



# Flere endringer i system for måling av ressursbruk til FoU i helseforetakene

Rapport II fra en rådgivende gruppe (Ressursgruppen)  
oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning

Ole Wiig og Pål Bakke (red.)

Arbeidsnotat 11/2012



# Forord

Til å videreføre arbeidet med å utvikle og forbedre målesystemet for ressursbruk til forskning i helseforetak og private, ideelle sykehus, oppnevnte RHFenes strategigruppe for forskning våren 2011 en permanent gruppe – Ressursgruppen. Ressursgruppen har hatt tre møter i 2012 og leverer med dette arbeidsnotatet sin andre innstilling.

Også i dette arbeidsnotatet følger gruppen opp sentrale problemstillinger i innstillingen fra den opprinnelige arbeidsgruppen som ble nedfelt i *Ole Wiig og Anne Husebekk (red.): Videreutvikling av system for måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetakene, NIFU Rapport 22/2011*. Dessuten følger Ressursgruppen opp tiltak og anbefalinger fra sin første innstilling som ble publisert i *Pål Bakke og Ole Wiig (red.): Endringer i system for måling av ressursbruk i helseforetakene, NIFU Arbeidsnotat 12/2011*. Ressursgruppens anbefalinger er lagt fram for og godtatt av RHFenes strategigruppe for forskning. Noen av dem har resultert i konkrete tiltak allerede i 2012-målingen.

Dokumentet er utarbeidet av Pål Bakke (Ressursgruppens leder) og Ole Wiig (ansvarlig ved NIFU) på grunnlag av diskusjoner i gruppen og innspill og kommentarer fra gruppens medlemmer og observatører.

Oslo, 10. desember 2012

Susanne Sundnes  
Forskningsleder



# Innhold

<b>1</b>	<b>Ressursgruppens arbeid i 2012</b> .....	<b>7</b>
1.1	Sammensetning .....	7
1.2	Arbeidet i 2012 .....	7
1.3	Om denne rapporten .....	8
<b>2</b>	<b>Oppfølging av tidligere endringer og anbefalinger</b> .....	<b>9</b>
2.1	Registrering av utviklingsarbeid .....	9
2.2	Registrering av aktiviteter i helseforetakenes randsoner .....	10
2.3	Tidsplanen for ressurskartleggingen i helseforetakene .....	11
<b>3</b>	<b>Vurdering av ressursmålingens kvalitet</b> .....	<b>12</b>
3.1	Bruk av elektroniske spørreundersøkelser ved beregning av forskningsårsverk .....	12
3.2	Variasjoner i kostnadstallene for en del helseforetak .....	13
3.2.1	Pensjon og andre personalkostnader .....	13
3.3	Driftsmidler og utstyr – investeringer .....	16
<b>4</b>	<b>Vurdering av hva ressurskartleggingen bør omfatte</b> .....	<b>17</b>
4.1	Forskningsressurser i og utenfor DRG-kostnadsgrunnlaget .....	17
4.1.1	Forskningsfinansieringen i nasjonale og regionale inntektsmodeller .....	18
4.1.2	Konsekvenser av endret rapportering av forskningskostnader i DRG-kostnadsvektarbeidet .....	19
4.2	Betydningen av ulike kostnadsbegrep i rapporteringen .....	21
4.2.1	Selvkost eller fullkost vs. marginalkostnader .....	21
4.2.2	Alternativkostnader .....	22
4.3	Spesielt om håndtering av "plunder og heft" .....	23
<b>5</b>	<b>Samordning med universitets- og høgskolesektoren</b> .....	<b>26</b>
<b>6</b>	<b>Videre arbeid for forbedring av ressursmålingen i 2013</b> .....	<b>28</b>
	<b>Referanser</b> .....	<b>29</b>
	<b>Vedlegg 1 Spørsmål som ble stilt gjennom QuestBack-undersøkelse ved St. Olavs Hospital HF</b> .....	<b>31</b>

---

# 1 Ressursgruppens arbeid i 2012

## 1.1 Sammensetning

Ressursgruppens oppgaver og sammensetning fremgår av vedtak i RHF-enes strategigruppe for forskning 18.11.10 og 8.4.11, jf. vedlegg 1. Gruppen har det siste året bestått av følgende medlemmer og observatører:

- Pål Bakke, Helse Sør-Øst RHF (leder)
- Tove Klæboe Nilsen, Helse Nord RHF (nestleder)
- Einar Bugge, Helse Nord RHF
- Marthe Hammer/Arne Skogen Lekve, Helse Vest RHF
- Fredrik Feyling, Helse Vest RHF
- Øystein Krüger, Helse Sør-Øst RHF
- May Britt Kjelsaas, Helse Midt-Norge RHF
- Siv Mørkved, Helse Midt-Norge RHF
- Nils Erik Gilhus, Universitetssektoren (observatør)
- Ingrid Roxrud, Norges forskningsråd (observatør)
- Jostein Bandlien, Helsedirektoratet (observatør)
- Ole Wiig, NIFU - ansvarlig i NIFU

Ressursgruppen ble fra 22.08.2012 utvidet med en observatør fra Helsedirektoratet. Dette har så langt vist seg særlig nyttig i gruppens arbeid med forholdet mellom ressursmålingssystemet og DRG-kostnadsvektsystemet som direktoratet forvalter. En felles forståelse av hvordan forskningskostnader håndteres i de to systemene er en viktig problemstilling som drøftes i denne rapporten.

Foruten gruppens medlemmer og observatører har Hebe Gunnes fra NIFU bidratt til arbeidet, spesielt i forhold til rapporteringen for universitets- og høgskolesektoren.

## 1.2 Arbeidet i 2012

Ressursgruppens arbeid har i 2012 vært konsentrert om følgende punkter:

- Vurdering av kvaliteten i kartleggingen ut fra variasjoner i leverte data og metodikken for datainnsamlingen og beregninger.
- Vurdering av prinsipper for beregninger av kostnader ut fra ønsket/faktisk bruk av resultatene i ulike sammenhenger, herunder DRG-kostnadsvektarbeidet.
- Vurdering av mulighetene for og hensiktsmessigheten av sterkere samordning med rapportering i universitets- og høgskolesektoren.

I tillegg har gruppen fulgt opp de endringer og anbefalinger som ble gjort i forbindelse med rapporteringen for 2011:

- Videre avgrensning og operasjonalisering av begrepet utviklingsarbeid i FoU-kartleggingen som grunnlag for nye retningslinjer/veiledninger.
- Vurdering av hvordan ressursbruk til FoU i enheter i randsonen av helseforetakene kan inkluderes for å gjøre resultatene mer sammenliknbare mellom regioner og helseforetak.
- Ny tidsplan for ressurskartleggingen med sikte på årlig rapportering innen 15. mars.

I tillegg har gruppen skissert en plan for videre arbeid med forbedring av ressurskartleggingen.

Arbeidsgruppens medlemmer har i noe varierende grad hatt mulighet til å delta i møtene på grunn av møtekollisjoner og andre forhold, men det har hele tiden vært god bredde i kompetanse og synspunkter under møtene. Gruppens arbeid og forslag til konklusjoner ble presentert for RHF-enes strategigruppe i deres møte 18.10.2012. Synspunkter fra dette møtet og etterfølgende diskusjoner pr e-post er innarbeidet i rapporten. Alle gruppens medlemmer har hatt anledning til å kommentere på rapporten, og innstillingen er enstemmig.

### **1.3 Om denne rapporten**

Denne rapporten omfatter flere utfordringer gruppen har behandlet i 2012. Noen av utfordringene fremmer gruppen med dette forslag til løsning av, mens andre trenger ytterligere belysning, i noen tilfeller egne undersøkelser. I kapittel 2 går vi igjennom status for tidligere gjennomførte tiltak og anbefalinger. I kapittel 3 gjør vi rede for Ressursgruppens gjennomgang av ulike sider ved ressursmålingen og påfølgende vurdering av ulike aspekter ved målingens kvalitet. Kapittel 4 er en vurdering av hva ressursmålingen bør omfatte. Særlig omhandles forholdet til kostnadsvektarbeidet og DRG-systemet i regi av Helsedirektoratet og betydningen av ulike kostnadsbegreper. Kapittel 5 omhandler forholdet til universitets- og høyskolesektoren og mulighetene for å få til en bedre samordning og harmonisering av FoU-statistikken for denne sektoren og ressursmålingen for helseforetak og private, ideelle sykehus. Til slutt oppsummerer vi spørsmål som vurderes tatt inn på Ressursgruppens dagsorden for 2013 (kapittel 6).



## 2 Oppfølging av tidligere endringer og anbefalinger

### 2.1 Registrering av utviklingsarbeid

Forskning er relativt klart definert i helseforetak og andre sykehus. Det er knyttet klare rutiner og forventninger til oppstart, gjennomføring og avslutning av forskningsprosjekter. Det samme kan ikke sies om utviklingsarbeid. Definisjonen fra OECD er generell og gir få operasjonelle holdepunkter for avgrensning. Definisjonen kan dessuten sies å være nær identisk med enkelte definisjoner av innovasjon. Disse forholdene gir avgrensingsproblemer. Det kan derfor være grunn til å tro at det blir rapportert for mye utviklingsarbeid.

Ressursgruppen anbefalte i sin forrige rapport (Bakke og Wiig (red.) 2011:13) at definisjonen av FoU skulle strammes inn. For det første ble det påpekt at det var viktig å legge originaldefinisjonen av FoU til grunn ved kartlegging av utviklingsarbeid, bl.a. at aktiviteten er forsknings- og/eller erfaringsbasert, at den reduserer vitenskapelig eller teknologisk usikkerhet, at den er systematisk og at FoU er formålet med aktiviteten. For det andre anbefalte gruppen visse formalkrav til aktiviteter for at de skal falle under utviklingsarbeid, bl.a. at aktiviteten skal være organisert i definerte prosjekter med definerte mål som er ledergodkjente og har eget budsjett og en formidlingsplan for resultatene. Håndtering av IKT-prosjekter og grensen mot innovasjon ble gitt spesiell omtale i rapporten. Anbefalingene ble lagt til grunn i målingen av FoU-ressurser i 2011, dvs. veiledningsmaterialet ble modifisert.

