



Kommunenes Strategiske
Forskningsorgan

KSF

Kommunenes strategiske forskningsorgan Interimsperiode

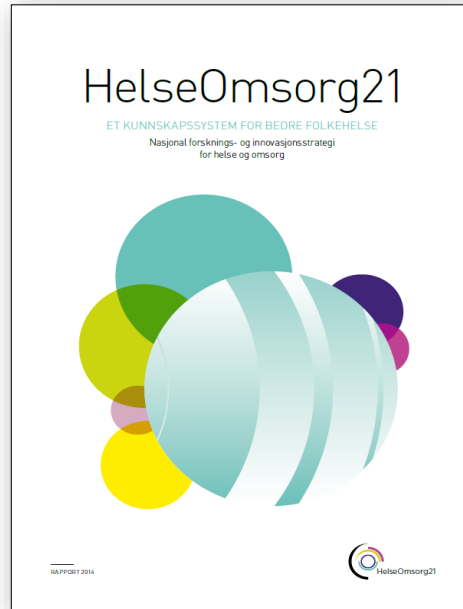
Rapportering til HO21-rådet

06.06.2018

Nina Mevold, leder



Kommunenes Strategiske
Forskningsorgan



Én av fem hovedprioriteringer: **Kunnskapsløft for kommunene:**

**HO21-rådet oppnevnte Kommunenes strategiske
forskningsorgan august 2017**



KSF MANDAT

↵ Identifisere
forsknings
behov og
ivareta disse
(særlig fokus på
kunnskaps-
svake områder)

≈ Opprette
struktur for
forskning,
innovasjon og
utdanning
Nasjonalt og
regionalt

∞ Foreslå
finansierings –
modell

↗ Stimulere til
nasjonalt og
internasjonalt
forsknings-
samarbeid

Interimsperiode 01.08.2017 – 31.12.2018.



Medlemmer

Kommunaldirektør helse/omsorg Nina Mevold,
Bergen kommune, leder

Avdelingsdirektør helse og velferd, KS, Åse Laila
Snåre nestleder

Rådmann Erik Kjeldstadli, Bærum kommune

Kommuneoverlege Hans Petter Torvik, Sandnes
kommune

Rådmann Astrid Eidsvik, Ålesund kommune

Kommuneoverlege Kenneth Johansen, Alta
kommune

Fylkesleder FFO Sogn og Fj. Geir Liavåg Strand, FFO

Professor Marit Kirkevold, UiO

Professor, forskn.leder Tone Alm Andreassen, HiOA

Professor/instituttleder Nina Emaus, UiT

Dekan medisin Björn Gustafsson, NTNU

Professor Jørund Straand, UiO

Fagdirektør Marta Ebbing, FHI

Observatører

Forskningsdirektør helse og velferd Randi Eidsmo
Reinertsen, SINTEF

Seniorrådgiver Lasse Frantzen, Helsedirektoratet

Seniorrådgiver Siv Svardal, HOD

Seniorrådgiver Finn-Hugo Markussen,
Kunnskapsdepartementet

Seniorrådgiver Jens Kristian Jebsen, Kommunal-
og moderniseringsdepartementet

Administrerende direktør Flemming Hegerstrøm
Hospital IT

Seniorrådgiver Irene Olaussen, Direktoratet for e-
helse

Avdelingsdirektør Jannikke Ludt, Forskningsrådet

Fagsenterleder Marthe Hammer, Haukeland
universitetssykehus



Arbeidsutvalg og sekretariat

AU

Kommunaldirektør helse og omsorg Nina Mevold, Bergen kommune, leder
Avdelingsdirektør helse og velferd, KS, Åse Laila Snåre nestleder
Rådmann Erik Kjeldstadli, Bærum kommune
Professor Marit Kirkevold, UiO
Professor Jørund Straand, UiO



Sekretariat

Fagleder Sigrid J. Askum, Avdeling helse og velferd, KS, leder
Fagleder FoU, Jon Anders Drøpping, KS
Kommunikasjonsrådgiver Thea Finstad, KS

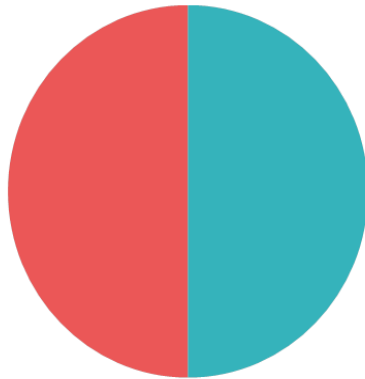


Hvorfor et kunnskapsløft for kommunene?

Fordeling av Norges
helsekroner*

50%

Primærhelse-
tjenesten
428 kommuner



50%

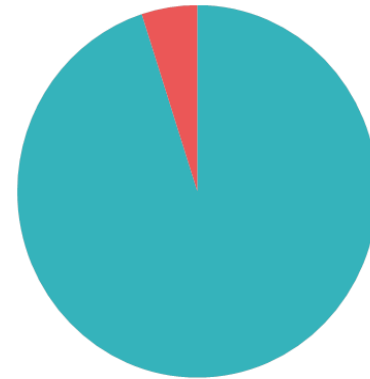
Spesialisthelsetjenesten
Fire helseforetak

*NFR

Helseforskning som gjelder
kommunale tjenester*

10%

Primærhelse-
tjenesten
428 kommuner



90%

Spesialisthelsetjenesten
Fire helseforetak

*NIFU rapport 2016:32



Hvorfor et kunnskapsløft for kommunene?

KSF peker på noen områder - små effekter, store samfunnsgevinster

- Nye arbeidsmåter – oppgaveoverføring, eks:
 - Primærhelseteam hos fastlegen (og utfordringer i fastlegeordningen)
 - Vurderingsteam og andre spesialiserte team i hjemmesykepleien
 - Oppgaveoverføring til helsefagarbeidere i hjemmetjenestene
- Bærekraftige tjenester til personer med utviklingshemming, f.eks. antall boenheter per bofellesskap
- Multimorbiditet vs forskning på enkeltdiagnoser i spesialisthelsetjenestene, og forskning som er generert i spesialisthelsetjenestene og overført til primærhelsetjenestene
 - For eksempel sterilitet i hjemmesykepleien, antibiotikaresistens i sykehjem
- Hjemmebehandling av «tyngre» diagnoser etter samhandlingsreformen:
 - Psykiatri, demens, kreft, avansert kronikerbehandling.
- Ikke medikamentell-behandling i hjemmesykepleien og sykehjem
- Palliasjon hjemme og på sykehjem
- Nettbehandling av psykiske lidelser og andre diagnoser

FASE 1: Samle informasjon

9. september 2017

- Samarbeidsutvalget i Helse Vest, ved Marthe Hammer, Helse Bergen

9. november 2017

- "Forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester" ved forsker Ole Wiig, NIFU
- HO21 rådets forventninger til KSF ved Camilla Stoltenberg, rådsleder HO21
- «Utvikling av kommunene som læringsarena» ved Marita Grøtter Raaholt, Rambøll

24. januar 2018

- Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest – ved seksjonssjef Benedicte Løseth Bergen kommune
- «Agdermodellen - regional samarbeidsstruktur for helsetjenesteutvikling og helseinnovasjon», ved Harry Svendsen og Janne Brunborg



Kommunenes Strategiske
Forskningsorgan

Prosess august 2017- september 2018

FASE 2: Samle informasjon og arbeide med rapport

13. april 2018

- Forventninger til KSF på kort og lang sikt ved John-Arne Røttingen, NFR-direktør

25. mai 2018

- Bedriftsperspektivet, næringsperspektivet, kompetanseperspektivet og politikk ved Flemming Hegerstrøm
- Allmennmedisinsk forskningsnettverk ved professor Bjørn Bjorvatn, UiB

FASE 3: Ferdigstille rapport Skrivefase for AU, forankre i HO21 mm

- Presentasjon i K10 Helse Velferd 24. mai
- Møter med HOD, KS
- Rapport behandles dels på mail, og i møte 24. august 2018
- Sendes etter planen HO21-rådet i september
- KSF skal iflg mandatet også delta i å etablere samarbeidsorganene

August 2017 November 2017 januar 2018

April 2018

Mai 2018

Juni 2018

September 2018

Oktober 2018



Hovedstruktur på rapport

1. Innledning (Åse Snåre)
2. Hva er kunnskapsstatus innen helse og omsorgsfeltet i Norge? (Jørund Straand)
3. Finansieringsmodell (Marit Kirkevold)
4. Opprette struktur for forskning, innovasjon og utdanning i kommunene (Nina Mevold)
5. Nasjonalt og internasjonalt forskningssamarbeid (Bjørn Gustaffson)
6. Avslutning – helhetlig modell for et kunnskapsløft for kommunene (Nina Mevold)



Årlig FoU-statistikk som inkluderer kommunene

- KSF har sendt bestilling om utvidelse av årlig FoU-statistikk som kan reflektere ressursinnsats som er rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester og deres pasienter/brukere:
 - 1. En utvidelse av dagens nasjonale FoU-statistikk til også å innbefatte forskning og utviklingsarbeid (FoU) rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester og deres brukere/pasienter.*
 - 2. Videre utvikling av bibliometriske metoder m.m. for å rutinemessig evaluere resultatene av ressursinnsatsen rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester.*
- For å styrke kunnskapsgrunnlaget for forskningspolitikken, anmoder KSF om at det også utvikles en rutinemessig kartlegging av resultater av ressursinnsatsen til forskning slik at det skal være mulig å se innsats og resultater i sammenheng.
- Referansegruppe til arbeidet med personer som har inngående kjennskap til kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder ledere av kommunale helse- og omsorgstjenester, forskere med forskning rettet kommunale helsetjenester og forskere med forskning rettet mot kommunale omsorgstjenester.

Struktur kunnskapsoppsummeringer for spesialisthelsetjenestene

Bestillerforum RHF

- Fire fagdirektørene fra de regionale helseforetak og to representanter fra Helsedirektoratet med flere observatører, møtes hver måned for å gå igjennom innkomne forslag, metodevarsler og andre saker
- Prioriterer og beslutter hvilke forslag/metodevarsler som skal gå til nasjonal metodevurdering og hvilken type metodevurdering som skal utføres
- Gir oppdrag om nasjonal metodevurdering til enten Statens legemiddelverk eller Kunnskapssenteret i FHI
- Tar stilling til om metodevurderinger er klare til å sendes til beslutning i de regionale helseforetak
- Har ansvar for å følge opp videreutviklingen av Nye metoder.

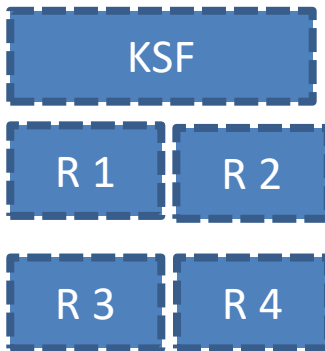
Beslutningsforum for nye metoder

- Fire administrerende direktørene i de regionale helseforetakene, en observatør fra brukerutvalgene og en sekretær fra Helse Nord RHF
- Fatter beslutning om hvilke metoder som kan innføres til bruk i spesialisthelsetjenesten
- Beslutninger om eventuell innføring av nye metoder i hver enkelt av de fire regionene, etter gjennomgått metodevurdering, fattes ved konsensus i møte mellom de fire administrerende direktører i de fire regionale helseforetakene

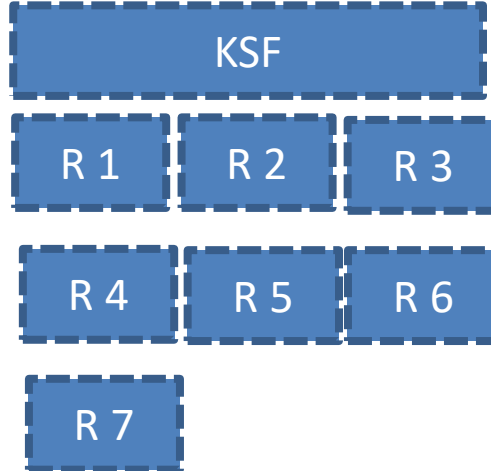


Antall regioner og dilemmaer

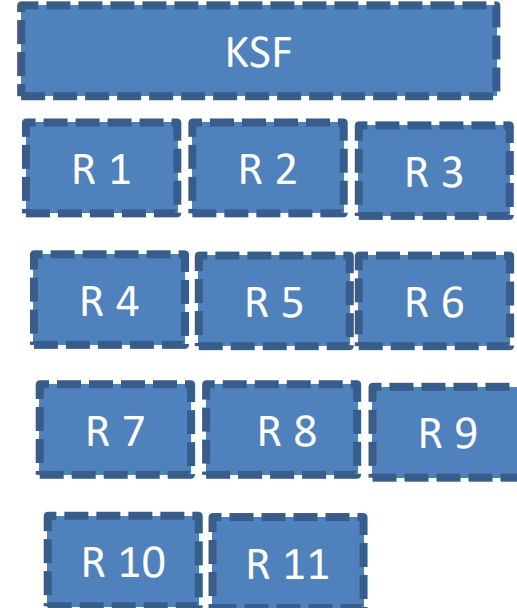
4 regionale organ



7 regionale organ

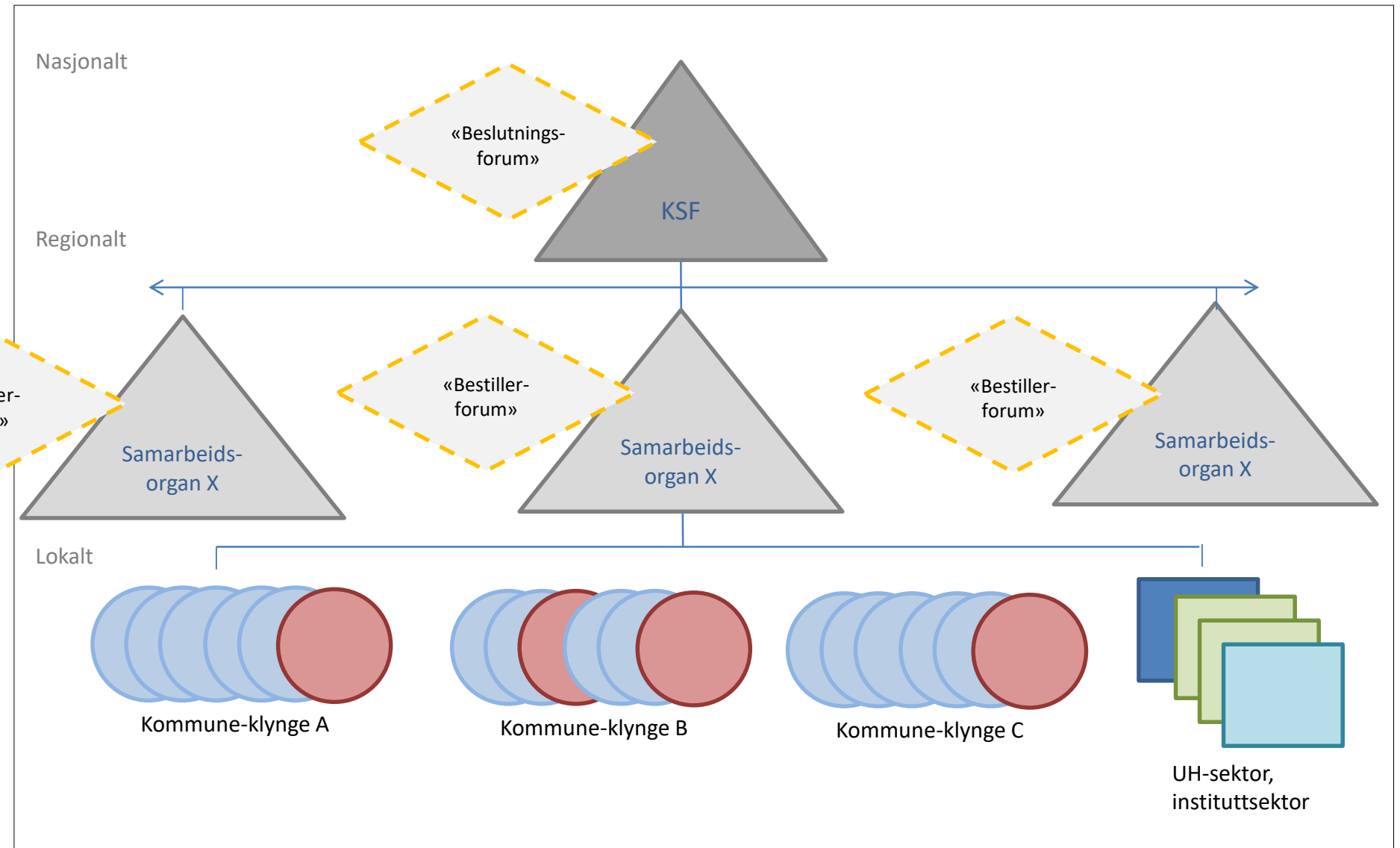


11 regionale organ





Et kunnskapssystem for kommunene





Representasjon i organer

KSF

- Kommune-representanter fra regionene (4,7,11)
- Universitetene og høyskoler (4,7,11)
- Universitets- og høyskolerådet (1)
- Brukerorganisasjoner (1)
- Instituttsektor (1)
- Observatører (KS, NFR, FHI, HOD, KMD, KD)

Samarbeidsorgan

- Kommune-representanter fra klyngene (5-6)
- Representanter fra UH-sektoren (5-6)
- Representant fra instituttsektor (1)
- Representant fra brukere
- Observatører (KS, NFR)

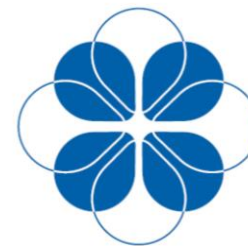
Klynge

- Representanter fra hver kommune
- Representanter fra UH-sektoren (3-4)
- Representant fra instituttsektor (1)
- Andre

Løsning: Forskningsnettverk i
primærhelsetjenesten

15 mill. fastlege-
konsultasjoner
årlig

70 % treffer
fastlegen årlig



PRAKSISNETT

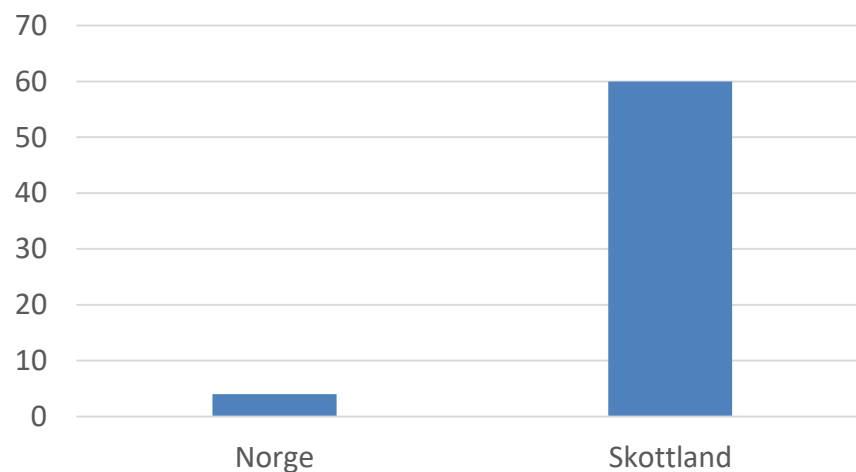


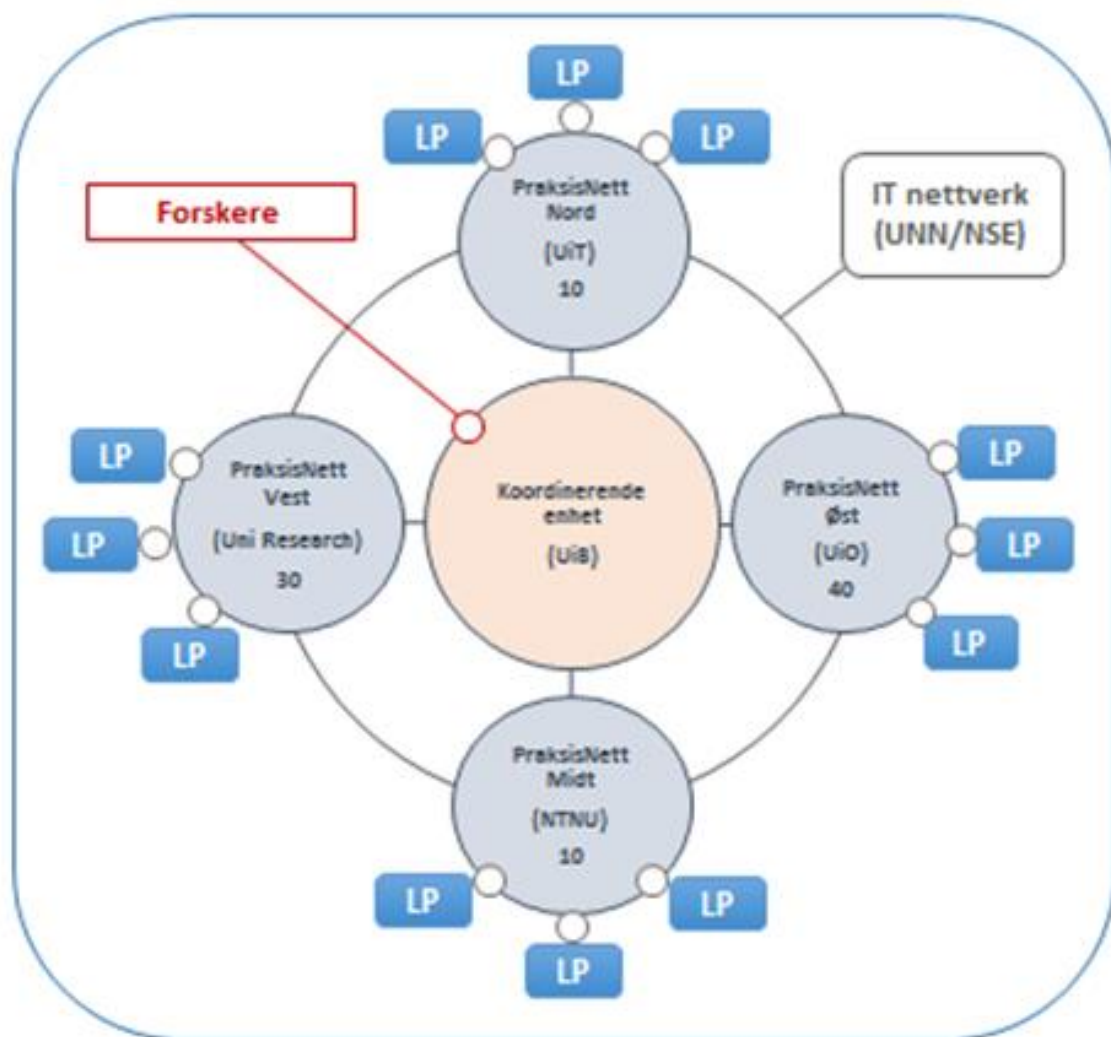
Mål:

- Mer klinisk forskning
- Bedre bruk av data

Professor Guri Rørtveit
prosjektleder og leder for AP1, UiB

Kliniske studier i allmennpraksis
årlig





PRAKSISNETT

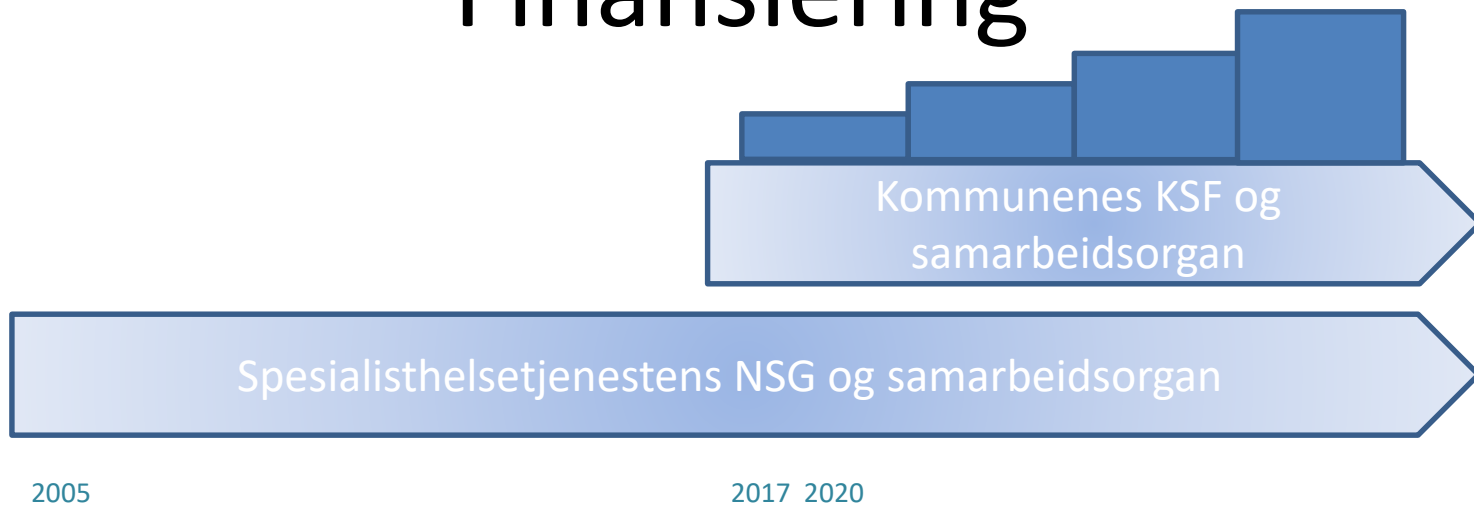
Finansiering

RHF's øremerkede forskningsmidler

- Sekretariatet for tildeling og oppfølging av RHF's øremerkede forskningsmidler, og veiledning i forbindelse med dette.

	2008				2012				2016			
	Totalt	Stats-budsjettet	Egen ramme	Del fra egen ramme	Totalt	Stats-budsjettet	Egen ramme	Del fra egen ramme	Totalt	Stats-budsjettet	Egen ramme	Del fra egen ramme
Helse Nord	70,75	51	19,75	28 %	110,2	64,3	45,9	42 %	147,7	71,9	75,8	51 %
Helse Midt-Norge	100	58,1	41,9	42 %	184,5	70,1	114,4	62 %	243,8	76,8	167	68,5 %
Helse Sør-Øst	329	226,2	103	31 %	477,6	239,2	238,4	50 %	529,1	272,1	257,0	49 %
Helse Vest	111,7	90,9	20,8	19 %	153,5	114,5	39	25 %	183,6	116,7	66,9	36 %

Finansiering



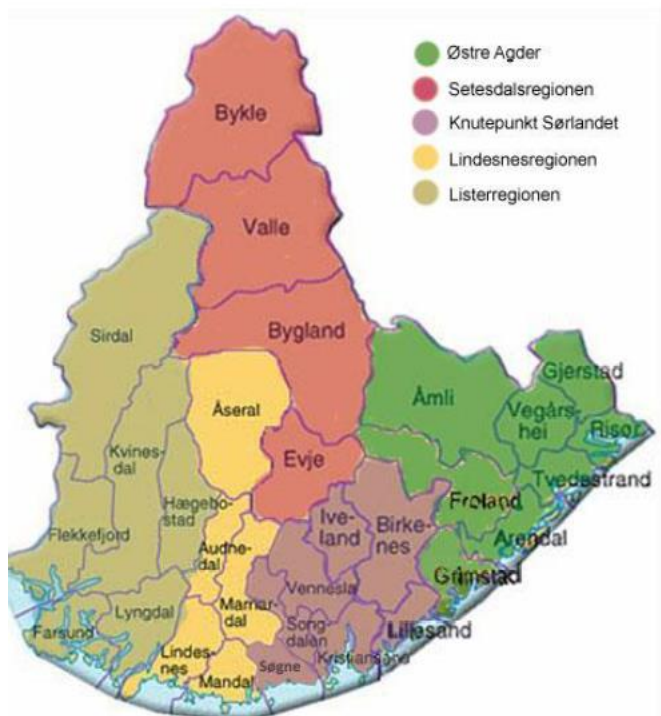
Det er behov for strategiske forskningsmidler for kunnskapssystemet for kommunene (gjelder også utdanning og praksisutplassering):

- Kommunene selv?
- Omprioritere eksisterende midler til FOUI?
 - Fylkesmannsmidler,
 - Helsedirektoratsmidler,
 - Regionalt forskningsfond,
 - NFR mm)
- Samhandlings-andel av samarbeidsutvalgsmidler?
- HELFO – andel av økning?

Eksempler

Starter med e-helse og velferdsteknologi, har ambisjoner om å fortsette med forskning.

