

Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2006

Dokumentasjon av undersøkelsen og hovedresultater

Ole Wiig



© NIFU STEP Studier av innovasjon, forskning og utdanning
Wergelandsveien 7, 0167 Oslo

Rapport 39/2007
ISBN 978-82-7218-554-0
ISSN 1504-1824

For en presentasjon av NIFU STEP's øvrige publikasjoner, se www.nifustep.no



Studier av innovasjon, forskning og utdanning
Studies in Innovation, Research and Education
Wergelandsveien 7, 0167 Oslo
Tlf. +47 22 59 51 00 • www.nifustep.no

Forord

I denne rapporten beskriver vi hovedmønstre i helseforetakenes ressursbruk til forskning i 2006. Rapporten bygger på innrapportert materiale fra helseforetak og private, ideelle sykehus som er gjennomført i 2007. 2006-rapporteringen er et ledd i arbeidet med å videreutvikle systemet for måling av ressursbruk til forskning i spesialisthelsetjenesten for Helse- og omsorgsdepartementet. Et hovedformål med denne publikasjonen er derfor også å dokumentere rapporteringen for 2006, med veiledningsmateriale, hovedresultater og redegjørelse for rapporteringsmetoden.

Arbeidet med rapporteringssystemet ble startet opp som i regi av det daværende Helse Sør RHF, og det ble gjennomført en pilotundersøkelse for året 2005. NIFU STEP overtok ansvaret for rapporteringen fra februar 2007 og har stått for 2006-rapporteringen.

Rapporteringen har skjedd i løpende dialog med sentrale aktører i sektoren, bl.a. de regionale helseforetakene og RHFenes strategigruppe for forskning som har fungert som styringsgruppe for rapporteringen. I neste fase skal denne rapporteringen samordnes med den nasjonale FoU-statistikken.

Prosjektgruppen har bestått av Susanne Sundnes og Ole Wiig med sistnevnte prosjektleder. Sistnevnte har utarbeidet rapporten med nyttige kommentarer og innspill fra førstnevnte. Randi Søgner har også lest og kommentert rapporten.

Vi vil samtidig benytte anledningen til å takke våre kontaktpersoner og andre i de enkelte helseforetakene, de private, ideelle sykehusene og ikke minst de regionale helseforetakene for bidrag i form av rapportert materiale og nyttige kommentarer og innspill til arbeidet. Vi vil også takke RHFenes strategigruppe for forskning for nyttige kommentarer og innspill i prosjektets ulike faser.

Oslo, desember 2007

Per Hetland
Direktør

Susanne Lehmann Sundnes
Forskningsleder

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	5
1.1	Bakgrunn, formål	5
1.2	Avgrensninger: forskning.....	5
1.3	Avgrensninger: bokførte kostnader.....	6
1.4	Rapporteringsenhetene	7
1.5	Metode og data.....	8
1.6	Sammenligninger i tid og rom.....	10
1.7	Om denne rapporten.....	11
2	Resultater fra rapporteringen for 2006.....	12
2.1	RHF-nivået – de regionale helseforetakene	12
2.2	HF-nivået – helseforetak og private, ideelle sykehus	13
2.3	Helseforetak med universitetsklinikkfunksjoner vs. andre	14
2.4	Regionale fordelinger	17
2.5	Psykisk helsevern.....	18
2.6	Tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere	20
2.7	Finansieringsstrukturen	21
3	Oppsummering.....	24
Vedlegg 1	Rapporteringsenhetene	25
Vedlegg 2	Oversikter på helseforetaksnivå.....	27
Vedlegg 3	Veiledningsmateriale til hjelp ved utfylling (utdrag)	31

1 Innledning

I denne rapporten beskriver NIFU STEP hovedmønstre i helseforetakenes ressursbruk til forskning i 2006. Beskrivelsen bygger på innrapportert materiale fra helseforetak og private, ideelle sykehus, og rapporteringen er et ledd i arbeidet med å videreutvikle systemet for måling av ressursbruk til forskning i spesialisthelsetjenesten for Helse- og omsorgsdepartementet. 2006-rapporteringen er en videreføring av pilotundersøkelsen for året 2005 som ble gjennomført i regi av Helse Sør RHF.¹ Et hovedformål er derfor også å dokumentere rapporteringen for 2006 med redegjørelse for rapporteringsmetoden (Kapittel 1) hovedresultater (Kapittel 2) og veiledningsmaterialet som ble sendt rapporteringsenhetene (Vedlegg 3).

1.1 Bakgrunn, formål

Det har de senere årene vært et sterkt og økende fokus på styrking av omfang, produktivitet og kvalitet i medisinsk og helsefaglig forskning innen spesialisthelsetjenesten. Blant annet er det innført et system med delvis resultatbasert forskningsfinansiering. Helhetlig og god styringsinformasjon er et grunnelement for riktige beslutninger og prioriteringer. Som ledd i dette har Helse- og omsorgsdepartementet startet et arbeid for å få bedre oversikt over forskningsressursene og bruken av dem.

I februar 2007 ble det besluttet at NIFU STEP skal stå for måling av ressursbruk til forskning i spesialisthelsetjenesten. Det langsiktige målet med rapporteringen er å muliggjøre kartlegging av forskningsrelatert ressursbruk på lik linje med annen ressursbruk i helsevesenet.

For å oppnå dette er det viktig å etablere data om forskningsrelatert ressursbruk som er sammenlignbare på nasjonalt nivå, mellom regionale helseforetak og mellom helseforetak (inkludert private, ideelle sykehus).

I neste fase skal rapporteringen samordnes med den nasjonale statistikken over forskning og utviklingsarbeid (FoU). NIFU STEP utarbeider fra før FoU-statistikk for universitets- og høyskolesektoren, inkludert universitetssykehus, og for instituttsektoren, inkludert andre helseforetak og private, ideelle sykehus.

1.2 Avgrensninger: forskning

OECD definerer *forskning og utviklingsarbeid (FoU)* som kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap – herunder kunnskap om mennesket, kultur og samfunn

¹ Kartlegging av ressursbruk til forskning, November 2006. I den rapporten redegjøres det for prosjektarbeidet og for definisjoner, prinsipper, retningslinjer og metoder for rapporteringen, og i vedlegg 4 beskrives hovedresultater for 2005.

– og omfatter også bruken av denne kunnskapen til å finne nye anvendelser. FoU deles gjerne i tre underaktiviteter:

- *Grunnforskning*, dvs. eksperimentell eller teoretisk virksomhet som primært utføres for å skaffe til veie ny kunnskap om det underliggende grunnlag for fenomener og observerbare fakta, uten sikte på spesiell anvendelse eller bruk.
- *Anvendt forskning* er også virksomhet av original karakter som utføres for å skaffe til veie ny kunnskap. Anvendt forskning er imidlertid primært rettet mot bestemte praktiske mål eller anvendelser.
- *Utviklingsarbeid* er systematisk virksomhet som anvender eksisterende kunnskap fra forskning og praktisk erfaring, og som er rettet mot å framstille nye eller vesentlig forbedrede materialer, produkter eller innretninger, eller mot innføre nye eller vesentlig forbedrede prosesser, systemer og tjenester.

Rapporteringen av data for 2006 gjelder – i likhet med 2005-rapporteringen – forskning. Utviklingsarbeid er ikke med i de rapporterte tallene, men skal innarbeides fra og med 2007-rapporteringen.

1.3 Avgrensninger: bokførte kostnader

Rapporteringen gjelder som nevnt ressursbruk til forskning, og ressursbruken måles med to hovedsett av indikatorer:

- kostnader til forskning
- forskningsårsverk

Opplysninger om kostnader og årsverk finnes dels direkte i helseforetakenes økonomiske og personaladministrative systemer, dels indirekte gjennom estimerte størrelser (anslått arbeidstid medgått til forskning, anslått forbruk av fellesarealer osv). Avgrensning av forskning må være basert på en skjønnsmessig anvendelse av felles definisjoner og retningslinjer; jf. avsnitt 1.2. Hovedavgrensningen både i pilotundersøkelsen fra 2005 og for 2006-rapporteringen er at kartleggingen skal dekke

- forskning som utføres i helseforetakene, og medfører kostnader (ressursbruk) som vises i helseforetakets regnskaper.
- anslag for ressursbruk som belastes helseforetakene (normalt infrastruktur og støttefunksjoner) – direkte eller indirekte – som følge av eksternt finansiert forskning, dvs. der forskeren er lønnet av andre enn foretaket (f.eks. Kreftforeningen, Norges forskningsråd). Her skal KUN ressursbruken til infrastruktur eller annen direkte merkostnad tas med.

Det skal også rapporteres årsverk som er brukt til forskning og som samsvarer med de bokførte kostnadene. I det første tilfellet skal altså alle årsverk til forskningsaktivitet der foretaket selv bærer lønnskostnaden tas med. I det andre tilfellet, der lønnskostnadene bæres av andre enn foretaket, skal årsverkene bare brukes som grunnlag for å kalkulere kostnader, og følgelig ikke rapporteres. Der lønnskostnaden bæres av ekstern arbeidsgiver, f.eks. et universitet, vil den ikke synes i helseforetakets regnskap, og skal følgelig ikke tas med. Kostnadene årsverkene genererer i helseforetaket skal imidlertid tas med.

Denne tankegangen innebærer også at eksternt finansiert forskning, dvs. der en ekstern instans eller institusjon, f.eks. Norges forskningsråd, legemiddelfirmaer eller Kreftforeningen, finansierer eller kjøper forskningsoppdrag fra helseforetaket, skal tas med i den grad den bokføres i helseforetakets regnskaper. Innspill vi har mottatt i løpet av rapporteringsprosessen tyder bl.a. på at det er varierende praksis mellom de store universitetssykehusene med hensyn til hvilke eksternt finansierte prosjekter som bokføres av henholdsvis sykehus og universitet, noe som gir et svekket sammenligningsgrunnlag.

Ressurser til forskning om psykisk helsevern og spesialisert, tverrfaglig behandling av rusmisbrukere skal dessuten rapporteres separat, både med kostnader og årsverk.

Mer fullstendige og detaljerte retningslinjer for rapporteringen fulgte som veiledende vedlegg til rapporteringsskjemaene.²

1.4 Rapporteringsenhetene

Rapporteringen gjelder spesialisthelsetjenesten i Norge. I praksis dekkes helseforetak som driver forskning. For å finne fram til rapporteringsenhetene har vi tatt utgangspunkt i oversikten fra pilotundersøkelsen og sammenholdt den med enhetene som inngår i Nasjonalt system for måling av forskningsresultater. 2006-rapporteringen av forskningsressurser dekker de fleste av disse enhetene og omfatter dermed i alt 35 helseforetak og private, ideelle sykehus. Målet er å få full overensstemmelse når det gjelder hvem som rapporterer til ressurser og resultater.

Oversikt over rapporteringsenhetene i 2006 finnes i Vedlegg 1 til denne rapporten.

I tillegg ble de regionale helseforetakene forespurt. De har rapportert noe ulikt; tre har rapportert om forskningsressurser utover de som viderefordes til helseforetaksnivået, de to andre ikke. De tre som har rapportert om slike midler opplyser at de bl.a. tildeles forskere etter søknad og da kan gå til forskere ved universiteter, høyskoler og randsonelinstitusjoner i tilknytning til disse. Midlene kan også gå til forskning ved spesielle sentre eller til finansiering av stipendiater.

² Se Vedlegg 3 til denne rapporten.

I fremstillingen i kapittel 2 har vi valgt å sette hovedfokus på helseforetaksnivået, men har også tatt inn en totaloppstilling der ressurser rapportert inn fra både regionale helseforetak og helseforetak er oppsummert.

Det er også grunn til å merke seg at vi i fremstillingen forholder oss til den organiseringen som gjaldt i 2006. Vi beskriver derfor ressursituasjonen for de daværende Helse Sør RHF og Helse Øst RHF hver for seg, og tar ikke hensyn til sammenslåingen til Helse Sør-Øst RHF fra 1. juni 2007. Likeledes var Hålogalandssykehuset HF et eget helseforetak i 2006 og er behandlet som sådant; fra 1. januar 2007 inngår det i Universitetssykehuset i Nord-Norge HF.

1.5 Metode og data

Etter at NIFU STEP overtok ansvaret for rapporteringen har vi vært i kontakt med medlemmer av prosjektgruppen for pilotundersøkelsen. Vi hadde møte med kontaktpersoner i de regionale helseforetakene 29. mars 2007. Prosjektet er også presentert bl.a. i møter i RHFenes strategigruppe for forskning og i Nasjonalt samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning.

Rapporteringsopplegget fra 2005 ble i stor grad beholdt. Det ble imidlertid gjort enkelte endringer. Det gjaldt³:

- presiseringer knyttet til forskningsbegrepet (avsnitt 6.1)
- presisering av årsverksdefinisjonen (avsnitt 6.2)
- presisering av lønnsbegrepet som skal legges til grunn for kostnadsberegningene (avsnitt 6.3)
- omformulering av betegnelsene på to hovedkategorier av forskningsutførende personale som inngår i rapporteringen (avsnitt 6.4.4)
- presisering av spørsmålsteksten når det gjelder forskningsfinansiering.

Spørreskjemaet ble sendt ut 27. april 2007 til 35 helseforetak og private, ideelle sykehus via kontaktpersoner i de regionale helseforetakene. Svarfristen ble satt til 1. juni 2007. 13 av de 35, dvs. 37 prosent, svarte innen fristen. Midtveis i juni hadde ytterligere en tredjedel svart. Siste svar kom inn 21. september, dvs. etter at kvalitetssikringsprosessen for de øvrige besvarelsene var avsluttet. Etter dette mottok vi for øvrig reviderte tall helt fram til 20. oktober.

Utsendelsen foregikk elektronisk, dvs. per e-post. Den omfattet et enkelt spørreskjema og diverse veiledningsmateriale, herunder regnearkmaler som hjelp for gjennomføring av nødvendige beregninger som underlag for utfylling av spørreskjema. De delene av veilednin-

³ Referansene i kulepunktene er til spørreskjemavedlegg 1 som er gjengitt i vedlegg 2 til denne rapporten.

gen som inneholder en gjennomgang av prinsipper, definisjoner, retningslinjer mv. for utfyllingen er gjengitt i vedlegg 3 til denne rapporten. Vi ba om at underlagsmateriale med beregninger og annet underlag for utfyllingen ble lagt ved besvarelsen av spørreskjemaet. Vi har fått inn slikt materiale fra de fleste rapporteringsenhetene, om enn av noe varierende omfang.

I veiledningen skilles det mellom aktivitetsbasert metode som tar utgangspunkt i kostnadsdriverne, dvs. personalet og årsverkene, og kostnadsbasert metode som tar utgangspunkt i kostnadssteder.⁴ 14 helseforetak benyttet seg av den aktivitetsbaserte tilnærmingen, mens 13 brukte den kostnadsbaserte varianten. Ett helseforetak tok i bruk begge for ulike deler av virksomhetene og summerte de to til en samlerapport. Resten, dvs. 8 helseforetak benyttet ulike kombinasjoner eller varianter av de to tilnærmingene eller benyttet seg av sine egne, lokalt utviklede metoder. Også de som har benyttet én tilnærming har ofte utviklet sin egen variant av den.

En premiss for rapporteringen både for 2005 og 2006 var at sektoren skulle belastes minst mulig. Dette ble søkt ivarettatt ved for det første å stille helseforetakene fritt når det gjelder valg av metode – innenfor et sett av felles, overgripende prinsipper, definisjoner og retningslinjer; jf. vedlegg 3. For det andre har man søkt å begrense omfanget av fast eller standardisert informasjon til noen få variable. En konsekvens av de begrensede standardiseringskravene er at mulighetene for å sammenligne mellom institusjoner og over tid også blir begrensede. Materialet gir mulighet for å etablere et sett av relativt grove indikatorer som kan gi grunnlag for å beskrive hovedtrekk ved sektoren, men man bør utvise varsomhet med å trekke slutninger på HF-nivå om enhetenes produktivitet, effektivitet o.l. NIFU STEP har gått igjennom og kvalitetssikret materialet, inkludert grunnlagsberegninger o.l., så langt som mulig. Vi har gitt tilbakemeldinger til og mottatt reviderte tall fra enkelte helseforetak. Gjennom kvalitetssikringsarbeidet og tilbakemeldinger fra rapporteringsenhetene har vi inntrykk av at det fortsatt er et forbedringspotensial i å klargjøre hvilke faktorer som inngår i rapporteringen og på hvilken måte. Realisering av dette forbedringspotensialet er et hovedmål i videreutviklingen av prosjektet.

Rapporteringsenhetene er gitt flere anledninger til å kommentere rapporten og komme med innspill og korrigeringer av tallmaterialet. Utkast til rapporten ble distribuert per e-post til alle rapporteringsenhetene, dvs. regionale helseforetak, helseforetak og private ideelle sykehus i to omganger – 2. oktober og 9. november. Resultatene ble også presentert i møte 10. oktober, der representanter for samtlige av dem var invitert til å komme med kommentarer, innspill og vurderinger knyttet bl.a. til 2006-rapporteringen. Dette resulterte i enkelte tallrevisjoner og innspill til tolkninger m.m. Rapporten ble dessuten distribuert til og presentert for RHFenes strategigruppe for forskning 19. november 2007. Innspill i og i etterkant av møtet er søkt innarbeidet i rapporten. Hovedtrekk i rapporteringen ble presentert for Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning 3. desember 2007.

⁴ Se nærmere om dette i veiledning til rapporteringen som er gjengitt i Vedlegg 3 i denne rapporten.

I rapporten relaterer vi helseforetakenes driftskostnader til forskning til deres totalressurser for å få et mål for forskningsintensiteten. Som mål for totalressursene har vi brukt *driftskostnader inklusive avskrivninger i løpende priser*. Disse tallene er hentet fra Statistisk sentralbyrås hjemmesider.⁵

1.6 Sammenligninger i tid og rom

Rapporten er altså så langt som mulig kontrollert og kvalitetssikret, og rapporteringsenhetene er i flere runder gitt anledning til å revidere egne tall. Likevel bør man utvise forsiktighet i bruk av materialet. For det første kan ikke resultatene fra 2006 sammenlignes direkte med 2005-målingen. Det skyldes at definisjoner av enkelte sentrale målevariabler er endret. Det kan ha bidratt til å gi høyere, registrert ressursbruk i 2006 enn ved forrige måling, i alle fall for enkelte helseforetaks vedkommende. Dette gjelder særlig presisering av lønnsbegrepet ved at det er klarere definert hvilke tillegg som skal tas med; jf. avsnitt 1.5 over. Dessuten er flere enheter tatt med i rapporteringen denne gang enn i pilotundersøkelsen; jf. avsnitt 1.4 over.

For det andre kan det – selv om de fleste nå rapporterte slike data for andre gang – fortsatt være ulike tolkninger av retningslinjene rapporteringsenhetene imellom. Vi kan ikke utelukke noe ulik praksis mht. hvordan helseforetakene rapporterer en del felleskostnader, bl.a. det som gjelder bygg og anlegg, utstyr og instrumenter; jf. avsnitt 1.5 foran. Underlagsmaterialet gir ikke godt nok grunnlag for å sammenligne slike opplysninger på tvers av rapporteringsenheter. Ulik praksis når det gjelder avskrivningskostnader vil f.eks. kunne gi store utslag på kostnadsbildet for forskning, ikke minst når det settes opp nybygg ved sykehusene. I fremtidige rapportering vurderer vi derfor bl.a. å skille avskrivninger ut særskilt, for å unngå at økte avskrivninger tolkes som økt direkte ressurstilgang til f.eks. forskningsprosjekter.

