

SINTEF A14727

RAPPORT

Evaluering av finansiering av forskning i helseforetakene

Jorid Kalseth, Eva Lassemo, Tarald Rohde

SINTEF Helsetjenesteforskning

Februar 2010

www.sintef.no



SINTEF Teknologi og samfunn
Helsetjenesteforskning

Postadresse: 7465 Trondheim

Besøksadresse:
Teknobyen innovasjonssenter
Abels gt 5
7030 Trondheim

Telefon: 73 59 03 00

Telefaks: 932 70 800

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Evaluering av finansiering av forskning i helseforetakene

FORFATTER(E)

Jorid Kalseth, Eva Lassemo, Tarald Rohde

OPPDRAGSGIVER(E)

Helse- og omsorgsdepartementet

RAPPORTNR. SINTEF A14727	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Maiken Engelstad	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04789-9	PROSJEKTNR. 60H12030	ANTALL SIDER OG BILAG 102
ELEKTRONISK ARKIVKODE Rapport A14727 Evaluering av finansiering av forskning i helseforetakene.doc	PROSJEKTLIDER (NAVN, SIGN.) Jorid Kalseth	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Vidar Halsteinli	
ARKIVKODE E	DATO 2010-02-08	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner <i>Britt Venner</i>	

SAMMENDRAG

Vi er gitt i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å forestå en evaluering av dagens system for finansiering av forskning i helseforetakene.

Finansieringssystemet ser i hovedsak ut til å fungere etter hensikten. Det har vært en betydelig vekst i forskningsaktiviteten i helseforetakene i perioden etter sykehusreformen i 2002. Det ser ut til å være stor oppslutning om finansieringssystemet og det er ikke sterke ønsker om vesentlige endringer. Dette taler for å foreta kun mindre justeringer på kort sikt. På kort sikt peker en endring i fordeling av basistilskuddet og en økning i den resultatbaserte andelen ut som den mest aktuelle endringen. Hvor mye det resultatbaserte tilskuddet bør øke er innenfor dagen ramme et valg mellom utjevning av kostnadsdekning og skjerming av de minste og relativt sett forskningssvake regionene. En slik avveining er et forskningspolitisk spørsmål. Dersom begge deler skal oppnås krever det omfordeling gjennom vekst i det øremerkede tilskuddet. Med lik fordeling av basistilskuddet mellom regionene vil en økning i bevilgningen på 20-60 millioner kroner sikre at ingen av regionene taper på en omlegging til en andel resultatbasert mellom 70-80 prosent. En fortsatt økt satsing på forskning som øker forskningens andel av totalbudsjettet opp mot fem prosent krever en langsiktig strategi. Vekst i basisbevilgningen gjennom en egen fordelingsnøkkel for forskning som gradvis fases inn og hvor et øremerket aktivitetsbasert tilskudd som skal stimulere til økt omfang og kvalitet på forskningen beholdes, peker seg ut som et mulig alternativ. En oppfølging av regionenes utvikling i forhold til nasjonale mål og prioriteringer krever en bedring av målingssystemene både når det gjelder forskningsaktivitet etter type og fagområder og når det gjelder kostnader og finansieringskilder.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Finansieringssystem	Financing system
GRUPPE 2	Øremerket tilskudd	Earmarked grants
EGENVALGTE	Forskning i helseforetak	Research in hospitals

Forord

Prosjektet "Evaluering av finansiering av forskning i helseforetakene" er gjort på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Vi vil takke Dag Aksnes, Gunnar Sivertsen og Ole Wiig ved NIFU STEP for bistand med data og for å velvillig ha svart på spørsmål både om data og detaljer vedrørende finansieringssystemet.

Vi vil rette en spesiell takk til de 21 personene som sa seg villig til å sette av tid til intervju om forskningen i helseforetakene og finansieringssystemet.

Trondheim, februar 2010

Jorid Kalseth

Prosjektleder

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Innholdsfortegnelse	3
Tabeller	8
Figurer.....	11
1 Innledning og bakgrunn	13
1.1 Oppdraget	13
1.2 Utviklingen av mål og forankring i lov om spesialisthelsetjenester	13
1.3 Dagens finansieringssystem for forskning i helseforetakene.....	14
1.4 Bakgrunn.....	15
1.5 Innhold i og oppbygging av rapporten	16
2 Data og metode	19
3 Utviklingen av forskningsaktiviteten i helseforetakene etter sykehusreformen	21
3.1 Innledning	21
3.2 Måling av forskningsresultater	22
3.3 Kvantitativ utvikling i forskningsaktiviteten	23
3.3.1 Nasjonalt	23
3.3.2 Regionalt	24
3.4 Forskningssamarbeid og kvalitet	26
3.5 Fordelingen på fagområder.....	28
3.5.1 Forskningskategorier	28
3.5.2 Prosjekter fordelt på fagområder.....	28

3.5.3	Publikasjoner fordelt på fagområder	29
3.5.4	Prosjekter fordelt på strategiområder i Nasjonal helseplan.....	29
3.6	Doktorgrader for leger og ansatte med annen fagbakgrunn	30
3.7	Utviklingen i forskningsresultater for helseforetak etter størrelse og universitetstilknytning.....	32
3.8	Utvikling i fordelingen av forskningspoeng mellom de regionale helseforetakene	34
3.8.1	Utvikling i fordeling av forskningspoeng – tre års glidende gjennomsnitt	34
3.8.2	Dekomponering av utvikling i andel forskningspoeng for regionene	35
4	Utvikling i ressursbruk til forskning i helseforetakene	39
4.1	Innledning	39
4.2	Utvikling i ressursbruk til forskning i helseforetakene	40
4.3	Utvikling i andel forskning av totale kostnader ved helseforetakene	42
4.4	Utvikling etter sektor	43
4.5	Helseforetak med universitetsfunksjoner og andre	45
4.6	Kostnader rapportert på RHF-nivå i 2008 som ikke er kanalisert gjennom helseforetakene	47
5	Finansieringen	51
5.1	Overgangen fra regiontilskudd til det nye øremerkete tilskuddet til forskning	51
5.2	Hvordan benyttes det øremerkete tilskuddet?	52
5.3	Utfordringer med å beskrive finansiering av forskningen i regionene.....	52
5.4	Fordeling av forskningsmidler ved helseforetakene etter finansieringskilde	54
5.5	Fordeling av totale FoU-kostnader for regionene etter finansieringskilde.....	56
6	Synspunkter på forskningsarbeid og finansiering etter samtaler med 21 aktører knyttet til forskningsarbeidet i helseregionene	59
6.1	Hvem er det gjennomført samtaler med og hvorfor?	59
6.2	Hva er bakgrunnen for at forskningen har fått en sterkere posisjon innen foretaksområdet?	59
6.3	Har satsingen nådd målene med mer klinisk forskning, styrking av fagområder med en tidligere "svakere" forskningstradisjon og mer forskning også i foretak uten universitetstilknytning?	60

6.4	Har satsing på forskning i foretaksområdet hatt noen uønskete effekter?	62
6.5	Hvor mye ressurser bør satses på forskning?	62
6.6	Generelt om finansieringsmodellen	63
6.6.1	Øremerking på statsbudsjettet.....	63
6.6.2	Måling av aktivitet og aktivitetsbasert finansiering.....	63
6.6.3	Fordeling av den faste rammen.....	63
6.7	Programmenes og ledelsenes betydning	64
6.8	Kravet til adressering	65
6.9	Hvordan kan dagens system forbedres?	65
6.9.1	Endring av poengberegningen.....	65
6.9.2	Vekten mellom aktivitetsbasert øremerking og fast tilskudd, samt fordeling av det faste øremerkete tilskuddet	66
6.9.3	Øremerking innen regionen, mot enkelte fagområder	66
6.9.4	Behov for å presisere bedre hva klinisk forskning er	67
6.9.5	Implementering av forskningsresultater i praksis og innovasjon	67
6.9.5.1	Definisjonen av infrastruktur og hvem som skal ha ansvar for hva?.....	67
6.9.6	Balansen mellom forskningsområdene	68
6.10	Utfordringer framover	68
7	Drøfting og vurdering av dagens system for finansiering av forskning ..	69
7.1	Hvordan er måloppnåelsen i forhold til mengde og innretning på forskningen?	69
7.1.1	Økt aktivitet og ressursbruk i helseforetakene	69
7.1.2	Mer og bedre klinisk forskning	69
7.1.3	Spre forskningen til svakere fagområder	71
7.1.4	Spre forskningen til mindre foretak	71
7.1.5	Økt kvalitet	72
7.2	Begrunnelser for eget, øremerket tilskudd til forskning	72
7.2.1	Basistilskuddet.....	73
7.2.2	Insentivmekanismer i finansieringsmodellen - det resultatbaserte tilskuddet.....	73
7.2.2.1	Finansieringsandel	73
7.2.2.2	Hva måles?	73

7.2.2.3	Hvem mottar tilskuddet og hvordan fordeles det?	75
7.2.2.4	Hva bestemmer størrelsen på tilskuddet (gitt måleresultat)?.....	75
7.2.2.5	Måleperiode	76
7.2.2.6	Ønskes den resultatbaserte finansieringen opprettholdt?.....	76
7.2.3	Forholdet mellom aktivitetsbasert tilskudd og fast tilskudd	76
7.2.4	Ønskes øremerkingen opprettholdt?.....	77
7.2.5	Bør det øremerkede tilskuddet økes?	77
7.3	Regionale forskjeller når det gjelder strategier og organisering	78
7.4	Forholdet til andre offentlige institusjoner innen medisinsk og medisinsk faglig forskning, NFR, Universitetene og høyskolene.....	79
7.4.1	Samarbeidet med Universitet og høyskoler og bruk av adresser	79
7.4.2	Finansiering og organisering av medisinsk og helsefaglig forskning.....	79
8	Omfordelingsvirkninger av endringer i det øremerkede tilskuddet til forskning	81
8.1	Innledning	81
8.2	Omfordeling innenfor dagen øremerkede tilskudd	82
8.2.1	Endring i fordeling av basistilskuddet.....	82
8.2.2	Endring i fordeling mellom basis- og resultatbasert del av tilskuddet	82
8.2.3	Endring i vektingen av de ulike elementene i den resultatbaserte delen	83
8.2.4	Samtidig endring i fordeling av basistilskuddet, andel resultatbasert og vekting.....	86
8.3	(Om)fordeling ved økning av det øremerkede tilskuddet til forskning	87
8.3.1	Omfordeling innenfor dagens samlede bevilgning til forskning og rammetilskudd	87
8.3.2	Økt totalbevilgning til RHF-ene	89
8.4	Oppsummering av omfordelingseffekter	90
9	Drøfting av mulige endringer i finansieringssystemet for forskning	91
9.1	Hvorfor endringer i finansieringssystemet for forskning?.....	91
9.2	Premisser for forslag til endringer.....	91
9.2.1	Tolkning av basistilskuddet.....	91
9.2.2	Vurdering av forskjeller i kostnadsdekning	92
9.3	Mulige endringer i finansieringssystemet	93

9.3.1	Fortsatt øremerking	93
9.3.2	Endring av den resultatbaserte finansieringen: indikatorer og vekter	94
9.3.3	Endring i fordeling mellom basistilskudd og resultatbasert tilskudd	94
9.3.4	Omfang av forskningsaktiviteten og skjerming av bevilgningene til pasientbehandling	96
9.3.4.1	Vekst gjennom økning i det øremerkede tilskuddet	97
9.3.4.2	Vekst gjennom økning i basisbevilgningen	97
9.4	Bedre system for måling av resultater, kostnader og finansiering	97
9.5	Forholdet til NFR og Universitetene	98
10	Konklusjon	99
	Referanseliste	101

Tabeller

Tabell 3.1	Utvikling i andel forfatteradresser*, andel artikler med internasjonalt medforfatterskap og andel artikler publisert på nivå2 og 2A. 2005-2008. Prosentandel. Regionale helseforetak	27
Tabell 3.2	Fagområder med flest rapporter i eRapport - tre på topp liste. 2008. Regionale helseforetak	28
Tabell 3.3	Fagområder med flest publikasjoner i eRapport - tre på topp liste. 2008. Regionale helseforetak.....	29
Tabell 3.4	Prosjekter i eRapport fordelt etter strategiområde i Nasjonal helseplan. Prosentandel. 2008. Regionale helseforetak	30
Tabell 3.5	Utvikling i antall fullførte doktorgrader for leger og andel leger av totalt antall fullførte doktorgrader. 2005-2008. Prosentandel. Regionale helseforetak	32
Tabell 3.6	Utvikling i andel forskningspoeng, publiseringspoeng og doktorgradspoeng for tidligere regionsykehus, andre helseforetak med universitetsfunksjoner og øvrige helseforetak. 2000/2002-2008. Prosentandel. Regionale helseforetak	33
Tabell 3.7	Utvikling i andel forskningspoeng, publiseringspoeng og doktorgradspoeng mindre foretak med og uten universitetsfunksjoner. 2000/2002-2008. Prosentandel. Regionale helseforetak	34
Tabell 4.1	Ressursbruk til forskning i helseforetak. Kostnader (mill. kr.) og årsverk. 2005-2008. Regioner og totalt	41
Tabell 4.2	Ressursbruk til forskning i helseforetak. Kostnader fordelt på sektor. 2005-2008. Millioner kroner. Regioner og totalt	44
Tabell 4.3	Kostnader til forskning og FoU rapportert av helseforetak og regionale helseforetak. 2008. Millioner kroner. Regioner	48
Tabell 5.1	Øremerket tilskudd til forskning bevilget over statsbudsjettet, midler til forskning fra basis RHF, sum til fordeling av RHF/samarbeidsorganet og rapporterte øremerkede midler til FOU ved helseforetakene og regionale helseforetak. Millioner kr. Regioner og totalt	53

Tabell 5.2	Driftsutgifter til forskning i helseforetakene etter finansieringskilde* i 2008. Millioner kr. Regioner og totalt. Kilde: NIFU STEP.....	54
Tabell 5.3	Totale FoU-kostnader i helseregionene, øremerket tilskudd til forskning bevilget over statsbudsjettet, midler til forskning fra basis RHF, egenfinansiering HF og eksterne kilder. Millioner kroner. Regioner og totalt ...	57
Tabell 7.1	Relativ publiseringsaktivitet 2008 og siteringsindeks (2004-2008) innen klinisk medisin. Norge sammenlignet med øvrige nordiske land	70
Tabell 8.1	Øremerket tilskudd til forskning bevilget over statsbudsjettet for 2010*. Millioner kroner.	81
Tabell 8.2	Netto omfordelingseffekt av å øke andel resultatbasert del av det øremerkede tilskuddet til forskning. Med uendret og endret fordeling av basisdelen. Totalt tilskudd=458,8 millioner kroner.	82
Tabell 8.3	Strukturering av tallmaterialet i beregning av forskningspoeng for hvert de regionale helseforetakene.	84
Tabell 8.4	Netto omfordelingseffekt av å endre vektingen av de ulike elementene i den resultatbaserte delen av tilskuddet. Totalt resultatbasert tilskudd=275,2 millioner kroner.	84
Tabell 8.5	Netto omfordelingseffekt av å endre vektingen av de ulike elementene i beregning av publiseringspoeng, når andelen publiseringspoeng totalt holdes konstant. Totalt tilskudd til fordeling=180 millioner kroner.	85
Tabell 8.6	Netto omfordelingseffekt av å endre vektingen av de ulike elementene i den resultatbaserte delen av tilskuddet. Lik fordeling av basistilskudd mellom regionene og andel resultatbasert=70 %. Totalt øremerket tilskudd=458,8 kroner.	86
Tabell 8.7	Netto omfordelingseffekt av å endre vektingen av de ulike elementene i den resultatbaserte delen av tilskuddet. . Lik fordeling av basistilskudd mellom regionene og andel resultatbasert=75 %. Totalt øremerket tilskudd=458,8 kroner.	87
Tabell 8.8	Andel øremerket tilskudd og andel rammetilskudd 2010.	88
Tabell 8.9	Netto omfordelingseffekt av å omfordele 1,5 milliarder kroner fra ramme tilskudd til øremerket tilskudd til forskning. Med ulike andeler resultatbasert og ulik fordeling av basistilskudd.	88
Tabell 8.10	Fordelingseffekt av å øke øremerket tilskudd til forskning med 2,5 milliarder kroner uten å omfordele fra ramme tilskudd. Med ulike andeler resultatbasert og ulik fordeling av basistilskudd.	89

Tabell 9.1	Andelen midler til forskning i 2008, andelen forskningspoeng 2006-2008 og andelen av det øremerkede tilskuddet i 2010 for de fire helseregionene.....	93
Tabell 9.2	Hvor stor økning i det øremerkede tilskuddet må til for at ingen av regionene skal tape på omlegging av systemet som beskrevet i kapittel 8. Millioner kroner	95

Figurer

Figur 1.1	Øremerket tilskudd til forskning i helseforetakene. Per 2010.	15
Figur 3.1	Utvikling i måleresultater. 2000/2002 – 2008. Nasjonalt	24
Figur 3.2	Utvikling i antall publiseringspoeng. 2000/2002 – 2008. Regionale helseforetak.	25
Figur 3.3	Utvikling i antall fullførte doktorgrader. 2000/2002 – 2008. Regionale helseforetak.	26
Figur 3.4	Utvikling i antall fullførte doktorgrader totalt og dr.med (inkl. Ph.d leger). 2004-2008. Nasjonalt	31
Figur 3.5	Andel forskningspoeng etter regionalt helseforetak. Tre års glidende gjennomsnitt 2000-2008. Kilde statsbudsjettet 2010.	35
Figur 3.6	Andel publiseringspoeng og doktorgradspoeng etter regionalt helseforetak. Gjennomsnitt 2000-2002 og 2006-2008.	36
Figur 3.7	Utvikling i andel doktorgradspoeng av forskningspoeng. 2000/2002 – 2008. Regionale helseforetak.	37
Figur 3.8	Andel publiseringspoeng etter regionalt helseforetak. 2000/2002-2008.	38
Figur 3.9	Andel doktorgradspoeng etter regionalt helseforetak. 2000/2002-2008.	38
Figur 4.1	Utvikling i andel av kostnader til forskning i helseforetak. 2005 – 2008. Regioner	42
Figur 4.2	Andel av totale kostnader brukt på forskning i helseforetakene. 2005-2008. Regioner	43
Figur 4.3	Andel kostnader til forskning i helseforetak etter sektor. 2008. Regioner og totalt.	45
Figur 4.4	Andel kostnader til forskning etter type helseforetak. 2005 – 2008. Landet. ..	46
Figur 4.5	Andel kostnader til forskning ved mindre helseforetak med og uten universitetsfunksjoner. 2005 – 2008. Regioner	46
Figur 4.6	Andel kostnader til forskning av totale kostnader etter type helseforetak. 2005 – 2008. Regioner	47

Figur 4.7	Andel av forskningskostnader HF, andel av sum forskningskostnader HF og kostnader RHF og andel totale FoU-kostnader etter region. 2008	49
Figur 5.1	Finansieringskilder. Forskning i helseforetakene. Andeler. 2008. Landet	55
Figur 5.2	Finansieringskilder. Forskning i helseforetakene. Andeler. 2008. Regionale helseforetak.	56
Figur 5.3	Finansieringskilder. Samlede FoU-kostnader i helseregionene. Andeler. 2008. Regionale helseforetak.	58
Figur 7.1	Skjematisk tegning av hvordan Helse Sør-Øst sitt nav fungerer. Kilde: Helse Sør-Øst RHF	72

1 Innledning og bakgrunn

1.1 Oppdraget

Vi er gitt i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å forestå en forskningsbasert evaluering av dagens system for finansiering av forskning i helseforetakene. Evalueringen har som formål å gi en vurdering av hvordan dagens helhetlige styrings- og finansieringssystem for forskning i helseforetakene har fungert etter sykehusreformen, det vil si fra 2002 og frem til i dag, herunder en evaluering av dagens delvis resultatbaserte finansieringssystem for forskning som ble innført i 2004.

Evalueringen omfatter en beskrivelse av utviklingen på ulike indikatorer for aktivitet og ressursbruk til forskning i perioden 2002-2008. Evalueringen omfatter også en vurdering av i hvilken grad dagens finansieringsmodell og vektingssystem for henholdsvis vitenskapelig artikler, doktorgrader og internasjonalt samarbeid understøtter de mål som er satt for forskning i helseforetakene, herunder nasjonalt og internasjonalt forskningssamarbeid. Videre ønskes en vurdering av dagens finansieringssystem opp mot ønsket omfang av medisinsk og helsefaglig forskning, og en vurdering av hvordan finansieringen av denne kan ivaretas uten at dette går ut over bevilgningene til pasientbehandling. Det gis også en beregning og vurdering av mulige geografiske fordelingseffekter av dagens finansieringsmodell for forskning, herunder hvordan forholdet mellom ramme- og aktivitetsbasert finansiering og ulike vektingssystemer kan gi ulik regional uttelling. I oppdraget ligger det også å foreslå eventuelle endringer i dagens finansieringssystem for forskning i helseforetakene.

1.2 Utviklingen av mål og forankring i lov om spesialisthelsetjenester

Universitetssykehusene har i lang tid hatt ansvar for å legge forholdene til rette for undervisning og forskning. Gjennom 1990-tallet ble det gjennomført analyser som viste at klinisk forskning svekket seg i forhold til den direkte pasientbehandlingen. I forhold til våre nordiske naboer publiserte norske leger lite og antallet doktorgrader viste en fallende tendens¹.

Dette var med på å bringe problemstillingen inn i arbeidet med Lov om spesialisthelsetjenesten. Den ble vedtatt i 1999 og trådte i kraft 1. januar 2001. I § 3-8 er sykehusenes oppgaver beskrevet å være:

1. pasientbehandling
2. utdanning av helsepersonell
3. forskning og
4. opplæring av pasienter og pårørende

¹ Notat fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Forskning som en av de fire hovedoppgavene til sykehus ble med dette forankret i loven, og det ble ikke skilt mellom universitetssykehus og de øvrige. Dette har gitt forskning i sykehus en legitimitet når det skal prioriteres mellom den nåtidige pasientbehandlingen og forskningen som skal sikre bedre tjenester i framtida. Loven påla da også sykehusene å ha en plan for forskning, som de hadde det for pasientbehandlingen.

Foretakene er tillagt ansvaret for klinisk pasientrettet forskning og har også en viktig rolle i translasjonsforskningen som bidrar til å overføre kunnskap fra grunnforskningen til klinisk forskning. Universitetssykehusene har et særskilt ansvar for forskning og forskerutdanning i regionen og for å bidra til få hevet kompetansen innen fagområder som tidligere har hatt lite klinisk forskning, og et ansvar for å få med de øvrige foretakene i regionen i forskningsarbeidet.

Det forutsettes et godt samarbeid mellom de regionale helseforetakene og universitetene i regionene, og det er etablert samarbeidsorganer i hver region for å ivareta dette formålet.

Evalueringen skal vurdere dagens finansieringssystem opp mot nasjonale føringer og mål for forskningen i helseforetakene som beskrevet i blant annet oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene, *Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi 2006-2011*, St.meld. nr. 20 (2004-2005) *Vilje til forskning*, rapporten *Sykehusreformen – noen eierperspektiv* fra Helsedepartementet i 2001 og *Plattform for regjerings samarbeidet mellom Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet 2005-2009* (Soria Moria-erklæringen). I denne rapporten belyses følgende mål:

- Styrke klinisk pasientrettet forskning og helseforskning generelt
- Økt kvantitet og kvalitet i forskningsproduksjon
- Internasjonalisering
- Forskning på prioriterte fagområder og forskningssvake områder
- Forskningsbasert profesjonsutøvelse
- Økt forskning i lokal- og sentralsykehus
- Bruke 5% av bruttobudsjettet på FoU
- Bedre samordning med universitet- og høyskolesektoren

1.3 Dagens finansieringssystem for forskning i helseforetakene

Dagens finansieringssystem for forskning i helseforetakene består av et øremerket tilskudd med to komponenter, et basistilskudd og et resultatbasert tilskudd. Det øremerkede tilskuddet som framgår av statsbudsjettet gis til de regionale helseforetakene (Kap 732, post 78 i Prop 1 S).

Det øremerkede tilskuddet er fordelt mellom basisdelen og den resultatbaserte delen i forholdet 40-60. Basistilskuddet deles på fem og Helse Sør-Øst får 2/5 mens de tre øvrige regionene får 1/5. Det resultatbaserte tilskuddet fordeles basert på måleresultater for forskningsaktiviteten i helseforetakene.

Måleresultatene er en vektet beregning av publisering av artikler og avlagte doktorgrader. Publiserte artikler vektet også innbyrdes ut fra forfatterskap og tidskrift. Det beregnes publiseringspoeng for publiserte artikler og doktorgradspoeng for fullførte doktorgrader. Disse summeres og gir samlet antall forskningspoeng for helseforetakene. I den resultatbaserte delen av det øremerkede tilskuddet beregnes et glidende gjennomsnitt av forskningspoeng for de regionale helseforetakene over de siste tre årene.

Figur 1.1 gjengir hovedelementene i det øremerkede tilskuddet til forskning i helseforetakene.

40 % Basistilskudd	<i>Fordeles likt mellom regionene, med unntak av at Helse Sør-Øst har behold summen av tidligere tilskudd til Helse Sør og Helse Øst</i>	
60 % Resultatbasert	Artikler	Doktorgrader
	Nivå 2A: 10 poeng (En liten gruppe med seks generelle og særlig betydelige tidsskrifter*) Nivå 2: 3 poeng (Ledende tidsskrifter som utgir omtrent 20% av publikasjonene) Nivå 1: 1 poeng (Alle andre tidsskrifter som inngår i målesystemet)	Dersom flere institusjoner har bidratt til en artikkel, brøkdeles den mellom dem ved beregningen av publiseringspoeng. Dersom artikkelen blir publisert i internasjonalt samarbeid, blir resultatet av poengberegningen til slutt multiplisert med 1,5. 5 poeng

Figur 1.1 Øremerket tilskudd til forskning i helseforetakene. Per 2010.

*Lancet, Nature, Nature Medicine, New England Journal of Medicine, PNAS og Science.

I tillegg til det øremerkede tilskuddet finansieres også forskningen gjennom de regionale helseforetakene og helseforetakenes egne driftsmidler. En del av disse midlene er bundet til stillinger og utstyr. Den resterende delen er midler som brukes som strategiske midler for å bygge opp forskningsaktiviteten eller til å øke budsjetttrammen for søkbare forskningsmidler.

1.4 Bakgrunn

Dagens ordning med et øremerket tilskudd med en basiskomponent og en resultatbasert komponent ble innført fra og med budsjettåret 2004, som en oppfølging av forslaget til Hagenutvalget i NOU 2003: 1, j fr St.meld. nr. 5 (2003 – 2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten. I St.prp. nr.1 (2003-2004) heter det:

“Det er lagt til grunn at beløpet som fordeles til forskning ikke skal reflektere faktisk ressursbruk til forskning, men gi et økonomisk bidrag til forskningsaktivitet. Basistilskuddet til forskning skal bidra til å sikre grunnleggende forsknings- og utviklingsaktivitet og oppbygging og forskningskompetanse i somatisk og psykisk helsevern i helseregionen, herunder finansiering av de regionale kompetansesentrene for klinisk forskning og alternativ medisin. Det resultatbaserte tilskuddet har til hensikt å stimulere til økt produktivitet og kvalitet på forskningen og økt produksjon av doktorgrader”.

I statsbudsjettet for 2010 var tilskuddet til forskning i underkant av 460 millioner kroner, fordelt med 40 prosent på basistilskuddet og 60 prosent på det resultatbaserte tilskuddet. Magnussenutvalget foreslo i NOU 2008: 2 å øke den resultatbaserte andelen til 70 prosent. Dette hadde sin begrunnelse blant annet i å dempe omfordelingseffektene mellom regionene, dersom ordningen med et likt basistilskudd for de regionale helseforetakene ble opprettholdt etter at Helse Øst og Helse Sør ble sammenslått til Helse Sør-Øst RHF. Utvalget pekte på at Hagenutvalget i NOU 2003: 1 anbefalte en deling mellom basis- og aktivitetsbasert tilskudd på 25/75. Fordelingen med 40 prosent basistilskudd er opprettholdt, mens tilskuddet til Helse Sør og Helse Øst er videreført til Helse Sør-Øst i 2009 og 2010.

Magnussenutvalget pekte på mulig skjevfordeling mellom de regionale helseforetakene i finansieringen av forskning:

“Utvalget har valgt å ikke vurdere størrelsen på tilskuddet til forskning over kap. 732 post 78. Samtidig ser utvalget at forskjeller i kostnadsdekning mellom de regionale helseforetakene klart går i disfavør av Helse Sør-Øst. Ifølge tallene fra NIFU STEP har Helse Sør-Øst i 2006 en egenfinansiering av forskning fra basisbevilgningen som tilsvarer nær 600 mill. kroner. Utvalget vil peke på at det er et ansvar for de regionale helseforetakene å tilpasse sin forskningsaktivitet til de økonomiske rammebetingelsene, som det også er tilfelle med nivået på pasientbehandling. Samtidig vil utvalget påpeke at det er ønskelig å opprettholde sterke medisinskfaglige forskningsmiljø, og at det er et faktum at de forskningstunge helseforetakene i dag må finansiere deler av forskningen fra en rammebevilgning hvor fordelingen ikke reflekterer fordelingen av forskningsaktivitet. Dette forholdet fanges ikke opp i den foreslåtte modellen for inntektsfordeling som utvalget presenterer i kapittel 11.”

Utvalget understrekte altså at en mulig skjevfordeling mellom de regionale helseforetakene i finansieringen av forskning ikke fanges opp i utvalgets forslag til fordeling av basisramme til de regionale helseforetakene. Utvalget anbefalte derfor at departementet

“særskilt vurderer omfanget av medisinskfaglig forskning og hvordan finansieringen av denne kan skje uten at dette går på bekostning av bevilgningene til pasientbehandling. En slik utredning bør også inneholde en vurdering av mulige geografiske fordelingseffekter av forholdet mellom ramme- og aktivitetsfinansiering av forskningsaktiviteten”.

På denne bakgrunn bebudet regjeringen i St.prp.nr.1 (2008-2009) en evaluering av dagens tilskudd og finansieringsmodell for forskning i helseforetakene og fordelingen av basistilskuddet til Helse Sør-Øst er videreført i budsjettet for 2009 og 2010 i påvente av evalueringen.

1.5 Innhold i og oppbygging av rapporten

Data og metode for å besvare spørsmålene i evalueringsoppdraget er beskrevet i kapittel 2.

Kapittel 3 gir en beskrivelse av utviklingen av forskningsaktiviteten i perioden etter sykehusreformen. Forskningsaktiviteten beskrives gjennom indikatorene i målesystemet for forskning som ligger til grunn for fordelingen av det resultatbaserte øremerkede tilskuddet. Det vil si at aktiviteten beskrives ut fra omfang på publisering og doktorgradsproduksjon i helseforetakene. Vi gir innledningsvis i kapitlet en beskrivelse av målesystemet for forskning og endringer som har skjedd i løpet av perioden. Utvikling i kvalitet og nasjonalt og internasjonalt forskningssamarbeid søkes også belyst. Kapitlet gir også grunnlag for å vurdere utvikling i aktiviteten ved foretak av ulik størrelse og universitetstilknytning. Kapitlet viser også hvordan fordelingen av forskningspoeng mellom de regionale helseforetakenes har utviklet seg over tid, herunder den relative utviklingen i publikasjonspoeng og doktorgradspoeng.

I kapittel 4 beskrives utvikling i ressursbruk, målt ved kostnader og årsverk, til forskning i helseforetakene. På grunn av begrensinger i tilgang på sammenlignbare data for hele perioden etter sykehusreformen avgrenses analysen til årene 2005-2008. Utviklingen i kostnader til forskning som andel av totale kostnader ved helseforetakene undersøkes også. Den relative utviklingen i kostnader etter helseforetakstype og formål (sektor) beskrives. I kapitlet søkes også å belyse fordelingen av kostnader mellom regionene når kostnader som kanaliseres utenom helseforetakene inkluderes.

Kapittel 5 beskriver finansieringen av forskningen i helseforetakene fordelt på ulike finansieringskilder, med spesiell vekt på forskjeller i kostnadsdekning av det øremerkede tilskuddet og i graden av egenfinansiering fra helseforetakenes og de regionale helseforetakenes driftsbudsjetter. Innledningsvis gis en kort beskrivelse av utviklingen i forskningsfinansieringen over statsbudsjettet og av organisering av fordeling av de såkalte regionale forskningsmidler, det vil si det øremerkede tilskuddet som de regionale

helseforetakene får tildelt over statsbudsjettet samt midler fra eget driftsbudsjett som de regionale helseforetakene øremerker til forskning.

En hovedkilde til informasjon til å vurdere dagens finansieringssystem er intervju med sentrale aktører knyttet til forskningsarbeidet i helseforetakene. Dette omfatter både aktører fra helseforetak, regionale helseforetak, universiteter og andre aktører på nasjonalt eller regionalt nivå. I samtalene ble sentrale spørsmålene omkring utvikling i forskningen og forskningsfinansiering adressert. En oppsummering av synspunkter på disse spørsmålene som kom fram i samtalene gis i kapittel 6.

Med bakgrunn i beskrivelsene av utviklingen i forskningen i helseforetakene samt synspunkter blant ledende aktører innen medisinsk og helsefaglig forskningsarbeid gir vi i kapittel 7 en drøfting og vurdering av dagens finansieringsordning for forskning i helseforetakene.

I kapittel 8 gjøres beregninger av omfordelinger mellom de fire regionale helseforetakene av endringer i vektning av de ulike elementene i beregningene av forskningspoeng, i fordeling av basistilskudd, i andelen som fordeles etter forskningsresultater, samt (om)fordeling gjennom vekst i det øremerkede tilskuddet både når dette finansieres gjennom reduksjon i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene og når det gjøres gjennom vekst.

I kapittel 9 vurderes mulige endringer i finansieringssystemet for forskning og vi konkluderer i kapittel 10.

2 Data og metode

Som grunnlag for evaluering av finansiering av forskning i helseforetakene kombinerer vi analyse av kvantitative data for forskningsaktivitet, ressursbruk og finansiering, og kvalitative data basert på intervjuer med sentrale aktører innen medisinsk og helsefaglig forskning, samt dokumentanalyser av de sentrale nasjonale forskningsdokumenter som vedrører forskning i helseforetakene og dokumenter som beskriver regionenes forskningsstrategi og fordeling av forskningsmidler.

Evalueringen baserer seg på allerede eksisterende data om forskningsaktivitet, ressursbruk og finansiering. Dette er i hovedsak data som er samlet inn av NIFU STEP. NIFU STEP har ansvaret for å innhente og tilrettelegge data i det nasjonale målesystemet for forskningsresultater og for data om ressursbruk og finansiering av forskning og utviklingsarbeid som helseforetakene er pålagt å rapportere. Vi har også brukt tallmateriale og annen informasjon fra de regionale helseforetakenes fellesrapport om ressursbruk og resultater for de regionale forskningsmidlene i 2008, samt tall fra Indikatorrapporten for FoU fra 2009 som utarbeides i regi av Norges forskningsråd.

Det foreligger ikke data som gjør det mulig på en presis, kvantitativ måte å beskrive utviklingen i forskningsaktivitet etter fagområde og forskningskategori. Det ligger også utenfor prosjektets ramme å framskaffe slike data. Problemstillingene belyses derfor på andre måter.

Analysene av aktivitet, ressursbruk og finansiering er deskriptive, med vekt på utvikling over tid og på forskjeller mellom regionene, type helseforetak og sektor. Vi har valgt å ikke gjøre analyser hvor vi sammenstiller tall for aktivitet og ressursbruk direkte, for eksempel kostnader per forskningspoeng, fordi dette har en uklar tolkning og derfor kan bidra til å vilde heller enn å beskrive reelle forskjeller.

I evalueringen er hovedvekten lagt på en kvalitativ tilnærming hvor vi har intervjuet 21 personer som arbeider med forskning innen foretaksområdet, fordelt på de fire helseregionene. Intervjuene hadde form av samtaler der man fikk fram informantens synspunkter på utviklingen av forskningen innen foretaksområdet, ønsker for den videre utvikling og deres oppfatning av hvordan ulike former for finansiering virket. Utgangspunktet for samtalen var en intervjuguide, men de ble gjennomført i en åpen form slik at andre og nye momenter som eventuelt dukket opp i løpet av samtalen kom fram.

Arbeidet har også omfattet dokumentanalyser av strategier og retningslinjer utarbeidet for forskningsområdet av Helse- og omsorgsdepartementet og helseregionene. Relevante debattinnlegg og foredrag om forskning er søkt opp eller anbefalt av de intervjuede eller andre som arbeider innen forskningsfeltet.

Beregninger av konsekvensene av endringer i finansieringssystemet tar utgangspunkt i data for måleresultater for forskning for årene 2006-2008, samt tall fra statsbudsjett for 2010 for bevilgninger til det øremerkede tilskuddet til forskning, basisbevilgningene og totale bevilgninger til de regionale helseforetakene (kap 732).

Data, beregninger av fordelingseffekter, intervjuer og lesing av strategier og andre synspunkt på forskning skal gi den tilstrekkelige bakgrunnen for å kunne vurdere ulike sider ved dagens finansieringsordning og konsekvenser av endringer i finansiering av forskningen.

Forkortelser:

HOD - Helse- og omsorgsdepartementet

HF – helseforetak

FoU – forskning og utvikling

NFR - Norges forskningsråd

RHF – regionale helseforetak

UoH - universitet og høyskoler

3 Utviklingen av forskningsaktiviteten i helseforetakene etter sykehusreformen

3.1 Innledning

I dette kapitlet gis en oversikt over forskningsaktiviteten i helseforetakene fra sykehusreformen frem til i dag. Fremstillingen er basert på allerede publiserte tall fra NIFU STEP om forskningsresultater. Hensikten med kapitlet er å gi en bakgrunn for videre diskusjon og vurderinger av finansieringen av forskningen i helseforetakene. Det er flere forhold som gjør at tallene ikke er direkte sammenlignbare over tid. Dette er nærmere beskrevet i neste avsnitt. Tallmaterialet som presenteres gir derfor ikke nødvendigvis et helt korrekt bilde av utviklingen, men forhåpentligvis vil hovedtrekkene og trendene som fremkommer være riktige.