Regional samarbeidsstruktur for helsetjenesteutvikling og helseinnovasjon på Agder



Østre Agder: 92 000
Setesdalsregionen: 7000
Region Kristiansand: 139 000
Lindesnesregionen 26 000
Listerregionen: 40 000
Totalt ca: 304 000 innbyggere

Harry Svendsen, samhandlingskoordinator Østre Agder

Kjetil Løyning, RKG sekr
Rådgiver e-helse og velferdsteknologi HS dir stab Kristiansand
kommune



Eksempler

Starter med forskningssamarbeid, jobber med regionalt samarbeid smart omsorg mm.

Kunnskapskommunen *Helse Omsorg Vest*



Bergen



Voss



Meland



Masfjorden



Lindås



Os



Austrheim



Askøy



Radøy



Vaksdal



Osterøy



UNIVERSITETET I BERGEN



Høgskulen
på Vestlandet

research



HELSE BERGEN

Haukeland universitetssjukehus



Haraldsplass
Diakonale Sykehus



folkehelseinstituttet

Dagens forsknings- og innovasjonssystem

Presentation HO21 rådet
6 June 2018

Torben Bundgaard Vad

Agenda

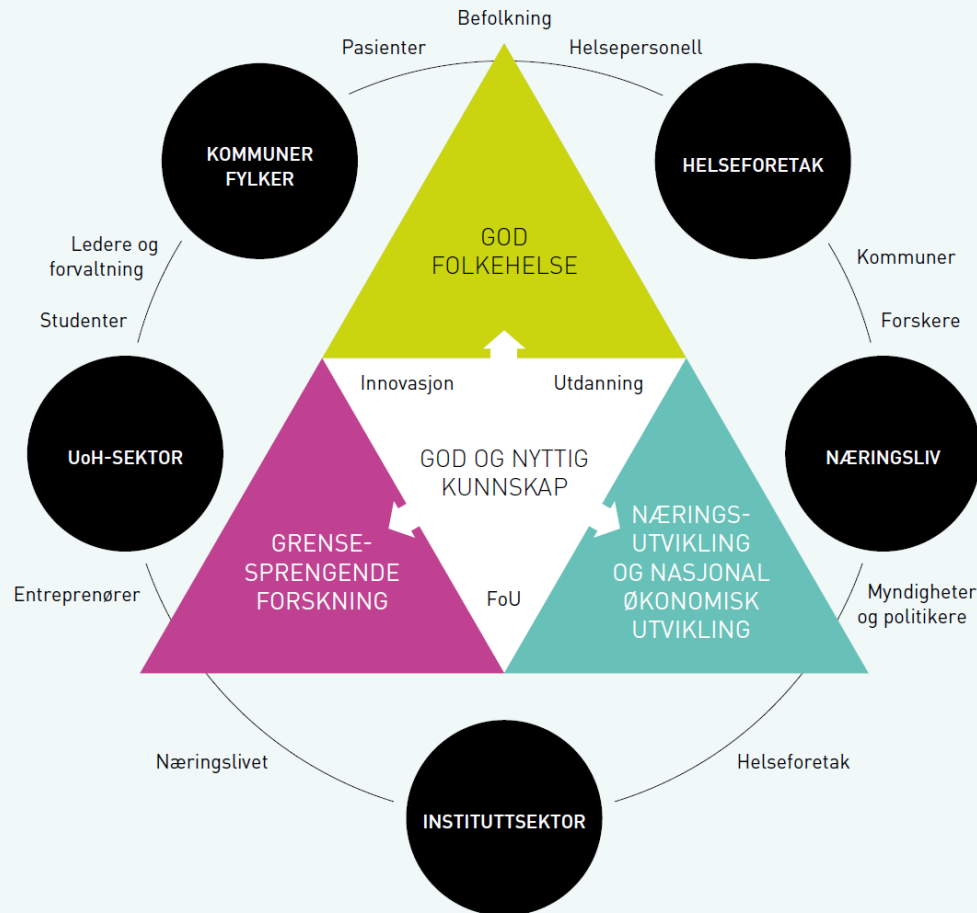
1. Background, purpose and approach
2. Trends identification
3. Problems areas and missing links
4. Initial plans for further data and studies
5. Workshop plans – You are wanted!



Oppdragsbeskrivelsen

- Målet med oppdraget er å analysere **dagens** forsknings- og innovasjonssystem og foreslå forbedringer.
- Hovedspørsmål: **Hva er utfordringene og hvilke løsninger** må til for å utvikle et effektivt system som gir gode og nyttige resultater av høy kvalitet raskt, kostnadseffektivt og forsvarlig?
- Målet er et **helhetlig** Forsknings- og innovasjonssystem som skal bidra til forskning og innovasjon med **kort vei** til bedre helse. Mer og bedre forskning og innovasjon, og raskere prosesser fra behov og ide til iverksetting og nytte i **hele** helsesystemet
- Det er ønskelig at vi **arbeider tett sammen** med HO21-rådet, sekretariat og ledelse
- I denne indledende fase vil vi identifisere de **viktigste relevante trends og problemområder**, som må håndteres i HO21, samt konsolidere tilgang, metoder og data. Vi skal iøvrigt genbesøke HelseOmsorg21-strategien fra 2014.

H021 strategy: Actors and Strategic Priorities



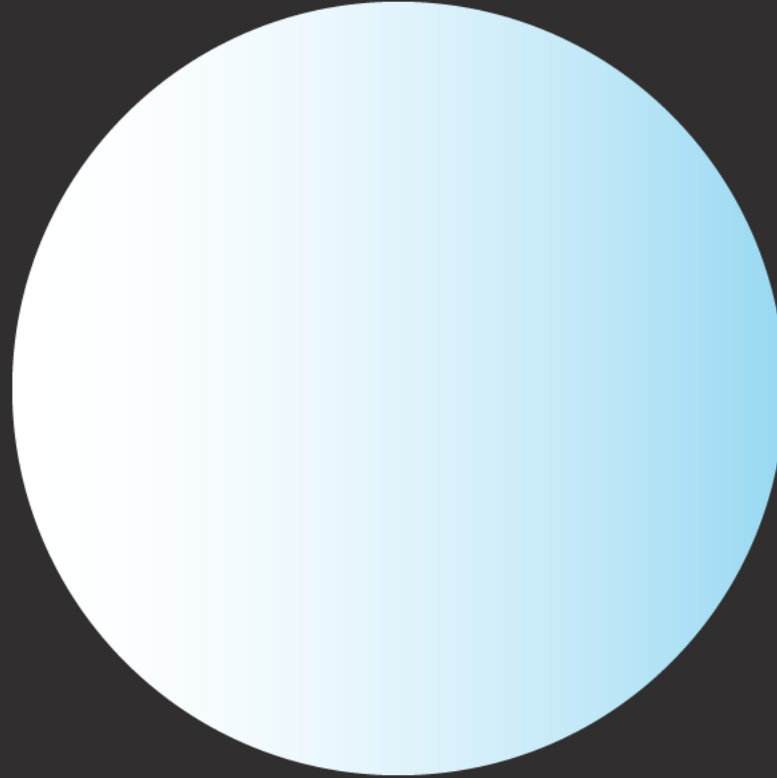
Analysens hovedspørgsmål	Dokument- studier	International review	Interview	Statistisk dataanalyse	Bibliometrisk Effektkæde analyse	Workshop	Spørge- skema
Hvordan ser dagens system for helse- og omsorgs- forskning og innovasjon ud?	✓		✓	✓	✓		✓
Hvilke mangler og barrierer fører til at forskning og tilknyttet innovation ikke udføres eller helt eller delvis mistes?	✓		✓			✓	✓
Hvilken betydning har den digitale infrastruktur for nå målsætning om et samlet og effektivt forsknings og innovasjonssystem?	✓	✓	✓			✓	
Kan der identificeres sammenlignelige analyser eller processer i andre lande? Hvad kan vi lære af disse?	✓	✓	✓				
Hvilke strategiske mål bør gælde for et helhetlig forsknings- og innovasjonssystem som skal bidra til forskning og innovasjon med kort vei til bedre helse?			✓			✓	✓
Hvilke tiltag kan tages for at utvikle et effektivt system som gir gode og nyttige resultater av høy kvalitet raskt, kostnadseffektivt og forsvarlig?			✓			✓	✓

	April	Maj	Juni	August	September	Oktober	November	December	Januar	Februar
Dokumentstudier										
Internationale review										
Kvalitative interview										
Statistisk dataanalyse										
Bibliometrisk effektkæde analyse										
Workshops			19-Jun							
Spørgeskema undersøgelse										
Afrapportering										
Møder & dialog - Forskningsrådet & referencegruppe	25-May		06-Jun		19-Sep		29 nov			

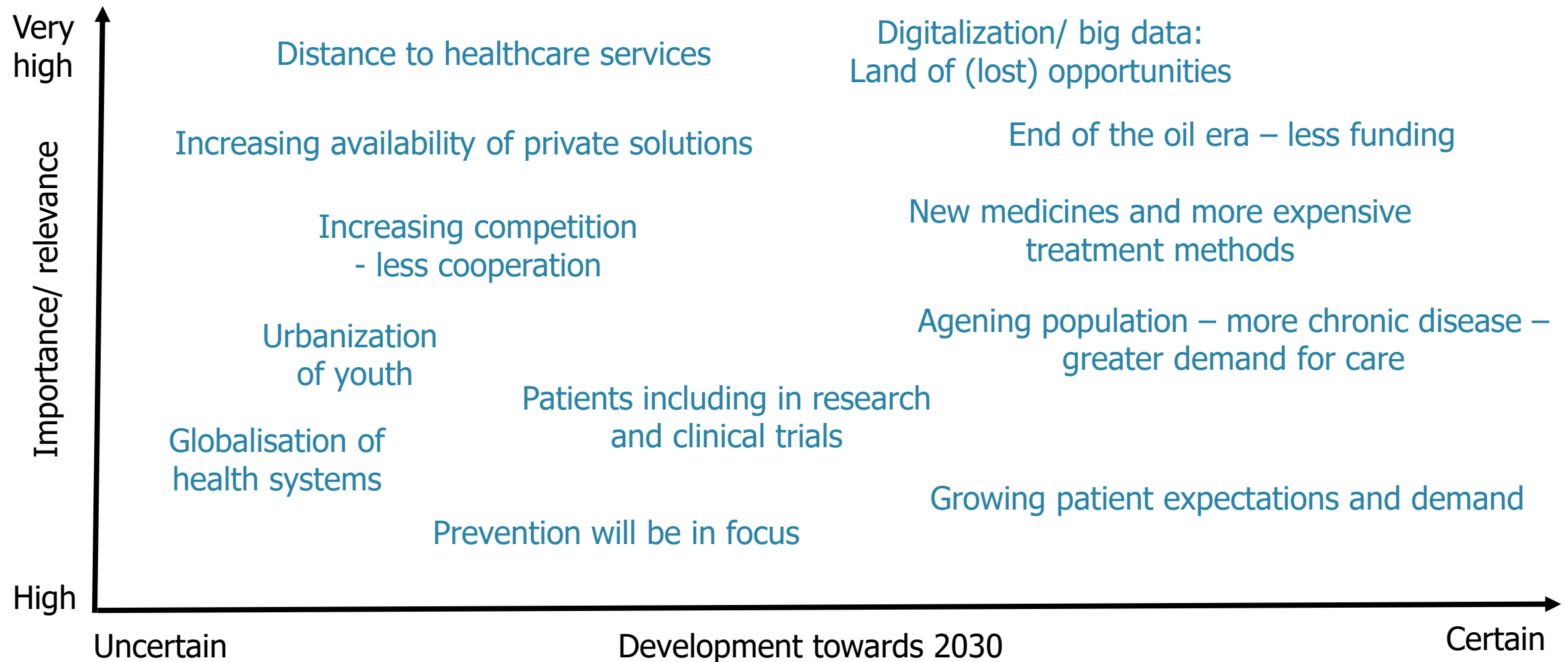
First round: 60+ document studies and 25 interviews – 9 themes

1. What are the strongest trends, nationally and internationally?
2. What are the most important problem areas?
3. Are there any missing links in the evidence- and effect chain?
4. Do the problem areas and missing links relate to specific disease areas?
5. How can a better (digital) infrastructure help?
6. What are the biggest challenges connected to the HO21 strategy?
7. Are there health research and innovation processes serving as good examples?
8. What strategic goals should Norway set up for the future system?
9. Knowledge of comparable analyses or processes in other countries?

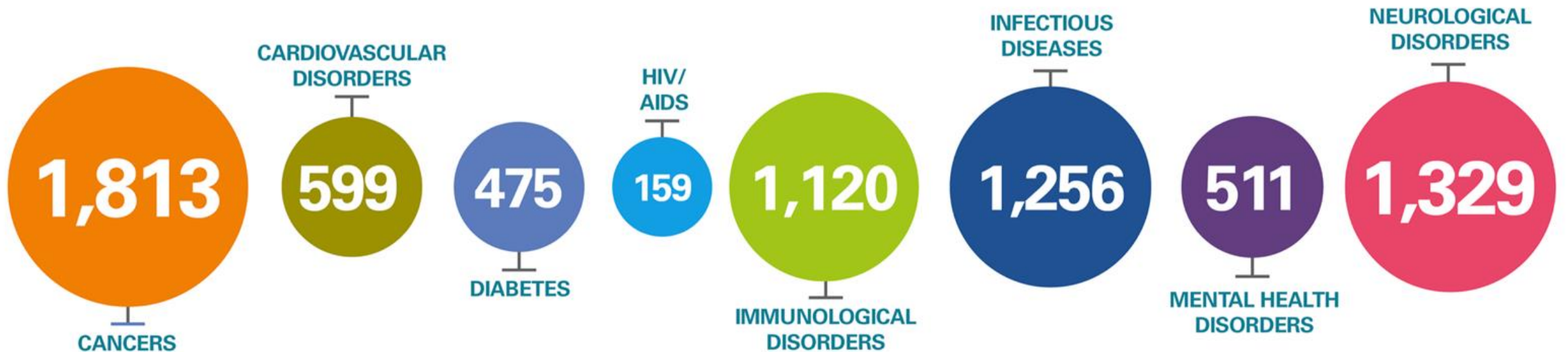
Trends identification



Trends to affect system performance

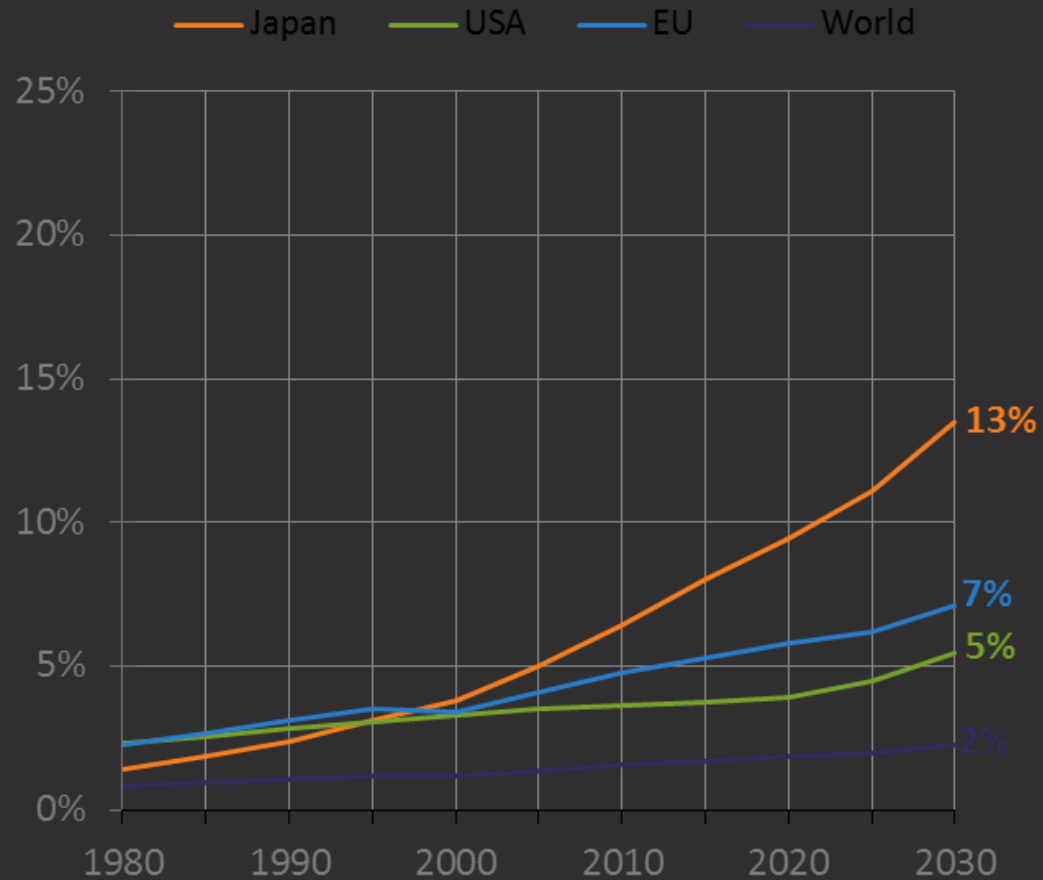


Over 7000 medicines in development – challenge and opportunity



Source: Health Advances analysis; Adis R&D Insight Database. March 2015, compiled by PhRMA

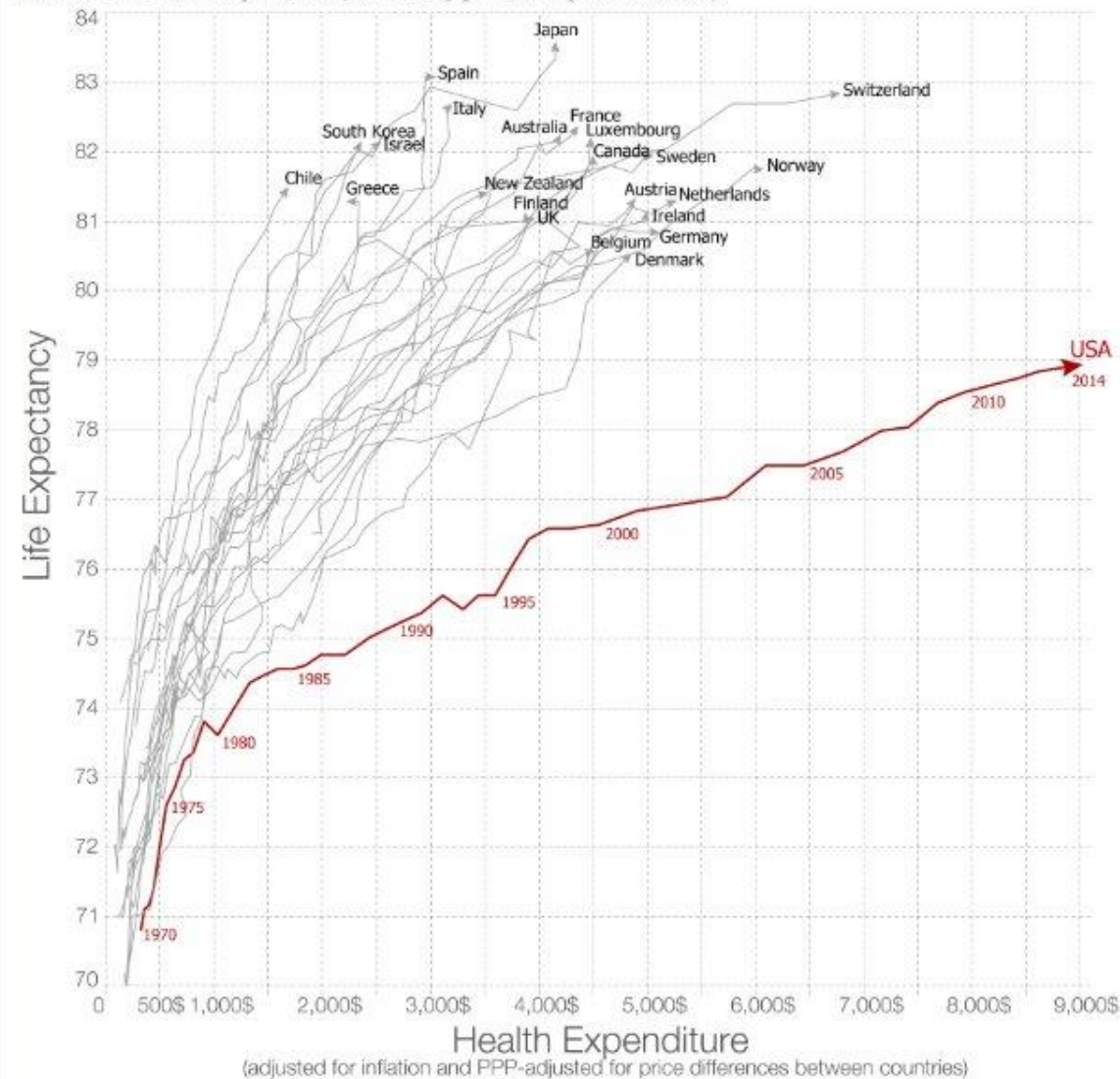
Ageing populations worldwide are leading to more chronic disease and greater demand for care



Life expectancy vs. health expenditure over time (1970-2014)

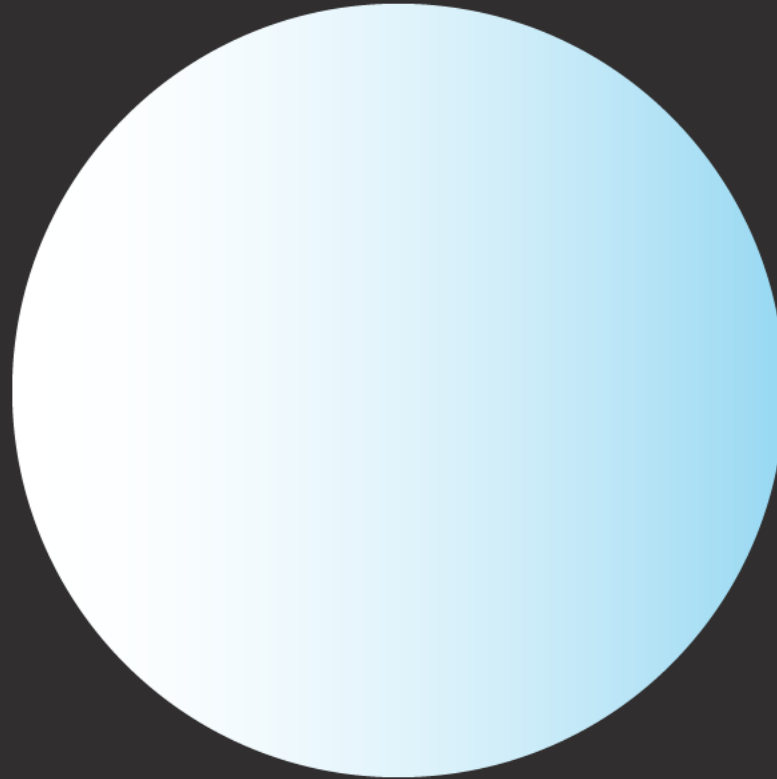
Our World
in Data

Health spending measures the consumption of health care goods and services, including personal health care (curative care, rehabilitative care, long-term care, ancillary services and medical goods) and collective services (prevention and public health services as well as health administration), but excluding spending on investments. Shown is total health expenditure (financed by public and private sources).



Data source: Health expenditure from the OECD; Life expectancy from the World Bank. Licensed under CC-BY-SA by the author Max Roser. The interactive data visualization is available at [OurWorldinData.org](https://ourworldindata.org). There you find the raw data and more visualizations on this topic.

Problems areas and missing chainlinks



Most important problem areas identified in interviews and documents

Data access for researchers and innovators is difficult and time consuming

Healthcare service, implementation, usability and research at the **municipal** level is challenged

Research-based **innovation and commercialisation** has low priority and to few results

Lack of **private** involvement, cooperation and capital

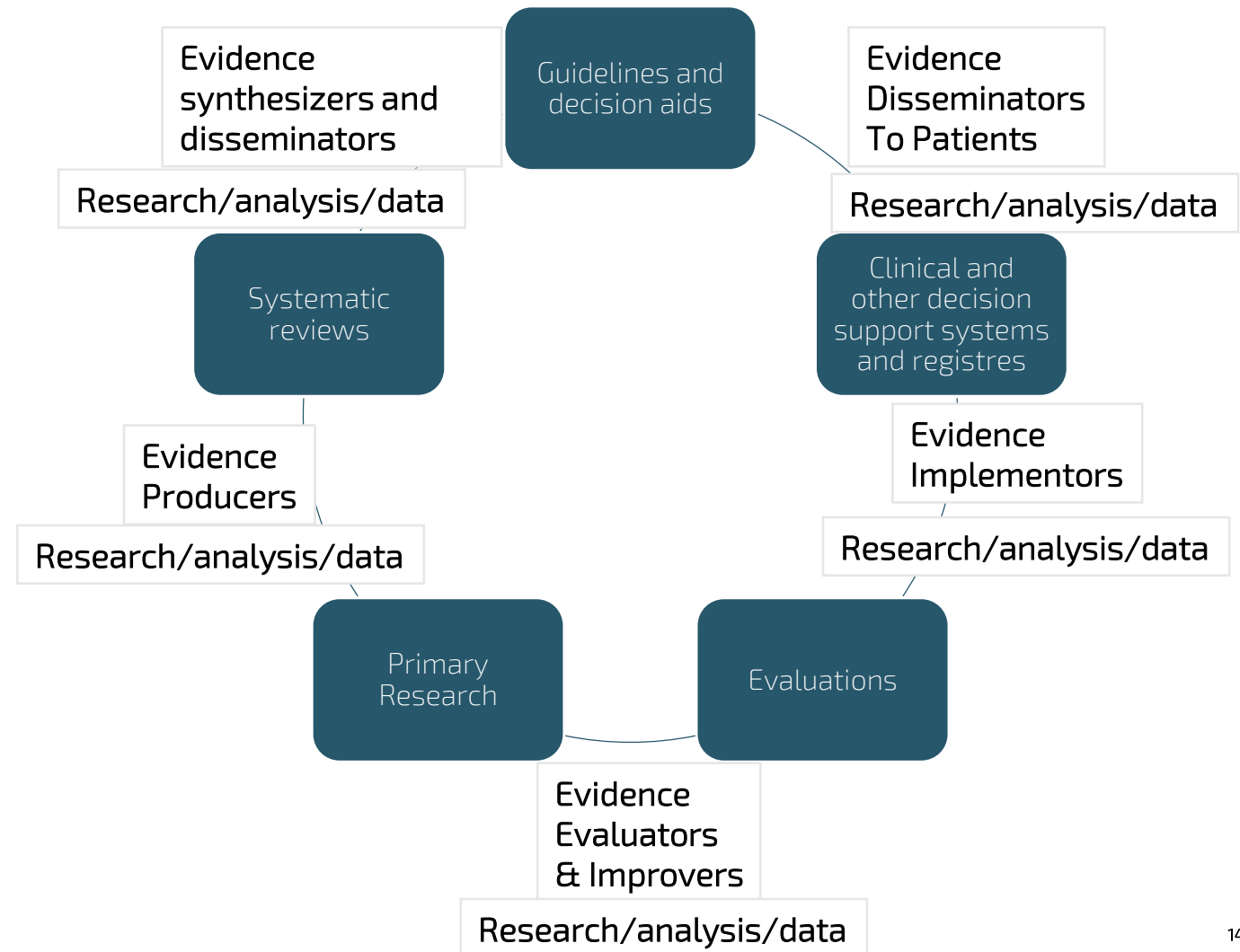
Lack of **cross-sectoral cooperation and coordination**: UoH sector/helseforetak/institutes

Norwegian biggest (potential) **research strongholds** are not known and prioritized



- A lot of guidelines are published, but they are not (all) known or being used
- There is a lack of absorptive capacity at the local and regional levels
- Municipalities do not have the capabilities to implement results for the treatment of patients
- Hard documentation to support the healthcare professionals is not known
- Systematic processes for testing new technologies and digital solutions are missing
- Research on primary health care services at the local level is less prioritized and lacks a lead
- Lack of utilization of the available patient data
- Researchers experience difficulties getting access to health data from 500 sources.
- Patient groups are involved but do not have the capabilities to contribute
- Missing links between regional helseforetak, the UoH sector and institutes
- The evidence circle is missing applied research,
- Lack of evaluations at practicing level
- Good data on mortality but not on treatment

