

Hvorfra kommer de økonomiske midler til sundhedsvidenskabelig forskning?

STATUSARTIKEL

Liselotte Højgaard & Jens F. Rehfeld

Den offentlige støtte til sundhedsvidenskabelig forskning i Danmark er blevet reduceret i de senere år, og det må vække bekymring. I Sverige, Finland, Tyskland og USA har man i samme periode øget bevillingerne ganske betydeligt. I Finland besluttede man at satse målrettet på forskning i en periode med alvorlig samfundsøkonomisk krise (1). I analyser er det siden blevet vurderet, at den nuværende økonomiske højkonjunktur i Finland bl.a. var en følge af den bevidste satsning på forskning og udvikling (1). I Danmark, hvor vi i øjeblikket er inde i en periode med forholdsvis god økonomi, er det bekymrende, at man uden egentlig at ville det aktivt – uden en bevidst prioritering – er endt i en situation, hvor forskningsmidlerne især til sundhedsvidenskab er faldende. Ikke at prioritere bliver på den måde også en slags prioritering.

En af årsagerne til nedgangen er formentlig, at kilderne til lægevidenskabelig forskning i Danmark er svære at overskue. Det kan generere myter. »Danmark har for mange cigarkasser«, fremgik det af Sofie-rapporten fra 1993 om dansk sundhedsvidenskabelig forskning (2). Antallet af offentlige og private cigarkasser er ikke blevet reduceret siden. Tværtimod. I Forskningsforums årsberetning 2001 har formanden Jørgen Søndergaard gennemgået et forslag til en »Forskningens finanslov«, for at få bedre hold på den komplekse og mangefacetterede forskningsfinansiering i Danmark (3).

Formålet med denne statusartikel er at give en oversigt over, hvilke forskningsmidler der for tiden er til rådighed for dansk sundhedsvidenskabelig forskning, og hvordan pengene fra de forskellige kilder fordeles.

De samlede økonomiske midler til sundhedsvidenskabelig forskning i Danmark

I Danmark blev der i år 2000 anvendt ca. 24 mia. kr. til forskning og udvikling (4). 28% blev anvendt til det naturvidenskabelige hovedområde, og 24%, svarende til 6,5 mia. kr., blev anvendt til det sundhedsvidenskabelige hovedområde. I alt 2,3 mia. kr. årligt kom fra offentlige midler, og 4,2 mia. kr. kom fra erhvervslivet. Ifølge samme rapport er de i rapporten definerede eksterne midler inden for sundhedsvidenskabelig forskning steget fra 32% i 1991 til 49% i 2000. Hvis man ser på udviklingen i det samlede beløb til sundhedsvidenskabelig forskning og udvikling fra 1991 til 2000, har der været et betydeligt udsving midt i perioden. Beløbet var i 1991 1,8 mia. kr. stigende til 2,4 mia. kr. i 1995, hvorefter det faldt til 2 mia. kr. i 1997 og nu igen ligger på 2,4 mia. kr. Sammen med stigningen i eksterne midler viser det, at den offentlige finansiering af den sundhedsvidenskabelig forskning er mindsket i de senere år – også selv om udsvin-

gene i totalbidrag delvis skyldes et skift i opgørelsesmetoder i 1997 for hospitalernes vedkommende. Uanset metodologiske forbehold er det uomtvisteligt, at den offentlige støtte til sundhedsvidenskabelig forskning og udvikling langt fra har fulgt med den udvikling, der har været i de lande, vi normalt sammenligner os med (5).

Hvor kommer midlerne fra?

Lægeforeningens Vejviser 2001/2002 indeholder en fonds-almanak med oversigt over de fleste af de offentlige og private fonde, hvor man kan søge midler til forskning (6).

