

RAPPORT

HELSENÆRINGENS VERDI 2022



MENON-PUBLIKASJON NR. 57/2022

Av Erik W. Jakobsen, Lars H. Lind, Ine Lading, Hanna Sjule og Erland Skogli

Innhold

FORORD	2
SAMMENDRAG	3
1. INNLEDNING	10
1.1. Helsenæringens økonomiske verdi	10
1.2. Helse-verdikjeden	11
2. VERDISKAPING I HELSEINDUSTRI OG PRIVATE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER	14
2.1. Helsenæringen	14
2.2. Helseindustrien	16
2.3. Private helse- og omsorgstjenester	27
2.4. Helsenæringens geografiske fordeling	36
2.5. Kapitalbehov og kapitaltilgang i helsenæringen	38
2.6. Helsenæringens internasjonalisering	46
3. HELSENÆRINGENS SAMSPILL MED DEN OFFENTLIGE HELSESEKTOREN	51
3.1. Helsenæringen – en nøkkel til produktivitsvekst	51
3.2. Helsesystemet – et samspill mellom offentlig og privat sektor	54
3.3. Hva bør inn- og utkontrakteres i helsesektoren?	55
3.4. Helsenæringens erfaringer med offentlig sektor som innkjøper	57
3.5. Investeringer i helseteknologi i den offentlige helsesektoren	61
4. HELSENÆRINGENS VIKTIGSTE SAMFUNNSBIDRAG ER Å SIKRE BEFOLKNINGEN GOD HELSE	67
4.1. Samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til helse	67
4.2. Den norske helsenæringens viktige bidrag	74
4.3. Verdien av liv og helse	79
5. VEDLEGG	81

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 sjettede i rekken og den bygger på tidligere års rapporter, med oppdaterte tall og med et bredere datagrunnlag. Hovedtemaet i årets rapport er helsenæringens samfunnsverdi. Det innebærer at vi ikke bare fokuserer på verdiskapingen i næringen selv, men også på næringens betydning for økt kvalitet og effektivitet i helsesektoren og på brede samfunnseffekter, som styrket livskvalitet og økt deltakelse i arbeidslivet.

Formålet med denne rapporten er å beskrive helsenæringen som næring, som innsatsfaktor i den offentlige helsesektoren og som «produsent» av liv og livskvalitet. Rapporten spenner over et bredt spekter av temaer. Vi beregner næringens verdiskaping, omsetning, sysselsetting, produktivitet og lønnsomhet. Vi avdekker omfanget av gründerbedrifter i næringen og deres kapitalbehov samt næringens kapitaltilgang. Vi dokumenterer også næringens eksport. I tillegg analyserer vi hvordan den private helsenæringen kan bidra til økt kvalitet og produktivitet i helsesektoren, blant annet gjennom salg av innovative produkter, teknologier og tjenester. I avslutningskapitlet anlegger vi et bredt samfunnsperspektiv og drøfter hvordan helsenæringen bidrar til å redusere samfunnskostnadene knyttet til sykdom og ulykker og sikre befolkningen flest mulige gode leveår.

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 politikkutforming 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:

- Aleap
- Direktoratet for e-helse
- Inven2
- Landsorganisasjonen i Norge (LO)
- NHO Geneo
- Melanor
- Norway Health Tech
- Norwegian Smart Care Cluster
- Næringslivets Hovedorganisasjon – NHO
- Oslo Cancer Cluster
- 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, 10.06.2022

Prosjektansvarlig Erik W. Jakobsen

Sammendrag

Helsenæringens økonomiske verdi er tredelt:

1. Næringens verdiskaping:

- Bidrag til BNP
- Arbeidsplasser
- Skatteinntekter

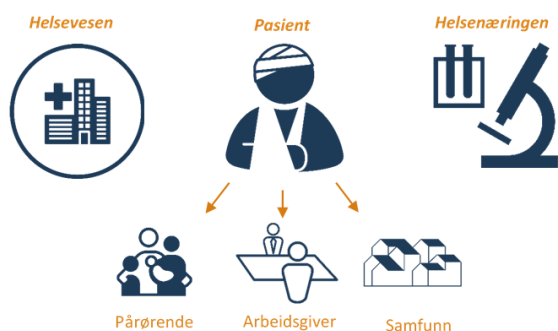
2. Helsevesen:

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

3. Folkehelse:

- Redusert sykdomsbyrde, flere gode leveår («kvalitetsjusterte leveår»)
- Økt deltagelse i arbeidslivet for både pasienter og pårørende

Figur 0-1: Helsenæringens totale samfunnsbidrag, tre hovedområder. Kilde: Menon



Rapportens formål er å presentere næringens samfunnsbidrag innen alle de tre dimensjonene presentert ovenfor.

Helse som næring

Den norske helsenæringen opplevde vekst i både verdiskaping og omsetning i 2020. Bransjenes estimer for 2021 og prognoser for 2022 preges av store svingninger som blant annet skyldes to tilbakelagte år med pandemi. Rapporten belyser følgende punkter:

Helsenæringen skapte verdier for mer enn 63 mrd. kroner i 2020. Dette innebar en vekst på 6 prosent fra året før, jevnt med gjennomsnittet de siste ti årene.

Det var 83 500 sysselsatte i helsenæringen i 2021. Sysselsettingen steg dermed med hele 7 prosent fra året før. Dette jevner ut tilbakegangen i koronapandemiens første år, 2020, hvor næringen samlet opplevde en reduksjon i sysselsetting, på om lag 500 sysselsatte.

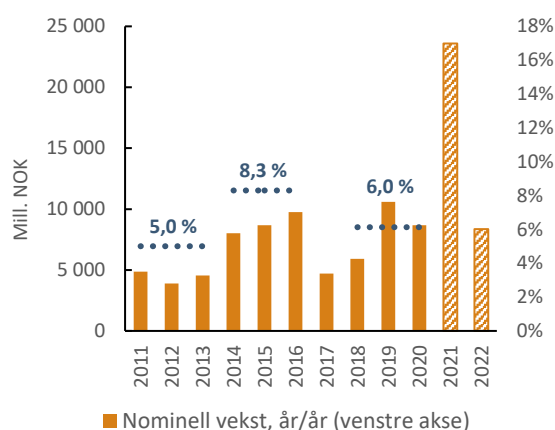
Totalt omsatte helsenæringen for 153 mrd. kroner i 2020, dette var en vekst på 5 prosent fra året før og rett under gjennomsnittet fra 2010 til 2020 på 6 prosent (se illustrasjon i Figur 0-2).

Ved å ha hentet inn vekstanslag direkte fra bedriftene kan vi estimere en rekordvekst i helsenæringens omsetning på hele 15,3 prosent i 2021. Prognosen for 2022 er mer moderat, og tilsvarer en vekst på 4,7 prosent.



Verdiskapingen i den norske helsenæringen er mer geografisk konsentrert enn verdiskapingen i norsk næringsliv totalt. Her er det imidlertid en tydelig forskjell innad i næringen, hvor verdiskapingen i helse- og omsorgstjenestene er vesentlig mer spredt utover landet enn verdiskapingen i helseindustrien. Hele 85 prosent av helseindustriens verdiskaping i 2020 kommer fra to av landets regioner – Oslo og Viken. Til sammenligning er hele 40 prosent av verdiskapingen fra private helse- og omsorgstjenester tilordnet virksomheter utenfor Østlandet. Dette mønsteret er naturlig siden helse- og omsorgstjenester, i særdeleshet primærhelse-tjenester, i mye større grad enn helseindustri-virksomheter må være lokalisert der folk bor.

Figur 0-2: Helsenæringens omsetningsvekst (i NOK) og gjennomsnittlig prosentvis vekst i utvalgte perioder fra 2011 til 2020 (estimat for 2021 og prognoser for 2022).
Kilde: Menon



Helseindustrien

I 2020 skapte helseindustrien verdier for hele 27,7 mrd. kroner. Veksten på 11 prosent fra året før er fem prosentpoeng høyere enn gjennomsnittet de siste ti årene, og er med det den høyeste verdiskapingsveksten industrien har sett siden 2016. Dette resulterer i at helseindustrien bidrar med 44 prosent av total verdiskaping i helsenæringen i 2020.

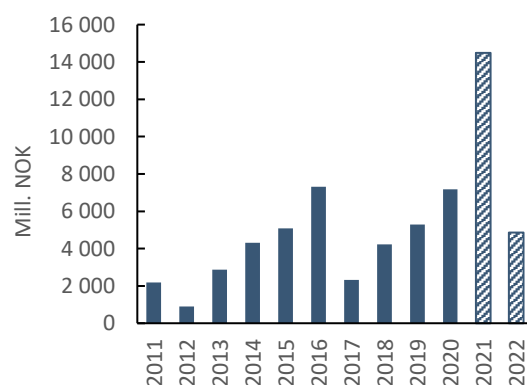
Av de 83 500 sysselsatte i helsenæringen er omtrent en femtedel sysselsatt i helseindustrien. Mellom bransjene i industrien er det spesielt distribusjon og digital helse som skiller seg ut. Her utgjør

distribusjon størst andel sysselsatte, med nærmere 40 prosent av alle sysselsatte i helseindustrien – samtidig som digital helse utgjør den minste andelen, med kun 10 prosent.

Ved å sammenligne verdiskaping og sysselsatte finner vi at virksomhetene i helseindustrien har nesten tre ganger så høy verdiskaping per sysselsatt som det helse- og omsorgstjenestene har, og nesten dobbelt så høy verdiskaping per sysselsatt som det øvrige næringslivet i Norge. Her er det store forskjeller mellom bransjene i helseindustrien, og vi finner at det spesielt er legemiddelbransjen som drar opp produktivitetsnivået.

Helseindustriens samlede omsetning i 2020 beløp seg til 96 mrd. kroner. Dette er en økning på 8 prosent fra året før og høyere enn gjennomsnittet for de foregående ti årene. Som vi kan se av figuren nedenfor ser estimert vekst ut til å ha vært enda høyere i 2021, med rekordhøye 15 prosent, mens veksten i inneværende år (2022) ventes å være mer moderat. Dette gir grunn til å anta at kriseårene under koronapandemien har bidratt til ekstremvekst i helseindustrien, hvorpå denne veksten rejusterer seg i 2022 til gjennomsnittlig nivå før pandemien brøt ut. Hvis bedriftenes egne anslag slår til, vil den totale omsetningen i helsenæringen i 2022 utgjøre rundt 115 mrd. kroner. Dette er mer enn en dobling fra omsetningen på 54 mrd. i 2010.

Figur 0-3: Endring i omsetning fra året før for helseindustrien fra 2010 til 2020 (estimat for 2021 og prognose for 2022) (mill. NOK). Kilde: Menon



Ved å sammenligne veksten i verdiskaping med omsetningsveksten finner vi at *verdiskapingsgraden* – verdiskapingens andel av omsetningen – i helseindustrien har steget fra 2019 til 2020. 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 steget uten at dette har gått på bekostning av lønnskostnadene).

Videre er helseindustrien stadig mer lønnsom, og selskapene får mer igjen for hver omsatt krone i dag enn tidligere. Dette underbygges av en stadig høyere driftsmargin, fra 8 prosent i perioden 2010-2015 opp til 11 prosent i 2016 til 2020.

Helse- og omsorgstjenester

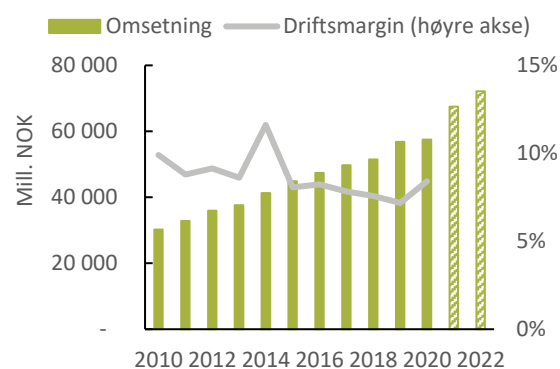
Verdiskapingen i helse- og omsorgstjenestene beløp seg til i overkant av 35 mrd. kroner i 2020. Veksten fra 2019 til 2020 er i underkant av 3 prosent – og dermed lavere enn gjennomsnittlig årlig vekst fra 2010 til 2020 (6,4 prosent). Helse- og omsorgstjenestene bidrar dermed med 56 prosent av total verdiskaping i helsenæringen i 2020.

I den norske helsenæringen er det desidert flest sysselsatte i helse- og omsorgstjenestene. Av de 83 500 sysselsatte i helsenæringen totalt er nærmere 80 prosent sysselsatt i nettopp helse og omsorg. Det er likevel store forskjeller mellom bransjene. Samtidig som primærhelsetjenester sysselsetter mer enn halvparten av alle i helse- og omsorgstjenestene, utgjør de sysselsatte i bo og omsorg til sammenligning kun 4 prosent.

Helse- og omsorgstjenestene hadde en samlet omsetning på 57 mrd. kroner i 2020. Omsetningsveksten har her vært svært ujevn de siste årene, med rundt én prosent vekst i 2020, ned fra årlig vekst på 10 prosent året før. Omsetningen i helse- og omsorgstjenestene ser ut til å følge den ujevne veksten også i årene fremover. Vekstanslaget for 2021 er på rekordhøye 17,3 prosent før en mer normal vekst rundt 7 prosent i 2022. Disse utslagene med estimert høy vekst i 2021 og moderat vekst i

2022 kjenner vi igjen fra helseindustriens utvikling. Det danner seg dermed et bilde av at hele helsenæringen har opplevd store svingninger under koronapandemien.

Figur 0-4: Omsetning og driftsmargin for helse- og omsorgstjenester fra 2010 til 2020 (samt estimat for 2021 og prognoser for 2022) (mill. NOK). Kilde: Menon



Verdiskapingsgraden i helse- og omsorgstjenester har i likhet med helseindustrien økt fra 2019 til 2020 – veksten i verdiskaping økte altså mer enn veksten i omsetning. Dette til tross for at veksten i både verdiskaping og omsetning for helse og omsorg faller til et rekordlavt nivå i 2020. Som tidligere beskrevet kan en styrket verdiskapingsgrad være resultat av flere faktorer, blant annet innkjøp av flere norskproduserte innsatsfaktorer eller høyere arbeidskraftproduktivitet.

Lønnsomheten i helse- og omsorgstjenester har, som vi kan se av Figur 0-4, hatt en nærmest sammenhengende negativ utvikling de siste ti årene. Driftsmarginen for bransjen samlet er rett i overkant av 8 prosent i 2020, ned fra 10 prosent i 2010. Selskapene får her mindre igjen for hver omsatt krone i dag enn tidligere. Det er likevel betydelig variasjon mellom ulike segmenter innad i bransjen.

Helsenæringens eksport

Helsenæringens eksport i 2021 er beregnet til 27,2 mrd. kroner. All eksport kom fra bedrifter i helseindustrien, og majoriteten (over 70 prosent) fra legemiddelbransjen. Dette betyr at nesten én av

fire omsetningskroner i norsk helseindustri kom fra eksportmarkedet.

Nord-Amerika (USA og Canada) er det enkeltmarkedet norsk helseindustri eksporterer mest til, men det er markeder i Europa som er viktigste eksportmarkedet for *flest eksportbedrifter*.

Store deler av eksporten fra norsk helseindustri er konsentrert til noen få store bedrifter. Vi finner at syv bedrifter hadde mer enn én milliard kroner i eksportinntekter i 2021. Disse syv sto for oppunder 75 prosent av helsenæringens samlede eksportinntekter.

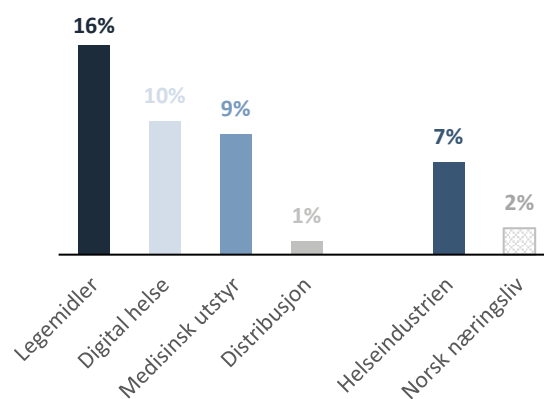
Helse- og omsorgstjenester har også inntekter fra markeder utenfor Norge, men på grunn av tjenestenes natur genereres disse inntektene gjennom datterselskaper i utlandet.

Kapitalbehov og -tilgang i helsenæringen

Forskningsrådets indikatorrapport viser at helsenæringen er den næringen som investerer klart mest i forskning og utvikling, i 2019. 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. 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. Vi definerer denne særskilte typen selskaper som J-kurvebedrifter.¹

¹ J-kurve-bedrift defineres her som en aktiv bedrift med lønnskostnader over 500 000 kroner kombinert med ett av to ytterligere kriterier: 1) Prekommersielle bedrifter

Figur 0-5: Andel J-kurvebedrifter i helsenæringen og norsk næringsliv i 2020. Kilde: Menon



16 prosent av de aktive bedriftene innen legemidler kan karakteriseres som J-kurve-bedrifter i 2020. Andelen er også høy innen digital helse og medisinsk utstyr. Helse- og omsorgstjenestene har også en betydelig høyere andel enn gjennomsnittet i norsk næringsliv, med fem prosent. Som Figur 0-5 viser har det øvrige norske næringslivet til sammenligning en andel på knappe to prosent. Det enorme omfanget på tvers av helsenæringen sier noe om hvor stort behovet er for risikokapital, og viser at det er spesielt mye forskning, innovasjon og gründervirksomhet i nettopp denne næringen.

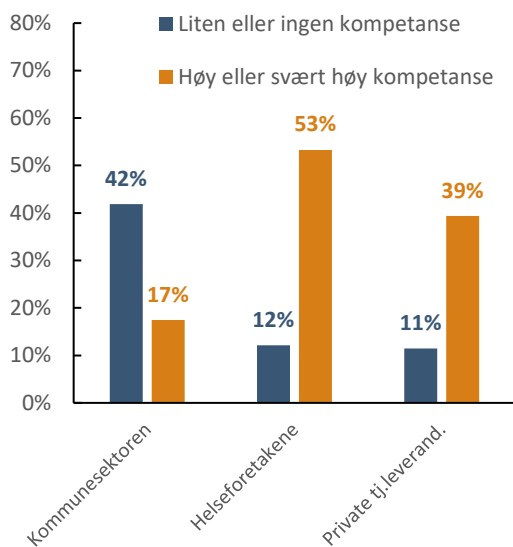
Helsenæringens samhandling med den offentlige helsesektoren

En betydelig del av omsetningen i den private helsenæringen kommer fra salg til offentlig sektor – aktører i den kommunale helsetjenesten og helseforetakene. Helsenæringen kan derfor gjennom teknologi-, produkt- og tjenesteleveranser påvirke både kvalitet og produktivitet den offentlige helse- og omsorgssektoren. Vi avdekker i denne rapporten flere interessante trekk ved samhandlingen mellom private leverandører av helseteknologi og deres kunder i offentlig sektor:

uten salgsinntekt og/eller 2) Tidligfasebedrifter hvor kostnadene er minst dobbelt så store som inntektene.

Helseindustribedriftene opplever at innkjøpskompetansen gjennomgående er *svært lav* i kommunesektoren, mens den oppfattes som *svært høy* i den offentlige spesialisthelsetjenesten.² Fire av ti respondenter vurderer innkjøpskompetansen i kommunesektoren som «*liten eller ingen*». Tilsvarende andel som vurderer den offentlige spesialisthelsetjenesten og private helse- og omsorgsaktører som å ha liten eller ingen innkjøpskompetanse er kun i overkant av én av ti.

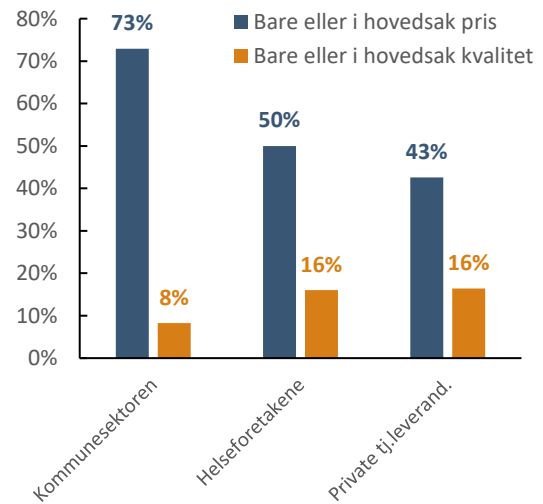
Figur 0-6: Spørsmål til bedrifter i helsenæringen: «Basert på dine erfaringer, hva er din vurdering av innkjøps-/bestillerkompetansen blant din bedrifts kunder [i følgende sektorer]?» Kilde: Menon



Videre avdekker spørreundersøkelsen at bedriftene i helsenæringen oppfatter de private helse- og omsorgstjenesteaktørene som den kundetyper som er minst opptatt av pris, i forhold til kvalitet, i anskaffelser av helseteknologi. Dette sammenlignet med tilsvarende type aktører i den offentlige helsesektoren (især kommunesektoren). Under halvparten av respondentene svarer at de opplever at private helse- og omsorgstjenesteaktører «*bare eller i hovedsak [vektlegger] pris*» i sine anskaffelser, mens tilsvarende andel som har denne opp-

fatningen av innkjøperne i kommunesektoren nesten er tre fjerdedeler.

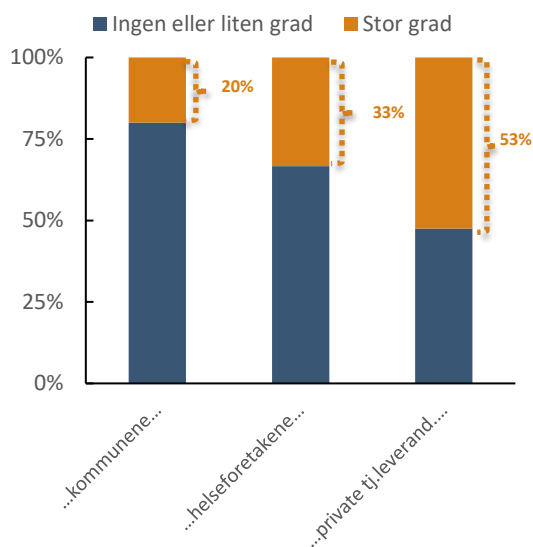
Figur 0-7: Spørsmål til bedrifter i helsenæringen: «I anbudskonkurranser, hvordan opplever du at følgende kundetyper vektlegger hensynet til pris opp mot kvalitet?» Kilde: Menon



Private helse- og omsorgstjenesteaktører opplever også å i langt større grad enn deres offentlige motstykker å være åpne for å anskaffe ny teknologi og innovative produkter og tjenester. Dette fremkommer tydelig av resultatene illustrert i figuren nedenfor.

² Herunder helseforetakene, Sykehusinnkjøp og Sykehusbygg.

Figur 0-8: Bedrifter i helseindustriens respons på spørsmålene: «I hvilken grad opplever du at [...] er åpne for å ta i bruk nye teknologier, produkter og innovasjoner?». Kilde: Menon



Ved å i liten grad ta i bruk ny teknologi reduserer den offentlige helsektoren sin evne til produktivitets- og kvalitetsforbedringer. I tillegg svekkes den norske helseindustriens internasjonale konkurranseevne. Grunnen er at det er viktig for norsk helseindustri å få en posisjon i hjemmemarkedet ettersom dette er kritisk for å både hente kapital til utvikling og vekst, samt for å kunne etablere seg i utlandet.

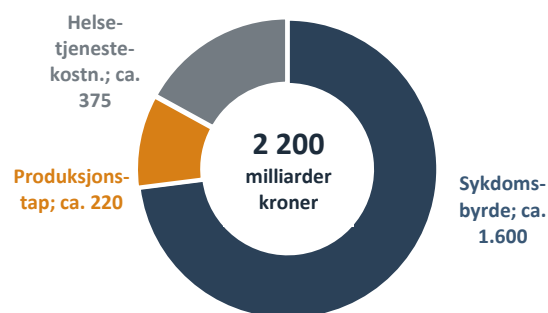
Helsenæringens samfunnsverdi – viktig bidrag til bedre helse og reduserte samfunnskostnader

I tillegg til å skape verdi i form av lønnsomme arbeidsplasser og ved å bidra til økt kvalitet og produktivitet i helse- og omsorgssektoren, har helsenæringen brede samfunnsgevinster i form av styrket helse i befolkningen – og dermed flere leveår, samt økt sysselsetting og mindre sykefravær i arbeidslivet.

De årlige samfunnskostnadene knyttet til sykdom og ulykker i Norge er anslått til om lag 2 200 mrd. kroner i 2021. Den samfunnsøkonomiske verdien av tapte liv og gode leveår, *sykdomsbyrden*, utgjør 1 600 mrd. kroner. Tapte inntekter til stat og kommune som følge av redusert deltagelse i

arbeidslivet (produksjonstap) utgjør 220 mrd., mens helsetjenestekostnadene utgjør 375 mrd.

Figur 0-9: Samlede samfunnskostnader av sykdom og ulykker i Norge i 2021. Kilde: Menon



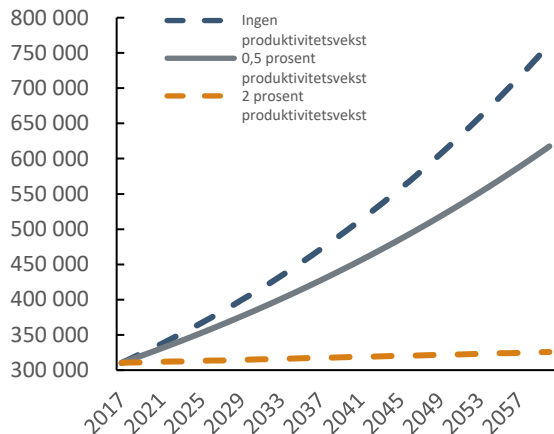
Helsenæringens aller viktigste samfunnsbidrag er knyttet til reduksjon av sykdomsbyrde, som i sin tur også kan bidra til å redusere de to andre samfunnskostnadene. Helseinnovasjoner har de siste 100 årene bidratt til å gi mennesker flere leveår. Blant annet har oppfinnelse av vaksiner og antibiotika reddet utallige liv. Ny helseteknologi som digitale løsninger (e-helse), velferdsteknologi, medisinsk utstyr og legemidler gir sammen med mer effektive helse- og omsorgstjenestetilbud befolkningen flere og bedre leveår. I tillegg reduserer helseteknologi de samlede helsetjenestekostnadene ved at brukere over tid har mindre behov for helse-tjenester. Som følge av dette reduseres også produksjonstapet da flere kommer raskere tilbake i arbeidslivet eller unngår å bli varig uføre.

Det utvikles kontinuerlig nye innovasjoner i helsenæringen. Ofte skjer dette i tett samspill med offentlig helsektor. I årene fremover vil offentlig-privat samarbeid om nye løsninger knyttet til store folkehelseutfordringer bli viktigere.

I tillegg til en helsektor som «tør» å samarbeide med helsenæringen og anskaffe og implementere disse nye løsningene, er det også avgjørende at vi som samfunn investerer tilstrekkelig i helse-innovasjon for å kunne møte fremtidens utfordringer knyttet til økt etterspørsel og mangel på helsepersonell.

Innovasjon, som gir mer helsehjelp til befolkningen per ansatt i helse- og omsorgssektoren, vil være helt avgjørende.

Figur 0-10: Framskrivning av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren mot 2060 med ulike grader av produktivitetsveksts. Kilde: SSB/ Menon



I sine framskrivninger av arbeidskraftbehovet i helsesektoren legger SSB i sitt basisscenario til grunn en 0,5 prosent produktivitetsvekst per år de neste tiårene. I dette scenarioet vil vi trenge flere hundre tusen nye årsverk til helse- og omsorgssektoren. Vi har imidlertid hatt en vesentlig lavere produktivitetsvekst enn dette i mange år. Får vi ikke realisert gevinster fra helseinnovasjon kan vi få behov for 150 000 årsverk mer enn i basisscenarioet til SSB. På den annen side viser grafen at hvis vi kan lykkes vesentlig bedre med å skape innovasjonsgevinster, så kan vi redusere utfordringene vi står overfor betydelig. Klarer vi å realisere en produktivitetsvekst på to prosent per år, så har vi ikke lenger et ressursproblem.

Helsesektoren, inklusive helsenæringen, er samfunnets viktigste virkemiddel for å sikre befolkningen flest mulige gode leveår. Likevel er det slik at verdsetting av liv spart i helsesektoren settes lavere enn i andre sektorer. Dette kan føre til en systematisk undervurdering av verdien av investeringer i helsesektoren sammenlignet med investeringer i liv og helse i andre sektorer, for eksempel samferdselssektoren. Pandemien har vist at vi som samfunn er villig til å prioritere kostbare

tiltak knyttet til sykdom svært høyt. I årene fremover blir det viktig at vi gjør gode og korrekte vurderinger av investeringsnivået for helsesektoren sett opp mot de mål og krav som samfunnet setter til tjenestene og til effekten av disse.

1. Innledning

1.1. Helsenæringens økonomiske verdi

Helsenæringens økonomiske verdi er tredelt:

4. Næringens verdiskaping:

- Bidrag til BNP
- Arbeidsplasser
- Skatteinntekter

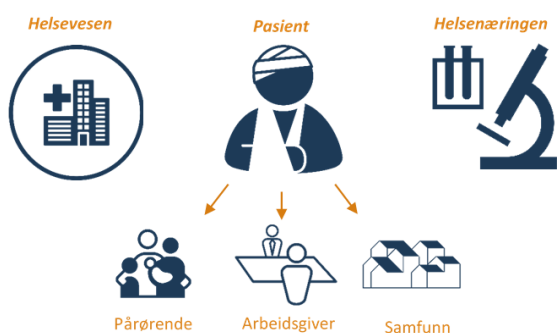
5. Helsevesen:

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

6. Folkehelse:

- Redusert sykdomsbyrde, flere gode leveår («kvalitetsjusterte leveår»)
- Økt deltagelse i arbeidslivet for både pasienter og pårørende

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



Rapportens formål er å presentere næringens samfunnsbidrag innen alle de tre dimensjonene presentert ovenfor.

Sammen med omstillingen til en grønn økonomi er det møtet med den lenge varslede «eldrebølgen» i Norge som representerer den største utfordringen

for norsk økonomi og norske politikere. En kraftig økning i «forsørgerbyrden» – at en økende andel av befolkningen ikke er i yrkesaktiv alder – vil medføre strammere budsjetter, men også en økning i etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester. Dette siste som en konsekvens av at eldre har et større behov for omsorgstjenester, men også fordi forekomsten av folkesykdommer som kreft og demens i stor grad treffer denne demografiske gruppen.

Det er nettopp her helsenæringen kan representere en dobbel mulighet for Norge: Mens inntekter fra petroleumsnæringen i Norge vil avta, kan helsenæringen vokse til å bli en sentral kilde til verdiskaping i Norge med utgangspunkt i et sterkt voksende globalt marked. Samtidig kan innovasjoner utviklet i helsenæringen bli et viktig svar på helse- og omsorgsutfordringene de neste tiårene, gjennom å redusere behandlings- og omsorgsbehov for innbyggerne, eller bidra til at slike tjenester blir levert mer effektivt enn i dag.

Dette kommer imidlertid ikke av seg selv. Næringen må gis større mulighet til å levere innovative løsninger gjennom bl.a. offentlige anskaffelser og tilgang på offentlige helsedata. Et bedre samarbeid mellom næringslivet og offentlig helsevesen (sykehus og kommuner) om utvikling, testing og implementering av nye produkter og tjenester vil være viktig og premisset for offentlige investeringsbeslutninger innen helse- og omsorgsfeltet må være sammenfallende med premisset innen andre samfunnsområder.

Flere av disse utfordringene ble adressert i stortingsmeldingen om helsenæringen, som ble lagt frem i april 2019.³ 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

³ Meld. St. 18 (2018–2019), «Helsenæringen — Sammen om verdiskaping og bedre tjenester»

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 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 all helseteknologi, personlig tilpasset behandling og bruk av «big data».

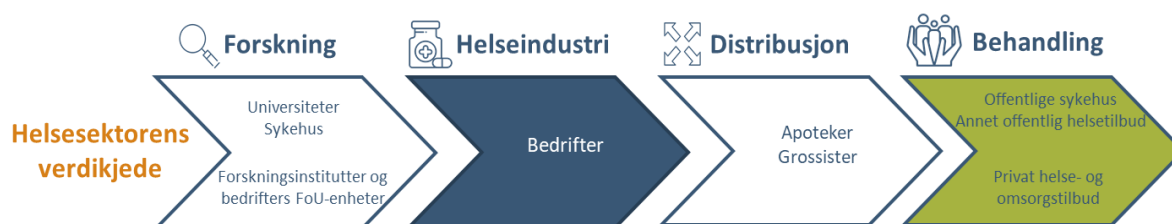
1.2. Helse-verdikjeden

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 både i oppstartsbedrifter, som sikter mot å kommersialisere egen teknologi, og store etablerte bedrifter, som kontinuerlig søker å utvikle nye produkter og tjenester.⁴ 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 helseteknologi og -utstyr.
4. **Behandling.** Helse- og omsorgstjenester er det siste leddet i verdikjeden, hvor produkter og tjenester som er utviklet og produsert i Norge eller i andre land blant annet anvendes til å stille diagnoser og behandle pasienter. Helse- og omsorgstjenester dekker også helse- og omsorgstjenester som er rettet mot forebygging og rehabilitering. Tjenesteleddet består av offentlige og private sykehus, samt det kommunale og private helse- og omsorgstilbudet.



⁴ 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.

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

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

Begrepsforklaringer

Helsesektoren = Med helsesektoren mener vi i denne rapporten alle private foretak, samt alle statlige og andre offentlige foretak og institusjoner, langs hele helse-verdikjeden. 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.).

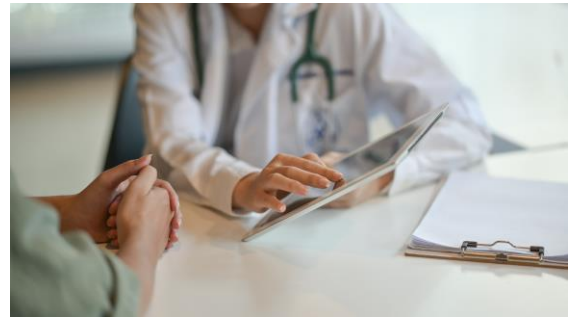
Helsenæringen = Helsenæringen består av den private delen av verdikjeden inklusiv tjenestesektoren.

Helseindustrien = Utvikling og produksjon av alle typer medisinske produkter, teknologier og løsninger utgjør helseindustrien. Industrien er videre delt inn i fire bransjer: Legemidler, medisinsk utstyr, digital helse og distribusjon.

Helse- og omsorgstjenester = Alle private tjenesteleverandører, knyttet til forebygging, behandling og rehabilitering. Helse- og omsorgstjenestene er videre delt inn i fire bransjer: Primærhelsetjenester, spesialisthelsetjenester og rehabilitering, psykisk helse og avhengighet, samt bo- og omsorgstjenester.

bedrifter. I helseindustrien (det vil si utvikling og produksjon av blant annet legemidler og medisinsk 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 fire bransjer

Videre har vi delt bedriftene i helseindustrien inn i fire bransjer 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 delvis er underlagt ulike regulering og ulike godkjenningsordninger. De har også ulike historikk og modningsgrad og står derfor overfor ulike typer utfordringer. Undergruppene, det vil si **bransjene** innen helseindustrien, er definert som følger:

- **Legemidler** – alle biologiske og kjemiske produkter som anvendes til forebygging og behandling eller in vivo diagnostikk. Inkluderer aktive ingredienser/råstoffer (API).
- **Medisinsk utstyr** – alle produkter som ikke primært virker farmakologisk, immunologisk eller metabolsk, og med hensikt om å diagnostisere, forebygge, behandle eller lindre sykdom eller skade på mennesker. Inkluderer også produksjon av sentrale komponenter samt programvare som anvendes som

medisinsk utstyr (Software as Medical Device (SaMD))⁵.

- **Digital helse** – IKT-produkter og -tjenester som anvendes til overvåking, forebygging og behandling av sykdommer, og til systemer og prosesser i helsesektoren. Merk at denne definisjon faller *innunder* definisjonen av medisinsk utstyr, redegjort for ovenfor. Vi opererer imidlertid med en egen bransje for digital helse i denne rapporten, blant annet for å få synliggjort den sterke veksten i dette segmentet av helseindustrien de siste årene.
- **Distribusjon** – alle distribusjonstjenester innen helseteknologi og distribusjon av helseprodukter og -teknologi til andre aktører i helsesektoren og direkte til brukere/pasienter.

1.2.4. Tjenestesektoren inndelt i fire bransjer

- **Primærhelsetjenester** – helsetjenester som leveres i lokalsamfunnet i det daglige. Primærhelsetjenester består bl.a. av allmennpraktiserende leger, hjemmesykepleie, brukerstyrt personlig assistanse, fysioterapeuter, logopedier, tannleger samt kiropraktorer, bedriftshelsetjeneste, og sykehjem.

- **Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering** – all somatisk behandling som typisk ytes av sykehus samt spesialiserte legetjenester (allmennlegetjenester, herunder fastlegetjenester, er dermed ikke inkludert). Typiske tjenester innenfor rehabilitering, slik det her er definert, er oppfølging og opptrening i etterkant av somatisk behandling ved sykehus eller hos spesialister. Ambulansetjenester og laboratorie- og røntgenvirksomhet inngår også i denne bransjen.
- **Psykisk helse og avhengighet** – i hovedsak spesialiserte tjenester innen psykisk helse og rusavhengighet. Bransjen inkluderer både legetjenester innen psykisk helse og poliklinikkjenester innen psykisk helsevern, samt institusjonsplasser og -behandling
- **Bo og omsorg** – omsorgstjenester rettet mot særlig ressurskrevende brukere – f.eks. yngre psykisk utviklingshemmede. Disse tjenestene skiller seg fra sykehjem ved at de ikke primært er rettet mot eldre brukere, og fra bransjen psykisk helse og avhengighet ved at tilbudet i liten grad er rettet mot behandling, men mot omsorg. Typiske tjenester er psykiatriske sykehjem samt institusjoner i psykisk helsevern rettet spesifikt mot barn og unge.

