



Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2013

Hovedresultater og dokumentasjon

Ole Wiig

Rapport 28/2014

NIFU

Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2013

Hovedresultater og dokumentasjon

Ole Wiig

Rapport 28/2014

Rapport	28/2014
Utgitt av Adresse	Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning PB 5183 Majorstuen, NO-0302 Oslo. Besøksadresse: Wergelandsveien 7, 0167 Oslo
Oppdragsgiver Adresse	Helse- og omsorgsdepartementet Postboks 8011 Dep., 0030 Oslo
Trykk	Link Grafisk
ISBN	978-82-327-0018-9
ISSN	1892-2597 (online)

www.nifu.no

Forord

For åttende gang har NIFU gjennomført måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid i helseforetakssektoren. Rapporteringen bygger på et opplegg utviklet av de regionale helseforetakene i regi av Helse- og omsorgsdepartementet og det daværende Helse Sør RHF. Etter å ha overtatt det operative ansvaret for målesystemet fra og med 2006-rapporteringen, har NIFU videreutviklet målesystemet i samarbeid med sektoren selv. Rapporteringen er dessuten samordnet med den norske FoU-statistikken.

Hovedformålet med denne rapporten er å dokumentere gjennomføringen av og hovedresultater fra målingen av helseforetakenes ressursbruk til forskning i 2013.

Prosjektet er gjennomført av Bjørn Magne Olsen, Hebe Gunnes og Ole Wiig. Sistnevnte har vært prosjektleder og har skrevet denne rapporten.

Vi vil benytte anledningen til å takke våre kontaktpersoner i de enkelte helseforetakene og private, ideelle sykehusene og andre som har bidratt ved innrapporteringen av materialet og gitt nyttige innspill i arbeidets ulike faser, også i høringsrunden for foreliggende rapport.

Oslo, 17.09.2014

Sveinung Skule
Direktør

Susanne Lehmann Sundnes
Forskningsleder

Innhold

Sammendrag.....	7
1 Innledning	9
1.1 Bakgrunn og formål	9
1.2 Forbedring og videreutvikling av målesystemet	9
1.3 Endringer i 2013-rapporteringen.....	10
1.4 Gjennomføring i forhold til tidsplanen	10
1.5 Rapporteringsenhetene.....	11
1.6 Kontroll av materialet.....	12
1.7 Samlet vurdering av materialet.....	13
1.8 Om denne rapporten	13
2 Hovedresultater 2013	15
2.1 Samlet ressursbruk til forskning i 2013	15
2.2 Ressursbruken til forskning på regionalt nivå i 2013	17
2.3 Utviklingen fra 2012 til 2013	20
3 Forskning innen særskilte områder	23
3.1 Ressursbruk til forskning innenfor psykisk helsevern i 2013	23
3.2 Ressursbruk til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2013	24
Referanser.....	26
Vedlegg	27
Vedlegg 1: Rapporteringsenhetene 2013	27
Vedlegg 2: Oversikt på helseforetaksnivået 2013.....	30
Vedlegg 3: Detaljert oversikt over ressursbruk til forskning i 2013 per helseforetak i de fire helseregionene	34
Vedlegg 4: Hovedprinsipper, definisjoner og avgrensninger.....	36
Vedlegg 5: Rapporteringsskjema og veiledningsmateriale 2013	39
Vedlegg 6: Tabeller om forskning og utviklingsarbeid (FoU) 2013.....	55
Tabelloversikt	56
Figuroversikt.....	57

Sammendrag

NIFU gjennomfører årlig målinger av ressursbruken til forskning i spesialisthelsetjenesten. I prinsippet registreres all ressursbruk til forskning, uavhengig av finansieringskilde. Målingen dekker dermed forskningsaktivitet finansiert gjennom uttelling på søknader om utlyste prosjektmidler og annen eksternt finansiert forskning, men også ressurser til forskning utført av sykehusenes eget forskningspersonale og kliniske personale i tilknytning til pasientbehandling og forskning finansiert over basisbevilgningen og av de øremerkede midlene fra Helse- og omsorgsdepartementet. Dessuten inngår ressursbruk til bygninger, utstyr og materialer.