Vi har forsøgt at vurdere størrelsen af den samlede årlige støtte fra private fonde og patientforeninger. Adskillige fonde oplyser ikke det konkrete beløb i oversigten, men vi har spurgt de større om omfanget af deres uddelinger. Den samlede støtte fra private fonde til sundhedsvidenskabelig forskning i 2000 er på den måde skønnet til ca. 500 mio. kr.. Beløbet er behæftet med usikkerhed, da nogle fonde, som støtter både sundhedsvidenskabelig forskning og anden forskning, ikke har kunnet oplyse, hvor stor en procentdel af deres bevillinger der gives til egentlig sundhedsvidenskabelig forskning. Lægemedicinalindustriforeningen, Lif, skønner, at offentlig forskning og udvikling modtager knapt 1 mia. kr. årligt fra medicinalindustrien. Der er en vis diskrepans imellem de godt 300 mio. kr., der ifølge Analyseinstitut for Forskning skulle stamme fra eksterne forskningsmidler og de estimerede tal fra fondsalmannakken. Hvis tallet over det samlede beløb til forskning og udvikling inden for sundhedsvidenskab er mindre vanskeligt at estimere, tyder dette på, at de eksterne forskningsmidlers andel er endnu højere end antaget i rapporten. Dette tyder på, at den offentlige finansierer en endnu mindre fraktion af forskningen end hidtil hævdet.

De offentlige forskningsmidler

Frie forskningsmidler kan søges fra Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd (SSVF). Eksterne midler med varierende emnemæssig binding kan søges fra Grundforskningsfonden og fra puljemidler under ministerier, amter, H:S og andre offentlige instanser. Det er muligt at søge forsk-

Barcelona-aftalen

EU aftalte i 2002 i Barcelona, at 3% af landenes BNP skal anvendes til forskning og udvikling, hvor den private sektor skal finansiere to tredjedele. Målet er at udvikle EU til »the most competitive and dynamic knowledgebased economy in the world, capable of sustainable economic growth with more and better jobs and greater social cohesion«. Aftalen indebærer 1½ mia. kr. mere til sundhedsforskning fra den offentlige og 3½ mia. kr. mere til rådighed i den private sektor.

ningsmidler fra EU og internationale fonde, bl.a. National Institute of Health (NIH) i USA, også her med varierende grad af emnemæssig binding. Eksterne midler kan søges hos f.eks. Vækstfonden og Erhvervsfremmestyrelsen, hvis man har forskning og udvikling inden for områder, der kan patenteres og udnyttes af erhvervslivet.

Den største del af den offentligt finansierede forskning inden for sundhedsvidenskab kanaliseres via basisbevillinger fra staten til de tre universiteters sundhedsvidenskabelige fakulteter, og fra amter og H:S til især universitetshospitalerne.

I 2001 var forskningsrådenes samlede bevilling 450 mio. kr., heraf fik Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd 87,2 mio. kr. (dette beløb udgør kun knap 4% af de 2,3 mia. kr. som stammer fra offentlige midler). Der er fælles administrative principper i de seks forskningsråd, hvilket sikrer gennemskuelighed, ensartethed og habilitet i beslutningsprocesserne samt et rimeligt ressourceforbrug. Det tostrengede bevillingssystem med basisbevillinger til institutioner og projektbevillinger eller såkaldte frie midler, som man kan søge via f.eks. forskningsrådene, kendes i alle vestlige lande. Dog er bevillingsprocenten fra SSVF lavere end i USA, hvor en væsentlig større del af basisbevillingerne til institutionerne tildeles i fri konkurrence. Projektbevillinger til enkeltforskere eller forskergrupper sikrer faglig bedømmelse af projektets kvalitet og desuden en bedømmelse af det enkelte forskerområde. Denne åbne konkurrence baseres på faglig kvalitet, hvor aktive forskere selv fordeler pengene. Dette »armslængdeprincip« sikrer, at detailprioriteringen og den faglige udmøntning varetages af forskerne selv uden politisk indblanding. Undertiden bøjes princippet via de såkaldte programbevillinger, hvor forskning styres af politiske beslutninger om støtte til særlige områder. Det har været hævdet, at kvaliteten af den forskning, der støttes af sådanne programbevillinger, er lavere end kvaliteten af den forskning, der støttes af frie midler.