Presentasjon av utviklingstrekk skal bidra til å belyse hvordan utviklingen i forskningsaktiviteten i helseforetakene har vært sett i forhold til målsettingene som er satt på nasjonalt nivå. Tilgjengelig tallmateriale gir i ulik grad mulighet for å belyse dette. Følgende målsettinger forsøkes belyst:

- Økt kvantitet og kvalitet i forskningsproduksjon
- Internasjonalisering
- Forskning på prioriterte fagområder og forskningssvake områder
- Forskningsbasert profesjonsutøvelse
- Økt forskning i de mindre helseforetakene uten universitetstilknytning

Den kvantitative utviklingen i forskningsaktiviteten beskrives i avsnitt 3.3 gjennom utviklingen i vitenskaplig publisering og ferdigstilte doktorgrader. Ulike aspekter ved den vitenskapelige produksjonen som forskningssamarbeid nasjonalt og internasjonalt og fordeling på tidsskrifter etter nivåinndelingen, beskrives i avsnitt 3.4. Tallgrunnlaget gir ikke mulighet til å gi en beskrivelse av utviklingen etter type forskning, for eksempel klinisk forskning versus annen type forskning, eller etter fagområde, for eksempel prioriterte og/eller forskningssvake områder. I avsnitt 3.5 bruker vi informasjon fra RHF-enes fellesrapport om bruk og resultater av regionale forskningsmidler (Lerfald m fl 2009) for å belyse noen av problemstillingene. Økt antall doktorgrader blant leger og annet helsefaglig personell er et virkemiddel for å styrke den forskningsbaserte profesjonsutøvelsen. Vi har informasjon om fagbakgrunn for doktorgradskandidatene for årene 2004-2008 og vi viser den relative utviklingen for leger og andre med annen fagbakgrunn i avsnitt 3.6. Målsettingen i Soria Moria-erklæringen om økt forskning i helseforetak uten universitetstilknytning belyses i avsnitt 3.7 ved å se på utviklingen for grupper av helseforetak som har ulik størrelse og status i forhold til universitetsfunksjon. Til slutt i avsnitt 3.8 viser vi den relative utviklingen i forskningspoeng mellom de regionale helseforetakene, hvor det også skiller mellom andel publiseringspoeng og andel doktorgradspoeng.

Tidligere Helse Sør RHF og Helse Øst RHF ble slått sammen til Helse Sør-Øst RHF fra 1. juni 2007. I framstillingen av utviklingen for Helse Sør og Helse Øst for perioden inntil 2007 er de

to regionene som hovedregel slått sammen, men i noen av figurene vises også utvikling for de to tidligere regionene separat.

3.2 Måling av forskningsresultater

Hovedkilden til data om utviklingen i forskningsproduksjonen er de årlige nasjonale målingene utført av NIFU STEP på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet. Målingene danner grunnlag for indikatorene som den resultatbaserte finansieringen av forskningen er basert på. Målesystemet er basert på ekstern innhenting av data og lokal kvalitetssikring av disse. Systemet er nærmere beskrevet og dokumentert på HOD sin nettside <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/nasjonalt-system-for-maling-av-forskning.html?id=446980>.

Målesystemet ble innført i 2003 ut fra et behov for å kunne dokumentere forskningsaktiviteten ved helseforetakene. Det ble tatt i bruk som grunnlag for fordeling av det øremerkede tilskuddet til forskning mellom de regionale helseforetakene fra 2004. Systemet måler antall publiserte vitenskapelige artikler og antall fullførte doktorgrader ved helseforetakene. Det foretar også en vektning av resultatene, med tilhørende poengberegning. Poengene for artikkelproduksjon tar hensyn til delt forfatterskap mellom flere institusjoner, rangering av tidsskrift i ulike nivåer og internasjonalt samarbeid. Hovedtrekkene i poengberegningen i dagens system er vist foran i figur 1.1.

Forskningspoeng totalt for et helseforetak er summen av antall publiseringspoeng og antall doktorgradspoeng:

$$\text{Sum Forskningspoeng} = \text{Sum Publiseringspoeng} + \text{Sum Doktorgradspoeng}$$

Antall publiseringspoeng per artikkel for et helseforetak beregnes på følgende måte:

$$\text{Publiseringspoeng} = \text{Artikkelpoeng} * \text{Tidsskriftpoeng} * \text{Internasjonalt}$$

hvor

$$\text{Artikkelpoeng} = \text{andel forfatteradresser (antall forfatter adresser HF/antall forfatteradresser totalt)}$$

$$\text{Tidsskriftpoeng} = \text{poeng avhengig av nivå på tidsskriftet}$$

$$\text{Internasjonalt} = 1,5 \text{ poeng hvis internasjonalt medforfatterskap, 1 ellers}$$

Flere forhold gjør at tallene for publiseringspoeng ikke er direkte sammenlignbare over tid. Det er skjedd endringer både i selve systemet og endringer i registreringspraksis, herunder forfatteradresser mv. De viktigste endringene omfatter²:

- Endring i målegrunnlag
 - Fra måleåret 2004 inngår kun vitenskapelige artikler indeksert som «articles» og «reviews» i systemet.
 - Målesystemet ble fra måleåret 2004 utvidet til å omfatte flere norske fagtidsskrifter som indekseres i Norartdatabasen.
 - Mengden ISI-artikler varierer fra år til år pga varierende grad av ajourføring ved slutten av året
- Endring i poengberegning
 - Fra måleåret 2004 ga alle forfatteradresser påført vitenskapelige publikasjoner lik uttelling (tidligere ble det gitt større uttelling for første-forfatter).

² Opplysningene er delvis hentet fra statsbudsjettet ulike år og delvis på bakgrunn av informasjonsmateriale vi har fått fra oppdragsgiver.

- Artikler publisert i Tidsskrift for Den norske lægeforening gir 0,5 publiseringspoeng fra 2004. Dette ble økt til 1 poeng fra 2007.
- Fra måleåret 2005 ble inndelingen av tidsskrifter endret fra et firedelt til et tredelt nivåsystem. slik at det bedre samsvarer med tilsvarende inndeling av tidsskrifter i to nivåer i universitets- og høyskolesektoren.
- For å styrke internasjonalt samarbeid er det fra og med publikasjonene fra måleåret 2005 innført en ekstra vekt i poengberegningen for artikler med utenlandske medforfattere.
- Endring i registreringspraksis
 - Det har tatt tid å lære opp aktørene til å registrere korrekt og ensartet.
 - Universiteter og høyskoler innførte resultatbasert finansieringssystem fra og med budsjettår 2006, måleår 2004.

Alle disse endringene kan påvirke både antallet artikler som er registrert og gjennomsnittlig poeng per artikkel. Som vist nedenfor er det til dels store endringer i noen av årene.

Det er ikke gjort større endringer i målesystemet etter budsjettåret 2007 (måleåret 2005) Indikatorene skal derfor være mer sammenlignbare over tid i den siste delen av perioden. For årene 2005 til 2008 har vi tilgang til datamateriale fra NIFU STEP på artikkelnivå for helseforetakene. Dette gir mer detaljert informasjon om grunnlaget for poengberegningene enn tallmaterialet som publiseres på helseforetaksnivå. Tallmaterialet gir mulighet til å beregne utvikling i antall artikkelpoeng ved helseforetaket, antall artikler med internasjonalt medforfatterskap og fordeling av artikler på tidsskriftnivå.

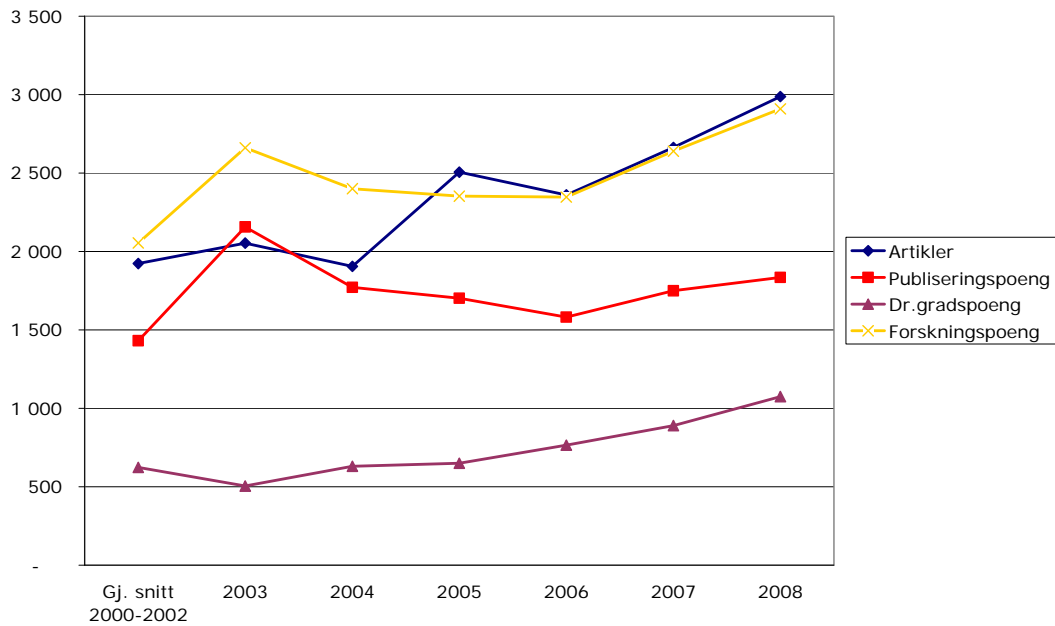
Antall artikler er summert fra helseforetaksnivå. Fordi flere institusjoner kan være kreditert samme artikkel, viser ikke utviklingen i antall artikler utviklingen i antall unike artikler publisert. Økt forskningssamarbeid nasjonalt vil i seg selv gi økt artikkelproduksjon slik det måles.

Tilgjengelig tallmateriale gir ikke tall for året 2002 alene, men et gjennomsnitt for 2000-2002. Dette benyttes som første observasjon i tallrekkene for årene fram til og med 2008.

3.3 Kvantitativ utvikling i forskningsaktiviteten

3.3.1 Nasjonalt

Figur 3.1 viser utviklingen i antall artikler, antall publiseringspoeng, antall doktorgradspoeng og antall forskningspoeng for helseforetakene samlet i perioden 2000/2002-2008.



Figur 3.1 Utvikling i måleresultater. 2000/2002 – 2008. Nasjonalt

Figuren viser at det kan være til dels store endringer fra år til år, og at antall artikler og antall publiseringspoeng ikke nødvendigvis utvikles parallelt. Dette har å gjøre med endringer både i registreringen av artikler og i selve målesystemet, som beskrevet over. For eksempel vil det være tregheter i responsen fra helseforetakene på innføring av målesystemet og det resultatbaserte finansieringssystemet når det gjelder å registrere den vitenskapelige produksjonen riktig, og oppgi forfatteradresser i henhold til retningslinjene. Tilsvarende vil innføring av resultatbasert finansiering for universiteter og høyskoler påvirke atferden for registrering av forfatteradresser og dermed uttellingen i antall artikkelpoeng. Antall publiseringspoeng per artikkel økte med over 40 prosent fra gjennomsnitt 2000-2002 til 2003. I de to påfølgende årene gikk antall poeng per artikkel ned igjen med til sammen 35 prosent. Det har vært en årvisst reduksjon i antall poeng per artikkel i perioden 2005-2008, totalt ti prosent de siste tre årene.

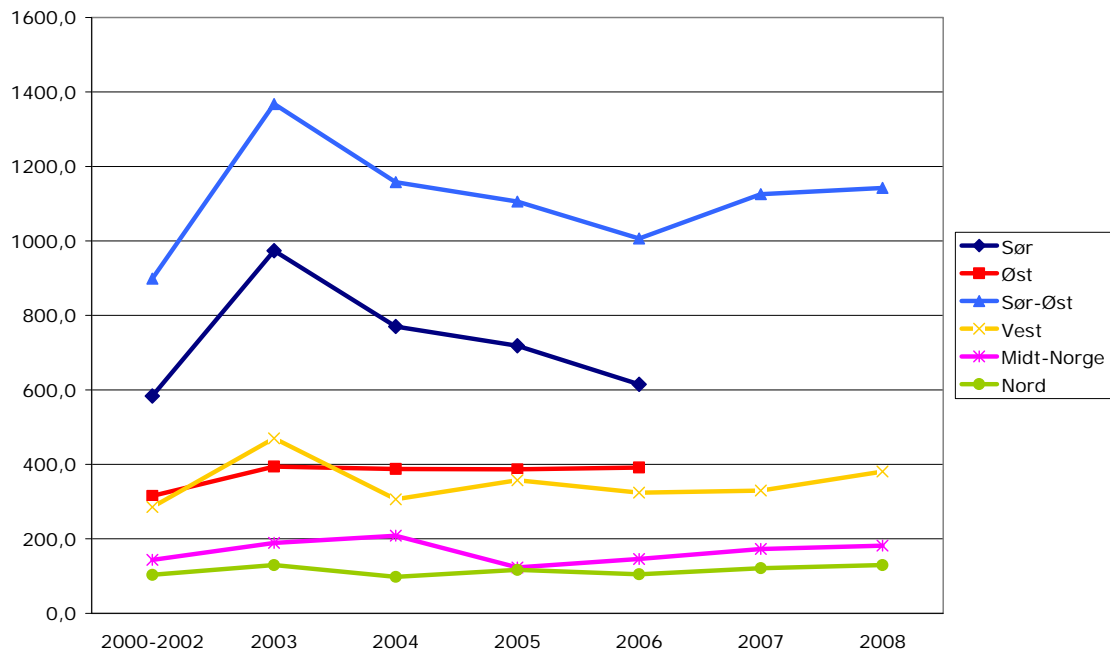
Antall artikler har hatt en sterk vekst gjennom perioden, men skyldes trolig mest en bedre registrering gjennom perioden. Antall publiseringspoeng økte med 28 prosent. Dersom vi konsentrerer oss om perioden fra 2005-2008, hvor målesystemet er stabilt, selv om registreringspraksis kan være noe endre, så økte antall publiseringspoeng med åtte prosent totalt mens antall artikler økte med 19 prosent.

Det har vært sterk vekst i antall doktorgrader i perioden. Antall doktorgradspoeng har økt med over 70 prosent for perioden totalt, og 65 prosent fra 2005 til 2008.

Antall forskningspoeng økte med 42 prosent hele perioden sett under ett og med 24 prosent fra 2005 til 2008. Det er vanskelig å vurdere eventuell betydning av innføring av nytt finansieringssystem i 2004 for utviklingen i forskningsresultater. Dette skyldes for det første at endringer i målesystemet og registreringspraksis vanskeliggjør sammenligning mellom år. For det andre må en forvente at det tar tid før endringer i finansieringssystemet vises i forskningsresultatene.

3.3.2 Regionalt

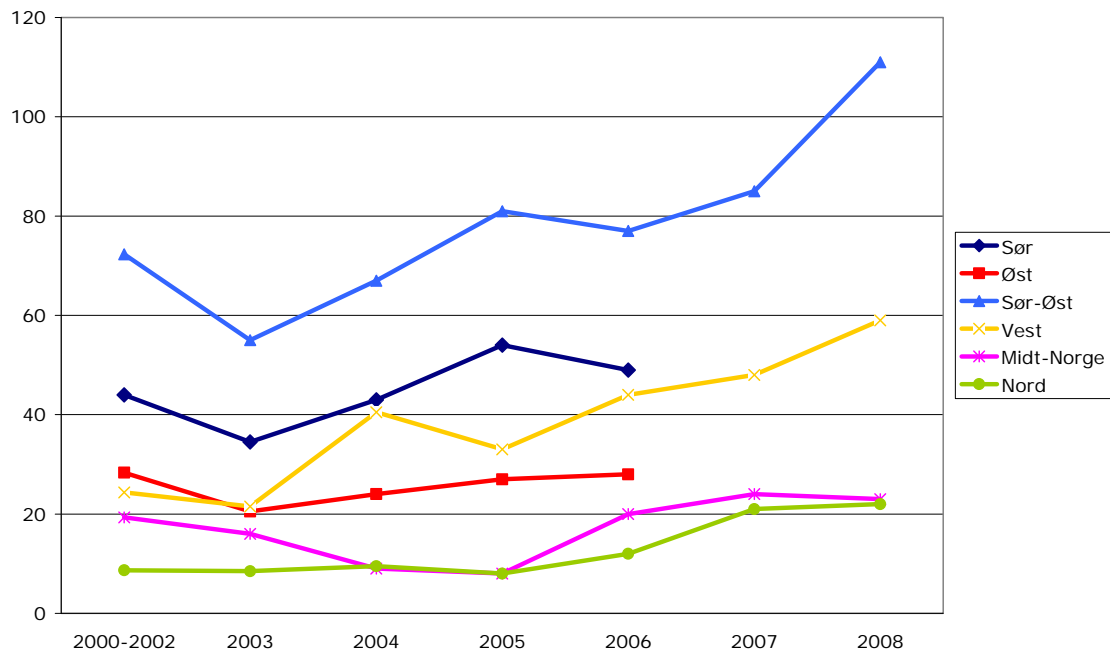
Figur 3.2 viser utviklingen i antall publiseringspoeng i de regionale helseforetakene.



Figur 3.2 Utvikling i antall publiseringspoeng. 2000/2002 – 2008. Regionale helseforetak.

Alle helseregionene har hatt en vekst på 25 prosent eller mer i antall beregnede publiseringspoeng, perioden sett under ett. Tendensen med sterk økning i poeng fra gjennomsnittet 2000-2002 til 2003 finner vi alle regionene, og også tendensen til nedgang fra 2003 til 2004. I og med at vi ser samme utvikling i alle regionene i disse årene er det naturlig å knytte dette til endringer i målesystemet og registreringspraksis som beskrevet i avsnitt 3.2. Det har vært en økning i alle regionene de siste to årene i perioden.

Figur 3.3 viser utviklingen i antall fullførte doktorgrader i de regionale helseforetakene. Igangsatte doktorgradsløp påvirkes både av nivået på tilgjengelige/søkbare forskningsmidler og prioritering av doktorgradsprosjekter i tildeling av midler. Det er også en betydelig tidsforskyvning i tildeling av midler til doktorgradsprosjekter og året doktorgradsløpet er fullført. I tillegg vil det være variasjoner i gjennomføringsgrad- og hastighet.



Figur 3.3 Utvikling i antall fullførte doktorgrader. 2000/2002 – 2008. Regionale helseforetak.

For perioden sett under ett har det vært en økning i antall fullførte doktorgrader for alle de regionale helseforetakene. Helse Sør-Øst har hatt størst absolutt økning, mens Helse Vest og Helse Nord har hatt den største relative økningen. Antallet doktorgrader i Helse Vest har økt nesten like mye som i Helse Sør-Øst. Helse Midt-Norge skiller seg ut med en halvering i antallet fullførte doktorgradsprosjekt i årene fram til 2005, men hadde så en betydelig økning fra 2005 til 2006. Også for Helse Nord kom økningen etter 2005. Mens Helse Vest og Helse Sør-Øst har hatt en økning de siste årene, er det tendens til utflating for Helse Midt-Norge og Helse Nord.

3.4 Forskningssamarbeid og kvalitet

I målesystemet for forskning og i beregningen av fordelingen av den resultatbaserte delen av det øremerkede tilskuddet til forskning, gis artiklene ulik uttelling i form av publiseringspoeng, avhengig av hvilket tidsskrift de er publisert i. Nivåinndelingen skal reflektere rangeringen av tidsskrift etter hvor meritterende de er, og er ment å stimulere til økt kvalitet i forskningen (Sivertsen 2003). Antall publiseringspoeng vil også være påvirket av endringer i omfanget av forskningssamarbeid nasjonalt og internasjonalt. Fra måleåret 2005 er det lagt inn i målesystemet en stimulans til økt internasjonalt samarbeid om artikkelproduksjonen. Artikler med internasjonalt medforfatterskap får økt poengene med 50 prosent. Samarbeid med andre institusjoner nasjonalt gir isolert sett redusert uttelling gjennom beregningen av artikkelpoeng, jf. avsnitt 3.2³. Samarbeid med andre institusjoner betyr i denne sammenhengen både at det er forskere fra ulike institusjoner som samarbeider, men også at en forfatter kan ha forfatteradresse ved flere institusjoner. Tabell 3.1 viser utviklingen i andel forfatteradresser, andel med internasjonalt medforfatterskap og andel publisert i tidsskrifter på nivå 2 og nivå 2A for årene 2005-2008.

³ I beregningen av artikkelpoeng er det kun nasjonale institusjoner som inngår (Sivertsen 2003).

Tabell 3.1 Utvikling i andel forfatteradresser*, andel artikler med internasjonalt medforfatterskap og andel artikler publisert på nivå 2 og 2A. 2005-2008. Prosentandel. Regionale helseforetak

	2005	2006	2007	2008
Andel forfatteradresser				
Helse Sør-Øst	43,7	44,9	42,2	40,2
Helse Vest	42,6	42,3	39,7	36,3
Helse Midt-Norge	41,3	43,6	41,2	36,0
Helse Nord	42,6	41,8	35,3	35,9
Totalt	43,2	44,1	41,1	38,6
Andel internasjonalt medforfatterskap				
Helse Sør-Øst	36,6	37,2	39,3	36,2
Helse Vest	39,4	41,6	44,3	43,4
Helse Midt-Norge	30,5	34,3	32,3	37,9
Helse Nord	30,9	26,8	39,6	39,7
Totalt	36,2	37,2	39,6	37,9
Andel nivå 2 og 2A				
Helse Sør-Øst	23,9	20,0	24,5	24,3
Helse Vest	25,6	23,7	24,9	25,6
Helse Midt-Norge	19,2	18,6	20,8	20,5
Helse Nord	18,6	24,2	24,1	16,9
Totalt	23,5	20,9	24,1	23,6

* Beregnet som sum artikkelpoeng delt på sum artikler.

Andel forfatteradresser

Det er en tendens til at andelen forfatteradresser for helseforetakene går ned. Samtidig har det vært en trend at antall forfattere og forfatteradresser per artikkel øker, også internasjonalt (Sivertsen 2003).

Andel artikler med internasjonalt medforfatterskap

Utviklingen i andelen med internasjonalt medforfatterskap har ingen entydig tendens. På nasjonalt nivå har andelen ligget mellom 36 og 40 prosent de fire årene, og andelen er noe høyere i 2008 enn i 2005. Utviklingen på nasjonalt nivå reflekterer i stor grad utviklingen for Helse Sør-Øst som står for en vesentlig andel av artikkelproduksjonen totalt. I store trekk har utviklingen gått i retning økt andel med internasjonalt medforfatterskap.

I 2008 hadde 38 prosent av de registrerte artiklene internasjonale medforfatter(e). Helse Vest hadde høyest andel, 43 prosent.

Andel artikler publisert på nivå 2 og 2A

Andelen artikler publisert i ledende tidsskrifter lå for landet som helhet rundt 24 prosent i alle årene med unntak av 2006, hvor andelen var om lag 21 prosent. De siste to årene har andelen i ledende tidsskrift vært økende eller stabil. Unntaket er Helse Nord hvor andelen, og antallet, gikk ned i 2008.

3.5 Fordelingen på fagområder

En beskrivelse av utviklingen i forskningsaktivitet etter fagområde krever en bibliometrisk analyse av artikkelproduksjonen. Dette foreligger ikke⁴. For likevel å presentere tall som sier noe om fordelingen på fagområder, og som kan belyse situasjonen for prioriterte og forskningssvake områder, gjengir vi her noen tall fra RHF-enes fellesrapport om bruken av regionale forskningsmidler (Lerfald m fl 2009). Rapporten viser resultater fra bruken av de statlige øremerkede midlene til forskning i helseforetakene samt strategiske midler til forskning som RHF-ene setter av fra egen driftsramme. Tallmaterialet er basert på prosjekter som rapporterer til eRapport som er de regionale helseforetakenes verktøy for forskningsrapportering. Forskningsprosjekter ved Rikshospitalet HF (inklusive Radiumhospitalet), finansiert av øremerkede tilskudd og forskningstiltak i det tidligere Helse Sør området og som fikk videreført støtte ved hjelp av strategiske midler fra RHF-ets egen ramme, mangler. Dette vanskeliggjør sammenligningen av helse Sør-Øst med de andre regionene. En felles rapportering fra de regionale helseforetakene om resultater fra bruken av regionale forskningsmidler foreligger først for 2008.

3.5.1 Forskningskategorier

For Helse Nord og Helse Vest er det oppgitt sammenlignbare tall for forskningskategori. De to regionene har relativ lik fordeling på flere av kategoriene. For begge regionene utgjør klinisk forskning rundt 40 prosent av forskningsprosjektene i 2008. Grunnforskning utgjør rundt 10 prosent. Regionene har en relativ lik andel epidemiologisk forskning (13-14 prosent). Helse Vest har en høy andel translasjonsforskning. Den utgjør rundt 30 prosent av prosjektene. I Helse Nord utgjorde denne kategorien 15 prosent av prosjektene. Helsetjenesteforskning er den nest største kategorien i Helse Nord med 20 prosent av prosjektene. Helsetjenesteforskning utgjør kun to prosent av prosjektene i Helse Vest.

3.5.2 Prosjekter fordelt på fagområder

Tabell 3.2 er fra fellesrapporten til helseregionene og viser tre på topp liste når det gjelder fagområder med flest rapporter i henhold til ISI-klassifiseringen.

Tabell 3.2 Fagområder med flest rapporter i eRapport - tre på topp liste. 2008. Regionale helseforetak

Helse Sør-Øst*	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
1. Psychiatry & Clinical Psychology (16,2 %)	1. Psychiatry & Clinical Psychology (18,3 %)	1. Psychiatry & Clinical Psychology (13,5 %)	1. Psychiatry & Clinical Psychology (15,2 %)
2. Cardiac & Cardiovascular Systems (10,2 %)	2. Oncogenesis & Cancer Researc (16,4 %)	2. Health Care Science & Services (10,9 %)	2. Health Care Science & Services (12,4 %)
3. Oncogenesis & Cancer Researc (9,9 %)	3. Neurology (9,6 %)	3. Oncogenesis & Cancer Researc (10,3 %)	3. Endocrinology & Metabolism 3. Cardiac & Cardiovascular Systems (6,7 %)

*Helse Sør-Østs rapportering for 2008 er ikke komplett.

Kilde: Lerfald m fl (2009)

⁴ Sivertsen (2006) gjorde an analyse av 29 utvalgte fagområder innen klinisk forskning som for helseforetakene dekket årene 2000-2004.

Psychiatry & Clinical Psychology er fagområdet med flest rapporter i alle regionene, og utgjør mellom 13 og 18 prosent av prosjektene. Med unntak av Helse Nord er også området Oncogenesis & Cancer Research blant de tre områdene med flest prosjekter. Helsetjenesteforskning er på topp tre listen for Helse Midt-Norge og Helse Nord.

3.5.3 Publikasjoner fordelt på fagområder

Publikasjonene rapportert i eRapport utgjør 33 prosent av publikasjonspoengene som omfattes av det nasjonale målingssystemet, varierende fra 19 prosent i Helse Nord til 40 prosent i Helse Midt-Norge. (Lerfald m fl2009)

Tabell 3.3 viser tre på topp liste når det gjelder fagområder med flest publikasjoner i henhold til ISI-klassifiseringen.

Tabell 3.3 Fagområder med flest publikasjoner i eRapport - tre på topp liste. 2008. Regionale helseforetak

Helse Sør-Øst*	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
1. Cardiac & Cardiovascular Systems (28,7 %)	1. Oncogenesis & Cancer Research (19,0 %)	1. Health Care Science & Services (18,4 %)	1. Nephrology (25,9 %)
2. Psychiatry & Clinical Psychology (12,6 %)	2. Cardiac & Cardiovascular Systems (14,8 %)	2. Radiology, Nuclear Medicine % Medical Imaging (12,9 %)	2. Infectious Diseases (10,6 %)
3. Oncogenesis & Cancer Research (12,1 %)	3. Neurology (13,6 %)	3. Oncogenesis & Cancer Research (11,6 %)	3. Endocrinology & Metabolism 3. Oncogenesis & Cancer Research (9,4 %)

*Helse Sør-Østs rapportering for 2008 er ikke komplett.

Kilde: Lerfald m fl (2009)

Mens området Psychiatry & Clinical Psychology var den største gruppen blant prosjektene, er det kun i Helse Sør-Øst vi finner den igjen i tre på topp listen over andel publikasjoner etter fagområde. I Helse Vest er dette fagområde det fjerde største målt ved publikasjoner (8,5 %). I Helse Midt-Norge er det den sjuende største gruppen (3,4 %) og i Helse Nord kommer den på ellefte plass (3,5 %). Det er kun for Helse Nord at den største gruppen blant publikasjonene, Nephrology (25,9 %), ikke er blant de tre største gruppene av prosjekter.

Vi har her vist fordeling på fagområder etter ISI-klassifisering. I RHF-enes fellesrapport vises også fordeling etter *National Library of Medicine Classification* (NLM). Dette gir et litt annet bilde. Den viktigste forskjellen er at onkologi ikke er eget fagfelt i NLM-klassifiseringen.

3.5.4 Prosjekter fordelt på strategiområder i Nasjonal helseplan

Fellesrapporten ser også på fordelingen av prosjekter innenfor strategiområdene i Nasjonal helseplan;

- Kvinnehelsestrategi
- Nasjonal KOLS-strategi

- Nasjonal strategi for diabetesområdet
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering
- Nasjonal strategi for kreftområdet
- Opptrappingsplanen for psykisk helse
- Opptrappingsplan for rusfeltet

I tabell 3.4 gjengis tabell fra fellesrapporten til de regionale helseforetakene. Den viser fordelingen av prosjekter på de prioriterte strategiområdene i Nasjonal helseplan for de fire helseregionene.

Tabell 3.4 Prosjekter i eRapport fordelt etter strategiområde i Nasjonal helseplan. Prosentandel. 2008. Regionale helseforetak

	Helse Sør-Øst*	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
Kvinnehelsestrategi	3 %	2 %	6 %	3 %
Nasjonal KOLS-strategi	1 %	3 %	1 %	2 %
Nasjonal strategi for diabetesområdet	4 %	4 %	2 %	4 %
Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering	5 %	2 %	6 %	3 %
Nasjonal strategi for kreftområdet	8 %	12 %	10 %	5 %
Opptrappingsplanen for psykisk helse	7 %	10 %	4 %	8 %
Opptrappingsplan for rusfeltet	1%	0%	1 %	1 %
Andre prosjekter	72 %	67 %	70 %	75 %
Antall prosjektrapporter	303	208	156	105

*Helse Sør-Østs rapportering for 2008 er ikke komplett.

Kilde: Lerfald m fl (2009)

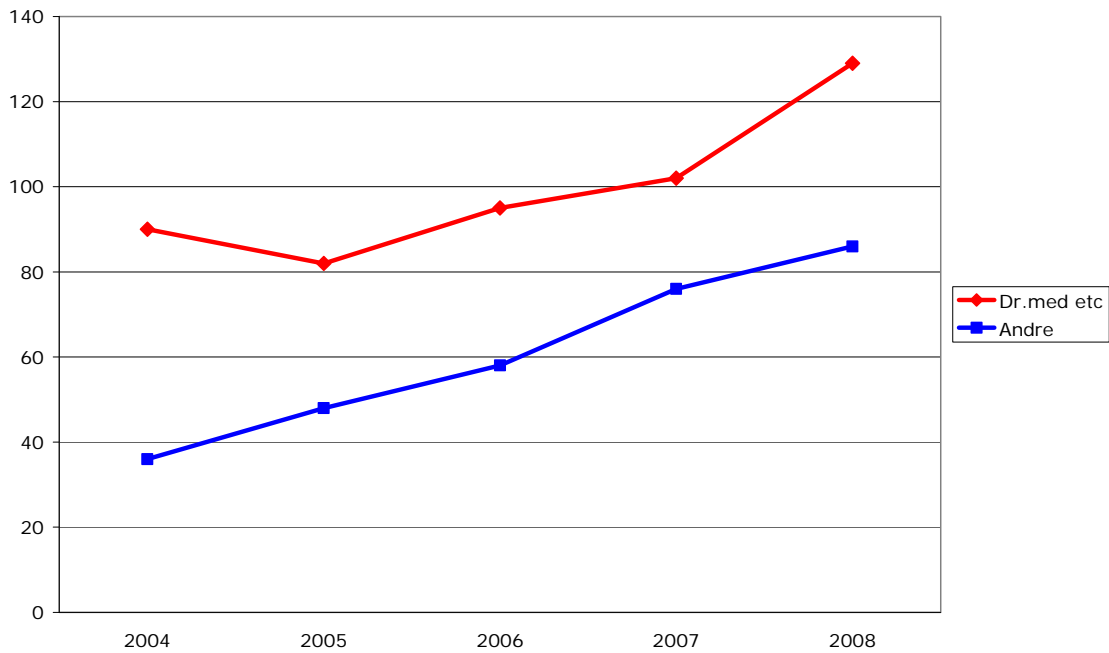
Strategiområdene utgjør samlet sett rundt 30 prosent av prosjektene som har fått tildelt regionale forskningsmidler. På regionnivå⁵ varierer andelen fra 25 prosent i Helse Nord til 33 prosent i Helse Vest. Nasjonal kreftstrategi har flest prosjekter blant strategiområdene (5-12 %) i alle regionene unntatt Helse Nord. I Helse Nord er det Opptrappingsplanen for psykisk helse som har flest prosjekter blant strategiområdene (8 %). Helse Vest har imidlertid en større andel på dette området enn Helse Nord (10 %).

3.6 Doktorgrader for leger og ansatte med annen fagbakgrunn

Som vist over har antallet doktorgrader ved helseforetakene økt for alle regionene. På grunn av manglende registrering av fagbakgrunn i oversikten vi har fått fra NIFU STEP over doktorgradskandidatene i perioden 2004 til 2008, har vi valgt å konsentrere oss om å identifisere legene. Vi undersøker her om utviklingen for leger skiller seg fra utviklingen for personer med annen fagbakgrunn.

⁵ Rapporteringen for Helse Sør-Øst er som nevnt tidligere ikke komplett.

Figur 3.4 viser utviklingen i antall doktorgrader for leger og for personer med annen fagbakgrunn i perioden 2004-2008 for landet totalt.



Figur 3.4 Utvikling i antall fullførte doktorgrader totalt og dr.med (inkl. Ph.d leger). 2004-2008. Nasjonalt

Det har vært en svakere utvikling i antall doktorgrader for leger fra 2004 til 2008 enn for de med annen fagbakgrunn. Andelen leger av de som tok doktorgrad lå i overkant av 70 prosent i 2004 mens den var 60 prosent i 2008. Nedgangen for leger fra 2004 til 2005 bidrar i vesentlig grad til dette. Fra 2007 til 2008 økte antall doktorgrader for leger prosentvis mer enn for andre fagbakgrunner.

Tabell 3.5 viser utviklingen i antall doktorgrader for leger og andel leger av totalt antall doktorgrader i perioden 2004-2008 etter region.

Tabell 3.5 Utvikling i antall fullførte doktorgrader for leger og andel leger av totalt antall fullførte doktorgrader. 2005-2008. Prosentandel. Regionale helseforetak

	2004	2005	2006	2007	2008
Antall					
Helse Sør-Øst	40	47	46	42	65
Helse Vest	35	25	24	28	35
Helse Midt-Norge	8	6	15	17	16
Helse Nord	8	5	10	15	13
Totalt	90	82	95	102	129
Andel					
Helse Sør-Øst	60 %	58 %	60 %	49 %	59 %
Helse Vest	85 %	73 %	55 %	58 %	59 %
Helse Midt-Norge	89 %	73 %	75 %	71 %	70 %
Helse Nord	79 %	63 %	83 %	71 %	59 %
Totalt	71 %	63 %	62 %	57 %	60 %

Helse Sør-Øst, Helse Midt-Norge og Helse Nord har hatt en økning i antall fullførte doktorgrader for leger fra 2004 til 2008. Helse Vest hadde en betydelig nedgang fra 2004 til 2005. Regionen har hatt en økning de siste to årene, og ligger i 2008 på samme nivå som i 2004.

Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord har hatt en nedgang i andelen leger i perioden, mens Helse Sør-Øst samlet hadde samme andel i 2008 som i 2004. I 2008 var andelen leger 60 prosent i alle regionene, med unntak av Helse Midt-Norge hvor andelen var 70 prosent.

3.7 Utviklingen i forskningsresultater for helseforetak etter størrelse og universitetstilknytning

Tabell 3.6 viser utviklingen i andelen av forskningspoeng, andelen publiseringspoeng og andelen doktorgradspoeng for grupper av helseforetak delt inn etter størrelse og universitetstilknytning. De tidligere regionsykehusene er en gruppe (Rikshospitalet HF (inkl Radiumhospitalet), Ullevål universitetssykehus HF, Helse Bergen HF, St Olavs Hospital HF og Universitetssykehuset i Nord Norge HF), andre universitetssykehus og helseforetak med universitetsfunksjoner er en gruppe (Aker universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Sunnås sykehus HF, Diakonhjemmets sykehus, Helse Stavanger HF og Haraldsplass diakonale sykehus). De øvrige helseforetakene utgjør den tredje gruppen.

Tabell 3.6 Utvikling i andel forskningspoeng, publiseringspoeng og doktorgradspoeng for tidligere regionsykehus, andre helseforetak med universitetsfunksjoner og øvrige helseforetak. 2000/2002-2008. Prosentandel. Regionale helseforetak

	Snitt 2000- 2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Forskningspoeng							
Tidl regionsykehus	87,0	84,2	84,6	85,0	81,5	79,5	79,5
Andre med universitetsfunksjon	7,1	9,0	8,9	8,0	10,4	11,7	12,0
Andre	5,9	6,8	6,5	7,1	8,2	8,8	8,6
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Publiseringspoeng							
Tidl regionsykehus	83,8	84,8	85,5	82,4	81,0	76,7	78,5
Andre med universitetsfunksjon	8,9	8,2	7,8	9,6	11,3	14,3	13,0
Andre	7,3	7,0	6,7	8,0	7,7	9,0	8,6
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Doktorgradspoeng							
Tidl regionsykehus	94,4	81,7	82,1	91,5	82,4	85,1	81,2
Andre med universitetsfunksjon	2,9	12,4	11,9	3,8	8,5	6,5	10,2
Andre	2,7	5,9	6,0	4,6	9,2	8,4	8,6
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Andelen forskningspoeng for de tidligere regionsykehusene var 87 prosent i perioden 2000-2002 og har gradvis gått ned til i underkant av 80 prosent i 2008. Både andre helseforetak med universitetsfunksjoner og øvrige helseforetak har økt sin andel av forskningspoengene. Det vil si at veksten har vært størst blant disse helseforetakene. Dette er i tråd med målet i Soria Moria-erklæringen om at lokal- og sentralsykehus skal spille en sterkere rolle heletjenesteforskningen.

Utviklingen i fordelingen av publiseringspoeng viser samme mønster som forskningspoeng totalt. Mindre helseforetak med universitetssykehusfunksjoner og andre helseforetak uten universitetstilknytning har økt sin andel gjennom perioden. Dette gjelder spesielt årene etter 2004.

