

Nærings- og fiskeridepartementet  
[postmottak@nfd.dep.no](mailto:postmottak@nfd.dep.no)

29. november 2018

Helse- og omsorgsdepartementet  
[postmottak@hod.dep.no](mailto:postmottak@hod.dep.no)

## Innspill til stortingsmeldingen om helsenæringen

Det vises til tidligere felles innspill fra NHO Helse, dvs. NHO og berørte lands- og bransjeforeninger og egne, mer bransjespesifikke innspill fra henholdsvis Abelia og LMI.

I disse innspillene har vi vektlagt beskrivelser av helseverdikjeden, fakta og potensial. Vi har poengtert helsenæringens verdi for pasientene/brukerne og samfunnsmessige effekter knyttet til verdiskaping, arbeidsplasser og eksportinntekter. Vi har identifisert barrierer for videre utvikling av helsenæringen, og vi har pekt på retninger og løsninger for styrket næringsutvikling.

Nå kommer vi med ytterligere et felles innspill fra NHO Helse, der vi ser nærmere på hvilke muligheter det er for å få økt kommersialisering ut av forskningen som brukes innen helse. Vi har sett nærmere på bevilgningene til forskningene og i hvilken grad vi har en insitamentstruktur som stimulerer økt kommersialisering.

### Lønnsom og innovativ helsenæring er viktig for en bærekraftig velferdsmodell

I sin tale på lanseringsseminaret for Menon-rapporten «Helsenæringens verdi 2018» i april i år poengter statssekretær Magnus Thue, Nærings- og fiskeridepartementet at økende antall eldre og etterspørsel etter stadig høyere kvalitet på helsetjenesten kan utfordre bærekraften i vår velferdsmodell. Dette er viktig poenger også adressert i «Verden og oss - Næringslivets Perspektivmelding 2018» (NHO).

Regjeringen vektlegger at en innovativ og lønnsom helsenæring kan bidra til at vi når våre helsepolitiske mål på en mer effektiv måte, gjennom å utnytte mulighetene som den teknologiske og medisinske utviklingen gir. NHO Helse er helt enige i dette og synes at dette er et godt utgangspunkt for å utarbeide en stortingsmelding om helsenæringen.

### Politiske ambisjoner bør være klare og forutsigbare

I arbeidet med å bygge og utvikle helsenæringen er det viktig med en bred politisk enighet om ambisjonene, retningen og virkemidlene. Det er også viktig at de ulike departementers virkemidler ses i sammenheng med sikte på å gi størst mulig effekt. Det gjelder både de generelle næringspolitiske virkemidlene og de mer spesifikke virkemidlene og insitamentene inn i helsesektoren.

### Helsenæringen i Norge er i sterk vekst, men langt bak våre naboland

Det er bred enighet om at det er viktig både for pasientene og økonomien i landet vårt å bygge en bærekraftig helsenæring. Det er positivt og gledelig at de årlige Menon-rapportene om helsenæringen viser kraftig vekst både i omsetning, verdiskaping, eksportinntekter og forskningsinnsats de seneste årene.

Samtidig er det et faktum at vi ligger langt etter våre naboland både hva gjelder økonomisk betydning, FOUI og patenter innen såkalt life science (kilde OECD). Våre naboland har satt på dagsorden å bygge konkurransekraft, innovasjonsevne og såkalt vertskapsattraktivitet for sin life science industri. Norge bør hente læring hos våre naboland og det er gode grunner for å vurdere fellestiltak på tvers av landegrensene i Norden.

OECDs studie «Research and innovation in health and care in Norway. Case study-Innovation Policy Review of Norway» (mars 2018) gir Norge anbefalinger, som bør gjennomgås og vurderes grundig. I vedlegg 2 går vi nærmere inn på OECDs funn, analyser og anbefalinger.