For det tredje er det grunn til å tro at det knytter seg enkelte vesentlige usikkerhetsmomenter til rapporteringen av forskningsfinansiering spesielt. Bevilgningene kan ta ulike veier fra de gis til de havner hos de forskningsutførende enhetene innenfor det enkelte helseforetak. Bevilgninger kan gå gjennom finansieringsinstrumenter (f.eks. Medinnova og Innovest), de kan betales ut direkte til forskere ved sykehus uten at de går gjennom sykehusets regnskaper eller de kan gå direkte til forskningsenheter (f.eks. Kreftregisteret) utenfor helseforetakene i snever forstand. Dette kan på den ene siden medvirke til at midler som kanaliseres til forskning via f.eks. regionale samarbeidsorganer eller regionale helseforetak ikke fanges opp i HF-rapporteringen. På den andre siden kan det medvirke til at bevilgningen ”mister merkelappen” og rapporteres under en annen hovedkategori. I begge tilfeller er det snakk om institusjoner i nær tilknytning til helseforetakene og praksis som er etablert før omleggingen av spesialisthelsetjenesten.

⁵ Statistikkbanken på www.ssb.no.

For det fjerde kan man ikke utelukke at den økte oppmerksomheten omkring ressursbruk til forskning i helseforetakene i seg selv kan ha medvirket til mer nøyaktige målinger.

Samlet er det grunn til å understreke at det etter annet års rapportering fortsatt er et forbedringspotensial, men at målingen for 2006 likevel vurderes å være mer presis enn 2005-målingen.

1.7 Om denne rapporten

I *kapittel 2* gjennomgår vi hovedresultater fra 2006-rapporteringen. Fremstillingen er kategorisert og bruker indikatorer for å beskrive hovedtrekk ved forskningen i sektoren. For mer detaljerte oversikter, finnes utvalgte tabeller på foretaksnivå i *Vedlegg 2*. *Kapittel 3* inneholder en kort oppsummering. Oversikt over de 35 rapporteringsenhetene i 2006 finnes i *Vedlegg 1*. For dokumentasjonens skyld har vi i *Vedlegg 3* lagt inn deler av veiledningen som fulgte henvendelsen om rapportering, nærmere bestemt det som går på prinsipper, definisjoner, metode og retningslinjer.⁶

⁶ Tilsvarende vedlegg 1 og 2 som fulgte utsendelsen.

2 Resultater fra rapporteringen for 2006

Beskrivelsen bygger i hovedsak på tall fra 35 helseforetak og private, ideelle sykehus – det vi nedenfor benevner HF-nivået. I avsnitt 2.1 sammenstiller vi oppgavene fra dette nivået med innrapporterte tall fra de regionale helseforetakene – RHF-nivået, men fra og med avsnitt 2.2 fokuserer vi på HF-nivået. Et utvalg tabeller i Vedlegg 2 viser hovedtall på HF-nivået. I den følgende beskrivelsen prøver vi å få frem mer overordnede mønstre i materialet.

2.1 RHF-nivået – de regionale helseforetakene

Totalt rapporterte de regionale helseforetakene, helseforetakene og private, ideelle sykehus om forskningskostnader på vel 1,5 milliarder kroner i 2006. Av disse ble vel 1,4 milliarder kroner eller 93 prosent av totalkostnadene, rapportert som ressursbruk til forskning ved helseforetak og private, ideelle sykehus. Dette er midler helseforetakene har knyttet forskningsårsverk til. De resterende 114 millioner kronene – 7 prosent – var det i all hovedsak ikke knyttet forskningsårsverk til. Dette er midler de regionale helseforetakene ikke kanaliserer direkte til helseforetak i regionene, men som kan gå til forskere og forskning utført utenfor foretaksgruppen for å understøtte kunnskapsbehov i sektoren.

Tabell 1: Driftskostnader inklusive avskrivninger til forskning i 2006, etter region og forvaltningsnivå. Kroner.

	Driftskostnader til forskning i 2006, rapportert av regionale helseforetak (RHF)	Driftskostnader til forskning i 2006, rapportert av helseforetak (HF) og private, ideelle sykehus (PS)	Totale drifts- kostnader til forskning i 2006, rapportert av RHF, HF og PS samlet	Prosent av totale drifts- kostnader til forskning i 2006, rapportert av HF og PS
Helse Midt-Norge RHF	39 218 000 ¹	121 896 990	161 114 990	76
Helse Nord RHF	7 965 957 ²	120 315 301	128 281 258	94
Helse Sør RHF	0	518 400 109	518 400 109	100
Helse Vest RHF	67 199 660 ³	228 084 951	295 284 611	77
Helse Øst RHF	0	438 707 840	438 707 840	100
Totalt	114 383 617	1 427 405 191	1 541 788 808	93

Tabellnoter:

¹ Stipendiater NTNU

² Tilskudd til Senter for aldersforskning

³ Tilskudd til forskningsprosjekter ved universiteter, høyskoler og randsoneinstitusjoner

Tabellen viser varierende praksis de regionale helseforetakene imellom. Et hovedskille går mellom Helse Sør RHF og Helse Øst RHF som begge oppga at alle forskningsmidler ble viderefordelt til helseforetaksnivået på den ene siden og de tre øvrige som rapporterte om midler de fordelte utenom sine respektive helseforetaksgruppene på den andre. Størst i volum var kostnadene rapportert av Helse Vest RHF – 67 millioner kroner eller nesten en fjerdedel av rapporterte forskningsmidler i helseregionen. Helse Vest RHF opplyser at dette er midler som lyses ut og tildeles etter konkurranse til helseforetakene, universitetene og høyskolene med vesentlige innslag av translasjonell, medisinsk forskning. Helse Midt-Norge RHF oppga 39 millioner kroner som finansierte stipendiater med Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Helse Nord RHF oppga at 6 millioner kroner var tilskudd til Senter for aldersforskning. Disse midlene må det også søkes om – i samme konkurranse som øvrige – og store deler av midlene går til søkere i HFene og ved universitetet. Det gis også midler til klinisk forskning og translasjonsforskning ved universitetet etter samlet utlysning og konkurranse.

2.2 HF-nivået – helseforetak og private, ideelle sykehus

I det følgende fokuserer vi på forskning som ble rapportert utført⁷ på helseforetaksnivået, dvs. i helseforetak og private, ideelle sykehus. Ifølge offisiell statistikk hadde de 35 HFene samlede driftskostnader på 76,4 milliarder kroner i 2006. Tall helseforetakene har innrapportert til NIFU STEP viser at vel 1,4 milliarder kroner⁸ gjaldt forskning.

Forskningsvolumet varierte fra 460 millioner kroner til vel en halv million. Ett helseforetak – Rikshospitalet - Radiumhospitalet HF^{9 10} – stod for en tredjedel av forskningskostnadene i sektoren. Fire helseforetak oppga mer enn 100 millioner kroner til forskning. Til sammen stod disse fire for 70 prosent av forskningsressursene. 20 helseforetak rapporterte om mindre enn 10 millioner kroner til forskning, hvorav 3 mindre enn én million.

Tabell 2: Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus (N=35).

Indikator	2006
Totale driftskostnader inklusive avskrivninger (kroner) *)	76 409 mill.
Driftskostnader til forskning inklusive avskrivninger (kroner)	1 427 mill.
Driftskostnader til forskning i % av totale driftskostnader inkl. avskrivninger	1,9
Antall forskningsårsverk	1 509
Driftskostnader til forskning inkl. avskrivninger pr. forskningsårsverk (kroner)	945 665

*) Kilde: Statistisk sentralbyrå.

⁷ I tillegg påslag for indirekte kostnader helseforetak og private, ideelle sykehus har hatt i forbindelse med forskning utført av personale med arbeidsplass der, men som lønnes av annen arbeidsgiver, f.eks. et universitet; jf. vedlegg 3.

⁸ I pilotundersøkelsen for 2005 ble det rapportert om forskningskostnader på til sammen vel 1,2 milliarder kroner; se avsnitt 1.6 foran om sammenlignbarhet med tidligere år.

⁹ Rikshospitalet HF fra 1. oktober 2007.

¹⁰ Tallene fra Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF er eksklusive Kreftregisteret og Medinnova.

Variasjoner i størrelsen på forskningskostnadene henger naturligvis sammen med størrelsen på helseforetakene. Vi har derfor beregnet helseforetakenes forskningskostnader i prosent av deres samlede driftskostnader inkludert avskrivninger.¹¹ I gjennomsnitt utgjorde forskningskostnadene 1,9 prosent av totalkostnadene. Også her er det imidlertid betydelige variasjoner, fra høyeste score på 7,6 prosent til laveste på 0,05 prosent. I sju helseforetak gikk mer enn 2 prosent av kostnadene til forskning, mens ytterligere seks foretak benyttet mellom 1 og 2 prosent til forskningsformål. Nesten halvparten, 17 helseforetak, benyttet mindre enn en halv prosent av sine samlede ressurser til forskning.

Det ble utført i alt 1 509 forskningsårsverk¹² i spesialisthelsetjenesten i 2006. På foretaksnivå varierte volumet fra vel et halvt til 451 forskningsårsverk. Fire sykehus oppga mer enn 100 forskningsårsverk, mens 17 oppga mindre enn 10.

En enkel beregning basert på disse tallene viser da at et forskningsårsverk i gjennomsnitt koster 945 665 kroner. Variasjonsbredden for denne indikatoren spenner fra 1,3 millioner til drøyt en halv million kroner per årsverk. Ni helseforetak hadde en samlet årsverkskostnad høyere enn gjennomsnittet, mens de øvrige 26 hadde lavere årsverkskostnad enn gjennomsnittet. I vurderingen av disse tallene er det imidlertid svært viktig å ta hensyn til de forbeholdene som er anført innledningsvis i rapporten, bl.a. knyttet til ulik fortolkning av prinsipper, definisjoner og retningslinjer med konsekvenser for hvilke kostnadstyper som er inkludert i rapporterte tall, om kostnader bokføres ved sykehusene eller universitetene osv.

2.3 Helseforetak med universitetsklinikkfunksjoner vs. andre

De åtte helseforetakene¹³ som brukte mest ressurser på forskning i 2006 var alle helseforetak med universitetsklinikkfunksjoner. Til sammen brukte helseforetakene med universitetsklinikkfunksjoner vel 1,2 milliarder kroner til forskning i 2006, som var 86 prosent av de samlede forskningskostnadene i spesialisthelsetjenesten. De øvrige helseforetakene hadde samlede FoU-kostnader på 157 millioner kroner i 2006, som var 11 prosent av samlede forskningskostnader.

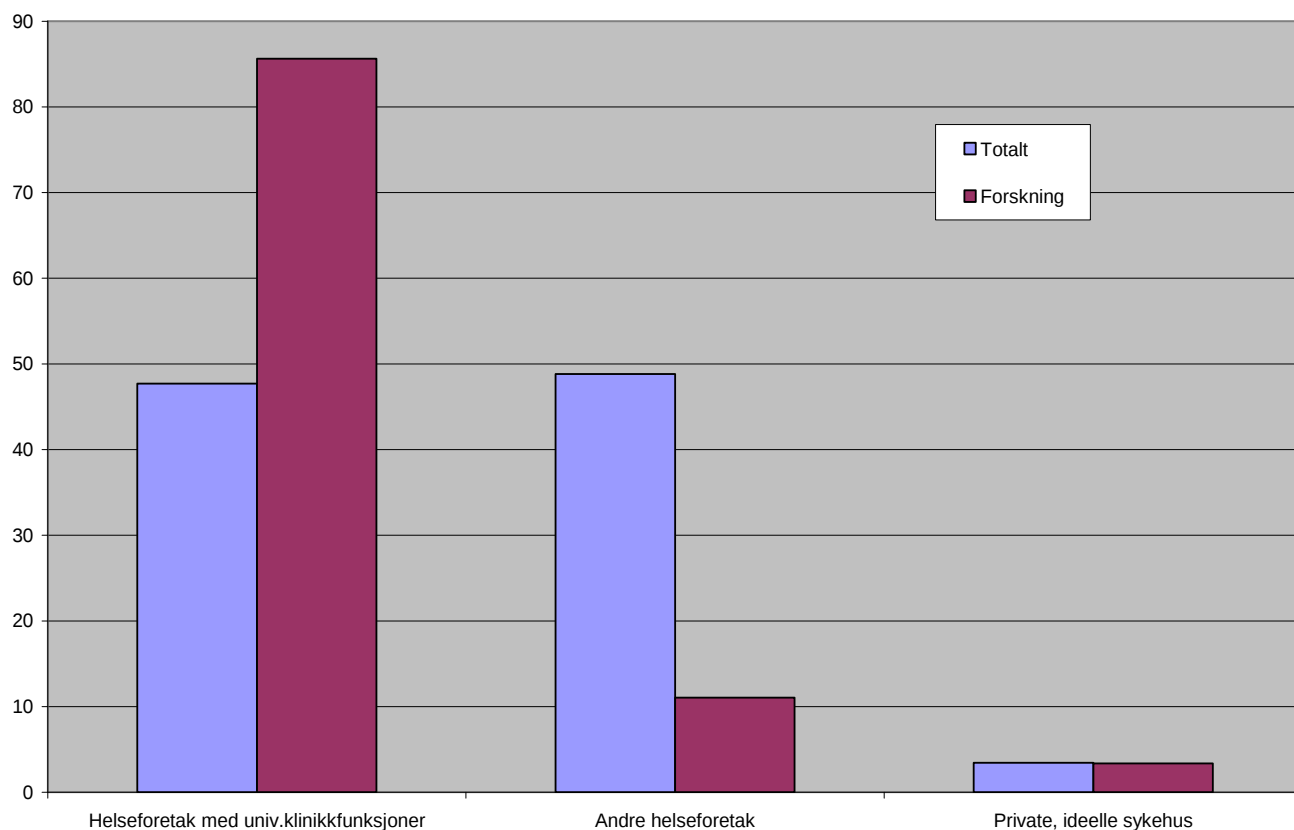
De seks private, ideelle sykehusene som rapporterte 2006-tall, hadde samlede forskningskostnader på 48 millioner kroner som var 3 prosent av samlede forskningskostnader. I denne gruppen stod Diakonhjemmet Sykehus AS og Lovisenberg Diakonale Sykehus AS for to tredjedeler av forskningskostnadene.

¹¹ Kostnadsbegrepet som er brukt er *driftskostnader inklusive avskrivninger i løpende priser*. Kilde: Statistisk sentralbyrå, Statistikkbanken på www.ssb.no.

¹² I pilotundersøkelsen for 2005 ble det rapportert om til sammen 1281 forskningsårsverk; se avsnitt 1.6 foran om sammenlignbarhet med tidligere år.

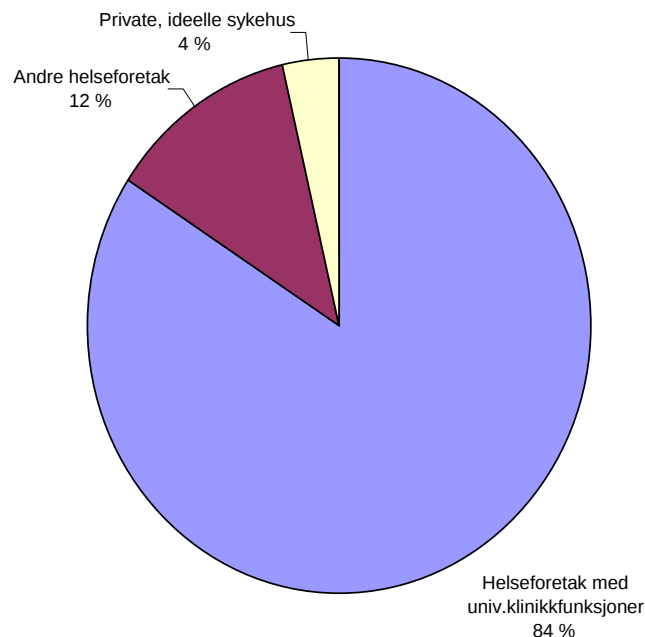
¹³ Se oversikt i Vedlegg 2 til denne rapporten.

Helseforetakene med universitetsklinikkfunksjoner stod for en langt større andel av forskningsressursene enn av totalressursene (Figur 1). Mens totalkostnadene fordelte seg ganske jevnt på de to gruppene av foretak, dominerte helseforetakene med universitetsklinikkfunksjoner klart når det gjaldt forskningskostnader. Dette henger bl.a. sammen med lokaler og infrastruktur ved disse sykehusene som også bl.a. kan benyttes av universitetets ansatte, f.eks. forskningsarealer, laboratorier og forsøksdyravdelinger. De private, ideelle sykehusene stod for en liten del av ressursinnsatsen både totalt sett og til forskning – om lag 3 prosent.



Figur 1: Totale driftskostnader og driftskostnader inklusive avskrivninger til forskning i 2006, etter type institusjon. Prosent.

Av i alt 1 509 forskningsårsverk i sektoren i 2006 stod helseforetak med universitetsklinikkfunksjoner for 1 273 eller 84 prosent (Figur 2). Til sammenligning ble det utført 181 forskningsårsverk (12 %) ved de øvrige helseforetakene og 56 forskningsårsverk (4 %) ved de private, ideelle sykehusene. Helseforetak med universitetsklinikkfunksjoner stod altså for en lavere andel av utførte forskningsårsverk enn av totale driftskostnader til forskning.



Figur 2: Forskningsårsverk i spesialisthelsetjenesten i 2006, etter type institusjon. Prosent.

Tabell 3 viser at helseforetak med universitetsklinikkfunksjoner hadde høyere gjennomsnittlige driftskostnader til forskning per forskningsårsverk (960 448 kroner) enn de øvrige helseforetakene (868 464 kroner) og de private, ideelle sykehusene (859 163 kroner).

Tabell 3: Nøkkeltall for helseforetakene 2006, etter type institusjon.

Indikator	Helseforetak med universitets-klinikk-funksjoner	Øvrige helseforetak	Private, ideelle sykehus	Alle
Totale driftskostnader inklusive avskrivninger (mill. kr)	36 456	37 314	2 639	76 409
Driftskostnader til forskning inklusive avskrivninger (mill. kr)	1 222	157	48	1 427
Driftskostnader til forskning i % av totale driftskostnader	3,4	0,4	1,8	1,9
Antall forskningsårsverk	1.273	181	56	1.509
Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk (kroner)	960 448	868 464	859 163	945 665
Antall rapporteringsenheter	8	21	6	35

Helseforetak med universitetsklinikkfunksjoner benyttet også i gjennomsnitt en høyere andel av sine totale kostnader til forskning (3,4 %) enn de øvrige helseforetakene (0,4 %) og de private, ideelle sykehusene (1,8 %). Dette henger som nevnt tidligere, bl.a. sammen med lokaler og infrastruktur som disse sykehusene fasiliteter for sine og universitetets ansatte.

