

Debatoplæg til dialogmøde om styrket vækst på sundheds- og velfærdsområdet

1. Indledning

De fleste OECD-lande står ligesom Danmark over for store udfordringer på sundheds- og velfærdsområdet som følge af en aldrende befolkning, stigning i antallet af livsstilssygdomme og flere kronikere samt befolkningernes øgede forventninger til behandling, pleje og omsorg. Den hidtidige udvikling viser, at OECD-landenes udgifter til sundhedssektoren er steget mere end væksten i BNP siden 1970 og dermed udgør en stadig større andel af BNP.¹

Det er forventningen, at udgifterne til sundheds- og velfærdsydelser også i de nye vækstøkonomier i Asien og Latinamerika vil stige i takt med, at den økonomiske velstand øges, landenes økonomier bliver mere avancerede, og middelklassen bliver større.²

Der er på den baggrund udsigt til et betydeligt globalt vækstpotentiale for sundheds- og velfærds løsninger i de kommende år.

I dag udgør OECD-landene det største marked for sundheds- og velfærdsydelser.³ Ca. 84 pct. af verdens udgifter til sundhed svarende til 30.000 mia. kr. afholdes i OECD-landene, mens ca. 10 pct. svarende til ca. 3.500 mia. kr. afholdes i BRIK-landene. I USA anvendes omkring 18 pct. af BNP til sundhedsudgifter, mens der i OECD som helhed anvendes omkring 13 pct. af BNP på sundhedsudgifter. I BRIK-landene udgør sundhedsudgifterne en mindre andel af BNP, ca. 5,5 pct., men i takt med BRIK-landenes generelle velstandsudvikling er de samlede sundhedsudgifter pr. indbygger steget med ca. 160 pct. fra 2000 til 2010.⁴

Danske sundheds- og velfærdsvirksomheder har et godt udgangspunkt i forhold til at udnytte den øgede internationale efterspørgsel efter sundheds- og velfærds løsninger til gavn for vækst og beskæftigelse i Danmark. Vi har erhvervsmæssige styrkepositioner inden for medicinalområdet, det medicotekniske område samt hjælpemiddelområdet, og vi har mange større virksomheder, særligt lægemiddelvirksomheder, der klarer sig godt internationalt.

Også på andre områder er det vurderingen, at vi er godt med, fx inden for service- og driftsløsninger, rådgivning, telemedicin, it, arkitektur mv. Der foreligger dog ikke internationalt sammenlignelige tal for disse områder.

Mange andre lande rundt om i verden har fokus på at udnytte vækstpotentialet inden for området og investerer betydelige midler i bl.a. forskning og udvikling, innovation og uddannelse samtidig med, at de danske virksomheders omkostninger har været stigende. Samtidig medfører den

øgede globalisering og udviklingen på de nye vækstmarkeder, at virksomhederne i stigende grad lokaliserer deres produktions-, forsknings- og udviklingsaktiviteter i forhold til, hvor der er attraktive vækstmuligheder. Det har øget konkurrencen om at tiltrække og fastholde udenlandske investeringer inden for sundheds- og velfærdsområdet.

Der er derfor behov for at sikre, at virksomhederne har gode rammer for at udvikle, teste, producere og afsætte internationalt konkurrencedygtige sundheds- og velfærdsløsninger.

2. Erhvervsmæssige styrker og potentialer på sundheds- og velfærdsområdet

Sundheds- og velfærdsområdet udgøres i hovedtræk af det samlede forbrug af sundhedsydelser i Danmark samt de dele af de sociale udgifter, som går til ældrepleje og handicapområdet. De regionale og kommunale sundhedsudgifter udgjorde hhv. 95,2 mia. kr. og 6,4 mia. kr. i 2008, alt i alt 101,6 mia.kr.⁵ Det dækker bl.a. over udgifter til hospitalssektoren, praksissektoren (dvs. praktiserende læger og speciallæger), medicin, genoptræning samt forebyggelse. Særligt hospitalssektoren vejer tungt med udgifter på 72 mia. kr. Hertil kommer et privat forbrug af sundhedsydelser i 2008 på knap 22 mia. kr. til bl.a. medicin, briller, høreapparater, læge, tandlæge mv.⁶ Dertil kommer pensionssektorens dækning af forsikringstagere med sundhedsydelser med henblik på at fastholde tilknytning til arbejdsmarkedet, reducere antallet af sygedage og førtidspensioner mv. Mindst 20 pct. af arbejdsstyrken dækkes i dag med tværfaglig behandling.

Socialministeriet opgør de samlede udgifter på handicap- og ældreområdet til ca. 68 mia. kr. i 2010. Her er det særligt udgifter til pleje og omsorg, der trækker udgifterne med ca. 38 mia. kr., hvilket dækker over drift af plejehjem, plejeboliger, hjemmehjælp, hjemmesygepleje samt personlig pleje i eget hjem. Også botilbud til handicappede (12 mia.), forebyggelse (5. mia.) samt udgifter til hjælpemidler (4 mia.) fylder en del hos kommunerne.⁷

De danske sundheds- og velfærdsvirksomheder bidrager med en bred vifte af teknologier og løsninger relateret til borgerens sundhed, pleje og omsorg. Det vil primært sige løsninger til sundheds- og plejesektoren, herunder produkter og serviceydelser i forbindelse med behandlinger på hospitaler, den præ- og posthospitale indsats, folkesundhed og forebyggelse, ældrepleje, handicap, kronisk syge, genoptræning mv.⁸ Ud af det samlede forbrug af sundhedsydelser udgør personaleomkostninger mere end 50 pct., hvorfor gode betingelser for udvikling af service- og driftskoncepter kan have stor betydning for produktiviteten.

Virksomhederne inden for erhvervsområdet grupperer sig bl.a. inden for *lægemidler, det medicotekniske område, service- og driftsløsninger* og *hjælpemiddelområdet*, men beskæftiger sig også med produkter og løsninger inden for fx rådgivning, arkitektur samt it-løsninger. Sundheds- og velfærdsvirksomhederne har dog i vid udstrækning forskellige karakteristika og vækstvilkår. Fx er lægemiddelvirksomhederne i forhold til andre sundheds- og velfærdsvirksomheder typisk større og mere internationalt orienterede, ligesom deres udviklingsaktiviteter er forskningsbaserede og har en relativ lang udviklingshorisont fra idé til kommercialisering. Et andet eksempel er servicevirksomhederne, som har en tilsvarende høj international orientering, men til gengæld er karakteriseret ved en betydelig kortere tidshorisont fra idéudvikling til kommercialisering og drift.