Når det gjelder fullførte doktorgrader har mindre helseforetak med universitetssykehusfunksjoner og andre helseforetak uten universitetstilknytning høyere andel i 2008 enn gjennomsnittet for 2000-2002. *Antall* fullførte doktorgrader er omlag femdoblet fra gjennomsnittet for 2000-2002 for mindre helseforetak med universitetssykehusfunksjoner og andre helseforetak, fra 3-4 i året til rundt 20. Den årlige utviklingen har imidlertid vært noe ujevn. Dette gjelder spesielt mindre helseforetak med universitetstilknytning. De tidligere regionsykehusene hadde en betydelig nedgang i starten av perioden, men har siden hatt en jevn økning. Også helseforetak uten universitetstilknytning har hatt en relativt jevn økning i antall doktorgrader gjennom perioden.

Tabell 3.7 viser utvikling i andel forskningspoeng, andel publiseringspoeng og andel doktorgradspoeng for mindre foretak med og uten universitetsfunksjoner for helseregionene.

Tabell 3.7 Utvikling i andel forskningspoeng, publiseringspoeng og doktorgradspoeng mindre foretak med og uten universitetsfunksjoner. 2000/2002-2008. Prosentandel. Regionale helseforetak

	Snitt 2000- 2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Andel forskningspoeng							
Helse Sør-Øst	13,5	15,4	15,3	15,7	20,1	22,1	22,6
Helse Vest	14,4	21,6	19,9	15,2	20,9	22,1	19,6
Helse Midt-Norge	7,1	6,2	6,7	9,5	8,8	7,4	11,9
Helse Nord	14,2	14,9	15,1	13,5	12,1	22,0	19,1
Andel publiseringspoeng							
Helse Sør-Øst	17,2	15,0	13,0	18,4	21,3	25,8	22,4
Helse Vest	18,3	19,7	23,3	19,5	19,6	24,5	24,4
Helse Midt-Norge	6,1	6,2	5,8	8,5	8,0	9,7	11,2
Helse Nord	15,4	14,1	22,3	13,8	9,5	16,3	19,9
Andel doktorgradspoeng							
Helse Sør-Øst	4,1	17,3	23,1	8,6	16,9	12,4	23,0
Helse Vest	5,5	30,2	14,8	6,1	22,7	18,8	13,6
Helse Midt-Norge	8,6	6,3	11,1	12,5	10,0	4,2	13,0
Helse Nord	11,5	17,6	0,0	12,5	16,7	28,6	18,2

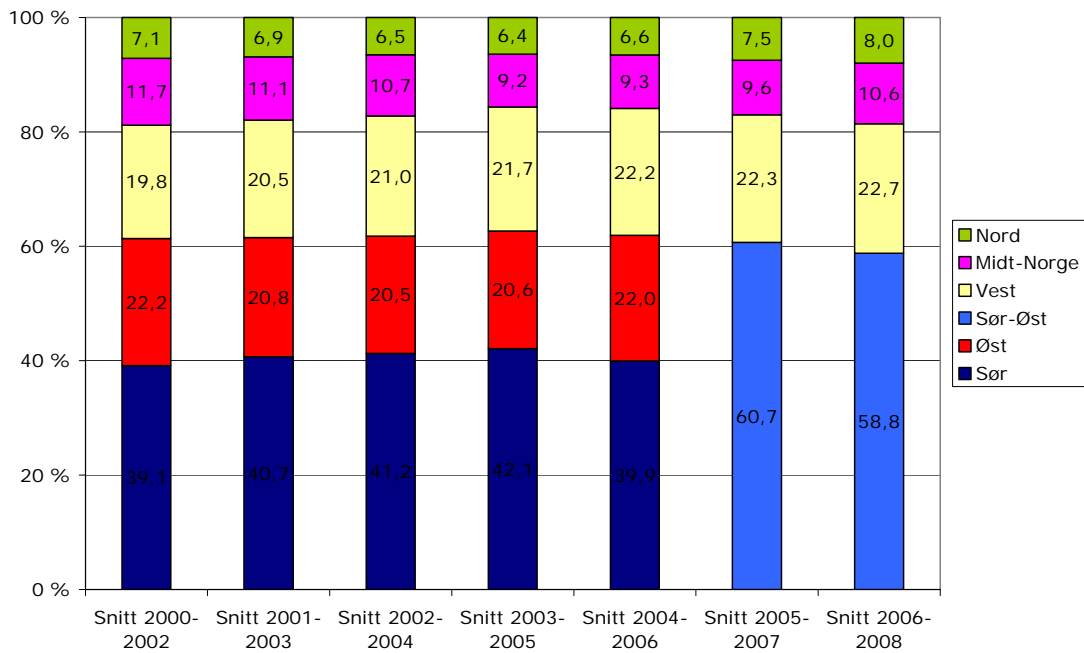
For alle regionene utgjør forskningspoengene ved mindre helseforetak med og uten universitetsfunksjoner en større andel av totale poeng i regionen i 2008 enn i starten av perioden. Helse Midt-Norge har lavest andel forskningspoeng ved mindre helseforetak i 2008, 12 prosent. De andre regionene har en andel ved mindre foretak på rundt 20 prosent. Det er store årlige svingninger spesielt i andelen doktorgradspoeng ved mindre foretak.

3.8 Utvikling i fordelingen av forskningspoeng mellom de regionale helseforetakene

Fordelingen av den resultatbaserte delen av det øremerkede tilskuddet til forskning mellom de regionale helseforetakene bestemmes av regionens andel av totale forskningspoeng. Andelene beregnes basert på tre års glidende gjennomsnitt av måleresultatene. Som vi har vist over så varierer måleresultatene fra år til år. Tre års glidende gjennomsnitt bidrar til å redusere betydningen av tilfeldige variasjoner over tid, samtidig som trenden i utviklingen fanges opp. For budsjettåret 2010 var det resultatene for årene 2006-2008 som lå til grunn for fordelingen av tilskuddet.

3.8.1 Utvikling i fordeling av forskningspoeng – tre års glidende gjennomsnitt

Figur 3.5 viser utviklingen i andelen forskningspoeng målt ved tre års glidende gjennomsnitt for de regionale helseforetakene i perioden 2000-2008. Disse resultatene ligger til grunn for fordelingen av det aktivitetsbaserte øremerkede tilskuddet i statsbudsjettet for årene 2004-2010. Tallene er hentet fra Prop. 1 S (2009-2010).



Figur 3.5 Andel forskningspoeng etter regionalt helseforetak. Tre års glidende gjennomsnitt 2000-2008. Kilde statsbudsjettet 2010.

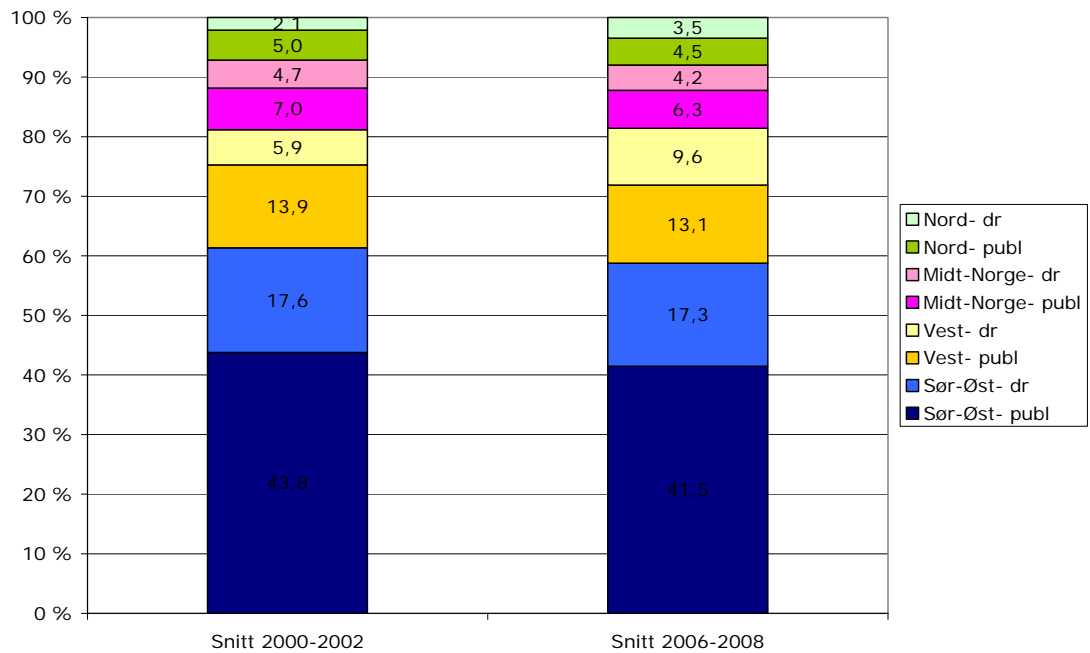
Helse Sør-Øst (summen av Helse Sør og Helse Øst) sin andel av forskningspoengene er redusert i perioden, fra 61,4 i budsjettet for 2004 til 58,8 i budsjettet for 2010. Andelen økte fram til treårsperioden 2003-2005, og har sunket etter det.

Helse Vest har økt sin andel av forskningspoengene for hvert år i perioden, fra 19,8 prosent for perioden 2000-2003 til 22,7 for perioden 2006-2008.

Helse Midt-Norge hadde 11,7 prosent av forskningspoengene i første periode. Andelen gikk så ned fram til perioden 2003-2005 for så å øke igjen fram til siste periode. Helse Nord har hatt samme utvikling som Helse Midt-Norge.

3.8.2 Dekomponering av utvikling i andel forskningspoeng for regionene

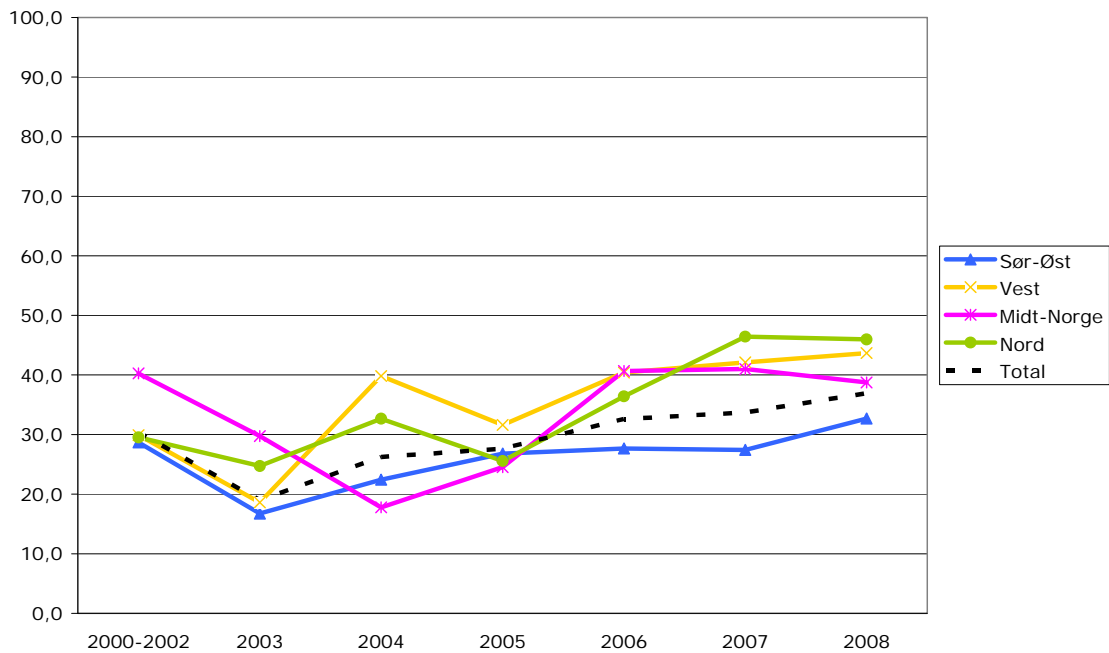
Figur 3.6 viser dekomponering av forskningspoengene i henholdsvis publiseringspoeng og doktorgradspoeng for treårs gjennomsnitt for årene 2000-2002 og 2006-2008.



Figur 3.6 Andel publiseringspoeng og doktorgradspoeng etter regionalt helseforetak. Gjennomsnitt 2000-2002 og 2006-2008.

Reduksjonen i andelen forskningspoeng for Helse Sør-Øst skyldes både en nedgang i andelen doktorgradspoeng og andelen publiseringspoeng. Helse Vest har en høyere andel doktorgradspoeng, mens andelen publiseringspoeng er redusert. Det samme gjelder for Helse Nord. Helse Midt-Norge har lavere andel for både doktorgradspoeng og publiseringspoeng.

Dekomponeringen illustrerer et viktig utviklingstrekk, nemlig at doktorgradspoengene utgjør en større andel av forskningspoengene i perioden 2006-2008 enn i perioden 2000-2002. Dette er ytterligere illustrert i figur 3.7 som viser utviklingen i andelen doktorgradspoeng gjennom hele perioden.



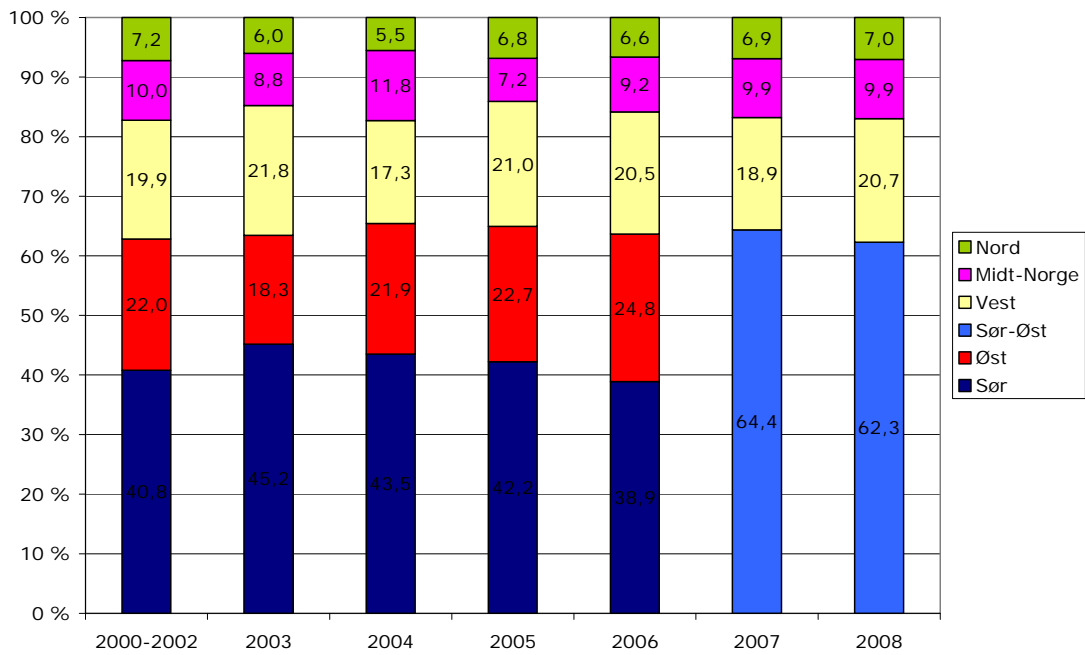
Figur 3.7 Utvikling i andel doktorgradspoeng av forskningspoeng. 2000/2002 – 2008. Regionale helseforetak.

Figuren viser at doktorgradspoengene utgjorde en stadig større andel av forskningspoengene i regionene i løpet av perioden. Doktorgradspoengene utgjorde 30 prosent av forskningspoengene i både Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord i starten av perioden. Andelen har økt vesentlig mer i Helse Vest og Helse Nord enn i Helse Sør-Øst.

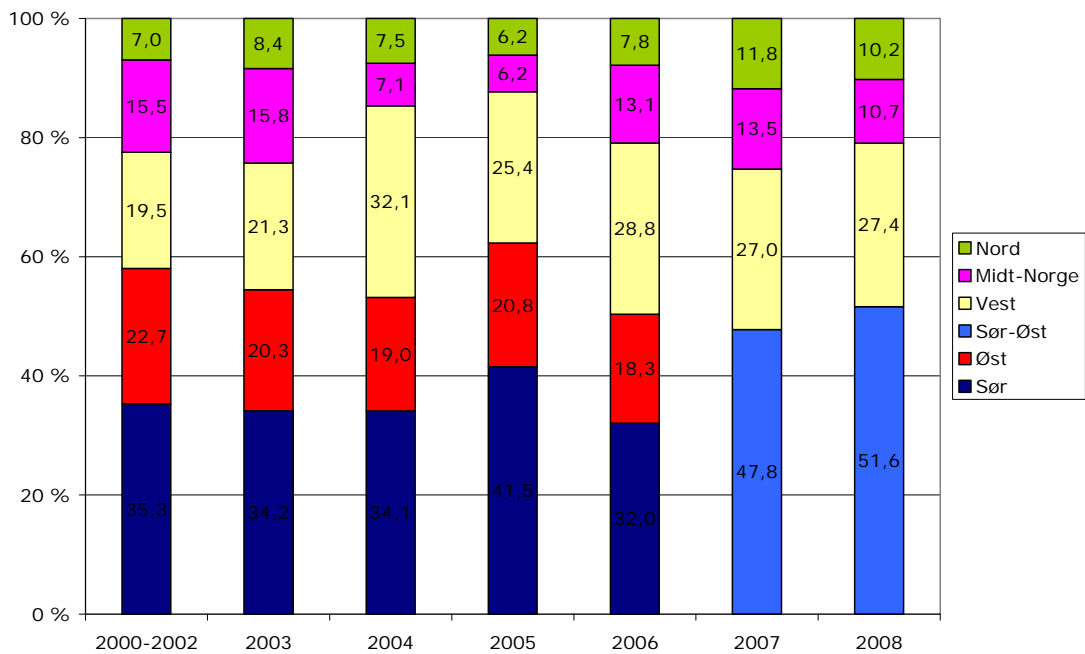
Figurene 3.8 og 3.9 viser fordelingen av henholdsvis publiseringspoeng og doktorgradspoeng mellom regionene. Det er ikke store endringer i fordelingen av publiseringspoeng. Helse Vest har økt sin andel noe fra starten av perioden til slutten av perioden, mens de tre andre har redusert sin andel.

Helse Vest og Helse Nord har økt sin andel av doktorgradspoengene fra starten av perioden til slutten av perioden.

Helse Sør-Øst stod for 62,3 prosent av publiseringspoengene i 2008, men kun 51,6 prosent av doktorgradspoengene. Helse Vest stod for 20,7 prosent av publiseringspoengene og 27,4 prosent av doktorgradspoengene. Helse Nord har også en høyere andel av doktorgradspoengene enn publiseringspoengene, mens Helse Midt-Norge har om lag samme andel for de to.



Figur 3.8 Andel publiseringspoeng etter regionalt helseforetak. 2000/2002-2008.



Figur 3.9 Andel doktorgradspoeng etter regionalt helseforetak. 2000/2002-2008.

4 Utvikling i ressursbruk til forskning i helseforetakene

4.1 Innledning

I dette kapitlet gis en oversikt over utvikling av ressursbruken i forskningen i helseforetakene. Fremstillingen er basert på allerede publiserte tall om ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid i helseforetakene for årene 2005 til 2008. Tallene for 2005 er basert på en pilotundersøkelse i regi av HOD og daværende Helse Sør RHF. For 2006 til 2008 er det NIFU STEP som har stått for innsamling og bearbeiding av data (Wiig 2007, Wiig 2008 og Wiig og Gunnes 2009). Dette er nå en del av den obligatoriske rapporteringen av forskningen i helseforetakene og private ideelle sykehus. Ressursbruk til FoU innen psykisk helsevern og spesialisert tverrfaglig behandling av rusmisbrukere rapporteres særskilt.

Hva som rapporteres og hvordan det rapporteres er blitt endret i disse årene. For årene 2005 og 2006 rapporteres kun forskning, mens rapporteringen i 2007 ble endret til også å omfatte utviklingsarbeid. Dette for å samordne rapporteringen fra helseforetakene med den nasjonale FoU-statistikken. Mens ressursbruken til forskning i 2007-rapporteringen kun kan identifiseres gjennom anslag av andel av total FoU-virksomhet, er dette rapportert særskilt i 2008. Det er derfor problematisk å sammenligne utviklingen over tid. Datakvaliteten er blitt bedre, men helseforetakene har kommet ulikt langt når det gjelder dette (Wiig og Gunnes 2009). Tallene for 2005 er også mer usikre siden de er basert på en pilotundersøkelse. Tallmaterialet overvurderer derfor trolig veksten i forskningskostnadene ved helseforetakene, og må derfor tolkes med forsiktighet.

Rapporteringen omfatter både opplysninger om kostnader og årsverk. Nedenfor gjengir vi avgrensingen i ressursbruk til forskning og til FoU-virksomhet slik den er beskrevet i retningslinjene til rapporteringen:

- *forskning som utføres i helseforetakene, og som medfører kostnader (ressursbruk) som vises i helseforetakets regnskaper.*
- *anslag for ressursbruk som belastes helseforetakene (normalt infrastruktur og støttefunksjoner) – direkte eller indirekte – som følge av eksternt finansiert forskning, dvs. der forskeren er lønnet av andre enn foretaket (f.eks. Kreftforeningen, Norges forskningsråd). Her skal KUN ressursbruken til infrastruktur eller annen direkte merkostnad tas med.*

Det skal rapporteres antall forskningsårsverk som utføres i helseforetaket av personale som er lønnet av helseforetaket. Der personalet kun benytter helseforetakets infrastruktur og lønnskostnadene ikke føres i helseforetakenes regnskap skal årsverkene kartlegges som grunnlag for å kalkulere infrastrukturkostnader, men ikke rapporteres som årsverk.

Forskning finansiert av en ekstern kilde, f.eks. Norges forskningsråd, et legemiddelfirma eller Kreftforeningen, skal tas med i den grad midlene inntektsføres i helseforetakets regnskaper. Ulik grensedragning mellom helseforetak og universitet i føring av eksternt finansiert forskning kan tenkes å bidra til ulikheter både over tid og mellom helseforetak i rapportert ressursbruk til forskning.

Presentasjon av utviklingstrekk skal bidra til å belyse hvordan utviklingen i forskningsaktiviteten i helseforetakene har vært, sett i forhold til målsettingene som er satt på nasjonalt nivå. Følgende målsettinger forsøkes belyst i dette kapitlet:

- Økt kvantitet i forskningsproduksjonen
- Bruke 5% av bruttobudsjettet på FoU
- Forskning på prioriterte fagområder og forskningssvake områder
- Økt forskning i lokal- og sentralsykehus

Økt ressursbruk belyses i avsnitt 4.2 ved å se på utviklingen i samlede kostnader og årsverk til forskning. I avsnitt 4.3 ser vi på andelen kostnaden til forskning utgjør av totale kostnader for helseforetakene. Forskning på prioriterte og forskningssvake områder illustreres i avsnitt 4.4 ved å se på utviklingen i ressursbruk innen psykisk helsevern og rusbehandling sett i forhold til utviklingen for somatisk sektor⁶. I avsnitt 4.5 ser vi på utviklingen i kostnader for tre grupper helseforetak, fordelt etter størrelse og universitetstilknytning. Grupperingen er som vist i avsnitt 3.7.

Tre av regionene rapporterer kostnader på RHF-nivå. Dette kan være stipendiater, postdoktorer og andre forskere ved universiteter og høyskoler, forskningssentre og andre randsonestitusjoner. Dette er midler som kanaliseres utenom helseforetakenes budsjetter. I noen av regionene har dette et vesentlig omfang. I hvilken grad kostnadene rapportert på RHF-nivå inkluderer utviklingskostnader vet vi ikke, men vi risikerer å gi et skjevt bilde av forskningskostnader finansiert av helseregionene dersom dette ikke tas hensyn til. Vi vet heller ikke i hvilken grad denne forskningen skiller seg fra forskning organisert innen helseforetak. Mens avsnittene 4.2 til 4.5 fokuserer på forskningskostnader rapportert fra helseforetakene, viser vi i avsnitt 4.6 betydningen av kostnadene rapportert av RHF for fordelingen av forskningskostnader mellom regionene. I og med at vi ikke kjenner fordelingen mellom forskning og utvikling for disse kostnadene, ser vi både på fordeling når kostnadene legges til forskningsmidlene og når de legges til FOU-midlene rapportert fra HF-ene. Definisjon av utviklingsarbeid og avgrensing både mot forskning og andre aktiviteter i helsetjenesten er ikke entydig. Dette er noe det fortsatt arbeides med når det gjelder rapporteringen av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (Wiig og Gunnes 2009). Vi forholder oss her til definisjoner og avgrensinger slik det framgår i rapporteringen fra helseforetakene til NIFU STEP.

4.2 Utvikling i ressursbruk til forskning i helseforetakene

Tabell 4.1 viser utvikling i rapporterte kostnader og årsverk til forskning i helseforetakene i årene 2005 til 2008.

Basert på tall for kostnader i den nasjonale FoU-rapporteringen for årene 2001, 2003 og 2005 som NIFU STEP har tilrettelagt for dette prosjektet, økte rapporterte kostnader fra 2001-2005 med 80 prosent, eller 57 prosent korrigert for prisvekst. De rapporterte kostnadene gjorde et hopp fra 2003 til 2005. Veksten er overestimert på grunn av endringer i rapporteringen. Dette kan blant annet knyttes til at helseforetakslønnede forskere for første gang ble inkludert i grunnbudsjettberegningen i 2005.

For 2008 har helseforetakene samlet rapportert kostnader til forskning på nær 2,1 milliarder kroner. Dette er rundt 70 prosent høyere enn det som ble rapportert for 2005. Når vi korrigerer for pris- og lønnsvekst slik det er gjort i SAMDATA Nøkkeltallsrapport for spesialisthelsetjenesten 2008 (Midttun (red) 2009), er realveksten i kostnader 46 prosent. Antall rapporterte årsverk økte med 55 prosent i samme periode, til i underkant av 2 000 årsverk i 2008. Noe av veksten kan knyttes til endring i rapporteringsgrunnlag, -

⁶ Definert som total ressursbruk til forskning minus ressursbruk til forskning innen psykisk helsevern og rusbehandling.

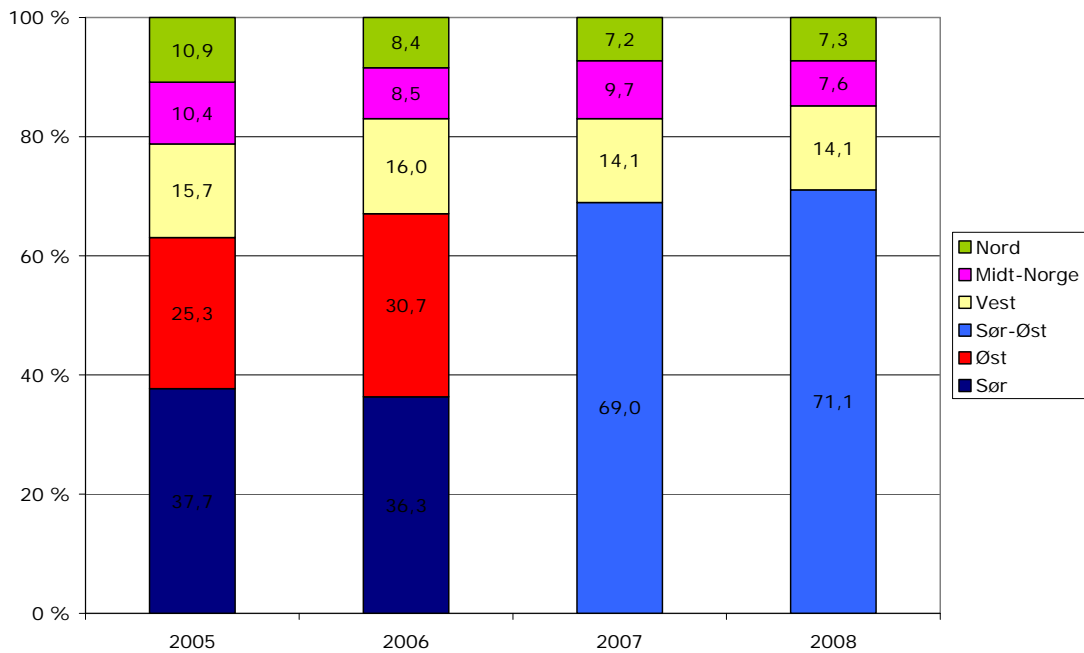
retningslinjer og –kvalitet. Likevel tyder tallene på at det har skjedd en økning i ressursbruken til forskning i helseforetakene.

Endringen i rapportert ressursbruk viser betydelige forskjeller mellom regionene. Helse Sør-Øst har rapportert en nær dobling av ressursbruken fra 2005 til 2008, Helse Vest en økning på over 50 prosent, Helse Midt-Norge en økning på 25 prosent, mens Helse Nord har rapportert en økning på kun 14 prosent. For Helse Nord betyr dette at det ikke har vært realvekst i kostnadene når en tar høyde for prisstigning i perioden.

Tabell 4.1 Ressursbruk til forskning i helseforetak. Kostnader (mill. kr.) og årsverk. 2005-2008. Regioner og totalt

	2005	2006	2007	2008	Pst. endring 2005-08	Pst. endring 2005-08 Deflatert*
Mill kroner						
Helse Sør-Øst	763	957	1 236	1 471	92,8	65,1
Helse Vest	191	228	252	292	53,3	31,3
Helse Midt-Norge	125	122	174	157	25,2	7,2
Helse Nord	131	120	130	150	14,3	-2,1
Totalt	1 210	1 427	1 793	2 070	71,0	46,5
Årsverk						
Helse Sør-Øst	812	1 036	1 350	1 416	74,5	74,5
Helse Vest	211	243	267	277	31,4	31,4
Helse Midt-Norge	100	99	126	116	15,8	15,8
Helse Nord	158	130	155	174	10,2	10,2
Totalt	1 281	1 509	1 898	1 984	54,9	54,9

* Deflator fra SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008



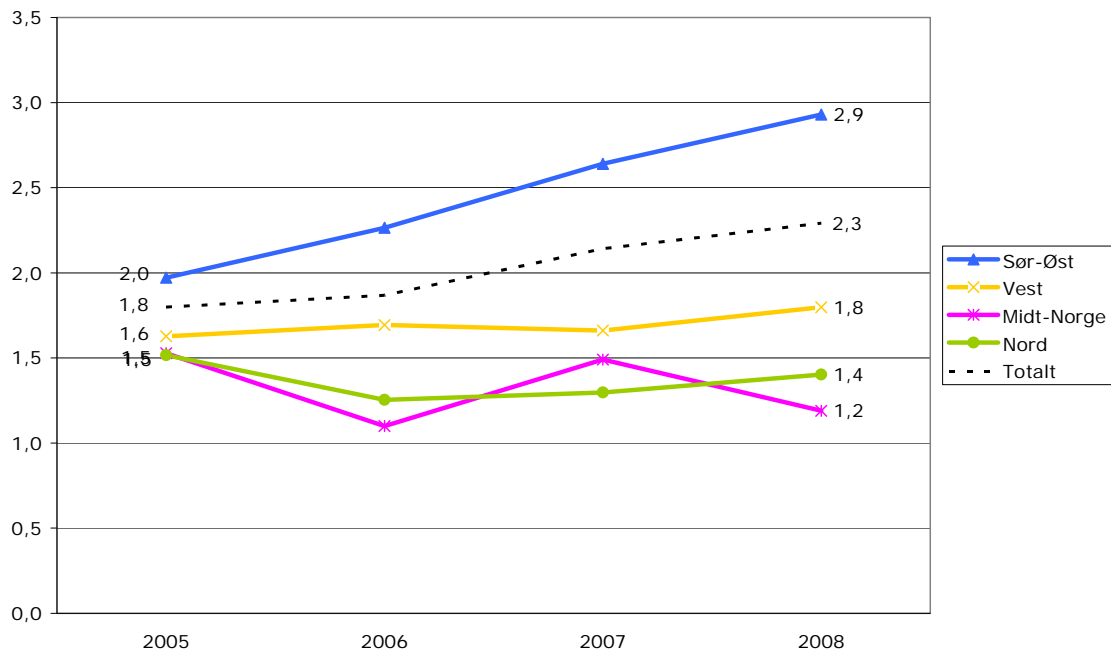
Figur 4.1 Utvikling i andel av kostnader til forskning i helseforetak. 2005 – 2008. Regioner

Helse Sør-Øst har altså økt sin andel av rapporterte kostnader til forskning i helseforetakene, fra rundt 63 prosent i 2005 til 71 prosent i 2008. Dette er vist i figur 4.1. Dette er en betydelig høyere andel enn det regionen utgjør av de rapporterte forskningspoengene.

Om forskjellene i utvikling og nivå fanger opp reelle forskjeller mellom regionene eller om det også reflekterer forskjeller i kvalitet på rapportering og organisering av forskningsvirksomheten, er vanskelig å bedømme. Utviklingen vil trolig i noen grad overvurdere veksten i ressursbruk, ved at regionene får mer erfaring og setter mer fokus på rapporteringen. Ulik rapporteringspraksis på grunn av ulik organisering av medisinsk forskning i regionene vil også kunne gi opphav til forskjeller.

4.3 Utvikling i andel forskning av totale kostnader ved helseforetakene

Rapporten "Sykehusreformen – noen eierperspektiv" foreslo en nasjonal målsetting om at FoU-aktivitetene ved sykehusene skal være på høyde med annen kunnskapsbasert virksomhet, det vil si at fem prosent av bruttobudsjettet til helseforetakene skal brukes til FoU. Helse Sør-Øst har som eneste region tatt dette målet inn i sin strategi. Figur 4.2 viser utviklingen i andelen som går til forskning av helseforetakenes samlede kostnader. Data for totale kostnader er basert på tallene som NIFU STEP bruker i sin rapportering.



Figur 4.2 Andel av totale kostnader brukt på forskning i helseforetakene. 2005-2008. Regioner

For landet totalt har andelen rapporterte kostnader til forskning av totale kostnader ved helseforetakene økt fra 1,8 prosent i 2005 til 2,3 prosent i 2008. Andelen samlede FoU-kostnader av totale kostnader var 2,6 prosent i 2008.

Figur 4.2 viser at Helse Sør-Øst skiller seg ut med en betydelig høyere andel forskningskostnader enn de andre regionene, og forskjellene mellom regionene har økt over tid. Andelen i Helse Sør-Øst har økt med nesten ett prosentpoeng fra 2005 til 2008. Det reflekterer den sterke veksten i de rapporterte forskningskostnadene vi så i forrige avsnitt. Helse Vest har økt andelen fra 1,6 prosent i 2005 til 1,8 i 2008. Helse Nord og Helse Midt-Norge har rapportert kostnader til forskning som utgjør en lavere andel av totale kostnader i 2008 enn i 2005. Andelen er sunket fra 1,5 prosent i 2005 til henholdsvis 1,4 og 1,2 prosent i 2008. Vi ser at spesielt for Helse midt-Norge er det betydelige svingninger i andelen til forskning, noe som reflekterer svingninger i rapporterte kostnader.

4.4 Utvikling etter sektor

Tabell 4.2 viser utvikling i rapporterte kostnader til forskning ved helseforetakene etter sektor for årene 2005 til 2008 for regionene og landet totalt.

Tabell 4.2 Ressursbruk til forskning i helseforetak. Kostnader fordelt på sektor. 2005-2008. Millioner kroner. Regioner og totalt

		2005	2006	2007	2008	Pst. endring 2005-08	Pst. endring 2005-08 Deflatert *
Helse Sør-Øst	Rusbehandling	9	6	9	8	-7,2	-20,5
	Psykisk helsevern	64	97	130	148	132,8	99,4
	Somatikk	690	855	1 098	1 314	90,3	63,1
Helse Vest	Rusbehandling	0	0	2	4	-	-
	Psykisk helsevern	29	28	34	48	67,7	43,6
	Somatikk	162	200	217	240	48,4	27,2
Helse Midt-Norge	Rusbehandling	4	5	4	5	35,7	16,3
	Psykisk helsevern	43	44	56	38	-9,6	-22,6
	Somatikk	79	73	114	113	43,5	22,9
Helse Nord	Rusbehandling	1	5	2	4	242,3	193,2
	Psykisk helsevern	21	17	17	22	7,1	-8,2
	Somatikk	110	98	110	124	13,4	-2,9
Totalt	Rusbehandling	14	15	16	21	51,2	29,6
	Psykisk helsevern	156	186	238	257	65,2	41,6
	Somatikk	1 041	1 226	1 539	1 792	72,2	47,5

* Deflator fra SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008

For landet totalt er det en sterkere prosentvis vekst for kostnader til forskning innen somatisk sektor enn innen psykisk helsevern og rusbehandling. Rapporterte kostnader innen somatisk sektor økte med om lag 750 millioner kroner, en økning på over 70 prosent eller nesten 50 prosent korrigert for prisstigning. Rapporterte kostnader til forskning innen psykisk helsevern økte med 100 millioner kroner, en økning på 65 prosent eller i overkant av 40 prosent korrigert for prisstigning. Kostnadene til forskning innen rusbehandling økte kun med sju millioner kroner, fra 14 millioner i 2005 til 21 millioner kroner i 2008⁷, en realvekst på 30 prosent.

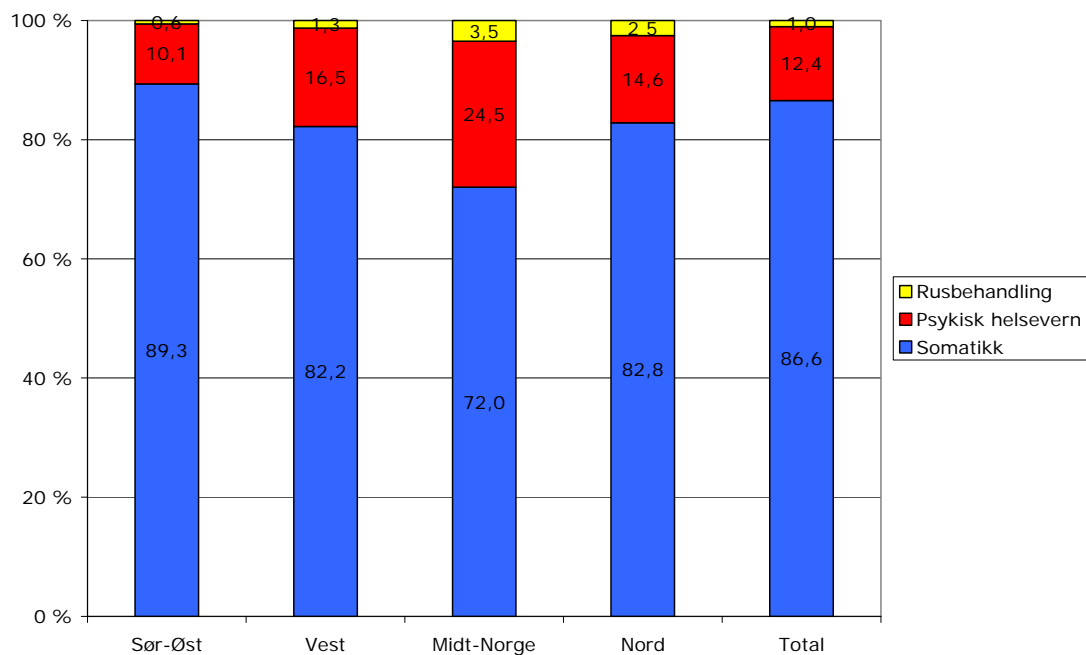
Helse Sør-Øst og Helse Vest hadde en sterkere vekst i forskningskostnadene innen psykisk helsevern enn innen somatisk sektor, mens Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde sterkere vekst innen somatisk sektor. For Helse Midt-Norge er de rapporterte kostnadene til psykisk helsevern lavere i 2008 enn tidligere år. Dette kan knyttes til en vesentlig reduksjon i rapporterte kostnader ved St Olavs Hospital. Hvorvidt dette er reelt eller skyldes endring i rapporteringsrutiner vet vi ikke.

