Videreutvikling av system for måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetakene

Rapport fra en arbeidsgruppe

Ole Wiig og Anne Husebekk (red.)

Rapport 22/2011

NIFU

Videreutvikling av system for måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetakene

Rapport fra en arbeidsgruppe

Ole Wiig og Anne Husebekk (red.)

Rapport 22/2011

Rapport nr. Rapport 22/2011

Utgitt av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning
Adresse PB 5183 Majorstuen, NO-0302 Oslo. Besøksadresse: Wergelandsveien 7, NO-0167 Oslo.

Trykk Link Grafisk

ISBN 978-82-7218-761-2
ISSN 1892-2597

www.nifu.no

Forord

I møte i de regionale helseforetakenes strategigruppe for forskning 18. februar 2010 ble det nedsatt en arbeidsgruppe med medlemmer oppnevnt av de fire regionale helseforetakene for å bistå NIFU med å videreutvikle og forbedre rapporteringssystemet for ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid i helseforetak og private, ideelle sykehus.

I denne rapporten presenteres arbeidsgruppens innstilling. Innstillingen er enstemmig og er første skriftlige resultat av gruppens arbeid som videreføres i 2011. Resultatet av arbeidet har gitt grunnlag for enkelte, mindre endringer i ressursrapporteringen for 2010, og vil, avhengig av videre behandling i strategigruppen og i Helse- og omsorgsdepartementet, kunne gi grunnlag for mer omfattende endringer i rapporteringen for 2011.

Rapporten er utformet og ført i pennen av Ole Wiig, NIFU (sekretær), og Anne Husebekk, Helse Nord (leder), i samarbeid med gruppens medlemmer.

Oslo, mars 2011

Sveinung Skule
Direktør

Susanne Lehmann Sundnes
Forskningsleder

Innhold

Oppsummering og anbefalinger 7

1 Arbeidsgruppens oppnevning, mandat, sammensetning og arbeidsform 11
1.1 Oppnevning og mandat 11
1.2 Organisering, sammensetning og arbeidsform 12

2 Om rapporteringssystemet 15
2.1 Bakgrunn og historikk 15
2.2 Formål med rapporteringssystemet 15
2.3 Nærmere om rapporteringsmodellen 17
2.4 Erfaringer med rapporteringssystemet så langt 18
2.5 Oppsummering 20

3 Arbeidsgruppens analyser og vurderinger 23
3.1 Definisjon av utviklingsarbeid 23
3.1.1 Hva er problematisk? 24
3.1.2 Begrepet forskning og utviklingsarbeid (FoU) 24
3.1.3 Utviklingsarbeid innen medisin og helse 28
3.1.4 Organisering av forskning og utviklingsarbeid 31
3.1.5 Oppsummering 32
3.2 Ekstern FoU-finansiering 33
3.2.1 Illustrasjon av kompleksiteten i forskningsfinansieringen 33
3.2.2 Arbeidsgruppens vurderinger 38
3.2.3 Oppsummering 41
3.3 Avgrensning mot universiteter og høgskoler 42
3.3.1 Dagens måling av ressursbruk til FoU i helseforetakssektoren 42
3.3.2 Kort om FoU-statistikken for universitets- og høyskolesektoren 43
3.3.3 Arbeidsgruppens vurdering av alternativer til dagens måling 44
3.3.4 Oppsummering 44
3.4 Innholdsmessig klassifisering av medisinsk og helsefaglig forskning og utviklingsarbeid 45
3.4.1 Informasjon om FoU-innhold i dagens ressursmålingssystem 45
3.4.2 Kort om HRCS 45
3.4.3 Arbeidsgruppens vurderinger 47
3.4.4 Oppsummering og konklusjon 49
3.5 Rapporteringsadministrative spørsmål 50
3.5.1 Belastning og rapporteringstretthet 50
3.5.2 Forholdet mellom økonomi og forskningsstøtte 50
3.5.3 Retrospektiv eller sanntidsmåling av ressursbruk 51
3.5.4 Alternative metoder for kartlegging av forskningsårsverk 51
3.5.5 Oppsummering 53

Oppsummering og anbefalinger

Arbeidsgruppen har valgt å behandle alle de fem problemstillingene som er beskrevet i mandatet og gir anbefalinger om endringer på kort og på lang sikt.

Utviklingsarbeid

Utviklingsarbeid utgjør sammen med forskning begrepet forskning og utviklingsarbeid (FoU). Til forskjell fra forskning som er definert i lovverk, prosedyrer, resultatforventninger, kvalifikasjonskrav mv., er det ingen tilsvarende, klar og operasjonell forståelse av begrepet utviklingsarbeid. Manglende budsjettrelevans begrenser dessuten helseforetakenes egen interesse for å måle omfanget av utviklingsarbeid. Rapporteringsbehovet springer først og fremst ut av nasjonale og internasjonale forpliktelser til å rapportere FoU-statistikk.

Konsekvensen er dels mangelfull rapportering, dels variasjoner i hva slags aktiviteter som rapporteres som utviklingsarbeid. Det gir usikkerhet i måleresultatene og sammenligningsproblemer mellom helseforetak og over tid. Tross gjennomgang av litteratur og praksis har arbeidsgruppen ikke funnet entydige grep som kan gi en helhetlig løsning på problemet på kort sikt, men anbefaler at det arbeides videre med spørsmålet langs følgende linjer:

A: Kortsiktige tiltak:

1. Spørsmålene om utviklingsarbeid i rapporteringsskjemaet beholdes i hovedsak som før, men presiseringer og endringer i retningslinjene som kan bidra til avklaring og bedre måling av utviklingsarbeid, implementeres så langt det er mulig.

2. Den rent språklige forvirringen kan henge sammen med bruken av ordet "utvikling". For å unngå dette bør begrepet utviklings*arbeid* som benyttes i FoU-statistisk sammenheng, konsekvent brukes for å betegne den type aktiviteter vi her prøver å fange.

B: Til videre utredning:

3. Arbeidsgruppen har diskutert om FoU kunne rapporteres samlet og at utviklingsarbeid beregnes som en andel av FoU. Dette gjøres i FoU-statistikken for bl.a. universitetene. Beregningene bygger bl.a. på arbeidstidsregistreringer som gjennomføres med noen års mellomrom.

4. Hvis utviklingsarbeid skal rapporteres separat, anbefaler arbeidsgruppen at det må arbeides med å presisere og operasjonalisere definisjonen og implementere resultater av dette arbeidet i retningslinjer og veiledningsmateriale. Særlig vekt legges på grensene mot viktige, tilgrensende aktivitetstyper i helsesektoren, f.eks. innovasjonsaktivitet.

Ekstern FoU-finansiering

Arbeidsgruppen er så langt av den oppfatning at løsninger og tiltak vedrørende ekstern finansiering må gjøres ved gjennomgang av skjema og presisering av definisjoner og retningslinjer. Det gjelder bl.a. håndteringen av forskningsmidler som kanaliseres gjennom forskningsselskaper av typen Stavanger Helseforskning AS og hvor langt man skal gå i å detaljere kildespesifiseringen.

Arbeidsgruppen anbefaler at man i tråd med overordnede prinsipper for målesystemet forsøker å forenkle rapporteringen av FoU-finansiering noe for bl.a. å få inn materialet tidligere. Mer konkret anbefaler gruppen at:

A: Kortsiktige tiltak:

1. man går bort fra prinsippet om at rapporterte kostnader skal gjenfinnes i helseforetakenes regnskaper, men forsøker i størst mulig grad å rapportere de kostnadene som faktisk ligger til grunn for FoU i foretakene.

2. man dermed kan inkludere nærmere definerte deler av FoU-finansieringen gjennom forskningsselskaper, f.eks. Stavanger Helseforskning AS og Innovest AS, i rapporteringen.

3. opplysninger om finansieringskilder myndighetene har spesiell interesse av å følge prioriteres, herunder Norges forskningsråd, EU og Kreftforeningen.

4. kravene til detaljering av mindre bidrag til helseforetakenes FoU-aktivitet reduseres og skjer på det nivået helseforetakene finner hensiktsmessig.

B: Til videre utredning:

5. det, med bakgrunn i overordnede forskningspolitiske mål, vurderes om man i noe større grad skal spesifisere ekstern finansiering av infrastrukturbevilgninger fra f.eks. Norges forskningsråd.

Avgrensning mot universiteter og høyskoler

FoU-aktiviteten ved helseforetak og universiteter og høyskoler er tett integrert gjennom prosjektsamarbeid, delte stillinger, delte lokaler og utstyr mv. Samtidig er de hver for seg formelt selvstendige institusjoner som krever separate styringssystemer og separat rapportering. I hovedsak, dvs. for hovedtyngden av ressursene er grensene relativt greie å trekke. Det er imidlertid gråsoner der det er vanskelig å avgjøre hva som hører inn under helseforetakene og ikke. Det innebærer på den ene siden en risiko for at ressurser registreres både ved helseforetak og universitet eller høyskole og på den annen side at de ikke fanges opp noen av stedene. Arbeidsgruppen mener prinsipielt at alle, reelle bidrag til helseforetakets produksjon av forskning og utviklingsarbeid skal tas med i rapporteringen. Dette berører den overordnede avgrensningen av prosjektet.

Her finnes ingen enkle løsninger. Gruppen har kommet fram til følgende forslag til plan for håndtering av avgrensningsproblemene:

A: Kortsiktige tiltak:

1. fortsette målingen omtrent som nå og akseptere at det er en gråsone av organisatoriske enheter og ressurser man ikke klarer å fordele, men arbeide videre med presiseringer av retningslinjene supplert med nærmere undersøkelser eller møter med avdelinger, institutter o.l. i gråsonen med sikte på så god avklaring som mulig.

B: Til videre utredning:

2. gjøre en nærmere vurdering av hvordan måling av ressursbruk til FoU i helseforetak i større grad kunne samordnes med FoU-statistikken for de medisinske fakultetene ved universitetene, særlig hvordan måling av FoU-ressurser i gråsonene mellom de to sektorene i større grad enn i dag kan samordnes tidsmessig og metodisk.

3. vurdere å legge inn en ekstra kolonne i skjemaet for finansiering for å rapportere midler som er regnskapsført hos universitetene og andre, men som likevel er et bidrag til forskning som blir kreditert helseforetakene.

Innholdsmessige klassifiseringer

Arbeidsgruppen vurderer Health Research Classification System (HRCS) som et godt og slagkraftig redskap til å klassifisere prosjekter, søknader og resultater (publikasjoner og doktorgrader) av forskning, men har ikke funnet erfaringer med HRCS fra (årlige) ressursmålinger, og har måttet basere sin vurdering på beskrivelsen av systemet og dets styrker og begrensninger. Gruppen finner her ikke grunnlag for å kunne gå inn for å implementere systemet i ressursmålingen i den nåværende situasjon, bl.a. fordi det vil innebære en betydelig økning i rapporteringsbelastningen for helseforetakene, både i en overgangsfase og på mer permanent sikt. Konsekvensene av et prosjektbasert rapporteringssystem av ressursbruk er ikke godt nok utredet eller erfaringsbelagt til at gruppen kan anbefale en slik løsning nå. Arbeidsgruppen anbefaler derfor

A: Kortsiktige tiltak:

1. ikke å implementere HRCS i ressursmålingene nå.

B: Til videre utredning:

2. at krav til detaljeringsnivå avstemmes i forhold til formålet med rapporteringen og forventninger om hva slags informasjon systemet skal gi og på hvilket nivå. Ønskes grove mønstre på nasjonalt nivå stiller dette andre krav til detaljeringsgrad enn om tallene skal benyttes i styringssammenheng i det enkelte helseforetak eller sykehus. Ønskes f.eks. grovere kategoriseringer kan arbeidsgruppen arbeide videre med forslag til operasjonaliseringer.

3. at mulighetene for implementering av HRCS i ressursmålingen ses i nær sammenheng med utviklingen av andre relevante forskningsinformasjons- og dokumentasjonssystemer, bl.a. Cristin[1]. I Cristin er HRCS i første omgang tenkt anvendt på vitenskapelige publikasjoner, men skulle systemet få anvendelse for andre data, f.eks. forskerpersonale, vil det være grunnlag for en ny vurdering i arbeidsgruppen.

4. at det alternativt gjennomføres ad hoc-undersøkelser à la den britiske kartleggingen fra 2006, bl.a. som grunnlag for å beregne koeffisienter til bruk på data fra ressursmålingene.

Rapporteringsadministrative spørsmål

Arbeidsgruppen konstaterer at det fortsatt tar for lang tid fra helseforetakene mottar henvendelsen om rapportering, til datamaterialet er på plass og klargjort for videre rapportering

---

[1] Current Research Information System In Norway.

til de regionale helseforetakene og Helse- og omsorgsdepartementet. Det kan svekke måleresultatenes aktualitet og nytteverdi og i neste runde helseforetakenes motivasjon for å rapportere data av god kvalitet. Etter arbeidsgruppens vurdering er rapporteringsbyrden for foretakene en viktig forklaring på forsinket rapportering. Det kan henge sammen med detaljeringsgraden i rapporteringen og uklarheter i definisjoner og retningslinjer. Dessuten er forutsigbarhet og samordning med andre, interne rapporteringsprosesser i helseforetakene en suksessfaktor.

Arbeidsgruppen har vurdert, men av ulike grunner valgt ikke å anbefale, sanntidsrapportering og heller ikke mer sjablongmessige beregninger av ulike målevariable nå. Derimot går gruppen inn for å søke å forenkle rapporteringen ved bl.a. å økonomisere med hva slags informasjon som etterspørres ut fra informasjonens nødvendighet i forhold til bruk; jf. ”need to know” versus ”nice to know”. Dessuten bør klarhet i definisjoner og retningslinjer tilstrebes. Her viser vi til anbefalinger under de andre hovedområdene som er omhandlet i rapporten. Arbeidsgruppen har også i sine anbefalinger vært generelt tilbakeholden med å foreslå større detaljrikdom i målesystemet. Utover dette anbefaler arbeidsgruppen følgende:

A: Kortsiktige tiltak:

1. Rapporteringen for 2010 må gjøres på samme måte som tidligere.

B: Til videre utredning:

2. Det utarbeides en ny tidsplan for ressursmålingen som gjøres forpliktende for aktørene fra 2011. I tidsplanen må det fastsettes milepæler som omfatter tidspunkt for utsendelse av henvendelsen fra NIFU, lengden på rapporteringsperioden (anslagsvis 8 uker) og forholdet til prosesser måleresultatene skal inngå i. F.eks. må hovedresultater ferdigstilles innen 15. mars for å kunne benyttes i årsrapportene de regionale helseforetakene utarbeider til Helse- og omsorgsdepartementet. Det anbefales i denne forbindelse at departementet vurderer å ta tidsplanen inn i oppdragsdokumentene til helseforetakene slik at det sikres et ledelsesmessig fokus på at rapporteringsfristen må overholdes.

3. Retningslinjene gjennomgås fram mot 2011-rapporteringen med sikte på forenkling og klargjøring av definisjoner, hovedprinsipper og retningslinjer der det er nødvendig. Gjennomgangen bør ta utgangspunkt i de ulike formålene med rapporteringen og hvilken detaljeringsgrad som er nødvendig for de ulike spørsmålene. Forenklinger må veies mot behovet for styringsinformasjon og behovet for detaljering og presisjon. Trekkes f.eks. bruk av koeffisienter o.l. for langt vil resultatet lett kunne bli noe helt annet en ressurs*måling*. En god balansering av disse hensynene er dessuten viktig for at helseforetak og myndigheter skal se at nytten av rapporteringen står i forhold til innsatsen.

4. Det arbeides for at rapporteringsdata genereres i sann tid og at sykehusenes rapporteringssystemer skal kunne brukes til å trekke ut data om ressursbruk til forskning forløpende.

1 Arbeidsgruppens oppnevning, mandat, sammensetning og arbeidsform

1.1 Oppnevning og mandat

For å skaffe helsemyndighetene og helseforetakene bedre styringsinformasjon ble det fra 2007 etablert et permanent, nasjonalt system for måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene. Systemet er utviklet av de regionale helseforetakene (RHF) i perioden 2003-2006 på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Rapporteringssystemet er nå integrert med den nasjonale statistikken over forskning og utviklingsarbeid (FoU) som, for de aktuelle enhetene, utarbeides av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU).

HOD ba i tildelingsbrevet til Norges forskningsråd for 2009 om at det ble gjennomført et arbeid for å videreutvikle systemet med fokus på hhv (i) bedre definisjon av utviklingsbegrepet, (ii) bedre avgrensning av målesystemet mot universitets- og høyskolesektoren og (iii) vurdering av en ytterligere spesifisering av ressursbruk til forskning innenfor ulike medisinske fagområder og klassifisering etter forskningsart der det pekes på bruk av det engelske systemet Health Research Classification System (HRCS).

På denne bakgrunn gjorde de regionale helseforetakenes strategigruppe for forskning i sitt møte 18. februar 2010 følgende vedtak (Sak 06-10 Ressurskartlegging forskning og utvikling):

1. Det oppnevnes en arbeidsgruppe for å bistå NIFU STEP[2] i arbeidet med ressurskartlegging av forskning og utvikling. Gruppen skal bidra i arbeidet med å forbedre og videreutvikle rapporteringen av ressursbruk til forskning i helsesektoren, både med hensyn til relevans, kvalitet og sammenlignbarhet mellom regioner, foretak og over tid. Gruppen bør anlegge et overordnet perspektiv og se ressursmålingssystemet i sammenheng med andre rapporteringssystemer og utfordringer i sektoren og på nasjonalt nivå.

2. Strategigruppen for forskning fungerer som referansegruppe for arbeidsgruppen og arbeidet.

3. Mandatet for arbeidsgruppen tar utgangpunkt i notatet fra Ole Wiig 15.2.2010, bearbeides etter innspill fra møtet, og sendes strategigruppen.

4. Til arbeidsgruppen oppnevnes: 1-2 fra hvert RHF, 1 fra universitetssektoren. Vi inviterer Nils Erik Gilhus til å representere universitetene i gruppen (gjøres via brev til dekanmøtet i medisin). Hvert RHF melder inn sine representanter til sekretær i Helse Nord RHF (tove.klaeboe.nilsen@helse-nord.no) innen 26.mars 2010. Gruppen bør settes sammen med både representanter fra helseforetakene som har erfaring fra kartleggingene, og fra RHF-nivå som jobber strategisk med forskning/utvikling/innovasjon. Representantene bør ha en overordnet medisinsk og helsefaglig innsikt og perspektiv og innsikt i helseforetakenes styringssystemer.

5. NIFU STEP kaller inn representantene og starter arbeidet i gruppen etter dette.

---

[2] NIFU fra desember 2010.

