

Utfordringer i måling av helseforetakenes ressursbruk til FoU, herunder bruk av HRCS-klassifisering

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

Ole Wiig og Pål Bakke (red.)

Arbeidsnotat 2015:23

Utfordringer i måling av helseforetakenes ressursbruk til FoU, herunder bruk av HRCS-klassifisering

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

Ole Wiig og Pål Bakke (red.)

Arbeidsnotat 2015:23

Arbeidsnotat 2015:23

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

Prosjektnr. 12820555

Oppdragsgiver Norges forskningsråd
Adresse Postboks 564, 1327 Lysaker
Besøksadresse: Drammensveien 288, 0283 Oslo

Trykk Link Grafisk

ISBN 978-82-327-0163-6
ISSN 1894-8200 (online)

www.nifu.no

Forord

Til å videreføre arbeidet med å videreutvikle og forbedre målesystemet for ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetak og private, ideelle sykehus, oppnevnte RHFenes strategigruppe for forskning våren 2011 en permanent arbeidsgruppe – Ressursgruppen.

Ressursgruppen ble opprettet i forlengelsen av en arbeidsgruppe under ledelse av Anne Husebekk, som la fram sine anbefalinger 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. Ressursgruppen har siden den gang avgitt i alt tre innstillinger, som alle er utgitt som NIFU arbeidsnotater.

Det foreliggende arbeidsnotatet inneholder dermed gruppens fjerde innstilling. Notatet viser status for gruppens arbeid, og et hovedfokus denne gangen er utfordringer rundt innføring av det såkalte Health Research Classification System (HRCS) i ressursmålingen. Dessuten drøftes sider ved kostnadsstrukturen og finansieringsstrukturen.

Notatet 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, desember 2015

Susanne L. Sundnes
Forskningsleder

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning	9
1.1 Ressursgruppens arbeid i 2014 og 2015	9
1.2 Rapporterte tall fra ressursmålingene for 2013 og 2014	9
1.3 Ressursgruppens sammensetning i 2014 og 2015	10
2 Dagsorden og oppfølging av tidligere anbefalinger	11
2.1 Utviklingsarbeid.....	11
2.2 Helseregionenes samlede FoU-ressurser.....	12
2.3 Mer samordnet rapportering på tvers av sektorer	12
2.4 Andre temaer	12
3 Kostnadsstrukturen	14
4 Pensjonsavsetninger	18
4.1.1 Bakgrunn og empiri	18
4.1.2 Vurdering av håndteringen i rapporteringsskjema og veiledning	19
5 Ressursinnsatsen utenom eksterntfinansiert forskning	21
6 HRCS-klassifisering av helseforetakenes ressursinnsats	24
6.1 Bakgrunn.....	24
6.2 Helseforetakenes ressursbruk til FoU.....	24
6.3 Erfaringer med HRCS i RHFene og helseforetakene.....	25
6.4 Hovedalternativer for implementering av HRCS i helseforetakene.....	26
6.4.1 Andre varianter og supplerende tilnærminger.....	27
6.4.2 Kriterier for valg av løsning og bruk av dataene.....	27
6.5 Internt finansiert innsats fra enkeltpersoner, grupper og enheter	28
6.6 Klassifisering av kjernefasiliteter og andre forskningsstøttefunksjoner.....	29
6.6.1 Klassifisering av indirekte kostnader.....	29
6.7 HRCS-klassifisering av helseforetakenes ressursinnsats – oppsummering	30
Referanser	31

Sammendrag

Arbeidsnotatet drøfter og oppsummerer Ressursgruppens aktiviteter i 2014 og 2015. Det er fjerde innstilling fra denne arbeidsgruppen som er oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning.

Ressursgruppen har i 2014 og 2015 arbeidet videre med å styrke kvaliteten i kostnadstallene som rapporteres. Foruten overvåking av utviklingen i tallmaterialet generelt, har følgende problemstillinger vært i fokus og behandles i dette dokumentet:

- Utviklingen for ulike elementer i kostnadsstrukturen.
- Beredskapen for å håndtere såkalte planendringer i helseforetakenes pensjonssystem. Slike endringer har både i 2010 og 2014 skapt problemer med å studere utviklingen i forskningskostnadene over tid.
- Forholdet mellom eksternt finansierte forskningsmidler i helseforetakene og årsverkene de har finansiert. Bakgrunnen er en bestilling fra RHFenes strategigruppe for forskning.
- Spørsmålet om HRCS¹-klassifisering av helseforetakenes ressursinnsats som er kommet på agendaen gjennom prosessen rundt HelseOmsorg21 Monitor.

Når det gjelder *kostnadsstrukturen* anbefaler Ressursgruppen at det arbeides videre med:

- Å kvalitetssikre og følge opp ulike sider ved kostnadsstrukturen i forbindelse med 2015-målingen, spesielt med tanke på en avklaring for de store sykehusene...
- ...for å på dette grunnlag å forbedre og klargjøre veiledningsmaterialet med sikte på enda tydeligere å fram hvilke kostnader som skal tas med i ressursmålingen

Siktemålet er å bidra til at innrapporterte tall i enda større grad bare reflekterer *reelle* kostnadsforskjeller mellom foretak og regioner.

Vedrørende planendringer i *pensjonssystemet* anbefaler Ressursgruppen at:

- Utviklingen i rapporteringen av pensjonskostnader fortsatt følges nøye i kvalitetskontrollen av innrapportert materiale i de årlige ressursmålingene.
- Beredskapen for eventuelle nye planendringer i pensjonssystemene styrkes ytterligere ved å innføre en tabell for totale driftskostnader fordelt på lønn, pensjon og arbeidsgiveravgift og andre driftskostnader i rapporteringsskjemaet fra og med 2015-målingen.

Etter ønske fra RHFenes strategigruppe for forskning har NIFU arbeidet med å få et mål for gjennomsnittlig *årsverkskostnad, uten eksternt finansiert forskning*. Det har så langt vist seg vanskelig

¹ Health Research Classification System; klassifisering ut fra sykdomsgruppe og type forskning.

å få samsvar mellom de eksternt finansierte midlene og de eksternt finansierte årsverkene. For å forbedre rapporteringen her anbefaler Ressursgruppen at:

- Fortolkningen av «eksternt finansierte forskningsårsverk» følges opp også i 2015-målingen. I tillegg til presiseringer i veiledningsmaterialet følger NIFU opp samsvaret mellom oppgitte eksterntfinansierte årsverk til forskning og utviklingsarbeid (side 1 og 2 i rapporteringsskjemaet) og eksterntfinansiering (side 3 i rapporteringsskjemaet).

Siktemålet er å kunne rapportere 2015-tall for denne indikatoren til RHFenes strategigruppe for forskning i 2016.

Ressursgruppen har på nytt diskutert om *HRCS-klassifisering* kan brukes i helseforetakene i forbindelse med ressursmålingen og er åpen for at det kan skje. Men påpeker at dette krever at det brukes ekstra ressurser i helseforetakene, hos NIFU og/eller i form av «profesjonelle» kodere. En løsning basert på strukturering av all intern innsats i prosjekter vil være for ressurskrevende, og hovedalternativene er da:

- Etablering av en HRCS-relatert «forskningsprofil» for hver rapporteringsenhet basert på spørreundersøkelser, ekstern koding eller egenrapportering fra forskerne i CRISTin.
- Inkludering av HRCS-klassifisering i den årlige ressurskartleggingen i helseforetakene.

Valg av tilnærming vil måtte skje ut fra hvordan dataene skal brukes og hvor mye ekstra ressurser man vil legge i dette. Kostnader til forskningsinfrastruktur og mer perifere fellesfunksjoner kan og bør inkluderes ved en direkte klassifisering eller via beregning av totale kostnader pr. årsverk. I første omgang vil det bli gjort et pilotforsøk ved ett helseforetak vedrørende klassifisering av direkte kostnader i forbindelse med ressursmålingen for 2015.

1 Innledning

1.1 Ressursgruppens arbeid i 2014 og 2015

Ressursgruppen har hatt to møter i 2015. I møtet 22. mai ble rapporteringen for 2014 gjennomgått. I møtet 21. august ble enkelte av sakene fra mai-møtet fulgt opp, men hovedvekten lå på målesystemets forhold til HRCS-systemet som har kommet på agendaen med Helse og Omsorg 21-prosessen.

I 2014 hadde gruppen ett ordinært møte. Årets høydepunkt var likevel det nasjonale møtet som ble arrangert i samarbeid med NIFU. I møtet var kontaktpersoner fra alle de rapporterende helseforetak og private, ideelle sykehusene invitert til å delta. I tillegg deltok Ressursgruppens medlemmer, og en representant fra Helse- og omsorgsdepartementet innledet om målesystemet sett fra sitt ståsted. I møtet framkom mange interessante erfaringer, synspunkter og innspill til forbedring og videreutvikling av systemet. Ressursgruppen hadde et kort evalueringsmøte umiddelbart etter samlingen, og flere av innspillene er tatt med videre i gruppens arbeid, og noen er tematisert i dette arbeidsnotatet.

1.2 Rapporterte tall fra ressursmålingene for 2013 og 2014

Resultatene fra ressursmålingene for 2013 og 2014 er som tidligere år rapportert i NIFUs rapportserie.² Tall fra ressursmålingene danner dessuten grunnlaget for den norske FoU-statistikken for helseforetak og private ideelle sykehus. Resultater fra FoU-statistikken ligger til grunn for leveranser og publikasjoner både nasjonalt og internasjonalt. Nasjonalt ligger tallene f.eks. til grunn for beskrivelser og analyser i den såkalte Indikatorrapporten.³ Internasjonalt leveres data til OECD og Eurostat. I tråd med internasjonal sektorinndeling og praksis inngår universitetssykehusene her i universitets- og høgskolesektoren (Higher Education Sector), mens øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus inngår i offentlig sektor (Government Sector).