Hvordan aktørene i helsesektoren og helsenæringen er identifisert

Avgrensningen av populasjonen er gjort på bakgrunn av flere ulike kilder – blant annet medlemskap i Norway Health Tech, Inven2, SIVA, Norwegian Smart Care Cluster, Melanor, NHO Geneo, Oslo Cancer Cluster, Aleap og The Life Science Cluster. Helsenæringen dekker over et bredt spekter av bransjekoder, som gjør at det ikke finnes en offisiell statistikk for næringen. Analysen inkluderer både norsk- og utenlandske selskap med aktivitet i Norge.

I nøkkeltallanalysene er det tatt utgangspunkt i aktørenes helserelaterte aktivitet, 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 for bransjene innunder helseindustrien og for leverandørene av helse- og omsorgstjenester.

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.

⁵ Dette er programvare (software) eller applikasjoner som muliggjør at man kan gjennomføre medisinske funksjoner uten en spesifikk type (fysisk) medisinsk utstyr. En telefonapplikasjon som muliggjør at man kan se et MR-bilde på telefonen, og gjøre en

medisinsk vurdering på bakgrunn av dette, er et eksempel på en SaMD. Til forskjell er en programvare som gjør at en MR-maskin tar riktige bilder ikke en SaMD, da denne programvaren er avhengig av det fysiske medisinske utstyret for å ha en funksjon.

2. Verdiskaping i helseindustri og private helse- og omsorgstjenester

I dette kapitlet drøfter vi helsenæringens bidrag til norsk økonomi i form av arbeidsplasser, verdiskaping, og effektivitet. Videre sees den norske helsenæringen i et globalt perspektiv, i tillegg til at de regionale forskjellene i næringen skildres. Avslutningsvis diskuterer vi næringens kapitalbehov og -tilgang og presenterer tall for næringens eksport og internasjonalisering.

2.1. Helsenæringen

I 2020 skapte den norske helsenæringen verdier for mer enn 63 milliarder kroner. Næringen hadde med dette en årlig vekst på seks prosent fra året før - jevnt med gjennomsnittet de siste ti årene. Med unntak av de spesielt høye vekstratene i 2015 og 2016 er dette høyeste årlige vekst siden 2012, og totalt vil veksten i verdiskaping siden 2010 tilsvare en økning på 86 prosent. Det var 83 500 sysselsatte i helsenæringen i 2021, og næringen har hatt en vekst i sysselsetting på hele syv prosent fra året før. Til sammenligning hadde unntaksåret 2020 negativ utvikling og frafall av rundt 500 sysselsatte. Tabell 2-1 viser utviklingen i verdiskaping, fra 2010 til 2020.

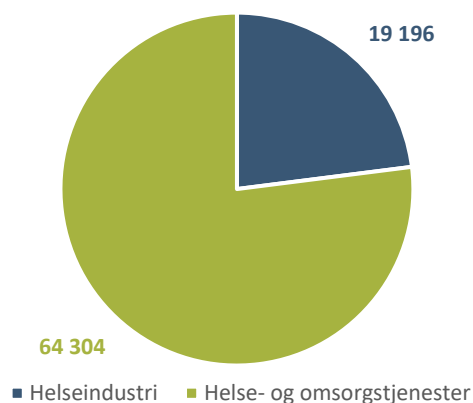
Tabell 2-1: Verdiskaping for helsenæringen 2010 og 2020 etter hovedgruppe (i milliarder kroner). Kilde: Menon

	2010	2020	Endring	Endring %
Helseindustri	14,8	27,7	12,9	87 %
Helse- og omsorgstj.	19,2	35,4	16,3	85 %
Totalt	34,0	63,1	29,2	86 %

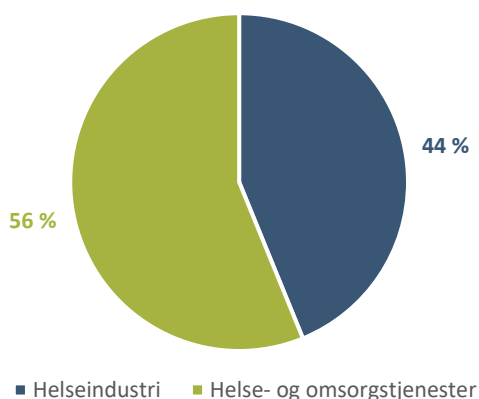
2.1.1. Verdiskaping

I Figur 2-1 og Figur 2-2 fremkommer fordelingen av hhv. sysselsetting og verdiskaping, fordelt på hovedgruppene i helsenæringen. Helse- og omsorgstjenester sto for 56 prosent av verdiskapingen i 2020, og er med det størst i den private helsenæringen. Samme hovedgruppe står samtidig for hele 77 prosent av alle helsenæringens sysselsatte. Helseindustrien, selskapene med virksomhet knyttet til utvikling og produksjon av helserelatert utstyr, sto for 44 prosent av verdiskapingen og 23 prosent av sysselsettingen.

Figur 2-1: Antall sysselsatte i helsenæringen, etter hovedgruppe i 2021. Kilde: Menon



Figur 2-2: Verdiskaping i helsenæringen, etter hovedgruppe i 2020 (i prosent). Kilde: Menon



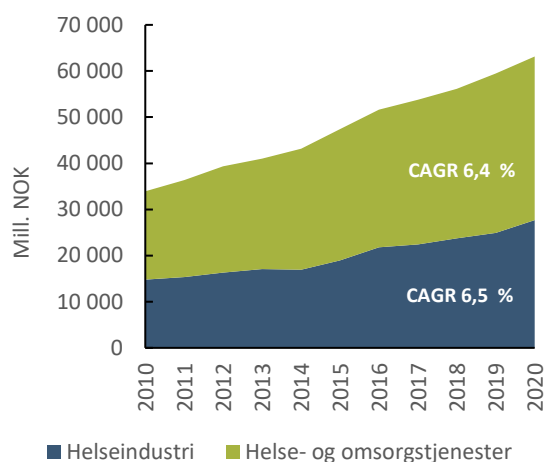
Det er dermed en langt høyere verdiskaping per sysselsatt i helseindustrien enn i helse- og omsorgstjenestene. Det er særlig to faktorer som forklarer dette:

1. Det er en vesentlig høyere kapitalintensitet i helseindustrien
2. Det er færre deltidsansatte i helseindustrien enn i tjenestesektoren

Samtidig preges norsk helseindustri av et høyt antall oppstarts- og tidligfasebedrifter med ingen eller svært lave salgsinntekter. Disse har dermed negativ verdiskaping per sysselsatt, noe som trekker ned verdiskaping per ansatt i hele helseindustrien. Dette kommer vi tilbake til i kapittel 2.5.1

Figur 2-3 illustrerer utviklingen i verdiskapingen i helsenæringen de siste ti årene. Helsenæringen hadde en samlet verdiskapingsvekst fra 2010 til 2020 på 86 prosent. Til sammenligning var den tilsvarende veksten for det samlede norske næringslivet (ekskl. olje og gass) på 52 prosent. Helsenæringens andel av næringslivets verdiskaping (bidrag til nasjonalt BNP) har økt den siste tiårsperioden.

Figur 2-3: Verdiskaping i helsenæringen fra 2010 til 2020 etter hovedgruppe (mill. NOK) og gjennomsnittlig årlig vekstrate (CAGR). Kilde: Menon



Figur 2-4 illustrerer hvordan veksttakten i de to hovedkategoriene i helsenæringen har variert gjennom de siste ti årene. Helseindustrien har hatt en verdiskapingsvekst fra 2010 til 2020 på hele 87 prosent, og plasserer seg dermed som hovedgruppen med sterkest vekst i perioden. Dette tilsvarer en gjennomsnittlig årlig vekst på

6,5 prosent. Tilsvarende vekstrate for helse- og omsorgstjenester var 6,4 prosent årlig i perioden.

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 hovedgrupper og bransjer.

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 selskappsskatt, kreditorene gjennom renter på lån, og til slutt eierne gjennom overskudd etter skatt.

2.1.2. Koronapandemiens utslag

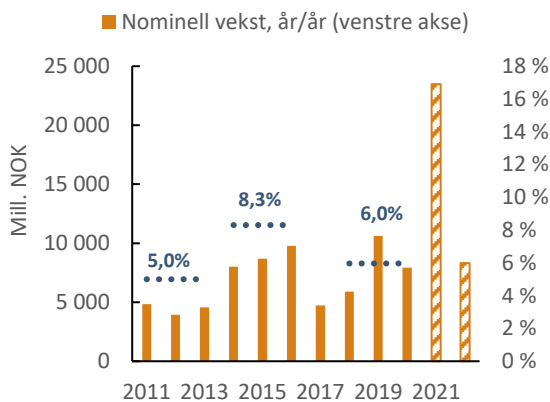
Virksomhetenes regnskapstall danner et bilde av en relativt jevn og kontinuerlig vekst i perioden 2010 til 2020, med en gjennomsnittlig årlig omsetningsvekst på seks prosent. Dette med innslag av enkelte høyvekstperioder, som 2014 til 2016 som fluktuerer fra vekstnivået med gjennomsnittlig vekst på rundt åtte prosent. Mulige forklaringer på den høye omsetningsveksten i denne perioden kan for de private behandlingsaktørene være asylkrisen i 2015. Situasjonen bidro til at deler av den private helse-

og omsorgsbransjen opplevde en betydelig, men midlertidig, økning i etterspørselen.

Det er imidlertid bransjens estimater og prognoser for 2021 og 2022 som spesielt skiller seg ut i Figur 2-4. Som det fremkommer av figuren svinger omsetningsveksten fra hele 15,3 prosent estimert vekst i 2021 til en vekstprognose på 4,7 prosent i 2022. Dette er utslag det er naturlig å tilskrive Koronapandemien.

Samlet hadde helsenæringen en omsetningsvekst på rundt seks prosent i Koronapandemiens debutår 2020, en vekst som ikke avviker fra gjennomsnittet pre-pandemi. Ved å studere bransjene separat finner vi imidlertid store forskjeller i dette ekstraordinære året. Samtidig som helseindustrien hadde en vekst over gjennomsnittet, på åtte prosent, finner vi at helse- og omsorgstjenester hadde et dramatisk vekstfall fra et nivå på rundt ti prosent i 2019 til rundt én prosent i 2020.

Figur 2-4: Helsenæringens årlige omsetningsvekst (i NOK) og gjennomsnittlig prosentvis vekst i utvalgte perioder fra 2011 til 2020 (estimat for 2021 og prognoser for 2022). Kilde: Menon



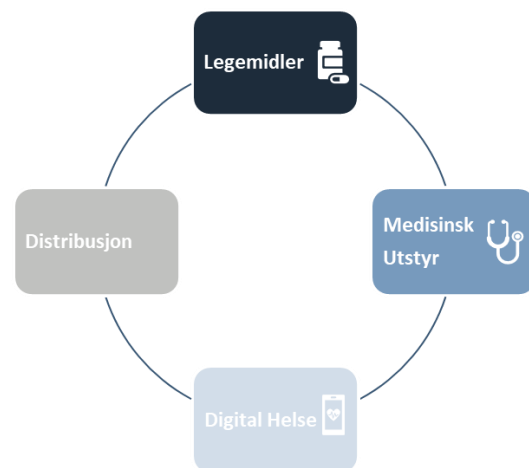
Prognosen for 2022 er at omsetningsveksten faller tilbake til et nivå nærmere de siste årene før pandemien. Det ekstraordinære veksthoppet i 2021 reflekterer bransjenes håndtering av Korona, omstillingsevne og effektene av digitalisering, samt økt etterspørsel etter produkter og tjenester i helsenæringen. Ser en nærmere på 2021-tallene, finner vi at den økte veksten i dette rekordåret ikke

ble drevet av enkeltbransjer i næringen, men forekom bredt.

På samme måte som 2014 markerte starten på et positivt taktskifte for helsenæringen, markerte 2017 en «korreksjon». Omsetningsveksten for næringen samlet var i 2017 fire prosent – en betydelig reduksjon fra nivåene på rundt åtte prosent i de tre foregående årene. Som med oppgangen i årene 2014-2016 var også vekst-reduksjonen i 2017 generell for hele næringen, og ikke begrenset til enkeltgrupper.

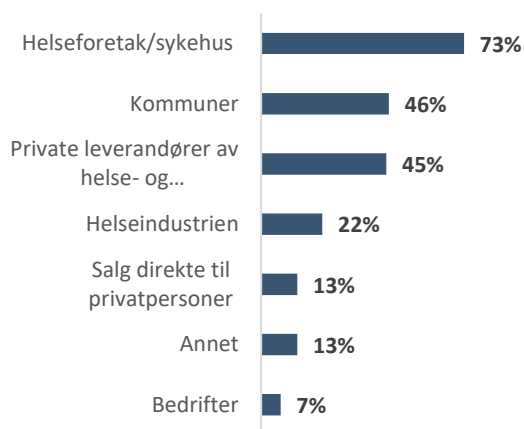
2.2. Helseindustrien

Helseindustrien er inndelt i fire bransjer: legemidler, medisinsk utstyr, digital helse og distribusjon.



Helseindustrien utvikler og produserer produkter og løsninger til anvendelse i behandlingen av pasienter og omsorgstrengende. Som Figur 2-5 bekrefter, er den klart viktigste kundetyper for den norske helseindustrien derfor institusjoner som leverer denne typen tjenester.

Figur 2-5: Foretakene i helseindustriens rapportering på spørsmålet: Hvilke kundetyper leverte din helse-relaterte virksomhet produkter/tjenester til i 2021?
Kilde: Menon



Som det kommer frem av figuren over oppgir 73 prosent av bedriftene i helseindustrien at de leverer produkter eller tjenester til offentlige helseforetak og sykehus, samt andre offentlige aktører i spesialisthelsetjenesten. Resultatene viser videre 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 som utvikler og drifter velferdsteknologiske løsninger har både kommuner, privatpersoner og private leverandører av helse- og omsorgstjenester på sine kundelister, i tillegg til helseforetak og sykehus. Bedrifter i bransjen legemidler leverer til sammenligning i overveiende grad produkter og tjenester til spesialisthelsetjenesten, mens bedrifter innen medisinsk utstyr leverer produkter og tjenester til alle de oppførte kundetyperne, i denne fremstillingen.

2.2.1. Sterk men ujevn vekst i helseindustrien

Samlet omsetning for helseindustrien i 2020 var på rundt 96 milliarder kroner. Dette er en økning på nærmere syv milliarder kroner fra 2019, hvilket tilsier en omsetningsvekst på åtte prosent. Helseindustriens omsetningsvekst i 2020 ligger høyere enn hva som har vært gjennomsnittet for de siste ti årene.

I Figur 2-6 kan vi se utviklingen i helseindustriens omsetning og samlede driftsmargin fra 2010 til 2020. I tillegg er omsetningsestimater for 2021 og omsetningsprognoser for 2022 illustrert med stiplede stolper.

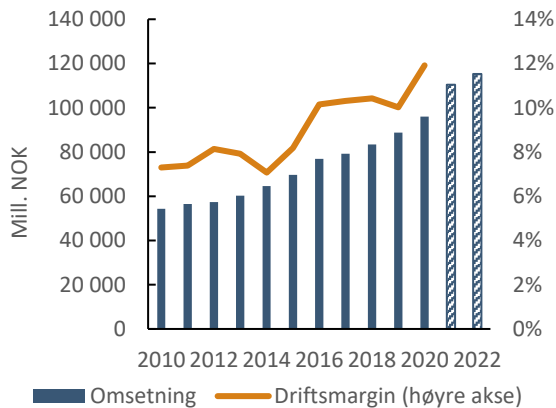
Selv om omsetningsveksten har vært sterk og relativt jevn de siste årene, antyder bedriftenes egne estimater og prognoser for årene frem til 2022 at veksten ligger an til å bli ujevn i årene fremover. Dersom anslagene treffer, vil omsetningen i helseindustrien øke med 15,3 prosent i 2021 og den samlede omsetningen i helseindustrien i 2022 utgjøre rundt 115 milliarder kroner.

Omsetningsestimaterne for 2021 er basert på innhentede omsetningstall direkte fra bedrifter og deretter estimert for resterende aktører på bransjenivå. På tilsvarende måte er omsetningsprognosene for 2022 basert på innhentede vekstanslag direkte fra bedrifter.⁶

⁶ I spørreskjemaet ble bedriftene bedt om å oppgi omsetning i 2020 og 2021 samt forventet omsetningsvekst i 2022. Ut ifra disse tallene beregnet vi en vektprosent for hver bransje som ble brukt til å estimere en prognose for helseindustriens helse-relaterte

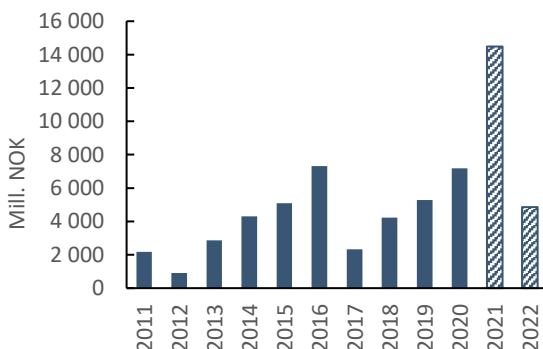
omsetning for perioden 2021-2022. Ettersom det kun er et begrenset antall bedrifter vi har denne informasjonen fra, vil enkeltbedrifter av en viss størrelse som venter høy vekst få stor betydning for estimatene og prognosene.

Figur 2-6: Omsetning og driftsmargin for helseindustrien fra 2010 til 2020, samt estimat for 2021 og prognose for 2022 (mill. NOK). Kilde: Menon



I 2015 og 2016 økte både veksttakten og lønnsomheten i helseindustrien betydelig. Det er positivt 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. Helseindustriens samlede driftsmargin har de siste fire årene ligget på rundt 11 prosent. Til sammenligning var driftsmarginen for helseindustrien omtrent åtte prosent i årene 2010 til 2015. Dette peker på en stadig mer lønnsom helseindustri, hvor bedriftene får mer igjen for hver omsatt krone i dag enn tidligere.

Figur 2-7: Endring i omsetning fra året før for helseindustrien fra 2010 til 2020 (estimat for 2021 og prognose for 2022) (mill. NOK). Kilde: Menon



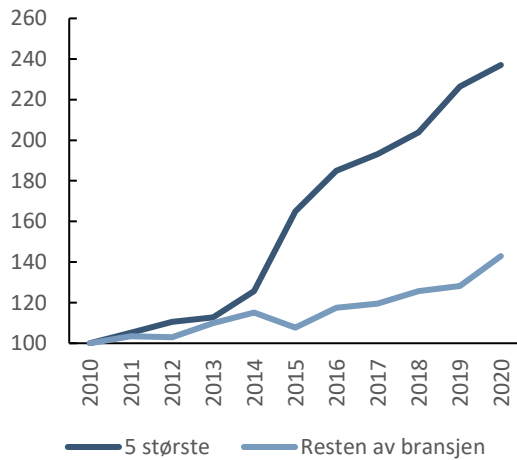
Både fallet i omsetningsveksten i helseindustrien fra 2016 til 2017 og økningen i veksttakten i 2020 kan særlig tilskrives én bransje – legemidler. Dette er den største bransjen i helseindustrien, og utgjorde i underkant av halvparten av hele helseindustrien i 2020, målt i omsetning. Der omsetningen blant bedriftene i legemidler økte med 694 millioner kroner i 2017, hvilket tilsvarer en vekst på kun 2 prosent, var økningen i 2020 på hele 3,9 milliarder kroner – tilsvarende 10 prosent. Denne veksten kan i stor grad tilskrives Nykode Therapeutics (tidligere Vaccibody) som samlet økte omsetningen med nærmere tre milliarder kroner fra 2019 til 2020. Selskapet opplevde sterk vekst i perioden, og ble børsnotert i tillegg til at de samme år inngikk et samarbeid med det amerikanske bioteknologiselskapet Genentech (under legemiddelgiganten Roche) til en verdi av nærmere 7 milliarder kroner.⁷

De siste årenes omsetningsutvikling i helseindustrien – med en kraftig vekstøkning i 2015 og 2016, en vesentlig vekstreduksjon i 2017 og en ny vekstøkning i årene frem til 2020 (og estimatet for 2021) – kan til en viss grad tilskrives utviklingen innen legemidler alene. Imidlertid er det 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 de fem største bedriftene i hver av de fire bransjene, og for resten av den norske helseindustrien, fra 2010 til 2020. Av figuren kan vi se at de største bedriftene har hatt en høyere årlig omsetningsvekst i alle år siden 2013. Sammenholder vi Figur 2-7 med Figur 2-8 ser vi også at *all* veksten i helseindustrien i 2017 *utelukkende* kan tilskrives utviklingen blant de fem største selskapene samt at disse selskapene også var den viktigste driveren for økningen i veksten i 2018 og 2019.

⁷ Nettsak, e24.no (23.12.2021), «Analytiker om Vaccibody-avtale: - En av de største som er gjort i norsk biotek-historie»

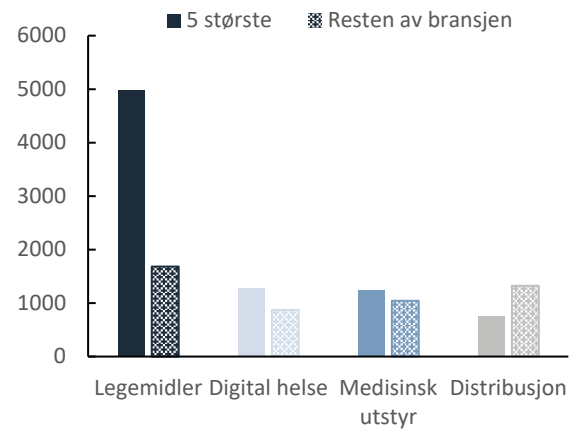
Figur 2-8: Indeksert årlig omsetningsvekst i helseindustrien for de 5 største selskapene i hver bransje og uten disse selskapene. Basisår=2010. Kilde: Menon



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 forskjellig mellom bedrifter som har fått et markedsgjennombrudd og de som ikke har det. Utviklingskostnadene er irreversible og faste, og jo større volumer man fordeler dem på, desto lavere blir kostnadene per enhet. Dermed blir også produktiviteten høyere, noe vi tydelig ser av Figur 2-9. Med unntak av distribusjon er produktiviteten (målt som verdiskaping per ansatt) vesentlig høyere for de fem største bedriftene enn for resten. For legemidler er dette produktivitetsgapet spesielt fremtredende, med mer enn dobbelt så høy produktivitet per sysselsatt i de fem største selskapene. At legemidler skiller seg ut fra de øvrige gruppene er ikke overraskende, for det er her vi finner de største FoU-investeringene, de lengste innovasjonsprosessene og den største markeds-messige oppsiden.

Figur 2-9: Verdiskaping per ansatt for helseindustrien – sammenligning av de fem største bedriftene i bransjen med resten av bedriftene i bransjen. Kilde: Menon



En annen, og nært relatert, forklaring på den store forskjellen i vekst er at de største bedriftene har en høy andel av inntektene fra eksportmarkeder. Som vi dokumenterer i kapittel 2.6.1 kan det aller meste av eksporten fra helseindustrien knyttes til noen få store bedrifter. Én virksomhet står for én tredel av helseindustriens eksport. 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 tredje 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 2020 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 fjerde forklaring på trenden i Figur 2-8 er utviklingen i hvordan den offentlige helsesektoren strukturerer og gjennomfører sine anskaffelser. En innkjøpspraksis som pålegger leverandører

betydelige forpliktelser over lange kontraksperioder vil favorisere store og etablerte aktører.

2.2.2. Økt verdiskapingsvekst, etter et svakt 2017

Verdiskapingen i helseindustrien var 27,7 milliarder kroner i 2020, en økning på om lag 2,8 milliarder kroner fra 2019. Dette tilsvarer en verdiskapingsvekst på 11 prosent. Til sammenligning var omsetningsveksten i helseindustrien åtte prosent samme år. Dette betyr at *verdiskapingsgraden* – verdiskapingsens andel av omsetningen – i helseindustrien har steget fra 2019 til 2020. 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 steget uten at dette har gått på bekostning av lønnskostnadene).

Verdiskapingen i helseindustrien utgjorde 44 prosent av verdiskapingen i helsenæringen i 2020. Til sammenligning utgjorde helseindustrien tilnærmet samme prosentandel av næringen i 2010. Til tross for enkelte variasjoner holder industriens andel seg stabil rundt et gjennomsnitt på 42 prosent.

I perioden fra 2010 til 2020 har verdiskapingen i helseindustrien steget fra 14,8 til 27,7 milliarder kroner. Dette tilsvarer en vekst på 87 prosent og en gjennomsnittlig årlig vekstrate på 6,5 prosent. Tilsvarende vekstrate for helse- og omsorgstjenester er 6,4 prosent. Fra 2010 til 2020 har helseindustrien og tjenestesektoren vekslet på å ha høyest vekst i verdiskaping, omtrent annethvert år. I 2020 spriker verdiskapingsveksten stort mellom de to bransjene, hvor helseindustrien vokser med rundt 11 prosent og helse- og omsorgstjenester med knappe 3 prosent.

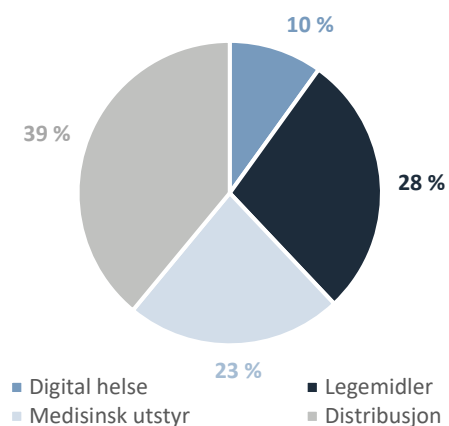


Tabell 2-2: Verdiskaping for helseindustrien 2010 og 2020 etter bransje (i milliarder kroner). Kilde: Menon

	2010	2020	Endring	Endring %
Digital helse	0,8	1,7	0,9	113 %
Legemidler	7,0	14,8	7,8	111 %
Medisinsk utstyr	3,4	4,6	1,2	36 %
Distribusjon	3,6	6,6	3,0	83 %
Totalt	14,8	27,7	12,9	87 %

I 2021 var det sysselsatt i alt 19 200 personer i helseindustrien. Omtrent halvparten av disse er sysselsatt innen medisinsk utstyr eller legemidler. Distribusjon er enkeltbransjen med flest ansatte, med i overkant av 7000 sysselsatte. Dette er illustrert i Figur 2-10.

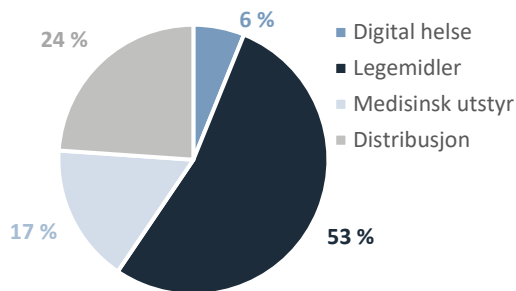
Figur 2-10: Sysselsatte i helseindustrien etter undergruppe i 2021. Kilde: Menon



Figur 2-11 viser verdiskapingen for helseindustrien, fordelt på de ulike bransjene. Legemidler er den

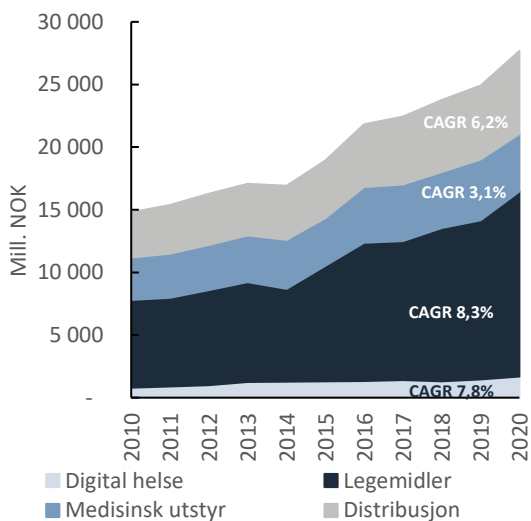
klart største bransjen og står for over halvparten av verdiskapingen i helseindustrien. Figuren illustrerer også at digital helse i dag er den minste bransjen i helseindustrien, samtidig som dette er den bransjen som vokser raskest – med høyest vekst i verdiskaping i 2020. Verdiskapingen i digital helse økte med 17 prosent i 2020. Her følger legemidler like bak, og vokser i samme periode 16 prosent.

Figur 2-11: Verdiskaping for helseindustrien i 2020 etter bransje. Kilde: Menon



Figur 2-12 viser at utviklingen i verdiskaping i helseindustrien har variert mellom de ulike bransjene gjennom den siste tiårsperioden. Legemidler er den største gruppen målt i verdi, og står for den største absolutte veksten på 7,8 mrd. kroner, tilsvarende en vekst på 111 prosent – over en dobling – i perioden 2010 til 2020.

Figur 2-12: Verdiskapingsutvikling i helseindustrien fra 2010 til 2020 etter bransje (mill. NOK). Kilde: Menon



Veksten innen legemidler drives hovedsakelig av de noen få store selskaper, som GE Healthcare og

Nykode Therapeutics (tidligere Vaccibody). GE Healthcare har alene hatt en vekst i verdiskaping fra 2010 til 2020 på 1,6 milliarder kroner, dette tilsvarer 20 prosent av vekst i både verdiskaping og omsetning for legemiddelbransjen. GE Healthcare (inkluderer ikke GE Vingmed Ultrasound) er det klart største helseindustriselskapet i Norge målt i verdiskaping – og er også svært lønnsomt.

Til forskjell fra den store legemiddelbransjen utgjør bransjen for digital helse kun 6 prosent av helseindustrien, målt i verdiskaping. Dette er likevel den bransjen som har størst prosentvis vekst, med 113 prosent vekst i 2020 fra året før. Bransjen har imidlertid en langt lavere absolutt verdiskapingsvekst, med 897 millioner kroner i samme periode.

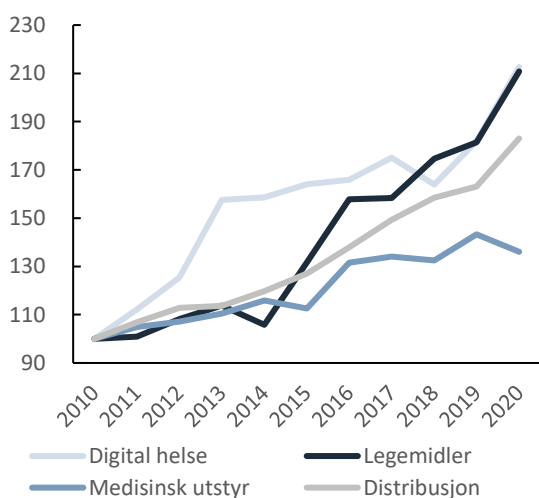
Medisinsk utstyr, slik denne bransjen er definert i denne rapporten, er den bransjen i helseindustrien som gjennom den siste tiårsperioden har hatt lavest vekst, med 36 prosent (se Figur). Til forskjell fra de andre bransjene var 2020 et år preget av svak vekst for medisinsk utstyr, med minus 5 prosent verdiskapingsvekst. En stor del av dette fallet kan tilskrives verdiskapingsutviklingen i Lærdal Medical samme år. Hvis denne enkeltaktøren holdes utenfor resulterer det i en verdiskapingsvekst på 4 prosent for medisinsk utstyr i 2020.

Figur 2-13 viser vekst i verdiskaping for de ulike bransjene i helseindustrien, fra 2010 til 2020. Figuren viser en sterk vekst for samtlige bransjer fra 2014 til 2020, med en svakere utvikling i 2017. Verdiskapingens stagnering i 2017 skyldes primært legemidler. Her bidrar både den store enkeltaktøren Optinose i stor grad til fallet, samtidig som det dette året er en rekke bedrifter som hadde svak utvikling.

Legemiddelbransjen står også for en stor del av verdiskapingsveksten i 2019 og 2020. Her er det spesielt legemiddelselskapet Nykode Therapeutics (tidligere Vaccibody) som drar veksten – ettersom selskapet øker egen verdiskaping med nærmere 2 milliarder kroner i perioden. Som nevnt i kapittel 2.2.1 ble selskapet børsnotert i 2020, og inngikk samme år en avtale verdt nærmere 7 milliarder kroner med amerikanske Genentech.

Til sammenligning med de øvrige bransjene i helseindustrien opplever distribusjon i liten grad at veksten i verdiskaping fluktuerer fra år til år. Ikke overraskende opplevde denne bransjen likevel et positivt knekkpunkt fra 2019 til 2020. Dette skiftet kan trolig tilskrives Koronapandemien, hvor etterspørselen etter diverse helserelaterte produkter og tjenester distribuert av aktørene i denne bransjen økte.

Figur 2-13: Indeksert vekst i verdiskaping for bransjene i helseindustrien. Basisår=2010. Kilde: Menon



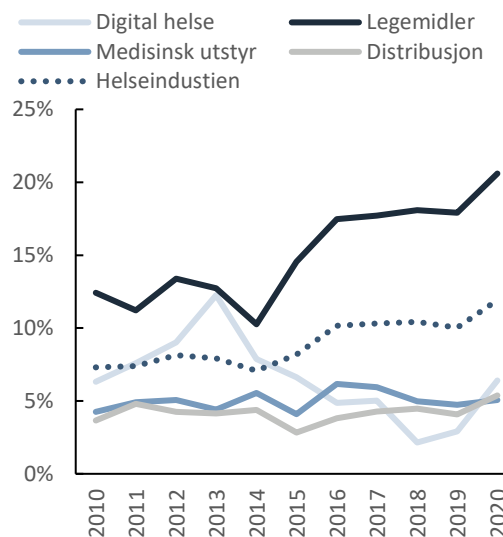
2.2.3. Varierende lønnsomhet

Figur 2-14 viser utviklingen i driftsmarginen for hver av de fire bransjene i helseindustrien fra 2010 til 2020, samt driftsmarginen for helseindustrien samlet. Legemidler har i hele perioden hatt høyest marginer – særlig fra knekkpunktet i 2014. Det store bildet viser imidlertid at de øvrige bransjene i grove trekk har beholdt sin plassering vis-à-vis hverandre.

Digital helses lønnsomhet har i tidligere utgaver av *Helsenæringens verdi* vært mye diskutert, med utgangspunkt i bransjens fallende lønnsomhet i hele perioden fra 2013 til 2018. Denne trenden ser imidlertid ut til å ha skiftet kurs de siste par årene, hvor driftsmarginen styrker seg fra 2 til 5 prosent fra 2018 til 2020. Utviklingen i selskapet CSAM Health er én viktig forklaring på denne utviklingen. Selskapet erfarte lønnsomhetsvekst fra 2009 til 2013, før lønnsomheten falt i de etterfølgende

årene. «Kursskiftet» i 2019 bekreftes også av respondenter i spørreundersøkelsen – hvor hele 55 prosent oppgir at de forventer *bedre eller vesentlig bedre* driftsresultat i 2022 sammenlignet med 2021. Resultatet illustreres i Figur 2-15.

Figur 2-14: Driftsmarginer for bransjene i helseindustrien fra 2010 til 2020. Kilde: Menon



Legemidler har over hele perioden høyest driftsmargin. Samlet har bransjen en driftsmargin i 2020 på 21 prosent, det høyeste nivået i hele perioden og hele 11 prosentpoeng høyere enn nivået i 2014.

Vi finner at den positive lønnsomhetsutviklingen innen legemidler har skjedd «bredt» i bransjen, heller enn at den er drevet av noen få store selskaper. En mulig forklaring på denne brede lønnsomhetsveksten kan være en modning av den norske legemiddelbransjen, der en større andel av bedriftene i 2020 har hatt fremgang og gått over fra en utviklingsfase til en kommersiell produksjonsfase.

For medisinsk utstyr har driftsmarginen ligget relativt stødig på 5 prosent i hele tiårsperioden. En viktig forklaring på den store forskjellen i lønnsomhet mellom bransjene medisinsk utstyr og legemidler er andelen av hhv. gründerbedrifter og store internasjonale selskaper i bransjene. Medisinsk utstyr kjennetegnes av mange selskaper uten eller med liten inntekt, og dermed med lave og

negative marginer. Innenfor legemidler er det også en stor underskog av små oppstartsbedrifter, men denne bransjen 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 medisinsk utstyr.

Innad i bransjene kan det også være store variasjoner. Rundt 30 prosent av selskapene i legemiddelbransjen hadde negativt driftsresultat i 2020. Likevel er det i denne bransjen vi finner den høyeste samlede driftsmarginen. Bakgrunnen er at legemidler domineres av tidligere svært lønnsomme selskaper som blant annet tidligere nevnte GE Healthcare.

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

Tabell 2-3: Driftsmargin for medianbedrift etter bransje i helseindustrien i 2018 og 2020. Kilde: Menon

Helseindustri	2018	2020
Legemidler	0 %	0 %
Medisinsk utstyr	0 %	3 %
Digital helse	-3 %	0 %
Distribusjon	2 %	2 %
Helseindustri	0 %	2 %

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 legemidler er forskjellen i driftsmarginen mellom medianbedriften og bransjen som helhet betydelig. Dette understreker hvor store forskjeller det er i helseindustrien, og bekrefter at nivået på de samlede driftsmarginene kan tilskrives et fåtall store selskaper. De svake driftsmarginene for medianbedriften i helseindustrien skyldes i stor grad at helseindustrien består av en stor underskog av oppstarts- og tidligfasebedrifter som fremdeles befinner seg nede i den såkalte *j-kurven*; det vil si at de ennå ikke har kommersielle inntekter eller at

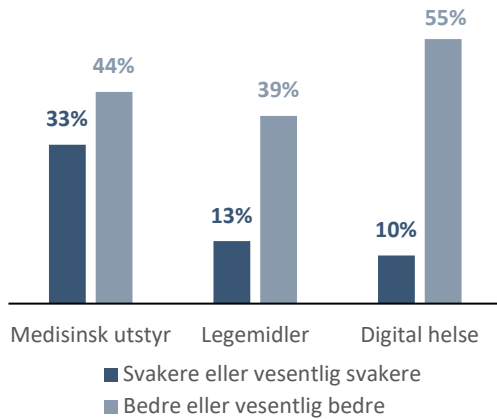
kostnadene langt overstiger inntektene. Denne problematikken kommer vi tilbake til i kapittel 2.5.