Markedet for sundheds- og velfærdsløsninger

- Lægemidler, herunder fx insulin, vacciner, antibiotika, antidepressiver mv.
- Medicoteknisk udstyr og apparater til brug ved fx diagnosticering, forebyggelse, overvågning, behandling eller lindring af sygdomme, herunder fx insulin pen, katetre, stomiposer, anæstesiudstyr, scanningsapparater mv.
- Hjælpemidler, fx hejse- og løftesystemer til brug i ældre- og plejesektoren, forflytningsudstyr, høreapparater, intelligente senge, invalidekøretøjer mv.
- Service- og driftsløsninger, fx i forhold til præhospital tjeneste, sundhedsydelser (fysisk/psykisk), udbredelse af velfærdsteknologi og telemedicinske løsninger, service- og facilitymanagement, callcenter mv.
- Sundheds-it, automatisering og digitale løsninger, fx it-systemer til optimering af koordination og kommunikation på operationsgange- og stuer, trådløs teknologi, robotteknologi (spiseroboter, blodprøvetagning, pakning af medicin mv.), telemedicinske teknologier (patientkufferter til kroniske patienter, videokonsultationer, telemedicinsk sårbehandling mv.), elektroniske patientjournaler, teletolkning mv.

Dertil kommer en række ydelser inden for service, logistik, rådgivning og drift fx af plejecentre, hjælpemiddelcentraler, sygehuse og lignende.

I forhold til at beskrive de danske sundheds- og velfærdsvirksomheder er det en udfordring, at der ikke er én fælles anerkendt definition af, hvad sundheds- og velfærdsløsninger er. Hertil kommer, at det statistisk er vanskeligt at tegne et dækkende billede af hele området. Det skyldes bl.a., at branchestatistikken typisk grupperer brancher efter produktionsmåde og ikke efter hvilke varer og services, de producerer. Det betyder, at det inden for sundheds- og velfærdsområdet primært er muligt at identificere og finde internationalt sammenlignelige data for de medicinal- og medicotekniske brancher. Det kan derfor være hensigtsmæssigt, at der fremadrettet søges etableret en databank, som inkluderer indsamling af data også i forhold til service- og driftsløsninger, så kernekompetencer og styrkeforhold kan dokumenteres.

Området kan ligeledes beskrives med udgangspunkt i data for varekoder (Eurostats COMEXT database samt OECD's ITCS database), hvilket gør det muligt at sammenligne vareeksporten for sundheds- og velfærdsløsninger for en række lande. Eksporttallene vedrører dog alene varer, hvorfor det ikke er muligt at beskrive eksempelvis eksporten af serviceydelser og rådgivning⁹.

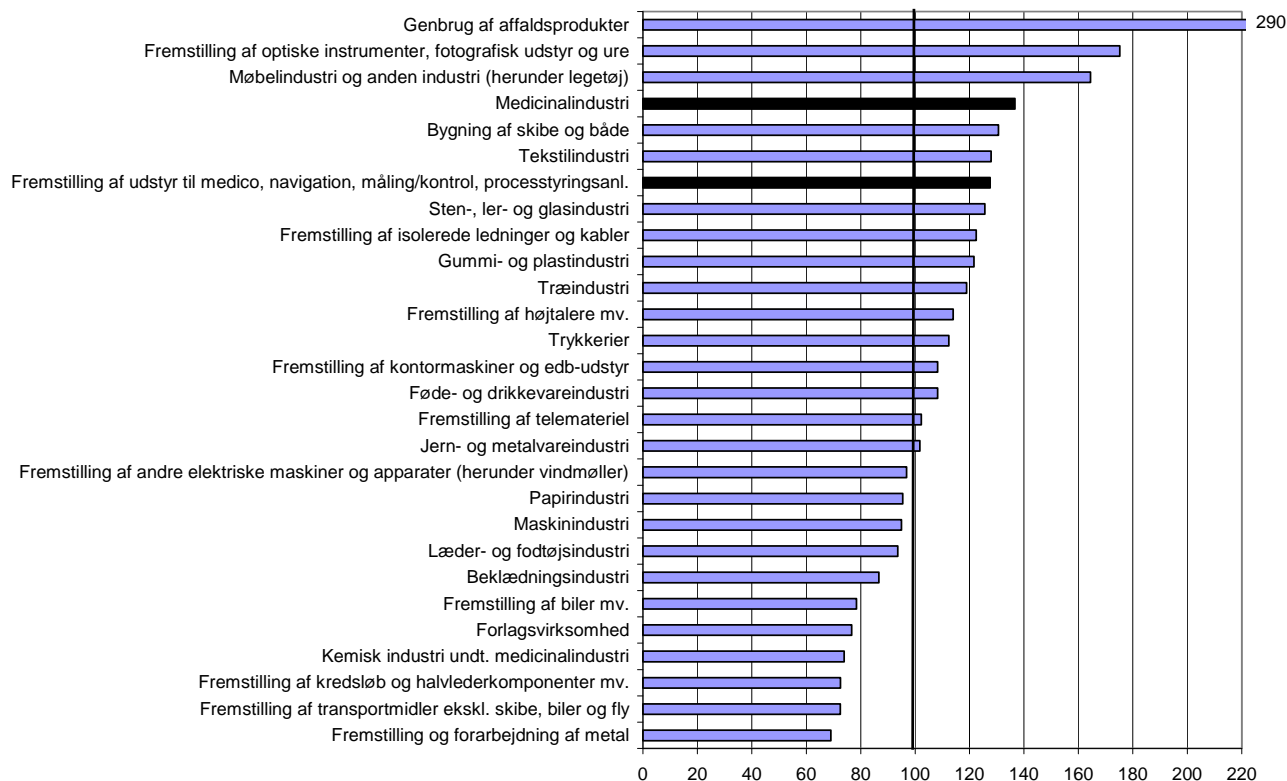
Nedenfor beskrives erhvervsmæssige styrker og potentialer på dele af sundheds- og velfærdsområdet med udgangspunkt i tilgængelige tal for virksomhedernes produktivitet, eksportspecialiseringer og patentaktivitet.

Klare produktivitetsfordele for medicinalområdet og det medicotekniske område

En branche eller et erhvervsområdes relative produktivitet sammenlignet med udlandet er en væsentlig indikator for en erhvervsmæssig styrkeposition. Inden for sundheds- og velfærdsområdet er det som nævnt primært muligt at identificere og finde internationalt sammenlignelige data for medicinalbranchen og den medicotekniske branche. Hjælpemidler samt IT-løsninger ligger eksempelvis spredt i vidt forskellige brancher, hvorfor der ikke kan beregnes relativ produktivitet for disse virksomheder.

Som det fremgår af figur 1, har særligt medicinalindustrien, men også det medicotekniske område, klare produktivitetsfordele i forhold til andre OECD-lande.