Sammenstilling av tall på tvers av de utførende sektorene og en mer inngående beskrivelse av helseforetakssektoren, særlig sammenlignet med universiteter og høgskoler, har de senere årene blitt gjennomført som en spesialundersøkelse⁴ integrert i arbeidet med den norske FoU-statistikken. Rapporter har vært publisert annet hvert år, nærmere bestemt i år det foreligger totalundersøkelser

² Ole Wiig: *Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2013. Hovedresultater og dokumentasjon*, NIFU Rapport 28/2014. Ole Wiig: *Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2014. Hovedresultater og dokumentasjon*, NIFU Rapport 15/2015.

³ *Det norske forsknings- og innovasjonssystemet – statistikk og indikatorer*. 2015, Norges forskningsråd 2015. Tall fra ressursmålingen for 2013 inngår både i tekst og tabellverk.

⁴ Susanne Sundnes et al: *Ressursinnsatsen i medisinsk og helsefaglig FoU i 2013. En analyse basert på FoU-statistisk materiale*, NIFU Rapport 25/2015.

også for de høyere utdanningsinstitusjonene – siste totalundersøkelse gjaldt året 2013, og NIFU-rapport basert på disse tallene ble publisert i september 2015.

1.3 Ressursgruppens sammensetning i 2014 og 2015

Gruppen har hatt følgende sammensetning i 2014 og 2015:

Pål Bakke, Helse Sør-Øst (leder)

Einar Bugge, Helse Nord

Tove Klæboe Nilsen, Helse Nord

Sissel Hovland Nordaune, Helse Midt-Norge (Kristel Lingelem Svenning til 13.05.2014)

May Britt Kjelsaas, Helse Midt-Norge

Magne Juuhl, Helse Vest (Marthe Hammer til 11.06.2014)

Fredrik Feyling, Helse Vest

Øystein Krüger, Helse Sør-Øst

Nils-Erik Gilhus, Universitetssektoren (observatør)

Jostein Bandlien, Helsedirektoratet (observatør)

Dyveke Hetland, Norges forskningsråd (observatør) (Ingrid Roxrud til 01.06.2014)

Ole Wiig, NIFU, ansvarlig NIFU

2 Dagsorden og oppfølging av tidligere anbefalinger

Ressursgruppen har i 2014 og 2015 arbeidet videre med å styrke kvaliteten i kostnadstallene som rapporteres. Foruten overvåking av utviklingen i tallmaterialet generelt, har følgende særlige problemstillinger vært i fokus:

- Utviklingen i kostnadsstrukturen.
- Beredskapen for å håndtere såkalte planendringer i helseforetakenes pensjonssystem i 2010 og 2014. Dette har skapt problemer med å studere utviklingen i forskningskostnadene over tid.
- Forholdet mellom eksternt finansierte forskningsmidler i helseforetakene og årsverkene de har finansiert. Bakgrunnen er en bestilling fra RHFenes strategigruppe for forskning.

En generell gjennomgang av sider ved kostnadsstrukturen tas opp i kapittel 3, mens pensjonsspørsmålet og eksterntfinansiert forskning er temaer for kapittel 4 og 5.

En problemstilling som har vært viet mye oppmerksomhet i Ressursgruppen og som er blitt diskutert inngående i gruppens to møter i 2015, er innføring av det britisk utviklede HRCS-systemet⁵ i ressursmålingen. Bakgrunnen er et initiativ i forbindelse med prosessen rundt utvikling av HelseOmsorg21 Monitor. Dette er tema for kapittel 6 i dette arbeidsnotatet.

2.1 Utviklingsarbeid

Definisjon og operasjonelle kriterier har vært et gjennomgående tema i Ressursgruppens arbeid med å forbedre og videreutvikle ressursmålingssystemet, så også i 2014 og 2015. I diskusjonene er det blant annet blitt påpekt at tallene for utviklingsarbeid brukes lite internt i helseforetak og private, ideelle sykehus, til forskjell fra forskningstallene. Hovedanvendelsen er at tallene inngår i FoU-statistikken som omfatter så vel forskning som utviklingsarbeid og ligger til grunn for rapportering nasjonalt og internasjonalt. FoU-tallene inngår også i rapporten om medisinsk og helsefaglig FoU⁶ som omfatter alle FoU-utførende sektorer.

Gruppen har diskutert ulike definisjoner og avgrensninger av utviklingsarbeid i forhold til andre, tilgrensende begreper som teknologisk utvikling, innovasjon, klinisk utprøving og testing. En konkret presisering som er lagt inn i veiledningsmaterialet for målesystemet er at en aktivitet må være FoU for å kunne være utviklingsarbeid. Aktiviteten må med andre ord falle innenfor FoU-begrepet, dvs. være

⁵ Health Research Classification System.

⁶ Se kapittel 1 foran.

kreativ, systematisk og nyskapende i global forstand, for å kunne klassifiseres som utviklingsarbeid. Dette kommer i tillegg til følgende kriterier som ble innført fra 2011:

- Prosjektbeskrivelse finnes, med prosjektmål og -systematikk
- Prosjektet har ledergodkjenning
- Prosjektet har et budsjett eller godkjent tidsbruk
- Plan for formidling av resultatet finnes

2.2 Helseregionenes samlede FoU-ressurser

Blant vedleggstabellene i den årlige rapporten fra ressursmålingene er det tatt inn en tabell som viser samlede FoU-ressurser per helseregion. Tabellen viser en sammenstilling av resultatene fra ressursmålingen med innrapporterte tall fra RHFene om deres tildeling av midler til FoU utenom egne helseforetak og private, ideelle sykehus som har driftsavtale med RHFet. Ressursgruppen har diskutert mulighetene for å ta inn denne tabellen i hoveddelen av rapporten. NIFU vil i forbindelse med 2015-rapporteringen vurdere tiltak i samråd med Ressursgruppen. Behovet for en gjennomgang av denne delen av rapporteringen har vært drøftet i gruppen, blant annet fordi pengestrømmene mellom de ulike nivåene og aktørene er kompliserte. Tildelinger vil f.eks. indirekte kunne finansiere FoU-aktivitet i helseforetakene i regionen ved at de går via et universitet eller via helseforetak i en annen helseregion. Det vil da være en fare for at de samme midlene regnes inn både av helseforetaket som i siste instans mottar midlene og av RHFet. Dessuten synes praksis for hva som rapporteres inn som underlag for denne tabellen å kunne variere noe mellom regioner. Det samme kan naturligvis gjelde størrelsen på overlapp mellom institusjoner og sektorer.

2.3 Mer samordnet rapportering på tvers av sektorer

Mulighetene for mer samordnet rapportering av ressursbruk til FoU fra helseforetak og relevante enheter innenfor universitets- og høgskolesektoren har også stått på dagsordenen. Operasjonelt er tanken her å vurdere måter å gjennomføre rapporteringsoppleggene for de to institusjonstypene på en måte som sikrer en best mulig dekning av det som foregår av medisinsk og helsefaglig forskning i Norge, dvs. unngå dobbelttelling på den ene siden og manglende dekning på den andre. Rapporten om medisinsk og helsefaglig forskning er en sammenstilling av FoU-statistisk materiale for helseforetak, universiteter og høgskoler og delvis også for forskningsinstitutter, andre institusjoner med FoU og næringslivet. Den er de senere årene blitt publisert hvert annet år, en praksis Ressursgruppen er fornøyd med.

Mulighetene for se også datainnsamlingsprosessene mer i sammenheng er også blitt diskutert. Ikke minst er dette tematisert i forbindelse med diskusjonene rundt HelseOmsorg21 Monitor.

2.4 Andre temaer

Mer direkte relatert til målesystemet har gruppen også berørt en del andre temaer. Dette er dels temaer som settes på agendaen, fordi det har vært stilt spørsmål i Ressursgruppen eller i forbindelse med den årlige rapporteringen. Dels er det temaer som er til kontinuerlig vurdering fordi det i praksis kan dukke opp behov for nye presiseringer mv. I noen tilfeller er dette fulgt opp med tiltak i rapporteringsskjema og/eller veiledning. I andre tilfeller vurderes tiltak i fremtidige ressursmålinger.

1. *Utvidet arbeidstid for leger.* Her er det i veiledningen presisert at tillegget for utvidet arbeidstid (UTA) inngår. Dette er en avtalt, fast utvidelse av arbeidstiden som skal være med i ressursmålingen. Vakttillegg og tilfeldig overtid inngår derimot ikke.
2. *Prinsipper for plassering av forskningsårsverk i forhold til kategoriene i rapporteringsskjemaet.* For medisiner skal man her følge stilling, dvs. om den som har utført forskningen har gjort det i legestilling (inkl. D-stillinger), forskerstilling eller lederstilling. Her er det viktig å

understreke at ledelse og administrativ og annen støtte til forskningsaktivitet skal regnes med som direkte forskningsinnsats. Det innebærer at årsverkene skal tas med. Tilsvarende gjelder også for andre stillinger og profesjoner.