Gruppens mandat var utdypet i følgende problemstillinger arbeidsgruppen skulle utrede nærmere:

- **Definisjon av utviklingsarbeid.** Gruppen bør komme frem til et forslag for å definere utviklingsarbeid og hvilke kriterier som skal stilles til dette. Formålet er å sikre likeverdig rapportering av utvikling på tvers av helseforetakene ved å sikre nødvendig avgrensning av måling av ressursbruk til utviklingsarbeid på den ene siden mot forskning, dvs. den andre hovedkomponenten i FoU-definisjonen, og på den andre siden mot aktiviteter som ikke kan defineres som FoU, f.eks. innovasjon, kvalitetsutvikling, faglig utvikling, utdanning.
- **Ekstern forskningsfinansiering.** Ulik kanalisering og rapporteringspraksis vedrørende ekstern finansiering av forskning gir sammenligningsproblemer helseforetak og helseregioner imellom. Gruppen bør fremme anbefalinger om retningslinjer for å sikre transparens og mest mulig sammenlignbar rapportering av ekstern forskningsfinansiering. Gruppen bør også vurdere virkemidler for å sikre mer spesifikk rapportering av ekstern finansiert forskning.
- **Avgrensning av målesystemet mot UH-sektoren**. Gruppen bør vurdere gråsoner i systemet mot UH-sektoren og komme med forslag til hvordan disse kan synliggjøres og reduseres, slik at det blir en mest mulig likeverdig og klar avgrensing av ressursbruk i helseforetakene inn mot UH-sektoren.
- **Klassifisering av medisinsk og helsefaglig forskning etter fagområde og forskningsart.** Ressursmålingssystemet gir oversikt over samlet ressursbruk til forskning. Det rapporteres dessuten på psykisk helsevern og tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere. Det har vært en ambisjon på sikt å utvide denne rapporteringen til flere fagområder, samt å utvide inndelingen i forskningsart (grunnforskning/anvendt forskning), som i dag vurderes ikke å være spesifikk nok. Det legges nå til rette for bruk av HRCS både i Norsk vitenskapsindeks og i RHFenes rapporteringssystem for forskning (e-rapport). Gruppen bør komme med forslag til hvordan HRCS kan innføres i systemet med måling av ressursbruk til forskning, herunder hvordan dette kan samordnes med det etablerte målesystemet og den nasjonale/internasjonale FoU-statistikken.
- **Rapporteringsadministrative spørsmål**. Gruppen bør fremme forslag til retningslinjer og prosedyrer (inkl. forslag til tidsfrister for de ulike fasene av rapporteringen) for å sikre effektivitet i rapporteringen.

1.2 Organisering, sammensetning og arbeidsform

Gruppen har hatt følgende sammensetning:

Medlemmer Anne Husebekk, Helse Nord (leder)
Tove Klæboe Nilsen, Helse Nord
Siv Mørkved, Helse Midt-Norge
Jostein Bandlien, Helse Midt-Norge
Fredrik Feyling, Helse Vest
Marte Hammer, Helse Vest (til 15.09.2010)
Arne Skogen Lekve, Helse Vest (fra 15.09.2010)
Øystein Krüger, Helse Sør-Øst
Pål Bakke, Helse Sør-Øst

Observatører	Nils Erik Gilhus, oppnevnt av dekanene ved de medisinske fakultetene ved Universitetet i Oslo, Universitetet i Bergen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og Universitetet i Tromsø Ingrid Roxrud, Norges forskningsråd
Sekretær	Ole Wiig, Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU)

Gruppen har hatt fire møter der den har valgt å behandle alle de fem problemstillingene som er skissert over. Gruppen ble inndelt i undergrupper som ble gitt i oppgave å komme med innspill under hver av dem. Underveis har arbeidsgruppen orientert RHFenes strategigruppe for forskning som er referansegruppe for arbeidet, om status og fremdrift. I strategigruppens møte 18.11.2010 ble det konstatert at behovet for videreføring av gruppen vurderes årlig og at gruppen bør ha en relativt selvstendig og kritisk rolle i forhold til eksisterende rapporteringssystemer, i den forstand at den i tillegg til å behandle innspill fra strategigruppen og sektoren, også kan ta opp spørsmål og problemstillinger på selvstendig grunnlag. Strategigruppen anbefalte at arbeidsgruppen videreføres i 2011.

2 Om rapporteringssystemet

2.1 Bakgrunn og historikk

Med ikrafttredelsen av den nye spesialisthelsetjenesteloven[3] fra 2001 ble forskning definert som en av fire lovfestede hovedoppgaver for sykehusene. Dette førte til et sterkt og økende fokus på medisinsk og helsefaglig forskning som igjen aksentuerte behovet for god og helhetlig styringsinformasjon om omfang, produktivitet, kvalitet mv. Derfor ble det etablert et system for måling av forskningsresultater (vitenskapelig publisering og doktorgrader) som etter hvert ble lagt til grunn for det delvis resultatbaserte finansieringssystemet for helseforetakssektoren.

Fra 2006 er det etablert et permanent system for måling av ressursbruk til forskning og senere også utviklingsarbeid i helseforetakene. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet ble det gjennomført et forprosjekt til ressursmålingssystemet. Forprosjektet munnet ut i en pilotkartlegging av året 2005 i regi av en prosjektgruppe ledet av det daværende Helse Sør RHF. Prosjektgruppens arbeid ble dokumentert i en egen rapport[4] som vi dels støtter oss på i denne innledende fremstillingen av hovedtrekk ved systemet.

I februar 2007 ble det besluttet at Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU)[5] skulle stå for måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid i helseforetakene. Fra og med 2006 er det gjennomført årlige målinger. 2006-rapporteringen var begrenset til forskning. Fra og med 2007 ble utviklingsarbeid inkludert i rapporteringen, slik at rapporteringen i dag dekker alle aktiviteter som inngår i begrepet forskning og utviklingsarbeid (FoU). For hver årgang er det utarbeidet en rapport som dokumenterer måleresultater og målemetoder.

Gjennom perioden er rapporteringen videreutviklet i tråd med prosjektplanen som ble utmeislet gjennom forprosjektet. Prinsipper og retningslinjer er i stor grad implementert og innarbeidet i rapporteringsrutiner i de enkelte helseforetakene. Det er imidlertid fortsatt et forbedrings-potensial. Arbeidsgruppen er satt til å håndtere noen av de vanskeligste problemstillingene i så måte. I det følgende gjør vi kort rede for noen erfaringer fra og status for rapporteringssystemet.

2.2 Formål med rapporteringssystemet

I forprosjektet ble det generelt påpekt at:

> *Målet har vært å etablere et enkelt, transparent, felles rapporteringssystem for ressursbruk til forskning som skal benyttes av samtlige helseforetak som har forskningsaktivitet, forskningsressurser og forskningsbudsjett.*[6]

Mer spesifikt skal rapporteringssystemet tjene ulike formål på ulike nivåer. Det skal

---

[3] LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenester m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)

[4] Kartlegging av ressursbruk til forskning; prosjektrapport november 2006.

[5] NIFU STEP fram til desember 2010.

[6] Kartlegging av ressursbruk til forskning; prosjektrapport november 2006, s. 6.

- gi helsemyndighetene grunnleggende styringsinformasjon om ressursbruk til forskning på linje med annen aktivitet i helsesektoren og på linje med forskningsinformasjon om andre sektorer
- gi helseforetakene oversikt over ressursbruk til forskning som styringsinformasjon for eget bruk
- gi input til den nasjonale statistikken om forskning og utviklingsarbeid – FoU-statistikken.

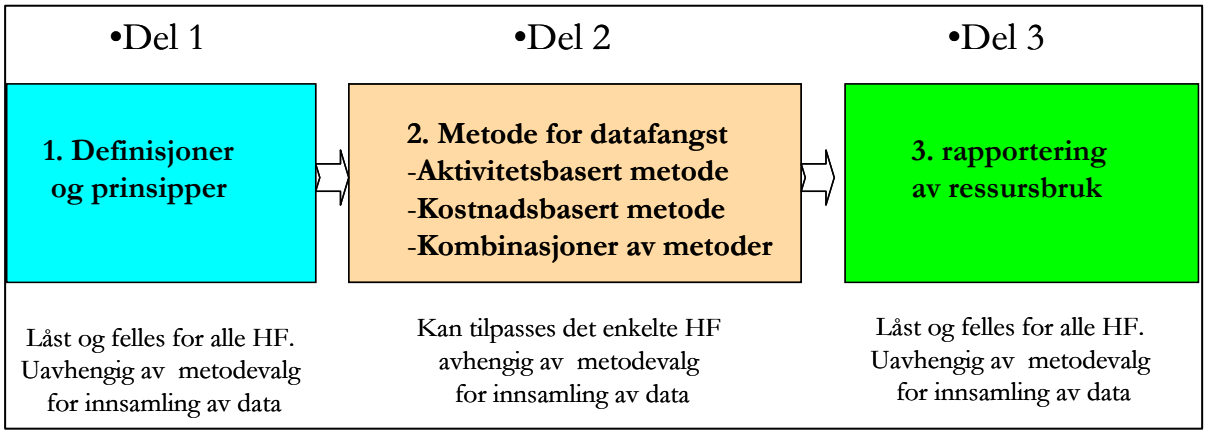
Prosjektgruppens anbefalinger gjaldt først og fremst forskning. Det ble imidlertid også lagt fram en målsetning om å favne hele FoU-begrepet slik at målesystemet skulle dekke både behovet for styringsinformasjon i sektoren og for FoU-statistikk i en og samme rapportering. Fra 2007 ble derfor formålsformuleringene på de ulike nivåene utvidet til også å dekke utviklingsarbeid.

Samtidig har det fra starten vært en viktig premiss at omfanget holdes på et nødvendig minimum for å sikre at forskningstid ikke unødig benyttes til rapportering, og at rapporteringen er minst mulig belastende for rapporteringsenhetene. Et annet mål var dermed i størst mulig grad å samordne med annen relevant rapportering i helseforetakene.

Målesystemet ble derfor basert på følgende modell:

- Felles grunnleggende *prinsipper, definisjoner og avgrensninger*
- Valgfri *metode* (kostnads- eller aktivitetsbasert, ev. en kombinasjon av disse på helseforetaksnivå)
- Ett *rapporteringsskjema* med fast, standardisert informasjon med færrest mulig variable

Modellen er illustrert i figur 1.



Figur 1: Hovedprinsipper for måling av ressursbruk til forskning. [7]

Gjennom fleksibelt metodevalg innenfor en ramme av felles prinsipper og definisjoner, er et overordnet siktemål å kunne få styringsinformasjon som grunnlag for best mulige sammenligninger av ressursbruk mellom helseregioner, mellom helseforetak og over tid uten for stor belastning på rapporteringsenhetene. I prosjektgruppens rapport ble det formulert slik:

[7] Kilde: Kartlegging av ressursbruk til forskning; prosjektrapport november 2006.

Det er viktig å ha sammenlignbare data mellom de ulike RHFene og på ulike nivåer av spesialisthelsetjenesten. På denne måten vil det være mulig å identifisere hvor det foregår effektiv og målrettet forskning og hvor dette eventuelt ikke er tilfelle.[8]

2.3 Nærmere om rapporteringsmodellen

Hovedprinsipper og avgrensninger

Tematisk er rapporteringen i dag avgrenset til å dekke *forskning og utviklingsarbeid (FoU)* som er definert som:

> *kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap – herunder kunnskap om mennesket, kultur og samfunn – og omfatter også bruken av denne kunnskapen til å finne nye anvendelser.* [9]

Mer operasjonelt, bl.a. i forhold til helseforetakenes[10] regnskaper, skal rapporteringen dekke følgende:

1. FoU[11] som utføres i helseforetaket og medfører kostnader (ressursbruk) som vises i helseforetakenes regnskaper. Alle regnskapsførte kostnader tas med, uavhengig av finansieringskilde.

2. Anslag for ressursbruk som belastes helseforetaket (normalt infrastruktur og støttefunksjoner) – direkte eller indirekte – som følge av *eksternt finansiert FoU-aktivitet,* skal tas med i den grad midlene inntektsføres i helseforetaket. Med eksternt finansiert FoU-aktivitet menes tilfeller der den som utfører FoU-aktiviteten er lønnet av andre enn helseforetaket (f.eks. universitetet, forskningsinstitutt, stiftelse). Her skal KUN ressursbruken til infrastruktur eller annen direkte merkostnad tas med, ikke lønnskostnadene og årsverkene.

Denne avgrensningen innebærer bl.a. at såkalt *ubetalt forskning utenom normal arbeidstid* holdes utenom – fordi den ikke genererer kostnader for helseforetaket. I retningslinjene er dette eksplisitt uttrykt. Dette oppleves fortsatt som problematisk av noen helseforetak, men arbeidsgruppen har ikke diskutert dette temaet i denne runden.

Rapporteringsmetode

I retningslinjene for målesystemet anbefales bruk av to ulike metoder. Den aktivitetsbaserte metoden bygger på kartlegging av "kostnadsdrivere" i betydningen aktivitetselementer i organisasjonen som påvirker kostnadsutviklingen, dvs. årsverk.

---

8 Kartlegging av ressursbruk til forskning; prosjektgrupperapport november 2006, s. 3.

9 Frascati Manual. Proposed Guidelines for Surveys on Research and Experimental Development, OECD 2002

10 I denne rapporten bruker vi for enkelhets skyld helseforetak som felles betegnelse for helseforetak og private, ideelle sykehus som inngår i rapporteringssystemet.

11 I pilotprosjektet og den første ordinære kartleggingen var definisjonen begrenset til forskning, men ble fra 2007 utvidet til også å gjelde utviklingsarbeid slik at hele FoU-begrepet ble dekket.

> Aktivitetsbasert metode (ABC-analyse) *baserer seg på at det blir kalkulert et kostnadsanslag for direkte lønnskostnader per årsverk for de ulike stillingskategoriene, og utarbeidet et prosentvist tillegg som legges til resten av kostnadene som skal henføres til forskningsvirksomheten på basis av direkte lønnskostnad.* [12]

Foretakene kan alternativt basere årsverksberegningene på opplysninger om faktiske lønnskostnader for de aktuelle årsverkene fra datavarehus e.l. Påslag av kostnader utover direkte lønnskostnader kan gjøres for hver stillingskategori eller som et gjennomsnitt for alle kategorier. Prosjektgruppen som i sin tid utarbeidet rapporteringsmalen, vurderte den aktivitetsbaserte metoden som velegnet for å fange opp svingninger i ressursinnsatsen, men ikke i andre kostnadsarter. Forutsetningen for at sistnevnte skal kalkuleres riktig er at indirekte kostnader utvikler seg proporsjonalt med årsverk og direkte lønnskostnader. Metoden ble også vurdert som kostnadseffektiv, ved at man ikke trenger regnskapsdata når kalkylene først er etablert. Utfordringen ved bruk av metoden ligger for det første i å kalkulere riktig nivå for kostnadstillegget utover de direkte lønnskostnadene. For det andre forutsetter metoden at man klarer å registrere kostnadsdriveren, dvs. FoU-årsverkene riktig.

Alternativet er den kostnadsbaserte metoden:

> Kostnadsbasert metode (selvkost-/fullkostkalkyle) *baserer seg på at alle kostnadssteder eller prosjekter klassifiseres i forhold til hvor stor grad de direkte kostnadene medgår til forskning. De kostnadsartene som er å anse som direkte henførbare kostnader, hentes ut fra regnskapet (eller et datavarehus) i forhold til en %-andel med forskningsaktivitet for hvert enkelt kostnadssted eller prosjekt. I tillegg beregnes et prosentvis tillegg for alle andre indirekte kostnader som skal hensyntaes ved ressursmåling av forskningsaktivitet.* [13]

Denne metoden er ifølge nevnte prosjektgruppe velegnet for å fange opp direkte kostnader per kostnadssted, prosjekt e.l. Når andelen forskning er etablert, er metoden kostnadseffektiv ved at rapporter kan tas direkte ut fra regnskapssystemer eller datavarehus. Hovedutfordringen i etablering av metoden ligger imidlertid nettopp i å bestemme fordelingen mellom FoU og annen aktivitet for det enkelte kostnadssted. I tillegg forutsetter metoden at man klarer å kalkulere riktig nivå på de indirekte kostnadene, dvs. kostnader utenom de direkte kostnadene som bokføres på kostnadsstedet eller prosjektet.

Hovedmålet med valgfriheten i bruk av metode er at helseforetakene skal kunne rapportere på den måten de finner hensiktsmessig. De to metodene har litt ulike anvendelsesområder. Den aktivitetsbaserte passer best for mindre foretak som har god oversikt over ressursbruken, og som kan håndtere den direkte i regneark, men også for større foretak som har gode løsninger innen personalsystemer og datavarehus. Den kostnadsbaserte metoden er også velegnet for større foretak som har gode løsninger med datavarehus eller gode regnskapsløsninger.

2.4 Erfaringer med rapporteringssystemet så langt

Tabellene illustrerer utviklingen i rapporteringen foruten utviklingen i driftskostnader og årsverk i perioden fra pilotundersøkelsen i 2005 til den ferskeste undersøkelsen som er gjennomført for

---

[12] Kartlegging av ressursbruk til forskning; prosjektgrupperapport november 2006, s.45.

[13] Kartlegging av ressursbruk til forskning; prosjektgrupperapport november 2006, s.45.

året 2009. De betydelige sprangene vi ser fra 2005 til 2006 og fra 2006 til 2007 henger sammen med utvidelse av rapporteringsgrunnlaget. I hovedsak dreier det seg om tre forhold. For det første er flere enheter etter hvert blitt inkludert i rapporteringssystemet. På helseforetaksnivået er målsetningen å dekke de samme enhetene som inngår i måling av forskningsresultater. Dette er nå i hovedsak ivaretatt. Helseforetakenes interne rapporteringsrutiner er etter hvert også betydelig mer dekkende for aktuelle underavdelinger.

Tabell 1: Driftskostnader til forskning og FoU i helseforetak og private, ideelle sykehus 2005-2009. Mill. kr. Løpende priser. Prosent.

	2005[1]	2006[2]	2007	2008	2009
Forskning	1210	1427	1793	2070	2146
+/- (mill. kr.)	-	217	366	277	76
+/- (%)	-	18	26	15	4
FoU	-	-	2060	2324	2405
+/- (mill. kr.)	-	-	-	264	81
+/- (%)	-	-	-	13	3

Noter til tabellen:

[1] Nasjonal pilotundersøkelse begrenset til forskning.

[2] Omfatter bare forskning.

For det andre er rapporteringen fra og med 2007, som nevnt, utvidet fra å dekke bare forskning til også å dekke utviklingsarbeid.

Tabell 2: Årsverk til forskning og FoU i helseforetak og private, ideelle sykehus 2005-2009. Antall. Prosent.

	2005[1]	2006[2]	2007	2008	2009
Forskning	1281	1509	1903	1983	2048
+/- (mill. kr.)	-	228	394	80	65
+/- (%)	-	18	26	4	3
FoU	-	-	2186	2272	2318
+/- (mill. kr.)	-	-	-	86	46
+/- (%)	-	-	-	4	2

Noter til tabellen:

[1] Nasjonal pilotundersøkelse begrenset til forskning.

[2] Omfatter bare forskning.

For det tredje tyder rapporterte data med underlagsmateriale og dialogen med rapporterings-enhetene på at retningslinjer for hvilke kostnader som skal dekkes i rapporteringen etter hvert er relativt godt innarbeidet. I praksis er flere kostnadstyper tatt inn i rapporteringen.

Gjennom perioden er altså ressursbruken som skal rapporteres blitt stadig bedre dekket. Samsvar mellom årsverk og kostnader er også en indikasjon på dette. Samtidig innebærer utvidelser og forbedringer av rapporteringssystemet at endringer i måleresultatene over tid *ikke* bare reflekterer reell vekst i ressursbruken til FoU. Tolkning av tallene må også ta høyde for metodiske forhold. Måleresultatene gir f.eks. *ikke* uten videre grunnlag for å slutte at det har vært en formidabel vekst i helseforetakenes FoU-innsats de siste fem årene. Tabellene illustrerer kanskje vel så mye at FoU-innsatsen fanges opp bedre enn for fem år siden.