Om lag 40 helseforetak og private, ideelle sykehus i spesialisthelsetjenesten inngår i målesystemet for ressursbruk til forskning. Dessuten inngår de regionale helseforetakene. Denne rapporten er konsentrert om helseforetaksnivået. I 2013 rapporterte i alt 38 helseforetak og private, ideelle sykehus at de hadde forskningsaktivitet. Hovedresultater basert på deres oppgaver er følgende:

- Helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte om samlede driftskostnader til forskning på vel 3,1 milliarder kroner i 2013. Beløpet omfatter all ressursbruk som er bokført i helseforetak og private, ideelle sykehus, dvs. lønnskostnader, varekostnader, andre driftskostnader inkludert avskrivninger mv.
- Sammenlignet med 2012 var dette en økning på 275 millioner kroner eller i underkant av 10 prosent. Justert for anslått lønns- og prisvekst gir det en realvekst på om lag 6 prosent.
- Helseforetakene oppga å ha utført 2 565 forskningsårsverk som var 165 flere enn i 2012 – en økning på om lag 7 prosent. Tallet inkluderer årsverk utført av overleger, leger og psykologer i klinisk stilling, ansatte i forskerstillinger og ansatte i forskningsstøttefunksjoner.
- Innrapporterte driftskostnader til forskning utgjorde i gjennomsnitt 2,6 prosent av totale driftskostnader til alle spesialisthelsetjenestens lovpålagte oppgaver i 2013, mot 2,5 prosent i 2012.
- Et forskningsårsverk kostet i gjennomsnitt litt over 1,2 millioner kroner.
- De seks universitetssykehusene stod i 2013 for 82 prosent av rapporterte driftskostnader til forskning og 80 prosent av forskningsårsverkene.
- Helse Sør-Øst stod for to tredjedeler av den samlede forskningsinnsatsen i helseforetak og private, ideelle sykehus som i 2012, mens nest største region – Helse Vest – stod for en femtedel. Helse Midt-Norge og Helse Nord stod for 7 prosent hver.

- Forskningen i spesialisthelsetjenesten er i hovedsak finansiert som basisbevilgning eller øremerkede midler over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. I 2013 beløp disse midlene seg til sammen til vel 2,6 milliarder kroner. Det var 85 prosent av de samlede forskningsmidlene og 2,2 prosent av de totale driftskostnader til alle spesialisthelsetjenestens oppgaver.
- Oslo universitetssykehus HF (OUS) rapporterte å ha brukt 1,5 milliarder kroner til forskning i 2013, som var nesten tre fjerdedeler av driftskostnadene til forskning i Helse Sør-Øst og om lag halvparten av landstotalen.
- Innrapporterte driftskostnader til forskning utgjorde i gjennomsnitt 4,5 prosent av totale driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver ved universitetssykehusene, mot 0,9 prosent ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus. Forskningsandelen er høyere i Helse Sør-Øst (3,1 %) og Helse Vest (2,7 %) enn i Helse Nord (1,6 %) og Helse Midt-Norge (1,3 %).
- 476 millioner kroner eller 18 prosent av forskningsressursene i 2013 ble tilført fra eksterne kilder, bl.a. Norges forskningsråd og Kreftforeningen. Noe varierende praksis i registreringen av eksternt finansiert forskning kan gi systematiske forskjeller i finansieringsstrukturen helseregionene i mellom.
- Holder vi eksterntfinanseringen utenom, jevner andelene seg noe ut. Helse Sør-Østs andel faller til 2,6 prosent og Helse Vests til 2,5 prosent.
- 25 helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte om ressursbruk på til sammen 392 millioner kroner og 345 årsverk til forskning innenfor området psykisk helsevern i 2013. Det var om lag 13 prosent av samlede driftskostnader til forskning i helseforetak og private, ideelle sykehus.
- 17 helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte om ressursbruk på til sammen 42 millioner kroner og 35 årsverk til forskning innenfor området tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere. Det var om lag 1,4 prosent av den samlede forskningsinnsatsen i spesialisthelsetjenesten i 2013.