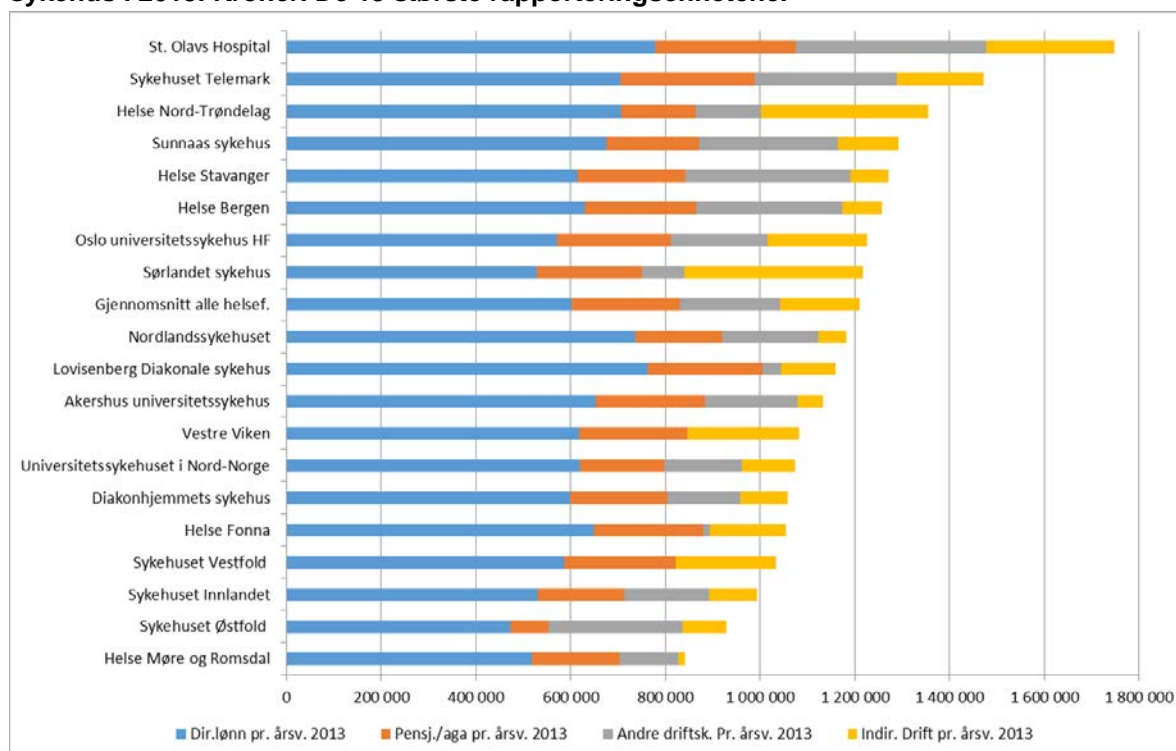
3. *Prinsipper for beregning av arealbruk, arealkostnader og enkelte andre indirekte kostnader.* Her kan litt ulike beregningsmåter legges til grunn, og det er ikke alltid noen fasit for hva som skal anbefales som metodikk. Et spørsmål kan være om det er grunn til å tro at kostnadsstrukturen for forskning skiller seg vesentlig fra andre oppgaver helseforetakene. Et annet er i hvilken grad markedsleie skal legges til grunn.
4. *Strukturen i veiledningsmaterialet.* Det er f.eks. reist spørsmål om hvorvidt instruksjoner og retningslinjer i større grad bør samles i veiledning («Vedlegg»), mens kun nye punkter og presiseringer trekkes frem i oversendelsesbrevet. Dette og andre rapporteringsmessige utfordringer drøftes kontinuerlig, og vil blant annet måtte tas opp til nærmere vurdering i forbindelse med innføring av HRCS-kategorisering av FoU-ressursene.

3 Kostnadsstrukturen

Det har over tid vært påpekt at variasjonene i kostnadsstrukturen i innrapporterte tall har vært større enn det er grunn til å forvente. Med bakgrunn i slike observasjoner og vurderinger ble det fra 2012-målingen innført mer detaljerte kostnadskategorier i rapporteringsskjemaet. Mens man til og med 2011 bare skilte mellom lønn og andre driftsutgifter, skiller man nå mellom følgende kostnadskategorier:

- Direkte lønn
- Pensjon og arbeidsgiveravgift
- Andre direkte driftskostnader
- Indirekte driftskostnader

Figur 3.1 Driftsutgifter til forskning per forskningsårsverk i helseforetak og private, ideelle sykehus i 2013. Kroner. De 19 største rapporteringsenhetene.

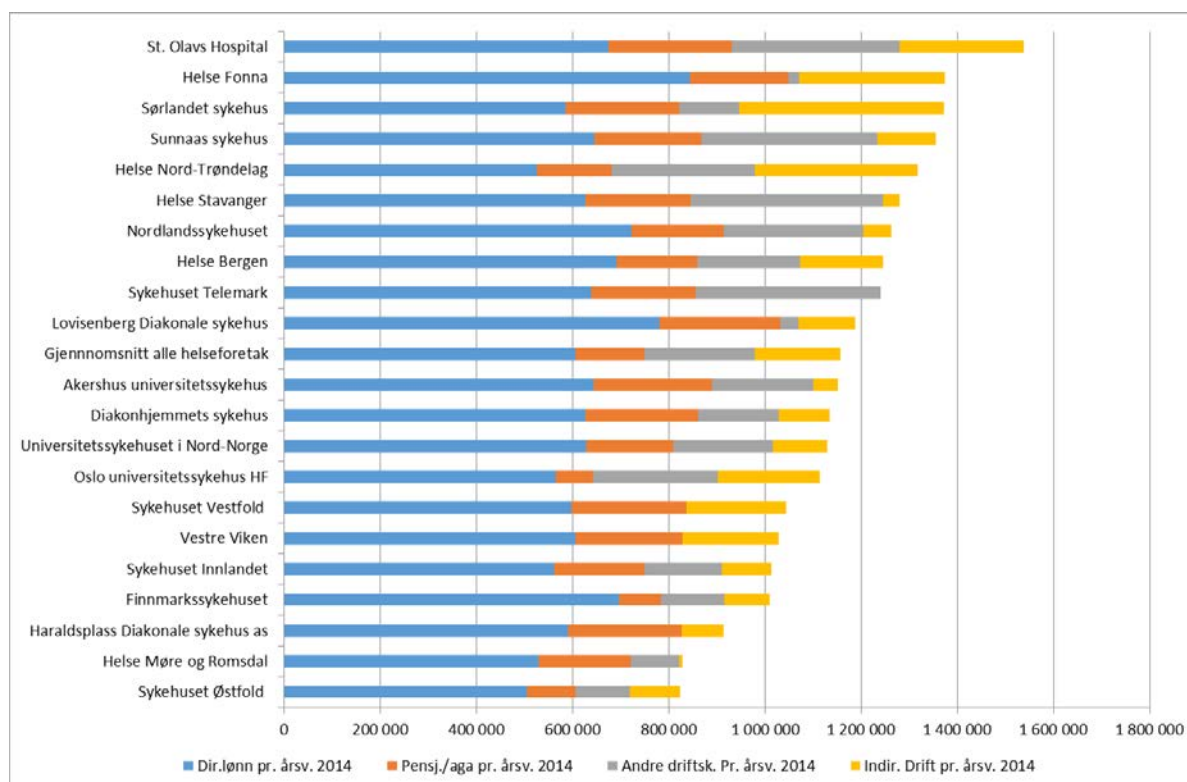


På bakgrunn av fremlagt tallmateriale har Ressursgruppen diskutert spørsmålet om kostnadsstruktur. I gruppens tredje rapport som ble publisert i 2013, var vurderingen at variasjonen i kostnader per

årsverk var større enn forventet. Vurderingen var basert på 2012-tall. Figur 3.1 viser kostnadsstrukturen i de 19 største forskningsenhetene av de 38 helseforetakene og private, ideelle sykehusene som inngikk i målesystemet i 2013. Det er fortsatt betydelige variasjoner i driftskostnader per forskningsårsverk. St. Olavs Hospital hadde de uten sammenligning høyeste driftskostnadene til forskning per forskningsårsverk i 2013. Årsverkskostnaden var dobbelt så høy som ved Helse Møre og Romsdal. I gjennomsnitt kostet et forskningsårsverk om lag 1,2 millioner kroner i 2013.

Figur 2.2 med tall for 2014 viser mye av det samme mønsteret. Et forskningsårsverk koster i gjennomsnitt litt mindre i 2014 enn i 2013. Et forskningsårsverk ved St. Olavs Hospital koster f.eks. nesten 100 000 kroner mindre i 2014. Ser vi bort fra dette sykehuset, varierer gjennomsnittkostnaden per årsverk mellom vel 800 000 og vel 1,3 millioner kroner.

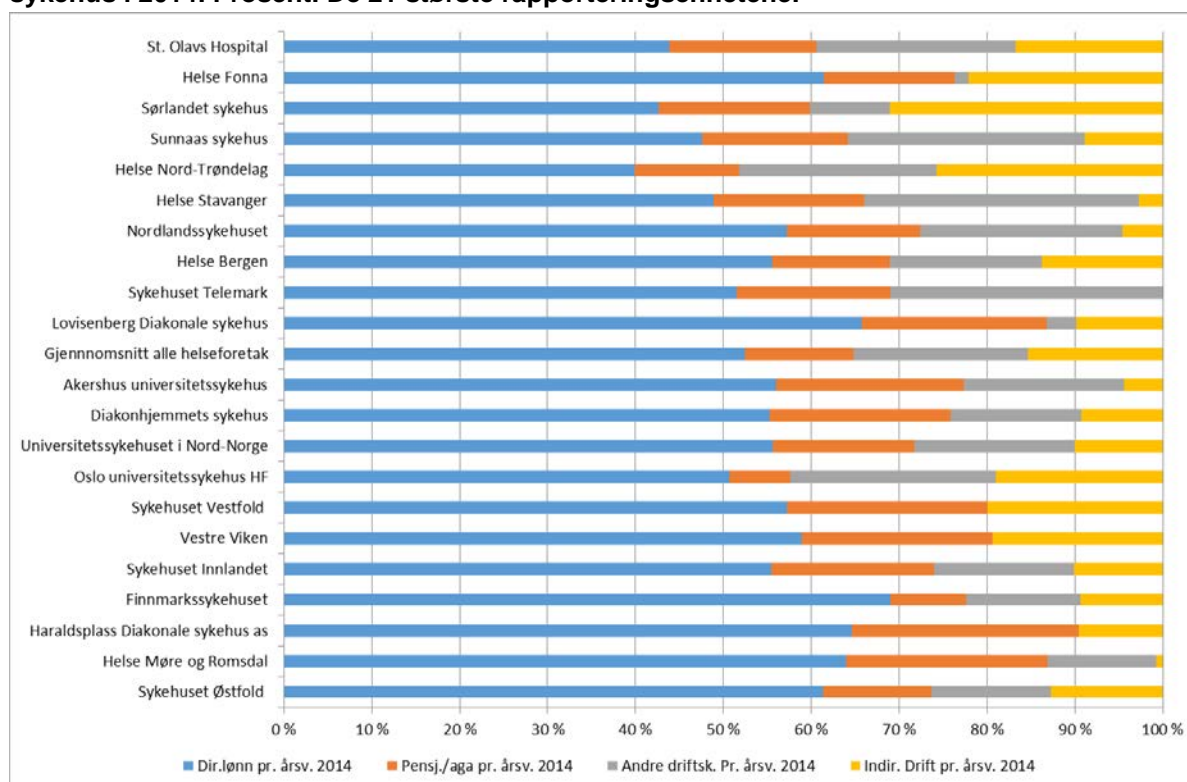
Figur 3.2 Driftsutgifter til forskning per forskningsårsverk i helseforetak og private, ideelle sykehus i 2014. Kroner. De 21 største rapporteringsenhetene.