Medianbedriften for bransjen digital helse har hatt den svakeste utviklingen i driftsmargin over de fire årene fra 2016 til 2020, sammenlignet med de andre bransjene. Dette er også den bransjen hvor medianbedriften best representerer sin bransjes aggregerte nivå. Det skyldes trolig en kombinasjon av at en stor del av bedriftene er unge vekstbedrifter og at kommersialiseringsprosessen er mindre tidkrevende i digital helse enn blant legemiddelbedrifter og medisinsk utstyr.

I helseindustrien totalt har mediadriftsmarginen de siste årene ligget mellom null og to prosent. Dette er lavere enn mediannivået i norsk fastlandsøkonomi i samme periode. Vi finner at mediannivået på driftsmarginer blant alle norske foretak i 2018 lå på rundt syv prosent. Dette illustrerer en sentral karakteristikk ved den norske helseindustrien – den er preget av et stort antall oppstartsbedrifter i en utviklingsfase.

Figur 2-15 presenterer forventet lønnsomhet for bransjene i 2022, og reflekterer i stor grad trendene som allerede er skissert. En høy andel av selskapene i digital helse antar, som tidligere omtalt, at driftsresultatet blir bedre eller vesentlig bedre i 2022 sammenlignet med 2021. Den stabile trenden for medisinsk utstyr reflekteres også i figuren under, hvor det er en relativt jevn fordeling mellom selskapene som ser for seg svakere, uendret eller bedre driftsresultat. Dette gir grunn til å tro at bransjen samlet sett vil ligge på samme nivå som i foregående år. For legemiddelbransjen oppgir nærmere halvparten av respondentene at de forventer uendret driftsresultat i 2022 sammenlignet med 2021.

Figur 2-15: Helseindustriens rapportering på spørsmålet Hvordan forventer du at utviklingen i driftsresultat blir i 2022 sammenlignet med 2021? Kilde: Menon



2.2.4. Den norske helseindustrien i et internasjonalt perspektiv

Lønnsomheten i den norske helseindustrien, fremstilt ved driftsmarginer i kapittelet ovenfor, varierer betydelig mellom bransjer og mellom bedrifter innad i bransjene. Vi ser blant annet at legemiddelbedriftene skiller seg ut med et svært høyt samlet lønnsomhetsnivå relativt til de andre bransjene. Driftsmarginen til Legemiddelbransjen som helhet, på rundt 20 prosent de to siste årene, er høy også i et internasjonalt perspektiv.

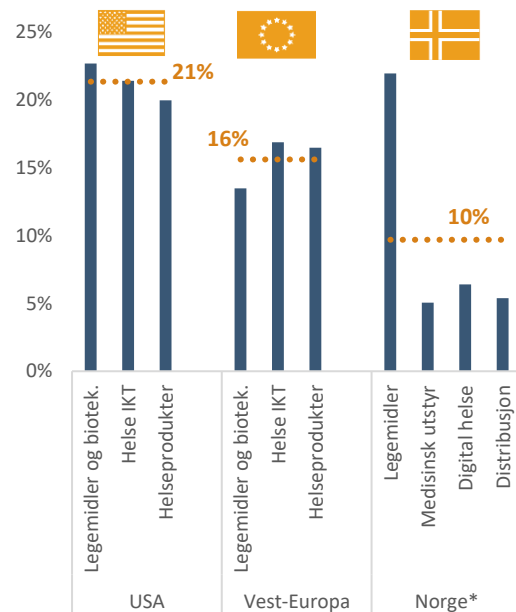
I Figur 2-16 har vi fremstilt driftsmarginene til fire av bransjene i den norske helseindustrien sammen med tilsvarende indikatorer for lignende bransjer i hhv. USA og Vest-Europa. Det er i tolkningen av denne figuren viktig å være klar over at resultatene fra henholdsvis USA og Vest-Europa ikke er direkte sammenlignbare med driftsmarginene for helseindustrien i Norge. Det er to årsaker til dette. For det første er ikke bransjeinndelingen enhetlig. For det andre er det kun børsnoterte selskap som er med i datagrunnlaget for USA og Vest-Europa, mens grunnlaget i de norske dataene er alle regnskapspliktige foretak. Dette fører til at det er en

⁸ Merk at bransjeavgrensningene ikke er fullstendig overlappende. Dette innebærer at selskapene innen legemidler best sammenlignes med den brede definisjonen «Legemidler og bioteknologi» for de utenlandske selskapene. Tilsvarende er «Helseprodukter»

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 2020 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 nærmere 3 prosentpoeng høyere enn for en tilsvarende beregning for Vest-Europa.

Figur 2-16: Driftsmarginer i helseindustrien i USA, Vest-Europa og Norge i 2020. I dataene for amerikanske og Vest-europeiske selskap inngår kun børsnoterte selskap⁸. Kilde: Stern School of Business, NYU og Menon



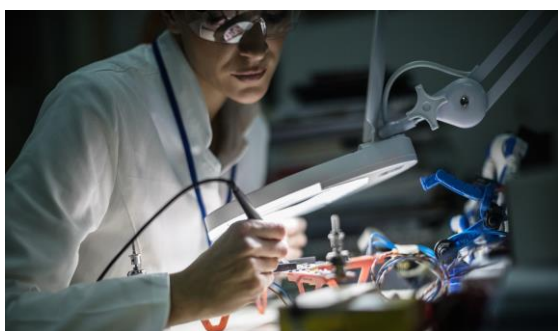
* For utld. bedrifter er kun børsnoterte selskap inkludert. For Norge er alle bedrifter i Helseindustrien inkludert.

Figuren viser også at det fremstår som særskilt for norsk helseindustri at legemiddelbransjen har en vesentlig høyere lønnsomhet enn de andre

den beste referansen blant de utenlandske selskapene for medisinsk utstyr i Norge. Digital helse fremstår å være forholdsvis sammenlignbar. For distribusjon finner vi ingen gode sammenligninger i internasjonale data.

bransjene i industrien. I både USA og Vest-Europa er det langt mindre forskjeller mellom bransjene enn i Norge.

Det er interessant å observere at den norske legemiddelbransjens samlede driftsmargin er merkbart høyere enn for tilsvarende selskaper i Vest-Europa og helt på nivå med de børsnoterte legemiddelbedriftene i USA. Dette viser med all tydelighet at det er mulig å drive globalt orientert produksjonsvirksomhet innen helseindustri i Norge med lønnsomhetsmarginer tilsvarende nivåene man finner i USA.



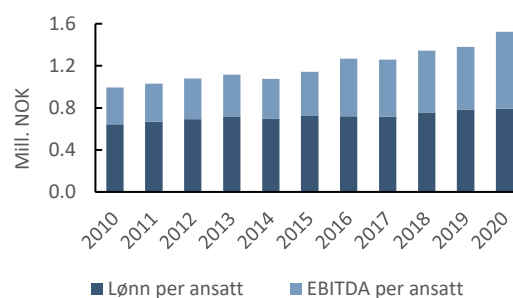
2.2.5. Produktiviteten har steget med over 4,7 % i året, i perioden 2010-2020

Figur 2-17 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 643 000 kroner i 2010 til 792 000 kroner i 2020. Den samlede veksten i perioden var 23 prosent, noe som tilsvarer en gjennomsnittlig årlig vekst på i overkant av to prosent. Også i perioden 2015 til 2020 har den gjennomsnittlige årlige veksten ligget på rundt to prosent.

Et annet mål på produktivitetsutvikling er verdiskaping per sysselsatte. I tillegg til lønnskostnader inkluderes da også kapitalavkastningen per sysselsatte i beregningen. I Figur 2-17 kan dette leses som den totale høyden på søylene. I perioden fra 2010

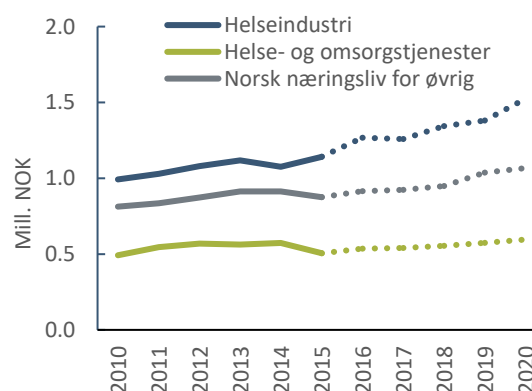
til 2020 steg verdiskaping per sysselsatt med i overkant av 54 prosent. Dette tilsvarer en årlig vekst på i overkant av fire prosent. Verdiskaping per sysselsatt har dermed hatt en høyere vekst enn lønnskostnader per sysselsatt i perioden.

Figur 2-17: Produktivitet (verdiskaping per sysselsatt) for helseindustrien, 2010 til 2020.⁹ Dekomponert i lønnskostnader og EBITDA per sysselsatt (mill. NOK). Kilde: Menon



I årene fra 2015 til 2020 har lønnskostnader per ansatt steget med om lag to prosent i året, mens total verdiskaping per ansatt har steget med nesten 6 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 2-18: Produktivitet (verdiskaping per sysselsatt) for helseindustrien sammenlignet med helse- og omsorgstjenester og norsk næringsliv for øvrig, fra 2010 til 2020¹⁰ (mill. NOK). Kilde: Menon



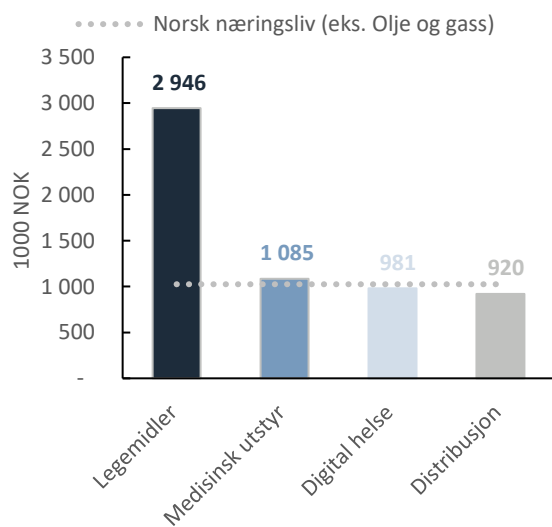
⁹ Merk at verdier for perioden 2015-2020 ikke er sammenlignbare med tidligere år. Dette skyldes nye

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

¹⁰ Ibid.

Figur 2-18 viser at produktiviteten i helseindustrien ligger betydelig høyere enn i virksomhetene i helse- og omsorgstjenestene så vel som for det øvrige næringslivet i Norge. I perioden 2010 til 2014 var produktivitetsveksten i helseindustrien og innen helse- og omsorgstjenestene tilnærmet identisk. Fra 2015 har produktiviteten i helseindustrien fortsatt å vokse, mens den for helse- og omsorgstjenestene har vært stabil, og til dels fallende. Som det fremkommer av figuren over er utviklingen i helse- og omsorgstjenestene sammenfallende med produktivitetsutviklingen i det samlede norske næringslivet, i denne perioden.¹¹

Figur 2-19: Produktivitet (verdiskaping per sysselsatt, i 1000 NOK) for helseindustrien etter bransje i 2020.
Kilde: Menon



Figur 2-19 illustrerer produktivetsnivået, i form av verdiskaping per sysselsatte, for de fire bransjene i helseindustrien i 2020 sammenlignet med øvrig norsk næringsliv (ekskl. olje og gass). Det er tydelig at legemidler har det klart høyeste produktivetsnivået i industrien, nesten tre ganger høyere enn de andre bransjene i helseindustrien. Den høye

¹¹ Indikatorverdiene etter 2014 må tolkes med forsiktighet, da sysselsettingstall f.o.m. 2015 telles annerledes enn tidligere.

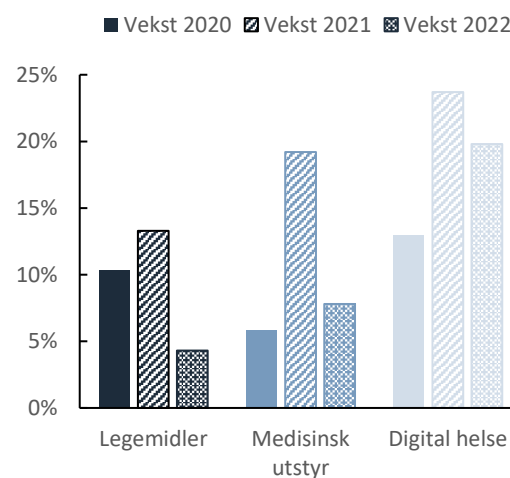
¹² Omsetningsestimaterne for 2021 og vekst-pro-gnosene for 2022 er beregnet på bakgrunn av bedriftenes svar på spørreundersøkelsen som ble gjennomført i april 2022. Følgende prosentandel av

produktiviteten i legemidler må ses i sammenheng med det høye driftsresultatet samlet for bransjen, som fremkommer av Figur 2-14.

2.2.6. Positive vekstforventninger i alle bransjer, men betydelig variasjon mellom bransjene

Figur 2-20 viser omsetningsvekst for de ulike bransjene i helseindustrien for 2020 og selskapenes egne estimater og prognoser for henholdsvis 2021 og 2022.¹² Det anslås at digital helse og medisinsk utstyr kommer til å ha den høyeste prosentvise omsetningsveksten i 2021, med vekstrater på hhv. 24 og 19 prosent fra året før. Legemidler, som er den største bransjen i helseindustrien, forventer lavest omsetningsvekst av bransjene i industrien, med 13 prosent estimert vekst i 2021 fra året før.

Figur 2-20: Omsetningsvekst i prosent for helseindustrien 2020, samt estimater for 2021 og prognoser for 2022 etter bransje.¹³ Kilde: Menon



Bransjemessig henger prognosene for 2022 i stor grad sammen med estimatene for 2021. Ved å sammenligne vekstnivå, ser vi et tydelig skille

omsetningen for hver bransje svarte på spørreundersøkelsen: Legemidler – 17 prosent, medisinsk utstyr – 24 prosent, digital helse – 16 prosent, distribusjon 12 prosent.

¹³ Merk: Estimater og prognose for distribusjon rapporteres ikke på grunn av for få respondenter.

mellom estimatene for 2021 og prognosene for 2022. De bedriftsspesifikke vekstprognosene anslår en reduksjon i omsetningsveksten for samtlige bransjer i helseindustrien i 2022, sammenlignet med året før. Dette kan reflektere at helseindustrien rejusterer seg tilbake til vekstnivåer pre-pandemi, etter gjennomgående sterk vekst for samtlige bransjer i Koronaåret 2021. Prognosene viser størst fall i medisinsk utstyr, med en nedgang på 11 prosentpoeng fra 2021 til 2022. Som det fremkommer av Figur 2-20 kan vi se at selv om også digital helse forventer lavere omsetningsvekst i 2022 enn i 2021, skiller nettopp denne bransjen seg ut med en særdeles sterk vekstprognose for 2022 – med 20 prosent forventet omsetningsvekst. Dette indikerer at digital helse er en bransje hvor Koronakrisen har ført til gjennombrudd og påfølgende sterk vekst.

Prognosene for 2022 er beregnet på bakgrunn av bedriftenes egne anslag, innhentet gjennom en digital spørreundersøkelse gjennomført våren 2022.

2.3. Private helse- og omsorgstjenester

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 til befolkningens krav til kvalitet (for eksempel lange ventetider eller dårligere behandlingsutfall 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 helse-tjenester. Det fremkommer eksempelvis av tall fra SSB at de offentlige helseforetakene alene kjøpte tjenester fra private behandlingsvirksomheter for 16,1 milliarder kroner i 2020, og at disse utgiftene

har steget med nesten 135 prosent i perioden 2005 til 2020.¹⁴

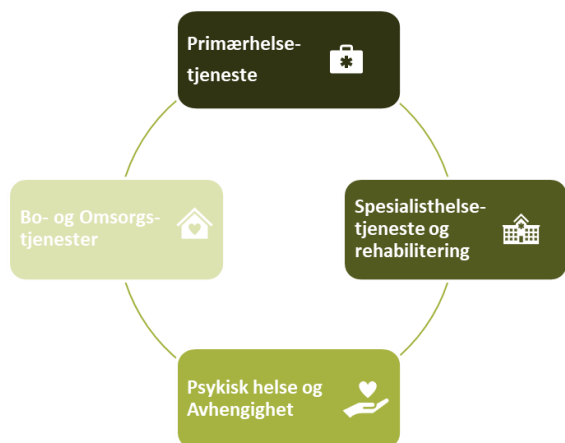
Den private behandlingsnæringen fungerer som avlaster for det offentlige i perioder på områder hvor det er et høyt behandlingsbehov. Alternativet, med tidvis mye ledig kapasitet ved offentlige behandlingstilbud, er en lite effektiv bruk av samfunnets ressurser. Videre vil spesialiserte privatdrevne virksomheter 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 lege-tjenester	Driftsavtaler med private produsenter, for kapasitets-avlastning
	Off.	Egenandeler ifb. fastlege, lege-midler, omsorgstjenester o.l.	Offentlige spesialisthelsetjenester, kommunale omsorgstjenester

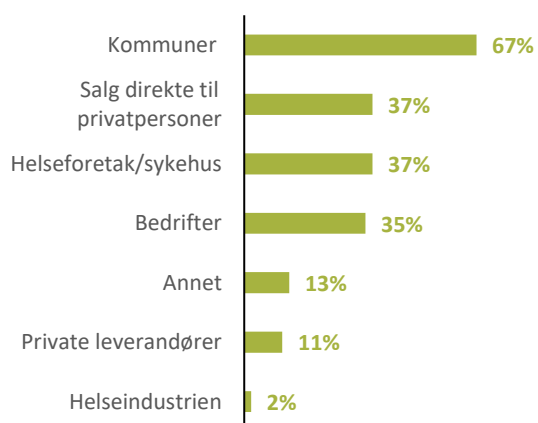
Den private helse- og omsorgstjenestesektoren er her delt inn i fire bransjer: *Primærhelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste og rehabilitering, psykisk helse og avhengighet, og bo- og omsorgstjenester.*

¹⁴ SSB tabell 06464: Spesialisthelsetjenesten.



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 rapporterer at de leverer tjenester til.

Figur 2-21: Private aktører innen helse- og omsorgstjenester rapporterer følgende på spørsmålet *Hvilke kundetyper leverer din virksomhet helserelaterede produkter/tjenester til?* Kilde: Menon



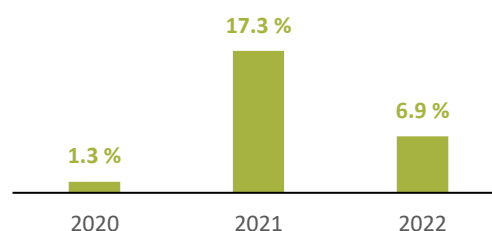
Som det fremkommer av figuren over rapporterer nærmere syv av ti bedrifter innen private helse- og omsorgstjenester at de leverer til norske

kommuner. Om lag 40 prosent sier at de også leverer tjenester til helseforetak, sykehus og andre offentlige aktører i spesialisthelsetjenesten.

2.3.1. Rekordvekst i private helsetjenester

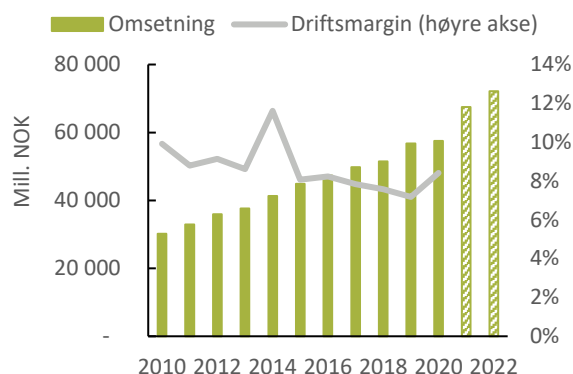
Bedrifter i private helse- og omsorgstjenester omsatte for 57 milliarder kroner i 2020. Dette er en vekst i faktisk omsetning på rundt én prosent fra året før. Bedriftenes egne estimater anslår at inntektene økte med nærmere 10 milliarder kroner i 2021, dette gir i så fall en vekst på hele 17,3 prosent fra 2020. Dette er illustrert i Figur 2-22. Figuren viser også at hvis bedriftenes forventninger til 2022 realiseres vil den unormalt høye veksten i 2021 jevnes ut i 2022, til syv prosent. Dette er tilnærmet normalen i årene 2010 til 2020, hvor gjennomsnittlig årlig vekst var i underkant av syv prosent. Fluktuasjonen i vekst tilskrives Koronapandemien, og danner et bilde av at helse- og omsorgstjenestene har hatt både utfordringer og muligheter i perioden. Følgelig er det forventet store forskjeller mellom de ulike bransjene i 2021 og 2022.

Figur 2-22: Faktisk omsetningsvekst i 2020, estimat for 2021 og prognose for 2022 for helse- og omsorgstjenester. Kilde: Menon



Figur 2-23 viser både omsetning og driftsmarginer for helse- og omsorgstjenester de siste årene. Med unntak av 2014 har den samlede driftsmarginen for hele bransjen hatt en nærmest sammenhengende fallende utvikling fra 2010 til 2020. Her er 2014 et avvik fra trenden, og grunnene forklares nærmere i tekstboksen nedenfor.

Figur 2-23: Omsetning og driftsmargin for helse- og omsorgstjenester fra 2010 til 2020 (samt estimat for 2021 og prognoser for 2022) (mill. NOK). Kilde: Menon



Bransjen har samlet økt sin omsetning med godt over 27,3 milliarder kroner over tiårsperioden. Den nominelle veksten drives hovedsakelig av primærhelse- og spesialisthelsetjenester, som har hatt en omsetningsvekst på i overkant av hhv. 12 og 10 milliarder kroner over tiårsperioden frem til 2020. Dette tilsvarer om lag 82 prosent av veksten for helse- og omsorgstjenestene samlet sett.

Opp gjennom perioden er det bo og omsorgstjenester som har hatt den sterkeste prosentvise veksten i omsetning, med en gjennomsnittlig årlig vekstrate på over 9 prosent. Denne bransjen utgjorde imidlertid kun 3 prosent av helse- og omsorgstjenestene i 2020, målt i omsetning.



Regnskapsmessig effekt for helse- og omsorgssektoren av endringer i pensjons-systemet

Regelendring knyttet til levealdersjustering av offentlig tjenestepensjon og ordninger for avtalefestet pensjon medførte en betydelig regnskapsmessig engangseffekt for et betydelig antall foretak i helse- og omsorgsnæringen i 2014. Endringen medførte isolert sett at ansatte får en lavere årlig pensjon enn tidligere antatt. Dette er ekvivalent med at arbeidsgiver får redusert sine fremtidige pensjonsforpliktelser. Dette hadde ingen likviditetseffekt for arbeidsgiverne, men medførte (for enkelte foretak) en betydelig engangsreduksjon i regnskapsmessige lønnskostnader.

I tillegg ble det i 2015 innført nye uførepensjonsregler, med regnskapsmessig virkning i 2014. Som levealdersjusteringen av AFP-ordningen medførte dette også en engangseffekt i arbeidsgivers pensjonsforpliktelser, i form av reduserte regnskapsmessige lønnskostnader.

En reduksjon i lønnskostnader øker et foretaks beregnede driftsmargin, ettersom lønnskostnader inngår i driftskostnader. Det at effekten av de ovennevnte regelendringene er særlig stor i helse- og omsorgsnæringen må sees i sammenheng med at lønnskostnader utgjør en betydelig andel av denne typen foretaks samlede kostnader, samt at det er langt mer vanlig med AFP-ordninger i denne sektoren, sammenlignet med andre arbeidsintensive næringer i norsk næringsliv.

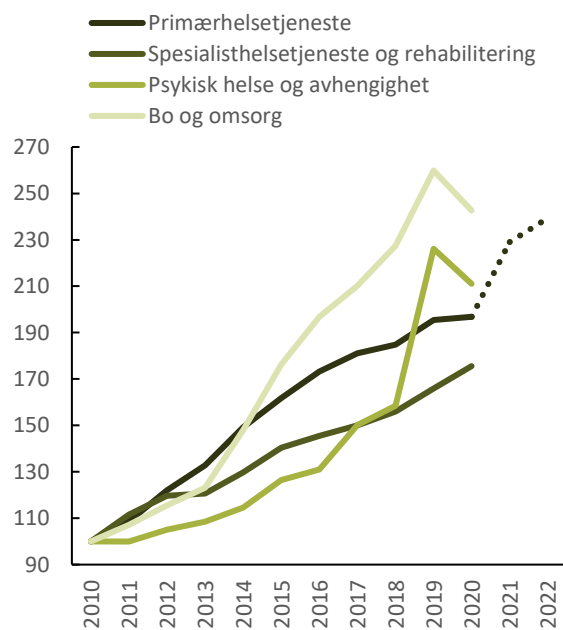
Kilder: *Revisjon og Regnskap* (nr. 1, 2015), «Pensjon i 2014-regnskapet» og SSB-artikkel «Reduserte kostnader på grunn av nye pensjonsregler» (20. mars, 2017).

Nest høyest vekst har bedriftene innen psykisk helse og avhengighet hatt gjennom perioden. Omsetningen steg her med 4 milliarder kroner fra 2010 til 2020, og hadde en gjennomsnittlig årlig vekst på 8 prosent.

Lønnsomheten i helse- og omsorgstjenester har som nevnt hatt en nærmest sammenhengende negativ utvikling de siste ti årene. Driftsmarginen for bransjen samlet er rett i overkant av åtte prosent i 2020. Bak dette tallet ligger det imidlertid en betydelig variasjon mellom de ulike bransjene. Primærhelsetjenester er her et godt eksempel.

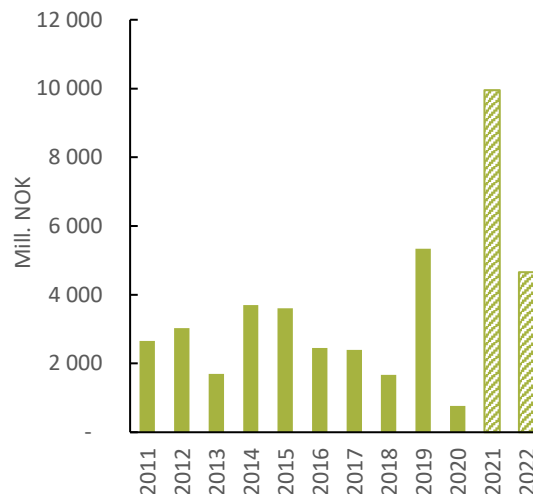
Bransjen har samlet sett den høyeste driftsmarginen blant bransjene i den private helse- og omsorgstjenesten. Det er likevel betydelig variasjon mellom ulike segmenter innad i bransjen. Det er særlig tannklinikker og legekontorer som trekker opp bransjens driftsmargin. Samtidig er det andre segmenter som har svært lave marginer, som sykehjem og andre pleie- og omsorgstjenester.

Figur 2-24: Indeksert omsetningsvekst i helse- og omsorgstjenester, 2010=100. Estimat for 2021 og prognose for 2022 for primærhelsetjeneste. Kilde: Menon



Vekstanslaget for 2021 ligger betydelig høyere enn den historiske veksten for helse- og omsorgstjenestene, med hele 17,3 prosent vekst. Prognosen for 2022 ligger imidlertid tett opptil de siste årenes vekst, med 7 prosent fra året før. I 2020 er det spesielt bedriftene innen psykisk helse og avhengighet som faller markant med 552 mill. kroner, fra hele 43 prosents omsetningsvekst i 2019 til -7 prosent i 2020. Dette må trolig sees i sammenheng med myndighetenes pålagte restriksjoner i perioden. Figur 2-24 viser fallet i omsetningsvekst, og illustrerer samtidig at bedriftene i bo og omsorg i stor grad fulgte en lignende vekstbane.

Figur 2-25: Endring i omsetning fra året før for behandling fra 2010 til 2020 (samt estimat for 2021 og prognoser for 2022) (mill. NOK). Kilde: Menon



En relativt jevn positiv vekst i både primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjenester og rehabilitering sammenlignet med 2019 bidro imidlertid til å avdempe den negative veksten fra psykisk helse og avhengighet og bo og omsorg. Figur 2-25 viser årlig omsetningsvekst, i kroner, for helse- og omsorgstjenestene som helhet.



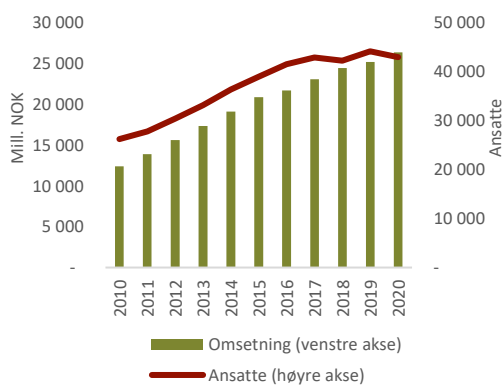
Omsorgstjenester rettet mot barn og unge – «oppvekstbransjen»

Det er flere tjenesteområder i omsorgssektoren som ikke er inkludert i det vi i denne rapporten omtaler som «helse- og omsorgssektoren». Et av disse områdene er tjenester som retter seg spesifikt mot barn og unge, herunder barnevernstjenester, barnehager og ulike former for andre sosialtjenester (uten botilbud).

På dette området er det en rekke private aktører, både kommersielle og ideelle, som leverer tjenester på oppdrag fra (i hovedsak) kommunene. I den operasjonelle avgrensningen av *omsorgsnæringen* har vi valgt å utelate de ovennevnte. Privat virksomhet innenfor det vi kan kalle *oppvekstbransjen* representerer imidlertid en betydelig størrelse – med en omsetning i 2020 på hele 26,4 milliarder kroner. Om denne bransjen hadde blitt inkludert i vår definisjon av den private helse- og omsorgsnæringen hadde oppvekstbransjen utgjort over 30 prosent av sektoren, målt i omsetning.

Oppvekstbransjen har hatt en omsetningsvekst på rundt 8 prosent årlig i tiårsperioden fra 2010 til 2020. Lønnsomheten i bransjen lå også lenge stabilt, med en samlet driftsmargin på nivåer rundt 6 prosent. Dette har endret seg f.o.m. 2019 – de to siste årene (2019 og 2020) har bransjens samlede driftsmargin blitt redusert med en tredel fra de tidligere årenes nivå, til å nå ligge på rundt 4 prosent.

Omsetning og antall ansatte i oppvekstbransjen i perioden fra 2010 til 2020. Kilde: Menon



2.3.2. Tjenestesektoren sysselsetter majoriteten av ansatte i helsenæringen

I 2020 skapte helse- og omsorgstjenestene verdier for over 35 milliarder kroner. Verdiskapingen har økt med over 16 milliarder kroner de siste ti årene, tilsvarende en vekst på 85 prosent, som tilsvarer en gjennomsnittlig årlig vekst på 6,4 prosent. Virksomhetene i helse- og omsorgstjenestene sysselsetter i dag over 64 000 personer. Denne delen av næringen har gått fra å utgjøre 72 prosent av helsenæringen i 2010 til 77 prosent i 2021, målt i sysselsetting. Den private tjenestesektoren er også den delen av helsenæringen som har høyest sysselsetningsvekst i næringen, med en gjennomsnittlig årlig sysselsetningsvekst på nærmere fem prosent i perioden fra 2010 til 2021. Målt i verdiskaping utgjorde helse- og omsorgstjenestene 60 prosent av helsenæringen i 2015, mens den har falt tilbake til 56 prosent i årene frem til 2020.

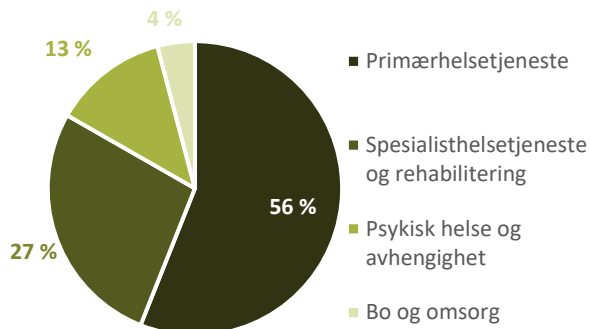
Tabell 2-5: Verdiskaping for helse- og omsorgstjenester 2010 og 2020 etter bransje (i milliarder kroner). Kilde: Menon

	2010	2020	Endring	Endring %
Primærhelsetjeneste	8,3	16,0	7,6	92 %
Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering	8,0	13,6	5,6	70 %
Psykisk helse og avhengighet	2,4	4,8	2,4	99 %
Bo og omsorg	0,4	1,2	0,7	170 %
Totalt	19,2	35,5	16,3	85 %

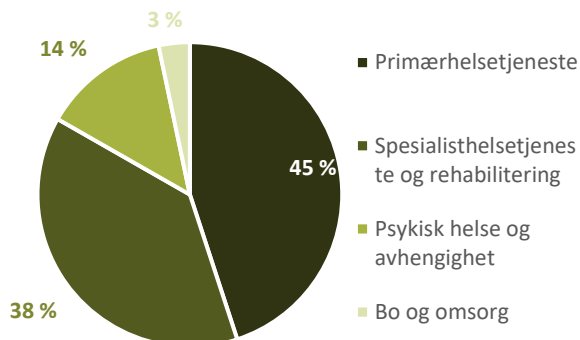
Figur 2-26 og Figur 2-27 viser fordelingen av hhv. sysselsetting og verdiskaping, mellom bransjene i helse- og omsorgstjenestene i 2021 og 2020. Som figurene viser ser andelen for verdiskaping og sysselsetting ut til å henge sammen sånn at de bransjene som har høye andeler verdiskaping også har høye andeler sysselsatte i bransjen. Det er hovedsakelig primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester og rehabilitering som utgjør størst

andel av både sysselsatte og verdiskaping, hvor disse to gruppene samlet utgjør hele 83 prosent av bransjen.

Figur 2-26: Antall sysselsatte i helse- og omsorgstjenester etter bransje i 2021. Kilde: Menon



Figur 2-27: Verdiskaping for helse- og omsorgstjenester etter bransje i 2020 (mill. NOK). Kilde: Menon



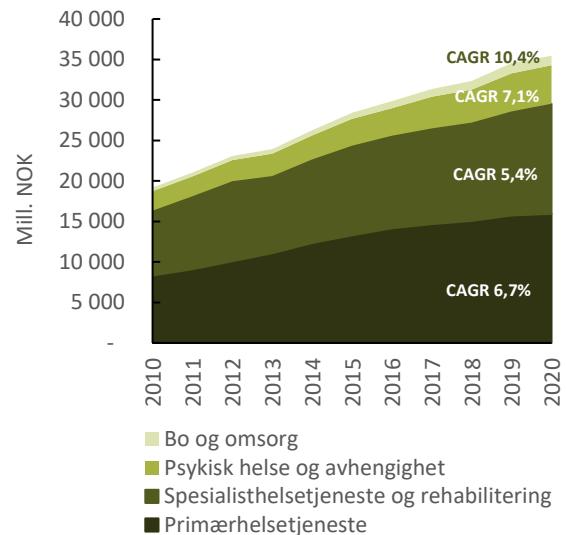
Figur 2-28 viser at utviklingen i verdiskaping blant de fire bransjene har steget relativt jevnt gjennom perioden.¹⁵ Primærhelsetjeneste er den største bransjen målt i verdiskaping og har gjennom perioden hatt en verdiskapingsvekst på 92 prosent – nesten en dobling. Veksten i primærhelsetjenester har stått for nesten halvparten av den nominelle veksten i helse- og omsorgstjenestene over perioden. Bransjen har samtidig hatt en sterk

¹⁵ Unntakene fra trend er særlig 2013, og da i særdeleshet for spesialisthelsetjenester.

¹⁶ F.o.m. 2015 er det innført nye retningslinjer for tallfesting av sysselsetting hos SSB. Dette medfører at

sysselsettingsvekst over perioden, med 89 prosent fra 2010 til 2020.¹⁶

Figur 2-28: Verdiskapingsutvikling for behandling fra 2010 til 2020 etter bransje (mill. NOK). Kilde: Menon



Målt etter verdiskapingsstørrelse i 2020 er det spesialisthelsetjeneste og rehabilitering som etterfølger primærhelsetjeneste. Bransjen har hatt en samlet verdiskapingsvekst på nesten 70 prosent over perioden, tilsvarende en gjennomsnittlig årlig vekst på 5 prosent. Tilsvarende vekst i verdiskaping for primærhelsetjenesten er i samme periode nærmere 7 prosent.

Verdiskapingen innen psykisk helse og avhengighet har doblet seg og vokst med mer enn to milliarder kroner fra 2010 til 2020. Samme bransje har hatt en vekst i sysselsatte på 62 prosent fra 2010 til 2021, en gjennomsnittlig årlig vekst på 4,5 prosent.

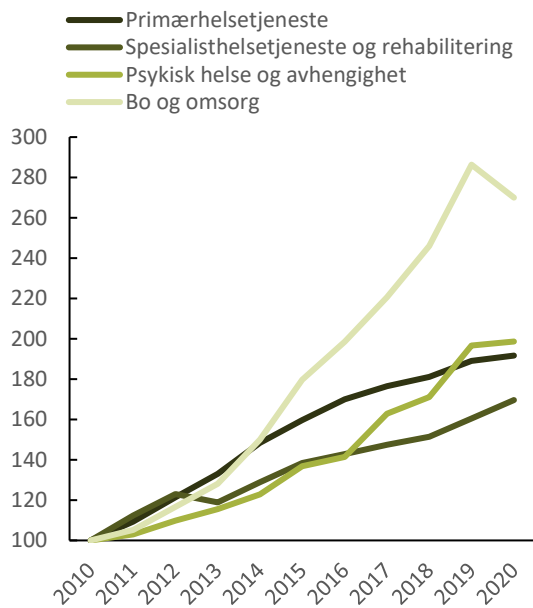
Den siste og minste bransjen i helse- og omsorgstjenester, bo og omsorg, har hatt den absolutt høyeste veksten i verdiskaping med hele 170 prosent vekst, gjennomsnittlig 10,4 prosent årlig. Gruppen har altså sterkest vekst, men utgjør kun

sysselsettingstall før og etter 2015 ikke er direkte sammenlignbare.

5 prosent av total verdiskaping for helse- og omsorgstjenestene i 2020.

Figur 2-29 viser indeksert vekst i verdiskaping for de fire bransjene i helse- og omsorgssektoren. Figuren viser at bo og omsorg har vokst vesentlig raskere enn de øvrige bransjene, fra og med 2013.