Alt i alt vurderes altså rapporteringen som stadig bedre, mer dekkende og dessuten mer stabil. Hovedresultatene fra rapporteringen holder nå god kvalitet på et makronivå. Økt bevissthet omkring forskning som primæroppgave for helseforetakene generelt og rapporteringssystemet spesielt, har antagelig bidratt til økt datakvalitet. Det er mindre variasjonsbredde i rapporteringsenhetenes tolkning av retningslinjene enn tidligere år. Særlig synes materialet for forskning å ha nådd et tilfredsstillende kvalitetsnivå og gir dermed et relativt godt grunnlag for sammenligninger mellom helseforetak og over tid, i første omgang fra 2008 til 2009.

Det er imidlertid fortsatt enkelte sider ved innrapportert materiale der sammenlignbarheten er dårligere. For det første er det vanskelig for rapporteringsenhetene å innarbeide gode rutiner for avgrensning av FoU mot annen virksomhet. For forskning synes nå avgrensningen å være godt innarbeidet ved de fleste helseforetak og private, ideelle sykehus. For måling av utviklingsarbeid derimot, er utfordringene og forbedringspotensialet betydelig større. For det andre er det forbedringspotensial i avgrensningen av helseforetakenes aktivitet i forhold til universiteter og høyskoler; særlig er forholdet mellom universitetene og universitetssykehusene problematisk i målesammenheng. I praksis er det en viss motsetning mellom målsetninger om samarbeid og rasjonell ressursutnyttelse som gjør at virksomheten ved helseforetak og universiteter griper inn i hverandre på den ene siden og krav om adskilt rapportering for de to institusjonstypene på den andre. For det tredje sliter en del foretak med å knytte sammen forskningsaktivitet og finansiering. Særlig problematisk er det å følge midler som kommer fra andre kilder enn basisbevilgningen over statsbudsjettet, gjennom ulike kanaler. For det fjerde er det vanskelig å si noe om hva slags medisinsk og helsefaglig FoU helseforetakene driver. To satsingsområder – psykisk helsevern og tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere – rapporteres særskilt, men det er f.eks. ikke mulig ut fra dagens rapporteringssystem å si noe nærmere om hva slags somatisk forskning som drives eller gi nærmere beskrivelser av klinisk forskning. Sist, men ikke minst tar det fortsatt for lang tid fra henvendelsen sendes ut til materialet er komplett og kan rapporteres videre til departementet og de regionale helseforetakene. Liten grad av standardisering av organisatoriske løsninger, rutiner, søknadsprosesser mv. vanskeliggjør sammenligninger og rapportering av sammenlignbare data.

Det er også rapportert om at det fortsatt er vanskelig å håndtere avgrensningen mot ubetalt forskning utenom normal arbeid, men arbeidsgruppen har valgt å ikke se på dette i første omgang.

2.5 Oppsummering

Kort oppsummert peker erfaringene med rapporteringssystemet så langt mot at forskning er relativt godt dekket, men at rapporteringssystemet fortsatt står overfor noen utfordringer:

- Utviklingsarbeid er dårligere dekket og fortsatt vanskelig å måle
- Det er fortsatt visse problemer med å trekke grensen mot universiteter og høyskoler, særlig universitetene.
- Eksternt finansiert FoU er noe variabelt dekket, blant annet på grunn av ulik praksis i ulike regioner og ulik organisering av pengestrømmer.
- Det er begrenset grunnlag for å si noe om innholdet i og innretningen av forskningen basert på ressursmålinger.

- Tiden som går fra NIFU sender ut henvendelsen om rapporteringen til helseforetakene returnerer materialet er kortet noe ned, men det går fortsatt for lang tid til materialet er innrapportert og kontrollert og klart for videre rapportering til de regionale helseforetakene og Helse- og omsorgsdepartementet.

Disse utfordringene gjenspeiles i mandatet for denne arbeidsgruppen, som er gjengitt innledningsvis.

3 Arbeidsgruppens analyser og vurderinger

Gruppen har valgt å ta fatt i alle de fem problemstillingene i rapporten i stedet for å håndtere noen av dem grundigere i denne rapporten og utsette andre. Fordelen med denne tilnærmingen er at gruppen har kunnet se sammenhenger mellom de ulike problemområdene som kan danne grunnlag for mer helhetlig håndtering av dem. Ulempen på kort sikt er at gruppen ikke har kommet fram til entydige konklusjoner og forslag til tiltak for alle problemstillingene eller alle deler av dem. På noen punkter foreslår gruppen tiltak som kan implementeres på kort sikt, mens den på andre anbefaler videre arbeid.

Gruppen har også valgt å behandle problemstillingene i den rekkefølgen som ligger i mandatet og utdypingen av dette. Det er imidlertid klare sammenhenger mellom problemstillingene, og gruppen har så langt som mulig prøvd å se på tvers av dem. I oppsummeringen av arbeidsgruppens konklusjoner og anbefalinger er det forsøkt å gi en mer overordnet vurdering der sammenhengene trekkes fram.

Ikke minst ligger viktige premisser for de øvrige fire problemstillingene i avsnittet om rapporteringsadministrative spørsmål. Konkret ligger utfordringen i å oppnå tilfredsstillende kvalitet og informasjonsverdi på innrapportert materiale tidsnok til at det kan bearbeides og gi innspill i aktuelle beslutningsprosesser. Det har samtidig, gjennom hele rapporteringssystemets levetid, vært en målsetning å belaste helseforetakene og forskerne så lite som mulig. Disse overordnede føringene har også ligget til grunn for arbeidsgruppens vurderinger og anbefalinger knyttet til de enkelte problemstillingene. Ikke minst har det gjort at gruppen har vært noe tilbakeholden med å anbefale tiltak som øker rapporteringens omfang og kompleksitet og heller anbefalt nærmere utredning av enkelte spørsmål, bl.a. i forhold til andre eksisterende og planlagte informasjonskilder.

3.1 Definisjon av utviklingsarbeid

Rapporteringssystemet som denne arbeidsgruppen er satt til å forbedre og videreutvikle, ble opprinnelig utformet med sikte på å dekke forskning, og både i pilotkartleggingen og den første ordinære kartleggingen i 2006 ble rapporteringen eksplisitt avgrenset mot utviklingsarbeid. Forskning var og er fortsatt kjernen i den samlede rapporteringen av resultater fra ressursmålingene til Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene.

I prosjektplanen ble det imidlertid nedfelt som et delmål at målesystemet skulle utvides til også å favne utviklingsarbeid. Denne utvidelsen var i stor grad forankret i forpliktelser til å levere FoU-statistikk nasjonalt og internasjonalt, til bl.a. OECD og Eurostat. Definisjonene av forskning og utviklingsarbeid som er lagt til grunn for målesystemet, bygger på internasjonale retningslinjer for FoU-statistikk og representerer også konteksten for begrepet utviklingsarbeid. I det følgende redegjør vi, med utgangspunkt i OECDs definisjoner, for kriterier som kan bidra til å avgrense utviklingsarbeid fra annen aktivitet, dvs. aktivitet som er FoU, men ikke forskning.

3.1.1 Hva er problematisk?

Det er flere sider ved rapporteringen av utviklingsarbeid som er problematisk. For det første rapporterer ikke alle helseforetak om utviklingsarbeid, og i en del tilfeller kartlegges ikke ressurser til slik virksomhet internt. Dette ser riktignok ut til å bedre seg, om enn langsomt. Blant de 36 helseforetak og private, ideelle sykehus som var med i ressursmålingen for 2009, var det 10 som ikke oppga utviklingsarbeid, hvorav 8 heller ikke oppga utviklingsarbeid i 2008. På den annen side rapporterte 5 av de som ikke oppga utviklingsarbeid i 2008, at de brukte ressurser til utviklingsarbeid i 2009. Det ser altså ut til at stadig flere helseforetak rapporterer om utviklingsarbeid eller har rapporteringsrutiner som omfatter slik virksomhet. At forekomst og omfang av utviklingsarbeid svinger noe fra år til år kan henge sammen med at det til dels er snakk om små foretak med små ressurser til så vel forskning som utviklingsarbeid, så enkeltprosjekter kan slå ut. Gjennom dialog og oppfølgningsaktivitet overfor rapporteringsenhetene vet vi imidlertid at det fortsatt er helseforetak som ikke har satt i gang systematisk kartlegging av utviklingsarbeid.

For det andre får vi tilbakemeldinger og spørsmål fra sektoren om definisjonen av og operasjonelle kriterier for måling av utviklingsarbeid. Uklare kriterier gir på den ene siden risiko for underestimering av ressursbruken til utviklingsarbeid. De enhetene som ikke rapporterer utviklingsarbeid, kan ha relevante aktiviteter som skulle vært rapportert. På den andre siden gir det risiko for overestimering av utviklingsarbeid hvis aktiviteter som egentlige ikke har FoU-karakter, rapporteres som utviklingsarbeid. Det gjelder f.eks. sider av innovasjonsaktivitet. Slike effekter kan forsterkes ved at forskning og innovasjon i økende grad koples og ved at innovasjonskomponenter bakes inn i forskningsprogrammer.

Usikkerheten i rapporteringen av utviklingsarbeid kan dessuten medføre en fare for at forskning under- eller overestimeres ved at grensen mellom forskning på den ene siden og utviklingsarbeid på den andre trekkes feil. Denne risikoen vurderes imidlertid som mindre i og med at oppfatningene av forskning synes mer avklart blant helseforetakene.

Den samlede effekten av disse faktorene er ukjent. En del av problemet kan sies å være at OECDs definisjon av utviklingsarbeid er veldig generell og f.eks. ligger tett opp til den definisjonen av innovasjon som brukes i helseforetakene. En hovedproblemstilling som drøftes i det følgende, er derfor hva som skal defineres som utviklingsarbeid i helseforetakene og dermed tas med i rapporteringen.

Det neste spørsmålet er hvordan man kan operasjonalisere definisjonen på en bedre måte enn i dag. Til nå er det benyttet eksempler i veiledningsmateriale til helseforetakene. Spørsmålet er om det er mulig å komme fram til mer presise kriterier for hva som skal inngå i utviklingsarbeid på det medisinske og helsefaglige området.

3.1.2 Begrepet forskning og utviklingsarbeid (FoU)

Utgangspunktet for rapporteringssystemet er begrepet forskning og utviklingsarbeid (FoU). I norsk oversettelse er begrepet definert som:

> *kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap – herunder kunnskap om mennesket, kultur og samfunn – og omfatter også bruken av denne kunnskapen til å finne nye anvendelser.*[14]

For å falle inn under definisjonen må en aktivitet inneholde et erkjennbart element av nyskapning og reduksjon av vitenskapelig og/eller teknologisk *usikkerhet*. Usikkerhet foreligger når løsningen på et problem ikke er umiddelbart åpenbar for en person som kjenner den grunnleggende kunnskapsmassen innenfor det aktuelle området.[15] I noen sammenhenger refereres det også til "kunnskapsfronten" for å anskueliggjøre grensen mellom FoU og annen aktivitet. Dette er hovedkriteriet for å avgrense FoU, dvs. forskning *og* utviklingsarbeid, i forhold til rutinemessige og standardiserte aktiviteter.

Referansen til "kunnskapsfronten" gir et tilleggskriterium, nemlig at aktiviteten må inneholde et nyhetselement av mer *global* karakter. Det holder mao ikke at en løsning på et problem er ny for bedriften eller sykehuset lokalt for at den skal regnes som FoU. Dette peker mot at man må kjenne kunnskapsfronten og bekjentgjøre sitt bidrag til å flytte denne for andre aktører på feltet.

Hensikten med aktiviteten er også viktig. Rutinemessig prøvetaking som del av medisinsk behandling er f.eks. ikke i utgangspunktet å regne som FoU, men er det dersom prøvene tas som ledd i et forskningsprosjekt.

I helseforetakene brukes ikke FoU-begrepet systematisk, til forskjell fra forskning som det er knyttet relativt klare oppfatninger og forventninger til. I det følgende redegjør vi først kort for forskningsbegrepet i helseforetakssektoren, før vi redegjør for og drøfter begrepet utviklingsarbeid. Det er vanlig å dele FoU-begrepet i tre aktivitetstyper; grunnforskning, anvendt forskning og utviklingsarbeid. Vi finner det imidlertid ikke formålstjenlig å skille mellom grunnforskning og anvendt forskning her.

Forskning

Det er relativt klare oppfatninger i helseforetakssektoren av hva som er å oppfatte som forskning. Dette er nedfelt i definisjoner og avgrensningskriterier i lover, forskrifter, regelverk, rutiner, organisasjonsmodeller, stillingsstruktur, insentivsystemer mv. I Helseforskningslovens[16] § 4 defineres medisinsk og helsefaglig forskning som

> *Virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom.*

Loven og definisjonen bygger bl.a. på Oviedo-konvensjonen[17] som skal ivareta individets rettigheter i biomedisinsk behandling og forskning, og sikre at vitenskapelige og medisinske

---

[14] Se f.eks. *Det norske forsknings- og innovasjonssystemet – statistikk og indikatorer 2009*, Norges forskningsråd, s. 17.

[15] *Utdrag fra OECDs "Frascati Manual" i norsk oversettelse*, NIFU (den gang Utredningsinstituttet for forskning og høyere utdanning)/OECD 1995.

[16] LOV 2008-06-02 nr 44: Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven).

[17] Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine.

fremskritt ikke går på bekostning av menneskerettighetene. Konvensjonen stiller krav om at forskningen skal holde vitenskapelig kvalitet og utføres av kvalifisert personell. [18]

Helseforskningsloven gjelder forskning som involverer mennesker, humant biologisk materiale og helseopplysninger. Helseforetakenes forskning favner imidlertid bredere enn dette, f.eks. helsetjenesteforskning, og det er den samlede forskningsaktiviteten som skal måles.

Universitets- og høgskolerådet anbefalte i 2004[19] at forskning bør resultere i eller ha som intensjon å resultere i en vitenskapelig publikasjon eller et patent. Vitenskapelig publisering defineres gjennom følgende fire kriterier som alle må være oppfylt; den må

1. presentere ny innsikt
2. være i en form som gjør resultatene etterprøvbare eller anvendelige i ny forskning
3. være i et språk og ha en distribusjon som gjør den tilgjengelig for de fleste forskere som kan ha interesse av den
4. være i en publiseringskanal (tidsskrift, serie, bokutgiver, nettsted) med rutiner for fagfellevurdering

Universitets- og høgskolerådet presiserer i rapporten at forskning kan ende i annet enn vitenskapelige publikasjoner og at ovennevnte *ikke* er en definisjon av *forskning*. Likevel må publiseringsaktivitet i praksis betraktes en relativt tung premiss i vurderinger av hvorvidt en aktivitet skal anses som forskning eller ikke. Vitenskapelige publikasjoner, sammen med doktorgrader, inngår i neste runde i det gjeldende finansieringssystemet for fordeling av midler til helseforskning. Dette gir også forskningsbegrepet budsjettrelevans i helseforetakssektoren.

OECDs definisjon av utviklingsarbeid

Begrepet utviklingsarbeid har, som nevnt, ingen tilsvarende status i helseforetakssektoren som den forskning har. Utviklingsarbeid ble introdusert i ressursmålingen i 2007, men definisjon, avgrensning og operasjonalisering av begrepet volder stadig besvær.

Definisjonen av utviklingsarbeid som brukes i FoU-statistikken og ressursmålingen i helseforetakene i dag er:

> *Utviklingsarbeid er systematisk virksomhet som anvender kunnskap fra forskning og praktisk erfaring, og som er rettet mot:*
>
> - *å framstille nye eller vesentlig forbedrede materialer, produkter eller innretninger, eller*
> - *å innføre nye eller vesentlig forbedrede prosesser og tjenester*[20]

---

[18] Basert på Lise Ekern: Oviedokonvensjonen, Forskningsetisk bibliotek 2009. Artikkel på lenken: http://www.etikkom.no/en/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Oviedokonvensjonen/

[19] Vekt på forskning. Nytt system for dokumentasjon av vitenskapelig publisering. Innstilling fra faglig og teknisk utvalg til UHR. Universitets- og høgskolerådet 12. november 2004.

[20] Det norske forsknings- og innovasjonssystemet – statistikk og indikatorer 2009, Norges forskningsråd, s. 17.

Kravet om at aktiviteten må inneholde et erkjennbart nyhetselement av global karakter mv. for å bli regnet som FoU, står samtidig fast også for utviklingsarbeid; jf. over.

I Norge, og for så vidt også i andre nordiske land, benyttes altså begrepet utviklingsarbeid, og ofte også utvikling. Særlig kan bruk av sistnevnte begrep bidra til å gjøre begrepet mer uklart ved at det gjennom rene språklige konnotasjoner trekker begrepet i retning av aktiviteter og virksomhet som åpenbart har lite med utgangspunktet – FoU – å gjøre. For å illustrere poenget kan vi peke på bistandspolitiske tiltak rettet mot utvikling i land i den tredje verden som definitivt omfatter mer enn utviklingsarbeid i den forstand vi her drøfter. Før man kan begynne å formulere relevante avgrensningskriterier for det området som skal kartlegges, kan det være fornuftig å spørre seg om hva som skal utvikles, dvs. om utviklingsarbeidet gjelder materialer, produkter, innretninger, prosesser eller tjenester.

Det kan også hevdes at den norske oversettelsen har mistet et element i den engelske originaltapningen av begrepet som er *Experimental development*.[21]

> *Experimental development is systematic work, drawing on existing knowledge gained from research and/or practical experience, which is directed to producing new materials, products or devices, to installing new processes, systems and services or to improving substantially those already produced or installed.*

Formuleringen henspiller på et eksperimentelt design som ofte benyttes i forskning, og knytter utviklingsarbeid nærmere til forskning. Dette kan ses som en presisering av begrepet utviklingsarbeid og kan på den ene siden bidra til å klargjøre grensen mellom utviklingsarbeid og annen aktivitet som ikke er FoU. På den annen side klargjør det, som antydet, ikke forholdet mellom utviklingsarbeid på den ene siden og forskning på den andre.

En annen tilnærming kan være å se på *relevante utfallsmål*. Dette vil ut fra definisjonen av hva som skal utvikles i stor grad overlappe med måling av innovasjoner. Men det må da avklares om aktiviteter som stopper opp et eller annet sted i innovasjonsprosessen uansett skal regnes med. Samtidig må det eventuelt trekkes en grense mot arbeid som ender i en beskrivelse av et problem uten at noen (ennå) har forsøkt å finne en løsning. Noe av dette omtales nedenfor i tilknytning til innovasjon.

Kort oppsummering av mulige avgrensningskriterier

Kort oppsummert er det vanskelig å trekke klare skiller mellom forskning, utviklingsarbeid og en del andre vitenskapelige og teknologiske aktiviteter som f.eks. innovasjon. Noen elementer kan imidlertid benyttes i en videre avgrensningsdiskusjon, bl.a. at:

- aktiviteten som element i FoU må inneholde et erkjennbart element av *nyskapning* eller reduksjon av vitenskapelig eller teknologisk *usikkerhet*
- løsningen på et problem må ikke være åpenbar for en som kjenner området
- aktiviteten må ha en viss *systematikk*, bl.a. være gjennomført ved hjelp av vitenskapelige metoder og dokumentert på en måte som gjør den reproduserbar

---

[21] Frascati Manual 2002. Proposed Standard Practice for Surveys on Research and Experimental Development, OECD 2002, s. 30.