Somatisk sektor utgjorde 87 prosent av kostnadene til forskning i 2008, mens psykisk helsevern og rusbehandling utgjorde henholdsvis 12 og en prosent, jf. figur 4.3.

I følge tall fra SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten for 2008 (Midttun (red) 2009) utgjorde kostnader til somatisk helsetjeneste om lag 77 prosent av de totale kostnadene i de tre sektorene, mens psykisk helsevern utgjorde i underkant av 20 prosent og rusbehandling i

⁷ Rusbehandling Midt-Norge RHF rapportert 1,9 millioner kroner i FoU kostnader for 2007, og oppga 100 prosent av kostnadene som utviklingskostnader. Helseforetaket rapporterte om lag tilsvarende beløp til forskning i 2006 og 2008. Det kan indikere at kostnadene til rusbehandling for Helse Midt-Norge er for lave i 2007.

overkant av tre prosent. Det vil si at somatisk sektor står for en større andel av de rapporterte forskningskostnadene enn av totale kostnader.

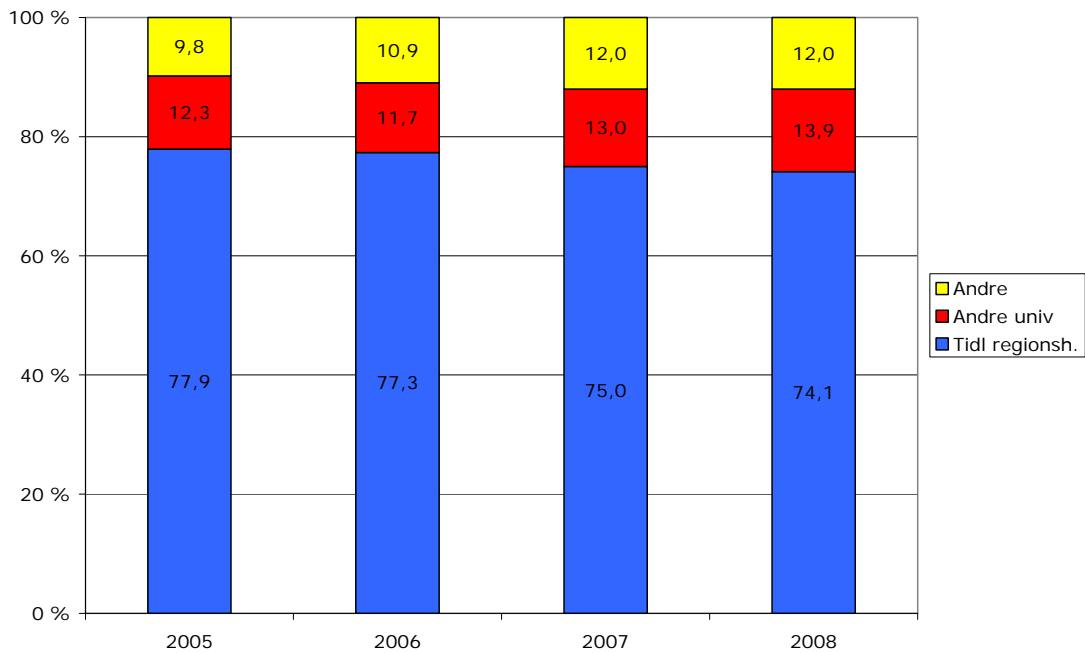


Figur 4.3 Andel kostnader til forskning i helseforetak etter sektor. 2008. Regioner og totalt.

Helse Midt-Norge har rapportert høyest andel av forskningskostnadene på psykisk helsevern og rusbehandling i 2008, henholdsvis 24,5 prosent og 3,5 prosent. Helse Sør-Øst oppgir høyest andel innen somatisk sektor, 89,3 prosent, og lavest andel både innen psykisk helsevern og rusbehandling, henholdsvis 10,1 prosent og 0,6 prosent.

4.5 Helseforetak med universitetsfunksjoner og andre

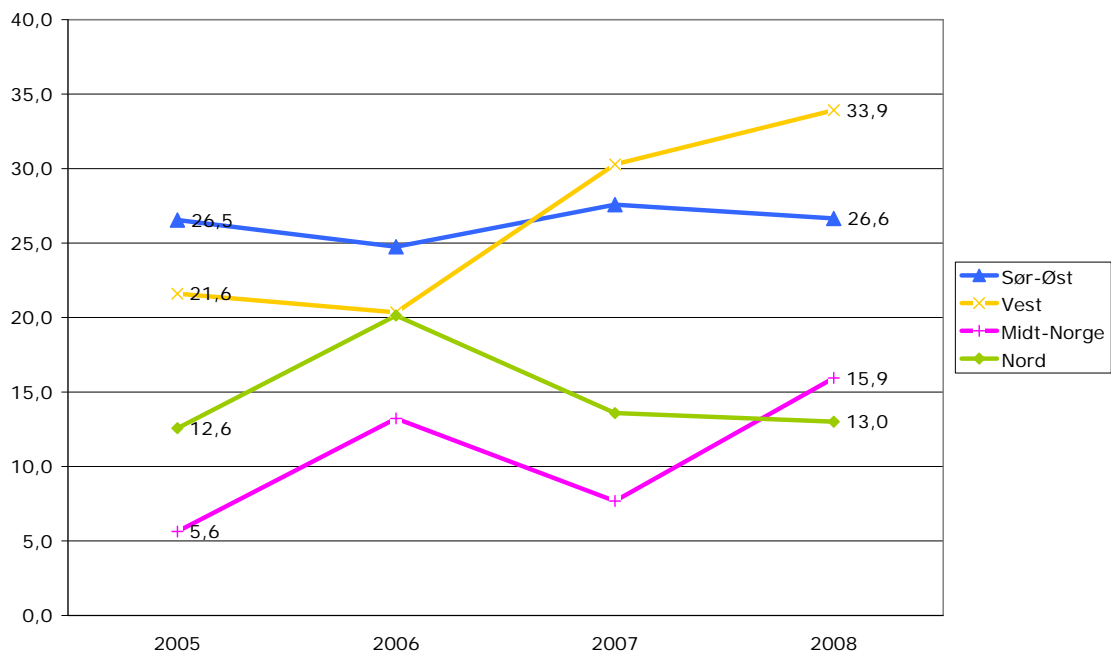
Figur 4.4 viser utviklingen forskningskostnader for grupper av helseforetak fordelt etter størrelse og universitetstilknytning, slik vi tidligere har delt inn disse.



Figur 4.4 Andel kostnader til forskning etter type helseforetak. 2005 – 2008. Landet.

For landet totalt har det vært en sterkere vekst i rapporterte forskningskostnader for mindre helseforetak med og uten universitetsfunksjoner enn for de tidligere regionsykehusene.

Både Helse Vest og Helse Midt-Norge rapporterer økt andel av forskningskostnadene ved mindre helseforetak med og uten universitetsfunksjoner i perioden fra 2005 til 2008, jf. figur 4.5.

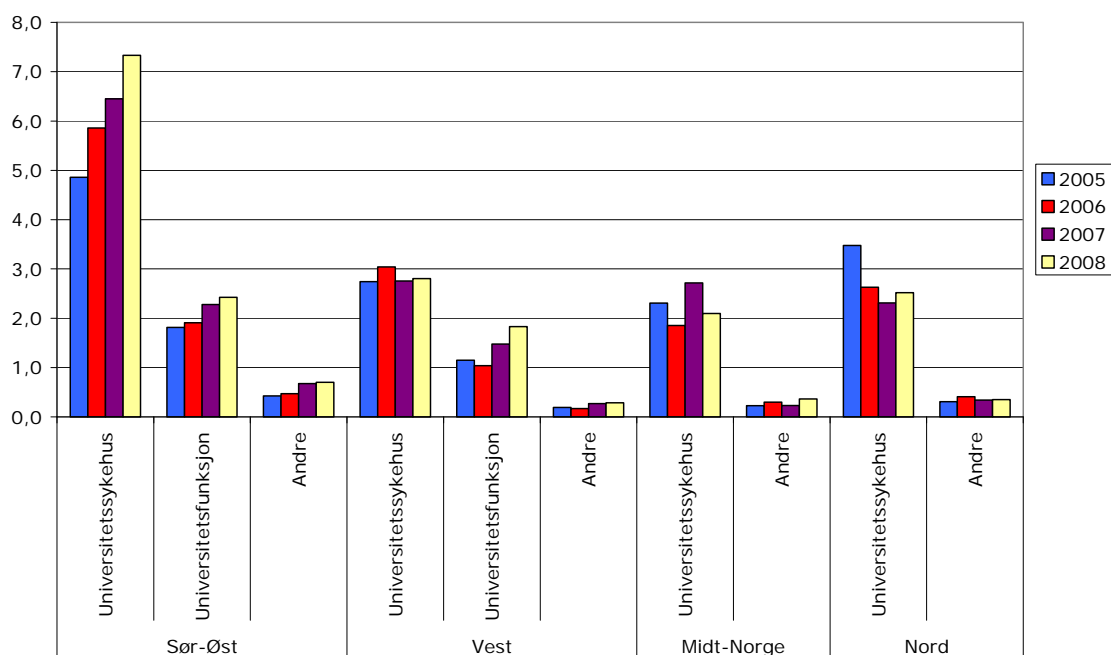


Figur 4.5 Andel kostnader til forskning ved mindre helseforetak med og uten universitetsfunksjoner. 2005 – 2008. Regioner

For Helse Vest er andelen økt fra 21,6 prosent i 2005 til 33,9 prosent i 2008. For Helse Midt-Norge er andelen økt fra 5,6 prosent i 2005 til 15,9 prosent i 2008. For Helse Sør-Øst ligger andelen relativt stabil rundt 27 prosent. Med unntak for 2006, er andelen for Helse Nord relativt stabil, rundt 13 prosent.

De tidligere regionsykehusene i Helse Sør-Øst rapporterer en vekst i forskningskostnadene på 92,5 prosent. Tilsvarende vekst i de øvrige regionene er henholdsvis 29,2 prosent for Helse Vest, 11,5 prosent for Helse Midt-Norge og 13,8 prosent for Helse Nord.

Alle tre gruppene helseforetak i Helse Sør-Øst rapporterer økt andel forskningskostnader av totale kostnader i perioden, jf. figur 4.6. For de tidligere regionsykehusene er andelen av totale kostnader økt fra i underkant av fem prosent i 2005 til over 7 prosent i 2008. For tidligere regionsykehus i de andre regionene er andelen enten uendret eller redusert. Det er heller ikke like entydig økning for de mindre helseforetakene i disse regionene.



Figur 4.6 Andel kostnader til forskning av totale kostnader etter type helseforetak. 2005 – 2008. Regioner

4.6 Kostnader rapportert på RHF-nivå i 2008 som ikke er kanalisert gjennom helseforetakene

Som nevnt er en del av forskningsmidlene i regionene rapportert direkte av RHF-ene. Disse er ikke inkludert i tallene over som kun omfatter helseforetakene. Dette kan være midler som fordeles direkte til forskere eller forskergrupper etter søknad og til ulike strategiske tiltak (Wiig 2008). Vi kjenner ikke fordelingen av kostnadene rapportert av RHF-ene på forskning og utvikling. I tabell 4.3 viser vi derfor fordelingen av totale kostnader rapportert både av HF og RHF i 2008. Både forskningskostnader og totale kostnader til FoU er vist for HF-ene. Tabellen viser hvilken andel kostnadene rapportert av RHF utgjør av henholdsvis totale forskningskostnader og totale FoU-kostnader, når vi legger til kostnader som rapporteres av RHF-ene.

Vi risikerer å gjøre to feil i sammenstillingen i tabell 4.3. Når vi legger kostnader rapportert av RHF til forskningskostnadene til HF-ene, kan for det første noe av kostnadene omfatte

utviklingskostnader. Det andre er faren for dobbelttelling når vi legger til kostnader rapportert av RHF til kostnader rapportert av HF. Prosjektene er organisert utenom helseforetakene, men kan være gjennomført helt eller delvis av HF-ansatte forskere. Noe av det som rapporteres av RHF-ene kan derfor også rapporteres av HF-ene. Tallene som presenteres må tolkes i lys av disse forbeholdene.

Tabell 4.3 Kostnader til forskning og FoU rapportert av helseforetak og regionale helseforetak. 2008. Millioner kroner. Regioner

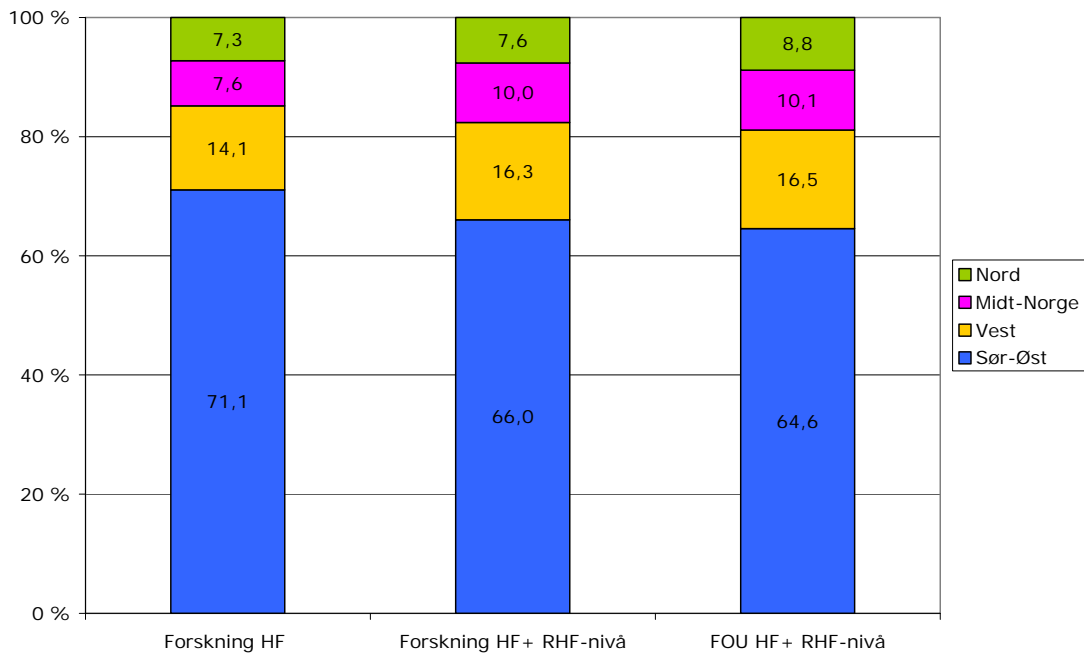
	Kost. forskning HF	Kostn. FoU HF	Andel forskning HF	Kostn. RHF	Totale FoU- kostnader	Andel RHF I	Andel RHF II
	A	B	$C=A/(A+B)$	D	$E=A+B+D$	$F=D/(A+D)$	$G=D/E$
Helse Sør-Øst	1 471	1 602	91,8 %	0	1 602	0,0 %	0,0 %
Helse Vest	292	339	86,2 %	72	411	19,8 %	17,5 %
Helse Midt-Norge	157	185	85,0 %	65	250	29,3 %	26,0 %
Helse Nord	150	199	75,5 %	20	219	11,7 %	9,1 %
Totalt	2 070	2 324	89,1 %	157	2 481	7,1 %	6,3 %

Totalt ble 157 millioner kroner rapportert direkte av RHF-ene i 2008. Dette utgjør sju prosent av samlede totale forskningskostnader, og seks prosent av totale FoU-kostnader. Selv om andelen forskning av totalt rapporterte FoU-kostnader varierer betydelig mellom regionene, fra 75 prosent i Helse Nord til 92 prosent i Helse Sør-Øst, viser kostnader rapportert direkte av RHF-ene som andel av henholdsvis forskningskostnader og FoU-kostnader i hovedsak samme bilde.

Helse Sør-Øst RHF har ikke rapportert kostnader til forskning/FoU utenom helseforetakene. Andelen for de tre andre foretakene er 12/9 prosent i Helse Nord, 20/18 prosent i Helse Vest og 29/26 prosent i Helse Midt-Norge. Det vil si at en betydelig del av forskningsmidlene kanaliseres utenom helseforetakenes regnskaper i disse regionene. For Helse Vest omfatter dette hovedsakelig forskningsprosjekter håndtert gjennom Innovest AS og Stavanger helseforskning AS, hvor henholdsvis Helse Bergen HF og Helse Stavanger HF inngår på eiersiden. For Helse Midt-Norge omfatter det stipendiater, postdoktorer og andre forskere ved NTNU, og HEMIT som eies av det regionale helseforetaket⁸. I Helse Nord er dette tilskudd til Senter for aldersforskning (SAT) og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), som begge er eid av det regionale helseforetaket (Wiig 2008).

Figur 4.7 viser fordelingen av forskningsmidler i regionene når kostnader rapportert av RHF-ene er inkludert.

⁸ Om lag 30 millioner kroner er knyttet til HEMIT og dette er i sin helhet utviklingskostnader.



Figur 4.7 Andel av forskningskostnader HF, andel av sum forskningskostnader HF og kostnader RHF og andel totale FoU-kostnader etter region. 2008

Når vi tar hensyn til kostnader rapportert direkte av RHF-ene utgjør kostnadene i Helse Sør-Øst en mindre andel av totale kostnader, men fortsatt utgjør FoU-kostnadene til Helse Sør-Øst en større andel av regionenes FoU-kostnader på HF- og RHF-nivå. I følge tall fra SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008 stod Helse Sør-Øst for 56 prosent av totale kostnader, mens Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord stod for henholdsvis 18 prosent, 14 prosent og 12 prosent av totale kostnader.

5 Finansieringen

5.1 Overgangen fra regiontilskudd til det nye øremerkete tilskuddet til forskning

Fram til om med 2003 ble det gitt et regionsykehusstilskudd som skulle gi regionsykehusene et økonomisk grunnlag slik at de kunne ivareta ansvar for drifts- og infrastrukturkostnader knyttet til de særskilte oppgavene som disse sykehusene hadde. Tilskuddet var firedelt og bestod av:

- Tilskudd til basiskostnader
- Tilskudd til særskilte funksjoner
- Tilskudd til forskning
- Tilskudd til undervisning.

Basistilskuddet var å anse som en ramrefinansiering som ikke rettet seg mot særskilt aktivitet, men som et bidrag til å kompensere for merkostnader knyttet til å eie og drive et regionsykehus, inklusive infrastrukturkostnader mv. knyttet til særskilte funksjoner, forskning og undervisning.

De tidligere statssykehusene Rikshospitalet og Radiumhospitalet var ikke omfattet av regionsykehusstilskuddet. Disse hadde før sykehusreformen i 2002 egne bevilgninger over statsbudsjettet. Når Helse Sør RHF overtok avsvaret for disse sykehusene ble bevilgningene lagt inn i rammebevilgningen til det regionale helseforetaket.

I 2003 var regionsykehusstilskuddet på 2,1 milliarder kroner (St.prp.nr. 1. (2002-2003)). Tilskuddet til basiskostnader utgjorde nesten $\frac{3}{4}$ av tilskuddet, 1,56 milliarder kroner. Tilskuddet til forskning var på i underkant av 100 millioner kroner.

På bakgrunn av St. meld. nr. 5 (2003-2004) ble regionsykehusstilskuddet avviklet i 2004 og ble erstattet av et tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra (St.prp.nr. 1 (2003-2004)). Basistilskuddet og tilskuddet til særskilte funksjoner, det vil si lands- og flerregionale funksjoner, ble innlemmet i rammetilskuddet til de regionale helseforetakene. Alle fem regionale helseforetak ble omfattet av det nye tilskuddet, og det ble overført 240 millioner kroner fra basisbevilgningen til Helse Sør RHF til det nye tilskuddet.

Det samlede tilskuddet var på i overkant av 950 millioner kroner i 2004, hvorav 370 millioner kroner var tilskudd til forskning. Det ble understreket at tilskuddet til forskning ikke skulle reflekterte faktisk ressursbruk, men var ment som et økonomisk bidrag til forskningsaktivitet. Tilskuddet til forskning ble fordelt med 40 prosent basistilskudd, med likt beløp til alle regioner, og 60 prosent basert på forskningsresultater. Tilskuddet til forskning er prisjustert i budsjettene for de etterfølgende årene og er i underkant av 460 millioner kroner i budsjettet for 2010. Fordelingen mellom basisdelen og den resultatbaserte delen har vært uendret siden 2004. HOD valgte, som beskrevet tidligere, også å videreføre basistilskuddet til tidligere Helse Sør RHF og Helse Øst RHF til Helse Sør-Øst RHF. Tilskuddet til utdanning ble fra og med budsjettåret 2006 lagt inn i basisrammen til de regionale helseforetakene.

Med det nye tilskuddet i 2004 ble beløpet som er øremerket forskning økt. Dersom vi holder tilskuddet til Helse Sør RHF utenom, så økte beløpet som ble øremerket forskning med 155 millioner kroner fra 2003 til 2004, eller 160 prosent.

5.2 Hvordan benyttes det øremerkete tilskuddet?

Samarbeidsorganet mellom det regionale helseforetaket og universitetet og høyskoler drøfter og fordeler bruken av de øremerkete midlene som kommer over statsbudsjettet. I Helse Sør-Øst og i Helse Vest må søker være ansatt ved, ha en formell tilknytning til et helseforetak i regionen eller en institusjon som har avtale med det regionale foretaket. For Helse Nord gjelder det samme som en hovedregel. I Helse Midt-Norge kan også ansatte ved universitet og høyskoler søke.

I samtalene som ble gjennomført, og som det er gitt et samlet referat fra i kapittel 6, går det fram at den faste delen av det øremerkete tilskuddet over statsbudsjettet, i all hovedsak blir benyttet til å etablere et felles støttesystem for regionens forskningsaktiviteter. Dette er en fast og forutsigbar budsjettsum som ikke påvirkes av foretakenes driftsresultat på andre områder, eller den faktiske forskningsaktiviteten. Spesielt de som arbeidet i Helse Nord sin region poengterte viktigheten av dette tilskuddet og at det hadde en viss størrelse. Ved siden av å benytte dette faste tilskuddet til ulike støttefunksjoner, ble det også benyttet til det som regionene kaller strategiske midler.

De regionale helseforetakene vil, som vist i kapittel 4, i varierende grad også frigjøre egne driftsmidler til forskning. Sammen med det øremerkete tilskuddet utgjør dette de regionale forskningsmidlene. I Helse Sør-Øst betegnes regionenes egenfinansiering for strategiske midler og fordeles av styret i det regionale helseforetaket. I de andre regionene kan også øremerkete midler inngå i det som kalles strategiske midler, og Samarbeidsorganet kan også være med å diskutere og fordele disse midlene (Lerfald m fl 2009). Strategiske midler kan tildeles direkte til utpekte forskningsområder, blant annet for å sikre allerede sterke miljø, sikre oppbygging innen forskningssvake områder og til spesielle tiltak, eller de er gjenstand for konkurranse mellom forskermiljø i regionen.

Den aktivitetsbaserte delen av det øremerkete tilskuddet blir i Helse Vest og i Helse Midt-Norge i noen grad tilbakeført til de miljøene som hadde bidratt med forskningspoeng (belønningsmidler). Disse midlene må benyttes til forskning, men de er da tatt ut av den interne konkurransen i regionen.

5.3 utfordringer med å beskrive finansiering av forskningen i regionene

Forskningen i helseforetakene finansieres av fire hovedtyper av kilder:

- Øremerkete tilskudd til forskning som bevilges over statsbudsjettet
- Forskningsmidler øremerket forskning fra de regionale helseforetakenes basisramme
- Egenfinansiering fra helseforetakenes basisramme
- Eksterne kilder, dvs. midler fra Norges forskningsråd, legemiddelindustri, frivillige organisasjoner, EU osv.

De to første finansieringskildene utgjør de regionale forskningsmidlene som fordeles av de regionale samarbeidsorganene og de regionale helseforetakene.

Vi ønsker her å belyse flere problemstillinger vedrørende finansiering av forskning i helseregionene:

- Andel av forskningsmidlene finansiert av det øremerkete tilskuddet fra HOD
- Andel av forskningsmidlene finansiert av egen basisramme

- Andel av forskningsmidlene styrt/fordelt av RHF/Samarbeidsorganet
- Andel av egenfinansieringen styrt av RHF/Samarbeidsorganet
- Andel av forskningsmidlene finansiert av andre eksterne kilder, herunder NFR, EU, næringslivet annen privat og offentlig finansiering

Vi benytter tall fra NIFU STEP om ressursbruk og finansiering av forskning og utviklingsarbeid i helseforetakene i 2008 for å undersøke disse problemstillingene. Vi møter imidlertid noen utfordringer som er knyttet til at:

- 1) Ikke alle forskningsmidlene rapporteres av HF-ene, som beskrevet i kapittel 4. RHF/Samarbeidsorgan fordeler midler til FoU som ikke er kanalisert gjennom HF og som RHF-ene har rapportert direkte inn til NIFU STEP.
- 2) For kostnader rapportert av RHF-ene skilles det ikke mellom forsknings- og utviklingskostnader og det sorteres ikke etter finansieringskilde
- 3) I rapporteringsskjemaet til NIFU STEP skal HF-ene oppgi midler fra regionalt samarbeidsorgan eller RHF. Dette kalles da øremerket. Det kan være dette tolkes ulikt med hensyn til avgrensning mellom totale midler fordelt fra samarbeidsorgan/RHF og de øremerkede midlene som gis over statsbudsjettet.

Derfor kan vi ikke avgrense nøyaktig hva som er forskningskostnader totalt for regionen, altså sum kostnader ved helseforetak og kostnader utenom helseforetakene. Vi kan heller ikke avgrense bruken av det øremerkede tilskuddet fra HOD som går kun til forskning.

For å belyse størrelsen på det som oppgis som finansiert av øremerkede midler og eventuell tolkning av dette har vi i tabell 5.1 sammenstilt bevilgningen over statsbudsjettet for 2008 og bevilget beløp fra RHF-ene med det som oppgis som øremerkede midler av helseforetakene og kostnader rapportert direkte av RHF-ene.

Tabell 5.1 Øremerket tilskudd til forskning bevilget over statsbudsjettet, midler til forskning fra basis RHF, sum til fordeling av RHF/samarbeidsorganet og rapporterte øremerkede midler til FOU ved helseforetakene og regionale helseforetak. Millioner kr. Regioner og totalt

	Stats- budsjettet 2008		Sum forsknings- midler		Avvik rapp		Kostn. rapp. direkte av RHF	Samlet avvik
	(kap 732, post 78)	Basis RHF (øre- merket)	RHF/ samarb.org	Rapp.ørem. midler FoU (HF) 2008	ørem. HF	Avvik rapp		
					av HOD- ørem.	ørem. HF av RHF/ samarb.org		
A	B	C=A+B	D	E=D-A	F=D-C	G	=D+G-C	
Helse Sør-Øst	226,2	103,0	329,2	234,9	8,7	-94,3	0	-94,3
Helse Vest	90,9	20,8	111,7	47,4	-43,5	-64,3	72	7,7
Helse Midt- Norge	58,1	41,9	100,0	59,5	1,4	-40,5	65	24,5
Helse Nord	51	19,8	70,8	49,5	-1,5	-21,2	20	-1,2
Totalt	426,2	185,5	611,7	391,4	-34,8	-220,2	157	-63,2

Kilde: NIFU STEP og RHF-enes fellesrapport (Lerfald m fl 2009)

I 2008 var det øremerkede tilskuddet til forskning som ble bevilget over statsbudsjettet (kap 732, post 78) på 426,2 millioner kroner. I tillegg øremerket RHF-ene 185,5 millioner kroner av basisfinansieringen til forskning. Samlet fordelte de RHF/samarbeidsorganene 611,7 millioner kroner i 2008.

Av totale forskningsmidler til fordeling på regionnivå er 64 prosent rapportert som øremerkede midler av helseforetakene. 220,2 millioner finner vi ikke igjen som øremerkede

midler i helseforetakene. Noe av differansen kan finnes igjen i midler organisert utenfor helseforetakene og som rapporteres av RHF-ene⁹.

Avvikene mellom regionale forskningsmidler og det som rapporteres som øremerkede midler av helseforetakene vil påvirke prosentvis fordeling på finansieringskilder for forskning i helseforetakene.

Vi viser i avsnitt 5.4 finansiering av forskning i helseforetakene slik det framgår av rapporteringen til NIFU STEP. I avsnitt 5.5 ser vi nærmere på fordelingen mellom øremerkede tilskudd og egenfinansiering ved å trekke inn midler som ikke er kanalisert gjennom helseforetakene. Analysen tar der utgangspunkt i FoU-kostnader totalt i regionene.

5.4 Fordeling av forskningsmidler ved helseforetakene etter finansieringskilde

Tabell 5.2 viser forskningskostnader ved helseforetakene fordelt på finansieringskilde totalt og for de fire regionene.

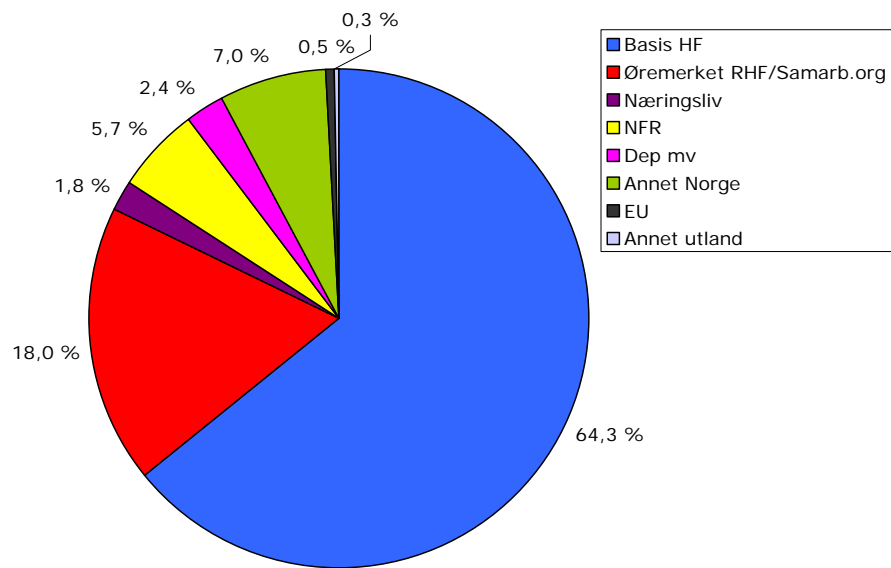
Tabell 5.2 Driftsutgifter til forskning i helseforetakene etter finansieringskilde* i 2008. Millioner kr. Regioner og totalt.
Kilde: NIFU STEP

Helseregion	Kostnader til forskning i HF			Finansieringskilde					
	Basis HF	Øremerket fra RHF/samarb.org	Øremerket fra RHF/samarb.org	Dep mv	NFR	Næringsliv	Annet Norge	EU	Annet utland
Helse Sør-Øst	1 470,8	921,9	228,6	28,5	110,9	40,7	126,1	9,3	4,7
Helse Vest	292,0	228,0	47,4	4,6	0,3	1,2	10,4	0,2	0,0
Helse Midt-Norge	156,9	86,5	59,2	4,0	0,6	0,4	6,2	-	0,0
Helse Nord	150,2	94,4	36,5	0,1	6,8	6,8	2,4	1,3	2,0
Totalt	2 069,9	1 330,9	371,8	37,2	118,6	49,0	145,0	10,8	6,7

* Helseforetakene rapporterer ikke øremerket tilskudd fra staten (kap 732, post 78), men beløpet som gis fra RHF/Samarbeidsorgan. Dette kan også omfatte regionale forskningsmidler (strategiske midler). Tabell 5.3 viser totale FoU-kostnader på regionnivå fordelt på finansieringskilde hvor det skilles mellom det øremerkede tilskuddet som gis over statsbudsjettet, ekstern finansiering og egenfinansiering fra RHF og HF.

De totale kostnadene til forskning i helseforetakene beløp seg til nesten 2,1 milliarder kroner i 2008. Av dette oppgis i overkant av 370 millioner å være finansiert av øremerkede midler fra RHF/samarbeidsorganet. Det vil si at de øremerkede midlene finansierte 18 prosent av kostnadene til forskning i helseforetakene i 2008, jf. figur 5.1. Hoveddelen av forskningskostnadene finansieres over de ordinære budsjetttrammene til helseforetakene. Disse midlene utgjør nær 1,3 milliarder kroner eller om lag 64 prosent. Eksterne bidrag sto for 18 prosent.

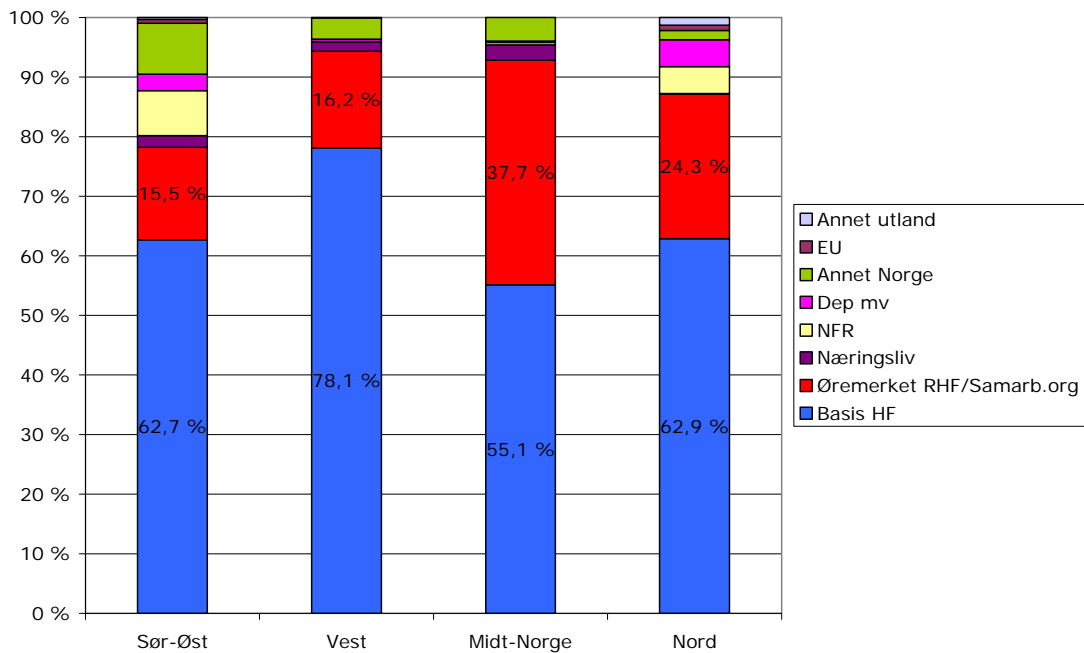
⁹ Helse Sør-Øst har ikke rapportert noe utenom RHF. Det vil si at 94 millioner kroner som RHF/samarbeidsorganet disponerer ikke er rapportert verken på HF- eller RHF-nivå. Trolig kan det i stor grad dreie seg om tidsavgrensede forskningstiltak ved Rikshospitalet HF. Etter omlegging av finansieringen av forskningen i helseforetakene i 2004, jf avsnitt 5.1, ble fortsatt forskningsmidlene som ble overført fra Rikshospitalet og Radiumhospitalet til Helse Sør RHF oppfattet som midler hovedsakelig til disse sykehusene (Lerfald m fl2009). I så fall undervurderes øremerkede midler som fordeles fra regionalt nivå ved Rikshospitalet og dermed for helseforetakene i Helse Sør-Øst. Summen av det som oppgis som øremerkede midler av helseforetakene og det som RHF-ene oppgir av forskningskostnader er i Helse Midt-Norge høyere en totalt beløp som RHF/samarbeidsorganet fordeler. Hvorvidt dette indikerer feilrapportering/ dobbelrapportering eller at avviket finansieres på andre måter har vi ikke grunnlag for å vurdere.



Figur 5.1 Finansieringskilder. Forskning i helseforetakene. Andeler. 2008. Landet

Den tredje største finansieringskilden er kategorien "annet Norge", med 145 millioner kroner (sju prosent). Denne omfatter i stor grad midler fra private fond, inklusive blant annet Kreftforeningen og Helse og rehabilitering (Wiig 2008). Forskningsrådet stod for i underkant av 120 millioner eller 5,7 prosent av forskningsmidlene. Annen offentlig finansiering, næringsliv og utenlandske kilder, herunder EU, stod altså for en beskjeden andel av forskningsmidlene i helseforetakene. Nær 50 millioner kom fra næringslivet, 37 millioner fra departementer og andre offentlige kilder. EU-midler utgjorde kun om lag 11 millioner kroner ved helseforetakene.

Figur 5.2 viser prosentfordeling på finansieringskildene for regionene.



Figur 5.2 Finansieringskilder. Forskning i helseforetakene. Andeler. 2008. Regionale helseforetak.

Som vist over er skillet mellom øremerkede midler og egenfinansiering ikke uproblematisk. Basert på helseforetakenes rapportering utgjør øremerkede midler fra helseregion/samarbeidsorganet størst andel (38 prosent) av den samlede finansieringen av forskningen i Helse Midt-Norge. Helse Sør-Øst og Helse Vest har lavest andel fra øremerkede midler (16 prosent). Helseforetakene i Helse Midt-Norge har lavest andel finansiering av egen basisramme (55 prosent). Mens helseforetakene i Helse Vest har klart høyest andel egenfinansiering (78 prosent).

Trolig omfatter egenfinansieringen i Helse Sør-Øst øremerkede midler som er videreført til Rikshospitalet HF i form av tidsavgrensede forskningstiltak. Dersom vi legger alle forskningsmidlene som fordeles av RHF/samarbeidsorganet i Helse Sør-Øst inn i øremerkede midler i figuren over, så øker andelen øremerket til 22 prosent og andel basis reduseres til 56 prosent.