Figur 2-29: Indeksert vekst i verdiskaping for bransjene i helse- og omsorgstjenester. Basisår=2010. Kilde: Menon

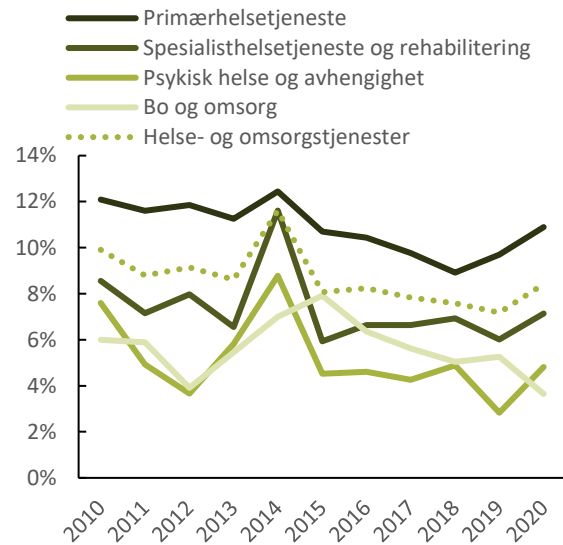


2.3.3. Jevn lønnsomhet over perioden

Figur 2-30 illustrerer utviklingen i driftsmarginene for de fire bransjene, samt for helse- og omsorgstjenestene som helhet, fra 2010 til 2020. Primærhelsetjenesten har gjennom hele perioden hatt høyest samlet driftsmargin.

For helse- og omsorgstjenestene samlet, men også spesielt for bransjen spesialisthelsetjeneste og rehabilitering, skiller 2014 seg ut som et år med markert høyere driftsmargin sammenlignet med den underliggende trenden over perioden. Dette skyldes imidlertid en enkelthendelse – endringer i regnskapsføringen av fremtidige pensjonsforpliktelser (se tekstboks i kapittel 2.3.1)

Figur 2-30: Driftsmarginutvikling for bransjene i helse- og omsorgstjenester fra 2010 til 2020. Kilde: Menon



Bildet som tegnes av lønnsomheten i helse- og omsorgstjenestene er at primærhelsetjeneste har en stabilt høyere lønnsomhet enn de øvrige bransjene. Lønnsomheten for spesialisthelsetjenester og rehabilitering samt psykisk helse og avhengighet har gjennom perioden fulgt hverandre tett. Bo og omsorg har, med unntak av i 2015, hatt noen prosentpoengs lavere samlet driftsmargin enn spesialisthelsetjeneste og rehabilitering. Den stabile utviklingen i driftsmarginer over perioden betyr at virksomhetene i helse- og omsorgstjenestene har oppnådd om lag samme vekst i driftsresultat som i inntekter over perioden.

Tannhelsetjenester utgjør om lag 32 prosent av omsetningen innen primærhelsetjeneste. Lønnsomheten blant disse aktørene er svært høy sammenlignet med resten av bransjen. Deres samlede driftsmargin i 2020 var på hele 15 prosent. Holder vi tannhelse utenfor beregningen av den samlede driftsmarginen for primærhelsetjenester, faller driftsmarginen fra 11 til 9 prosent i 2020. Tas tannleger ut av analysen finner vi dermed at lønnsomheten, målt ved driftsmargin, i primærhelsetjenesten nesten er på linje med lønnsomheten i spesialisthelsetjenester og rehabilitering i 2020.

Lønnsomheten blant aktørene i spesialisthelsetjeneste og rehabilitering varierer også betydelig mellom ulike segmenter i bransjen. Vi finner for eksempel at den samlede driftsmarginen for de private rehabiliterings- og opptreningsbedriftene ligger på rundt 5 prosent. Dette er noe lavere enn for bransjen samlet, som hadde en samlet driftsmargin på 7 prosent i 2020. Rehabiliterings- og opptreningsbedriftene sto for om lag 10 prosent av samlet omsetning i bransjen dette året. Holdes disse bedriftene utenfor, øker den samlede driftsmarginen i bransjen spesialisthelsetjenester og rehabilitering til 8 prosent. Størst sprik er det likevel til spesialiserte legetjenester, hvor samlet driftsmargin var hele 25 prosent i 2020. Disse selskapene står for 17 prosent av total omsetning i bransjen. Hvis disse selskapene holdes utenfor finner vi at lønnsomheten i bransjen faller med fire prosentpoeng, ned til 3 prosent for spesialisthelsetjenester og rehabilitering. Tabell 2-6 viser driftsmarginer for medianbedrifter for bransjene i helse- og omsorgstjenester. For psykisk helse og avhengighet og bo og omsorg er marginen for medianbedriften og gruppen som helhet relativt likt. Det indikerer at lønnsomhets-nivåene i disse bransjene er jevnt fordelt mellom store og små aktører.

Bransjene primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste og rehabilitering er de bransjene med den største variasjonen mellom hhv. driftsmargin for medianbedriftene og bransjene samlet. Dette skyldes en skjevhet i fordelingen av bedriftsstørrelser og driftsmarginer hvor de største selskapene har en vesentlig lavere lønnsomhet enn mange av de mindre selskapene. Det viser seg eksempelvis at de to største selskapene i spesialisthelsetjenester og rehabilitering i 2020 begge hadde driftsmarginer dette året på 1 prosent og mindre. Disse selskapene er Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Sykehus. Samtidig hadde tre av de ti største selskapene innen primærhelsetjenester, hhv. Stendi Senior, Diakonhjemmet Omsorg og Stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg, negative driftsmarginer.

Tabell 2-6: Driftsmargin for medianbedriften i 2018 og 2020. Kilde: Menon

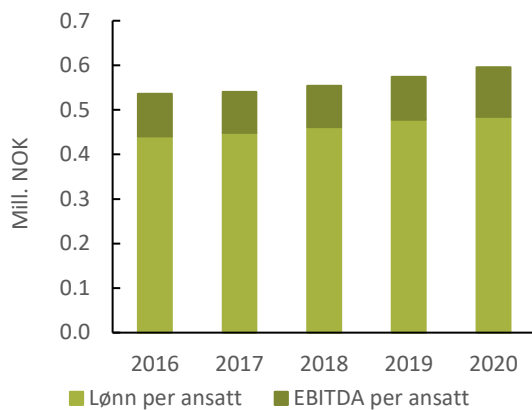
Helse- og omsorgstjenester	2018	2020
Primærhelsetjeneste	5 %	5 %
Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering	9 %	11 %
Psykisk helse og avhengighet	2 %	3 %
Bo og omsorg	2 %	2 %
Helse- og omsorgstjenester	5 %	5 %

2.3.4. Moderat produktivitetsutvikling

Figur 2-31 viser produktivitetsutviklingen for helse- og omsorgstjenester målt ved verdiskaping per sysselsatt (total høyde på søylene) og som lønnskostnader per ansatt (nederste del av søylene). Lønnskostnader per ansatt steg fra 389 000 kroner i 2010 til 596 000 kroner i 2020. Dette tilsvarer en gjennomsnittlig årlig vekst i perioden på to prosent. Produktivitetsveksten målt som verdiskaping per sysselsatt er også positiv over perioden, fra 492 000 kroner i 2010 til 589 000 kroner i 2014 – en vekst som er på linje med utviklingen i lønnskostnader per ansatt. Det at lønnskostnader per ansatt og samlet verdiskaping per ansatt har utviklet seg helt i takt over den sammenlignbare perioden (2010 til 2020) betyr at profittandelen av verdiskapingen – EBITDA per ansatt – har vært stabil i helse- og omsorgsbedriftene i Norge i perioden.

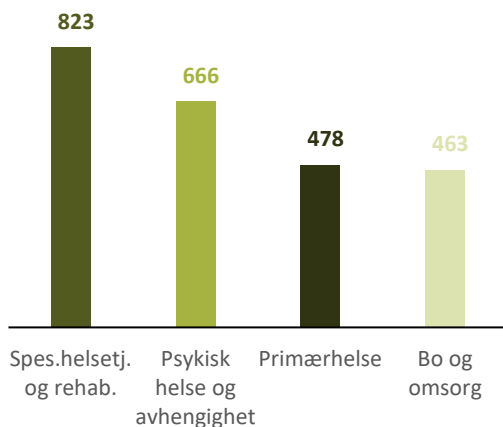
Andelen av verdiskapingen som tilfaller de ansatte har vært stabil for bedriftene i helse- og omsorgstjenester i perioden og er høyere enn i helseindustrien. Dette er ikke overraskende, da kapitalintensiteten er vesentlig høyere i helseindustrien.

Figur 2-31: Produktivitet, målt som verdiskaping per sysselsatt, for helse- og omsorgstjenester fra 2010 til 2020 – dekomponert i lønnskostnader og EBITDA per sysselsatt (mill. NOK). Kilde: Menon



I alle de fire bransjene i helse- og omsorgstjenestene har det gjennom perioden vært en positiv produktivitetsutvikling. Høyest vekst har det vært innen psykisk helse og avhengighet, med en gjennomsnittlig årlig vekst i verdiskaping per sysselsatt på 6 prosent i perioden 2016 til 2020. Lavest er bo og omsorg med en tilsvarende vekst på én prosent.

Figur 2-32: Produktivitet (verdiskaping per sysselsatte) for helse- og omsorgstjenester etter bransje i 2020. Tall i 1000 kroner. Kilde: Menon



I figuren over er de ulike bransjene fremstilt med nivåene på verdiskaping per sysselsatt i 2020. Som

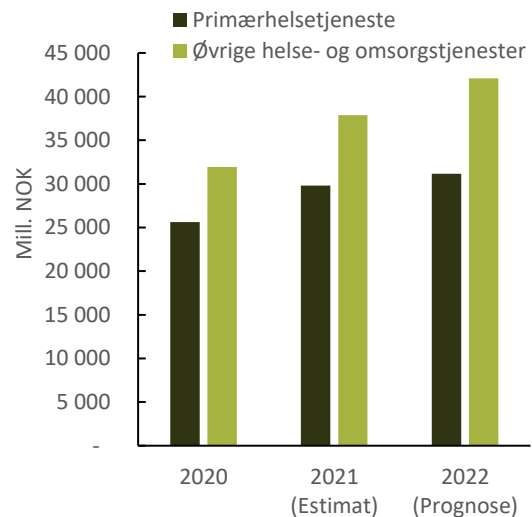
¹⁷ Særlig innen primærhelsetjeneste er dette utstrakt, noe som trekker ned indikatorverdien.

illustrert er det innen spesialisthelsetjenester og rehabilitering produktivetsnivået er høyest. 823 000 kroner per sysselsatt er 360 000 kroner mer enn innen bo og omsorg. Merk imidlertid at det er bransjemessige forskjeller i utstrekningen av midlertidige ansatte.¹⁷ Dette vil innvirke på de målte produktivetsnivåene, når dette måles som vist i figuren over.

2.3.5. Vekstforventninger blant tjenestebedriftene

Figur 2-33 viser bransjenes omsetning for 2020, omsetningsestimat for 2021 samt omsetningsprognose for 2022. Omsetningsestimatene fra virksomheter innen primærhelsetjeneste antyder en vekst i 2021 på omtrent 16 prosent. Bransjen venter videre en betydelig lavere vekst i 2022, på i overkant av 4 prosent. Vekstanslaget for 2021 er sterkere enn hva bransjen har sett de siste ti år, samtidig som prognosen for 2022 ligger under gjennomsnittlig årlig vekst i samme periode.

Figur 2-33: Omsetning for primærhelsetjeneste og øvrige helse- og omsorgstjenester 2020, estimat for 2021 samt prognose for 2022.¹⁸ (mill. NOK). Kilde: Menon



¹⁸ Merk: Av bransjer i helse- og omsorgstjenester er det kun primærhelsetjeneste som har tilstrekkelig antall

Virksomhetene innen psykisk helse og avhengighet og bo og omsorg hadde i 2020 et fall i omsetning. Omsetningsveksten var for begge bransjene på -7 prosent. Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering befinner seg i den andre enden av skalaen, med 6 prosent vekst – helt på linje med gjennomsnittlig årlig vekst i bransjen den siste tiårsperioden.

I motsetning til situasjonen blant bedriftene i helseindustrien er det ingen bransjer i helse- og omsorgstjenester som opplever kraftig *økning* i aktivitet og omsetning som følge av Koronakrisen. De sterkeste effektene vi ser for helse- og omsorgstjenester i 2020, og som vi antar skyldes Koronapandemien, er reduksjonen i psykisk helse og avhengighet, samt bo og omsorg. Som nevnt tidligere kan dette trolig henge sammen med myndighetenes pålagte restriksjoner i perioden.

Krisen har ulike konsekvenser for aktørene i helse- og omsorgstjenestene. Enkelte tjenesteleverandører har vært underlagt midlertidige yrkesforbud, som fysioterapi, manuellterapi og kiropraktorer.

Store deler av næringen har imidlertid ikke blitt ilagt driftsforbud. Aktører fra flere ulike deler av næringen rapporterte likevel om både økte kostnader og fallende inntekter etter de første månedene med pandemi. Disse økte kostnadene kom trolig som en kombinasjon av blant annet økte personalkostnader, ettersom en stor andel ansatte var syke- eller omsorgsfraværende, samt økte kostnader til smittevernuttstyr og -tiltak. Likevel ser vi nå, med regnskapstallene fra 2020, at kostnadene totalt (varekostnader og lønnskostnader) lå under gjennomsnittlig nivå i 2020 for helse- og omsorgstjenester, og at driftsresultatene holdt seg stabile.

Hva angår spesifikke bransjer i helse- og omsorgstjenester ser vi at de har blitt påvirket i varierende grad. Eksempelvis har mer enn 30 prosent av

bedriftene innen tannpleie og fysioterapi omsetningsfall i 2020 fra året før. Denne typen selskaper ble direkte påvirket av smitteverntiltakene som midlertidig frarådet å gjennomføre de typene behandling som ikke var strengt nødvendige.

På samme tid er det flere tjenestebansjer som i liten grad ble påvirket av Koronakrisen. Dette gjelder for eksempel private somatiske sykehus, og private legetjenester som Sørlandet Privatsykehus og Privathospitalet Fana, samt Volvat Medisinske senter. Samtlige av disse bedriftene opplever sterk omsetningsvekst på mer enn 17 prosent i 2020 fra 2019.

Koronakrisen har også ført til at det på kort tid har blitt tatt store steg innen digital helse og avstandsoppfølging. Direktoratet for e-helse rapporterte i 2021 at e-konsultasjoner periodevis var hyppigere brukt enn vanlige konsultasjoner, og at det tette samarbeidet mellom helse- og omsorgssektoren og privat næringsliv har gitt nye e-helseløsninger på rekordtid.¹⁹ At mange brukere og helsepersonell har blitt vant til å anvende denne typen verktøy kan utløse videre muligheter 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 85 prosent av verdiskapingen i 2020 kommer fra to av landets regioner – Oslo og Viken. Til sammenligning er 54 prosent av verdiskapingen i

respondenter til å bli rapportert som bransje med selvstendige veksttall. De øvrige bransjene og deres respektive veksttall er slått sammen til variabelen «øvrige helse- og omsorgstjenester». Det gjelder

bransjene spesialisthelsetjeneste og rehabilitering, psykisk helse og avhengighet, og bo og omsorg.
¹⁹ Direktoratet for e-helse: Utviklingstrekk 2021, e-helsetrender.

hele norsk privat fastlands-næringsliv²⁰ i 2020 tilordnet de samme to regionene.

Tabell 2-7 viser verdiskapingen i helseindustrien i 2020 i alle landets regioner og deres tilhørende andel av helseindustriens totale verdiskaping.

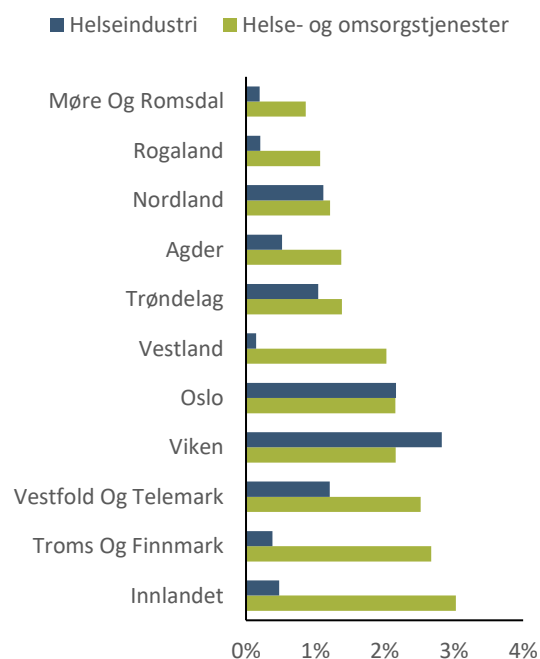
Tabell 2-7: Helseindustriens verdiskaping i millioner kroner per fylke og deres tilhørende andel av helseindustriens totale verdiskaping i 2020. Kilde: Menon

Fylke	Verdiskaping helseindustri	Andel av helseindustrien
Oslo	14 035	51 %
Viken	9 317	34 %
Trøndelag	1 211	4 %
Vestfold og Telemark	937	3 %
Nordland	574	2 %
Rogaland	367	1 %
Innlandet	338	1 %
Agder	325	1 %
Vestland	250	1 %
Troms og Finnmark	171	1 %
Møre og Romsdal	120	0 %

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 distribusjon, nesten tre ganger så høy verdiskaping som Oslo har i samme bransje. Denne spesielt store 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. Foruten distribusjon skapes den største andelen av verdi innen både legemidler, medisinsk utstyr og digital helse, i Oslo.

Figur 2-34 viser helseindustriens og helse- og omsorgstjenestenes verdiskaping som andel av næringslivets totale verdiskaping i hvert fylke i 2020. Fra figuren kan vi fastslå at verdiskapingen i helse- og omsorgstjenestene er vesentlig mer spredt utover landet enn verdiskapingen i helseindustrien. Der kun 15 prosent av verdiskapingen innen helseindustri i 2020 er tilordnet virksomheter utenfor Østlandet, er tilsvarende andel for private helse- og omsorgstjenester hele 40 prosent. Dette mønsteret er naturlig da behandlingsinstitusjoner, i særdeleshet primærhelsetjenester, i mye større grad enn helseindustrivirksomheter må være lokalisert der folk bor. I alle fylker står helse- og omsorgstjenester for mer enn én prosent av verdiskapingen i fylket. Høyest andel finner vi i Innlandet, her skaper helse- og omsorgstjenester tre prosent av total verdi i 2020.

Figur 2-34: Helseindustriens og helse- og omsorgstjenestenes verdiskaping som andel av næringslivets totale verdiskaping i hvert av fylkene i 2020. Kilde: Menon



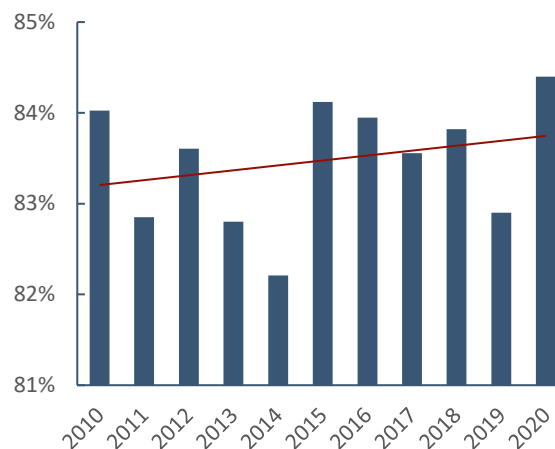
²⁰ Norsk næringsliv eksklusive olje- og gassrelaterte virksomheter samt de regionale helseforetakene

Helseindustrien er langt mer konsentrert og sentralisert. Oslo har mer enn halvparten av den samlede verdiskapingen, med 14 milliarder kroner i 2020. Til tross for en noe lavere absolutt verdiskaping enn Oslo, er det Viken som skaper høyest andel av fylkets totale verdiskaping i helseindustrien (i underkant av tre prosent). Her er det spesielt Apotek 1 gruppen, Takeda, Fresenius Kabi Norge og Uloba som bidrar til den høye verdiskapingen i Viken. Samlet skaper disse fire selskapene verdi for mer enn 6 mrd. kroner i 2020.

Den viktigste forklaringen på den høye konsentrasjonen i og rundt Oslo og Viken er at helseindustri er svært forsknings- og kunnskapsintensiv, og det er da naturlig at bedrifter lokaliseres nær universiteter og de store sykehusene. Om vi følger dette resonnementet er det imidlertid overraskende at Vestland befinner seg i den andre enden av skalaen. Helseindustrien står her for mindre enn én prosent av den samlede verdiskapingen i fylket, mens helse- og omsorgstjenester utgjør 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, heller tvert imot. 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 83 prosent, med en svakt økende trendlinje som peker på mer helseindustri til Oslo og Viken de seneste årene.

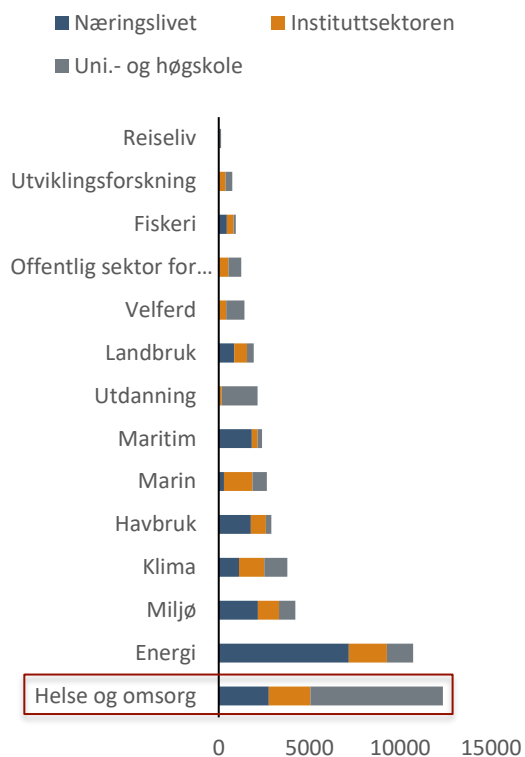
Figur 2-35: Utvikling i helseindustriens verdiskaping i Oslo og Viken (samlet) som andel av total verdiskaping i helseindustrien, siste 10 år. Kilde: Menon



2.5. Kapitalbehov og kapitaltilgang i helsenæringen

Forskningsrådets indikatorrapport viser at helsenæringen er den næringen som investerer klart mest i forskning og utvikling, i 2019. Forskning og innovasjon er viktige premisser for utvikling i den norske helsenæringen, og FoU-innsatsen har økt kraftig de siste årene.

Figur 2-36: Driftsutgifter til FoU etter område i 2019 (mill. NOK). Kilde: Indikatorrapporten 2021 (SSB og NIFU) og Menon



Som vi kan se av Figur 2-36 er det spesielt universitets- og høyskolesektoren som utgjør størst andel av driftsutgiftene til FoU i helse og omsorg – og dermed plasserer helsenæringen over energinæringen. Ifølge Forskningsbarometeret 2021 var samlede driftsutgifter til FoU innen helse- og omsorgsområdet i overkant av 12 milliarder kroner i 2019, hvilket viser 8 prosent vekst fra 2017.

Før disse investeringene i FoU blir til et ferdig produkt eller tjeneste har innovasjonen som regel 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.²¹

For oppstartsbedrifter 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.²² 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 raskere. Et raskere utviklingsløp kan redusere kapitalbehovet noe, og samtidig sikre inntjening raskere. Digital helse har tradisjonelt et noe kortere utviklingsløp, særlig for produkter og tjenester som ikke krever offentlig godkjenning før de lanseres på markedet.

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.

²¹ Biemans, 1992

²² Porteføljeanalyse for Technology Transfer Offices, Menon 2014.

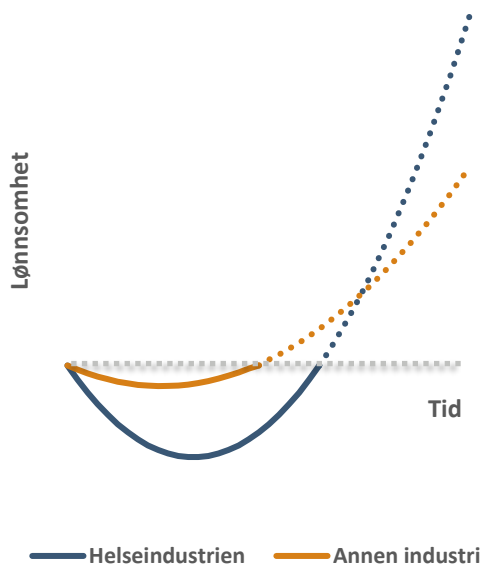
I dette kapitlet vil vi først gjennomgå bedriftenes kapitalbehov og kjennetegn ved helsenæringen som forsterker kapitalbehovet. Videre vil vi gjennomgå hvor mye og fra hvor bedriftene henter inn kapital.

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



2.5.1. Bedriftenes kapitalbehov

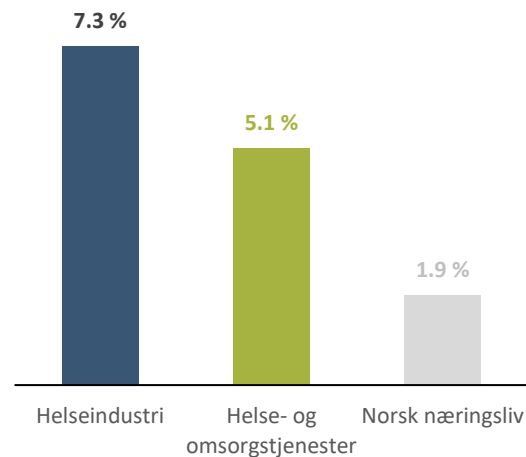
Kapitaltilgang er avgjørende for utviklingen i enhver næring. Fordi «time-to-market» er særskilt lang for mange bedrifter i helsenæringen, blir risikoaversjon og likviditetsutfordringer tidvis en vesentlig

utfordring. De lange utviklings- og godkjenning-løpene øker usikkerheten om lønnsomhetspotensialet og investorene ser at de kan oppsøke raskere og mindre usikre utviklingsløp i andre næringer, som for eksempel innen IT.

Nærmere én av ti bedrifter i helseindustrien er en J-kurvebedrift

En av hovedgrunnene til det høye kapitalbehovet er at veldig mange bedrifter i helsenæringen befinner seg i en tidlig utviklingsfase uten, eller med svært lave, salgsinntekter.

Figur 2-37: Andel J-kurvebedrifter i helsenæringen og norsk næringsliv i 2020 (se tekstboks for definisjon). Kilde: Menon



I helsenæringen som helhet befinner hele fem prosent av selskapene seg i bunnen av en J-kurvet lønnsomhetsutvikling – og karakteriseres dermed som J-kurvebedrifter i 2020 (se forklaring i egen boks). Til sammenligning er andelen av denne typen bedrifter i det øvrige norske næringslivet knappe to prosent.

Innad i helsenæringen finner vi at spesielt helseindustrien skiller seg ut. Hele 7 prosent av de aktive bedriftene i helseindustrien kan karakteriseres som J-kurve-bedrifter i 2020. Det er derfor ingen tvil om at helseindustrien peker seg ut som en innovativ og fremoverlent industri, hvor J-kurvebedrifter er kraftig overrepresentert i forhold til øvrig norsk næringsliv.

Det enorme omfanget sier noe om hvor stort behovet er for risikokapital. J-kurvebedriftene defineres av at bedriftenes kostnader er større enn inntektene – selskapene er således avhengige av ekstern kapital for å kunne drive sin virksomhet.

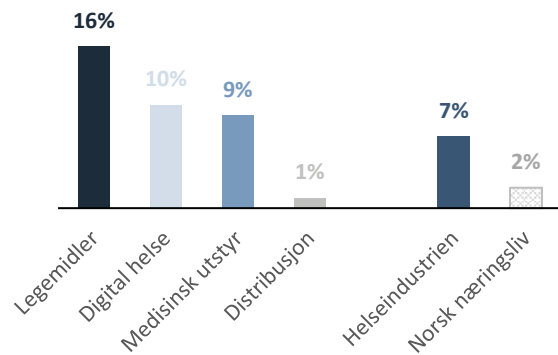
Figur 2-38 illustrerer at andelen J-kurvebedrifter innenfor de ulike bransjene i helseindustrien varierer betydelig. Her skiller særlig legemidler seg ut, med en høy andel J-kurvebedrifter og derav en stor grad av nyskaping og innovasjon.

Det er ikke overraskende at legemidler har en høy andel J-kurvebedrifter. Gründerfasen er som regel lenger, mer kostnadskrevende og mer risikofylt enn for de fleste andre bransjer. Det skyldes at produktutviklingen av legemidler krever forskning, preklinisk og klinisk testing, samt godkjenning fra helsemyndigheter i alle land produktene skal introduseres i. I tillegg kan godkjenningsprosessen for å lansere et helseprodukt være langt strengere enn innenfor andre næringer. Dersom en legemiddelbedrift overlever perioden i bunnen av J-kurveperioden, er imidlertid potensialet for omsetningsvekst og lønnsomhet svært stort. Dette fordi man da som regel tilbyr unike produkter som ikke lett kan kopieres eller som ikke har åpenbare rivaler på markedet.

På en annen side står distribusjon frem som en bransje med spesielt lav andel J-kurvebedrifter, med knappe én prosent. Hvis denne gruppen holdes utenfor helseindustrien får vi at mer enn én av ti bedrifter i helseindustrien er J-kurvebedrifter, opp fra 7 til 11 prosent.

Av de over 7 prosentene av bedriftene i helseindustrien som befant seg i bunnen av J-kurven i 2020 har halvparten ingen salgsinntekt overhodet, mens drøyt 65 prosent av bedriftene har negativ driftsmargin på mer enn 100 prosent. Det innebærer at kostnadene er mer enn dobbelt så store som inntektene.

Figur 2-38: Andel J-kurvebedrifter i helseindustrien i 2020 (se tekstboks for definisjon). Kilde: Menon



Som vist i figuren over er andelen J-kurvebedrifter høyest innen legemidler – 16 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 digital helse – 10 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 bedriftene innen medisinsk utstyr skyldes at en forholdsvis høy andel bedrifter i denne bransjen har svært lave lønnskostnader og derfor ikke inkluderes i datagrunnlaget. Hvis vi slakker på kravet om at en aktiv bedrift må ha minst 0,5 millioner kroner i lønnskostnader og i stedet inkluderer alle bedrifter med lønnskostnader større enn null, øker andelen gründerbedrifter innen medisinsk utstyr betydelig – til opp mot 21 prosent.

I Tabell 2-8 ser vi utviklingen i antallet J-kurvebedrifter i helseindustrien og i norsk næringsliv samlet (uten olje og gass) fra 2018 til 2020. Antallet gründerbedrifter har økt med 46 prosent fra 2010 til 2020. De seneste årene har det likevel vært en reduksjon i antallet på ti prosent, fra 2018 til 2020.

Tabell 2-8: Antall J-kurvebedrifter i helseindustrien etter bransje i 2018, 2019 til 2020. Kilde: Menon

	2018	2019	2020	Andel (2020)
Legemidler	45	38	38	16 %
Digital helse	26	21	17	10 %
Medisinsk utstyr	38	37	39	9 %
Distribusjon	6	8	8	1 %
Helseindustrien	115	104	102	7 %
Norsk næringsliv (u/ olje og gass)	6193	6393	6319	2 %

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 hoper seg opp i «gründerfasen».

Det er et stort antall innovative helseindustri-bedrifter som driver teknologi- og produktutvikling i Norge og som enten ikke har kommersielle inntekter eller hvor inntektene er svært lave. Disse har behov for kapital til å kommersialisere og skalere sine produkter.

2.5.2. Bedriftenes kapitalinnhenting fra investorer

Bedriftene i helsenæringen, og især bedrifter i helseindustrien, har tidvis svært store kapitalbehov. Lange utviklingsløp gjør at bedrifter driver virksomhet i mange år før de får kommersielle inntekter. I utviklingsfasen er bedriftene avhengige av å få tilført kapital (som hovedregel egenkapital) for å finansiere sine aktiviteter.

Oppskalering av produksjon eller internasjonal ekspansjon er andre sentrale steg hvor bedrifter ofte vil måtte trenge tilførsel av kapital. Her vil kredittmarkedet i større grad være tilgjengelig, men vi ser at det også til disse formålene ofte gjennomføres emisjoner for å sikre nødvendig finansiering.

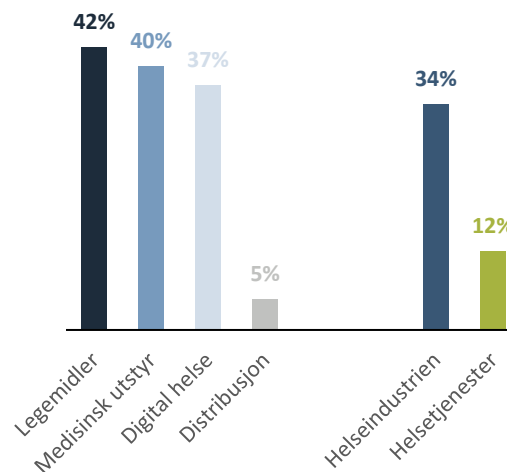
I det videre ser vi nærmere på hvilke segmenter i helsenæringen som var mest aktive i egenkapitalmarkedet i 2021. Vi presenterer også resultater fra kartlegginger av hvor denne egenkapitalen kom fra,

til hvilke formål kapitalen ble hentet, samt hvorvidt bedriftene i helsenæringen klarte å hente den kapital de på forhånd ønsket seg.

Én tredel av helseindustri-bedriftene fikk tilført egenkapital i 2021

Tilførsel av kapital til bedrifter i helseindustrien og blant de private helse- og omsorgsbedriftene varierer betydelig. Blant bedriftene i vårt utvalg rapporterte én av tre av helseindustri-bedriftene og 12 prosent av tjenestebedriftene at de fikk tilført ny egenkapital i 2021. I helseindustrien ser vi et markant skille mellom de tre «produksjonsbransjene» og bedriftene innen distribusjon. Rundt 40 prosent av bedriftene innen legemidler, medisinsk utstyr og digital helse oppgir at de hentet egenkapital i 2021, mens dette kun gjaldt 5 prosent av distribusjonsbedriftene. Dette er som forventet. Bedrifter som distribuerer legemidler og medisinsk utstyr har få om noen *utviklingsaktiviteter*, som til forskjell er helt sentralt i de andre bransjene i helseindustrien.

Figur 2-39: Andel av bedriftene i spørreundersøkelsen som har fått tilført egenkapital i 2021. Kilde: Menon

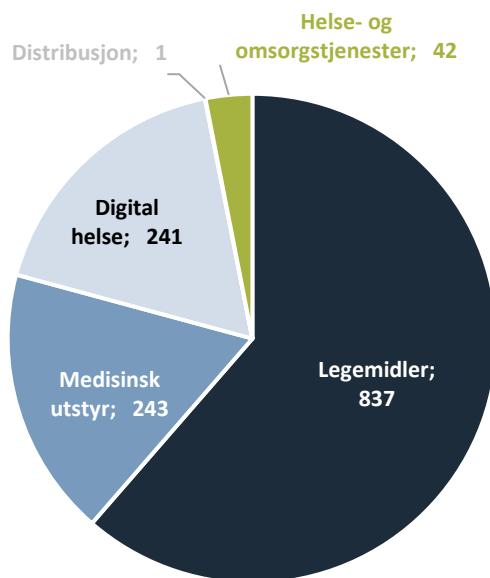


12 prosent av helse- og omsorgsbedriftene oppgir at de hentet ny egenkapital i 2021. Fra tidligere analyser og mer omfattende analyser av *hele* næringen (og ikke bare et utvalg) vet vi at emisjonsaktiviteten blant private helse- og omsorgsbedrifter gjennomgående er lav. Dette diskuteres i det neste delkapittelet.

Legemiddelbedriftene har flest emisjoner og henter de høyeste beløpene

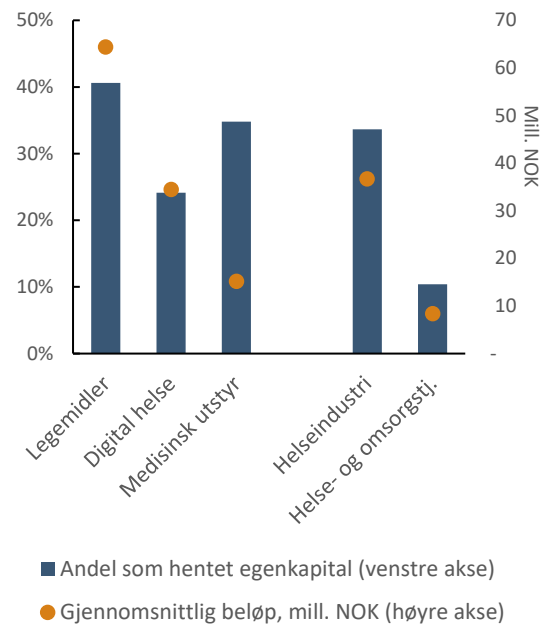
De 185 bedriftene i den norske helsenæringen som deltok i årets spørreundersøkelse rapporterer om at de hentet inn nesten 1,4 milliarder kroner gjennom emisjoner i 2021. Legemiddelbedriftene sto for 60 prosent av denne emisjonskapitalen, mens tjenestebedriftene kun hentet inn i overkant av 40 millioner kroner – om lag 3 prosent av det samlede beløpet. Fordelingen av innhentet egenkapital er illustrert i figuren under.

Figur 2-40: Ny egenkapital i helsenæringen i 2021, fordelt på tjenestesektoren samlet og de ulike bransjene i helse-industrien (mill. NOK). Kilde: Menon



Bedriftene som hentet inn ny egenkapital fikk i gjennomsnitt tilført i overkant av 30 millioner kroner, men det er stor variasjon mellom bedriftene i hhv. helseindustrien og tjeneste-bedriftene.