- løsningen på problemet må være av *global* karakter, dvs. nyhetsverdi i forhold til kunnskapsfronten og ikke bare for foretaket der den utarbeides eller implementeres
- aktiviteten må være satt i gang for å tjene FoU-formål til forskjell fra rutinearbeid; jf. f.eks. at blodprøvetaking kan gjøres rutinemessig i behandlingsøyemed, men også som ledd i et FoU-prosjekt med sikte på å studere effekt av en behandlingsmetode eller et medikament.

3.1.3 Utviklingsarbeid innen medisin og helse

FoU brukes ikke systematisk i helseforetakene, og utenom ressursmålingen er FoU ikke rapportert for intern bruk. Grensene mellom begrepene er langt fra klare. Dessuten har interessen for å gi en presis, operasjonell definisjon av utviklingsarbeid vært moderat. Det henger antagelig sammen med at begrepet utviklingsarbeid, til forskjell fra forskning, ikke er innarbeidet i sektoren gjennom lovgivning mv. eller har budsjettrelevans. Det henger imidlertid kanskje også sammen med ressursmålingene i utgangspunktet var begrenset til forskning og at utviklingsarbeid ble introdusert i ettertid som et påheng.

Utviklingsarbeid forstås av og til som forsknings*basert* fremstilling av materialer, proteser, instrumenter, metoder, programvare mv., men oppfatninger av begrepet dukker også fra tid til annen opp som mer retoriske formuleringer som *forskning uten publisering* og *annenrangs* eller sågar *mislykket forskning*.[22] Dersom karakteristikker av denne typen reflekterer den usikkerhet som alltid vil ligge i vitenskapelig aktivitet er det for så vidt uproblematisk, men for vårt formål sier det likevel lite om hva som ligger i begrepet utviklingsarbeid.

Aktiviteter

En mulig angrepsvinkel for å avgjøre hva som er utviklingsarbeid i forhold til annen aktivitet som ikke er FoU, er å vurdere enkeltaktiviteter opp mot de kriteriene som er trukket fram under de foregående avsnittene. Noen eksempler på tilgrensende fenomener er:

- Behandling
- Utdanning
- Produksjon
- Kvalitetsregistre
- Fagutvikling
- Kunnskapsutvikling
- Organisasjonsutvikling
- Personalutvikling
- Innovasjon

Listen er ikke uttømmende, men som en ansats til avgrensning av utviklingsarbeid, vil vi antyde hvordan en slik avgrensning kunne foretas. Behandling og utdanning er to av de andre hovedoppgavene helseforetakene skal ivareta i henhold til spesialisthelsetjenesteloven. Begge vil i utgangspunktet være å betrakte som rutineaktiviteter, dvs. uten tilstrekkelig *nyhetselement* til å bli regnet som FoU. Et unntak som gjelder behandling, nevnes i de internasjonale retningslinjene for FoU-statistikk – utprøvende behandling. I helseforskningsloven er aktiviteten definert som

[22] Jf. Universitets- og høgskolerådets definisjon av vitenskapelig publikasjon i avsnitt 3.1.3 over.

forskning dersom den utprøvende behandlingen er systematisk, involverer flere pasienter og/eller skjer etter en fastlagt plan,[23] og ved ressurskartlegging til FoU skal de ekstra ressursene som er nødvendige for utprøvingen rapporteres som FoU.

Når det gjelder utdanning vil FoU-innslaget øke med økende utdanningsnivå. FoU-prosjekter som er utført av kandidaten vil falle inn under FoU-begrepet, mens kurs o.l. med sikte på formell kvalifisering vil være å betrakte som undervisning og dermed ikke FoU. Konkret vil dette gjelde utdanning på doktorgradsnivå og for post docs. På veiledersiden vil det kunne gjøres tilsvarende vurderinger av om veiledningen gjelder et FoU-prosjekt eller ikke.[24] I praksis vil hele arbeidstiden til stipendiater og post docs ofte regnes som forskning, mens for eksempel utdanningspermisjoner for overleger og andre kun vil regnes som forskning i den grad tiden brukes til forskning.

Samme resonnement vil i utgangspunktet kunne gjøres gjeldende for produksjon. I vareproduksjon vil prototyputvikling og testanlegg være å regne som FoU, og det vil kunne være et visst innslag av FoU helt inn i prøveproduksjonsfasen, men deretter vil det ikke være snakk om FoU, selv om aktiviteten skulle involvere forskere.[25] Avgrensningen innenfor helsetjenesten kan likevel bli annerledes fordi man der vil teste om produktet som industrien har (ferdig) utviklet, faktisk virker som forutsatt. Det er for eksempel ikke uvanlig at innkjøpte dataprogram må videreutvikles for å dekke behovet helseforetaket har.

Kvalitetsregistre etableres for å sjekke tilstanden innen et område, og resultatene vil kunne brukes til forbedring av behandling eller diagnostikk. Dette klassifiseres ikke som medisinsk og helsefaglig forskning i henhold til helseforskningslovens bestemmelser, men det kan åpenbart gi ny kunnskap om hvordan helsetjenesten fungerer og vil kunne karakteriseres som utvikling.

Kunnskapsutvikling kan enten tolkes bokstavelig som utvikling av ny kunnskap, altså forskning, eller som utvikling av kunnskap hos noen bestemte personer eller institusjoner, altså utdanning eller annen form for formidling av eksisterende kunnskap. Bruk av begrepet kunnskapsutvikling bidrar altså ikke til noen avklaring her.

Når det gjelder organisasjonsutvikling, personalutvikling mv. vil innholdet ofte kunne være uklart og variere mellom virksomhetstyper og mellom områder. Dette er heller ikke områder som reguleres av helseforskningsloven, men heller er knyttet til helseforetakenes øvrige aktiviteter. Aktiviteten vil dels kunne være FoU-basert, dels ha et "FoU-preg" ved at man benytter vitenskapelige teknikker i kartlegging osv. Slik aktivitet vil imidlertid ofte kunne være rettet inn mot å forbedre systemer mv. på lokalt nivå, og dermed ikke ha den mer *globale* innretning/relevans som er et kriterium for at den skal regnes som FoU.

---

[23] Se Sigmund Simonsen: Norsk lovkommentar. Helseforskningsloven. 20. juni 2008 nr. 44. Gyldendal rettsdata (Oppdatert 17. November 2010), s.7

[24] Frascati Manual 2002. Proposed Standard Practice for Surveys on Research and Experimental Development, OECD 2002, s. 35ff.

[25] Op.cit., s. 41ff.

Forholdet mellom utviklingsarbeid og innovasjon

Et siste eksempel er forholdet mellom FoU på den ene siden og innovasjon på den andre. I den såkalte *Oslomanualen*[26] defineres innovasjonsbegrepet på følgende måte:

> *An innovation is the implementation of a new or significantly improved product (good or service), or process, a new marketing method, or a new organizational method in business practices, workplace organization or external relations.*

Begrepet kan ha litt ulike betydninger i ulike sammenhenger, og vi kan ikke innenfor rammene for denne rapporten gi noen fyllestgjørende drøfting som trekker inn alle de retninger innenfor innovasjonslitteraturen som produktinnovasjon, prosessinnovasjon, brukerbasert innovasjon, lineære vs. ikke-lineære innovasjonsmodeller osv.

Vi vil her begrense oss til å gjengi et par av de definisjonene som brukes overordnet i RHFene. I RHFenes handlingsplan for innovasjon fra 2008 brukes følgende definisjon:

> *Innovasjon i helsesektoren er en ny eller forbedret vare, tjeneste, produksjonsprosess eller organisasjonsform som utgjør et gjenbrukbart konsept.*

RHFene har sammen med Innovasjon Norge, Helsedirektoratet, Innomed og Forskningsrådet gått sammen om å lage en felles tiltaksplan for innovasjon i helsesektoren, og bruker denne versjonen (høringsutkast 10.11.2010):

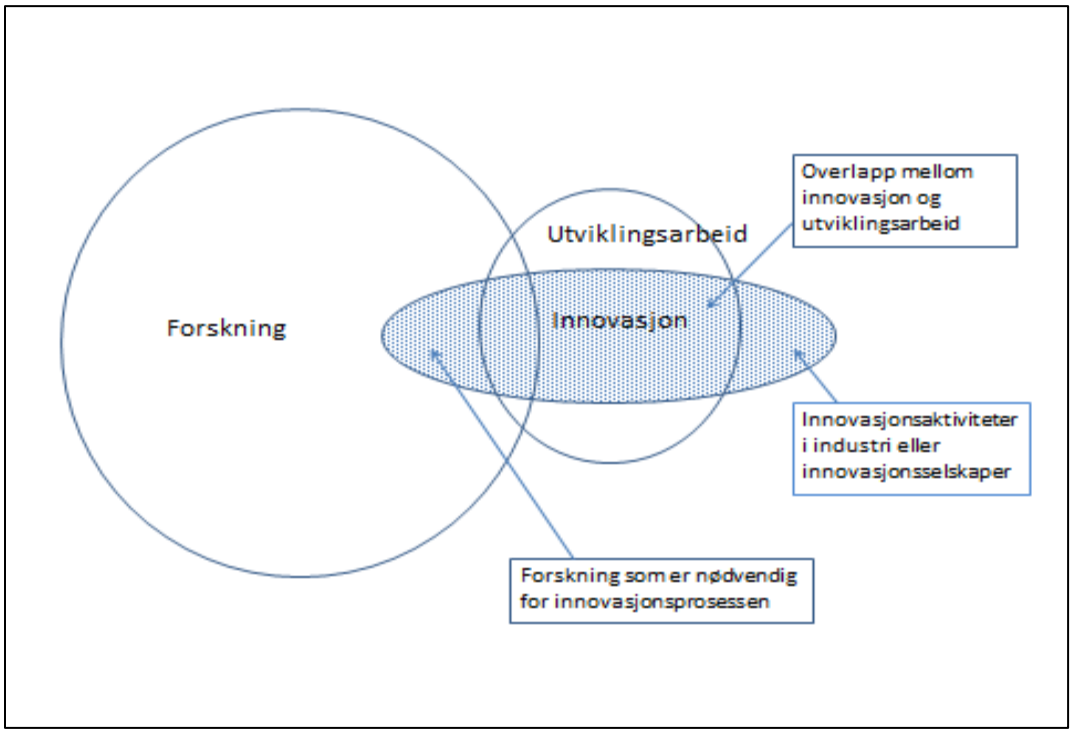
> *En ny vare, en ny tjeneste, en ny produksjonsprosess, anvendelse eller organisasjonsform som er lansert i markedet eller tatt i bruk i produksjonen for å skape økonomiske verdier."*

Definisjonene av innovasjon viser noen fellestrekk med begrepet utviklingsarbeid som gjør at det i noen sammenhenger er utfordrende å avgrense utviklingsarbeid mot innovasjon. Dette gjelder særlig for de innovasjonene som ikke kommersialiseres.

Utgangspunktet for innovasjonsaktivitet kan være kunnskap eller idéer fra forskning og andre deler av virksomheten, eller et behov som er spesifisert utenfra som foretaket engasjerer seg i løsningen av, uten at dette behøver å påvirke klassifiseringen som forskning eller utviklingsarbeid. Uavhengig av dette vil det være nødvendig å ta stilling til om aktiviteter som er rettet mot å fange opp idéer og arbeide med kommersialisering av disse skal regnes som en del av utviklingsarbeidet eller om begrepet utviklingsarbeid skal begrenses til det teknologiske og praktiske arbeidet med produktet eller konseptet. Denne siste problemstillingen vil særlig bli aktuell hvis man vil inkludere ressursbruken i tilknyttede innovasjonsselskaper; se avsnitt 3.2 om ekstern finansiering.

---

[26] Oslo Manual. Guidelines for Collecting and Interpreting Innovation Data, 3rd Edition, OECD 2005.



Figur 2: Prinsippskisse for forholdet mellom forskning, utviklingsarbeid og innovasjon i helseforetakene.

Mulige kriterier

Som kriterier for å vurdere hvorvidt aktivitetene faller innenfor eller utenfor begrepet utviklingsarbeid er det i arbeidsgruppen pekt på at termer som ”systematisk arbeid”, ”nyhetsverdi for kjennere av et felt” og ”kunnskapsfronten”. Slike kriterier benyttes i FoU-statistisk arbeid for å skille FoU fra annen aktivitet.

I diskusjonen i arbeidsgruppen er det innenfor denne rammen pekt på at dersom et arbeid har nyhetsverdi i den forstand Frascatimanualen legger til grunn og har allmenn interesse, kan den uten videre legges fram til fagfellevurdering og bør kunne publiseres. Sånn sett vil arbeidet være av ”forskningsmessig karakter” og vil kunne holdes atskilt fra annen aktivitet, dvs. aktivitet som ikke er FoU. En slik forståelse legger imidlertid begrepet utviklingsarbeid tett opp til forsknings-begrepet, og det blir problematisk om man ønsker å skille de to begrepene. Argumentasjonen er at det ellers kan være en fare for utvanning av begrepene som i neste runde kan føre til at det gis midler til utviklingsarbeid – hva nå det måtte være – og innovasjon på bekostning av forskning.

3.1.4 Organisering av forskning og utviklingsarbeid

Noe avhengig av hvilke definisjoner og operasjonaliseringer som velges, ligger det også et praktisk, organisatorisk spørsmål her. Hvem skal rapportere utviklingsarbeid internt i helseforetakene? Avgrensning av rapportering av ressursbruk til forskning og FoU er så langt i hovedsak gjennomført i samarbeid mellom kliniske avdelinger, forskningsstøtteavdelinger og økonomiavdelinger. Flere helseforetak har imidlertid signalisert at de har liten oversikt over hva som etter retningslinjene utføres og dermed også hva rapporteres av utviklingsarbeid. I noen slike tilfeller innhentes informasjon fra andre deler av helseforetaket. I andre tilfeller blir det verken

kartlagt eller rapportert utviklingsarbeid. Organiseringen av datainnhentingen vedrørende utviklingsarbeid kan dermed hevdes ikke alltid å være optimal i det nåværende rapporteringsopplegget.

3.1.5 Oppsummering

I helseforetakene er oppfatningene om hva forskning er relativt klare. Forskning er definert i lovverket og materialiserer seg i prosedyrer, resultatforventninger, kvalifikasjonskrav mv. Verken i forbindelse med den årlige ressursrapporteringen eller i arbeidsgruppens diskusjoner har vi kunnet påvise tilsvarende oppfatninger eller formelle reguleringer av hva som ligger i begrepet utviklingsarbeid. Helseforetakene synes dessuten å ha liten egen interesse av å måle omfanget av utviklingsarbeid. Det henger naturligvis dels sammen med at begrepet ikke er klart definert og operasjonalisert, men også at utviklingsarbeid, til forskjell fra forskning, ikke har noen klar budsjettrelevans. Rapporteringsbehovet springer først og fremst ut av nasjonale og internasjonale forpliktelser til å rapportere FoU-statistikk. Motivasjonen for å kartlegge utviklingsarbeid er dermed begrenset, til forskjell fra f.eks. innovasjonsfeltet som det gis politiske styringssignaler for i oppdragsdokumenter mv. Det kan bidra til å svekke kvaliteten på data om utviklingsarbeid og i verste fall påvirke kvaliteten på forskningsdataene.

Arbeidsgruppen har ikke funnet entydige grep som kan gi en helhetlig løsning på problemet på kort sikt, men anbefaler at det arbeides videre arbeid med spørsmålet med sikte langs følgende linjer:

- På kort sikt anbefaler gruppen at spørsmålene om utviklingsarbeid i rapporteringsskjemaet i hovedsak beholdes som før, men at det så langt det er mulig implementeres presiseringer og endringer i retningslinjene som kan bidra til avklaring og bedre måling av utviklingsarbeid.
- Den rent språklige forvirringen kan henge sammen med bruken av ordet “utvikling”. For å unngå dette bør begrepet utviklings*arbeid* som benyttes i FoU-statistisk sammenheng, konsekvent brukes for å betegne den type aktiviteter vi her prøver å fange.
- På noe lengre sikt anbefaler arbeidsgruppen at arbeidet med å presisere og operasjonalisere dagens definisjon og implementere resultater av dette arbeidet i retningslinjer og veiledningsmateriale forsetter parallelt med og etter innspill i forbindelse med 2010-rapporteringen. Særlig vekt legges på grensene mot viktige, tilgrensende aktivitetstyper i helsesektoren, f.eks. innovasjonsaktivitet.
- En mulighet arbeidsgruppen har diskutert, er å forenkle rapportering av utviklingsarbeid til en mer sjablongmessig angivelse av en prosentandel av forskningsaktiviteten. Et slikt tiltak løser ikke de konseptuelle problemene og kan neppe karakteriseres som ressurs*måling*. Denne typen styringsinformasjon vurderes i dag som mindre interessant for sektoren selv. Det må i tilfelle også gjøres en endelig vurdering av hva slags estimater som kan tilfredsstille nasjonale og internasjonale rapporteringskrav for FoU-statistikk.

3.2 Ekstern FoU-finansiering

Sammenlignbarhet mellom helseforetak og helseregioner har vært og er en hovedmålsetning med rapporteringssystemet. Å fange opp finansieringsstrømmer til medisinsk og helsefaglig FoU på en sammenlignbar måte er imidlertid fortsatt en hovedutfordring i ressursrapporteringssystemet. Særlig byr den eksterne finansieringen på problemer. Arbeidsgruppen er bedt om å anbefale retningslinjer for å sikre transparens og mest mulig sammenlignbar rapportering av ekstern forskningsfinansiering og vurdere virkemidler for dette formålet.

For å gi et sammenlignbart bilde av helseforetakenes ressursbruk til FoU, er det generelt viktig å fange opp midlene uavhengig av kilde og uavhengig av måten midlene kanaliseres til helseforetakene på. Prinsipielt bør midler som bidrar til reell forskningsaktivitet der resultatene rapporteres i form av vitenskapelige publikasjoner og doktorgrader i helseforetakene tas med. Operasjonelt fanger rapporteringssystemet i dag opp midler som er bokført i helseforetakene. Helseforetakene har imidlertid betydelige frihetsgrader i hvordan finansieringsstrømmene håndteres, og det gir naturligvis utfordringer når det gjelder sammenlignbarhet. Før vi går inn på vurdering av løsninger og tiltak vil vi gjennom eksempler beskrive kompleksiteten i finansieringssystemet for forskning i helseforetakene som vanskeliggjør etablering av sammenlignbare datainnsamlingsprosedyrer.

