nih.gov/studies/clinicaltrials> og Statens legemiddelverk



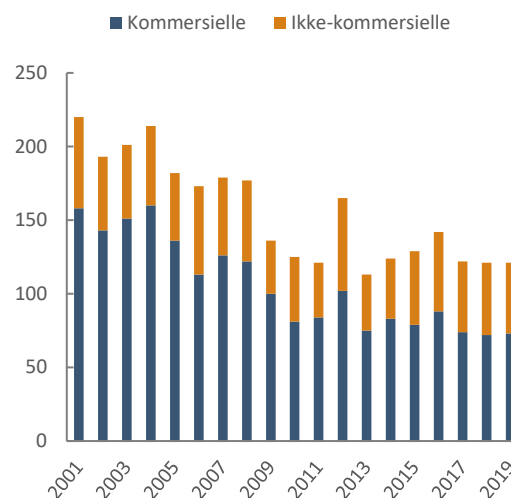
liten grad kan avhjelpe utfordringene knyttet til generelt kostnads- og lønnsnivå kan myndighetene spille en rolle ved å i større grad tilrettelegge for kliniske studier i de offentlige helseforetakene.

Det fremkommer at det er innen kommersielt sponsede kliniske studier det har vært størst reduksjon de to siste tiårene. Ser vi på omfanget av kliniske studier fordelt på faser, fremkommer det at nedgangen kan tilskrives sen-fase-studier. Fra 2001 til 2019 er det en *økning* i antallet tidlig-fase kliniske studier (fase 1 og 2), på 22 pst. Reduksjonen i antallet sen-fase studier (fase 3 og 4) er imidlertid på hele 65 prosent.

**Figur 4-16: Antall nye kliniske studier meldt til Statens legemiddelverk (SLV) fordelt på klinisk fase fra 2001 til 2019. Kilde: SLV**



**Figur 4-17: Antall nye kliniske studier meldt til Statens legemiddelverk (SLV) fordelt på kommersielle og ikke-kommersielle sponsorer fra 2001 til 2019. Kilde: SLV**



Figur 4-16 og Figur 4-17 viser antallet kliniske studier meldt til Statens legemiddelverk (SLV) fra 2001 til 2019 fordelt på faser og kommersielle/ikke-kommersielle aktører.<sup>57</sup>

#### 4.3.5. Testing og verifisering av medisinsk-teknisk utstyr

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

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

<sup>57</sup> Klinisk utprøving, Legemiddelverket (2016)

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

Kliniske studier av medisinsk-teknisk utstyr skiller seg ofte fra studier av legemidler ved at de også ofte undersøker brukerinteraksjoner. Forskjellige typer mennesker behandler utstyr på forskjellig måte, noe som krever godt gjennomtenkt og utprøvd design for å oppnå den ønskede kliniske effekt. Kort oppsummert kan en si at omfanget av kliniske studier for medisinsk-teknisk utstyr er betinget av hvilken type medisinsk-teknisk utstyr det er snakk om. Noen studier er enkle bruker-interaksjonsstudier, mens andre er mer kompliserte, langvarige og kostbare kontrollerte studier som ligner på avanserte legemiddelstudier. Det viser seg imidlertid at en markedsføringstillatelse (CE-merke) ofte ikke er tilstrekkelig, men at større effektstudier også må gjøres for medisinsk-teknisk utstyr. Kliniske studier av legemidler følger en gjennomarbeidet og strømlinjeformet prosess, de må gjennom de samme fasene (I-III) og er normalt mer omfattende og kapitalintensive.

Etter planen skulle et nytt og strengere EU-regelverk vedrørende testing og godkjenning av medisinsk-teknisk utstyr ha tredd i kraft i EØS-området fra 20. mai 2020. På grunn av Koronakrisen har imidlertid innføringen av dette regelverket nå blitt utsatt til 26. mai 2021.<sup>58</sup>

### **Fasene i kliniske studier for medisinsk-teknisk utstyr**

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

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

### **4.3.6. Koronakrisen fører til stans i kliniske studier**

På grunn av smittefare har alle større norske sykehus lagt sterke restriksjoner på hvem som kan oppholde seg på sykehusene. Dette har betydelige konsekvenser for pågående kliniske studier (med unntak av studier innen Covid-19-viruset), så vel som på rekrutteringen av pasienter til nye kliniske studier.

I første halvdel av mars 2020 innførte Oslo universitetssykehus (OUS), Stavanger sykehus, St. Olavs Hospital, Haukeland sykehus, Sykehuset Østfold og Akershus universitetssykehus (Ahus) alle restriksjoner for gjennomføring av kliniske studier.<sup>59</sup>

Det er strenge krav til monitorering og inspeksjon i gjennomføringen av kliniske studier. Deler av disse oppgavene gjennomføres av personell som ikke

<sup>58</sup> Nyhetssak, Statens Legemiddelverk (27.04.2020)

<sup>59</sup> Undersøkelse blant medlemmer i LMI, [www.lmi.no](http://www.lmi.no)

oppholder seg på sykehuset i det daglige. For store studier er det ofte personell som reiser mellom land og følger opp studier som gjennomføres parallelt i flere ulike land. Innreiseforbud, karantenerogler og midlertidige regler for adgang til sykehus, på bakgrunn av smittfare, gjør i realiteten kliniske studier umulig å gjennomføre midt under krisen.

For mindre legemiddelselskaper er en slik full stans i pågående studier (og stans i oppstart av nye studier) en potensiell stor risiko. Situasjonen fører til at sentrale milepæler ikke møtes i tide eller må avbrytes. Slike selskaper har gjerne begrenset med inntekter og virksomheten finansieres dermed av gjelds- og egenkapital. Om denne situasjonen vedvarer er det en betydelig risiko for at slike selskaper går konkurs.

Denne risikoen er naturlig nok betydelig lavere for store internasjonale legemiddelselskaper, som har brede porteføljer av produksjons- og utviklingsaktiviteter. Like fullt er det en konkurranse mellom land, om å få gjennomføre kliniske studier. Om Norge viser seg å være strengere enn andre land hva angår hvor lenge man venter med å igjen åpne opp for generelle kliniske studier risikerer Norge at den samlede aktiviteten innen dette kritiske området faller ytterligere i årene som kommer.

#### 4.4. Innovative offentlige anskaffelser (IOA)<sup>60</sup>

Staten og kommunen kan bidra til å løse ressursutfordringer i helsesektoren ved å åpne opp for mer innovasjon i offentlige anskaffelser. Dette kan de både gjøre gjennom å kjøpe mer innovative løsninger, men også ved å sette press på industrien til å bli mer innovative ved å kreve mer fra leverandørene når de kjøper inn nye tjenester. Det offentlige har altså både en rolle på tilbudssiden av innovasjonspolitikken, som har vært den tradisjonelle siden, men også på etterspørselssiden

for å dra innovasjon frem gjennom etterspørsel. Den største flaskehalsen er innenfor det sistnevnte, at det offentlige i mindre grad er villig til å satse på nye innovative løsninger, og da i særdeleshet fra mindre aktører.

Figur 4-18: Innovative offentlige anskaffelser. Tilbudsside- og etterspørselssidepolitikk. Kilde: Menon



Helse og omsorg er den nest største utgiftsposten i offentlige anskaffelser målt i kroneverdi. Dette området utgjorde eksempelvis 74 mrd. kroner i 2018. Av dette var i overkant av 22 mrd. investeringer. De største utgiftspostene var sykehustjenester på 48 mrd., legetjenester på 10 mrd., samt FoU på 7 mrd. kroner. Investeringer utgjorde 30 prosent av de totale anskaffelsene for helse- og omsorgsområdet. Dette er lavere enn tilsvarende andel for alle offentlige anskaffelser (38 prosent). Samtidig er helse- og omsorgssektoren kanskje den sektoren med det største behovet for effektiviserende innovasjoner. Dette på bakgrunn av de forventede økte kostnader og kvalitetskrav i befolkningen.

Innovative offentlige anskaffelser er «kinderegget» som kan bidra til å løse de ovennevnte utfordringene. Ved å benytte det offentliges markedsrett kan det offentlige som et «lead market» skape nye løsninger som markedet og bedriftene alene ikke klarer å utvikle, på bakgrunn av manglende etterspørsel.

<sup>60</sup> Innovative offentlige anskaffelser: Et effektivt verktøy for modernisering av offentlig sektor – hvis vi tar grep og fjerner barrierene. Menon, 2015.

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

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

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

### **Helse Midt-Norge innovasjonsstrategi 2016-2020**

Målet for innovasjonsprosjekter er å styrke klinisk praksis og helsetjeneste, og i tillegg gi konsekvenser for pasientbehandling, gjennom økt regionalt, nasjonalt og internasjonalt samarbeid. Ett av de seks fokusområder i strategien gjelder anskaffelser. Her skal innovasjonspotensialet utvikles.

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

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

Implementering av anskaffede effektiviserende og kvalitetshevende innovasjoner er ikke den eneste måten offentlig forvaltning har anledning til å spare ressurser på. Det er anslått at det offentlige helsevesenet kan spare minst 10-15 prosent på profesjonalisering av offentlige innkjøpsprosesser.<sup>61</sup>

<sup>61</sup> Verdien av styrket kompetanse i offentlige innkjøpsprosesser. Menon, 2012.

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

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

Koronakrisen har medført at betydelig deler av det eksisterende anskaffelsesregelverket er midlertidig tilsidesatt og at offentlige innkjøpere (som Sykehusinnkjøp) jobber tett og intensivt med private leverandører på en helt annen måte enn vanlig (se kapittel 3.1.1). Det er i løpet av svært kort tid inngått avtaler med en rekke ulike norske produksjonsvirksomheter og leverandører av videokonsultasjonsløsninger rettet mot helse-tjenestene har opplevd en enorm vekst. Det vil i etterkant av krisen bli interessant å se om nye disse nye måtene å jobbe på, både i anskaffelser og i pasientbehandlingen, vil bidra til å skape varige endringer i samhandlingen mellom offentlig og privat sektor i den norske helsesektoren.

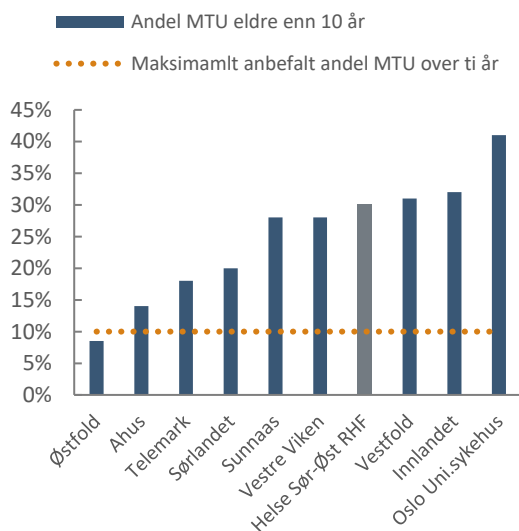
#### **4.5. Mye utdatert medisinsk-teknisk utstyr (MTU) ved norske sykehus**

Medisinsk-teknisk utstyr (MTU) er et område hvor det å være «teknologisk oppdatert» gir bedre og mer presis behandling. Dette kan ofte også være kostnadseffektivt, da forekomsten av tilbakefall og komplikasjoner i behandling reduseres med bedre og mer pålitelig utstyr. I utvelgelsen av sykehus (og land) store internasjonale helseindustribedrifter skal gjennomføre sine kliniske studier i stilles det som oftest også krav til nivået på MTU ved sykehusene. Dette for å kunne overvåke og

rapportere mest og best mulig data om studien. At norske sykehus har utdatert MTU kan dermed være én årsak til nedgangen i søknader om kliniske studier de to siste tiårene, som diskutert i kapittel 4.3.4.

En indikasjon på i hvilken grad norske sykehus er utstyrt med pålitelig og teknologisk oppdatert MTU er alderen på maskinparken. Gjennomsnittsalderen på et sykehus' eller et helseforetaks samlede MTU-beholdning gir således en enkel indikator for å evaluere tilstanden på MTU. *European Coordination Committee of the Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry* (COCIR) har utarbeidet en «gylden regel» for alderssammensetning av MTU ved europeiske sykehus. Én del av denne «regelen» er at ikke mer enn ti prosent av MTU ved et sykehus bør være over ti år gammelt. Som figuren under illustrerer var det ved årsskifte 2015/2016 kun Sykehuset Østfold som tilfredsstilte dette kravet blant helseforetakene i Helse Sør-Øst. Sykehuset Østfold åpnet i 2015.

**Figur 4-19: Andel av MTU med alder over ti år ved offentlige sykehus i Helse Sør-Øst, ved årsskifte 2016/2017. Kilde: ØLP Helse Sør-Øst 2018-2021**

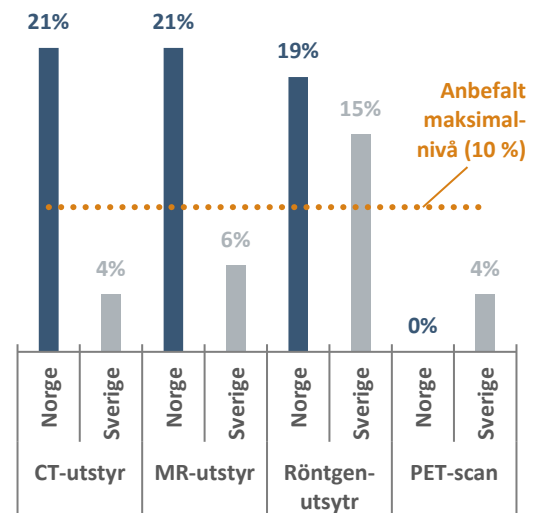


Som det fremkommer av figuren over var alderen på MTU ved sykehusene i Helse Sør-Øst gjennom-

gående langt over anbefalingene. Samlet, for alle helseforetakene i Helse Sør-Øst, var andelen MTU med en alder over ti år på 30 prosent i 2017.

COCIR samler inn data over andelen av MTU i drift i ulike land i Europa, og rapporterer dette i egne rapporter.<sup>62</sup> Sammenstillingen nedenfor viser andelen av fire ulike typer MTU som er eldre enn ti år gammelt i hhv. norske og svenske sykehus i 2018.

**Figur 4-20: Andelen av fire ulike typer MTU, ved hhv. norske og svenske sykehus, som er eldre enn ti år gammelt i 2018. Kilde: COCIR og Menon**



Dataene fra COCIR viser at norske sykehus samlet sett kun imøtekommer anbefalingene mht. andelen MTU som er eldre enn ti år (anbefalingen er at dette maksimalt skal utgjøre 10 prosent) når det kommer til PET-Scanutstyr. Blant denne typen maskiner var det i 2018 ingen som var eldre enn ti år i Norge. Til forskjell fra situasjonen innen PET-scanutstyr er andelen utstyr eldre enn ti år innen både CT-, MR- og Röntgenmaskiner i Norge betydelig over de anbefalte retningslinjene. Dette til forskjell fra i Sverige, hvor COCIR rapporterer at det kun er innen röntgenutstyr maskinparken i svenske sykehus er eldre enn det anbefalte maksimalnivået.

<sup>62</sup> *Medical imaging equipment – Age profile & density (COCIR, 2019)*

## 5. Kapitalbehov og kapitaltilgang – fra forskning og innovasjon til kommersiell suksess

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

I kapittel 4.1 beskrev vi innovasjonsprosessen fra forskning til kommersialisering. For oppstarts-bedrifter vil de viktigste kildene til kapital normalt komme fra private investorer som gründeren selv, venner og familie. Enkelte forretningsengler opererer også innenfor dette segmentet. Forskningsparker og TTOer bringer i denne fasen frem ideer og patenter fra FoU-miljøene rundt omkring i landet.<sup>63</sup> Det er i denne fasen behovet for kapital til videreutvikling og testing av produkter og løsninger for offentlig godkjenning kommer inn. Særlig gjelder dette for legemidler, men også langt på vei for medisinsk-teknisk utstyr og digitale helseløsninger, selv om disse innovasjonene kan utvikles betydelig raskere. Et raskere utviklingsløp kan redusere kapitalbehovet noe, og samtidig sikre inntjening raskere. Helse IKT og Medtech har tradisjonelt et noe kortere utviklingsløp, særlig for produkter og tjenester som ikke krever offentlig godkjenning før det lanseres på markedet. I teorien betyr dette at de to sistnevnte delene av næringen kan tenkes å være mer attraktive for investorer.

Tidligfaseinvesteringer gjøres ofte av investorer med en særlig kompetanse på området. Uten slik kompetanse vil informasjonsskjevhetene og derav

også risikoen bli for stor. Dersom omfanget av investorer med næringsspesifikk kompetanse er begrenset, vil også kapitaltilførselen bli begrenset. Mangel på kapital kan forlenge «gründerfasen», det vil si perioden uten inntekter. Mange selger og lisensierer teknologi og forskningsresultater ut av landet i denne fasen, i stedet for å utvikle og kommersialisere i Norge. Dette kan til dels skyldes manglende tilgang på kapital, noe som har blitt trukket frem av en høy andel respondenter i årets, så vel som tidligere års, spørreundersøkelser.