Figur 1: Danske branchers produktivitetsfordele



Anm.: Data for 2006. Produktivitetsfordelene er målt som branchens relative produktivitet i Danmark i forhold til branchens relative produktivitet i udlandet. Værdier over indeks 100 angiver, at den danske branche har en produktivitetsfordel i forhold til udlandet.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra EU-KLEMS.

De europæiske lande generelt og Danmark i særdeleshed har siden 1995 haft en faldende produktivitet sammenlignet med USA. Denne højere amerikanske produktivitetsudvikling er hovedsageligt afledt af højere produktivitet i servicesektoren. Denne sektor har gennem de seneste 10 år genereret to tredjedele af den globale vækst. Servicesektoren er generelt præget af større konvergens på tværs af landegrænser, særligt inden for branchen ”personal and social services”, hvilket kan betyde, at de service- og driftskompetencer, der skabes med udgangspunkt i de betydelige offentlige investeringer i dette område, med større sandsynlighed ville kunne eksporteres.¹⁰

Produktivitetsfordele som indikator for en erhvervmæssig styrkeposition kan dog ikke stå alene, idet en branche kan være relativt højproduktiv, men samtidig udgøre en relativt lille andel af den samlede danske økonomi.¹¹

I forhold til antal beskæftigede og årlig værditilvækst er dele af sundheds- og velfærdsområdet dog også godt med. Med udgangspunkt i ovenstående brancheinddeling beskæftigede medicinal- og medicobrancherne tilsammen ca. 32.000 og havde en samlet årlig værditilvækst på ca. 27 mia. kr. i 2006.¹²

Lægemiddel- og biotekindustrien har opgjort, at der er ca. 20.000 ansatte direkte i lægemiddel- og biotekvirksomhederne og estimerer, at der er yderligere ca. 50.000 ansatte i underleverandørbrancher til industrien.¹³

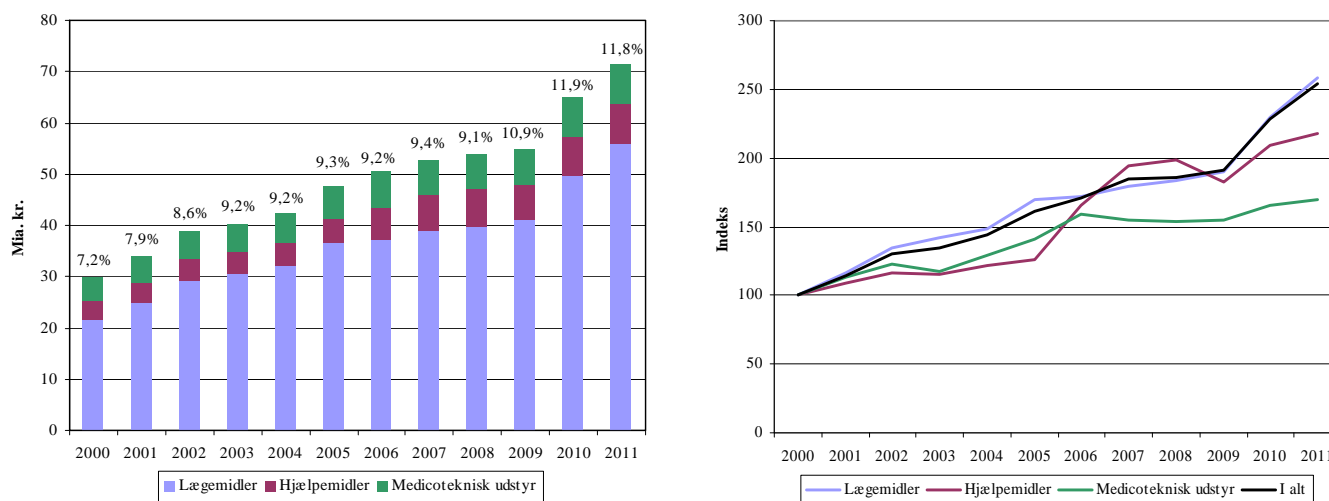
En undersøgelse, som Brøndum og Fliess har foretaget for DI (2011), har kortlagt 251 velfærds-teknologiske virksomheder, der ifølge undersøgelsen beskæftiger ca. 40.000 medarbejdere, hvoraf det anslås, at ca. halvdelen er beskæftiget med velfærdsydelser og – produkter.¹⁴ Medicinal- og dele af medicoindustrien indgår ikke i undersøgelsen.

Endelig anslår IT-branchen, at der er ca. 2000 ansatte i sundheds-it-industrien, og at de omsætter for ca. 4 mia. kr. årligt.¹⁵

Stigende eksport for danske sundheds- og velfærdsvirksomheder

Tal for vareeksporten inden for lægemidler, hjælpemidler og medicoteknisk udstyr viser, at den danske vareeksport inden for disse områder er steget markant de seneste år og kun i mindre grad har været påvirket af den økonomiske og finansielle krise. Som det fremgår af figur 2, udgør eksporten inden for disse områder en stigende andel af den samlede vareeksport og er vokset fra 7,2 pct. af den samlede danske vareeksport i 2000 til 11,8 pct. i 2011 (fra knap 30 mia. kr. i 2000 til ca. 71 mia. kr. i 2011 (i løbende priser). Det fremgår også, at lægemidler er Danmarks markant største eksportvare inden for sundheds- og velfærdsområdet.¹⁶

Figur 2: Til venstre vises vareeksport i mia. kr. fra 2000-2011 samt andelen af den samlede vareeksport for lægemidler, hjælpemidler samt medicoteknisk udstyr. Til højre vises udviklingen i vareeksport inden for de tre varegrupper. De foreliggende data vedrører alene varer, hvorfor eksport af serviceydelser og rådgivning ikke fremgår.



Kilde: Eurostat comext og egne beregninger

Hvis man ser nærmere på, hvilke lande, Danmark eksporterer lægemidler, hjælpemidler og medicoteknisk udstyr til, er USA det største enkeltstående eksportmarked og aftager ca. 19 pct. af den samlede vareeksport på disse områder fra Danmark i 2011, svarende til godt 14 mia. kr. Til sammenligning aftager EU15 set under ét godt 40 pct. i 2011, med Tyskland, Sverige, Storbritannien og Frankrig som de største aftagere inden for EU.

