

Ressursene til medisinsk forskning må doubles

I den nye forskningsmeldingen fra mars 2005 slår regjeringen fast at medisinsk og helsefaglig forskning fortsatt skal være et prioritert område. Det settes ambisiøse mål. Skal Norge komme opp på et nivå sammenliknbart med ledende land innen medisinen, må offentlige og private investorer ta et felles løft for å få til en dobling av ressursene til medisinsk og helsefaglig forskning innen 2010. Vi er på vei, men har et godt stykke igjen. Spesielt er situasjonen urovekkende for universitetene, som har svært knappe interne forskningsmidler.

Oppgitte interessekonflikter:
Se til slutt i artikkelen

Det har vært knyttet spenning til om medisinsk og helsefaglig forskning fortsatt vil være et nasjonalt satsingsområde i norsk forskningspolitikk. I den nye forskningsmeldingen *Vilje til forskning* konkluderer regjeringen at helse skal være ett av fire utvalgte tematiske områder (1). De øvrige er energi og miljø, hav og mat. Meldingen peker dessuten på tre strukturelle prioriteringer: internasjonalisering, grunnforskning med vekt på kvalitet og realfag og forskningsbasert nyskaping og innovasjon. Det er tre prioriterte teknologiområder: informasjonsteknologi, nye materialer og nanoteknologi og bioteknologi.

Regjeringens begrunnelser for fortsatt å prioritere helse som forskningsfelt er:

- Befolkningen verdsetter helse som gode høyt
- Folkehelseutfordringer som psykisk helse, livsstilssykdommer og nye epidemier
- Helseregistre, helseundersøkelser og et offentlig helsevesen som konkurransemessige fortrinn for epidemiologisk og klinisk forskning
- Sterke miljøer innen medisinsk teknologi, neurobiologi, kreftforskning og forebyggende helse
- Ansvar for å bidra til forskning rettet mot sykdommer som rammer utviklingslandene

I meldingen trekkes det frem noen konkrete virkemidler i satsingen på helseforskning.

Infrastruktur og tilgjengelighet til helseregistre og biobanker skal styrkes. Villkårene for å drive klinisk forskning skal bli bedre, dels begrunnet i at dette vil sikre høy kvalitet og kunnskapsbasert pasientbehandling. Det pekes også på at helsetjenesteforskning innen helseøkonomi og organisering er nødvendig for å skape en god og effektiv helsetjeneste. Videre skal Norges engasjement innenfor global helseforskning styrkes betydelig, gjennom blant annet et eget program i Forskningsrådet.

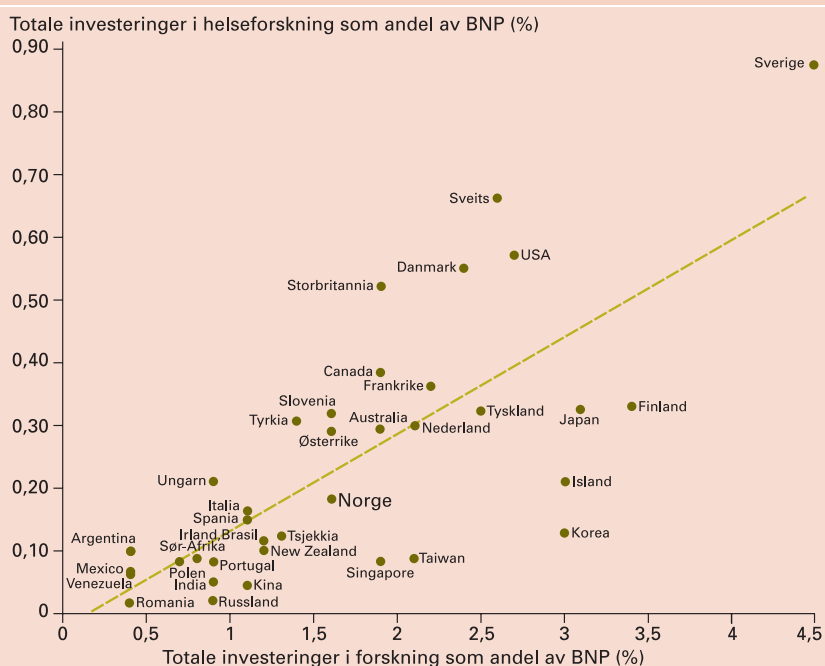
Regjeringen ønsker fortsatt å knytte målet for ressursinnsatsen til forskning som andel av landets bruttonasjonalprodukt (BNP). I stedet for å bruke OECD-gjennomsnittet som mål – et mål som har steget raskere enn norske investeringer til forskning og utvikling – settes nå et absolutt mål for ressursinnsatsen på 3 % av bruttonasjonalproduktet innen 2010. Dette samsvarer også med EUs mål. Norge bruker i dag bare 1,75 % av bruttonasjonalproduktet på forskning – Sverige, Finland og Danmark bruker henholdsvis 4,3 %, 3,5 % og 2,5 %. Mens den offentlige ressursinnsatsen skal økes fra 0,75 % til 1 %, det vil si 30 % økning i forhold til i dag, må finansieringen fra andre kilder doubles fra 1 % til 2 %. Skal vi lykkes med å nå det ambisiøse målet om 3 % innen fem år, må