Implementation, Evidence and Effect Chain



Takk for opmærksomheden

DAMVAD Analytics
Havnegade 39,
DK-1058 Copenhagen K

Torben Bundgaard Vad
Tel. +45 2444 7554
E-mail: tva@damvad.com





HELSENÆRINGENS VERDI 2018

Presentasjon HO21, 6. juni 2018

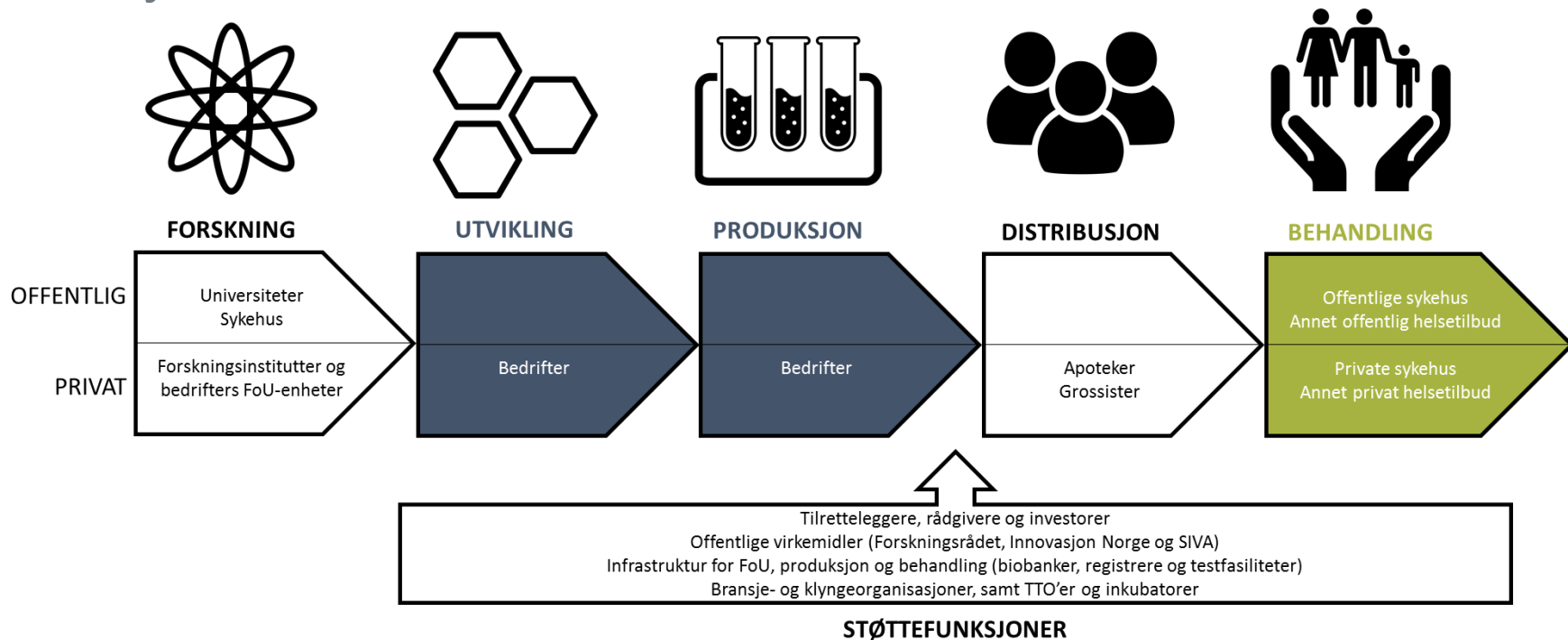
Erik W. Jakobsen

Hovedbudskap

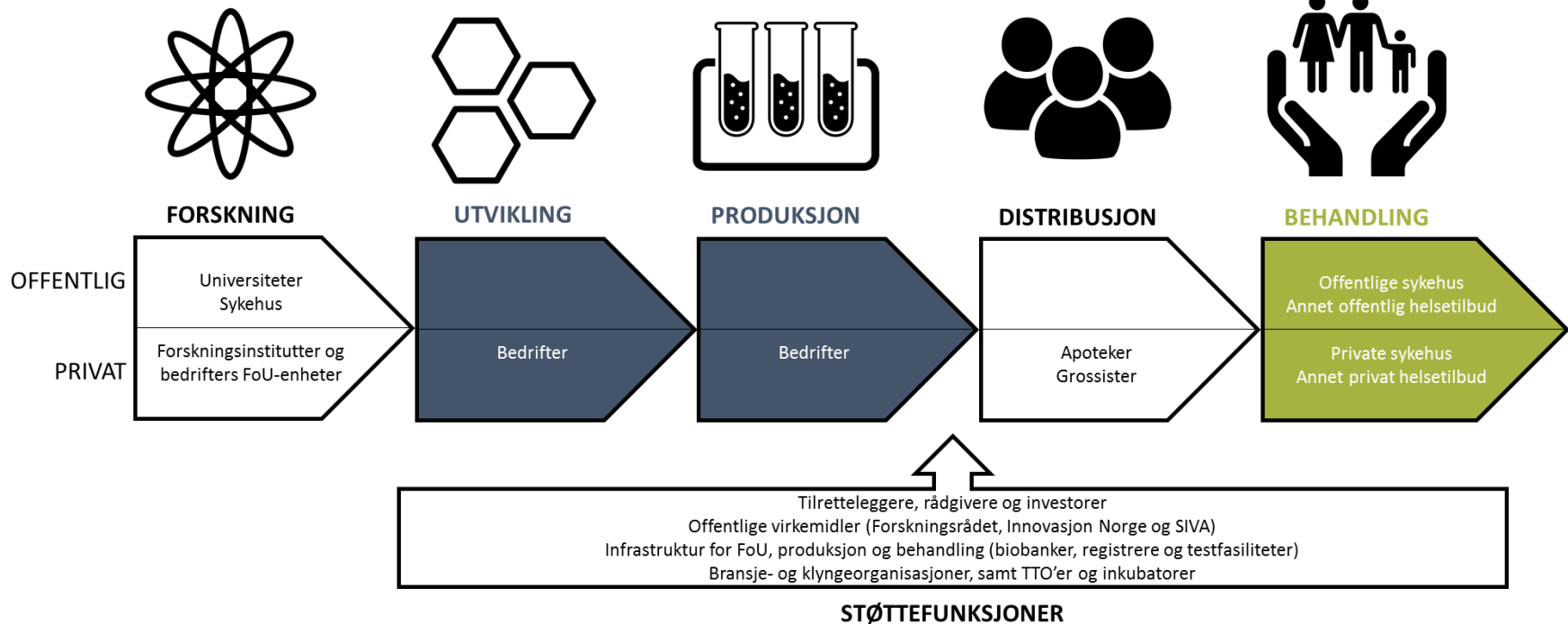
1. Fortsatt høy vekst i hele helsenæringen
2. Helsenæringen eksporterte for 23,5 milliarder kroner i 2017
3. 96% av eksportinntektene kommer fra bedrifter med vareproduksjon i Norge
4. Næringens FoU-innsats øker sterkt, og innovasjonsaktiviteten er høy
5. Store samfunnsgevinster av innovasjon i helsenæringen – men det krever at sykehus og kommuner kan og vil ta i bruk nye teknologier, løsninger og produkter



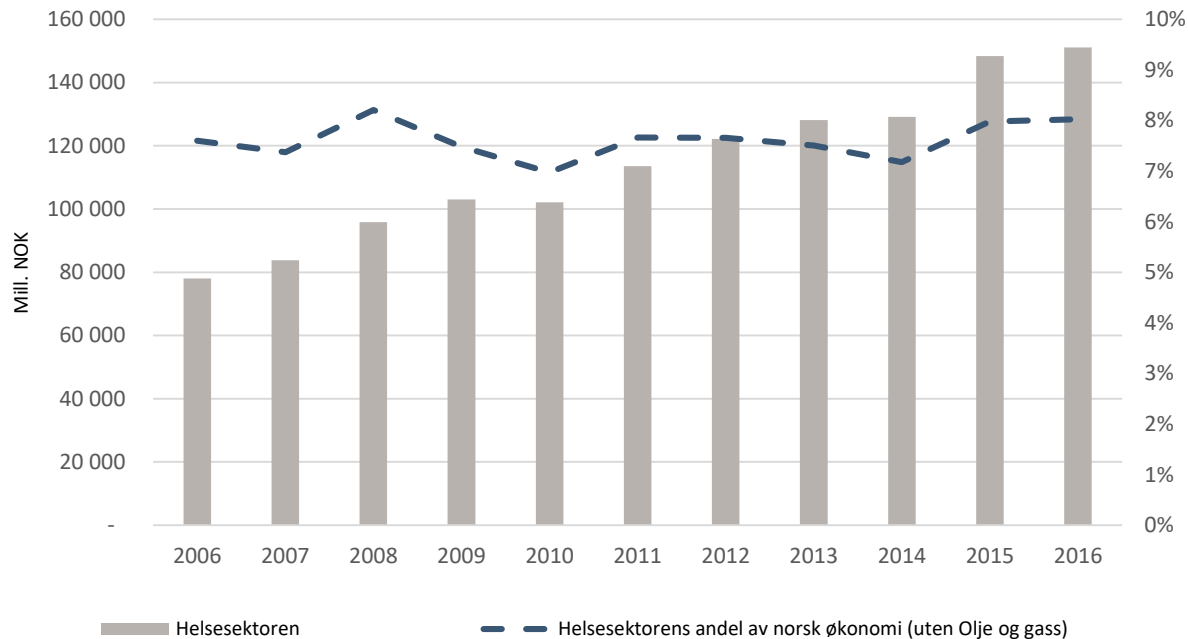
Verdikjeden i Helse sektoren



Helsenæringen = den private delen av helsesektoren



Helsesektoren utgjør mer enn 8 prosent av norsk fastlandsøkonomi

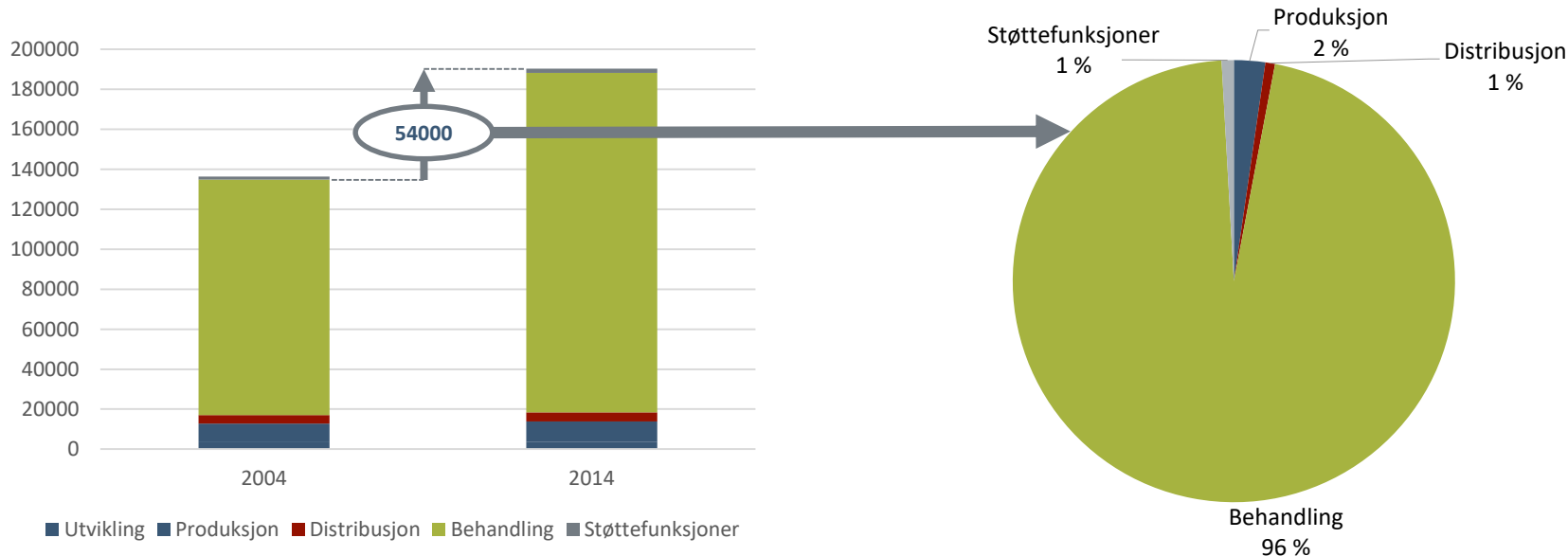


Helsesektorens verdiskaping og sektorens andel av norsk økonomi (uten olje og gass) 2006 til 2016 (mill. NOK).

96% av sysselsettingsveksten har kommet i behandlingsleddet

Antall ansatte i helsesektoren i 2004 og 2014 fordelt på leddene i verdikjeden. Kilde: Menon

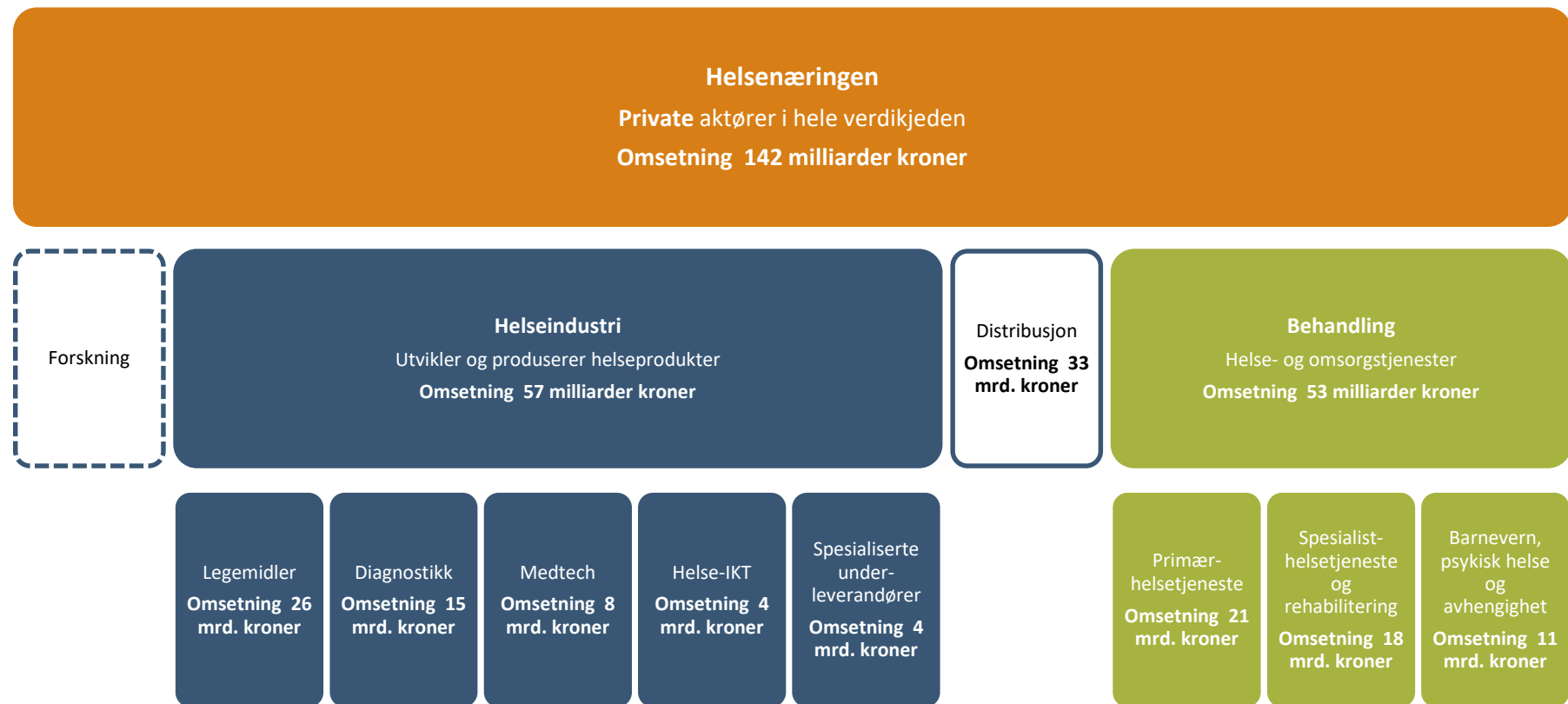
Vekst i antall sysselsatte i ulike deler av helsesektorens verdikjede



96% av sysselsettingsveksten har kommet i behandlingsleddet

- Veksten er ikke bærekraftig, nødvendig å
 - **redusere behovet** for helsetjenester gjennom forebygging og gjennom velferdstjenester som overfører behandlingen fra sykehus og omsorgsinstitusjoner til pasientene selv
 - **øke produktiviteten** i behandlingsleddet, gjennom nye legemidler, diagnostiske verktøy og medisinsk teknologi.
- **Helseindustrien** spiller en nøkkelrolle for å realisere dette

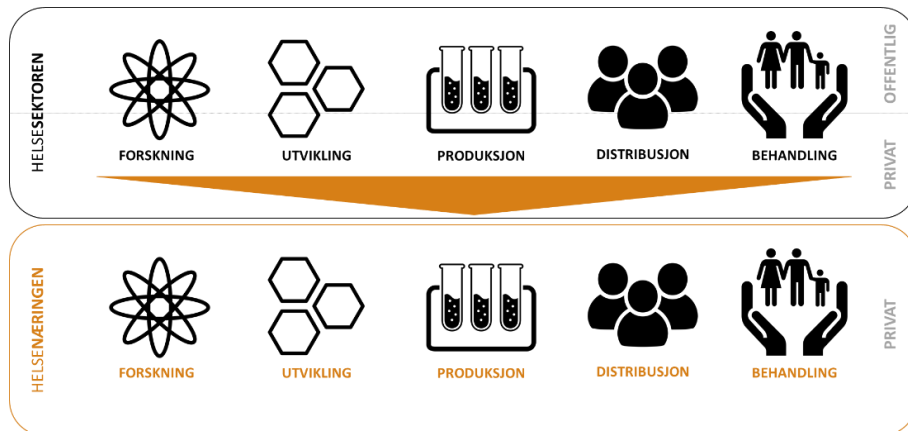




Helsenæringen

131 milliarder
omsetning i
2016

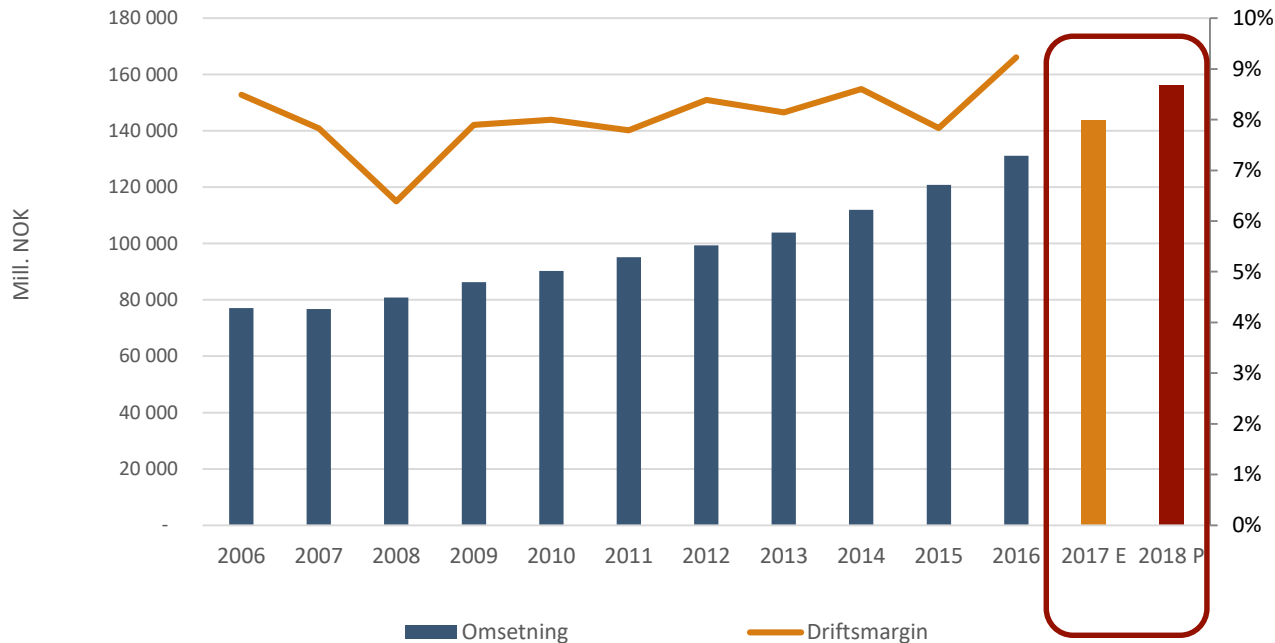
75 tusen
ansatte i
2016



55 milliarder
verdiskaping i
2016

91 prosent
vekst i
verdiskaping
fra 2006 til
2016

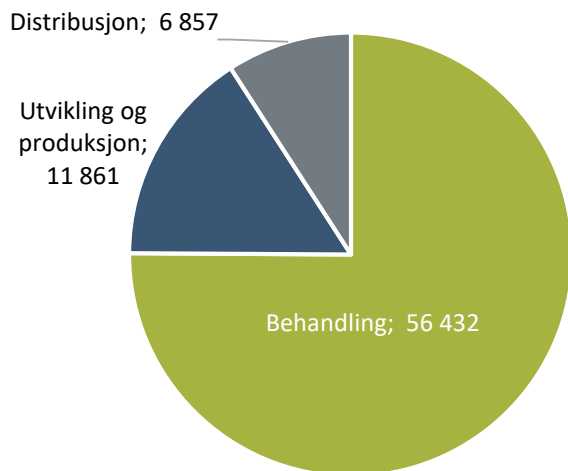
Styrket vekst de siste årene, og forventinger om videre vekst



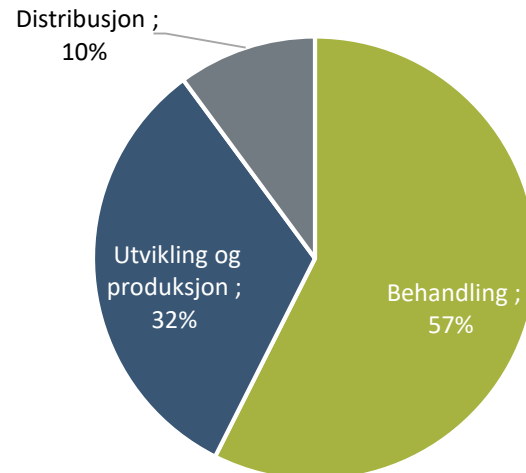
Omsetning og driftsmargin
for helsenæringen fra 2006
til 2016 (2018) (mill. NOK).
Kilde: Menon

75% av de ansatte jobber i behandlingsleddet –står for 57% av verdiskapingen

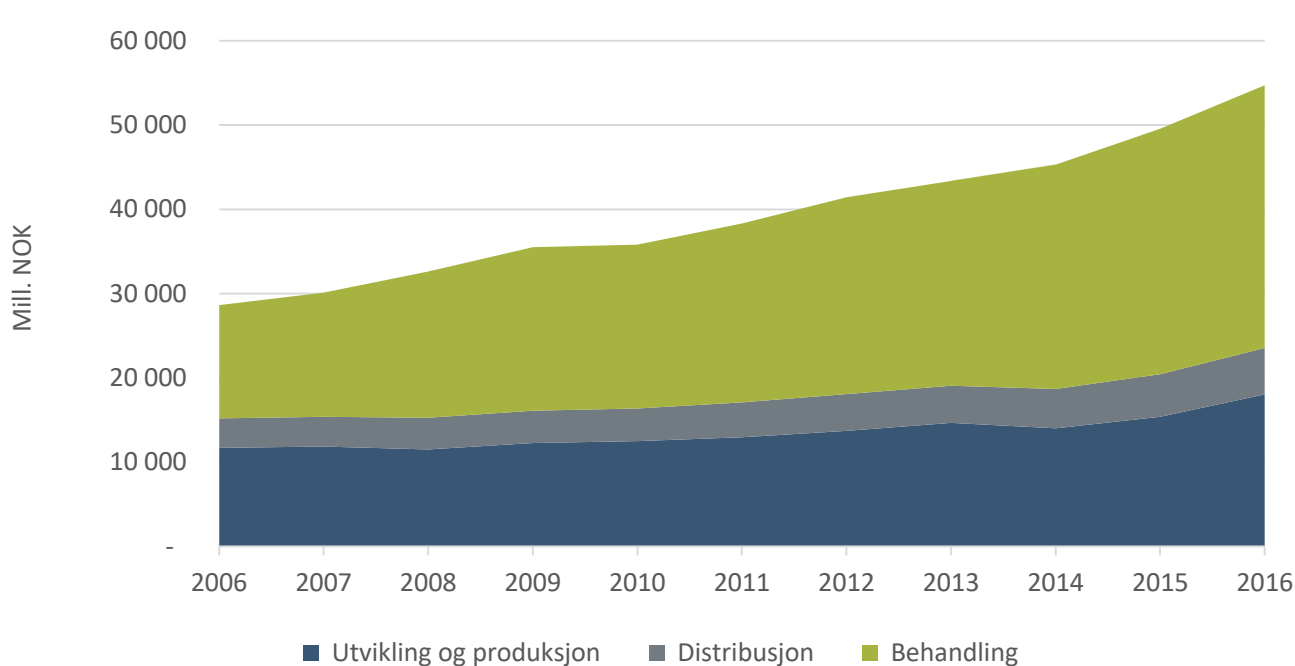
Antall sysselsatte i Helsenæringen etter hovedgruppe i 2016. Kilde: Menon



Verdiskaping for Helsenæringen etter hovedgruppe i 2016 (mill. NOK). Kilde: Menon



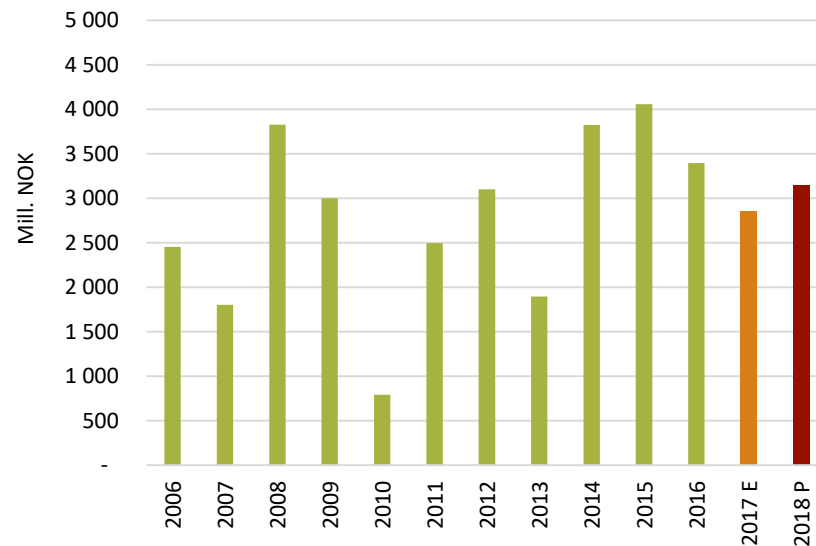
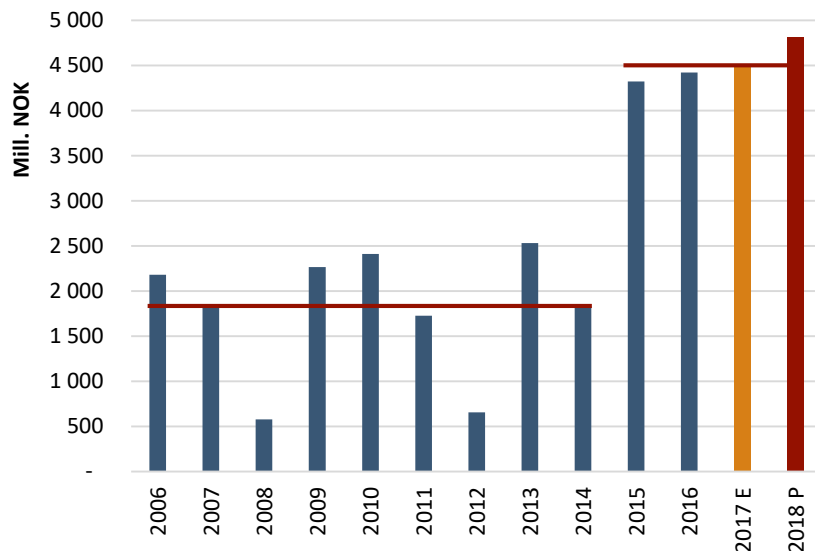
Verdiskapingen har økt med over 90 % mellom 2006 og 2016



Verdiskapingsutvikling i helsenæringen fra 2006 til 2016 etter hovedgruppe (mill. NOK). Kilde: Menon