Gjennombruddet for en tidligfasebedrift kommer når bedriften har fått sitt første salg på markeds-messige premisser. Da har den oppnådd «kommersiell bevis» og muligheten for å tiltrekke kapital øker betraktelig.

I dette kapitlet vil vi først gjennomgå bedriftenes kapitalbehov og kjennetegn ved Helsenæringen som forsterker kapitalbehovet. Videre vil vi gjennomgå hvor mye og fra hvor bedriftene henter inn kapital. I det neste kapitlet vil vi så diskutere hvordan innretningen i virkemiddelapparatet best kan bidra til å bygge oppunder tidligfasebedrifter i Helsenæringen. Virkemidler som sikrer kapitaltilgang til bedrifter med vekstpotensial er her sentralt.

### 5.1. Bedriftenes kapitalbehov

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

---

<sup>63</sup> Porteføljeanalyse for Technology Transfer Offices, Menon 2014.

### 5.1.1. Mer enn én av ti bedrifter i Helseindustrien er en J-kurvebedrift

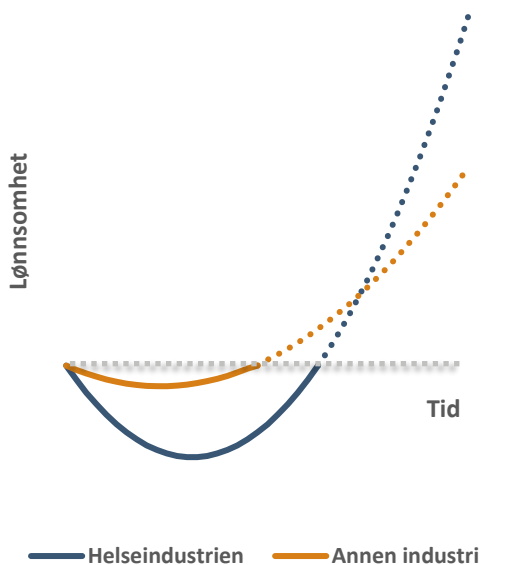
En av hovedgrunnene til det høye kapitalbehovet er at veldig mange bedrifter i Helseindustrien befinner seg i en tidlig utviklingsfase uten, eller med svært lave, salgsinntekter. Helseindustrien har langt høyere gründerandel enn norsk næringsliv for øvrig.

#### Definisjon og måling av J-kurvebedrifter

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

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

Figur: J-kurvebedrifter i Helseindustrien vs. andre næringer

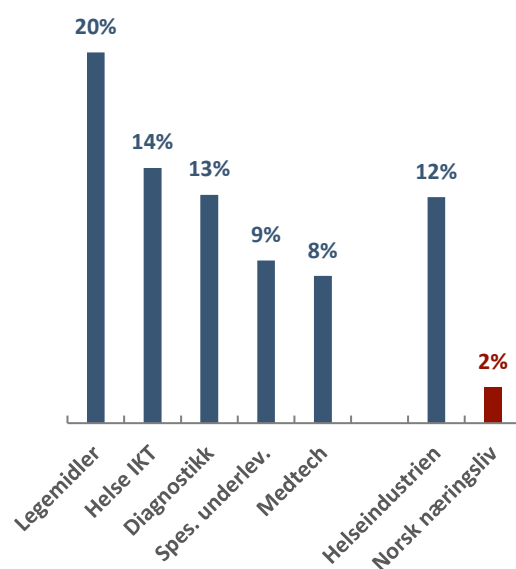


Over 12 prosent av de aktive bedriftene i Helseindustrien kan karakteriseres som J-kurvebedrifter i 2018 (se forklaring i egen boks). Til sammenligning er andelen av denne typen bedrifter i hele norsk næringsliv bare to prosent. Det er derfor ingen tvil om at J-kurvebedrifter er kraftig overrepresentert i Helseindustrien.

Den høye andelen J-kurvebedrifter kan tilsi at det er en stor grad av nyskaping og innovasjon i næringen. Samtidig sier omfanget noe om hvor stort behovet er for risikokapital. J-kurvebedrifter defineres av at bedriftenes kostnader er større enn inntektene – selskapene er således avhengige av ekstern kapital for å kunne drive sin virksomhet.

Av de over 12 prosentene av bedriftene i Helseindustrien som befant seg i bunnen av J-kurven i 2018 har nesten halvparten ingen salgsinntekt overhodet, mens drøyt halvparten har negativ driftsmargin på mer enn hundre prosent. Det innebærer at kostnadene er mer enn dobbelt så store som inntektene. Figur 5-1 illustrerer at andelen j-kurvebedrifter innenfor de ulike bransjene i Helseindustrien varierer betydelig.

Figur 5-1: Andel J-kurvebedrifter i Helseindustrien i 2018 (se tekstboks for definisjon). Kilde: Menon



Som det fremkommer over er andelen J-kurvebedrifter høyest innen Legemidler – 20 prosent tilfredsstillende kriteriene. Dette skyldes trolig at det både er betydelig nyskappingsaktivitet og at denne bransjen har særskilt lange utviklings- og kommersialiseringsprosesser.

Det er også en høy andel J-kurvebedrifter innen Helse IKT – 14 prosent. Det er i denne bransjen særlig mange bedrifter med driftsmarginer under -100 prosent, dvs. at bedriftene har inntekter, men at kostnadene er dobbelt så høye som inntektene.

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

**Tabell 5-1: Antall J-kurvebedrifter i Helseindustrien etter bransje<sup>64</sup> 2008, 2013 til 2018. Kilde: Menon**

	2008	2013	2018	Andel, 2018
Legemidler	33	24	43	20 %
Diagnostikk	5	4	5	13 %
Medtech	10	19	29	8 %
Helse IKT	9	8	19	14 %
Spesialiserte underlev.	5	8	9	9 %
Helseindustrien	62	63	105	12 %
Norsk næringsliv (u/ olje og gass)	4 854	5 257	6 228	2 %

I Tabell 5-1 ser vi utviklingen i antallet J-kurvebedrifter i Helseindustrien og i norsk næringsliv samlet (uten olje og gass) fra 2008 til 2018. Antallet gründerbedrifter var stabilt fra 2008 til 2013, men

<sup>64</sup> Andelen gründerbedrifter er betraktelig høyere for Medtech spesielt når man setter kravet til aktive bedrifter som har lønnskostnader over null fremfor lønnskostnader over 500 000 kroner. Denne økningen innen Medtech indikerer at en rekke bedrifter i denne

har steget betydelig frem til 2018 – til det høyeste antallet gjennom perioden. Det er en økning på 70 prosent i antallet J-kurvebedrifter i Helseindustrien fra 2013 til 2018. Økningen gjelder både antall bedrifter hvor kostnadene er mer enn dobbelt så høye som inntektene samt antall bedrifter uten salgsinntekter. Trolig skyldes den klare trenden at antall nyetableringer er relativt høy og at antallet bedrifter hopper seg opp i «gründerfasen».

Også av bedriftene som har svart på årets spørreundersøkelse fremkommer det at Helseindustrien har en høy andel innovative bedrifter som er i tidlig utviklingsfase. 72 prosent av Helseindustribedriftene oppgir i undersøkelsen at de utfører teknologi- og produktutvikling i Norge. En fjerdedel av disse hadde ingen omsetning i 2019, og mer enn halvparten hadde under 5 millioner kroner i omsetning. Det er med andre ord et stort og voksende antall innovative helseindustribedrifter som driver teknologi- og produktutvikling i Norge og som enten ikke har kommersielle inntekter eller svært små inntekter. Disse har behov for kapital til å kommersialisere og skalere sine produkter.

## 5.2. Bedriftenes kapitalinnhenting fra investorer

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

### 5.2.1. Nesten fire av ti bedrifter fikk tilført egenkapital i 2018

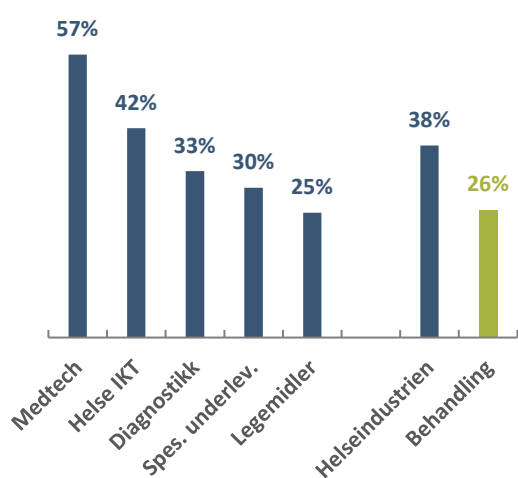
Tilførsel av kapital til bedrifter i Helseindustrien og i det private Behandlingsleddet varierer stort. Fra

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



spørreundersøkelsen rapporterte oppunder 40 prosent av Helseindustribedriftene, og 26 prosent av behandlingsforetakene at de fikk tilført ny egenkapital i 2019. I Helseindustrien varierer denne andelen fra 57 prosent blant Medtech-bedriftene til 25 prosent innen Legemidler. Andelen som har fått tilført egenkapital, for de ulike bransjene, er illustrert i Figur 5-2.

**Figur 5-2: Andel av bedriftene i spørreundersøkelsen som har fått tilført egenkapital i 2019. Kilde: Menon**



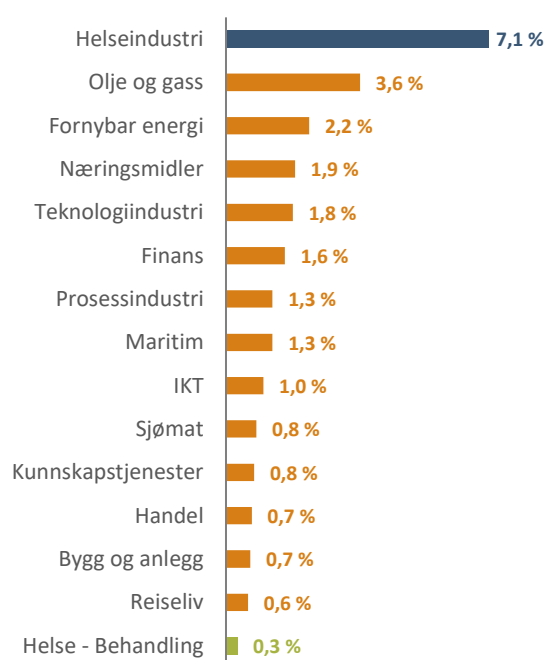
26 prosent av bedriftene i Behandlingsleddet fikk tilført egenkapital i 2019. Dette er helt på nivå med den tilsvarende andel i fjorårets undersøkelse (25 pst.). Blant bedriftene i Helseindustrien rapporterer nesten 40 prosent av bedriftene at de hentet egenkapital i fjor, noe som også er på nivå med resultatene fra de tidligere årenes undersøkelser. Det er imidlertid viktig å understreke at den høye emisjonsaktiviteten blant bedriftene i utvalget ikke nødvendigvis er representative for næringen som helhet. Særlig er andelen i Behandlingsleddet (fra spørreundersøkelsen) svært høy, noe som fremgår av neste avsnitt hvor vi inkluderer alle bedrifter.

### 5.2.2. Helseindustrien har større emisjonsaktivitet enn andre næringer

I avsnittet ovenfor så vi at nesten 40 prosent av bedriftene i Helseindustrien og én av fire bedrifter i Behandlingsleddet, som deltok i årets spørreundersøkelse, fikk tilført ny egenkapital i 2019. Menon har tidligere beregnet emisjonsaktiviteten

for hele norsk næringsliv og analysert forskjeller mellom næringer. Som figuren nedenfor viser, skiller Helseindustrien seg ut med en langt høyere andel bedrifter som henter ny egenkapital, sammenlignet med andre – dobbelt så høy andel som i olje- og gassnæringen og syv ganger mer enn i IKT-næringen. I den andre enden av figuren finner vi Behandlingsleddet i Helsenæringen, hvor kun 0,3 prosent av bedriftene fikk tilført ny egenkapital, i den studien. Den lave andelen i Behandlingsleddet skyldes at denne delen av Helsenæringen, særlig innenfor Primærhelsetjenester, består av svært mange småbedrifter uten behov for kapital til investeringer og vekst.

**Figur 5-3: Andel av bedriftene i næringen som hentet ny egenkapital gjennom emisjoner i 2017. Kilde: Menon**



Den viktigste predikatoren for nivået på emisjonsaktivitet i en næring er andelen J-kurve-bedrifter i næringen. Dette er bedrifter som enten ikke har nådd kommersialisering eller som ikke har kommet opp i et salgsvolum som gir nok inntekter til å dekke kostnadene. Helseindustrien har den klart høyeste andelen gründerbedrifter av alle næringer i Norge.

På tross av at emisjonsaktiviteten i Helseindustrien er svært høy observerer vi at det ikke er noen

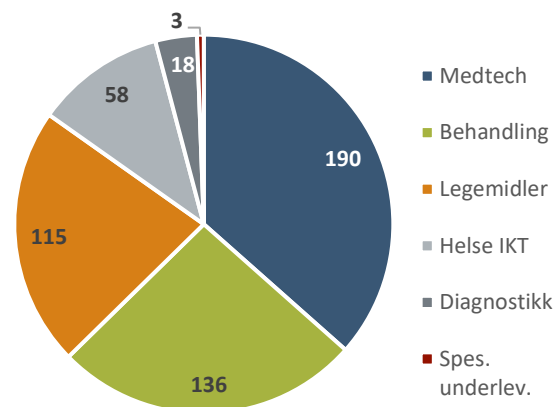
tydelig sammenheng mellom andelen bedrifter som henter ny egenkapital og hvor stor andel denne kapitalen utgjør av total egenkapital i næringen. Helseindustrien er den næringen i Norge som har høyest andel bedrifter med kapitalbehov og høyest andel bedrifter som får tilført ny egenkapital, men det samlede emisjonsbeløpet i Helseindustrien i 2017 utgjorde bare 1,1 prosent av industriens samlede egenkapital. Blant kunnskapsbedrifter, hvor kun 0,8 prosent av bedriftene hentet ny egenkapital, utgjorde emisjonsbeløpet til sammenligning hele 2,5 prosent av egenkapitalen. Også sammenlignet med hele norsk næringsliv sett under ett fremstår egenkapitaltilførselen i Helseindustrien og resten av Helsenæringen som relativt liten. 0,8 prosent av alle bedrifter i Norge fikk tilført ny egenkapital i 2017 – 1,1 prosent av total egenkapital i norsk næringsliv.

### 5.2.3. Høyere andel emisjoner i Helseindustrien, men størrelsen på emisjonene er større i Behandlingsleddet

Utvalget av bedrifter i den norske Helseindustrien og Behandlingsleddet som deltok i årets spørreundersøkelse rapporterte at de hentet inn om lag 520 mill. kroner gjennom emisjoner i 2019. Medtechbedriftene sto for 37 prosent av denne kapitalen, behandlingsbedriftene for 26 prosent, Legemidler for 22 prosent og de øvrige bransjene i Helseindustrien for 16 prosent. Fordelingen av innhentet egenkapital er illustrert i figuren under.

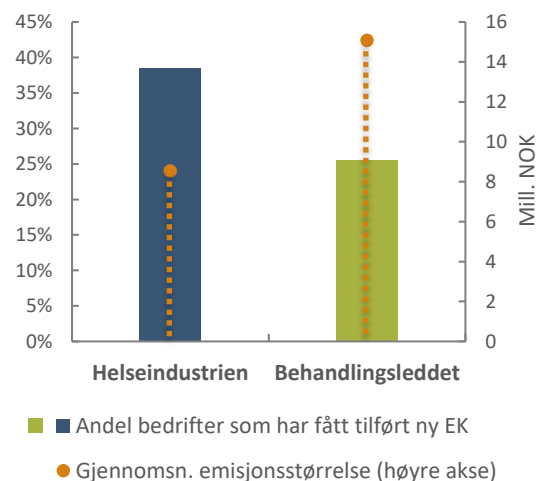


Figur 5-4: Ny egenkapital i Helsenæringen i 2019, fordelt på Behandlingsleddet og bransjene i Helseindustrien (mill. NOK). Kilde: Menon



Bedriftene som hentet inn ny egenkapital, fikk i gjennomsnitt tilført i underkant av 9,6 mill. kroner. Gjennomsnittsemisjonen blant bedriftene i Behandlingsleddet er imidlertid større enn den tilsvarende størrelsen i Helseindustribedriftene.