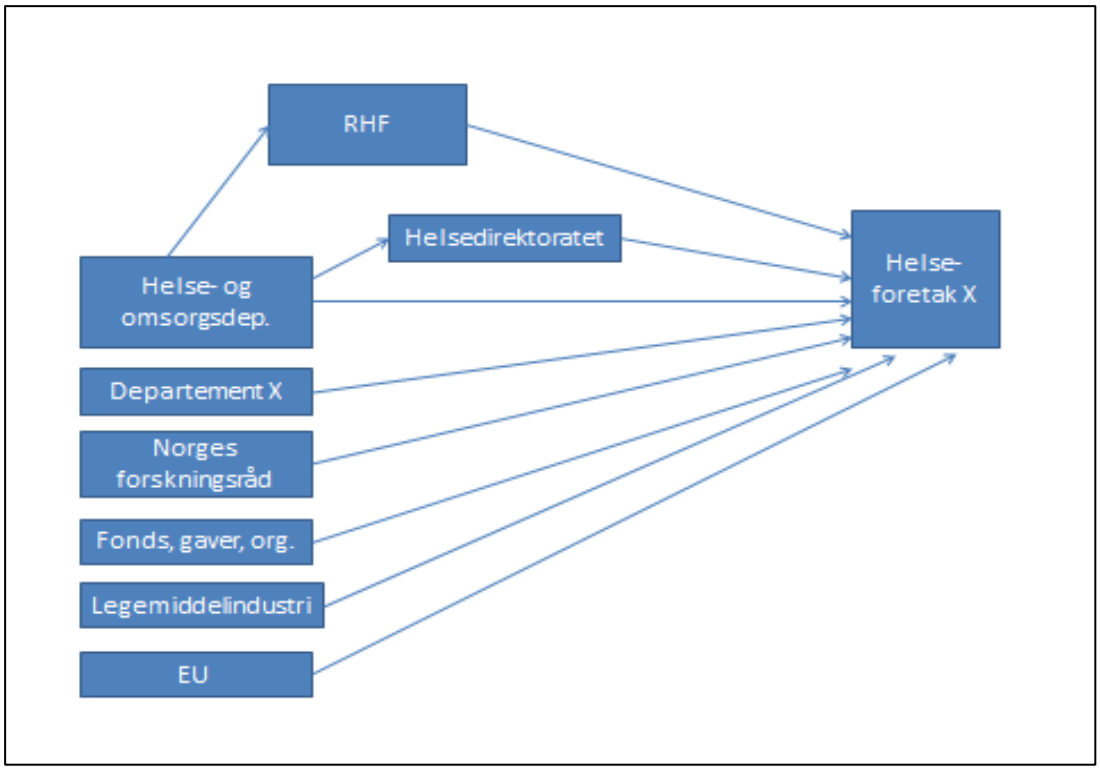
3.2.1 Illustrasjon av kompleksiteten i forskningsfinansieringen

Beskrivelsen som følger er ikke ment å være fullt ut dekkende for alle sider ved finansieringen av helseforetakenes FoU, men å illustrere kompleksiteten i systemet ved hjelp av noen eksempler på måter midlene kanaliseres på i dag.

Direkte kanalisering av FoU-midler til helseforetakene

Figur 3 viser hvordan pengestrømmene i sin enkleste form går direkte fra finansieringskilden til helseforetaket. I dette tilfellet er det relativt greit å følge pengene og klassifisere dem riktig.

Et kompliserende forhold allerede her er at helseforetakenes regnskapssystemer som følger av den formelle organiseringen, primært er utformet med sikte på å gi eierne utbytte og ikke for å måle aktiviteter. Regnskapssystemene er mao i utgangspunktet ikke særlig velegnet for å måle f.eks. forskning, og helseforetakene sentralt har ikke alltid detaljert oversikt over hvordan forskning er finansiert. For å få tilfredsstillende informasjon om FoU-finansieringen må de derfor etablere interne datainnsamlingsprosedyrer som involverer forskningsledere, avdelingsledere o.l. Det er disse personene som sitter med det operative ansvaret for aktiviteten på kliniske avdelinger osv. og som dermed skal ha oversikt over den eksternt finansierte prosjektporteføljen med tilhørende kontrakter og annen dokumentasjon. Mange helseforetak har klart å etablere rutiner for slik informasjonsinnhenting, mens andre fortsatt sliter. Utfordringene er naturligvis ulike og ulike store i større og mindre foretak.

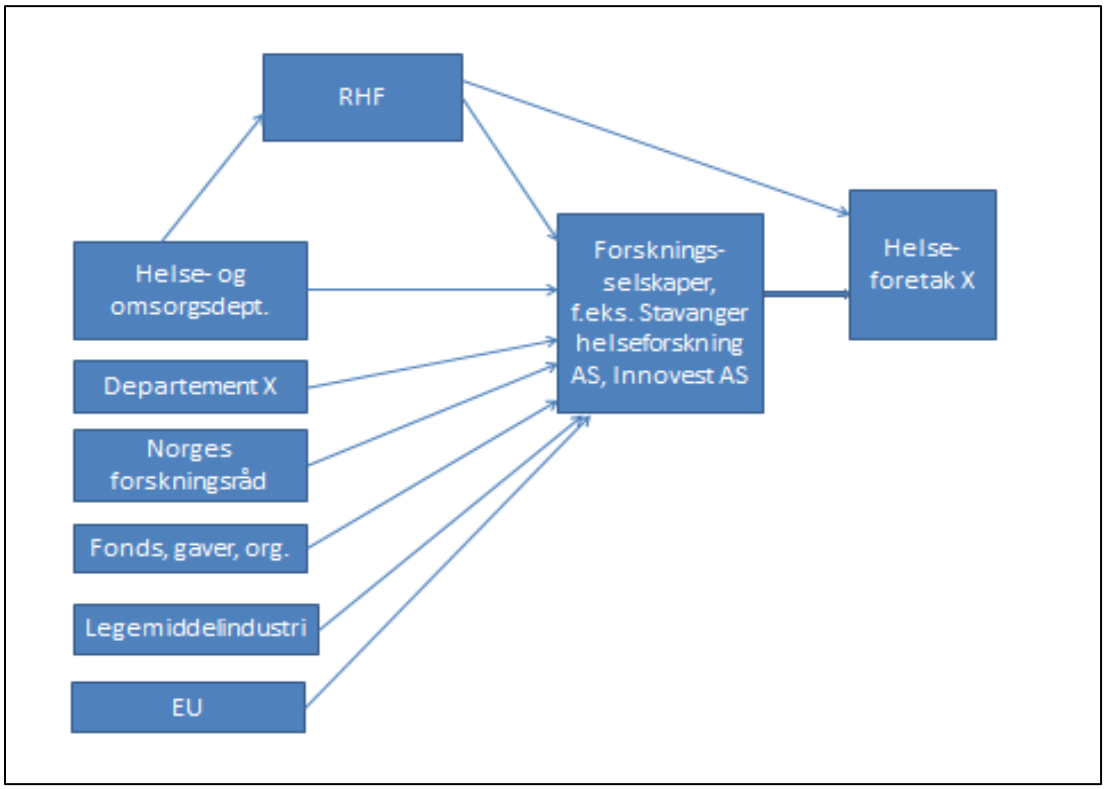


Figur 3: Eksempel på kanalisering av forskningsmidler inn i helseforetakene.

FoU-finansiering gjennom flere ledd: forskningsselskaper i helseregionene

Mer komplisert blir det når midlene går gjennom flere ledd. Ett slikt problemområde er helseforetakenes bruk av egne institusjoner for å håndtere bl.a. eksterne forskningsmidler. Et eksempel er Inven2 som ble opprettet av Universitetet i Oslo, Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF gjennom en fusjon av Medinnova AS og Birkeland Innovation AS. Andre er Innovest AS på Vestlandet og Stavanger Helseforskning AS som er nært knyttet til Helse Stavanger HF. Slike enheter finnes også i Helse Nord og Helse Midt-Norge, men har mindre omfang. I Helse Nord er alle RHF-finansierte prosjekter regnskapsført i helseforetakene. Unntak er de midlene som tildeles søkere fra og som regnskapsføres ved universitetet. Prosjekter med finansiering fra industrien eller ev. fra Forskningsrådet eller andre eksterne kilder regnskapsføres i varierende grad i helseforetaket eller i et forskningsselskap. Enhetene har ulik organisering og ulike funksjoner som dessuten kan endre seg over tid. Inven2 har f.eks. fått en stadig mer begrenset rolle når det gjelder forvaltning av eksterne midler som ikke er relatert til industrisamarbeid eller innovasjonsaktiviteter.

Her er vi først og fremst opptatt av deres rolle i finansieringssystemet og særlig i kanaliseringen av eksterne forskningsmidler inn i helseforetakene. I det følgende har vi for enkelhets skyld valgt å benevne dem forskningsselskaper.



Figur 4: Eksempel på kanalisering av forskningsmidler inne i helseforetakene.

Figur 4 viser hvordan noen forskningsselskaper kan tjene som mellomledd mellom finansierings-kilden og helseforetaket. I utgangspunktet har slike forskningsselskaper per konvensjon vært holdt utenom rapporteringssystemet. Hverken personale de ansetter eller forskningsstøtte vil derfor fanges opp. FoU som forskningsselskapene utfører i egen regi fanges i prinsippet opp i andre deler av FoU-statistikken.

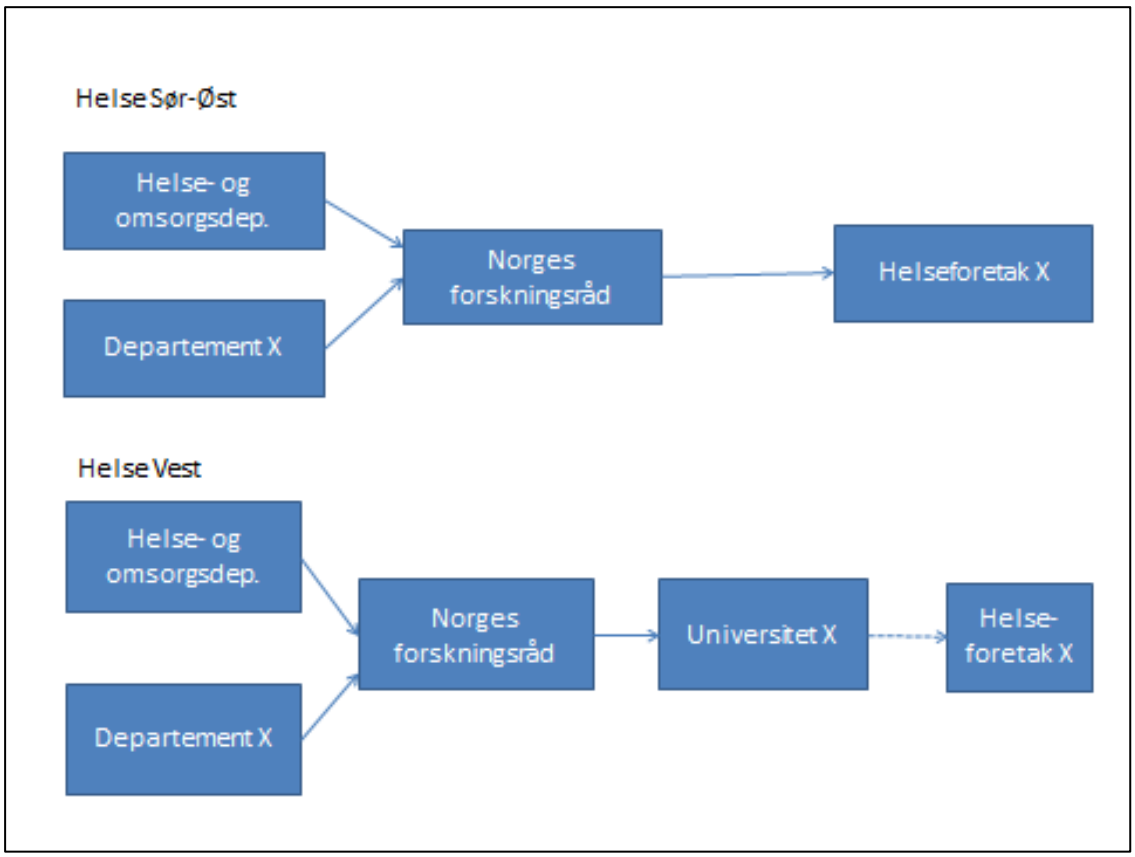
Som nevnt har imidlertid slike selskaper ulike funksjoner og det kompliserer bildet. Noen fører regnskaper og leverer rene administrative tjenester til helseforetakene, mens andre har langt videre fullmakter knyttet til å skaffe og videreformidle ressurser til forskning fra eksterne kilder. I noen tilfeller inntektsføres forskningsmidlene til helseforetakene i forskningsselskapene, bl.a. for å forenkle helseforetakenes administrative oppgaver.

At inntekter ikke kan settes lik kostnader kompliserer bildet ytterligere gjennom periodisering av inntekter og kostnader.

FoU-finansiering gjennom flere ledd: midler fra Norges forskningsråd m.m.

De siste års rapportering av ressursbruk til forskning i helseforetakene har vist at det registreres relativt lite forskningsfinansiering fra Norges forskningsråd. Andelen av den totale ressursbruken til forskning som finansieres med midler fra Forskningsrådet, har ifølge de siste ressursmålingene ligget på rundt 6 prosent av forskningsinnsatsen, og midlene er i stor grad blitt registrert i Helse Sør-Øst. Både dialogen i forbindelse med rapporteringen og diskusjonene i arbeidsgruppen tyder på at tallene for helseregionene her ikke er helt sammenlignbare. Det utføres forskning finansiert av Forskningsrådet også i helseforetak i f.eks. Helse Vest og Helse Nord. At midlene ikke registreres i rapporteringen fra helseforetakene i regionen henger bl.a. sammen med ulike

strategier og allianser i søkeprosesser i ulike helseregioner. Forholdet til universiteter og høyskoler, særlig mellom helseforetak med universitetssykehusfunksjoner og universitetene, står her sentralt. Mens helseforetakene i Helse Sør-Øst selv står for søknadene til Forskningsrådet, er gjeldende policy i flere andre regioner å søke slike midler gjennom universitetene. Det innebærer at innvilgede prosjekter blir registrert som universitetsprosjekter, med prosjektleder fra universitetet og ditto prosjektadministrasjon. Dermed vil forskningsrådsmidler registreres i universitets- og høgskolesektoren selv om personer fra helseforetakene deltar i forskningen.



Figur 5: To eksempler på kanalisering av forskningsrådsmidler inn i helseforetakene.

Tilsvarende mekanismer gjør seg antagelig også gjeldende i søkeprosesser i forhold til Kreftforeningen, Hjerte- og karrådet, EU mv. Gaveforsterkningsordninger bidrar dessuten til å styre pengestrømmene til universitetene framfor helseforetakene som ikke har slike ordninger.

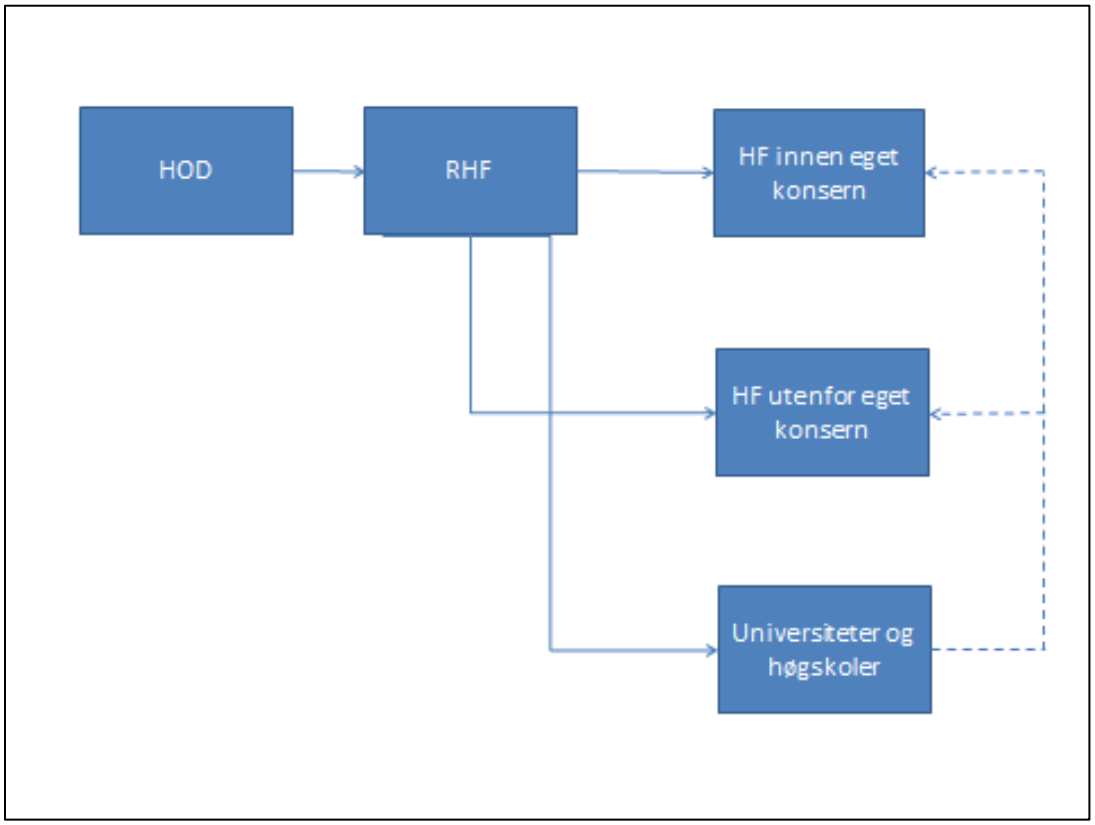
Kanalisering av bevilgninger gjennom regionale helseforetak

En særskilt problemstilling som ikke bare gjelder ekstern finansiering, men som likevel bør nevnes når finansieringsstrukturen beskrives, er at også midlene fra de regionale helseforetakene registreres forskjellig helseforetakene imellom. Et eksempel finner vi om vi sammenligner ressursrapporteringen i Helse Sør-Øst RHF med øvrige helseforetak. Helse Sør-Øst RHF oppgir å tildele alle sine forskningsmidler direkte til helseforetak innen eget konsern. I prinsippet skal dermed alle RHF-midlene kunne finnes igjen på helseforetaksnivå. De tre andre helseregionene rapporterer i større eller mindre grad om forskningsmidler til prosjekter, strategiske satsinger, enkeltinstitusjoner o.l. som går utenom egne helseforetak. Noen eksempler er:

- Helse Midt-Norge RHF kanaliserer en del midler til forskerstipender ved NTNU.

- Helse Nord RHF kanaliserer en del midler til ph.d.-stipendiater og post doc-stipendiater ved Universitetet i Tromsø som ikke inngår i rapporteringen på helseforetaksnivået. Dette kommer av at det i en viss grad er åpnet for søkere fra universitet og høgskoler i den åpne, årlige forskningsutlysningen, og noen ansettes derfor i utdanningssektoren.
- Helse Vest RHF utlyser midler til konkurranse mellom forskere. Det kreves at søkeren er ansatt ved eller har formell tilknytning til et helseforetak i regionen eller en privat, ideell institusjon som har avtale med Helse Vest RHF.

Helse Vest RHF er dermed "strengere" enn Helse Nord RHF mht. søkerens institusjonstilknytning, men samtidig mer "liberale" mht. hvor midlene regnskapsføres.



Figur 6: Eksempel på kanalisering av forskningsmidler til utførende nivå via regionale helseforetak.

Poenget er at midlene fra de regionale helseforetakene ikke fanges opp i samme utstrekning i helseforetaksrapporteringen i de respektive helseregionene. Det er ikke dermed sagt at midlene ikke går til forskning utført i helseforetakene; jf. forrige avsnitt. Det er imidlertid en risiko for at deler av forskningsmidlene ikke registreres i helseforetakene, mens f.eks. publikasjoner krediteres ut fra forfatteradresser. Dermed vil resultatene av forskningen registreres i form av vitenskapelig artikler mv. som krediteres helseforetaket, mens ressursene til publiseringsarbeidet ikke registreres der. Dersom det ikke tas hensyn til dette på ressurssiden, vil forskningen kunne framstå som dyrere i noen regioner enn i andre. Det vil kunne slå systematisk ut på beregnede indikatorer og gi grunnlag for feilaktige konklusjoner om sammenhengen mellom ressurser og resultater. Det vil også være tilfelle andre veien, dvs. ved at helseforetaksforskere alltid krediterer

universitetet i tillegg til helseforetaket pga. sin dobbelstilling, selv om de ikke har prosjektfinansiering fra universitetet.