Presiseringene av retningslinjene var altså ment som en innstramning i forhold til tidligere praksis. Vi ville derfor forvente at omfanget av utviklingsarbeid gikk ned fra 2010 til 2011. På den annen side kan økt oppmerksomhet om utviklingsarbeid i veiledningsmateriale medføre at enkeltenheter reviderer sin oppfatning av utviklingsarbeid og begynner å rapportere slik aktivitet.

Ser vi på bruttotallene for utviklingsarbeid er det en økning på 4,7 prosent fra 2010 til 2011. Økningen er ikke sterk, men likevel nok til at hypotesen om reduksjon på grunn av innstramning i retningslinjene ikke holder.

**Tabell 2.1: Utviklingsarbeid i 2010 og 2011 og endring. 1000 kr. Prosent. Innrapporterte tall og tall korrigert for enheter som har gjort endringer som kan ses som brudd i tidsserien.**

	2010	2011	Endring 1000 kr	Endring %
Utviklingsarbeid (N=35)	292,6	309,2	16,6	4,7
Utviklingsarbeid (N=33)	259,7	246,9	-12,7	-4,9

Går vi litt dypere ned i materialet, viser det seg imidlertid at mye av økningen kan tilskrives særskilte forhold ved to større helseforetak. Helse Bergen HF la om kostnadsberegningemetodene i forbindelse med 2011-rapporteringen. Dessuten rapporterte Sykehuset Østfold HF utviklingsarbeid for første gang. Det siste har i stor grad sammenheng med byggingen av nytt sykehus. Tallene for 2010 og 2011 er ikke helt sammenlignbare. Holdes disse to helseforetakene utenfor, blir det en nedgang i driftskostnadene til utviklingsarbeid fra 2010 til 2011 på 4,9 prosent. Utenom disse to foretakene rapporterte 13 enheter om mindre utviklingsarbeid enn i 2010, mens 14 enheter rapporterte om mer. Et halvt dusin foretak rapporterte ikke om utviklingsarbeid verken i 2010 eller 2011.

### Konklusjon

Analysen viser at det er nedgang i driftskostnader til utviklingsarbeid, slik vi antok i utgangspunktet. Enkelte metodiske forhold gjorde riktignok denne konklusjonen noe mindre tydelig enn den ellers kunne vært. Gruppen mener at tiltakene på dette området har fungert.

### Anbefaling

Spørsmålsstillingen fra 2011 beholdes uendret i 2012-rapporteringen. Man bør imidlertid følge opp tiltaket med en tilsvarende analyse av 2012-materialet og gjerne de neste årene som grunnlag for å vurdere nye tiltak.

## 2.2 Registrering av aktiviteter i helseforetakenes randsoner

Utgangspunktet for dette avsnittet er at helseforetakene bruker forskningsselskaper eller andre typer institusjoner til å håndtere bl.a. eksterne forskningsmidler. Selskapene er ulike både mht. til størrelse, organisering og funksjoner som dessuten endrer seg over tid. Også forholdet til helseforetakene varierer. En betydelig del av forskningen som rapporteres fra Helse Stavanger utføres av personale ansatt i Stavanger Helseforskning. Her er forskningsselskapet så tett integrert i helseforetaket på den utførende siden at begge deler regnes inn i målesystemet. Andre steder er relasjonen begrenset til kjøp av administrative tjenester, f.eks. regnskapstjenester.

Etter forslag fra Ressursgruppen ble de aktuelle helseforetakene i 2011-henvendelsen bedt om å innhente tall fra og rapportere på vegne av disse selskapene. Det ble gjort, om enn på noe ulike måter. Hovedkonklusjoner fra denne analysen er følgende:

- *Invent2*: er et forskningsselskap som bl.a. benyttes til administrasjon av oppdragsinntekter fra farmasøytisk industri. Personalet som drev forskning i regi av selskapet, ble overført til OUS i løpet av 2011 og rapporteres som en del av OUS.
- *Innovest*: Har hatt diverse funksjoner i forhold til bl.a. Helse Bergen, men det skjedde en endring fra 2012, ved at fordelingen av midlene nå skjer gjennom samarbeidsorganet.
- *Stavanger Helseforskning* ansetter og finansierer personale som arbeider med FoU ved Helse Stavanger HF. Denne aktiviteten registreres i sin helhet i målesystemet.
- *Unimed Innovation* as ivaretar oppdragsforskning. Ingen er ansatt i selskapet, men leies inn til oppgaver. Unimed Innovation as eies av Fondsstiftelsen ved St.Olavs Hospital, men mottar ingen ressurser verken i form av penger eller personell fra helseforetaket
- *Norinnova AS*: er et innovasjonsselskap for teknologi og forskningsbaserte innovasjoner i NORUT-konsernet. Tjenestene omfatter idévurdering, kommersialisering, inkubatortjenester og ivaretagelse av industrifinansierte forskningsprosjekter, bl.a. regnskapsførsel. Selskapet driver ikke egen forskning. Norinnova håndterer ikke helseforetakenes forskningsprosjekter.

Statlig forskningsfinansiering via slike forskningsselskaper synes altså enten av begrenset omfang eller er under omlegging. Det henger sammen med endret politikk på området. Det framgår blant annet av departementets oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene for 2012, der det står at «Det øremerkede tilskuddet til forskning i helseforetakene over kap. 732, post 78 som tildeles etter

vurdering i det regionale samarbeidsorganet mellom det regionale helseforetaket og universitetet/ene, er tildelt og håndtert av helseforetak, ikke gjennom forskningsselskaper.»<sup>1</sup>

### Konklusjon

Med unntak av Stavanger Helseforskning AS og Helse Stavanger HF er disse enhetene enten små eller i ferd med å bortfalle.

### Anbefaling

Bortsett fra at FoU utført av personale ansatt ved Stavanger Helseforskning AS registreres som en del av FoU-kostnadene ved Helse Stavanger HF, er det ingen grunn til å gå videre med denne tematikken nå.

## 2.3 Tidsplanen for ressurskartleggingen i helseforetakene

I Ressursgruppens forrige rapport ble det skissert en ny tidsplan for ressursmålingen. Målet var å ha forskningstall klare samtidig med årlig melding fra RHFene til HOD. Fristen er her 15. mars. Det ble lagt opp til en tidsplan som startet med henvendelse fra NIFU ca. 25. november 2011 med frist 22. februar 2012. Etter leveranse av hovedtall i et arbeidsnotat eller tabellsamling til HOD ble det lagt opp til en kort rapport, men med noe mer detaljer og tekst. Ressursgruppens vurdering var at det var betydelig usikkerhet knyttet til ulik praksis, særlig usikkerhet i forhold til frister og faser i regnskapsavslutningen. Gruppen vurderte derfor risikoen for forsinkelser som betydelig ved første gangs gjennomføring, og at det var urealistisk å nå målet om rapportering av hovedtall per 15. mars allerede i 2012.

Henvendelsen ble sendt ut 29. november 2011, og rapporteringsfristen ble satt til 27. februar 2012, dvs. 4-5 dager senere enn i planskissen i Ressursgruppens rapport. Det kan ha medvirket til at det ikke ble rapportert hovedtall innen fristen. Hovedforklaringen var imidlertid at enkelte, også store, helseforetak på eget initiativ eller ut fra dialogen med NIFU valgte å trekke rapporten og be om mer tid til kvalitetssikring. NIFU hadde rapporter fra samtlige helseforetak og private, ideelle sykehus i hende per 15. mars, men gitt at det da ville bli snakk om foreløpige tall valgte instituttet å melde til departementet at det ville være uforutsigelig å vidererapportere på det tidspunktet – for øvrig i overensstemmelse med anbefalingene i gruppens rapport. For enkelte enheter hadde nok dette sammenheng med at de ikke hadde tatt den nye tidsplanen helt innover seg, og ikke var kommet i gang med forarbeider, f.eks. årsverkskartlegging, tidsnok. I andre tilfeller dreide det seg om metodiske omlegginger og oppdagelse av inkonsistenser og mangler i underlagsmaterialet. Siste reviderte svar var oss i hende i begynnelsen av mai, og rapport ble trykket i slutten av juli. Det var lenge etter opprinnelig tidsplan, men samtidig vesentlig tidligere enn foregående år.

### Konklusjon og anbefaling

I tråd med Ressursgruppens vurdering viste det seg at rapportering av hovedtall fra 2011-målingen per 15. mars ikke lot seg gjøre. Det hang dels sammen med at det var første gang målingen ble gjennomført etter denne tidsplanen, men dels også med spesielle omstendigheter som vanskeliggjorde gjennomføringen. Vi anbefaler at 2012-rapporteringen gjennomføres etter noenlunde samme tidsplan, men at påminnelser og råd om gjennomføringen vurderes styrket og utvidet. Oppfølging underveis vil også bli vurdert.

En forutsetning for en så vidt stram rapporteringsplan som det her legges opp til, er at rapporteringsenhetene har mulighet til å skaffe underlagsmateriale av tilstrekkelig kvalitet i tide. Dette ble understreket i Ressursgruppens forrige rapport. Vi vil anta at rutine vil være noe bedre ved andre års gjennomføring. I videreutviklingen av denne siden av rapporteringen kan gruppen kanskje vinne innsikt gjennom å følge ulike prosesser i helseforetakssystemene, bl.a. utviklingen av et felles forskningsadministrativt system.

---

<sup>1</sup> Se Oppdragsdokument 2012, Helse Sør-Øst RHF, s. 18.

## 3 Vurdering av ressursmålingens kvalitet

Ressursgruppen har vurdert kvaliteten på ulike aspekter ved ressursmålingen med sikte på forbedringer. Konkret har gruppen sett på alternative måter for å kartlegge og beregne FoU-årsverk (3.1) og gjennomført en analyse av struktur og sammenlignbarhet i kostnadstallene (3.2). I et eget avsnitt drøftes forhold knyttet til investeringer og avskrivninger (3.3).