Figur 2-41: Andel av bedriftene som fikk tilført ny egenkapital i 2021 og den gjennomsnittlige emisjonsstørrelsen. Kilde: Menon

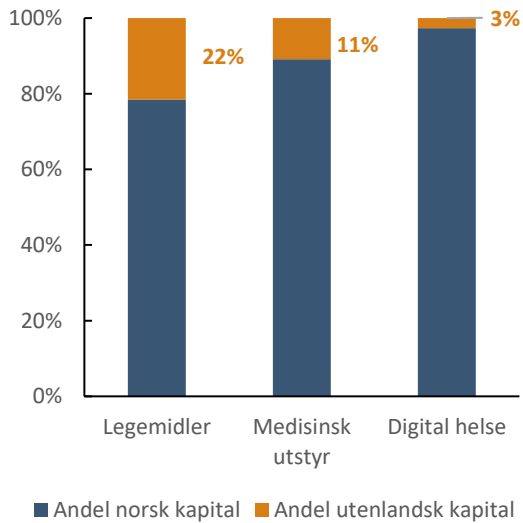


Legemiddelbedriftene skiller seg ut ved at over 40 prosent av bedriftene gjennomførte emisjoner og at emisjonsstørrelsen i gjennomsnitt var vesentlig høyere enn i de andre bransjene. Det fremkommer også av figuren over at en høy andel av bedriftene innen digital helse gjennomførte emisjoner i 2021, men størrelsen på den gjennomsnittlige emisjonen kun var halvparten så stor som blant legemiddelbedriftene.

Den norske helseindustrien er globalt rettet. Dette gjenspeiles i at mange av de største produksjonsbedriftene i norsk helseindustri er del av store utenlandske konsern, helseindustrien har en betydelig eksport samt at næringens kapital-innhenting retter seg mot utenlandske investorer så vel som norske.

I årets spørreundersøkelse har vi bedt bedriftene som hentet ny egenkapital i 2021 om å anslå hvor stor del av denne kapitalen som ble tilført fra utenlandske investorer. Vi finner at i underkant av 20 prosent av emisjonskapitalen kom fra utenlandske investorer, men at dette fordeler seg skjevt mellom de ulike bransjene i helseindustrien.

Figur 2-42: Andelen av emisjonskapital hentet i 2021 som kom fra utenlandske investorer (N=42). Kilde: Menon



I Figur 2-42 fremkommer det at det er blant legemiddelbedriftene vi finner den høyeste andelen kapital hentet fra utenlandske investorer i emisjonene som ble gjennomført i 2021. Motsatsen til legemiddel-selskapene er bransjen digital helse, hvor det kun var 3 prosent utenlandsk kapital. Den lave andelen blant bedriftene i digital helse preges imidlertid av at enkelte store emisjoner blant bedriftene i denne bransjen ble gjennomført helt uten at utenlandske investorer deltok. Dette trekker ned tallet for den samlede andelen utenlandsk kapital vesentlig for denne bransjen.

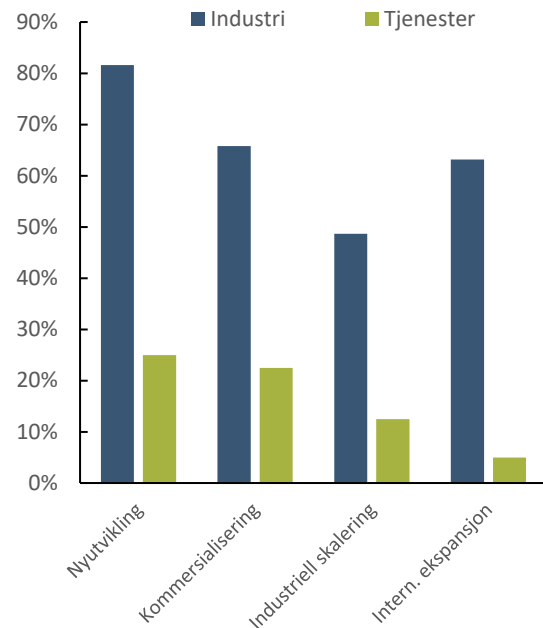
Hva benyttes emisjonskapitalen til?

Nytt av årets spørreundersøkelse var at bedriftene ble spurt om hvorvidt de hadde behov for egenkapital til ulike formål. Som det fremkommer av Figur 2-43 er det blant helseindustribedriftene det gjennomgående er en høy andel bedrifter som oppgir å ha behov for ny egenkapital. Flest bedrifter oppgir her å ha behov for kapital til å utvikle nye produkter og/eller tjenester, men et flertall av bedriftene trekker også frem at de har kapitalbehov til både kommersialisering og internasjonalisering.

Blant bedriftene innen helse- og omsorgstjenester er det gjennomgående langt færre bedrifter som oppgir å ha et behov for ny egenkapital. Blant

bedriftene som har dette behovet nevnes også her nyutvikling og kommersialisering som de fremste formålene.

Figur 2-43: Andeler av bedriftene som svarte bekreftende på spørsmålet Har din bedrift behov for egenkapital til ett eller flere av formålene listet opp nedenfor? (Mulig å krysse av for flere alternativer). Kilde: Menon



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

Figur 2-44 viser antallet og verdien av såkornfond-investeringer i norske bedrifter fra 2007 til 2021. 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, men 2020 markerte en ny topp målt i samlet investeringssum. I 2021 ble det gjennomført 11 såkorninvesteringer i helsenæringen – noe som er lavere enn gjennomsnittet i perioden frem til 2020. Den gjennomsnittlige størrelsen på såkorn-investeringene i 2020 var imidlertid høyere enn det tilsvarende gjennomsnittet frem til 2020.

Aktive eierfond

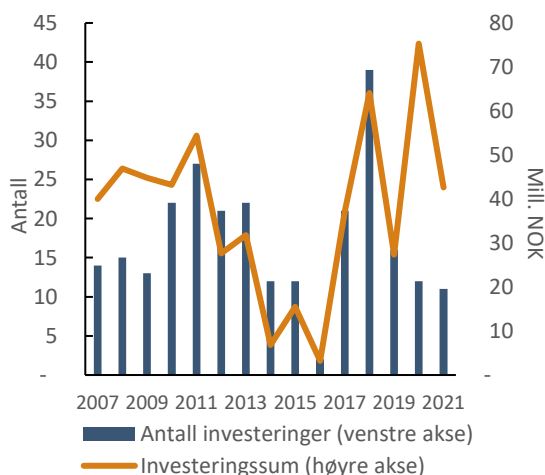
Private Equity (PE) er en samlebetegnelse på spesialiserte investeringsfond som skyter inn ny kapital eller kjøper en betydelig del av aksjene i bedrifter. Kapitalen i fondene kommer typisk fra store institusjonelle investorer eller formuende privatpersoner, og kan bli brukt til å finansiere nye teknologier, 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 kommersialiseringssfasen. 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).

Figur 2-44: Såkornfondsinvesteringer i helsenæringen (sum av initial- og oppfølgingsinvesteringer). Antall investeringer og investeringssum per år. Kilde: Pereg/Menon

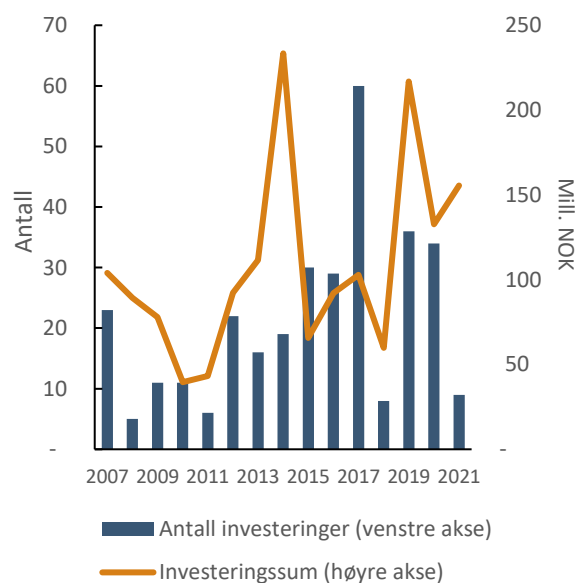


Også innen venturefondinvesteringer i helsenæringen var det en reduksjon i antall investeringer i 2021. Til forskjell fra hva vi finner vedrørende såkorninvesteringer økte imidlertid det samlede investeringsvolumet (i NOK) for denne typen investeringer.

Det ble i 2021 gjennomført ni investeringer i helsenæringen av venturefond, med en samlet investeringssum på 155 millioner kroner. Siden 2007 er det kun i 2014 og 2020 hvor det har blitt gjort større investeringer i helsenæringen av venturefond enn i 2021.

Mens den gjennomsnittlige såkorninvesteringen var på 3,9 millioner kroner i 2021, var den gjennomsnittlige venturekapitalfondinvesteringen nesten fire og en halv ganger så høy, 17,3 mill. kroner. Venturefondene gjennomførte ni 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 2-45: Venturekapitalfonds investeringer i helsenæringen (sum av initial- og oppfølgingsinvesteringer). Antall investeringer og investeringssum per år. Kilde: Pereg/Menon



Børsnoteringer

Et sentralt formål med en børsnotering er å hente ny kapital til å finansiere eksisterende eller fremtidig aktivitet. I tillegg kan en børsnotering være motivert av et ønske om å øke markedsverdien til bedriften, spre eierskapet eller realisere aksjer hos eksisterende eiere.

Det siste tiåret har det vært flere vellykkede børsnoteringer og salg av norske helseindustri-bedrifter på børs. Salget av det 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.²³ I 2018 ble Vistin Pharma og PCI Biotech notert på Oslo Børs.

Det norske legemiddelselskapet Ultimovacs er et annet norsk helseindustri-selskap 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.²⁴

Børsnoteringen av Vaccibody (nå: Nykode Therapeutics) i 2020 er av de større noteringene av helseindustri-selskap i Norge de siste årene. Markedsverdien av selskapet, som utvikler kreftvaksiner, var på over 17 mrd. kroner da selskapet ble tatt opp til handel på Merkur Market (nå: Euronext Growth).



2.6. Helsenæringens internasjonalisering

Det globale markedet for helseteknologi er enormt. Et grovt anslag, basert på en rekke ulike rapporter og kilder, anslår omsetningen i det globale helse-teknologimarkedet i 2020 til i underkant av 2 000 mrd. dollar – dvs. på i underkant av 20 000 mrd. norske kroner.²⁵ Med en samlet omsetning i den norske helseindustrien i 2020 på i underkant av 100 mrd. kroner representerer den norske helseindustrien kun mellom 0,4 og 0,6 prosent av det globale helseteknologimarkedet.

At den norske helseindustrien utgjør godt under én prosent av det globale helseindustri-markedet, målt i omsetning, illustrerer at det er *utenfor* Norge det virkelig store vekstpotensialet for helsenæringen ligger. Det å øke eksporten fra norsk helseindustri, og ta markedsandeler i det globale helseindustri-markedet, kan imidlertid ikke sees isolert fra hjemmemarkedet.

Store deler av helseindustrien er i dag avhengig av hjemmemarkedet, herunder tjenesteleverandører i

²³ Nordic Nanovector går på Børs. www.Inven2.com

²⁴ Dagens Næringsliv (20.05.2019), intervju med administrerende direktør i Ultimovacs

²⁵ Bl.a. McKinsey (2020), statista.com og Global Pharmaceuticals Industry Report 2021.

helsesektoren. Det er en gjensidig avhengighet mellom helseindustriaktører og tjenesteleverandørene i helsesektoren. 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 tjenesteleverandørene i helsesektoren i Norge – både private og offentlige – kan bidra til innovasjon og produktivitet i den norske helseindustrien, desto bedre grunnlag får industrien for å lykkes internasjonalt.

2.6.1. Eksportinntekter

Helsenæringens samlede eksportinntekter i 2021 er anslått til 27,2 mrd. kroner. Dette er til sammenligning nesten 60 prosent høyere enn verdien av Norges krafteksport dette året. Bedrifter i helseindustrien står for alle disse eksportinntektene. Dette betyr *ikke* at norske private tjenesteleverandører ikke har utenlandsaktiviteter. Av naturlige årsaker organiserer imidlertid helse-tjenesteleverandører sine utenlandsaktiviteter gjennom datterselskaper i utlandet. Omsetningen i

Eksport vs. driftsbalansen overfor utland

Eksport er vederlaget for salg av en vare eller en tjeneste produsert i Norge, kjøpt av en aktør i et annet land. Inntekten en norsk helsetjenesteaktør får fra et datterselskap i utlandet er *overskuddet* fra dette selskapets virksomhet i utlandet. Denne inntekten inngår typisk som finansinntekter i det norske morselskapets regnskaper og bidrar dermed positivt til morselskapets regnskapsmessige overskudd og til økt *nasjonalinntekt*, i samfunnsøkonomisk forstand.

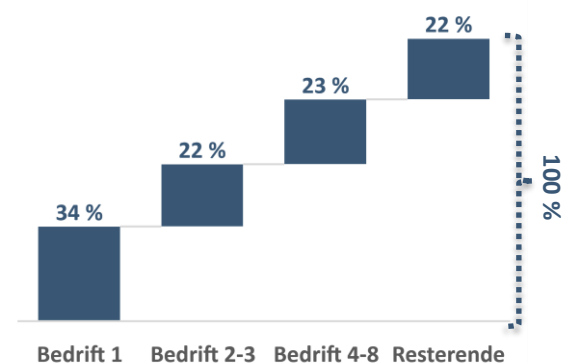
Et eksempel på en norsk helsetjenesteaktør med utenlandsaktivitet er *Norlandia Care*. Selskapets viktigste virksomhet var lenge sykehjem, men inkluderer i dag både barnehager, pasienthotell, hjemmetjenester og medisinske klinikker. Om lag halvparten av Norlandias virksomhet er i Norge, mens virksomhet i Sverige står for om lag en tredel av selskapets samlede omsetning. I tillegg til Sverige har Norlandia også virksomhet i Finland, Nederland, Tyskland og Polen gjennom datterselskaper.

disse datterselskapene regnes ikke som eksportinntekter. Overskudd fra utenlandske datterselskaper som overføres til norske morselskaper inngår imidlertid i norsk økonomis *driftsbalanse overfor utlandet* (se tekstboks nedenfor).

Helseindustriens eksportinntekter er konsentrert blant noen få selskaper

Vi finner at syv bedrifter i den norske helseindustrien hadde mer enn én milliard kroner i eksportinntekter i 2021. Disse syv sto for oppunder 75 prosent av helsenæringens eksportinntekter. Den store betydningen av noen få enkeltbedrifter fremkommer tydelig i fremstillingen nedenfor.

Figur 2-46: Helsenæringens eksportvolum i 2021, enkeltbedrifter rangert etter eksportvolum og fordelt i grupper. Kilde: Menon



Den største enkelteksportøren i helsenæringen sto alene for hele 34 prosent av næringens samlede eksport. Videre ser vi av figuren over at de åtte største eksportørene står for 78 prosent av eksporten.

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 tre

enkeltselskaper over 80 prosent av all eksporten fra næringen.²⁶

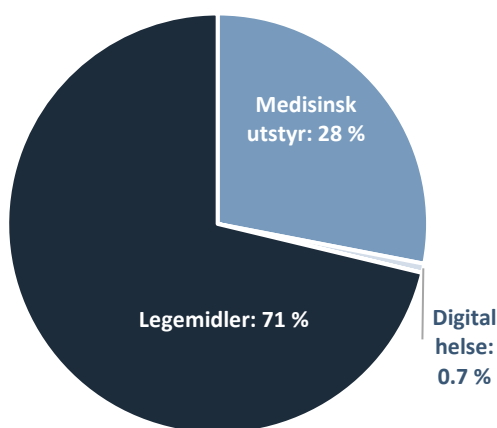
Denne konsentrasjonen i eksportvolum til noen få bedrifter illustrerer også at størrelsen og utviklingen i den norske helsenæringen er svært følsom for strategiske beslutninger i enkeltbedrifter. Om kun et fåtall av de store industrielle produsentene i den norske helseindustrien (som stort sett er del av store internasjonale konsern) velger å flytte sin produksjon ut av Norge vil dette ha stor innvirkning på denne industriens størrelse og eksport.

Legemiddelbedriftene dominerer blant eksportører i helsenæringen

Helseindustriens eksportinntekter fordeler seg skjevt mellom de ulike bransjene. Bedrifter i legemiddelbransjen står for over 70 prosent av helseindustriens samlede eksport og fire av fem av de største eksportbedriftene i helseindustrien er legemiddelselskaper.

Produsenter av medisinsk utstyr sto i 2021 for 28 prosent av helseindustriens eksport, mens aktører innen digital helse dekker den resterende andelen (under én prosent).

Figur 2-47: Eksportinntekter i helseindustrien i 2021 – 27,2 mrd. kroner – fordelt på fem bransjer. Kilde: Menon

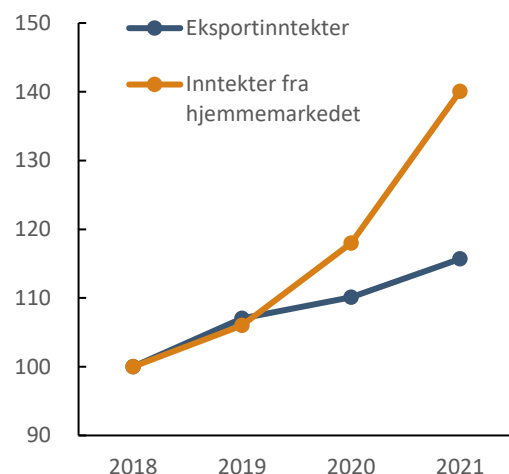


²⁶ Datagrunnlag bak rapporten «Norwegian Maritime Equipment Suppliers 2021» (Menon, 2021)

Helseindustriens «eksportandel» ble redusert gjennom pandemien

Menon har i flere år kartlagt eksportinntektene til selskaper i den norske helsenæringen gjennom spørreundersøkelser. Dette gir oss mulighet til å nå gjøre noen vurderinger av utviklingen i næringens eksportinntekter. Som det fremgår neste figur, steg helseindustriens eksportinntekter i takt med industriens omsetning i 2019. I 2020 og 2021 var det imidlertid et skifte i utviklingen, der helseindustriens omsetningsvekst var høyere enn veksten i eksportinntektene – helseindustriens «eksportandel» har falt gjennom pandemien.

Figur 2-48: Indeksert vekst i helseindustriens eksportinntekter og inntekter fra det norske markedet. Kilde: Menon



Pandemien hadde generelt store konsekvenser for verdensøkonomien og norsk næringsliv. Der det for enkelte næringer var et nærmest unisont bortfall av etterspørsel og aktivitet som følge av myndighetspålagte restriksjoner, var effektene svært ulike for ulike deler av helseindustrien. Dette er trolig en viktig forklaring på mønsteret vi ser i Figur 2-48.

De største eksportørene i norsk helseindustri produserer og selger spesialiserte legemidler eller medisinsk utstyr som i liten grad opplevde en etterspørselsøkning drevet av pandemien i 2020 og

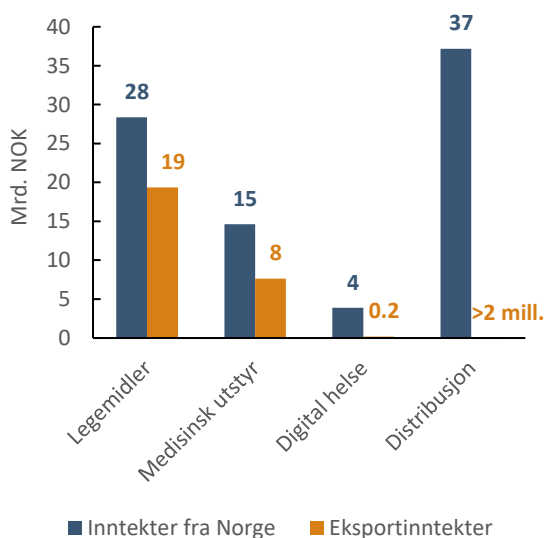
2021. Andre deler av helseindustrien, især produsenter og distributører av medisinsk forbruksmateriell og en rekke e-helsebedrifter, opplevde til motsetning en voldsom vekst gjennom pandemien. De norske bedriftene i disse markedene har imidlertid svært lav eksport.

Det at veksten i inntekter fra det norske markedet var vesentlig høyere en eksportveksten gjennom pandemien fremstår å i stor grad kunne forklares av skjevheter i hvordan pandemien påvirket etterspørselen i de ulike delene av den norske helseindustrien.

Eksport står for én av fire inntekts-kroner i helseindustrien

Nesten 25 prosent av den norske helseindustriens omsetning i 2021 kom fra eksportmarkedene. Det er imidlertid store forskjeller mellom de ulike bransjene i industrien. Legemidler har den høyeste eksportandelen, med 41 prosent, mens det blant distribusjonsbedriftene i praksis ikke er noe eksport fra Norge. Dette siste er helt naturlig, da disse bedriftene retter seg spesifikt mot det norske markedet.

Figur 2-49: Bransjene i helseindustriens omsetning fordelt på hjemme- og utenlandsmarkedet (eksport). Kilde: Menon



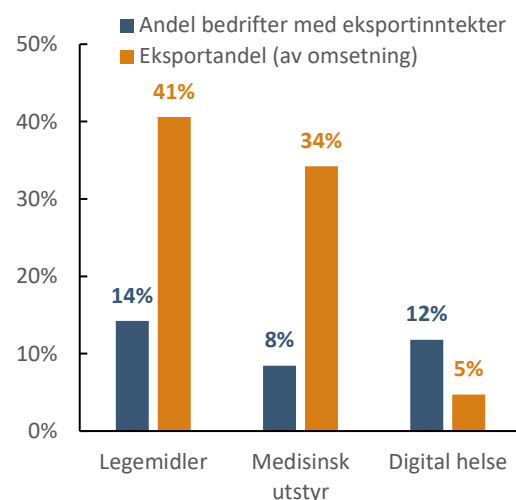
Der eksportandelen i både legemiddelbransjen og blant bedriftene innen medisinsk utstyr er over én

tre del fremkommer det av Figur 2-49 at digital helse har en vesentlig lavere eksportandel – kun i underkant av 5 prosent. Denne andelen har vært stabil de siste årene.

Over én av fire helseindustri-bedrifter har eksportinntekter

Til tross for at eksportens andel av bransjenes totalomsetning varierer betydelig, er det påfallende lite variasjon mellom de ulike bransjene (med unntak av distribusjon) i hvor høy andel av bedriftene som har eksportinntekter. Av alle de nesten 1400 bedriftene i helseindustrien vi har identifisert, varierer andelen bedrifter som har eksportinntekter fra 14 prosent blant legemiddelbedriftene til 8 prosent blant produsentene av medisinsk utstyr (blant distribusjonsbedriftene har vi kun identifisert én bedrift med eksportinntekter).

Figur 2-50: Andel av bedriftene i helseindustrien med eksportinntekter og eksportinntekter i prosent av bransjens totalomsetning i 2021. 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. Andelen bedrifter med eksportinntekter er tilnærmet lik for alle de tre bransjene i helseindustrien som har et eksportvolum av et visst omfang.

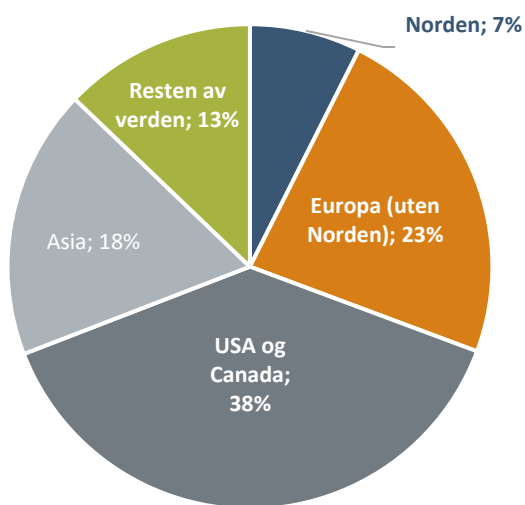
Digital helse skiller seg like fullt ut ved at det er en høyere andel av bedriftene som har eksport-

inntekter enn bransjens samlede eksportandel. Dette betyr at det sammenlignet med legemidler og medisinsk utstyr er relativt mange bedrifter innen digital helse med lave eksportandeler. Én årsak til dette er at markedsbarrierene, både i regulatorisk og konkurransemessig forstand, er mindre for mange bedrifter i digital helse enn de er for legemiddelprodusenter og bedrifter innen medisinsk utstyr.

Det nordiske markedet er viktig for små og eksporterende bedrifter

Den norske helseindustriens eksportmarkeder er spredt over hele verden. Dette illustreres f.eks. av at nesten 70 prosent av helseindustriens eksport i 2021 gikk til markeder utenfor Europa.

Figur 2-51: Eksport fra norsk helseindustri i 2021, fordelt på destinasjonsmarkeder. Kilde: Menon



Målt i samlet eksport er det USA og Canada som er det største eksportmarkedet for norsk helseindustri. Som det fremkommer av figuren over var USA og Canada destinasjon for 38 prosent av eksporten fra den norske helseindustrien i 2021.

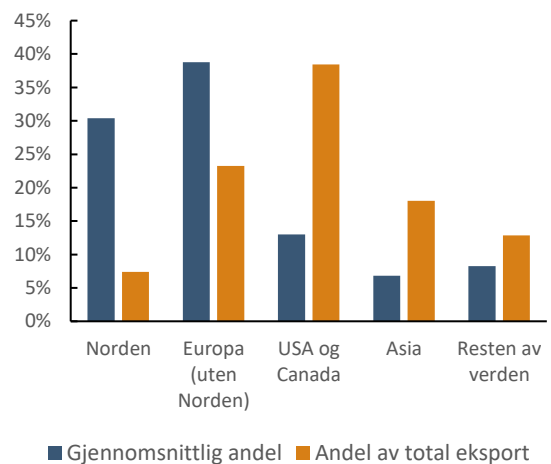
Tilbakemeldingene fra spørreundersøkelsen avslører imidlertid at det er forskjeller mellom de største eksportselskapene og de «gjennomsnittlige» bedriftene i helseindustrien hva angår hvilke markeder som er de viktigste eksportmarkedene. Vi finner at andre land i Norden er et

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 30 prosent. Til sammenligning selges kun 7 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 USA og Canada 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.

Disse resultatene illustrerer at eksportmarkedene som er geografisk i nærheten av Norge er relativt sett viktigere for de mindre eksportselskapene enn for de store.

Figur 2-52: Eksport fra norsk helseindustri fordelt på markeder og *gjennomsnittlige* eksportandeler. Tall for 2021. Kilde: Menon



3. Helsenæringens samspill med den offentlige helsesektoren

En sentral karakteristikk av den norske helsenæringen er at en svært høy andel av næringens inntekter kommer fra salg til offentlig sektor. Varer og tjenester utviklet og levert av helsenæringen inngår som en viktig innsatsfaktor i den offentlige helse- og omsorgssektoren, og spiller dermed også en sentral rolle i produktivitetsutviklingen i, og kvalitetsnivået på, tjenester som leveres av den offentlige helsesektoren.

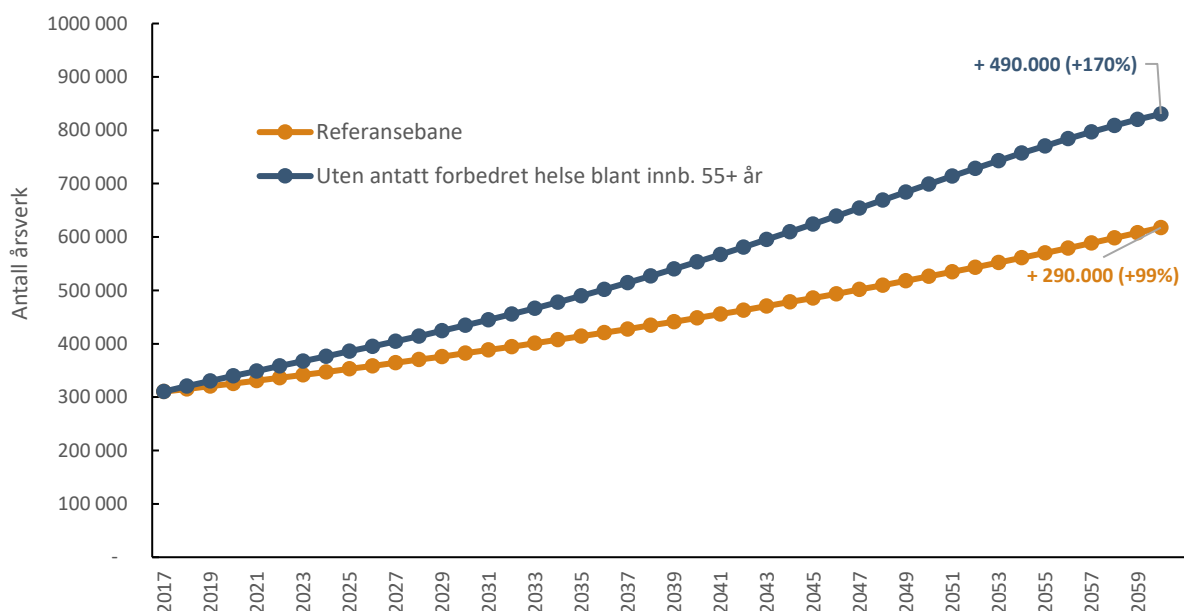
3.1. Helsenæringen – en nøkkel til produktivitetsvekst

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 sysselsetningsbehovet i spesialisthelsetjenesten er ventet å stige markant. Beregninger basert på en SSB-studie²⁷ viser at bemanningsbehovet i spesialisthelsetjenesten i 2060 vil være nesten dobbelt så stort som i 2020 – en økning på over 290 000 årsverk. Om vi tillegg justerer forutsetningene for denne fremskrivningen, og antar at den gradvise «helseforbedringen» blant nordmenn som er 55 år eller eldre (forutsetning i referansebanen) ikke materialiseres, ser vi at behovet for helsepersonell i 2060 vil øke med ytterligere 200 000 årsverk.²⁸

En slik utvikling vil naturligvis medføre et enormt finansieringsbehov. Produktivitetskommisjonen (2016)²⁹ 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.

Figur 3-1: Fremtidig kapasitetsbehov i helsesektoren (målt i årsverk). Kilder: Framskrivninger basert på Hjelmås, Holmøy og Haugstveit (SSB, 2019) og Menon



²⁷ Hjelmås, G., Holmøy, E., Haugstveit F, (2019), «Framskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse og omsorg mot 2060, SSB rapport 2019/12»

²⁸ For detaljer rundt beregningene, se Menon-publikasjon nr. 142/2020: «Forberedt på neste krise? - Vurdering av

helse- og omsorgssektorens kapasitet til å håndtere fremtidig etterspørsel».

²⁹ NOU 2016: 3

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.
- **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 produktivitetsfremmende teknologi og metoder i helsevesenet samt et tett samarbeid med private behandlingsbedrifter for å sikre helsetjenester av høy kvalitet og kostnads-effektivitet.

I fremskrivningene av bemanningsbehovet i helse-sektoren (se Figur 3-1 ovenfor) har forskerne ved SSB operasjonalisert *økt kvalitet* i helsetjenester utelukkende som økninger i årsverk per bruker. Man antar med andre ord at kvaliteten i tilbudet kun kommer fra arbeidskraft, ikke nye legemidler, diagnostiske verktøy eller medisinsk teknologi. Vi vil argumentere for at mye av bemannings-utfordringen vil kunne løses dersom man satser mer aktivt på løsninger som legger til rette for produktivitetsvekst.

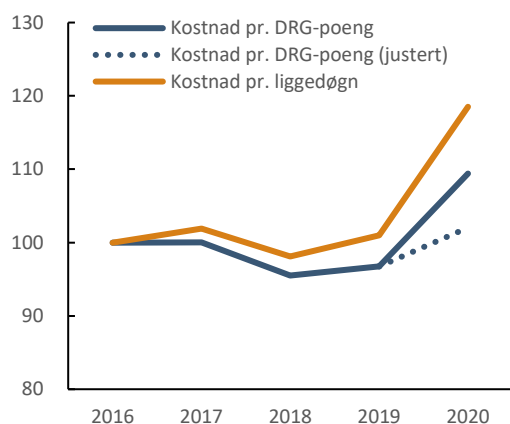
I en Menon-studie fra 2017 fremkom det at investeringer i spesialisthelsetjenesten har blitt nedprioritert i forhold til drift i den foregående tiårsperioden.³⁰ En nylig publisert rapport fra Riksrevisjonen (2021) dokumenterer at denne utviklingen har fortsatt også etter 2016.³¹ Riksrevisjonen finner at de offentlige helseforetakenes driftskostnader steg med 67 prosent fra 2010 til 2019, samtidig som de årlige investeringsnivåene har holdt seg om lag på likt nivå (i nominelle beløp) siden 2012. Dette betyr at *kapitalintensiteten* i norske offentlige sykehus har falt i tiårsperioden fra 2010 til 2019. Den direkte konsekvensen av dette er at vedlikeholdsetterslepet i sykehusbyggene har økt og at den gjennomsnittlige alderen på medisinsk-teknisk utstyr ved norske sykehus er høy (se kapittel 3.5.1). Dette medfører at ansatte i norske offentlige sykehus må utføre sine arbeidsoppgaver med mindre, og ofte også dårligere, utstyr enn hva som er tilgjengelig i markedet.

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 (i faste priser).

³⁰ Menon-publikasjon nr. 6/2017

³¹ Riksrevisjonen (2021), «Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr»

Figur 3-2: Produktivitet, faste DRG-poeng og liggedøgn per driftskostnad målt i faste priser for somatisk del av spesialisthelsetj. Indeks: 2016=100. Kilde: Helsedir

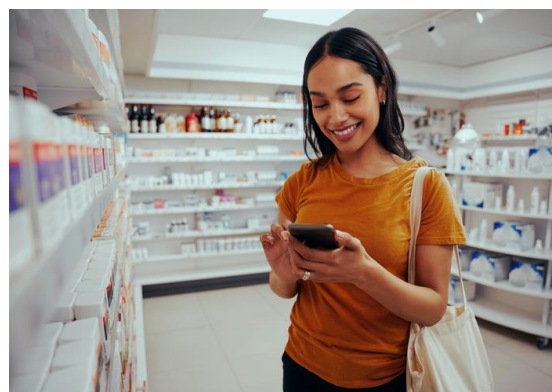


Som det kommer frem har utviklingen i både kostnaden per DRG-poeng³² og kostnad per liggedøgn ligget stabilt de siste årene. (Merk at observasjoner for 2020 naturligvis preges av pandemien). Kostnaden per DRG-poeng falt noe fra 2016 til 2019, som isolert sett indikerer en produktivitetsvekst i sektoren. Samtidig økte kostnadene per liggedøgn i samme periode. Tallene gir dermed ikke et entydig svar på om den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten har blitt mer eller mindre produktiv de siste årene. Tidligere forskning på området, som har sett på lengre tidsserier, har dokumentert tilsvarende funn. Basert på tall fra Anthun et al. (2017)³³ har Menon tidligere vist at det ikke var noen produktivitetsvekst i den offentlige spesialisthelsetjenesten i perioden fra 2004 til 2014.³⁴

Vår hypotese er at den svake produktivitetsutviklingen 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-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 real-kapitalinvesteringer har utgjort en stabil til negativ andel av sykehusenes utgifter de siste årene, sett i forhold til antallet leger, sykepleiere og administrativt ansatte. Dette bekreftes også av nylig innhentede og publiserte tall i en rapport fra Riksrevisjonen.³⁵

I denne sammenhengen vil helseindustrien kunne spille en sentral rolle i årene fremover. Nye og innovative løsninger i form av legemidler, digitale løsninger og medisinsk utstyr kan bidra til å øke produktiviteten i helsetjenesten. I tillegg kan helseindustrien bidra til å redusere helsetjenestebehovet 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.



³² DRG-poeng (Diagnose-Relaterte Grupper) er et system for klassifisering av behandling i spesialisthelsetjenesten.

³³ Anthun, Kittelsen og Magnussen (2017): "Productivity growth, case mix and optimal size of

hospitals. A 16-year study of the Norwegian hospital sector".

³⁴ Menon, 6/2017

³⁵ Riksrevisjonen (2021)

3.2. Helse systemet – et samspill mellom offentlig og privat sektor

Det norske helse systemet er preget av at offentlig sektor i overveiende grad er ansvarlig for både *utøvelse* og *finansiering* av behandlings- og omsorgstilbudet.

Tall fra SSB viser at oppunder 90 prosent av alle ansatte innen helse- og omsorgstjenester i Norge i 2021 var ansatt i offentlig sektor.³⁶ I dette tallet inkluderes imidlertid kun sysselsatte innen helse-*tjenester*, ikke andre deler av helsenæringen (helseindustri og distribusjon).

Videre viser andre oversikter fra SSB at i overkant av 11 prosent av de årlige helseutgiftene i Norge betales direkte av husholdningene.³⁷ Igjen er det en viktig nyanse at majoriteten av husholdningenes direkteutgifter innen helse er egenandeler betalt i forbindelse med levering av offentlig utøvde helsetjenester. Ser man nærmere på bakgrunnen for dette tallet fremkommer det også at om lag halvparten av husholdningenes direkteutgifter innen helse er utgifter til medisiner og medisinsk utstyr.

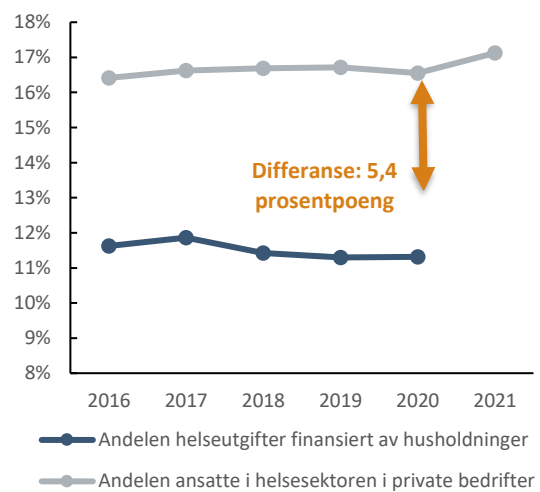
Ved å kombinere SSBs tall for antallet sysselsatte i den offentlige helsetjenesten med Menons tall for antallet sysselsatte i den private helsenæringen i Norge får vi et godt bilde av den samlede sysselsettingen i norsk helse sektor. Vi finner at det i 2020 var nesten 408 000 ansatte i helse sektoren, mens det i 2021 var nesten 413 000 ansatte i helse sektoren.

Vårt estimat på andelen ansatte i den norske helse sektoren som er ansatt i privat sektor ved utgangen av 2021 er på 17,1 prosent. Denne andelen inkluderer sysselsatte i helseindustrien og i selskaper innen med virksomhet innen distribusjon av medisiner og medisinsk utstyr. Andelen lå i perioden fra 2016 til 2020 stabilt rundt

16,5 prosent, men steg merkbart i 2021. Dette kan trolig tilskrives en midlertidig sterk vekst i privat sysselsetting i forbindelse med pandemien.