2.4 Regionale fordelinger ¹⁴

Tabell 4 viser at Helse Sør utgjorde en relativt større andel av forskningsressursene enn totalomsetningen skulle tilsi. Helse Sør stod i 2006 for 36 prosent av de samlede forskningskostnadene, mens regionens andel av totale driftskostnader var en fjerdedel. Dette henger bl.a. sammen med den omfattende forskningsvirksomheten som er bygget opp ved Rikshospitalet - Radiumhospitalet HF. Arealer og infrastruktur benyttes også av Universitetet i Oslo. Helse Øst hadde omtrent samme andel av forskningskostnadene som av totalkostnadene, mens de øvrige helseregionene stod for en lavere andel av forskningskostnadene enn av totalkostnadene.

Forskningsårsverkene fordelte seg noe annerledes enn forskningskostnadene. Helse Sør og Helse Øst stod for omtrent like store andeler av den samlede årsverksinnsatsen. Uansett om vi ser på kostnader eller årsverk stod disse to regionene til sammen for om lag to tredjedeler av forskningsressursene i 2006.

Tabell 4: Totale driftskostnader og driftskostnader til forskning inklusive avskrivninger, og totale forskningsårsverk i 2006, etter helseregion.

	Totale drifts- kostnader (%)	Driftskostnader til forskning (%)	Forskningsårsverk (%)
Helse Midt-Norge	15	9	7
Helse Nord	13	8	9
Helse Vest	18	16	16
Helse Sør	24	36	34
Helse Øst	30	31	35
Totalt	100	100	100
Total (absolutte tall)	76 409 mill kroner	1 427 mill kroner	1 509 årsverk

Tabell 5 viser at helseforetak med universitetsklinikkfunksjoner har en dominerende stilling innenfor samtlige helseregioner.

¹⁴ Helse Sør og Helse Øst ble slått sammen til Helse Sør-Øst med virkning fra 1. juni 2007. Denne rapporten gjelder imidlertid 2006, og det er den da gjeldende organiseringen som ligger til grunn for fremstillingen.

Tabell 5: Driftskostnader til forskning inklusive avskrivninger etter helseregion, og andel av kostnadene ved helseforetak med universitetsklinikkfunksjoner. Prosent.

	Forsk- nings- kostnader (mill. kr)	Andel helseforetak med universitets- klinikkfunksjoner (%)	Regionens helseforetak med universitetsklinikkfunksjoner
Helse Midt-Norge	122	87	St. Olavs Hospital HF
Helse Nord	120	80	Universitetssykehuset i Nord-Norge HF
Helse Vest	228	97	Helse Bergen HF Helse Stavanger HF
Helse Sør	518	89	Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF
Helse Øst	439	77	Aker universitetssykehus HF Akershus universitetssykehus HF Ullevål universitetssykehus HF
Totalt	1.427	86	

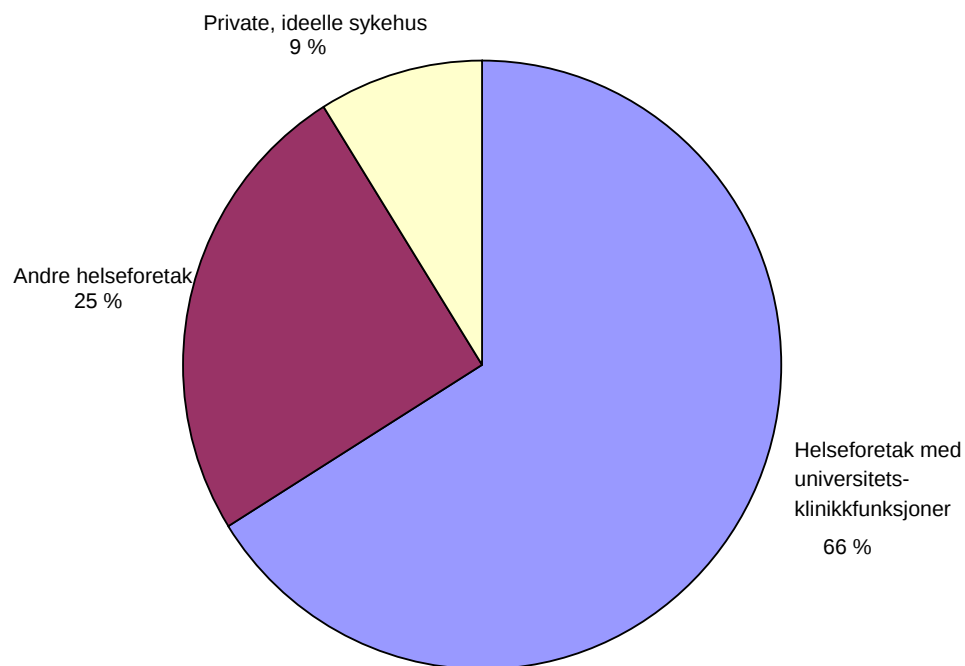
Mest dominerer slike foretak i Helse Vest, der Helse Bergen HF og Helse Stavanger HF til sammen stod for 97 prosent av driftskostnadene til forskning i 2006. Minst er dominansen i Helse Øst, der Aker universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF og Ullevål universitetssykehus HF til sammen stod for 77 prosent av driftskostnadene til forskning.

2.5 Psykisk helsevern

28 av de 35 helseforetakene og private, ideelle sykehusene oppga å ha utført forskning innen området psykisk helsevern i 2006. I alt ble det utført om lag 200 forskningsårsverk på dette området i helseforetakene. Ressursinnsatsen til psykisk helsevern blant de 28 helseforetakene varierte fra mindre enn et tiendedels forskningsårsverk til vel 50. Fem av de 28 oppga mer enn 10 forskningsårsverk innenfor dette området, mens 17 oppga mindre enn 5 forskningsårsverk.

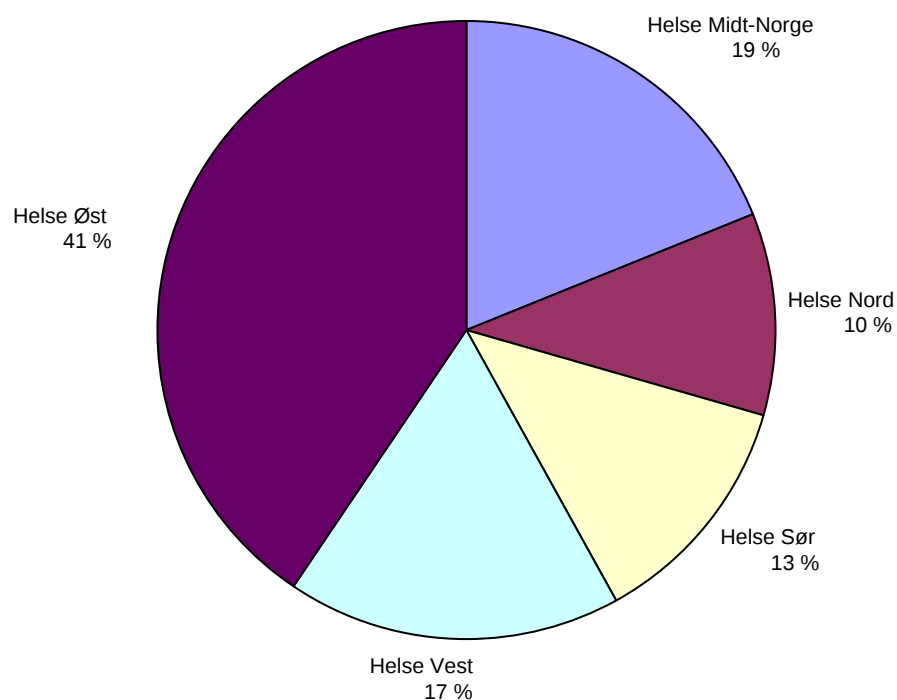
Forskningsårsverkene innen psykisk helsevern kostet til sammen nesten 186 millioner kroner, men varierte i volum fra vel 90 tusen til 47 millioner kroner blant de 28 som oppga slik forskning. Dette gir en gjennomsnittskostnad per forskningsårsverk på 925 350 kroner, dvs. noe lavere enn for forskning samlet.

Blant de 28 helseforetakene som oppga forskning innen psykisk helsevern, utgjorde slik forskning i gjennomsnitt 13 prosent av samlet forskningsinnsats. På foretaksnivå var variasjonsbredden stor, fra snaut 1 prosent til 100 prosent av den samlede forskningsinnsatsen. To helseforetak oppga å ha hele sin forskningsinnsats rettet mot psykisk helsevern, mens åtte oppga at slik forskning utgjorde mindre enn 10 prosent av den samlede forskningsinnsatsen.



Figur 3: Forskningsårsverk til psykisk helsevern i 2006, etter type institusjon. Prosent.

Figur 3 viser at helseforetak med universitetsklinikkfunksjoner stod for to tredjedeler av spesialisthelsetjenestens samlede ressursbruk til forskning innenfor psykisk helsevern; 132 av 200 forskningsårsverk. De øvrige helseforetakene stod for en fjerdedel, mens de private, ideelle sykehusene stod for en snau tiendedel av forskningsinnsatsen innen psykisk helsevern.



Figur 4: Forskningsårsverk til psykisk helsevern i 2006, etter helseregion. Prosent.

Figur 4 viser at Helse Øst stod for 41 prosent av årsverksinnsatsen til psykisk helsevern i 2006. Helse Midt-Norge og Helse Vest stod hver for i underkant av en femtedel av forskningsårsverkene, som er noe mer enn Helse Nord og Helse Sør. Helse Øst og Helse Sør stod til sammen for vel halvparten av forskningsårsverkene innen psykisk helsevern og dominerer følgelig ikke like mye her som når det gjelder forskningsressursene sett under ett.

2.6 Tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere

I alt ni av de 35 helseforetakene og private, ideelle sykehusene oppga å ha utført forskning innenfor området tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere. I alt ble det brukt 17 forskningsårsverk innenfor dette området. Variasjonsbredden går her fra snaut 6 til et halvt forskningsårsverk. Tre helseforetak stod for 12 av de 17 årsverkene, dvs. vel 70 prosent.

Forskningsinnsatsen kostet vel 15 millioner kroner, som ga en gjennomsnittlig årsverkskostnad på 898 289 kroner i 2006. Av samlede driftskostnader til forskning på dette området stod helseforetakene med universitetsklinikkfunksjoner for 48 prosent, mens de andre helseforetakene stod for 50 prosent og de private, ideelle for 2 prosent. Tilsvarende fordeling av forskningsårsverkene var 42 prosent – 55 prosent – 3 prosent.

Tabell 6 viser at forskningsressursene innenfor rusområdet fordelte seg relativt jevnt mellom Helse Midt-Norge, Helse Nord og Helse Øst. I Helse Vest var det ingen helseforetak som oppga forskningsressurser innenfor dette området¹⁵, mens det fra Helse Sør ble rapportert om ett forskningsårsverk til dette formålet.

Tabell 6: Forskningsressurser innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2006. Antall forskningsårsverk og driftskostnader til forskning inklusive avskrivninger i millioner kroner og prosent.

	Forskningsårsverk		Forskningskostnader	
	Antall	%	Millioner kr	%
Helse Midt-Norge	5	27	5,0	33
Helse Nord	6	38	4,7	31
Helse Sør	1	6	1,0	6
Helse Vest	0	0	0	0
Helse Øst	5	29	4,6	30
Totalt rusbehandling	17	100	15,3	100

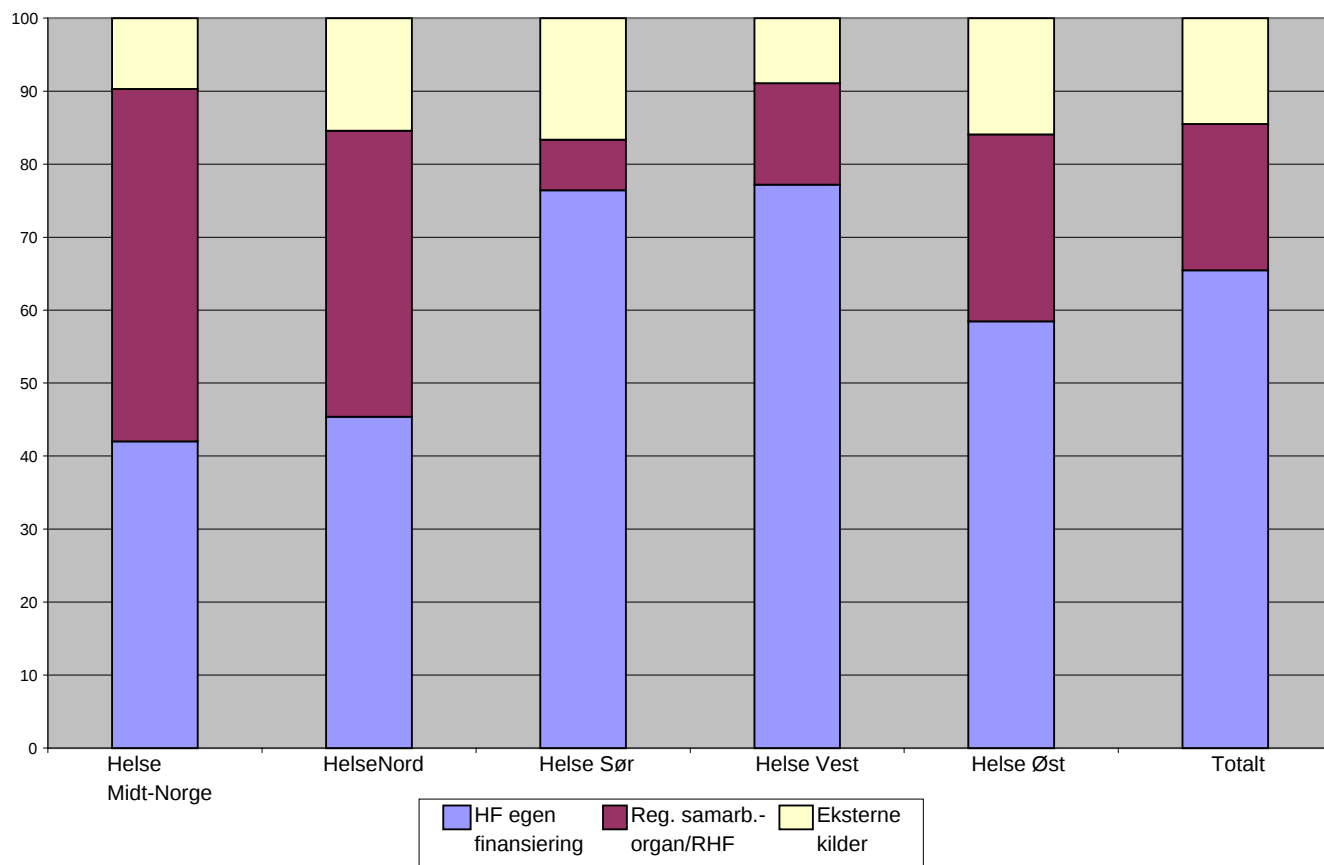
2.7 Finansieringsstrukturen

Forskningen i spesialisthelsetjenesten finansieres av tre hovedtyper av kilder:

- helseforetakenes egne midler
- regionale samarbeidsorganer og/eller regionale helseforetak
- eksterne kilder, dvs. midler fra Norges forskningsråd, legemiddelindustri, frivillige organisasjoner, EU osv.

I den følgende fremstillingen holder vi oss til denne hovedinndelingen.

¹⁵ Helse Vest RHF oppga om lag en og en halv million kroner til slik forskning, men midlene kanaliseres til miljøer utenom foretaksgruppen, dvs. universiteter, høyskoler eller randsoneinstitusjoner tilknyttet disse.



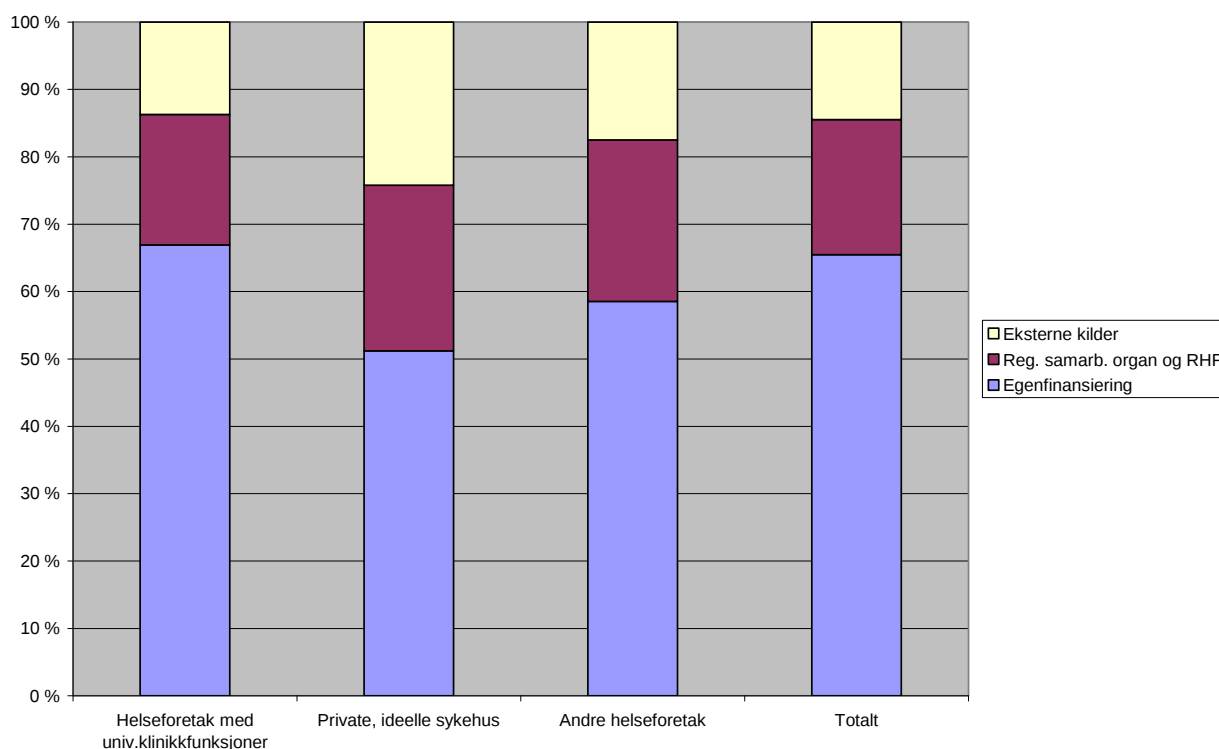
Figur 5: Driftskostnader til forskning inklusive avskrivninger i 2006, etter hovedfinansieringskilde og helseregion. Prosent.

Figur 5 viser at for sektoren samlet var nærmere 60 prosent av forskningen egenfinansiert, dvs. dekket innenfor tilskuddsbevilgningen fra Helse- og omsorgsdepartementet. En femtedel ble fordelt gjennom regionale samarbeidsorganer og regionale helseforetak, mens nesten en femtedel av forskningen ble finansiert av eksterne kilder.