## Hvordan skape økt fart i utviklingen av helsenæringen?

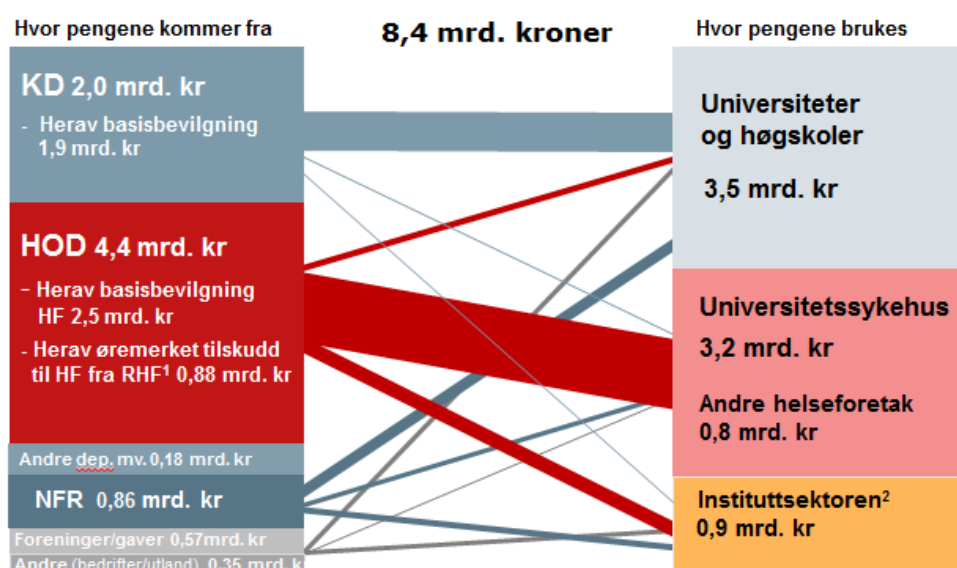
Stortingsmeldingen for helsenæringen bør komme opp med noen helt konkrete og nye «knepp» for å løse opp de største barrierene for helsenæringens videre utvikling og konkurransekraft:

1. Hvordan få til mer industrialisering/kommersialisering og arbeidsplasser ut av forsknings- og innovasjonsmidlene som brukes innen helsesektoren?
2. Hvordan sikre mer risikovillig offentlig kapital og privat kompetent kapital? Særlig til den delen av verdikjeden med høy risiko?
3. Hvordan utvikle/etablere et solid hjemmemarked for helsenæringen? Hvordan øke samspillet mellom offentlig helsetjeneste og den private helsenæringen for utvikling og oppskalering?

I dette notatet berøres insitamenter og virkemidler for økt kommersialisering av forskning og innovasjon i helse, og hva som skal til for å utvikle et sterkt og mer forutsigbart hjemmemarked for helsenæringen i Norge. Det tas utgangspunkt i dagens situasjon og mulige konkrete endringer som kan gi ønskede virkninger.

## Forskningssystemet innen medisin og helse

En sterk akademisk og klinisk forskning er avgjørende for utviklingen av den kunnskapsbaserte globale helsenæringen. Kommersialisering av idegrunnlaget for forskningen legger grunnlaget for ny selskapsetablering, tiltrekking av talenter og kloke hoder samt kapital og forskningsinvesteringer fra større nasjonale og internasjonale bedrifter. I 2015 utgjorde FoU-utgiftene innen medisin og helse mer enn 10 milliarder, hvorav det offentlige bevilget 8,4 milliarder. Nedenfor en figur som viser hvordan bevilgningen ble fordelt.



<sup>1</sup> Øremerkede midler fra HOD til RHF supplert med midler fra rammebevilgningen til RHF  
<sup>2</sup> Kun driftsutgifter (totale utgifter, som inkl. kapitalutgifter, registreres ikke i Instituttsektoren)

Kilde: NIFU <sup>1</sup>

<sup>1</sup> NIFU, Indikatorrapporten 2017

HOD var viktigste finansieringskilde med 4,4 milliarder. Størstedelen av midlene kanaliseres som basisbevilgning eller som øremerkede, strategiske forskningsmidler via regionale helseforetak eller regionale samarbeidsorganer. Samarbeidsorganenes tildelinger skjer etter søknad. Til sammen ble 3,2 milliarder kroner eller 84 prosent av helseforetakenes samlede FoU-utgifter fordelt gjennom disse mekanismene i 2015. Norges forskningsråd finansierte 240 millioner kroner eller bare 6 prosent.