### 3.1 Bruk av elektroniske spørreundersøkelser ved beregning av forskningsårsverk

Den aktivitetsbaserte metoden som er en av to anbefalte metoder i målesystemet, tar utgangspunkt i personer og årsverk som drivere i ressursammenheng. Årsverkskartlegging foregår på noe ulike måter i ulike foretak avhengig av størrelse og organisering mv. I noen helseforetak er det omfattende avdelingsvise prosedyrer, der kartleggingsansvarlig har møter med forskningsledere eller tilsvarende.

Et alternativ i slike kartlegginger kan være bruk av elektroniske spørreundersøkelser. Etter det vi kjenner til er slike verktøy lite brukt lokalt i forbindelse med ressursmålingen. Ved *St. Olavs Hospital HF* har man imidlertid benyttet surveyverktøyet QuestBack i årsverkskartleggingen i 2010 og 2011. Ved andre gangs gjennomføring var både svarprosent og kvaliteten på svarene bedre. Elektronisk spørreskjema ble sendt ut til alle ansatte.<sup>2</sup> Alle som ikke hadde svart innen fristen ble purret en gang, og en ny purring ble sendt ut til valgte personalkategorier. Det ga samlet 60-70 prosent svar. Resultatene av kartleggingen ble deretter gjennomgått i klinikkene. Behovet for korreksjoner var mindre enn i 2010.

Erfaringene fra St. Olavs hospital vurderes som positive, og bl.a. Helse Bergen vurderer en survey av samme type for et par enheter som erfaringsmessig svarer godt. Ressursgruppen ser positivt på dette og vurderer slike kartleggingsverktøy som velegnet metode også for andre HF.

#### Fritidsforskning

En slik surveybasert årsverkskartlegging vil fange opp alle ansatte som driver forskning og utviklingsarbeid. I prinsippet vil dette være uavhengig av hvorvidt aktiviteten genererer kostnader for helseforetaket eller ikke. Spørreundersøkelser som den ved St. Olavs Hospital HF, muliggjør dermed også registrering av den såkalte fritidsforskningen. Men siden dette er ressursbruk som pr. definisjon ikke skal rapporteres inn sentralt, er det en forutsetning at det er høy presisjon i spørsmålsstillinger og beregninger for at dette skal fungere godt sammen med den offisielle ressurskartleggingen. Er forutsetningene oppfylt, kan en slik tilleggsregistrering bidra til økt oppslutning og økt presisjon, og det er uansett en god service for ledelsen i avdelingene og på sykehuset.

---

<sup>2</sup> Se Vedlegg 1.

## Konklusjon

Erfaringene med bruk av elektronisk kartleggingsverktøy ved St. Olav vurderes som positive. Ressursgruppen vil arbeide videre med ev. mer presise anbefalinger på området etterhvert som vi vinner erfaring med metodikken.

## 3.2 Variasjoner i kostnadstallene for en del helseforetak

Best mulig sammenlignbarhet mellom helseforetak og regioner er en hovedmålsetning for rapporteringen og også en viktig forutsetning for at tallene skal ha nytte i styringssammenheng. NIFU prøver gjennom dialog med kontaktpersonene i sektoren å kvalitetssikre tallene best mulig i forhold til dette og andre kriterier og retningslinjer. Noen ganger fører NIFUs spørsmål og tilbakemeldinger til justeringer i rapporterte tall, men ikke alltid. En gjennomgang av forholdet mellom ulike kostnadskomponenter viste betydelige variasjoner.

Helse Bergen HF har på bakgrunn av den økningen de fikk fra 2010 til 2011, og det at tallene samtidig blir trukket inn i det nasjonale arbeidet med revisjon av DRG-vektene, stilt spørsmålstegn ved hva som skal regnes med i ressurskartleggingen for FoU. Ressursgruppen har oppfattet dette som en diskusjon om det skal legges til grunn en totalkostnadsbetraktning (selvkost), eller om det skal legges til grunn en marginkostnadsbetraktning. Dette er drøftet bredt i kapittel 4.

Ressursgruppen har uavhengig av dette sett behovet for å vurdere i hvilken grad inklusjonen av personalkostnader er ensartet i kartleggingen for 2011. Ressursgruppen gjennomførte derfor en minisurvey til de fem helseforetakene som er representert i gruppen. Analyseplanen var å få en noe mer detaljert fordeling av kostnadene. Langs den ene dimensjonen fikk vi en spesifisering på lønn, feriepenger, pensjon og arbeidsgiveravgift og andre driftskostnader. Langs den andre ble det skilt mellom kostnader i enheter med forskningsårsverk og kostnader i fellesavdelinger og/eller kalkulerte påslag.

### 3.2.1 Pensjon og andre personalkostnader

Det har vært store svingninger i pensjonskostnadene i de siste par årene på grunn av endringer i regelverket for beregning av pensjonsforpliktelsen. Reduserte anslag for pensjonskostnadene ga en nedgang i samlede driftskostnader til FoU fra 2009 til 2010, og tilvarende betydelig vekst i FoU-kostnadene fra 2010 til 2011. Dette kan være håndtert forskjellig i helseforetakene, dvs. med eller uten sentrale avsetninger som er tatt hensyn til i ressurskartleggingen, eller ikke. Siden kostnadstallene for forskning ofte settes opp mot de totale driftskostnadene i foretakene, som et forholdstall det knyttes målsettinger til, er det ikke hensiktsmessig å ta pensjonskostnadene helt ut av ressurskartleggingen. Men det kan være nødvendig å få dem spesifisert for å kunne følge med på, og eventuelt standardisere, hvordan disse blir håndtert.

Gjennomgang av kostnadstallene for en del foretak viser variasjonen i de relative nivåene for pensjon og arbeidsgiveravgift versus lønnskostnadene. Resultater basert på de innrapporterte tallene er presentert i tabell 3.1.

**Tabell 3.1: Personalkostnader til forskning i 2011 i utvalgte helseforetak, basert på innrapporterte tall. 1000 kroner. Prosent.**

Kostnadstype	Kostnader i enheter med forskningsårsverk, uten kalkulererte påslag					
	OUS	UNN	St. Olav	Stavanger	Bergen	Sum
Lønnskostnader	596 642	92 357	51 151	58 314	157 696	956 161
Feriepenger, hvis ikke inkludert i lønnskostnader	-	-	6 138	-	18 924	25 061
Pensjon og arbeidsgiveravgift	161 000	26 423	19 793	10 844	36 270	254 331
<b>Sum personalkostnader</b>	<b>757 642</b>	<b>118 780</b>	<b>77 082</b>	<b>69 158</b>	<b>212 890</b>	<b>1 235 553</b>
<i>Pensjon og arbeidsgiveravgift i prosent av lønnskostnader</i>	27 %	29 %	35 %	19 %	21 %	26 %

Gitt at pensjon og arbeidsgiveravgift beregnes ut fra faste satser, burde andelen være jevnere enn det som fremgår av tabell 3.1. Som et regneeksempel har vi rekalkulert tabellen med samme relative nivå for pensjon og arbeidsgiveravgift (30 %). Resultatene er presentert i tabell 3.2.

**Tabell 3.2: Personalkostnader til forskning i 2011 i utvalgte helseforetak, basert på flat andel pensjon og arbeidsgiveravgift på 30 prosent. 1000 kroner. Prosent.**

Kostnadstype	Kostnader i enheter med forskningsårsverk, uten kalkulererte påslag					
	OUS	UNN	St. Olav	Stavanger	Bergen	Sum
Lønnskostnader	596 642	92 357	51 151	58 314	157 696	956 161
Feriepenger, hvis ikke inkludert i lønnskostnader	-	-	6 138	-	18 924	25 061
Pensjon og arbeidsgiveravgift	177 000	27 423	17 293	17 344	52 270	291 331
<b>Sum personalkostnader</b>	<b>773 642</b>	<b>119 780</b>	<b>74 582</b>	<b>75 658</b>	<b>228 890</b>	<b>1 272 553</b>
<i>Pensjon og arbeidsgiveravgift i prosent av lønnskostnader</i>	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %

Kostnadene ville i dette tenkte tilfellet øke med 16 mill. kr både hos OUS og i Helse Bergen. Økningen ville bli 6,5 mill. kr for Helse Stavanger, mens kostnadene ved St. Olavs Hospital ville bli redusert med 2,5 mill. kr. Totalkostnadene i kartleggingen ville øke med ca. 37 mill. kroner.

En videre hypotese er at kostnadene pr. forskningsårsverk ville bli påvirket av en slik utjevning av forskjellene i pensjons- og arbeidsgiverandel. Resultatene er vist i de to neste tabellene. Tabellene viser bare direkte kostnader.

**Tabell 3.3: Personalkostnader til forskning i 2011 i utvalgte helseforetak, basert på innrapporterte kostnader. Kostnader per forskningsårsverk. Kroner. Prosent.**

Kostnadstype	Kostnader i enheter med forskningsårsverk, uten kalkulerte påslag					
	OUS	UNN	St. Olav	Stavanger	Bergen	Gjennomsnitt
Antall forskningsårsverk	1 195	169	87	84	240	1 776
Lønnskostnader	499 157	546 817	587 940	690 928	655 974	538 379
Feriepenger, hvis ikke inkludert i lønnskostnader	-	-	70 553	-	78 717	14 111
Pensjon og arbeidsgiveravgift	134 694	156 444	227 509	128 486	150 874	143 204
<b>Sum personalkostnader</b>	<b>633 851</b>	<b>703 261</b>	<b>886 002</b>	<b>819 414</b>	<b>885 565</b>	<b>695 694</b>
<i>Det enkelte HF's personalkostnader i % av gjennomsnittlige personalkostnader for alle utvalgte HF</i>	91 %	101 %	127 %	118 %	127 %	100 %

**Tabell 3.4: Personalkostnader til forskning i 2011 i utvalgte helseforetak, basert på flat andel pensjon og arbeidsgiveravgift på 30 prosent. Kostnader pr. forskningsårsverk. Kroner. Prosent.**

Kostnadstype	Kostnader i enheter med forskningsårsverk, uten kalkulerte påslag					
	OUS	UNN	St. Olav	Stavanger	Bergen	Gjennomsnitt
Antall forskningsårsverk	1 195	169	87	84	240	1 776
Lønnskostnader	499 157	546 817	587 940	690 928	655 974	538 379
Feriepenger, hvis ikke inkludert i lønnskostnader	-	-	70 553	-	78 717	14 111
Pensjon og arbeidsgiveravgift	148 080	162 365	198 774	205 500	217 430	164 038
<b>Sum personalkostnader</b>	<b>647 237</b>	<b>709 182</b>	<b>857 266</b>	<b>896 429</b>	<b>952 120</b>	<b>716 528</b>
<i>Det enkelte HF's personalkostnader i % av gjennomsnittlige personalkostnader for alle utvalgte HF</i>	90 %	99 %	120 %	125 %	133 %	100 %

Tabellene viser at utjevning av pensjonskostnadene i liten grad bidrar til en utjevning av personalkostnadene pr. årsverk. Det skyldes at det er store forskjeller i selve lønnskostnadene som utgjør nevneren i regnestykket der pensjon og arbeidsgiveravgift skal utgjøre 30 %.