Helseindustrien fikk et taktskift i 2015 og vokser med ca 4,5 mrd kroner i året

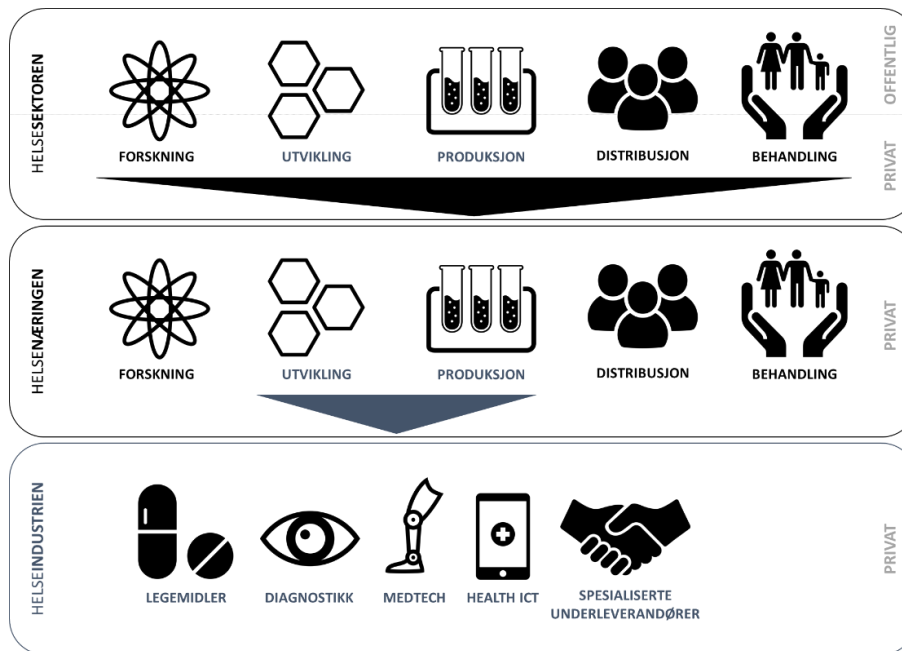
Årlig omsetningsvekst i helseindustrien og i behandlingsleddet (helse- og omsorgstjenester) fra 2006 til 2016, samt estimater for 2017 og prognoser for 2018 (bedriftenes egen rapportering). Kilde: Menon



Helseindustrien

53 milliarder
omsetning i
2016

12 tusen
ansatte i
2016

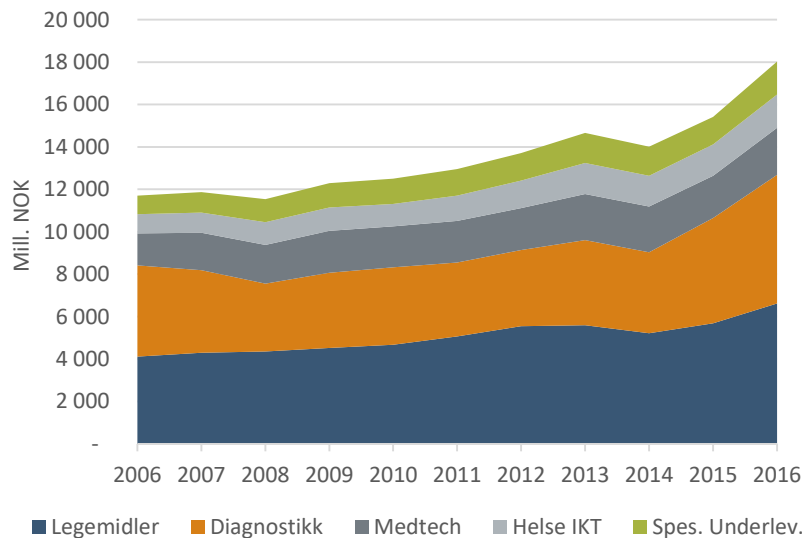


18 milliarder
verdiskaping i
2016

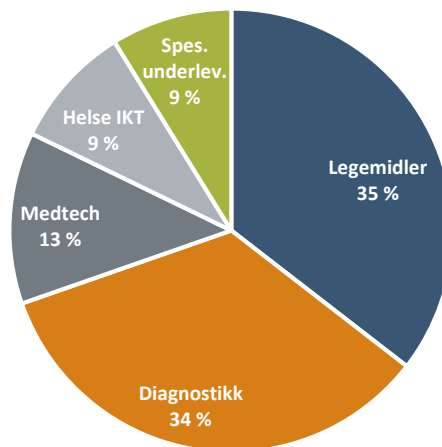
54 prosent
vekst i
verdiskaping
fra 2006 til
2016

Sterk vekst de to siste årene – drevet av Diagnostikk og Legemidler

Verdiskapingsutvikling i helseindustrien fra 2006 til 2016 etter undergruppe (mill. NOK). Kilde: Menon

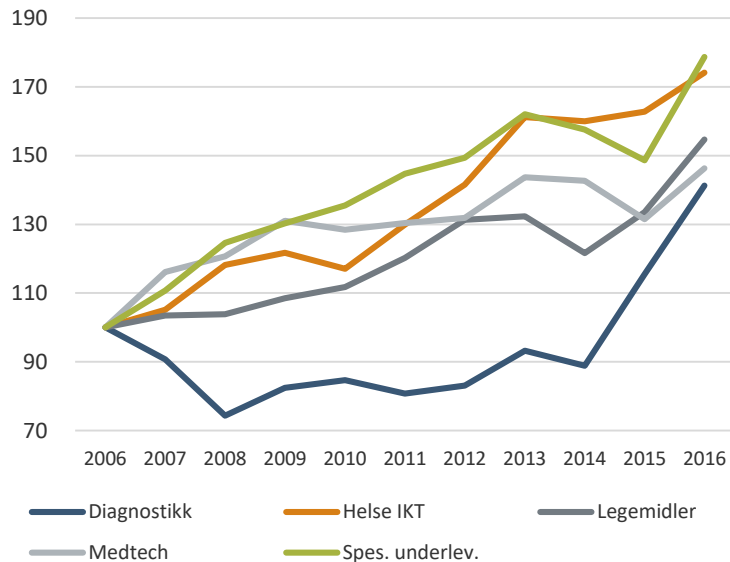


Verdiskaping i helseindustrien 2016 etter undergruppe. Kilde: Menon

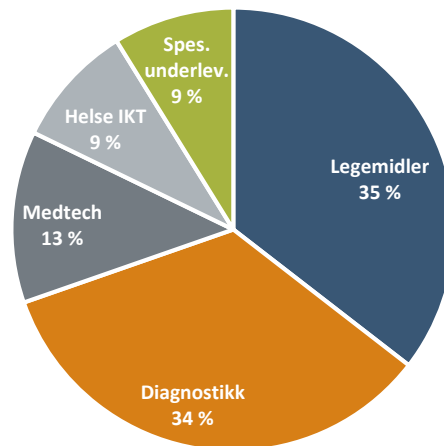


Sterk vekst de to siste årene – drevet av Diagnostikk og Legemidler

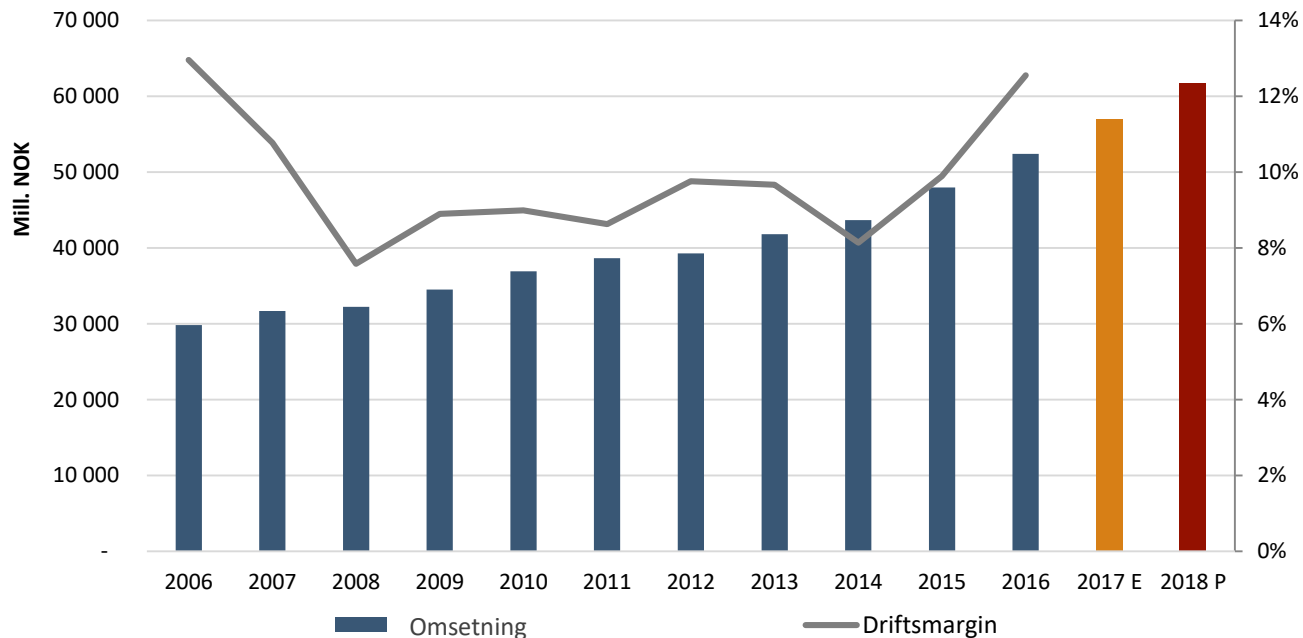
Verdiskapingsutvikling i helseindustrien fra 2006 til 2016 etter undergruppe (mill. NOK). Kilde: Menon



Verdiskaping i helseindustrien 2016 etter undergruppe. Kilde: Menon

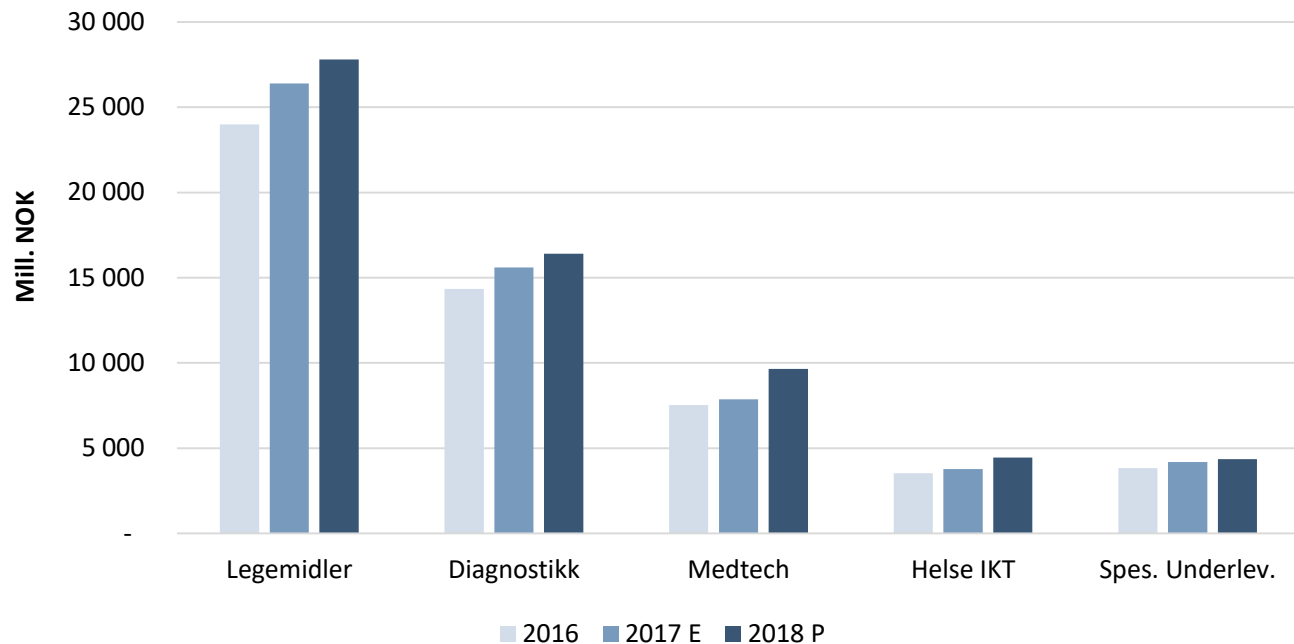


Høy vekst og lønnsomhet i helseindustrien de siste årene



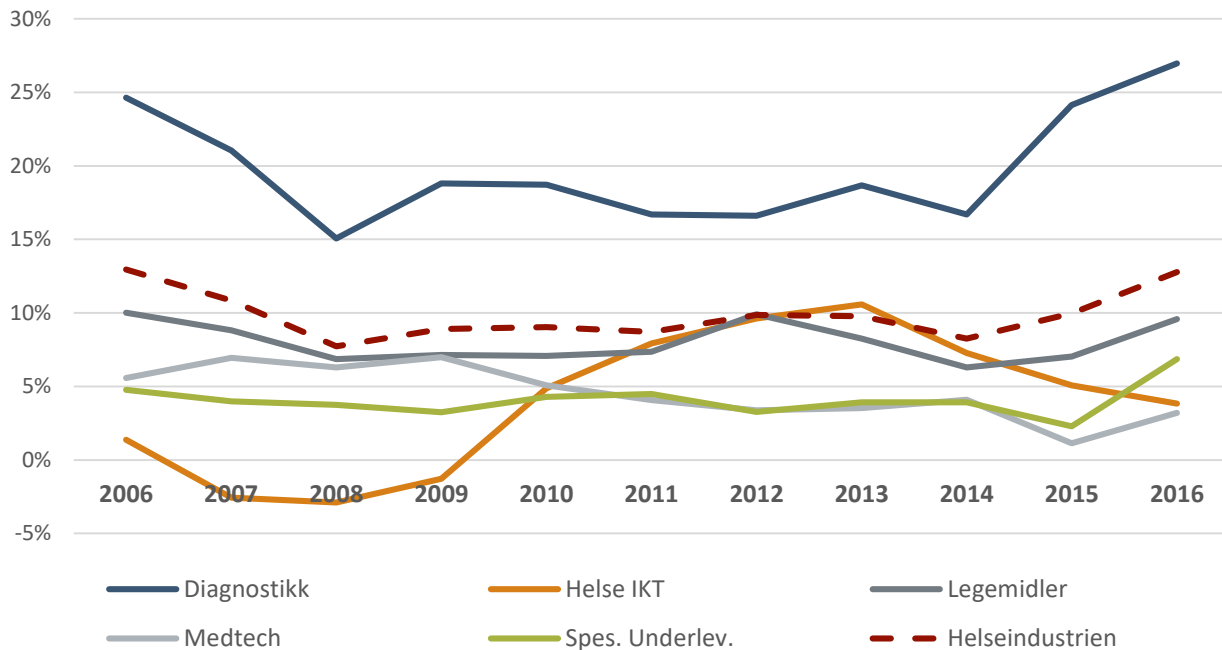
Omsetning og driftsmargin for helseindustrien fra 2006 til 2016, samt estimat for 2017 og prognose 2018 (mill. NOK). Kilde: Menon

Positive forventinger blant alle bransjene i Helseindustrien



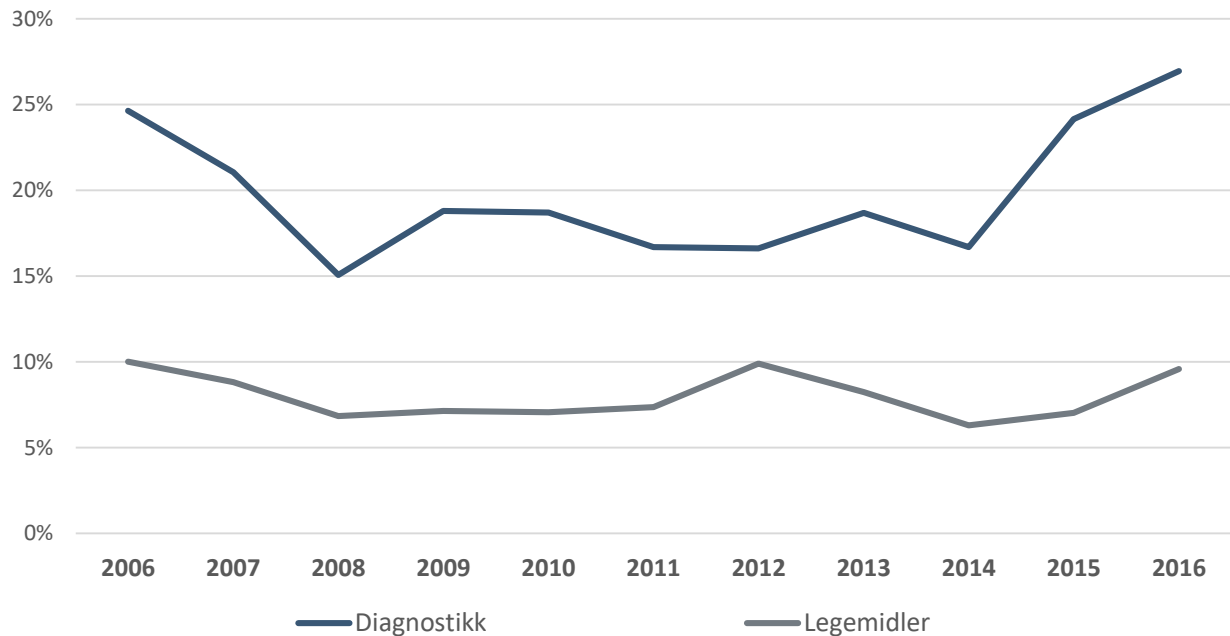
Omsetning for
helseindustrien 2016, 2017
(Estimat) og 2018 (Prognose)
etter undergruppe (mill.
NOK). Kilde: Menon

Svært høy lønnsomhet innen Diagnostikk



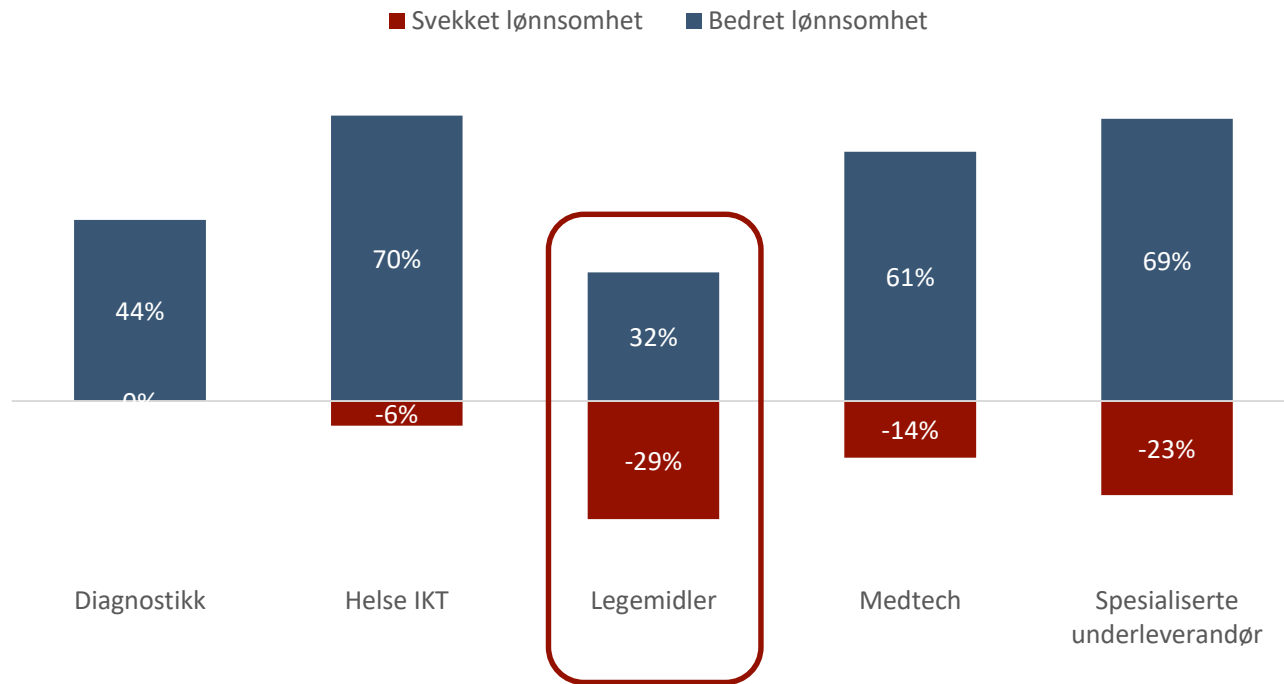
Driftsmarginutvikling for undergruppene i Helseindustrien fra 2006 til 2016 etter undergruppe.
Kilde: Menon

Vesentlig høyere enn blant legemiddelbedriftene



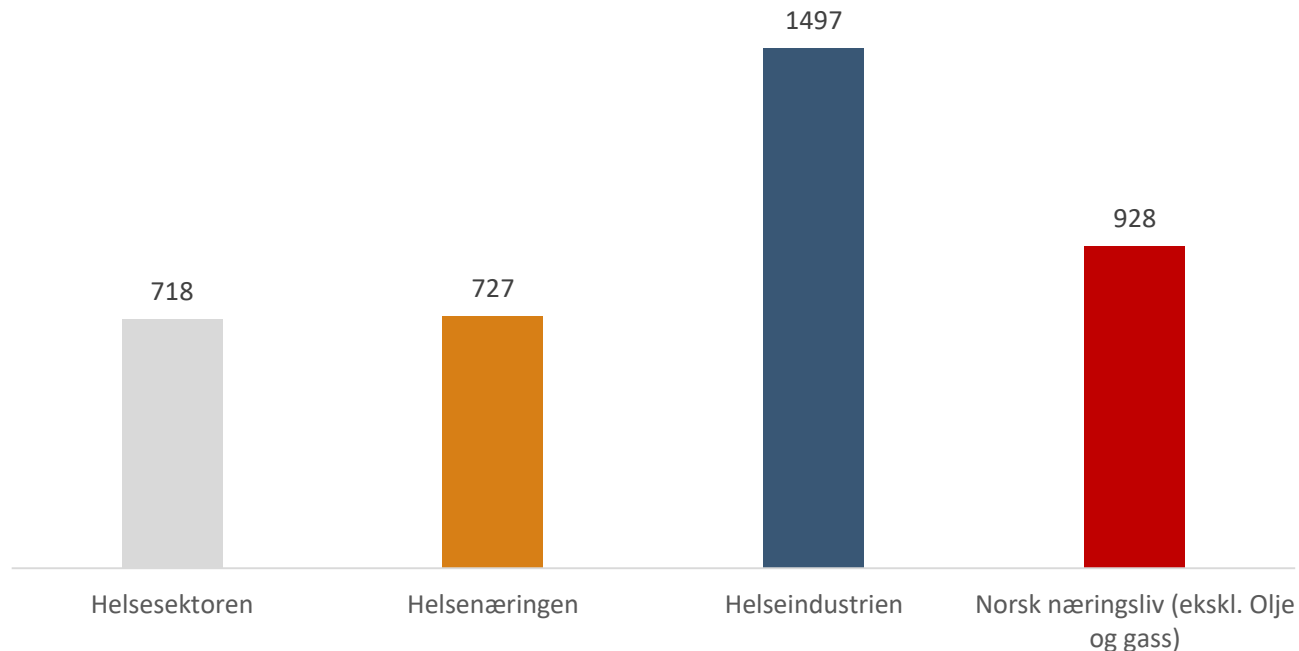
Driftsmarginutvikling for undergruppene i Helseindustrien fra 2006 til 2016 etter undergruppe.
Kilde: Menon

Høyest forventninger til lønnsomhet blant IKT-bedriftene



Bedriftenes forventninger til driftsresultat i år sammenlignet med året før blant bransjene i Helseindustrien. Kilde: Menon

Høy produktivitet i Helseindustrien

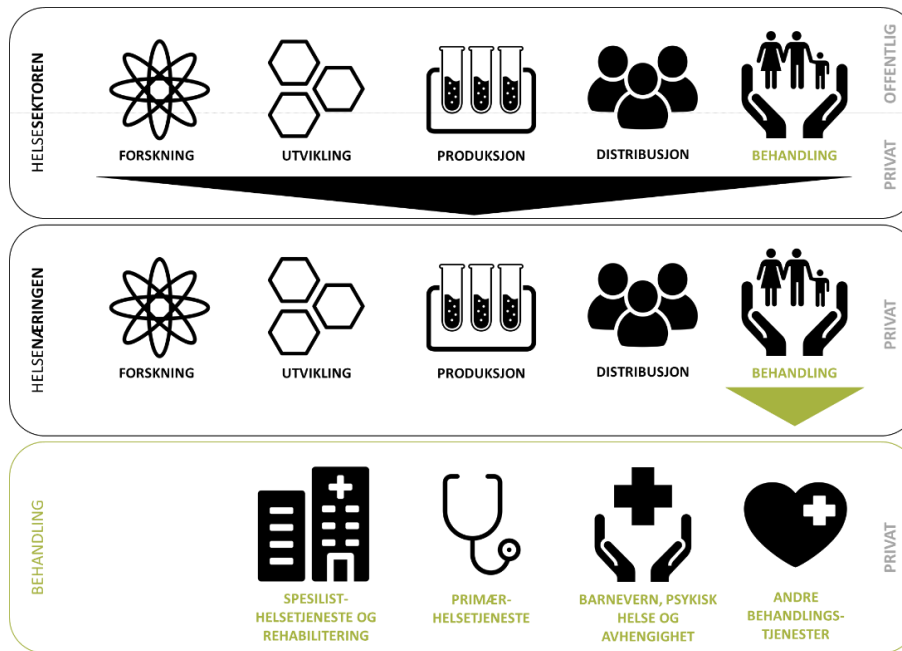


Produktivitet (verdiskaping per sysselsatte, i 1000 NOK) for Helsesektoren, Helsenæringen og Helseindustrien i 2016. Tilsvarende indikator for norsk næringsliv samlet (uten olje og gass), til sammenligning. Kilde: Menon

Behandling

50 milliarder
omsetning i
2016

56 tusen
ansatte i
2016

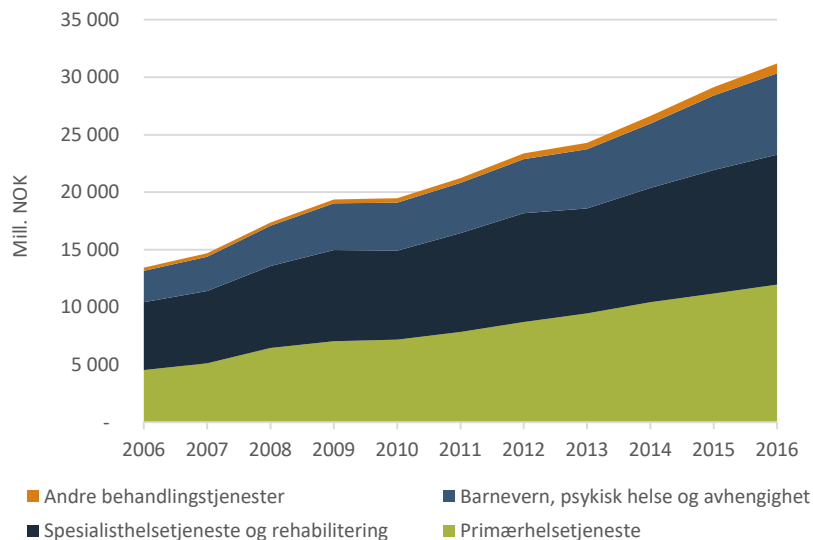


31 milliarder
verdiskaping i
2016

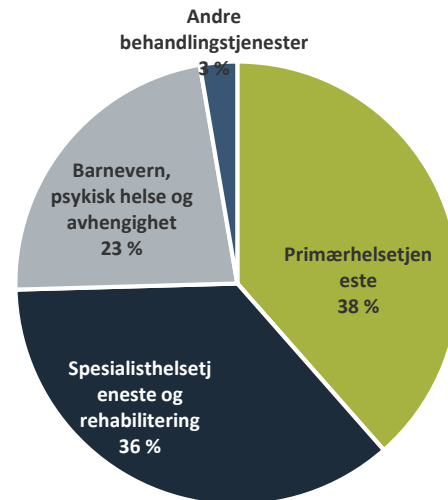
132 prosent
vekst i
verdiskaping
fra 2006 til
2016