Spørsmålet er om målesystemet per i dag fanger opp ressursbruken som regnskapsføres andre steder enn i helseforetakene, men som likevel gir forskning og publikasjoner i helseforetakene, og som derfor også skulle vært målt som ressursbruk fra helseforetakssiden. Arbeidsgruppen er kommet til at helseforetakenes regnskap antagelig ikke er tilstrekkelig pr i dag til å fange opp den faktiske plassering av prosjekter og dermed også den reelle ressursbruken.

3.2.2 Arbeidsgruppens vurderinger

Gjennomgangen foran viser noe av kompleksiteten i finansieringen av forskning og utviklingsarbeid i helseforetakene og de problemer dette skaper med å fange opp særlig eksterne midler på en dekkende måte. Andelen ekstern finansiering er for så vidt begrenset i helseforetakene. Nesten to tredjedeler av helseforetakenes forskning finansieres over basisbevilgningen. Legger man til midler som øremerkes forskning gjennom regionale helseforetak og regionale samarbeidsorganer har vi redegjort for mer enn 80 % av helseforetakenes samlede midler til forskning. I den overskytende snaue femtedelen inngår imidlertid midler fra viktige forskningspolitiske aktører som Norges forskningsråd og EU, som interesserer myndighetene. Dertil kommer finansieringen fra ideelle organisasjoner og medisinske fond som ikke er store om man ser forskningssektoren eller helseforetakssektoren under ett, men som kan være viktige innenfor mer spesifikke forskningsområder.

Arbeidsgruppen har gjennom sine diskusjoner kommet til at den vil peke på noen viktige prinsipielle aspekter ved finansieringen og har med dette som utgangspunkt drøftet noen mulige løsninger – noen av dem med virkning på kort, andre på noe lengre sikt. Særlig utfordrende er det å håndtere midler som går gjennom flere ledd, f.eks. forskningsselskaper av typen Innovest AS og Stavanger Helseforskning AS.

Hva er ekstern finansiering?

I gjeldende retningslinjer for ressursmålingssystemet er hovedprinsippet at eksternt finansiert FoU skal inkluderes i rapporteringen i den grad midlene bokføres i helseforetakets regnskaper. Diskusjonene i arbeidsgruppen har vist at det ikke uten videre er gitt hva som skal betegnes som eksterne midler. Definisjonen avhenger bl.a. av hvor i systemet man betrakter midlene fra. Grensedragningene fortoner seg noe annerledes sett fra helseforetaks- enn fra RHF-nivå. Sett fra helseforetaksnivået vil midler fra de regionale helseforetakene fortone seg som eksterne, mens de samme midlene vil fortone seg som basisbevilgning om man ser dem fra RHF-nivået. Det overordnede spørsmålet er derfor hva som skal betraktes som ekstern finansiering. Går grensen ved:

1. alle midler utenom helseforetakenes egen basisbevilgning, dvs. også midler fra eget regionalt helseforetak og andre forskningsmidler fra Helse- og omsorgsdepartementet?
2. alle midler utenom de som helseforetakene får i basisbevilgning eller fra eget regionalt helseforetak?
3. alle midler utenom Helse- og omsorgsdepartementets budsjett?

De mest aktuelle finansieringskildene utenom disse vil være

4. andre departementer (enn HOD), Norges forskningsråd, EU, ideelle organisasjoner som Kreftforeningen og Hjerte- og karrådet, næringslivet, private givere o.l.

Mens eksterne midler helt klart omfatter kategori 4, er øvrige grensedragninger avhengig av formål og sammenheng tallene skal brukes i. Her bør det nevnes at en betydelig del av midlene Norges forskningsråd fordeler innenfor medisinsk og helsefaglig forskning bevilges over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. I målesystemet så vel som i FoU-statistikken registreres denne finansieringen som forskningsrådsmidler og ikke som departementsmidler.

Prinsipper for kildeklassifisering

Ideelt sett burde all finansiering som fører til publikasjoner og doktorgrader i helseforetakene, rapporteres. Som for rapporteringen generelt, må fordeling på finansieringskilder være sammenlignbar på tvers av helseforetak og regioner for å bli meningsfull og anvendbar. En problemstilling som berører sammenlignbarheten, er helseforetakenes betydelige frihetsgrader til å organisere pengestrømmer, tildelingsmelanismer mv. Arbeidsgruppen har diskutert de regionale forskjellene i kanalisering av forskningsmidler med utgangspunkt i beskrivelser som de som er eksemplifisert i forrige avsnitt. I tillegg kommer forholdet til universiteter og høyskoler som også varierer mellom helseforetak og regioner, men som i mange tilfeller er av symbiotisk karakter (se avsnitt 3.3). Særlig problematisk er det å følge midlene når de går gjennom flere ledd, skjøtes sammen på ulike måter og overføres mellom perioder. Beskrivelser som dekker en så vidt komplisert virkelighet begrenser aggregeringsnivået ressursmålingene kan legges på. Ønsker om detaljerte, sammenlignbare data kan vanskelig fremskaffes uten at det stilles mer formelle krav til hvordan de underliggende systemene skal utformes.

Basisbevilgning og andre midler over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett

Arbeidsgruppen har diskutert ulike klassifiseringsmuligheter relativt fritt. Øremerkede midler håndteres ofte sammen med eksterne midler og fordeles via regionale samarbeidsorganer. Blant annet på grunn av regionale variasjoner i praksis har gruppen kommet til at man bør holde fast på en klassifisering som skiller mellom midler Helse- og omsorgsdepartementet fordeler gjennom ulike tiltak og ordninger (eksklusive Norges forskningsråd; jf. over) på den ene siden og midler fra andre kilder på den andre. Etter arbeidsgruppens vurdering er det kanskje aller viktigste formålet med denne delen av ressursrapporteringssystemet å fange opp og gi grunnlag for å beskrive og analysere bruken av forskningsmidler bevilget over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Følgende kategorier er da mulige sett fra helseforetaksnivået:

- Helseforetakets egen basisbevilgning over statsbudsjettet (Statsbudsjettets kapittel 732, post 73-75)
- Andre forskningsmidler fra eget regionalt helseforetak
- Øremerkede forskningsmidler (Statsbudsjettets kapittel 732 post 78)
- Øvrige midler mottatt gjennom regionale samarbeidsorganer
- Andre midler over Helse- og omsorgsdepartementets budsjettkapitler, inkludert underliggende etater som f.eks. Helsedirektoratet (også fra andre regionale helseforetak og helseforetak)

Dette er til dels overlappende kategorier. For eksempel fordeles både øremerkede midler og midler fra de regionale helseforetakene gjennom regionale samarbeidsorganer. Det bør

utarbeides en kategorisering i spørreskjemaet som gir best mulig sammenlignbarhet foretakene imellom, bl.a. med utgangspunkt i hvem som fordeler midlene. Er det helseforetakenes eget styre, styret i "eget" regionalt helseforetak eller er det overlatt til samarbeidsorganet?

Andre finansieringskilder

Når det gjelder øvrige kilder, anbefaler gruppen noen grep for å fange opp kildefordelingen bedre. I FoU-statistikken er hovedprinsippet at midlene så langt som mulig føres tilbake til primærkilden. Det gjøres for bl.a. for å unngå dobbeltrapportering. Et eksempel er at hvis et helseforetak mottar midler fra et universitet skal midlene føres tilbake til Kunnskapsdepartementet som forvaltningsdepartement for universitetene, dersom ikke annen kilde eksplisitt kan identifiseres.

Unntaket fra dette hovedprinsippet er midler fra Norges forskningsråd. De bevilges også i første instans over ulike departementers budsjetter, men Forskningsrådets sentrale rolle i forskningssystemet gjør at det er viktig å identifisere denne finansieringen separat. I denne forbindelse bør det også vurderes hvordan man best og enklest mulig kan fange opp utstyrsbevilgninger fra Forskningsrådet. Infrastrukturtiltak er et satsingsområde.

Et annet område myndighetene følger er EUs finansiering av forskning og utviklingsarbeid i Norge, bl.a. for å ha grunnlag for å vurdere norske forskningsmiljøers utnyttelse av mulighetene som ligger i kontingentinnbetaling til rammeprogrammene. Disse midlene bør også spesifiseres for seg.

Ytterligere spesifisering av kilder må veies mot den rapporteringstretthet som oppleves i helseforetakene. Forenkling av dagens rapporteringsskjema bør derfor vurderes, bl.a. om det kan rapporteres i samlekategorier som ikke krever detaljspesifisering av medisinske fonds, departementer osv. Informasjonsbehovet bør imidlertid avklares best mulig før forenklingstiltak implementeres slik at hovedinteressentene i rapporteringssystemet og FoU-statistikken er innforstått med begrensninger dette gir i datatilfang.

Håndtering av midler som går gjennom flere ledd: forskningsselskapene

Arbeidsgruppen har kommet fram til at en presisering av retningslinjene vil kunne være fornuftig på dette punktet. I den grad forskningsselskapenes rolle er begrenset til å skaffe, forvalte og viderebefordre finansiering fra flere eksterne kilder inn i helseforetaket til forskning utført der, er det rimelig at ressursene telles med under helseforetaket. Disse funksjonene kunne like gjerne vært ivaretatt internt i helseforetaket. Dette prinsippet vil riktignok i enkelte tilfeller kunne komme i konflikt med prinsippet om at midlene skal være bokført i helseforetaket, men i og med at denne siden ved forskningsselskapenes virksomhet først og fremst må betraktes som en måte å organisere den administrative og ikke den faglige aktivitet ved helseforetakene, er det rimelig å regne det med som det aktuelle helseforetakets ressurser.

Arbeidsgruppen vil samtidig påpeke at denne presiseringen ikke bare gjelder spørsmålet om ekstern forskningsfinansiering, men i prinsippet også berører hovedavgrensningen av målesystemet i den forstand at grensen for hvilken aktivitet som skal tas med under helseforetakenes rapportering utvides noe. Et illustrerende eksempel på betydningen av denne presiseringen gjelder forholdet mellom Helse Stavanger HF og Stavanger helseforskning AS. Uten midlene som går gjennom Stavanger helseforskning AS ville en betydelig del av den registrerte forskningsaktiviteten i Helse Stavanger HF falt utenom rapporteringen. Det er imidlertid *ikke* snakk om å ta inn Stavanger helseforskning – eller andre tilsvarende forskningsselskaper – som

rapporteringsenheter i kraft av sin egenutførte aktivitet. Forskning som selskapene selv måtte utføre med egne ansatte eller sette bort til aktører utenom helseforetakene, vurderes fortsatt å falle utenfor rapporteringen. Den vil i prinsippet fanges opp i andre deler av FoU-statistikken. Ved sammenstillinger av totaloversikter over forskningsmidler på nasjonalt nivå bør det imidlertid sørges for at den delen av forskningsselskapenes midler som regnes som del av helseforetakets ressurser, holdes utenom slik at dobbeltregistreringer unngås.

I forlengelsen av denne problemstillingen har arbeidsgruppen diskutert hvorvidt man også bør ta inn påslag for indirekte kostnader helseforetaket "sparer" ved å "outsource" forskningsstøtte. I og med kostnader til forskningsstøtte er kostnader som er nødvendige for forskningsaktiviteten og at helseforetakene alternativt måtte dekket dem innenfor eget budsjett er det rimelig å ta dem med som "overhead"-kostnader, men selvsagt ikke i tillegg til ev. påslag for slike kostnader som gjøres i helseforetakene. Sammenligninger mellom helseforetak som setter bort kostnadene og helseforetak som ikke gjør det, vil ellers bli feil. Hvis det ene alternativet er billigere enn det andre vil dette fremgå, men å holde kostnader til støtteaktivitet som er satt bort til andre utenfor, vil kunne gi skjeve måleresultater også på regionalt nivå. Slike systematiske skjevheter som også vil kunne gi feilaktig inntrykk av at forskningen er billigere i noen regioner enn i andre.

I rapporteringen av ekstern finansiering er det viktig at kildeidentifikasjonen beholdes også der de går gjennom finansieringsinstrumenter. Grunnen er at for å få et best mulig bilde av finansieringen av medisinsk og helsefaglig forskning, må disse midlene håndteres mest mulig likt uavhengig av om de går til helseforetakene direkte eller via finansieringsinstrumenter. Man bør mao kunne følge midlene gjennom finansieringsinstrumentenes regnskapssystemer.

Særlig viktig er det at midler fra større bidragsytere innen medisin- og helseforskningsområdet, som Norges forskningsråd og Kreftforeningen, beholder kildeetiketten gjennom systemet når de registreres på det forskningsutførende nivå. Detaljeringsnivået for rapportering av mindre bidrag og mindre finansieringskilder kan skje på det nivået helseforetakene finner mest hensiktsmessig.

3.2.3 Oppsummering

Kort oppsummert er gruppen så langt av den oppfatning at løsninger og tiltak vedrørende ekstern finansiering må gjøres ved gjennomgang av skjema og presisering av definisjoner og retningslinjer. Det gjelder bl.a. håndteringen av forskningsmidler som kanaliseres gjennom finansierings-instrumenter av typen Innovest og Stavanger Helseforskning. Et annet spørsmål er hvor langt man skal gå i kildespesifiseringen, for signaler fra en del rapporteringsenheter går ut på at detaljert kildespesifisering kompliserer rapporteringen vesentlig. Arbeidsgruppen anbefaler at man i tråd med overordnede prinsipper for målesystemet forsøker å forenkle rapporteringen av FoU-finansiering noe bl.a. for å få inn materialet tidligere. Arbeidsgruppen anbefaler at:

- opplysninger om de største finansieringskildene prioriteres.
- særlig prioriteres informasjon om midler som på en eller annen måte kanaliseres fra Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) budsjett.
- det arbeides videre mot en mer presis underinndeling av HOD-midlene.
- opplysninger om finansieringskilder myndighetene har spesiell interesse av å følge prioriteres, f.eks. Norges forskningsråd, EU og Kreftforeningen.
- retningslinjene for rapportering av FoU-finansiering gjennom forskningsselskaper, f.eks. Stavanger Helseforskning AS og Innovest AS presiseres, med vekt på at der

forskningsselskapet står for administrativ og ikke faglig aktivitet som like gjerne kunne vært utført av helseforetaket selv inkluderes i rapporteringen.
- kravene til detaljering av mindre bidrag til helseforetakenes FoU-aktivitet reduseres og skjer på det nivået helseforetakene finner hensiktsmessig.
- det med bakgrunn i overordnede forskningspolitiske mål, vurderes om man i noe større grad skal spesifisere ekstern finansiering av infrastrukturbevilgninger fra f.eks. Norges forskningsråd.
- at forholdet mellom dagens hovedprinsipp om at målesystemet avgrenses til ressursbruk som vises i helseforetakenes regnskaper (bokførte kostnader) avklares i forhold til prinsippet om at all ressursbruk som er med på å generere forskningsresultater i form av publikasjoner og doktorgrader i helseforetakene skal inngå i ressursmålingen. Dette er et omfattende og viktig prinsipielt spørsmål som i utgangspunktet ikke inngikk blant de prioriterte problemstillingene i gruppens mandat.

3.3 Avgrensning mot universiteter og høgskoler

Å rapportere helseforetakenes ressursbruk til FoU adskilt fra universitetenes og høgskolenes, innebærer betydelige utfordringer. Formelt sett er forholdet mellom helseforetakene på den ene siden og universiteter og høgskoler på den andre klart nok. Sykehusene er underlagt Helse- og omsorgsdepartementets forvaltningsområde, og universiteter og høyskoler sorterer under Kunnskapsdepartementet. I praksis er det imidlertid vanskelig å trekke klare grenser når det samtidig er et mål å stimulere til forskningssamarbeid og sågar sømløse overganger mellom de to institusjonstypene. Gruppen er bedt om å vurdere gråsoner mot universiteter og høyskoler i rapporteringen og komme med forslag til hvordan disse kan synliggjøres og reduseres for å oppnå en best mulig avgrensning mellom de to sektorene.

3.3.1 Dagens måling av ressursbruk til FoU i helseforetakssektoren

Som vi har beskrevet foran, har dagens målesystem som hovedprinsipp at helseforetakene skal rapportere ressursbruk til FoU som utføres i helseforetakene og som vises som kostnader i regnskapene deres. Utgangspunktet kan være personalets ansettelsesforhold som definerer direkte lønnskostnader og andre direkte kostnader til FoU og suppleres med en mer eller mindre skjønnsmessig fordeling av indirekte kostnader til infrastruktur mv. (aktivitetsbasert metode). Et alternativt utgangspunkt er kostnadssted, dvs. prosjekt, avdeling, post e.l. som vurderes mht. innslag av FoU (kostnadsbasert metode).

Avgrensningsproblemene gjelder særlig forholdet mellom helseforetak med universitetssykehusfunksjoner på den ene siden og universitetene på den andre. Virksomheten i de to sektorene er tett integrert, bl.a. gjennom:

- *Kombinerte stillinger:* Mange personer utfører forskning i delte stillinger med tilknytning til begge institusjoner. Det gjør det vanskelig å fastslå i hvilken stilling forskningen faktisk utføres. Dertil kommer problemstillinger knyttet til ubetalt forskning utenom normal arbeidstid (som riktignok i henhold til dagens retningslinjer skal holdes utenom).
- *Delt utstyr og lokaler:* Eiendomsretten varierer. Institusjonene har dels særeie, dels sameie. Bruken av utstyret kan være vanskelig å måle, herunder også hvorvidt bruken

gjelder forskning eller andre oppgaver. Enklere blir det ikke om kostnadene skal fordeles mellom universitet og helseforetak i forhold til bruk.

Personale fra begge sider av institusjonsgrensene deltar dessuten i felles forskningsprosjekter i ulike roller og med ulik finansiering og organisatorisk forankring. Slike kryssende nettverk og overlappinger er nødvendige, nyttige og ofte viktige for å få mest mulig ut av forskningsressursene. Mange policymål og tiltak gjelder nettopp økt samarbeid, bedre ressursutnyttelse osv.

Skal man måle helseforetakssektorens ressursbruk til FoU for seg selv, må den avgrenses i forhold til universitetene og høyskolene, særlig universitetene. I dag måles ressursbruken ved universitetene og helseforetakene i to separate undersøkelser med litt ulik tilnærming og metode. Det innebærer på den ene siden en risiko for ikke å fange opp all ressursbruken til FoU, ved at deler av den faller utenom rapporteringen både ved universiteter og helseforetak. På den andre siden er det en fare for at de samme ressursene registreres begge steder og dermed telles flere ganger.

Vi må i denne forbindelsen samtidig understreke at det i de fleste tilfeller er relativt uproblematisk å henføre ressursene til riktig institusjon. Det er marginalene som er problematiske, f.eks. professor II-stillinger og enkelte organisatoriske enheter som synes å inngå i styringslinjen under både universitet og helseforetak.