Det største offentlige forskningstilskud er som nævnt basisbevillinger til offentlige forskningsinstitutioner. Staten driver hovedparten af de offentlige forskningsinstitutioner, herunder de tre universiteter og sektorforskningsinstitutionerne. Imidlertid er over halvdelen af de sundhedsvidenskabelige forskere ansat i hospitalsvæsenet, hvor basisstøtten hovedsagelig stammer fra amter og H:S og kun i mindre grad fra staten. Da driften af sygehuse er en amtskommunal opgave, foregår den forskning, der udføres af hospitalsansatte læger, i amtsligt regi eller H:S regi. Om amterne og H:S fordeler bevillinger lige så professionelt som SSVF med hensyn til gennemskuelighed, ensartethed og habilitet i beslutningsprocesserne, er vanskeligt at afgøre. De væsentligste resurser, som amterne og H:S leverer, er i form af infrastruktur til forskningen.

Basisbevillingerne til universiteter og institutter er pga. gentagne nedskæringer gennem de sidste 10-15 år endt med kun at dække udgifter til lokaler og beskedent kontorforbrug. En fastansat forsker på Panum Institutet får 20.000 kr. pr. år til forskning.

I den aktuelle debat om forskning fra de offentlige syge-

huse og universiteter kontra forskning fra sektorforskningens institutter springer det i øjnene at *peer review*-publikationerne hovedsagelig udgår fra førstnævnte institutioner, mens sidstnævnte især udsender interne rapporter og dansksprogede publikationer. Forskningsformidling er vigtig, men ifølge international standard er forskning kun forskning, hvis det er publiceret i tidsskrifter, der benytter *peer review* (5).

Vi har i Danmark været gode til at skaffe EU-midler til større forskningsprojekter, således at vi trækker flere penge til via EU-forskningsmidler, end vi betaler via statens bidrag. Det er imidlertid indtrykket fra dem, der har administreret store EU-bevillinger, at det er meget bureaukratisk og tidskrævende ved ansøgning og administration. Med EU's 6. rammeprogram er der lagt op til en forenkling af bureaukratiet, og der er nu et stort beløb på 15 mia. euro til rådighed for forskning i det 6. rammeprogram.

Bidraget til dansk sundhedsvidenskabelig forskning fra internationale fonde såsom NIH i USA er beskedent, men det er opmuntrende, at det kan lade sig gøre at hente så prestigefyldte forskningspenge til lokal forskning i Danmark i konkurrence med de bedste forskere i USA.

Private fonde og patientforeninger

Den største del af de frie forskningsmidler til sundhedsvidenskabelig forskning i Danmark stammer fra private fonde og patientforeninger. Dem er der mange af i Danmark, og en oversigt kan findes på www.dadnet.dk.

Kræftens Bekæmpelse støtter årligt sundhedsvidenskabelig forskning i bred forstand med godt 180 mio. kr., Hjerteforeningen med 25-30 mio. kr., Gigtforeningen med 7,8 mio. kr. og Scleroseforeningen med 7 mio. kr. De mindre patientforeninger støttes med lavere beløb. De store patientforeninger har bestyrelser med deltagelse af forskere og en bevillingspraksis, der ligner den, SSVF anvender.

Lægemedelindustriens store fonde: Lundbeckfonden og Novo Nordisk Fonden støtter forskningen årligt. I 2001 blev der givet 70 mio. kr. fra Lundbeckfonden og 40 mio. kr. fra Novo Nordisk Fonden. Også her er bevillingspraksis i faste rammer med bestyrelser og bevillingspraksis som i SSVF. Af halvoffentlige fonde findes Sygekassernes Helsefond, der støtter med 12 mio. kr., Apotekerfonden, der også støtter sundhedsvidenskabelig forskning, med støttebeløb på i alt 24 mio. kr., og desuden Lægeforeningens legater på 1,5 mio. kr. årligt.