Andelen av Norges helseutgifter som betales direkte av landets husholdninger er vesentlig lavere enn andelen sysselsatte i helse sektoren som jobber i private selskaper.

Figur 3-3: «Privatandeler» i det norske helse systemet. Andelen ansatte i helse sektoren i private selskaper og andelen helseutgifter som betales direkte av husholdningene. Kilder: SSB og Menon



Figuren over illustrerer at en større del av det norske helse systemet *utøves* av private aktører enn den tilsvarende andelen som blir *finansiert* av privatpersoner. Det er to sentrale forklaringer på denne sammenhengen:

- En betydelig andel av aktiviteten i den private helseindustrien er knyttet til utenlandsaktivitet (eksport).
- Norske offentlige sykehus og kommuner finansierer kjøp av et betydelig volum av helsetjenester og helse teknologi som leveres av private aktører.

Det er lite kontroversielt at den norske offentlige helse sektoren kjøper legemidler, medisinsk utstyr

³⁶ SSB, tabell 13164

³⁷ SSB, tabell 10811. Merk at finansiering av tannhelsetjenester ikke er inkludert i Menons beregning av denne andelen.

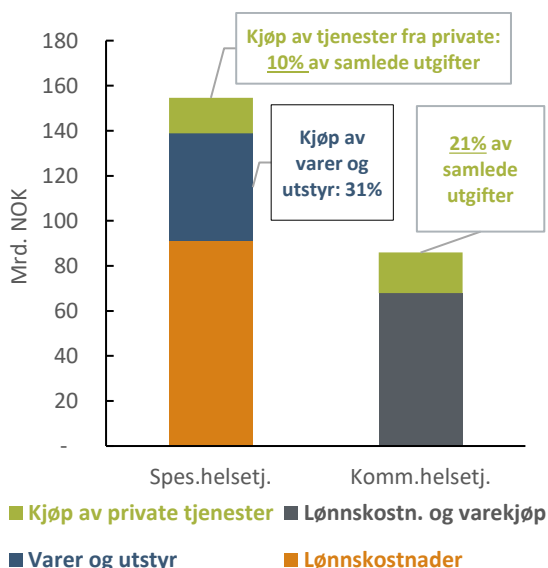
og en hel del tekniske støttetjenester³⁸ fra private aktører. Bruk av markedet for å få tilgang til denne typen teknologi og tjenester gir tilgang til ny teknologi samtidig som priskonkurranse mellom leverandørene som leverer til den offentlige helse-sektoren sikrer en effektiv bruk av ressurser.

Til sammenligning er debatten skarpere om i hvilken grad den offentlige helsesektoren skal kjøpe helse- og omsorgstjenester fra private leverandører på vegne av norske pasienter og brukere.

3.2.1. Offentlig helsesektors kjøp av varer og tjenester fra private aktører

Både den offentlige spesialist- og primærhelse-tjenesten i Norge benytter betydelige summer til kjøp av tjenester fra private aktører. I 2019 ser vi for eksempel at om lag 10 prosent av utgiftene i de offentlige sykehusene og 20 prosent av utgiftene i kommunehelsetjenesten (primærhelsetjenesten) kan tilordnes kjøp av behandlings- og omsorgs-tjenester til innbyggerne, levert av private aktører.

Figur 3-4: Utgifter i den offentlige helsesektoren, fordelt på overordnede utgiftskategorier. Tall for 2019
Kilder: SSB og Kommunal Rapport



³⁸ For eksempel laboratorietjenester

³⁹ SSB, tabell 09447 (tall for 2019)

Fra figuren Figur 3-4 ser vi at rundt 15 prosent av samlede offentlige utgifter til helse og omsorg anvendes på kjøp fra private tjenesteleverandører. I tillegg fremkommer det at rundt 30 prosent av utgiftene i spesialisthelsetjenesten er kjøp av legemidler, medisinsk utstyr og diverse støtte-tjenester (ikke inkludert kjøp av private helse-tjenester).³⁹ Vi kan legge til grunn til at disse utgiftene i all hovedsak er kjøp fra private aktører i helsenæringen.⁴⁰

Basert på tallene illustrert i Figur 3-4 fremstår det rimelig å legge til grunn at *rundt 40 prosent av offentlige helsekroner i Norge benyttes på varer og tjenester kjøpt fra den private helsenæringen*. Dette illustrerer at en god samhandling mellom offentlige sykehus og kommuner og den private helse-næringen er helt avgjørende for å få mest mulig «helse» for hver offentlige budsjettkrone som allokeres til helse- og omsorgssektoren.

3.3. Hva bør inn- og utkontrakteres i helsesektoren?

Alle organisasjoner som leverer varer eller tjenester står kontinuerlig overfor beslutninger knyttet til om spesifikke aktiviteter eller varer skal utøves eller produseres internt i organisasjonen, eller kjøpes av andre. *Transaksjonskostnadsteori* gir et rammeverk for å forstå hvorfor ulike aktiviteter i en virksomhet organiseres som de gjør, samt for å forklare hvordan markedsstrukturer innvirker på hvordan virksomheter organiseres.

Omfanget av aktører i den offentlige helsesektoren og den store bredden av helseprodukter og -tjenester disse aktørene anskaffer fra helse-næringen fordrer at vi trekker opp noen over-ordnede typer av relasjoner som eksisterer mellom innkjøpere og leverandører på helsefeltet. Et naturlig utgangspunkt er her fremstillingen som

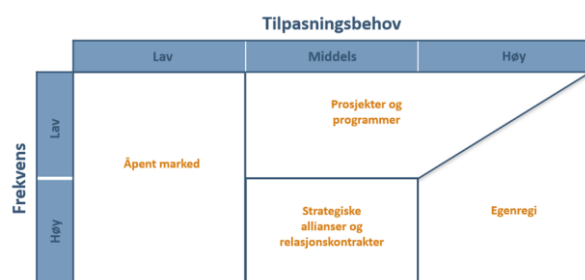
⁴⁰ Vi er ikke i stand til å identifisere tilsvarende andel av utgiftene i kommunehelsetjenesten som anvendes på legemidler på medisinsk utstyr.

presenteres i Williamson (1979)⁴¹. I dette rammeverket beskrives fire ulike typer organisatoriske former for samhandling mellom bestiller og utfører, heretter omtalt som *kontraksformer*. Disse ulike kontraksformene er knyttet til tre parametere:

- **Frekvens** – hyppigheten av interaksjoner (transaksjoner) mellom bestiller og utfører, sett fra bestillerens perspektiv.
- **Tilpasningsbehov** – hvor store kostnader leverandør og innkjøper må påta seg for å få levert i tråd med bestillers behov.
- **Usikkerhet** – grad av usikkerhet før produktet eller tjenesten blir levert (usikkerhet om f.eks. leveringstidspunkt, kvalitet eller produktgenskaper).

I analyser basert på dette metodiske rammeverket er det vanlig å fokusere på frekvens og tilpasningsbehov (og dermed anta at usikkerheten ligger på et middelnivå i enhver anskaffelse) for å forenkle fremstillinger og rammeverk. Denne forenklingen er også foretatt her.

Figur 3-5: Optimal kontraksform betinget av frekvens av innkjøp og grad av tilpasningsbehov. Illustrasjon inspirert av fremstilling i Williamson (1979). Kilde: Menon



I dette rammeverket angir grad av *tilpasningsbehov* omfanget av kapitalinvesteringer eller kostnader som påløper bestiller og/eller utfører i forbindelse med leveransen av den aktuelle varen eller tjenesten. Disse utgiftene henspiller dermed *ikke* på størrelsen på selve anskaffelsen, men på begge parter utgifter knyttet til å levere og motta varen

eller tjenesten. En anskaffelse av en vare eller tjeneste med et *lavt tilpasningsbehov* kjennetegnes av at den spesifikke identiteten til både kjøper og selger (og deres kompetanse, erfaring, eksisterende utstyr osv.) er av liten eller ingen betydning for handelen. Innenfor helseområdet vil dette gjelde for en del medisinske forbruksvarer, legemidler, standardisert medisinsk utstyr samt standardisert IKT-utstyr og programvare.

Anskaffelser med *høyt tilpasningsbehov* kjennetegnes av at leverandøren av varen eller tjenesten som etterspørres må påta seg betydelige investeringer i forbindelse med den aktuelle leveransen. Videre er den alternative verdien av disse investeringene (for leverandøren) langt lavere ved en alternativ anvendelse enn til bruk for å levere i tråd med avtalen med bestiller. Leverandøren er «låst inne» i relasjonen til bestiller, inntil leveransen er fullført og gjort opp. Denne innlåsingseffekten er imidlertid symmetrisk – den gjelder også for bestilleren. Det er kostbart for bestiller å avslutte relasjonen til en leverandør som allerede har investert i spesialisert realkapital eller kunnskap for å levere i tråd med avtalen, ettersom tilsvarende investeringer vil måtte gjennomføres av alle alternative leverandører. En slik relasjon er dekkende for en rekke kjøp den offentlige helse-sektoren i dag gjør i markedet – for eksempel kjøp av laboratorietjenester og bildediagnostikk-tjenester (i spesialisthelsetjenesten) og kjøp av omsorgsplasser i ulike deler av primærhelse-tjenesten.

I transaksjonskostnadsteorien angir *frekvens* hvor hyppig bestiller forventer at en spesifikk type transaksjon skal gjennomføres. En anskaffelse med *lav frekvens* karakteriseres av at det går lang tid mellom hver enkelt anskaffelse samt at det er få interaksjoner mellom bestiller og utfører.

For transaksjoner som gjennomføres med *høy frekvens* kan det i større grad rettferdiggjøres å

⁴¹ Williamson, Oliver, 1979: *Transaction-cost economics: The governance of contractual relations*

investere i ressurser og systemer for bestiller, for å følge opp og kontrollere leveransene. Høy frekvens kan her forstås som hyppige anskaffelser av tilnærmet like produkter eller tjenester, men også som at frekvensen av interaksjoner mellom bestiller og utfører er høy og langvarig (selv om hyppigheten av individuelle anskaffelser er lav). Eksempler på denne typen anskaffelser er spesialiserte utrednings- og kirurgitjenester som utøves av private aktører på vegne av offentlige helseforetak.

3.4. Helsenæringens erfaringer med offentlig sektor som innkjøper

I forbindelse med utarbeidelsen av denne rapporten er det gjennomført en spørreundersøkelse blant bedrifter i den norske helsenæringen. Bedriftene ble her spurt om deres erfaringer med å levere varer og tjenester til både den offentlige helsesektoren – hhv. kommunehelsetjenesten og de offentlige helseforetakene – samt til private aktører innenfor helse- og omsorgstjenester.

Ved å spørre de samme spørsmålene om både den offentlige helsesektoren og private aktører innen samme felt (behandlings- og omsorgstjenester) får vi potensielt avdekket interessante egenarter ved den offentlige helsesektorens samhandling med private leverandører.

3.4.1. Innkjøps- og bestillerkompetanse i helsesektoren

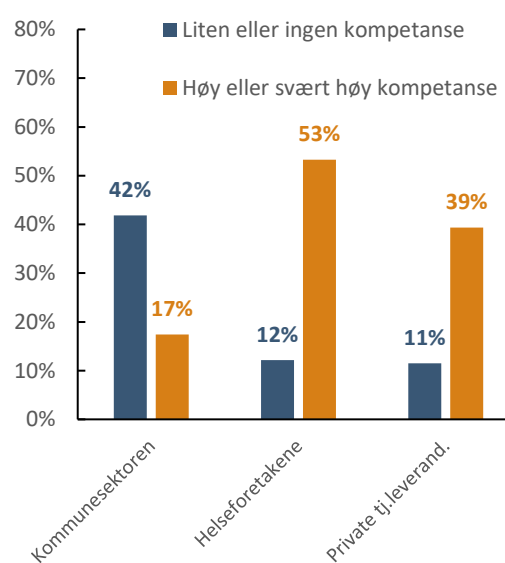
Det er ikke bare grad av *tilpasningsbehov*, *frekvensen* på anskaffelsen og nivå på *usikkerhet* (som beskrevet i kapittel 3.3) som er relevant for en bestillers beslutning om å benytte interne ressurser eller kjøpe inn tjenester fra eksterne for å løse en spesifikk oppgave i organisasjonen. Den potensielle bestillerens *kompetanse* – både av generell art (anskaffelseskompetanse) og spesifikk art (knyttet til det spesifikke produktet eller tjenesten) påvirker også denne beslutningen.

En høy anskaffelseskompetanse tilsier isolert sett at bestiller har lettere for å gå til markedet, uavhengig

av graden av tilpasningsbehov og frekvens. Tilsvarende vil bestiller ha lettere for å sikre kontroll og oppfølging av en komplisert anskaffelse dersom hen har høy spesifikk kompetanse om produktet eller tjenesten som skal skaffes til veie.

Vi finner at innkjøpskompetansen i hhv. kommunehelsetjenesten og helseforetakene vurderes svært ulikt av bedriftene i helsenæringen.

Figur 3-6: Spørsmål til bedrifter i helsenæringen: «Basert på dine erfaringer, hva er din vurdering av innkjøps-/bestillerkompetansen blant din bedrifts kunder [i følgende sektorer]?» Kilde: Menon



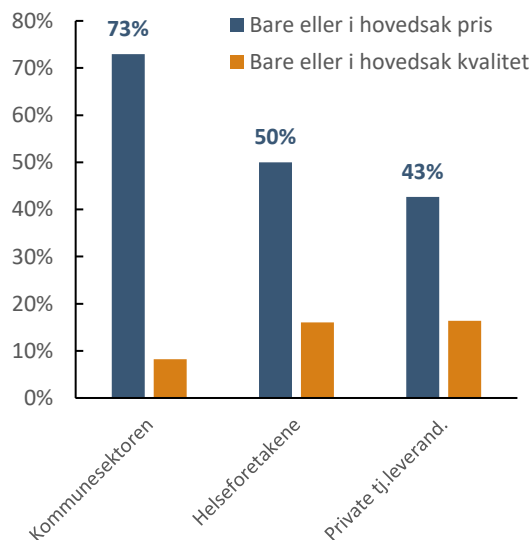
Som det fremkommer av Figur 3-6 er det en markant forskjell i vurderingen av kommunesektoren, som av over 40 prosent av respondentene oppleves å ha *liten eller ingen kompetanse*, og de offentlige helseforetakene, som av over halvparten av respondentene oppleves å ha *høy eller svært høy kompetanse*.

Det er også interessant at innkjøpskompetansen blant private helse- og omsorgsaktører vurderes som noe svakere enn i helseforetakene, men betydelig bedre enn i kommunesektoren.

3.4.2. Vektlegging av pris og kvalitet i innkjøpsprosesser

I anskaffelser over en viss størrelse er aktører i kommunehelsetjenesten og offentlige helseforetak pålagt å følge det offentlige anskaffelsesregimet. Dette innebærer en detaljert beskrivelse av hva som ønskes å anskaffes, samt konkretisering av kriteriene for valg av leverandør i anbuds-konkurransen. I anbudskonkurranser i regi av offentlige aktører i helsesektoren er det som hovedregel ulike kvalitetsindikatorer og prisnivå som oppgis å være kriteriene for valg av leverandør. Vi har spurt bedriftene i helsenæringene (som leverer varer og tjenester til den offentlige helsesektoren) om hvordan de opplever at ulike offentlige og private kunder vektet pris opp imot kvalitet i sine anskaffelser.

Figur 3-7: Spørsmål til bedrifter i helsenæringen: «I anbudskonkurranser, hvordan opplever du at følgende kundetyper vektlegger hensynet til pris opp mot kvalitet?» Kilde: Menon



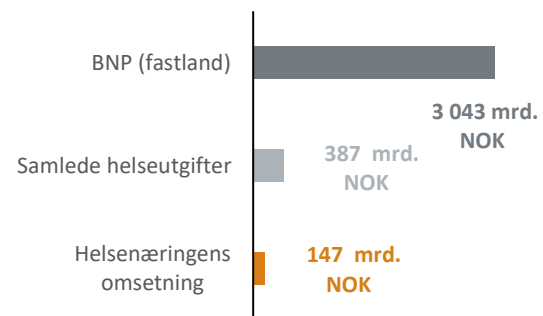
Det er en klar sammenheng i tilbakemeldingene fra bedriftene i helsenæringen. Fokuset på pris som tildelingskriterium oppleves å være langt større i kommunesektoren enn blant den offentlige delen av spesialisthelsetjenesten. Noe overraskende ser vi

også at bedriftene i helsenæringene opplever at private helse- og omsorgsbedrifter legger *mindre* vekt på pris enn sammenlignbare aktører i den offentlige delen av helsesektoren.

3.4.3. Åpenhet for å ta i bruk ny teknologi og innovasjoner

Helsesektoren utgjør en betydelig del av norsk økonomi. De samlede helseutgiftene i Norge i 2020 var på nesten 390 milliarder kroner, noe som representerer nesten 13 prosent av Norges BNP (fastland) dette året.⁴²

Figur 3-8: Helsenæringens omsetning i perspektiv. BNP-fastland, samlede helseutgifter og helsenæringens omsetning i 2020. Kilde: SSB og Menon



Utover å illustrere at helsesektoren utgjør en betydelig andel av norsk økonomi ser vi av Figur 3-8 at omsetningen i den private helsenæringen er langt lavere enn Norges samlede helseutgifter.

Av tallene for samlede norske helseutgifter (SSB) fremkommer det også at den andelen av de samlede helseutgiftene som betales direkte av *husholdningene* kun utgjorde 14 prosent av de samlede helseutgiftene i 2020. Dette beløp seg til om lag 54 milliarder kroner i 2020 – langt lavere enn helsenæringens omsetning.

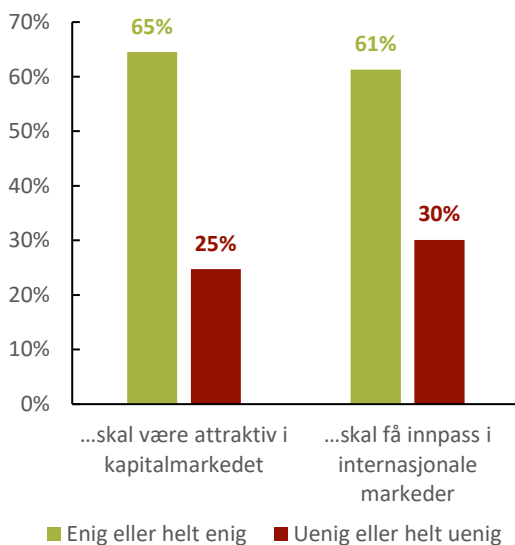
Det at helseutgiftene i Norge er langt høyere enn den private helsenæringens omsetning, og at nesten alle helseutgifter i Norge finansieres av det offentlige, impliserer at størsteparten av

⁴² SSB, se tabell 10811 og tabell 09189

helsenæringens omsetning er rettet mot den offentlige helsesektoren.

Et flertall av aktørene i helseindustrien – aktører som utvikler og produserer legemidler og teknologi til bruk i helsesektoren – er tydelige på at det å lykkes i hjemmemarkedet er viktig for å få tilgang til vekstkapital og for å kunne etablere seg i utenlandske markeder.

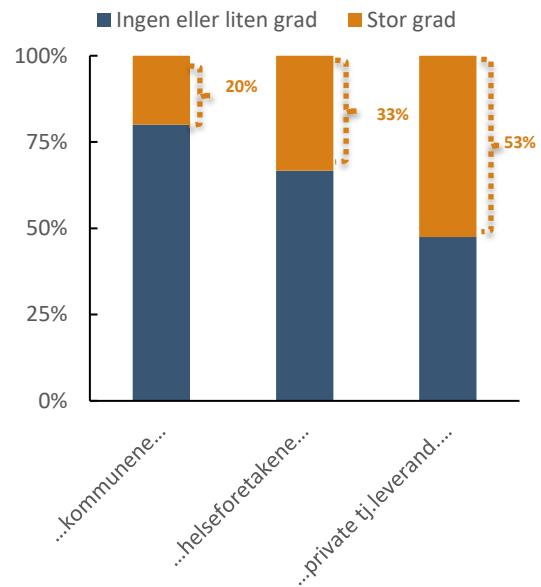
Figur 3-9: Bedrifter i helseindustriens respons på spørsmålene: «Å lykkes i hjemmemarkedet er viktig for at min bedrift...». Kilde: Menon



For å lykkes med både å hente nødvendig kapital til utvikling og produksjon og for å kunne etablere seg i *internasjonale* markeder mener et klart flertall av norske helseindustriaktører at det er nødvendig å lykkes i *hjemmemarkedet*. Et viktig premis for å lykkes i hjemmemarkedet er også å kunne utvikle innovativ teknologi og løsninger som gjør utøvelsen av helsetjenester mer effektiv.

Vi har spurt bedriftene i helseindustrien om deres erfaringer med ulike kundetyper og bedriftenes vurdering av disse kundetypernes åpenhet for å *ta i bruk nye teknologier, produkter og innovasjoner*. Resultatene viser et tydelig mønster:

Figur 3-10: Bedrifter i helseindustriens respons på spørsmålene: «I hvilken grad opplever du at [...] er åpne for å ta i bruk nye teknologier, produkter og innovasjoner?». Kilde: Menon



Et tydelig resultat fra spørreundersøkelsen er at bedriftene i helseindustrien opplever at private helse- og omsorgsbedrifter er langt mer åpne for å ta i bruk innovative løsninger og ny teknologi, sammenlignet med offentlige helsetjenesteinstitusjoner. Videre er det også en tydelig forskjell i erfaringene fra hhv. kommunesektoren og helseforetakene – hvor helseforetakene kommer tydelig «bedre» ut. Vi anser dette for å være et viktig resultat fra spørreundersøkelsen. Det er avgjørende at norske aktører i helseindustrien får tilgang til å levere løsninger og produkter til offentlige sykehus og omsorgsinstitusjoner for å utvikle seg videre og nå ut i internasjonale markeder.

Det at private helse- og omsorgsaktører er *mer villig* til å ta i bruk nye innovasjoner enn hva de offentlige motstykkene er kan medføre at deler av offentlig helsesektor drives mindre effektivt og med lavere kvalitet enn potensialet. Hva er mulige årsaker til at offentlige helseaktører i liten grad tar i bruk innovative produkter og løsninger?

Manglende evne eller vilje?

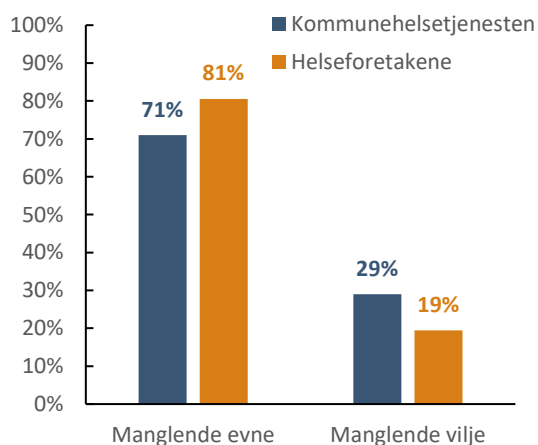
Det er naturligvis en rekke mulige forklaringer på hvorfor en enkelt offentlig behandlings- eller

omsorgsaktør i en spesifikk anskaffelse velger en aktør som tilbyr en *etablert* heller enn en *ny* løsning eller et *innovativt* produkt. Vi tror imidlertid disse årsakene langt på vei kan oppsummeres i to overordnede sammenhenger:

- **Manglende evne.** Innføring av nye teknologier vanskeliggjøres av at innkjøper har en kompleks struktur og etablerte systemer som er lite kompatible med nyutviklede løsninger. I tillegg vet vi at investeringer i sykehusbygg og medisinsk utstyr i den offentlige helsesektoren de siste årene har blitt nedprioritert til fordel for utvidelser i drift. I.e. det er lite ressurser allokert til investeringer i helseteknologi.⁴³
- **Manglende vilje.** For lav kompetanse eller interesse om det helsefaglige behovet som teknologiene og produktene er rettet mot, eller om de teknologiske mulighetene nye løsninger og innovasjoner tilbyr.

Respondentene i spørreundersøkelsen – hvorav en høy andel er leverandører til den offentlige helsesektoren – opplever selv at det særlig er *manglende evne* som er det største hinderet.

Figur 3-11: Bedrifter i helseindustriens respons på spørsmålet: «Hva er din oppfatning av årsaken til at [...] ikke i større grad tar i bruk innovasjoner?» Kilde: Menon



Av figuren ser vi at en langt høyere andel av respondentene peker på manglende *evne* heller enn manglende *vilje* som årsak til at den offentlige helsesektoren i liten grad tar i bruk innovasjoner.

Dette resultatet antyder at den offentlige helsesektoren i for liten grad evner å fornye seg og digitaliseres for å kunne ta i bruk en hel del av den nye teknologien som stadig utvikles av den private helseindustrien. Vi ser også at det særlig er de offentlige helseforetakene som oppfattes å ha en manglende *evne* til å ta i bruk innovasjoner. Dette kan trolig forklares av at helseforetakene er langt større og mer komplekse enn institusjonene i kommunehelsetjenesten og dermed har større utfordringer med å oppdatere eksisterende systemer til å være kompatible med innovasjonene som stadig utvikles av markedet.

Selv om det først og fremst er manglende *evne* som trekkes frem ser vi også at et mindretall av respondentene trekker frem manglende *vilje* som en årsak til at det i liten grad tas i bruk innovasjoner i den offentlige helsesektoren. Det er her flere som opplever at dette er tilfellet i kommunehelsetjenesten enn blant helseforetakene. Dette er i tråd med forventningene – kommunene i Norge er små og har ansvar for et stort spekter av omsorgstjenester. Mange innkjøpere i kommunene finner det trolig krevende å ha oversikt over både de faglige utfordringene i tjenestene de er ansvarlige for og innovasjonene som tilbys på disse områdene av de private helseindustriaktørene.

I dette kapitlet har vi dokumentert at industrielle leverandører til helse- og omsorgssektoren opplever at innkjøpskompetansen er lav i deler av den offentlige helsesektoren, at den offentlige helsesektoren vektlegger pris mer enn private motstykker i anskaffelser av teknologi samt at offentlige aktører opplever som mindre åpne for å ta i bruk ny teknologi enn private tjenesteleverandører. Dette siste opplever å primært å forklares av

⁴³ Riksrevisjonen (2021)

en manglende evne blant offentlige sykehus og omsorgsinstitusjoner.

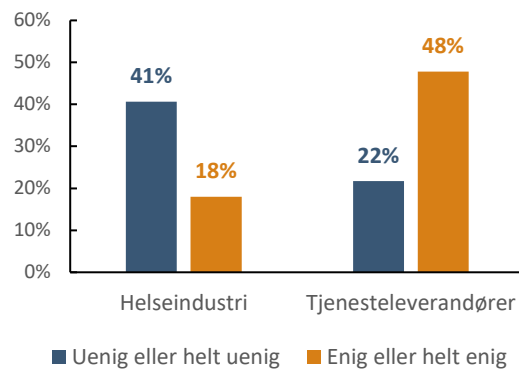
Videre ser vi nærmere på annet datamateriale om nivå og utvikling på teknologiinvesteringer i den offentlige helsesektoren. Dette er sentralt for effektiviteten av den offentlige helsesektoren så vel som for utviklingen av den norske helsenæringen. For mange av disse bedriftene er det sentralt å etablere seg i hjemmemarkedet for å kunne hente kapital til videre utvikling og vekst og for å få innpass i internasjonale markeder.

3.4.4. Tjenesteleverandører opplever økt skepsis fra kunder i offentlig sektor

Både gjennom stortingsvalgkampen og i etterkant av valget har private tjenesteleverandørers plass og rolle i den offentlig finansierte helse- og omsorgssektoren vært mye debattert. Som en del av budsjettavtalen mellom regjeringen og SV ble det for eksempel vedtatt at regjeringen skulle sette ned et utvalg for å utrede «...hvordan kommersiell drift kan utfases i ulike skattefinansierte velferdstjenester, og legge frem en nullprofittmodell for hver slik sektor...».⁴⁴

Med dette bakteppet har vi i spørreundersøkelsen spurt bedriftene i helsenæringen om hvorvidt de opplever at den offentlige helse- og omsorgssektoren har blitt mer eller mindre skeptisk til private leverandører de siste årene. Spørsmålet er stilt til bedrifter i både helseindustrien og tjenesteleverandører, og det er en markant forskjell i responsene fra de ulike delene av helsenæringen.

Figur 3-12: Bedriftene i helsenæringens respons på påstanden: «Vi opplever at våre kunder i den offentlige helse- og omsorgssektoren er blitt mer skeptiske til oss som private leverandører de siste årene». Kilde: Menon



Figur 3-12 viser at nesten halvparten av tjenesteleverandørene som deltok i spørreundersøkelsen er av den oppfatning at deres kunder i offentlig sektor (som i hovedsak er offentlige sykehus og kommuner) har blitt mer skeptiske til private leverandører de siste årene.

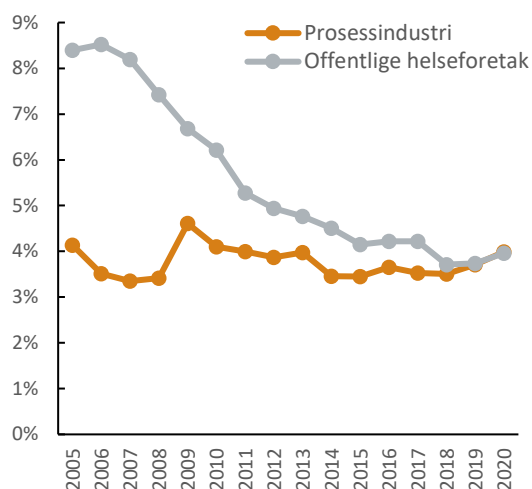
3.5. Investeringer i helseteknologi i den offentlige helsesektoren

En effektiv helsesektor i samfunnsøkonomisk forstand karakteriseres av at diagnostisering, forebygging, behandling og rehabilitering gjennomføres til riktig tid og med så høy presisjon som mulig. Ventetid og feildiagnostisering og -behandling har betydelige samfunnsøkonomiske kostnader i form av helsetap, økte helsetjenestekostnader og bortfall av pasientens arbeidsevne.

Helsetjenestens realkapital, i form av helsebygg og helseteknologi, er avgjørende for utøvelsen av effektive behandlingsforløp. Helsesektoren investerer årlig store beløp i sykehusbygg, medisinsk-teknisk utstyr og digitalisering med formål å gjøre helsetjenesten bedre og mer effektiv. Indikatorer for den siste femtenårsperioden antyder imidlertid at investeringstakten i den offentlige helsesektoren har falt.

⁴⁴ Sitat fra dokumentet «Budsjettforlik mellom AP/SP og SV 2022 – Verbaler», sv.no

Figur 3-13: Investeringer i spesialisthelsetjenesten, sammenlignet med i norsk prosessindustri. Regnskapsførte avskrivninger som andel av inntekter. Kilde: SSB og Menon



Regnskapsførte avskrivninger viser den *annualiserte* kostnaden av investeringer i realkapital. At avskrivninger som andel av samlede driftskostnader eller omsetning er fallende over tid antyder at nivåene på nyinvesteringer gradvis er redusert. Dette gir seg igjen utslag i at realkapitalen stadig blir eldre.

Av Figur 3-13 ser vi en tydelig fallende trend i avskrivningene som andel av inntektene i den offentlige spesialisthelsetjenesten fra 2005 og frem til de siste årene. At en tilsvarende trend *ikke* er gjeldende innenfor prosessindustrien viser at den fallende investeringstakten blant helseforetakene ikke er et generelt fenomen i norsk økonomi (som f.eks. kan knyttes til digitalisering), men heller fremstår å være et særtrekk ved den offentlige spesialisthelsetjenesten sammenlignet med annen kapitalkrevende virksomhet.

3.5.1. Tilstanden på medisinsk-teknisk utstyr ved norske sykehus

Ifølge SSB hadde sykehusene utgifter til kjøp og leie av medisinsk-teknisk utstyr i 2020 på litt over 660 mill. kroner. Dette tilsvarer om lag 40 prosent

av det de samme sykehusene hadde i utgifter til legemidler og medisinske forbruksvarer, men kun 0,4 prosent av de offentlige sykehusenes samlede utgifter dette året.

Riksrevisjonen har i en nylig publisert rapport undersøkt de offentlige sykehusene i Norges investeringer i blant annet medisinsk-teknisk utstyr (MTU).⁴⁵ Rapporten avdekker at gjennomsnittsalderen på MTU steg fra 2015 til 2020 i et flertall av landets helseforetak og at det er store variasjoner i gjennomsnittsalderen på maskinparken mellom ulike helseforetak. Riksrevisjonen trekker frem flere negative konsekvenser av at sykehusene i Norge har en aldrende utstyrsark av MTU.

For det første øker frekvensen av nedetid og reparasjoner for MTU når alderen på utstyret øker. Dette gir økt ventetid og dårligere diagnostisering og behandling for pasientene.

For det andre har aldrende MTU negative konsekvenser for sykehusenes økonomi, som ytterligere svekker sykehusenes finansielle handlingsrom til å gjøre gode investeringer. Det at nyinvesteringer må gjennomføres på bakgrunn av havari reduserer mulighetene for å gjennomføre strategiske og planlagte innkjøp. I tillegg reduseres mulighetene for effektivisering på sykehusene ettersom nye og ressursbesparende metoder ikke kan tas i bruk grunnet utstyrsangel.⁴⁶ Et konkret eksempel på dette er at internasjonale helseindustribedrifter stiller krav til nivå og tilstand på MTU når de velger seg ut sykehus (og land) for å gjennomføre kliniske studier. Dette for å kunne overvåke og rapportere mest og best mulig data om studien.

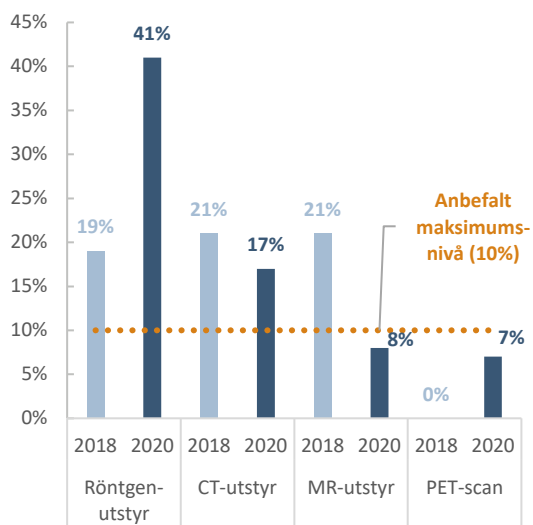
En indikasjon på i hvilken grad norske sykehus er utstyrt med pålitelig og teknologisk oppdatert MTU er alderen på maskinparken. Gjennomsnittsalderen på et sykehus' eller et helseforetaks samlede MTU-beholdning er dermed en enkel indikator for å

⁴⁵ Riksrevisjonen (2021), «Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr.

⁴⁶ *Ibid.*

evaluere tilstanden på MTU ved norske offentlige sykehus. 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.

Figur 3-14: Andelen av fire ulike typer MTU ved norske sykehus som er eldre enn ti år. Tall for 2018 og 2020. Kilde: COCIR og Menon



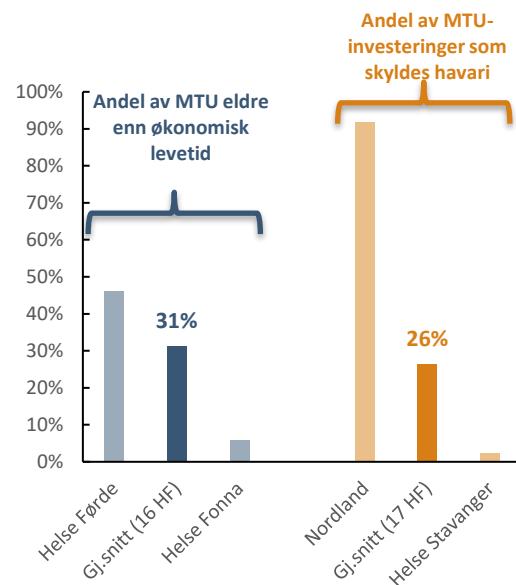
Kartlegginger av alderen på MTU ved norske sykehus i 2018 og 2020 viser et blandet bilde. Som vi ser over har andelen maskiner innen Røntgenteknologi med en alder over ti år steget voldsomt i Norge de siste årene. Over 40 prosent av Røntgenutstyret ved norske sykehus er over ti år gammelt – fire ganger så mye som anbefalingen. Tilsvarende ser vi også at andelen av PET-scan-utstyret som er over ti år gammelt har steget. Andelen var i 2020 riktignok kun syv prosent (som er lavere enn maksimumsanbefalingen) og som vi ser av Figur 3-14 var denne andelen 0 prosent i 2018.

Innen både CT- og MR-utstyr er det positivt å observere at trenden er motsatt. Andelen av denne typen utstyr som er over ti år ved norske sykehus har blitt redusert de siste årene. Forskjellen er særlig stor hva angår MR-utstyr – hvor andelen

«gammelt» utstyr har blitt redusert fra 21 til 8 prosent på kun to år.

Den ovennevnte «aldersregelen» om at maksimalt ti prosent av utstyrsparken ved et sykehus bør være eldre enn ti år er ikke nødvendigvis like presis for alle typer MTU. Flere typer MTU har for eksempel en teknisk levetid som er lengre enn ti år, noe som betyr at det ikke er grunn til å forvente at behandlingskvaliteten forringes av at det aktuelle utstyret er eldre enn ti år. For å hensynta dette har Riksrevisjonen i sin nylig gjennomførte kartlegging av MTU ved norske offentlige sykehus hentet inn informasjon om MTU-parkenes økonomiske levetid. Den økonomiske levetiden er ment å reflektere den tekniske levetiden og varierer mellom ulike typer utstyr. Riksrevisjonen har videre kartlagt hvor stor andel av utstyret ved norske helseforetak som er eldre enn dets økonomiske levetid.