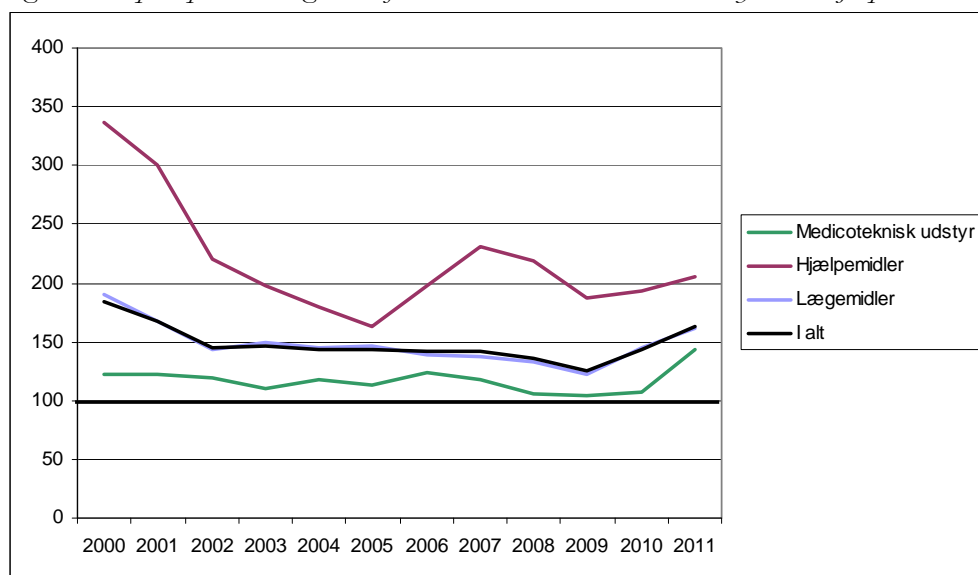
BRIK-landene aftager ca. 8 pct. af den danske vareeksport af lægemidler, hjælpemidler og medicoteknisk udstyr i 2011, svarende til ca. 6 mia. kr. Også her er det især lægemidler, der trækker vareeksporten.

Eksportspecialisering inden for lægemidler, medicoteknisk udstyr og hjælpemidler

Danmark har traditionelt klaret sig godt i den internationale konkurrence på sundheds- og velfærdsområdet. En høj eksportspecialisering¹⁷ kan ligeledes sige noget om en erhvervsmæssig styrke relativt til andre lande. Her har danske sundheds- og velfærdsvirksomheder styrkepositioner inden for lægemidler, hjælpemidler samt medicoteknisk udstyr, jf. figur 3, når der sammenlignes med EU15 (100 = EU15-gennemsnit).

Udviklingen over tid peger dog på en faldende eksportspecialisering, særligt inden for hjælpemidler, hvilket kan indikere, at de erhvervsmæssige styrkepositioner er under pres. Da sundheds- og velfærdsområdet fylder relativt meget i Danmark sammenlignet med EU15, kan forklaringen bag stigningen i eksportspecialisering i 2010-2011 til dels findes i den økonomiske krise, der i mindre grad har påvirket sundheds- og velfærdsområdet end det øvrige erhvervsliv.

Figur 3 Eksportspecialisering inden for medicinal, medicoteknisk udstyr samt hjælpemidler

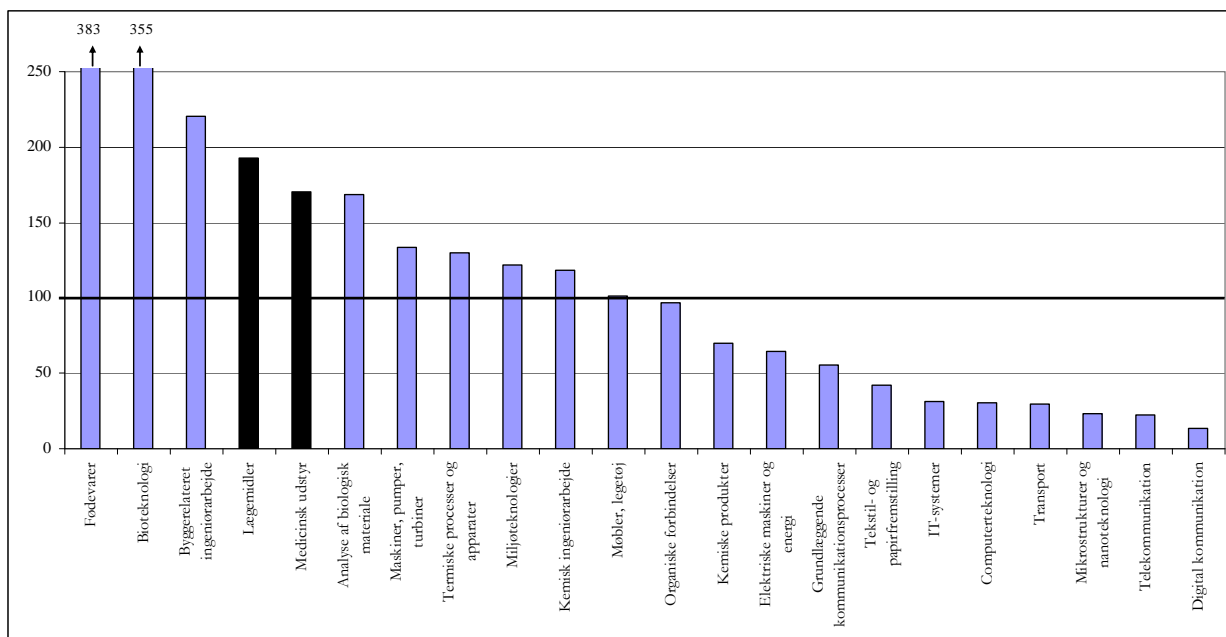


Note. Eksportandelen i Danmark set i forhold til eksportandelen i EU15 samlet set, En værdi over 100 angiver således en eksportspecialisering.

Høj patentaktivitet peger på fremtidigt potentiale

Virksomhedernes vækstmuligheder afhænger også af, i hvor høj grad virksomhederne kan skabe nye forretningsmuligheder på området, og i hvor høj grad de investerer i ny viden. Set i forhold til landets størrelse er Danmark i top 3 over lande med højest patentaktivitet inden for sundhedsområdet. Jf. figur 4 ansøger Danmark om relativt mange patenter inden for lægemidler og medicinsk udstyr. Figur 5 viser, hvilke lande der har relativt højest patentaktivitet inden for lægemidler og medicinsk udstyr.

Figur 4. Danmarks specialisering inden for patentansøgninger ved European Patent Office (EPO)



Kilde: European Patent Office og egne beregninger.18

Figur 5. Landene med højest patentaktivitet inden for lægemidler og medicinsk udstyr ved EPO



Lande med høj patentaktivitet	Lægemidler	Medicinsk
Israel	247 - 286	
Danmark	193 - 170	
Australien	176 - 181	
Spanien	164	
Schweiz	158 - 159	
USA	144 - 165	
Storbritannien	129	
Canada	122	
Sverige	108	

Note: Bemærk, at Spanien, Storbritannien og Canada er ikke specialiserede i forhold til patentaktivitet inden for medicinsk udstyr, mens Sverige ikke er specialiseret i forhold til patentaktivitet inden for lægemidler.