Offentlige kilder står for 90 prosent av helseforetakenes FoU. Over tid har dette finansieringsmønsteret vært relativt stabilt. Basisfinansieringsandelen har stort sett variert mellom 83 og 85 prosent.<sup>2</sup>

Forskningen innen medisin og helse kjennetegnes ved en stor offentlig finansieringskilde, der bare en liten andel av forskningen er søknadsbasert og konkurranseutsatt nasjonalt eller internasjonalt, og det er lite forskningssamarbeid med næringslivet. Norge har signifikant lavere andel sampublikasjoner med næringslivet enn de andre nordiske landene, og vi scorer i tillegg lavt på andel patenter<sup>3</sup>.

### 1. Insitament og virkemidler for økt kommersialisering

Selv om vi har en lang vei å gå, har norsk forskning innen medisin og helse siden 2004 hatt en sterk økning i omfang og kvalitet. Men for å bygge en helsenæring må en enda større verdiskaping i form av patenter og selskapsetableringer på plass.

Tidligere evalueringer har pekt på at det er manglende insentiver for forskerne å kommersialisere forskningen. I Kapitaltilgangsutvalget rapport<sup>4</sup>, påpekes det at etter opphevelsen av det såkalte lærerunntaket i 2003 har kommersialiseringstakten blitt redusert.

Den ferske rapporten om «Insentiver for kommersialisering av forskning»<sup>5</sup> bekrefter tidligere evalueringer, og påpeker at kommersialisering av forskning ikke gir meritteringsverdi for forskerne, og forskere som vil forfølge en idé kommersielt risikerer ofte å tape posisjon i karrieremulighetene ved forskningsinstitusjonen.

Institusjonene i universitets- og høyskolesektoren ble samtidig som lærerunntaket ble opphevet, pålagt å ta ansvar for kommersialiseringen av forskningen gjennom å etablere teknologioverføringskontorer (TTO) som også skal ta sin del av finansieringen.

Det er store variasjoner mellom de ulike fagmiljøene og hvordan de forholder seg til kommersialisering, og det er i mange tilfeller vanskelig for TTO-ene å komme i inngrep med forskerne. I følge både Menons rapport og produktivitetskommissjonen har alle TTO-ene potensial til å gjøre betydelig mer, men hindres blant annet av insentivstrukturen ved institusjonene, med fokus på publisering av forskning og ingen eller lite fokus på entreprenørskap.

Flere rapporter og aktører peker også på manglende samhandling mellom offentlig og privat sektor innen helse på grunn av kultur og innretting på virkemidler<sup>6</sup>.

---

<sup>2</sup> NIFU , Indikatorrapporten 2018

<sup>3</sup> <http://www.oecd.org/norway/oecd-reviews-of-innovation-policy-norway-2017-9789264277960-en.htm>

<sup>4</sup> Kapitaltilgangsutvalget rapport «Kapital i omstillingens tid»

<sup>5</sup> Insentiver for kommersialisering av forskning, Menon-publikasjon nr 9/2018

<sup>6</sup> Helsenæringens verdi 2018

Helse- og omsorgssektoren har ikke hatt et tydelig innovasjonsmandat, og heller ikke føringer for å medvirke til næringslivets utvikling av produkter og løsninger. Som følge av dette er det heller ingen forskningsmidler som krever «matching» av private midler, eller forskningsmidler som utløses for å matche privat finansierte prosjekter. Dersom en større andel av forskningsmidlene stiller krav om næringslivssamarbeid, vil det bidra til å øke den totale forskningskapasiteten, og bidra til at helsetjenesten tar del i digitaliseringen og paradigmeskiftene vi ser innen ny behandlingsteknologi. Dette vil bidra sterkt til også å øke kommersialisering og akademisk forskning.

## Forslag til tiltak:

- Styrke insentivstrukturen for kommersialisering av forskning, herunder forskernes insentiver for kommersielt rettet aktivitet samt evaluere TTO-enes mandat og måloppnåelse i form av økt selskapsetablering. (ref. forslag til «Endringer i lover og policy/strategi» i Menons rapport om kommersialisering av forskning<sup>7</sup>)
- Krav til at akademia og helsetjeneste samarbeider tett med leverandører av helseteknologi for å sikre nytteverdi og markedsrelevans for produkter og tjenester i utlysningsteksten om forskningsmidler, spesielt forskningsmidler forvaltet av RHF-ene. Krav om «matching» av private og offentlige forskningsmidler.
- Innovasjon og næringsutvikling må tydeliggjøres i oppdragsbrev fra departementene til akademia og helsetjenesten, og legge føringer for tildeling av forskningsmidler.
- Innføre resultatindikatorer for måling av innovasjon i akademia/helsetjenesten
- Etablere merittering for innovasjon i akademia/helsetjenesten

## 2. Kapitaltilgang i tidligfase bedrifter

En forutsetning for å skape en bærekraftig helsenæring, er at vi evner å utvikle gründerbedriftene i Norge. Et velfungerende kapitalmarked er en viktig del av dette.