Finansieringsstrukturen varierte imidlertid regionene imellom. I Helse Midt-Norge ble forskningen finansiert med omtrent like mye egne midler som midler fra regionale samarbeidsorganer og regionale helseforetak. Et noenlunde tilsvarende mønster finner vi for Helse Nord. Egenfinansieringen dominerer derimot klart i Helse Vest og Helse Sør, og utgjorde også mer enn halvparten av forskningsmidlene til Helse Øst. Finansiering fra regionale samarbeidsorganer og regionale helseforetak veier relativt tyngst i Helse Midt-Norge, der slike midler finansierte nesten halvparten av forskningsaktiviteten i 2006. I Helse Nord utgjorde slike midler snaut 40 prosent. Innslaget av ekstern finansiering var relativt minst i Helse Vest og Helse Midt-Norge, mens de øvrige hadde en andel nær gjennomsnittet. Den regionale finansieringen for Helse Sør er spesiell, og må sees i lys av omleggingen av regionsykehustilskuddet i 2004. De tidligere statssykehusene (Rikshospitalet og Radiumhospitalet) hadde ikke regionsykehustilskudd, og det regionale forskningstilskuddet ble dermed opprettet for Helse Sør ved å flytte midler fra ordinær driftspost i statsbudsjettet

for Helse Sør og over på post 78. Frigjøring av en større andel til regional utlysning og tildeling har derfor vært vanskelig og skjer gradvis. Ifølge Helse Sør-Øst fremgår regionale støtte dermed som egenfinansiering i figuren ovenfor.

Finansieringsstrukturen varierte også mellom institusjonstyper (Figur 6). I gjennomsnitt veide egenfinansieringen tyngst blant helseforetak med universitetsklinikkfunksjoner, der egne midler finansierte om lag to tredjedeler av forskningen. Ved de private, ideelle sykehusene ble vel halvparten av forskningen finansiert med slike midler. Til gjengjeld mottok denne gruppe relativt mest finansiering fra eksterne kilder – nesten en fjerdedel. Midler fra regionale samarbeidsorganer og regionale helseforetak finansierte en noe lavere andel av forskningen ved helseforetak med universitetsklinikkfunksjoner enn blant de øvrige.



Figur 6: Driftskostnader til forskning inklusive avskrivninger i 2006, etter finansieringskilde og type institusjon. Prosent.

3 Oppsummering

I alt 35 helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte ressursbruk for 2006. Også de regionale helseforetakene rapporterte om enn på noe ulikt vis. Hovedresultater fra rapporteringen for 2006 er:

- Regionale helseforetak, helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte til sammen driftskostnader til forskning inklusive avskrivninger i 2006 på vel 1,5 millioner kroner. Av dette rapporterte de regionale helseforetakene 7 prosent som er midler de befordre videre til forskere og institusjoner også utenom en foretaksgruppe.
- De resterende 93 prosent gjelder ressursbruk rapportert av 35 helseforetak og private, ideelle sykehus. Disse rapporterte samlet om driftskostnader til forskning på 1,4 milliarder kroner, som var 1,9 prosent av totale driftskostnader.
- Det ble rapportert om til sammen 1 509 forskningsårsverk, som i gjennomsnitt ga driftskostnader på i underkant av en million kroner per forskningsårsverk.
- Helseforetak med universitetsklinikkfunksjoner stod for 84 prosent av forskningsårsverkene.
- Helse Sør og Helse Øst stod til sammen for vel to tredjedeler av forskningsårsverkene.
- 28 helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte om til sammen 200 forskningsårsverk innen området *psykisk helsevern*.
- 9 helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte om til sammen 17 forskningsårsverk innen området *tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere*.

Resultatene er formidlet til og presentert for rapporteringsenhetene; noen har kommet med korrigerte tall som er innarbeidet. Resultatene fra 2006-målingen kan ikke direkte sammenlignes med 2005-målingen. Det skyldes at definisjoner av enkelte sentrale målevariabler er endret, blant annet innen lønnsberegningen, noe som kan ha medvirket til økt, registrert ressursbruk. I samme retning trekker det at flere enheter har rapportert i 2006 og at oppmerksomheten omkring ressursbruk til forskning er stadig økende. Det er også grunn til å tro at det fortsatt ligger en viss usikkerhet i rapporteringsenhetenes fortolkning og praktisering av retningslinjene for rapporteringen. Dette er det viktig å ta med seg i sammenligninger på tvers av helseforetak. Samlet – etter annet års rapportering – er NIFU STEPs vurdering at det fortsatt er et forbedringspotensial i rapporteringen, men at målingen for 2006 likevel er mer presis enn 2005-målingen.

Vedlegg 1 Rapporteringsenhetene

Oversikt over rapporteringsenhetene i 2006, etter type institusjon.

Helseforetak (HF)		
Helseforetak med universitetsklinikkfunksjoner	Andre helseforetak	Private, ideelle sykehus
Aker universitetssykehus HF	Blefjell Sykehus HF	Betanien Hospital
Akershus universitetssykehus HF	Helgelandssykehuset HF	Diakonhjemmet sykehus AS
Helse Bergen HF	Helse Finnmark HF	Haraldsplass Diakonale Sykehus
Helse Stavanger HF	Helse Fonna HF	Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF	Helse Førde HF	Martina Hansens Hospital
St. Olavs Hospital HF	Helse Nordmøre og Romsdal HF	Revmatismesykehuset AS
Ullevål universitetssykehus HF	Helse Nord-Trøndelag HF	
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Helse Sunnmøre HF	
	Hålogalandssykehuset HF	
	Nordlandssykehuset HF	
	Psykiatrien i Vestfold HF	
	Ringerike Sykehus HF	
	Rusbehandling Midt-Norge HF	
	Sunnaas sykehus HF	
	Sykehuset Asker og Bærum HF	
	Sykehuset Buskerud HF	
	Sykehuset Innlandet HF	
	Sykehuset Telemark HF	
	Sykehuset Vestfold HF	
	Sykehuset Østfold	
	Sørlandet Sykehus HF	
N=8	N=21	N=6

Vedlegg 2 Oversikter på helseforetaksnivå

Vedleggstabell 1: Ressursbruk til forskning i spesialisthelsetjenesten i 2006, etter helseforetak (private, ideelle sykehus).*)

2006-tall Institusjon	Nivå/ type	Helse- region	Totale kostnader **)		Totale kostn. til forskning		Forskn. i % av total inkl avskr.	Forsknings- årsverk	Forskning	
				%		%			%	Kr./årsverk
Rikshospitalet - Radiumhospitalet HF	HF	Helse Sør	6 088 000 000	8,0	459 546 000	32,2	7,55	451,0	29,9	1 018 949
Ullevål universitetssykehus HF	HF	Helse Øst	6 208 000 000	8,1	260 670 181	18,3	4,20	307,7	20,4	847 157
Helse Bergen HF	HF	Helse Vest	5 974 000 000	7,8	181 689 002	12,7	3,04	193,1	12,8	941 052
St. Olavs Hospital HF	HF	Helse Midt	5 702 000 000	7,5	105 769 385	7,4	1,85	85,7	5,7	1 234 182
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	HF	Helse Nord	3 653 000 000	4,8	96 090 366	6,7	2,63	102,0	6,8	942 062
Aker universitetssykehus HF	HF	Helse Øst	2 377 000 000	3,1	40 022 644	2,8	1,68	43,1	2,9	928 600
Helse Stavanger HF	HF	Helse Vest	3 441 000 000	4,5	39 326 648	2,8	1,14	41,9	2,8	938 583
Akershus universitetssykehus HF	HF	Helse Øst	3 013 000 000	3,9	39 026 456	2,7	1,30	48,0	3,2	813 051
Diakonhjemmet sykehus AS	PRIV	Helse Øst	914 000 000	1,2	29 370 577	2,1	3,21	31,7	2,1	926 517
Sørlandet Sykehus HF	HF	Helse Sør	3 569 000 000	4,7	23 288 481	1,6	0,65	24,9	1,6	936 409
Sunnaas sykehus HF	HF	Helse Øst	364 000 000	0,5	18 753 272	1,3	5,15	20,5	1,4	914 794
Sykehuset Innlandet HF	HF	Helse Øst	5 102 000 000	6,7	16 253 841	1,1	0,32	18,9	1,2	861 816
Nordlandssykehuset HF	HF	Helse Nord	2 174 000 000	2,8	13 483 644	0,9	0,62	12,7	0,8	1 061 704
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	PRIV	Helse Øst	899 000 000	1,2	10 869 365	0,8	1,21	13,1	0,9	829 723
Sykehuset Telemark HF	HF	Helse Sør	2 162 000 000	2,8	9 829 896	0,7	0,45	10,5	0,7	936 181
Sykehuset Østfold	HF	Helse Øst	3 092 000 000	4,0	9 108 455	0,6	0,29	16,9	1,1	538 962
Sykehuset Buskerud HF	HF	Helse Sør	2 396 000 000	3,1	9 080 744	0,6	0,38	10,2	0,7	894 655
Sykehuset Asker og Bærum HF	HF	Helse Øst	1 539 000 000	2,0	8 595 109	0,6	0,56	12,7	0,8	676 780
Helse Nord-Trøndelag HF	HF	Helse Midt	1 761 000 000	2,3	6 962 650	0,5	0,40	5,4	0,4	1 301 430
Sykehuset Vestfold HF	HF	Helse Sør	2 045 000 000	2,7	5 939 386	0,4	0,29	6,8	0,5	873 439
Helse Sunnmøre HF	HF	Helse Midt	1 828 000 000	2,4	5 914 407	0,4	0,32	5,2	0,3	1 137 386
Hålogalandssykehuset HF	HF	Helse Nord	1 440 000 000	1,9	5 699 660	0,4	0,40	8,3	0,5	686 706
Psykiatrien i Vestfold HF	HF	Helse Sør	653 000 000	0,9	4 656 452	0,3	0,71	5,3	0,4	878 576
Helse Finnmark HF	HF	Helse Nord	1 224 000 000	1,6	4 529 411	0,3	0,37	6,4	0,4	704 419
Martina Hansens Hospital	PRIV	Helse Øst	208 000 000	0,3	3 570 000	0,3	1,72	4,2	0,3	850 000
Helse Førde HF	HF	Helse Vest	1 669 000 000	2,2	3 069 973	0,2	0,18	4,5	0,3	689 882
Helse Fonna HF	HF	Helse Vest	1 932 000 000	2,5	2 954 328	0,2	0,15	3,0	0,2	971 818
Ringerike Sykehus HF	HF	Helse Sør	652 000 000	0,9	2 931 053	0,2	0,45	2,2	0,1	1 332 297
Blefjell Sykehus HF	HF	Helse Sør	813 000 000	1,1	2 595 597	0,2	0,32	3,2	0,2	811 124
Revmatismesykehuset AS	PRIV	Helse Øst	59 000 000	0,1	2 467 940	0,2	4,18	4,7	0,3	525 094
Rusbehandling Midt-Norge HF	HF	Helse Midt	182 000 000	0,2	1 781 000	0,1	0,98	1,6	0,1	1 113 125
Helse Nordmøre og Romsdal HF	HF	Helse Midt	1 616 000 000	2,1	1 469 548	0,1	0,09	1,6	0,1	918 468
Haraldsplass Diakonale Sykehus	PRIV	Helse Vest	451 000 000	0,6	1 045 000	0,1	0,23	1,0	0,1	1 045 000
Betanien Hospital	PRIV	Helse Sør	108 000 000	0,1	532 500	0,0	0,49	1,0	0,1	532 500
Helgelandssykehuset HF	HF	Helse Nord	1 101 000 000	1,4	512 220	0,0	0,05	0,6	0,0	853 700
Totalt / gjennomsnitt			76 409 000 000	100	1 427 405 191	100,0	1,87	1509,4	100,0	945 665

Tabellnoter:

*) Tall for Radiumhospitalet – Rikshospitalet HF er eksklusive Kreftregisteret og Medinnova, og tall for Helse Bergen HF er eksklusive Innvest.

**) Driftskostnader inklusive avskrivninger i løpende priser. Kilde: SSB Statistikkbanken på www.ssb.no.

Vedleggstabell 2: Ressursbruk til forskning innenfor psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten i 2006, etter helseforetak (private, ideelle sykehus). *)

2006-tall Institusjon	Nivå/ type	Helse- region	Totale kostn.**) inkl. avskriv.	Totale kostn. til forskning	Forsknings- årsverk	Forsk.årsrv. psykisk helse	%	Forsk.kostn. psyk. helse	%	Psyk. Helse Kr.årsverk
Ullevål universitetssykehus HF	HF	Helse Øst	6 208 000 000	260 670 181	307,7	50,20	16,3	47 185 266	18,1	939 946
St. Olavs Hospital HF	HF	Helse Midt	5 702 000 000	105 769 385	85,7	33,00	38,5	37 435 803	35,4	1 134 418
Diakonhjemmet sykehus AS	PRIV	Helse Øst	914 000 000	29 370 577	31,7	15,00	47,3	13 983 805	47,6	932 254
Helse Bergen HF	HF	Helse Vest	5 974 000 000	181 689 002	193,1	16,47	8,5	13 374 440	7,4	812 049
Helse Stavanger HF	HF	Helse Vest	3 441 000 000	39 326 648	41,9	15,50	37,0	12 044 037	30,6	777 035
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	HF	Helse Nord	3 653 000 000	96 090 366	102,0	9,30	9,1	8 778 155	9,1	943 888
Sørlandet Sykehus HF	HF	Helse Sør	3 569 000 000	23 288 481	24,9	7,40	29,8	6 958 452	29,9	940 331
Nordlandssykehuset HF	HF	Helse Nord	2 174 000 000	13 483 644	12,7	6,90	54,3	5 781 129	42,9	837 845
Sykehuset Buskerud HF	HF	Helse Sør	2 396 000 000	9 080 744	10,2	5,70	56,2	5 099 531	56,2	894 655
Psykiatrien i Vestfold HF	HF	Helse Sør	653 000 000	4 656 452	5,3	5,30	100,0	4 656 452	100,0	878 576
Sykehuset Innlandet HF	HF	Helse Øst	5 102 000 000	16 253 841	18,9	5,20	27,6	4 498 677	27,7	865 130
Helse Nord-Trøndelag HF	HF	Helse Midt	1 761 000 000	6 962 650	5,4	3,45	64,5	4 489 933	64,5	1 301 430
Rikshospitalet - Radiumhospitalet HF	HF	Helse Sør	6 088 000 000	459 546 000	451,0	4,00	0,9	3 600 000	0,8	900 000
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	PRIV	Helse Øst	899 000 000	10 869 365	13,1	3,10	23,7	2 581 621	23,8	832 781
Helse Fonna HF	HF	Helse Vest	1 932 000 000	2 954 328	3,0	2,01	66,1	2 062 593	69,8	1 026 166
Helse Finnmark HF	HF	Helse Nord	1 224 000 000	4 529 411	6,4	2,83	44,0	1 784 276	39,4	630 486
Aker universitetssykehus HF	HF	Helse Øst	2 377 000 000	40 022 644	43,1	2,00	4,6	1 717 439	4,3	858 720
Sykehuset Østfold	HF	Helse Øst	3 092 000 000	9 108 455	16,9	3,00	17,8	1 639 522	18,0	546 507
Sykehuset Telemark HF	HF	Helse Sør	2 162 000 000	9 829 896	10,5	1,30	12,4	1 578 637	16,1	1 214 336
Akershus universitetssykehus HF	HF	Helse Øst	3 013 000 000	39 026 456	48,0	2,00	4,2	1 574 476	4,0	787 238
Helse Nordmøre og Romsdal HF	HF	Helse Midt	1 616 000 000	1 469 548	1,6	1,60	100,0	1 469 548	100,0	918 468
Blefjell Sykehus HF	HF	Helse Sør	813 000 000	2 595 597	3,2	1,50	46,9	1 132 281	43,6	754 854
Hålogalandssykehuset HF	HF	Helse Nord	1 440 000 000	5 699 660	8,3	1,50	18,1	660 557	11,6	440 371
Helse Førde HF	HF	Helse Vest	1 669 000 000	3 069 973	4,5	0,90	20,2	614 009	20,0	682 232
Sykehuset Asker og Bærum HF	HF	Helse Øst	1 539 000 000	8 595 109	12,7	0,80	6,3	495 589	5,8	619 486
Helse Sunnmøre HF	HF	Helse Midt	1 828 000 000	5 914 407	5,2	0,20	3,8	273 425	4,6	1 367 125
Helgelandssykehuset HF	HF	Helse Nord	1 101 000 000	512 220	0,6	0,50	83,3	209 681	40,9	419 362
Ringerike Sykehus HF	HF	Helse Sør	652 000 000	2 931 053	2,2	0,10	4,5	93 915	3,2	939 150
Rusbehandling Midt-Norge HF	HF	Helse Midt	182 000 000	1 781 000	1,6	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Betanien Hospital	PRIV	Helse Sør	108 000 000	532 500	1,0	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Sykehuset Vestfold HF	HF	Helse Sør	2 045 000 000	5 939 386	6,8	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Haraldsplass Diakonale Sykehus	PRIV	Helse Vest	451 000 000	1 045 000	1,0	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Martina Hansens Hospital	PRIV	Helse Øst	208 000 000	3 570 000	4,2	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Revmatismesykehuset AS	PRIV	Helse Øst	59 000 000	2 467 940	4,7	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Sunnaas sykehus HF	HF	Helse Øst	364 000 000	18 753 272	20,5	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Totalt / gjennomsnitt			76 409 000 000	1 427 405 191	1509,4	200,76	13,3	185 773 249	13,0	925 350

Tabellnoter:

*) Tall for Radiumhospitalet – Rikshospitalet HF er eksklusive Kreftregisteret og Medinnova, og tall for Helse Bergen HF er eksklusive Innvest.