Generelt vurderer vi ressursmålingen for 2013 som bedre enn for tidligere årganger. De aller fleste enhetene er flinkere til å overholde fristen. Det er også vårt inntrykk at arbeidet med å få lokale rapporteringsrutiner på plass er kommet lenger. Dessuten har vi fra 2012 innført en noe mer detaljert kostnadsspesifisering som i 2013 har muliggjort bedre kontroll for enkelte, spesielle forhold i materialet, for eksempel effekten av endringer i pensjonssystemet. Slike tiltak styrker kvalitetssikringsarbeidet og styrker sammenlignbarheten mellom helseforetak.

I rapporteringsperioden har vi vært i løpende kontakt med flere enheter som har arbeidet systematisk med å bedre sine interne rapporteringssystemer. Dette bidrar også til at kvaliteten på oppgavene blir bedre etter hvert som rapporteringsrutiner, systemer, definisjoner og vurderingskriterier implementeres lokalt. Fortsatt er det riktignok et forbedringspotensial for enkelte rapporteringsenheter. Resultatene fra 2013-rapporteringen var dessuten et av temaene på et nasjonalt møte med sektoren i august 2014. Innspill i dette møtet vil bli tatt med i det videre arbeidet med å forbedre og videreutvikle målesystemet.

Tross tiltakene må vi fortsatt regne med at organisatoriske, administrative og budsjettmessige endringer vil gjøre det problematisk å foreta sammenligninger over tid. Ved sammenligninger med tall fra før 2008 bør det uansett utvises stor grad av forsiktighet. Ved sammenligninger av tall for perioden 2009-2012 bør man være spesielt oppmerksom på kostnadseffekten av pensjonsreguleringer. Bakgrunnen er pensjonsreformen som hadde konsekvenser for alle virksomheter med ytelsesbaserte pensjonsordninger. Slike forhold vil kunne virke forstyrrende inn på det vi skal måle – forskningsressurser og -aktivitet og endringer i disse.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og formål

Siden 2006 har NIFU gjennomført årlige målinger av ressursbruken til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetak og private, ideelle sykehus. Målesystemet har et dobbelt siktemål. For det første skal det gi Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og de regionale helseforetakene (RHF) styringsinformasjon om forskning. For det andre inngår materiale fra målesystemet som datagrunnlag for FoU-statistikken, både nasjonalt og internasjonalt. For det tredje gir det de enkelte helseforetak og private, ideelle sykehus informasjon om egen FoU-aktivitet. I denne rapporten beskriver vi hovedmønstre for ressursbruk til *forskning* i helseforetakene og de private, ideelle sykehusene i 2013. FoU-statistikk publiseres i andre sammenhenger.¹

Bakgrunnen for å etablere målesystemet var at forskning med virkning fra 2001 ble en av fire lovfestede² hovedoppgaver for spesialisthelsetjenesten. Det førte til sterkt og økende fokus og satsing på forskning i spesialisthelsetjenesten som har et hovedansvar for den pasientrettede, kliniske forskningen. Dette ga igjen interesse for helhetlig og god styringsinformasjon om forskningens omfang, produktivitet og kvalitet. Etableringen av målesystemet for ressursbruk til forskning var et ledd i dette arbeidet.

Ressursmålingen er avgrenset langs to dimensjoner. For det første er den avgrenset til forskning og utviklingsarbeid (FoU) med utgangspunkt i OECDs definisjoner.³ For det andre er den avgrenset med hensyn til hvilke ressurser, dvs. årsverk og kostnader, som skal registreres. Begge dimensjoner er viktige for å få gode, sammenlignbare data. Generelle definisjoner og hovedprinsipper er beskrevet i Vedlegg 4.