Ser vi litt mer detaljert på detaljene i de to figurene, er det en tendens til at lønnskostnadene varierer mindre enn de samlede driftskostnadene til forskning. Lønnskostnadene ved St. Olavs Hospital ligger f.eks. under gjennomsnittet for alle helseforetak. Mønsteret fremgår enda tydeligere av Figur 3.3.

Det henger sammen med at variasjonen i andre driftskostnader synes større. Et usikkerhetsmoment i dette bildet kan være at tolkningen av skillet mellom andre direkte driftskostnader og indirekte driftskostnader kan variere, både på grunn av ulik kategorisering av kostnadene mellom de to hovedkategoriene og andre forhold av f.eks. organisatorisk karakter. Blant annet vil det kunne variere hvor støttefunksjoner for forskning plasseres i forhold til der aktiviteten utføres. Legges de til avdelinger o.l. som ikke har egen forskningsaktivitet, skal kostnadene i henhold til retningslinjene klassifiseres som indirekte, mens samme type kostnader i et annet sykehus vil kunne være lagt til en forskningsutførende enhet som skal klassifiseres som andre direkte driftskostnader. Dette igjen vil avhenge av størrelsen på underenheten, hvor nær den er klinisk virksomhet osv. Enkelte sykehus har som vi ser, rapportert kun andre direkte eller andre indirekte driftskostnader.

Figur 3.3 Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk i helseforetak og private, ideelle sykehus i 2014. Prosent. De 21 største rapporteringsenhetene.



Ser vi bort fra dette avgrensingsproblemet og konsentrerer oss om summen av andre direkte og indirekte driftskostnader, ser vi imidlertid også betydelig variasjon. Ved enkelte helseforetak utgjør andre driftskostnader 10 prosent av totale driftskostnader. Andre steder utgjør andre driftskostnader nærmere halvparten av de samlede driftskostnadene. Det kan stilles spørsmål om hvorvidt dette kostnadsbildet reflekterer reelle forskjeller i forskningskostnadene.

Tabell 3.1: Driftskostnader til forskning ved helseforetak og private, ideelle sykehus 2012-2014, etter kostnadstype. 1000 kroner. Prosent.

Kostnadstype	Beløp			Prosent		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Direkte lønn	569	602	607	48	50	52
Pensjon og arbeidsgiveravgift	218	229	143	18	19	12
Andre direkte driftskostnader	248	211	230	21	17	20
Indirekte driftskostnader	144	168	177	12	14	15
Totalt	1 179	1 210	1 157	100	100	100

I tabell 3.1 har vi sammenlignet forskningskostnadene per årsverk over tid. Tabellen viser at både lønnskostnader og indirekte driftskostnader har vokst, om enn avtagende, i treårsperioden, mens andre direkte driftskostnader først gikk ned, for så å øke litt igjen. Pensjonskostnadenes kraftige nedgang er tema for neste kapittel.

En måte å vurdere kostnadsstrukturen på er å se variasjoner i hva man kan kalle driftspåslaget, dvs. summen av direkte og indirekte driftskostnader i prosent av summen av direkte lønn, pensjon og arbeidsgiveravgift. Ytterpunktene er et par enheter som oppgir 4 prosent driftspåslag, mens vi i den andre enden finner en enhet som oppga 131 prosent driftspåslag. NIFU har i sitt kvalitetssikringsarbeid vært i kontakt med enkelte av enhetene med større avvik fra forventet

driftspåslag og bedt om forklaring på ekstreme verdier. I noen tilfeller spiller spesielle forhold inn dette ene året, f.eks. at forskningen dette året var svært utstyrskrevende. I andre tilfeller har man stått fast ved påslaget størrelse uten at det egentlig har vært noen helt plausibel forklaring.⁷ Det må her tilføyes at dette i hovedsak gjelder små enheter eller enheter med helt marginal forskningsinnsats, slik at et enkelt forskningsprosjekt med spesiell kostnadsstruktur vil kunne slå kraftig ut. Den forholdsvis høye andelen andre driftskostnader og indirekte kostnader ved St. Olav kan imidlertid ha betydning for sammenlikningen mellom regionene, og Ressursgruppen har vært opptatt av å få en avklaring av om det er St. Olav som ligger for høyt i kostnad pr. årsverk, eller om det er en del av de andre store sykehusene som ligger for lavt.

I gjennomsnitt var dette forholdstallet – driftspåslaget – på om lag 40 prosent av direkte, lønn, pensjon og arbeidsgiveravgift.

Ressursgruppen anbefaler at det arbeides videre med

- Å kvalitetssikre og følge opp av ulike sider ved kostnadsstrukturen i forbindelse med 2015-målingen, spesielt med tanke på en avklaring for de store sykehusene...
- ...for å på dette grunnlag å forbedre og klargjøre veiledningsmaterialet med sikte på enda tydeligere å få fram hvilke kostnader som skal tas med i ressursmålingen

Siktemålet er å bidra til at innrapporterte tall i enda større grad reflekterer reelle kostnadsforskjeller mellom foretak og regioner.

⁷ Her må det presiseres at NIFU må ha godkjenning fra de enkelte enhetene for hvilke tall som skal legges til grunn for beregningene i målesystemet og rapporter fra dette. NIFU kan mao. ikke overprøve urimelige oppgaver.

4 Pensjonsavsetninger

4.1.1 Bakgrunn og empiri

Som både NIFU og Ressursgruppen tidligere har påpekt, er et grunn til å utvise forsiktighet i vurdering av tall som viser utviklingen over tid. I Rapport 15/2015 beskriver NIFU hovedtrekk i 2014-målingen og dessuten utviklingen i forskningsressurser fra 2013 til 2014. Tabellen som her gjengis fra NIFU-rapporten, viser at helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte at de brukte 17 millioner kroner mindre på forskning i 2014 enn i 2013, en nedgang på om lag en halv prosent. Nedgangen i totalressursene, dvs. driftskostnadene til alle lovpålagte og andre oppgaver, var imidlertid sterkere enn nedgangen i forskningsressursene. Forskningskostnadenes andel av samlede driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver økte dermed fra 2,6 til 2,8 prosent.

Tabell 4.1 Nøkkeltall 2013-2014 for helseforetak og private, ideelle sykehus. Løpende priser.

Indikator	2013 Mill. kr	2014 Mill. kr	Endring 2013-14
Totale driftskostnader. ¹ Mill. kr	119 246	110 081	-7,7 %
Driftskostnader til forskning. ² Mill. kr	3 103	3 086	-0,6 %
Driftskostnader til forskning i prosent av totale driftskostnader	2,6	2,8	0,2 pp ³

¹ Driftskostnader, inklusive avskrivninger.

² Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

³ Prosentpoeng.

Kilde: NIFU.

En nærmere analyse viser imidlertid at nedgangen ikke gir noe reelt bilde av utviklingen i ressursbruken til forskning, men i stor grad skyldes regnskapstekniske forhold. Nærmere bestemt ble det gjennomført hva man kaller en planendring i helseforetakenes pensjonssystem i 2014. Konkret ble pensjonskostnadene i 2014 nedjustert som en konsekvens av endrede forutsetninger for framtidige pensjonsforpliktelser knyttet til dødelighetstariff, uføreregler og levealdersjustering for personer født etter 1954. Korrigeringen er beregnet til i alt 15 milliarder kroner.

Tabell 4.2 viser utviklingen i driftskostnader til forskning med og uten pensjon og arbeidsgiveravgift. Den viser også en nedgang i innrapporterte kostnader til pensjon og arbeidsgiveravgift på vel 200 millioner kroner eller 35 prosent fra 2013 til 2014.⁸ Holder vi pensjon og arbeidsgiveravgift utenfor

⁸ Rapporteringsskjemaet gir ikke mulighet for å skille mellom pensjon og arbeidsgiveravgift.

begge år, ser vi at driftskostnadene til forskning øker med nesten 200 millioner kroner eller 7,5 prosent.

Tabell 4.2 Nøkkeltall 2013-2014 med og uten pensjon og arbeidsgiveravgift, for helseforetak og private, ideelle sykehus. Løpende priser.

Indikator	2013	2014	Endring	Endring
	Mill. kr	Mill. kr	2013-2014 Mill. kr	2013-2014 %
Driftskostnader til forskning ¹	3 103	3 086	-17	-0,5
Pensjon og arbeidsgiveravgift	588	382	-206	-35,0
Driftskostnader til forskning uten pensjon mv.	2 515	2 704	189	7,5
Forskningsårsverk	2 565	2 668	103	4,0

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Dette er mer i tråd med utviklingen i antall forskningsårsverk, som økte med 103 eller 4 prosent. Årsverksveksten som er om lag 3,5 prosent lavere enn den nominelle kostnadsveksten korrigert for pensjonsreguleringen, kan ses som et bedre uttrykk for realutviklingen i forskningsressursene i perioden. Dette indikerer en lønns-/prisvekst på om lag 3,5 prosent fra 2013 til 2014.