Helsebedriftene peker selv på at kapitaltilgang i tidlig fase er den største flaksehalsen for utviklingen av selskapet<sup>8</sup>. Staten har gjennom finansiering av flere generasjoner av såkornfond, gjennom eierskap i oppstartsbedrifter gjennom TTO-ene, gjennom investeringsselskaper som Investinor og Argentum og gjennom lånefinansiering via Innovasjon Norge et indirekte engasjement i risikokapitalmarkedet.

En tilpasning av disse virkemidlene kan være avgjørende for fremvekst og skalering av ny helseindustri.

## Forslag til tiltak:

- Etablere et nytt virkemiddel spesielt rettet inn mot helse som gir investeringsmidler til infrastruktur som kan tiltrekke globale aktører for produksjon av produkter/tjenester til klinisk uttesting eller kommersielle leveranser, både nasjonalt og internasjonalt. Eksempel på dette kan være type tidligfase test-/produksjonssentra for bruk/analyse av helsedata. Dette vil også kunne være et tiltak for risikoavlastning i en sårbar oppstartfase.

---

<sup>7</sup> Insentiver for kommersialisering av forskning, Menon-publikasjon nr 9/2018

<sup>8</sup> Menon economics, Helsenæringens verdi 2017

- Skatteincentiver for investorer som investerer i prekommersielle FOU- tunge bedrifter.
- Videreutvikle den velfungerende SkatteFUNN ordningen.
- Investinor bør beholde mandatet til å foreta direkteinvesteringer. Liten tilgang på privat venturekapital og få venturefond, kombinert med stor risiko, tilsier at det fortsatt er behov for Investinor som en direkteinvestor i venturefasen.
- Opsjonsbeskatningen bør endres for å gjøre den mer attraktiv for vekstselskaper som trenger å tiltrekke seg nøkkelkompetanse. Norge bør etablere en tilsvarende ordning som Sverige, med kapitalskatt på opsjoner i stedet for lønnsbeskatning, noe som også gjør at arbeidsgiveravgiften faller bort for selskapene. Det må sørges for at kriteriene for opsjonsbeskatningsordningen blir tilpasset bransjen.
- Kapitaltilgangsutvalget går inn for avvikling av formueskatten og erstatte den med skatter som i større grad stimulerer gründere og vekstbedrifter. Dette tiltaket vil øke andelen seriegründere som reinvesterer i nye oppstartbedrifter og ikke straffe gründere og investorer som investerer i selskaper som har langt utviklingsløp før produktene når markedet og inntjening begynner.

Det vises forøvrig til NHOs hørings svar til NOU 2018:5 Kapital i omstillingens tid – næringslivets tilgang til kapital.

### 3. Hvordan utvikle et sterkt og forutsigbart hjemmemarked?

En sterk helsenæring vil være avhengig av politisk forankring, koordinering, styringssignaler og tilrettelegging.

Det må legges vekt på styrket nasjonal koordinering av offentlige aktører og offentlig-private partnerskap. Det må også legges vekt på å sikre kompetanse for næringen gjennom utdanning og ordninger for rekruttering av utenlandske talenter og eksperter. Videre er det helt sentralt at vi bygger sterke fagmiljøer, styrker klinisk forskning og øker antall kliniske studier. Videre må vi utnytte helsedata bedre, blant annet gjennom investeringer i e-infrastruktur.

Offentlige innkjøp og anskaffelsesprosesser innen helse utgjør mange milliarder kroner, og vi må sørge for at innovasjon vektes høyt i offentlige anskaffelser og styrker hjemmemarkedet vårt. Det er viktig at helsepersonell i Norge har tilgang til og utvikler kompetanse på ny innovativ, teknologi fra helseindustrien, og det vil være et konkurransefortrinn for Norge dersom vi er blant de første landene til å satse på ny, innovativ teknologi. Dette vil øke vår attraktivitet for globale investeringer. Offentlige innkjøp og anskaffelsesprosesser er den viktigste driveren for innovasjon i sektoren.