1.2 Forbedring og videreutvikling av målesystemet

Rapporteringsystemet er fortsatt under utvikling. Det langsiktige målet er å synliggjøre ressursbruk til forskning i helseforetakene på linje med andre forskningsutførende enheter og med annen ressursbruk i helsetjenesten og å gjøre data mest mulig sammenlignbare mellom helseregioner, helseforetak (inkludert private, ideelle sykehus) og over tid. Som ledd i forbedrings- og videreutviklingsarbeidet ble det i møte i RHFenes strategigruppe for forskning 18. februar 2010

¹ Se f.eks. Det norske forsknings- og innovasjonssystemet – statistikk og indikatorer 2013, Norges forskningsråd 2013. Rapporten finnes også i nettsversjon på Forskningsrådets hjemmesider. Noen hovedtall for FoU samlet er tatt inn i Vedlegg 6 til denne rapporten.

² LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).

³ *Proposed Standard Practice for Surveys on Research and Experimental Development. Frascati Manual 2002*, OECD Paris.

nedsatt en arbeidsgruppe. Arbeidsgruppens innstilling ble trykket i NIFUs rapportserie.⁴ Noen av gruppens anbefalinger ble implementert allerede i 2010-rapporteringen, mens andre ble fulgt opp og konkretisert av Ressursgruppen. Fra 2011 ble arbeidsgruppen videreført i en permanent ressursgruppe for målesystemet – kalt Ressursgruppen. Gruppens medlemmer oppnevnes av de fire regionale helseforetakene og har dessuten observatører fra Forskningsrådet, Helsedirektoratet og universitetenes medisinske fakulteter. Ressursgruppen har avgitt tre innstillinger som er utgitt i NIFUs arbeidsnotatserie⁵ og som ligger til grunn for enkelte endringer i rapporteringsopplegget for 2011-2013. Ressursgruppen vil fortsette sitt arbeid i 2014. Det vil kunne resultere i flere endringer, som i så fall vil bli varslet i god tid.

1.3 Endringer i 2013-rapporteringen

Blant annet på bakgrunn av analyser og diskusjoner i Ressursgruppen er det gjort enkelte endringer i rapporteringsopplegget for 2013. Sammenlignet med 2012-rapporteringen er det gjort endringer på tre områder:

- Driftskostnader. Her er det gjort enkelte presiseringer i veiledningsteksten i Vedlegg med definisjoner, klassifikasjoner og retningslinjer.
- Investeringer. Her er det føyd til en kolonne for spesifikasjon av ev. ekstern finansiering av investeringene.
- Årsverk. Her er det gjort enkelte endringer i kategoriseringen. Psykologer i klinisk stilling er skilt ut som en egen kategori. Som ledd i arbeidet med å utvikle mer presise indikatorer for ulike deler av forskningsaktiviteten arbeides det også med å få spesifisert eksternt finansierte forskningsårsverk.⁶

Endringene gjelder både forskning og utviklingsarbeid og er dokumentert i Vedlegg 5 til denne rapporten som omfatter rapporteringsskjemaet for 2013, med følgebrev og veiledningsmateriale.

Parallelt med ressurmålingen ble det denne gangen gjennomført en kartlegging av ekstern midler tildelt fra Norges forskningsråd og EU til bruk i Helse- og omsorgsdepartementets system for beregning av resultatbasert forskningstilskudd; jf. pkt. 3 i brevet i Vedlegg 5. Denne kartleggingen omtales ikke nærmere i denne rapporten.

1.4 Gjennomføring i forhold til tidsplanen

Tidsplanen for rapporteringen ble endret fra og med 2011-målingen. Målsettingen var å få hovedtall klare samtidig med årlig melding fra de regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet som har frist 15. mars.

Hovedhenvendelsen ble sendt per e-post til i alt 40 helseforetak og private, ideelle sykehus i månedsskriftet november/desember 2013, med kopi til kontaktpersoner i de regionale helseforetakene som også ble bedt om å rapportere. I e-posten ble det oppgitt en lenke til NIFUs websider der følgende dokumenter var lagt ut:⁷

⁴ Ole Wiig og Anne Husebekk (red.): *Videreutvikling av system for måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetakene*. Rapport fra en arbeidsgruppe, NIFU Rapport 22/2011.