### Vurderinger

Variasjonene i kostnadstallene kan tyde på at pensjonskostnadene er beregnet med ulike metoder eller forutsetninger. Samtidig er det så store variasjoner i lønnskostnadene pr. årsverk at det er vanskelig å studere pensjonskostnadene isolert.

## **Anbefaling**

Prinsippet om at alle kostnader skal medregnes opprettholdes. Spørsmålet om sjablonmessig kalkulering av pensjonskostnader, tas eventuelt opp igjen når variasjonene i lønnskostnadene er vurdert.

### **3.3 Driftsmidler og utstyr – investeringer**

En annen problemstilling som er blitt diskutert i ressursgruppen er dagens formulering av spørsmålet om investeringer. Bakgrunnen for spørsmålet ligger i målesystemets tosidige formål. Foruten å gi styringsinformasjon til HOD og RHFene, ligger målesystemet også til grunn for rapportering av norsk FoU-statistikk både nasjonalt og internasjonalt, bl.a. til OECD og Eurostat. Rapportering av FoU-statistikken følger det såkalte kontantprinsippet, mens helseforetakene bokfører etter regnskapsprinsippet. Det fordrer en omregning som kort fortalt går ut på at avskrivninger trekkes ut av driftskostnadene, og at investeringer rapporteres separat. Både avskrivninger og investeringer er viet egne linjer i spørreskjemaet.

I dagens spørreskjema kan investeringsspørsmålet sies å være noe snevert formulert. Spørsmålet omfatter bare vitenskapelig utstyr og instrumenter, men dekker ikke investeringer i bygg og anlegg. Anslag for sistnevnte er til nå gjort av NIFU på grunnlag av informasjon i statsregnskapet og statsbudsjettet. Det kan også innvendes at man ved å begrense formuleringen til dedikert vitenskapelig utstyr kan komme til å underestimere denne siden av ressursinnsatsen dersom den betraktes med utgangspunkt i kontantprinsippet. Det bør derfor vurderes om det skal åpnes eksplisitt for å inkludere utstys- og instrumentinvesteringer som primært er tiltenkt andre formål, men som benyttes i forskning.

Dertil kommer at myndighetene og Forskningsrådet er opptatt av at resultatene av nye satsinger på vitenskapelig utstyr. Det kan henspille på den snevrere fortolkningen av investeringer og kan tas til inntekt for en noe mer differensiert spørsmålsstilling enn i dag – kanskje 2-4 linjer for ulike typer investeringer.

Til slutt bør det vurderes om koplingen mellom investeringer og avskrivninger bør gjøres noe mer eksplisitt slik at de samme komponentene inngår i investeringene som i avskrivninger som trekkes ut av driftskostnadene.

## **Konklusjon**

Dagens spørsmål fanger bare opp en liten del av investeringene, dvs. bare vitenskapelig utstyr og instrumenter inngår.

## **Anbefaling**

Spørsmålet om investeringer vurderes revidert slik at man fanger opp også andre komponenter enn dedikert vitenskapelig utstyr og instrumenter. Investeringene bør ses i sammenheng med avskrivningene.



## 4 Vurdering av hva ressurskartleggingen bør omfatte

Måling av forskningsressurser er et av flere målesystemer for helseforetakene, og de ulike delsystemene tangerer hverandre i ulik grad og kan ha felles delmengder. Bruk av data fra et system inn i et annet kan på den ene siden være ressurseffektivt fordi man unngår at opplysninger om det samme innhentes gjennom flere kanaler. På den annen side kan dette innebære en risiko for at opplysningene tas ut av sin sammenheng og at det ikke tas tilstrekkelig hensyn til hvilke forutsetninger de bygger på. Samordning og gjenbruk av data bør derfor gjøres med forsiktighet og baseres på kunnskap om disse forutsetningene.

Det følgende handler om forholdet mellom ressursmålingssystemet for forskning og det diagnosebaserte finansieringssystemet for helseforetakene – DRG-systemet. Forskning faller i utgangspunktet utenfor DRG-systemet og kostnadene skal følgelig trekkes fra totalkostnadene før DRG-vektene beregnes. Det gir enkelte utfordringer når det gjelder hvilke kostnader som skal trekkes ut. Det er tema for avsnitt 4.1. Delvis relatert til dette drøfter vi ulike kostnadsbegrep som kan legges til grunn for en slik beregning (avsnitt 4.2) før vi går inn på et særskilt problem som innenfor sektoren ofte går under betegnelsen «plunder og heft»-kostnader (avsnitt 4.3)

### 4.1 Forskningsressurser i og utenfor DRG-kostnadsgrunnlaget

En del av foretakene<sup>3</sup> leverer data til kostnadsvektarbeidet som gjøres i regi av Helsedirektoratet, som forvalter DRG-systemet i Norge<sup>4</sup>. Disse foretakene ble i 2012 også bedt om å levere tallene for 2011-målingen av forskningsressurser på et format som muliggjorde et direkte fratrukk i DRG-kostnadsgrunnlaget på avdelings- eller kostnadsstedsnivå. Jo høyere forskningsressurser man rapporterer i en DRG-relatert avdeling, jo lavere vil grunnlaget for beregning av DRG-kostnadene i vedkommende avdeling bli. Dette har ført til en diskusjon av prinsippene for hva som skal inkluderes i ressurskartleggingen for forskning. Dette berører også prinsippene for finansiering av forskningen i helseforetakene. Nedenfor settes derfor kostnadstallene fra ressurskartleggingen i sammenheng med dette for å få et bedre grunnlag for å vurdere eventuelle endringer eller spesifikke anbefalinger når det gjelder bruken av tallene fra ressurskartleggingen.

---

<sup>3</sup> I alt leverer 16 helseforetak og dertil et antall private sykehus med driftsavtale med et regionalt helseforetak data til DRG-systemet.

<sup>4</sup> For en nærmere beskrivelse av DRG-systemet henvises til Helsedirektoratets hjemmesider: <http://helsedirektoratet.no/finansiering/drg/drg-struktur/Sider/default.aspx>

#### 4.1.1 **Forskningsfinansieringen i nasjonale og regionale inntektsmodeller**

De ulike modellene for finansieringen av helseforetakene gjenspeiler delvis Helse- og omsorgsdepartementets finansiering av de regionale helseforetakene, og delvis ikke. Det nasjonale inntektssystemet for de regionale helseforetakene er beskrevet i den årlige budsjettproposisjonen. For 2013<sup>5</sup> fremgår at den direkte driftsfinansieringen over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett består av følgende hovedkomponenter:

- Basisbevilgning til RHF-ene: 88,3 mrd. kr
- Innsatsstyrt finansiering (ISF) og refusjon poliklinikk: 19,7 mrd. kr
- Forskning og nasjonale kompetansetjenester: 0,9 mrd. kr
- Raskere tilbake og andre særskilte tilskudd: 0,9 mrd. kr
- Til sammen ca. 110 mrd. kr

Basisbevilgningen utgjør ca. 80 %, den innsatsstyrte delen ca. 18 % og de øvrige tilskuddene 2 %. Ut fra at 19,7 mrd. kr tilsvarer 40 %, skulle det samlede DRG-grunnlaget utgjøre ca 50 mrd. kroner, men over 30 mrd kroner av dette er altså finansiert via basisbevilgningen.

Helseforetakene rapporterte for 2011 at ca. 82 % av de totale forskningskostnadene på 2,5 mrd. kr var finansiert via departementale midler i en eller annen form, altså ca. 2,05 mrd. kr. Dette vil med samme innsats utgjøre ca. 2,2 mrd. kr i 2013, og med øremerkede tilskudd til forskning<sup>6</sup> på 0,5 mrd. kr, vil ca. 1,7 mrd. kr av *RHF-enes* forskningsinnsats være finansiert via basisbevilgning og aktivitetsbaserte refusjoner for diagnostikk og (somatisk) behandling (ISF/poliklinikk).

**Basisbevilgningen.** Fordelingen mellom RHF-ene gjøres fra en vekt for andel av befolkningen og en *ressursbehovsindeks*. I den siste er det forsøkt tatt hensyn til at *forskning* fører til økte kostnader, ut fra beregninger som viser samvariasjon mellom forskningsaktivitet og kostnadsnivå, enten det skyldes kostnader til spesifikke forskningsprosjekter som ikke er fullstendig finansiert, eller det skyldes økte behandlingstkostnader som følge av forskning. Det kan ikke ut fra det som er offentliggjort av beregninger fastslås eksakt hvor store forskningskostnader som dekkes inn via basisbevilgningen, men størrelsen på basisbevilgningen tilsier at størstedelen av forskningsfinansieringen er innbakt her.

**ISF-/poliklinikk-delen.** Størrelsen på denne vil i prinsippet være gitt ut fra enhetsprisene og ISF-andelen, som er 40 % for somatisk behandling<sup>7</sup> som er omfattet av DRG-systemet. Enhetsprisen ble i sin tid fastlagt ut fra et beregnet kostnadsnivå for somatisk behandling, og prisen er i prinsippet oppjustert i takt med kostnadsnivået, bortsett fra at man har korrigert for forventet produktivitetsvekst og en viss økning i bruken av koder som gir en høyere kostnadsvekt for sykehusoppholdet. Samtidig justerer man kostnadsvektene jevnlig for å tilpasse disse til det relative kostnadsforholdet mellom ulike DRG-er (opphold).