Stabil og høy vekst blant behandlingsvirksomhetene fra 2006 til 2016

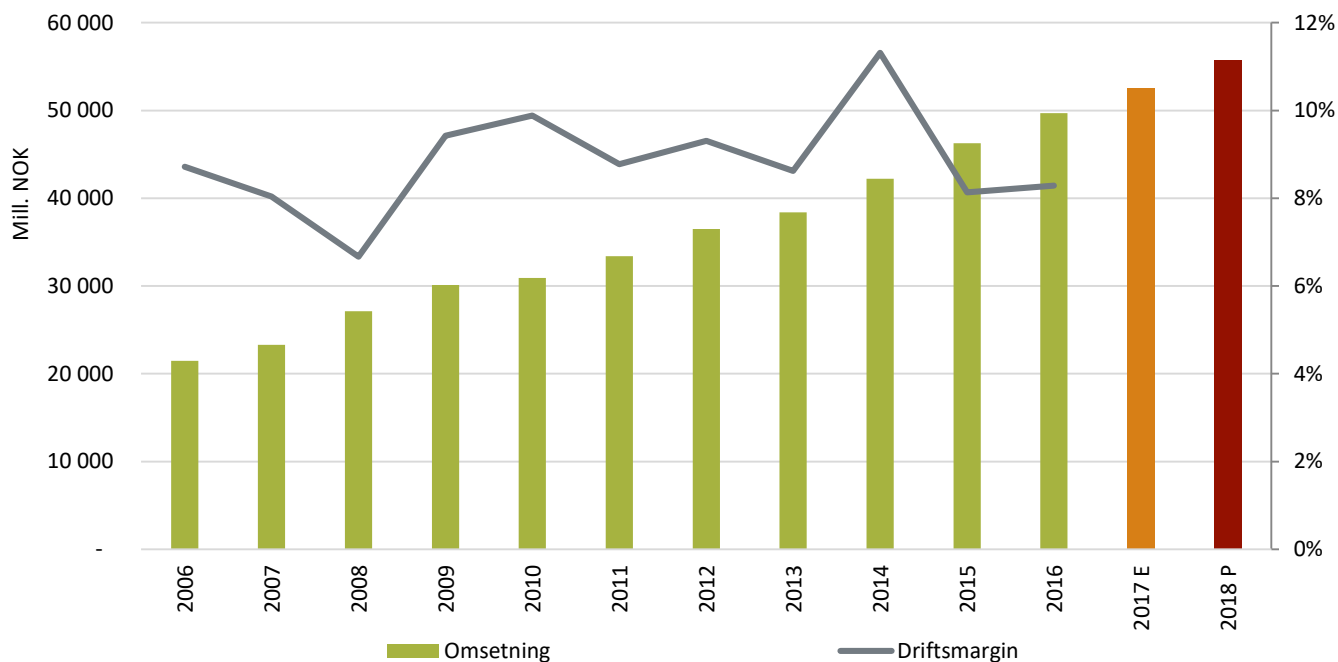
Verdiskapingsutvikling for behandling fra 2006 til 2016 etter bransje (mill. NOK). Kilde: Menon



Verdiskaping for behandlingsleddet 2016 etter bransje (mill. NOK). Kilde: Menon

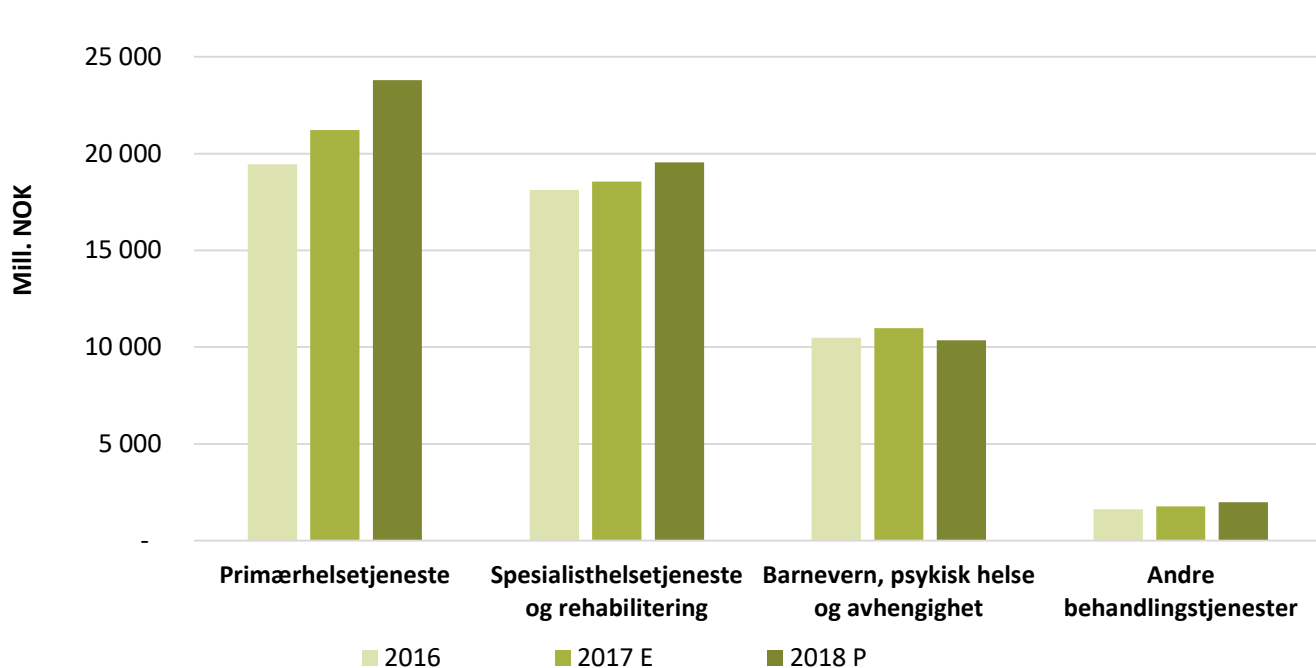


... men det ser ut til at veksttakten dempes i 2017 og 2018



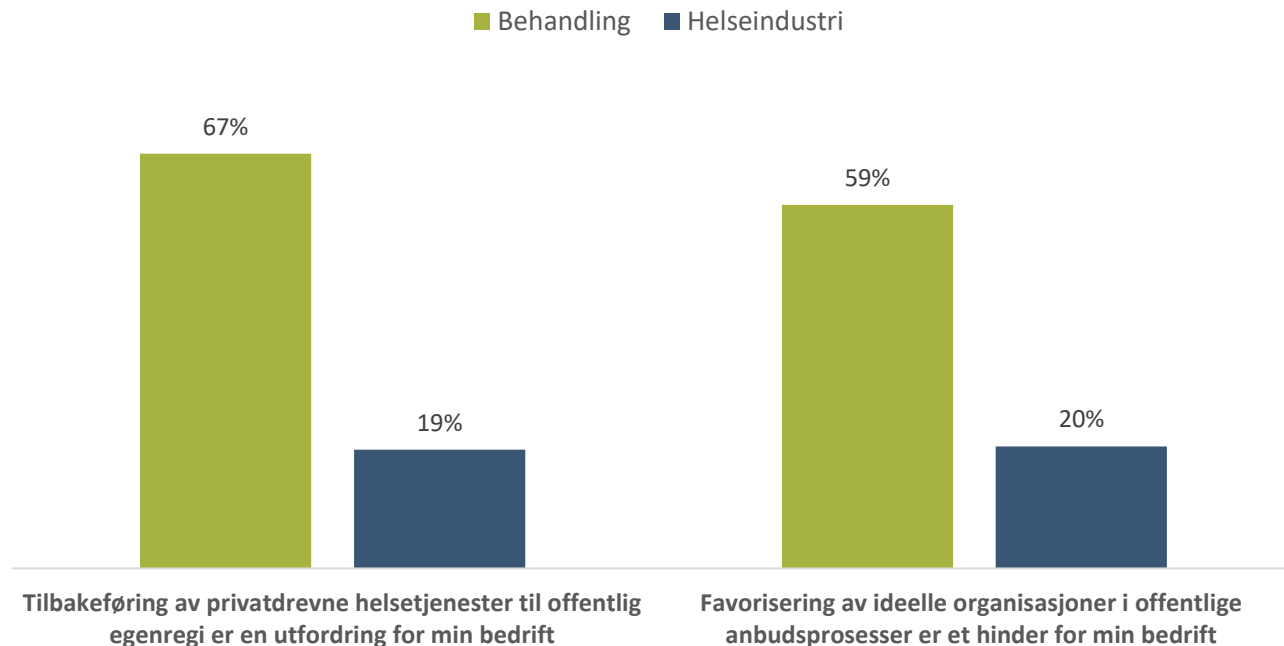
Omsetning og driftsmargin
for behandling fra 2006 til
2016 (2018) (mill. NOK).
Kilde: Menon

... veksttakten er lav utenfor Primærhelsetjenesten



Omsetning i
behandlingsbransjen 2016,
samt 2017 (Estimat) 2018
(Prognose) (mill. NOK). Kilde:
Menon

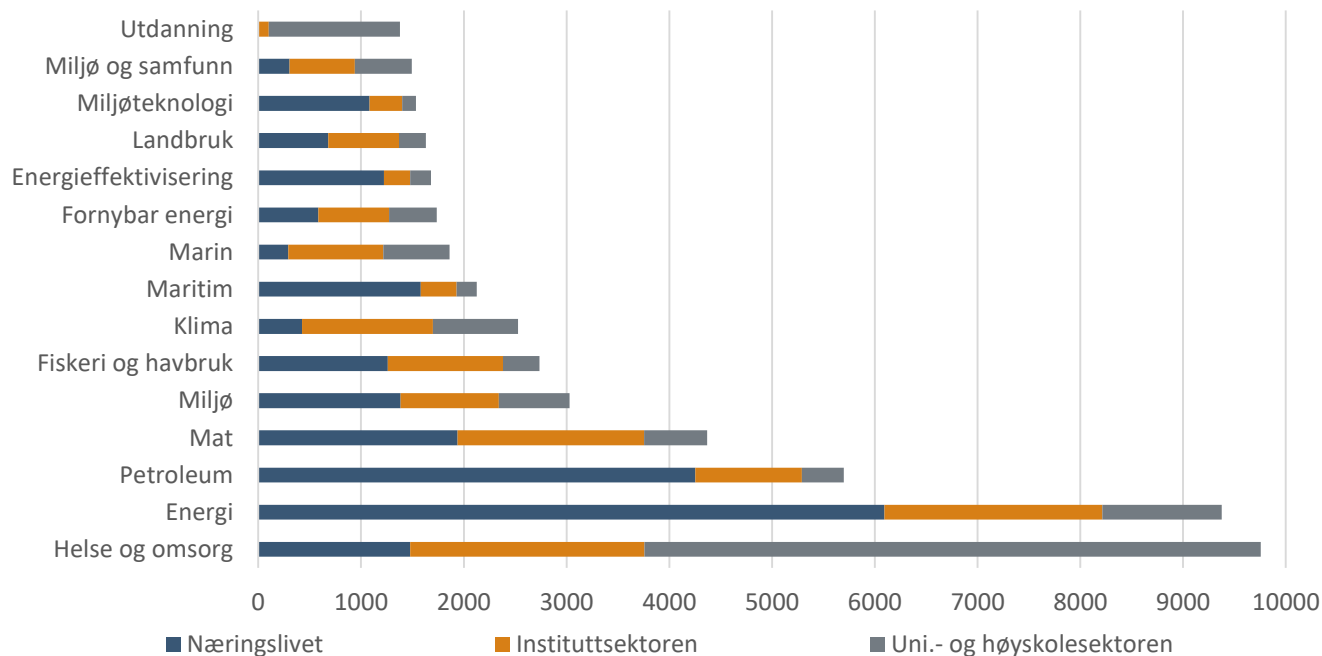
Det skyldes kanskje at behandlingsbedriftene er bekymret for konkurransesituasjonen



Andel av bedriftene som er enige i utsagnene nedenfor. (Andel som har svart 4 eller 5, på en skala fra 1 til 5 hvor 5 = helt enig). Kilde: Menon

Helsenæringens innovasjon

Helse dominerer FoU aktiviteten i Norge

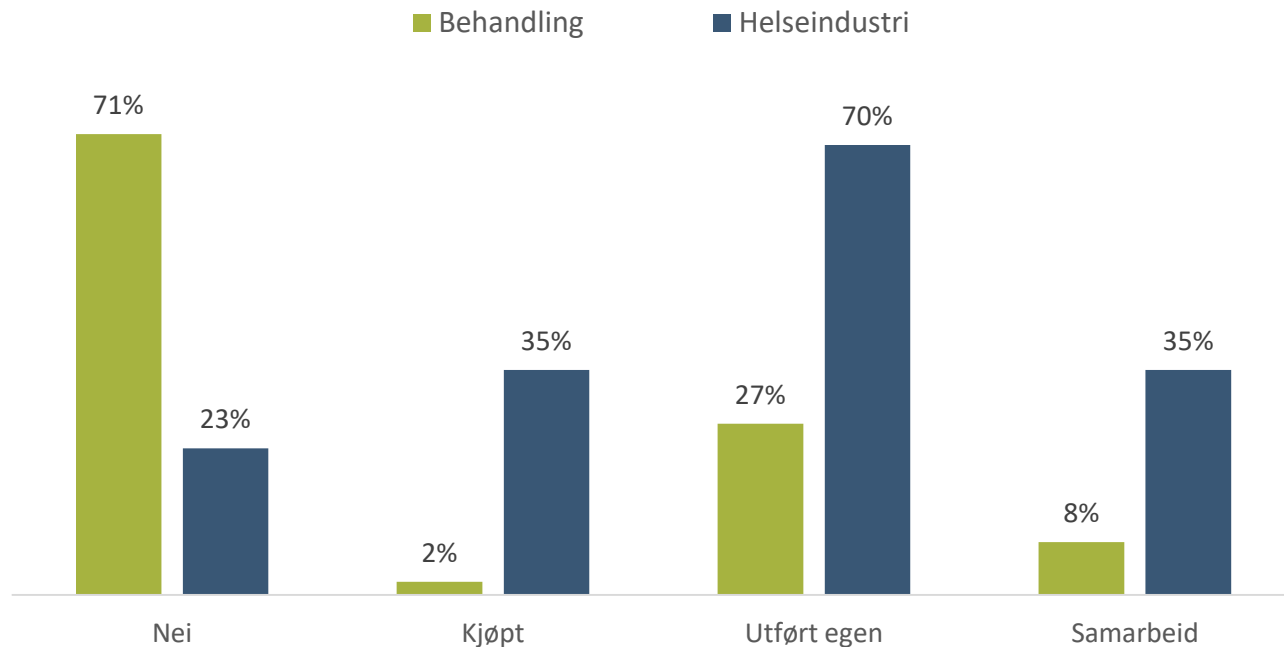


Driftsutgifter til FoU etter område i 2015 (mill. NOK).

Kilde:

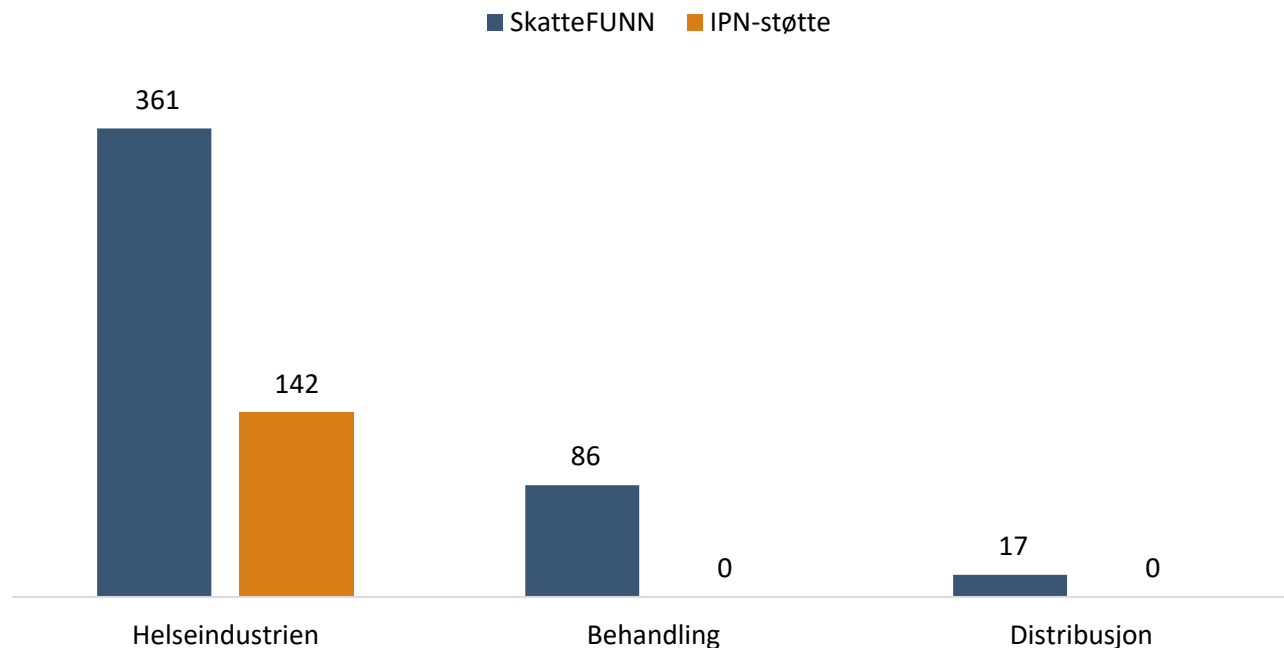
Forskningsbarometeret 2015 og Menon

Næringens egen FoU foregår i hovedsak i *industrien*



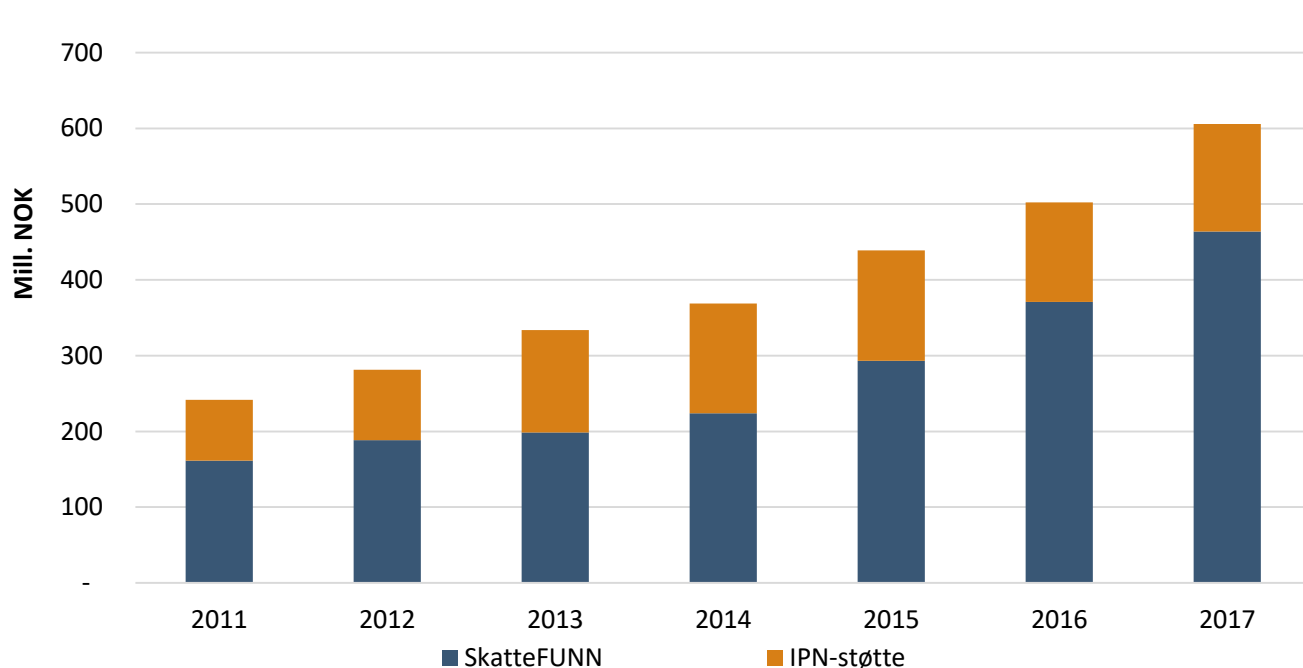
Andel av bedriftene i
Helsenæringen som hadde
FoU-aktivitet i 2017. Kilde:
Menon

Næringens egen FoU foregår i hovedsak i *industrien*



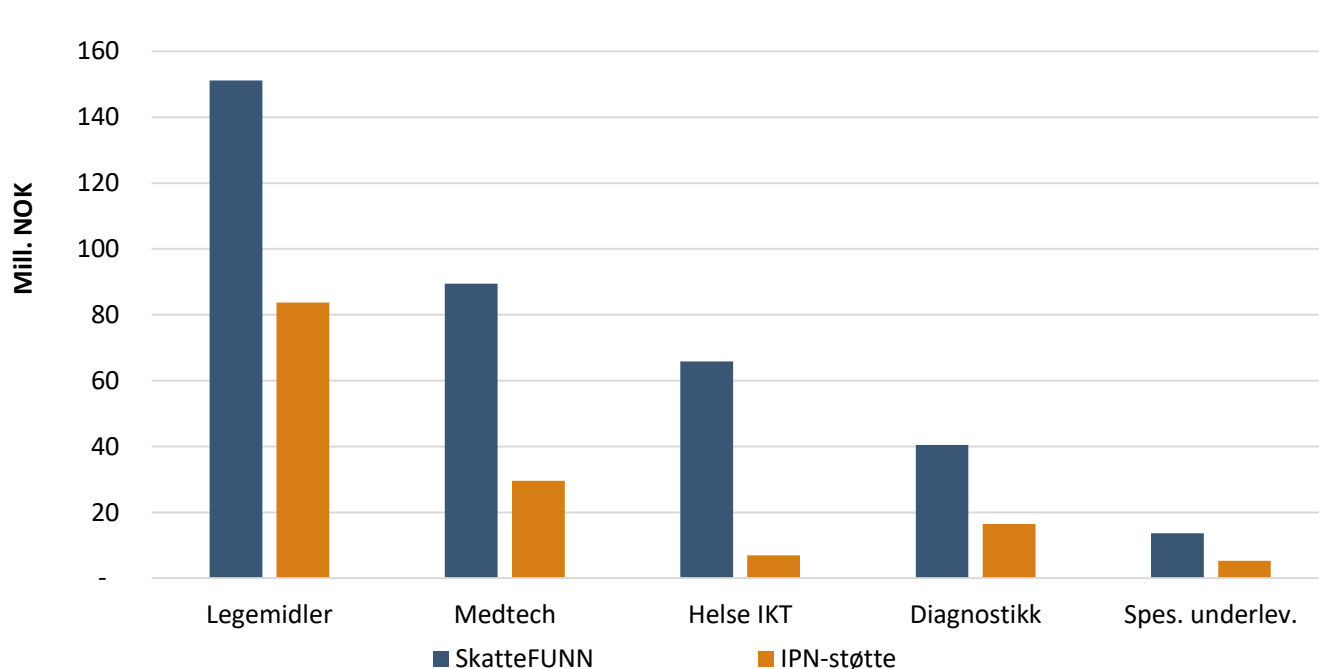
Budsjetterte skattefradrag gjennom Skattefunn og støtte gjennom Innovasjonsprosjekt i næringslivet (IPN) fra Forskningsrådet til Helse-næringen, etter hovedgruppe i 2017 (mill. NOK). Kilde: Forskningsrådet og Menon

Kraftig vekst i FoU-innsats i Helsenæringen – 25% vekst i skattefunnrefusjon i 2017



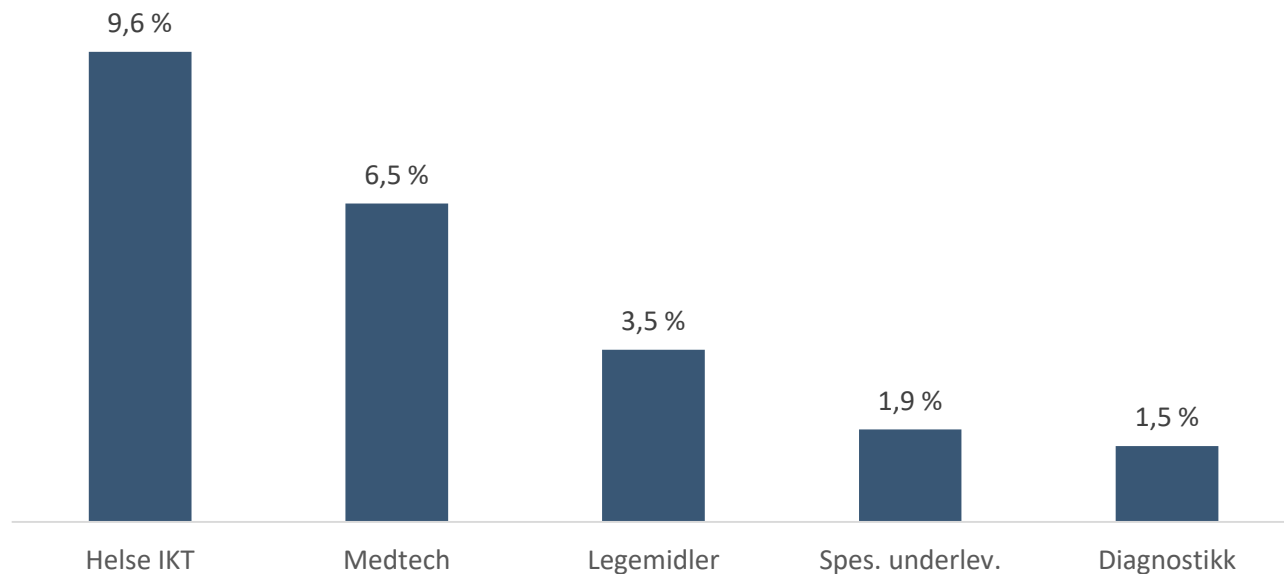
Budsjetterte
Skattefunnfradrag og støtte
til innovasjonsprosjekter i
næringslivet (IPN) fra
Forskningsrådet til
Helsenæringen fra 2011 til
2017 (mill. NOK). Kilde:
Forskningsrådet og Menon

Store forskjeller i FoU-profil mellom bransjene i helseindustrien



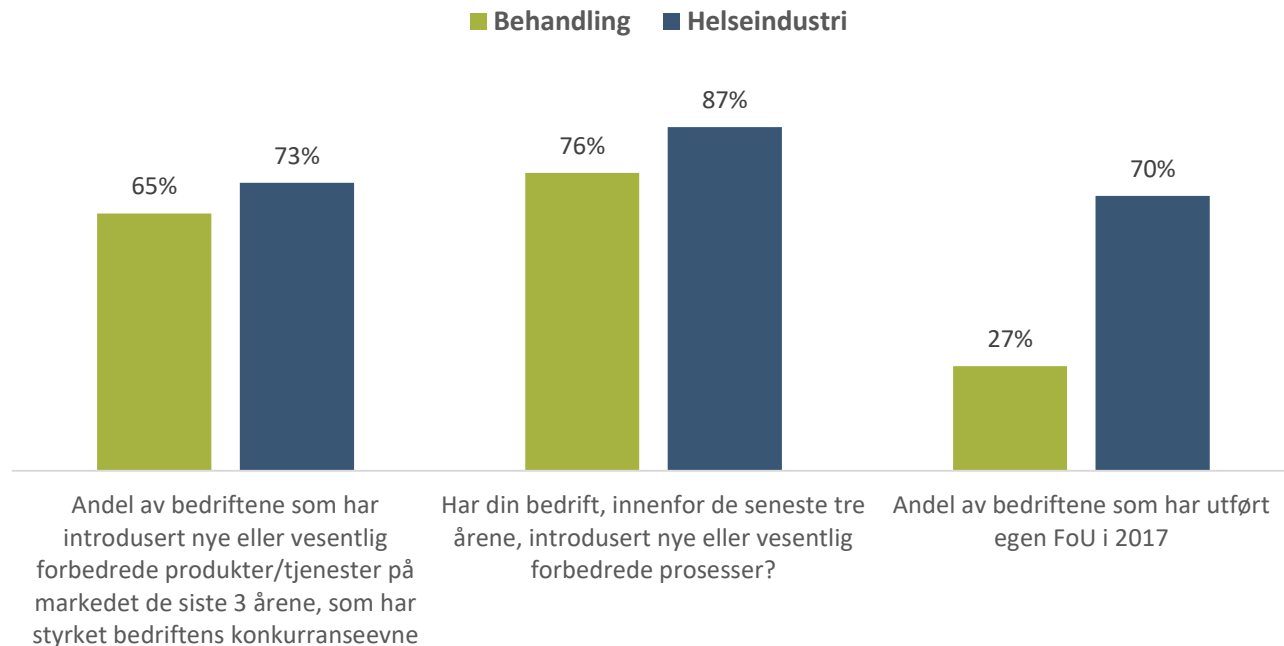
Budsjetterte
Skattefunnfradrag og IPN-
støtte fra Forskningsrådet for
Helseindustrien etter bransje
i 2017 (mill. NOK). Kilde:
Forskningsrådet og Menon

... og store forskjeller i FoU-intensitet



FoU-intensitet i
Helseindustrien i 2017,
fordelt på bransjer.
Budsjetterte FoU-utgifter
oppgitt i forbindelse med
helserelaterte
Skattefunnsøknader som
andel av omsetning i 2017
(estimat). Kilde:
Forskningsrådet og Menon