⁵ Pål Bakke og Ole Wiig (red.): *Endringer i system for måling av ressursbruk til FoU i helseforetakene*. Rapport I fra en rådgivende gruppe (Ressursgruppen) oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning, NIFU Arbeidsnotat 12/2011. Ole Wiig og Pål Bakke (red.): *Flere endringer i system for måling av ressursbruk til FoU i helseforetakene*. Rapport II fra en rådgivende gruppe (Ressursgruppen) oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning, NIFU Arbeidsnotat 11/2012. Pål Bakke og Ole Wiig (red.): *Forskjeller i rapportert ressursbruk til FoU i helseforetakene., med fokus på forholdet til UoH-sektoren*. Rapport III fra en rådgivende gruppe (Ressursgruppen) oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning, NIFU Arbeidsnotat 18/2013.

⁶ I den forbindelse ble det i 2013-skjemaet bedt om en underspesifikasjon av *eksternfinansierte* årsverk. En gjennomgang av materialet viser imidlertid at en betydelig del av respondentene har feiltolket spørsmålsstillingen. Disse tallene er derfor ikke publisert i 2013-rapporten. Det vil imidlertid bli arbeidet videre med problemstillingen i forberedelsene til 2014-målingen.

⁷ I tillegg ble det denne gangen sendt ut et eget skjema der vi ba om oppgaver over innbetalinger av forskningsmidler i 2013 fra Norge forskningsråd og EU. Dette er en egen undersøkelse og omtales ikke videre i denne rapporten.

- Rapporteringsskjema for måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) 2013
- Følgrebrev til rapporteringsskjema for måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid 2013
- Vedlegg med definisjoner og retningslinjer for utfyllingen 2013

Dokumentene er gjengitt i Vedlegg 5 til denne rapporten.

Svarfristen ble satt til fredag 28. februar 2014.

Innen utgangen av fredag 28. februar 2014 hadde 34 av 40 helseforetak og private, ideelle sykehus rapportert. Det vil si at 85 prosent svarte innen fristen, mot om lag to tredjedeler i 2012. Iløpet av torsdag 6. mars hadde vi mottatt ytterligere fem rapporter, slik at 39 av 40 enheter hadde rapportert innen 15. mars som var NIFUs frist for videre rapportering. Siste rapport var oss i hende 2. april. 38 av de 40 enhetene rapporterte at de hadde FoU-aktivitet i 2013, mens 2 oppga ikke å ha slik aktivitet dette året.

Vi ga fortløpende tilbakemeldinger og stilte spørsmål på bakgrunn av skjemakontrollen. En kortfattet rapport med hovedtall for 2013 ble sendt Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og RHFenes strategigruppe for forskning 15. mars 2014.

Sett under ett er rapporteringstiden *kortet vesentlig ned* sammenlignet med tidligere år.

1.5 Rapporteringsenhetene

Rapporteringen er avgrenset til spesialisthelsetjenesten i Norge.⁸ I praksis dekkes helseforetak og dessuten private, ideelle sykehus som har avtale med et regionalt helseforetak, som mottar hovedtyngden av sin finansiering fra det regionale helseforetaket og dermed bidrar til å understøtte det regionale helseforetakets «sørge for»-ansvar og som driver forskning og/eller utviklingsarbeid. Beslutninger om hvilke enheter som skal inngå i rapporteringssystemet, fattes av Helse- og omsorgsdepartementet i samråd med de regionale helseforetakene og NIFU. Dessuten mottar vi oppgaver fra de regionale helseforetakene.

I fremstillingen i denne rapporten har vi, som tidligere år, hovedfokus på helseforetaksnivået. Til sammen omfatter 2013-rapporten ressursoppgaver fra 38 enheter, hvorav 24 er organisert som helseforetak, og 14 er private, ideelle sykehus.