Kilde: European Patent Office og egne beregninger.

3. Styrket vækst på sundheds- og velfærdsområdet

Der har de seneste år været øget fokus på at udnytte vækstpotentialet på sundheds- og velfærdsområdet i Danmark. Det gælder fx gennem indsatser i regi af Fornyelsesfonden, Rådet for Teknologi og Innovation, Eksportrådet samt Fonden for Velfærdsteknologi (tidligere ABT-fonden), ligesom sundhedsforskningen er løftet gennem en årrække. Desuden er der under Fonden til markedsføring af Danmark etableret et partnerskab for markedsføring af sundheds- og velfærdsløsninger, hvor offentlige og private aktører i fællesskab gennemfører aktiviteter, som skal øge det internationale kendskab til danske løsninger og kompetencer.

Det hidtidige fokus har bl.a. været på initiativer, der sigter mod at fremme virksomhedernes muligheder for at udvikle nye teknologier og løsninger i samarbejde med det offentlige. Dertil kommer indsatsen for at sikre gode generelle rammevilkår, bl.a. i forhold til forskning og udvikling, uddannelse, adgang til test- og demonstrationsfaciliteter, adgang til kapital mv., der ligeledes kommer sundheds- og velfærdsvirksomhederne til gavn. En oversigt over igangsatte statslige initiativer er vedlagt som bilag 1.

Der har ligeledes været et betydeligt fokus på sundheds- og velfærdsområdet både i den regionale indsats for vækst og erhvervsudvikling i regi af de regionale vækstfora, i regionernes sundhedsindsats og rundt om i kommuner. Det gælder fx i tilknytning til de forestående sygehusbygninger, gennem øget konkurrenceudsættelse af offentlige opgaver inden for sundheds- og velfærdsområdet og fremme af offentlig-private innovationssamarbejder, hvor offentlige og private partnere i fællesskab udvikler nye innovative løsninger.

Der er dog en række områder, hvor vi i Danmark kan gøre mere. Er vi fx gode nok til at skabe rammer, der gør det muligt for virksomhederne at skalere deres løsninger og skabe kommercielle succeser? Kan vi blive bedre til at skabe nye markeder, nye forretningsmodeller og nye samarbejdsformer, der kan skabe grundlag for eksport? Er vi gode nok til at tænke på tværs mellem fx sundheds- og socialområdet, mellem drift og udvikling af kerneydelser og indtænke den private sektor i udvikling og opgaveløsningen? Er den private sektor dygtig nok til at byde ind med attraktive løsninger i bred forstand? Og er vi gode nok til at skabe incitamentter for offentlige parter til at fremme nye vækstmuligheder for de danske sundheds – og velfærdsvirksomheder?

En række undersøgelser af sundheds- og velfærdsvirksomhedernes vækstvilkår viser, at eksistensen af et velfungerende hjemmemarked med en offentlig sektor, der efterspørger konkurrence-dygtige, innovative produkter og løsninger, har stor betydning for virksomhedernes muligheder for at afsætte sundheds- og velfærdsløsninger internationalt.

Ser vi på området i dag, er der stor forskel på inddragelse af private leverandører. Eksempelvis løses omkring 16 pct. af de udbudsegneede opgaver på det kommunale sundhedsområde af private aktører.¹⁹ Området indbefatter forebyggelse, sundhedsfremme og genoptræning. Der er dog relativt stor forskel mellem kommunerne i forhold til, hvor meget private aktører inddrages i opgaveløsningen. Andelen af opgaver, som kommunerne skaber konkurrence om, varierer fra knap 7 pct. til knap 60 pct.

På det sociale område viser en analyse fra Udbudsrådet (2011), at kommunerne i 2010 skabte konkurrence om 23,6 pct. af de opgaver, de potentielt kunne skabe konkurrence om på området.²⁰ Af de 23,6 pct. er størstedelen følgeydelse, som fx rengøring og vedligehold af bygninger og dermed ikke kerneydelserne service og pleje.²¹

Regeringen har som led i at styrke erhvervsmulighederne på området bl.a. besluttet at udarbejde en strategi for intelligent offentlige indkøb på tværs af ministerier og myndighedsniveauer, der vil sætte fokus på, hvordan den offentlige sektor gennem sin efterspørgsel kan bidrage til at fremme innovation og vækst i danske virksomheder. Der er også igangsat et arbejde omkring forberedelserne af en digitaliseringsreform af velfærdsområderne. Endvidere vil der i regi af den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi mellem stat, regioner og kommuner blive arbejdet frem til 2015 på en række projekter inden for de store velfærdsområder, herunder også på sundhedsområdet, ligesom telemedicin er et nationalt satsningsområde. Der er med disse initiativer lagt op til, at ønsket om at effektivisere og modernisere den offentlige sektor kan gå hånd i hånd med øget vækst i den private sektor.

Det er dog samtidig oplagt, at øget salg til fx de nye vækstmarkeder vil stille øgede krav til danske virksomheders evne til at tilpasse løsninger, koncepter og teknologier. WHO peger på, at særligt udviklingslandene vil opleve en markant stigning i antallet af kroniske sygdomme og livsstilssygdomme frem mod 2030, såsom kræft, luftvejssygdomme, hjertekarsygdomme og diabetes²². Sundheds- og plejesystemer, infrastruktur, tilgængelig viden om eksempelvis forebyggelse samt ressourcer er dog væsentligt anderledes end i de vestlige lande, hvilket vil skabe et behov for nye, innovative løsninger, der er både omkostningseffektive og lette at implementere.

Endelig betyder den skærpede konkurrence, at det bliver endnu vigtigere, at vi i Danmark har de rette kompetencer i bred forstand og tilbyder gode rammer for forskning og udvikling samt test og demonstration. Ovenstående faktorer er også vigtige for tiltrækning og fastholdelse af udenlandske investeringer inden for sundheds- og velfærdsområdet, der ligeledes har stor betydning for væksten.

På den baggrund ønskes en drøftelse af to temaer på dialogmødet:

- Forretningsmuligheder på et globalt marked for sundheds- og velfærdsløsninger og nye offentlig-private samarbejdsformer.
- Samarbejde omkring sundhedsforskning, innovation og uddannelse

3.1. Forretningsmuligheder på et globalt marked for sundheds- og velfærdsløsninger og nye offentlig-private samarbejdsformer

På sundhedsområdet har Danmark en række større virksomheder, der står stærkt internationalt, særligt inden for lægemidler, service og driftsløsninger samt det medicotekniske område. Det har vi ikke i samme omfang på velfærdsområdet. På velfærdsområdet er Danmark kendetegnet ved, at forholdsmæssigt mange opgaver løses inden for den offentlige sektor. Det kan lægge en begrænsning på mulighederne for at skabe erhvervsudvikling inden for disse områder. Hvis man er villig til at tillade en øget markedsadgang og konkurrence, kan der skabes nye muligheder for dansk erhvervsliv.