Private behandlingsaktører er ofte del av den offentlige velferdsmodellen. Omlag 90 prosent av kontraktene er med off. sektor. Private behandlingsaktører bidrar med tjenesteinnovasjoner som kan frigjøre ressurser i offentlig helsetjeneste (Jfr. Perspektivmeldingen). Ytterligere verdiskaping i form av tjenesteeksport av den norske velferdsmodellen er mulig og skjer, når man slipper til på hjemmemarkedet.

#### Forslag til tiltak:

- Stimulere og utvikle flerfaglige FoU- og innovasjonssentre innen helsefeltet, for eksempel knyttet til helsedata, kunstig intelligens og spesifikke samfunnsutfordringer bygget på offentlig-privat samarbeid.

- Tilrettelegge for flere kliniske studier for utprøving av teknologi og metoder, herunder en tilretteleggingsfunksjon for tidligfase utprøvinger.
- Sikre kvalitet, infrastruktur og lovverk som bidrar til økt tilgang til helsedata for forskning- og næringsutvikling. E-helsedirektoratets arbeid med å bygge opp en nasjonal infrastruktur må være tilpasset næringslivets behov og en felles inngangsportal for forskningshenvendelser må raskt realiseres.
- Forutsigbare og tydelig kommuniserte rammer for anskaffelser der det er tydelig presisert hva som konkurranseutsettes med forutsigbare kontraktsperioder, og der inkludering av helsegevinster inngår som et som kriterium.
- Etabler risikoavlastningsordninger som gir rom for innovasjon i offentlige innkjøp som understøtter morgendagens pasientforløp.
- Et innkjøpssystem ved sykehus (metodevurdering) som på lik linje med innkjøpssystemet i folketrygden har klageadgang og er forankret i overordnet innkjøpsstrategi.
- Sikre konkurranse på like vilkår, når offentlige instanser gjennom anbud kjøper tjenester fra privat sektor.

## Samfunnsmessige utfordringer knyttet til helse og omsorg

«Verden og oss – Næringslivets Perspektivmelding 2018» (NHO) ser nærmere på den demografiske utviklingen i årene som kommer og hva dette vil bety bl.a. for forsørgelsesbyrde, offentlige finanser, etterspørselen etter ulike typer tjenester mv. Nedenfor følger noen hovedpoeng fra denne rapporten.

<https://www.nho.no/publikasjoner/p/naringslivets-perspektivmelding/>

### Stadig flere eldre

Siden 1970 har Norges befolkning økt med 0,7 prosent årlig, hvorav vel halvparten skyldes fødselsoverskudd, og resten er netto innvandring. Takket være store fødselsoverskudd de første tiårene etter krigen og mange innvandrere i arbeidsfør alder de siste tiårene, har befolkningen i arbeidsfør alder vokst raskere enn befolkningen ellers. I tillegg har yrkesdeltakelsen blant kvinner økt, slik at arbeidsstyrken samlet har økt med drøyt 1 prosent årlig. I likhet med øvrige industriland har Norge slik hatt demografisk medvind i mange tiår.

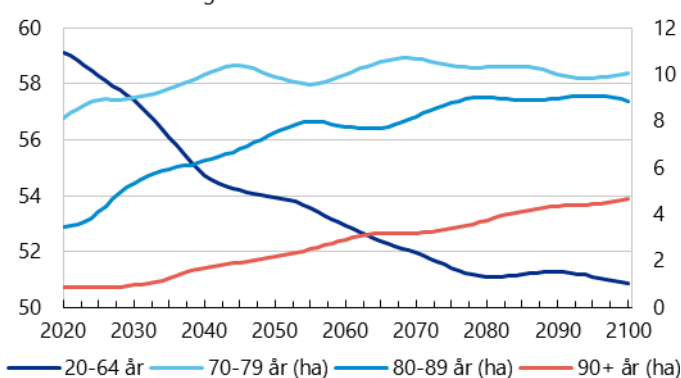
Medvind snus nå til motvind. Frem til 2050 vil andelen av befolkningen i arbeidsfør alder avta med 5 ½ prosentpoeng, og andelen over 80 år øke like mye. Forsørgelsesbyrden vil øke.