Med hjemmel i forskrift om godkjenning av bruk av betegnelsen universitetssykehus m.m.⁹ er i alt 6 av de 24 helseforetakene definert som universitetssykehus. De seks er:

- Oslo universitetssykehus HF
- Akershus universitetssykehus HF
- Helse Bergen HF, Haukeland universitetssykehus
- Helse Stavanger HF, Stavanger universitetssykehus
- St. Olavs Hospital HF
- Universitetssykehuset i Nord-Norge HF

Oversikter over alle de 38 rapporteringsenhetene som oppga FoU-aktivitet i 2013 finnes i Vedlegg 1.

Når det gjelder enkeltenheter, vil vi dessuten nevne følgende:

⁸ En samlet beskrivelse av ressursinnsatsen i medisinsk og helsefaglig FoU, inkludert universiteter og institutter, er publisert i, Gunnes, Sundnes, Wiig og Blystad (2013).

⁹ FOR 2010-12-17 nr 1706: Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten, som trådte i kraft 1.1.2011.

- Aktiviteten i *Rusbehandling Midt-Norge HF* er overført til Helse Nord-Trøndelag HF, St. Olavs Hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF fra 1.1.2014. Foretaket har imidlertid rapportert som egen enhet for 2013.
- *Helse Midt-Norge IT (HEMIT)* er en avdeling i Helse Midt-Norge RHF og har som regional IT-enhet eierskap til og ansvar for sentrale servere, felles programvare og felles infrastruktur i Helse Midt-Norge RHF. Oppgaver innhentes separat, men FoU-ressurser behandles i denne rapporten under RHF-et.
- *Helse Finnmark HF* skifter navn til Finnmarkssykehuset HF fra 1.1.2014, men er i denne rapporten omtalt under gammelt navn.
- Det er ikke meldt inn nye rapporteringsenheter¹⁰ i 2013.

Noen ytterligere enheter er vurdert og noen forespurt, men har ikke rapportert forskningsressurser i 2013. De vil bli vurdert kontaktet på nytt i forbindelse med 2014-rapporteringen.

I tillegg ble de regionale helseforetakene (RHF) forespurt om materiale. De har rapportert noe ulikt. Helse Sør-Øst RHF har, som tidligere, oppgitt at forskningsmidler i sin helhet går til egen helseforetaksgruppe. Til egen helseforetaksgruppe regnes her også private, ideelle sykehus i regionen, f.eks. Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus. De tre øvrige RHFene rapporterte om FoU-ressurser som fordeles utenom egen foretaksgruppe (inkludert private, ideelle sykehus), og dermed ikke registreres i helseforetakene i regionen.¹¹

1.6 Kontroll av materialet

NIFU har gjennomgått det innrapporterte materialet og kvalitetssikret det så langt som mulig. I kontrollen har vi lagt vekt på utviklingen i sentrale indikatorer som driftskostnader, årsverkskostnader, forskningens andel av samlede driftskostnader mv. I den grad helseforetakene har etterkommet vår oppfordring om å sende inn underlagsmateriale med tallgrunnlag, beregninger mv., har vi også gått gjennom dette for å finne forklaringer på eventuelle uventede utslag på de ulike indikatorene. På bakgrunn av gjennomgangen har vi kontaktet mange, men ikke alle, helseforetak på telefon eller e-post og stilt spørsmål, bedt om forklaringer og utdypende informasjon og gitt tilbakemeldinger, også med sikte på videreutvikling av de lokale rapporteringssystemene. Henvendelsene har i en del tilfeller resultert i reviderte tall fra helseforetakene.

1.6.1 Totalressursene

Som mål for totalressursene har vi, som tidligere, brukt driftskostnader inklusive avskrivninger i løpende priser. Dette er viktig input til en sentral indikator i rapporten, nemlig forholdet mellom driftskostnader til forskning og driftskostnader til alle spesialisthelsetjenestens lovpålagte oppgaver. Indikatoren sier noe om forskningsintensiteten både samlet, per region og i det enkelte helseforetak eller private, ideelle sykehus. Den er dessuten nyttig i kontrolløyemed. Tidsplanen for rapporteringen gjør at tallene for helseforetakene innhentes fra de regionale helseforetakene, mens tall innhentes direkte fra det enkelte private, ideelle sykehus. Tallene er hentet på et relativt tidlig tidspunkt i regnskapsavslutningen og er derfor ikke helt endelige. Vurderingen er at dette er de beste, tilgjengelige tallene på dette tidspunktet, og dialogen med kontaktpersonene våre tyder på at det er lite sannsynlig med større endringer som vil endre hovedbildet for vår indikator vesentlig.