De private fonde er talrige, og en oversigt kan som ovenfor nævnt findes i Lægeforeningens Vejviser (6). Den største af de private fonde er The John and Birthe Meyer Foundation, der siden 1987 har doneret 600 mio. kr. til sundhedsvidenskabelig forskning og udvikling. En stor del af fondsdonationerne er givet til meget kostbart medicinsk, højteknologisk udstyr, og fondets formål er »at gøre en forskel«. Karen Elise Jensens fond donerer ligeledes store beløb til sundhedsvidenskabelig forskning. Fonden til Lægevidenskabens Fremme; c/o A.P. Møller og Hustru Chastine McKinney Møllers fond til almene Formaal, donerer ca. 2,5 mio. kr. om året, og A.P. Møllers Fond er derudover kendt for også at give store beløb til enkeltansøgnings. Velux fon-

den støtter årligt humanitære og almennyttige formål med store beløb.

Dansk Kræftforskningsfond er en udbryderforening af Kræftens Bekæmpelse. Årligt støtter fonden dansk kræftforskning med godt 3 mio. kr. Lærdals Fond for Akuttmedisin har til huse i Norge og støtter forskning inden for dette område med godt 4 mio. norske kr. om året, og ansøgninger fra de øvrige skandinaviske lande er velkomne. Den Lægevidenskabelige Forskningsfond for Storkøbenhavn, Færøerne og Grønland støtter forskning årligt med godt 1,4 mio. kr., P. Carl Petersens Fond med 1,5 mio. kr. og Eva & Henry Frænkel's Mindefond med 1,5 mio. kr., Chr. X fond med 0,7 mio. kr., Neyes fond med 1,5 mio. kr., Desirée og Niels Ydes fond med 1 mio. kr. De her nævnte fonde er medtaget, da de ifølge listen i Lægeforeningens Vejviser er blandt de større.

Der er desuden en række større og mindre private fonde, der administreres via de tre universiteters fakulteter.

Carlsbergfondet støtter overvejende basalforskning og sjældent inden for lægevidenskab, så de store midler, der er til rådighed her, kan ikke tælles med.

Der findes en række ærespriser, der gives til danske forskere, hvor prisen er ledsaget af et pengebeløb, der oftest anvendes af prismodtageren til nye forskningsprojekter. Det drejer sig bl.a. om Lundbeckfondens priser, Novo Nordisk Prisen, Anders Jahre Prisen, Fernströmprisen, Odd Fellow Ordenens Forskerpris, Frimurerlogens ærespris, Codanprisen, Klein-prisen og Familien Hede Nielsens Pris.

Alt i alt synes de private fonde at støtte forskning med godt 500 mio. kr. årligt. De er således en vigtig kilde til at opretholde dansk sundhedsvidenskabelig forskning, og frie midler fra private fonde er et *sine qua non*, for at basisbevillingerne kan udnyttes.

Forskning og lægemiddelindustrien

Lægemiddelindustrien deltager i forskningen i specielt kliniske afprøvninger i vid udstrækning. Der har for nylig været afholdt en konference om klinisk forskningsledelse (7), hvor det fremgik, at fremtiden for lægemiddelforskning på de danske kliniske afdelinger er under pres, ikke kun pga. manglende infrastruktur og ledelseskompetence, men også fordi hospitalssystemet er presset generelt i Danmark.

For tiden bliver der gennemført sundhedsvidenskabelig forskning efter kontrakt og aftale med de danske medicinalproducenter og forhandlere for 1 mia. kr. årligt. Der er strikte regler for, at aftalerne skal være transparente, og betingelserne skal fremgå af forsøgsprotokoller og patientinformationer. Om pengene anvendes alene til sundhedsvidenskabelig forskning eller om man yderligere får betalt noget af den daglige klinik er svært at bedømme.

Diskussion

Hvorfor vælger et land, der har udmærket sig ved en fin forskningsindsats – også i international målestok – at reducere de offentlige forskningsbudgetter i en tid, hvor den samfundsøkonomiske situation er forholdsvis gunstig? Dette spørgsmål rejser af Jørgen Søndergaard i årsberetningen fra Forskningsforum 2001. Det er uomtvisteligt, at dansk sundhedsvidenskabelig forskning er præget af udsult-

ning set i international målestok. Når man ser på ovenstående gennemgang, springer det i øjnene, hvor stor betydning de private fonde har. Uden dem var forskningen i Danmark ilde stædt. En af årsagerne til den vigende forskningsstøtte er formentlig, at området er komplekst og mangefacetteret. Sygehusejerne bør være sig deres ansvar bevidst, og det offentlige bør overveje den af Jørgen Søndergaard foreslåede »forskningens finanslov«, således at man i hvert fald er klar over, at man gennemfører nedskæringer.