**) Driftskostnader inklusive avskrivninger i løpende priser. Kilde: SSB Statistikkbanken på www.ssb.no.

Vedleggstabell 3: Ressursbruk til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i spesialisthelsetjenesten i 2006, etter helseforetak (private, ideelle sykehus). *)

2006-tall Institusjon	Nivå/ type	Helse- region	Totale kostn.**) inkl. avskriv.	Totale kostn. til forskning	Forsknings- årsverk	Forsk.årsv. rusbehandl	%	Forsk.kostn. rusbehandl	%	Rusforskn. Kr./årsverk
Hälogalandssykehuset HF	HF	Helse Nord	1 440 000 000	5 699 660	8,3	5,90	71,1	4 210 106	73,9	713 577
St. Olavs Hospital HF	HF	Helse Midt	5 702 000 000	105 769 385	85,7	3,00	3,5	3 222 489	3,0	1 074 163
Aker universitetssykehus HF	HF	Helse Øst	2 377 000 000	40 022 644	43,1	3,20	7,4	3 167 967	7,9	989 990
Rusbehandling Midt-Norge HF	HF	Helse Midt	182 000 000	1 781 000	1,6	1,60	100,0	1 781 000	100,0	1 113 125
Sørlandet Sykehus HF	HF	Helse Sør	3 569 000 000	23 288 481	24,9	1,10	4,4	983 229	4,2	893 845
Sykehuset Innlandet HF	HF	Helse Øst	5 102 000 000	16 253 841	18,9	0,70	3,7	620 507	3,8	886 439
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	HF	Helse Nord	3 653 000 000	96 090 366	102,0	0,50	0,5	474 131	0,5	948 262
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	PRIV	Helse Øst	899 000 000	10 869 365	13,1	0,50	3,8	416 390	3,8	832 780
Akershus universitetssykehus HF	HF	Helse Øst	3 013 000 000	39 026 456	48,0	0,50	1,0	395 096	1,0	790 192
Helse Nordmøre og Romsdal HF	HF	Helse Midt	1 616 000 000	1 469 548	1,6	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Helse Nord-Trøndelag HF	HF	Helse Midt	1 761 000 000	6 962 650	5,4	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Helse Sunnmøre HF	HF	Helse Midt	1 828 000 000	5 914 407	5,2	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Helgelandssykehuset HF	HF	Helse Nord	1 101 000 000	512 220	0,6	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Helse Finnmark HF	HF	Helse Nord	1 224 000 000	4 529 411	6,4	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Nordlandssykehuset HF	HF	Helse Nord	2 174 000 000	13 483 644	12,7	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Betanien Hospital	PRIV	Helse Sør	108 000 000	532 500	1,0	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Blefjell Sykehus HF	HF	Helse Sør	813 000 000	2 595 597	3,2	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Psykiatrien i Vestfold HF	HF	Helse Sør	653 000 000	4 656 452	5,3	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Rikshospitalet - Radiumhospitalet HF	HF	Helse Sør	6 088 000 000	459 546 000	451,0	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Ringerike Sykehus HF	HF	Helse Sør	652 000 000	2 931 053	2,2	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Sykehuset Buskerud HF	HF	Helse Sør	2 396 000 000	9 080 744	10,2	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Sykehuset Telemark HF	HF	Helse Sør	2 162 000 000	9 829 896	10,5	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Sykehuset Vestfold HF	HF	Helse Sør	2 045 000 000	5 939 386	6,8	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Haraldsplass Diakonale Sykehus	PRIV	Helse Vest	451 000 000	1 045 000	1,0	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Helse Bergen HF	HF	Helse Vest	5 974 000 000	181 689 002	193,1	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Helse Fonna HF	HF	Helse Vest	1 932 000 000	2 954 328	3,0	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Helse Førde HF	HF	Helse Vest	1 669 000 000	3 069 973	4,5	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Helse Stavanger HF	HF	Helse Vest	3 441 000 000	39 326 648	41,9	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Diakonhjemmet sykehus AS	PRIV	Helse Øst	914 000 000	29 370 577	31,7	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Martina Hansens Hospital	PRIV	Helse Øst	208 000 000	3 570 000	4,2	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Revmatismesykehuset AS	PRIV	Helse Øst	59 000 000	2 467 940	4,7	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Sunnaas sykehus HF	HF	Helse Øst	364 000 000	18 753 272	20,5	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Sykehuset Asker og Bærum HF	HF	Helse Øst	1 539 000 000	8 595 109	12,7	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Sykehuset Østfold	HF	Helse Øst	3 092 000 000	9 108 455	16,9	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Ullevål universitetssykehus HF	HF	Helse Øst	6 208 000 000	260 670 181	307,7	0,00	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Totalt / gjennomsnitt			76 409 000 000	1 427 405 191	1509,4	17,00	1,1	15 270 915	1,1	898 289

Tabellnoter:

*) Tall for Radiumhospitalet – Rikshospitalet HF er eksklusive Kreftregisteret og Medinnova, og tall for Helse Bergen HF er eksklusive Innvest.

**) Driftskostnader inklusive avskrivninger i løpende priser. Kilde: SSB Statistikkbanken på www.ssb.no.

Vedlegg 3 Veiledningsmateriale til hjelp ved utfylling (utdrag)

Innhold

<i>Del A. Konseptbeskrivelse. Prinsipper. Definisjoner.</i>	3
Oppsummering	3
1 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for prosjektet	6
1.2 Hensikt	6
2 Overordnet konsept	7
3 Overordnede prinsipper	8
4 Innhold i rapporteringen – hva skal måles i første fase?	9
5 Prinsipper og definisjoner for rapporteringen	11
5.1 Forskning vs. utvikling – hva er forskjellen?	12
5.2 Årsverksdefinisjon	13
5.3 Lønnsbegrepet i rapporteringen	13
5.4 Helsefaglige prinsipper og definisjoner	13
5.4.1 Hvem driver forskning i helseforetakene?	13
5.4.2 Forskerutdanning og forskerveiledning	14
5.4.3 Eksternt finansiert forskning	14
5.4.4 Nærmere om kartlegging av årsverk	14
5.4.5 Hvem tilrettelegger for forskning i helseforetakene?	15
5.5 Økonomiske prinsipper og definisjoner	15
5.5.1 Eksternt finansiert forskning og universitetsskolefunksjoner	16
5.5.2 Kategorisering av kostnadene	16
6 Hva skal regnes med og hva skal ikke regnes med?	17
<i>Del B. Metode for datainnsamling og rapportering</i>	19
7 Oppsummering	19
8 Metode for innsamling av data	20
9 Aktivitetsbasert metode	22
9.1 Beskrivelse av metoden	22
9.2 Egenskaper ved metoden	23
9.3 Utarbeidelse av ABC kalkyle	23
10 Kostnadsbasert metode	24
10.1 Egenskaper ved metoden	24
10.2 Utarbeidelse av tilleggskalkyle	25
11 Bruk av Excel-maler som verktøy	26

12 Maler	27
12.1 Generelt om malen	27
12.2 Del 1: Definisjon og prinsipper	27
12.3 Del 2: Metoder for innsamling av data	29
12.3.1 Aktivitetsbasert metode	29
12.3.2 Kostnadsbasert metode	30
12.4 Del 3: Rapportering av ressursbruk til forskning	31
13 Rapportering	32
13.1 Ansvar for rapportering	32
13.2 Rapporteringsmal	32

Del A. Konseptbeskrivelse. Prinsipper. Definisjoner.

Dette er en gjengivelse av vedlegg 1 som fulgte som veiledning ved henvendelsen.

Oppsummering

Dette dokumentet gir et rammeverk for hvordan kartlegging av ressursbruk til forskning i helseforetakene skal gjennomføres og rapporteres. Dette dokumentet er en lett bearbeidet versjon av tilsvarende dokument som fulgte som veiledning til rapporteringen for 2005.¹ Det må ses i sammenheng med øvrige vedlegg til denne forsendelsen – særlig vedlegg 2 Prinsipper og definisjoner ("Økonomisk beskrivelse - innsamling av data og rapportering") og vedlegg 3 og 4 som inneholder Excel-maler for kostnadskalkulering og rapportering. Dokumentene bygger på hverandre. Vedleggene er ment som veiledninger til de som skal gjennomføre innsamlingen av grunndata og foreta selve rapporteringen.

På det nåværende tidspunkt avgrenses kartlegging av *ressursbruk til forskning* til helseforetakene. I tillegg til helseforetakene skal også private, ideelle sykehus tas med i rapporteringen. Målet er at rapporteringen skal dekke de samme enhetene som inngår i *Nasjonalt system for måling av forskningsresultater*. Utvikling, undervisning og medisinsk og helsefaglig forskning i universitetssektoren og andre underliggende etater mv., inngår ikke i rapporteringen.

Rapporteringen for regnskapsåret 2006 følger i hovedsak samme opplegg som første års (fulle) nasjonale rapportering. Fram mot 2007-rapporteringen vil det bli arbeidet med en utvidelse av kartleggingen og samordning med den nasjonale FoU-statistikken.²

Kartleggingen av ressursbruk til forskning må, i tillegg til en felles standardisert rapporteringsmal, og maler til hjelp for innsamling av data, bygge på ett sett av felles prinsipper og definisjoner – dette er likt for alle rapporteringspliktige. For å ivareta hensynet til ulik forskningsaktivitet og etablerte økonomi- og personaladministrative systemer i helseforetakene er det lagt opp til valgmuligheter i metoder for innsamling av data innenfor fastsatte retningslinjer.

Følgende skal kartlegges:

- Forskning som utføres i helseforetakene, og medfører kostnader (ressursbruk) som vises i helseforetakets regnskaper.
- Anslag for ressursbruk som belastes helseforetakene (normalt infrastruktur og støttefunksjoner) – direkte eller indirekte – som følge av eksternt finansiert forskning, dvs. der forskeren er lønnet av andre enn foretaket (f.eks. Kreftforeningen, Norges forskningsråd). Her skal KUN ressursbruken til infrastruktur eller annen direkte merkostnad tas med.

Andelen av ressursbruk knyttet til medisinsk og helsefaglig forskning innen tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere og psykisk helsevern skal dokumenteres særskilt. Dette innebærer at til disse områdene må

kunne skilles fra annen medisinsk og helserelatert forskning på et overordnet nivå, slik at ressursbruken kan synliggjøres og rapporteres for de respektive helseforetak.

Det skal rapporteres antall forskningsårsverk som utføres i helseforetaket der foretaket selv bærer lønnskostnaden. Der forskningsressursene kun benytter helseforetakets *infrastruktur* og lønnskostnadene ikke føres i HF'enes regnskap skal årsverkene kun kartlegges som *grunnlag* for å kalkulere infrastrukturkostnadene og *ikke* rapporteres som årsverk.

Forskere som skal inngå i ressursmålingene (dvs. rapporteres som utførte forskningsårsverk) må minimum ha hovedfagseksamen eller nåværende mastergrad. Det vil si at vedkommende kan være i ferd med å gjennomføre en doktorgrad, eller minimum inneha en doktorgrad eller førsteamanuensiskompetanse. Hovedoppgaver og masteroppgaver skal ikke regnes inn under forskning, men registreres som utdanning.

Omfanget av eksternt finansierte midler til forskning som regnskapsføres av HF'et selv, fordelt på de mest sentrale finansieringskilder, skal fremkomme i rapporteringen.

Der RHF'et eller HF'et gir tilskudd til forskningsprosjekt som ligger utenfor foretaket, skal selve tildelingen føres som kostnad. Dersom tildelingen ikke er brukt skal kostnaden reduseres tilsvarende.

Gir RHF'et tilskudd til datterforetak øremerket forskning, må beløpet elimineres ved rapportering av foretaksgruppens kostnader til forskning.

I malen er årsverk inndelt i følgende to hovedkategorier:

Kategori 1.

Forskningsårsverk utført av leger og andre med universitetsutdanning i stillinger som helt eller delvis rapporteres benyttet til forskning, dvs.:

- overleger, overleger med kombinert stilling (professor I, professor II, amanuensis)
- leger under spesialisering
- forskere/post doc's innenfor alle yrkesgrupper (medisin, helsefag mv. - hvis lønnet av HF)
- stipendiater (hvis lønnet av HF)
- psykologer

Kategori 2.

Forskningsårsverk utført av øvrig sykehuspersonale i stillinger som helt eller delvis rapporteres benyttet til forskning, dvs.:

- spesialsykepleier
- sykepleier/hjelpepleier
- bioingeniører, ingeniører, teknikere o.l.
- administrativt støttepersonell

I kapittel 7 kategoriseres noen av de vanligste spørsmål mht. hva som skal og hva som ikke skal medregnes som forskning i rapporteringen. Formålet med registrering av årsverk, er at årsverk er hoveddriveren for de andre forskningsrelaterte kostnadene og derfor må komme klart frem i kartleggingen.

¹ Vedlegg 1 i rapporten *Kartlegging av ressursbruk til forskning*, November 2006.

² Jf. prosjektskisse for videreføring av arbeidet og samordning med NIFU STEP som er trykt som Vedlegg 5 i rapporten *Kartlegging av ressursbruk til forskning*, November 2006.

1 Innledning

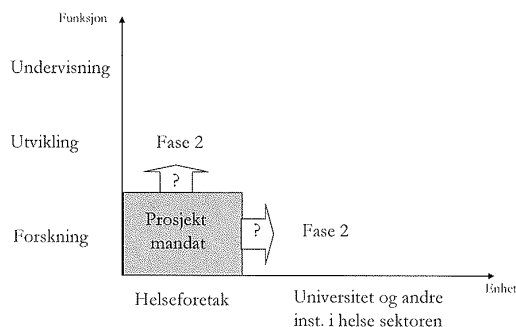
Gode grunndata er nøkkelen til helhetlig og god styringsinformasjon. I spesialisthelsetjenesten arbeides det kontinuerlig for å kartlegge aktiviteten innen de fire lovpålagte områdene:

- Pasientbehandling
- Utdanning
- **Forskning**
- Opplæring av pasienter og pårørende.

Denne rapporten definerer et rammeverk for hvordan ressursbruk til forskning skal kartlegges og rapporteres. Det overordnede målet er å få en helhetlig og sammenliknbar oversikt over forskningsaktiviteten i helseforetakene og ressursbruken knyttet til denne - som grunnlag for bedre styring.

Kartleggingen avgrenses i denne omgang til å omfatte ressursbruk til forskning i *helseforetakene*. Dette innebærer en avgrensning slik at måling av ressursbruk til medisinsk og helsefaglig forskning i universitets- og høyskolesektoren, underliggende etater, forskningsinstitutter mv ikke omfattes av kartleggingen.

Videre avgrenses målingen til kun å omfatte *forskning* – ikke utvikling og undervisning.



Figur 1: Avgrensning

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Kontinuerlig fokus på styrking av omfang av og kvalitet på den medisinske og helsefaglige forskningen i regi av de regionale helseforetak og overgang til delvis resultatbasert finansiering, har anskueliggjort behovet for en bedre oversikt over ressursbruken til forskning. Ved å skille ressurser som går til forskningsrelatert virksomhet fra ressurser til annen aktivitet, vil forskningsressursene kunne bli dokumentert og styrt på en bedre måte.

Et overordnet kriterium for dokumentasjon på nasjonalt nivå er at data er sammenliknbare, både mellom de ulike regionale helseforetakene (RHFene) og på ulike nivåer av helsetjenesten.

Det langsiktige målet med rapporteringen av kostnader generert av forskningsaktivitet, er å muliggjøre kartlegging av forskningsrelatert ressursbruk på lik linje med annen ressursbruk i helsevesenet.

1.2 Hensikt

Per i dag mangler det gode felles nasjonale systemer for å få en god nok oversikt over forskningsaktiviteten når det gjelder registrering av ressursbruk. De eksisterende mekanismene må videreutvikles for å muliggjøre at følgende kan synliggjøres på en bedre måte:

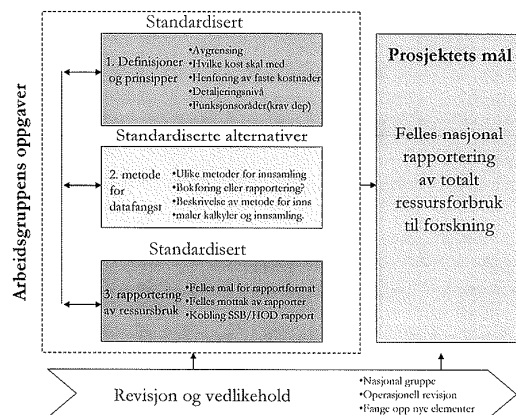
- Ansvarlighet for ressurser avsatt til forskning
- Faktisk forbruk relatert til estimert forbruk
- Nytteverdi av investerte ressurser i forhold til kortsiktige og langsiktige mål.

I styringsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til RHFene i 2004 ble det stilt krav om at de regionale helseforetakene skulle **dokumentere ressursbruk til forskning ved hjelp av felles retningslinjer og maler**. Dette oppdraget ble videreført i bestillerdokumentet til de regionale helseforetakene i 2005, der det ble presisert at arbeidet med utarbeidelse av felles mal skulle forankres i de regionale helseforetakene.

Formålet med dette dokumentet er å definere et rammeverk og nasjonale standarder for å besvare departementets bestilling og samtidig gi foretakene en bedre mulighet for å styre og ha kontroll over forskningsaktiviteten.

2 Overordnet konsept

For å dekke de forskjellige behovene på RHF-, HF-, myndighets- og andre nivå (statistikk etc.), tilrådes det en fremgangsmåte for innsamling av data som dels er standardisert, og dels åpner for visse valgmuligheter for det enkelte HF innenfor fastsatte alternativer:



Figur 2: Konseptskisse ressursmåling av forskningsaktivitet

Det er lagt opp til fleksibilitet i systemet, ved at det kan brukes to ulike metoder for innsamling av data. Definisjoner, prinsipper og ekstern rapportering vil imidlertid være like for alle rapporteringspliktige.

Det vil måtte gjøres en avveining mellom hensynet det å samle robust og nøyaktig informasjon på den ene siden og administrative kostnader knyttet til for å registrere informasjon på et detaljert nivå på den andre.

3 Overordnede prinsipper

Erkjennelsen av at forskningsaktiviteten er ulik ved de respektive helseforetak har ført til pragmatiske løsningsforslag innenfor gitte rammer.

Kartleggingen av ressursbruk til forskning må i tillegg til en felles standardisert rapporteringsmal, og maler til hjelp for innsamling av data, bygge på ett sett med felles prinsipper.

Det vil oppstå situasjoner underveis i kartleggingsprosessen hvor det vil ligge utfordringer som kan løses ved å støtte seg på disse overordnede prinsippene:

- Sammenlignbarhet mellom foretakene er viktigere enn nøyaktighet
- Følge internasjonal standarder om mulig
- Unngå dobbelrapportering (mellom helseforetak og universitet) av ressursbruk og resultater
- Skille mellom forskning og utdanning
- Skille mellom forskning og utvikling
- Skille mellom forskning og kvalitetsarbeid

I avsnitt 6 i dette dokumentet redegjøres mer detaljert for prinsipper og definisjoner for rapporteringen.

Følgende sentrale avgrensninger gjelder for prosjektets arbeid:

- Det skal kun kartlegges ressursbruk til forskning (ikke utvikling)
- Det skal kun kartlegges ressursbruken til forskning i helseforetakene (ikke universitets- og høyskolesektoren)
- Kun relevante kostnader skal medregnes³.

³ Se også senere i dokumentet for en mer utførlig redegjørelse for hvilke kostnader som skal medregnes. Se også øvrige vedlegg til denne forsendelsen (maler).

4 Innhold i rapporteringen – hva skal måles i første fase?

Rapporteringssystemet for kartleggingen av ressursbruk til forskning vil bli bygget opp i flere faser. Vurderinger rundt videreutvikling av rammeverket vil bli basert på behovene hos både avsender og mottager av informasjonen. Denne stegvise tilnærmingen er valgt for å komme i gang med rapporteringen av de viktigste variablene i første fase, for deretter å innarbeide forbedringsforslag i de neste fasene. Det er lagt opp til revisjon og vedlikehold av kodeverket hvor signaler fra fag- og økonomimiljøene skal fanges opp.

Rapporteringen skal ta hensyn til de overordnede (politiske) målene for spesialisthelsetjenesten slik de bl.a. fremkommer av bestillerdokumentet til de regionale helseforetakene. Her er det bedt om særskilt dokumentasjon av ressursbruk til forskning knyttet til tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmiddelbrukere og psykisk helsevern.

Forskning knyttet til tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere og psykisk helsevern må kunne dokumenteres særskilt, og må kunne skilles fra annen medisinsk og helserelatert forskning på et overordnet nivå slik at denne ressursbruken kan synliggjøres og rapporteres for de respektive helseforetak.