4.1.2 Vurdering av håndteringen i rapporteringsskjema og veiledning

Planendringen er altså av en slik størrelsesorden at den får konsekvenser for vekstberegningene og beregningene av forskningens andel av totalkostnadene. Det er ikke første gang pensjonseffekten slår inn. Basert på erfaringer fra 2010-målingen som også ga pensjonseffekter (Wiig og Gunnes 2011:20ff; Wiig 2012:19ff), innførte derfor NIFU en underspesifikasjon i ressursrapporteringsskjemaet. Kostnader til pensjon og arbeidsgiveravgift ble tatt ut som én egen kategori⁹ i tabellene for kostnadsspesifikasjoner for forskning og utviklingsarbeid. Dette har gjort det mulig å korrigere for planendringen i pensjonskostnadene i 2014, og har gitt en beredskap for denne typen effekter, ved å gi grunnlag for å beregne reelle endringer i forskningskostnadene, dvs. eksklusive pensjonskostnadene – og arbeidsgiveravgift.

Et viktig spørsmål er om vi har god nok beredskap for å dekke dette, tilsynelatende gjentakende fenomenet i rapporteringsskjemaet og retningslinjer og veiledning knyttet til dette. I veiledningen ble det i 2014 angitt legitime intervaller pensjonskostnadene kan variere innenfor med mindre spesielle forhold tilsier noe annet. Dette peker for så vidt mot en sjablonmessig håndtering av pensjonspåslaget. På den annen side kan planendringer i pensjonskostnadene av denne størrelsesorden absolutt ses som spesielle forhold som tilsier pensjonspåslag utenom angitte intervaller.

En viktig og mye brukt indikator i forskningspolitisk sammenheng er forskningsintensitet, dvs. driftskostnadene til forskning i prosent av totale driftskostnader til alle spesialisthelsetjenestens lovpålagte og andre oppgaver. Indikatoren er blant annet benyttet som måltall i styringsdokumenter fra Helse- og omsorgsdepartementet. For å beregne et korrigert eller «reelt» uttrykk for forskningsintensitet trenger vi tilstrekkelig detaljerte grunnlagstall også for totale driftskostnader. Til nå har vi innhentet slike tall for helseforetakene fra de regionale helseforetakene. For de private, ideelle sykehusene har vi bedt om å få tallene direkte fra den enkelte institusjon. Disse oppgavene har i begrenset grad gitt mulighet for å holde pensjonskostnadene utenom. Både i 2010 og 2014 har NIFU derfor måttet innhente supplerende materiale for totalkostnader uten pensjon, som har gitt noe merarbeid og forsinkelse. I og med at slike planendringer ser ut til å kunne inntreffe relativt jevnlig, vurderes det innført en tilleggstabell i rapporteringsskjemaet der helseforetak og private, ideelle sykehus bes oppgi totale driftskostnader til alle lovpålagte og andre oppgaver med underspesifikasjon av pensjonskostnader og arbeidsgiveravgift. Dette vurderes som nødvendig for å få fram gode nok

⁹ Underspesifikasjonen gir ikke mulighet for å skille mellom pensjon og arbeidsgiveravgift.

foreløpige nøkkeltall til RHFene og Helse- og omsorgsdepartementet innen 15. mars. Samtidig vurderes materialet sendt til oppdatering og kvalitetssjekk senere i prosessen, selv om erfaring tilsier at det er liten grunn til å forvente store endringer i hovedtallene i regnskapet etter slutten av februar.

Ressursgruppen anbefaler at:

- Utviklingen i rapporteringen av pensjonskostnader fortsatt følges nøye i kvalitetskontrollen av innrapportert materiale i de årlige ressursmålingene.
- Beredskapen ved eventuelle nye planendringer i pensjonssystemene styrkes ytterligere ved å innføre en tabell for totale driftskostnader fordelt på lønn, pensjon og arbeidsgiveravgift og andre driftskostnader i rapporteringsskjemaet fra og med 2015-målingen.

5 Ressursinnsatsen utenom eksterntfinansiert forskning

Årlige tall for helseforetakene aggregeres opp til nøkkelindikatorer. I utgangspunktet er alle forskningsressursene tatt med, både på kostnads- og årsverkssiden.

Tabell 5.1 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus¹ i 2013, etter helseregion. Driftskostnader er her *inklusive* eksternt finansiert forskning.²

Indikator	Helse				Alle
	Midt-Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest	
Totale driftskostnader. Mill. kr	15 197	12 613	62 422	19 849	110 081
Prosent	14	11	57	18	100
Driftskostnader til forskning. Mill. kr	221	241	2 047	576	3 086
Prosent	7	8	66	19	100
Driftskostnader til forskning i % av totale driftskostnader	1,5	1,9	3,3	2,9	2,8
Antall forskningsårsverk	154	212	1 835	466	2 667
%	6	8	69	17	100
Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk. Kroner	1 441 000	1 135 000	1 116 000	1 237 000	1 157 000
Antall rapporteringsenheter	4	5	20	9	38

¹ Omfatter helseforetak og private, ideelle sykehus, men ikke regionale helseforetak (RHF).

² Inklusive avskrivninger.

Kilde: NIFU.

RHFenes strategigruppe for forskning har imidlertid ønsket seg tall for helseforetakenes og de private, ideelle sykehusenes basisfinansierte ressursinnsats til forskning, dvs. utenom eksternt finansiert forskning. På kostnadssiden lar dette seg gjøre ved å avgrense uttrekket til midler finansiert over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, dvs. basisfinansiering, øremerkede og andre midler over dette departementets budsjett.

På årsverkssiden har det vært noe mer utfordrende å få inn riktige data. Fra og med 2013-rapporteringen innarbeidet NIFU nye kategorier i spørreskjemaet også på årsverkssiden. For hver årsverkskategori ble respondentene bedt om å oppgi hvor mange som var eksternt finansierte (herav-kategorier). Dette ble i enkelte tilfeller misoppfattet, blant annet ved at eksternt finansierte årsverk ble

tolket som årsverk utført ved helseforetaket av forskerpersonale ansatt ved en annen institusjon og dermed skulle tas med. Dette er i strid med hovedavgrensningen av målesystemet som sier at slike årsverk skal holdes utenom og at bare merkostnader helseforetaket har i forbindelse med aktiviteten skal rapporteres.

I veiledningen for 2014-målingen ble det derfor presisert at bare årsverk som ble finansiert av kategori 4 *Eksterne finansieringskilder* i rapporteringsskjemaet, skulle trekkes ut som eksternt finansierte. Det skal med andre ord være samsvar mellom denne kildekategorien og antall eksternt finansierte årsverk i årsverkstabellene i rapporteringsskjemaet.

Tross dette tiltaket viste det seg imidlertid å være misforståelser rundt denne spørsmålsstillingen også i 2014-målingen. Det ble derfor ikke publisert tall for antall årsverk, eksklusive de eksternt finansierte, i 2014-rapporten heller. Til det ble utslagene vurdert til å være for store i forhold til hva man ville forvente.

I etterkant har NIFU og Ressursgruppen fulgt opp dette punktet. Oppfølgingen viste blant annet at enkelte rapporteringsenheter hadde trukket ut et betydelig antall stipendiatere som eksternt finansierte, men som i realiteten var finansiert av RHF-midler, altså ikke helt eksterne kilder i forhold til kategori 4 i rapporteringsskjemaet. Det ble dermed et misforhold mellom hvordan stipendiatene ble betraktet på årsverkssiden i forhold til kostnadssiden. Når vi anslår hvor mange av disse stipendiatårsverkene som reelt sett er eksternt finansierte og korrigerer basistallene får vi mer plausible forholdstall mellom driftskostnader og årsverk til forskning, uten eksternt finansiert forskning. Tallene er gjengitt i Tabell 5.2.

Tabell 5.2 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus¹ i 2014, etter helseregion. Driftskostnader² til forskning *eksklusive* eksternt finansiert forskning. Anslag.

Indikator	Helse Midt- Norge	Helse Nord	Helse Sør- Øst	Helse Vest	Alle
Totale driftskostnader. Mill. kr	15 197	12 613	62 422	19 849	110 081
Prosent	14	11	57	18	100
Driftskostnader til forskning eksklusive eksterntfinansiert forskning. Mill. kr	191	208	1 648	524	2 570
Prosent	7	8	64	20	100
Driftskostnader til forskning eksklusive eksterntfinansiert forskning i % av totale driftskostnader	1,3	1,6	2,6	2,6	2,3
Antall forskningsårsverk eksklusive eksternt finansierte årsverk	135	205	1 433	399	2 172
Prosent	6	9	66	18	100
Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk, eksklusiv eksternt finansiering. Kroner	1 411 653	1 013 255	1 149 937	1 313 148	1 183 297
Antall rapporteringsenheter	4	5	20	9	38

¹ Omfatter helseforetak og private, ideelle sykehus, ikke regionale helseforetak (RHF).

² Inklusive avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Den prosentvise fordelingen av driftskostnader til forskning helseregionene imellom er relativt lik om man regner med eller uten eksternt finansiert forskning. Helse Sør-Østs andel av

forskningskostnadene går litt ned og Helse Vests andel litt opp. Ser vi på forskningskostnadenes andel av totalkostnadene, finner vi den største forskjellen for Helse Sør-Øst. Inkludert eksternfinansiering brukte Helse Sør-Øst 3,3 prosent av totalbudsjettet på forskning, men holdes de eksternt finansierte midlene utenom, blir forholdstallet 2,6 prosent. I de øvrige helseregionene er andelen 0,2 - 0,3 prosentpoeng lavere uten eksternfinansiering enn med. Forskjellen mellom Helse Sør-Øst og Helse Vest utliknes altså langt på vei når eksternfinansieringen holdes utenom. Det henger sammen med at Helse Sør-Øst omfatter en rekke store forskningsmiljøer, blant annet ved Oslo universitetssykehus, som mottar en større andel av eksternfinansieringen, blant annet fra Norges forskningsråd.