Figur 5-5: Andel av bedriftene som fikk tilført ny egenkapital i 2019 og den gjennomsnittlige emisjonsstørrelsen. Kilde: Menon



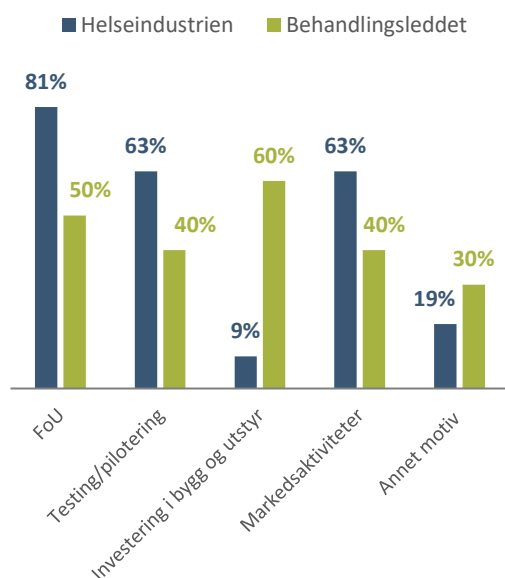
Vi finner dermed at det er en høyere andel av bedriftene i Helseindustrien som gjennomførte emisjoner i 2019, men at emisjonene i Behandlingsleddet gjennomgående er større enn i Helseindustrien.

## 5.2.4. Hva benytter bedriftene emisjonskapitalen til?

Nytt av årets spørreundersøkelse var at bedriftene ble spurt om hva slags aktiviteter emisjonskapitalen skulle benyttes til. Som det fremkommer av Figur 5-6 benytter i stor grad bedriftene i Helseindustrien emisjonskapitalen til teknologi-, tjeneste- og produktutvikling (FoU). Tatt i betraktning at hele 12 prosent av bedriftene i Helseindustrien er J-kurve-bedrifter er ikke dette resultatet overraskende. Videre finner vi at emisjonskapital ofte også benyttes til investeringer i testing og pilotering samt i salgs- og distribusjonsapparat (markedsaktiviteter).

Blant bedriftene i Behandlingsleddet benyttes emisjonskapitalen til et noe større spenn av aktiviteter. Som i Helseindustrien er formålet med å hente ny kapital ofte FoU og markedsaktiviteter, men til forskjell fra i Helseindustrien er det en langt høyere andel som investerer i bygg og utstyr.

Figur 5-6: Andeler av bedriftene som svarte bekreftende på spørsmålet **Hva slags aktiviteter skal emisjonskapitalen benyttes til?** (Mulig å krysse av for flere alternativer). Kilde: Menon



## 5.2.5. Eierfonds-investeringer (såkorn, venture og oppkjøp) i Helsenæringen

Figur 5-7 viser antallet og verdien av såkornfond-investeringer i norske bedrifter fra 2007 til 2019. Investeringene nådde en foreløpig topp i 2011 – både målt i antall investeringer og i investeringsvolum – men falt så tilbake. I 2017 og 2018 økte imidlertid såkornfondenes investeringsaktivitet igjen betydelig, og 2018 var et toppår, med hele 40 såkorninvesteringer i bedrifter i Helsenæringen. Investeringer fra såkornfond i den norske Helsenæringen falt i 2019 betydelig tilbake, sammenlignet med 2018. I 2019 ble det gjennomført 17 såkorninvesteringer i Helsenæringen – noe som er på nivå med gjennomsnittet i perioden frem til

### Aktive eierfond

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

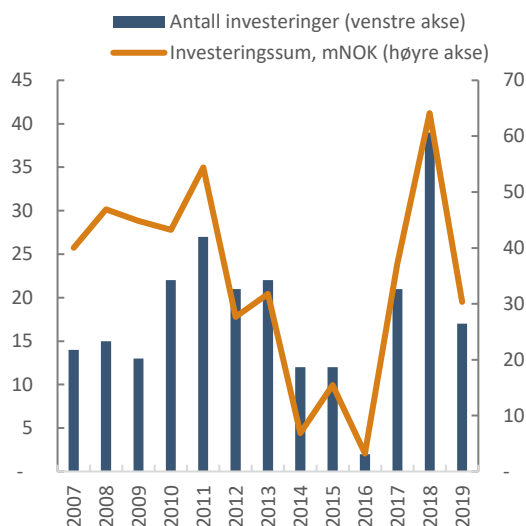
**Såkornkapital** er risikokapital til nystartede bedrifter som ennå ikke har oppnådd kommersielt salg av sine produkter. Såkornkapitalen brukes til å utvikle virksomhetens teknologi og/eller produkt og gjøre den klar til kommersialisering. Investeringsbeløpene er vanligvis relativt små.

**Venturekapital** er risikokapital til bedrifter i kommersialiseringsfasen. Kapitalen benyttes til å føre bedriften ut i markedet og å bygge produksjonskapasitet (gitt at den ikke skal sette/lisensiere ut produksjonen).

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

2018. Disse investeringene beløp seg samlet sett til om lag 30 mill. kroner. Dette er noe lavere enn gjennomsnittet for de foregående 12 årene.

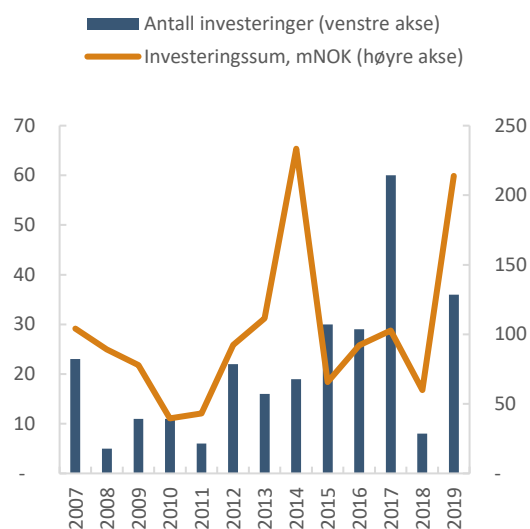
**Figur 5-7: Såkornfondsinvesteringer i Helsenæringen (sum av initial- og oppfølgingsinvesteringer). Antall investeringer og investeringssum per år. Kilde: Perep/Menon**



Til forskjell fra hva vi finner vedrørende såkorninvesteringer er det en økning i antall investeringer og samlet størrelse på venturefondsinvesteringer i 2019, sammenlignet med i 2018. Antallet investeringer økte fra åtte i 2018 til 36 i 2019. Samlet investeringssum for disse investeringene var i 2019 på hele 214 mill. kroner – en økning fra 60 mill. kroner i året før. Et så høyt nivå er ikke registrert siden 2014.

Mens den gjennomsnittlige såkorninvesteringen var på 1,8 mill. kroner i 2019, var den gjennomsnittlige venturekapitalfondinvesteringen over tre ganger så høy, 5,9 mill. kroner. Venturefondene gjennomførte 36 investeringer i Helsenæringen i 2019. Men merk at ettersom flere av fondene deltar i de samme emisjonene, er antall bedrifter som fikk tilført egenkapital fra venturefond lavere enn antallet registrerte investeringer.

**Figur 5-8: Venturekapitalfonds investeringer i Helsenæringen (sum av initial- og oppfølgingsinvesteringer). Antall investeringer og investeringssum per år. Kilde: Perep/Menon**



### 5.2.6. Børsnoteringer

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

En børsnotering eller salg på børs kan gi en god proxy på hvilket verdiskapingspotensial som ligger i en bedrift. De siste årene har det vært flere vellykkede børsnoteringer og salg av norske helseindustribedrifter på børs. Salget av børsnoterte kreftmedisinselskapet Algeta i 2014 for 17,6 mrd. kroner til tyske Bayer utgjør en betydelig andel av milliardverdiene i den norske kreftindustrien. Da det ble kjøpt var Algeta et typisk eksempel på et legemiddelselskap i et utviklingsløp med usikker verdi, men nærmest uten inntekter. Transaksjonen viser at denne potensielle verdien blir svært høyt verdsatt, på tross av marginal salgsinntekt og negative driftsresultater i det ervervede selskapet. Et annet eksempel er Nordic Nanovector som ble børsnotert i 2015. Selskapet hentet inn 500 mill. kroner i forbindelse med noteringen og det ble da uttrykt at dette finansierte videre aktivitet i

selskapet i tre-fire år fremover.<sup>65</sup> I 2018 ble Vistin Pharma og PCI Biotech notert på Oslo Børs.

I november 2019 ble Observe Medical notert på Oslo Axess. Observe Medical er en utfisjonert enhet fra det norske legemiddelselskapet Navamedic (som ble børsnotert i 2006) som utvikler innovative medtechprodukter. Observe Medicals første og i dag viktigste produktet er en digital urinmåler, «Sippi», som direkte kan tilkobles et pasientjournal-system.

Det norske legemiddelselskapet Ultimovacs er et annet norsk helseindustriselskap som ble børsnotert (Oslo Børs) i 2019. Selskapet ble etablert i 2011, blant annet ved hjelp av Inven2 og hentet ved børsnoteringen i 2019 inn 370 mill. kroner. Denne kapitalen skal brukes til å gjennomføre en større klinisk studie med utgangspunkt i føflekkreft. Resultatene fra denne studien er ventet å være klare om tre år. Dette illustrerer igjen hvordan lange utviklingsløp og strenge regulatoriske krav resulterer i et betydelig og langsiktig kapitalbehov. Om Ultimovacs lykkes i denne neste kliniske studien kan selskapet ha utviklet verdens første universelle kreftvaksine.<sup>66</sup>

To andre eksempler på norske børsnoterte helseindustriselskaper er Medistim og SoftOxSolution. Dette er eksempler på selskaper som har hatt en kraftig oppgang på børsen i forbindelse med Koronakrisen.



---

<sup>65</sup> Nordic Nanovector går på Børs. [www.Inven2.com](http://www.Inven2.com)

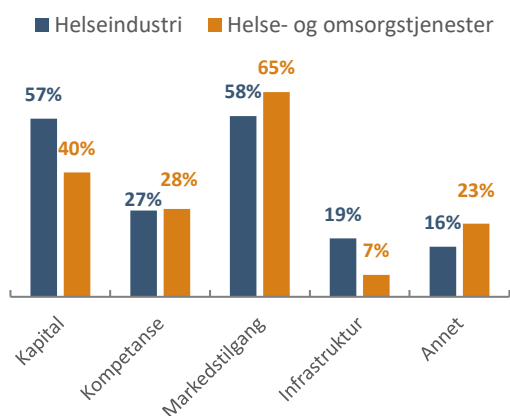
<sup>66</sup> Dagens næringsliv (20.05.2019), intervju med administrerende direktør i Ultimovacs,

## 6. Flaskehals

I årets undersøkelse ble bedriftene først bedt om å vurdere om fire overordnede faktorer utgjør en viktig flaskehals for bedriftens utvikling og vekst: Kapital, kompetanse, markedstilgang og infrastruktur, samt «andre faktorer». Bedriftene kunne krysse av så mange faktorer de selv ønsket.

Figuren nedenfor viser at markedstilgang oppleves som den viktigste flaskehalsen for både Helseindustriens og behandlingsbedriftenes utvikling og vekst. Som vi kommer tilbake til lenger ned er det særlig tilgang til offentlige anbud og konkurranse på like vilkår som oppleves som utfordrende. Kapitaltilgang er også en betydelig flaskehals for Helseindustribedriftene – og i noe mindre grad for behandlingsbedriftene. Det er langt færre bedrifter som har krysset av for kompetanse og infrastruktur.

Figur 6-1: Helsenæringsbedrifters vurdering av flaskehals: Hva er de viktigste flaskehalsene for din virksomhets utvikling og vekst? (Flere kryss mulig.). Kilde: Menon



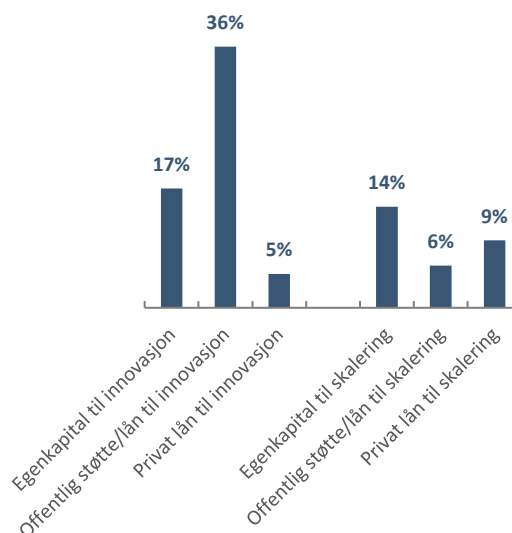
### 6.1. Kapitaltilgang

Mer enn halvparten av helsenæringsbedriftene oppgir at kapitaltilgang er en flaskehals for bedriftens utvikling og vekst. Det er særlig mindre bedrifter som opplever at kapitaltilgang er en utfordring. 70 prosent av bedriftene med mindre enn 10 millioner kroner i omsetning svarer at kapitaltilgang er en flaskehals, mens andelen kun er

30 prosent blant bedriftene med mer enn 10 millioner i omsetning.

Bedriftene som opplever kapitaltilgang som en flaskehals fikk seks utdypende spørsmål; om tilgang på privat egenkapital og lån samt offentlig tilskudd og lån, hvor vi skiller mellom innovasjons- og skaleringsfasen. Med *innovasjon* mener vi her utvikling og testing av nye produkter, tjenester eller prosesser. Med *skalering* mener vi investeringer i utstyr, organisasjon og markedsaktiviteter. Figuren nedenfor viser hva slags type kapital bedriftene opplever best tilgang på.

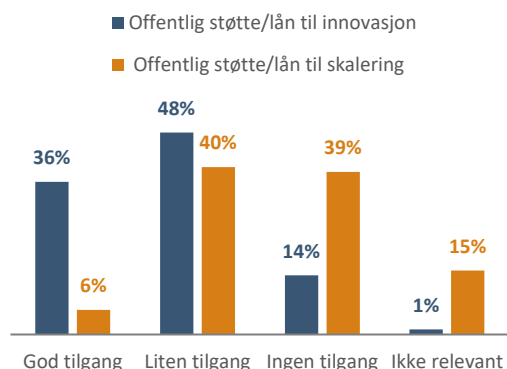
Figur 6-2: Andel av bedriftene som opplever at tilgangen på kapital til innovasjon og skalering er god. Kun bedrifter som opplever kapitaltilgang som en viktig flaskehals – 85 av 170 – er inkludert. Kilde: Menon



#### 6.1.1. Offentlige tilskudd og lån

Blant bedriftene som opplever kapitaltilgang som en viktig flaskehals, er det 36 prosent som mener at det er god tilgang på offentlig støtte/lån til *innovasjon* – mens kun 6 prosent mener at tilgangen på offentlig støtte/lån til *skalering* er god. Dette er i tråd med empiri fra andre undersøkelser, for eksempel fra områdegjennomgangen av virkemiddelapparatet, hvor det ble dokumentert at hovedtyngden av virkemidlene er rettet mot innovasjon, og at virkemidlene til skalering (vekst og internasjonalisering) er mer begrenset.

**Figur 6-3: Bedriftenes vurdering av tilgang på offentlig støtte/lån til innovasjon og skalering. (kun bedrifter som opplever kapitaltilgang som en viktig flaskehals er inkludert.)**



Det er også interessant å observere at bedriftenes opplevelse av tilgangen på offentlige tilskudd og lån avhenger av hva slags aktiviteter de utfører i Norge. Bedrifter som utfører teknologi- og produktutvikling i Norge, er gjennomgående mer fornøyd med tilgangen på offentlige tilskudd og lån til innovasjon enn hva resten for øvrig gjør. Det innebærer at den gruppen som virkemidlene er mest relevante for, også er mest fornøyd. Den motsatte sammenhengen finner vi med hensyn til skalering. Ingen bedrifter som har industriell produksjon i Norge, opplever at tilgangen på tilskudd og lån til skalering er god.

### 6.1.2. Private lån og egenkapital

I innovasjonsfasen er tilgangen på *privat lånekapital* svært begrenset. Kun 5 prosent av respondent-bedriftene opplever at tilgangen på privat lån er god, og en tredjedel av bedrifter oppgir at det er *ingen* tilgang på denne typen kapital. Dette er ikke overraskende, ettersom banker og andre långivere krever sikkerhet i panteobjekter for å gi lånetilgang. Det er normalt enklere å øke kapitaltilgangen gjennom emisjoner, det vil si å øke egenkapitalen i bedrifter, fordi eiere/investorer har en potensiell oppsidegevinst som kreditorer ikke har.

Den opplevde tilgangen på lånekapital er høyere i skaleringsfasen, men det er likevel bare 9 prosent som oppgir at tilgangen er god. Bedrifter som har industriell produksjon, opplever tilgangen på både

lånekapital og egenkapital til skalering som noe bedre enn bedriftene som ikke har produksjon i Norge.