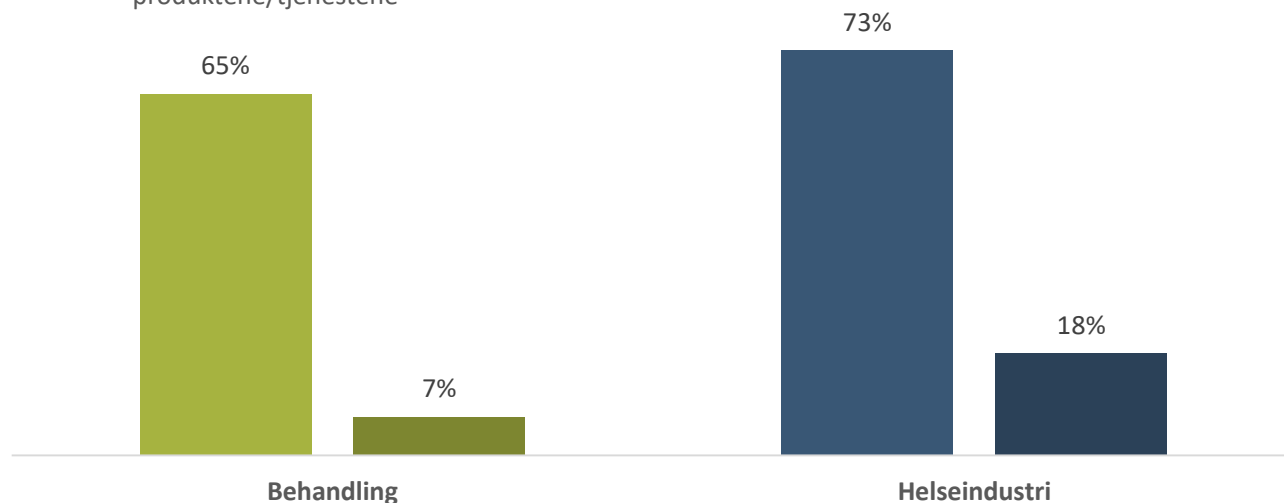
Behandlingsbedriftene er like aktive i innovasjonsarbeid som industrien



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

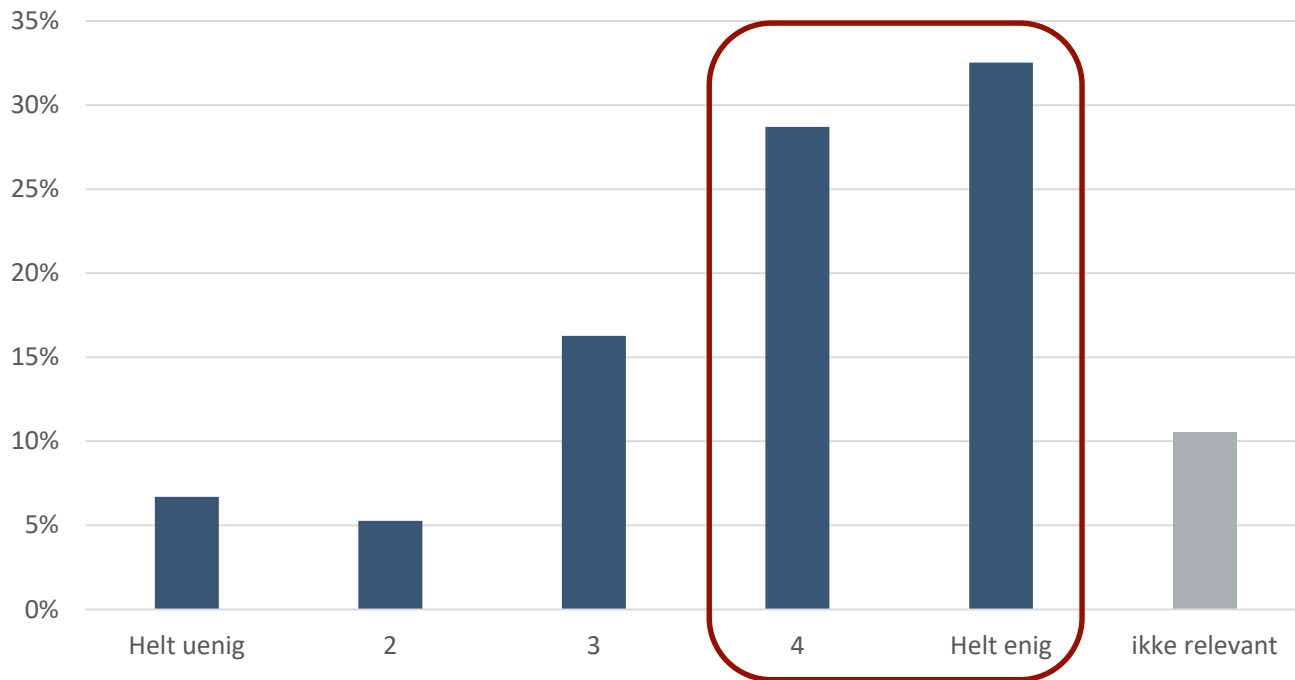
... men inntektene fra nyutviklede tjenester er begrenset

- Andel av bedriftene som har introdusert nye eller vesentlig forbedrede produkter/tjenester på markedet de siste 3 årene, som har styrket bedriftens konkurranseevne
- Andel av bedriftenes samlede inntekter i 2017 som stammer fra de nye/forbedrede produktene/tjenestene



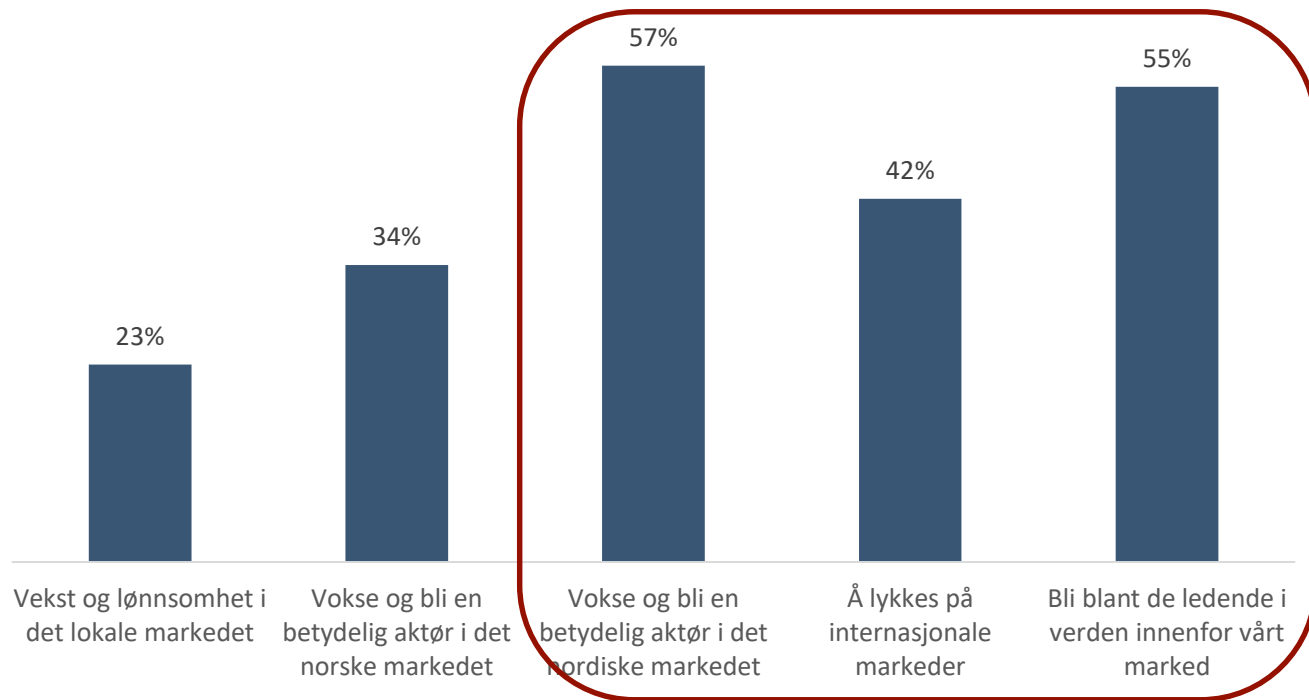
Andel av Helsenæringen med produkt-/ tjenesteinnovasjoner og andel av deres samlede inntekter som kommer fra nyutviklede produkter/tjenester. Kilde: Menon

62% av bedriftene i helsenæringen er enige i at **praktiseringen av offentlige innkjøp** hindrer introduksjon av nye produkter og tjenester



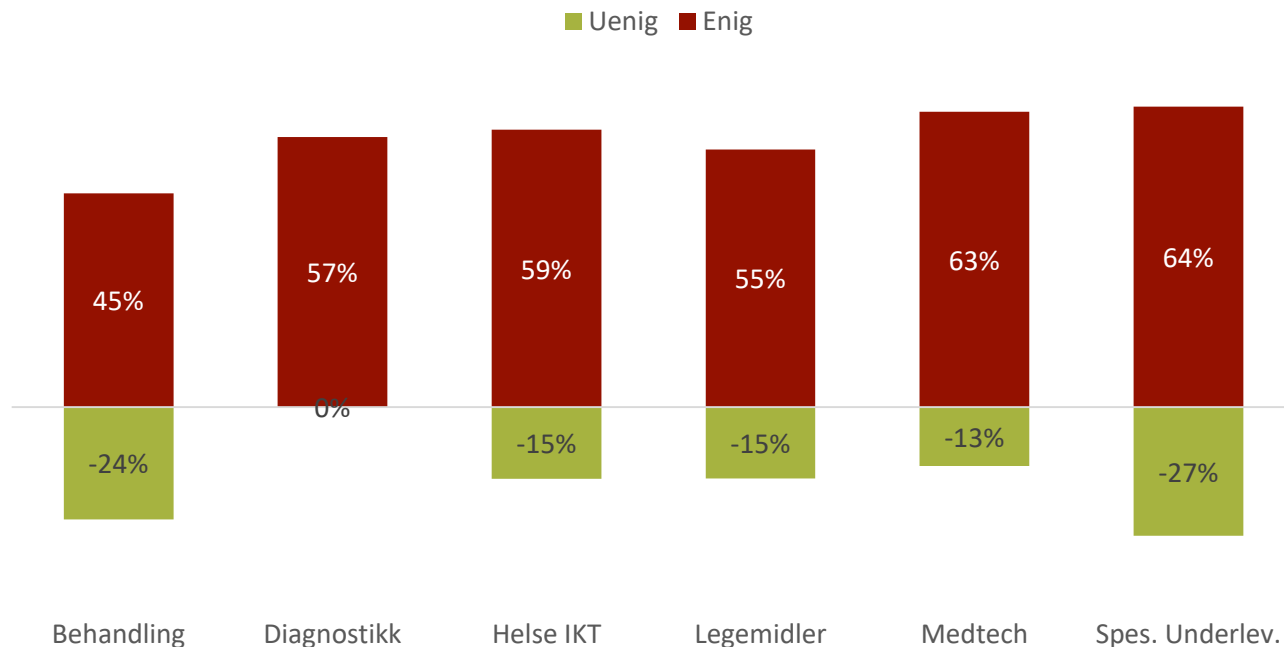
I hvilken grad er du enig i følgende utsagn:
Praktiseringen av offentlige innkjøp hindrer introduksjon av nye produkter og tjenester. (n=209)

Mange bedrifter med internasjonale ambisjoner opplever at den offentlige helsesektoren ikke er villig til å ta i bruk nye løsninger og teknologier



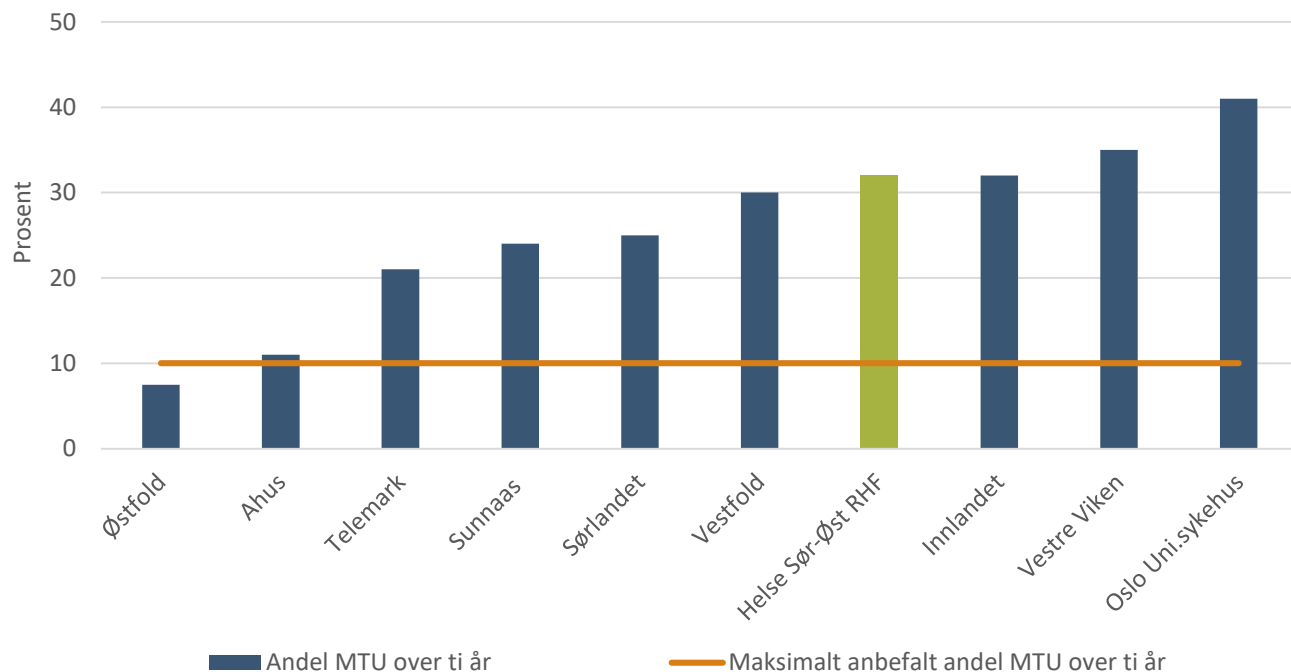
Andelen av bedrifter, fordelt etter vekstambisjoner i markedet, som er helt eller delvis enig i at: **Den offentlige helsesektoren i Norge er lite villig til å ta i bruk nye løsninger og teknologier.** Kilde: Menon

Bred enighet om dette i hele helsenæringen



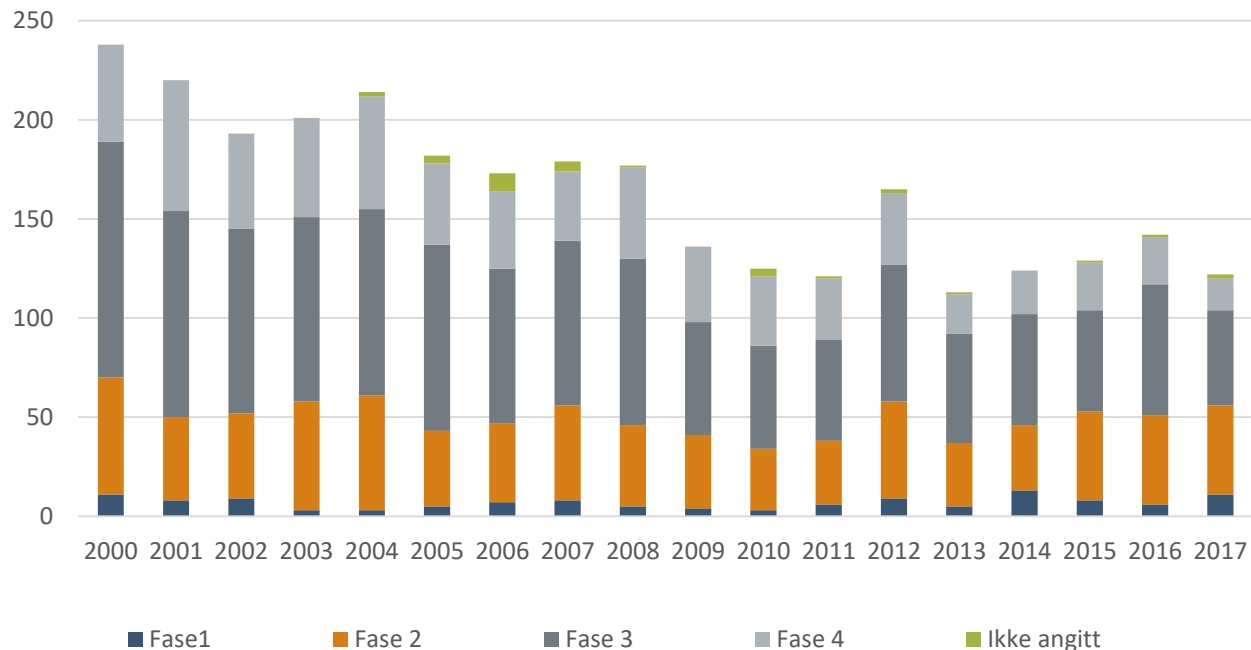
Andel av bedriftene i ulike deler av helsenæringen som er uenig eller enig i følgende utsagn: **Den offentlige helsesektoren i Norge er lite villig til å ta i bruk nye løsninger og teknologier.**
Kilde: Menon

Det er mye gammelt medisinsk-teknisk utstyr på norske sykehus



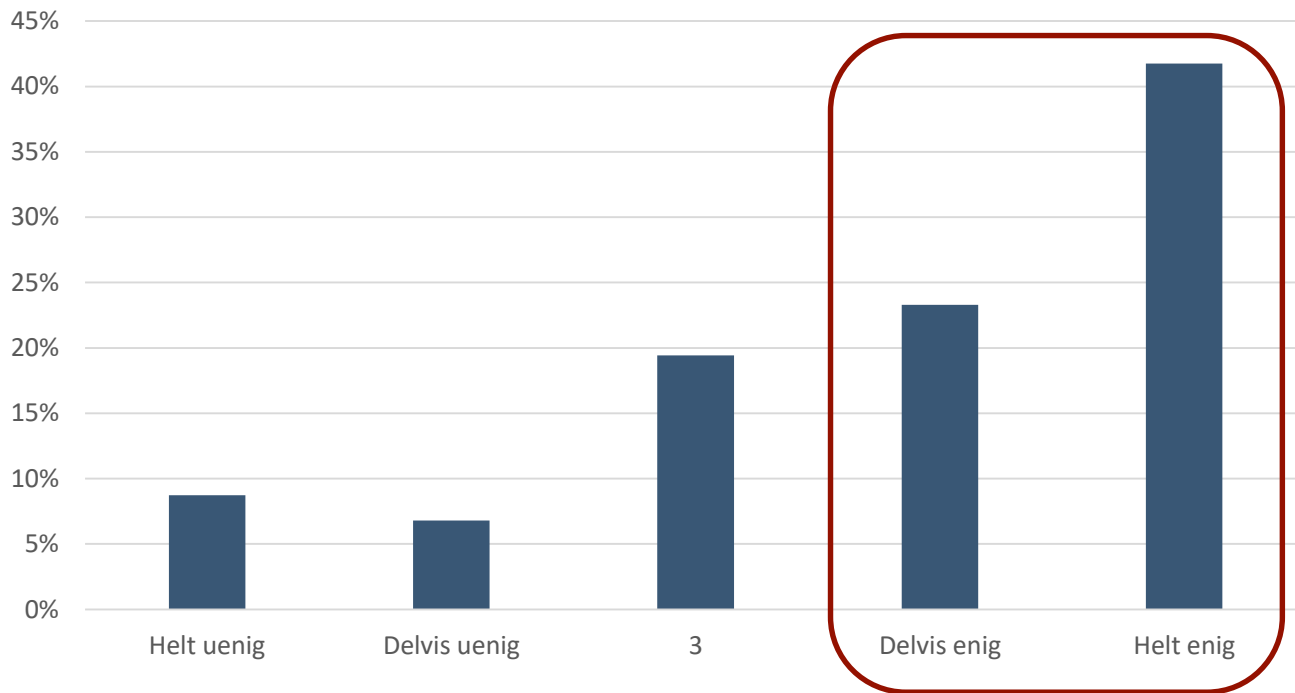
Andel av **MTU over ti år gammelt** ved offentlige sykehus i Helse Sør-Øst, ved årsskifte 2015/2016. Kilde: Økonomisk langtidsplan Akershus universitetssykehus 2017-2021

Fremdeles nedgang i antall kliniske studier



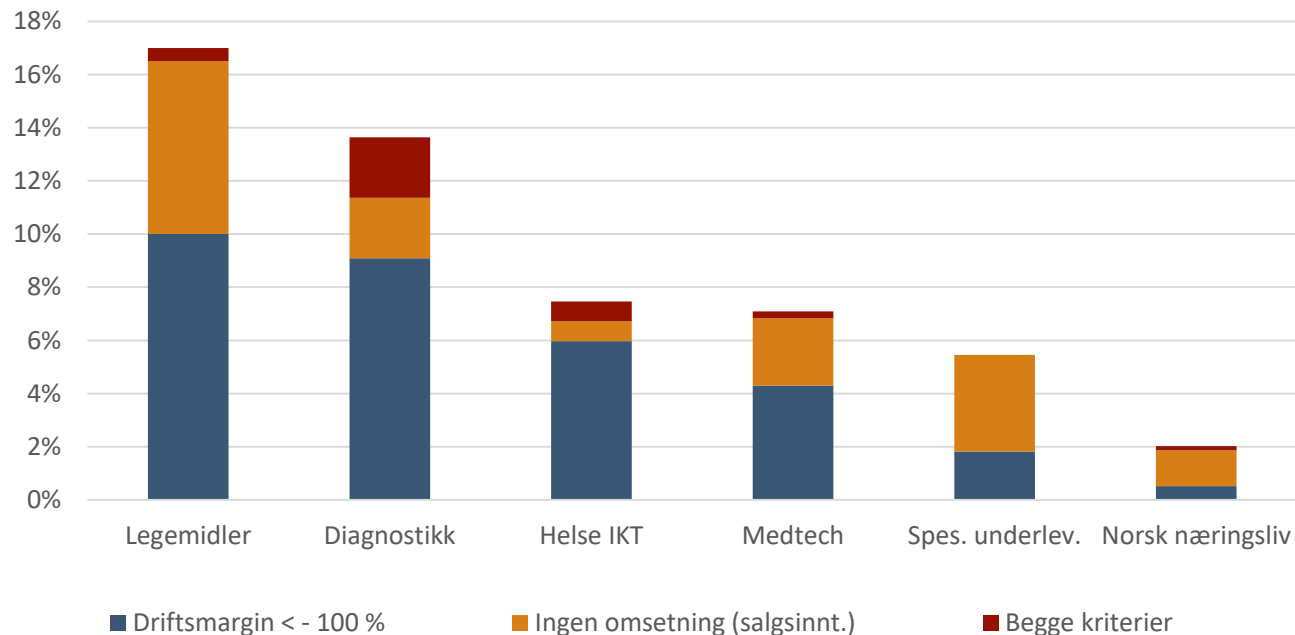
Antall nye kliniske studier
meldt til Statens
legemiddelverk (SLV) fordelt
på klinisk fase fra 1999 til
2017. Kilde: SLV

To av tre bedrifter i helsenæringen er enig i at det må bli enklere å gjennomføre kliniske studier i Norge



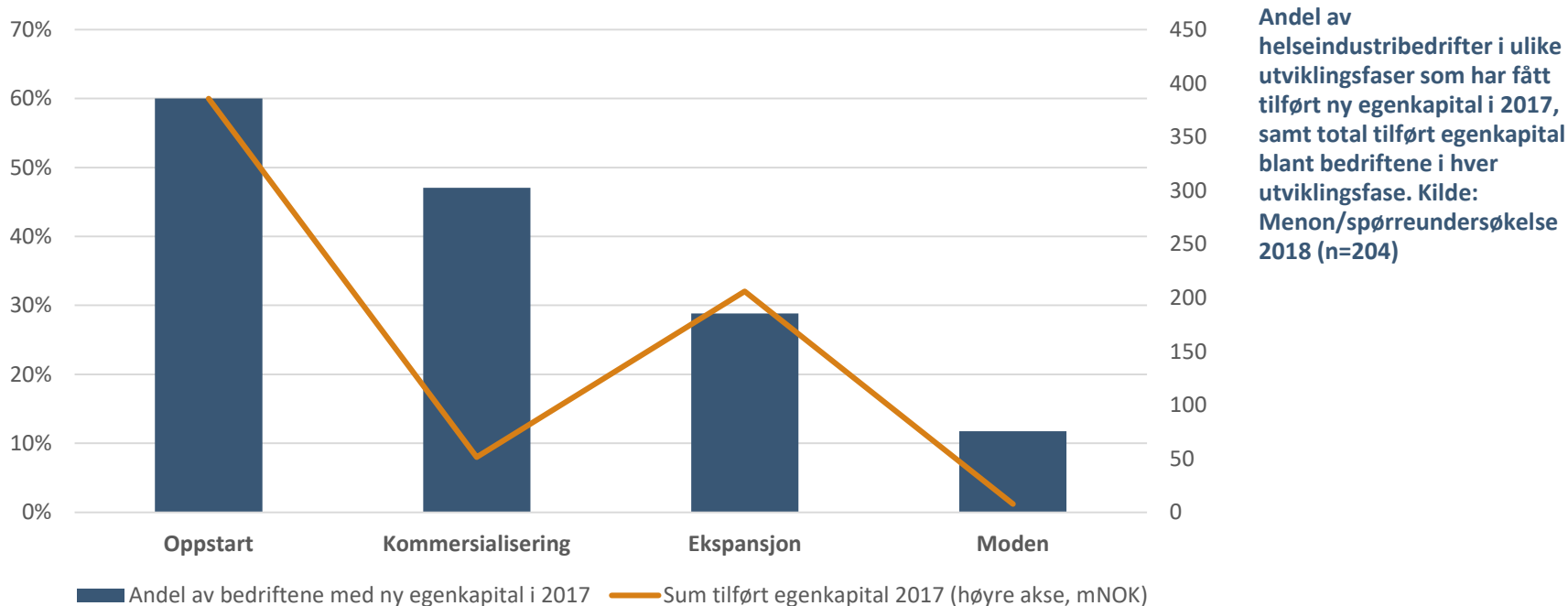
I hvilken grad bedriftene i helsenæringen er enig i følgende utsagn: **Klinisk utprøving er viktig for implementeringen av nye behandlingsformer og produkter i Norge. Det er viktig at slike studier kan gjennomføres enklere enn hva tilfellet er i dag.** Kilde: Menon

Stor andel grunderbedrifter med behov for risikokapital i helseindustrien

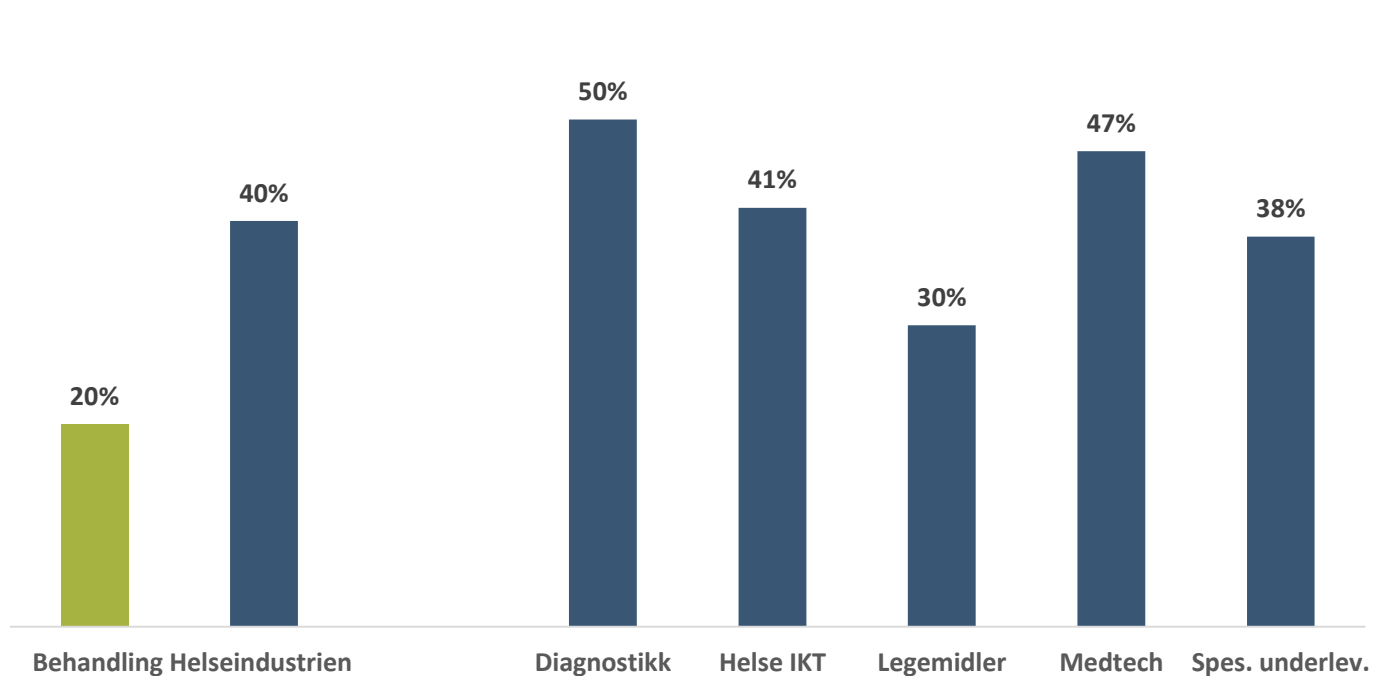


Andel av alle aktive bedrifter i Helseindustrien i 2016, med lønnskostnader over 500 000 NOK, som ikke har salgsinntekter eller hvor kostnadene er mer enn dobbelt så store som salgsinntektene (driftsmargin < -100 prosent). Kilde: Menon