Inkludert eksternfinansiering, så vi at gjennomsnittlige driftskostnader til forskning per forskningsårsverk var relativt nær landsgjennomsnittet for tre av de fire helseregionene. For den fjerde, Helse Midt-Norge, ligger forholdstallet betydelig høyere.¹⁰ Når vi holder eksternt finansierte driftskostnader og årsverk til forskning utenom, er det små endringer i disse forholdstallene. Gjennomsnittlig årsverkskostnad til forskning i Helse Midt-Norge og Helse Nord er litt lavere uten eksternfinansieringen, mens forholdstallet i Helse Sør-Øst og Helse Vest blir litt høyere.

Anbefalinger:

Ressursgruppen anbefaler at:

- Fortolkningen av eksternfinansierte forskningsårsverk følges opp også i 2015-målingen. I tillegg til presiseringer i veiledningsmaterialet følger NIFU opp samsvaret mellom oppgitte eksternfinansierte årsverk til forskning og utviklingsarbeid (side 1 og 2 i rapporteringsskjemaet) og eksternfinansiering (side 3 i rapporteringsskjemaet).

Siktemålet er å kunne rapportere 2015-tall for denne indikatoren til RHFenes strategigruppe for forskning i 2016.

¹⁰ Hva dette skyldes er usikkert, og er under utredning i regionen.

6 HRCS-klassifisering av helseforetakenes ressursinnsats

6.1 Bakgrunn

En forløper til Ressursgruppen ledet av Anne Husebekk avga i 2011 en rapport der konklusjonen var at man ikke kunne anbefale HRCS brukt som en del av den ordinære ressurskartleggingen¹¹. I forbindelse med at prosessen rundt HO21 Monitor igjen har aktualisert bruken av HRCS, har Ressursgruppen vurdert dette på nytt. I dette kapitlet drøfter vi en slik endring i ressursmålingssystemet og hvordan kan gjennomføres.

6.2 Helseforetakenes ressursbruk til FoU

Den siste rapporten NIFU har laget¹² om *medisinsk og helsefaglig FoU* viser samlede FoU-utgifter ved universiteter, høgskoler og helseforetak på nesten 6 milliarder kroner i 2013, mens instituttsektoren, eksklusive helseforetak og private, ideelle sykehus, stod for om lag 700 millioner. 60 prosent av driftsutgiftene til FoU innenfor alle disse institusjonstypene samlet gjelder sørøstregionen, mens de tre andre regionenes andeler var henholdsvis 17 (vest), 14 (Midt-Norge) og 9 (nord) prosent.

Tabell 6.1 FoU-kostnader innenfor medisin og helsefag i 2013, etter type institusjon og helseregion. 1000 kr

Institusjonstype	Sør-Øst	Vest	Midt	Nord	Totalt
Universiteter og vitenskapelige høgskoler ¹	905	401	555	355	2 217
Statlige høgskoler	168	58	54	20	299
Universitetssykehus	1 717	557	237	209	2 719
Øvrige helseforetak og private ideelle sykehus ²	541	59	49	45	695
<i>Sum universiteter, høgskoler og helseforetak</i>	<i>3 331</i>	<i>1 075</i>	<i>895</i>	<i>629</i>	<i>5 930</i>
Instituttsektoren	698	89	28	1	816
Totalt³	4 029	1 164	923	630	6 746

Kilde: NIFU

¹Vitenskapelige høgskoler omfatter her Diakonhjemmet høgskole, Norges idrettshøgskole og Høgskolen i Molde.

²Inkluderes ofte i instituttsektoren i nasjonal rapportering, mens universitetssykehusene inngår i UoH-sektoren.

³Eksklusive næringslivet.

¹¹ <http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/281822/NIFUrapport2011-22.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹² Susanne L. Sundnes et al: *Ressursinnsatsen i medisinsk og helsefaglig FoU i 2013. En analyse basert på FoU-statistisk materiale*, NIFU Rapport 25/2015.

Regnskapsføringen av midlene fra regionale helseforetak (RHF) er etter 2011 i større grad lagt til helseforetakene, slik at helseforetakene nå rapporterer om lag 50 % av midlene til medisinsk og helsefaglig FoU i disse tre sektorene. Næringslivets bidrag er i liten grad inkludert her. Det er inkludert noe av betalingen for oppdragsforskning, men ikke verdien av fritt medikament, fri bruk av utstyr og personalkostnader for de som er ansatt i næringslivet.

Av ressursbruken til forskning i helseforetakene er 55 % basisfinansiering, 25 % er prosjektmidler mv. fra RHFene eller Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), 5 % fra Norges forskningsråd og 15 % fra andre kilder. I 2014 ble 25 % HRCS-kategorisert i forskjellige sammenhenger (RHF, Forskningsrådet, Kreftforeningen). RHF-ene har ikke kategorisert alle sine bidrag, slik at andelen i teorien kunne vært økt fra 25 til 30 %.

Ressursgruppen er av den klare oppfatning at det som regel ikke er en entydig sammenheng mellom innholdet i eksternt finansierte prosjekter og internt finansiert aktivitet. Den fordelingen man finner mellom ulike helsekategorier og mellom ulike forskningsaktiviteter når man ser på de prosjektmidlene som er HRCS-klassifisert hittil, er dermed ikke representativ for hele ressursbruken i helseforetakene. Ressursgruppen er slik sett enig i den vurderingen som er gjort i den studien som det vises til i HelseOmsorg21-strategien:

«Our study have several limitations. ...as we have only been able to classify parts of the total research investments in the public sector in Norway» (Kinge et al, 2014).

Ressursgruppen mener derfor at ressursbrukstallene må omfatte det alt vesentlige av ressursbruken, i alle fall være mer representativ, hvis man vil sette ressursbrukstall opp mot sykdomsbyrde eller andre indikatorer for effekt/status. Ressursgruppen har ikke gått i dybden på hvilke sammenstillinger som er relevante, bare på hvordan ressursbruk til forskning i helseforetakene kan rapporteres med HRCS-klassifisering.

6.3 Erfaringer med HRCS i RHFene og helseforetakene

Ved rapportering for prosjekter som har fått **midler fra RHFene** er det nå etablert en rutine med at *prosjektlederne* kategoriserer sitt prosjekt. RHFene mener prosjektlederne er de som har best forutsetninger for å klassifisere, og RHFene har heller ikke kapasitet sentralt for å gjøre en slik klassifisering. Det er ikke gjennomført noen undersøkelse av om klassifiseringen samsvarer med den som Forskningsrådet eller andre eksterne konsulenter ville ha gjort. Det er for øvrig ikke alle typer tildelinger som er omfattet av klassifiseringen i alle regioner, som f.eks. infrastrukturtiltak.

RHFene har sittet sammen med Forskningsrådet i en arbeidsgruppe som har vurdert bruken av HRCS i Norge¹³, der man ble enige om å anbefale at de samme kategoriene brukes videre og en felles praksis for antall pr. prosjekt:

- Bruke inntil fem helsekategorier for hvert prosjekt
- Bruke inntil to forskningsaktiviteter for hvert prosjekt (men noen benytter tre)
- Ressursbruk deles likt mellom aktuelle koder når fordelingen beregnes i kroner

Det er i **CRISTin-systemet** funksjonalitet for klassifisering av vitenskapelige artikler, men dette er frivillig, og faktisk omfang og kvalitet er ikke kjent for Ressursgruppen. I forbindelse med publisering av kliniske studier på www.helsenorge.no vil imidlertid helsekategori være et obligatorisk felt, og antakelig være forutsatt utfyllt i prosjektmodulen i CRISTin.

For øvrig må helseforetakene rapportere på *psykisk helsevern* og *tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere* separat i den årlige rapporteringen til NIFU. Dette oppfattes som viktig, og helseforetakene har antakelig sørget for standardisert håndtering fra år til år. Det blir likevel ikke det

¹³ <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/19788212032965.pdf>

samme som å bruke HRCS-klassifisering, i og med at HRCS-kategorien "Mental Health" ikke skiller mellom de to, og dessuten omfatter noen tilstander som vanligvis ikke faller under psykisk helse. Ressursgruppen har ikke vurdert hvordan et eventuelt behov for fortsatt underspesifikasjon av "Mental Health" bør løses.

Helseforetakene blir også bedt om anslag for hvor mye av forskningen som vedrører visse teknologiområder, dvs. satsingsområdene som er definert av Forskningsrådet eller Regjeringen, og annet hvert år rapporteres ressursbruk knyttet til FoU innen *bioteknologi*. Noen foretak har bygget dette inn i den årlige rapporteringen, mens andre foretar en mer skjønnsmessig vurdering av andelen(e). Bioteknologi sammenfaller ikke med hovedkategoriene for forskningsaktiviteter i HRCS-systemet, og selv om bioteknologi i større grad vil være knyttet til noen av underkategorier enn til andre, så vil dette måtte forbli to forskjellige rapporteringer.

I forbindelse med en undersøkelse NIFU har gjort for Kreftforeningen har en del helseforetak (og enheter i UH-sektoren) blitt spurt om andelen *kreftforskning*. Dette kan sies å være en begynnelse på bruk av helsekategoriene i HRCS, men det er altså ingen systematisk bruk av HRCS i helseforetakene utover det som skjer i forbindelse med rapporteringen for RHF-støttede prosjekter og i NFR.

6.4 Hovedalternativer for implementering av HRCS i helseforetakene

Det kan tenkes flere mulige metoder for å få klassifisert det resterende eller hele forskningsinnsatsen i helseforetakene, blant annet disse:

1. All basisfinansiert innsats gjøres om til prosjekter og klassifiseres.
2. NIFU gjør spørreundersøkelser rettet mot enheter på flere nivåer. Resultatet brukes så til fordeling av de kostnadene som er innrapportert.
3. Klassifiseringen inkluderes i helseforetakenes ressurskartlegging, slik at disse også rapporterer fordelingen på ulike helsekategorier og forskningsaktiviteter.