Andelen finansiert av eksterne kilder er størst for Helse Sør-Øst (22 prosent) og Helse Nord (13 prosent). For Helse Sør-Øst utgjør midler fra private forskningsfond en betydelig finansieringskilde (126 millioner kroner). Helse Sør-Øst har også en vesentlig andel fra forskningsrådet (111 millioner). I Helse Nord er det andre offentlige finansieringskilder og forskningsrådet som utgjør størst andel av den eksterne finansieringen. Vi ser at forskningsrådet betyr lite for helseforetakene i Helse Vest og Helse Midt-Norge. Dette har trolig å gjøre med organiseringen av forskningen i disse regionene, hvor en vesentlig del av forskningsmidlene organiseres gjennom universitet og gjennom institusjoner som administrerer forskningsprosjekter.

5.5 Fordeling av totale FoU-kostnader for regionene etter finansieringskilde

For å utfylle bildet av finansieringen av forskningen i helseregionene ser vi her på samlede innrapporterte kostnader, inklusive de som rapporteres direkte fra de regionale helseforetakene, og ser disse i forhold til størrelsen på det øremerkede tilskuddet til forskning som bevilges over statsbudsjettet og bidraget fra de regionale helseforetakenes

egne øremerkede midler til forskning Tabell 5.3 viser totale kostnader til FoU i helseregionene, øremerkede tilskudd over statsbudsjettet, basisfinansiering fra regionale helseforetak og ekstern finansiering. Egenfinansiering utover de regionale forskningsmidlene er her residualbestemt. Kostnadene som er organisert utenom helseforetakene, og som er rapportert av RHF, er her antatt i sin helhet å være finansiert av øremerkede tilskudd og/eller gjennom strategiske midler på RHF-nivå.

Tabell 5.3 Totale FoU-kostnader i helseregionene, øremerket tilskudd til forskning bevilget over statsbudsjettet, midler til forskning fra basis RHF, egenfinansiering HF og eksterne kilder. Millioner kroner. Regioner og totalt

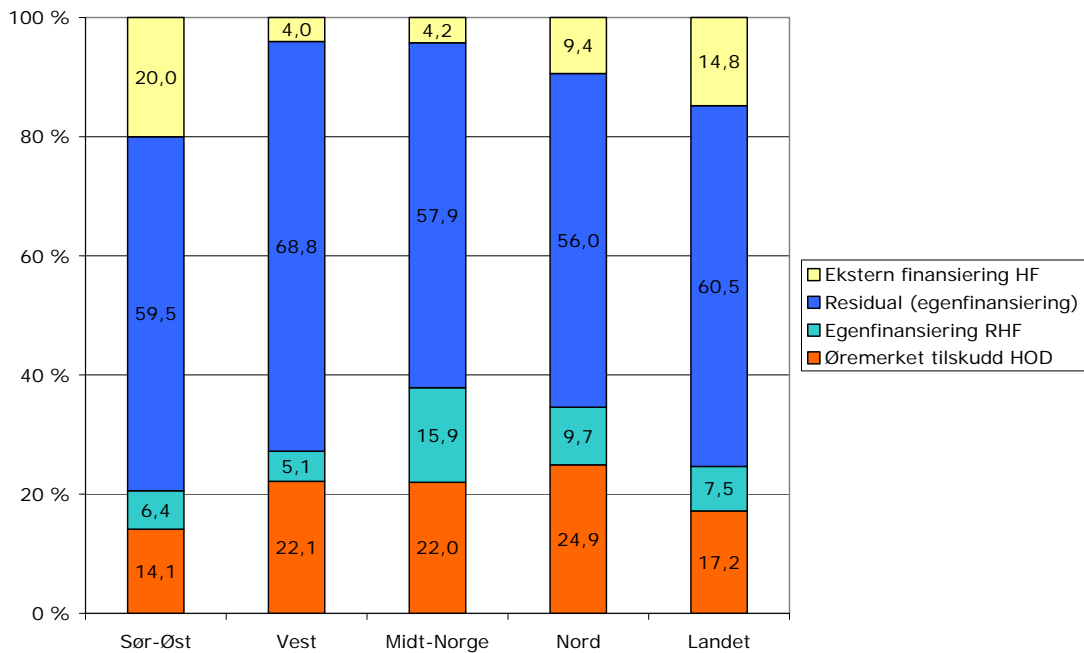
	Totale FoU-kostnader	Statsbudsjettet 2008		Residual* (egenfinansiering)	Ekstern finansiering*
		(kap 732, post 78)	Basis RHF (øremerket)		
	A	B	C	D=A-B-C-E	E
Sum Helse Sør-Øst	1 602	226	103	952	320
Sum Helse Vest	411	91	21	282	17
Sum Helse Midt-Norge	264	58	42	153	11
Sum Helse Nord	205	51	20	115	19
Totalt	2 481	426	185	1 502	367

*Vi kjenner ikke fordeling på finansieringskilde for kostnader rapportert av RHF. De er her antatt egenfinansiert og/eller finansiert av øremerkede tilskudd. Egenfinansiering utover basisfinansiering på RHF-nivå er her residualbestemt.

Kilde: NIFU STEP og RHF-enes fellesrapport (Lerfald m fl 2009)

Samlede FoU-kostnader i helseregionene var i underkant av 2,5 milliarder kroner i 2008. Av dette var i overkant av 250 millioner kroner utviklingskostnader ved helseforetakene og i underkant av 160 millioner kostnader kanalisert utenom helseforetakene.

Figur 5.3 viser den prosentvise fordelingen på de ulike finansieringskildene for helseregionene.



Figur 5.3 Finansieringskilder. Samlede FoU-kostnader i helseregionene. Andeler. 2008. Regionale helseforetak.

Det øremerkede tilskuddet til forskning over statsbudsjettet finansierte 17 prosent av FoU-kostnadene i helseregionene i 2008. Andelen varierte fra 25 prosent i Helse Nord til 14 prosent i Helse Sør-Øst. For Helse vest og Helse Midt-Norge var andelen 22 prosent.

Forskningsmidler fra de regionale helseforetakenes basisramme som øremerkes forskning på regionnivå, utgjør størst andel av FoU-kostnadene i Helse Midt-Norge (16 prosent). De stod for 10 prosent i Helse Nord, 6 prosent i Helse Sør-Øst og 5 prosent i Helse Vest. Helse Vest har høyest andel egenfinansiering utenom de regionale forskningsmidlene. Samlet egenfinansiering er imidlertid lik i Helse Vest og Helse Midt-Norge. Ser vi bort fra den eksterne finansieringen, er andelen samlet egenfinansiering høyest i Helse Sør-Øst, fem prosentpoeng høyere enn Helse Vest og Helse Midt-Norge og ti prosentpoeng høyere enn Helse Nord.

6 Synspunkter på forskningsarbeid og finansiering etter samtaler med 21 aktører knyttet til forskningsarbeidet i helseregionene

Mandatet for dette oppdraget er begrenset til en vurdering av finansieringen av forskningen til de regionale foretakene. Samtalen med de som ble intervjuet var litt bredere anlagt, siden finansiering er et middel for å oppnå noe, som i denne sammenheng er forskning. I dette kapitlet refereres det derfor synspunkter på andre forhold enn de som helt strengt er knyttet til finansiering. Det tror vi gir et nyttig bakkilde for å kunne vurdere finansieringsordningen.

Samtidig er det nødvendig å presisere at dette prosjektet ikke har hatt som mandat eller er gitt ressurser til å evaluere hvordan regionene har organisert seg for å løse oppdraget de har innen forskningsområdet og hvordan de for eksempel evaluerer forskningsprosjekt i forhold til relevans og kvalitet.

Synspunktene som vi beskriver her er vårt sammendrag av hva som er kommet fram i samtalen. Vi har vektlagt det vi mener er viktig som grunnlag for våre anbefalinger i kapittel 9 om en framtidig modell for finansiering.

6.1 Hvem er det gjennomført samtaler med og hvorfor?

Det ble ansett som viktig å ha en god regional spredning, og det var viktig å ha med informanter som hadde god erfaring med å bygge opp forskningsområdet i regionene og som hadde hatt eller hadde ledende posisjoner i samarbeidsorganene, i den nasjonale samarbeidsgruppa og i regionenes strategigruppe. Samtidig ønsket man også å få vurderinger fra noen som ikke satt sentralt, og det var viktig at det var forskningen innen psykisk helse og rus var representert.

Antallet måtte begrenses av hensyn til tiden som var satt til rådighet for oppdraget og de tilgjengelige ressursene. Antallet intervjuede ble da begrenset til 21. Det var fire som arbeidet i Helse Nord sin region og det var fem fra de øvrige tre regionene. I tillegg var det en representant fra Helsedirektoratet (Kunnskapssenteret) og en fra Norges forskningsråd. De aller fleste var av fagbakgrunn medisinere. Annen fagbakgrunn var psykologi, fysioterapi, sykepleie, antropologi og ernæring. Innen medisin var det to samfunnsmedisinere, to var uten formell spesialitet, to hadde gynekologi/føde som spesialitet og de 9 øvrige hadde hver sin spesialitet. Alle lederne i de regionale samarbeidsorganene var med. For Helse Nord var det tidligere leder av samarbeidsorganet som ble intervjuet. To satt ikke i og hadde heller ikke tidligere sittet i noen av de formelle organene knyttet til forskningsaktiviteten i regionene.

6.2 Hva er bakgrunnen for at forskningen har fått en sterkere posisjon innen foretaksområdet?

Det var enstemmighet om at forskningen er tilført betydelig økte ressurser de siste 5-8 år, og at dette har resultert i flere forskere og bedre og bredere forskning. Derfor ble det aldri

noen problemstilling om forskning nå sto sterkere enn tidligere, men hvorfor dette hadde skjedd.

Dette er en periode som sammenfaller med nytt eier- og lederskap av helseforetakene etter helseforetaksreformen i 2002, og dette ble tillagt noe vekt. De med lengst erfaring viste imidlertid til at foretaksreformen som sådan ikke hadde så stor selvstendig betydning. I 1999 ble lov om spesialisthelsetjenesten vedtatt og den trådte i kraft 1. januar 2001. I denne loven settes forskning opp som en av fire hovedoppgaver for spesialisthelsetjenesten.¹⁰ Samtidig vokste det både internasjonalt og nasjonalt fram et krav om at medisinsk behandling måtte dokumenteres bedre. Kvalitetskravet ble større. Dette krevde forskning, en forskning som både bidro til å få fram ny kunnskap og en forskning som bidro til at de involverte faggruppene ble bedre i stand til kritisk å vurdere egen innsats og ta i bruk ny kunnskap. Overgangen til helseforetak gjorde det enklere å samarbeide med universitetene fordi det ble etablert regionale foretak som en kraftigere samarbeidspartner for de fire gamle universitetene, og fordi staten var eier av både universitet og foretak. Det ble også hevdet at med innføring av foretak ble lederstrukturen tydeligere og at det la forholdene bedre til rette for å etablere bedre og mer oversiktlige strukturer innen forskningsfeltet.

I avsnitt 5.2 er det behandlet hvordan det tidligere regiontilskuddet ble tatt bort som eget tilskudd og erstattet med en øremerket tildeling til forskning og nasjonale kompetansesentre. Dette innebar en ny "sortering" av tidligere tildelinger som i større grad tydeliggjorde at forskning var et av områdene der foretakene skulle levere. Mange av de som ble intervjuet hadde kanskje ikke reflektert så mye over akkurat dette. De fleste var nok mer opptatt av at det nå var tydeliggjort midler som det måtte redegjøres for bruken av og som det kunne konkurreres om. Derfor var det interessant at ingen av de intervjuede startet med å vise til tilgangen på mer midler når de skulle forklare veksten. Det var situasjonen som er beskrevet over som gikk igjen i svarene. Forskning var lovpålagt som en av fire hovedoppgaver, kravet om kvalitet og dokumentasjon var sterkere og det ble utarbeidet strategier og utøvd ledelse som initierte en bedre, bredere og mer målrettet forskning.

6.3 Har satsingen nådd målene med mer klinisk forskning, styrking av fagområder med en tidligere "svakere" forskningstradisjon og mer forskning også i foretak uten universitetstilknytning?

Det er enighet om at satsingen på forskning i helseforetakene har bidratt til å styrke klinisk forskning og fått i gang god aktivitet innenfor en del tidligere forskningssvake områder. Forskning innen psykisk helsevern blir spesielt framhevet.

Samtalene viste at det nok varierer noe hva som legges i begrepet klinisk forskning. Er det nok at det er klinikere i ledelsen eller at de er tungt inne i prosjektet, eller skal klinisk forskning ha en innretning slik at resultatet raskt kan anvendes i klinikken? Tall som Helse Sør-Øst presenterer viser at det også gis finansiering til det de definerer som basalforskning. Tall fra eRapport for 2008 viste at grunnforskning utgjorde rundt ti prosent av forskningsprosjektene i Helse Vest og Helse Nord. Holdningen til dette var ikke at forskning som kanskje kunne defineres som grunnforskning måtte få reduserte overføringer, og man var bevisste på at regionene også hadde et ansvar for translasjonsforskning. Man mente vel heller at arbeidet med å styrke den klinisk rettede forskningen, og da kanskje spesielt helsetjenesteforskningen måtte fortsette, slik at de bedret sin konkurranseevne inn mot forskningsmidlene som ble stilt til disposisjon. Det var bare to av informantene som representerte helsefagene. Begge var opptatt av å bygge opp forskningskompetanse i sine fagmiljø ved å øke antallet doktorgrader. Når det gjaldt tildeling av midler til forskningsprosjekter var de begge tilhengere at det da var kvalitetskriterier som måtte

¹⁰ Lov om spesialisthelsetjenesten med mer. § 3-8 Sykehusenes oppgaver: 1. pasientbehandling, 2. utdanning av helsepersonell, 3. forskning, og 4. opplæring av pasienter og pårørende

gjelde. Et område måtte ikke få tildelt midler bare fordi det var behov for mer forskning innen området eller fra en faggruppe.

Ingen av de intervjuede var i mot målet om å trekke med mindre helseforetak, utenfor universitetssykehusene, i forskningsarbeidet. Det ble understreket at siden kvalitet og dokumentasjon av behandlingen gjaldt hele foretaksområdet, måtte alle foretak være involvert i forskningsarbeidet. De fleste mente at det så langt ikke var oppnådd så mye som ønskelig på dette området. Framgang på dette området avhang av at det var personer ved de mindre foretakene som ønsket å drive forskning og at det var forståelse for forskjellen på forskning og det som heller kan karakteriseres som analyser og vurderinger. De som innehadde ledende posisjoner i regionen mente det ennå gjensto arbeid med å få ledelsen i de mindre foretakene til å prioritere forskning i en situasjon der det som regel ble oppfattet å være for lite midler til pasientbehandling og investeringer. Regionene og kanskje spesielt Helse Sør-Øst og Helse Nord satset på å bygge opp nettverkssentre som kunne bistå forskningsmiljøene med praktisk og administrativ støtte, og som kunne bedre mulighetene for å etablere nettverk av forskere fra flere foretak. Det ble understreket at dette var en vanskelig oppgave. Avstand gjør kommunikasjon vanskeligere. Noen mente at satsing på forskning også i de mindre foretakene var dyr forskning, ved at de fikk færre poeng ut av ressursene som ble satt inn, og dermed tapte de i regionkampen om de innsatsavhengige midlene. Andre hadde erfaring med at mindre foretak hadde vært produktive, så det var ikke noen entydig oppfatning om hvor ressurskrevende det var å trekke med mindre foretak.

Arbeidet med å styrke det som ble karakterisert som forskningssvake områder hadde gitt gode resultat for psykisk helse og i noen regioner også for rus. Helse Sør-Øst kunne vise til et svært vellykket prosjekt innen øyefaget. Av enkelte som hadde vært med i forskningsarbeidet over lang tid, ble det påpekt at forskningssvake områder innen somatisk medisin stadig var det, selv etter mange forsøk på å rette dette opp. Som for mindre foretak mente alle informantene at en god utvikling innen et fagområde var helt avhengig av at området hadde gode mottakere som kunne veilede og lede forskningsarbeidet. Forskningssvake områder måtte derfor ikke støttes ved at kvalitetskravene til forskningsprosjekter og doktorgrader ble senket. Alle regionene benyttet en teknikk med en form for strategiske midler til å bygge opp fagområder slik at de fikk et antall doktorgrader, gode forskningsledere og gode veiledere. Man var bevisst at et slikt arbeid tok 5-10 år. Representanten for et nytt område som rus viste til at det i en slik oppbyggingsfase ville variere hvor mange prosjekt man kunne presentere hvert år, fordi det foreløpig ikke var en stor nok base med kvalifiserte forskere.

I regionene sine retningslinjer for vurdering av prosjekt skal både kvalitet og relevans vektlegges. Helse Nord har en ordning der de både benytter midler til å bygge opp enkelte områder og de deler de søkbare midlene i tre kategorier. Innen gruppen for somatisk medisin er andelen søkere som får støtte lavest og man mente dette området også hadde den største andelen gode prosjektsøknader som ikke ble innvilget. Ved siden av denne gruppen var det definert en gruppe for psykiatri og en for telemedisin og helsetjenesteforskning. Det kan derfor synes som Helse Nord kanskje var den regionen som tydeligst hadde valgt en arbeidsform for å støtte opp under relevanskriteriet. For de andre regionene syntes det som relevanskriteriet ble benyttet når det ble besluttet hvilke områder som skulle bygges opp. Når det gjaldt selve evalueringen av prosjektsøknader ble det framhevet at det var kvalitetskriterier som ble lagt til grunn og at relevans først kom inn i de tilfellene der kvaliteten ble ansett for å være lik. Det var derfor vanskelig gjennom samtalene å spore noen vesentlig forskjell mellom regionene i vurderingen av forskningssøknader, selv om Helse Sør Øst vektla kvalitet 90 % og relevans 10 %, mens det forholdet for de øvrige tre regionene var 70/30. Det ble ikke nevnt eksempler på prosjekt som ikke nådde opp i kvalitetsvurderingen, men som vant fram når relevans ble vurdert. De fleste gode prosjekter ble vurdert både å ha god kvalitet og god relevans. Eventuelle ulikheter i ressursbruk for å få fram de mest relevante prosjektene finnes nok derfor mest i måten strategiske midler blir benyttet og for Helse Nord del ved at søknadene sorteres i tre grupper etter fagområder som hver har sin ramme å søke innenfor.

6.4 Har satsing på forskning i foretaksområdet hatt noen uønskete effekter?

Det var ingen som påpekte noen klart negative effekter av satsingen. Det ble imidlertid pekt på utfordringer. Utfordringer som delvis ikke lå på de regionale foretakenes bord og utfordringer som fulgte med den større forskningsaktiviteten.

Med den kraftige satsingen på forskning var nå foretakssektoren blitt en vesentlig finansieringskilde for medisinsk og helsefaglig forskning. Innvilgelsesprosenten for innmeldte forskningsprosjekt var nå vesentlig høyere enn den var for Norsk forskningsråd (NFR). Representanten fra NFR ga uttrykk for at de ønsket en innvilgelsesprosent på høyde med den som nå er i foretaksområdet. Siden det er NFR som i all hovedsak skal finansiere basalforskning, var det da en del som nevnte at denne forskningen i hvert fall relativt hadde tapt noe terreng til den klinisk rettede forskningen. Det ble imidlertid understreket at økningen i klinisk forskning var i tråd med oppdraget som var gitt av departementet, og at satsingen i foretaksområdet også bidro til noe basalforskning. Om man for landet samlet mente det nå ble satset for lite på basalforskning var det andre instanser enn foretaksområdet som hadde ansvar for å tilføre dette området mer midler.

Utfordringer som de regionale foretakene hadde ansvar for å gripe fatt i var en bedre registrering av hvilke områder det ble forsket på og en bedre og sikrere håndtering av hvem som skulle krediteres, spesielt for artikler. Man ventet på etableringen av nasjonal vitenskapsindeks (NVI), som man håpet ville bidra til at slik registrering ble enklere og sikrere gjennomført.

6.5 Hvor mye ressurser bør satses på forskning?

Tilskuddet til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre er en av få overføringer til de regionale helseforetakene som er tatt ut av basisbevilgningen og øremerket et spesielt formål. Ved siden av midler fra denne øremerkete potten tilføres forskningen midler fra andre kilder enn statsbudsjettet, og foretakene bruker også midler fra sin driftsramme. Tallene fra NIFU-STEP viser at ressursene som gikk til forskning i 2008 var over 2 milliarder kroner og at det utgjorde nesten 2,5 % av det samlede driftsbudsjettet. HOD har i sine forskningsstrategiske dokumenter lansert at det bør være et mål at 5 % går til forskning. Helse Sør Øst er den av regionene som har satt 5 % som mål for sin satsing på forskning. De tre andre regionene har ikke satt noen entydig prosent, men alle ønsker å øke forskningens relative andel av sine driftsbudsjett.

Noen få av informantene mente ressursene til forskning nå var på et akseptabelt nivå. Det store flertall viste til at satsingen har ført til økt kompetanse og dermed flere gode forskningsprosjekter. Derfor var det ikke slik at det nå var en mangel på gode forskningsprosjekter. Økt satsing hadde gitt både økt kvantitet og kvalitet innen forskningsområdet. Informantene som kom fra Helse Sør Øst sitt område var alle enige i sin regions mål om at 5 % av driftsbudsjettet burde gå til forskning, og mente de ville være i stand til å håndtere en slik økning. De andre var ikke like offensive og de fleste av disse mente en lavere andel ville være et godt mål for dem. Alle ønsket imidlertid at andelen til forskning skulle øke. De som vektla at tilførselen av midler måtte komme gradvis og veies opp mot oppbyggingen av kompetanse var også de som mente at det innen deres område enda var en vei å gå før det var bygget opp gode og robuste forskningsmiljø.

Noen av de som ble intervjuet mente at en fortsatt sterk vekst måtte gjøres innenfor en samlet vurdering av forskningsprogrammet for all medisinsk og helsefaglig forskning, der NFR sin rolle også ble vurdert.

6.6 Generelt om finansieringsmodellen

6.6.1 Øremerking på statsbudsjettet

Av alle de 21 informantene var det bare to som mente at dagens øremerking på statsbudsjettet måtte sees på som en overgangsordning. Disse mente det måtte være RHF-enes ansvar å disponere sine midler til forskning på et tilstrekkelig nivå, uten at en del av dette var øremerkete tilskudd. De mente lovgrunnlaget og forskningsstrategiene og de årlige oppdragsdokumentene var tilstrekkelige styringssignaler for regionene. Det store flertall mente at øremerkingen på statsbudsjettet ga et viktig signal, at det sikret disse øremerkete midlene for forskning og at de også var med på å aktivisere de forskningskreftene foretakene hadde i sin midte.

6.6.2 Måling av aktivitet og aktivitetsbasert finansiering

Alle informanter ønsket at aktiviteten ble målt, og mente det var positivt å kunne konkurrere om en pott etter hvor mange poeng regionene oppnådde. Helse Vest hadde ført noen av disse midlene ned til forskningsgrupper, der de fikk deler av det regionen fikk for doktorgrader eller artikler. Mange var skeptiske til å la et slikt insentiv virke så langt ned i organisasjonene. Oppfatningen av hvem som ble inspirert av aktivitetsmålingene og tilhørende pengeoverføringer varierte. Alle mente de ansvarlige på regionalt nivå ble påvirket i sitt arbeid av slike insentiver. Det varierte litt mer hvordan man mente dette inspirerte den enkelte forsker og miljøet direkte rundt denne. De fleste viste til at forskningsmiljøet var opptatt av å vise seg fram og at målingen av aktivitet derfor var noe de fleste var opptatt av. Det bidro til å gjøre forskningen mer effektiv ved at doktorgrader ble fullført raskere og at forskningsresultatene ble presentert i tidsskrifter.

Hvem og hvilket nivå i organisasjonen som var opptatt av de økonomiske konsekvensene av denne målingen var det som vist delte meninger om. Fra noen ble det påpekt at de hadde ønsket at overføringene på grunnlag av aktivitet ikke var et nullsum spill, men at dette tilskuddet hadde fått en ekstra tilvekst om forskningsproduksjonen økte. Slik det er nå hadde noen opplevd at de hadde økt sin produksjon men likevel tapt fordelingskampen fordi en annen region hadde økt sin produksjon enda mer.

Det ble også understreket at aktivitetsmåling var en forpliktelse man hadde til samfunnet ellers. Foretakene ble tildelt midler til forskning. Da var det rett og rimelig at de kunne dokumentere at midlene ble benyttet og ga avkastning.

Det kom ingen helt entydige svar på om forventete poeng fra et prosjekt var med når det ble avgjort hvilke som skulle få tildelt midler av samarbeidsorganet. I ett tilfelle ble det svart entydig at så ikke var tilfelle. Andre hellet til at aktivitetsmålingen var med på å luke bort de som i mindre grad produserte doktorgrader og artikler og at aktivitetsmålingen også var en god veileder for regionenes samarbeidsorgan som skal fordele midler.

Det ble også påpekt at poengberegningene kunne ha uønskete effekter. Noen prosjekt kunne kanskje involvere vel mange parametre som det så ble skrevet mange artikler på grunnlag av, der man tok for seg en del av parametrene for hver artikkel. Ingen mente at dette var et stort og viktig problem, men et forhold man burde følge med på. Ønsket man å få artikler inn i de tidsskriftene som ga mest poeng, var det ikke mulig med en slik oppdeling av et prosjekt. Siden publisering i slike tidsskrift også var mest prestisjefyllt, var dette med på å motvirke en utgliding på dette området.

6.6.3 Fordeling av den faste rammen

40 % av de øremerkete midlene tildeles som en fast ramme. Denne blir så delt på 5 og tre av regionene får 1/5 mens Helse Sør-Øst etter at de to regionene ble slått sammen får 2/5.

Bortsett fra de to som ikke lenger ønsket øremerkete midler over stasbudsjettet ønsket alle å beholde denne faste tildelingen. Man mente den sikret en nødvendig og forutsigbar basisbevilgning som bidro til å holde oppe nødvendige støttefunksjoner for forskningsarbeidet. Det var ikke et sterkt ønske om å endre fordelingen 60/40 mellom aktivitetsbasert finansiering og fast ramme, men de fleste kunne støtte en endring der den aktivitetsbaserte andelen økte. Representantene for Helse Sør Øst mente alle dette.

Spesielt de som arbeidet i Helse Nord var opptatt av at beløpet som ble tildelt som en fast, ikke aktivitetsavhengig ramme, måtte opprettholdes. De mente deres region hadde så få andre å støtte seg på, at de var avhengig av et slikt tilskudd for å kunne opprettholde en nødvendig infrastruktur for forskning. Universitetet var ungt, instituttsektorer ved siden av sykehus og universitet var så godt som fraværende og private og halvoffentlige givere til forskning var svært få, sammenlignet med situasjonen spesielt i Osloområdet.

Det syntes ikke som man var særlig opptatt av å endre fordelingen av den faste rammen. Alle påpekte at den tyngste og mest omfattende forskningen fant sted på Østlandet og man ønsket ikke å svekke dette miljøet siden Norge tross alt er et lite land og at alle tjente på at vi klarte å opprettholde miljøer med internasjonal anerkjennelse.

Hovedinntrykket var at ingen ønsket en stor debatt, verken om endringer i måling av aktivitet eller endringer av det faste beløpet, hvis dette satte i gang en ressurskrevende debatt om hvordan dette burde gjøres. Det trodde de ville ta oppmerksomheten bort fra det viktigste som var å frigjøre mer midler totalt sett til forskning og få en enda bedre utvikling av de forskningssvake områdene.

6.7 Programmenes og ledelsenes betydning

Helse- og omsorgsdepartementet kom i november 2006 med sin forskningsstrategi fram til 2011.¹¹ Denne dekker alle områder av helsetjenesten. Det er denne og de årlige oppdragsdokumentene som gir departementets føringer for arbeidet med forskning i de regionale foretakene.

Man mente at det hovedsakelig var en god sammenheng fra de nasjonale føringene til de regionale strategiene og til foretaksstrategiene, der slike fantes. Det ble vist til at det var stor enighet om hovedmålene om å styrke klinisk forskning, få fram forskningssvake områder og trekke med også de mindre foretakene uten universitetstilknytning. Ut over å følge opp dette ble de regionale strategiene utviklet av regionene selv, uten å skjule for mye til den nasjonale strategien, og de hentet inspirasjon og erfaring fra hverandre. Oppdragsdokumentene ble lest og man søkte å følge opp de signaler som ble gitt der. Samtidig mente de fleste at det helst ikke burde blitt gitt føringer nasjonalt som gikk helt ned på diagnose eller ganske avgrensede oppgaver. Det ble uttalt at om departementet ønsket satsing på ett bestemt område burde de, som regionene selv, sette av egne midler for å bygge opp eller sette i gang aktivitet på akkurat dette området. Selv om forskningen har fått mer ressurser de siste årene er det stadig mye gjenstående arbeid med å oppfylle hovedmålene for forskningen, og ressurstilgangen er ikke så stor at stadig nye oppgaver kan defineres inn i dette området.

Når det gjaldt nasjonale satsinger innen foretaksområdet var det god oppslutning om arbeidet i nasjonal samarbeidsgruppe (NSG) som har satt opp 7 nasjonale oppgaver der det er blitt tatt hensyn til områder der landet har spesielt gode forutsetninger for å bygge forskningsmiljø som kan hevde seg internasjonalt, samtidig som det er tatt hensyn til hovedmålene for forskningsarbeidet i regionene. Man foretrakk at spesielle satsinger heller vokste fram gjennom drøftinger i NSG, framfor at det ble presentert i oppdragsdokumentet. Samtidig var det en god forståelse for at også forskningsarbeidet både måtte og skulle leve med endringer i politiske prioriteter. Derfor studerte man de politiske signalene og søkte å imøtekomme disse i det arbeidet som ble gjort innen forskningsfeltet, og ingen oppfattet

¹¹ Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi 2006-2011, november 2006

disse spesifikke kravene som noe problem, men uttrykte at det stadig er et stykke igjen før det er utviklet en god overordnet nasjonal strategi for forskningen.

Betydningen av gode strategier og forskningsprogram ble noe ulikt vurdert, men alle mente det var nødvendig med gode og tydelige strategier og alle mente det var viktig å etablere tydelige strukturer med gode forskningsledere og nok kompetente veiledere. De fleste mente gode målformuleringer måtte komme før bevilgningene. Spesielt i en oppbyggingsfase. Informantene som kom fra miljøer med en lang og sterk forskningstradisjon var de som la minst vekt på dette og som ikke ønsket en for sterk programstyring av forskningen. De ønsket heller frie midler det var åpen konkurranse om.

Det ble fremhevet som et problem at registreringen av den utførte forskningen enda var for svak. Man hadde ingen samlet oversikt over hvem som forsket på hva. Noen av informantene hadde kunnskap om hvordan de i England har registrert forskningen både etter fag, type forskning fra grunnforskning til helsetjenesteforskning og etter hvor midlene er kommet fra. Ønsket var at vi i Norge også kunne arbeide oss fram mot en tilsvarende oversikt. Det ville gi et vesentlig bedre grunnlag for å utvikle strategiene videre.

Samtalene kom også inn på spørsmålet om habilitet, og om det var for mye de samme personene som både formulerte strategiene og bevilget til prosjektene. Svaret var at dette var noe man var klar over, men at det etter hvert var bygd opp gode rutiner på dette området, med en utstrakt bruk av eksterne som evaluerte forskningsprosjektene og innstilte hvilke søknader som burde få midler.

6.8 Kravet til adressering

HOD har i eget brev krevd at alle søknader skal være forankret hos ansatte i et helseforetak. Alle regionene praktiserer nå dette unntatt Helse Midt-Norge. De mener selv at de er helt avhengige av NTNU for å bygge opp en sterk forskningsaktivitet i foretakene og ønsker ikke å legge vekt på hvor hovedsøkeren er ansatt når prosjektet ellers er i tråd med hva regionen skal forske på. Både Helse Nord og Helse Vest innskjerpet dette innefor sine regioner etter dette brevet, mens Helse Sør-Øst allerede hadde en ganske entydig praksis, i tråd med kravene i brevet. De tre regionene var positive til at dette ble strengere ivaretatt og mente det ga et tydeligere eierskap til forskningen fra foretakenes side.

Selv om et prosjekt er forankret i et foretak kan det være med forskere i prosjektet både fra universitet, høyskoler og fra andre regioner. En artikkel kan derfor ha mange bidragsyttere som gir poeng til sin region eller sitt universitet. Korrekt registrering av poeng kan derfor være en komplisert affære. Faren for å uteglemme noen og for å telle noen dobbelt er til stede. Siden forskerne kan ha stillingsandel ved flere institusjoner og kan også bytte arbeidssted og kanskje hovedarbeidsgiver var alle opptatt av dette problemet. Alle ønsket Norsk vitenskapsindeks (NVI) (jf. Sivertsen (red) 2008) velkommen og regnet med at med den på plass ville dette med poengberegning etter adresser bli mer oversiktlig og kunne gjøres mer automatisert enn i dag.

6.9 Hvordan kan dagens system forbedres?

6.9.1 Endring av poengberegningen

Hvis aktivitetskriteriene skulle endres mente de fleste at vekten av doktorgrader kunne reduseres. Det var bare representantene for Midt-Norge regionen som ikke ønske dette. Det var ikke mange forslag til andre kriterier, og det var heller ikke et veldig sterkt ønske om endring. De fleste mente det var viktig å ha en stabil måte å gjøre dette på og at dette nå hadde oppnådd en aksept. Det var derfor unødig bruk av ressurser å forsøke å revidere dette. Fors lag til andre kriterier var:

- Antall siteringer
- Antall postdoktorer
- Utvide type publikasjoner som ga poeng
- Gi poeng for om man var god til å hente inn annen finansiering, og da i første rekke EU-finansiering.

Av disse forslagene var det forslaget om å la dyktigheten i å hente inn annen finansiering som ble nevnt av flere. De øvrige forslagene ble presentert av enkeltpersoner og ikke gjentatt også av andre. Når det var få nye forslag skyldtes det at man mente nye kriterier i liten grad ville føre til endringer i den relative poengsummen mellom regionene. Derfor ville det bli lagt ned mye arbeid i noe som ikke førte til endringer. Det ble også vist til at man på dette området måtte se på hva som var vanlig å gjøre i andre land. Argumentasjonen for å regne poeng for ekstern finansiering var at dette samlet sett ville bidra til mer midler til forskning.

Noen få av de intervjuede var opptatt av at den aktivitetsbaserte delen var et nullsum spill. De mente det burde vært en gulrot slik at alle som økte sin produksjon fikk noe økte bidrag.

6.9.2 Vekten mellom aktivitetsbasert øremerking og fast tilskudd, samt fordeling av det faste øremerkete tilskuddet

Når det gjaldt vekten mellom aktivitetsbasert tildeling og den faste ramma som nå er 60/40, var det heller ikke så stor interesse for å endre denne. De som ønsket en endring ville alle øke den aktivitetsbaserte delen. Ingen foreslo å øke den faste andelen.

Fordelingen av den faste rammen mellom regionene var det også lite ønske om å endre. Ett forslag var at denne rammen kunne vært delt i to, der den ene delen var begrunnet ut fra hva det kostet å holde en fast minimumsstab i regionene, mens den andre ble fordelt etter dagens system eller tilsvarende. Begrunnelsen for dette var at det ble en tydeligere logikk i fordelingsmetoden. Ut over det var det innen andre forslag på dette området.

Helse Sør-Øst sine representanter viste til sine kommentarer til Magnussenutvalgets rapport og fordelingsnøkkelen av regionenes årlige driftsmidler. Det sentrale i deres innvendinger er at det må tas høyde for at det sentrale Østlandsområdet og da spesielt sykehusene som nå inngår i Oslo Universitetssykehus, over mange år har hatt størst utgifter til forskning og at de står for rundt 60 % av de poengene som hvert år produseres innen foretakssektoren. Selv om representantene for de øvrige regionene ikke trakk fram Magnussenutvalget, ga de uttrykk for at de ikke ønsket endringer som svekket det finansielle grunnlaget for de "gamle" forskningsmiljøene. De var ikke så opptatt av hvor de lå, men var seg bevisst at Norge er et lite land som må ha en politikk for styrke de forskningsmiljøene som markerer seg internasjonalt. Det var noe hele landet ville ha nytte av.

6.9.3 Øremerking innen regionen, mot enkelte fagområder

Det var som tidligere beskrevet en unison enighet om at fagligheten ikke måtte vike for å støtte opp under svakere områder. Forskningsprosjekt måtte derfor vurderes ut fra kvalitet. Som tidligere beskrevet var det kvalitet som ble holdt fram som kriterium av alle når forskningsprosjektene skulle vurderes. Man fikk et klart inntrykk av at det sjelden var prosjekt som scoret høyt på relevans og lavt på kvalitet som ble anbefalt, antagelig for at de knapt fantes.

Øremerking mot enkelte fagområder og foretak ble løst med tidsbestemte satsinger for å bygge opp leder- og veilederkompetanse. Dette ble finansiert av hva man kaller strategiske midler. Man var tydelige på at dette ville ta tid. Bygging av et godt forskermiljø mente man i minste fall tar 5-10 år.

6.9.4 Behov for å presisere bedre hva klinisk forskning er

Det var ikke noe gjennomgående tema at klinisk forskning var for svakt definert. De fleste syntes det var tydelig nok til å gi utviklingen en riktig retning. Noen mente imidlertid at det var en viktig oppgave framover å presisere dette bedre og gi mer rom for den forskningen som undersøkte hvordan kunnskapen vi har blir anvendt, det vil si helsetjenesteforskning. Dette gjenspeilte seg også i synspunktet på adresseringskravet. Man ventet på Norsk vitenskapsindeks (NVI) og en bedre registrering av hvordan forskningen fordelte seg på fagområder og på nivåene fra grunnforskning til helsetjenesteforskning, slik de har fått til i England. Slike målinger ville betinge en tydeligere definisjon av de forskjellige fag og en grenseoppgang mellom de ulike nivåene som grunnforskning, translasjonsforskning, klinisk forskning, helsetjenesteforskning og eventuelt grader mellom disse.

Spesielt de som arbeidet i Helse Midt-Norge mente det var vesentlig å se på temaene det ble forsket på og at de da ville kunne vise til en profil som kunne ligne de andre regionenes, selv om adressen for prosjektet oftere var NTNU enn foretak hos dem enn i de øvrige regionene.

Noen av de intervjuede håpet at man kunne nærme seg en samlet forskningsstrategi for hele det medisinske feltet, der alle bidragsyttere var inkludert. Det var imidlertid ikke en veldig prioritert sak. Det viktigste for de det ble snakket med, var å utnytte midlene som nå er kanalisert gjennom helseforetakene på en god måte og ytterligere styrke den klinisk rettede forskningen.