Det er fx sket i Sverige, hvor man i nogen grad har skabt et marked for offentlige velfærdsydelser. Det har ført til, at der i dag er flere større private svenske velfærdsvirksomheder, eksempelvis på ældre- og daginstitutionsområdet, som også opererer uden for Sverige.

På en række områder er konkurrenceudsættelsen af offentlige opgaver dog mere udbredt i Danmark end i Sverige. En endnu ikke offentliggjort analyse fra Udbudsrådet af offentligt-privat samarbejde i Danmark og Sverige viser, at Danmark i langt højere grad arbejder strategisk og målrettet med konkurrenceudsættelse af offentlige opgaver. Vi er dermed længere fremme i forhold til at inddrage private aktører i den kommunale opgaveløsning. Dog angiver offentlige indkøbere, at funktionsudbud anvendes dobbelt så hyppigt i Sverige i forhold til Danmark. Funktionsudbud kan være stimulerende for skabelsen af et privat marked og udviklingen af nye produkter og teknologier. Analysen peger på, at forklaringen på denne forskel bl.a. skal findes i manglende kendskab til anvendelsen af funktionsudbud i Danmark.

Det Økonomiske Råds vismandsrapport for efteråret 2010 viser, at produktiviteten generelt er langt højere i store virksomheder end i små. Analysen viser, at virksomheder med over 100 ansatte i gennemsnit har knap fire gange så høj totalfaktorproduktivitet som gennemsnittet af virksomheder med 10-25 ansatte. Dette fordrer, at der skabes rammer for, at udviklingen af optimale service- og driftskoncepter skal tage sigte på at være af en størrelse, hvor udnyttelsen af spidskompetencer kan bredes ud på flere hænder.

En offentlig indsats og et styrket offentlig-privat samspil kan understøtte virksomhedernes muligheder for at udvikle og udbrede nye teknologier og løsninger. Det kan fx ske ved at:

- *Øge markedsadgangen for erhvervslivet*, fx ved at indgå partnerskaber mellem det offentlige og erhvervslivet.
- *Udbygge den teknologiske infrastruktur*, herunder testfaciliteter og udvikling af konceptløsninger.
- *Bruge innovationsfremmende regulering*, fx ved at give erhvervslivet gode muligheder for at tilpasse sig nye krav igennem en omkostningseffektiv udvikling af nye løsninger.
- *Bruge den offentlige efterspørgsel og skabe incitament*er til at fremme innovation i erhvervslivet.

På områder, som er domineret af offentligt ejerskab og/eller produktion, såsom fx sundhedssektoren og pleje- og omsorgsområdet, kan villigheden til at åbne for nye typer offentlig-private samspil eller etablering af nye partnerskaber have stor betydning for, om virksomhederne har mulighed for at innovere og afprøve nye løsninger.

Det er ligeledes væsentligt, at den offentlige regulering giver plads til, at virksomhederne kan teste nye løsninger, fx inden for service og driftsløsninger og på medico-området. Det kan samtidig have betydning, om virksomhederne har mulighed for at indgå i udviklingsprocesser med offentlige aktører. Det gælder ikke mindst i et land som Danmark, hvor store dele af sundheds- og velfærdsområdet ejes og drives af den offentlige sektor.

Den offentlige sektor sætter ligeledes på en række områder rammerne for innovation og udvikling i erhvervslivet. Det gælder fx i forhold til regulering eller fastsættelse af mål, der kan motivere virksomhederne til at finde nye løsninger.

Herudover kan den offentlige sektor bruge innovativ offentlig efterspørgsel til at udvikle nye løsninger og koncepter. Det kan bidrage til udviklingen af nye løsninger, men vil omvendt kunne betyde højere priser, end man skulle have betalt for allerede eksisterende løsninger. Samtidig er der ingen garanti for, at nyudviklede løsninger (på sigt) kan afsættes på markedsvilkår. Der er således ikke kun muligheder for gevinst, men også en risiko ved at anvende offentlig efterspørgsel. Det taler for, at anvendelsen af intelligent offentlig efterspørgsel som innovationsdriver sker på områder med stort innovationspotentiale. Herunder vil konkurrenceregler mv. sætte grænser for anvendelsen.

De seneste år har nye velfærdsteknologiske løsninger, som fx telemedicin og videotolkning, vundet indpas i den private og offentlige sektor som elementer i forhold til at forny og effektivisere den offentlige service og til at gøre kronikere og ældre mere selvhjulpne. Erfaringerne med at anvende teknologiske løsninger på velfærdsområderne viser dog, at udbredelse i stor skala fortsat er udfordrende, og at succesfulde implementeringer er begrænsede. Rammevilkår og manglende udbredelsesmodeller for velfærdsteknologiske løsninger kan være barrierer for udbredelse i stor skala, da myndighederne på eget initiativ har svært ved at integrere og forankre løsninger.

Der kan ligeledes sættes styrket fokus på erhvervsmulighederne i forbindelse med de kommende sygehusinvesteringer, hvor regionerne i løbet af det kommende årti gennemfører markante ændringer af det danske sygehusvæsen. Der investeres mere end 40 mia. kr. til nye sygehuse og udbygninger af eksisterende sygehuse i perioden 2010-2020. Det svarer til, at knap en tredjedel af alle hospitalskvadratmeter i Danmark fornyes. Sygehusinvesteringerne skal fremtidssikre sygehusvæsenet ved at samle især den akutte og den specialiserede behandling på færre enheder. For at sikre tilgængelighed af moderne sundhedstilbud i hele landet hurtigst muligt igangsættes sygehusbyggerierne over en kortere årrække. I alt 16 hospitalsprojekter er i støbeskeen. Der er i investeringerne for de nye byggerier forudsat et råderum til finansiering af it og apparatur. Det betyder, at der er afsat et større milliardbeløb til indkøb og udvikling af nyt udstyr og ny teknologi, der udmøntes løbende i løbet af de næste 10 år.

Et andet vigtigt perspektiv på det offentliges rolle er betydningen for virksomhederne af referencer til salg til den offentlige sektor i Danmark. Det har stor betydning, når virksomhederne skal ud på eksportmarkederne, idet produkter og serviceydelser skal have dokumenteret effekt, sikkerhed og kvalitet for at kunne klare sig i den voksende konkurrence på markedet. Virksomhederne har behov for konkrete ”showcases” i forhold til at fremvise deres produkter og services i anvendelse.