3.3.2 Kort om FoU-statistikken for universitets- og høyskolesektoren

FoU-statistikken for universitets- og høyskolesektoren (utenom helseforetakene)[27] produseres av NIFU og er i hovedsak basert på følgende informasjonskilder:

- Lærestedenes administrative personregistre: personale lærestedene har arbeidsgiveransvar for per 1. oktober
- Lærestedenes regnskaper
- Spørreskjemaer på instituttnivå
- FoU-andeler basert på tidsbruksundersøkelser som gjennomføres hvert 10. år.
- Oversikter fra viktige finansieringskilder for forskning, f.eks. Norges forskningsråd og Kreftforeningen.

FoU-andeler per lærested, fagområde og stilling anvendes på personalopplysningene for å beregne årsverk for personale lønnet over basisbevilgningen. Lønn og andre driftsutgifter kalkuleres per årsverk basert på gjennomsnittslønn og regnskapsopplysninger, og suppleres med opplysninger om bl.a. ekstern finansiering fra spørreskjemaene. Prinsippet er her at pengene følger personen.

I praksis innebærer også denne metoden at man må ta stilling til en del vanskelige grensetilfeller som følger av at personalet har delte stillinger, aktiviteten utføres ved hjelp av delt utstyr og/eller lokaler. Som tilleggskriterium benyttes derfor ofte hvor FoU-personalet har sin (fysiske) arbeidsplass. I en del tilfeller kontrolleres opplysningene mot opplysninger fra finansieringskilden.

---

[27] Helseforetak med universitetssykehusfunksjoner inngår også i universitets- og høyskolesektoren.

3.3.3 Arbeidsgruppens vurdering av alternativer til dagens måling

Hovedavgrensningen i dagens metode for helseforetakene innebærer vurdering av hvor stor del av de samlede kostnader, årsverksinnsats og personalressurser som dedikeres til FoU. Vurderingene gjøres i helseforetakene.

Arbeidsgruppen har drøftet alternative grep for å bedre grenseoppgangen mellom de to sektorene. Det ene er å benytte prosjekt som rapporteringsenhet. Foruten at dette ligger som en mulig tilnærming innenfor den kostnadsbaserte metoden, jf. kapittel 2, er det også kompatibelt med HRCS som behandles i avsnitt 3.4. Arbeidsgruppen har imidlertid ikke funnet at dette vil være noen god løsning på avgrensningsproblemene. Tvert i mot har prosjektene ofte deltakere fra begge leire og representerer ønsket og sågar viktig organisering av forskningsaktiviteten som oppmuntrer til samarbeid på tvers av institusjonsgrenser. I tillegg har noen prosjekter flere finansieringskilder. Samtidig er det liten tvil om at måling av ressursbruk innenfor institusjonsgrensen vanskeliggjøres. Et mulig utfall i målesystemet vil kunne være at ressursbruken regnes med ved den institusjon som står som formell søker på et prosjekt eller som har står som prosjektansvarlig institusjon eller er tillagt et administrativt ansvar for aktiviteten (jf. begrepet *forskningsansvarlig* i forbindelse med prosjektregistrering i REK-systemet). Og det sier ikke nødvendigvis noe om hvor forskningen *utføres*, dvs. om det er forskning som reelt er verdiskapende for helseforetakenes virksomhet.

Et annet alternativ som har blitt vurdert er å ta utgangspunkt i resultatsiden av virksomheten, dvs. vitenskapelig publisering og benytte seg av forfatteradresser. Etter gruppens vurdering vil dette i praksis innebære nye problemer som hverken gjør avgrensningen enklere eller mer presis. Foruten periodiseringsproblemer knyttet til at forskningsresultater ofte registreres et par år etter at forskningen er utført vil man stå overfor betydelige utfordringer i fastlegging av beregningsnøkler for fordeling av kostnader per publikasjon som reflekterer forskjeller mellom institusjoner, fagområder etc. Uten et relativt omfattende grunnarbeid vil slike kostnadstall gi liten merverdi i forhold til resultatindikatorene selv.

3.3.4 Oppsummering

Arbeidsgruppen har diskutert ulike måter å trekke grensene på mellom FoU utført i helseforetak på den ene siden og universiteter og høgskoler på den andre. Overordnet mener gruppen at alle, reelle bidrag til helseforetakets produksjon av forskning og utviklingsarbeid skal tas med i rapporteringen. Grensedragningene er i hovedsak greie, men i enkelte tilfeller er det vanskelig å trekke en klar grense for hva som hører inn under helseforetakene. Her finnes ingen enkle løsninger. Gruppen har kommet fram til følgende forslag til plan for håndtering av avgrensningsproblemene:

- fortsette målingen omtrent som nå og akseptere at det er en gråsone av organisatoriske enheter og ressurser man ikke klarer å fordele, men arbeide videre med presiseringer av retningslinjene supplert med nærmere undersøkelser eller møter med avdelinger, institutter o.l. i gråsonen med sikte på avklaring.
- gjøre en nærmere vurdering av hvordan måling av ressursbruk til FoU i helseforetak i større grad kunne samordnes med FoU-statistikken for de medisinske fakultetene ved universitetene, herunder vurdere hvordan måling av ressurser i gråsonene mellom de to sektorene i større grad enn i dag kan samordnes tidsmessig og metodisk.

- vurdere å legge inn en ekstra kolonne i skjemaet for finansiering for å rapportere midler som er regnskapsført hos universitetene og andre, men som likevel er et bidrag til forskning som blir kreditert helseforetakene.

3.4 Innholdsmessig klassifisering av medisinsk og helsefaglig forskning og utviklingsarbeid

Health Research Classification System (HRCS) er utviklet av United Kingdom Clinical Research Collaboration (UKCRC). Arbeidsgruppen er bedt om å vurdere hvordan dette systemet kan innføres i måling av ressursbruk til forskning og hvordan det kan samordnes med det etablerte målesystemet og FoU-statistikken. Formålet er å kunne gi en bedre beskrivelse av innholdet i medisinsk og helsefaglig forskning enn det man klarer gjennom dagens målesystem, dvs. fordelt på underdisipliner, aktivitetstyper mv.

3.4.1 Informasjon om FoU-innhold i dagens ressursmålingssystem

Dagens målesystem skiller som vi har drøftet foran, mellom forskning og utviklingsarbeid. Dessuten bes helseforetakene om å fordele forskningsressursene på grunnforskning og anvendt forskning i tråd med OECDs definisjoner. Ressurser til psykisk helsevern og tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere som er særskilt prioriterte områder, spesifiseres som egne kategorier. Ressursbruk til forskning på somatiske områder samlet kan dermed avledes.

De siste par årene er helseforetakene dessuten bedt om å rapportere per divisjon, avdeling eller annet hensiktsmessig undernivå med større faglig homogenitet. Hensikten har vært å gi grunnlag for en noe mer detaljert beskrivelse av ressursbruken uten å belaste foretakene for mye. Tilnærmingen har imidlertid ikke vært noen suksess, da kun et fåtall helseforetak har etterkommet oppfordringen.

3.4.2 Kort om HRCS

Systemet bygger på WHOs internasjonale sykdomsklassifikasjonssystem og ble utformet som forskningsstyringsverktøy. Siktemålet er å gi et bredt strategisk overblikk over finansiering av helseforskning mellom finansieringskilder og over tid. Systemet dekker hele spekteret av biomedisinsk og helserelatert forskning, fra grunnforskning til anvendt forskning og på tvers av helse- og sykdomsområder. Det er blitt benyttet til å klassifisere innvilgede prosjektsøknader langs to dimensjoner: *type forskningsaktivitet* og *helsekategorier*. En norsk oversettelse er utarbeidet i regi av forskningsdokumentasjonssystemet Cristin.[28]

HCRS skiller mellom 8 ulike aktivitetstyper som spenner fra det grunnleggende til det anvendte.[29] Under hver aktivitetskode finnes 4-9 underkategorier.

---

[28] Current Research Information System In Norway.

[29] Se nærmere om forskningsaktivitetskategoriseringen på engelsk og norsk på Cristins hjemmesider på lenken:

http://www.cristin.no/dok/Cristin-10-063%20HRCS%20kodenavn%20Autoritets.pdf

Tabell 3: Aktivitetsdimensjonen i HRCS. Norsk oversettelse. 1

Nr.	Forskningsaktivitet
1.	Underbyggende forskning
2.	Årsaksforhold
3.	Sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak, og fremme av velvære
4.	Påvisning, screening og diagnose
5.	Utvikling av behandlinger og terapeutiske intervensjoner
6.	Evaluering av behandlinger og terapeutiske intervensjoner
7.	Håndtering av sykdommer og tilstander
8.	Helse- og sosialtjenesteforskning

[1] *Kilde: Cristin*

HRCS skiller videre mellom 20 helse- og sykdomskategorier (og en restkategori).[30] Under hver helsekategori subsumeres et antall helsekategorier, sykdommer mv.

Tabell 4: Helsedimensjonen i HRCS. Norsk oversettelse.1

Nr.	Helsekategorier	Nr.	Helsekategorier
1.	Blod	12.	Muskulatur og skjelett
2.	Kreft	13.	Nevrologisk
3.	Hjerte og kar	14.	Munnhule, mage-tarm
4.	Medfødte lidelser	15.	Nyrer, urinveier og kjønnsorgan
5.	Øre	16.	Forplantning og fødsel
6.	Øye	17.	Lunger og luftveier
7.	Infeksjon	18.	Hud
8.	Betennelse og immunsystem	19.	Hjerneslag
9.	Skader o ulykker	20.	Generell helserelevans
10.	Mental helse	21.	Andre
11.	Stoffskifte og hormoner		

[1] *Kilde: Cristin*

I en britisk undersøkelse av forskningsfinansiering basert på HRCS fra 2006[31] ble det leid inn dedikerte kodere som stod for kodingen av alle prosjektene. I kodeveiledningen gis det dessuten detaljerte råd og retningslinjer for hvordan man skal kode prosjekter med relevans for flere kategorier.

Bruk av HRCS

Foruten at det forventes å gi grunnlag for bedre beskrivelser av innholdet i medisinsk og helsefaglig forskning, er et hovedargument for å innføre systemet at det vil kunne gi grunnlag for internasjonale sammenligninger av bruken av forskningsressurser på lavere aggregeringsnivå enn i dag. Internasjonal FoU-statistikk fra OECD og Eurostat skiller i dag bare ut medisinsk forskning

---

[30] Se nærmere om helsekategoriseringen på engelsk og norsk på Cristins hjemmesider på lenken: http://www.cristin.no/dok/Cristin-10-063%20HRCS%20kodenavn%20Autoritets.pdf

[31] UK Health Research Analysis, UK Clinical Research Collaboration, 2006.

som én, samlet kategori, og langt fra alle land rapporterer tall på så detaljert nivå. HRCS er tatt i bruk i bl.a. Singapore og Hong Kong, og vurderes tatt i bruk i flere land, bl.a. Sverige der det er gjennomført en pilotundersøkelse.

Så langt arbeidsgruppen har kunnet erfare er systemet, også i Storbritannia, benyttet til å registrere og klassifisere prosjekter. Den nevnte britiske undersøkelsen[32] som ble basert på dette systemet, er f.eks. begrenset til direkte finansierte forskningstildelinger etter fagfellevurdering.

I Norge er HRCS så langt valgt som klassifiseringssystem i registrering av publikasjoner i forskningsdokumentasjonssystemet Cristin og i registrering av forskningstildelinger gjennom de regionale samarbeidsorganene. Sistnevnte var et pilotprosjekt i regi av Helse Vest RHF som benyttet HRCS til å kode prosjekter i RHFenes felles rapporteringssystem – eRapport. Systemet vurderes også innført i Norges forskningsråd og i prosjektregistreringssystemet under de forskningsetiske komiteene – REK-systemet. Også Kreftforeningen er i ferd med å ta systemet i bruk for sine forskningstildelinger. Felles for de over nevnte klassifiserings- og rapporteringssystemene er at de bruker prosjekt eller, i noen tilfeller, publikasjon som analyseenhet. Da synes HRCS å være et slagkraftig verktøy.

HRCS forutsetter altså en presis definisjon av vitenskapelige problemstillinger, f.eks. identifisering av en ny diagnostisk markør eller utprøving av en ny behandlingsmetode. Det vil et prosjekt et eller en publikasjon ha og kan dermed kunne kategoriseres i dette systemet. Ressurs- og infrastrukturkategoriene er definert i forhold til forskningsaktivitet og ligger litt på siden av dette. Her trenger man ikke en like presis problemdefinisjon, men informasjonen må alltid legges under en hovedkategori i forskningsaktivitetstypologien, f.eks. påvisning, screening og diagnose eller helse- og sosialtjenesteforskning.

3.4.3 Arbeidsgruppens vurderinger

Systemet er altså utprøvd i prosjektregistrering, og synes godt egnet til f.eks. å overvåke forskningsmidler som fordeles gjennom de regionale samarbeidsorganene etter prosjektsøknad. Arbeidsgruppen er imidlertid ikke kjent med at HRCS er benyttet i FoU-statistisk sammenheng eller på annen måte til å følge ressursinnsatsen til FoU eller forskning på nasjonalt nivå. Så langt gruppen har kunnet bringe på det rene foreligger det dermed ingen praktiske erfaringer med bruk av HRCS i ressursmålinger og følgelig heller ingen vurderinger av konsekvensene ved å gjøre det.

Gruppens drøftinger har derfor tatt utgangspunkt i beskrivelsen av HRCS og enkelte eksplisitte begrensninger ved det på HRCS hjemmesider.[33]

HRCS i ressursmålingssammenheng – noen systembegrensninger

Til forskjell fra andre nøkkelordbaserte systemer står det i systemdokumentasjonen at HRCS ikke er utformet med sikte på å dekke alle aspekter ved forskningen og har ikke til hensikt å erstatte slike. Systemet er utformet med sikte på å fange hovedformålet med forskningen i prosjektets levetid, men ikke ev. formål som henger sammen med bakgrunnen for prosjektet eller mulige videre anvendelser av forskningen.

---

32 UK Health Research Analysis, UK Clinical Research Collaboration, 2006.

33 http://www.hrcsonline.net/

Systemet er dessuten begrenset til å fange opp direkte prosjektkostnader og omfatter derfor ikke indirekte forskningsstøtte eller tilsvarende, og er av den grunn ikke egnet som regnskapsrevisjonsverktøy. Det kan derfor benyttes i komplekse søk etter relevant forskning på ulike områder, men er ikke velegnet til mer nøyaktig kostnadsfesting av enkeltkategorier.

Indirekte kostnader og infrastruktur

Arbeidsgruppen har merket seg at systemet er eksplisitt avgrenset til *direkte prosjektkostnader* og følgelig ikke omfatter indirekte kostnader. Under hver aktivitetskategori finnes det riktignok en egen underkategori for ressurser og infrastruktur som dekker ressurser til bruk utover det enkelte prosjekt, f.eks. DNA-banker. Dessuten dekker den en del infrastrukturtiltak i form av nettverk, forskningssentre og konsortier. Også prøvetakingsutstyr, infrastruktur for klinisk utprøvning, statistiske metoder, utdanning og opplæring dekkes, men ikke f.eks. mer langsiktig ressursbruk til forskerutdanning. Arbeidsgruppens tolkning er imidlertid at også disse kostnadene i hovedsak er direkte knyttet til prosjekt.

Arbeidsgruppen oppfatter ikke at kostnader til forskningsledelse og -administrasjon, forskningsstøttefunksjoner, generell infrastruktur i form av bygninger, laboratorier eller miljøstøtte (”core support”) er inkludert i HRCS. Det er mulig slike faktorer *kunne* legges inn i systemets underkategori for ressurser og infrastruktur, men etter arbeidsgruppens vurdering er ikke systemet per i dag definert og strukturert for dette formålet. Det er også mulig at en registrering basert på direkte kostnader ville kunne gi interessant tilleggsinformasjon til dagens ressursmålingssystem. En slik løsning vil imidlertid gi to parallelle rapporteringssystemer for omtrent det samme.

Gitt målsetningen om en fulldekkende ressursmåling av FoU vil ressursmålingen, etter arbeidsgruppens vurdering, ikke kunne baseres på HRCS alene. I den forbindelse kan det også nevnes at prosjektbaserte løsninger heller ikke har vært anbefalt for produksjon av FoU-statistikk. Der slike har vært prøvd har de ikke vist seg å være noen suksess.

Forholdet til eksisterende rapporteringsopplegg

Arbeidsgruppen overskuer ikke alle konsekvenser av å innføre HRCS i dagens målesystem for ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid og FoU-statistikken. En implementering av HRCS må også ses i sammenheng med det overordnede formålet med ressursmålingen, hvilket nivå systemet ønskes innført på og målemetodene som anbefales brukt per i dag.

Den aktivitetsbaserte metoden tar utgangspunkt i årsverk som kostnadsdriver. Årsverk beregnes utfra i hvilken grad enkeltpersoner innenfor ulike stillingskategorier deltar i forskning og utviklingsarbeid. Hver person kan ha delt stilling mellom forskning og klinisk virksomhet og kan dessuten bruke forskningsdelen av årsverket sitt på flere prosjekter innenfor ulike områder.

Den kostnadsbaserte metoden tar utgangspunkt i kostnadssted i helseforetaket. Kostnadssted *kan* være prosjekt og slik sett gi en registrering som er kompatibel med HRCS. Kostnadssted kan imidlertid også være avdeling, klinikk, forskningsgruppe e.l.

En mulighet arbeidsgruppen har vurdert er å integrere utvalgte typologier i dagens rapporterings-opplegg og -skjema, dvs. øke detaljeringsgraden. Her vil man kunne utforme en matrise eller lignende for fordeling av FoU-ressursene på aktivitetskoder og helsekoder i absolutte tall eller

som prosentvise fordelinger. Foretak som benytter den aktivitetsbaserte metoden må i prinsippet sørge for å klassifisere hver enkelt forskers FoU-innsats i forhold til HRCS-kategoriene. Foretak som benytter den kostnadsbaserte metoden må sørge for å fordele ressursene per kostnadssted på HRCS-kategorier.

En slik tilnærming innebærer fordeling av ressursene på langt flere kategorier enn i dag. En slik løsning antas å øke rapporteringsbyrden for helseforetakene betraktelig, enten man legger registreringen til avdelings- eller forskningsledere, prosjektledere eller enkeltforskere. I og med at mange helseforetak etter hvert har fått på plass interne rapporteringsrutiner, vil en slik utvidelse kunne påvirke motivasjonen til å rapportere. Det vil igjen innebære en risiko for at rapporteringen tar lengre tid, at kvaliteten forringes og at rapporteringskoordinator i verste fall ikke får inn leveranser fra underavdelinger. Noe mindre økning i rapporteringsbyrde vil det kunne bli i foretak som benytter den kostnadsbaserte metoden.

Et alternativ kan være at HRCS-kategori tilordnes på et høyere organisasjonsnivå, f.eks. per avdeling, sykehus eller helseforetak. Fordelingen kan gjøres ut fra et mestkriterium. HRCS anbefaler klassifisering av prosjekter i maksimalt de 2 største aktivitetskategorier og de 5 største helsekategorier, men da med en gjennomsnittsberegning, dvs. at totale prosjektkostnader deles på tre dersom det er snakk om tre helsekategorier.

3.4.4 Oppsummering og konklusjon

Arbeidsgruppen vurderer HRCS som et godt og slagkraftig redskap til å klassifisere prosjekter, søknader og resultater (publikasjoner og doktorgrader) av forskning. Systemet synes å gi gode, samlede oversikter over forekomst av forskningsaktivitet innen ulike områder og grunnlag for å styre ressurser til områder der forskning mangler eller er dårlig dekket. Arbeidsgruppen har ikke funnet erfaringer med HRCS fra (årlige) ressursmålinger, og har måttet basere sin vurdering på beskrivelsen av systemet og dets styrker og begrensninger.