## 6.2. Markedstilgang

Seks av ti bedrifter i Helsenæringen opplever at markedstilgang er en flaskehals. Det er kun små forskjeller mellom bedriftene i Helseindustri og i Behandlingsleddet, og det er heller ingen forskjell mellom små og store bedrifter.

Kunnskap om markedsstruktur, beslutningsprosesser og forretningsutvikling vurderes som relevant av nær sagt alle bedrifter, og om lag halvparten opplever at tilgangen er god og den andre halvparten av tilgangen er mangelfull. Det er ingen forskjell på helseindustri- og behandlingsbedrifter.

Offentlige anbud og konkurranse oppleves som krevende for mange bedrifter, både i Helseindustri og Behandling. Som figuren nedenfor viser, svarer henholdsvis 14 og 40 prosent at det er ingen eller liten tilgang på offentlige anbud og konkurranse på like vilkår. Her er det betydelig forskjell mellom små og store bedrifter. Mens 40 prosent av bedriftene med mer enn 10 millioner kroner i omsetning mener at det er god tilgang på offentlige anbud og konkurranse på like vilkår, mener kun 8 prosent av bedriftene med mindre enn 10 millioner det samme. Det er også et interessant poeng at eksportbedrifter opplever offentlig anbud og konkurranse på like vilkår som mer problematisk enn bedrifter som kun har inntekter fra Norge.

Tre av spørsmålene om markedstilgang dreier seg om eksportmarkeder; kunnskap om utenlandsmarkeder, godkjenning fra helsemyndigheter i andre land og relasjoner til kunder og andre relevante aktører i utenlandske markeder. Kun 35 prosent har svart at de har *liten* eller *ingen tilgang* på nødvendige godkjenninger fra helsemyndigheter i andre land. Dette skyldes imidlertid at nesten halvparten av bedriftene har svart *ikke relevant* på dette spørsmålet. Hvis vi kun inkluderer eksportbedrifter, øker andelen som opplever godkjenning

fra helsemyndigheter i andre land som en flaskehals til 63 prosent.

**Figur 6-4: Andel av bedriftene som mener at det er liten eller ingen markedstilgang. (Kun bedrifter som opplever markedstilgang som en viktig flaskehals – 102 av 170 – er inkludert.)**



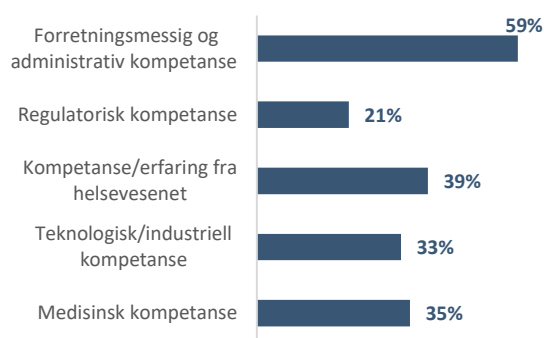
### 6.3. Kompetanse

Tilgangen på kompetanse i næringen vurderes generelt som god. Færre enn 30 prosent av bedriftene oppga kompetansetilgang som en flaskehals for sin bedrifts utvikling og vekst. Av disse opplever 30-40 prosent god tilgang på personer med erfaring og kompetanse fra helsevesenet, teknologisk/industriell kompetanse og medisinsk kompetanse. Blant behandlingsbedriftene fremstår tilgangen på personer med erfaring fra helse-sektoren som svært god. Det er riktignok bare 12 bedrifter fra Behandlingsleddet som har oppgitt at

<sup>67</sup> Vi må ta et forbehold om at det lave antall bedrifter som har oppgitt at infrastruktur er en flaskehals, kan skyldes at vi ikke spesifiserte hva vi la i begrepet infrastruktur i det innledende spørsmålet. Det var først

kompetansetilgang er en flaskehals, men av disse svarer to tredjedeler at tilgangen er god.

**Figur 6-5: Andel av bedriftene som opplever at tilgangen på kompetanse er god. (Kun bedrifter som opplever kompetansetilgang som en viktig flaskehals – 49 av 170 – er inkludert.)**



Regulatorisk kompetanse er den eneste type kompetanse som det ser ut til å være betydelig knapphet på. Nesten to tredjedeler av bedriftene (som har oppgitt at kompetansetilgang er en flaskehals) opplever liten eller ingen tilgang på regulatorisk kompetanse.

### 6.4. Infrastruktur

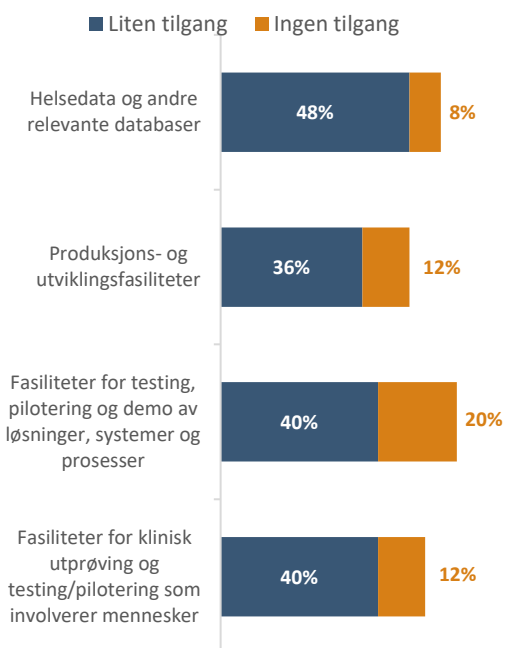
Kun 15 prosent av bedriftene har oppgitt tilgang på infrastruktur som en flaskehals for deres utvikling og vekst.<sup>67</sup>

Blant disse er det særlig fasiliteter for testing, pilotering og demonstrasjon av løsning, systemer og prosesser overfor helsevesenet som oppleves som en flaskehals. Henholdsvis 20 og 40 prosent av bedriftene svarer ingen eller liten tilgang på denne typen fasiliteter. Fasiliteter for klinisk utprøving og testing/pilotering som involverer mennesker er det også liten tilgang på. Det er særlig mellomstore og store helseindustribedrifter, som opplever at tilgangen på infrastruktur er begrenset.

når man hadde krysset av på at infrastruktur er en flaskehals at begrepet ble konkretisert. Det kan derfor tenkes at en del respondenter har tolket begrepet snevrere enn hva som var intensjonen.



**Figur 6-6: Bedriftenes vurdering av tilgangen på infrastruktur. (Kun bedrifter som opplever infrastruktur som en viktig flaskehals – 26 av 170 – er inkludert.)**



Mer enn halvparten av bedriftene som oppgir at tilgang til infrastruktur er en flaskehals, beskriver tilgangen på helsedata og andre relevante databaser som problematisk.

## 6.5. Trender, hendelser og regulatoriske prosesser

Bedriftene ble også bedt om å ta stilling til om et sett med aktuelle trender, hendelser og regulatoriske prosesser utgjør en trussel eller en mulighet for dem.

Som det fremgår av tabellen nedenfor vurderer de aller fleste økt fokus på bærekraft som en mulighet. Kun 5 prosent vurderer det som en trussel. Forslag til ny e-helselov og innføring av et nytt journalsystem blir også vurdert som positivt for en stor andel av bedriftene, mens over halvparten vurderer disse to hendelsene som irrelevante for sin virksomhet. Det er særlig IKT-bedriftene som er opptatt av e-helselov og nytt journalsystem.

Endret tolkning av Skattefunn som gjør at bedrifter eldre enn 3 år, og som har anvendt mer enn 50 prosent av egenkapitalen, ikke er i posisjon til å

motta Skattefunn, oppfattes som negativt av nesten halvparten av bedriftene. Hvis vi kun inkluderer bedrifter som utfører teknologi- og produktutvikling i Norge er andelen enda høyere, 66 prosent.

Trender, hendelser og regulatoriske prosesser	Mulighet	Trussel	Ikke relevant
Forslag til ny e-helselov og endringer i IKT standardforskriften	39 %	6 %	55 %
Omlegging til nytt regulativ om medisinsk utstyr og in-vitro diagnostikk i Europa	25 %	16 %	59 %
Innføring av nytt journalsystem for kommunal sektor, Akson,	31 %	7 %	63 %
ESA-vedtak fra juli 2019, der det fastslås at journalløsning for norske kommuner må kunne ses som del av den offentlige helsetjenesten	20 %	6 %	74 %
Endret tolkning av Skattefunn som gjør at bedrifter eldre enn 3 år, og som har anvendt mer enn 50% av egenkapitalen, ikke kan motta Skattefunn	8 %	47 %	45 %
Offentlige anbudskonkurranser forbeholdt ideelle aktører	12 %	50 %	38 %
Krav til dokumentasjon om påvirkning på ytre miljø for innkjøp av legemidler i Norge	16 %	6 %	78 %
Økt fokus på bærekraft fra myndigheter, investorer og samfunn for øvrig	75 %	5 %	20 %

Offentlige anbudskonkurranser forbeholdt ideelle aktører vurderes som negativt av halvparten av bedriftene. Dette gjelder særlig for bedriftene i Behandlingsleddet (71 prosent), men også i Helseindustrien er det mange bedrifter som oppfatter offentlige anbudskonkurranser forbeholdt ideelle aktører som en trussel (43 prosent).

## 7. Vekst, ekspansjon og internasjonalisering

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

For små aktører kan dette landskapet være spesielt krevende da både norske og internasjonale markeder har høye inngangsbarrierer. Offentlige støtteordninger og tilgang på risikokapital/avlastning er avgjørende for mange bedrifters videre utvikling. Dette er flaskehalsen som kan hindre utvikling i bransjen. I det internasjonale markedet kan det offentlige virkemiddelapparatet i Norge gjennom satsing på klyngeorganisasjoner med søkelys på internasjonalisering, utekontorer og offentlige tilbud redusere barrierer for etablering i internasjonale markeder.

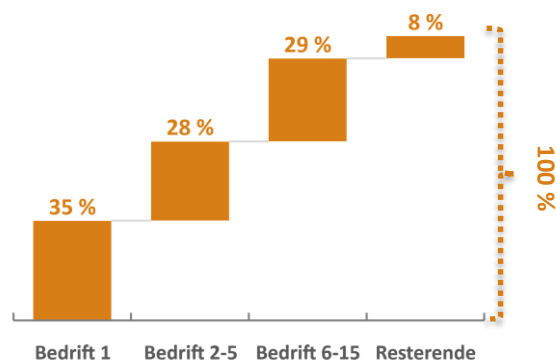
### 7.1. Eksportinntekter

Helsenæringens samlede eksportinntekter i 2019 er anslått til 25,1 mrd. kroner. Helseindustrien står for nær sagt alle disse eksportinntektene. Kun om lag 2,5 prosent av eksporten kan tilordnes bedrifter innen Distribusjons- og Behandlingsleddet.

Eksportinntektene er svært konsentrert rundt et fåtall bedrifter. Ni bedrifter hadde mer enn én milliard kroner i eksportinntekter i 2019. Disse ni sto for oppunder 85 prosent av Helsenæringens

eksportinntekter. Den store betydningen av noen få enkeltbedrifter, hva angår eksportvolum fra den norske Helsenæringen, ser vi tydelig i fremstillingen nedenfor.

Figur 7-1: Helsenæringens eksportvolum i 2019, enkeltbedrifter rangert etter eksportvolum og fordelt i grupper. Kilde: Menon



Den største enkelteksportøren i den norske Helsenæringen representerer hele 35 prosent av den samlede eksporten fra næringen. Videre ser vi av figuren over at de fem største eksportørene står for 63 prosent av eksporten, samt at de 15 største eksportørene står bak hele 92 prosent av Helsenæringens eksport.

Det at store deler av eksportvolumet fra en enkeltnæring er konsentrert til noen få enkeltstående selskaper er ikke unikt for Helsenæringen. Om man først overkommer inngangsbarrierene og får innpass i det internasjonale markedet åpner det seg et enormt markedspotensial. Dette gjelder også i andre næringer, som for eksempel den maritime utstyrsleverandørindustrien. Her representerer fem enkeltstående selskaper om lag 40 prosent av all eksporten fra næringen.<sup>68</sup>

Denne konsentrasjonen i eksportvolum til noen få bedrifter illustrerer også at størrelsen og utviklingen i den norske Helsenæringen er svært følsom for strategiske beslutninger i enkeltbedrifter. Om kun

<sup>68</sup> Datagrunnlag bak rapporten «Norwegian Maritime equipment suppliers 2019», (Menon, 2019)

et fåtall av de store industrielle produsentene i den norske Helseindustrien (som stort sett er del av store internasjonale konserner) velger å flytte sin produksjon ut av Norge vil dette ha stor innvirkning på Helseindustriens størrelse og eksport.

Koronakrisen kan vise seg å bli en «test» på denne sårbarheten i den norske Helseindustrien. Som redegjort for i kapittel 3.1.1 opplever flere av de store produsentene (og eksportørene) i den norske Helseindustrien nå en betydelig økning i etterspørselen. Dette som en følge av at sykehus og nasjonale myndigheter i Norge og i utlandet ønsker å bygge opp sine lagre av legemidler og medisinsk utstyr, i en svært usikker tid. På lengre sikt er det imidlertid ventet at alle land vil ha et ønske om å redusere sin avhengighet til produksjonskapasitet i andre land, når det gjelder kritiske legemidler og utstyr. En konsekvens av dette kan være at store internasjonale konserner flytter mer av sin produksjon til større markeder enn Norge. Ettersom enkeltbedrifter representerer en svært stor andel av den norske Helseindustriens eksport vil dette ha en stor negativ innvirkning på den norske Helseindustriens eksportnivå.

I tillegg til å være konsentrert blant noen få enkeltbedrifter kan Helsenæringens utenlandsomsetning også nesten utelukkende tilskrives selskaper i Helseindustrien. Bedriftene i denne delen av næringen sto bak 24,5 av de i alt 25,1 mrd. eksportkronene fra Helsenæringen i 2019.

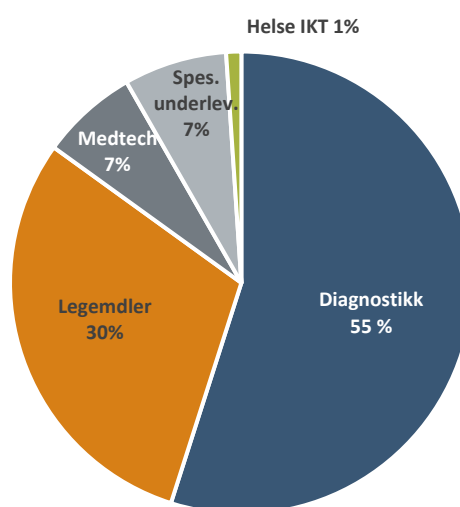
For Behandlingsleddet har vi registrert en eksport på oppunder 450 mill. kroner. Det var åtte behandlingsvirksomheter som rapporterte at de hadde eksport i 2019. Av disse er fire aktører kategorisert innen Primærhelsetjenesten, mens det er to aktører innen både Spesialisthelsetjenesten og rehabilitering og Barnevern, psykisk helse og avhengighet. Metoden vi anvender for å tallfeste eksporten i den norske Helsenæringen gjør imidlertid at en hel del av utenlandsomsetningen til bedrifter i Behandlingsleddet ikke inkluderes. Dette utdypes nærmere nedenfor.

### 7.1.1. Diagnostikkbedriftene dominerer blant eksportørene i Helseindustrien

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

Legemidler står for om lag 30 prosent av eksporten i Helseindustrien, mens Spesialiserte underleverandører, Medtech og Helse IKT dekker henholdsvis 7, 7 og 1 prosent av Helseindustriens eksport.

Figur 7-2: Eksportinntekter i Helseindustrien i 2019 – 24,5 mrd. kroner – fordelt på fem bransjer. Kilde: Menon

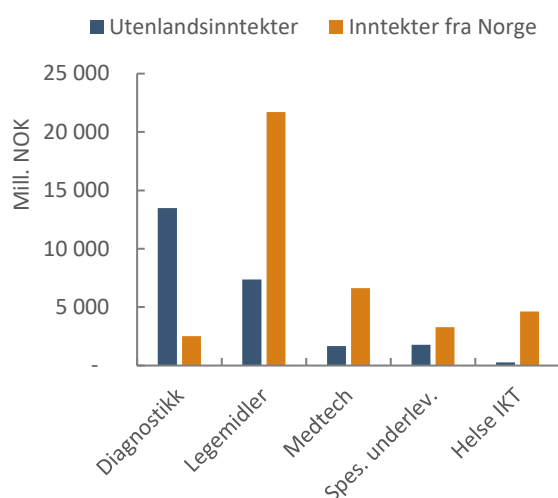


Figur 7-3 illustrerer Helseindustriens omsetning fordelt på norske og utenlandske markeder. Eksportens andel av total omsetning varierer betydelig – fra nesten 85 prosent i Diagnostikk til kun fem prosent i Helse IKT. Diagnostikkbedriftene er altså de klart mest internasjonaliserte. Det er også en betydelig eksport av legemidler, på nesten 7,4 mrd. kroner i 2019.