Der er en udbredt anerkendelse af, at de mest succesfulde implementeringer af velfærdsteknologi og service- og driftskoncepter bæres af organisationer med høj fokus på organisationstilpasninger og forandringsledelse. Den igangværende modernisering af den offentlige sektor har blandt andet som mål at understøtte dette. Det er nødvendigt, hvis både den offentlige sektor og de danske virksomheder skal høste gevinsterne.

Spørgsmål til debat:

- Inden for hvilke segmenter, forretningsområder og markeder har danske sundheds- og velfærdsvirksomheder muligheder for at udnytte et internationalt vækstpotentiale?
- Hvordan kan der skabes øgede muligheder for, at private virksomheder kan udvikle nye produkter, løsninger og forretningsmodeller med afsæt i sundheds- og velfærdsområdet i Danmark, og hvordan kan de private virksomheder bidrage hertil?
- Hvordan kan der i højere grad opnås skala i det offentlig-private samarbejde med henblik på at udvikle markeder for nye løsninger inden for sundheds- og velfærdsområdet?

3.2. Samarbejde omkring sundhedsforskning, innovation og uddannelse

For at danske sundheds- og velfærdsvirksomheder kan levere konkurrencedygtige løsninger inden for sundheds- og velfærdsområdet, er det vigtigt, at medarbejderne har de rette kompetencer, og at forskningen og udviklingen på området er af høj international standard.

Udover de mere kendte sundhedsfaglige uddannelser findes der en række specialiserede uddannelser inden for sundheds- og velfærdsområdet, især inden for de tekniske og naturvidenskabelige uddannelser på universiteterne samt diplomingeniøruddannelserne. Danmark udmærker sig med en række universitetsuddannelser, der kombinerer lægevidenskab med ingeniørstudier i et nært samarbejde med industrien. Fra 1999 til 2007 er der sket en fordobling af højtuddannede i lægemiddelindustrien, og antallet af personer med en forskeruddannelse er steget fra godt 400 til knap 900.²³ Denne udvikling er understøttet af den indsats, som har ledt til en fordobling i antallet af nye ph.d.'er med særligt fokus på de sundhedsfaglige, tekniske og naturvidenskabelige områder. Det er dog vigtigt, at det til stadighed vurderes, om de specialiserede uddannelser i tilstrækkelig grad bidrager til, at virksomhederne inden for sundheds- og velfærdsområdet kan udvikle og producere løsninger, der også kan eksporteres til de nye markeder.

Dansk sundhedsforskning er af høj international standard. Danmark er det land, der næst efter Schweiz, har flest publikationer inden for lægemiddelområdet pr. 1000 indbyggere, ligesom Danmark ligger lige efter Schweiz, når det gælder citationer af videnskabelige publikationer om lægemiddelforskning. For at forskningen fører til nye løsninger og produkter er det vigtigt, at der er et nært og frugtbart samarbejde mellem industri, hospitaler og regioner baseret på en kultur med åbne døre, nysgerrighed og gensidig interesse for at omsætte nye ideer til konkrete produkter.

For at sikre virksomhederne de rette kompetencer og den seneste viden fra forskningen er det centralt, at virksomheder og videninstitutioner har en tæt dialog om både uddannelse, forskning og udvikling. Inden for lægemiddelområdet er der opbygget en række stærke samarbejder samtidig med, at private fonde og virksomheder har doneret væsentlige beløb til forskning og udvikling på videninstitutionerne. Samlingen af specialerne og bedre forskningsfaciliteter på de nye sygehusbyggerier udgør desuden en oplagt mulighed for et bredere samarbejde med erhvervslivet bl.a. på forskningsområdet.

På velfærdsområdet vil tilsvarende stærke samarbejder kunne øge værdien for virksomhederne af den forskning, uddannelse og udvikling, som foregår på videninstitutionerne. Blandt andet har de velfærdsorienterede professionsbacheloruddannelser en tæt tilknytning til deres praksisfelter og kan med fordel indtænkes bedre i velfærdsvirksomheders udviklings- og innovationsindsats samtidig med, at uddannelsernes fokus på velfærdsteknologi kan styrkes yderligere.

Et tæt offentlig-privat samarbejde er således en forudsætning for en velfungerende sundheds- og velfærdsindustri.

De seneste opgørelser viser, at antallet af virksomhedsrettede kliniske forsøg i Danmark er faldet med 30 pct. siden toppen i 2005. Den samme tendens ses i det øvrige EU15 og USA, mens væksten i virksomhedsrettede kliniske forsøg i øjeblikket finder sted i Østeuropa og BRIC-landene. Tendensen kan blandt andet tilskrives den store eksportsucces inden for særligt lægemiddelindustrien, da 2. og 3. faseforsøg ofte foretages i de lande, som lægemidlerne efterfølgende skal sælges i.

Denne udvikling udgør dog en udfordring, da en stærk lægemiddelforskning er central i forhold til at fastholde og udvikle en stærk lægemiddel- og medicoindustri i Danmark. Industrien peger bl.a. på, at regionerne har svært ved at imødekomme industriens behov ved gennemførelse af store forskningsprojekter, herunder rekrutteringen af patienter.

Der peges dels på, at opbygningen med forholdsvis mange små enheder er uhensigtsmæssig og dels på ineffektive beslutningsprocesser på hospitaler og i regioner. Endelig peger industrien på, at mange læger holder sig tilbage fra samarbejde på grund af frygt for mistænkeliggørelse ved samarbejde med industrien.

Som resultat af økonomiaftalen for 2012, har regionerne og industrien aftalt, at alle regioner etablerer en enkel og effektiv indgang for industrien til at indgå aftaler om kliniske forsøg. Det skal sikre, at industrien får kontakt med et samlet sundhedsvæsen, at processerne standardiseres og at patientrekrutteringen effektiviseres. Modellen forventes implementeret i 2013 og skal sikre fælles forståelse af roller og ansvar mellem regioner og industri og sikre ensartet information.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse arbejder desuden med modeller for forenkling af anmeldelsen af kliniske forsøg til myndighederne og ”fast track” til godkendelse. Desuden er der nedsat en arbejdsgruppe om læger og andre sundhedspersoners samarbejde med lægemiddel- og medicoindustrien, der bl.a. skal være med til at sikre en klar og præcis regulering, hvilket kan fremme samarbejdet.