RHF-ene kan i prinsippet benytte helt andre inntektsmodeller overfor sine helseforetak, men mange har i større eller mindre grad kopiert det ovennevnte systemet, i alle fall når det gjelder type tilskudd. De fleste har en kombinasjon av rammebevilgning fordelt ut fra demografi og kostnadsindekser, videreføring av inntekter fra statlig ISF-finansiering og refusjon poliklinikk, og ulike særtilskudd. Det øremerkede tilskuddet til forskning øremerkes også ved videre tildelinger til helseforetakene, i form av tilskudd til forskningsprosjekter, strategiske tiltak eller liknende. Noen RHF bruker også deler av den statlige basisbevilgningen for å øke omfanget av slike øremerkede tilskudd ytterligere, men det vil fortsatt være deler av forskningen som blir finansiert av basisbevilgningen, eventuelt av ISF-inntektene. Helse Sør-Øst RHF har anslått nivået for hva som er nødvendig av basisbevilgning til forskning, og fordeler denne potten mellom helseforetakene ut fra foregående års forskningspoeng, men utbetaler likevel dette som en del av basisbevilgningen, altså uten en øremerking.

<sup>5</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2012-2013/prop-1-s-20122013/4.html?id=702137>

<sup>6</sup> Tilskuddet til nasjonale kompetansetjenester utgjør for 2013 ca. 0,44 mrd. kroner. Her er det forutsatt at det ikke er noe av dette som går til forskning, hvilket kan være noe strengt.

<sup>7</sup> DRG-systemet er begrenset til somatikk.

#### **4.1.2 Konsekvenser av endret rapportering av forskningskostnader i DRG-kostnadsvektarbeidet**

Når helseforetakene som leverer data til kostnadsvektarbeidet skal innlevere et nytt datagrunnlag for DRG-vekten, blir følgende komponenter trukket fra:

- Øremerkede tilskudd til forskning
- Ekstern finansiert forskning
- Kostnader i rene forskningsenheter, og i andre funksjoner som ikke vedrører DRG-produksjonen

En økning i rapporterte forskningskostnader relatert til kliniske avdelinger som genererer DRG-poeng, vil i prinsippet kunne påvirke ISF-finansieringen på to måter:

- DRG-vektene blir justert slik at de samsvarer med det nye kostnadsbildet. Hvor mye de justeres, avhenger av i hvilken grad de "nye" forskningskostnadene er ujevnt fordelt.
- DRG-enhetsprisen blir redusert, dersom HOD oppfatter dette som at det kostnadsnivået som har ligget til grunn for prisen har vært beregnet for høyt.

Hvis HOD velger å redusere enhetsprisen, er det flere alternativer for å kompensere for dette, eventuelt ikke kompensere, men først beskrives alternativet med at DRG-enhetsprisen opprettholdes.

##### **Alternativ 1 Endrede kostnadsvekter, uendret enhetspris**

Hvis vi ser bort fra muligheten den enkelte avdeling og det enkelte sykehus har for å gjøre tilpasninger til endret økonomisk uttelling for enkelte DRG-er, vil ikke justeringer i (de relative) DRG-vektene i seg selv endre den totale uttellingen på landsbasis. Men fordi sykehusene har ulik pasientsammensetning (DRG-casemix) vil endringene i vektene kunne slå forskjellig ut for de enkelte avdelinger og helseforetak, eventuelt også for de ulike regionene. Dette er ikke noe nytt fenomen, det skjer nesten hver gang kostnadsvektene justeres av Helsedirektoratet. Det nye vil være at årsaken er en mer detaljert og systematisk justering for forskningskostnader, og eventuelt at utslagene for enkelt-DRG-er større enn vanlig.

De budsjettallene for finansiering som er presentert ovenfor, kan sammen med tallene fra ressurskartleggingen si noe om størrelsesforholdene. Som følge av at RHF-ene bruker noe av basisbevilgningen fra HOD til prosjekter og strategiske tiltak innen forskning, vil volumet på forskningsmidler til helseforetakene være større enn det øremerkede forskningstilskuddet til RHF-ene som ligger i statsbudsjettet. Det som trekkes ut vil altså være mer enn 500 mill. kr som uansett blir holdt utenfor DRG-kostnadsgrunnlaget. Et moderat anslag for dette "tilleggsfradraget" vil være 200 mill. kr, og det gjenstår da ca. 1,5 mrd. kroner som kan inngå i DRG-grunnlaget (1,7-0,2 mrd. kr). Av de 1,5 mrd. kronene, vil allerede 60 % være innbakt i basisbevilgningen, og "kun" 0,6 mrd. kroner (40 %) vil være "i spill" innenfor ISF-finansieringen.

Ved en økning i fradraget for forskningskostnader vil de DRG-ene som trekker mye kostnader fra forskningsintensive enheter (koststeder), få en lavere vekt, mens de som har mye av kostnadsgrunnlaget i lite forskningsintensive enheter vil få en høyere vekt. Effekten av justeringene vil slå ut for *alle* enheter som har ISF-basert finansiering. Mellom regionene vil det bli en liten forskyvning bort fra de som har forholdsvis mye aktivitet i DRG-er som har fått nedjusterte vekter. Utslagene vil kunne være større på helseforetaksnivå, fordi andelen av forskningsintensive DRG-er vil være forskjellig i ulike helseforetak, men det vil ikke være 100 % samsvar mellom økt rapportering av forskningskostnader og reduksjonen av ISF-finansieringen for vedkommende helseforetak.

Men nettoeffekten på ISF-finansieringen vil altså tendere til å være negativ for forskningsintensive enheter, og dersom man ikke har en klar oppfatning av at forskningen var dobbeltfinansiert i utgangspunktet, ville dette være en utilsiktet negativ effekt av rapporteringen. Et opplegg som kompenserer for denne effekten vil derfor være hensiktsmessig.

## **Alternativ 2 Endrede kostnadsvekter og redusert enhetspris, men kompensasjon ved økt tilskudd**

Hvis man er enige om at det økte fratrekke for forskningskostnader gir et riktigere bilde av behandlingstkostnadene (DRG-produksjonen), bør man iverksette justeringen av kostnadsvektene og oppveie den negative effekten for forskningsintensive avdelinger ved å øke annen type finansiering. Hvordan dette bør gjøres vil avhenge av hvor spesifikt nettoeffekten som er beskrevet ovenfor slår ut:

- Ved sterk konsentrasjon av DRG-er rundt forskningsintensive enheter, bør kompensasjonen være tilsvarende konsentrert, dvs. rettet inn mot de forskningsintensive enhetene via det øremerkede tilskuddet til forskning. Det vil i så fall kunne økes fra nivået på 0,5 mrd. kr til 1,1 mrd. kr, hvis man følger denne linjen helt ut.
- Hvis det er veldig liten grad av konsentrasjon av forskningsintensive DRG-er, kan man i stedet kompensere via basisbevilgningen.

Kostnadsindeksen som er innebygget i fordelingen av basisbevilgningen vil, i tråd med det som er vist ovenfor, gjøre at det blir noe ekstra tilskudd til forskningsintensive enheter også i det siste alternativet. Men andre indikatorer for behandlingsbehov og kostnader vil være dominerende i fordelingen, og kompensasjonen av forskningsintensive enheter kan dermed likevel bli for liten. Det kan derfor være aktuelt å *kombinere* økt basisbevilgning og økt øremerket forskningstilskudd.

Effekten vil i alle disse variantene være at en større del av forskningsfinansieringen følger fordelingen ut fra demografi og kostnadsindeks eller forskningsproduksjon, mens en mindre del følger ISF-finansieringen.

## **Alternativ 3 Endrede kostnadsvekter og redusert enhetspris, men ingen kompensasjon**

Dette alternativet bør bare være aktuelt dersom man kan vise at forskningen i utgangspunktet var delvis dobbeltfinansiert, altså både gjennom basisbevilgning og gjennom ISF. Da vil det ikke være logisk å øke det øremerkede forskningstilskuddet eller basisbevilgningen tilsvarende reduksjonen i ISF-delen, jf. alternativ 2.

### **Vurderinger ut fra et forskningssynspunkt**

ISF-finansieringen gjelder bare en del av sykehusvirksomheten, og refusjonsandelen er satt til 40 %. Dette begrenser konsekvensene av endringer, men de kan likevel være betydelige med utslag for forskningsintensive helseforetak som kan variere fra svært negative (alternativ 3), via noe uheldig (alternativ 1) til potensielt veldig positive (alternativ 2).

Alternativene 1 og 2 vil ha viss indre konsistens i den forstand at det er den samme totalfinansieringen med en mer presis fordeling mellom forskning og behandling. Noen vil vel hevde at alternativ 3 også har et rasjonale, gitt at forutsetningene er riktig.

En av forutsetningene ved alle alternativene er at man ikke begynner å blande inn fritidsforskning, verken ved en utvidelse av kostnadsgrunnlaget eller en økning av forskningsandelene. I det første tilfellet vil man trekke ut kostnader som ikke er bokført helseforetakets regnskap, og kuttet i grunnlaget for DRG-kostnadsberegningen blir akkurat tilsvarende for mye. Ved en beregning av forskningsandel basert på all anvendt tid, blir det som kuttet noe mindre, men fortsatt feil. Ved fritidsforskning tilsvarende 20 % trekkes 20 % i det første tilfellet og 20/120 i det andre tilfellet.

**Konklusjon:** Bruken av forskningskostnadene i DRG-kostnadsvektarbeidet, og for så vidt i andre beregninger vedrørende finansiering, taler altså for at helseforetakene i ressurskartleggingen kun forholder seg til kostnader i HF-regnskapet. Og så lenge helseforetakene gjør det, er det ikke noe prinsipielt galt i å anvende tallene fra ressurskartleggingen i DRG-kostnadsvektarbeidet og tilsvarende sammenhenger.

Men selv om HF-regnskapet settes som en ramme for ressurskartleggingen kan det diskuteres hvilke kostnader som skal inkluderes i ressurskartleggingen, både med utgangspunkt i ulike kostnadsbegreper og praktiske hensyn. Det er tema for neste avsnitt.