det private næringsliv og private og utenlandske bidragsyttere på banen. Med dagens næringsstruktur og liten tradisjon for blant annet private forskningsfond er nok dette et lite realistisk mål i et femårsperspektiv. Det offentlige må bidra mer.

I forskningsmeldingen settes det ingen konkrete mål for ressursinnsatsen til medisinsk og helsefaglig forskning. Tidligere statistikker viser at Norge investerer lite i denne type forskning i forhold til sammenliknbare land. Sverige og Danmark bruker henholdsvis tre og to ganger så mye som Norge per innbygger (2). Globalt forum for helseforskning har nylig gjennomført en analyse som kan sette Norges innsats innen helseforskning i et internasjonalt perspektiv (3).

Målt som andel av bruttonasjonalproduktet investerer en rekke land mer enn Norge i forskning generelt og i helseforskning spesielt (fig 1). Gitt den moderate norske forskningsinnsatsen er ikke dette overraskende. Det som er særskilt urovekkende er at Norge kommer svakt ut enten vi måler ressurser investert i helseforskning som andel av de totale investeringer forskning og utvikling eller sett i forhold til helseutgifter totalt (fig 2). De fleste ledende land på det medisinske fagområdet ligger betydelig foran

Figur 1



Sammenlikning av ulike lands investeringer i forskning totalt sett og i helseforskning målt som andel av bruttonasjonalprodukt (3)

oss. Det gjelder Sverige, Storbritannia, Danmark, Sveits, Canada, USA, Japan, Finland, Frankrike, Østerrike, Australia, Nederland og Tyskland. Det er altså en positiv sammenheng mellom faglig nivå og kvalitet og investeringer i forskning.

Norge bør minst doble investeringene i medisinsk og helsefaglig forskning, fra i overkant av 2 milliarder kroner i dag til 5 milliarder kroner i 2010. Det betyr i praksis at målt i forhold til totale helseutgifter må innsatsen økes fra i underkant av 2 % til 4 %. Målt som andel av totale investeringer i forskning må den økes fra i overkant av 10 % til 20 %. Vi vil da komme på nivå med USA og Canada, men fortsatt ligge betydelig bak Sverige, Storbritannia, Danmark og Sveits. Veksten må i det alt vesentlige komme som økte offentlige forskningsstil-delinger, siden Norge ikke har medisinsk og helsefaglig industri i særlig grad. På sikt vil veksten dels kunne opprettholdes gjennom mulig ny næringsutvikling og innovasjon på det biomedisinske området.

Er en slik doubling realistisk og mulig? Ja, og vi er trolig allerede på god vei. Etter foretaksreformen har det skjedd en betydelig satsing på forskning i spesialisthelsetjenesten. Det øremerkede tilskuddet til forskning over statsbudsjettet er økt i forhold til forskningsdelen av det tidligere regionsykehustilskuddet. I tillegg investerer både de regionale og de lokale helseforetakene i forskning. Totalt brukes omkring 1–2 % av foretakenes budsjetter til forskning. Spesialisthelsetjenesten utgjør

omtrent halvparten av landets totale helseutgifter og er en forskningsintensiv del av helsetjenesten. Det er realistisk at 5 % av budsjettene settes av til forskning og utvikling, slik flere regionale foretak nå har som ambisjon (4). For primærhelsetjenesten er det ikke noen tilsvarende forskningsinvestering (5), men budsjettbehandlingen i fjor gav signaler om betydelig satsing også her.

Skal vi lykkes med satsingen på medisinsk og helsefaglig forskning, er det ikke tilstrekkelig bare å satse gjennom investeringer i helsetjenesten. Universitetene må i tillegg styrkes vesentlig. I dag har de medisinske fakultetene knapt nok midler til lønnsutgifter og infrastruktur. Det finnes omtrent ikke interne forskningsmidler. Levedyktige forskningsmiljøer innen grunnleggende biomedisin og samfunnsmedisin er helt nødvendig for forskerutdanningen og den mer anvendte forskningen i helsetjenesten. Ved omleggingen av finansieringen av universitetene må det legges til rette for at miljøene får mulighet for strategiske satsinger som det kan høstes av på lang sikt. Parallelt med styrkingen av den direkte finansieringen av universitetene må midlene som tildeles gjennom Norges forskningsråd også økes betydelig. Dette er konkurransutsatte og strategiske midler som er nødvendige for å heve kvaliteten i forskningen og for å fremme nasjonalt prioriterte områder.