Figur 3-15: Andel MTU ved norske offentlige sykehus eldre enn dets økonomiske levetid (2020) og andelen av investeringer i MTU som skyldes havari (2019). Kilde: Riksrevisjonen (2021) og Menon



Figur 3-15 viser at over 30 prosent av MTU ved de undersøkte offentlige helseforetakene i 2019 var eldre enn dets økonomiske levetid. Av Riksrevisjonens rapport fremkommer det videre at over halvparten av MTU-parken som var i bruk ved de undersøkte helseforetakene i 2020 vil være eldre

enn dens økonomiske levetid innen utgangen av 2024. Dette betyr at det vil være behov for store investeringer i MTU ved norske offentlige sykehus de neste årene.

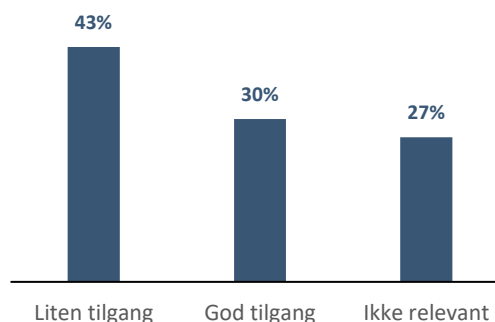
I figuren over har vi også fremstilt beregninger av andelen av MTU-investeringer som i 2019 ble gjennomført som en direkte konsekvens av havari på eksisterende utstyr. Som det fremkommer er det her store variasjoner mellom ulike sykehus. Ved Nordlandssykehuset ble over 90 prosent av MTU som ble anskaffet i 2019 kjøpt inn som konsekvens av havarier. Tilsvarende andel ved sykehuset i Stavanger var bare to prosent.

3.5.2. Legemidler – kliniske studier bidrar til å bygge næring

I regjeringens handlingsplan for kliniske studier fra 2021 presenteres det en ambisiøs målsetning om at antallet kliniske studier i Norge skal dobles i perioden fra 2021 til 2025.⁴⁷ For å oppnå dette lanseres det ni innsatsområder og 20 konkrete tiltak. Et av disse tiltakene er at det fra 2021 ble innført et økonomisk insentiv for å få gjennomført kliniske studier ved norske sykehus, rettet mot de offentlige helseforetakene.

Dette fremstår som et godt tiltak. Like fullt avslører responsene fra årets spørreundersøkelse at en urovekkende høy andel av legemiddelbedriftene opplever tilgangen til «fasiliteter til klinisk utprøving og testing som involverer mennesker» som dårlig. Som det fremkommer av figuren nedenfor, som viser fordelingen av svarene fra legemiddelbedriftene, oppgir over fire av ti respondenter at de opplever tilgangen som «liten».

Figur 3-16: Bedriftene innen utvikling og produksjon av legemidlers respons på påstanden: «Hvordan vurderer du tilgangen på fasiliteter for klinisk utprøving og testing/pilotering som involverer mennesker?». Kilde: Menon



En tolkning av tilbakemeldingene illustrert ovenfor er at bedriftene opplever at det medisinsk-tekniske utstyret ved norske sykehus er utilstrekkelig. Vi vet at store internasjonale legemiddelbedrifter stiller konkrete krav til tilgangen og nivået på medisinsk-teknisk utstyr i utvelgelsen av sykehus (og land) for gjennomføring av sine kliniske studier. Dette for å kunne overvåke og rapportere mest og best mulig data om studien. Et for stort omfang av utdatert medisinsk-teknisk utstyr ved norske sykehus kan dermed være én årsak til at en høy andel av legemiddelbedriftene opplever tilgangen på fasiliteter for klinisk utprøving som involverer mennesker som svak.

3.5.3. E-helse – digitalisering av helsesektoren

Digitalisering og teknologi i helsesektoren er trolig den fremste måten å realisere produktivitetseffekter på i sektoren. Det kan realiseres betydelige tidsbesparelser for helsepersonell ved å ta i bruk nytt utstyr og digitale løsninger, samtidig som disse løsningene har positive effekter for brukerne i form av økt behandlingskvalitet, tilgjengelighet og tidsbesparelser.

Det er en rekke eksempler på hvordan innføring av ny teknologi og e-helseløsninger har realisert både

⁴⁷ Helse- og omsorgsdepartementet (2021), *Nasjonal handlingsplan for kliniske studier*.

produktivitets- og kvalitetseffekter i den norske helsesektoren. På nasjonalt nivå er den vellykkede implementeringen av **E-resept** et godt eksempel. Ordningen øker pasientsikkerheten (og dermed kvaliteten) ved at risikoen for feilrekvirering og -utlevering reduseres i tillegg til at helsepersonell som skriver ut legemidler sparer tid og ressurser ved at de lett får oversikt over pasientens faktiske legemiddelbruk. Ifølge Norsk helsenett utskrives nesten 95 prosent av alle resepter i Norge nå elektronisk.

Implementeringen av **kjernejournal** tilgjengeliggjør kritisk pasientinformasjon på *tvers av nivåer* i helsesektoren. Informasjon om legemiddelbruk og underliggende sykdom kan være helt kritisk i akutsituasjoner. Sikker tilgang på riktig pasientinformasjon reduserer helsepersonellens tids- og ressursbruk på å innhente denne informasjonen og bidrar samtidig til å sikre at pasienter får riktig behandling i tide.

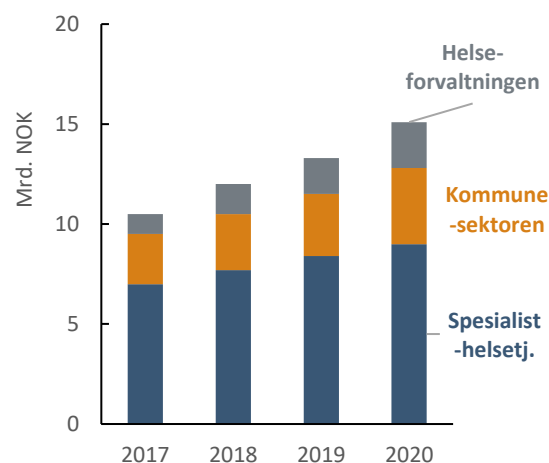
Det implementeres også stadig nye IT-løsninger og verktøy i ulike deler av helse- og omsorgstjenesten for **pasientovervåkning og digital hjemmeoppfølging** mellom bruker og helsepersonell. Flere evalueringer av innføringen av slike verktøy og systemer har dokumentert betydelige positive effekter. En undersøkelse fra en avdeling ved Drammen sykehus fant for eksempel at de ble i stand til å følge opp *13 ganger så mange pasienter*, uten å øke ressursbruken, etter innføringen av verktøy fra det norske e-helseselskapet *CheckWare*.⁴⁸ En nylig publisert evalueringsrapport om digital hjemmeoppfølging av kroniske pasienter dokumenterer tilsvarende resultater – digitale kommunikasjonsverktøy fører til færre akuttinnleggelse og mindre behov for «fysisk» oppfølging av helsepersonell i hjemmet. Det konkluderes med at investering i denne typen verktøy trolig er samfunnsøkonomisk lønnsomt.⁴⁹

⁴⁸ Direktoratet for e-helse (2022), «E-helsetrender: Utviklingstrekk 2022»

⁴⁹ Abelsen et al. (2022), «Evaluering av utprøving av digital hjemmeoppfølging: Sluttrapport»

Direktoratet for e-helse anslår de samlede utgiftene for IKT i den offentlige helsesektoren til å være om lag 15 milliarder kroner i 2020. Dette utgjorde i overkant av fire prosent av de samlede utgiftene i den offentlige helsesektoren dette året.

Figur 3-17: Samlede IKT-utgifter i den offentlige helse- og omsorgssektoren. Kilde: Direktoratet for e-helse



Figuren ovenfor viser at IKT-utgiftene i helsesektoren har steget kraftig de siste årene (om lag 13 prosent årlig vekst). I lys av pandemien, som vedvarte gjennom hele 2021, er det også grunn til å forvente at denne veksten ikke avtok i 2021.

At det har blitt investert betydelige summer i IKT i helsesektoren de siste årene er ikke ensbetydende med at det ikke er et potensial for å realisere ytterligere samfunnsøkonomiske grep på IKT-området i denne sektoren. Et område som trekkes særlig frem av Direktoratet for e-helse er den digitale samhandlingen mellom ulike institusjoner i helsesektoren.⁵⁰ Løsninger og infrastruktur som tilgjengeliggjør all relevant pasientdata for fastlege, sykehus og omsorgsinstitusjoner vil bidra til å sikre trygg og riktig behandling for pasienten samtidig

⁵⁰ Intervju med divisjonsdirektør i Direktoratet for e-helse (effektivvelferd.no, 2019), «Digitalisering er nøkkelen»

som helse- og omsorgspersonell sparer tid på å innhente og formidle pasientinformasjon.

Pandemiens effekt på implementering av e-helseløsninger

Pandemiens inntog i Norge medførte at helse-sektoren «over natten» måtte finne nye måter å samhandle med pasienter på. Nye løsninger som tidligere har vært vurdert som «umulig å utvikle og innføre på så kort tid» ble i etterkant av mars 2020 tatt i bruk på rekordtid – især e-konsultasjons- og videoløsninger:

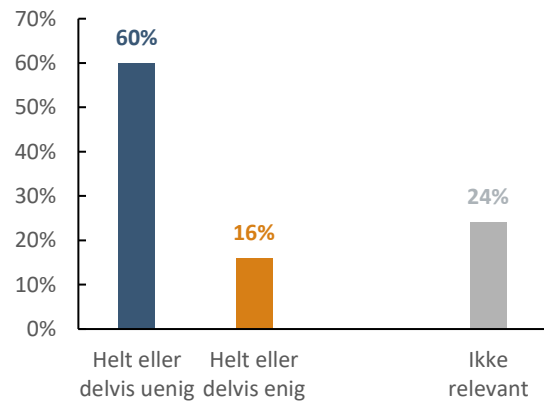
Bare én uke etter at Norge stengte ned i mars 2020 økte antall digitale konsultasjoner med over 300 prosent sammenlignet med uken før. I den uken var det da i snitt 20 000 digitale konsultasjoner daglig (*Direktoratet for e-helse*).

Gjennom pandemien fikk også vesentlig flere nordmenn erfaring med allerede eksisterende e-helseløsninger. Blant annet hadde fellesløsningen helsenorge.no en sterk vekst i sine tjenester. Antall innlogginger på helsenorge.no mer enn doblet seg.



Den norske e-helsebransjen oppfatter selv at tilgangen til helsedata er viktig for å utvikle innovative løsninger og systemer, som igjen kan kommersialiseres i både Norge og i eksport-markedene.

Figur 3-18: Norske teknologibedrifter innen e-helsefeltets vurdering av påstanden: «Det er god tilgang på helsedata og andre typer data i Norge». Kilde: Menon



Av Figur 3-18 ser vi at kun en liten minoritet av norske e-helsebedrifter er enige i påstanden om at tilgangen på helsedata i Norge er god.

I de åpne svarene som også var en del av spørreundersøkelsen utdyper en av respondentene nærmere om tilgangen til helsedata. Hen trekker frem at e-helsedirektoratet fremstår mer som en bremsekloss enn en tilrettelegger hva angår å tilgjengeliggjøre helsedata for private aktører.

Det er videre interessant å observere at respondentene med virksomhet innen digital helse er mer negativ til påstanden om at tilgangen på helsedata er god i Norge, sammenlignet med andre respondenter i den norske helseindustrien (legemidler og medisinsk utstyr). Én tolkning her er at produsenter av legemidler og medisinsk utstyr primært anser datatilgang som nødvendig i enkelte faser i innovasjonskjeden, mens de digitale aktørene i større grad er avhengige av dataene kontinuerlig.

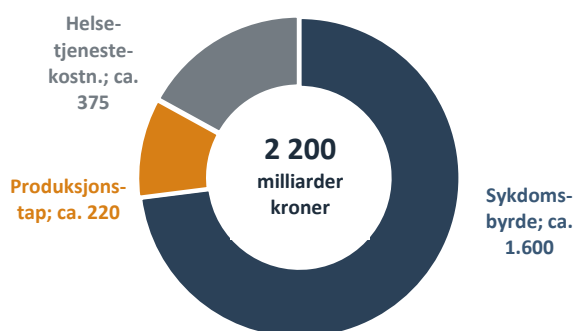
4. Helsenæringens viktigste samfunnsbidrag er å sikre befolkningen god helse

I de foregående kapitlene har vi diskutert helsenæringens bidrag til norsk økonomi i form av verdiskaping, arbeidsplasser og effektivitet i den offentlige helsesektoren. I det videre ser vi nærmere på hvordan helsesektoren og helsenæringen skaper verdi ved å redusere samfunnskostnadene knyttet til sykdom og ulykker og sikre befolkningen flest mulige gode leveår.

4.1. Samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til helse

Menon har tidligere estimert de samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til sykdom og ulykker til om lag 2200 milliarder kroner per år (2021).⁵¹ For å sette dette tallet i perspektiv kan vi se det opp mot Norges BNP, som er litt over 3000 milliarder kroner. Figur 4-1 illustrerer hvordan de totale kostnadene knyttet til sykdom og ulykker fordeler seg mellom tre ulike kategorier:

Figur 4-1: Samlede samfunnskostnader av sykdom og ulykker i Norge i 2021. Kilde: Menon



⁵¹ (Menon, nr. 39/2021, 2021)

1. **Sykdomsbyrde.** Den økonomiske verdien av befolkningens samlede tapte leveår og helsetap («kvalitetsjusterte/helsejusterte leveår») i 2021.
2. **Produksjonstap.** Den reduserte verdiskapingen ved at personer i arbeidsfør alder ikke arbeider pga. sykefravær, uførhet eller tidlig død.
3. **Helsetjenestekostnader.** Samlet ressursbruk i helse- og omsorgstjenestene.

Som dokumentert i en rekke stortingsmeldinger, rapporter, artikler og avisinnlegg er det ventet en kraftig økning i *forsørgerbyrden*⁵² i Norge de neste tiårene. En kombinasjon av en eldre befolkning og økt levealder i Norge vil også føre til en merkbar økning i andelen innbyggere med kroniske og sammensatte sykdommer i denne perioden. Vi skal altså løse store helseutfordringer med færre hender og mindre skatteinntekter til stat og kommune. Helsenæringen kan og bør bli en viktig del av løsningen på denne bærekraftutfordringen.

Verdien av helsenæringen i denne sammenheng kan i hovedsak knyttes til i hvor stor grad nye tjenester, teknologier, legemidler og andre løsninger, innovasjoner, kan redusere de negative konsekvensene av sykdom og ulykker og øke produktiviteten til helsesektoren slik at vi kan få mer helse for mindre ressursinnsats. I dette kapitlet skal vi derfor se nærmere på hvordan helsenæringen har vært, og er, en sentral del av løsningen for å forbedre folkehelsen og redusere den såkalte *sykdomsbyrden*, et begrep som har blitt godt kjent gjennom pandemien, i Norge. Først ser vi

⁵² Forsørgerbyrde: Andelen innbyggere over 65 år og under 19 år som andel av befolkningen i yrkesaktiv alder (20-65 år).

på hva sykdomsbyrden i Norge består av, og hvilke helseutfordringer vi forventer vil øke i årene fremover.



4.1.1. Sykdomsbyrden i Norge

Sykdomsbyrde er et begrep som beskriver hvordan sykdom og skader påfører befolkningen et nyttetap, eller tap av *velferd* som man snakker om i økonomisk teori. Sykdomsbyrden måles i *helsetapsjusterte leveår* (DALYS).⁵³ DALYS er summen av tapte leveår grunnet tidlig død (YLL)⁵⁴ og tapt livskvalitet grunnet ikke-dødelig helsetap (YLD)⁵⁵. Kreft og hjerneslag er eksempler på sykdommer som fører til tapte leveår (YLL), mens muskel- og skjelettsykdommer og migrene er typiske eksempler på sykdommer som ikke fører til dødsfall, men som gir redusert livskvalitet i form av smerte og nedsatt funksjonsevne.⁵⁶

Ved økonomisk verdsetting av liv og helse er det vanlig å ta utgangspunkt i helsetapsjusterte leveår (DALY), eller kvalitetsjusterte leveår (QALY).⁵⁷ Ett år med perfekt helse er verdsatt av Helsedirektoratet til 1,3 millioner kroner.⁵⁸

I Norge jobbes det kontinuerlig med å fremme befolkningens helse, ved å avdempne faktorer som fremmer psykisk og somatisk sykdom, lidelse eller skade, eller beskytte mot helsetrusler. Under pandemien erfarte vi dette gjennom påbudt

karantene, isolasjon og hjemmekontor. Både under og etter pandemien har det vært mye diskutert om tiltakene i pandemien var for strenge, da disse tiltakene hadde store konsekvenser for folkehelsen i form av redusert livskvalitet (YLD). Dette i form av blant annet ensomhet og frykt for en økning i prevalensen av psykiske lidelser.⁵⁹

Det globale sykdomsbyrdeprosjektet *Global Burden of disease, Injuries and Risk Factors Study (GBD)*⁶⁰ gir en detaljert oversikt over sykdomsbyrden i 195 land. Her fremkommer oversikter over hvilke sykdommer og skader vi dør av og lever med i ulike land.⁶¹ Resultater for Norge fra 2019 viser at kreft, psykiske lidelser og ruslidelser og muskel- og skjelettsykdommer er de største kildene til sykdomsbyrde i Norge.⁶² Den samlede sykdomsbyrden i Norge i 2019 ble anslått til litt over 1,3 millioner DALYS. De ti sykdommene listet opp i tabellen nedenfor representerte alene til sammen 84 prosent av den totale sykdomsbyrden i Norge.

Tabell 4-1: Sykdomsbyrde i Norge - DALY - alle aldre og kjønn - nivå 2 (Global burden of disease, 2019)

Sykdom/skade	Antall DALY	Andel
1. Svulster (kreft)	249 846	18,3 %
2. Hjerter- og karsykdommer	188 308	13,8 %
3. Muskel- og skjelettsykdommer	133 710	9,8 %
4. Psykiske lidelser	110 510	8,1 %
5. Andre ikke-smittsomme sykdommer	106 814	7,8 %
6. Nevrologiske sykdommer	105 900	7,7 %
7. Utiliserte skader	82 671	6,0 %
8. Lungesykdommer	73 970	5,4 %
9. Diabetes, urogenitale, blod- og endokrine sykdommer	56 479	4,1 %
10. Fordøyelses-sykdommer	40 340	3,0 %
Resterende sykdomsgrupper	218 052	16,0 %

⁵³ På engelsk: «disability adjusted life years» (DALYS)

⁵⁴ «Years of life lost from mortality» (YLL)

⁵⁵ «Years lived with disease» (YLD)

⁵⁶ (WHO, 2022)

⁵⁷ DALY og QALY er paralleller: Dersom DALY=0 er det ingen helsetap. Dette er ekvivalent med QALY=1 – et leveår uten noe helsetap

⁵⁸ (Helsedirektoratet, 2018)

⁵⁹ (Folkehelseinstituttet, 2020)

⁶⁰ (The Lancet, u.d.)

⁶¹ (The Lancet, 2018)

⁶² (Folkehelseinstituttet, 2016)

Selv om vi de siste par årene har fått oppleve at et smittomt virus kan skape enorme negative helsekonsekvenser, er allikevel den totale sykdomsbyrden i Norge dominert av ikke-smittomme sykdommer.⁶³ Dette må sees i sammenheng med utbredt vaksinerings av befolkningen og tilgang til antibiotika, samt at omfanget av livsstilssykdommer i en befolkning øker i takt med økonomisk vekst og levealder. Norge er et av landene med høyest forventet levealder i verden. En betydelig andel av Norges befolkning lever også mange år med sykdom.⁶⁴ De siste årene har sykdomsbyrden for mange tilstander som medfører tapte leveår sunket, dette skyldes i stor grad at stadig færre dør av kreft og hjerte- og karsykdommer⁶⁵.

Hjerte- og karsykdommer, kreft, kols og diabetes er sykdomsgrupper som øker for alle aldersgrupper i Norge. Disse står for en høy andel av medisinske konsultasjoner og også for to av tre dødsfall i Norge.⁶⁶ Forekomsten av både kols og diabetes er ventet å holde seg høy i årene fremover. Dette som en følge av at antallet eldre i Norge øker. Flere vil også leve lenger med kreftdiagnoser framover, da bedre behandlingsmetoder gjør at flere overlever sykdommen.⁶⁷ Det er en positiv utvikling i hjerte- og karsykdommer, færre får et stort og livstruende infarkt og færre dør av hjerneslag.⁶⁸ På den andre siden forventes antallet som lever med hjerte- og karsykdom å øke, dette skyldes også i hovedsak en eldre befolkning.

Muskel- og skjelettsykdommer er en av de vanligste årsakene til sykefravær og uføretrygd i Norge i dag og dermed også en stor del av det ikke-dødelige helsetapet i befolkningen.

Psykiske lidelser er i dag den fremste årsaken til helsetap blant barn og unge, samt voksne i arbeidsfør alder. Utviklingsveiene for psykiske lidelser er usikre. Det rapporteres ofte i mediene om en generell økning i psykiske plager, men økningen kan

like godt være en gjenspeiling av underbehandling i tidligere år, eller organiseringen av helsevesenet. På den andre siden har vi sett at andelen nye uførepensjoner og andelen sykefravær har økt som følge av psykiske lidelser.

Disse utviklingstrekkene har stor betydning for etterspørselen etter helsetjenester i årene fremover.

Demens

Demens er en av de viktigste årsakene til tapte leveår i Norge. Det er en stor påkjenning både for dem som rammes, men også for de pårørende, helse- og omsorgstjenesten og ikke minst samfunnet. Det anslås at antall personer med demens er om lag 101 000.* Menon har tidligere estimert de samlede samfunnskostnadene knyttet til demens til 113 milliarder kroner i 2020.** I tillegg har den samlede pårørendebyrden for demens vist seg å koste totalt 28 milliarder kroner, hvorav de pårørendes sykdomsbyrde utgjør 14 milliarder, uformell pleie 10 milliarder, og produksjonstap og helsetjenestekostnadene utgjør 2 milliarder hver. Med forventninger om at det vil bli flere eldre i årene som kommer vil forekomsten av demens i Norge øke til nærmere 230 000 personer i 2050.*** På samme måte som forekomsten av demens vil fordoble seg vil også samfunnskostnadene nesten fordoble seg og nå en verdi på 182 milliarder kroner.**



*Demensplan 2025,

**Menon 64/2020

***Aldring og helse (2020), Forekomst av demens i Norge)

⁶³ (Folkehelseinstituttet, 2016)

⁶⁴ (Folkehelseinstituttet, 2016)

⁶⁵ (Dødsårsaksregisteret, 2021)

⁶⁶ (Folkehelseinstituttet, 2018)

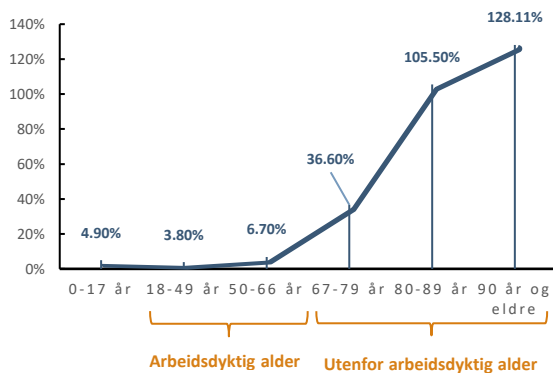
⁶⁷ (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018)

⁶⁸ (Inger kristine Holtermann Ariansen, 2021)

4.1.2. Økende etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester

Gjennom de to foregående årene har vi vært preget av en akutt helsekrise, der vi alle har forstått hvilke konsekvenser et overbelastet helsevesen har for samfunnet. Dette begrepet – *et overbelastet helsevesen* – vil neppe miste sin aktualitet i tiårene fremover. Norges befolkning vil framover bli eldre. Figur 4-2 viser økning i befolkning per aldersgruppe, og som vist vil den eldre delen av befolkningen øke betydelig sammenlignet med den yngre.

Figur 4-2: Økning i befolkningen pr. aldersgruppe fra 2020 til 2040. Tall basert på befolkningsframskriving etter SSBs hovedalternativ. Kilde: SSB



Jo eldre man blir jo større er sannsynligheten for å bli rammet av sykdom. Figur 4-2 gir et bilde på hvordan en eldre befolkning vil påvirke helse-sektoren i Norge på to måter:

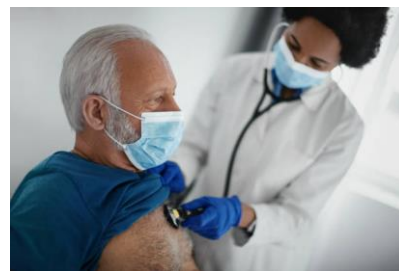
- Andelen av befolkningen som er i arbeidsdyktig alder vil gå ned, dels som en følge av hva noen omtaler som en «yngre-krise» (reduerte fødselstall).
- En økt forventet levealder i Norge vil øke behovet for helsetjenester.⁶⁹

⁶⁹ (Finansdepartementet, 2021)

Hjerte- og karsykdom

Det er nær 1,2 millioner nordmenn som bruker legemidler for å forebygge eller behandle hjerte- og karsykdom. Det har vært en stor nedgang i dødelighet av hjerte- og karsykdom de siste tiårene, men i samme takt har andelen som lever med slike sykdommer økt.*

Samfunnskostnadene knyttet til hjerte- og karsykdommer er nylig beregnet til 122 milliarder kroner, der sykdomsbyrden utgjorde 73,5 milliarder. Med en aldrende befolkning er dette ventet å øke betydelig.**



*Menon 37/2020

** Oslo Economics (2022)

4.1.3. Helse og sysselsetting

Arbeid er en viktig bærebjelke i menneskers liv, både med hensyn til personlig økonomi og for helsen. Det er helsefremmende å være i arbeid, selv om man er rammet av langvarig sykdom eller har funksjonelle begrensninger. Det er velkjent at mennesker som går arbeidsledig grunnet sykdom også vil få en negativ effekt som følge av tap av kompetanse, økte helseproblemer og økt risiko for frafall fra arbeidslivet. De positive helseeffektene av arbeid gjelder særlig for mental helse og for å forhindre utviklingen av depresjon.⁷⁰

Som nevnt innledningsvis utgjør *produksjonstapet* 10 prosent (220 milliarder kroner) av samfunns-kostnadene knyttet til sykdom og ulykker (Figur 4-1). Produksjonstapet er kostnadene knyttet til den tapte verdiskapingen som konsekvensene av sykdommer og ulykker påfører samfunnet. Tapet

⁷⁰ (Noordt, IJzelenberg, Droomers, & Proper, 2014)

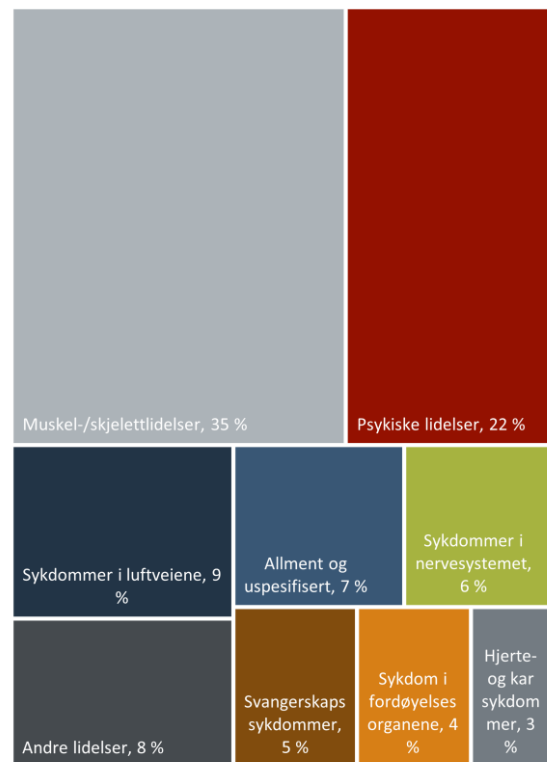
oppstår når et individ i arbeidsfør alder har sykdom eller skader som reduserer individets arbeidsevne. Det er vanskelig å finne et nøyaktig tall for produksjonstapet i en økonomi som følge av sykdom og skader.

Ett utgangspunkt her er NAVs samlede utbetalinger som følge av sykdom og uførhet. I 2021 beløp dette seg til om lag 190 milliarder kroner.⁷¹ I tillegg kommer bedriftenes ekstrakostnader som følge av midlertidig sykefravær. Dette beløper seg til betydelige summer, noe som synliggjøres av NHOs anslag på en bedrifts ekstrakostnader på 17 000 kroner for én uke sykefravær for en arbeidstager i 2020.⁷²

Det faktiske produksjonstapet, i form av tapt verdiskaping, er imidlertid større enn NAVs samlede utbetalinger knyttet til sykdom og uførhet og bedriftenes lønnskostnader ifm. sykefravær. En arbeidstagers verdiskapingsbidrag er summen av arbeidstagerens lønn og bidrag til arbeidsgivers overskudd. Bortfallet av arbeidstagers bidrag til arbeidsgivers overskudd som følge av sykefravær er naturligvis svært vanskelig å anslå på et nasjonalt nivå. Menon har anslått det samlede produksjonstapet som følge av sykdom og skader i 2021 i Norge til 220 milliarder kroner, men anser dette for å være et konservativt estimat.

Det er åpenbart et stort potensielt arbeidstilbud Norge mister grunnet sykdom og uførhet, og det er noen sykdomsgrupper som i større grad fører til sykemeldte og uføre. Figur 4-3 gir en oversikt over tapte dagsverk til sykdom, fordelt på ulike sykdomsgrupper i 2021.

Figur 4-3: Tapte dagsverk grunnet sykefravær, etter diagnose. Tall for 2021. Merk: Kun legemeldt sykefravær. Kilde: NAV



Muskel- og skjelettlidelser har lenge vært den fremste årsaken til sykefravær og uførhet i Norge, og sykdomsgruppen er estimert til å ramme over én million nordmenn. Dette er også den enkelt-sykdomsgruppen som samlet sett har høyest samfunnskostnader. Menon har tidligere utredet samfunnskostnadene knyttet til muskel- og skjelett-sykdommer og estimerte dette til 255 milliarder kroner i 2016 (se tekstboks på neste side).⁷³

Oppsummert er arbeidsledighet en stor belastning for individet som går arbeidsledig, som følge av tap av kompetanse, økte helseproblemer og økt risiko for frafall fra arbeidslivet. Arbeidsledighet gir også større tilstrømninger til helserelevante ytelser, noe som ikke bare er en byrde for individet, men også for samfunnet. I tiden framover vil det derfor være helt avgjørende å redusere byrden av sykdom i

⁷¹ NAV, statistikk over utbetalinger i Norge fordelt på ulike stønadstyper. Vi inkluderer sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd her.

⁷² Anslaget bygger på en studie gjennomført av SINTEF i 2011 (Hem, 2011), fremskrevet til 2020. Se NHOs nettsider: «Hva koster sykefravær?»

⁷³ Menon 31/2019

Norge. Helsenæringen kan og bør være en løsning på dette.

Muskel- og skjelettsykdommer: Rammer flest – koster mest

Muskel- og skjelettsykdommer er av de aller største samfunnsmedisinske utfordringene i det norske samfunnet, og er også den sykdomsgruppen som rammer flest – over 1 million nordmenn. Muskel- og skjelettsykdom rammer de fleste eldre, men forekomster er høyest blant de eldre, blant annet har halvparten av kvinner over 70 år slike plager. Sykdomsgruppen utgjorde rundt 10 prosent av det samlede helsetapet (DALY) i Norge i 2019, og er den største enkeltårsaken til sykefravær i Norge.



Biologiske legemidler har bidratt til mange bedre leveår, men konsekvensene av sykdommer er fortsatt store. Sykdommens samlede samfunnskostnad er estimert til 255 milliarder kroner: 167 mrd. i sykdomsbyrde, 71 mrd. i produksjonstap og 18 mrd. i helsetjenestekostnader.

Forekomsten av muskel- og skjelettsykdommer er ventet å øke i årene fremover, som en konsekvens av den forventede eldrebølgen, samt at det forventes at utbredelsen av sykkelig overvekt fortsetter de neste tiårene.

**Menon 31/2019*

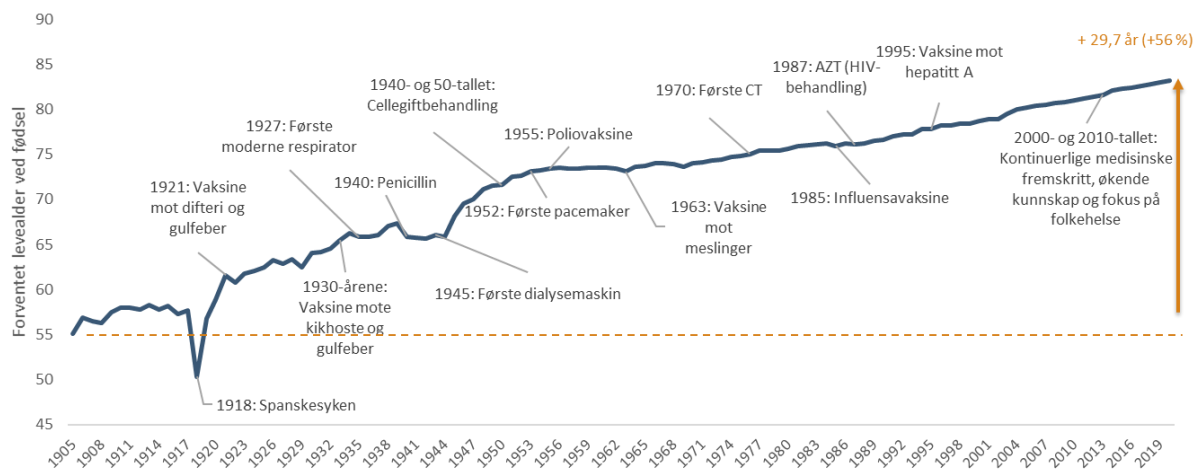


4.1.4. Innovasjon har bidratt til økt levealder de siste 100 årene

Helseinnovasjoner, «nye metoder», har de siste hundre årene bidratt til å endre vårt samfunn fundamentalt: mens man tidlig på 1900-tallet kunne dø av en liten infeksjon i en finger, har antibiotika og mange ulike metoder og forbedringer bidratt til å gi nordmenn 30 ekstra leveår.

at for hver dollar som blir investert i vaksiner, får man som samfunn i lav- og mellominntektsland nesten 20 dollar tilbake gjennom sparte helseutgifter og økt produktivitet i økonomien. Inkluderer man i tillegg sykdomsbyrden (helsetap og død) vil 1 dollar investert i vaksiner spare over 50 dollar for samfunnet.⁷⁵ Dette virkeliggjør hvor mange liv som blir spart som følge av utvikling av vaksiner, selv om dette ikke nødvendigvis er direkte

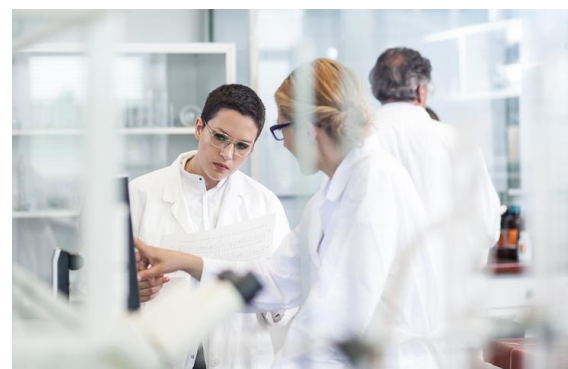
Figur 4-4: Forventet levealder ved fødsel i Norge. Begge kjønn. Kilde: The Human Mortality database og FHI



Oppdagelsen av antibiotika har revolusjonert behandlingen av infeksjonssykdommer, og er et av legemidlene som har spart flest liv. Et bilde på hvor verdifull oppdagelsen av antibiotika har vært for menneskeheten er anslag for hvor stort det globale helsetapet kan bli, som en konsekvens av antibiotikaresistens. En rapport gitt ut i 2016 anslår at så mange som 50 millioner liv kan gå tapt hvert år innen 2050 grunnet økende resistens mot antibiotika.⁷⁴

Utover oppdagelsen av antibiotika har også utviklingen av vaksiner mot en rekke barnesykdommer nær utryddet sykdommer som kopper, difteri, meslinger og kikhoste. Disse oppdagelsene har spart millioner av menneskeliv, og distribusjon av allerede kjent vaksineteknologi bidrar fremdeles til enorme samfunnsøkonomiske gevinster. En nylig gjennomført studie med nedslagsfelt i 94 land fant

overførbart til norske forhold i dag. Den stadige utviklingen og implementeringen av medisinske fremskritt i Norge gjennom de siste hundre årene er den sentrale årsaken til at den forventede levealderen i Norge har steget med mer enn 29 år siden begynnelsen av 1900-tallet.



⁷⁴ (O'Neill, 2016)

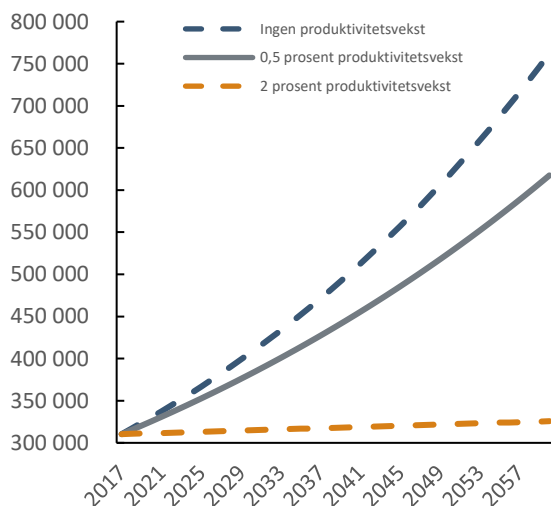
⁷⁵ (Sim, Watts, Constenla, Brenzel, & Patenaude, 2020)

4.2. Den norske helsenæringens viktige bidrag

Helseinnovasjoner har gitt noen av de største fremskrittene for vårt samfunn de siste tiårene og et betydelig løft for den norske folkehelsen som eksemplifisert i Figur 4-4. Pandemien har også minnet oss på at det er få andre områder i samfunnet hvor teknologiske gjennombrudd har en så fundamental betydning for våre liv. I tiårene framover vil Norge stå overfor en kraftig økning i etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester, samtidig som en lavere andel av befolkningen vil stå i jobb. Det vil derfor si at økt ressursbruk alene ikke er en bærekraftig løsning for å møte disse utfordringene, noe som belyses i perspektivmeldingen 2021.⁷⁶

Innovasjon, som gir mer helsehjelp til befolkningen per ansatt i helse- og omsorgssektoren, vil være helt avgjørende.