## 4.2 Betydningen av ulike kostnadsbegreper i rapporteringen

Det finnes en rekke metoder og kostnadsbegreper knyttet til bedriftsøkonomiske og samfunnsøkonomiske vurderinger, som da også reflekterer ulike formål med vurderingene. Ressursgruppen har sett at kostnadstallene som fremkommer i ressurskartleggingen av forskning (og utviklingsarbeid), etter hvert får flere anvendelser eller sammenliknes med andre beregningsmåter. To problemstillinger har vært spesielt fremtredende i 2012:

- Bør ressurskartleggingen ta hensyn til at de beregnede kostnadene blir brukt i arbeidet med DRG-kostnadsvektgrunnlaget, som et fradrag i kliniske avdelinger og serviceavdelinger? Dette tar gjerne form av en diskusjon om bruk av selvkost/fullkost eller marginalkostnader.
- Er kostnadene knyttet til forskning i realiteten enda høyere (enn selvkost) fordi ressursene alternativt kunne vært brukt til aktiviteter som genererer inntekter? Dette reiser spørsmålet om kalkulering av alternativkostnader.

Dette er viktige prinsippspørsmål, og begreper og prinsipper gjennomgås derfor nedenfor.

### 4.2.1 Selvkost eller fullkost vs. marginalkostnader

Beregninger av selvkost eller fullkost tar sikte på å vise hvor store kostnader som er knyttet til de ulike produktene organisasjonen produserer, eller til produktgrupper eller funksjoner. Beregningene inkluderer alle kostnader, og tar ikke hensyn til om de er variable eller faste i relasjon til endringer i produksjonsvolum, jf. nedenfor om marginalkostnader. I selvkostkalkylen tas det for øvrig heller ikke hensyn til salgspriser eller finansiering for ulike produkter eller produktgrupper/funksjoner, jf. avsnittet om alternativkostnader nedenfor.

**Selvkostkalkylen** tar utgangspunkt i at en del av kostnadene kan knyttes *direkte* til et produkt eller en funksjon ved at de arbeidstimene og innkjøpte varene og tjenestene kun er relatert til denne produksjonen. I tillegg fordeles andre kostnader organisasjonen har ut på de ulike produktene eller funksjonene ut fra medgått arbeidstid, bruk av arealer eller andre fordelingsnøkler. Dette for at hvert produkt/hver funksjon skal dekke "sin" del av kostnadene. Hva som er blir andelen av felleskostnadene vil avhenge av fordelingsnøklerne, og det er ikke alltid like innlysende og objektivt hva som er riktig. Vurderingen av hva som er riktig bør gjøres ut fra formålet med kalkylen, men i en selvkostkalkyle vil alle kostnader bli fordelt, og gi uttrykk for en gjennomsnittskostnad i et gitt tidsrom.

**Marginalkostnaden** eller grensekostnaden refererer til kostnaden ved å produsere ytterligere én enhet, som vil være vesentlig mindre enn gjennomsnittskostnaden hvis store deler av kostnadene er knyttet til investeringer i bygninger og utstyr, som ved masseproduksjon av varer. Dette gjelder så lenge det er ledig kapasitet i anlegget. Etter hvert kan marginalkostnaden begynne å stige fordi det kreves ekstra vedlikehold, overtid eller annen ekstrainsats for å produsere ytterligere én enhet.

Resonnementet vil være det samme innenfor arbeidsintensiv tjenesteproduksjon, men forholdet mellom kostnader knyttet til investeringer i anlegg og driftskostnadene vil være annerledes. Det vil dermed kunne være helt avgjørende om bemanningen må økes, og om kostnadene forbundet med denne økningen er høyere eller lavere enn den gjennomsnittlige personalkostnaden man hadde i utgangspunktet. Hvis et helt (operasjons)team må betales overtid, vil marginalkostnaden være høy; hvis det er nok å utvide arbeidstiden litt for en deltidsansatt, vil marginalkostnaden være lav, og enda lavere hvis alle har ledig tid. Men det kan samtidig være nødvendig å sjekke om ressursene kan brukes på andre områder som eventuelt kan gi høyere inntekter, slik at det i realiteten er en kostnad knyttet til å velge en nest best anvendelse – en alternativkostnad.

## 4.2.2 Alternativkostnader

Det kan også tenkes at det er en alternativ anvendelse av de ressursene som gir økte inntekter eller sparte kostnader et annet sted. *Alternativkostnaden* er den netto merinntekten eller innsparingen organisasjonen går glipp av ved å velge et dårligere alternativ enn det aller beste økonomisk sett.

Overført til situasjonen med ledige ressurser ovenfor, vil alternativkostnaden ved å benytte disse til forskningsproduksjon være den merinntekten som ville komme ut av refusjoner for DRG-poeng eller liknende hvis ressursene ble brukt til diagnostikk og behandling, sammenliknet med inntekten fra forskningsproduksjonen. Dette vil igjen avhenge av at man har en effektiv arbeidsorganisering og størrelsen på refusjonen for den aktuelle aktiviteten. Herav følger også at alternativkostnaden vil være null dersom det ikke er mulig å få til en aktivitet som skaper høyere inntekter. Kostnadsbildet vil altså være steds- og situasjonsbetinget, og alternativkostnaden er først og fremst interessant for lokale beslutninger om hvordan ressursene skal brukes for å maksimere det økonomiske utbyttet for organisasjonen (sykehuset).

Alternativkostnaden er også relevant i et tilfelle hvor man vurderer å instruere en av to sykehus om å øke forskningsinnsatsen innenfor eksisterende ressursramme, og en felles eier vil minimere kostnaden. Tilsvarende vil ethvert sykehus kunne hevde at forskningskostnadene er høyere enn en vanlig selvkostberegning viser, dersom de har mulighet til å generere en netto merinntekt ved annen aktivitet.

Alternativkostnader vil derimot være mindre relevant ved en sammenlikning av ulike organisasjoners effektivitet i sin forskningsproduksjon generelt (i gjennomsnitt), fordi alternativkostnaden sier mer om hvilke alternative anvendelser og inntektsmuligheter ulike organisasjoner har enn om kostnadene ved selve forskningsproduksjonen. Men hvis det er slik at alle sykehusene har en reell mulighet for å skaffe seg netto merinntekter ved andre anvendelser av ressursene, kunne man tenke seg et felles påslag for å ta hensyn til dette. Man måtte for eksempel forutsette at én time med legearbeid eller en krone i personalkostnad normalt gir x antall kroner i nettoinntekt.

Men så lenge refusjonen for DRG-relatert produksjon i prinsippet innebærer utbetaling av bare 40 % av gjennomsnittskostnad, skal det vanligvis ikke være noe særlig å hente av netto merinntekter her. Hvis det over litt tid er mulig å redusere kostnadene rundt bemanning, for eksempel ved å redusere vikarbruk, ekstrasjelp eller tjenesteplaner, vil det *beste* alternativet *bedriftsøkonomisk* sett som regel være å kutte i produksjonen. Det er bare hvis bemanningskostnadene betraktes som faste kostnader, eller hvis det tilfeldigvis er et veldig gunstig forhold mellom refusjonssats og variable kostnader (bemanning og driftsmidler), at det *bedriftsøkonomisk* sett vil være en alternativkostnad knyttet til annen produksjon.

I en *samfunnsøkonomisk* beregning kan man forutsette at produksjonen er verdsatt til 100 % DRG-kostnad eller mer, men da er vi mer over på en kost-nytte-vurdering av ulike alternativer enn en vurdering av kostnadene knyttet til forskningsproduksjonen, som da også må verdsettes på en eller annen måte. Dette må kunne sies å være et noe annet oppdrag enn en ressurskartlegging, og inkludering av alternativkostnader basert på samfunnsøkonomiske vurderinger vil gjøre det vanskelig å formidle hva slags beregninger vi egentlig holder på med i ressurskartleggingen.

**Anbefaling:** Det gjøres *ikke* forsøk på å utrede og rapportere alternativkostnader knyttet til forskningsproduksjonen i forbindelse med ressurskartleggingen i helseforetakene.

Når det gjelder spørsmålet om selvkost versus marginalkostnader vises til den opprinnelige bestillingen eller formålet med ressurskartleggingen<sup>8</sup>. Formålet er å vise alle kostnadene knyttet til forskning, og det fremgår av beskrivelsen og malene at det er en *selvkostberegning* som skal gjøres.

---

<sup>8</sup> "Kartlegging av ressursbruk til forskning", november 2006  
<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Sykehus/16%20Forskning.pdf>

Likevel er det ikke helt klart hvor fullstendig kartleggingen eller fordelingen av kostnader skal være, spesielt ikke når det gjelder spørsmålet om håndtering av plunder og heft.

### 4.3 Spesielt om håndtering av ”plunder og heft”

Dette gjelder først og fremst kliniske avdelinger og medisinske serviceavdelinger og tidsbruk hos personer som ikke har avsatt tid til forskning eller inngår i en prosjektgruppe (medforfatter). I prinsippet vil det også gjelde bruk av arealer, utstyr og driftsmidler som ikke er avsatt til forskning. De ekstra kostnadene kan oppstå på flere måter:

- Ekstra tid til prosedyrer, overvåkning, registreringer og informasjon i kliniske avdelinger.
- Mer omfattende intervensjoner, inklusive mer langvarige pre- og postoperative prosesser.
- Ekstra eller mer kompliserte undersøkelser og analyser i medisinske serviceavdelinger.

Dette kan innebære forlenget liggetid i sengeavdelingene, flere polikliniske konsultasjoner og/eller lengre tid i serviceavdelingene, men ikke nødvendigvis. Noen av de samme effektene vil være aktuelle der hvor serviceavdelingene har egne prosjekter, for eksempel testing<sup>9</sup> av nye analyser eller sammenlikning av ulike former for bildediagnostikk. Også her forutsettes det at de som har avsatt tid til forskning eller inngår i prosjektgruppen registrerer sin årsverksandel (innenfor betalt arbeidstid) i ressurskartleggingen. Så spørsmålet gjelder håndteringen av ressursbruken som oppstår fordi *andre* personer blir involvert, utstyr og arealer blir opptatt i lengre tid, og det brukes mer forbruksvarer som følge av dette. Det er flere måter å løse dette på:

- Se bort fra ”plunder og heft” i ressurskartleggingen.
- Benytte generelle anslag for andel av årsverk, utstyr og arealer som går til ”plunder og heft”, eventuelt spesifikke andeler for ulike yrkesgrupper, avdelinger og helseforetak.
- Løpende kartlegging av faktisk ressursbruk knyttet til ”plunder og heft”.