Spesialiserte underleverandører, som *Dupont Nutrition Norge* (tidligere *FMC Biopolymer*) og

Nemko, har til sammen nesten 1,8 mrd. kroner i helserelaterte eksportinntekter, som utgjør en tredel av omsetningen til hele denne bransjen. Medtechselskapene hadde i 2019 en eksportomsetning på et noe lavere nivå enn de spesialiserte underleverandørene, mens Helse IKT har det aller meste av inntektene sine fra det norske hjemmemarkedet.

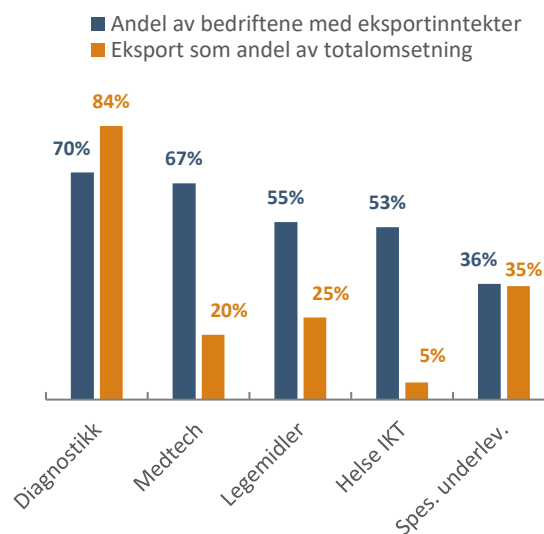
**Figur 7-3: Bransjene i Helseindustriens omsetning fordelt på markeder i Norge og utlandet.** Kilde: Menon



### 7.1.2. Nesten seks av ti bedrifter i Helseindustrien har inntekter fra utlandet

Til tross for at eksportens andel av bransjenes totalomsetning varierer betydelig, er det overraskende lite variasjon i hvor stor andel av bedriftene som opererer internasjonalt. Disse andelene har også holdt seg forholdsvis stabile over de siste tre årene. I årets undersøkelse varierer andelen bedrifter som har eksportinntekter fra 36 prosent for Helse IKT til 70 prosent for Medtechselskapene.

**Figur 7-4: Andel av bedrifter med eksportinntekter og eksportinntekter i prosent av bransjens totalomsetning.** Kilde: Menon



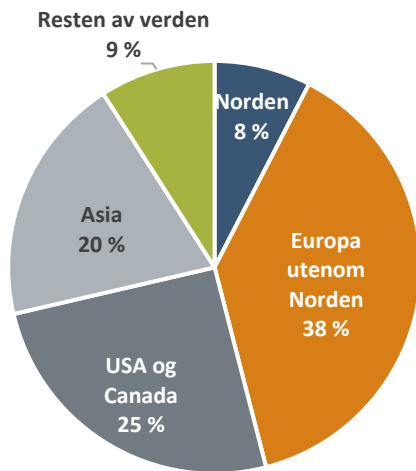
Det interessante er at det ikke ser ut til å være noen sterk sammenheng mellom hvor mange bedrifter som opererer internasjonalt og bedriftenes eksportandeler. Diagnostikk og Helse IKT representerer ytterpunktene. Til tross for at halvparten av bedriftene innen Helse IKT har eksportinntekter, kommer bare 5 prosent av bransjens samlede inntekter fra eksport. Innen Diagnostikk oppgir om lag 70 prosent av bedriftene at de har eksportinntekter, men for bransjen som helhet utgjør eksportinntektene hele 84 prosent.

Fremstillingen viser at en svært høy andel av bedriftene i Helseindustrien har inntekter fra internasjonale markeder, men det fremkommer samtidig at det for de aller fleste bedriftene er hjemmemarkedet som står for den viktigste inntektskilden. Denne karakteristikken av Helseindustrien kan trolig tilskrives at tidligfase-bedrifter i Helseindustrien er «born globals» – de er internasjonale fra den dagen de får sine første inntekter.

### 7.1.3. Det nordiske markedet er viktig for små og eksporterende bedrifter

Den norske Helseindustriens eksportmarkeder er spredt over hele verden. Dette illustreres for eksempel av at over halvparten av Helseindustriens eksport i 2019 gikk til markeder utenfor Europa.

Figur 7-5: Eksport fra norsk Helseindustri i 2019, fordelt på destinasjonsmarkeder. Kilde: Menon

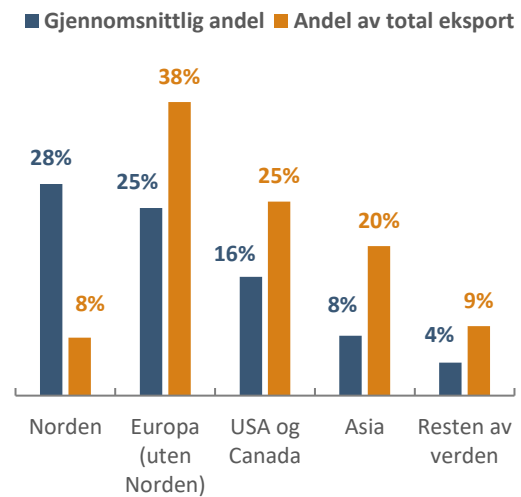


Målt i samlet eksport er det Europa som er det største eksportmarkedet for norsk Helseindustri. Som det fremkommer av figuren over er Europa destinasjon for 46 prosent av eksporten fra Helseindustrien, i 2019. Dette er fordelt mellom 8 prosent til markeder i Norden, og 38 prosent til andre markeder i Europa. Tilbakemeldingene fra spørreundersøkelsen avslører imidlertid at det er forskjeller mellom de største eksportselskapene og de «gjennomsnittlige» bedriftene i Helseindustrien, hva angår hvilke markeder som er de viktigste eksportmarkedene. Vi finner at andre land i Norden er et vesentlig viktigere marked for de mindre selskapene, sammenlignet med de store eksportselskapene i norsk Helseindustri. Den *gjennomsnittlige* andelen av bedriftenes samlede eksport som selges til andre land i Norden er på 28 prosent. Til sammenligning selges kun 8 prosent av all eksport fra den norske helseindustrien til denne regionen.

Der Norden er et viktigere marked for de små eksportbedriftene i den norske Helseindustrien er særlig resten av Europa (ekskl. Norden) og Asia regioner som skiller seg ut ved å være vesentlig viktigere for de store eksportbedriftene. Dette kan leses ut av figuren nedenfor, hvor vi har illustrert både den *gjennomsnittlige eksportandelen* og *andelen av total eksport* til ulike regionale markeder.

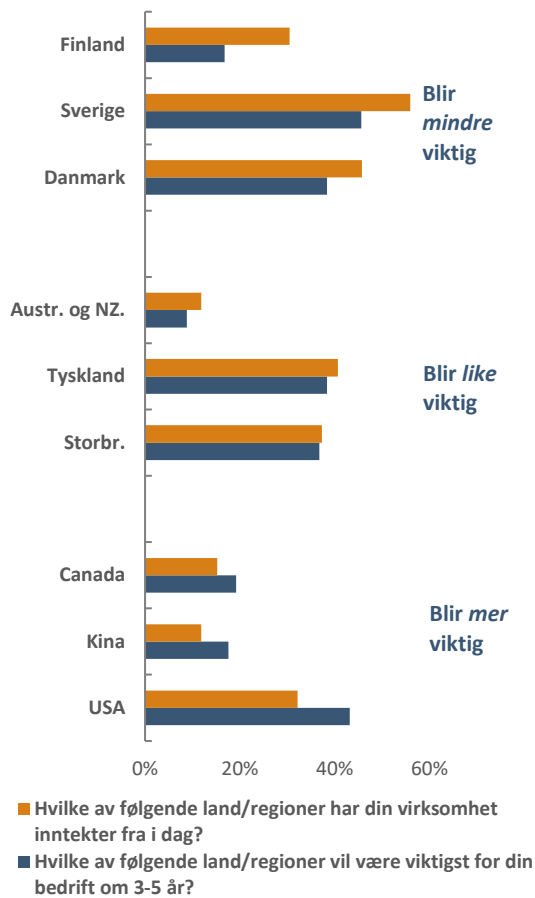
Resultatene i Figur 7-6 illustrerer at eksportmarkedene som er geografisk i nærheten av Norge er relativt sett viktigere for de mindre eksportselskapene, enn for de store.

Figur 7-6: Eksport fra norsk Helseindustri fordelt på markeder og *gjennomsnittlige* eksportandeler. Tall for 2019. Kilde: Menon



I tidligere spørreundersøkelser til bedrifter i Helseindustrien har vi spurt bedriftene om deres syn på betydningen av ulike eksportmarkeder i årene fremover, sammenlignet med i dag. Som det fremkommer nedenfor anslår bedriftene selv at de nordiske markedene vil bli relativt *mindre* viktige, i årene fremover. Dette til forskjell fra markedene i Nord-Amerika og det kinesiske markedet, som trekkes frem som de regionene som vil bli, relativt sett, viktigere i årene fremover. Dette understreker igjen at Helsenæringen er en global næring og videre vekst fordrer at man når ut til de mer fjerne, men store markedene.

Figur 7-7: Bedriftenes rapportering om hvilke markeder de har eksportinntekter fra i dag og hvilke markeder de forventer vil være viktigst om 3-5 år. Kilde: Menon



#### 7.1.4. Behandlingsbedriftenes utenlandsomsetning

I kartleggingen av Helsenæringens eksport har vi spurt bedriftene om hvor stor andel av deres omsetning som er eksport fra Norge. Vi har presisert at respondentene på dette spørsmålet *ikke* skal inkludere eventuell omsetning fra datterselskaper i utlandet. Årsaken til dette er at vi ønsker å gi et presist anslag av hvor mye av produksjonen i Norge som kan tilskrives salg til utlandet. Inkluderes omsetning fra datterselskaper i utlandet, i en slik fremstilling, gir dette fort et misvisende stort anslag – fordi verdiskaping realisert i *utlandet* da blir regnet sammen med verdiskaping realisert i *Norge*.

Denne måten å definere eksporten i den norske Helsenæringen medfører imidlertid at vi ikke fanger opp all verdiskaping som skapes i Norge, men som



Norlandia Care ble etablert i 1997, av brødrene Kristian og Roger Adolfsen. Selskapets viktigste virksomhet var lenge sykehjem, men har senere utvidet til andre virksomhetsområder, som barnehager, pasienthotell, hjemmetjenester og medisinsk klinikk. Om lag halvparten av Norlandias virksomhet er i Norge, mens virksomhet i Sverige står for om lag en tredel av selskapets samlede omsetning. I tillegg til i Sverige har Norlandia også virksomhet i Finland, Nederland, Tyskland og Polen gjennom datterselskaper.

Norlandia Health & Care Group (hele konsernet) hadde i 2018 en samlet omsetning på oppunder 4,9 mrd. kroner. 46 prosent av denne omsetningen – over 2,2 mrd. kroner – kom fra utenlandske markeder. Selv om denne omsetningen kan anses å være utenlandsomsetning er det imidlertid ikke inkludert i vårt anslag for den norske Helsenæringens eksport. Dette skyldes at Norlandias inntekter fra utenlandske markeder er opptjent gjennom utenlandske datterselskaper.

Norlandia er dermed et eksempel på hvordan norske behandlingsaktører eksporterer konsepter og kultur, uten at dette regnes som «eksport» - i samfunnsøkonomisk forstand.

kan tilskrives virksomhet i utlandet. I rene økonomiske termer innebærer dette;

- Lønnskostnader utbetalt i Norge, for arbeid med administrering av datterselskapers virksomhet i utlandet.
- Overskudd fra datterselskaper i utlandet som overføres til norske morselskaper.

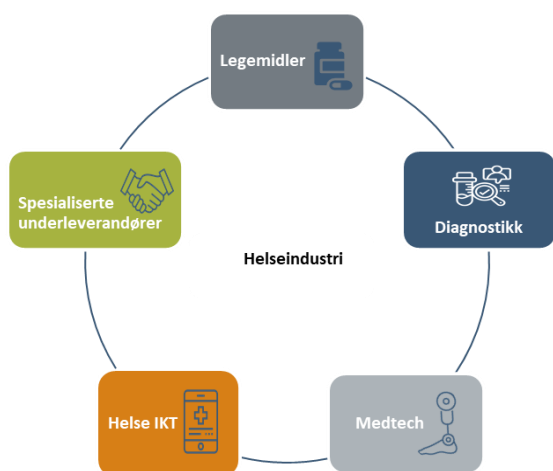
Den overnevnte verdiskapingen, som tilfaller Norge, kommer fra omsetning gjennom datterselskaper i utlandet. At denne typen virksomhet danner grunnlag for arbeidsplasser og overskudd i Norge er et prov på at eksport av kompetanse og kultur er konkurransedyktig i markeder utenfor Norge. Eksempler på denne typen utenlandsomsetning for norske selskaper er for eksempel Norlandia (se boks).

## 8. Vedlegg

Som nevnt innledningsvis har vi valgt å presentere Helsenæringen som den private delen av verdikjeden bestående av hovedgruppene forskning, utvikling, produksjon, distribusjon og behandling. I rapporten er nøkkeltallene behandlet på et overordnet nivå. Av den grunn benyttes vedlegget til å se nærmere på detaljene i utviklingen innen Helseindustrien og Behandling.

### 8.1. Bransjene i Helseindustrien

Helseindustrien består av selskaper som driver med utvikling og produksjon av alle typer medisinske produkter, teknologier og løsninger. Videre deler vi Helseindustrien inn i fem bransjer etter hva slags produkter og tjenester de leverer - Legemidler, Diagnostikk, Medtech, Helse IKT samt Spesialiserte underleverandører, som illustrert under.



#### 8.1.1. Legemidler

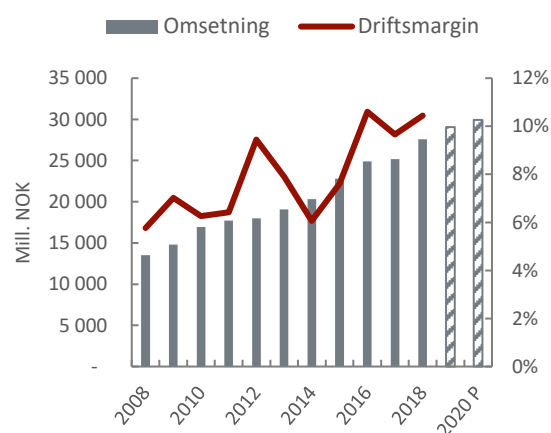
	2017	2018	2019	2020
<b>Oms. (mill.)</b>	25 163	27 571	29 059	29 931
<b>Oms. å/å</b>	1 %	10 %	5 %	3 %
<b>Vs. (mill.)</b>	6 539	7 445		
<b>Driftsm.</b>	10 %	10 %		
<b>Syssels.</b>	4 033	4 029		

Legemidler hadde i årene fra 2008 til 2018 en gjennomsnittlig årlig omsetningsvekst på 7,4 prosent. Dette er den høyeste gjennomsnittlige

veksten blant alle bransjene i Helseindustrien. I 2017 stoppet imidlertid omsetningsveksten noe opp med en inntektsvekst på kun 0,9 prosent. Årsakene til inntektsvekstens nedgang skyldtes både negative utfall av kliniske studier, patentutfordringer, samt nedgang i salg av produkter og valutaendringer. I 2018 ser vi at veksttakten innen Legemidler har tatt seg betydelig opp igjen med en vekst på 10 prosent. Aktørene forventer en positiv, men avtakende vekst de kommende årene på hhv. 5 prosent i 2019 og 3 prosent i 2020.

Koronakrisen er ventet å gi svært ulike utslag for ulike deler av den norske Legemiddelindustrien. Flere av de store produksjonsbedriftene har på kort søkt økt sin produksjon betydelig. Dette på bakgrunn av en økt bevissthet om legemiddelberedskap blant alle land, i forbindelse med krisen. Mindre selskaper, som har kliniske studier som en sentral (og potensielt eneste) del av sin virksomhet er imidlertid ventet å få betydelig utfordringer knyttet til Koronakrisen. På kort sikt fordi det er full stans i kliniske studier, av smittevernhensyn, og på lengre sikt på grunn av tøffere kapitaltilgang.