Statistisk sentralbyrås befolkningsfremskrivninger tyder på at alderssammensetningen kommer til å endre seg vesentlig i årene som kommer. Det ser ut til å bli særlig sterk vekst i de eldste befolkningsgruppene. Denne utviklingen skyldes store barnekull fra de første tiårene etter annen verdenskrig og stadig høyere levealder. SSB anslår at forventet levealder ved fødselen vil øke med omtrent fem år for kvinner og syv år for menn frem til 2050, til henholdsvis 89 og 87 år.

Ifølge hovedalternativet i fremskrivningene vil hver femte person være 70 år eller eldre i 2050. Antallet i denne gruppen vil altså doble seg i løpet av 30 år. Antallet som er 80 år eller eldre, vil mer enn doble seg i løpet av 20 år.

### Befolkning i ulike aldersgrupper

Prosent av befolkning



Kilde: Statistisk sentralbyrå/NHO

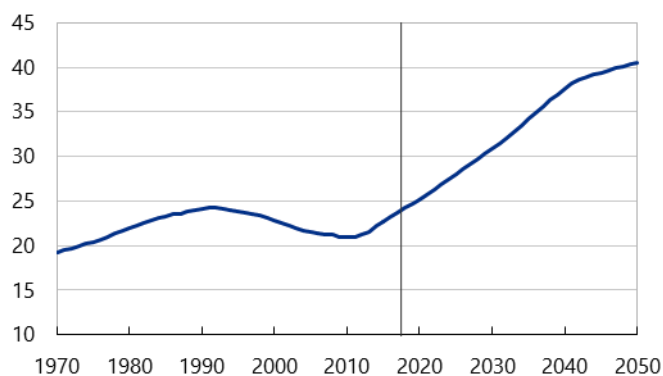
Levealderen øker som følge av at vi får stadig bedre helse. Med bedre helse øker også antallet friske leveår, det vil si uten vesentlige funksjonsbegrensninger. Og med økt levealder forventer vi også at befolkningen får flere år med god helse utenfor arbeid. Etter 2005 har antallet friske leveår økt mer enn forventet levealder. Forholdsvis friske eldre mennesker utenfor arbeidslivet vil prege samfunnet vårt på en annen måte enn til nå. De vil også være en ressurs.

## Forsørgelsesbyrden øker

Befolkningsfremskrivningene viser også at andelen i arbeidsfør alder vil minke, det vil si at forsørgelsesbyrden vil øke. Med revisjonen i den siste befolkningsfremskrivningen blir forsørgelsesbyrden enda høyere enn den var anslått i den forrige fremskrivningen. Forsørgelsesbyrden for barn er forholdsvis konstant i fremskrivningsperioden. Men for eldre vil den øke. I 2033 forventes forsørgelsesbyrden å bli høyere for eldre enn for barn. I 2017 utgjorde de over 67 år 24 prosent av befolkningen i arbeidsfør alder (20–66 år). I 2050 vil de utgjøre over 40 prosent. Mot slutten av århundret vil det være flere personer i alderen 70 år eller eldre enn det er barn og tenåringer i Norge.

### Forsørgerbyrde

Over 67 år/20–66 år. Prosent



Kilde: Finansdepartementet/Statistisk sentralbyrå/NHO

At forsørgelsesbyrden øker, innebærer et press på velferden vår, ikke bare gjennom utgiftene til de offentlige finansierte velferdsordningene, men også gjennom verdiskapingen i seg selv. En lavere andel av befolkningen vil bidra til verdiskapingen. Samlet BNP per innbygger vil reduseres dersom ikke produktiviteten per sysselsatt, arbeidstimen eller sysselsettingsandelen for dem i arbeidsfør alder samtidig øker.

### Konsekvenser for tjenestetilbudet

Den demografiske utviklingen vil få konsekvenser for hele det offentlige tjenestetilbudet og spesielt for helse- og omsorgssektoren. Produktivitetskommisjonens andre rapport vurderer hvordan offentlig sektor vil måtte tilpasse seg for å møte den demografiske utviklingen, samtidig som det legges til grunn en viss standardheving i det offentlige tjenestetilbudet. Utviklingen som må til for å møte fremtidens utfordringer, stiller krav til en vekst i offentlig sektor som ikke er realistisk.