Figur 4-5: Framskriving av etterspørsel etter arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren mot 2060 med ulike grader av produktivitetsveksts. Kilde: SSB/ Menon



Basisscenarioet til SSB legger til grunn 0,5 prosent produktivitetsvekst per år de neste tiårene (Figur 4-5). I dette scenarioet vil vi trenge flere hundre tusen nye årsverk til helse- og omsorgssektoren. Vi har imidlertid hatt en vesentlig lavere produktivets-

vekst enn dette i mange år. Får vi ikke realisert gevinster fra helseinnovasjon kan vi få behov for 150 000 årsverk mer enn i basis-scenarioet til SSB. På den annen side: figuren illustrerer også at hvis vi lykkes bedre med å skape innovasjonsgevinster i årene fremover, så kan vi redusere utfordringene vi står overfor betydelig. Klarer vi å realisere en produktivetsvekst på to prosent per år, så har vi ikke lenger et ressursproblem.

4.2.1. Helseinnovasjoner – en kilde til økt produktivitet

Helseinnovasjoner kan gjøre diagnostisering, behandling, forebygging eller rehabilitering mer effektivt enn tidligere, for eksempel ved å forbedre eksisterende prosesser, eller gjennom helt nye metoder. Det innebærer at det er mulig å oppnå bedre resultat med samme ressursbruk som før. På den måten kan vi møte fremtidens etterspørsel og øke produksjonen av helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte.

I de neste delkapitlene trekker vi frem konkrete eksempler på hvordan innovasjoner i ulike deler av helsenæringen bidrar til nettopp å øke produksjonen av helse- og omsorgstjenester.

4.2.2. Kliniske studier som bidrag til økt livskvalitet

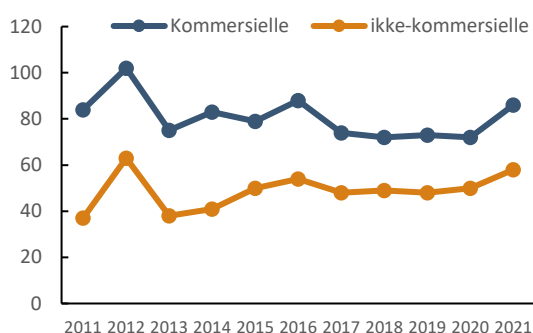
Kliniske studier er et av de viktigste virkemidlene vi har for å få sikker kunnskap om tryggheten og effektiviteten til legemidler, kirurgiske prosedyrer, rehabiliteringsmetoder eller medisinsk utstyr.⁷⁷ Ettersom gjennomføring av kliniske studier er administrativt omfattende og svært kostbart, finansieres dette i hovedsak gjennom forskningsmidler som utlyses regionalt, nasjonalt eller internasjonalt. Når det er snakk om kliniske studier som gjennomføres på mindre pasientpopulasjoner finansieres de i noen tilfeller innenfor helse-

⁷⁶ Meld. St. 14 (2020-2021)

⁷⁷ (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021)

foretakens samlede rammer.⁷⁸ En stor andel av kliniske studier finansieres og initieres imidlertid av helsenæringen: legemiddelindustrien står bak rundt 60 prosent av de kliniske studiene som gjennomføres ved norske sykehus.⁷⁹ Figur 4-6 illustrerer utviklingen i antall søkte kliniske studier de siste ti årene, fordelt på henholdsvis kommersielle og ikke-kommersielle aktører.

Figur 4-6: Antall søkte kliniske studier fordelt på kommersielle og ikke-kommersielle sponsorer. Kilde: Statens legemiddelverk (SLV)



Kliniske studier gir en rekke gevinster for samfunnet: for pasienter, helsepersonell og sykehusene som fasiliterer disse studiene. Disse effektene ble kartlagt av Menon i en rapport publisert i 2017.⁸⁰

For det første øker behandlingskvalitet for pasientene som deltar i kliniske studier. Dette både som en konsekvens av at legemiddelet som testes forventes å gi en økt behandlingskvalitet, men også gjennom tettere oppfølging enn pasienter under standard behandling mottar.

For det andre bidrar industrifinansierte studier til å øke kompetansen hos helsepersonell og fører til at nye og bedre metoder raskere tas i bruk på sykehusene som gjennomfører disse studiene. Dette gir også en merverdi for pasientene.

For det tredje øker kapasiteten i helsevesenet som følge av ressurser som overføres fra industrien til sykehusene.

For det fjerde medfører gjennomføringen av kliniske studier en høyere forskningsaktivitet ved sykehusene som gjennomfører studiene.

For det femte bidrar kliniske studier til næringsutvikling som gir sysselsetting og verdiskaping.

Kliniske studier er helt avgjørende for å forbedre helse, forlenge livet og redusere sykdomsbyrde, da det i stor grad er kliniske studier som gir oss innsikt og svar på sikkerheten og effektiviteten til legemidler og andre terapier. I tekstboksene nedenfor beskrives to eksempler på banebrytende forskning som har gitt et markant løft til folkehelsen.

Kontrastvæske – Et bidrag til mer treffsikre diagnoser

Kontrastmiddel brukes for å øke kontrasten mellom ulike vev og organer og bedrer den diagnostiske kvaliteten ved en rekke medisinske bilde-undersøkelser.⁸¹ På 1960-70-tallet oppfant en forskergruppe fra Nycomed (tidligere Nygaard & Co) røntgenkontrastmiddelet, Omnipaque. Dette var et resultat av satsing på egen forskning, og et gjennombrudd for røntgenkontrastmidler med færre bivirkninger.⁸²

GE Healthcare kjøpte opp Nycomed i 2004 og er verdensledende i produksjon av basis for røntgenkontrastmidler. Rundt hele verden, hvert sekund, settes det flere doser med kontrastmiddel til røntgen. Til sammen er det rundt 30 millioner mennesker som hvert år får hjelp av basisen for røntgenkontrastmiddelet produsert på Lindesnes. Dette har reddet og vil fortsette å redde utallige liv over hele verden.⁸³

⁷⁸ (Helsedirektoratet, 2021)

⁷⁹ (Legemiddelindustrien, 2020)

⁸⁰ (Menon Economics, nr. 59/2017, 2017)

⁸¹ Haanæs, 2020, Artikkel fra forskning.no. Se «Forskerne fant en bedre måte å lage kontrastmiddel til røntgen»

⁸² (Amdam & Sogner, 1994)

⁸³ Tunmo, 2006, "GE-digen kontrast"

Pasientnær analyse av NT-proBNP

I dag er det standard i klinisk praksis å diagnostisere hjertesvikt med hjelp av en biomarkøranalyse, men dette var ikke tilfellet noen tiår tilbake. Dagens bruk av biomarkøren NT-proBNP i diagnostikk og monitorering av hjertesvikt er et resultat av norsk forskningsarbeid som foregikk hovedsakelig på 90-tallet ved Institutt for kirurgisk forskning på Rikshospitalet. Etter banebrytende forskning på hormoner i blodet før og under hjertesvikt, kom forskerne på sporet av en kobling mellom nivået av NT-proBNP i blodet og ulike sykdomsstadier ved hjertesvikt.

Det er en lang vei fra forskere gjør et nytt funn til dette funnet blir en del av klinisk praksis og kommer pasientene til gode. For å utvikle, produsere og markedsføre et medisinsk verktøy kreves det produksjonsanlegg, riktig personell og finansiell styrke.⁸⁴ Som et resultat av Roches betydelige investeringer i kliniske studier anbefales i dag NT-proBNP i store internasjonale retningslinjer og er regnet som gullstandard blant biomarkører for hjertesvikt.⁸⁵

NT-proBNP er et godt eksempel på hvordan samarbeid mellom forskere og industrien bidrar til å legge grunnlag for norsk verdiskaping gjennom utvikling av norske medisinske innovasjoner.

4.2.3. Medisinsk utstyr – forbedrer livskvalitet og redder liv

Medisinsk utstyr benyttes til å diagnostisere, forebygge, overvåke, behandle eller lindre sykdom, skade eller handikap hos mennesker. Gjennom pandemien ble nytten av medisinsk utstyr åpenbar for alle. Fokuset på behovet for respiratorer, samt alle innbygges innsikt i nytten av utstyr og materiell som beskyttelsesutstyr, munnbind, hurtigtester og selvtester økte betraktelig.

Utvikling av diagnostikk og annet medisinsk utstyr er en sentral del av de medisinske framskrittene.

Nye verktøy innenfor diagnostikk gir en mulighet til å oppdage sykdomsforløpet på et tidligere stadium og dermed få behandlingen tidligere, noe som også kan være sykdomsforebyggende da det å oppdage eksempelvis kreft i et tidlig stadium vil kunne bedre prognosene. Blodsuktermåling er helt kritisk for å håndtere diabetes, og måling med febertermometer gir en også en god indikator på om det foreligger infeksjonssykdom.

Medisinsk utstyr – forebygger og hindrer hjerneskade hos tidligfødte

NeoDoppler et eksempel på innovativt medisinsk utstyr med stor potensiell pasientnytte. Tidligere har blodstrømmen kun blitt overvåket gjennom øyeblikksbilder. Ved mistanke om unormal blodstrøm i hjernen eller for nyfødte som av andre grunner har en særlig risiko for å utvikle hjerneskader, innebærer dagens praksis å foreta ulike indirekte målinger som blant annet oksygen-saturasjon, hjerterytme, og urinproduksjon.

Sammenlignet med overvåkning gjennom øyeblikksbilder representerer NeoDoppler et teknologisk løft som gjør det mulig å overvåke blodstrømmen kontinuerlig. Dette vil kunne bidra til å oppdage unormaliteter i blodstrømmen, iverksette medisinske tiltak og slik forhindre hjerneskader på barnet.⁸⁶ Det å forhindre hjerneskade for et barn har naturligvis en enorm verdi for barnet og dets pårørende. Effekten på samfunnskostnaden av sykdomsbyrde av å forhindre hjerneskade er i tillegg også stor, ettersom det å forhindre varig sykdom eller skade på barn vil kunne være avgjørende for om mennesket er i stand til å være arbeidsdyktig og ikke trygdet, reduserer tilstrømninger til helsetjenesten og ikke minst bidrar til et bedre liv, derav reduksjon i sykdomsbyrden.

⁸⁴ (Menon Economics, nr. 39/2021, 2021)

⁸⁵ (M. McKie & C. Burnett, 2016)

⁸⁶ (Vik, Torp, Follestad, Støen, & Nyrenes, 2019)

Medisinsk utstyr – reduserer risiko for liggesår og avlaster helsepersonell

Studier fra Norge viser at mellom 7-15 prosent av innlagte pasienter får liggesår på sykehus. Dette medfører dårligere livskvalitet, dårligere søvn, samt smerter og infeksjoner.⁸⁷ Tidewave er et helse-teknologiselskap som utvikler hjelpemidler for brukere med nedsatt funksjonsevne. Bedriften lanserte i 2020 en ny type vendbar madrass til anvendelse i helse- og omsorgstjenesten. Madrassen har en teknologi som gir brukertilpasset bevegelse og som også forebygger liggesår. Med denne teknologien reduseres også belastningen på helse- og omsorgspersonell, som med denne madrassen i mindre grad må gjennomføre tunge løft.

Innovasjonen fra Tidewave er et godt eksempel på en teknologi som både reduserer *sykdomsbyrden* ved at pasientene opplever mindre smerter, og bidrar til å redusere helsetjeneste-kostnader. Dette siste ved at helsepersonell kan jobbe mer effektivt og unngå potensielle belastningsskader som følge av mange gjentakende tunge løft.

4.2.4. Digitalisering

De aller fleste arbeidsprosessene i helse- og omsorgstjenesten har et digitalt avtrykk. Informasjon om pasientene er tilgjengelig i pasientjournalen, informasjon sendes med elektroniske meldinger mellom blant annet sykehus og fastleger.

Pandemien har vært en viktig katalysator for digitaliseringen i helsesektoren, og har minnet oss på den enorme betydningen teknologiske gjennombrudd har for våre liv. Video- og e-konsultasjoner er et godt eksempel på dette. I 2018 var det kun åtte prosent av fastlegene som kunne tilby videokonsultasjoner, til tross for at løsningen hadde vært mulig i flere år.⁸⁸ Bare én uke etter at Norge stengte ned økte imidlertid antall digitale

konsultasjoner med 300 prosent, med i snitt 20 000 digitale konsultasjoner daglig.⁸⁹ Dette er et godt eksempel på hvordan digitale løsninger blant annet har bidratt til å bevare befolkningens livskvalitet i unntakstilstand og isolasjon.

DNV Imatis

Imatis utvikler og leverer IKT-løsninger til helsetjeneste-institusjoner. IT-løsningen samler all relevant informasjon fra ulike avdelinger i institusjonen og gjør informasjonen oversiktlig og lett tilgjengelig for dem som har behov for den.

Formålet med teknologien er å forbedre flyten av informasjon gjennom verktøy for helsefaglig ansatte, administrativ personell, servicepersonell, pasienter og pårørende. Det er i tillegg mulighet for å integrere IT-løsningene mot andre fagsystemer, eksempelvis laboratoriesystem og pasientjournal. Dermed kan relevant sanntidsinformasjon hentes opp på et nettbrett, whiteboard eller på en telefon. DNV Imatis leverer ikke én ferdigutviklet bruker-applikasjon. Løsningene konfigureres og utvikles kontinuerlig av brukerne selv. Det gjør at løsningen relativt lett og raskt kan tilpasses den enkeltes behov uten at leverandøren må involveres. Denne typen teknologi bidrar først og fremst til at helsetjenesten kan driftes mer effektivt. I tilfellet DNV Imatis er dette tallfestet i en gevinstanalyse i etterkant av at Nordlands-sykehuset Bodø tok i bruk løsningen i 2020.⁹⁰ Analysen fant at sykehuset realiserte en tidsbesparelse på 16 årsverk (tilsvarende om lag 11 millioner kroner) som en direkte konsekvens av implementeringen av IT-løsningen fra DNV Imatis. Disse gevinstene kom primært fra spart tid til å innhente pasient-opplysninger, men det sykehuset sparte også vesentlig tid gjennom at løsningen bidro til bedre personalstyring.

⁸⁷ (Siri Andreassen Devik/Senter for omsorgsforskning, 2020)

⁸⁸ (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2021)

⁸⁹ (Direktoratet for e-helse, 2020)

⁹⁰ (Menon economics, Nr. 35/2021, 2021)

Velferdsteknologi – økt livskvalitet og selvstendighet for de eldre

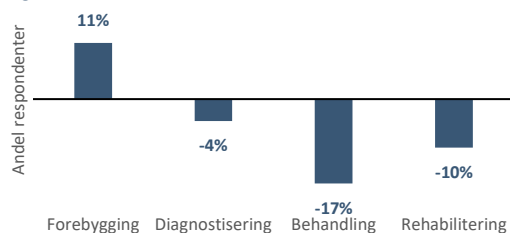
Norge står overfor en framtid med en eldre befolkning. Digitale verktøy for eldre vil kunne gi brukerne lettere tilgang til helserelatert informasjon og tjenester, og bidra til at eldre blir mer selvhjulpne. Dette vil også gi en gevinst i form av å redusere presset for blant annet hjemmesykepleien. DigiRehab er en digital treningsplattform som tilbyr kvalifisert hverdagsrehabilitering til brukere av hjemmesykepleien. Ski kommune var den første kommunen i Norge til å prøve ut verktøyet og resultatene var gode: 8 av 10 eldre så på treningen som en positiv del av hverdagen. Velferdsteknologi som dette vil føre til en mer aktiv omsorg da det legger rette til brukermedvirkning, noe som er særlig viktig i en tid hvor presset på ressursene øker dag for dag.

Forebyggende helsearbeid – den lavest hengende frukten for å redusere helsekostnader?

Den ubestridt mest effektive måten å redusere samfunnskostnadene av sykdom og skader på er forebyggende helsearbeid. Tiltak som forhindrer eller utsetter tidspunktet individer får helseproblemer, og dermed behovet for helse- og omsorgstjenester, er de mest lønnsomme tiltakene som kan gjennomføres.

I spørreundersøkelsen blant bedrifter i helsenæringen spurte vi bedriftene om hvor i pasientforløpet deres produkter eller tjenester primært er rettet, samt om deres vurdering av hvilke pasientstadier som vil bli viktigere for deres bedrift i årene fremover. Resultatet fra undersøkelsen er entydig.

Figur I: Andel av respondenter som tror ulike pasientstadier blir mer eller mindre viktig for deres bedrift i årene fremover, sammenlignet med i dag. Kilde: Menon

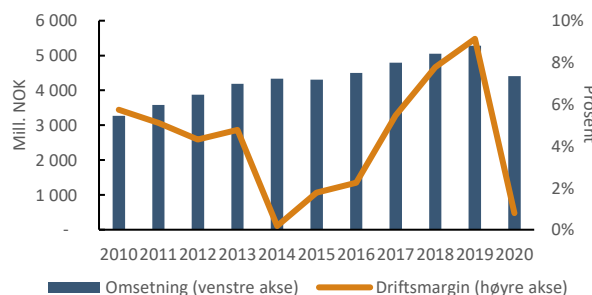


Som det fremkommer av Figur I er det over ti prosent flere bedrifter som trekker frem *forebygging* som den delen av pasientreisen som de vil fokusere mest på i årene fremover, sammenlignet med antallet bedrifter som i dag har dette pasientstadiet som sitt hovedfokus.

Tilsvarende kan vi tolke resultatet om *behandling* slik at en rekke bedrifter vil vri sitt fokus fra behandling mot andre deler av pasientreisen.

Det kommer stadig mer forskning som bekrefter at regelmessig fysisk aktivitet gjennom livsløpet forebygger sykdom og plager, gir flere friske leveår og forebygger tidlig død.* Treningssentre spiller en sentral rolle for mange for å fasilitere regelmessig fysisk aktivitet, samt gjennom tjenestetilbud om personlig trening. Særlig sistnevnte type tjeneste ligger nært opp til tjenester som er inkludert i vår definisjon av helsenæringen (som private fysioterapeuter). Treningssentrene i seg selv er imidlertid ikke inkludert i helsenæringen, slik den er definert i denne rapporten.

Figur II: Omsetning og driftsmargin for treningssentre i perioden fra 2010 til 2020. Kilde: Menon



Norske treningssentre har opplevd en jevn omsetningsvekst de siste ti årene – tilsvarende 5,5 prosent årlig omsetningsvekst (2010-2019). I pandemiåret 2020 opplevde bransjen et omsetningsfall på hele 17 prosent og et kraftig fall i lønnsomhet (driftsmargin).

Bransjens samlede driftsmargin har variert kraftig de siste årene. Dette kan i stor grad knyttes til fusjonen mellom Sats og Elixia i 2013. Det fusjonerte selskapet hadde betydelige omstillingsutfordringer i 2014 og i etterfølgende år. I 2019 lå imidlertid driftsmarginen i bransjen samlet på over 9 prosent.

*FHI (2019), «Helseeffekter av fysisk aktivitet»

4.3. Verdien av liv og helse

Offentlige ressurser er et knapt gode – vi har som samfunn ikke mulighet til å finansiere alle investeringer og tjenester som gir oss økt velferd. Vi må prioritere offentlig ressursbruk mellom en rekke ulike gode formål. Av den grunn er det et overordnet prinsipp at vi prioriterer å finansiere de investeringene og tjenestene som gir høyest avkastning til samfunnet (samfunnsnytte) per investert krone.

Hva denne samfunnsnyttens er varierer naturligvis mellom sektorer i samfunnet. Innen samferdsel er for eksempel verdien av raskere transport av mennesker og gods, samt lavere klima- og miljøpåvirkning typiske samfunnsnytteeffekter som rettferdiggjør investeringer. I utdanningssektoren kan det være den langsiktige positive effekten av høyere arbeidskraftproduktivitet som rettferdiggjør økt offentlig ressursbruk. På helseområdet er det verdien av å unngå tap av liv og helse som i all hovedsak utgjør samfunnsnyttens som den faktiske og potensielle offentlige ressursbruken måles opp mot.

For å måle den forventede «helsegevinsten», i form av vunnet liv og vunnet helse i samfunnet, av offentlig ressursbruk i helsesektoren benyttes verdien *kvalitetsjusterte leveår* (QALY)⁹¹. QALY er en generisk måleenhet for helsegevinster, og er helt uavhengig av faktorer som alder, kjønn og sosial bakgrunn.

Det er imidlertid ikke bare i helsesektoren offentlig ressursbruk har konsekvenser for liv og helse. Et åpenbart eksempel er hvordan offentlig ressursbruk i samferdselssektoren reduserer risikoen for trafikkulykker, og dermed for liv og helse.

En mest mulig effektiv offentlig ressursbruk fordrer at samfunnsnyttens av færre dødsfall, flere leveår og en forbedring av innbyggernes helse verdsettes likt på tvers av sektorer. Slik er det ikke i dag.

I tillegg er det en systematisk inkonsistens knyttet til verdsettingen av liv og produksjonsvirkninger mellom ulike samfunnssektorer. Er tiltaket rettet mot en frisk befolkningsgruppe, skal vurderingen gjøres innenfor et «helhetlig samfunns-perspektiv»⁹², og er tiltaket rettet mot en syk befolkningsgruppe skal vurderingen gjøres med et «utvidet helsetjenesteperspektiv»⁹³, selv om formålet er det samme, å minimere tap som følge av sykdom og ulykker.

4.3.1. Verdsettelse av liv og helse på tvers av sektorer samt innad i helsesektoren

I utgangspunktet vet vi at tiltak i helsesektoren kan avvises hvis kostnaden for en QALY overstiger 275 000 kroner⁹⁴, med begrunnelse om at en kostnad som overstiger denne verdien vil fortrenge en effektiv behandling for andre pasienter. Samtidig har andre sektorer i sitt beslutningsgrunnlag tradisjonelt sett tatt i bruk et statistisk liv (VSL⁹⁵) i stedet for å bruke QALY. VSL reflekterer hva vi som samfunn er villig å betale for å redusere risikoen for å tape leveår. I henhold til Finansdepartementets utredningsinstruks er verdien av et statistisk liv satt til 30,2 millioner 2016-kroner.⁹⁶ Helsedirektoratet har i ny veileder (under behandling) vurdert virkninger på folkehelsen og helseeffekter ved statlige tiltak som et supplement til utredningsinstruksen, hvor de anbefaler å anvende 1,3 millioner kroner som verdi på et QALY i 2021-kroner.⁹⁷ Det vil si at statlige tiltak vil vurderes som samfunnsøkonomisk

⁹¹ 1 QALY = Et år med fullverdig helse, 0 QALY = død

⁹² Helhetlig samfunns-perspektiv = Alle relevante fordeler og ulemper for samfunnsaktører som berøres direkte eller indirekte av et tiltak.

⁹³ Utvidet helsetjenesteperspektiv = Produksjonsvirkninger inkluderes ikke.

⁹⁴ Magnussen, Norheim, *Dagens medisin* (2017), «Etter prioriteringsmeldingen – hva nå?» (NEDRE grense)

⁹⁵ Value of a statistical life

⁹⁶ (Direktoratet for økonomistyring, 2018)

⁹⁷ Helsedirektoratet, 2021, «Vurdering av virkninger på folkehelsen og helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser»

lønnsomt dersom kostnaden av å oppnå en QALY er lavere enn 1,3 millioner kroner. Dette illustrerer at sparte liv og forbedret helse verdsettes ulikt i beslutningsgrunnlaget for allokeringen av offentlige ressurser. Konsekvensene av dette er at tiltakene i helsesektoren beregnes å ha en lavere netto nytte enn i andre sektorer.

4.3.2. Verdsettelse av produksjonsvirkninger

Nivået på sysselsetting i Norge avhenger i stor grad av sykdom. Vi har sett i kapittel 4.1.3 at sykdommer som eksempelvis muskel- og skjelettlidelser sto for 32 prosent av tapte dagsverk knyttet til sykefravær i Norge i 2021. I tillegg vet vi at folketrygden utgjør en tredjedel av utgiftene på statsbudsjettet. Til tross for dette har myndighetene i henhold til rådende prioriteringskriterier fastslått at produksjonsvirkninger ikke skal tillegges vekt ved prioritering av helsetiltak. Det er gode etiske grunner for dette, som at verdien av et liv ikke skal avhenge av om den enkelte har mulighet for å jobbe. Imidlertid er konsekvensen av å *ikke* inkludere produksjonsvirkninger i prioriteringskriteriene at helsetiltak som potensielt kan spare samfunnet for store ekstrakostnader utenfor helsetjenesten beregnes til å ha en lavere samfunnsnytte enn hva som er reelt. Eksempelvis vil det i teorien si at en medisin ikke blir finansiert fordi kostnaden for en QALY-gevinst er for høy, men realiteten er at den fulle gevinsten i vurderingen ikke er fanget opp, ettersom virkningen av medisinen ikke bare er bedre livskvalitet for de aktuelle pasientene, men vil også øke sannsynligheten for at pasienten kommer tilbake i arbeid.

4.3.3. Investerer vi nok i helse?

Ser man på de ulike samfunnssektorene som tildeles offentlige ressurser, er det helt tydelig at helsesektoren «underselger» seg selv i kampen om disse ressursene. En lavere verdsetting av helsegevinster i helsesektoren enn i andre sektorer, samt at man ser bort fra produksjonsvirkninger i helsesektoren, medfører at samfunnsnyttene av tiltak beregnes til en lavere verdi i offentlige lønnsomhetsberegninger.

Debatten om å bruke et «utvidet helseperspektiv» eller et «samfunnsperspektiv» er ikke ny. Problemstillingen er nylig løftet av både sentrale akademikere innen helseøkonomi og av representanter for regjeringen.^{98,99} Den bebudede prioriteringsmeldingen som skal komme i innværende stortingsperiode vil kunne gi noen nye svar og føringer på dette området.



⁹⁸ Professor Hans Olav Melberg, *Dagens Medisin* (2021), «En åpenbar mangel i prioriteringssystemet?»

⁹⁹ Intervju av Statssekretær Karl Kristian Bekeng (2022), *Dagens Medisin* (2022)

5. Vedlegg: Spørreundersøkelse

Kort om spørreundersøkelsen

Spørreundersøkelsen ble sendt ut 29.03.2022, og var åpen i tre uker. Undersøkelsen ble distribuert per e-post til 716 mottakere. Vi mottok 185 responser på undersøkelsen, og har med det en svarandel på 26 prosent.

Tabell 5-1: Respondentfordeling spørreundersøkelse. Kilde: Menon

Bransje	Frekvens	Prosent
Legemidler	34	18 %
Medisinsk utstyr	49	27 %
Digital helse	30	16 %
Distribusjon	21	11 %
Primærhelsetjeneste	27	15 %
Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering	8	4 %
Psykisk helse og avhengighet	13	7 %
Bo og omsorg	3	2 %

Av bedriftene som svarte oppga 72 prosent at de tilhørte helseindustrien og 28 prosent at de tilhørte helse- og omsorgstjenestene. Fordelingen av respondenter mellom bransjene er presentert i Tabell 5-1. Fire bransjer har for få respondenter til at responsene skal kunne være representative. Vi rapporterer derfor ikke veksttall for følgende fire bransjer: Distribusjon, spesialisthelsetjeneste og rehabilitering, psykisk helse og avhengighet, og bo og omsorg.

Kopi av spørreundersøkelsen

Innledende/generelle spørsmål

- Hva er din virksomhets primærbeskjeftigelse (flere kryss mulig)?**
 - Helseindustri (Legemidler, Medisinsk utstyr, Digital helse eller underleverandør til disse)
 - Helse- og omsorgstjenester
- Hva slags virksomhet svarer du på vegne av?**
 - Bedriften er selvstendig (inngår ikke i et konsern)
 - Bedriften er datterselskap i et norsk konsern
 - Bedriften er datterselskap i et utenlandsk konsern
 - Bedriften er et konsern (har egne datterselskap)
 - Stiftelse / ideell organisasjon
- Hvor i pasientforløpet benyttes produktene/tjenestene som din bedrift leverer? Ranger det stadiet i pasientforløpet som er mest relevant for din bedrift øverst. Ranger kun de stadiene som er relevante for din virksomhet.**
 - Forebygging
 - Diagnostisering

- Behandling
- Rehabilitering/habilitering

4. Oppfatter du at enkelte av disse stadiene vil få et større fokus for din bedrift fremover? Ranger stadiene ut fra hvor viktig du tenker at de blir de neste 5 årene. Plasser det viktigste stadiet øverst og det minst viktige stadiet nederst.

- Forebygging
- Diagnostisering
- Behandling
- Rehabilitering/habilitering

Dersom du leder et datterselskap/enhet i et norsk eller utenlandsk konsern, skal du svare på vegne av virksomheten du selv leder, ikke hele konsernet.

Omsetning, helseandel og kunder

5. Hvor stor var din virksomhets omsetning i 2020? (Oppgi svar i MNOK)

[Åpent tekstfelt]

6. Hvor stor var din virksomhets omsetning i 2021? (Oppgi svar i MNOK)

[Åpent tekstfelt]

7. Forventet omsetning 2022? (Oppgi svar i MNOK)

[Åpent tekstfelt]

8. Hvor stor var helseandelen av din virksomhets omsetning i 2021? (Oppgi svar i prosent)

[Åpent tekstfelt]

9. Hvilke kundetyper leverte din helserelaterte virksomhet produkter/tjenester til i 2021? (flere kryss mulig)

- Kommuner (inkl. interkommunale samarbeid), herunder kommunale og folketrygdfinansierte hjelpemiddelsentraler
- Helseforetak/sykehus og andre offentlige aktører i spesialisthelsetjenesten
- Private leverandører av helse- og omsorgstjenester

- Helseindustrien (bedrifter som produserer legemidler, medisinsk utstyr eller andre helse relaterte produkter)
- Salg direkte til privatpersoner (uten refusjon/henvisninger)
- Bedrifter, herunder helseforsikring og tjenester bedriftene kjøper
- Annet [åpent tekstfelt]

Hvis respondenten svarte *kommuner (inkl. interkommunale samarbeid), herunder kommunale og folketrygdfinansierte hjelpemiddelsentraler* på spørsmål 9;

10. Hvor mange kommuner leverer din virksomhet produkter/tjenester til? (Interkommunale samarbeid teller her som én kommune)

- Én kommune
- 2 - 5 kommuner
- Flere enn 5 kommuner

11. Basert på dine erfaringer, hva er din vurdering av innkjøps-/bestillerkompetansen blant din bedrifts kunder i kommunesektoren?

- Ingen kompetanse
- Liten kompetanse
- Hverken eller
- Høy kompetanse
- Svært høy kompetanse

Hvis respondenten svarte *Helseforetak/sykehus og andre offentlige aktører i spesialisthelsetjenesten* på spørsmål 9;

12. Basert på dine erfaringer, hva er din vurdering av innkjøps-/bestillerkompetansen blant din bedrifts kunder i helseforetakene/sykehusene?

- Ingen kompetanse
- Liten kompetanse
- Hverken eller
- Høy kompetanse
- Svært høy kompetanse

Hvis respondenten svarte *Private leverandører av helse- og omsorgstjenester* på spørsmål 9;

13. Basert på dine erfaringer, hva er din vurdering av innkjøps-/bestillerkompetansen hos din bedrifts kunder blant private leverandører av helse- og omsorgstjenester?

- Ingen kompetanse
- Liten kompetanse
- Hverken eller
- Høy kompetanse
- Svært høy kompetanse

Hvis respondenten svarte *kommuner (inkl. interkommunale samarbeid), herunder kommunale og folketrygdfinansierte hjelpemiddelsentraler* på spørsmål 9;

14. I anbudskonferanser, hvordan opplever du at kommunene vektlegger hensynet til pris opp mot kvalitet?

- Bare pris
- I hovedsak pris
- Vektlegges i like stor grad
- Mest kvalitet
- Bare kvalitet

Hvis respondenten svarte *Helseforetak/sykehus og andre offentlige aktører i spesialisthelsetjenesten* på spørsmål 9;

15. I anbudskonferanser, hvordan opplever du at helseforetakene/sykehusene vektlegger hensynet til pris opp mot kvalitet?

- Bare pris
- I hovedsak pris
- Vektlegges i like stor grad
- Mest kvalitet
- Bare kvalitet

Hvis respondenten svarte *Private leverandører av helse- og omsorgstjenester* på spørsmål 9;

16. I anbudskonferanser, hvordan opplever du at private leverandører av helse- og omsorgstjenester vektlegger hensynet til pris opp mot kvalitet?

- Bare pris
- I hovedsak pris
- Vektlegges i like stor grad
- Mest kvalitet
- Bare kvalitet

Hvis respondenten svarte *kommuner (inkl. interkommunale samarbeid), herunder kommunale og folketrygdfinansierte hjelpemiddelsentraler* på spørsmål 9;

17. I hvilken grad opplever du at kommunene er åpne for å ta i bruk nye teknologier/produkter/innovasjoner?

- Ingen grad
- Liten grad
- Stor grad

Hvis respondentent svarte *Helseforetak/sykehus og andre offentlige aktører i spesialisthelsetjenesten* på spørsmål 9;

18. I hvilken grad opplever du at helseforetak/sykehus er åpne for å ta i bruk nye teknologier/produkter/innovasjoner?

- Ingen grad
- Liten grad
- Stor grad

Hvis respondentent svarte *Private leverandører av helse- og omsorgstjenester* på spørsmål 9;

19. I hvilken grad opplever du at private leverandører av helse- og omsorgstjenester er åpne for å ta i bruk nye teknologier/produkter/innovasjoner?

- Ingen grad
- Liten grad
- Stor grad

Hvis respondentent svarte *kommuner (inkl. interkommunale samarbeid), herunder kommunale og folketrygdfinansierte hjelpemiddelsentraler* på spørsmål 9;

20. Hva er din oppfatning av årsaken til at kommunene ikke i større grad tar i bruk innovasjoner?

- Manglende vilje/interesse
- Manglende evne (f.eks. komplekse organisasjoner, lite kompatible systemer eller manglende ressurser)

Hvis respondentent svarte *Helseforetak/sykehus og andre offentlige aktører i spesialisthelsetjenesten* på spørsmål 9;

21. Hva er din oppfatning av årsaken til at helseforetakene/sykehusene ikke i større grad tar i bruk innovasjoner?

- Manglende vilje/interesse
- Manglende evne (f.eks. komplekse organisasjoner, lite kompatible systemer eller manglende ressurser)

Hvis respondentent svarte *Private leverandører av helse- og omsorgstjenester* på spørsmål 9;

22. Hva er din oppfatning av årsaken til at private leverandører av helse- og omsorgstjenester ikke i større grad tar i bruk innovasjoner?

- Manglende vilje/interesse
- Manglende evne (f.eks. komplekse organisasjoner, lite kompatible systemer eller manglende ressurser)

23. Hvordan forventer du at utviklingen i driftsresultat blir i 2022 sammenlignet med 2021?

- Vesentlig svakere
- Svakere
- Uendret
- Bedret
- Vesentlig bedre

Eksport

24. Hadde din bedrift eksportinntekter i 2021?

- Ja
- Nei
- Nei, men vi forventer å ha det innen 2025

Hvis respondenten svarte *Ja* på spørsmål 24;

25. Hvor stor andel av din virksomhets helse relaterte omsetning er eksport fra Norge? Oppgi svar i prosent. (Merk: Omsetning fra datterselskaper i utlandet skal ikke inkluderes)

[Åpent tekstfelt]

26. Kan du gi et anslag på hvordan eksporten fordeler seg mellom følgende fem regioner? (Oppgi svar i prosent)

- Norden
- Europa (ikke Norden)
- USA og Canada
- Asia
- Resten av verden

Kapital

27. Har din bedrift behov for egenkapital til ett eller flere av formålene listet opp nedenfor?

- Utvikle nye produkter og/eller tjenester
- Kommersialisere nye eller eksisterende produkter
- Industriell skalering
- Internasjonal ekspansjon
- Ikke relevant

28. Har din bedrift fått tilført egenkapital i 2021?

- Ja
- Nei

Hvis respondenten svarte *Nei* på spørsmål 28;

29. Hvorfor har din bedrift ikke hentet inn egenkapital i 2021?

- Vi har ikke behov for ekstern kapital
- Vi hentet inn nødvendig egenkapital i 2020 eller tidligere
- Vi fikk hentet nødvendig kapital i kredittmarkedet i 2021
- Vi lyktes ikke med å hente ny egenkapital i 2021

Hvis respondenten svarte *Ja* på spørsmål 28;

30. Hvor mye egenkapital ble hentet inn i 2021? (Oppgi svar i MNOK)

[Åpent tekstfelt]

31. Hvor stor andel av tilført egenkapital kom fra utenlandske investorer i 2021? (Oppgi svaret i prosent)

[Åpent tekstfelt]

32. Var emisjonen/kapitalutvidelsen fulltegnet?

- Emisjonen var fulltegnet til annonsert tegningskurs (pris per aksje)
- Emisjonen var fulltegnet, men vi måtte senke tegningskursen
- Emisjonen ble ikke fulltegnet, så vi får ikke realisert planlagte aktiviteter

Hjemmemarked

33. Hvordan vurderer du tilgangen på følgende fasiliteter/infrastruktur for din virksomhet? (Matrise)

- Fasiliteter for klinisk utprøving og testing/pilotering som involverer mennesker
- Fasiliteter for testing/pilotering/demonstrasjon av løsninger/systemer/prosesser i helsesektoren
- Produksjons- og utviklingsfasiliteter
- Helsedata og andre relevante databaser
 - God tilgang
 - Liten tilgang
 - Ingen tilgang
 - Ikke relevant

34. I hvilken grad er du enig i følgende utsagn? På en skala fra 1 til 5, hvor 1 helt uenig og 5 er helt enig.

- Å lykkes i hjemmemarkedet er viktig for at min bedrift skal være attraktiv i kapitalmarkedet.
- Å lykkes i hjemmemarkedet er viktig for at min bedrift skal få innpass i internasjonale markeder.
- Vi opplever at våre kunder i den offentlige helse- og omsorgssektoren er blitt mer skeptiske til oss som private leverandører de siste årene.



Menon Economics analyserer økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, organisasjoner og myndigheter.

Vi er et medarbeidereiet 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.

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