Vi er blitt gjort oppmerksom på at totaltall for enkelte enheter kan være misvisende. I noen tilfeller har vi derfor justert tallene. Spørsmålet om å eventuelt justere rutinene på dette punktet, f.eks. å innføre

¹⁰ Nye enheter vurderes hvert år tatt inn i dialog med de regionale helseforetakene.

¹¹ En tabell som også omfatter innrapportert ressursbruk fra de regionale helseforetakene er gjengitt i vedlegg 6.

en ekstra oppdaterings- og kvalitetssikringsrunde før tallene publiseres i den årlige rapporten, vurderes tatt opp i Ressursgruppen før 2014-undersøkelsen.

1.6.2 Høringsrunde

2013-tallene for den enkelte helseregion ble sendt det aktuelle regionale helseforetak for kontroll og kommentarer før de ble rapportert inn i forbindelse med årlig melding 15. mars 2014. Vi har fått nyttige tilbakemeldinger på disse henvendelsene. I noen tilfeller har vi fått direkte korrigeringer, mens tallene i andre tilfeller er kommentert og registrert med sikte på videre oppfølging og forbedringstiltak på helseforetaksnivå fram mot neste rapportering.

1.7 Samlet vurdering av materialet

På denne måten skjer det stadig forbedringer i rapporteringen, men man bør fortsatt utvise varsomhet med detaljerte sammenligninger mellom institusjoner og med å trekke slutninger om foretakenes produktivitet og effektivitet og utviklingen over tid. Ved omorganiseringer, særlig av større enheter, reduseres muligheten til å benytte seg av sammenligninger med forrige år som kontrollmetode. Dessuten gir dette en risiko for at rapporteringssystemet ikke umiddelbart fanger opp alle ressurser.

Gjennom kvalitetssikringsarbeidet har vi inntrykk av at mange helseforetak nå har tilrettelagt interne systemer og rutiner som understøtter rapporteringen på en bedre måte enn tidligere år. De interne rapporteringssystemene er i større grad fulldekkende for de underliggende organisatoriske enhetene enn tidligere. Ressursinnsatsen måles dessuten på en mer ensartet måte, dvs. at relevante kostnader nå i større grad tas med i beregningene av samlet ressursinnsats til forskning.

Samtidig har vi inntrykk av at det fortsatt er et forbedringspotensial i rapporteringen. For det første vil arbeidet med å videreutvikle definisjoner med gode avgrensninger og operasjonaliseringer fortsette, bl.a. når det gjelder utviklingsarbeid. For det andre har arbeidet med rapporteringsopplegget kommet ulike langt i ulike foretak. Mange ser ut til å ha fått implementert gode rutiner internt, mens andre fortsatt sliter med hele eller deler av rapporteringsopplegget. Samlet sett vurderer vi datakvaliteten som bedre enn noen gang, men den er fortsatt ikke optimal. Det bør derfor fortsatt utvises en viss forsiktighet i tolkning og bruk av materialet i sammenligninger – *særlig over tid*, men også mellom regioner og mellom helseforetak.

1.8 Om denne rapporten

I tråd med det ene hovedformålet for rapporten – dokumentasjon av 2013-målingen – inneholder *kapittel 1* en redegjørelse for innsamling og prosessering av data og endringer i rapporteringsopplegget fra 2012 til 2013. Oversikter over rapporteringsenhetene finnes i *Vedlegg 1*, mens det er redegjort for hovedprinsipper og definisjoner i *Vedlegg 4*. Rapporteringsskjema med veiledningsmateriale er gjengitt i *Vedlegg 5*. I *Kapittel 2* beskriver vi hovedtrekk ved helseforetakenes ressursbruk til forskning i 2013. Oversikter over registrerte forskningsressurser på foretaksnivå er gjengitt i *Vedlegg 2 og 3*. I *kapittel 3* gir vi en kortfattet beskrivelse av helseforetakenes ressursbruk i 2013 til forskning innen psykisk helsevern og innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere, som er særskilte satsinger innenfor dette forvaltningsområdet.