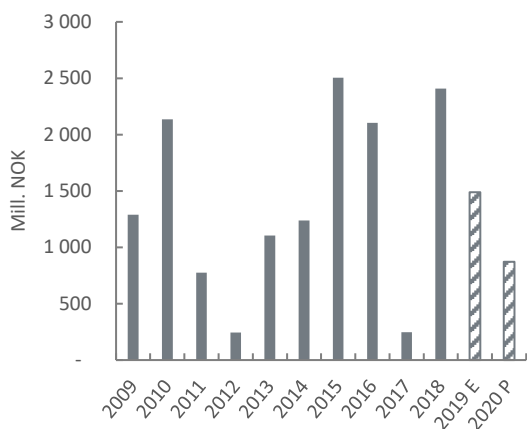
Figur 8-1: Omsetning og driftsmargin for Legemidler fra 2008 til 2018 (2020) (mill. NOK). Kilde: Menon



Siden 2014 har lønnsomheten innen Legemidler bedret seg, etter en reduksjon i samlet driftsmarginene fra 2012. Toppen ble nådd i 2016 på 11 prosent. Driftsmarginen er i 2018 nært dette nivået,

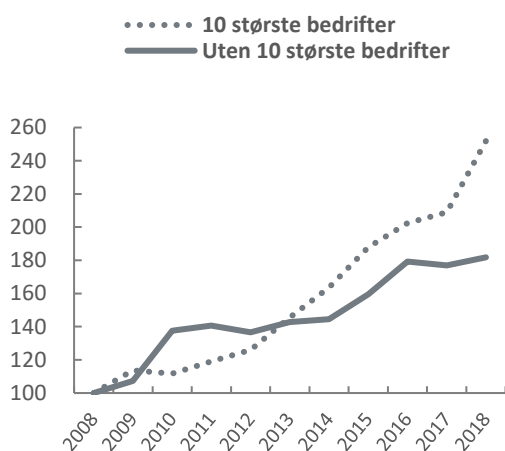
men om lag 3 prosentpoeng lavere enn driftsmarginen for Helseindustrien samlet.

**Figur 8-2: Endring i omsetning fra året før for Legemidler fra 2008 til 2018 (2020) (mill. NOK). Kilde: Menon**



Som Figur 8-3 viser har omsetningsveksten innen Legemidler i perioden mellom 2008 og 2013 vært omtrent lik for de 10 største selskapene og de resterende. Siden 2013 har imidlertid de store selskapene gradvis økt sine inntekter mer enn selskapene i resten av bransjen. I løpet av en 10-årsperiode har omsetningen nærmest tredoblet seg for de største aktørene, mens den samlede omsetningen til bransjen som helhet, uten de 10 største bedriftene, har hatt en svakere vekst.

**Figur 8-3: Indeksert vekst i omsetning med og uten de 10 største bedriftene i 2018 målt etter omsetning. Kilde: Menon**



## 8.1.2. Diagnostikk

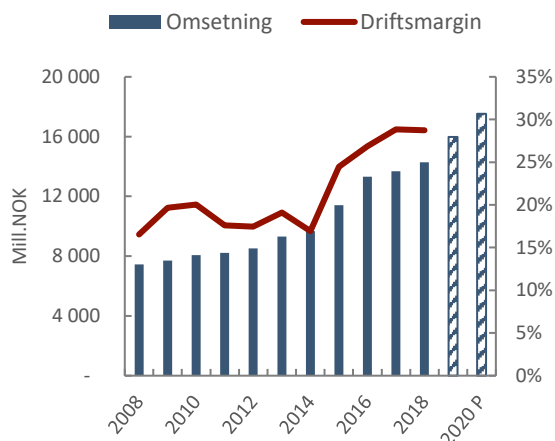
	2017	2018	2019	2020
<b>Oms. (mill.)</b>	13 678	14 290	15 976	17 526
<b>Oms. å/å</b>	3 %	4 %	12 %	10 %
<b>Vs. (mill.)</b>	6 067	6 316		
<b>Driftsm.</b>	29 %	29 %		
<b>Syssels.</b>	2 037	2 042		

Siden 2007 har bransjen Diagnostikk hatt en årlig gjennomsnittlig vekst på 6,7 prosent. Perioden fra 2007 til 2014 trekker snittet ned, ettersom bransjen i denne perioden var preget av lav vekst. I løpet av de syv nevnte årene vokste Diagnostikk i gjennomsnitt med 3 prosent i året. Siden 2015 har derimot den årlige veksten økt med hele 5 prosentpoeng. Prognosene tilsier at selskapene i innen Diagnostikk de neste årene forventer en vekst opp mot de høye nivåene vi så i 2015 og 2016, på hhv. 12 og 10 prosent. På tross av at tallgrunnet bak prognosen for 2020 omtalt her er hentet inn før alvoret av Koronakrisen var klart i Europa kan den like fullt vise seg å stemme. Diagnostikkbransjen består av flere store produksjonsbedrifter. Flere av disse bedriftene har rapportert om betydelig økt aktivitet i begynnelsen av 2020, som følge av at eksportmarkedene frykter legemiddelmangel og dermed kjøper opp større kvantum for å sikre beredskapen.

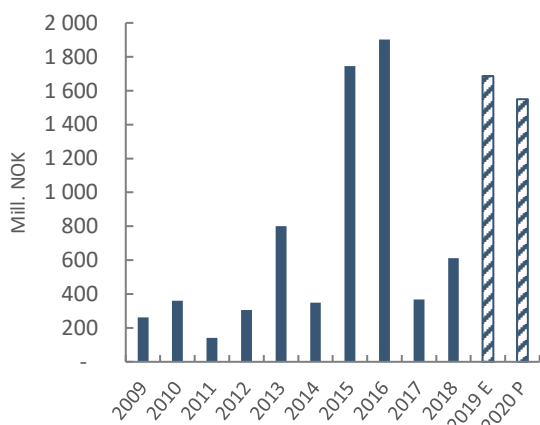
Den sterke omsetningsveksten fra 2015 kan delvis forklares med bransjens sterke eksponering mot eksportmarkedet, med mer enn 80 prosent av inntektene fra eksport. Omsetningsveksten er trolig også blitt styrket av at den norske kronen ble vesentlig svekket mot dollar og andre valutaer i løpet av 2015,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



**Figur 8-4: Omsetning og driftsmargin for Diagnostikk fra 2008 til 2018 (2020) (mill. NOK). Kilde: Menon**

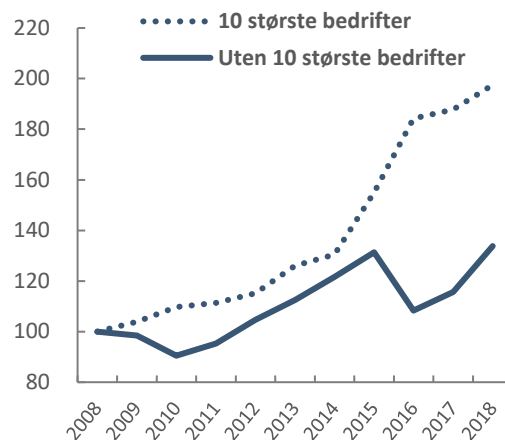


**Figur 8-5: Endring i omsetning fra året før for Diagnostikk fra 2008 til 2018 (2020) (mill. NOK). Kilde: Menon**



Innen Diagnostikk utgjør de 10 største selskapene 95 prosent av bransjens totale omsetning. Disse selskapene er også de som har opplevd den sterke veksten de siste fire årene, slik Figur 8-6 viser. Omsetningen er de siste 10 år doblet for de store selskapene, mens de resterende bedriftene kun har opplevd en inntektsvekst på 40 prosent i samme periode.

**Figur 8-6: Indeksert vekst i omsetning med og uten de 10 største bedriftene i 2018 målt etter omsetning. Kilde: Menon**



### 8.1.3. Medtech

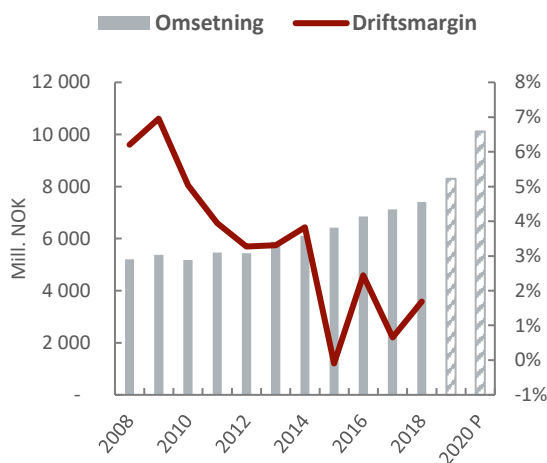
	2017	2018	2019	2020
<b>Oms. (mill.)</b>	7 118	7 409	8 298	10 115
<b>Oms. å/å</b>	4 %	5 %	12 %	22 %
<b>Vs. (mill.)</b>	2 033	2 058		
<b>Driftsm.</b>	0,7 %	1,7 %		
<b>Syssels.</b>	2 612	2 589		

Medtech hadde flere krevende år med lav vekst fra 2000 til 2012. Den svake perioden snudde i 2013, og veksten har siden den gang utelukkende vært positiv. Over hele perioden fra 2007 til 2018 har Medtech hatt en gjennomsnittlig årlig omsetningsvekst på 3,6 prosent. Vekstestimatene for 2019 og 2020 tilsier at bransjen har svært høye inntektsforventninger de kommende årene. I 2019 forventer aktørene at deres omsetning skal vokse med 12 prosent, mens de har enda høyere vekstanslag på 22 prosent i 2020. Medtech forventer dermed klart høyere vekst enn det Helseindustrien samlet gjør de neste årene. Prognosen for 2020 bygger på rapporteringer direkte fra bedriftene, hentet inn ved hjelp av en digital spørreundersøkelse, før Koronakrisen for alvor slo innover verden. På kort sikt er det mulig enkelte deler av bransjen opplever økt etterspørsel og aktivitet, på grunn av Koronakrisen. Det umiddelbare og store behovet for smittevern- og

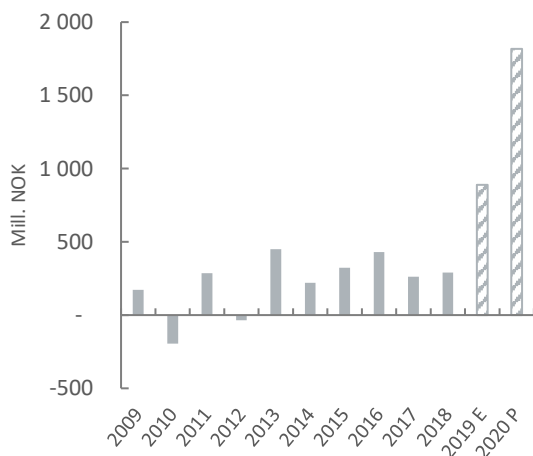
testutstyr, som kan tilskrives krisen, bidrar til økt aktivitet blant enkelte Medtechbedrifter. Om en konsekvens av krisen blir en høyere bevissthet om produksjonskapasitet og medisinsk beredskap kan dette også slå ut positivt for den norske Medtechbransjen.

Tross høy omsetningsvekst de siste årene har driftsmarginen for bransjen som helhet derimot utviklet seg i negativ retning gjennom tiårsperioden. Den har sunket fra et nivå på rundt 7 prosent i 2009 til 0 prosent i 2015, da bunnen ble nådd. Lønnsomheten har imidlertid tatt seg noe opp de senere årene og driftsmarginen lå på rundt 2 prosent i 2018.

**Figur 8-7: Omsetning og driftsmargin for Medtech fra 2008 til 2018 (2020) (mill. NOK). Kilde: Menon**

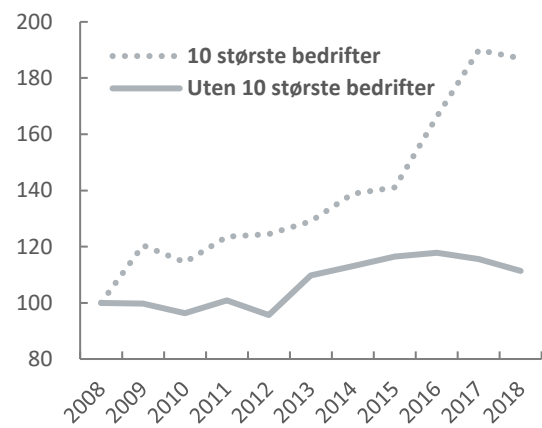


**Figur 8-8: Endring i omsetning fra året før for Medtech fra 2008 til 2018 (2020) (mill. NOK). Kilde: Menon**



Innen Medtech fordeler omsetningen seg i større grad utover flere selskaper enn innen Diagnostikk. Det betyr at de 10 største selskapene kun står for om lag 40 prosent av bransjens totale omsetning i 2018. Selv om bransjens omsetning ikke kun domineres av store aktører har selskapene med høyest omsetning hatt en klart høyere omsetningsvekst de siste 10 årene. Dette understreker at Medtech består av mange gründer-bedrifter, hvor noen klarer seg godt, mens andre i større grad sliter med å få fart på salget av sine produkter.

**Figur 8-9: Indeksert vekst i omsetning med og uten de 10 største bedriftene i 2018 målt etter omsetning. Kilde: Menon**



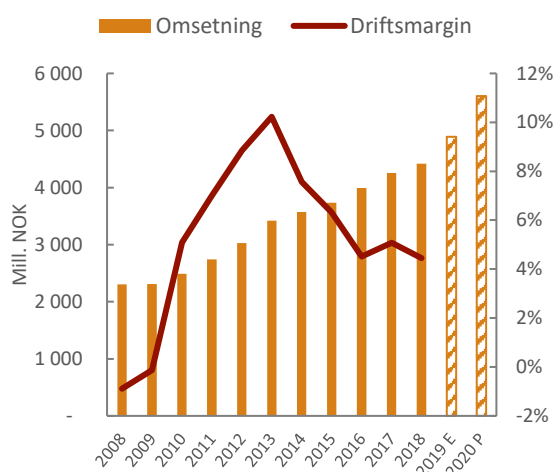
#### 8.1.4. Helse IKT

	2017	2018	2019	2020
<b>Oms. (mill.)</b>	4 255	4 416	4 889	5 603
<b>Oms. å/å</b>	7 %	4 %	11 %	15 %
<b>Vs. (mill.)</b>	2 145	2 202		
<b>Driftsm.</b>	5 %	4 %		
<b>Syssels.</b>	2 171	2 156		

Helse IKT er den bransjen i Helseindustrien som har hatt høyest omsetningsvekst, etter Legemidler, over hele perioden fra 2008 til 2018, på 6,7 prosent

i gjennomsnitt.<sup>69</sup> For 2019 viser estimatene fra selskapene i bransjen en oppgang på 11 prosent fra året før, etterfulgt av en vekstprognose for 2020 på hele 15 prosent. To store aktører utgjør i underkant av 34 prosent av undergruppens samlede omsetning. Deres innrapporterte vekst for 2019 og vekstanslag for 2020 gir derfor store utslag på gruppen som helhet. Koronakrisen har bidratt til en betydelig økning i aktiviteten for enkelte segmenter innen Helse IKT. Eksempelvis rapporterer aktører som leverer spesialiserte videokonsultasjonsløsninger rettet mot primærhelsetjenesten om en betydelig økt aktivitet. Andre deler av bransjen, herunder aktører som i større grad retter seg mot kundesegmenter som helseforetak, kommuner og nasjonale helseorganer opplever et stort press på allerede inngåtte avtaler, men det gjennomføres for øyeblikket, naturlig nok, i liten grad nye anskaffelser. På lengre sikt kan Koronakrisen bidra til at teknologi tas raskere i bruk i helse- og omsorgssektoren, enn hva det ellers ville ha blitt. Dette gjelder i særdeleshet videokonsultasjonsverktøy og utstyr til avstandsoppfølging.

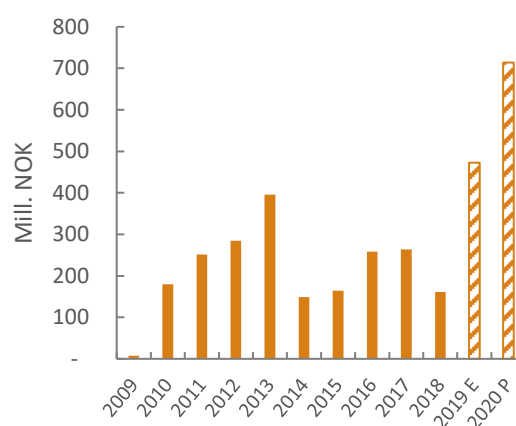
**Figur 8-10: Omsetning og driftsmargin for Helse IKT fra 2008 til 2020 (2019) (mill. NOK). Kilde: Menon**



<sup>69</sup> Merk at veksten i Helse IKT over tiårsperioden trolig faktisk er høyere enn oppgitt her. Dette da en høy andel (sammenlignet med de andre bransjene) av bedriftene i Helse IKT oppgir at den helserelaterte omsetningen har steget som andel av selskapenes virksomhet opp

Lønnsomheten i Helse IKT har, som det fremkommer av Figur 8-10, variert betydelig gjennom perioden. Lønnsomheten startet i 2008 med en svært lav driftsmargin på -1 prosent, men steg i de påfølgende årene frem til 2013 da bransjen nådde sitt mest lønnsomme år med en driftsmargin på 10 prosent. I perioden 2013 til 2016 falt lønnsomheten igjen, men ser nå ut til å ha stabilisert seg på 4 prosent.