Det er i denne sammenheng gjerne også tap av (behandlings)inntekter, altså alternativkostnaden, nevnes. Men som diskutert ovenfor er dette en tilnærming som er vanskelig både prinsipielt og praktisk, og den vil uansett bare gi uttrykk for deler av kostnadene knyttet til ”plunder og heft”.

Å se bort fra ”plunder og heft” i ressurskartleggingen er antakelig den mest brukte tilnærmingen. Dette skyldes nok både at det ikke er gitt noen klare instruksjoner om at det skal inkluderes, og at det er tidkrevende å kartlegge dette i hele organisasjonen, også fordi de som er involvert ikke alltid vil ha oversikt over om ekstra prosedyrer, registreringer, liggetid osv. skyldes forskning eller andre forhold. Rent prinsipielt er tilnærmingen uheldig, i og med at man dermed ikke får kartlagt den totale ressursbruken til forskning (og forskningsrelaterte kostnader blir stående som kostnader knyttet til ordinær diagnostikk og behandling). Det er også uheldig fordi denne typen kostnader må antas å variere mellom helseforetakene som følge av ulik grad av involvering i klinisk forskning.

Å benytte generelle anslag for ”plunder og heft” vil kunne gjøre at totalkostnaden for forskning blir riktig, men for at dataene skal bli riktige på helseforetaksnivå og lavere (og kunne brukes som fradrag til behandlingskostnadene), må det benyttes mer spesifikke andeler. Ulempen med mer spesifikke andeler er at ressurskartleggingen blir mer arbeidskrevende, i alle fall i en implementeringsfase. Det er dessuten en viss risiko for variasjoner i de spesifikke andelene på grunn av ulik forståelse av begreper og avgrensninger hvis det er mange linjeledere som involveres i å sette disse.

Med ”løpende kartlegging” menes i realiteten en årlig, eventuelt tertialvis, undersøkelse av ressursbruken i foregående periode. Bruk av elektroniske spørreskjemaer, jf. St. Olav, åpner i større grad for dette, men det er krevende å instruere store og varierte personalgrupper om hva de skal

---

<sup>9</sup> Prinsippene vil gjelde analogt enten dette defineres som forskning eller utviklingsarbeid.

registrere, og mange vil som nevnt ikke ha full oversikt over hva som skyldes forskning. Det er derfor ikke uten videre gitt at dette gir de riktige tallene i en kartlegging.

Alle de skisserte alternativene har sine klare svakheter. En annen form for tilnærming er den som er benyttet i FoU-statistikken for universitets- og høyskolesektoren. Her gjennomføres jevnlig (til nå om lag hvert tiende år) undersøkelser av personalets tidsbruk for å fastsette forskningsandelen. Dette bør imidlertid gjøres hyppigere og mer spesifikt for ulike helseforetak og avdelinger, for å fange opp variasjonen og dynamikken i helseforetakenes forskning. På grunn av kompleksiteten og antall involverte er det også nødvendig å gå grundigere til verks enn å sende ut spørreskjemaer til avdelinger og underavdelinger og kalkulere forskningsandeler på basis av det som kommer inn. Et alternativ kan være å gå dypt inn i et utvalg av kliniske avdelinger og medisinske serviceavdelinger ved forskjellige helseforetak som har ulik profil og volum på sin forskningsaktivitet, og få data som viser sammenhengen mellom pasientrelatert forskningsaktivitet og "plunder og heft". I så fall bør disse kunne brukes til å kalkulere satser som ulike avdelinger/helseforetak tar i bruk når de har slik forskningsaktivitet (og bare da). Et slikt prosjekt (dybdeundersøkelsene) vil normalt ligge utenfor den kapasitet og kompetanse som er knyttet til ressurskartleggingen, og bør muligens defineres som et forskningsprosjekt med egne ressurser, og fortrinnsvis utføres av miljøer som allerede har vært inne og gjort undersøkelser på dette.

### Vurderinger

"Plunder og heft" håndteres antakelig noe forskjellig av de ulike helseforetakene og avdelingene i ressurskartleggingen. Dette skaper en viss usikkerhet om hvor mye som er inkludert, samtidig som det stadig fremholdes at kartleggingen ikke er komplett – forskningskostnadene er "egentlig høyere" – og det brukes en del tid på å diskutere hva dette betyr for ulike sammenlikninger og beslutninger knyttet til finansiering. Det er imidlertid ikke enkelt å finne en fullgod løsning for inkludering av dette i den løpende kartleggingen, og det anbefales at det gjennomføres et eget prosjekt for å kartlegge kostnader "knyttet til plunder og heft" med sikte på å etablere satser/andeler til bruk i ulike situasjoner. I mellomtiden bør det sikres at alle helseforetak følger samme praksis når det gjelder inkludering eller ikke av disse kostnadene. Vurderingen er til en viss grad avhengig av om man gjør dette ved å regne andeler av årsverk eller ved et påslag på forskerårsverkene.

### "Plunder og heft" som andeler av årsverk eller som påslag?

For enheter med stor aktivitet innen klinisk forskning kan det bli snakk om flere årsverk som på en eller annen måte skal med i ressurskartleggingen. Hvordan dette gjøres, er både et spørsmål om beregningsmetodikk og hvordan tallene fortolkes.

Tas ressursbruken inn som *forskningsårsverk*, vil det for noen foretak forenkle kostnadsberegningen fordi det da samtidig regnes inn kostnader knyttet til administrasjon og arealer (overhead). Samtidig vil dette kostnadselementet bli plassert på riktig kostnadssted/avdeling med tanke på sammenlikninger mellom avdelinger og annen anvendelse av tallene, jf. DRG-kostnadsvektsarbeidet. På den annen side vil forskningsårsverkene øke, og fort gi inntrykk av at enheten har flere *forskerårsverk* enn det som er realiteten. Grupperingen av årsverkene til ulike personalgrupper (leger, forskere og øvrige) gir mulighet for å være mer spesifikk, men dette blir fort glemt, og for medisinske serviceavdelinger vil det dessuten ikke være mulig skille mellom leger som har egne prosjekter, og de som bare bidrar til gjennomføring av andres prosjekter (uten medforfatterskap). Det vil antakelig også komme flere personer inn i Forskerpersonalregisteret ved NIFU enn det som er tilsiktet.

Beregnes i stedet disse kostnadene som et *påslag* på de årsverkene som er direkte involvert i forskningsprosjektene, unngår man lettere problemene knyttet til registrering av forskningspersonale/-årsverk. På den annen side forsvinner en del av kostnadene fort ut av avdelingsoversiktene, som må suppleres med tilleggskalkyler. Det må bl.a. tas hensyn til at kostnader også genereres via personer som ikke er ansatt i helseforetaket eller som gjennomfører prosjektene på utenom arbeidstiden – såkalt fritidsforskning.



**Anbefaling**

Endelig anbefaling bør være basert på en egen undersøkelse som gir grunnlag for å kvantifisere de reelle volumene av "plunder og heft". Inntil videre anbefales at helseforetakene unngår registrering av ekstra årsverk.

## 5 Samordning med universitets- og høyskolesektoren

Ressursgruppen har med utgangspunkt i innstillingen fra arbeidsgruppen den sprang ut av (Wiig og Husebekk 2011), startet en diskusjon om forholdet mellom målesystemet for ressursbruk til forskning i helseforetakene og FoU-statistikken for universitets- og høyskolesektoren og hvordan man ev. konkret kan samordne rapporteringen for disse institusjonene. Dagens rapporteringssystemer er beheftet med enkelte avgrensingsproblemer knyttet til bl.a. kombinerte stillinger og delt utstyr og lokaler. Dertil kommer felles forskningsprosjekter som involverer personer fra begge sider av institusjonsgrensene.

Risikoen ved to separate og ukoordinerte rapporteringssystemer er at man ved sammenstilling til nasjonalt nivå på den ene siden kan komme til å dobbeltrapportere forskningsaktiviteten, dvs. den samme aktiviteten rapporteres fra både helseforetaket og universitetet. På den andre siden er det en risiko for at forskningsaktiviteten underrapporteres ved at forskningsaktiviteter faller mellom to stoler og ikke rapporteres av noen av partene. Arbeidsgruppens rapport inneholder en drøfting av ulike sider ved denne problemstillingen (Wiig og Husebekk 2011). Blant annet foreslås det at man foruten generelt forbedringsarbeid i veiledningsmaterialet for undersøkelsen går inn i vurderinger av hvordan rapporteringssystemene i større grad enn i dag kan samordnes tidsmessig og metodisk.

Den opprinnelige diskusjonen knyttet til ressurskartleggingen i helseforetakene hadde sammenheng med ønsket om å kunne sammenlikne mellom regioner eller universitetssykehus, og da vil det være nødvendig å ta hensyn til ulik praksis for hvor eksternt finansierte prosjekter blir forankret administrativt – i helseforetaket eller hos samarbeidende universitet eller høyskole. Senere er det også, for eksempel i forbindelse med evalueringen av biologi, medisin og helseforskning i regi av Norges forskningsråd i 2011<sup>10</sup>, blitt etterspurt tall for ressursbruk til forskning på klinikk- eller avdelingsnivå. Og som vi gjorde rede for i kapittel 4, rapporterer de fleste helseforetak allerede forskningstall på dette nivået. En vurdering av en samordnet rapportering bør også omfatte en vurdering av hvilke(t) nivå som er hensiktsmessig.