Helse- og omsorgsdepartementet har nylig sluttført sin forskningsstrategi frem mot 2010 (6). Første tiltak under målet «bedre

økonomiske rammebetingelser» er å «heve finansieringsnivået for medisinsk og helse- og sosialfaglig forskning på OECD-gjennomsnittet eller gjennomsnittet i de andre nordiske landene». Det vil i praksis bety en doubling av innsatsen slik det er beskrevet over. Øvrige mål omhandler styrking av infrastruktur og etablering av større miljøer, nasjonal samordning, internasjonalt samarbeid, hensiktsmessig regulering, forskning av god kvalitet og systematisk forskningsformidling.

Sammen med hovedkonklusjonene i Forskningsrådets to evalueringer er departementets strategi en god overbygning for strategiene til de forskningsutførende institusjonene. Strategier og planer legges nå, men kan bare realiseres gjennom den nødvendige økningen i ressurstilførsel. Her trengs det politisk gjennomføringskraft. De profesjonelle styrene i de regionale helseforetakene har vist vei.

John-Arne Røttingen

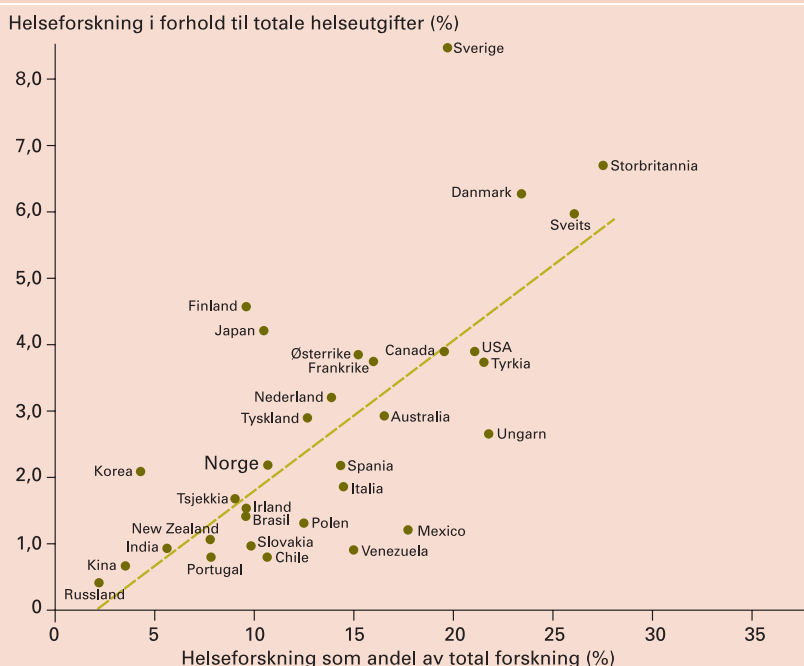
john-arne.rottingen@kunnskapssenteret.no
 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
 Postboks 7004 St. Olavs plass
 0130 Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Forfatteren er direktør for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og leder av forskningsutvalget for Helse Øst HF.

Litteratur

1. St.meld. nr. 20 (2004–5). Vilje til forskning. <http://odin.dep.no/repub/04-05/stmeld/20/index.html> (29.3.2005).
2. Nøkkeltall for medisinsk og helsefaglig forskning. Oslo: Norges forskningsråd, 2003. http://www.forskningsradet.no/CSStorage/Flex_attachment/Nokkeltall2003.pdf (29.3.2005).
3. Monitoring financial flows for health research. Volume 2. Genève: Global forum for health research, 2004. http://www.globalforum-health.org/site/002_What%20we%20do/005_Publications/004_Resource%20flows.php (29.3.2005).
4. Forskningsstrategi for Helse Øst 2005–2007. Hamar: Helse Øst RHF, 2005. http://www.helse-ost.no/modules/module_123/proxy.asp?iCategoryId=177&iInfol=1196&iDisplayType=2 (29.3.2005).
5. Hunskaar S, Røttingen JA. Utfordringer for fagutvikling og forskning i allmennmedisin. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2637–9.
6. Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi 2005–2010. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2005. http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/handlingsplaner/048071-990107/dok-bn.html (29.3.2005).

Figur 2



Sammenlikning av ulike lands investeringer i helseforskning som andel av forskning totalt sett og målt i forhold til nasjonale helseutgifter totalt (3)