Å gå via *prosjekter* virker nærliggende, fordi HRCS er godt egnet for prosjekter. Men det ville bli en relativt stor jobb å definere alle prosjektene, særlig med tanke på avgrensningene mellom dem. Dernest måtte ressursbruken fordeles på prosjektene uten at man i utgangspunktet har prosjektregnskap. Videre måtte man be om HRCS-klassifisering av prosjektene. Det kan tenkes at dette ville kunne gjøres ved helseforetak som har få aktive forskere, ved en sentralisert organisering av forskningen eller kostnadssteder som kan defineres som «prosjekter» i denne sammenheng. Men for store sykehus som må gjennomføre dette i mange klinikker og avdelinger, ville det bli en nærmest uoverkommelig oppgave. Ressursgruppen har derfor vurdert dette som uaktuelt som generell tilnærming.

Spørreundersøkelser i regi av NIFU eller et annet institutt/firma vil kunne være en alternativ tilnærming for å få klassifisert forskningsvirksomheten i en enhet, eventuelt også den relative fordelingen av ressursinnsatsen på ulike helsekategorier og ulike forskningsaktiviteter. Det må da tas utgangspunkt i enheter som det allerede er rapportert eller beregnet ressursinnsats for. Det vil imidlertid bli en utfordring at rapporteringen av ressursbruken skjer på helseforetaksnivå, slik at man vil kunne få en veldig overordnet og skjønnsmessig vurdering. Alternativt måtte helseforetakene i realiteten be om klassifisering på lavere nivåer i organisasjonen og kalkulere seg frem til en riktigere fordeling på helseforetaksnivå. Da er vi veldig nær det siste alternativet, nemlig å legge det inn som en del av den årlige ressurskartleggingen.

Ressurskartleggingen i helseforetakene er som oftest basert på rapportering på personnivå, fordi det skal beregnes antall FoU-årsverk, og fordi dette er det viktigste grunnlaget for beregning av kostnader, nesten uansett beregningsmetodikk. FoU-andelene kartlegges som oftest ved å spørre enkeltpersoner og/eller avdelingsledere. HRCS-klassifisering vil da bli et tilleggsspørsmål som må besvares av/for den enkelte eller på enhetsnivå. Det er allerede i utgangspunktet et behov for oppfølging og

veiledning, for å sikre at nye enhetsledere oppfatter hvordan FoU-andelene fastlegges, og for å opprettholde motivasjonen hos de som har gjort dette før. HRCS-klassifisering vil kreve ytterligere opplæring og motivasjon. Dette, sammen med den økte kompleksiteten, øker risikoen for at kartleggingen blir forsinket og/eller feilaktig. HO21-monitor-prosjektet må derfor veie behovet for detaljert og årlig oppdatert informasjon opp mot ressursbruken til selve kartleggingen og risikoen for at mye av grunnlaget reelt sett ikke er oppdatert. HRCA-klassifisering kan gjøres i etterkant, men det kan være krevende å få dette inn hvis det oppfattes som «enda en rapportering på det samme».

6.4.1 Andre varianter og supplerende tilnærminger

Ett alternativ til å gjøre klassifiseringen ute i hver enhet kan være at forskningsledere eller forskningsadministrasjon på et overordnet nivå (klinikk, divisjon, helseforetak) gjør HRCS-klassifiseringen og fastsetter den relative fordelingen ut fra sin kjennskap til virksomheten, analyser av publiseringen og/eller annet grunnlagsmateriale. Fordelingen vil for store enheter trolig bli mindre nøyaktig, men også mindre utsatt for utilsiktede endringer som skyldes skifte av ledere for de enkelte enhetene.

Et annet alternativ som er diskutert i HO21-monitorgruppen, er å ta utgangspunkt i CRISStin og be forskerpersonalet legge inn HRCS-kodene for sin forskningsvirksomhet i sin profil der. Dette vil så gi grunnlag for rapporter som kan brukes til å kalkulere ressursbruk/kostnad, enten direkte på nasjonalt nivå ut fra gjennomsnittlige FoU-andeler og kostnader pr. årsverk, eller ved at NIFU eller helseforetakene beregner relative andeler for HRCS-kategoriene og setter dette sammen med kostnadene i hvert enkelt foretak. I prinsippet kan grunnlaget brukes på alle nivåer, også på personnivå, og det kan da fungere som en annen måte å innhente opplysningene på, gitt at forskerne er mer motivert for å vedlikeholde opplysningene i CRISStin. Spørreundersøkelser kan eventuelt brukes som en metode for å validere informasjonen som fremkommer i CRISStin.

Et tredje alternativ som er kommet opp er å engasjere eller lære opp «profesjonelle» kodere som enten gjør kodingen selv basert på personene/enhetenes publiseringslister og annen informasjon, eller som veileder de som skal gjøre klassifiseringen. I prinsippet ville disse kunne veilede på alle nivåer når noen er i tvil om hva som riktig, men i praksis vil nok dette måtte organiseres som en støttefunksjon for de sentralt ansvarlige i helseforetakene¹⁴ og NIFU.

Disse tilnærmingene kan enten være alternative tilnærminger på kort eller lang sikt eller supplere et av hovedalternativene som er skissert ovenfor.

6.4.2 Kriterier for valg av løsning og bruk av dataene

Hvilken løsning man bør velge vil avhenge av hvilke krav til nøyaktighet som følger av bruken av dataene i HO21-monitor, og av hvor mye og hvilke ekstra ressurser man vil bruke for å få det nøyaktig nok på kort og lang sikt. Ressursgruppen ser for seg at data for ressursbruk kan inngå i forskjellige sammenlikninger:

- Ressursbruk mot ulike helsekategorier med en beregnet *sykdomsbyrde* HO21-strategien trekker frem Kinge et al, 2014.
- Effektivitetsvurderinger – *nytteindikatorer* opp mot ressursbruk på ulike områder HO21-strategien viser til ulike tilnærminger som er gjort i andre land.
- Opp mot forskningsinterne indikatorer (publisering, doktorgrader, patenter osv.) eller «harde» endepunkter som dødelighet ved ulike sykdommer.

Ressursgruppen uttrykker en viss bekymring for at man får sammenstillinger med manglende årsakssammenheng, kun korrelasjon, når resultatindikatorene forutsetter andre bidrag i

¹⁴ Representanter fra tre RHF og Forskningsrådet var på HRCS «coder training» i London i november 2015.

implementeringen (finansielt og ikke-finansielt), og/eller når tidsforskyvningen mellom innsats og resultater er ukjent. Ressursgruppen ser ingen enkel løsning for å få «riktig» ressursbruk koblet til gitte resultater/effekter. Tilnærmingen bør være å levere mest mulig konsistente tidsrekker for ressursbruk innenfor ulike områder, så får andre begrunne sitt utvalg eller analysere seg frem til sammenhenger. Ressursgruppen har på bakgrunn av dette i det følgende konsentrert seg om de utfordringene man uansett står overfor når HRCS skal benyttes på internt finansierte aktiviteter:

1. Hvordan klassifisere innsats finansiert med basisbevilgninger til enkeltpersoner/grupper/avdelinger
2. Hvordan klassifisere kjernefasiliteter og andre felles forskningsstøttefunksjoner
3. Hvordan klassifisere indirekte kostnader, inklusive det som er knyttet til bruk av utstyr og arealer som dels brukes til forskning og dels brukes til diagnostikk og behandling

6.5 Internt finansierte innsats fra enkeltpersoner, grupper og enheter

Gitt at dette skal skje som en del av den ordinære ressurskartleggingen, eller være basert på denne, kan det både være aktuelt å gjøre klassifiseringen på enhetsnivå (avdeling, seksjon, koststed) og på personnivå. Det vil variere hvor enkelt det er å klassifisere enhetens forskningsaktivitet under ett:

- Noen enheter vil ha forskning innen flere helsekategorier, og med ujevne fordeling.
- Noen enheter vil ha forskning innen ulike aktiviteter.
- Klassifiseringen/vektingen vil avhenge av om ekstern finansiering regnes med eller ikke.
- Klassifiseringen/vektingen vil også kunne avhenge av om «fritidsforskningen» blandes inn, og av om bistillinger ved universiteter og høyskoler blandes inn.

Det nest siste punktet innebærer at man eventuelt må være veldig tydelig på at det er den internt finansierte delen man ber om klassifiseringen på, dersom man ikke ønsker å se alt under ett. Samtidig er det perioder hvor den internt finansierte aktiviteten påvirkes av at man har (store) eksternt finansierte prosjekter, både ved at interne ressurser støtter opp om disse og ved at personer går inn og ut av disse prosjektene, altså veksler mellom intern og ekstern finansiering.

Punktet om fritidsforskningen innebærer at man må være veldig tydelig på om man spør om klassifisering av det som foregår i enheten, eller om man spør om klassifisering av bare den innsatsen som helseforetaket finansierer, altså det som foregår *innenfor* arbeidstid betalt av helseforetaket. Det er det siste som vil være i tråd med avgrensningen av det som rapporteres i ressurskartleggingen.

Begge disse punktene tilsier at det vil bli mer nøyaktig hvis man klassifiserer på personnivå, eller egentlig for hvert ansettelsesforhold, siden dette kan være flere for samme person. Spørsmålet er hvor lett dette vil være å få til, gitt at:

- det allerede er utfordringer med personer og enheter som ikke svarer på spørreundersøkelser,
- økt kompleksitet gir flere feil (og/eller større veiledningsbehov),
- all informasjon uansett bør innhentes i én prosess, og at
- linjeledelsen må sørge for å kvalitetssikre også HRCS-klassifiseringen

Alt dette tilsier at en ressurskartlegging som inkluderer HRCS-klassifisering må startes tidligere, men at man likevel ikke kan være sikker på et tilfredsstillende resultat uten bruk av betydelige ekstra ressurser på veiledning.