Spørgsmål til debat:

- Hvilke uddannelseskompetencer og -niveauer er nødvendige for, at danske virksomheder inden for henholdsvis sundheds- og velfærdsområdet får de bedste muligheder for at øge deres internationale markedsandele?
- Er der barrierer i regulering eller incitamentsstruktur for et styrket samarbejde mellem virksomheder og offentlige parter, herunder hospitaler, fx i forhold til udvikling af service- og driftskoncepter, klinisk forskning, test og demonstration, kommercialisering og patientrekruttering?
- Hvordan kan virksomhederne selv bidrage til at forbedre samarbejdet med den offentlige sektor – herunder både i relation til forskning, innovation og uddannelse?

¹ OECD Health Data 2011

² Der er en sammenhæng mellem, hvor meget der anvendes på sundhedsudgifter per person og BNP per person. Denne sammenhæng gælder også for de nye vækstmarkeder. Derfor kan det forventes, at udgifterne til sundhedsydelser per person i de nye vækstøkonomier vil stige i takt med, at den økonomiske velstand øges, landenes økonomier bliver mere avancerede, og middelklassen bliver større. Kilde: World Health Statistics 2011, WHO: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2011_Full.pdf

³ WHO - Global Health Expenditure Database. World Bank. For OECD- og BRIK-landenes vedkommende er andelen vægtet med landenes BNP.

⁴ Ibid.

⁵ Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010): "Sundhedsvæsenet i et nationalt perspektiv". Normalt indregnes under de offentlige sundhedsudgifter tillige dele af udgifter til plejehjem samt ældrepleje, jf. anmærkning i tabel 3,2, side 28 i rapporten. Disse er dog medtaget under de samlede udgifter til ældre- og handicapområdet, hvorfor de er fraregnet i det samlede tal for sundhedsudgifterne.

⁶ De Økonomiske Råd: Dansk Økonomi efterår 2009

⁷ Danmarks Statistik, de kommunale regnskaber

⁸ Det eksisterer ikke én fælles anerkendt definition af, hvad sundheds- og velfærdsløsninger er, og der er således forskellig praksis for, hvordan man definerer erhvervene både i Danmark og internationalt. Ofte anvendes sundheds- og velfærdsteknologi og -løsninger som paraplybegreb for en række forskellige teknologier og løsninger på tværs af forskellige brancher, der har til formål at øge produktiviteten i den offentlige sektor, kan øge kvaliteten for borgeren, give et bedre arbejdsmiljø for de ansatte m.v. Det betyder også, at der andre steder inkluderes produkter til undervisningssektoren og til generel effektivisering af den offentlige administration. Det er imidlertid ikke medtaget her.

⁹ Eksporttallene vedr. alene vareeksporten, idet serviceeksporten opgøres på mindre detaljeret niveau, hvorfor de relevante sundhedstjenester ikke kan betragtes isoleret.

¹⁰ Inklaar and Timmer, Productivity Convergence Across Industries and Countries: The Importance of Theory-based Measurement, March 2009

¹¹ En branche kan desuden være absolut lavproduktiv, men alligevel være relativt højproduktiv sammenlignet med andre lande. Dette er dog ikke tilfældet for hverken medicinalbranchen eller den medicotekniske branche.

¹² Egne beregninger på baggrund af data fra EU-KLEMS. Disse tal antages at undervurdere områdets faktiske størrelse, da en del af virksomhederne på området klassificeres under andre brancher end de ovenfor fremhævede, herunder kemisk industri. På nuværende tidspunkt er det dog ikke muligt at korrigere for dette..

¹³ Lægemedelindustriforeningen (LIF), Medicoindustrien, IT-Branchen og DANSK BIOTEK (2011): "Sundhedsindustrien skaber løsninger for Danmark",

<http://www.lif.dk/graphics/Lif/dokumenter/Forside/L%F8sninger%20for%20Danmark.pdf>

¹⁴ Brøndum og Fliess for DI (2011): Velfærdsteknologi i Danmark:

<http://di.dk/SiteCollectionDocuments/Opinion/Offentlig%20privat%20samspil/Velfærdsteknologi%20i%20Danmark.pdf>

¹⁵ Lægemedelindustriforeningen (LIF), Medicoindustrien, IT-Branchen og DANSK BIOTEK (2011): "Sundhedsindustrien skaber løsninger for Danmark",

<http://www.lif.dk/graphics/Lif/dokumenter/Forside/L%F8sninger%20for%20Danmark.pdf>

¹⁶ Tallene er opdateret på baggrund af Danmarks Vækstråds arbejde med det erhvervsmæssige potentiale inden for sundheds- og velfærdsområdet: Danmarks Vækstråd: "Velfærdsteknologi – på vej til ny vækst" (2009), <http://www.danmarksvaekstraad.dk/tema>. Tallene er udarbejdet på baggrund af vareeksporttal, og er derfor ikke direkte sammenlignelige med data udarbejdet på baggrund af branchetal.

¹⁷ Eksportspecialiseringsgraden udtrykkes som forholdet mellem den danske eksportandel og en række sammenlignelige landes eksportandel under et. En høj eksportspecialisering (en værdi større end 1) er defineret som en erhvervsmæssig styrkeposition.

¹⁸ Specialiseringsindeksene er baseret på Danmarks gennemsnitlige antal EPO-ansøgninger (ansøgninger hos European Patent Office) fra 2005 til 2009. Figuren viser de relative specialiseringsindeks. Dvs. de bedst præsterende områder, fx *fødevarer* (fødevarerekemi), er ikke nødvendigvis de områder, hvor der er størst patentaktivitet i Danmark. 14 procent af de danske EPO-ansøgninger er inden for *bioteknologi*, mens kun 4 procent er inden for *fødevarer*. Andelen på 4 procent er dog markant større end den tilsvarende andel for EPO overordnet set, hvorfor Danmark har relativt størst patentaktivitet inden for fødevarerområdet. Grundlaget for beregning af patentspecialiseringerne er de 20 mest patentaktive lande i regi af EPO. På den måde undgås ekstreme specialiseringsgrader for lande, der samlet set kun ansøger patenter inden for et eller to områder.

19 Indikatoren for konkurrenceudsættelse (IKU) - baseret på kommunernes regnskabstal fra 2010 - for hovedkonto 4 (sundhed) – var i 2010 16 pct.

20 Indikatoren for konkurrenceudsættelse (IKU) – baseret på kommunernes regnskabstal fra 2010 - for hovedkonto 5 (Social og beskæftigelsesområdet) var i 2010 23,6 pct.

21 Udbudsrådet (2011): Barrierer for privat virksomhed på det sociale område – plejeboliger, botilbud og opholdssteder

22 WHO (2011): World Health Statistics 2011

http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2011_Full.pdf

²³ Styrelsen for Forskning og Innovation (2010): Kortlægning af dansk lægemiddelforskning:

<http://www.fi.dk/publikationer/2010/kortlaegning-af-dansk-laegemiddelforskning>