De store halvoffentlige fonde, dvs. Lønmodtagernes Dyrstidsfond og de store fagforeninger f.eks. AC, opfordres til at omtænke deres bevillingspraksis og støtte dansk sundhedsvidenskabelig forskning aktivt og markant.

Det er positivt, at den danske forskningsstyrelse støtter danske ansøgninger til EU. Specielt til EU's 6. rammeprogram er der en meget offensiv og hjælpsom holdning fra forskningsstyrelsen. Det burde kunne skaffe flere forskningsmidler til sundhedsvidenskab i Danmark.

Vi mangler både frie forskningsmidler og basisbevillinger. I en tid, hvor forskningen er på retur, er det vigtigt at sætte ind. Der er rekrutteringsmangel til den lægevidenskabelige forskning, og sygehusvæsenet har i en årrække været presset af omstruktureringer, ventelister, kvalitetssikring og reduktion i utilsigtede hændelser – uden økonomisk kompensation. Det er gået ud over forskningen, og det er på længere sigt en dyr pris, som fremtidens patienter kommer til at betale. På den baggrund vil vi foreslå følgende, der både skulle øge støtte, transparens og kvalitet i uddelingerne:

- 1) at staten afsætter yderligere 3 mia. kr. årligt til forskning, hvoraf 700 mio. kr. allokere til lægevidenskabelig forskning,
- 2) at den ene halvdel heraf (~350 mio. kr.) fordeles som basismidler til de tre sundhedsvidenskabelige fakulteter, mens den anden halvdel uddeles som frie forskningsmidler af SSVF,
- 3) at Grundforskningsfondens midler samt ministerielle rammeprogrammer og puljer uddeles af forskningsrådene i henhold til de oprindelige politiske intentioner,
- 4) at SSVF udarbejder og løbende ajourfører oversigter over private fonde og sygdomsforeninger,
- 5) at alle universitetshospitaler råder over basisbevillinger til forskning, og at disse administreres af aktive forskere,
- 6) at Barcelona-aftalen opfyldes før 2010 i Danmark.

Reprints: Liselotte Højgaard, Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicinsk Klinik, PET og Cyklotronenheden, KF 4011, H:S Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: lottepet@rh.dk

Antaget den 4. december 2002.

H:S Rigshospitalet, Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicinsk Klinik & PET og Klinisk Biokemisk Afdeling.

Litteratur

1. Husso K, Karjalainen S, Parkkari T, eds. The state and quality of scientific research in Finland. A review of scientific research and its environment in the late 1990s. Helsinki: Academy of Finland, 2000:11-31.
2. International Evaluation of Danish Health Research. Conclusions and recommendations. København: Danish Council for Research Policy, 1993.
3. Årsberetning 2001 fra Forskningsforum og de seks statslige forskningsråd. København: Forskningsstyrelsen, 2002:1-105.

4. Forskningsstatistik 2000. Forskning og udviklingsarbejde i sundhedssektoren. København: Analyseinstitut for Forskning, 2002:1:101.
5. Rehfeld JF. Fornemmelse for forskning. København: Akademisk Forlag, 2001:1-128.

6. Lægeforeningens Vejviser 2001/2002. København: Lægeforeningens forlag, 2001.
7. Højgaard L. Klinisk forskning og ledelse. Ugeskr Læger 2002;164:3225-30.

Er der behov for tværamtsligt/regionalt samarbejde omkring forskning?

KOMMENTAR

Sundhedsforskning skal omsættes til handling til gavn for patienterne på alle niveauer i sundhedsvæsenet. Helt overordnet er forudsætningen udbygning af samarbejde og dialog på tværs af alle niveauer.