Nedenfor er et eksempel på hvordan rapporteringen vil kunne se ut:

Ressursmåling av forskning
2005

Foretakets navn: xxx HF
Region: Helse Sør RHF
Periode: 2005
Kontaktperson: Lars Rønning

Rapportering om ressursbruk og finansiering av
forskningsaktivitet

1. Forskning per område:

	% andel	NOK	Årsverk
Total ressursbruk til forskning	100 %	33 231 100	19,0
Herav Psykisk helsevern	21 %	7 020 337	4,0
Herav Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere	11 %	3 495 165	2,0

2. Finansiering av forskningsaktivitet (føres i regnskapet):

NOK

Finansiert via regionale samarbeidsorgan / RHF (øremerket tilskudd)	17 000 000
Andre eksterne kilder (1)	14 100 000
Skriv inn navn på kilde	2 000 000
Skriv inn navn på kilde	1 000 000
Skriv inn navn på kilde	2 000 000
Skriv inn navn på kilde	2 000 000
Skriv inn navn på kilde	3 400 000
Skriv inn navn på kilde	3 700 000
HF egenfinansiering	2 131 100
Total finansiert forskning i regnskapsåret (2)	33 231 100

1) Midler som ikke er tildeelt gjennom Regionale foretak. Eksempler er:
Norges forskningsråd, Helse- og rehabilitering, Norske kvinners sanitetsforening, div. pasientforeninger etc.

2) Totalen skal alltid være lik total ressursbruk.

Rapporteringen skal inneholde opplysninger om antall hele årsverk i henhold til definerte stillingskategorier (se kapittel 6.4.5 i dette dokumentet for informasjon om de kategorier som skal benyttes). Årsverk er kostnadsdriveren for de forskjellige beregningsmetodene (se også vedlegg 2 *Metode for innsamling av data og rapportering*) og blir derfor en viktig del av den lokale kartleggingen og den overordnede rapporteringen.

- Det skal rapporteres antall årsverk involvert i forskning som foregår i helseforetaket der foretaket selv bærer lønnskostnaden.
- Der forskningsressursene kun benytter infrastruktur i helseforetaket (årsverk som ikke føres i foretakets regnskap, og forskeren lønnes av andre enn foretaket, f.eks. Kreftforeningen, Norges forskningsråd) skal disse kun kartlegges som grunnlag for å kunne kalkulere kostnader (skal ikke rapporteres).

Forskning i helseforetakene finansieres gjennom ulike kanaler og regnskapsføres ofte av ulike instanser (HF selv, universitet, giver, stiftelser og innovasjonsselskaper). En redegjørelse for finansieringskildene for de kostnader som fremgår av eget HF-regnskap er viktig for å kunne se sammenhengene mellom samlede kostnader og samlet finansiering innenfor HF-et. Fordi det ikke skal foretas en *fullstendig* kartlegging av årsverk og kostnader ved prosjekter som pågår i helseforetak, men som forvaltes av andre instanser, får en med dette ikke en full oversikt over totale kostnader og total finansiering av forskning i sykehussektoren.

Finansiering av forskning skal rapporteres (men ikke fordelt på funksjonsområder). Omfanget av eksternt finansierte midler til forskning som regnskapsføres av HF'et selv, fordelt på de mest sentrale finansieringskilder, skal fremkomme i rapporteringen.

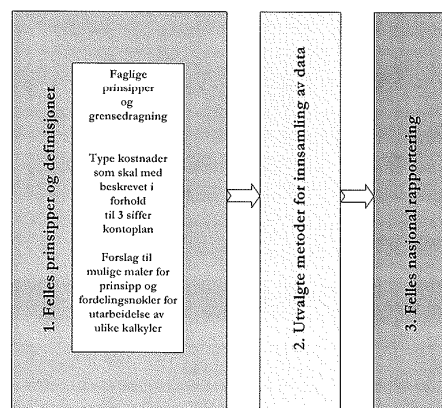
9

10

5 Prinsipper og definisjoner for rapporteringen

For å sikre konsistente grunndata, og at disse skal kunne brukes til sammenlikning på tvers av HF og helseregioner, er det viktig å ha et sett felles definisjoner og prinsipper. Rapportering må bygge på dette felles fundamentet.

Det skilles mellom to sett av definisjoner og prinsipper: Økonomiske og helsefaglige.



Forskning i helseforetakene og universiteter og høyskoler er til dels svært integrert. Dette innebærer at randsonen mot universitetsforskningen er svært vanskelig å kartlegge og vil måtte gjøres på et grovt og overordnet nivå. Samspillet mellom foretakene og universitetene skaper gode synergier som vil kunne forstyrres om en for sterk avgrensning mellom de to blir tvunget frem. Problemstillingen vil bli vurdert nærmere i forbindelse med videreutviklingen av rapporteringsopplegget⁴.

Avgrensningen mot undervisning og opplæring kan også være vanskelig. Virksomhetene i foretakene er knyttet opp mot undervisning innen både grunnutdanning og videre- og etterutdanningen av helsepersonell. I denne sammenhengen ønsker vi å estimere ressursene som brukes til selve *forskeropplæringen*.

Kartleggingen må videre kunne skille mellom forskning og utvikling. Selv om det ikke er mulig å trekke en skarp grense mellom kvalitetsarbeid, utvikling og forskning må vi i denne sammenhengen definere operasjonaliserbare skiller. Dette er også viktig fordi finansieringen for de respektive aktivitetene er ulik.

5.1 Forskning vs. utvikling – hva er forskjellen?

Forskning og utviklingsarbeid (FoU) er kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap - herunder kunnskap om mennesket, kultur og samfunn - og omfatter også bruken av ny eller eksisterende kunnskap til å finne nye anvendelser.

FoU kan deles inn i grunnforskning, anvendt forskning og utviklingsarbeid:

Grunnforskning er eksperimentell eller teoretisk virksomhet som primært utføres for å skaffe til veie ny kunnskap om det underliggende grunnlaget for fenomener og observerbare fakta, uten sikte på spesiell anvendelse eller bruk.

Dette gjelder eksempelvis biomedisinsk basalforskning.

Anvendt forskning er også virksomhet av original karakter som utføres for å skaffe til veie ny kunnskap. Anvendt forskning er primært rettet mot bestemte praktiske mål eller anvendelser.

Anvendt forskning omfatter klinisk forskning som kontrollerte kliniske behandlingsforsøk, hypotesegenerende og beskrivende studier og overføring fra grunnforskning til klinisk utprøving og ulike typer helsefaglig forskning.

Utviklingsarbeid er systematisk virksomhet som anverder kunnskap fra forskning og praktisk erfaring, og som er rettet mot det å fremstille nye eller vesentlig forbedrede materialer, produkter eller innretninger, eller å innføre nye eller vesentlig forbedrede prosesser, systemer eller tjenester.

Definisjonene som er gjengitt her er utviklet av OECD. Mer utførlige drøftinger av hvilke aktiviteter de ulike begrepene inkluderer, finnes i «Utdrag fra OECDs *Frascati Manual* i norsk oversettelse» (NIFU STEP 2004, s. 7).

Definisjon av forskning - avgrensninger for formålet:

For å kunne skilles fra beslektede aktiviteter bør virksomheten inneholde et erkjennbart element av nyskapning og reduksjon av vitenskapelig og/eller teknologisk usikkerhet. Usikkerhet foreligger når løsningen på et problem ikke er umiddelbart åpenbar for en person som kjenner den grunnleggende kunnskapsmassen og teknikkene innenfor det aktuelle området. (NIFU STEP 2004, s. 13)

Forskningen bør resultere i eller ha som intensjon å resultere i en vitenskapelig publikasjon eller et patent. For å regnes som vitenskapelig publikasjon må alle de fire kriteriene nedenfor være oppfylt (Universitets- og høyskolerådet 2004, s. 25):

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

⁴ Jf. prosjektskisse for videreføring av arbeide og samordning med NIFU STEP i vedlegg 5 til rapporten *Kartlegging av ressursbruk til forskning*, November 2006.

5.2 Årsverksdefinisjon

Ifølge Statistisk sentralbyrå er et årsverk det arbeidet som en person utfører i løpet av et år. En heltidsansatt som har brukt halve tiden på forskning har altså utført et halvt forskningsårsverk. Det legges til grunn at en heltidsstilling tilsvarer et årsverk *uavhengig av* om stillingsinnehaveren arbeider overtid eller hvor mange timer per uke som inngår i en heltidsstilling. For den enkelte må det derfor kartlegges hvor stor *andel* av sin totale arbeidstid stillingsinnehaveren benytter til forskning. Dette prinsippet er for øvrig i tråd med definisjonen OECD legger til grunn i sine retningslinjer for utarbeidelse av FoU-statistikk (Frascati Manual).

Konklusjon:

For dette formål skal det kun medtas lønnet forskning, dvs. arbeidsinnsats som må ansees å ligge innenfor vedkommendes tjenestepålegg.

5.3 Lønnsbegrepet i rapporteringen

For å kostnadsberegne årsverkene tar rapporteringen utgangspunkt i direkte lønn. Grunnlaget for dette lønnsbegrepet er at følgende kategorier inngår:

- Fast bruttolønn
- Fast tillegg for utvidet arbeidstid
- Fast doktorgradstillegg
- Fast forskningstillegg

Faste tillegg for vakt og beredskap holdes utenfor da disse i sin helhet bør regnes som pasientbehandling. Alle variable tillegg og overtid holdes utenfor (så sant ikke personen arbeider 100 prosent med forskning).

5.4 Helsefaglige prinsipper og definisjoner

5.4.1 Hvem driver forskning i helseforetakene?

Forskere i helseforetakene omfatter både personer med faste stillinger som er knyttet direkte til forskningsvirksomhet eller som har forskning som en større del av den regulære virksomheten og personer med kombinerte stillinger.

En stor andel av forskningsleiderne i helseforetakene har kombinerte stillinger. Med kombinerte stillinger menes her alle stillinger hvor man er ansatt i full stilling som overlege i et helseforetak og i bistilling som professor II eller amanuensis II ved universitetet, eller motsatt; full stilling som professor I eller amanuensis I ved universitetet og overlege i bistilling ved helseforetaket. Det finnes også andre kombinasjonsmuligheter. Hvor stort omfang av forskning som gjøres innen disse stillingskategoriene vil variere fra foretak til foretak.

En annen gruppe av helsepersonell som har forskning som en viktig del av sin regulære oppgave, er assistentleger i fordypningsstilling. Disse kan anvende inntil 50% av tiden til forskning og utviklingsarbeid. I hvilken grad og omfang dette anvendes til forskning ikke er systematisk kartlagt, men ved enkelte universitetssykehus er det ofte ikke mer enn ca 3/4 av disse stillingene som brukes på denne måten (http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA_LT.VisSeksjon?vp_SEKS_ID=934570).

En overlege har mulighet til å søke om 4 måneders utdanningspermisjon for overleger til etterutdanning, forskning eller utviklingsarbeid hvert femte år (vilkår reguleres nærmere i lokale B-dels avtaler). I hvilken grad og omfang dette anvendes til forskning er ikke systematisk kartlagt på institusjonsnivå⁵.

Innen helsefagene har det særlig i løpet av de siste årene også blitt etablert en rekke stillinger som grenser inn mot forskning og utviklingsarbeid. Disse ville kunne ha stillingsbetegnelser som inneholder forskning eller fagutvikling. Det er også flere innen helsefagene, og også innen helsetjeneste og ledelse, som har et forsknings- og fagutviklingsperspektiv som en del av sine oppgaver og det er også en økning i antall forskere med helsefaglig bakgrunn.

Hovedoppgaver og masteroppgaver skal ikke regnes inn under forskning, men betraktes som utdanning.

Forskere som skal inngå i ressursmålingene som utøvende forskere (kategori 1) må minimum ha hovedfagseksamen eller nåværende mastergrad. Det vil si at vedkommende kan være i ferd med å gjennomføre en doktorgrad, eller minimum inneha en doktorgrad eller førsteamanuensiskompetanse. Annet personell som bidrar i forskningen betraktes som støttepersonell (kategori 2).

5.4.2 Forskerutdanning og forskerveiledning

Hovedtyngden av undervisning ligger i grunnutdanning, videre- og etterutdanning av helsepersonell og andre.

I denne sammenhengen er vi kun interessert i selve forskerutdanningen eller forskeropplæringen da dette skal inngå som en del av kartleggingen av ressursbruk til forskning.

En viktig oppgave både for universiteter og foretak er veiledning av doktorgradskandidater. Ressursbruk vil i hovedsak reflektere tidsbruk for veileder *når dette ikke er inkludert i en eventuell forskerstilling som veilederen har*.

5.4.3 Eksternt finansiert forskning

Her vil helseforetakene ha ulike erfaringer og ulik politikk. Ved enkelte helseforetak er stipendiater knyttet direkte opp mot foretaket både når det gjelder finansiering, ansettelse og oppgaver. I andre foretak er stipendiater knyttet opp mot universitetet og har verken formell tilknytning til eller arbeidsoppgaver i helseforetaket.

Det skal kun rapporteres stipendiater eller postdoc-stipendiater som inngår i foretakenes budsjett og ansvarsområde.

5.4.4 Nærmere om kartlegging av årsverk

Årsverk er inndelt i to hovedkategorier. Dette er først og fremst begrunnet i at hver av dem er relativt homogene mht. lønnskostnader. Å angi mer spesifikke kategorier medfører merarbeid for helseforetakene og muligheter for ulik praksis, siden stillingsbetegnelser og -typer vil variere fra en dyrestall til et laboratorium og til en klinisk avdeling.

⁵ Utdanningspermisjon for overleger skal ikke regnes med i kartleggingen; se s. 21 nedenfor.

Kategori 1.

Forskningsårsverk utført av leger og andre med universitetsutdanning i stillinger som helt eller delvis rapporteres benyttet til forskning, dvs.:

- overleger, overleger med kombinert stilling (professor I, professor II, amanuensis)
- leger under spesialisering
- forskere/post doc's innenfor alle yrkesgrupper (medisin, helsefag mv. - hvis lønnet av HF)
- stipendiater (hvis lønnet av HF)
- psykologer

Kategori 2.

Forskningsårsverk utført av øvrig sykehuspersonale i stillinger som helt eller delvis rapporteres benyttet til forskning, dvs.:

- spesialsykepleier
- sykepleier/hjelpepleier
- bioingeniører, ingeniører, teknikere o.l.
- administrativt støttepersonell*.

* Her medregnes kun administrativt personell i forskningsenheter eller enheter med et vesentlig innslag av forskning – med andre ord ikke årsverk i sykehusadministrasjon, økonomiavdelinger, personalavdelinger, IT-avdelinger osv. Andel forskningskostnader ved disse administrative stillingene tillegges imidlertid i estimerte kostnader.

5.4.5 Hvem tilrettelegger for forskning i helseforetakene?

For å danne grunnlag for de to metodene for innsamling av data er det lagt opp til at det kun beregnes forskerårsverk og direkte lønnskostnader (jfr. definisjon i avsnitt 6.3 over) for personale i kategori 1 (jfr. avsnitt 6.4.4). Alle andre kostnader rapporteres som et %-vis tillegg (se vedlegg 2 *Metode for innsamling av data og rapportering*).

For å finne frem til "riktig" nivå på dette tillegget kan det være behov for å registrere hvilke stillinger som inngår i forskningens støttesystemer. Dette vil inkludere øvrig sykehuspersonale (Kategori 2), dvs. %-vis stilling som brukes av spesialsykepleiere, sykepleiere, administrativt støttepersonale, ingeniører, laboratorieteknikere m.m.

5.5 Økonomiske prinsipper og definisjoner

Det ønskes så langt som mulig å estimere *ressursbruk til forskning ved sykehusene (helseforetakene)*. Med dette menes:

- Forskning som utoves i helseforetakene, og involverer kostnader (ressursbruk) som vises som kostnader i helseforetakets regnskaper.
- Anslag på ressursbruk som belastes helseforetakene (infrastruktur og støttefunksjoner) – direkte eller indirekte – som følge av eksternt finansiert forskning.⁶ Her skal KUN ressursbruken til infrastruktur eller annen direkte merkostnad hensyntas.
- Tilskudd til forskning som drives av andre

Helseforetakene skal ikke foreta en full kartlegging av kostnader tilknyttet de eksternt finansierte forskningsprosjekter/stillinger som ikke inngår i foretakenes regnskap (først og fremst har dette et stort omfang hos universitetssykehusene, hvor en rekke midler vil forvaltes i universitetenes regnskaper og/eller tilknyttede innovasjonsselskaper/forskningsstiftelser). Se nærmere omtale nedenfor.

5.5.1 Eksternt finansiert forskning og universitetsklinikkfunksjoner

Å kartlegge totalt ressursbruk tilknyttet eksternt finansiert forskning er en svært kompleks oppgave. Kombinasjonen av organisasjonsmessige "gråsoner" mellom universiteter og universitetsklinikker samt uoversiktlig forskningsfinansiering fra ulike kilder, gjør det svært vanskelig å få oversikt over både økonomi og aktivitet knyttet til det som må kunne betraktes som "forskning i helseforetakene".

Det er videre vanlig at ulike forskningsstiftelser, innovasjonsselskaper etc. (som for eksempel Innovest AS, UniFob, Radiumhospitalets forskningsstiftelse, Medinova AS, NORUT etc.) ivaretar en vesentlig del av den forskningsadministrative delen ved helseforetakene og/eller universitetsinstituttene lokalisert ved regionsykehusene. Dette kan typisk være koordinering av oppdragsforskning, kliniske studier og andre samarbeidsprosjekter med den farmasøytiske og annen relevant industri, herunder administrativ oppfølging og regnskapsføringsansvar for prosjektene. Stiftelser er selveiende og per definisjon ikke en del av helseforetakene.

Oversikt over kostnader/ressursbruk tilknyttet prosjekter som er kanalisert til de ulike HF gjennom nevnte selskapsformer vil derfor ikke uten videre være lett tilgjengelige. Det vil også være krevende å skille hva som er helseforetakenes forskning, og hva som er universitetssektorens forskning, dersom totalbidraget fra disse selskapene/stiftelsene skal medregnes (gitt at svært mange av de involverte forskere vil ha hoved- eller bistillinger ved universitetene, jfr. også diskusjon om dette ifm. de nasjonale artikkelregistreringer og poengdeling).

En total kartlegging av kostnadene som påløper ved den type forskning som foregår helt eller delvis ved helseforetakene, og som dernest frembringer de resultater som registreres i form av artikler og doktorgrader, patenter etc., kan derfor ikke gjøres helhetlig uten at universitetssektoren og de største nasjonale bidragsyterne (i form av stiftelser, legater, NFR, og ulike pasientforeninger) bidrar i kartleggingen.

Inntil videre skal helseforetakenes ressursbruk som føres i egne regnskaper, inklusive kostnader/ressursbruk av forskning finansiert over kap. 0732 post 78 (fordelt av Samarbeidsorganene) inngå i rapporteringen. Dette gjelder også kostnader knyttet til direkte kostnader og nødvendig infrastruktur og støttefunksjoner som belastes foretakenes regnskaper som følge av eksternt finansiert forskning.

I rapporteringsmalen⁷ fra det enkelte HF foreslås det at helseforetakene skal rapportere hvilke finansieringskilder som finansierer ressursinnsatsen til forskning som føres i eget regnskap.