Bruk av flere (inntil 5) HRCS-koder for hver person antas å gjøre det enklere for hver enkelt å klassifisere, siden mange er engasjert i flere typer aktiviteter og innenfor flere helsekategorier, særlig hvis disse ikke overlapper helt med de medisinske spesialitetene eller organiseringen. Men for å få en tilnærmet riktig fordeling av kostnadene må da også fordelingen av tiden mellom ulike aktiviteter og helsekategorier innhentes, slik at små områder ikke blir likestilt med store via en forhåndsdefinert

fordeling (50/50, 33/33/34 osv.). Teknisk sett er dette antakelig overkommelig, men det resulterer i at det er mer som må vurderes og testes inn av den enkelte.

Erfaringene fra ressurskartleggingen ellers tilsier vel at dette er noe som kan bli riktig første eller andre gang med nøye veiledning og oppfølging, men at kvaliteten vil reduseres over tid etter hvert som personer skiftes ut og rapporteringstrettheten melder seg, dersom man da ikke igjen går på med ekstra veiledningsressurser. En slik ekstra innsats hvert år virker ikke realistisk, og det vil derfor være nødvendig med kompromisser der fast ansatte og ledere ikke spørres på nytt før etter to-fire år mens man i mellomtiden konsentrerer seg om klassifisering av nye arbeidsforhold.

Andre direkte kostnader (driftsmidler) bør kunne følge personene via prosjektkodene (for ekstern finansiering) eller via kalkulering basert på fordelingen av årsverkene (for intern finansiering). Unntak må gjøres for spesielle prosjekter med betydelige midler til medikamenter, andre forbruksvarer eller utstyr.

6.6 Klassifisering av kjernefasiliteter og andre forskningsstøttefunksjoner

Alle slike funksjoner kan teknisk sett klassifiseres, i og med at man kan benytte «generell helserelevans», og det er en rekke relevante underkategorier innenfor forskningsaktiviteter. Men hvis «generell helserelevans» i stor grad blir brukt, blir spørsmålet hva denne kategorien til slutt inneholder. Er det virkelig ressursbruk som gjelder alle kategorier, eller er det i realiteten en ujevn fordeling som varierer fra sted til sted og over tid. Hvis det siste antas å være tilfelle, bør man i stedet forsøke å finne tilnærminger til den reelle fordelingen, for eksempel ved en av disse metodene:

- Registrere de fem største brukerkategoriene, og gjerne med den aktuelle innbyrdes fordeling av bruken.
- Klassifisering ut fra plassering i organisasjonen, slik at for eksempel kjernefasiliteter ved et institutt for kreftforskning havner under kategorien kreft, mens klassifiseringen for DNA-sekvensering følger forskningsprofilen for den genetiske avdelingen.
- Beregne det som en indirekte kostnad pr. årsverk, fortrinnsvis med ulike satser som reflekterer at visse funksjoner benyttes mest av kliniske forskere og visse funksjoner benyttes av laboratorieforskere.

De to første metodene er mest i tråd med metodikken for beregning av direkte forskningskostnader, jf. ovenfor, mens den siste tilnærmingen eventuelt kan sees i sammenheng med hva man gjør med de indirekte kostnadene, jf. nedenfor. Det viktigste er uansett at alle institusjoner som rapporterer, er innforstått med at disse funksjonene ikke skal klassifiseres under «generell helserelevans». Dette må også gjelde for **eksternt** finansierte funksjoner og for **UH-sektoren** slik at all forskningsinfrastruktur håndteres likt, for å unngå systematiske skjevheter i de enkelte bidragsytternes innsats innenfor de spesifikke helsekategoriene.

6.6.1 Klassifisering av indirekte kostnader

Dersom alle kostnadene skal fordeles på HRCS-kategoriene må alle direkte og indirekte kostnader i prinsippet henføres til en **enhet** eller **person** som er HRCS-kategorisert:

- Hvis man baserer seg på at direkte kostnader blir fordelt via klassifisering av **enhetenes** innsats, er det hensiktsmessig at de indirekte kostnadene fordeles til disse enhetene ut fra vanlige internregnskapsprinsipper (selvkostkalkulering), eventuelt ved hjelp av den samme metodikken som benyttes ved kalkulering av kostnader pr. pasient.
- Hvis det er innsatsen til hver enkelt **forsker** som kategoriseres, kan dette tale for en aktivitetsbasert metode i ressurskartleggingen slik at de indirekte kostnadene inngår i **totale kostnader pr. årsverk** og fordeles sammen med de direkte kostnadene.

Generelt er det mulig å bruke ulike **kombinasjoner**, eventuelt at indirekte kostnader håndteres samlet ved bruk av **fordelingsnøkler** basert på hvordan direkte kostnader fordeler seg på ulike kategorier. Det er helseforetakene som leverer dataene, og de kan også pålegges å sørge for en riktig fordeling. Dette vil ikke kreve noe særlig ekstra av forskerne og linjelederne, men sentralt i helseforetakene må noen gjøre en del ekstra vurderinger og kalkuleringer. Dette vil være en utfordring der man allerede med dagens ressursmåling har vanskeligheter med å rapportere/oppdatere indirekte kostnader.

For **UH-sektoren** har NIFU en større rolle i kalkuleringen, og sammen med sektoren selv må de legge opp en kalkylemetodikk som gjør det mulig å knytte indirekte kostnader til enheter eller personer som har en HRCS-klassifisering.

Ut fra at det i Storbritannia i liten grad legges vekt på å få med indirekte kostnader (og kostnader til forskningsinfrastruktur) kan det stilles spørsmål ved nødvendigheten av å gjøre dette i Norge. Argumentene for å gjøre det i Norge er at ekskludering av visse kostnader begrenser anvendelsen av dataene til analyser av relative størrelser og gjør at man åpenbart ikke viser de totale kostnadene. Dessuten kan det bli beregningsteknisk vanskelig å holde forskningsinfrastrukturkostnader og indirekte kostnader utenom etter hvert som TDI-modellen¹⁵ blir innarbeidet for eksternt finansierte prosjekter.

Konklusjonen blir derfor at det kan og bør legges opp til at alle kostnader kommer med i totalkostnadene for hver av de spesifikke sykdomskategoriene og forskningsaktivitetene i HRCS.

6.7 HRCS-klassifisering av helseforetakenes ressursinnsats – oppsummering

Det er bare 25-30 % av ressursbruken til medisinsk og helsefaglig forskning i offentlig sektor som er HRCS-klassifisert. Det er derfor begrenset hva de foreliggende tallene kan brukes til. Fordelingen for eksternt finansiering kan ikke overføres til basisfinansiering, fordi internt finansierte prosjekter ofte vil ha en annen innretning.

Ressursgruppen er åpen for at HRCS-klassifisering kan brukes i helseforetakene, men det krever at det brukes ekstra ressurser i helseforetakene, hos NIFU og/eller i form av «profesjonelle» kodere. En løsning basert på strukturering av all intern innsats i *prosjekter* vil være for ressurskrevende, og hovedalternativene er da:

- Etablering av en HRCS-relatert «forskningsprofil» for hver rapporteringsenhet basert på spørreundersøkelser, eksternt koding eller egenrapportering fra forskerne i CRISStin.
- Inkludering av HRCS-klassifisering i den årlige ressurskartleggingen i helseforetakene.

Valg av tilnærming vil måtte skje ut fra hvordan dataene skal brukes og hvor mye ekstra ressurser man vil legge i dette¹⁶. Kostnader til forskningsinfrastruktur og mer perifere fellesfunksjoner kan og bør inkluderes ved en direkte klassifisering eller via beregning av totale kostnader pr. årsverk.

¹⁵ Modell som forutsetter at alle direkte og indirekte kostnader legges inn i prosjektbudsjettene.

¹⁶ Arbeidsgruppen for HelseOmsorg 21-monitor har sammen med NIFU organisert et pilotforsøk ved Akershus universitetssykehus i forbindelse med ressursmålingen for 2015.

Referanser

Tidligere innstillinger fra Ressursgruppen med forløper

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

Pål Bakke og Ole Wiig (red.): 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.

Ole Wiig og Pål Bakke (red.): 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, NIFU Arbeidsnotat 11/2012.

Pål Bakke og Ole Wiig (red.): Forskjeller i rapportert ressursbruk til FoU i helseforetakene med fokus på forholdet til UoH-sektoren. Rapport III fra en rådgivende gruppe (Ressursgruppen) oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning, NIFU Arbeidsnotat 18/2013.

Andre referanser

Det norske forsknings- og innovasjonssystemet – statistikk og indikatorer. 2015, Norges forskningsråd 2015. Tall fra ressursmålingen for 2013 inngår både i tekst og tabellverk.

Kinge, Jonas Minet; Roxrud, Ingrid; Vollset, Stein Emil; Skirbekk, Vegard; Røttingen, John-Arne: Are the Norwegian health research investments in line with the disease burden? Health Research Policy and Systems 2014; Volum 12.

Ole Wiig: Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2013. Hovedresultater og dokumentasjon, NIFU Rapport 28/2014.

Ole Wiig: Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2014. Hovedresultater og dokumentasjon, NIFU Rapport 15/2015.

Susanne Sundnes et al: Ressursinnsatsen i medisinsk og helsefaglig FoU i 2013. En analyse basert på FoU-statistisk materiale, NIFU Rapport 25/2015

Susanne L. Sundnes et al: Ressursinnsatsen i medisinsk og helsefaglig FoU i 2013. En analyse basert på FoU-statistisk materiale, NIFU Rapport 25/2015.

Nordisk institutt for studier av
innovasjon, forskning og utdanning

Nordic Institute for Studies in
Innovation, Research and Education

www.nifu.no