6.9.5 Implementering av forskningsresultater i praksis og innovasjon

De fleste av informantene mente man foreløpig var kommet for kort i forhold til å få realisert forskningsresultater i innovasjoner som kunne omsettes i et marked, eller som resulterte i endrete, bedre og mer kostnads- og personelleffektive behandlingsformer. Man mente dette er et vanskelig område som man så langt ikke har klare svar på hvordan man skal få til. Det varierte litt om de intervjuede mente dette burde være en del av forskningssatsingen eller om det var noe annet enn forskning som også måtte trekke veksler på miljø utenfor foretakene.

Det syntes som de fleste mente overføringen av ny kunnskap til ny praksis stilte andre krav enn det forskningen hadde forutsetninger for å bistå med. Helse Sør-Øst har satt opp dette området som et av hovedområdene i sin nye strategi, men det inngår ikke i forskningsfeltet. De mener den trenger en egen organisering og innretning og også en egen finansiering.

Når det gjaldt innovasjoner som har mulighet for omsetting i et marked, ønsket en del at foretakene ble gitt større muligheter for å bli med på utviklingen lenger, slik at det ikke gjennomgående var private aktører som høstet markedsgevinsten av det foretaksforskningen hadde lagt grunnlaget for.

6.9.5.1 Definisjonen av infrastruktur og hvem som skal ha ansvar for hva?

De som ble intervjuet hadde forskjellig syn på hvordan infrastrukturen ble definert og ivaretatt. Infrastruktur ble betraktet som tilgang på veiledere og gode forskningsledere, bruk av kontorfasiliteter, bruk av kostbart utstyr og etablering av nasjonale biomedisinske databaser, databaser som HUNT (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) og tilsvarende. Synspunktene på hva som var viktig varierte etter den intervjuedes posisjon og hovedinteresseområde.

I vurderingen av infrastruktur ble også NFR trukket fram noe hyppigere enn på andre områder. Enkelte mente at deler av dette ansvaret var nasjonalt og burde håndteres av NFR. Siden oppfatningene av hva som var nødvendig infrastruktur og om det var godt løst innen dagens system var så vidt ulikt, kan det synes som det ville være nyttig med en tydeliggjøring av hvilken infrastruktur som bør løses innen foretakssektoren og hva som er et nasjonalt ansvar og bør ligge utenfor.

6.9.6 Balansen mellom forskningsområdene

Noen av de intervjuede uttrykte noe bekymring for at ressurstilgangen for grunnforskningen hadde tapt terreng i forhold til det som går og skal gå til klinisk forskning gjennom foretaksområdet. Dette var likevel ikke et sterkt anliggende for noen, heller ikke for de som trakk fram dette. Man var av den oppfatning at med den nye satsingen hadde foretaksområdet evnet å organisere sin forskning bedre, kanalisere mer av egne midler inn til forskning og bedret effektiviteten målt i kvalitet og relevans. Denne satsingen hadde ikke tatt midler fra øvrig forskning og de økte midlene til klinisk rettet forskning var viktig for en god kunnskapsbasert medisinsk praksis og burde få fortsette å vokse.

6.10 utfordringer framover

Bare to av de intervjuede representerte helsefagene. Det kan derfor ikke utelukkes at det finnes interessen motsetninger innen foretaksområde som ikke er kommet helt til uttrykk i de samtalene som er gjennomført. En slik er behovet for flere masterutdanninger innen sykepleie og mer forskning på helsefag som sådan, og da kanskje med egne rammer.

De gangene slike tema ble berørt var svaret entydig om at det var kvalitet som skulle skille prosjektene og at det var doktorgrader som var det utdanningsnivået det skulle bevilges midler til. Utdanning av mastergradsstudenter kan være viktig, men må løses av andre institusjoner enn foretakene.

Samtalene avdekket ikke vesentlige uenigheter blant de intervjuede om satsingen på klinisk forskning framover, men det ble ofte trukket fram to forhold som også måtte løses i årene som kom.

- Klinisk forsknings sitt mål er å gi en bedre helsetjeneste. Da må det arbeides med å dokumentere at denne forskningen kommer pasienten til gode. Forskningen er en innsatsfaktor og det må arbeides med å dokumentere dette bedre.
- Selv om det er foretakenes "egne" midler som nå brukes til å bygge opp den kliniske forskningen, er det en realitet at foretaksområdet nå er en bidragsyter til medisinsk forskning på høyde med eller forbi NFR, målt i kroner. Derfor er det viktig at Kunnskapsdepartementet (KD) og HOD med sine viktigste forskningsaktører Universitetene, NFR og RHF-ene sammen finner fram til gode strategier som underbygger den deling av ansvar som ligger til grunn for dagens politikk og som utnytter hverandres kompetanse i årene framover.

Dagens ordning er for de aktivitetsbaserte midlenes del basert på et glidende gjennomsnitt over tre år. Alle ønsket å beholde slike ordninger som sikret at endringer ikke førte til for raske endringer i ressurstildelingen og innretningen av forskningsprogrammene. Forskning må ha et langt perspektiv.

7 Drøfting og vurdering av dagens system for finansiering av forskning

7.1 Hvordan er måloppnåelsen i forhold til mengde og innretning på forskningen?

7.1.1 Økt aktivitet og ressursbruk i helseforetakene

Det er et helse- og forskningspolitisk mål å styrke forskningen i helseforetakene, jf. *Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi 2006-2011* og St.meld. nr. 20 (2004-2005) *Vilje til forskning*. Økte ressurser til forskning i helsesektoren var også et av målene i Soria Moria-erklæringen. Gjennomgangen av utvikling i forskningsaktivitet og ressursbruk i kapittel 3 og 4 viste at forskningsaktiviteten og -kostnadene i helseforetakene har økt de senere årene.

Det har vært en sterkere vekst i antall fullførte doktorgrader enn publiseringspoeng. Dette er et utviklingstrekk vi finner for alle regionene. Den høye veksten i antall doktorgrader kan være en utfordring i forhold til tilgjengelig veiledningskapasitet. Dette er bakgrunnen for at Helse Sør-Øst i søknadsrunden i 2008 innførte kvotering av antall doktorgradsstipender og postdoktorstipend i forholdet 3:1.

Veksten i rapporterte kostnader ved helseforetakene har vært særlig sterk. Noe av dette må tilskrives endringer i registreringspraksis over tid. Andelen som går til forskning av totale kostnader har også økt, og var 2,3 prosent i 2008. Dette kan i stor grad knyttes til utvikling ved helseforetakene i Helse Sør-Øst. Veksten i rapporterte kostnader er sterkest i Helse Sør-Øst, som har økt sin andel av forskningskostnadene totalt.

Utvikling på regionnivå viser et ulikt bilde for henholdsvis forskningspoeng og kostnader. Mens Helse Sør-Øst har hatt størst prosentvis vekst i kostnadene har regionen lavest vekst i forskningspoeng. Likeledes har Helse Midt-Norge og Helse Nord lavest prosentvis vekst i rapporterte kostnader men størst prosentvis vekst i forskningspoeng i disse årene. Dette gjelder for både publiseringspoeng og doktorgradspoeng. I hvilken grad dette kan knyttes til forskjeller i (utvikling i) kvaliteten på rapporterte tall er vanskelig å si noe om.

7.1.2 Mer og bedre klinisk forskning

Behovet for styrking av pasientrettet klinisk forskning ble fremhevet i rapporten som beskrev noen av eierperspektivene bak sykehusreformen (Helsedepartementet 2001). Denne målsettingen påpekes også i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Fram til innføringen av det øremerkete tilskuddet til forskning i helseregionene, lå FoU-utgiftene til medisin og helsefag på fjerde plass av faggruppene i UoH-sektoren og instituttsektoren (Jerkø 2009a). Teknologi, matematikk og naturvitenskap og samfunnsvitenskap lå over. Driftsutgiftene i faste priser har de siste årene steget for alle faggrupper, men mest for medisin og helsefag. Den sterke veksten for medisin og helsefag startet i 2003/2004 og fagområdet har nå de høyeste driftsutgiftene. Dette kan delvis knyttes til bedre rapportering

i helseforetakene, men det har også reelt sett vært en sterk vekst. De områdene som lå over ble passert i 2005. Samlete FoU-midler til medisin og helse, finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet, var 2,4 milliarder kroner i 2007. Samme år finansierte Kultur- og vitenskapsdepartementet (nå Kunnskapsdepartementet) tilsvarende virksomhet med 1,4 milliarder kroner, NFR bidro med 0,4 milliarder kroner, mens 500 millioner kroner kom fra andre finansieringskilder. Av de samlede FOU-midlene gikk 1,9 milliarder til helseforetak med universitetsklinikkfunksjon, 2,2 milliarder til universitet og høyskoler, og 770 millioner til institutter (ibid). I 2001 lå FoU utgiftene til klinisk medisin like under utgiftene til basal medisin. Utgiftene til samfunnsmedisin utgjorde 1/3 av utgiftene til basal medisin. I 2007 var forholdet slik at FoU-utgiftene til klinisk medisin var 2,25 ganger høyere enn for basal medisin, mens utgiftene til samfunnsmedisin hadde økt til å være halvparten av FoU utgiftene til basalmedisin (ibid). Noe av endringen kan skyldes endret rapportering.

Antall doktorgrader i medisin og helsefag var om lag 100 i året på slutten av 1980-tallet. På 1990 tallet var det gjennomsnittlig 118 hvert år, mens dette har steget til 225 de første 8 årene av 2000-tallet. Antall doktorgrader økte med 150 prosent fra 2000 til 2008 (Indikatorrapporten, NFR 2009).

Tabell 7.3 viser hvor Norge står i forhold til våre naboland når det gjelder relativ publiseringsaktivitet og siteringer i forhold til en internasjonal indeks der verden totalt er satt til 100.

Tabell 7.1 Relativ publiseringsaktivitet 2008 og siteringsindeks (2004-2008) innen klinisk medisin. Norge sammenlignet med øvrige nordiske land

	Publiseringsindeks		Siteringsindeks
Sverige	109	Sverige	141
Finland	110	Finland	143
Norge	110	Norge	145
Danmark	124	Danmark	153
Island	128	Island	188
Verden totalt	100	Verden totalt	100

Kilde: Indikatorrapporten 2009, Norges Forskningsråd

Norge ligger midt på treet blant de nordiske landene for disse to indikatorene. Klinisk medisin er likevel blant fagområdene i Norge med høyest siteringsindeks for perioden 2004-2008 og ligger nær 50 prosent over verdensgjennomsnittet (Indikatorrapporten 2009).

I forhold til målene for forskningsaktiviteten synes det som måloppnåelsen er god. Samtidig tyder sammenligningen med våre nordiske naboland at vi har et stykke igjen før vi er på linje med de beste av de nordiske landene i publiseringsaktivitet og siteringer.

Fellesrapporten for RHF-ene har tall fra eRapport for 2008 for to av regionene. Klinisk forskning utgjorde rundt 40 prosent, mens grunnforskning utgjorde rundt ti prosent av forskningsprosjektene i Helse Vest og Helse Nord. Tall for tildeling av midler for 2010 for Helse Sør-Øst, som vi har fått fra regionen, viser at halvparten av antall søknader som er innstilt for tildeling av midler er innen klinisk forskning, mens i underkant av 30 prosent går til prosjekter definert som grunnforskning/ laboratorieforskning.

7.1.3 Spre forskningen til svakere fagområder

I St.meld. nr. 20 (2004-2005) *Vilje til forskning* vises det til behov for å sikre forskningsaktivitet innenfor mange fagområder, noe som betyr en styrking innen forskningssvake områder og særskilt innen psykisk helsevern og rusbehandling. Dette er også målsatt i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Med bakgrunn i den deskriptive analysen av utvikling i rapporterte kostnader til forskning ved helseforetakene i kapittel 3 finner vi ikke grunnlag for å si at forskningen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige er prioritert høyere enn forskningen innen somatisk sektor. Vi finner imidlertid størst vekst i kostnader innen psykisk helsevern i de to største regionene. Det må også understrekes at tallmaterialet er usikkert. Helse Midt-Norge har lavere tall i 2008 enn tidligere år for psykisk helsevern, men er samtidig den regionen som har klart høyest andel til forskning innen rusbehandling og psykisk helsevern. For landet total utgjør kostnadene til forskning for somatisk sektor enn høyere andel enn av de totale kostnadene.

Vi har ikke data på aktivitet etter fagområde. Men fordelingen av prosjekter finansiert av regionale forskningsmidler på fagområder etter ISI-klassifiseringen viser at fagområdet Psychiatry and Clinical Psychology er det området som står for den største andelen prosjekter som rapporterer til eRapport som vist i avsnitt 3.5. Strategiombudene i Nasjonal helseplan stod for rundt 30 prosent av prosjektene som rapporterte bruk av regionale forskningsmidler. Alle regionene har satt av strategiske midler til psykisk helsevern og rusbehandling. Helse Nord har psykisk helsevern som ett av tre områder hvor de søkbare midlene er fordelt på områdene før tildeling.

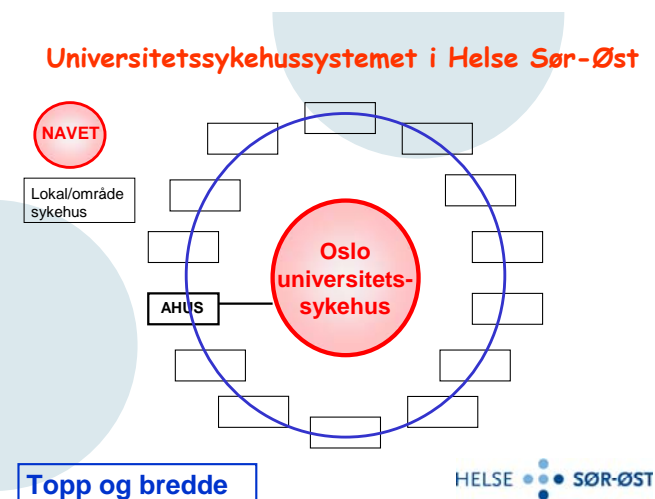
7.1.4 Spre forskningen til mindre foretak

Det har vært en målsetting at forskningen i sykehus uten universitetsfunksjoner skal styrkes, jf. Soria Moria-erklæringen. Beskrivelsen av utviklingstrekk for forskningsaktiviteten i kapittel 3 viste at andelen forskningspoeng produsert utenfor de tidligere store universitetssykehusene er økt, spesielt de to siste årene i perioden. Økningen av andelen til foretakene uten universitetsfunksjon har vært nær 30 %. For godkjente doktorgrader er bildet annerledes. På det området har ikke andelen til de gamle regionsykehusene endret seg siden 2003. De tidligere lokal og sentralsykehusene har også økt sin andel av de totale forskningskostnadene.

Spesielt i Helse Midt-Norge utgjør fortsatt forskningsproduksjonen utenfor St. Olavs Hospital en beskjeden andel. I denne regionen stod de mindre helseforetakene for 12 prosent av forskningspoengene 2008. For de tre andre regionene var andelen fra 19-23 prosent. Når det gjelder foretak uten universitetstilknnytning varierer det en god del hva de produserer av forskning. To av seks tidligere sentralsykehus i Helse Sør-Øst fikk ingen tildelinger for 2010.

I de gjennomførte samtaler ble det fra flere påpekt at det gjensto et arbeid for å få direktørene ved foretakene uten universitetstilknnytning til å inkludere forskningsproduksjonen i sitt rapportsystem, slik at det fikk den nødvendige oppmerksomhet i prioriteringsdiskusjon der man alltid følte behovet for ressurser var større enn man hadde til disposisjon.

For å styrke aktiviteten i de mindre forskningstunge foretakene hadde alle regionene en modell som i prinsippet ligner den Helse Sør-Øst har skissert i figur 7.2. I denne regionen kalles senteret for navet som skal drive fram forskningen i hele området. For Helse Sør-Øst er dette navet plassert i Oslo Universitetssykehus. I Helse Nord er det Universitetssykehuset i Nord-Norge. I Helse Midt-Norge er det NTNU. Helse Vest har ikke ett senter men søker å få til nettverk der de mindre foretakene er knyttet enten til Helse Bergen eller Helse Stavanger.



Figur 7.1 Skjematisk tegning av hvordan Helse Sør-Øst sitt nav fungerer. Kilde: Helse Sør-Øst RHF

7.1.5 Økt kvalitet

I tillegg til økt omfang skal forskningen i helseforetakene også styrkes kvalitetsmessig. I *Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi 2006-2011* står det at "god kvalitet skal ligge til grunn for all forskningsfinansiering". I samtalen som ble gjennomført ble det understreket at rutinene med å vurdere forskningssøknadene var blitt vesentlig forbedret de siste årene. Det var trukket inn eksterne personer med god kunnskap om hva som skulle kreves. Noen av de ble gjennomført samtaler med ble selv benyttet til å vurdere andres forskningsprosjekter, både nasjonalt og internasjonalt. Oppfatningen var samstemt om at den økte aktiviteten også hadde ført til flere gode søknader. Antallet gode søknader som ikke nådde opp i konkurransen var heller større nå enn for noen år tilbake.

Andelen artikler publisert i ledende tidskrift og andelen med internasjonalt medforfatterskap har vært relativt stabil eller økende de senere årene, jf. avsnitt 3.4. Bekymringen for at resultatbasert finansiering skulle forringe kvaliteten på forskningen får altså ingen støtte i disse tallene.

7.2 Begrunnelser for eget, øremerket tilskudd til forskning

Alternativet til øremerking er at midlene fordeles gjennom de regionale helseforetakenes basisbevilgning (generelt rammetilskudd). Det er innenfor en slik ramme mulig å ta høyde for regionale forskjeller i ressursbehov knyttet til forskning gjennom en egen delnøkkel tilsvarende det man har for somatiske spesialisthelsetjenester, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og prehospitaltjenester.

Det øremerkede tilskuddet til forskning har to hovedbegrunnelser:

- Sikre et minimumsnivå på ressursbruken i forskning i helseforetakene
- Stimulere til økt omfang og kvalitet på forskningsproduksjon

Todelingen av tilskuddet i en basisdel og en resultatbasert del kan knyttes til de to begrunnelsene.

7.2.1 Basistilskuddet

Begrunnelsen for dette faste tilskuddet er at det skal bidra til å sikre nødvendige basisfunksjoner i forskningen ved helseforetakene (St.meld. nr. 5 (2003-2004)). Tilskuddet ble i utgangspunktet gitt med samme beløp til alle de fem tidligere regionale helseforetakene. Dette kan tolkes slik at det forutsettes at slike basisfunksjoner er uavhengig av størrelse. Det kan også tolkes som at basistilskuddet også fanger opp andre forskjeller mellom helseregionene som ulike rekrutteringsmuligheter og ulike muligheter for tilgang til alternative finansieringskilder. Disse tolkningene ble også lagt til grunn av Magnussenutvalget og ble gitt som begrunnelse for at tilskuddet skulle deles likt mellom regionene.

Foreløpig har HOD valgt å videreføre tilskuddene til tidligere Helse Sør RHF og Helse Øst RHF til Helse Sør-Øst RHF.

Omfordelingseffekter av endringer i fordelingen av basistilskuddet vises i avsnitt 8.2.

Det er også mulig å legge en annen tolkning inn i basistilskuddet, nemlig å sikre ønsket fordeling av forskningsmidler mellom regionene. Dette blir nærmere drøftet i avsnitt 7.2.3.

7.2.2 Insentivmekanismer i finansieringsmodellen - det resultatbaserte tilskuddet

For å stimulere til økt omfang og kvalitet på forskning i sykehusene fordeles tilskudd til forskning også basert på dokumenterte oppnådde resultater. Det er flere kjennetegn ved den resultatbaserte delen av tilskuddet til forskning som er vesentlig i diskusjonen av insentiveffekter:

- Finansieringsandel
- Hva måles, hvordan og med hvilken vekt
- Hvem mottar tilskuddet
- Hva bestemmer størrelsen på tilskuddet (gitt måleresultat)
- Måleperiode

7.2.2.1 Finansieringsandel

Hvor sterke insentiveffekter som ligger i det resultatbaserte tilskuddet påvirkes av hvor stor andel av forskningsaktiviteten som finansieres av tilskuddet. Dersom tilskuddet finansierer en beskjeden andel av forskningskostnadene, vil insentiveffektene være tilsvarende svake. Det resultatbaserte tilskuddet utgjør 60 prosent av det øremerkede tilskuddet til forskning i helseforetakene som gis over statsbudsjettet. Det utgjør imidlertid en betydelig lavere andel av den samlede finansieringen av forskningsaktiviteten ved helseforetakene, som vist i kapittel 5. Samtidig blir det hevdet av de involverte at det har bidratt til en bedre organisering av hele forskningsområdet, siden forutsetningen for å få en andel av disse øremerkete midlene er at de ulike faggruppene kan dokumentere sin egen virksomhet. Derfor kan øremerkingen ha hatt en viktigere rolle enn det størrelsen på tilskuddet kan antyde.

7.2.2.2 Hva måles?

Finansieringssystemet gir insentiver til å prioritere aktiviteter som omfattes av resultatmålingen, Forskningsresultater måles i dagens system ut fra publiserte artikler og fullførte doktorgrader. Forskningsutdanning og publisering er to hovedaktiviteter innen forskning. Forskerutdanning bidrar til å heve kvaliteten på forskningen ved helseforetakene, og gir også ansatte større kompetanse når det gjelder å fange opp og videreformidle i

organisasjonen resultater innen helsefaglig forskning. Publisering er den metode som benyttes for å kvalitetssikre forskning.

Som vist i kapittel 3 har det vært en økning i publiseringsaktiviteten ved helseforetakene etter sykehusreformen. Selv om endringer i registreringspraksis og i målesystemet vanskeliggjør sammenligning av artikkelproduksjon og publiseringspoeng over tid, har det vært en positiv utvikling i de senere årene.

Finansieringssystemet skal stimulere til økt publisering i tidsskriftene som omfattes av ordningen. Hvorvidt ordningen med nivåinndeling og ulik uttelling for publisering etter tidsskrift stimulerer til publisering i tidsskrifter som gir høyest uttelling er gjenstand for debatt. Sivertsen (2009) refererer innlegg i debatten omkring finansieringssystemet for UoH-sektoren, som har en lignende ordning. Kritikerne mener at "*publiseringsmønsteret ville endre seg i retning av flest mulig publikasjoner med minst mulig innsats*". At systemet stimulerer til økt kvantitet heller enn økt kvalitet ble også fremhevet som et problem i en rapport som gir en teoretisk vurdering av finansieringssystemet for UoH-sektoren (Gabrielsen mfl 2007). En måte å undersøke om dette er tilfelle for helseforetakene på er å se på utviklingen i andel artikler på nivå 2 og nivå 2A. Som vist i kapittel 3 er det ikke en entydig utvikling, men tendensen er i alle fall ikke at andelen på de to høyeste nivåene har blitt lavere over tid snarere tvert imot. Sivertsen (2009) viste til stabilt publiseringsmønster også for universitet og høyskoler.

Siden 2007 har det gitt ekstra uttelling dersom artikkelen er fremkommet gjennom samarbeid med forskere i andre land. I likhet med antall artikler har antallet artikler med internasjonalt medforfatterskap økt for landet som helhet og for alle regionene. Som det framgikk i kapittel 3 er tendensen at andelen øker, selv om det svinger noe fra år til år.

Publiseringssamarbeid med forskere ved andre institusjoner innenlands gir redusert uttelling ved at poengene brøkdeles mellom institusjoner som er oppgitt med forfatteradresser. Isolert sett kan dette gi uønskede signaler i forhold til publiseringssamarbeid mellom ulike nasjonale institusjoner. På den annen side vil samarbeid kunne bidra til å øke sannsynligheten for publisering. Som vist i kapittel 3 tenderer andelen forfatteradresser fra helseforetaket å avta. Selv om andelen forfatteradresser vil påvirkes av registreringspraksis mht forfatteradresser og artikler, både ved helseforetakene og andre institusjoner som omfattes av målingene, jf. samordning med UoH-sektoren, ser det i alle fall ikke ut til at artikkelsamarbeidet på tvers av institusjoner blir mindre omfattende.

Insentivene til å prioritere doktorgradsløp er sterke. Fullførte doktorgradsløp gir 5 poeng, samtidig som doktorgradsløp også gir resultater i form av publiserte artikler. Dersom hver fullførte doktorgrad i gjennomsnitt gir tre publiserte artikler på nivå 1 gir et fullført doktorgradsløp åtte poeng. Ikke fullførte doktorgradsløp vil også gi poeng dersom kandidaten greier å publisere en eller flere artikler gjennom stipendperioden. Som vist i kapittel 3 har det vært en sterkere vekst i antall doktorgrader enn i publiseringspoeng. Andelen poeng fra fullførte doktorgrader økte fra rundt 30 prosent i gjennomsnitt for årene 2000-2002 til i underkant av 40 prosent i 2008. Andelen doktorgrader hvor kandidaten har medisinerbakgrunn har imidlertid gått ned. Hvis vektene skulle endres var det vekten for doktorgrader som de fleste av de som ble intervjuet nevnte, og da med redusert uttelling.

Styrken av insentivene som ligger i de ulike elementene avhenger også av den relative uttellingen for hvert av elementene. I avsnitt 8.2.3 vises omfordelingsvirkninger av endringer i vektingen av de ulike elementene i beregningen av forskningspoeng. En vil forvente at jo større betydning de ulike elementene har for fordelingen av det resultatbaserte tilskuddet, jo sterkere kan insentivene som ligger i dem tenkes å virke.

Den resultatbaserte forskningskomponenten i finansieringssystemet for UoH-sektoren inkluderer, i tillegg til indikatorer for vitenskapelig publisering og doktorgradskandidater, indikatorer for strategiske forskningsmidler og midler fra Forskningsrådet og EUs rammeprogrammer. Omfanget av midler fra eksterne kilder, og da spesielt EU, ble også nevnt som mulig kandidat som nytt element i det resultatbaserte tilskuddet for helseforetakene i noen av intervjuene.

7.2.2.3 Hvem mottar tilskuddet og hvordan fordeles det?

Tradisjonelt vil man hevde at et insentiv først er effektivt når det treffer den som produserer direkte. Slik er det ikke nødvendigvis med de aktivitetsbaserte midlene. De går til det regionale foretaket. Helse Vest og Helse Midt-Norge lar en liten del av de regionale forskningsmidlene gå videre ned til forskningsgruppen som har bidratt med poeng. I de øvrige regionene var det ingen av de vi snakket med som ønsket en oppsplitting av insentivene ned på forskernivå. De mente det ville redusere muligheten for å styrke den samlede forskningen og det ville øke vanskelighetene med å følge opp hva midlene ble benyttet til. Samtidig mente de fleste at ordningen i seg selv likevel var motiverende, også for de enkelte forsker.

Vitenskapelig kvalitet og relevans er hovedkriterier i fordelingen av søkbare forskningsmidler i regionene. I tildeling av midler for 2009 hadde vitenskapelig kvalitet en vekt på 90 prosent i Helse Sør-Øst og 70 prosent i de tre andre regionene. Alle regionene har publikasjoner som et av elementene i vurdering av kvalitet på søker og søkermiljø. Alle unntatt Helse Sør-Øst har også kandidatproduksjon som et av elementene¹² (Lerfald 2009). Vektlegging av kvalitet i fordeling av forskningsmidlene bidrar til videreføring av insentivene i finansieringssystemet ned til forskernivå.

Insentivene kan tilsynelatende virke, eventuelt forsterkes, ved at målingsvariablene i finansieringssystemet sammenfaller med det som motiverer og vektlegges i forskningen i helseforetakene uavhengig av finansieringsordningen. Doktorgrader er i dag en del av forskerutdanningen. Å sikre tilgang til forskere med doktorgrad er en forutsetning for at et forskningsmiljø skal vokse og vedlikeholdes. Publisering er den måten forskningen kvalitetssikres på og som muliggjør at resultatene blir verdsatt og vektlagt. Publisering er det som er meritterende for forskerne. Målesystemer og lett tilgjengelig oversikt over resultater for forskere og forskningsmiljøer bidrar trolig til å forsterke motivasjonen til publisering på grunn av betydningen dette har for anerkjennelse blant forskerkolleger (Gabrielsen m fl 2007). Målesystemet kan derfor i seg selv ha virket som insentiv til økt publisering.

7.2.2.4 Hva bestemmer størrelsen på tilskuddet (gitt måleresultat)?

Fordi totalrammen for det øremerkede tilskuddet er fast gir det resultatbaserte tilskuddet ikke, i motsetning til for eksempel den innsatsstyrte finansieringen (ISF) av pasientbehandling, automatisk uttelling for økt aktivitet. For at økt aktivitet skal gi høyere tilskudd må regionen øke aktiviteten mer enn andre regioner. Mens ISF har en fastpris, med en endogen ramme, kjennetegnes det resultatbaserte tilskuddet altså av at det har en fast ramme med endogen pris (per forskningspoeng) som avhenger av totalproduksjonen i helseforetakene. Mens helseforetakenes ISF-inntekter kun avhenger av egne handlinger, avhenger regionenes forskningsinntekter også av handlingene til helseforetak i andre regioner. Insentivene som ligger i denne ordningen kan trekke i begge retninger. For det første er marginalinntekten usikker, noe som kan trekke i retning av at man prioriterer andre aktiviteter med mer kjent/sikker avkastning. Å gjøre totalrammen delvis avhengig av forskningsproduksjonen kan motvirke en eventuell slik effekt. I samtalene påpekte også noen at det kunne vært ønskelig med en utvidelse av rammen når produksjonen økte, slik at det ikke bare var en kamp mellom regionene om å øke mest.

På den annen side kan det resultatbaserte tilskuddet betraktes som en parallell til poengsystemet som brukes for finansiering av privatpraktiserende leger i Tyskland, som er vist å gi insitamentet til en såkalt "trede-mølle"-effekt (Benstetter m fl 2006). Det vil si insitament til sterk aktivitetsvekst. Dette knyttes til risikoen for inntektsnedgang dersom aktivitetsnivået/-veksten ikke holder tritt med resten av aktørene i systemet. Dette kan være

¹² Helse Sør-Øst kvoterer antall doktorgradsstipendiater og postdoktorstipend i forholdet 3:1., blant annet for å sikre tilstrekkelig veiledningskapasitet. Stipendiater omtales også i regionenes strategi. Helse Midt-Norge har også måltall for minimumsantall stipendiater i hvert helseforetak.

en noe søkt sammenligning fordi det trolig er mye mer vanskelig å øke produksjon av publiserte artikler enn av legekonsultasjoner. Men diskusjon omkring kvantitet og kvalitet i forskningen kan knyttes til dette.

7.2.2.5 Måleperiode

Som vi viste i kapittel 3 varierer måleresultatene fra år til år. Måleperioden er derfor viktig for forutsigbarheten i finansieringen av forskningen gjennom det øremerkede tilskuddet. Det benyttes tre års glidende gjennomsnitt i beregninger av forskningspoeng. Dette bidrar til å glatte ut tilfeldige variasjoner, samtidig som trenden i aktivitetsutviklingen fanges opp.

7.2.2.6 Ønskes den resultatbaserte finansieringen opprettholdt?

Som beskrevet i kapittel 6 var det full oppslutning om å registrere forskningsaktiviteten. Ønsket var en bedre registrering. De som hadde sett oversiktene fra England så gjerne at man også i Norge kunne vise hvilke fag som hadde fått midler og på hvilket nivå på en skala fra basalforskning til helsetjenesteforskning.

Selv om ingen kunne vise til hvordan en aktivitetsbasert tildeling initierte mer forskning og mer produktiv forskning, ønsket alle at denne tildelingsformen skulle fortsette. Skulle noe endres, mente de aller fleste at andelen aktivitetsbasert øremerking heller skulle økes enn reduseres. Man mente dette førte til mer oppmerksomhet mot at prosjekter måtte avsluttes og resultatene publiseres.

7.2.3 Forholdet mellom aktivitetsbasert tilskudd og fast tilskudd

Endringer i innretningen på basistilskuddet, både som andel av det samlede tilskuddet og fordeling mellom regionene, vil ha stor betydning for fordeling av forskningstilskuddet og er derfor også viet stor oppmerksomhet.

Som nevnt i avsnitt 7.2.1 foreslo Magnussenutvalget å beholde modellen for fordeling av basistilskuddet slik det var før sammenslåingen av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF. Det vil si fordele basistilskuddet likt mellom de fire regionene. For å unngå uheldige omfordelingsvirkninger for Helse Sør-Øst foreslo utvalget at basisdelen skulle reduseres til 30 prosent, siden Helse Sør-Øst står for en stor andel av forskningsproduksjonen.

I Helse Sør-Øst sitt hørings svar til Magnussenutvalgets forslag sa regionen seg enig i utvalgets forslag om å beholde modellen, og at endringen fra fem til fire regioner nødvendiggjorde en revurdering av forholdet mellom basisdel og resultatbasert del. Regionen foreslo at andelen til basistilskudd utgjør 25 prosent, lik den som i sin tid ble foreslått av Hagenutvalget, og som regionen mente var mer inntektsnøytral enn utvalget forslag.

I avsnitt 8.2 beregnes omfordelingsvirkninger ved å endre fordelingen mellom basisdel og resultatbasert del, både med dagens fordeling av basistilskuddet og med likt beløp til alle regionene.

Utgangspunktet for basistilskuddet har altså vært å sikre nødvendige basisfunksjoner. Hvorvidt det betyr at alle regionene bør ha likt beløp, altså at det er uavhengig av størrelse, er ikke umiddelbart innlysende så lenge det ikke er klart hva dette omfatter og hva kostnaden faktisk er. I diskusjonene kan det synes som det er lagt mer vekt på prosentandeler enn på kroner. Dersom hensikten faktisk er å sikre basisfunksjoner som er likt fordelt, så er vel fokus på kronebeløpet for disse basisfunksjonene det relevante. En annen mulig tolkning av basistilskuddet er at det skal sikre en ønsket fordeling av basisfinansiering mellom regionene. Blant annet kan det være knyttet til ønsket om å sikre finansiering av sterke, ledende forskningsmiljøer. Et slikt argument ser også å være underliggende i diskusjonene av fordeling av basistilskuddet. I første rekke har dette vært knyttet til forskningsmiljøene ved de tidligere statseide sykehusene som nå hører inn under Rikshospitalet HF. Disse sykehusene hadde og har en vesentlig høyere forskningsinnsats enn

andre sykehus. Helse Sør-Øst RHF viser i sitt hørings svar til Magnussenutvalgets forslag at Helse- og omsorgsdepartementet i protokollene fra foretaksmøter i 2008 med alle de regionale helseforetakene har påpekt Rikshospitalets rolle som høyspesialisert referansesykehus med nasjonale funksjoner.

Dersom man redefinerer tolkningen av basistilskuddet til at det skal sikre ønsket fordeling, og den resultatbaserte delen skal stimulere til økt aktivitet, så kan en mulig revidering av hele det øremerkede tilskuddet være som følger:

- Basis tilskudd fordelt etter nøkkel som fanger opp ønsket fordeling
- Økt andel basistilskudd
- Aktivitetsbasert tilskudd som stimulerer til økt aktivitet og kvalitet

En modell med fordelingsnøkkel er kanskje mer relevant å diskutere hvis man legger tilskuddet inn i den generelle basisbevilgningen til de regionale helseforetakene, jf. avsnitt 7.2.5.

7.2.4 Ønskes øremerkingen opprettholdt?

Med unntak av to personer ønsket alle man hadde samtale med at øremerkingen fra HOD til regionene måtte fortsette. Begrunnelsen var at øremerkingen tydeliggjorde at forskning var en prioritert oppgave. Midlene var et godt redskap i arbeidet med å utvikle forskningsområdet, og det var en inspirator for alle som var involvert. Det er overføringer fra foretakenes egen basisbevilgning som er den dominerende ressursen for den samlede forskningen. Oppfatningen er at med de øremerkete midlene på toppen er det lettere å vinne forståelse for de nødvendige prioriteringer og endringer som må gjøres i den daglige driften, for å kunne dra nytte av disse øremerkete midlene. Formelle styringssignaler vil ikke ha samme gjennomslagskraft.

Det var ingen ønsker om at departementet skulle øremerke forskningsmidler til spesielle formål innenfor ordinære budsjetttrammer slik det er gjort for 2010, der til sammen 15 millioner kroner fra basisbevilgningene til de regionale helseforetakene er øremerket samhandlingsforskning.

Den største delen av forskningsressursene i et foretak kommer gjennom de vanlige driftsmidlene. Tildelingen av disse midlene følger derfor i all hovedsak foretakenes øvrige budsjettprosess. Det er påpekt i samtalene vi har hatt at det øremerkete tilskuddet og frigjorte midler til strategiske satsinger har fått en annen dynamikk inn i denne budsjettprosessen, til beste for bedre forskningsresultater.

Regionene har i ulik grad klart å frigjøre midler fra den ordinære budsjettprosessen som de har øremerket forskning. Disse midlene har i all hovedsak gått til å bygge opp områder man av forskningsstrategiske grunner ønsker å styrke. De er i mindre grad stilt til disposisjon for forskningsmiljøene som midler det kan søkes på.

7.2.5 Bør det øremerkede tilskuddet økes?

Det er flere forhold som bør tas i betraktning i en vurdering av hvorvidt det øremerkede tilskuddet bør økes. Dette gjelder blant annet:

- Sikre fortsatt vekst i forskningen i helseforetakene
- Sikre finansiering av forskning som ikke går på beskostning av pasientbehandling
- Omfordelingsvirkninger

Det er en målsetting at ressursinnsatsen til forskning skal økes til fem prosent av de samlede kostnadene. En styrket finansiering av forskning gjennom økning av det øremerkede tilskuddet er et virkemiddel for å nå dette målet.

I samtalene med aktører i forskningen var det ingen sterke ønsker om å øke den øremerkete tildelingen av midler. Dette kan nok skyldes at man ikke regner dette som aktuell politikk.

Det ble av noen påpekt at den aktivitetsbaserte delen var et nullsum spill der de hadde ønsket at rammen også ble økt noe når den samlede forskningsproduksjonen økte. Skal et slikt ønske oppfylles krever det en økning av den øremerkete tildelingen.

Magnussenutvalget pekte på mulig skjevfordeling mellom de regionale helseforetakene i finansieringen av forskning:

"Samtidig ser utvalget at forskjeller i kostnadsdekning mellom de regionale helseforetakene klart går i disfavør av Helse Sør-Øst".

Utvalget understrekte at dette ikke fanges opp i utvalgets forslag til fordeling av basisramme til de regionale helseforetakene. Utvalget anbefalte derfor at departementet

"særskilt vurderer omfanget av medisinskfaglig forskning og hvordan finansieringen av denne kan skje uten at dette går på bekostning av bevilgningene til pasientbehandling".