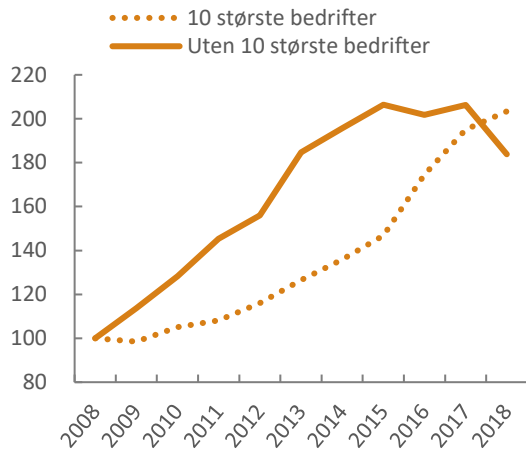
**Figur 8-11: Endring i omsetning fra året før for Helse IKT fra 2008 til 2018 (2020) (mill. NOK). Kilde: Menon**



I motsetning til de tidligere omtalte bransjene i vedlegget har omsetningsveksten innen Helse IKT vært høyest for de mindre selskapene fra 2008 til 2016. De to siste årene har de 10 største selskapene tatt kraftig innpå ettersom veksten har falt for mindre selskaper. Hele bransjen har i så måte opplevd omtrent en doubling i omsetning over perioden.

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

**Figur 8-12: Indeksert vekst i omsetning med og uten de 10 største bedriftene i 2018 målt etter omsetning.**  
Kilde: Menon



### 8.1.5. Spesialiserte underleverandører

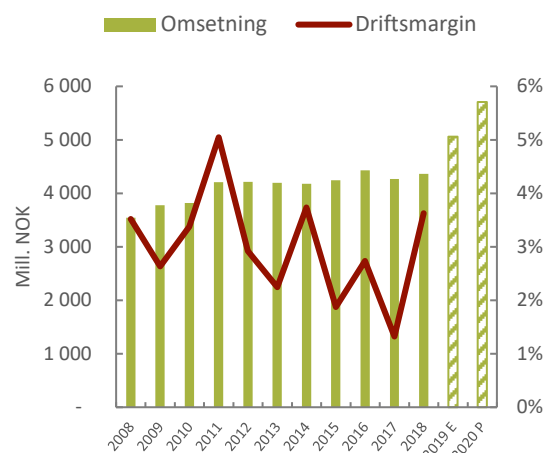


	2017	2018	2019	2020
<b>Oms. (mill.)</b>	4 266	4 361	5 059	5 706
<b>Oms. å/å</b>	-4 %	2 %	16 %	13 %
<b>Vs. (mill.)</b>	1 536	1 617		
<b>Driftsm.</b>	1 %	4 %		
<b>Syssels.</b>	2 032	2 085		

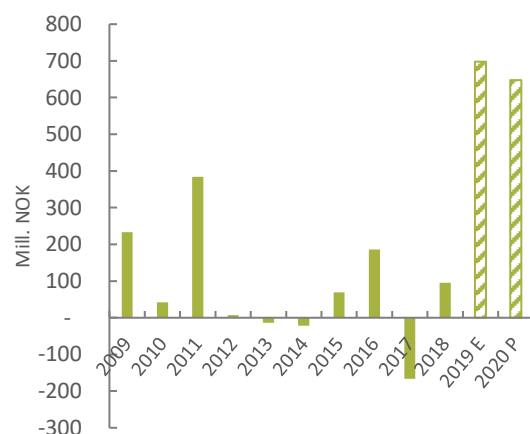
Spesialiserte underleverandører er den bransjen i Helseindustrien som har hatt lavest omsetningsvekst de siste ti årene. Siden 2008 har bransjens inntekter i gjennomsnitt kun vokst med 2,1 prosent årlig. I 2017 var Spesialiserte underleverandører også den eneste bransjen som opplevde et fall i omsetning fra året før. Allikevel viser regnskapstallene for 2018 at bransjen har tatt seg noe opp igjen med en vekst på 2 prosent. Estimater for 2019 viser at bransjen har sterk tro på fremtiden med hele 16 prosent anslått inntektsvekst. For 2020 venter aktørene i bransjen en nesten like høy omsetningsvekst på 13 prosent. Selv om denne prognosen er hentet inn før Koronakrisen slo inn i Norge er det ikke urealistisk at bransjen kan oppleve en høy vekst i 2020. Aktørene i denne bransjen leverer råstoff og spesialisert utstyr til blant annet legemiddelprodusenter. Ettersom disse aktørene opplever økt aktivitet, som følge av at land nå

ønsker å bygge opp sine beredskapslagre, er det godt mulig at dette også vil merkes som en positiv vekstimpuls for de spesialiserte underleverandørene. Forventninger til utviklingen drives av både små og store bedrifter i denne gruppen. Lønnsomheten i bransjen har ligget på et lavt nivå siden 2013 på mellom 1 og 3 prosent, men tatt seg opp mot 4 prosent i 2018.

**Figur 8-13: Omsetning og driftsmargin for Spesialiserte underleverandører fra 2008 til 2018 (2020) (mill. NOK).**  
Kilde: Menon



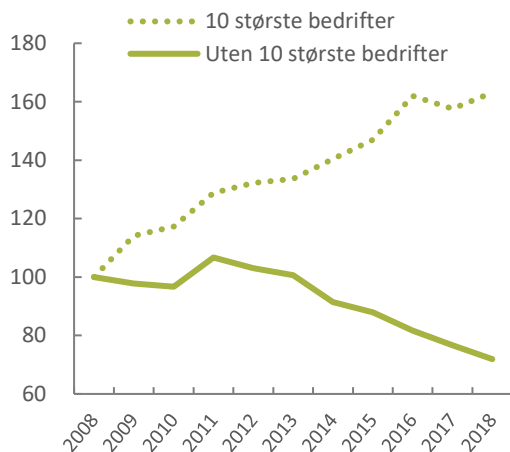
**Figur 8-14: Endring i omsetning fra året før for Spesialiserte underleverandører fra 2008 til 2018 (2020) (mill. NOK).** Kilde: Menon



Som Figur 8-15 viser er de 10 største selskapene i avgjørende for bransjens samlede inntektsvekst. De minste aktørene har hatt en klar nedgang i sin omsetning gjennom de siste 10 årene, mens de

større aktører har vokst med nærmere 60 prosent, målt i omsetning. Disse aktørene står for om lag 70 prosent av omsetningen innen Spesialiserte underleverandører.

**Figur 8-15: Indeksert vekst i omsetning med og uten de 10 største bedriftene i 2018 målt etter omsetning.**  
Kilde: Menon



## 8.2. Bransjene i Behandlingsleddet

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

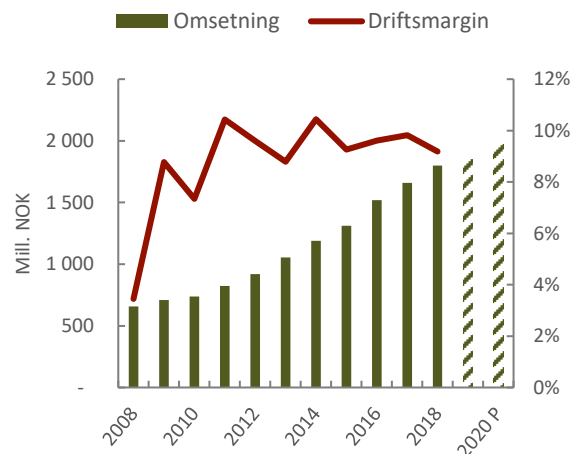


## 8.2.1. Andre behandlingstjenester

	2017	2018	2019	2020
<b>Oms. (mill.)</b>	1 658	1 799	1 847	1 968
<b>Oms. å/å</b>	9 %	8 %	3 %	6 %
<b>Vs. (mill.)</b>	843	892		
<b>Driftsm.</b>	10 %	9 %		
<b>Syssels.</b>	1 715	1 699		

Andre behandlingstjenester har de siste 10 årene hatt en gjennomsnittlig årlig vekst på over 11 prosent. Dette er den høyeste gjennomsnittlige veksten blant bransjene i Behandlingsleddet. Bransjen utgjør imidlertid bare 2,8 prosent av Behandlingsleddet målt i verdiskaping. Andre behandlingstjenester inkluderer virksomheter innen en rekke ulike behandlingstjenester. Eksempelvis selvstendige sykepleiere, kiropraktorer, homøopater, jordmødre, akupunktører, fotterapeuter, psykoterapeuter, ergoterapeuter, aromaterapeuter, soneterapeuter, elektroterapeuter, magnetterapeuter, gestaltterapeuter, naturterapeuter, kinesiologer og logoped.

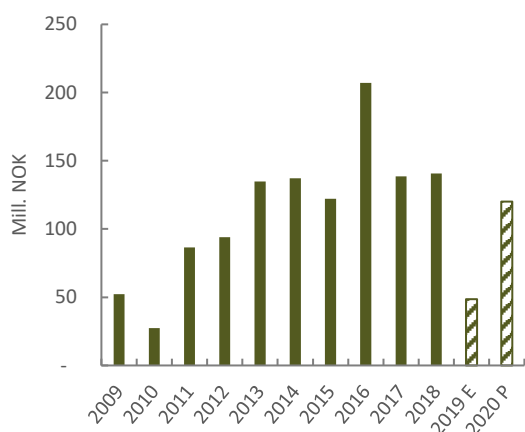
**Figur 8-16: Omsetning og driftsmargin for Andre behandlingstjenester fra 2008 til 2018 (2019) (mill. NOK).** Kilde: Menon



Figur 8-16 viser driftsmargin og omsetning for Andre behandlingstjenester fra 2008 til 2018, samt estimat og prognose for omsetningen i hhv. 2019 og 2020. Bransjen hadde en inntektsvekst på 8 prosent i 2018, hvilket er 3 prosentpoeng lavere enn den

gjennomsnittlige årlige veksten de siste ti årene. Driftsmarginen for gruppen har variert betydelig over perioden fra et bunnivå på 3 prosent i 2008 til et toppnivå på 13 prosent i 2013. Lønnsomheten de siste årene har imidlertid ligget stabilt på rundt 10 prosent. Omsetningsveksten for aktørene innenfor Andre behandlingstjenester vil trolig bli vesentlig lavere enn hva som indikeres av den ovennevnte prognosen. Dette fordi en stor andel av disse aktørene i praksis har fått yrkesforbud, eller i betydelig grad innsnevret muligheten til virksomhetsutøvelse, som følge av Koronakrisen. Prognosen er beregnet på bakgrunn av innspill fra aktørene selv, men de ble hentet inn før aktørene var klar over hvor omfattende Koronakrisen ville bli.

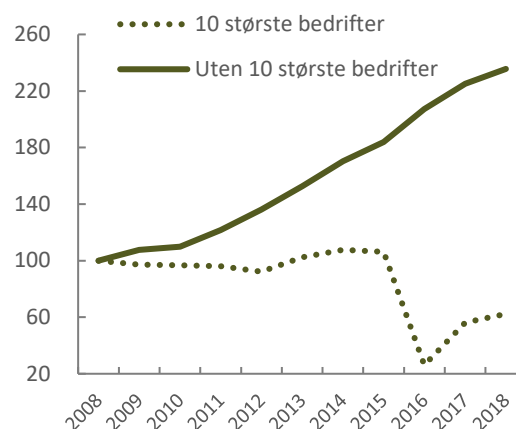
**Figur 8-17: Endring i omsetning fra året før for Andre behandlingstjenester fra 2008 til 2018 (2020) (mill. NOK). Kilde: Menon**



Andre behandlingstjenester består av mange mindre aktører. De 10 største selskapene utgjorde under 30 prosent av bransjens totale inntekter i 2018. Som Figur 8-18 viser har de største selskapene samlet hatt en negativ omsetningsutvikling siden 2008. De resterende aktørene har på sin side mer enn doblet sine inntekter over perioden.

**Figur 8-18: Indeksert vekst i omsetning med og uten de 10 største bedriftene i 2018 målt etter omsetning.**

Kilde: Menon



## 8.2.2. Barnevern, psykisk helse og avhengighet



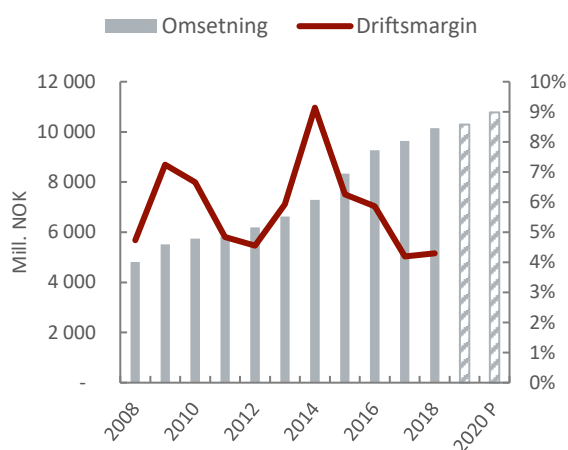
	2017	2018	2019	2020
<b>Oms. (mill.)</b>	9 634	10 150	10 292	10 776
<b>Oms. å/å</b>	4 %	5 %	1 %	5 %
<b>Vs. (mill.)</b>	6 338	6 890		
<b>Driftsm.</b>	4 %	4 %		
<b>Syssels.</b>	12 037	12 784		

Barnevern, psykisk helse og avhengighet hadde i likhet med Primærhelsetjenesten en årlig gjennomsnittlig omsetningsvekst i perioden 2008-2018 på 8 prosent. Veksten i 2018 var imidlertid betydelig lavere enn dette med sine 4 prosent. Bransjen hadde en sterk vekst i årene fra 2011 til 2015. I samme periode steg også lønnsomheten. Driftsmarginen var på sitt høyeste i 2014 på 9 prosent. Siden den gang har bransjen blitt mindre og mindre lønnsom for hvert år.

Som det fremkommer av Figur 8-20 venter bransjen sin laveste omsetningsvekst i 2019, på 1 prosent. Forventningene til 2020 er noe høyere, men også dette betydelig lavere enn den gjennomsnittlige veksten siste 10 år. Aktører vi har vært i kontakt med opplyser at aktiviteten ved deres institusjoner i liten grad er påvirket av Koronakrisen. Omsetningsprognosen som her omtales, for 2020, kan således antas å være ganske reell, selv om

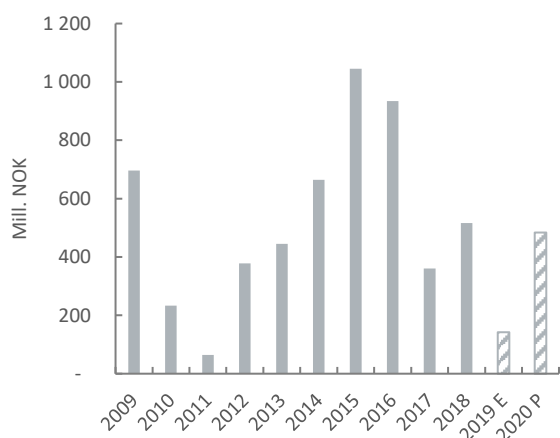
denne er beregnet før Koronakrisen slo inn i Norge. Aktørene oppgir imidlertid at deres kostnader har steget på grunn av krisen. Disse kostnadene er knyttet til høyere syke- og omsorgsfravær samt fordyrende, men strengt nødvendige, smittevern-tiltak på institusjonene.

**Figur 8-19: Omsetning og driftsmargin for Barnevern, psykisk helse og avhengighet fra 2008 til 2018 (2020) (mill. NOK). Kilde: Menon**



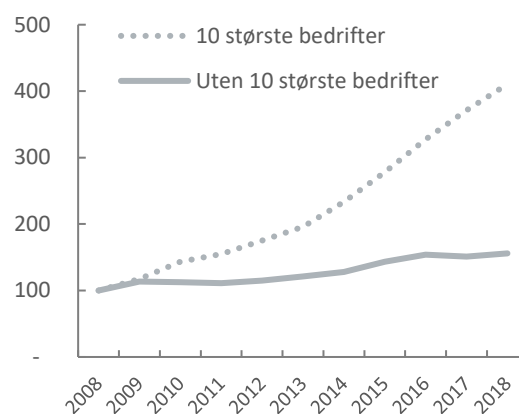
Selv om inntektsveksten har vært sterk innen Barnevern, psykisk helse og avhengighet det siste tiåret har lønnsomhetsnivået vært lavest blant bransjene i Behandlingsleddet. Siden 2014 har driftsmargin falt fra nærmere 9 prosent til 4 prosent.