Trolig vil flere etterspørre sentrumsnære, lettstelte boliger, eventuelt bofellesskap med høyt servicenivå. Etterspørselen etter private helsetjenester som kan heve livskvaliteten, vil trolig også øke.

### Økt press på helse- og omsorgssektoren

Sysselsettingskravene og belastningen som følge av eldrebølgen vil primært treffe omsorgsdelen av helse- og omsorgssektoren. Men dette vil også føre med seg økt press på behandlinger i sykehusene og spesialisthelsetjenesten for øvrig.

I rapporten «Helsenæringens verdi 2018» fra Menon Economics fremkommer det at i spesialisthelsetjenesten må antall årsverk øke med 64 prosent frem til 2060 dersom det legges til grunn at bemanningen følger den demografiske utviklingen mens standarden for helsetilbudet, definert som antall årsverk per bruker, antas uendret på 2013-nivå. Dersom vi legger til grunn et kvalitetskrav i form av én prosent økning i antall årsverk per bruker i spesialisthelsetjenesten, er bemanningsbehovet i 2060 over 260 prosent høyere enn i 2013 – til sammen nesten 300 000 årsverk.



Helse Sør-Øst forventer gjennomsnittlig årlig omsetningsvekst frem til 2019 på seks promille. Dersom vi antar samme forventede vekst i samtlige helseforetak (HF) og fremskriver veksten til 2020 har helseforetakene en forventet omsetning på i underkant av 117 milliarder kroner i 2020. Samme tall for 2014 er i overkant av 112 milliarder kroner. Dette tilsvarer en vekst på omtrent 4 prosent over perioden som helhet, iflg. den ovennevnte Menon-rapporten.

### **Politiske utfordringer**

Det er nødvendig å utvikle et helsetilbud og helsesystem, som kan møte utfordringene på en bærekraftig måte. Dette er politikerne ansvar, både å sikre en tilfredsstillende helsetjeneste og sikre at den lar seg finansiere på måte som er bærekraftig over tid.

### **En sterk og bærekraftig helsenæring er en del av løsningen**

I Norge har vi en tradisjonell oppfatning om at helsetjenester utelukkende er et offentlig ansvar. Det er bred politisk enighet om dette. Samtidig er nettopp vår nordiske velferdsmodell etterspurt flere steder i utlandet, der norske/skandinaviske helse og omsorgsleverandører kan utføre offentlig godkjente helsetjenester, forutsatt at de også har et godt hjemmemarked.

For å lykkes med økt verdiskaping i form av næringsutvikling og en bedre og mer kostnadseffektiv offentlig helsetjeneste, må det tenkes helhetlig fra forskningsgrunnlaget til utvikling og implementering av nye løsninger relevant for sektoren.

Et transparent og tillitsfullt samspill mellom det offentlige helsevesenet og den private helsenæringen er helt avgjørende for å lykkes. Den offentlige innkjøpsmakten knyttet til helsesektoren er enorm, og den bør benyttes til å gi innovasjonsfremmende stimulans.

I følge Menon-rapporten opplever mer enn halvparten av bedriftene i helseindustrien den offentlige helsesektoren som lite villig til å ta i bruk nye løsninger og teknologi. Resultatet er ikke bare at bedriftene holdes tilbake og dermed ikke realiserer mulighetene for økte verdier og flere jobber. Resultatet er også at landet vårt går glipp av produkter, teknologier og tjenester som er bedre for brukeren og som gir mer helse per krone.

Det er viktig at helseforetakene og kommunene vektlegger innovasjon i sine anskaffelser slik at vi i fremtiden skal kunne møte veksten i pleiebehovet og samtidig opprettholde et godt helsevesen. Nye løsninger vil gi helt nye behandlingsmuligheter, frigjøre ressurser til bruk i andre prosesser og effektivisere eksisterende oppgaver. Det vil også være negativt dersom Norge som et velutviklet land med en god helsetjeneste, ikke bidrar til å løse morgendagens helseutfordringer. Tatt i betraktning de store utfordringene som Norge står ovenfor innen helse- og omsorgsfeltet de kommende 20-30 årene, har ikke Norge råd til å gå glipp av slike effektiviseringsmuligheter.