I seg selv er ikke dette nødvendigvis et argument for at det øremerkede tilskuddet bør økes. Et alternativ er at det legges inn en egen fordelingsnøkkel for forskning i inntektssystemet for de regionale helseforetakene, på linje med nøklene for pasientbehandling og prehospitale tjenester.

Dersom Magnussenutvalgets vurdering av mulige skjevfordelinger mellom regionene legges til grunn, er også (om)fordelingsvirkningene av en økning i det øremerkede tilskuddet til forskning vesentlig. Dersom økningen i tilskuddet til forskning tas fra det generelle rammetilskuddet, vil omfordelingsvirkningene avhenge av differansen mellom regionenes andel av fordelingsnøkkel for rammetilskuddet og andelen av forskningstilskuddet. Uten endring i innretningen på det øremerkede tilskuddet vil det, som vist i avsnitt 8.3, kunne gi omfordelingseffekter som ikke bidrar til å jevne ut forskjeller i kostnadsdekningen i forskningen mellom regionene.

Det bør derfor vurderes om innretningen på forskningstilskuddet bør endres samtidig. Dette er i tråd med Magnussen-utvalgte anbefaling:

"En slik utredning bør også inneholde en vurdering av mulige geografiske fordelingseffekter av forholdet mellom ramme- og aktivitetsfinansiering av forskningsaktiviteten".

I kapittel 8 vises omfordelingseffekter for ulike alternativer av endringer i fordelingen av det øremerkede tilskuddet.

Økning av det øremerkede tilskuddet til forskning innenfor dagens samlede bevilgning til de regionale helseforetakene vil også redusere den totale bevilgningen for noen av de regionale helseforetakene. Et alternativ til økning av det øremerkede tilskuddet innenfor gitt totalbevilgning er derfor omfordeling gjennom vekst. Dette er også illustrert gjennom regneeksempel i kapittel 8.

7.3 Regionale forskjeller når det gjelder strategier og organisering

I forhold til finansiering har Helse Sør-Øst et mål om å øke satsingen på forskning slik at den disponerer 5 % av regionens brutto driftsutgifter. Det er et mål at alle foretak skal sette av 1 % av sitt driftsbudsjett til forskning. Helse Nord har ikke satt noe prosentmål, men ønsker å øke sin egen satsing fra dagens 30 millioner kroner til 150 millioner kroner. Det går ikke fram av strategien om dette er såkalt frie søkbare midler og at det da i tillegg er midler knyttet til forskning som er bundet i sykehusets driftsbudsjett. Hvor stor andel dette vil utgjøre av det regionale foretakets driftsmidler er derfor ikke helt klart. Helse Nord setter ikke noe mål for det enkelte foretak.

Helse Midt-Norge hadde en strategi fra 2004-2007 som ikke er revidert ennå. De satte som mål at de skulle benytte 3 % av brutto driftsutgifter til forskning i 2007 og at de enkelte foretak skulle sette av 1,5 % av sine driftsbudsjett til formålet. Tallene i kapittel 4 tyder på

at det er et stykke igjen til målet nås. I tillegg satte regionen opp nøyaktige mål for hva de ønsket av antall doktorgrader og artikler for de enkelte foretak.

Helse Vest sin strategi ble utarbeidet i 2004. Når det gjelder saksområder og innretning setter strategien de samme mål som man også nå arbeider etter.

7.4 Forholdet til andre offentlige institusjoner innen medisinsk og medisinsk faglig forskning, NFR, Universitetene og høyskolene

7.4.1 Samarbeidet med Universitet og høyskoler og bruk av adresser

I tråd med kravene fra departementet har alle regionene opprettet samarbeidsorgan med universitetet og et samarbeidsorgan med høyskolene i regionen. Det er samarbeidsorganet med universitetet som fordeler forskningsmidler. Samarbeidsorganet med høyskolene fordeler ikke forskningsmidler og benyttes mer til å drøfte felles oppgaver knyttet til undervisning. Det er noe ulik praksis med hensyn til hvilken rolle samarbeidsorganene i de ulike regionene spiller i tildelingen av de samlede regionale forskningsmidlene, jf. avsnitt 5.2. Samarbeidsorganet er aktivt inne i drøfting og fordeling av strategiske midler i alle regionene med unntak av Helse Sør-Øst. RHF-enes fellesrapport (Lerfald m fl 2009) gir et godt innblikk i organiseringen av fordelingen av de regionale forskningsmidlene.

Fra 2006 ble det innført resultatbasert finansiering basert på vitenskaplig produksjon også for universitet og høyskoler, jf. St.meld. nr. 20 (2004-2005) Vilje til forskning. Dette medførte et behov for koordinering av måle- og finansieringssystemene for medisinsk og helsefaglig forskning i de regionale helseforetakene og i UoH-sektoren, blant annet en innskjerping av kravene til forfatteradresser. Mange forskere har stillingsandel både ved et helseforetak og ved et universitet. Forskningsresultatene, i form av publikasjonspoeng og fullførte doktorgrader, kan derfor komme som resultat av samarbeid mellom helseforetak og universitet. Høyere uttelling for førsteforfatter ble også avviklet som ledd i samordningen med UoH-sektoren. En tredje endring var at nivåinndelingen av tidsskrifter ble endret for å harmonere med nivåinndelingen i UoH-sektoren. For helseforetakene er det imidlertid behold et eget nivå for seks generelle og svært betydningsfulle tidsskrifter.

Basert på svarene vi fikk i intervjuene er det fortsatt en utfordring å få til en god og riktig registrering av forfatteradresser og kreditering av institusjonene. Man ventet på etableringen av Norsk vitenskapsindeks (NVI), som man håpet ville bidra til at slik registrering ble enklere og sikrere gjennomført. Det ble også uttrykt ønske om en bedre registrering og oversikt over hvilke fagområder det ble forsket på, hvilken forskningskategori forskningen hørte inn under og hvem som finansierte forskningen. Det ble vist til England som hadde et godt system for dette.

7.4.2 Finansiering og organisering av medisinsk og helsefaglig forskning

I dag er det ti prosent av midlene til medisinsk og helsefaglig forskning som går via forskningsrådet (Jerkø 2009a). Andelen har sunket mens midlene samlet sett til sektoren har hatt en sterk økning. Årsaken er som vist tidligere i denne rapporten den sterke økningen av ressursbruken i helseforetakene og gjennom de regionale helseforetakene.

I fagbladet Forskningspolitikk har det vært tatt til orde for at Norges Forskningsråd igjen bør sette seg i førersetet og få en mer aktiv rolle i fordelingen av de samlede forskningsmidlene til medisinsk og helsefaglig forskning.

Forskningsrådet har lang erfaring med å utvikle og evaluere forskning. Arbeidet med å utvikle forskningen i foretaksområdet har trukket veksler på denne erfaringen. Mye av forskningsrådets teknikker og metoder for vurdering av vitenskaplige prosjekt er blitt benyttet i foretakssektoren.

Som påpekt andre steder i denne rapporten er det ikke slik at det er flyttet forskningspenger over i foretakssektoren. Den økte satsingen på forskning er kommet i stand ved en omprioritering av midler de regionale helseforetakene hadde. Dette er en del av driftsmidlene til helseforetakene og som de skal bruke til å oppfylle de fire prioriterte oppgavene lov om spesialisthelsetjeneste har gitt dem. En del av den registrerte økningen skyldes nok også en bedre registrering av de ressurser som faktisk brukes, og er slik sett ikke en realøkning.

I sitt tilsvaret til ønsket om at NFR skal ta en mer aktiv styringsrolle for den samlede medisinske og helsefaglige forskningen viser avdelingsdirektør Hilde Jerkø i NFR (Jerkø 2009b) til at det samlet sett har vært en stor og positiv økning i medisinsk og helsefaglig forskning og at det nå tegner seg et bilde der samarbeidet mellom de ulike store forskningsaktørene styrkes og der de enkelte institusjoner får en tydelig rolle. Hun ser for seg at NFR får en nasjonal rolle med å bygge opp helseregistre og biobanker og bidra til et bedre og fruktbart samarbeid mellom ulike miljøer for å styrke forskningens internasjonale posisjon.

Dette standpunktet er i tråd med de synspunktene våre samtalepartnere tilkjennega. Helse Midt-Norge har bygget opp et register, HUNT, som de gjerne så flere benytte seg av. Mange så behovet for nasjonale biobanker og registre, men syntes ikke det var en oppgave for de regionale helseforetakene. Det ble også påpekt behov for nasjonale grep i de tilfellene det kreves særskilt kostbart utstyr som en del av forskningen.

Det ble også vist til at det spesielt for sykepleiere er behov og ønske om mer fagforskning. Det vil si forskning rettet inn mot en faggruppes virksomhet. Et område de fleste mente ikke skulle dekkes av foretaksområdet men hørte mer naturlig hjemme i høgkolesektoren.

Alle involverte parter synes å være enige om at det er behov for en tydeligere strategi for hele det medisinske og helsefaglige forskningsområdet der de store aktørene har sine tydelig definerte roller. Flere etterlyste en bedre kommunikasjon mellom Kunnskapsdepartementet og HOD om disse forholdene.

8 Omfordelingsvirkninger av endringer i det øremerkede tilskuddet til forskning

8.1 Innledning

I dette kapitlet presenteres beregninger av omfordelingseffekter mellom de regionale helseforetakene ved endringer i innretning og nivå på det øremerkede tilskuddet til forskning (kap 732, post 78). Omfordelingseffekter av følgende endringer er beregnet:

- A. Omfordeling innenfor dagens øremerkede tilskudd
 - o Endring i fordeling av basisdelen
 - o Endring i fordeling mellom basis- og resultatbasert del
 - o Endring i vektingen av de ulike elementene i den resultatbaserte delen
 - Doktorgradspoeng
 - Tidsskriftspoeng
 - Internasjonal samarbeid
- B. (Om)fordeling ved økning av det øremerkede tilskuddet til forskning
 - o Uendret totalbevilgning for RHF-ene
 - o Økt totalbevilgning RHF-ene

Det tas utgangspunkt i bevilgningene i statsbudsjettet for 2010 som er vist i tabell 8.1.

Tabell 8.1 Øremerket tilskudd til forskning bevilget over statsbudsjettet for 2010*. Millioner kroner.

	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Totalt
Millioner kroner					
Øremerket tilskudd 2010	235,2	99,1	65,8	58,7	458,8
Herav basisdel	73,4	36,7	36,7	36,7	183,6
Herav resultatbasert del	161,7	62,4	29,1	22,0	275,2
Rammetilskudd	40 409	14 057	10 718	9 512	74 697
Prosentfordeling					
Øremerket tilskudd 2010	51,3 %	21,6 %	14,4 %	12,8 %	100,0 %
Herav basisdel	40,0 %	20,0 %	20,0 %	20,0 %	100,0 %
Herav resultatbasert del	58,8 %	22,7 %	10,6 %	8,0 %	100,0 %
Rammetilskudd	54,1 %	18,8 %	14,4 %	12,7 %	100,0 %

Kilde: Prop. 1 S (2009-2010) Helse- og omsorgsdepartementet

* Den faktiske fordelingen av det øremerkede tilskuddet i 2010 er litt endret sammenlignet med tallene i Prop. 1 S, jf rettinger i brev datert 11.11.2009. Helse Sør-Øst RHF fikk 235,3 millioner kroner, Helse Vest RHF fikk 99,2 millioner kroner, Helse Midt-Norge RHF fikk 65,6 millioner kroner mens tilskuddet til Helse nord RHF er som det framgår av tabellen. Vi har valgt å bruke tallene fra Prop. 1 S fordi de reproduseres med det tallmaterialet for forskningsresultater vi har fått fra NIFU STEP.

8.2 Omfordeling innenfor dagen øremerkede tilskudd

8.2.1 Endring i fordeling av basistilskuddet

Vi har beregnet omfordelingseffekter dersom vi endrer fra dagens fordeling av basisdelen, altså 40 prosent til Helse Sør-Øst og 20 % til de tre andre regionen, og til å fordele et likt beløp (25 %) på alle fire regionene.

Innenfor dagens ramme gir det en omfordeling av 27,5 millioner kroner fra Helse Sør-Øst til de øvrige regionene, som altså får økt tilskuddet med 9,2 millioner kroner hver.

8.2.2 Endring i fordeling mellom basis- og resultatbasert del av tilskuddet

I beregningene omfordeles det øremerkede tilskuddet ved at andelen resultatbasert økes fra dagens 60 prosent til henholdsvis 70 prosent, 75 prosent og 80 prosent. Vi har beregnet omfordelingseffekter både med dagens fordeling av basisdelen og med likt beløp på alle fire regionene. Tabell 8.2 viser omfordelingseffektene.

Tabell 8.2 Netto omfordelingseffekt av å øke andel resultatbasert del av det øremerkede tilskuddet til forskning. Med uendret og endret fordeling av basisdelen. Totalt tilskudd=458,8 millioner kroner.

	Uendret fordeling basis (40 %, Helse Sør-Øst, 20 % øvrige)			Endring fordeling basis (25 % hver region)		
	Andel resultatbasert					
	70 %	75 %	80 %	70 % ¹	75 % ²	80 %
Millioner kroner						
Helse Sør-Øst RHF	8,6	12,9	17,2	-12,0	-4,3	3,4
Helse Vest RHF	1,2	1,8	2,4	8,1	7,6	7,0
Helse Midt-Norge RHF	-4,3	-6,4	-8,6	2,6	-0,7	-4,0
Helse Nord RHF	-5,5	-8,3	-11,0	1,3	-2,6	-6,5
Prosent av dagens tilskudd						
Helse Sør-Øst RHF	3,7 %	5,5 %	7,3 %	-5,1 %	-1,8 %	1,5 %
Helse Vest RHF	1,2 %	1,8 %	2,5 %	8,2 %	7,6 %	7,1 %
Helse Midt-Norge RHF	-6,5 %	-9,8 %	-13,1 %	3,9 %	-1,1 %	-6,1 %
Helse Nord RHF	-9,4 %	-14,1 %	-18,8 %	2,3 %	-4,4 %	-11,0 %

1) Forslag NOU 2008: 2 (Magnussenutvalget).

2) Forslag fra Helse Sør-Øst RHF i høringsvar til NOU 2008: 2.

Med dagens fordeling av basisdelen, vil en økning i andelen av det øremerkede tilskuddet som fordeles etter forskningsresultater omfordele tilskuddet fra Helse Midt-Norge og Helse Nord til Helse Sør-Øst og Helse Vest. Dette skyldes at de to sistnevnte regionene har en større andel av forskningsresultater enn de har av basisdelen. Endringer i fordeling mellom basisdel og resultatbasert del har minst betydning for Helse Vest, målt både i kroner og i andel av dagens tilskudd. En økning på 10 prosentpoeng i andelen resultatbasert vil øke forskningstilskuddet med 1,2 millioner kroner eller 1,2 prosent for Helse Vest. For Helse Sør-Øst vil dette gi en økning i tilskuddet på 8,6 millioner kroner eller 3,7 prosent. Helse Midt-Norge vil få en reduksjon i tilskuddet på 4,3 millioner kroner eller 6,5 prosent. Endring i

andelen resultatbasert har størst prosentvis effekt på tilskuddet for Helse Nord, hvor en økning på 10 prosentpoeng vil redusere tilskuddet med 5,5 millioner kroner eller 9,4 prosent.

Dersom fordeling av basisdelen endres, samtidig som andelen fordelt etter forskningsresultater økes, vil dette med en andel resultatbasert på 70 prosent omfordele midler fra Helse Sør-Øst til de tre andre regionene, og da i størst grad til Helse Vest. Dette tilsvarer forslaget til endring i forskningsfinansieringen som Magnussenutvalget fremsatte.

Dersom andelen resultatbasert settes lik 75 prosent samtidig som basistilskuddet fordeles likt, slik det ble foreslått i høringssvaret til Helse Sør-Øst til Magnussenutvalget sitt forslag, endres retningen på omfordelingseffektene for Helse Nord og Helse Midt-Norge. Dette gir en økning på 7,6 millioner til Helse Vest og en reduksjon for de andre fordelt med 4,3 millioner kroner for Helse Sør-Øst, 2,6 millioner kroner for Helse Nord og 0,7 millioner kroner for Helse Midt-Norge.

Med en andel på 80 prosent går Helse Sør-Øst svakt i pluss mens reduksjonen i tilskuddet øker for Helse Midt-Norge og Helse Nord. Det er derfor fortsatt Helse Vest som får størst økning i tilskuddet.

8.2.3 Endring i vektingen av de ulike elementene i den resultatbaserte delen

Her omfordeles kun det resultatbaserte tilskuddet. Omfordeling av følgende endringer er beregnet:

- Halvering av doktorgradspoeng
- Dobling av tidsskriftspoeng på nivå 2 og 2A
- Dobling av uttelling for internasjonalt medforfatterskap

Vi har valgt å vise effekten av en reduksjon av doktorgradspoengene ut fra at doktorgradspoeng har økt i betydning i fordelingen av det resultatbaserte tilskuddet. En reduksjon av doktorgradspoengene ble også i intervjuene nevnt som det mest aktuelle dersom vektene skulle endres. Økt uttelling for tidsskriftspoeng på nivå 2 og 2A og økt uttelling for internasjonalt medforfatterskap er valgt for å illustrere effekten av å legge inn enda sterkere stimulans til publisering i ledende tidsskrift og til internasjonalt forskningssamarbeid. Størrelse på endringene (halvering og dobling) er valgt for å vise at relativt store endringer i poengberegningen har relativt små fordelingseffekter med gitt geografisk mønster på forskningsresultatene.

Gjennomsnittet av forskningsresultater for årene 2006-2008 legges til grunn i beregningene, det vil si samme beregningsgrunnlag som er brukt i fordelingen av det øremerkede tilskuddet for 2010. Tallmaterialet er tilrettelagt slik at vi kan beregne forskningspoeng ved endringer i vektingen av de ulike elementene i det resultatbaserte tilskuddet. Det vil si at antall artikkelpoeng fordelt på tidsskriftsnivå og internasjonalt medforfatterskap for hvert av de regionale helseforetakene er utgangspunkt for beregningene. Dette er illustrert i tabell 8.3.

Tabell 8.3 Strukturering av tallmaterialet i beregning av forskningspoeng for hvert de regionale helseforetakene.

Publiseringspoeng			
Tidsskriftsnivå	Internasjonalt samforfatterskap	Sum artikkelpoeng	Sum publiseringspoeng
1	JA		=Tidsskriftspoeng nivå 1 *uttelling internasjonalt *sum artikkelpoeng
	NEI		=Tidsskriftspoeng nivå 1 *1 *sum artikkelpoeng
2	JA		=Tidsskriftspoeng nivå 2 *uttelling internasjonalt *sum artikkelpoeng
	NEI		=Tidsskriftspoeng nivå 2 *1 *sum artikkelpoeng
2A	JA		=Tidsskriftspoeng nivå 2A *uttelling internasjonalt *sum artikkelpoeng
	NEI		=Tidsskriftspoeng nivå 2A *1 *sum artikkelpoeng
Doktorgradspoeng			
Fullførte doktorgrader		Antall	=Doktorgradspoeng *Antall
Forskningspoeng			
Sum forskningspoeng			=Sum publiseringspoeng + sum doktorgradspoeng

Tabell 8.4 viser omfordelingseffektene av de valgte endringene i vektingen av de ulike elementene i beregningen av forskningspoeng.

Tabell 8.4 Netto omfordelingseffekt av å endre vektingen av de ulike elementene i den resultatbaserte delen av tilskuddet. Totalt resultatbasert tilskudd=275,2 millioner kroner.

	Halvering av doktorgradspoeng	Dobling av tidsskriftspoeng på nivå 2 og 2A	Dobling av utelling for internasjonalt samarbeid	De tre endringene samtidig
Millioner kroner				
Helse Sør-Øst RHF	5,0	3,2	1,0	7,3
Helse Vest RHF	-2,9	-1,4	-0,1	-3,1
Helse Midt-Norge RHF	-1,0	-1,1	-0,7	-2,4
Helse Nord RHF	-1,2	-0,8	-0,2	-1,8
Prosent av dagens resultatbaserte tilskudd				
Helse Sør-Øst RHF	3,1 %	2,0 %	0,6 %	4,5 %
Helse Vest RHF	-4,6 %	-2,2 %	-0,1 %	-5,0 %
Helse Midt-Norge RHF	-3,3 %	-3,7 %	-2,4 %	-8,2 %
Helse Nord RHF	-5,5 %	-3,7 %	-1,0 %	-8,1 %

En halvering av uttellingen for doktorgrader (fra 5 til 2,5 poeng per fullførte doktorgrad) vil totalt omfordele fem millioner kroner, og vil øke tilskuddet til Helse Sør-Øst med 3,1 prosent og redusere tilskuddet i de andre regionene med fra 3,3 prosent til 5,5 prosent.

En dobling av tidsskriftspoeng på nivå 2 og 2A (fra henholdsvis 3 og 10 poeng til 6 og 20 poeng per artikkelpoeng) vil totalt omfordele 3,2 millioner kroner, og vil øke tilskuddet til Helse Sør-Øst med to prosent og redusere tilskuddet i de andre regionene med fra 2,2 prosent til 3,7 prosent.

En dobling av uttelling for internasjonalt medforfatterskap vil totalt omfordele en million kroner, og vil øke tilskuddet til Helse Sør-Øst med 0,6 prosent og redusere tilskuddet i de andre regionene med fra 0,1 prosent til 2,4 prosent.

Endringene i vekting har isolert sett små omfordelingseffekter. Dersom alle tre endringene innføres vil det totalt omfordeles 7,3 millioner kroner, øke tilskuddet til Sør-Øst med 4,5 prosent og redusere tilskuddet i de andre regionene med fra fem prosent til 8,2 prosent.

En reduksjon av antall poeng per fullførte doktorgrad, økning av tidsskriftspoeng på nivå 2 og 2A og økt uttelling for internasjonalt samarbeid vil altså hver for seg omfordele tilskuddet til fordel for Helse Sør-Øst. Dette reflekterer at Helse Sør-Øst står for en relativt større andel av publikasjonspoengene enn av doktorgradspoengene. De ulike elementene virker sammen. Økt uttelling for internasjonalt samarbeid vil gi relativt mer uttelling for regionene som har flest med internasjonalt samarbeid på nivå 2 og 2A, men viktigst her er at økt uttelling på nivå 2 og 2A vil ikke bare gi økt uttelling for publikasjoner på disse nivåene, men også øke andelen forskningspoeng totalt i forhold til doktorgradspoeng. Tilsvarende for økt uttelling for internasjonalt samarbeid. Dette er til fordel for Helse Sør-Øst. Helse Sør-Øst får isolert sett lavere andel av publiseringspoengene ved å øke uttellingen for internasjonalt samarbeid, men effekten av at publiseringspoengene øker sin andel av totale forskningspoeng dominerer, slik at det gir økt uttelling for Helse Sør-Øst. En dobling av uttelling for internasjonalt samarbeid øker andelen publiseringspoeng av totale forskningspoeng fra 65,4 prosent i dagens system til 71,7 prosent. En dobling av poeng på nivå 2 og 2A øker andelen publiseringspoeng til 73 prosent. Dersom man ønsker å unngå denne effekten gjennom endring i andelen doktorgradspoeng og publiseringspoeng, må andelen doktorgradspoeng av totale poeng holdes konstant. Tilskuddet må deles mellom doktorgradspoeng og publiseringspoeng, og fordelingen av de to delene beregnes separat. Omfordeling når tilskuddet til doktorgradspoeng og publiseringspoeng fordeles separat er vist i tabell 8.5.

Tabell 8.5 Netto omfordelingseffekt av å endre vektingen av de ulike elementene i beregning av publiseringspoeng, når andelen publiseringspoeng totalt holdes konstant. Totalt tilskudd til fordeling=180 millioner kroner.

	Dobling av tidsskriftspoeng på nivå 2 og 2A	Dobling av uttelling for internasjonalt samarbeid	De to endringene samtidig
Millioner kroner			
Helse Sør-Øst RHF	0,4	-1,2	-0,8
Helse Vest RHF	0,2	1,2	1,2
Helse Midt-Norge RHF	-0,5	-0,2	-0,6
Helse Nord RHF	-0,1	0,3	0,2
Prosent av tilskudd fordelt basert på publiseringspoeng			
Helse Sør-Øst RHF	0,3 %	-1,1 %	-0,7 %
Helse Vest RHF	0,6 %	3,2 %	3,4 %
Helse Midt-Norge RHF	-2,7 %	-1,4 %	-3,3 %
Helse Nord RHF	-1,0 %	2,5 %	1,3 %

Vi har tatt utgangspunkt i dagens fordeling mellom doktorgradspoeng og publiseringspoeng, som gir 180 millioner til fordeling basert på publiseringspoeng. Når vi ikke får omfordelingseffekter via fordelingen mellom doktorgradspoeng og publiseringspoeng blir omfordelingseffektene små.

En dobling av tidsskriftspoeng på nivå 2 og 2A vil da totalt omfordele 0,6 millioner kroner, og vil øke tilskuddet til Helse Sør-Øst og Helse Vest.

En dobling av uttelling for internasjonalt medforfatterskap vil totalt omfordele 1,5 millioner kroner, og vil øke tilskuddet til Helse Vest og Helse Nord.

Dersom de to endringene innføres samtidig vil det totalt omfordeles 1,4 millioner kroner, og tilskuddet til Helse Vest og Helse Nord vil øke.

8.2.4 Samtidig endring i fordeling av basistilskuddet, andel resultatbasert og vekting

Nedenfor viser vi omfordelingseffekter dersom man samtidig endrer fordelingen av basistilskuddet slik at alle regionene får likt tilskudd, øker andelen resultatbasert tilskudd til henholdsvis 70 prosent (tabell 8.6) og 75 prosent (tabell 8.7) og endrer vektingen av de ulike elementene i den resultatbaserte delen. Det tas da utgangspunkt i fordelingen av hele det øremerkede tilskuddet (458,8 millioner kroner).

Tabell 8.6 Netto omfordelingseffekt av å endre vektingen av de ulike elementene i den resultatbaserte delen av tilskuddet. Lik fordeling av basistilskudd mellom regionene og andel resultatbasert=70 %. Totalt øremerket tilskudd=458,8 kroner.

	Halvering av doktorgradspoeng	Dobling av tidsskriftspoeng på nivå 2 og 2A	Dobling av uttelling for internasjonalt samarbeid	De tre endringene samtidig
Millioner kroner				
Helse Sør-Øst RHF	-6,2	-8,3	-10,9	-3,5
Helse Vest RHF	4,8	6,5	8,0	4,5
Helse Midt-Norge RHF	1,5	1,3	1,8	-0,2
Helse Nord RHF	-0,1	0,4	1,1	-0,7
Prosent av dagens resultatbaserte tilskudd				
Helse Sør-Øst RHF	-2,6 %	-3,5 %	-4,6 %	-1,5 %
Helse Vest RHF	4,8 %	6,6 %	8,1 %	4,5 %
Helse Midt-Norge RHF	2,2 %	2,0 %	2,7 %	-0,3 %
Helse Nord RHF	-0,1 %	0,7 %	1,9 %	-1,2 %

En endring til lik fordeling av basistilskuddet og andel resultatbasert på 70 prosent samtidig med henholdsvis en dobling av tidsskriftspoeng på nivå 2 og 2A og en dobling av uttelling for internasjonalt samarbeid gir en omfordeling i disfavør Helse Sør-Øst. En halvering av doktorgradspoengene gir imidlertid også en liten nedgang til Helse Nord.

Tabell 8.7 Netto omfordelingseffekt av å endre vektningen av de ulike elementene i den resultatbaserte delen av tilskuddet. . Lik fordeling av basistilskudd mellom regionene og andel resultatbasert=75 %. Totalt øremerket tilskudd=458,8 kroner.

	Halvering av doktorgradspoeng	Dobling av tidsskriftspoeng på nivå 2 og 2A	Dobling av uttelling for internasjonalt samarbeid	De tre endringene samtidig
Millioner kroner				
Helse Sør-Øst RHF	2,0	-0,3	-3,1	4,8
Helse Vest RHF	4,0	5,9	7,5	3,7
Helse Midt-Norge RHF	-1,9	-2,1	-1,6	-3,7
Helse Nord RHF	-4,1	-3,6	-2,8	-4,8
Prosent av dagens resultatbaserte tilskudd				
Helse Sør-Øst RHF	0,9 %	-0,1 %	-1,3 %	2,0 %
Helse Vest RHF	4,0 %	5,9 %	7,6 %	3,7 %
Helse Midt-Norge RHF	-2,9 %	-3,1 %	-2,4 %	-5,6 %
Helse Nord RHF	-6,9 %	-6,1 %	-4,8 %	-8,1 %

Økes andelen resultatbasert til 75 prosent og basistilskuddet fordeles likt gir en samtidig dobling av tidsskriftspoeng på nivå 2 og 2A en omfordeling til Helse Vest fra de tre andre regionene. Det samme gjelder en dobling av uttelling for internasjonalt samarbeid. En halvering av doktorgradspoengene gir da en omfordeling fra Helse Nord og Helse Midt-Norge til Helse Vest og Helse Sør-Øst.

8.3 (Om)fordeling ved økning av det øremerkede tilskuddet til forskning

I beregning av (om)fordelingseffekter av økning i tilskuddet til forskning er hovedpoenget å vise retningen på omfordelingene. Vi har her valgt å illustrere omfordeling når økningen i det øremerkede tilskuddet finansieres ved reduksjon i det generell rammetilskuddet ved å øke det øremerkede tilskuddet med samme beløp som egenfinansiering i regionene i 2008. Egenfinansieringen i 2008 er beregnet ved å ta totale forskningskostnader ved helseforetakene og legge til kostnader ved forskning organisert utenom helseforetakene og trekke fra det øremerkede tilskuddet fra HOD og ekstern finansiering. Dette gir en egenfinansiering i 2008 på om lag 1,5 milliarder kroner. I beregning av fordelingseffekter av økning i det øremerkede tilskuddet finansiert gjennom vekst i den samlede bevilgningen til de regionale helseforetakene beregner vi det med utgangspunkt i målet om at fem prosent av budsjettet skal gå til forskning, men da under forutsetning av at økningen i det øremerkede tilskuddet finansierer økningen i forskningskostnadene, ikke også dagens egenfinansiering. Dette gir en økning i tilskuddet på rundt 2,5 milliarder kroner.

8.3.1 Omfordeling innenfor dagens samlede bevilgning til forskning og rammetilskudd

I beregning av omfordeling ved økning i det øremerkede tilskuddet til forskning innenfor dagens samlede bevilgning til de regionale helseforetakene tas 1,5 milliarder kroner ut av rammetilskuddet fordelt på regionene etter andelen av rammetilskuddet til de regionale

helseforetakene for 2010¹³, jf. tabell 8.8. Dette beløpet tilsvarer om lag egenfinansieringen i regionene i 2008.

Tabell 8.8 Andel øremerket tilskudd og andel rammetilskudd 2010.

	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Totalt
Andel øremerket tilskudd 2010	51,3 %	21,6 %	14,4 %	12,8 %	100,0 %
Andel rammetilskudd 2010	54,1 %	18,8 %	14,4 %	12,7 %	100,0 %

Kilde: Se tabell 8.1

Dette betyr at 811,5 millioner kroner tas ut av rammetilskuddet for Helse Sør-Øst, 282,3 millioner kroner fra Helse Vest, 215,2 millioner kroner fra Helse Midt-Norge og 191 millioner kroner fra Helse Nord. De 1,5 milliarder kronene fordeles så ut til regionene utfra systemet for fordeling av forskningstilskuddet. Vi har undersøkt omfordelinger både med dagens system og med endringer i andelen resultatbasert fordeling og endringer i fordeling av basistilskuddet.

Netto omfordeling, det vil si reduksjonen i rammetilskuddet pluss økningen i forskningstilskuddet, i kroner og i prosent av samlet bevilgning er vist i tabell 8.9.

Tabell 8.9 Netto omfordelingseffekt av å omfordele 1,5 milliarder kroner fra ramme tilskudd til øremerket tilskudd til forskning. Med ulike andeler resultatbasert og ulik fordeling av basistilskudd.

	Uendret fordeling basis (40 %, Helse Sør-Øst, 20 % øvrige)					Endring fordeling basis (25 % hver region)				
	Andel resultatbasert									
	60 %	70 %	75 %	80 %	90 %	60 %	70 %	75 %	80 %	90 %
Millioner kroner										
Helse Sør-Øst RHF	-42,5	-5,8	12,6	31,0	67,7	-160,1	-93,9	-60,9	-27,8	38,4
Helse Vest RHF	41,7	46,9	49,5	52,1	57,4	80,9	76,3	74,0	71,7	67,2
Helse Midt-Norge RHF	0,0	-18,4	-27,6	-36,9	-55,3	39,2	11,0	-3,2	-17,3	-45,5
Helse Nord RHF	0,8	-22,7	-34,5	-46,3	-69,8	40,0	6,7	-10,0	-26,7	-60,0
Prosent av det samlede tilskudd (øremerket+ramme)										
Helse Sør-Øst RHF	-0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %	-0,4 %	-0,2 %	-0,1 %	-0,1 %	0,1 %
Helse Vest RHF	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,4 %	0,6 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %
Helse Midt-Norge RHF	0,0 %	-0,2 %	-0,3 %	-0,3 %	-0,5 %	0,4 %	0,1 %	0,0 %	-0,2 %	-0,4 %
Helse Nord RHF	0,0 %	-0,2 %	-0,4 %	-0,5 %	-0,7 %	0,4 %	0,1 %	-0,1 %	-0,3 %	-0,6 %

¹³ Dette tilsvarer fordelingsnøkkelen for rammetilskuddet, se tabell 5.6 i Prop. 1 S (2009-2010). I tillegg kommer korreksjoner mht kapital og gjestepasientoppgjør.

Med dagens system for fordeling av det øremerkede tilskuddet til forskning omfordeles totalt 42,5 millioner kroner, i hovedsak fra Helse Sør-Øst til Helse Vest, men også til Helse Nord. Helse Midt-Norge berøres ikke. Årsaken til disse omfordelingseffektene kan leses ut fra tabell 8.8. Helse Sør-Øst får i dag en større andel av rammetilskuddet (54,1 prosent) enn de får av det øremerkede tilskuddet til forskning (51,3 prosent). Helse Vest på den annen side får en større andel av forskningstilskuddet (21,6 prosent) enn av rammetilskuddet (18,8 prosent). Det samme gjelder også i liten grad for Helse Nord.

Dersom man øker andelen resultatbasert økes omfordelingen til Helse Vest, mens reduksjonen for Helse Sør-Øst blir mindre og fortegnet endres til økning ved 75 prosent resultatbasert. Helse Nord går fra pluss til minus og Helse Midt-Norge får redusert tilskudd samlet sett. Omfordelingseffekten for Helse Sør-Øst snur på 72 prosent resultatbasert.

Dersom man også endrer fordelingen av basistilskuddet slik at alle regionene får likt tilskudd går omfordelingen fra Helse Sør-Øst til de tre andre regionene ved henholdsvis 60 prosent og 70 prosent fordelt etter forskningspoeng. Med en resultatbasert del på 75 prosent reduseres også det samlede tilskuddet til Helse Midt-Norge og Helse Nord og det er kun Helse Vest som går i pluss. Med en økning til 90 prosent blir nettoeffekten for Helse Sør-Øst positiv, og vi får ytterligere reduksjoner for Helse Nord og Helse Midt-Norge. Omfordelingseffekten for Helse Sør-Øst snur ved 85 prosent resultatbasert. Omfordelingseffekten snur på henholdsvis 72 prosent og 74 prosent resultatbasert for Helse Nord og Helse Midt-Norge.

8.3.2 Økt totalbevilgning til RHF-ene

Dersom en ønsker en styrking av forskningen gjennom økning i det øremerkede tilskuddet, men uten omfordeling, så kan dette gjøres gjennom vekst i den samlede bevilgningen. Med en økning på 2,5 milliarder vil dette gi økninger i forskningstilskuddet som vist i tabell 8.10.

Tabell 8.10 Fordelingseffekt av å øke øremerket tilskudd til forskning med 2,5 milliarder kroner uten å omfordele fra ramme tilskudd. Med ulike andeler resultatbasert og ulik fordeling av basistilskudd.

	Uendret fordeling basis (40 %, Helse Sør-Øst, 20 % øvrige)					Endring fordeling basis (25 % hver region)				
	Andel resultatbasert									
	60 %	70 %	75 %	80 %	90 %	60 %	70 %	75 %	80 %	90 %
Millioner kroner økning i det øremerkede tilskuddet										
Helse Sør-Øst RHF	1 282	1 337	1 365	1 393	1 448	1 104	1 204	1 254	1 304	1 404
Helse Vest RHF	540	548	552	556	564	599	592	589	585	578
Helse Midt-Norge RHF	359	331	317	303	275	418	375	354	333	290
Helse Nord RHF	320	284	266	249	213	379	329	303	278	228
Prosent av øremerket tilskudd (2,5 mrd. kr. + 458,8 mill. kr.)										
Helse Sør-Øst RHF	51,3 %	53,1 %	54,1 %	55,0 %	56,9 %	45,3 %	48,6 %	50,3 %	52,0 %	55,4 %
Helse Vest RHF	21,6 %	21,9 %	22,0 %	22,1 %	22,4 %	23,6 %	23,4 %	23,2 %	23,1 %	22,9 %
Helse Midt-Norge RHF	14,3 %	13,4 %	12,9 %	12,5 %	11,5 %	16,3 %	14,9 %	14,2 %	13,5 %	12,0 %
Helse Nord RHF	12,8 %	11,6 %	11,0 %	10,4 %	9,2 %	14,8 %	13,1 %	12,2 %	11,4 %	9,7 %

Med uendret system vil alle regionene få samme andel av økningen. Dette er vist i første kolonne. For øvrig går fordelingseffektene i samme retning som i tabell 8.9.

8.4 Oppsummering av omfordelingseffekter

I avsnittene foran har vi vist utslagene av forskjellige endringer av dagens vektings- og fordelingsregler. Det som er vist er konsekvensene av:

- Reduksjon i uttelling av doktorgradspoeng
- Større vektlegging av publisering på nivå 2 og 2A
- Økt uttelling for internasjonalt medforfatterskap
- Lik fordeling av basistilskuddet på regionene
- Økning i den resultatbaserte delen av de øremerkede tilskuddet
- Øke det øremerkede tilskuddet gjennom omfordeling fra basisbevilgningen til de regionale helseforetakene
- Omfordeling gjennom vekst i den samlede bevilgningen

Endring i vektlegging av de ulike elementene i poengberegningene som er vist gir isolert sett ikke store utsalg hver for seg. Helse Sør-Øst er den regionen som kommer ut i pluss av endringene som er undersøkt her. Dette fordi alle bidrar til å øke andelen som fordeles basert på publiseringspoeng.