Seks av ti bedrifter i oppstartsfasen fikk tilført ny egenkapital i fjor

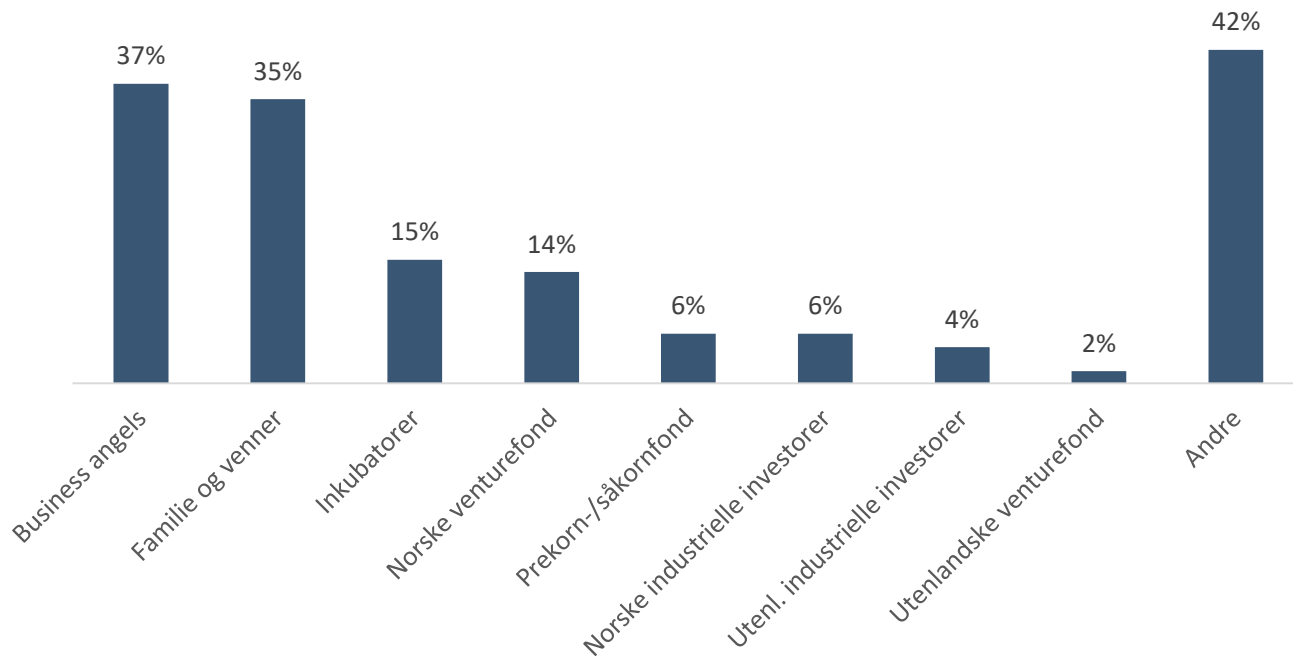


Høy emisjonsaktivitet i hele helseindustrien

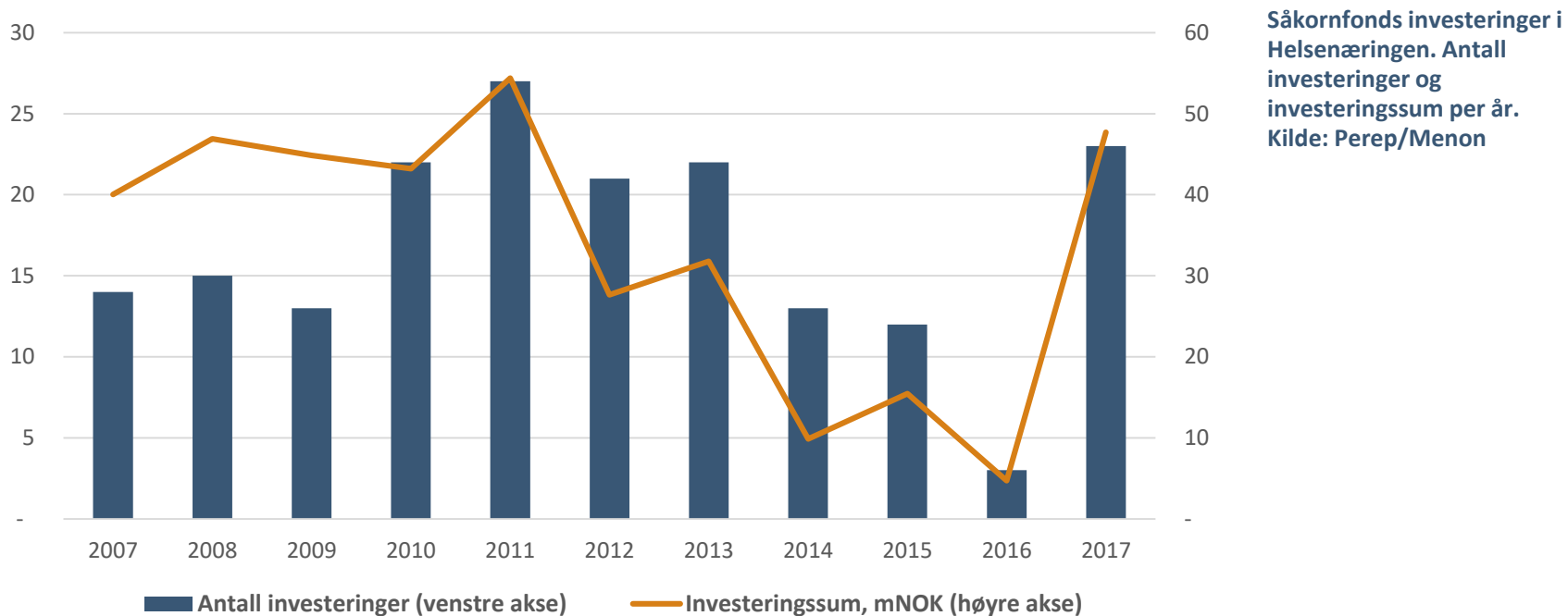


Andel av bedriftene i helsenæringen som har fått tilført egenkapital i 2017.
Kilde: Menon

Business angels og familie/venner er de vanligste kildene til ny kapital

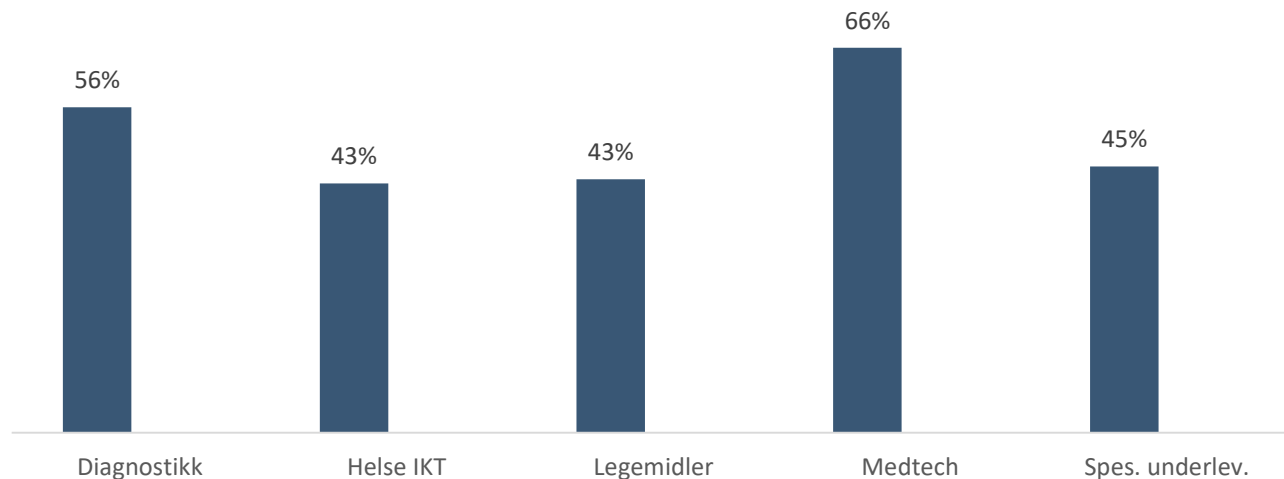


Men det er gledelig å se at såkornfondene igjen øker investeringene



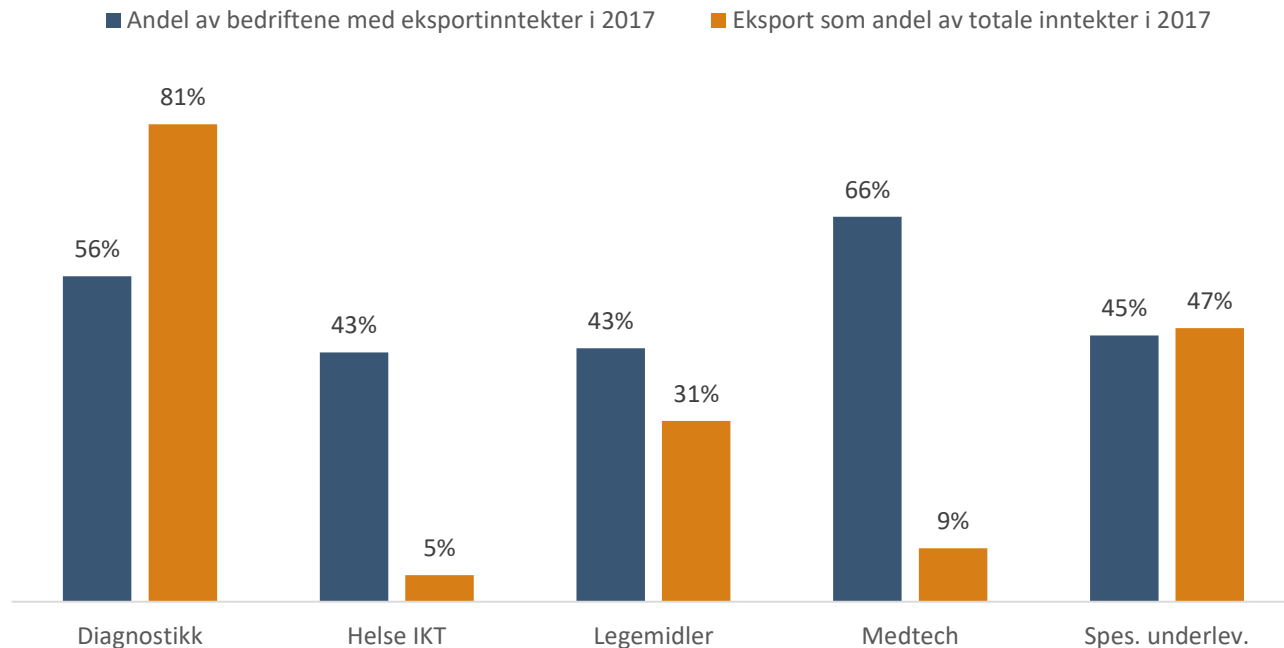
To av tre medtech-bedrifter har eksportinntekter, men disse utgjør bare 9% av bransjens inntekter

■ Andel av bedriftene med eksportinntekter i 2017



Andel av bedrifter med eksportinntekter og eksportinntekter i prosent av bransjens totalomsetning.
Kilde: Menon

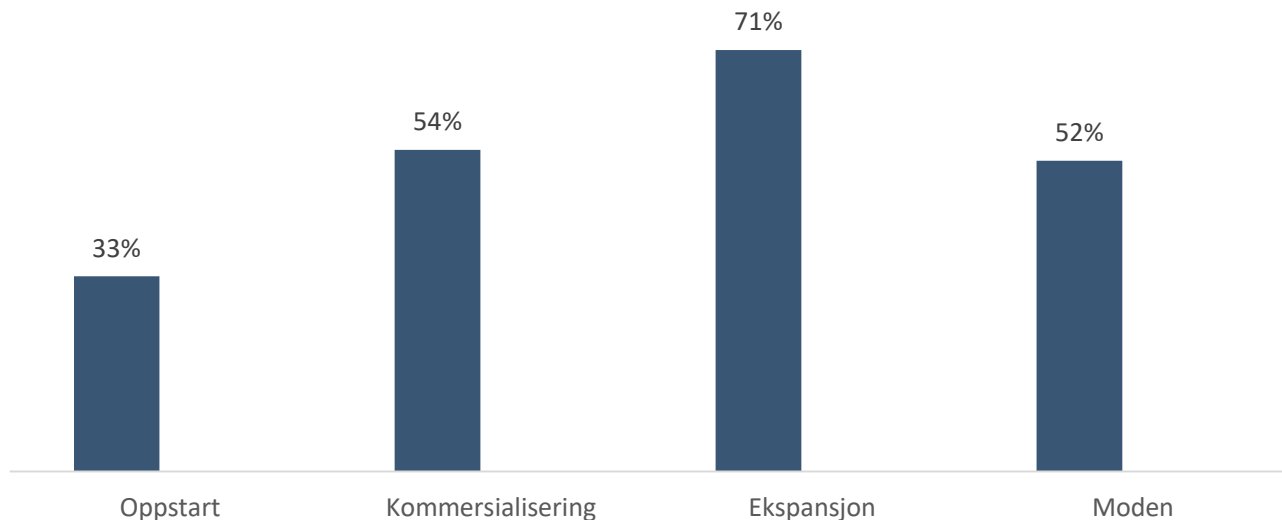
To av tre medtech-bedrifter har eksportinntekter, men disse utgjør bare 9% av bransjens inntekter



Andel av bedrifter med eksportinntekter og eksportinntekter i prosent av bransjens totalomsetning.
Kilde: Menon

Det skyldes at hele helseindustrien er svært internasjonal – 1 av 3 bedrifter i helseindustrien er «born global»

■ Andel av bedriftene som hadde eksportinntekter i 2016

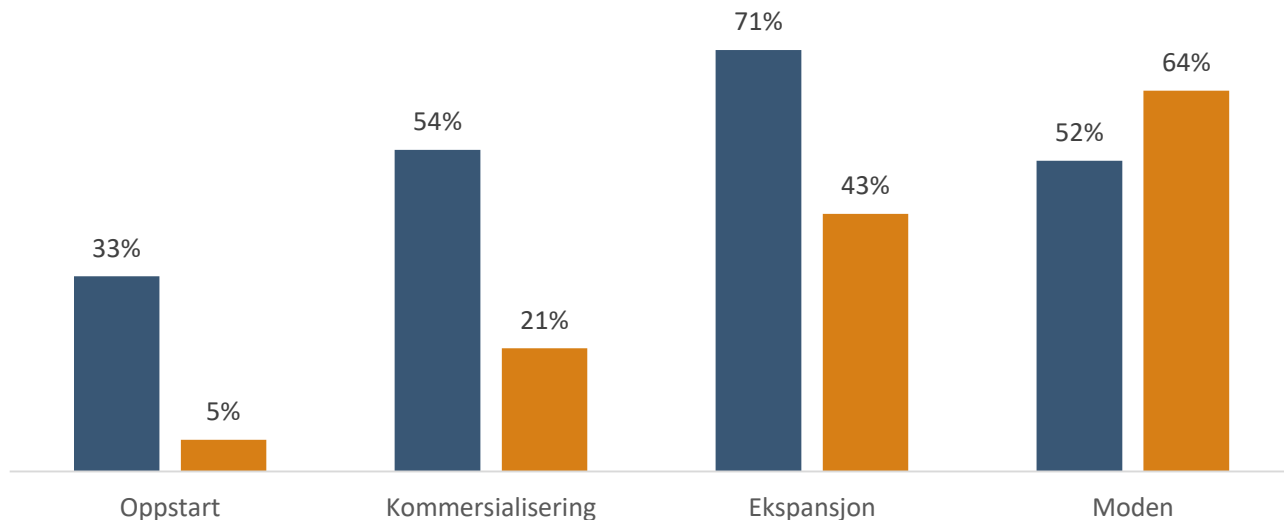


Internasjonaliseringsprofil i
ulike faser av
helseindustriens utvikling.

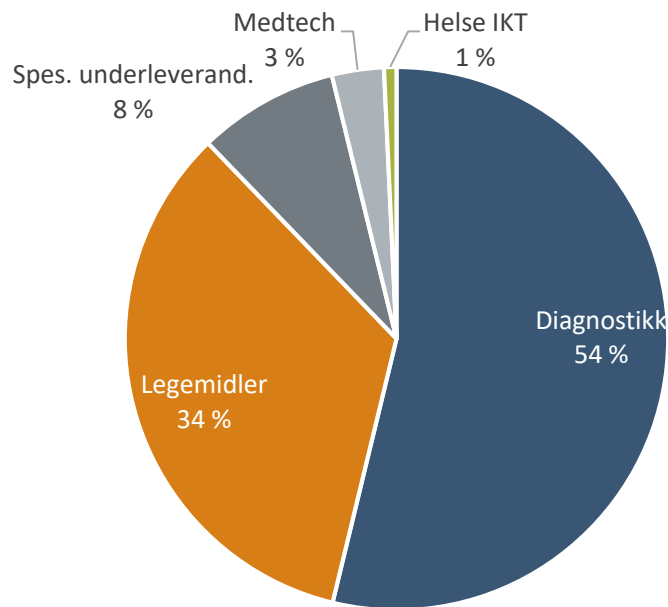
Det skyldes at hele helseindustrien er svært internasjonal – 1 av 3 bedrifter i helseindustrien er «born global»

- Andel av bedriftene som hadde eksportinntekter i 2016
- Eksportinntekter som andel av gruppenes samlede inntekter

Internasjonaliseringsprofil i
ulike faser av
helseindustriens utvikling.

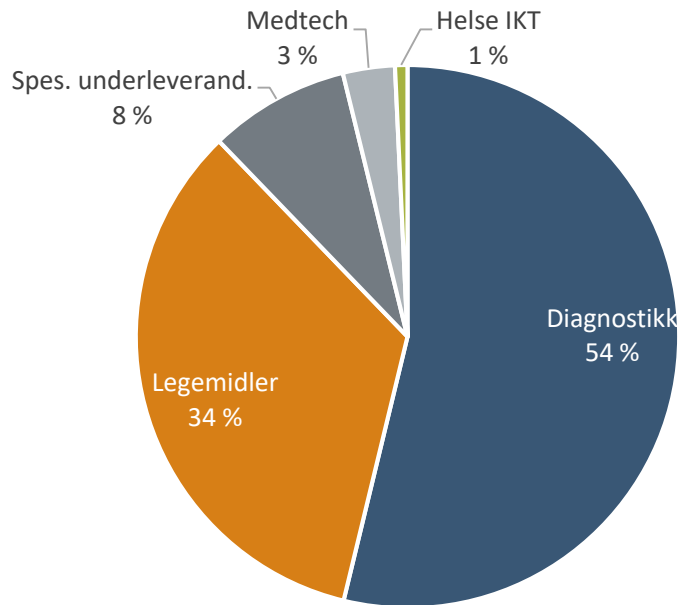


Ni bedrifter sto for 85% av den samlede eksporten på 23,6 mrd. NOK



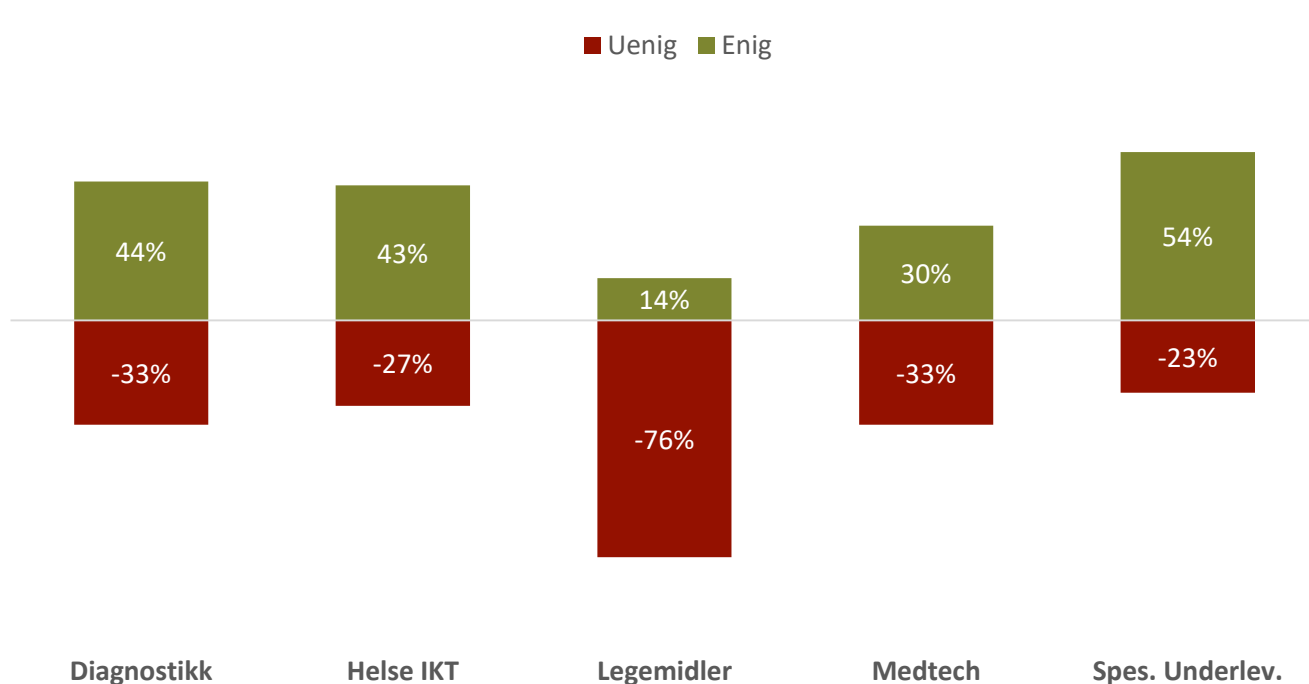
Eksportinntekter i
Helseindustrien – 23,3
milliarder kroner – fordelt på
fem bransjer. Kilde: Menon

Og 96 prosent av all helserelatert eksport kommer fra bedrifter med vareproduksjon i Norge!



Eksportinntekter i
Helseindustrien – 23,3
milliarder kroner – fordelt på
fem bransjer. Kilde: Menon

Nesten halvparten av helseindustri-bedriftene mener at digitalisering vil føre til at en større andel av produksjonen vil foregå i Norge



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

Takk for oppmerksomheten!



Strategisk posisjonering av norsk helseindustri

Forprosjektrapport

Mai 2018

Innhold

Forsidefoto: No Isolation // Estera Kluczenko

1	Innledning.....	3
2	Fakta om norsk helseindustri.....	4
3	Omrapporten.....	6
4	Nåsituasjonen for norsk helseindustri.....	7
4.1	Hvor er norsk helseindustri sterke?.....	8
4.2	Hva er norsk helseindustris hovedutfordring?.....	8
5	Hva bør Norge nå gjøre?.....	10
5.1	Behov for kulturell endring.....	11
5.2	Endrede incentivordninger.....	12
5.3	Justeringer av virkemidler.....	12
5.4	Flere kliniske studier og mer produksjon.....	12
5.5	Endringer i rammevilkår.....	13
5.6	Eksport og internasjonalisering må prioriteres.....	13
5.7	Styrking av vertskapsattraktivitet.....	13
5.8	Styrket samhandling.....	13
6	Innspill til posisjoneringsprosjektet.....	14
6.1	Konklusjon.....	15

1 | Innledning

Innovasjon Norge har definert helse som ett av seks mulighetsområder for eksportvekst. Som en del av tilleggsbevilgningen til helse i klyngeprogrammet over statsbudsjettet for 2017, har Innovasjon Norge derfor tatt initiativ til prosjektet «Strategisk posisjonering av norsk helseindustri internasjonalt». Målet med arbeidet er å styrke den norske helseindustriens eksportmuligheter og -volum.

Vinteren 2018 ble det som et ledd i dette arbeidet, gjennomført et forprosjekt med følgende formål:

- Avklare hvilke aktører som ønsker å delta i et evt. posisjoneringsprosjekt for norsk helseindustri
- Få innspill til hva som bør være fokus og formål med et evt. posisjoneringsprosjekt
- Bygge et felles begrepsapparat og målbilde blant aktørene
- Gjennom prosessen konkludere ift. om det er grunnlag for å gå videre fra forprosjektet til et hovedprosjekt, der målet er å utvikle en strategisk posisjon og en handlingsplan for norsk helseindustri

I forprosjektfasen er det gjennomført dybdeintervjuer med ca. 30 aktører i industrien. Dette inkluderer hele økosystemet i næringen – som klynger, organisasjoner, universiteter, TTO-er og bedrifter. Bedriftene representerer kategoriene legemidler, diagnostikk, medtech, IKT/e-helse og spesialiserte underleverandører. Innenfor hver bedriftskategori er det som hovedregel snakket med i) en internasjonal aktør, ii) en aktør med etablert med salg og iii) en tidligfasebedrift. Det er brukt samme kategoriinndeling som i rapporten «Helsenæringens verdi» (Menon, april 2017).

Forprosjektets intervjurunde har gitt oss et bredt innblikk i hva aktørene oppfatter som flaskehalser og muligheter for økt internasjonalisering og eksport av norsk helseindustri. Aktørene melder tilbake at de mener forprosjektet er et prisverdig initiativ. Det er betydelig optimisme i næringen med tanke på å bygge en større helseindustri i Norge. Samtidig pekes det på en rekke forhold som kan og bør forbedres. Disse innspillene er oppsummert i denne forprosjektrapporten.

På bakgrunn av aktørenes positive tilbakemeldinger, planlegges det nå å videreføre arbeidet i et hovedprosjekt der målet er å utvikle en tydelig og attraktiv posisjon for norsk helseindustri, og gjennom dette tilrettelegge for å styrke eksporten og øke vertskapsattraktiviteten.

Det strategiske posisjoneringsprosjektet for helseindustrien er knyttet tett opp til Innovasjon Norges arbeid med Merkevaren Norge og utviklingen av Norges posisjon som bærekraftpioner, samt Nordisk Råds posisjoneringsarbeid gjennom «Traces of North».

Det er etablert en styringsgruppe for prosjektet som består av Oslo Cancer Cluster, Norway Health Tech, Legemiddelindustriforeningen, Forskningsrådet og Innovasjon Norge. Prosjektgruppen har plukket ut informantene som er intervjuet i forprosjektet, samt utarbeidet intervjuguiden som er lagt til grunn for samtalene.

Det er konsulentselskapet ZYNK som har gjennomført intervjuene, oppsummert innspillene og står ansvarlig for analysen i denne rapporten. ZYNK bistår også Innovasjon Norge i arbeidet med Merkevaren Norge.

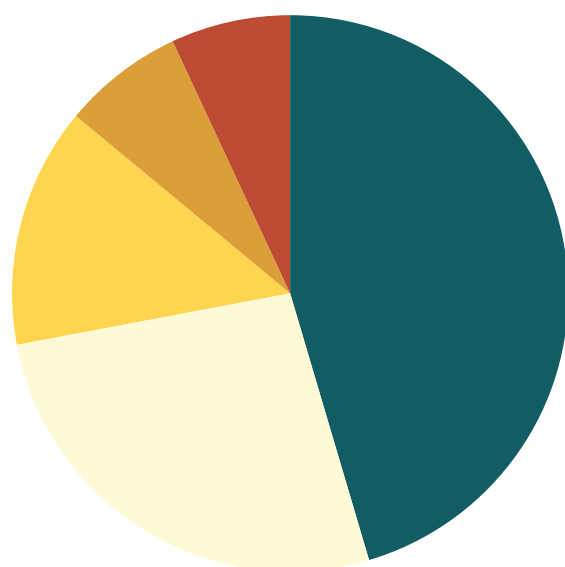
2 | Fakta om norsk helseindustri

Menon Economics har de siste årene gjennomført flere undersøkelser for å kartlegge omfanget av norsk helseindustri. Den siste utgaven av rapporten «Helsenæringens verdi» ble publisert i april 2018. Rapporten ser på den private helsenæringens omfang, utvikling og bidrag til norsk økonomi og det norske samfunnet.