5.5.2 Kategorisering av kostnadene

En mer detaljert oversikt over kategorier, kobling til 3 siffer kontoplan og prinsipper for fordeling av kostnader fremkommer i vedlegg 2.

⁶ Eksempelvis vil regionsykehusene ofte fasilitere opp mot et hundretalls vitenskapelige stillinger og støttepersonell, hvor helseforetaket ikke har personalansvar og/eller administrativt ansvar for eksternt tildelte midler (ressursbruken inngår i andre institusjoner regnskaper). Dette skyldes i stor grad universitetsklinikkfunksjoner og helt eller delvis integrerte institutter.

⁷ Se også vedlegg 2 *Metode for datainnsamling og rapportering* som følger denne forsendelsen.

6 Hva skal regnes med og hva skal ikke regnes med?

Hva som faller inn under begrepet "Forskning" er definert tidligere i dokumentet. Det vil være flere gråsoner mellom begrepene forskning og utvikling (FoU). Det er lagt opp til at en her ikke skal kartlegge FoU, men kun "F" – altså forskning. Det vil videre være gråsoner mellom utvikling og kompetanseutvikling (som grovt sett kan kategoriseres som faglig oppdatering eller etterutdanning), men dette blir ikke behandlet i dette dokumentet.

Nedenfor kategoriseres noen av de vanligste spørsmål ift. hva som skal og hva som ikke skal medregnes i rapporteringen. Formålet med registrering av årsverk, er begrunnet i at dette er hoveddriveren for de andre forskningsrelaterte kostnadene⁸ og derfor må komme klart frem i kartleggingen.

Følgende skal regnes med ved måling av ressursbruk til forskning:

- ❑ Formaliserte stillingsandeler til forskning og anslag på stillingsandeler til forskning for stillinger hvor tidsforbruket til forskning ikke er forhåndsdefinert/formalisert i arbeidsavtalen (estimert tidsforbruk til forskning innenfor tjenesteplan)
- ❑ Fordypningsstillinger for leger under spesialisering ("D-stillinger"), i den grad disse faktisk brukes til forskningsarbeid (inntil 50 % forskning)
- ❑ Teknisk og annet personale (formalisert og ikke formalisert) som assisterer ved forskningen – årsverk skal også kartlegges og rapporteres (kategori 2)
- ❑ Forskningsadministrativt arbeid (administrasjon og ledelse av forskning på institusjonsnivå eller avdelingsnivå), som tilrettelegging for forskning, søknader om midler osv.
- ❑ Veiledning av stipendiater (veileders tidsforbruk, når dette ikke er en del av en forskerstilling) samt forskeropplæring, i motsetning til annen utdanning/etterutdanning.
- ❑ Evaluering av forskning (bedømmelse av artikler osv.).
- ❑ Utstørsforbruk og forbruksvarer i forskningen (anslag)
- ❑ Driftskostnader/vedlikeholdskostnader knyttet til arealer som medgår til "forskningsformål"

Følgende skal ikke regnes med ved måling av ressursbruk til forskning:

- ❑ Løpende kvalitetskontroll og mindre forbedringer i prosesser, systemer og tjenester.
- ❑ Utdanningspermisjon for overleger (regnes i utgangspunktet ikke som forskning, men som kompetanseutvikling/etterutdanning, *med mindre* permisjonen nyttes til konkrete prosjekter som faller inn under den angitte definisjonen av forskning).
- ❑ Fagutvikling i form av "personlig fordypningstid", opplæring i nye teknikker etc., oppdatering på andres forskning
- ❑ Implementering av andres forskning i form av å ta i bruk nye prosedyrer etc. i behandlingen (faller vanligvis inn under begrepet "utviklingsarbeid")
- ❑ Hovedoppgaver og masteroppgaver skal ikke regnes inn under forskning men registreres som utdanning.

⁸ Se også vedlegg 2 *Metode for datainnsamling og rapportering* som følger denne forsknelsen.

Del B. Metode for datainnsamling og rapportering

Dette er en gjengivelse av vedlegg 2 som fulgte som veiledning ved henvendelsen.

7 Oppsummering

Formålet med rapportering av ressursbruk til forskning er å fremskaffe en oversikt over kostnadene knyttet til forskning i helseforetakene. Det er et mål å få sammenlignbare data. Dette innebærer imidlertid ikke et behov for innsamling av data på identisk måte, forutsatt at begrepsbruk og definisjoner samt valg av metode er standardiserte. Dette er viktig bl.a. for å kunne etterprøve tallmaterialet på en enklest mulig måte.

For å imøteसे ulike forskningsaktivitet samt ulike økonomi- og personaladministrative datasystemer i helseforetakene, er det lagt til grunn en viss valgfrihet mht. bruk av metode for innsamling av data. Det enkelte HF bør ved begynnelsen av året redegjøre overfor sitt RHF for hvilken metodikk for innsamling av data de vil benytte.

Med grunnlag i ulike metoder som ble benyttet i andre land, og med basis i generell økonomisk teori knyttet til internregnskap, foreslo en arbeidsgruppe i 2005 to ulike tekniske metoder for innsamling av data;

o Aktivitetsbasert metode (ABC analyse):

Det blir kalkulert et kostnadsanslag for direkte lønnskostnader per årsverk for de ulike stillingskategoriene, og utarbeidet et %-vis tillegg som legger til resten av kostnadene som skal henføres til forskningsvirksomheten på basis av direkte lønnskostnad.

o Kostnadsbasert metode (tilleggsalkyle):

Metoden baserer seg på å klassifisere alle kostnadssteder eller prosjekter i forhold til hvor stor grad de direkte kostnadene medgår til forskning. De kostnadsartene som er å anse som direkte henførbare kostnader hentes ut fra regnskapet (eller et datavarehus) i forhold til en %-andel med forskningsaktivitet for hvert enkelt kostnadssted eller prosjekt. I tillegg beregnes et prosentvis tillegg for alle andre indirekte kostnader som skal hensyntas ved ressursmåling av forskningsaktivitet.

En av forutsetningene for rapporteringen er at en i størst mulig grad skal benytte eksisterende systemløsninger for å løse ulike kalkulerings- og rapporteringsbehov. Dette betyr i realiteten at det må utvikles en enkel løsning som skal dekke behovene ifm. kartlegging og rapportering av ressursbruk til forskning.

Målsettingen har vært å lage et enkelt skjema som dekker de viktigste forhold. Behovet for eventuelle detaljer, og mer nøyaktige løsninger, bør derfor innarbeides på sikt. Det vil primært være viktig å få frem et "grovt" funksjonsregnskap for forskning som fremviser en best mulig kartlegging av kostnader/ressurser brukt på forskning i sykehussektoren. Rapporteringen ut fra HF'et (til RHF'et og NIFU STEP) skal følge et fastsatt skjema. Dette vil kunne være grunnlag for nasjonale sammenlikninger og oppfølging av forskningen på en helhetlig måte.

8 Metode for innsamling av data

Basert på bl.a. erfaringer fra referansebesøk, bør innsamling av data gjennomføres på den måten som er mest hensiktsmessig for det enkelte HF – innenfor de definerte felles prinsipper og definisjoner.

I arbeidet med å utvikle dette rapporteringssystemet har man vurdert det slik at nyttig og nødvendig å åpne for det enkelte HF kan tilpasse metoden for innsamling av data innenfor et rammeverk av definerte, felles prinsipper og metoder. Man har derfor i valgt i begrenset grad å standardisere rapporteringen, i den forstand at alle benytter én felles metode og skjematikk. Dette poenget ble understreket gjennom referansebesøkene som ble gjennomført i forbindelse med utvikling av rapporteringssystemet og forberedelse av kartleggingen for 2005⁹.

Med grunnlag i ulike metoder for innsamling av data som ble benyttet i andre land, og med basis i generell økonomisk teori knyttet til internregnskap, skilles det mellom to standardiserte metoder for innsamling av data. Begge metoder vil underbygge det overordnede formålet med kartleggingen og gi sammenliknbare resultater på tvers av HF og RHF;

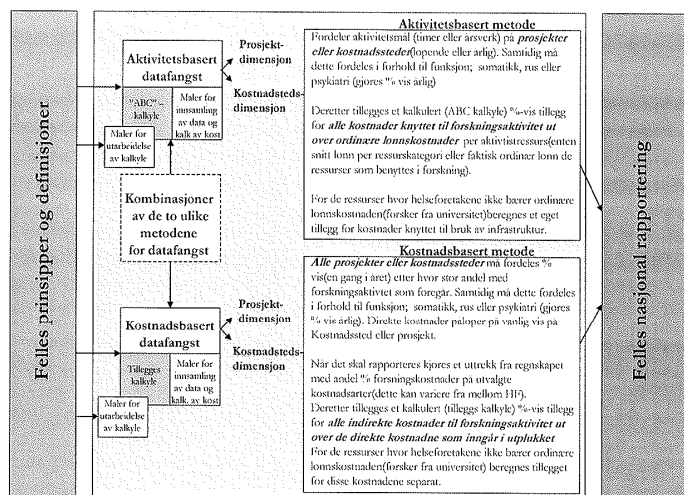
- Aktivitetsbasert metode (ABC analyse)
- Kostnadsbasert metode (Selvkost/fullkost kalkyle).

Selv om disse metodene her fremstilles som to ulike metoder, vil noen HF også kunne velge en tilpasning eller kombinasjon av disse (se også senere i dette dokumentet for å se hvordan malene er utarbeidet for de ulike metodene).

Det enkelte HF bør ved begynnelsen av året redegjøre overfor sitt RHF for hvilken metodikk for innsamling av data de vil benytte.

Den metoden som velges skal i utgangspunktet "godkjennes" av RHF'et og bør være konstant fra et år til et annet. I figuren nedenfor beskrives metodene for innsamling av data.

⁹ Det ble, i forbindelse med utvikling av rapporteringssystemet, gjennomført referansebesøk til UK (fire forskningsaktive sykehus og NHS), Sverige (FoU Kanseliet, Stockholms Läns Landsting) og Danmark (Rigshospitalet og Sundhedsstyrelsen)



Figur 1: Oversikt over metoder for innsamling av data

Hvilken metode eller kombinasjon av metoder for innsamling av data som velges vil bl.a. være avhengig av:

- Hvor integrert forskningen er i (kjerne)driften ved HF*et
- Størrelsen på HFet og omfanget på forskningen
- Ressursbruk som kan benyttes til måling av forskning
- Systemløsninger på regnskap/datavarehus.

Gjennom referansebesøkene kom det frem eksempler på bruk av de forskjellige metodene. Rigshospitalet i København og Karolinska/Huddinge i Stockholm benytter metoder i retning av tilleggskalkyle / kostnadsbasert, mens Barts and The London NHS Trust presenterte løsninger mer i retning av en aktivitetsbasert tilnærming.

Risikovurdering ved bruk av kalkyler

Erfaringer fra referansebesøkene tydeliggjorde også risikomomentet rundt bruk av prosentsetser for å justere rapporteringene til ønsket nivå i etterkant. Dette er også noe vi kjenner fra historisk praksis i Norge gjennom f.eks. under-/overrapportering av felleskostnader for å justere budsjetter.

For å unngå dette, er det viktig at metode for innsamling av data og prosentsetser blir rapportert i forkant, etterprøvd og eventuelt justert.

9 Aktivitetsbasert metode

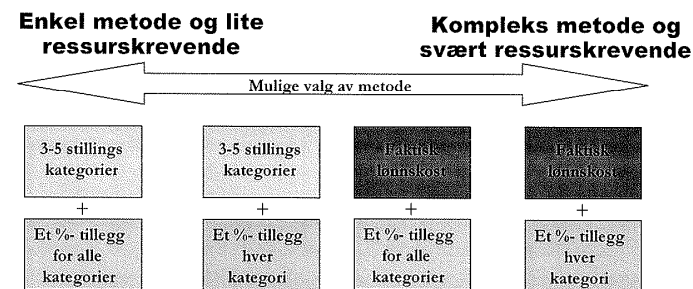
9.1 Beskrivelse av metoden

Denne metoden omtales som ABC-analyse og bygger på økonomisk teori der man ønsket å finne frem til "kostnadsdrivere" (aktivitetselementer i organisasjonen som ved volumendring påvirker kostnadsutviklingen). I dette tilfellet vil kostnadsdrivere være *antall årsverk* (målt i timer og lignende) fordelt på ulike personellkategorier som er direkte involvert i forskningsarbeid (se forslag til personell kategorier side 16 i hoveddokument).

Det blir kalkulert et kostnadsanslag for direkte lønnskostnader per årsverk for de ulike stillingskategoriene (se også hoveddokument), og utarbeidet et prosentvis tillegg som legger til resten av kostnadene som skal henføres til forskningsaktiviteten på basis av direkte lønnskostnad.

Her kan foretakene gjøre ulike valg i forhold til hvor nøyaktig og ressurskrevende en vil gjøre ressursmålingen;

- Faktisk direkte lønnskostnad per faktisk årsverk *eller* snitt per stillingskategori
- Et eget kostnadstillegg for alle andre kostnader enn direkte lønn per stillingskategori *eller* et snitt som er likt for alle kategorier.



Figur 2: Ulike valg for aktivitetsbasert metode

I tillegg til den forskningsaktiviteten som foretaket selv fører i sine regnskaper (se også definisjoner og prinsipper i hoveddokumentet) må det kalkuleres "kostnader til infrastruktur" (telefon, PC, kontor, lab prøver, etc.) for den forskningsaktivitet som foregår på helseforetaket, men hvor den direkte lønnskostnaden ikke føres i foretakets regnskaper.

Kostnadsdriveren her vil være den samme; *årsverk per stillingskategori*, og det kalkulerte kostnadstillegget skal dekke alle merkostnader til infrastruktur som denne forskningsressursen påfører foretaket. Dette kostnadstillegget bør uttrykkes i *årlige kostnader per stillingskategori* og vil kunne være gjenstand for sammenlikning mellom foretak.

9.2 Egenskaper ved metoden

En svakhet med denne metoden er at den ikke fanger opp svingninger i andre kostnadsarter, dersom de ikke endrer seg proporsjonalt med ressursforbruket av kostnadsdriveren. Eksempler på svingninger i aktuelle kostnader kan være direkte materiell, bruk av overtid, konsulenter eller innleie. For å kompensere for dette kan en ta i bruk faktiske kostnader for enkelte kostnadsarter, og velge å ikke la disse kostnadsartene inngå som en del av det prosentvise tillegg for direkte lønnskostnader.

Fordelen med metoden er at dette godt fanger opp svingninger i ressursinnsats (kostnadsdriver) i løpet av perioden. Når kalkyler er etablert er dette i tillegg en relativt kostnadseffektiv måte å rapportere på. Når kalkyler er etablert trenger en ikke regnskapsdata for å rapportere. Usikkerheten og kompleksiteten knyttet til metoden ligger i stor grad i kalkulering av ”riktig” nivå for tillegg for alle andre kostnader enn direkte lønn, samt riktig fangst av ressursforbruk (kostnadsdriver).

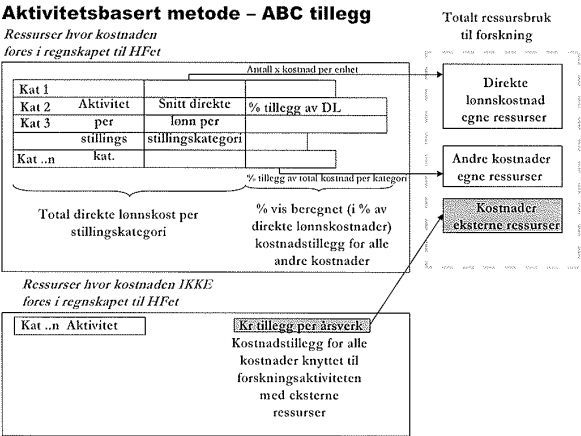
Metoden passer godt for mindre foretak som har god oversikt over ressursbruk, og kan håndtere dette direkte i et regneark. Den passer også for større foretak som har gode løsninger innen personalsystemer og datavarehusløsninger.

9.3 Utarbeidelse av ABC kalkyle

Hvordan utarbeide et prosentvis tillegg for alle andre kostnader enn direkte lønn?

Som tidligere kommentert kan en velge å utarbeide dette som et relativt forhold til faktisk eller snitt lønn (jf. figur 2). Kalkylen utarbeides på erfaringstall fra regnskapet og det beregnes et prosentvis tillegg for alle kostnadsarter som i følge definisjonene skal inngå i beregningen. Beregningen kan gjøres med fjorårstall eller årsestimater for inneværende år.

Prosjektet anbefaler fjorårstall og at kalkylen utarbeides i god tid før rapportering.



Figur 3: Prinsippskisse aktivitetsbasert metode

10 Kostnadsbasert metode

Denne metoden bygger på prinsippet om en tilleggskalkyle for indirekte kostnader basert på et normalforbruk av indirekte kostnader i relasjon til direkte kostnader (normalt direkte lønn).

Metoden baserer seg på å klassifisere alle kostnadssteder eller prosjekter i forhold til hvilken grad de direkte kostnadene medgår til forskning (en tilnærmet metode for dette vil være å se på antall årsverk knyttet til forskningsaktivitet i forhold til totalt antall årsverk på det enkelte kostnadssted eller prosjekt).

I tillegg til å definere andel til forskning må denne andelen kategoriseres og splittes opp i forskning knyttet til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere slik at dette kan skilles fra generell medisinsk og helserelatert forskning og presenteres som egne andeler på et overordnet nivå.

De kostnadsartene som er å anse som direkte henførbare kostnader hentes ut fra regnskapet (eller et datavarehus) i forhold til en andel med forskningsaktivitet for hvert enkelt kostnadssted eller prosjekt. I tillegg beregnes et prosentvis tillegg for alle andre direkte eller indirekte kostnader som skal hensyntas ved ressursmåling av forskningsaktivitet.

I tillegg til den forskningsaktiviteten som foretaket selv fører i sine regnskaper (se definisjoner og prinsipper i hoveddokumentet) må det kalkuleres ”kostnader til infrastruktur” (telefon, PC, kontor, lab prøver, etc.) for den forskningsaktivitet som foregår på helseforetaket, men hvor den direkte lønnskostnaden ikke føres i foretakets regnskaper. Det bør kalkuleres et årlig kronetillegg per årsverk. Kostnadsdriveren her vil være den samme; årsverk per stillingskategori, og det kalkulte kostnadstillegget tillegges totalkostnaden.

10.1 Egenskaper ved metoden

En svakhet med denne metoden er at den ikke fanger opp svingninger i ressursforbruket dersom indirekte kostnader ikke varierer proporsjonalt med ressursbruken. I tillegg kan det være vanskelig å avgjøre i forkant hvor stor andel forskningsaktivitet hvert kostnadssted eller prosjekt driver med.

Fordelen med metoden er at dette godt fanger opp direkte kostnader i løpet av perioden, og når andelen forskning (fordelt per funksjonsområde; generell medisinsk og helserelatert forskning, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere og psykisk helsevern) er etablert, er dette meget effektiv rapportering direkte fra regnskapssystem eller datavarehus.