Dersom fordelingen av basistilskuddet endres slik at alle regionene får samme beløp, vil det omfordele midler fra Helse Sør-Øst til de andre regionene. Økning i andelen resultatbasert gir omfordeling fra Helse Midt-Norge og Helse Nord til de to andre regionene, og da mest til Helse Sør-Øst. Dersom man samtidig omfordeler basistilskuddet og øker andelen resultatbasert vil det fortsatt gi en omfordeling fra Helse Sør-Øst til de andre regionene med en andel resultatbasert på 70 prosent. Dette var forslaget til endring i det øremerkede tilskuddet til forskning som Magnussenutvalget foreslo som tiltak for å redusere omfordelingseffekter ved lik fordeling av basistilskuddet etter sammenslåingen av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF. Helse Sør-Øst foreslo i sitt hørings svar å øke andelen resultatbasert til 75 prosent. Dette gir mindre negativ effekt for Helse Sør-Øst med dagens forskningsresultater og en reduksjon i tilskuddet til Helse Midt-Norge og Helse Nord. Økes andelen til 80 prosent gir det en liten økning til Helse Sør-Øst mens Helse Midt-Norge og Helse Nord da får ytterligere redusert tilskudd.

Økes forskningsstilskuddet ved å omfordele midler fra basisbevilgningen til de regionale helseforetakene vil dagens fordelingskriterier for basisbevilgningen og dagens fordelingsmodell for det øremerkede tilskuddet omfordele midler fra Helse Sør-Øst til i første rekke Helse Vest men også litt til Helse Nord. Det vil si at Helse Sør-Øst har en større andel av fordelingsnøkkelen for basisbevilgningen enn av det øremerkede tilskuddet til forskning. Ved en økning av den resultatbaserte delen til over 72 prosent blir netto effekten for Helse Sør-Øst positiv. Nettoeffekten for Helse Midt-Norge og Helse Nord blir mer negativ jo høyere andel resultatbasert. Dersom man samtidig endrer fordelingen av basistilskuddet slik at alle regionene får likt tilskudd blir nettoeffekten for Helse Sør-Øst positiv med en andel resultatbasert på over 85 prosent. For Helse Nord og Helse Midt-Norge er nettoeffekten positiv når den resultatbaserte andelen er under 72-74 prosent. Helse Vest vil være vinneren i alle alternativene som vi har sett på når midler omfordeles fra basisbevilgningen for å øke det øremerkede tilskuddet til forskning. Med unntak for Helse Vest, er omfordelingsvirkningene for de tre andre regionene altså avhengig av hvordan basistilskuddet fordeles og hvor sterk vekt man legger på forskningsresultater.

Beregningene er gjort med utgangspunkt i dagens fordeling av forskningsresultater og dagens fordeling av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. Dersom endringer i forskningsfinansieringen gjøres over flere år vil endringer i relative forskningsresultater og i demografisk utvikling påvirke omfordelingseffektene.

9 Drøfting av mulige endringer i finansieringssystemet for forskning

9.1 Hvorfor endringer i finansieringssystemet for forskning?

Endringer i finansieringssystemet vil endre den relative fordelingen av midler mellom de fire regionale helseforetakene. Ved endringer i systemet er det derfor viktig å først klargjøre hva man ønsker å oppnå med endringene. Mulige mål kan være:

- Justering av insentiver i den resultatbaserte finansieringen
- Mer rettferdig fordeling av midlene
- Skjerming av ressurser til pasientbehandling
- Øke de samlede midlene til medisinsk og helsefaglig forskning

Disse punktene er selvsagt ikke uavhengige av hverandre. For eksempel kan man gi mer midler til forskning uten å endre systemet for fordeling av midler. Hvordan det bør gjøres er imidlertid knyttet til ønsket om skjerming av bevilgningene til pasientbehandling. Dette igjen henger sammen med spørsmålet om rettferdig fordeling av forskningsmidler.

9.2 Premisser for forslag til endringer

Vi skisser nedenfor noen alternativer til mulige endringer i finansieringssystemet. Foruten en vurdering opp mot målene som er skissert over er forslagene basert på følgende premisser:

- Synspunkter på endringer blant ledende aktører regionalt og nasjonalt
- Vurdering av utvikling i forskningsaktiviteten
- Tolkning av basistilskuddet
- Vurdering av forskjeller i kostnadsdekning mellom regionene

Finansieringssystemet bør ha legitimitet og oppslutning hos de som berøres. Vi legger derfor stor vekt på vurderingene av dagens finansieringssystem som kom frem i intervjuene og synspunkter på ulike endringer i systemet.

Før vi skisser ulike alternativer til endringer i finansieringssystemet drøfter vi de to siste premissene. Disse har særlig betydning for vurderinger av forholdet mellom basisdel og resultatbasert del av tilskuddet og for vurdering av omfordelingseffekter ved endringer i systemet.

9.2.1 Tolkning av basistilskuddet

Det kan legges ulike tolkninger inn i basistilskuddet. Vi diskuterer her tre tolkninger:

- a) Sikre finansiering av basiskostnader som er uavhengig av størrelse og aktivitet

- b) Som a) men i tillegg fange opp høyere basiskostnader knyttet til ledende nasjonale miljø
- c) Sikre ønsket/rettferdig fordeling av forskningsmidler

Magnussenutvalget la tolkning a) til grunn i sitt forslag til endring i forskningstilskuddet. Forslaget om flatt basistilskudd, kombinert med en økning i andelen fordelt etter resultater, fikk også tilslutning i høringsvarene fra de regionale helseforetakene.

Tolkning b) er i første rekke et argument for at Helse Sør-Øst skal beholde 2/5 av tilskuddet, slik de gjør i dag. Argumentet for kan være at regionen ved overtakelsen av de tidligere statlige sykehusene Rikshospitalet og Radiumhospitalet overtok sykehus som hadde en stor forskningsaktivitet og som sykehusene fikk finansiert gjennom sin basisbevilgning over statsbudsjettet. Helse Sør-Øst la vekt på dette i sitt hørings svar, men da som argument for å øke den resultatbaserte andelen til 75 prosent, og viste blant annet til at Helse- og omsorgsdepartementet i protokollene fra foretaksmøter i 2008 med alle de regionale helseforetakene hadde påpekt Rikshospitalets rolle som høyspesialisert referansesykehus med nasjonale funksjoner. Dette er synspunkter som vi også finner støtte for i intervjuene. Det var et ønske om at de tunge og internasjonalt anerkjente forskningsmiljøene måtte sikres akseptabel ressurstilgang.

En tredje, og annen type tolkning av basistilskuddet er at det skal fange opp en ønsket eller i en eller annen forstand rettferdig fordeling av forskningsmidler mellom regionene. Dette er en tolkning som kan knyttes til fordeling av forskningsmidlene gjennom en fordelingsnøkkel.

Skal basistilskuddet dekke basiskostnader *uavhengig av størrelse og aktivitet*, er det naturlig å knytte dette til et kronebeløp (minimumskostnad) heller enn til prosentandel av det samlede tilskuddet. Da er det ikke naturlig at andelen basistilskudd skal være den samme uavhengig av størrelsen på det øremerkede tilskuddet. Dette gjelder også om man legger tolkning b) til grunn. Med en tolkning av basistilskudd som å sikre en ønsket fordeling av forskningsmidler vil logikken vedrørende andelen som fordeles etter basis også endres.

Vi kommer tilbake til dette i diskusjon av ulike alternative modeller nedenfor.

9.2.2 Vurdering av forskjeller i kostnadsdekning

Som vist til innledningsvis er ønsket om en evaluering av finansieringssystemet for forskning delvis begrunnet i forskjeller i størrelsen på forskningskostnader og kostnadsdekning fra det øremerkede tilskuddet mellom regionene. Magnussenutvalget påpekte at kostnadsdekningen gikk i disfavør av Helse Sør-Øst. Samtidig påpekte utvalget at det er ønskelig å opprettholde sterke medisinskfaglige forskningsmiljø som med dagens system må finansiere en forholdsmessig større andel av kostnadene ved dette selv.

I fordelingsnøkkelen for basisbevilgningen til de regionale helseforetakene skal kostnadsindeksen fange opp regionale forskjeller i kostnader knyttet til *merkostnader i pasientbehandlingen* ved at sykehusene driver forskning og utdanning. Det kompenseres altså ikke for *direktekostnader* knyttet til forskningsaktiviteten. Vi har ikke grunnlag for å overprøve Magnussenutvalget sin vurdering når det gjelder kostnadsindeksen. Dette krever analyser som ligger utenfor rammene av dette prosjektet. Utvalget anbefalte at det initieres et oppfølgende arbeid med tanke på å beskrive, dokumentere og analysere kostnadsforskjeller mellom regionale helseforetak. Vi konsentrerer oss her om å vurdere forskjeller i kostnadsdekning av det øremerkede tilskuddet til forskning.

Helse Sør-Øst bruker klart mer midler på forskning enn de andre regionene. Avhengig av om man tar med regionale forskningsmidler som kanaliseres utenom helseforetakene og også utviklingsmidler, så er Helse Sør-Øst sin andel av de samlede kostnader knyttet til forskning mellom 65 og 71 prosent, jf. tabell 9.1.

Tabell 9.1 Andelen midler til forskning i 2008, andelen forskningspoeng 2006-2008 og andelen av det øremerkede tilskuddet i 2010 for de fire helseregionene

	Forskning HF	Forskning HF+ RHF-nivå	FOU HF+ RHF-nivå	FOU HF+ RHF-nivå minus ekstern finansiering	Forskningspoeng gjennomsnitt 2006-2008	Øremerket tilskudd 2010
Helse Sør-Øst	71,1	66,0	64,6	60,6	58,8	51,3
Helse Vest	14,1	16,3	16,5	18,6	22,7	21,6
Helse Midt-Norge	7,6	10,0	10,1	12,0	10,6	14,3
Helse Nord	7,3	7,6	8,8	8,8	8,0	12,8
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Helse Sør-Øst mottar 51 prosent av det øremerkede tilskuddet. Det vil si at regionen som vist i NOU 2008: 2 har en lavere kostnadsdekning av det øremerkede tilskuddet enn de andre regionene. Helse Sør-Øst sin andel av forskningspoeng i årene 2006-2008 var 59 prosent. Lavere kostnadsdekning fra det øremerkede tilskuddet i Helse Sør-Øst kan derfor i stor grad knyttes til at regionen har en lavere andel av basistilskuddet enn av det resultatbaserte tilskuddet. Som vist i kapittel 5 er det imidlertid Helse Vest og Helse Midt-Norge som har høyest andel egenfinansiering av samlede rapporterte FoU-kostnader.

En del av forskjellene i forskningskostnader mellom regionene kan knyttes til eksterntfinansiert forskning. Eksterne kilder finansierer 20 prosent av kostnadene i Helse Sør-Øst. Trekker vi ut eksterntfinansiert forskning reduseres Helse Sør-Øst sin andel av totale FoU-kostnader til i overkant av 60 prosent. Kostnadsdekningen fra det øremerkede tilskuddet er fortsatt lavere i Helse Sør-Øst enn i de andre tre regionene.

Som påpekt over kan høyere forskningskostnader i Helse Sør-Øst knyttes til at de i 2002 overtok ansvaret for de statlige sykehusene som hadde en høy forskningsaktivitet. Regionen har ansvar for flere landsfunksjoner enn de andre regionene. På den annen side har Helse Sør-Øst også hatt en betydelig sterkere kostnadsvekst enn de andre regionene i de siste årene. Helse Sør-Øst har økt sin andel av samlede forskningskostnader ved helseforetakene de siste årene mens andelen av forskningsresultater har gått ned. Dette bidrar også til lavere kostnadsdekning av det øremerkede tilskuddet enn i de andre regionene.

9.3 Mulige endringer i finansieringssystemet

9.3.1 Fortsatt øremerking

Det synes som øremerkingen har hatt betydning for forskningen i helseregionene. Øremerking har imidlertid ikke virket alene. Lovfesting av forskning som en av fire prioriterte oppgaver og et mer bevisst arbeid med å styrke ledelsen av forskningen har også vært viktig. Øremerkingen synes likevel å være et viktig redskap i arbeidet med å styrke forskningen og utnytte de øvrige forskningsressursene i foretakene. Det var stor oppslutning om fortsatt øremerking blant de vi intervjuet og tildelingskriteriene er i all hovedsak godtatt av de involverte.

9.3.2 Endring av den resultatbaserte finansieringen: indikatorer og vekter

Insentivene som ligger i det resultatbaserte tilskuddet er knyttet til hvilke indikatorer for forskning som inngår systemet og hvordan disse vektet. Ut fra foreliggende tallmateriale så er det ingen klare utviklingstrekk som tilsier at ikke systemet understøtter målene som er satt for forskning i helseforetakene. Vurdert ut fra det som kom fram i samtale med sentrale aktører innen forskningsfeltet er det ikke noen støtte for vesentlige endringer i kriterier og vektning. Man ønsket ikke endringer i kriteriene som dro oppmerksomheten bort fra det som var hovedoppgaven, nemlig å styrke arbeidet med forskningen i foretaksområdet. Beregningene i kapittel 8 viser også at relativt store endringer i vektningen av de ulike elementene har forholdsvis liten omfordelingseffekt, så argumentene for en endring bør antagelig være flere enn bare omfordeling. Et slikt argument kan være at systemet i dag gir sterk stimulans til å øke antall doktorgrader og andelen forskningsresultater som fordeles på bakgrunn av doktorgradspoeng har økt både for landet totalt og i alle regionene. Reduksjon i uttelling for doktorgrader er også eneste endring som ble nevnt av noen av de som ble intervjuet, når de vurderte den interne vektleggingen av doktorgrader i forhold til artikkelproduksjon.

Vårt arbeid har ikke avdekket sterke ønsker om å trekke inn nye indikatorer. Hvorvidt å inkludere omfanget på ekstern finansiering, og da spesielt EU-finansiering, som er en indikator som noen av de vi intervjuet nevnte, vil bidra til en ønskelig samordning med UoH-sektoren kan vurderes.

9.3.3 Endring i fordeling mellom basistilskudd og resultatbasert tilskudd

Vurdering av fordelingen av det øremerkede tilskuddet mellom basisdel og resultatbasert del må ses i sammenheng med tolking og fordeling av basistilskuddet, jf avsnitt 9.2.1, og hva man ønsker å oppnå med endringer i finansieringssystemet. Endringer i fordelingsmodell innebærer avveining mellom ulike hensyn. Basert på diskusjonen over omfatter det:

- Insentiveffekter
- Lik fordeling av basistilskuddet eller ikke
- Utjevning av kostnadsdekning
- Omfordelingseffekter

Endring i fordeling mellom basisdel og resultatbasert del kan begrunnes i ønske om å endre insentiveffektene som ligger i finansieringsmodellen. Blant de vi intervjuet var det ikke noen sterke ønsker om å endre fordelingen mellom basistilskudd og resultatbasert tilskudd. Skulle det skje en endring burde den aktivitetsbaserte andelen øke.

Gitt tolkning av basistilskudd som finansiering av basisfunksjoner som er uavhengig av størrelse og aktivitet er valget mellom å opprettholde dagens fordeling hvor Helse Sør-Øst får 2/5 av basistilskuddet og å fordele med likt tilskudd til alle de fire regionene en avveining mellom å støtte ledende nasjonale forskningsmiljø som er lokalisert i Helse Sør-Øst gjennom at de får en høyere andel av basistilskuddet enn øvrige regioner eller om det skjer ved at forskningsfinansieringen i større grad reflekterer aktiviteten (måleresultater). Høringssvarene til NOU 2008: 2 fra de regionale helseforetakene støttet forslaget om lik fordeling av basistilskuddet. Dette kan tale for å gå over til en modell med lik fordeling. For å hindre for store omfordelingseffekter foreslo Magnussenutvalget en økning i andelen av det øremerkede tilskuddet som fordeles basert på resultater til 70 prosent. Dette ble støttet av Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. Helse Sør-Øst mente at andelen burde være på 75 prosent. Dette var det Hagenutvalget i sin tid foreslo. Med 70 prosent resultatbasert vil tilskuddet til Helse Sør-Øst reduseres med 5,1 prosent mens tilskuddet til de tre andre regionene økes. Med 75 prosent fordelt etter resultater blir reduksjonen for Helse Sør-Øst mindre, 1,8 prosent, mens tilskuddet til Helse Midt-Norge da vil reduseres med 1,1 prosent og tilskuddet til Helse Nord reduseres med 4,4 prosent. Helse Vest får en vesentlig økning i tilskuddet med begge disse modellene. Fordi Helse Sør-Øst har redusert sin andel av

forskningspoengene etter at Magnussenutvalget leverte sin innstilling, taper Helse Sør-Øst mer på en endring i fordelingen av basistilskuddet nå enn tidligere¹⁴.

Dersom det er et mål å jevne ut noe av forskjellene i kostnadsdekning mellom regionene, med en omfordeling til fordel for Helse Sør-Øst, så vil en større vektlegging av resultater bidra til det. Det kan imidlertid ikke gjøres uten at det går på bekostning av de minste regionene. Med en lik fordeling av basistilskuddet mellom regionene må andelen fordelt etter resultater økes opp mot 80 prosent for at Helse Sør-Øst skal få en større andel av tilskuddet. Dette vil gi vesentlige reduksjoner for Helse Midt-Norge og Helse Nord. Utjevning av kostnadsdekning av det øremerkede tilskuddet vil derfor gå på bekostning av de relativt sett forskningssvake regionene. Dette kan ses som uheldig når det er en generell målsetting om å øke forskningen i helseforetakene. I likhet med Magnussenutvalget peker Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord i sine hørings svar på at det er et regionalt ansvar å tilpasse forskningsaktiviteten til de økonomiske rammebetingelsene, og at det ikke er riktig å omfordele forskningsmidlene for å jevne ut forskjeller i kostnadsdekning. Det er også et inntrykk etter intervjuene at det var forståelse for at spesielt Helse Nord hadde behov for den stabile tildelingen basistilskuddet bidro med. Med en andel resultatbasert på over 68 prosent vil kronebeløpet som basistilskuddet utgjør for Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord også bli mindre enn i dagens modell.

Endring av fordeling av basistilskudd og endring i vektlegging av resultater gjennom omfordeling innenfor dagens ramme for det øremerkede tilskuddet til forskning innebærer altså valg mellom utjevning av kostnadsdekning og skjerming av de minste og relativt sett forskningssvake regionene. En slik avveining er et forskningspolitisk spørsmål. Omfordelingseffekter avhenger også av om man samtidig endrer vektingen av de ulike elementene i den resultatbaserte delen av tilskuddet.

Et alternativ til omfordeling innenfor dagens ramme for det øremerkede tilskuddet er å øke den resultatbaserte andelen gjennom vekst i det øremerkede tilskuddet. Vekst gjennom omfordeling fra basisbevilgningen til de regionale helseforetakene går imidlertid i favør av Helse Vest og løser således ikke dilemmaene skissert over. Alternativet er da å øke det øremerkede tilskuddet gjennom vekst i de samlede bevilgningene. Vi har gjort beregninger av hvor stor økningen i det øremerkede tilskuddet må være for at ingen av regionene skal tape på noen av de endringene i fordelingsmodellen for forskning vi har sett på i kapittel 8. Dette er vist i tabell 9.2. Vi viser beregninger med og uten endring i vekter, jf. avsnitt 8.2.3, med henholdsvis dagens fordeling av basistilskuddet og med lik fordeling av basistilskuddet.

Tabell 9.2 Hvor stor økning i det øremerkede tilskuddet må til for at ingen av regionene skal tape på omlegging av systemet som beskrevet i kapittel 8. Millioner kroner

	Uendret fordeling basis					Endring fordeling basis				
	(40 %, Helse Sør-Øst, 20 % øvrige)					(25 % hver region)				
	Andel resultatbasert									
	60 %	70 %	75 %	80 %	90 %	60 %	70 %	75 %	80 %	90 %
Ingen endring vekter		ca. 50	ca. 80	ca. 110	ca. 180	ca. 60	ca. 30	ca. 20	ca. 60	ca. 150
Endring vekter	ca. 20	ca. 70	ca. 100	ca. 140	ca. 230	ca. 70	ca. 30	ca. 40	ca. 90	ca. 190

Uten endring i fordeling av basistilskuddet og uten endring av vekter vil en økning av den resultatbaserte andelen til 70 prosent, uten at Helse Midt-Norge og Helse Nord skal tape på det, kreve en økning av det øremerkede tilskuddet på rundt 50 millioner kroner¹⁵.

¹⁴ Basert på forskningsresultater for perioden 2004-2006 som var det Magnussenutvalget baserte sine beregninger på øker tilskuddet til Sør-Øst med lik fordeling av basis tilskuddet og 75 prosent resultatbasert. Med utgangspunkt i forskningsresultatene for perioden 2006-2008 som er brukt i beregningene i kapittel 8 gir altså denne modellen en reduksjon for Helse Sør-Øst.

Dersom fordelingen av basistilskuddet endres slik at alle regionene får samme beløp vil en andel resultatbasert på henholdsvis 70 prosent og 75 prosent kreve en økning på henholdsvis 30 millioner kroner og 20 millioner kroner. Dersom andelen av det øremerkede tilskuddet til Helse Sør-Øst ikke skal reduseres må den resultatbaserte andelen økes til 80 prosent. For at Helse Midt-Norge og Helse Nord ikke skal tape på dette må det øremerkede tilskuddet økes med rundt 60 millioner kroner.

Alle resonnementene her er basert på statistiske betraktninger, det vil si med utgangspunkt i fordelingen av forskningsresultater i perioden 2006-2008. Andel fordelt etter resultater vil ha betydning for størrelsen (kronebeløpet) på basistilskuddet og dermed for hvor følsom forskningsfinansieringen er for endring i den relative utviklingen i forskningsresultater. Med lik fordeling av basistilskuddet og uten økning i det øremerkede tilskuddet vil som nevnt over kronebeløpet for basistilskuddet reduseres for Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord med en andel resultatbasert over 68 prosent. Med en økning i det øremerkede tilskuddet på 30 millioner kroner og 70 prosent resultatbasert vil kronebeløpet som gis regionene gjennom basistilskuddet være uendret (36,7 millioner kroner per region). Som diskutert i avsnitt 9.2.1 er det naturlig å knytte basistilskuddet til et kronebeløp heller enn en andel av det øremerkede tilskuddet dersom tolkningen er at det skal sikre en finansiering av basisfunksjoner uavhengig av størrelse og aktivitet. Med lik fordeling av basistilskudd og en andel fordelt etter resultater på 75 prosent må det øremerkede tilskuddet øke med 130 millioner dersom kronebeløpet for basistilskuddet til regionene skal være uendret.

9.3.4 Omfang av forskningsaktiviteten og skjerming av bevilgningene til pasientbehandling

Helse- og omsorgsdepartementet har i sine forskningsstrategiske dokumenter lansert at det bør være et mål at fem prosent av helseforetakenes budsjetter går til forskning og utvikling. Samlet utgjør nå kostnadene til forskning i helseforetakene i underkant av 2,5 prosent av totale kostnader ved helseforetakene. Det er imidlertid store forskjeller mellom regionene. De regionale helseforetakene sine strategier er også ulike på dette punktet. Dette reflekteres i intervjuene ved at aktørene i ulik grad mente at fem prosent var et realistisk mål i alle fall på relativt kort sikt. Alle ønsket imidlertid at andelen til forskning skulle øke. De som vektla at tilførselen av midler måtte komme gradvis og veies opp mot oppbyggingen av kompetanse var også de som mente at det innen deres område enda var en vei å gå før det var bygget opp gode og robuste forskningsmiljø.

De tidligere regionsykehusene står for $\frac{3}{4}$ -deler av kostnadene til forskning i regionene. Basert på rapporterte kostnader til forskning i 2008 har de tidligere regionsykehusene i Helse Sør-Øst allerede nådd målet om at fem prosent av budsjettet skal gå til forskning. Andelen var over sju prosent i 2008. De tidligere regionsykehusene i de andre regionene har rapportert kostnader til forskning som utgjorde mellom to og tre prosent av totale kostnader. Dette er på nivå med det andre helseforetak med universitetsfunksjoner rapporterte i Helse Sør-Øst. Helseforetak uten universitetsfunksjoner bruker mindre enn en prosent av kostnadene til forskning, under en halvprosent i Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. En økning av forskningen opp mot fem prosent krever derfor ulikt løft i de ulike regionene og at de mindre helseforetakene dras med. Økning av forskningsaktiviteten opp mot fem prosent av kostnadene vil ta tid og må være et langsiktig mål.

En økning av inntektene til forskning kan enten komme gjennom basisbevilgningen til de regionale helseforetakene eller det kan gjøres gjennom en økning i det øremerkede tilskuddet til forskning. En økning av det øremerkede tilskuddet gjennom omfordeling fra basisbevilgningen vil øke forskningsmidlene med vil gå på bekostning av bevilgningene til

¹⁵ Økningen som må til er større enn summen av de negative omfordelingseffektene i tabell 8.2 fordi vi her ikke bare gir et skjønnsmessig tildeling til regionene, men fordeler et tilskudd innenfor modellen. For at fordelingen da andelsmessig skal bli riktig i henhold til endringer i systemet må også regionene som kommer ut i pluss innenfor dagens rammer også få del i økningen.

pasientbehandling. Dersom det skal unngås må den økte satsningen på forskning skje gjennom vekst.

9.3.4.1 Vekst gjennom økning i det øremerkede tilskuddet

Dersom en velger å øke forskningsmidlene gjennom økning i det øremerkede tilskuddet er det relevant å trekke inn diskusjonen av tolkning av basistilskuddet i avsnitt 9.2.1. Dersom basistilskuddet skal dekke nødvendige basisfunksjoner uavhengig av størrelse og aktivitet er det derfor naturlig av andelen basistilskudd avtar når det øremerkede tilskuddet øker. For eksempel ved at tilskuddet kun priskorrigeres. Det innebærer innenfor dagene system at en går i retning av større grad av fordeling etter resultater jo mer det øremerkede tilskuddet økes. Dersom dette vurderes å gi uønskede fordelings effekter er alternativet å fordele en del av tilskuddet etter en fordelingsnøkkel som i en eller annen forstand reflekterer en rettferdig eller ønsket fordeling og i tillegg ha en aktivitetsbasert fordeling på toppen.

Det bærende elementet i finansieringen av de regionale foretakene, er at de selv er ansvarlig for å gjennomføre de prioriteringer som er nødvendige for å oppfylle sitt sørge for ansvar som er tydeliggjort gjennom oppdragsdokumentet. En vesentlig økning av det øremerkete tilskuddet til forskning vil stride mot dette hovedprinsippet.

9.3.4.2 Vekst gjennom økning i basisbevilgningen

Alternativet til vekst gjennom det øremerkede tilskuddet er vekst i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. Dette kan gjøres ved at det legges inn en egen nøkkel for forskning i beregningen av fordelingen av basisbevilgningen tilsvarende de man har for somatiske spesialisthelsetjenester, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og prehospitale tjenester. Nøkkelen kan da gradvis fases inn slik at den på sikt utgjør fem prosent av basisbevilgningen.

Nøkkelen utformes slik at den reflekterer ønsket fordeling av forskningsmidler mellom helseforetakene¹⁶. I tillegg beholdes et øremerket aktivitetsbasert tilskudd som skal stimulere til økt omfang og kvalitet på forskningen. I en overgangsfase kan dagens øremerkede tilskudd gradvis justeres med en økning i den resultatbaserte delen samtidig som forskningsnøkkelen fases inn i basisbevilgningen.

Dette gir en modell hvor forskningen finansieringsmessig behandles på linje med de andre hovedoppgavene de regionale helseforetakene har, og understreker også de regionale helseforetakenes ansvar.

Styring av nasjonale prioriteringer skjer da gjennom oppdragsdokumentene og oppfølging gjennom å følge med på utviklingen i forskningsresultater.

9.4 Bedre system for måling av resultater, kostnader og finansiering

Gjennomgangen av utvikling i forskningsaktivitet og kostnader viser at det har vært en styrking av forskningen i helseforetakene etter sykehusreformen. Nasjonale mål for prioriterte og forskningssvake områder ser ut til å følges opp i de regionale forskningsstrategiene.

I dag mangler man gode tall som viser utviklingen for ulike typer forskning og på ulike fagområder. Styring av nasjonale prioriteringer gjennom nasjonale mål og strategier og oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene og gjennom oppfølging av utvikling i forskningsresultater krever et bedre og mer detaljert målesystem enn det som brukes i dag. Health Research Classification System (HRCS) som brukes i England peker seg ut som et

¹⁶ Hvordan ønsket fordeling av forskningsmidler skal tolkes er opp til andre å vurdere. Flere modeller kan tenkes alt fra historikk til en ren innbyggertallbasert modell.

egnet verktøy. Vi har forstått at Helse- og omsorgsdepartementet har foreslått bruk av dette målesystemet (Engelstad 2009) og at det er under utprøving i regionene.

Oppfølging av utviklingen i kostnader og finansiering av forskning i helseregionene krever god og sammenlignbar rapportering til NIFU STEP. Tallmaterialet ser ut til å være av varierende kvalitet, og det er en spesiell utfordring knyttet til forskningsmidler som kanaliseres utenom helseforetakene. Det er viktig at rapporteringen fanger opp dette på en god måte. Det er også viktig å kunne skille kostnader og finansiering mellom forskning og utviklingsarbeid i alle deler av det regionene er med på å finansiere. Ulik organisering av forskningsaktiviteten kan også bidra til at eksternt finansiert forskning i ulik grad fanges opp i rapporteringen. Rapporteringen fra helseforetakene og fra de regionale helseforetakene må gjennomgås, slik at all forskningsaktivitet inkluderes og at dobbeltrapportering unngås.

9.5 Forholdet til NFR og Universitetene

I samtalene ble det understreket at de regionale helseforetakenes oppgave var forskningen i foretakene. Man var opptatt av at både NFR og Universitetene skulle ha gode forhold, men oppfattet dette ikke som foretaksområdes oppgave.

Utviklingen av ressursbruken til forskning viser at dette er skjedd ved at foretakene selv har omprioritert sine ressurser. Det er ikke tilført nye ressurser utenfra i perioden for å styrke forskningen. Siden forskning er en av fire hovedoppgaver for foretakene er det rimelig at det er de regionale foretakene som har ansvaret for å fordele disse midlene som også kan sies å være ressurser til god pasientbehandling i framtida.

Det synes som samarbeidsorganene ivaretar samarbeidet med universitetene på en god og tilfredsstillende måte.

Det synes som adressering når det gjelder prosjektsøknader har betydning når vi ser på forskjellene mellom regionene. Det har vært viktig at det er foretakene som bygger opp egen kompetanse slik at de kan søke på forskningsmidler. Representanter som ble intervjuet fra Midt-Norge understreket imidlertid viktigheten av samarbeidet med NTNU. De ønsket ikke endring på måten dette praktiseres på i dag.

10 Konklusjon

Det har vært en betydelig vekst i forskningsaktiviteten i helseforetakene i perioden etter sykehusreformen i 2002. Dette kan knyttes til mange faktorer, hvor finansieringssystemet er en og sykehusreformen er en annen. Presisering av forskning som en av fire hovedoppgaver for spesialisthelsetjenesten i spesialisthelsetjenesteloven som ble vedtatt i 1999 og som trådte i kraft i 2001 anses av de som har lang erfaring å være vel så viktig. Øremerking av forskningsmidler over statsbudsjettet har understreket dette ansvaret. Foretaksreformen har bidratt med først fem og så fire regioner som har blitt gode medspillere med regionenes universiteter og det forenkler samarbeidet at staten er eier av både universitet og foretak.

Finansieringssystemet slik det er utformet i dag kompenserer for forskjeller i forskningsbetingelser mellom regionene gjennom basistilskuddet ("smådriftsulempet") og for forskjeller i omfanget av forskningsaktivitet gjennom det resultatbaserte tilskuddet. Ved at det resultatbaserte tilskuddet premierer relativ og ikke absolutt forskningsaktivitet i regionene, fungerer det som en fordelingsnøkkel basert på resultater med en justering for endringer i relativ uttelling mellom regionene over tid.

Det ser ut til å være stor oppslutning om finansieringssystemet og det er ikke sterke ønsker om vesentlige endringer som bidrar til unødig støy og som trekker oppmerksomheten bort fra det som er det felles målet nemlig mer og bedre forskning i helseforetakene. Dette taler for å foreta kun mindre justeringer på kort sikt.

Endring av fordeling av basistilskudd og endring i vektlegging av resultater gjennom omfordeling innenfor dagens ramme for det øremerkede tilskuddet til forskning innebærer valg mellom utjevning av kostnadsdekning og skjerming av de minste og relativt sett forskningssvake regionene. En slik avveining er et forskningspolitisk spørsmål. En økning i andelen som fordeles etter forskningsresultater vil imøtekomme noe av kritikken som Helse Sør-Øst fremsatte i sitt høringssvar til NOU 2008: 2. Det ser også ut til i stor grad å være aksept for en slik endring så lenge de mindre regionene skjerms. Dersom begge deler skal oppnås krever det omfordeling gjennom vekst i det øremerkede tilskuddet. Hvor mye den resultatbaserte delen bør økes avhenger av om en samtidig endrer fordelingen av basistilskuddet mellom regionene. Lik fordeling av basistilskuddet fikk tilslutning fra alle regionene i høringssvarene til NOU 2008: 2. Med lik fordeling av basistilskuddet vil en økning i bevilgningen på 20-60 millioner kroner sikre at ingen av regionene taper på en omlegging til større vektlegging av resultater med en andel resultatbasert mellom 70-80 prosent. Dersom størrelsen på basistilskuddet (kronebeløpet) til regionene ikke skal reduseres kreves imidlertid en større økning av det øremerkede tilskuddet dersom andelen resultatbasert settes over 70 prosent.

En fortsatt økt satsing på forskning som øker forskningens andel av totalbudsjettet opp mot fem prosent krever en langsiktig strategi. Vekst i basisbevilgningen gjennom en egen fordelingsnøkkel for forskning som gradvis fases inn og hvor et øremerket aktivitetsbasert tilskudd som skal stimulere til økt omfang og kvalitet på forskningen beholdes peker seg ut som et mulig alternativ. En slik modell vil understreke de regionale helseforetakenes ansvar for forskning som en av fire hovedoppgaver og gjør at forskning behandles likt med andre oppgaver de regionale foretakene har. Også innenfor pasientbehandlingen kombineres rammefinansiering, med egne delnøkler for de tre tjenestesektorene, med aktivitetsbasert finansiering.

En oppfølging av regionenes utvikling i forhold til nasjonale mål og prioriteringer krever en bedring av målingssystemene både når det gjelder forskningsaktivitet etter type og fagområder og når det gjelder kostnader og finansieringskilder.

Referanseliste

Benstetter F. og A Wambach (2006). "The treadmill effect in a fixed budget system." Journal of Health Economics 25(1): 146-169.

Gabrilesen T S, O Kaarbøe, KE Lommerud, AE Risa og S Vagstad (2007). Finansieringssystemet for universitets- og høyskolesektoren - teoretiske vurderinger. Universitetet i Bergen

Engelstad M (2009). Departementets behov for og bruk og nytte av styringsinformasjon om medisinsk og helsefaglig forskning. Presentasjon på seminar i NIFU STEP 25. nov 2009. Underdirektør Maiken Engelstad, Seksjon for Etatstyring og forskning, Spesialisthelsetjenesteavdelingen, Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi 2006-2011.
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/rapporter/2006/helse-og-omsorgsdepartementets-forskning.html?id=438517

Jerkø, H (2009a). Forskningsrådets rolle i finansiering av medisinsk og helsefaglig forskning og bruk av styringsinformasjon i strategisk arbeid. Presentasjon på seminar i NIFU STEP 25. nov 2009, Avdelingsdirektør, NFR Hilde Jerkø

Jerkø H (2009b). Den nasjonale arenaen må styrkes. Forskningsnytt nr. 2, 2009.

Lerfald S, RC Thorstensen, MB Kjelsaas, A S Grimsgaard, V Anderssen, BM Øien og R Vad (2009). RHF-enes fellesrapport: Regionale forskningsmidler, ressursbruk og resultater 2008. Sekretariatet for De regionale samarbeidsorganene mellom regionale helseforetak og universitetene.

Midttun L (red) (2009). SAMDATA Nøkkeltallsrapport for spesialisthelsetjenesten 2008: Rapport 1/09 SINTEF Helse

Norges forskningsråd (2009). Indikatorrapporten 2009. Det norske forsknings og innovasjonssystemet – statistikk og indikatorer 2009.

NOU 2008: 2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak. Helse- og omsorgsdepartementet

NOU 2003: 1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. Helsedepartementet

Oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/oppdragsdok.html?id=115231>

Plattform for regjeringssamarbeidet mellom Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet 2005-2009 (Soria Moria-erklæringen).

Prop 1 S (2009-2010) Statsbudsjettet for Helse- og omsorgsdepartementet 2010.

Sivertsen G (2003). Måling av forskningsaktiviteten ved helseforetakene. Vitenskapelige artikler og doktorgrader som resultatindikatorer. NIFU Skriftserie, 1 2003

Sivertsen G (2006). Bibliometrisk undersøkelse av forskningen i kliniske fag 2000-2005. En utredning for Sosial- og helsedirektoratet. NIFU STEP - Norsk institutt for studier av forskning og utdanning

Sivertsen G (red.) (2008). Norsk vitenskapsindeks. Forslag til en felles database for vitenskapelig publisering innenfor et nasjonalt system for forskningsinformasjon. Innstilling fra en arbeidsgruppe oppnevnt av Kunnskapsdepartementet. RAPPORT 33/2008. NIFU STEP

Sivertsen (2009). Økt kvalitet eller bare vekst? Fokusboks nr. 4.3, kap. 4 i Indikatorrapporten 2009. Det norske forsknings og innovasjonssystemet – statistikk og indikatorer 2009. Norges forskningsråd

St. meld. nr. 5 (2003-2004). Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten. Helsedepartementet

St.meld. nr. 20 (2004-2005). Vilje til forskning. Kunnskapsdepartementet

St.prp.nr. 1 (2002-2003) Statsbudsjettet for Helse- og omsorgsdepartementet 2003

St.prp.nr. 1 (2004-2004) Statsbudsjettet for Helse- og omsorgsdepartementet 2004

St.prp.nr. 1 (2008-2009) Statsbudsjettet for Helse- og omsorgsdepartementet 2009

Sykehusreformen – noen eierperspektiv. Rapport. 2001.Helsedepartementet

Wiig O (2007): Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2006. Dokumentasjon av undersøkelsen og hovedresultater. Rapport, 39. NIFU STEP

Wiig O (2008). Ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetakene i 2007. Hovedresultater og dokumentasjon. Rapport, 50. NIFU STEP

Wiig O og H Gunnes (2009). Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2008. Hovedresultater og dokumentasjon (UTKAST) RAPPORT 46/2009. NIFU STEP