Den private helsenæringen omsatte samlet for **142 milliarder kroner** i 2017. I dette tallet ligger både omsetningen til helseindustrien (legemidler, diagnostikk, medtech, helse-IKT, spesialiserte underleverandører) og til private tilbydere av primær-, spesialist- og velferdstjenester.

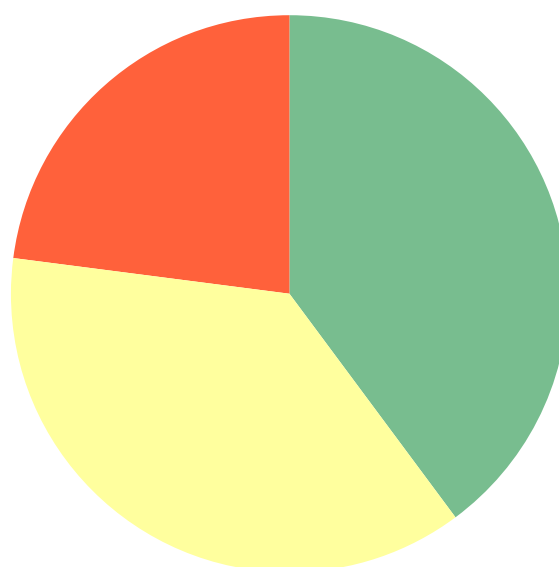
Ser man på helseindustrien isolert, omsatte den for **57 milliarder kroner** i 2017. Legemidler har den største volumet, etterfulgt av diagnostikk og medtech. Det er denne helseindustrien som er i fokus for dette forprosjektet.

Helseindustrien –
omsetning 2017



- Legemidler: 26 mrd
- Diagnostikk: 15 mrd
- Medtech: 8 mrd
- Helse-IKT: 4 mrd
- Spes. underleverandører: 4 mrd

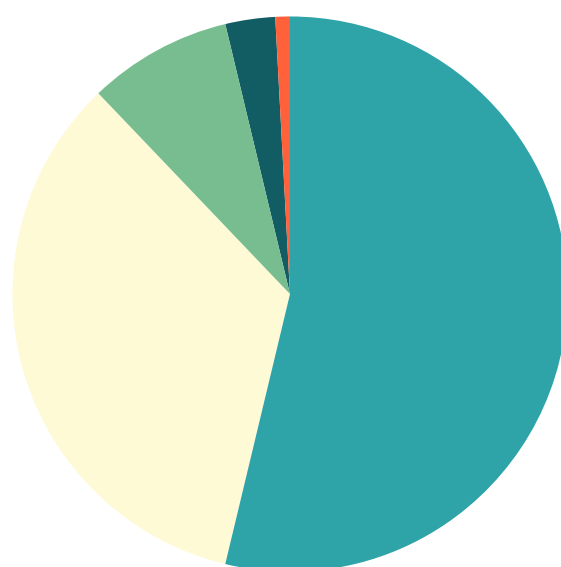
Helsenæringen –
omsetning 2017



- Helseindustri: 57 mrd
- Behandling: 53 mrd
- Distribusjon: 33 mrd

De samlede eksportinntektene utgjorde **23,6 milliarder kroner** i 2017. Disse kommer i svært stor grad fra bedrifter som produserer i Norge. Hele 54 prosent av bedriftene i helseindustrien (legemidler, medtech osv.) har vareproduksjon i Norge, og 96 prosent av all helserelatert eksport fra Norge kommer fra bedrifter med innenlandsk vareproduksjon.

Helseindustrien –
fordeling eksport 2017



- Diagnostikk: 54%
- Legemidler: 34%
- Spes. underleverandører: 8%
- Medtech: 3%
- Helse IKT: 1%

Menons tallmateriale viser at norsk helseindustri har vært i kraftig vekst siden 2015. Bare i 2017 vokste både omsetning og eksport med om lag 15 prosent. Prognosene tilsier at denne veksten vil fortsette i 2018.

Menons rapport viser at også forskningsinnsatsen vokser. De samlede FoU-investeringene i industrien var på 2,6 milliarder i 2017. I tillegg er det en sterk økning i nyskappingsaktivitet. Hele 10 prosent av bedriftene i næringen møter kriteriene for «gründerbedrifter».

3 | Om rapporten

Denne rapporten er utarbeidet som en kortfattet oppsummering av de viktigste hovedfunnene som fremkom i forprosjektsamtalene med sentrale aktører i den norske helseindustrien. Samtalene ble gjennomført som gruppeintervjuer på om lag to timers varighet for å skape dynamikk og refleksjon i innspillene.

Oppsummeringen er utarbeidet av konsulentselskapet ZYNK basert på deres «etterlatte inntrykk» av samtlige samtaler. Dette betyr at synspunkt som kun har kommet fra et lite antall aktører gjennomgående er utelatt.

Hovedfokuset er konsentrert om innspill som antas å kunne ha betydning for å utvikle en sterkere og mer slagkraftig norsk helseindustri. Dette betyr at aktørenes innspill til hva som kan og bør forbedres er tillagt stor vekt.

Til bruk i samtalene var det på forhånd utviklet en detaljert intervjuguide for å sikre at alle relevante problemstillinger ble dekket i løpet av samtalen. Intervjuguiden ble likevel brukt semistrukturert, dvs. at informantene fikk lov til å snakke mest om de temaene de selv opplevde som mest relevante.

Intervjuguiden hadde fokus på følgende hovedtema:

- Assosiasjoner til norsk helseindustri
- Vurderinger av rammevilkår og næringspolitikk
- Vurderinger av FoU, innovasjon og industrialisering
- Syn på eksport og internasjonalisering
- Vurderinger av norsk vertskapsattraktivitet
- Grad av samarbeid i næringen
- Ønske om og fokus for et evt. posisjoneringsprosjekt for næringen

Følgende aktører intervjuet:

Abelia NHO	12.02.18	Inven2 UIO	23.01.18	GE Healthcare GE Vingmed Thermo Fisher	14.02.18
LMI	01.03.18	UIB	23.02.18	IBM Sonitor	31.01.18
Oslo Cancer Cluster	16.01.18	Photocure Vistin Pharma	22.01.18	Medistim Otivio	07.02.18
Smart Care Cluster	02.02.18	Bayer	20.02.18	Hugg Curida Catapult Life Science	14.02.18
Nansen Neuroscience The Life Science Cluster	02.02.18	Norway Health Tech Hy5 Ably	31.01.18		

4 | Hovedfunn

Informantene ble innledningsvis utfordret til å beskrive «norsk helseindustri» i en internasjonal kontekst, gjerne sett gjennom brillene til en utlending. Den spontane reaksjonen var at Norge i et slikt perspektiv knapt oppleves å ha slik en industri. Det er relativt lite «norsk» som har kommet på det globale markedet, og det er et begrenset antall norske suksesshistorier. I hovedsak assosieres industrien i Norge med salgs-kontorene for de store, internasjonale legemiddelselskapene.

Norge oppfattes å være en klar lillebror i Skandinavia. Vi har mye å lære av Danmark og Sverige som begge vurderes å ha en globalt anerkjent helseindustri. Den viktigste årsaken til at Norge ikke har satset på å bygge helse som industri, oppleves å være at vi som nasjon har hatt fokus på olje og gass. Dette har gitt oss nok inntekter, og det er til oljenæringen kapital og kloke hoder har strømmet.

Når informantene reflekterer videre, fremkommer det imidlertid raskt at norsk helseindustri også er historien om noen «løvetannbarn». Norge har hatt noen få, men kraftfulle, lokomotiver som har satt internasjonale fotavtrykk. Aktørene som oftest nevnes som eksempler på dette er Nycomed, Dynal, Vingmed Ultrasound og Algeta. Disse har imidlertid mer lyktes «på tross av» enn «på grunn av» nasjonens satsinger og prioriteringer.

Disse lokomotivene har vært utrolig viktige for den helseindustrien Norge faktisk har i dag. De har bidratt med «know how», folk og kapital som har kommet andre bedrifter til gode. Nettopp det at få ser noen nye lokomotiv i «pipeline» vekker bekymring fordi dette kan bety at den kompetanseoverføringen som historisk har vært fra lokomotivene, nå er i ferd med å stanse opp. Dette kan ha store negative implikasjoner for hele verdikjeden.

Informantene er videre tydelige på at det de siste 5 – 10 årene har dukket opp en stor underskog av spennende og innovative oppstartsselskaper. Her ligger det gode muligheter dersom vi som nasjon klarer å utnytte dette mulighetsrommet.

Informantene mener mange av de nye oppstartsselskapene kan, og vil, bli kjøpt opp raskt. De er imidlertid delt i synet på om dette er bra eller dårlig for Norge. En del informanter mener norsk eierskap er veldig viktig og at bedriftene selges for raskt ut. Andre mener internasjonalt eierskap er bra fordi dette gjør at selskapene blir en del av en større og mer global verdikjede.

Det er imidlertid bred enighet om at det er for mye «seigpining» i dødens dal nå. I fremtiden blir det viktig at skjebnen til oppstartsselskapene avklares raskere enn i dag.

Dersom norsk helseindustri skal løfte seg på bred front, mener aktørene at det er nødvendig med både kulturelle og strukturelle endringer. I dag mangler Norge en helhetlig verdikjede og et økosystem for helseindustri, som trekker i samme retning og som gir grobunn for vekst.

4.1 Hvor er norsk helseindustri sterke?

Når aktørene blir spurt om hvor den norske helseindustrien er sterke, svarer de at vårt definitive fortrinn er den solide norske samfunnsmodellen. Den er tuftet på et svært sterkt økonomisk grunnlag, og standarden på helsevesen og akademia er gjennomgående god.

Både pasienter og helsepersonell er høyt utdannet og teknologisk avanserte, og vi har utviklet et av verdens mest digitaliserte samfunn. Vi har også en liten, men svært avansert, produksjonskapasitet som skaper positive synergier for resten av industrien. I sum skaper dette et meget robust grunnlag for å utvikle en kraftfull norsk helseindustri.

På spørsmål om det er noen deler av helseindustrien der Norge har en særlig sterk posisjon, trekker respondentene gjennomgående frem:

- Onkologi, spesielt immunterapi
- Diagnostikk, med hovedtyngde bilde/radio
- IKT/e-helse
- Enkelte innovative medtech-produkter

Vi er likevel ikke sterke nok på noen av disse områdene til at vi kan si at vi har en globalt ledende posisjon. Det er derfor den norske samfunnsmodellen er vårt sterkeste kort i posisjoneringsen. Denne modellen oppleves som globalt ledende og gir spennende muligheter for strategisk posisjonering (se kapt. 6 for mer om dette).

4.2 Hva er norsk helseindustris hovedutfordring?

Informantene virker relativt samstemte i at selve rotproblemet for å bygge en stor norsk helseindustri er en grunnleggende mangel på kultur for kommersialisering. Det dominerende synet i norsk helsevesen, akademia og helsebyråkrati er at helse er et «public good» som ikke kan eller bør kobles til begreper som verdiskaping og industriarbeidsplasser.

Kulturelt kan det å bli assosiert med helseindustrien gi de ikke-kommersielle aktørene i helsevesenet «skitne hender». Dette betyr at det oppleves å være nesten umulig å gå fra helsevesenet og akademia til industrien og tilbake igjen. Det er enten eller.

Videre oppleves det som problematisk at helsevesenet helst vil utvikle sine egne løsninger uten et industrielt fokus, og at den offentlige FoU-innsatsen ikke er innrettet mot også å utløse private penger.

Den kulturelle skepsisen mellom den ikke-kommersielle og kommersielle delen av helsevesenet, oppleves å føre til at man snakker dårlig sammen og at det er betydelige mangler ift. samhandling. Resultatet er få kliniske studier, og insentivstrukturer som ikke er koordinert mellom sektorene.

Kort oppsummert står norsk helseindustri overfor følgende utfordringsbilde:

- En anti-kommersielt fokus i byråkrati, helsevesen og akademia
- Insentivstrukturer som slår hverandre i hjel og som ikke skaper innovasjon
- Virkemidler som ikke er koordinert godt nok
- Få kliniske studier
- Begrenset produksjonskapasitet
- Få lokomotiver og frontrunnere

Når det er sagt, mener informantene at ting er i ferd med å endres til det bedre. Spesielt oppleves politikerne av nesten alle partifarger å ha fått øynene opp for de mulighetene som ligger i industrien. Dette er særlig tydelig de siste to - tre årene.

Forskningsrådet og Innovasjon Norge oppleves også å tenke nytt, selv om det gjenstår en del på utviklingen av virkemiddelsiden. Videre oppleves holdningene i akademia å være i gradvis endring, mens endringsprosessen har kommet klart kortest i spesialist-helsetjenesten og i helsebyråkratiet. Her mener mange informanter at det må komme tydelige politiske signaler om at endringsprosessen må forseres.

5 | Hva bør Norge gjøre?

Informantene ble utfordret på hvilke grep Norge bør gjøre hvis målet er å bygge en stor og slagkraftig helseindustri i Norge. Et bredt flertall mener dette nå er mulig, gitt at nasjonen tar de rette grepene.

Det er bred enighet om at en større norsk helseindustri har to store fordeler:

- Pasientene vil få et bedre behandlingstilbud, samtidig som
- Norge skaper nye arbeidsplasser og nye eksportinntekter

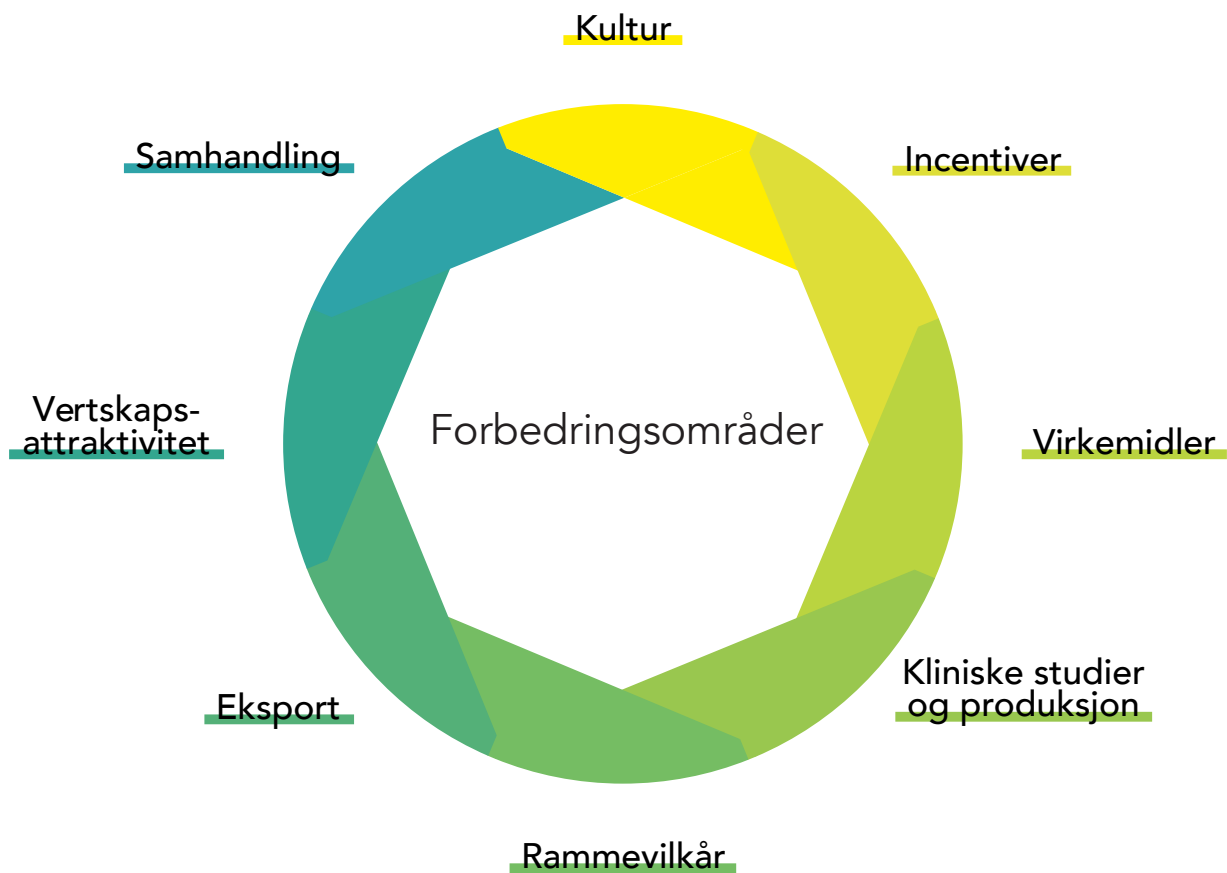
Det store flertallet peker på at det aller viktigste grepet er å arbeide for holdningsendringer og etablering av en ny og mer kommersiell kultur. Norge vil ikke lykkes dersom dagens mistenksomhet mellom den ikke-kommersielle og den kommersielle delen opprettholdes, selv om det altså er noen tegn til bedring i samarbeidet.

Videre ønsker aktørene tydeligere incentivstrukturer i det offentlige helsevesenet for samarbeid med private, og mer koordinerte incentivstrukturer mellom departementene. I dag oppleves det at incentivordningene i HOD, KD, KRD og NFD til dels motvirker hverandre.

Virkemiddelapparatet må prioritere tøffere og stille krav om at offentlige midler også skal utløse private midler og mer tidligfasekapital for oppstartsbedrifter. Videre etterlyses tiltak som kan bidra til å øke eksporten, og grep som kan styrke norsk vertskapsattraktivitet for å tiltrekke oss mer internasjonal kompetanse og kapital.

Sentralt i dette står utviklingen av flere samhandlingsarenaer hvor det offentlige, akademia og de kommersielle aktørene kan komme sammen. Spesielt Radiumhospitalet og Oslo Cancer Cluster trekkes frem som et vellykket eksempel på det siste.

Aktørene er også samstemte i etterlysningen av flere kliniske studier og bedre tilrettelegging for dette. Videre er mer norsk produksjon en forutsetning for vekst og flere nye selskaper. I tillegg bør det offentlige anskaffelsesregimet gjennomgå. I dag er det de «trygge kjøpene» som premieres, mens innovasjonselementet i de offentlige anskaffelsene nedprioriteres.



Behov for kulturell endring

- Det må stilles tydelige krav om at en sektor som bruker 10 – 12 prosent av bruttonasjonalprodukt, også må tenke på verdiskapingseffekter, arbeidsplasser og kommersialisering av forskning
- Det må fokuseres på å synliggjøre synergieffektene. Private aktører gir både verdier for pasientene i form av bedre helsetilbud, og verdier til samfunnet i form av skattekroner og arbeidsplasser.
- Tendensen til at spesialisthelsetjenesten ønsker å utvikle egne løsninger uten å samarbeide med industrien er farlig. Dette ødelegger markedet og skaper sub-optimale løsninger.
- Klyngene og TTO'ene må videreutvikles som samhandlingsarenaer og møteplasser for industri, forskning og helsetjeneste. Kritisk masse er avgjørende for å bygge en helseindustri, og det krever bedre samhandling.

Endrede incentivordninger

- Departementenes incentivordninger for underliggende etater bør gås gjennom og koordineres. I dag slår ordningene i de ulike departementene hverandre i hjel. Dette er særlig tydelig mellom HOD og KD, men også hos KRD og NFD.
- Oppdragsdokumentene til helseforetakene bør gjennomgås med sikte på å få på plass et belønningssystem som fremmer innovasjon i spesialisthelsetjenesten. Dagens DRG-system oppleves å være et problem for industriell utvikling.
- Vurdere om profittdelingen mellom TTO-er og enkeltforskere i academia har den rette utformingen med tanke å motivere forskerne til å tenke kommersialisering.

Justeringer av virkemidler

- De offentlige FoU-midlene (9 mrd) må brukes mer strategisk for å utløse økt privat FoU-innsats.
- Vi trenger en bedre koordinering av virkemidlene. Skattefunnordningen fungerer bra, og det gjør langt på vei også BIA. Men kravene om innovasjonshøyde i BIA er så strenge at mange gode prosjekter med høyt kommersialiseringspotensial ikke når opp. Derfor bør det vurderes en ordning som er bedre tilpasset denne utfordringen.
- VMA deler ut for lite penger til for mange. Det bør fokusere mer på å bygge ut felles infrastruktur og på etablerte selskaper med høyt innovasjonspotensial. Gjennomgående er ikke systemene/ordningene for tidligfase kapital godt nok utviklet.
- Anskaffelsesregimet er for rigid og konservativt. Det blir ikke innovasjon av å kjøpe «det samme som sist». Det må satses mer målrettet på at industrien både skal få testet og solgt produktene i det nordiske markedet. Uten kunder i hjemmemarkedet er eksport svært vanskelig.

Flere kliniske studier og mer produksjon

- Kliniske studier er forutsetningen for å bygge en helseindustri, og Norden er perfekt posisjonert som hub for dette. Incentivordningene for kliniske studier bør derfor styrkes betydelig.
- Produksjon er det som skaper arbeidsplasser og eksportinntekter. Her kan Norge bli ledende grunnet avansert teknologi og sterke produksjonsmiljøer. Dette vil kreve en tydelig industriell satsing, også fra myndighetenes side.
- Norge har gode helsedata, men disse er aldri utnyttet kommersielt. Nå er andre land i ferd med å hente oss igjen. Derfor haster det med å få på plass systemer som gjør at vi kan dra nytte av disse, også kommersielt.

Endringer i rammevilkår

- Det er behov for en konkret og handlingsrettet stortingsmelding om helsenæringen. Det er mye å lære av den strategiske tenkingen og bevisste politikken som ligger bak oljeeventyret.
- Viktig å avklare roller og ansvar mellom HOD, NFD, KRD og KD. Det bør vurderes å legge koordineringsansvaret til en statssekretær for helseindustri.
- Dagens regelverk for opsjonsbeskatning og formueskatt fremmer ikke utviklingen av en helseindustri. Dette er stort sett høyrisikoinvesteringer med lang tidshorisont. Skatt bør først ilegges når gevinsten tas ut.

Eksport og internasjonalisering må prioriteres

- Den beste måten å hjelpe bedrifter ut på er å gi dem norske kundecase. Dagens innkjøpsregime fremmer ikke dette og bør legges om i mer strategisk retning.
- Helseindustrien er «born global» og inngår som en del av en global verdikjede. Vårt økosystem må innrettes for å understøtte dette. Nå jobber for mange på sin egen tue for lenge.
- Norge må aktivt stjele «merkevaresmitte» fra Sverige og Danmark. Viktig å posisjonere Norden som ett marked og en helseregion. 25 millioner mennesker med høy betalingsevne er globalt attraktivt.

Styrking av vertskapsattraktivitet

- Norge må jobbe målrettet for å bygge vertskapsattraktivitet på en måte som tiltrekker globale verdikjeder, topp kompetanse og internasjonal kapital. Ingen land klarer å bygge en helseindustri i isolasjon.
- Norge bør posisjoneres som en del av en spennende nordisk region og som den ultimate testbed for kliniske forsøk. Dette vil forsere utviklingen. Forblir vi en internasjonal hemmelighet kommer heller ikke toppfolk og penger hit. Teknologisk avanserte pasienter og sterke fagmiljøer på HF-ene kan utnyttes bedre i dette arbeidet.

Styrket samhandling

- Samhandlingen og samarbeidet i verdikjeden må styrkes betydelig. I dag er skottene mellom akademia og klinikk, og mellom klinikk og industri, for tette.
- Det må etableres flere samspillsarenaer av den typen vi finner rundt Radiumhospitalet/OCC.
- Klyngeprogrammet må utvikles. Klyngene begynner å vokse frem som økosystemer, men fortsatt et stykke frem før det leveres virkelig verdi.

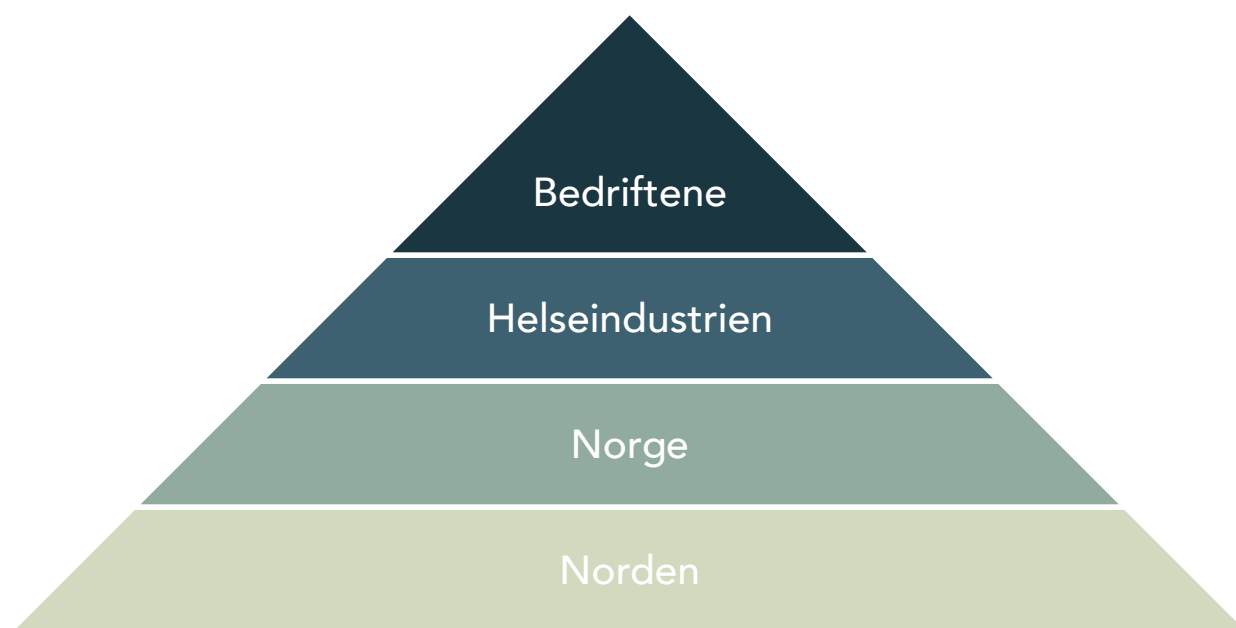
6 | Innspill til posisjoneringsprosjektet

Aktørene gir mer eller mindre unison tilslutning til at det gjennomføres et strategisk posisjoneringsprosjekt for norsk helseindustri. Dette blir vurdert som både viktig og riktig, og på høy tid. Som mange sier: «Det er nå eller aldri!»

Det overordnede målet med en strategisk posisjonering bør være økt verdiskaping og styrket konkurransekraft. Dette vil øke eksport og sysselsetting, og tiltrekke mer internasjonal ekspertise og kapital.

Det norske markedet er isolert sett ikke stort nok til å være høyinteressant internasjonalt. En norsk posisjon bør derfor bygges på en nordisk grunnmur. Norden har totalt sett en stor og spennende pasientpopulasjon, sterke helseinstitusjoner og en interessant helseindustri som gjør oss globalt attraktive.

Merkevarehierarki



Det er bred enighet om at helseindustriens posisjon må bygges på «Merkevaren Norge» og på den overordnede posisjoneringsen av Norge som «pioneering sustainable solutions». Det er en oppfatning blant aktørene om at denne posisjonen er omsettbart til helseindustrien fordi den leverer på den sosiale og økonomiske delen av det tredelte bærekraftbegrepet. Også klima- og miljødimensjonen i bærekraftsbegrepet er relevant når det kommer til produksjon.

Aktørene er samstemte når de understreker viktigheten av at det ikke bygges en posisjon rundt spesifikke terapiområder eller produktkategorier, men på fortrinn som er allmenngyldige. En strategisk posisjonering av norsk helseindustri må derfor være tuftet på den nordiske modellen som kjennetegnes av:

Velorganisert og rikt samfunn	Teknologisk avansert befolkning og helsevesen	Sterke fagmiljøer
Gode helsedata	Kvalitetsdrevne produksjonsmiljøer	Gryende entreprenørskap

Den nordiske modellens flate strukturer og samhandling på tvers er gunstig i en industri kjennetegnet av en rivende kunnskaps- og teknologiutvikling. Digitalisering, kunstig intelligens, og utviklingen av persontilpasset medisin kommer til å kreve komplekst samspill mellom en rekke aktører. Her kan Norge gjennom åpne prosesser, ryddige systemer og et håndterbart aktørkart, ta en posisjon. Dette har vi vist i næringer som olje og gass, marin og maritim industri.

Konklusjon:

Aktørene ber styringsgruppen ta innspillene videre i et hovedprosjekt for strategisk posisjonering av norsk helseindustri, og at denne posisjonen utvikles som en «hvit spiss» på Merkevaren Norge.