**Figur 8-20: Endring i omsetning fra året før for Barnevern, psykisk helse og avhengighet fra 2008 til 2018 (2020) (mill. NOK). Kilde: Menon**



Når det gjelder den indekserte omsetningsveksten innen Barnevern, psykisk helse og avhengighet ser vi av Figur 8-21 at de største bedriftene er de som har vokst klart mest siden 2008. Disse bedriftene har nærmest firedoblet sin omsetning, mens omsetningen til resten av selskapene i bransjen med unntak av de 10 største har vært relativt flat.

**Figur 8-21: Indeksert vekst i omsetning med og uten de 10 største bedriftene i 2018 målt etter omsetning. Kilde: Menon**



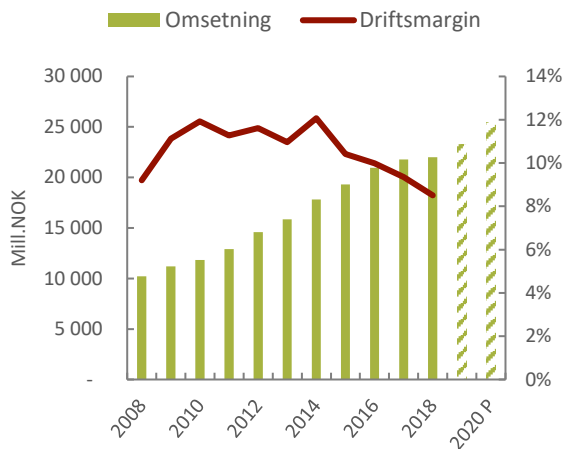
### 8.2.3. Primærhelsetjeneste



	2017	2018	2019	2020
<b>Oms. (mill.)</b>	21 975	21 992	23 312	25 410
<b>Oms. å/å</b>	4 %	1 %	6 %	9 %
<b>Vs. (mill.)</b>	13 425	13 652		
<b>Driftsm.</b>	9 %	9 %		
<b>Syssels.</b>	28 869	28 284		

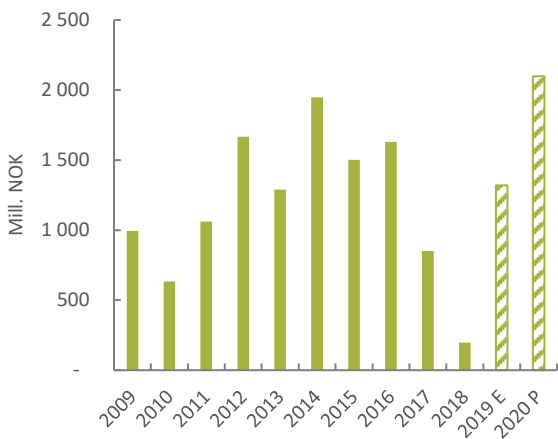
Primærhelsetjenesten har de siste 10 årene hatt en gjennomsnittlig årlig omsetningsvekst på om lag 8 prosent. Dette er sammen med Barnevern, psykisk helse og avhengighet den høyeste gjennomsnittlig veksten blant de større bransjene i Behandlingsleddet. Bransjens opplevde imidlertid en utfaling i omsetning fra 2017 til 2018. Den årlige veksten var kun på 1 prosent, hvilket er den laveste årsveksten de siste 10 år.

**Figur 8-22: Omsetning og driftsmargin for Primærhelsetjenesten fra 2008 til 2018 (2020) (mill. NOK). Kilde: Menon**



Det fremkommer av Figur 8-22 at bransjen hadde den høyeste driftsmarginen frem til 2015. Én årsak til dette er god lønnsomhet i mange fastlege- og private tannlegepraksiser. Selv om marginen har falt noe de siste årene, fra 12 prosent i 2015 til om lag i underkant av 10 prosent i 2018, er marginen 3 prosentpoeng høyere enn for Behandlingsleddet samlet sett.

**Figur 8-23: Endring i omsetning fra året før for Primærhelsetjenesten fra 2008 til 2018 (2020) (mill. NOK). Kilde: Menon**

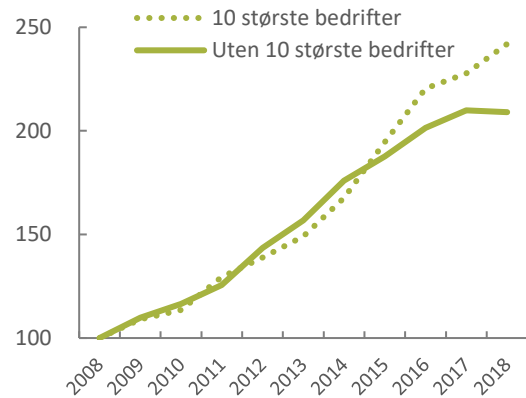


Tannleger utgjør om lag 35 prosent av omsetningen i Primærhelsetjeneste i 2018. Marginen for tannleger er samtidig langt høyere enn gjennomsnittsmarginen for gruppen. Tannleger hadde en margin på i overkant av 14 prosent i 2018. Uten tannleger

faller marginen for undergruppen og medianbedriften til om lag seks prosent. Omsetningen reduseres fra i overkant av 20 til i overkant av 13 mrd. kroner.

Det er grunn til å tro at flere segmenter i denne bransjen vil merkes hardt av smitteverntiltakene som er innført for å begrense spredningen av koronasmitte. Tannklinikker er et eksempel på et slikt segment. Det har i mars og april 2020 vært flere nyhetssaker knyttet til tannklinikker som erfarer betydelige omsetningsreduksjoner og som må permittere ansatte. Andre segmenter, som private sykehjem, merker i liten grad endringer i aktivitet. Men, på samme måte som andre institusjoner med pasienter opplever også disse aktørene økte kostnader som kan tilskrives krisen (smittevernutstyr og -tiltak samt økt syke- og omsorgsfravær).

**Figur 8-24: Indeksert vekst i omsetning med og uten de 10 største bedriftene i 2018 målt etter omsetning. Kilde: Menon**



I motsetning til bransjen Barnevern, psykisk helse og avhengighet ser vi at omsetningen til Primærhelsetjenestens aktører har utviklet seg relativt like uavhengig størrelsen på selskapet.



## 8.2.4. Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering

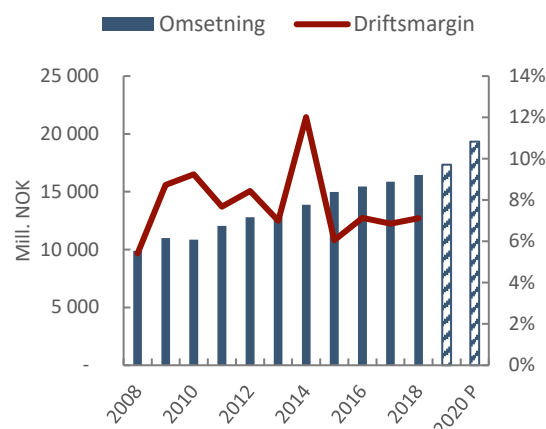


	2017	2018	2019	2020
<b>Oms. (mill.)</b>	15 741	16 401	17 286	19 274
<b>Oms. å/å</b>	2 %	4 %	5 %	11 %
<b>Vs. (mill.)</b>	9 874	10 090		
<b>Driftsm.</b>	7 %	7 %		
<b>Syssels.</b>	13 414	13 296		

Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering hadde i 2017 den laveste inntektsveksten blant alle bransjene i Behandlingsleddet, med i overkant av 2 prosent vekst. I 2018 tok veksten seg noe opp og nærmet seg den årlige gjennomsnittlige omsetningsveksten på 5 prosent. Bransjen utgjør over en tredel av Behandlingsleddet, målt i både omsetning og verdiskaping.

Lønnsomheten i bransjen, målt ved den samlede driftsmarginen, har ligget mellom 5 og 12 prosent de siste 10 årene. Bransjens lønnsomhet har siden 2015 flatet ut og er derfor langt mindre volatil enn første del av tiårsperioden. Driftsmarginen for Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering er noe lavere enn for Primærhelsetjeneste. Årsaken til dette er i all hovedsak store enkeltaktører i spesialisthelsetjenesten, med svært lave marginer som trekker snittet betydelig ned. Noen av de største aktørene i bransjen, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, LHL og Haraldsplass Diakonale Sykehus har alle lave driftsmarginer. Ettersom de nevnte aktørene også er de største selskapene i bransjen, preger dette den beregnede lønnsomheten til bransjen som helhet.

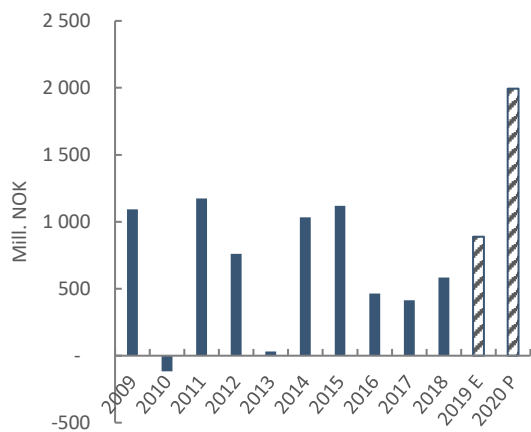
Figur 8-25: Omsetning og driftsmargin for Spesialisthelsetjenesten fra 2008 til 2018 (2020) (mill. NOK). Kilde: Menon



Aktørene i bransjen anslår en omsetningsvekst i 2019 på omtrent samme nivå som 2018, på 5 prosent. Selskapene i Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering ser imidlertid lyst på inntektsmulighetene for 2020, da de forventer en omsetningsvekst på 11 prosent. Dette er langt høyere enn den gjennomsnittlige årlige inntektsveksten de siste 10 årene. I lys av Koronakrisen fremstår denne prognosen nå som svært urealistisk. En rekke av aktørene i denne bransjen opplever et betydelig aktivitets- og inntektsfall i forbindelse med krisen. De private behandlingsaktørene leverer i stor grad behandling på oppdrag fra den offentlige spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene prioriterer nå imidlertid å håndtere koronapasienter og svært mange behandlinger er dermed utsatt, inntil situasjonen er under kontroll. Dette påvirker også rehabiliteringsinstitusjonene, som typisk behandler pasienter som nylig har gjennomgått operasjoner i spesialisthelsetjenesten. Flere aktører oppgir at de nå har et uvanlig stort omfang av «tomme senger». Dette er en konsekvens av at de offentlige helseforetakene (som har inngått avtaler om en stor andel av denne kapasiteten) ønsker å holde denne kapasiteten tilgjengelig, i tilfelle omfanget av koronapasienter blir så stort at det også er behov for disse sengeplassene. De private rehabiliteringsaktørene får betaling av helseforetakene per seng som okkuperes, per døgn. Et unormalt høyt antall tomme senger, som er holdt av til de offentlige

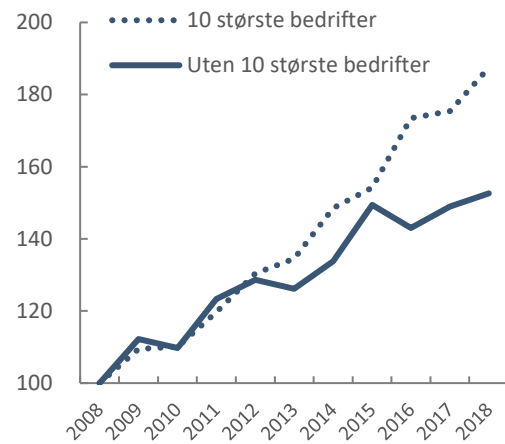
helseforetakenes disposisjon, representerer dermed et betydelig fall i omsetning for disse aktørene.

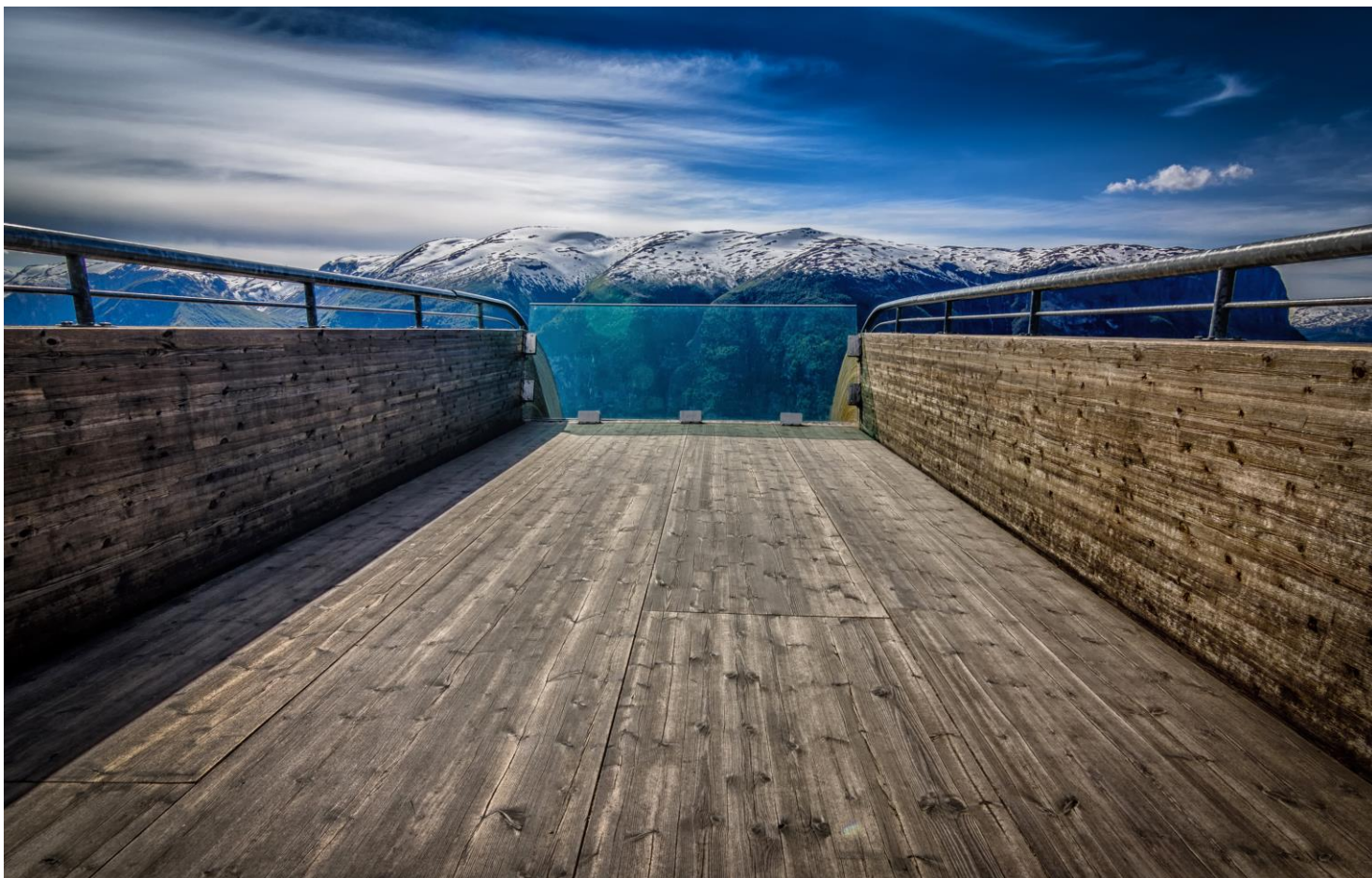
**Figur 8-26: Endring i omsetning fra året før for Spesialisthelsetjenesten fra 2008 til 2018 (2020) (mill. NOK). Kilde: Menon**



I likhet med bildet vi så for den indekserte utviklingen innen Primærhelsetjenesten, ser vi også for Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering at de store og små selskapene i bransjen utviklet seg relativt likt fra 2008 til 2012. I årene etter har de største selskapene hatt en noe mer positiv inntektsvekst. Samlet utgjør forskjellen i vekst mellom de største selskapene og de resterende selskapene 35 prosentpoeng over en periode på 10 år.

**Figur 8-27: Indeksert vekst i omsetning med og uten de 10 største bedriftene i 2018 målt etter omsetning. Kilde: Menon**





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

+47 909 90 102 | [post@menon.no](mailto:post@menon.no) | Sørkedalsveien 10 B, 0369 Oslo | [menon.no](http://menon.no)