Ressursgruppen har drøftet NIFUs arbeid med en samlet statistikk for medisinsk og helsefaglig forskning i Norge med utgangspunkt i den siste rapporten (for 2009<sup>11</sup>). Rapporten viser ikke tall på institusjonsnivå for ressursbruk, men viser tall for ulike grupperinger av institusjoner, som igjen bygger på tall fra enkeltinstitusjoner. Tallene for UoH-sektoren bygger på en avgrensning ut fra "mestkriteriet" for inkludering av enhetene. Det innebærer at enheter som har rapportert at mer enn halvparten av FoU-aktiviteten er knyttet til medisin og helsefag, er inkludert *i sin helhet*, mens de øvrige ikke er

<sup>10</sup> Evaluation of Biology, Medicine and Health Research in Norway, Research Council of Norway 2011.

<sup>11</sup> Ressursinnsatsen i medisinsk og helsefaglig forskning og utviklingsarbeid i 2009, NIFU Rapport 28/2011 (<http://www.nifu.no/Norway/Sitepages/PublicationDetails.aspx?PublicationID=744>)

inkludert. De enhetene som er inkludert i analysen i 2009-rapporten vil ikke nødvendigvis sammenfalle, verken organisatorisk eller beløpsmessig, med aktuelle samarbeidskonstellasjoner mot helseforetakene. Her vil man imidlertid kunne gå nærmere inn i materialet for å øke treffsikkerheten i forhold til mer konkretiserte behov. Metodikken i innsamlingen fra UoH-sektoren er også noe annerledes. Det kan gjelde flere sider av de to undersøkelsene, bl.a. årsverkskartleggingen, håndteringen av eksternt finansiert forskning og beregning av indirekte kostnader. Et fornuftig utgangspunkt for eventuelle anbefalinger av tiltak for økt samordning og harmonisering, vil antagelig være å gjøre en systematisk sammenligning av de ulike metodiske aspektene ved de to undersøkelsene.

Ressursgruppen konstaterer ellers at rapportering ut fra lavere nivåer i organisasjonene (institutt/klinikk/avdeling) i større grad vil kreve eliminering av overføring av midler mellom enhetene. Dermed vil det være et behov for å engasjere økonomipersonale på helseforetak-/fakultetsnivå eller lavere. Omfanget av denne problematikken er usikkert og bør derfor undersøkes nærmere.

## **Konklusjoner**

Ressursgruppen fant ikke grunnlag for å konkludere om umiddelbare tiltak i retning samordning, og det vil uansett være vanskelig å få til noe for 2012 på grunn av ulik logistikk i undersøkelsen for de to sektorene. Ressursgruppen kom likevel frem til følgende foreløpige konklusjoner:

- Det nære samarbeidet mellom UoH-sektoren og helseforetakene gjør at en samlet, ikke-overlappende rapportering bør tilstrebes.
- Følgelig bør det arbeides videre med de nevnte problemstillingene, og det er enighet om at dette må være et sentralt tema for gruppens arbeid i 2013. Utgangspunktet bør være de analysene NIFU allerede gjør, og en første målsetting bør være å vise tall på nivået helseforetak/medisinsk fakultet.
- For året 2013 vil det bli gjennomført en totalundersøkelse for UoH-sektoren, og det planlegges også en regulær, årlig ressursmåling for helseforetak og private, ideelle sykehus. Det gir en anledning til å samordne de to undersøkelsene, og dermed gi et bedre grunnlag for sammenstilling i etterkant. Ressursgruppen vil som en forberedelse til 2013-kartleggingene, gjennomføre en systematisk sammenligning av metodene for de to undersøkelsene og se på muligheter og begrensninger i videre arbeid med å samordne og harmonisere datafangsten.
- I dette arbeidet bør det også vurderes om og ev. når og hvordan fakultetsnivået ved universitetene og avdelings-/klinikknivået i helseforetakene trekkes inn i arbeidet.

## 6 Videre arbeid for forbedring av ressursmålingen i 2013

Basert på kapitlene foran gjør vi i det følgende kort rede for noen forhold som vil kunne bli saker på Ressursgruppens dagsorden i 2013.

Ressursgruppen har i 2012 fulgt opp *tidligere tiltak og anbefalinger* når det gjelder måling av utviklingsarbeid og aktiviteter i randsonen mellom helseforetakene og universitets- og høgskolesektoren. Tiltakene ser i stor grad ut til å ha gitt ønskede resultater. Videre oppfølging vil imidlertid kunne være aktuelt. Det gjelder særlig gjennomføringen av en *tidsplan* som sikter mot at hovedresultater fra ressursmålingen skal foreligge samtidig med årlig melding fra de regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet. Avhengig av gjennomføringen vil det kunne bli aktuelt å drøfte og fremme nye anbefalinger for bedre rapporteringsprosessen.

Videre er det, med bakgrunn i årets drøftinger og analyser i Ressursgruppen spilt inn enkelte endringer av *spørsmålsstillingene vedrørende kostnader* til implementering i 2012-målingen:

- Mer detaljerte spesifikasjoner av driftskostnadene i 2012
- Mer detaljerte og dekkende spesifikasjoner av investeringene i 2012

Tiltakene er truffet for å få en mer dekkende kartlegging av hvor mye forskningen koster og dermed gjøre tallene mer sammenlignbare både mellom helseregioner og over tid. Ressursgruppen vil følge opp også disse tiltakene i 2013.

Et tredje hovedtema i Ressursgruppens arbeid i 2012 har vært håndtering av forholdet mellom *ressursmålingssystemet og DRG-systemet*. I tråd med formålet med forskningsressursmålingen anbefaler ikke Ressursgruppen noen grunnleggende endringer i beregningsmetodikken og vurderer det slik at så lenge det rapporteres i tråd med de grunnleggende prinsippene, skal de samme tallene også kunne benyttes i DRG-sammenheng. Eventuell praktisk samordning og harmonisering av de to systemene vil imidlertid kunne medføre behov for videre drøftinger i Ressursgruppen.

Et fjerde tema som er blitt diskutert i møtene i 2012 og som kan komme til å bli sentral i gruppens arbeid i 2013, er forholdet mellom *ressursmålingen og den FoU-statistiske undersøkelsen for UoH-sektoren*. Særlig er forholdet mellom universiteter og universitetssykehus sentralt. 2013 vil kunne være et gunstig år å arbeide videre med denne problemstillingen i og med at det gjennomføres en totalkartlegging av universiteter og høgskoler.

Til slutt vil vi understreke at dette ikke er noen uttømmende liste over temaer. Som sist vil gruppen ta utgangspunkt i en evaluering av 2012-rapporteringen og lage en prioritert plan for sitt arbeid i 2013.

## Referanser

Bakke, Pål og Ole Wiig (red.)(2011): Endringer i system for måling av ressursbruk til FoU i helseforetakene. Rapport I fra en rådgivende gruppe (Ressursgruppen) oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning, NIFU Arbeidsnotat 12/2011.

Helsedirektoratets hjemmesider (om DRG-systemet): <http://helsedirektoratet.no/finansiering/drg/drg-struktur/Sider/default.aspx>

Helse Sør (2006): Kartlegging av ressursbruk til forskning, november 2006.

Norges forskningsråd (2011): Evaluation of Biology, Medicine and Health Research in Norway, Research Council of Norway 2011.

Oppdragsdokument 2012, Helse Sør-Øst RHF

Prop. 1S (2012-2013) Helse- og omsorgsdepartementet.

Wiig, Ole og Anne Husebekk (red.)(2011): Videreutvikling av system for måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetakene. Rapport fra en arbeidsgruppe, NIFU Rapport 22/2011.

Wiig, Ole, Hebe Gunnes og Susanne Lehman Sundnes (2011): Ressursinnsatsen i medisinsk og helsefaglig forskning og utviklingsarbeid i 2009. En analyse basert på FoU-statistisk materiale, NIFU Rapport 28/2011.

Wiig, Ole (2012): Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2011. Hovedresultater og dokumentasjon, NIFU Rapport 15/2012.



## **Vedlegg 1 Spørsmål som ble stilt gjennom QuestBack-undersøkelse ved St. Olavs Hospital HF**





- 1: Har du drevet med forskning og utvikling i 2011?
- 2: Stillingsprosent ved St. Olav i 2011
- 3: Stillingsprosent ved annen arbeidsgiver i 2011
- 4: Hvilken kategori tilhører du?
- 5: Har du drevet med FORSKNING i 2011?
- 6: Hvor stor andel av din stilling ved St. Olav har du benyttet til Forskning i 2011?
- 7: - herav psykiatri
- 8: - herav rus
- 9: Hvor stor andel av din stilling ved annen arbeidsgiver har du benyttet til Forskning i 2011?
- 10: - herav psykiatri
- 11: - herav rus
- 12: Finansiering - Hvem har finansiert forskningsaktiviteten, og hvor mye i 2011?
- 13: Samarbeidspartnere
- 14: Ble det i 2011 kjøpt/anskaffet utstyr til bruk i forskning? Hvis ja, for hvilket beløp?
- 15: Grunnforskning i %
- 16: Anvendt forskning i %
- 17: Informasjons- og kommunikasjonsteknologi i %
- 18: Bioteknologi i %
- 19: Nanoteknologi i %
- 20: Nye materialer untatt nanoteknologi i %
- 21: Internasjonalt samarbeid
- 22: Har du drevet med UTVIKLING i 2011?
- 23: Hvor stor andel av din stilling ved St. Olav har du benyttet til Utvikling i 2011?
- 24: - herav psykiatri
- 25: - herav rus
- 26: Hvor stor andel av din stilling ved annen arbeidsgiver har du benyttet til Utvikling i 2011?
- 27: - herav psykiatri
- 28: - herav rus
- 29: Finansiering - Hvem har finansiert utviklingsaktiviteten, og hvor mye i 2011?
- 30: Samarbeidspartnere
- 31: Ble det i 2011 kjøpt/anskaffet utstyr til bruk til Utviklingsarbeide? Hvis ja, for hvilket beløp?
- 32: Informasjons- og kommunikasjonsteknologi i %
- 33: Bioteknologi i %
- 34: Nanoteknologi i %
- 35: Nye materialer untatt nanoteknologi i %
- 36: Internasjonalt samarbeid

Nordisk institutt for studier av  
innovasjon, forskning og utdanning

Nordic Institute for Studies in  
Innovation, Research and Education

[www.nifu.no](http://www.nifu.no)