Gruppen finner ut fra dette ikke å kunne gå inn for å implementere systemet i ressursmålingen i den nåværende situasjon. Integreres systemet i dagens ressursmålingssystem vil det innebære en betydelig økning i rapporteringsbelastningen for helseforetakene, både i en overgangsfase og på mer permanent sikt. For mange helseforetak ville dette dessuten innebære en radikal omlegging av rapporteringsrutinene. Konsekvensene av et prosjektbasert rapporteringssystem av ressursbruk er ikke godt nok utredet eller erfaringsbelagt til at gruppen kan anbefale en slik løsning nå.

Arbeidsgruppen anbefaler derfor:

- at krav til detaljeringsnivå avstemmes i forhold til formålet med rapporteringen og forventninger om hva slags informasjon systemet skal gi og på hvilket nivå. Ønskes grove mønstre på nasjonalt nivå stiller dette andre krav til detaljeringsgrad enn om tallene skal benyttes i styringssammenheng i det enkelte helseforetak eller sykehus. Ønskes f.eks. grovere kategoriseringer kan arbeidsgruppen arbeide videre med forslag til operasjonaliseringer.
- at mulighetene for å implementere HRCS i ressursmålingen ses i nær sammenheng med utviklingen av andre relevante forskningsinformasjons- og dokumentasjonssystemer, bl.a. Cristin. I Cristin er HRCS i første omgang tenkt anvendt på vitenskapelig publikasjoner,

men skulle systemet få anvendelse for andre data, f.eks. forskerpersonale, vil det være grunnlag for en ny vurdering i arbeidsgruppen.

- at det alternativt gjennomføres ad hoc-undersøkelser à la den britiske kartleggingen fra 2006, som grunnlag for å beregne koeffisienter til bruk på data fra ressursmålingene.

3.5 Rapporteringsadministrative spørsmål

Med utgangspunkt i at resultatene av ressursmålingen foreligger først flere måneder etter avslutning av et budsjettår ble arbeidsgruppen bedt om å vurdere tiltak for å effektivisere rapporteringen. Selv om det er bedring å spore og den gjennomsnittlige rapporteringstiden har gått noe ned, er det fortsatt flere helseforetak som rapporterer etter fristen, og de siste rapportene foreligger først etter sommerferien. Dette er problematisk fordi det er en totalundersøkelse der alle rapporteringsenhetene skal være med. At rapporteringen i en del tilfeller gjennomføres så lenge etter at budsjettåret er avsluttet, medfører dessuten en risiko for at den blir unøyaktig ved at den er basert på opplysninger som ikke direkte kan gjenfinnes i regnskapet.

3.5.1 Belastning og rapporteringstretthet

For å redusere rapporteringsperioden og muliggjøre leveranser av ferskere tall til rapporteringssystemet, har arbeidsgruppen vurdert ulike tiltak. Vurderingene bygger for det første på at rapporteringssystemet skal tjene flere formål. De viktigste er å gi styringsinformasjon til helseforetak, regionale helseforetak[34] og Helse- og omsorgsdepartementet og datagrunnlag for nasjonal FoU-statistikk og for å ivareta norske leveringsforpliktelser for slik statistikk overfor internasjonale organer, særlig Eurostat (EUs statistiske kontor) og OECD. For det andre er det i arbeidsgruppens møter pekt på rapporteringstretthet i helseforetakene. Helseforetakene skal rapportere til mange formål som dessuten ofte er mer eller mindre overlappende. Å motvirke rapporteringstretthet og motivasjonstap er viktig for å få inn rapporter med tilfredsstillende kvalitet. Derfor har et overordnet prinsipp i ressursmålingen da også vært å belaste rapporteringsenhetene minst mulig. I utgangspunktet bør derfor utvidelser og detaljering av rapporteringen vurderes nøye, og endringer bør primært innebære forenkling eller vesentlig forbedring av rapporteringen. Disse føringene ligger til grunn for arbeidsgruppens vurderinger både av rapporteringsadministrative og andre spørsmål knyttet til målesystemet.

3.5.2 Forholdet mellom økonomi og forskningsstøtte

Arbeidsgruppen består bl.a. av medlemmer som ut fra praktisk erfaring med målesystemet har bidratt med innspill til gruppens diskusjoner og dermed bidratt med utfyllende og nyttig informasjon utover det bildet NIFU har fått gjennom tilbakemeldinger fra og dialog med helseforetakene i forbindelse med de årlige målingene.

Koordineringsansvaret for ressursrapporteringen legges noen steder til økonomisiden, andre steder til forsknings(støtte)siden. Der koordineringsansvaret ligger på økonomisiden, pekes det på at en hovedkilde til den omfattende tidsbruken ligger i å få inn svar fra klinikker, avdelinger osv.

---

[34] I Helse Sør-Øst gir det også grunnlag for fordeling av en del av rammetilskuddet mellom helseforetakene.

Der koordineringsansvaret ligger på forskningssiden, pekes det i tillegg på at retningslinjene rundt kostnadsberegningene skaper en viss forvirring.

3.5.3 Retrospektiv eller sanntidsmåling av ressursbruk

Ressursmålingene gjennomføres i dag retrospektivt, dvs. etter årets slutt. For måleresultatenes kvalitet og troverdighet er det viktig at målingen gjennomføres så snart som mulig etter årets slutt og på en mest mulig standardisert måte. Målet er at resultatene skal være sammenliknbare mellom helseregioner, helseforetak og helst også over tid.

Arbeidsgruppen har vurdert sanntidsmålinger som alternativ til dagens retrospektive målemetode. Bakgrunnen er helseforetakenes ønske om å innføre ledelses- og informasjonssystemer (LIS) som inneholder all informasjon helseforetakene trenger for interne og eksterne formål. Målet er at informasjonen skal kunne lagres i datavarehus som kan danne grunnlag for mange typer rapporter som kan tas ut til enhver tid. En slik løsning krever at grunnlagsdata kan defineres nøyaktig, dvs. at datavarehuset har informasjon om ressursbruk til f.eks. forskning, dvs. om aktive forskere, forskningsårsverk, utstyr mv.

Arbeidsgruppens vurdering er at sanntidsmålinger per i dag er et lite realistisk alternativ til dagens målesystem. Utviklingen i datavarehusløsninger, ledelses- og styringssystemer mv. bør imidlertid følges nøye. Ikke minst bør forholdet til nasjonale løsninger på området, herunder utviklingen av forskningsdokumentasjonssystemet Cristin. I den grad det er mulig og formålstjenlig bør rapportering av forskningsressurser ses i sammenheng og ev. samordnes med annen rapportering i helseforetakene.

3.5.4 Alternative metoder for kartlegging av forskningsårsverk

Arbeidsgruppen har også diskutert alternative måter å kartlegge forskningsårsverk på. Foretak som har benyttet den aktivitetsbaserte ressursmålingsmetoden, som går ut på å kartlegge årsverk som kostnadsdriver, har i mange tilfeller gjennomført møter med avdelingsledere, forskningssjefer etc. Et mulig alternativ er bruk av elektroniske surveyverktøy for å kartlegge forskningsårsverk internt. Et pilotprosjekt med standardverktøyet QuestBack er planlagt ved St. Olavs Hospital. Det legges opp til en prosess der resultater av surveyen forelegges klinikker, avdelinger etc. for validering. Deretter tenkes resultatene benyttet til å beregne lønn og sosiale kostnader etc. Kostnadsberegningene kan gjøres i forhold til faktisk lønn per forskningsaktiv person eller gjennomsnittslønn per stillingsgruppe. Tilsvarende undersøkelser er vurdert, men ikke realisert, også i andre foretak.

Fremgangsmåten for kostnadsberegningene er i samsvar med de overordnede retningslinjene for ressursmålingen, og har også klare fellestrekk med metoden som benyttes i produksjonen av FoU-statistikken for universitets- og høyskolesektoren (UoH). UoH-sektorstatistikken baseres på register- og regnskapsdata fra lærestedene som knyttes til forskningsandeler per stillingsgruppe og lærested – FoU-koeffisienter. FoU-koeffisientene er blitt kartlagt om lag hvert tiende år gjennom de såkalte universitetsundersøkelsene, og tilsvarende for statlige høyskoler.

Arbeidsgruppen vil følge kartleggingen ved St. Olavs Hospital med interesse. Arbeidsgruppen bør på et egnet tidspunkt ta initiativ til å drøfte erfaringer med dette opplegget med sikte på en ev. utvidelse og bruk i andre foretak, ev. en samlet, standardisert surveyundersøkelse på nasjonalt

nivå. Også her vil det være viktig å vurdere fremgangsmåte og fremdrift i forhold til utviklingen i Cristin.

Forenkling av kostnadsberegningene?

Arbeidsgruppen har også drøftet forenklingstiltak i kostnadsberegningene som ligger til grunn for ressursmålingen. Et spørsmål er her hvor mye man vinner ved detaljerte beregninger av den typen som i dag forutsettes benyttet, i forhold til mer sjablonmessige kostnadspåslag. Her har rapporteringsmalen retningslinjer som tillater at man i stedet for lønn for den enkelte forsker benyttet gjennomsnittslønn per stillingskategori dersom dette er enklere og reduserer belastningen i rapporteringsprosessen. Det er også lagt opp til beregningsnøkler for infrastruktur, f.eks. husleie, utstyr, IKT mv.

Et utgangpunkt for diskusjonen har vært spørsmålet om hva et forskningsårsverk koster og dernest om det er grunn til å anta at forskningsårsverk koster mer eller mindre enn andre årsverk. For å illustrere tankegangen vil vi kort beskrive rapporteringsmetoden som benyttes i Helse Bergen. Her benyttes den aktivitetsbaserte metoden. Først har rapporteringskoordinatoren møter med avdelingsledere, forskningssjefer for å kartlegge stillingsbrøker og forskningsandeler. På grunnlag av denne kartleggingen beregnes forskningsårsverk og deretter lønn og sosiale kostnader. I Helse Bergen utgjør forskning om lag 4 prosent av total lønn og sosiale kostnader til alle de fire oppgavene helseforetaket skal ivareta. I en forenklet beregningsmodell som forutsetter at forskning koster like mye som annen aktivitet, vil det kunne argumenteres for at forskning ble tilordnet en proporsjonal andel av lønnskostnader, andre driftskostnader osv.

En slik tilnærming har for så vidt klare fellestrekk med metoden som har vært brukt i FoU-statistikken for universitets- og høyskolesektoren, der prinsippet har vært å slå på kostnader til administrasjon og ledelse og andre driftskostnader i forhold til antatt bruk, dvs. forskningens andel av totalvirksomheten. Man differensierer imidlertid mellom ulike typer forskning, dvs. fagområder etc.

Dette forenklingsperspektivet reiser et par nye problematiseringer.

Kostnadsforskjeller mellom ulike typer forskning

I arbeidsgruppens diskusjoner er det blitt fremholdt at det er betydelige kostnadsmessige forskjeller mellom ulike typer medisinsk og helsefaglig forskning. For eksempel er kostnadsnivået for laboratoriebasert forskning et helt annet enn for helsetjenesteforskning. Det henger bl.a. sammen med ulike krav til infrastruktur. Ved å benytte den samme kostnadssjablongen for all forskning i helseforetakene, vil man ikke fange opp slike kostnadsforskjeller mellom ulike disipliner og aktivitetstyper. Gitt at forskningsprofilen ved foretakene ikke er for forskjellig vil det imidlertid kunne gi god nok informasjon på nasjonalt og regionalt nivå, men vil være mer problematisk på helseforetaksnivå og lavere. Skal målesystemet benyttes som styringsinformasjon på lavere organisatorisk nivå vil imidlertid en slik tilnærming lett kunne bli for grovmasket. Den vil kunne gi et noe fortegnet bilde av kostnadsnivået ved helseforetak, avdelinger etc. med så vidt ulike typer forskning som laboratorieforskning og forskning på psykisk helse. Forskerårsverkene koster antagelig omtrent det samme, men behovet for infrastruktur og drift vil være forskjellig.

Skille mellom ulike typer infrastruktur

Når man skal vurdere infrastrukturkostnader, bør det også skilles mellom ulike typer infrastruktur. Noe er dedikert forskningsinfrastruktur og skal naturligvis i stor grad tas med i ressursmålingen. IKT er et eksempel på infrastruktur som kan være til like stor "nytte" for gjennomføring av sykehusenes øvrige oppgaver som for forskning. Til slutt kommer generell infrastruktur (f.eks. parkeringsanlegg, pasienthoteller osv.) som i liten grad er direkte knyttet til forskning.

Et annet poeng er prising av infrastrukturen. Ulike typer prosjekter tar i ulik grad høyde for kostnadene. Forskningsrådet fullfinansierer ofte prosjektene, f.eks. også avskrivninger, mens andre oppdragsgivere, f.eks. Kreftforeningen, i større grad begrenser støtten til dekning av lønn. Dette vil kunne ha konsekvenser for kostnadsstrukturen.

Et tredje poeng er at man må ta inn over seg at driftskostnader dekker mer enn innkjøp av reagensglass o.l. Etter hvert er det blitt vanligere å leie infrastruktur, slik at kostnader som tidligere ble bokført som investeringer i økende grad føres som driftskostnader.

Ønsker man å få uttrykk for ressursbruken i helseforetakene og et reelt grunnlag for å sammenligne ressursbruken i foretak med ulik kostnadsstruktur, må kostnadene vurderes i hvert enkelt tilfelle. Mer sjablonmessige beregninger vil kunne gi tilfredsstillende datakvalitet og enklere rapporteringsrutiner, men ha liten nytte som styringsinformasjon, fordi det ikke vil gi data om reell ressursbruk.

Alt i alt mener arbeidsgruppen at sjablonger på lønn og andre driftskostnader vil kunne gi besparelser i arbeidet med rapporteringen for de enkelte foretakene og kan være en god tilnærming dersom formålet først og fremst er å presentere nasjonale totaler og muligens også regionale fordelinger av ressursbruken. I FoU-statistikken for universiteter og høgskoler er slike prinsipper bygd inn i beregning av FoU-ressursene. Sjablongmessige beregninger vil imidlertid ta bort variasjonene på lavere aggregeringsnivåer og dermed gjøre dataene relativt lite interessante som styringsdata. Flere av de store foretakene som er representert i arbeidsgruppen, mener dessuten at bruk av sjablonger ikke vil bety noen vesentlig tidsbesparelse da man allerede har etablert beregningsmetoder som baserer seg på regnskapstall.

3.5.5 Oppsummering

Arbeidsgruppen konstaterer at det fortsatt tar for lang tid fra helseforetakene mottar henvendelsen om rapportering, til datamaterialet er på plass og klargjort for videre rapportering til RHF-nivået og HOD, med følger for materialets aktualitet. Dette kan bidra til å redusere nytteverdien av måleresultatene, ikke minst på helseforetaksnivået, og det kan igjen påvirke helseforetakenes motivasjon for å rapportere data av god kvalitet. Arbeidsgruppens diskusjoner av erfaringene med rapporteringssystemet så langt tyder på at noe av bakgrunnen er at enkelte helseforetak fortsatt sliter med hovedprinsipper i rapporteringen, f.eks. hvilke kostnader som skal inkluderes. Dessuten er det indikasjoner på at dette også kan henge sammen med at rapporteringen oppfattes som for omfattende og detaljert.

For å korte ned gjennomføringstiden og derigjennom øke materialets aktualitet, blir det følgelig viktig å redusere belastningen for foretakene slik at det rapporteres innen gitte frister med tilstrekkelig høy kvalitet. Arbeidsgruppen har diskutert ulike tiltak for å bøte på rapporteringstretthet og sen rapportering. Sanntidsrapportering ble funnet lite realistisk nå.

Sjablongmessige beregninger, særlig av ressursinnsatsen til utviklingsarbeid, har vært diskutert som et alternativ til deler av dagens målesystem, og vil muligens kunne tilfredsstille behovet for FoU-statistiske mål på aggregert nivå. Slike data vil imidlertid ha liten nytte som styringsinformasjon. Det vil kunne svekke motivasjonen for rapportering på helseforetaksnivået som i neste omgang vil kunne være uheldig for datakvaliteten. Gruppen går derfor i utgangspunktet heller ikke inn for en slik løsning.

Derimot anbefaler arbeidsgruppen å forenkle rapporteringen ved bl.a. å økonomisere med hva slags informasjon som etterspørres (”need to know” vs. ”nice to know”). Rapporteringsbyrden og dermed også overholdelse av frister og kvalitet vil i hvert fall delvis være en funksjon av omfanget og detaljeringsgraden av den informasjonen som skal rapporteres. Arbeidsgruppen har derfor i sine anbefalinger generelt vært tilbakeholden med å foreslå større detaljrikdom i målesystemet. Dessuten fremmer arbeidsgruppen forslag andre steder i rapporten om at det arbeides videre med å vurdere bl.a. følgende forenklingstiltak:

- en viss forenkling av kategoriseringen av ekstern finansiering
- vurdere sjablongmessig rapportering for utviklingsarbeid og forskningstype
- vurdere å utnytte data fra andre kilder, herunder følge med på og vurdere muligheter som måtte oppstå i forbindelse med videreutviklingen av Cristin.

Arbeidsgruppen foreslår videre at retningslinjene gjennomgås fram mot 2011-rapporteringen med sikte på forenkling. I denne forbindelsen bør gruppen også vurdere om andre hovedprinsipper og retningslinjer enn de som er eksplisitt nevnt i mandatet bør revideres eller klargjøres ytterligere. Gjennomgangen bør ta utgangspunkt i de ulike formålene med rapporteringen og hvilken detaljeringsgrad som er nødvendig for de ulike spørsmålene. Forenklinger av typen som ligger til grunn for FoU-statistikken kan også vurderes for deler av rapporteringsskjemaet, dvs. koeffisienter og sjablongmessige beregninger. Da må det i tilfelle gjennomføres spesialundersøkelser med jevne mellomrom for å gi grunnlag for å etablere og vedlikeholde koeffisienter for bl.a. FoU per helseforetak, stillingsgruppe og fagområde (etter mønster av FoU-statistikken for UoH-sektoren). Denne typen forenklinger må imidlertid veies mot behovet for styringsinformasjon som krever ressursmålinger med større presisjonsnivå. Trekkes bruken av koeffisienter o.l. for langt, vil resultatet lett kunne bli noe helt annet en ressurs*måling*. En god balansering av disse hensynene er viktig for at helseforetak og myndigheter skal se at nytten av rapporteringen står i forhold til innsatsen.

Arbeidsgruppen foreslår også at det utarbeides en ny og mer forpliktende tidsplan for ressursmålingen som innebærer at henvendelsen fra NIFU går ut ved årsskiftet med 6-8 ukers frist. Med et noe forenklet system for rapportering, kan analysearbeidet i større grad standardiseres med sikte på å ferdigstille hovedresultater innen 15. mars slik at måleresultatene kan nyttes i årsrapportene de regionale helseforetakene utarbeider til Helse- og omsorgsdepartementet. Det anbefales at departementet vurderer å ta denne tidsplanen inn i oppdragsdokumentene til helseforetakene slik at det sikres et ledelsesmessig fokus på at rapporteringsfristen må overholdes.

Nordisk institutt for studier av
innovasjon, forskning og utdanning

Nordic Instititute for Studies in
Innovation, Research and Education

www.nifu.no