Usikkerheten ligger i å vurdere %-andel på forskning/ordinaer drift samt kalkulering av ”riktig ” nivå for tillegg for alle andre indirekte kostnader enn de kostnadsartene som inngår i definisjonen av direkte kostnader. Passer godt for større foretak som har gode løsninger med datavarehus eller gode regnskapsløsninger som har behov for kostnadseffektive rapporteringsløsninger.

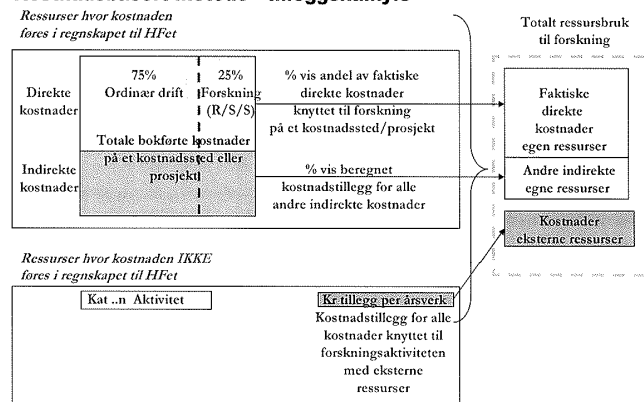
10.2 Utarbeidelse av tilleggskalkyle

Hvordan utarbeide et %-vis tillegg for alle indirekte kostnader som skal hensyntas ved ressursmåling av forskning?

Kalkylen utarbeides på grunnlag av erfaringstall fra regnskapet og er et prosentvis tillegg for alle direkte og indirekte kostnadsarter som ifølge definisjonene skal inngå i målingen av ressursbruk som ikke hentes direkte ut av regnskapet.

Beregningen kan gjøres med fjorårstall eller årsestimater for inneværende år. Det anbefales bruk av fjorårstall og at kalkylen utarbeides i god tid før rapportering.

Kostnadsbasert metode - tilleggskalkyle



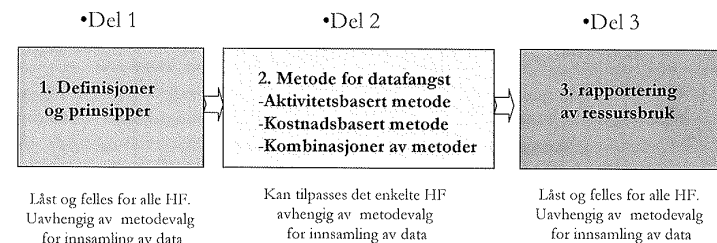
Figur 4: Prinsippskisse kostnadsbasert metode

11 Bruk av Excel-maler som verktøy

En av forutsetningene for prosjektet er at en i størst mulig grad skal benytte eksisterende systemløsninger for å løse ulike kalkulerings- og rapporteringsbehov. Dette betyr i realiteten at prosjektet må utvikle en enkel løsning (MS Excel) som i hovedsak skal dekke 3 viktige behov;

- Informasjonsbærer av økonomiske definisjoner og prinsipper (denne er lik for alle HF)
- Behov for et verktøy for å kalkulere og beregne ulike elementer som er nødvendig for rapporteringen (er tilpasset det enkelte HF's valg og tilpasning av metode)
- Behov for felles format på innrapportering (er felles for alle HF/RHF).

Som en praktisk hjelp har vi utarbeidet et regneark for hver av metodene for innsamling av data. Regnearket er delt i 3 hoveddeler:



Både de som skal nytte innrapporterte data og de som skal utføre beregningene i helseforetakene må være seg bevisst at dette både er komplekst og uten fasiløsninger. Et beregningssystem bør derfor utvikles gradvis, slik at den administrative byrden ikke blir for stor, verken for fagmiljøene som avkreves rapportering og/eller helseforetakenes administrasjon.

Utformingen av mal/skjema tar hensyn til at det tidligere ikke har vært rapportert nasjonalt på totale kostnader/ressursbruk tilknyttet forskning. En forutsetning er derfor å lage en oversiktlig mal/skjema som dekker de viktigste kostnadselementer, og samtidig kan implementeres/benyttas av alle helseforetak. Ytterligere detaljer og evt. mer nøyaktige løsninger bør innarbeides og utvikles av det enkelte HF på sikt.

12 Maler

12.1 Generelt om malen

Målsettingen er å lage et enkelt skjema som dekker de viktigste forhold. Behovet for eventuelle detaljer, og mer nøyaktige løsninger, bør derfor innarbeides på sikt. Det vil primært være viktig å få frem et ”grovt” funksjonsregnskap for forskning som fremviser en best mulig kartlegging av kostnader/ressurser brukt på forskning i sykehussektoren. Antall elementer det rapporteres på bør være færrest mulig. Uavhengig av valg av metode for hvordan kostnader henføres til forskning, eller hvor kostnadene fremkommer i skjema, vil hovedfokuset være å synliggjøre ressursbruk til forskning i sykehussektoren.

12.2 Del 1: Definisjon og prinsipper

Dette er en operasjonalisering av prinsipper i vedlegg 1 *Konseptbeskrivelse. Prinsipper. Definisjoner* til denne forsendelsen. Malen vil etablere en relasjon til standardisert nasjonal 3-siffer artskontoplan ved å relatere kostnadsgrupper og prinsipper for kostnadsfordeling til aktuelle konti i nasjonal artskontoplan. Dette er ment som eksempel og ikke direkte førende for det enkelte HF fordi det er ulik praksis for bruk av felles nasjonal kontoplan. Praksisen forventes å bli standardisert på sikt.

Malen beskriver grunnlaget for hva som skal inngå i de enkelte kalkylene, og hvordan en kan kalkulere seg frem til forskningens andel av ikke fordelte felleskostnader/indirekte kostnader. Hver enkelt kostnadsgruppe i tabellen under beskrives i forhold til hvordan en kan estimere forskningens andel og om hvordan dette skal tas hensyn til ved kalkulering av prosentvis tillegg for kalkulering av kostnad.

Prinsippmal for fordeling felleskostnader/indirekte kostnader

			Aktivitetsbasert metode	Kostnadsbasert metode
			ABC kalkyle	Tilleggs kalkyle
Nr	Kostnadsgrupper	Grunnlag for kalkulasjon av tillegg		
<i>Direkte materialkostnader(4000)</i>				
1	Med. Materieell	Faktisk forbruk	ABC kalkyle	Fra regnskap
<i>Lønnskostnader(5000)</i>				
2	Lønnskostnader	Faktisk ressursforbruk	Kalkuleres basert på faktisk ressursbruk	Hentes fra faktisk forbruk i regnskapet
3	Overtid	Faktisk ressursforbruk		
4	Vikarer	Faktisk ressursforbruk		
5	Pensjonskostnader/andre sosiale kost	Andel i forhold til faktisk lønnskost		
<i>Med. Driftskostnader(6000)</i>				
6	Lab og regnten kostnader	Faktisk forbruk	ABC Kalkyle	Kalkyle eller regnskap
7	Med. Støtte	Faktisk forbruk		
8	Med. Teknisk utstyr	Faktisk forbruk		
<i>Adm. Driftskostnader(6000 og 7000)</i>				
9	Kontormaterieell	Faktisk forbruk	ABC Kalkyle	Kalkyle eller regnskap
10	Tekstervervaks av tekstiler	Faktisk forbruk/snittkostnader		
11	IKT kostnader	Kalkulert kostnad per nettpunkt/PC		
12	Husleie/vask/strøm kostnad per M2	Kalkulert kostnad per M2/internhusleie		Fra regnskap
13	Telefon snittkostnad per fasttlf/mobil	Kalkulert kostnad per fasttlf/mobil		
14	Reiskostnader	Faktisk forbruk		
15	Honorarer/konsulentbruk	Faktisk forbruk		Kalkyle eller regnskap
16	Konferanser/kurs	Faktisk forbruk		
17	Andre driftskostnader	Faktisk forbruk		
<i>Fellestjenester(7000)</i>				
18	Med støttefunksjoner	Respektive andel(hode) av felleskostnader	ABC kalkyle	Tilleggs kalkyle
19	Regnskap/Økonomi/innkjøp	Respektive andel(hode) av felleskostnader		
20	Lønningstjenester	Respektive andel(hode) av felleskostnader		
21	IKT som ikke ligger i kostnad per nettpunkt	Respektive andel(hode) av felleskostnader		
22	Fellestjenester som ikke ligger i husleie	Respektive andel(hode) av felleskostnader		
23	Bedriftshelsetjeneste	Respektive andel(hode) av felleskostnader		
24	Personaltjenester	Respektive andel(hode) av felleskostnader		
<i>Felles ledelse(7000)</i>				
25	Felles administrasjon og ledelse	Respektive andel(hode) av felleskostnader	ABC kalkyle	Tilleggs kalkyle
<i>Kapitalkostnader(8000)</i>				
26	Avskrivninger	Andel i forhold til bokført verdi	ABC kalkyle	Tilleggs kalkyle
27	Finanskostnader	Hensyntas ikke i beregningen		

Nærmere beskrivelser knyttet til spesielle kostnadsgrupper finnes i Excel-malen.

Tross disse kompliserende forhold mener vi det er mulig å gjøre grove anslag der kompleksiteten er stor, og mer detaljerte undersøkelser på mindre helseforetak eller helseforetak med mindre omfang av forskning. Dette kan gjennomføres på flere måter, og det er vanskelig å gi en standard oppskrift fordi sykehusene har ulike økonomimodeller og -systemer, ulike personalsystemer med ulik grad av informasjon og ulik praksis og prinsipper i forhold til intern prising/intern handel av fellestjenester.

12.3 Del 2: Metoder for innsamling av data

Denne delen av regnearket er en operasjonalisering av de to metodene for innsamling av data beskrevet tidligere i dokumentet. Den er utarbeidet i 2 versjoner; en for aktivitetsbasert og en for kostnadsbasert metode.

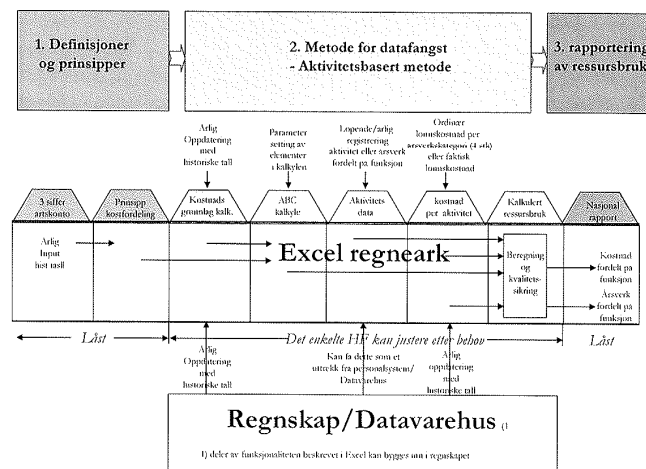
12.3.1 Aktivitetsbasert metode.

Malen har en fane med input av faktiske tall som skal benyttes i kalkylen.

Direkte lønn er kostnadsdriveren som de andre kostnadene skal estimeres ut fra ved å beregne et %-vis tillegg (ACB-kalkyle). I tillegg må det løpende/årlig registreres inn faktisk ressursbruk (timer/årsverk) både for operative forskningsressurser hvor kostnaden føres i eget regnskap, og de operative forskningsressurser hvor kostnaden IKKE føres i eget regnskap. Den sistnevnte kategorien skal kun rapporteres for å kunne kalkulere kostnadsforbruk av infrastruktur. Det bør utarbeides et eget kronetillegg per time/årsverk som benytter infrastruktur i foretaket.

I tillegg må kostnaden per stillingskategori estimeres. Dette kan gjøres på ulike måter (se fig. 2)

Malene følger denne strukturen:



Tips til innsamling av aktivitetsdata

- ✓ Det er utarbeidet et *elektronisk skjema* for innhenting av årsverksopplysninger fra enhetene. Dette skjemaet kan endres og benyttes forskjellig for hver institusjon. Det er vedlagt et elektronisk kartleggingskjema som eksempel. Informasjonen fra kartleggingen skal registreres i fanen; Aktivitet data.

- ✓ Det anbefales å innhente årsverksopplysninger i form av *stillingsprosenter* anvendt til forskning/forskningsstøtte, slik at den faktiske stillingsandelen deles opp mellom forskning og øvrige aktiviteter. Ufordringen blir her å funksjonsfordele det regnskapet som faktisk foreligger.

- ✓ Skjematikk bør *utfylles så langt som mulig fra administrasjonen før utsending* – for eksempel kan personallrådgivere/økonomirådgivere eller andre fylle ut personaloversikten og de totale stillingsandelene. På forhånd kan professoratene etc. ved universitetsklinikkene fylles ut (viktig at den universitetslønnede delen av stillingen ikke blandes inn i den sykehuslønnede delen av stillingen).

- ✓ Skjema og formål bør gjennomgås nøye med enhetens leder og eksemplifiseres – helst bør det *gjennomføres møter i forkant av / rett etter utsendingen*. En gjennomgang med en eller flere enheter om gangen bør vektlegges, og en *fagperson fra sykehusledelsen* (forskning og/eller medisin) bør delta i møtene sammen med den som praktisk skal koordinere og gjennomføre kostnadsberegningen. Dette øker legitimiteten og minsker motstanden (som vil komme i varierende grad fra full støtte til full motstand!).

- ✓ Det er viktig å *få frem formålet* – dette er ikke opplagt for de som skal rapportere. Det vil alltid være en mulighet for underrapportering i frykt for at dette vil bli neste budsjett som skal salderes. Nytteverdien er størst nasjonalt og på sykehusnivå.

12.3.2 Kostnadsbasert metode

Malen har en fane med input av faktiske tall som skal benyttes i kalkylen. Dette vil i prinsippet være svært sammenfallende med aktivitetsbasert metode, men tillegget vil kun omfatte de kostnadsartene (direkte henførbare kostnader) som ikke rapporteres direkte fra kostnadsstedet eller prosjektet

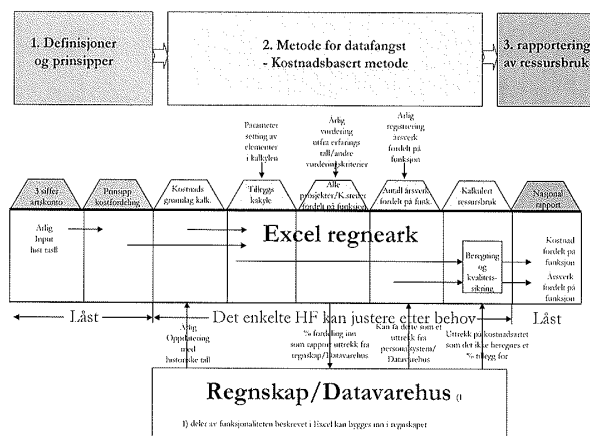
Også her må det løpende/årlig registreres faktisk ressursbruk (timer/årsverk) for personale det føres kostnader for i foretakets eget regnskap, og personale det IKKE føres kostnader for i foretakets eget regnskap. Den sistnevnte kategorien skal kun benyttes som grunnlag for å kunne kalkulere kostnadsforbruk av infrastruktur.

I motsetning til aktivitetsbasert metode vil faktiske bokførte kostnader på hvert enkelt kostnadssted eller prosjekt danne grunnlag for et prosentvis tillegg for indirekte kostnader eller direkte kostnader som ikke er tatt med i grunnlaget for kalkulering av tillegget. Dette tillegget bør være i % av direkte faktiske lønnskostnader.

Et viktig element ved denne metoden er en detaljert gjennomgang av alle kostnadssteder/prosjekter som er involvert i forskningsaktivitet (direkte engasjert eller bidrar med støttefunksjoner som laboratorietjenester, radiologi etc. ifm. prosjekter).

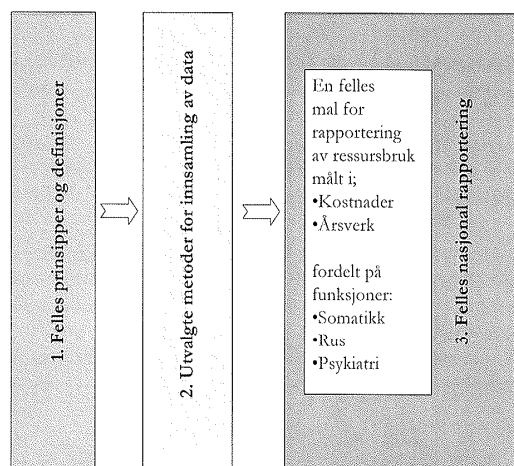
Hvert enkelt kostnadssted/prosjekt må defineres i forhold til en prosentvis andel av forskning hvor andelen for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere og psykisk helsevern kommer klart frem.

Malene følger denne strukturen:



12.4 Del 3: Rapportering av ressursbruk til forskning

Rapporteringen ut fra HF'et (til RHF'et) skal følge et fastsatt skjema. Dette vil kunne være grunnlag for nasjonale sammenlikninger og oppfølging av forskningen på en helhetlig måte.



Denne standardiserte rapporteringen er relativt enkel, men er avhengig av kvaliteten på grunndata.

13 Rapportering

Rapportering av ressursbruk ut fra HF'et – bygget på felles definisjoner og prinsipper – må være standardisert. Dette er viktig for å kunne benytte resultatene av rapporteringene på tvers av HF og RHF.

13.1 Ansvar for rapportering

Ansvar for forskningen i HF'ene skal ligge i styringslinjene. Forskningsmidlene bør forvaltes sammen med de ordinære midlene til (klinisk) drift, men slik at de er tydelig atskilt i regnskapet eller enkelt å trekke ut.

Utfordringen består i å koordinere rapporteringsrutiner (innad i HF og regionalt), samt at omfanget holdes til det nødvendige minimum for å sikre at ikke forskningstid unødig benyttes til rapportering.

HF-ledelsen har ansvaret for å rapportere i henhold til standardiserte maler til sitt RHF og NIFU STEP. Interne rutiner og retningslinjer for intern rapportering ligger under det enkelte HF'ets ansvarsområde.

13.2 Rapporteringsmal

Ressursmåling av forskning 2005

Foretakets navn: xxx HF
Region: Helse Sør RHF
Periode: 2005
Kontaktperson: Lars Rønning

Rapportering om ressursbruk og finansiering av forskningsaktivitet

1. Forskning per område:

	% andel	NOK	Årsverk
Total ressursbruk til forskning	100 %	33 231 100	19,0
Herav Psykisk helsevern	21 %	7 020 337	4,0
Herav Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere	11 %	3 495 168	2,0

2. Finansiering av forskningsaktivitet (føres i regnskapet):

	NOK
Finansiert via regionale samarbeidsorgan / RHF (øremerket tilskudd)	17 000 000
Andre eksterne kilder (1)	14 100 000
Skriv inn navn på kilde	2 000 000
Skriv inn navn på kilde	1 000 000
Skriv inn navn på kilde	2 000 000
Skriv inn navn på kilde	2 000 000
Skriv inn navn på kilde	3 400 000
Skriv inn navn på kilde	3 700 000
HF egenfinansiering	2 131 100
Total finansiert forskning / regnskapsført (2)	33 231 100

1) Midler som ikke er tildelt gjennom Regionale foretak. Eksempler er:

Norges forskningsråd, Helse- og rehabilitering, Norske kvinners sanitetsforening, div. pasientforeninger etc.

2) Totalen skal alltid være lik total ressursbruk