Evidens og kompetencer

Sundhedsvæsenet skal levere evidensbaserede ydelser forstået som den behandling, der integrerer individuel klinisk ekspertise med den bedst tilgængelige eksterne evidens fra systematisk forskning. Det forudsætter et indgående kendskab til forskning. Generelt har læger og andet sundhedspersonale for ringe viden om statistik og forskningsmetodik, hvilket vanskeliggør implementering af ny viden og evidensbaseret behandling.

Der er behov for kompetenceudvikling. Udviklingen understøttes af en række positive tiltag.

Eksempelvis anbefaler Speciallægekommissionen, at alle uddannelsessøgende læger som led i hoveduddannelsen selvstændigt gennemfører et forskningsprojekt (1).

Parallelt anbefaler kommissionen, at ansvaret for hoveduddannelsen i sygehusspecialerne decentraliseres og forankres ved en stamafdeling.

Anbefalingerne vil stille store krav om prioritering af forskningsindsatsen i hele sundhedsvæsenet og nødvendigvis gøre et tværamtsligt samarbejde.

Viden og værdier

Danske virksomheder opererer i dag i en virkelighed, hvor deres evne til at opfange, udvikle og anvende ny viden er afgørende for deres udvikling og overlevelse – de opererer i en videnøkonomi (2).

Sundhedsydelser vil i de kommende år blive udbudt i fri konkurrence på et åbent marked på tværs af landegrænser og dermed blive underlagt den samme virkelighed som øvrige danske virksomheder. Sundhedsvæsenet er præget af en lukket og rationel effektivitetstankegang med fokus på målopfyldelse. Markedsgørelsen og overgangen til videnøkonomi vil stille krav om en mere åben effektivitetstænkning, hvor fokus rettes mod interessenterne og skabelse af mening (3).

Det handler om værdier. Danmarks Forskningsråd fin-

der, at udviklingen vil sætte en del centrale værdier under pres. Rådet anfører, at rationalitet og åben, faglig granskning og kritik uafhængig af politik, ideologi og religion er centrale idealer for forskning – og at dette må fastholdes som et bærende element i videnskabelig udvikling. Ligeledes kan det øgede samspil med private firmaer medføre nye problemer (4).

Et udbygget regionalt forskningssamarbejde vil fremme videndelingen og øge behovet for tydeliggørelse af interessenternes værdier.

Politiske udmeldinger

På topmødet i Lissabon i foråret 2000 blev det besluttet, at EU i dette årti skulle blive den dynamiske og konkurrencedygtige videnøkonomi i verden. I foråret 2002 blev beslutningen udbygget med en målsætning om, at de samlede udgifter til forskning og innovation i EU bør øges til at nærme sig 3% af BNP i 2010.

Som resultat af National strategi for sundhedsforskning (5) blev der etableret tre regionale forskningsfora, der skal stimulere det regionale samarbejde mellem universitetsforskningen og den øvrige offentlige forskning. Samtidig skal forskningsfora sikre balancen mellem forskning inden for prioriterede områder og den brede forskning, herunder forskningsinstitutionernes langsigtede planlægning.

Formanden for Amtsrådsforeningen har påpeget behovet for øget tværamtsligt samarbejde, og at forskningen er et fælles ansvar, som de offentlige myndigheder må finde et fodslag om (6).

Rekruttering og fastholdelse

Antallet af speciallæger skønnes at blive reduceret med cirka 30% inden for de næste 10 år. Nogenlunde parallelt vil antallet af yngre læger stige.

Lægemedielindustriforeningen (lif) har i samarbejde med Foreningen af Biotekindustri i Danmark påvist, at der i perioden 2002-2025 vil være et samlet behov for yderligere cirka 1.900 forskere. Danmarks Statistik og Analyseinstitutet for Forskning forventer, at det samlede udbud af nyuddannede forskere i samme periode kun er på i alt 1.060 personer (7).

Et udbygget regionalt forskningssamarbejde vil alt andet lige øge rekrutteringsmulighederne og måske fastholde seniormedarbejdere.