Det offentlige helsevesenet utgjør størstedelen av hjemmemarkedet, og det må i større grad åpnes opp for samspill med helsenæringen innen alle deler av verdikjeden. Det gjelder utprøvinger og testlaboratorier for utprøving av ny teknologi. Det gjelder implementering av medtech og velferdsteknologi og bruk av private tjenesteleverandører i behandlingsleddet. Den potensielle samfunnsverdien som følge av at sykehus og kommuner tar i bruk ny teknologi, løsninger og produkter, bør hentes ut.

Norge har helt spesielle fortrinn for utvikling av helse som en næringsgren. Vi har et godt helsevesen, gode helsedata og registre, befolkningsbaserte helseundersøkelser og biobanker, og vi har solid helseforskning og høyt utdanningsnivå. Fremveksten av ny digital teknologi gir mulighet for å utvikle helt nye løsninger. Norge har også kommet langt når det gjelder arbeidsdelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, samt forebyggende helse og rehabilitering.

## Helsenæringen i Norge vokser – men vi ligger etter våre naboland

Poenger fra OECD "Research and innovation in health and care in Norway: Case study", 2017

OECDs analyse beskriver svak nasjonal koordinering av forskning og innovasjon innen helseområdet. OECD anbefaler bl.a. "*clearer targets on what is to be accomplished [...] including long-term action with commitments across budgets*", "*create larger innovation platforms, partnerships or structures with responsibilities at the national level; this is currently too fragmented and decentralized*" og "*strengthen coordination across ministries [...] consider establishing a central coordinating function to help integrate health research agendas across ministries and other stakeholders*".

Samarbeidsforumet ledet av statssekretærene i KD og HOD for samordning mellom universiteter og helseforetak er relevant i denne sammenheng, men næringsperspektivet og involveringen av NFD mangler. Erfaringene fra våre naboland og OECDs analysen samstemmer med norske aktørers tilbakemeldinger, og tilser at det er behov for en sterkere koordinering og tilrettelegging, enn det økosystemaktørene selv kan ta.

Det er derfor behov for å sikre politisk forankring og koordinering for å utvikle en sterk helsenæring, gjennom samordnet og sektorovergripende tilrettelegging. En regjeringsforankret tverrsektoriell koordinering på departementsnivå bør vurderes, for eksempel etter modell fra Danmarks og Sveriges life science kontorer.

Det er også behov for å utvikle tydeligere og mer koordinerte styringssignaler fra departementene, for å sikre sammenhenger mellom kvalitet, behov, samspill og næring innenfor helseområdet.

OECD finner at forskningen i norske helseforetak er fragmentert, ukoordinert og i liten grad konkurrerer internasjonalt. OECD anbefaler at **mer av helseforskningsmidlene konkurransesettes** for å styrke kvaliteten og innsatsen inn mot helsesektorens og samfunnets behov. Det bør derfor innføres et krav om at akademia samarbeider tett med leverandører av helseteknologi for å sikre nytteverdi og markedsrelevans for produkter og tjenester i utlysningsteksten om forskningsmidler.

Klinisk forskning er viktig for helsenæringen og det er positivt at kliniske studier blir del av den resultatbaserte finansieringen av helseforetakene. Analyser viser at industrifinansierte kliniske studier er samfunnsøkonomisk lønnsomt, da studiene bidrar til mer og bedre klinisk forskning, øker kapasiteten og kvaliteten på helsetjenestene og skaper arbeidsplasser. Norske oppstartsbedrifter og forskningsgrupper trenger også klinisk- eller brukerverifikasjon for å videreutvikle sine konsepter og tiltrekke kapital og partnere. Det må derfor legges til rette for tidligfasestudier og å øke antall industrifinansierte kliniske studier, også for å styrke de norske kliniske forskningsmiljøene.

En rekke mellomaktører er ifølge OECD analysen viktig for fremme en helsenæring. I Norge kan slike mellomaktører være TTO-er, klynger, nettverk og inkubatorer. De kan ha en viktig rolle å spille for å koble underliggende fagetater med næringsaktører, og være bindeledd på tvers av sektorer. På helseområdet ser man nå en rekke inkubatorer og klynger. Roller, struktur og offentlige støtteordninger for mellomaktører som TTO-er, klynger, inkubatorer ol., bør gjennomgå og evalueres med sikte på å forenkle og styrke økosystemet.