2 Hovedresultater 2013

I det følgende redegjør vi for hovedresultater fra 2013-rapporteringen, med hovedvekt på ressursbruken til *forskning* på *helseforetaksnivået*. For enkelhets skyld omtaler vi helseforetak og private, ideelle sykehusene som *helseforetak (HF)*, med mindre det er et eksplisitt formål å skille mellom dem. Først redegjør vi for hovedresultatene på nasjonalt nivå (2.1), før vi sammenligner ressursbruken til forskning mellom helseregioner (2.2) og beskriver utviklingen i registrerte forskningsressurser fra 2012 til 2013. I *Vedlegg 6* finnes noen hovedtall for ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU).

2.1 Samlet ressursbruk til forskning i 2013

Samlet ble det innrapportert 2 565 forskningsårsverk i 2013 og samlede driftskostnader til forskning på 3,1 milliarder kroner. Det fremgår av tabell 2.1. Kostnadstallene omfatter driftskostnader til forskning som er regnskapsført i helseforetak og private, ideelle sykehus, dvs. så vel forskning finansiert over basisbevilgninger og øremerkede bevilgninger fra Helse- og omsorgsdepartementet som eksternt finansiert forskning.

Tabell 2.1 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus i 2013, etter type institusjon.¹ Driftskostnadene² er her *inklusive* eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Indikator	Universitets- sykehus	Øvrige HF og private, ideelle sykehus	Alle
Totale driftskostnader. Mill. kr	56 378	62 868	119 246
%	47	53	100
Driftskostnader til forskning. Mill. kr	2 557	547	3 103
%	82	18	100
Driftskostnader til forskning i % av totale driftskostnader	4,5	0,9	2,6
Antall forskningsårsverk	2 061	504	2 565
%	80	20	100
Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk. Kroner	1 241 000	1 085 000	1 210 000
Antall rapporteringsenheter	6	32	38

¹ Kategoriseringen følger FOR 2010-12-17 nr. 1706. Se Vedlegg 1 for detaljert kategorisering av enhetene.

² Omfatter helseforetak og private, ideelle sykehus, men ikke regionale helseforetak (RHF).

Innrapporterte forskningskostnader utgjorde dermed i gjennomsnitt 2,6 prosent av de samlede kostnadene til alle funksjoner. Et forskningsårsverk kostet i gjennomsnitt vel 1,2 millioner kroner.

Universitetssykehus og andre

Tabell 2.1 viser også, ikke overraskende, at universitetssykehusene stod for en langt større andel av forskningsressursene enn av totalressursene til alle lovpålagte oppgaver. Til sammen rapporterte universitetssykehusene driftskostnader til forskning på vel 2,5 milliarder kroner, som var 82 prosent av de samlede driftskostnadene til forskning i spesialisthelsetjenesten i 2013. Det var om lag samme andel som i 2012, da den var 83 prosent. Øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus oppga til sammen å ha brukt vel 547 millioner kroner på forskning i 2013. Forskning utgjorde dermed 4,5 prosent av universitetssykehusenes totalaktivitet, målt i driftskostnader, mot 0,9 prosent ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus.

Også innenfor gruppen av universitetssykehus er det betydelige variasjoner i forskningsintensiteten. Størst andel av totale driftskostnader utgjorde forskningen ved Oslo universitetssykehus (7,8 prosent) og ved Helse Bergen (4,3 prosent). Ved de andre universitetssykehusene lå forskningsandelen fra om lag halvannen til nærmere 3 prosent. Også blant de øvrige, dvs. enheter som ikke er universitetssykehus, har vi registrert enheter med høye forskningsandeler. Høyeste andel finner vi ved Sunnaas sykehus HF og Frambu Senter for sjeldne funksjonshemninger med godt i overkant av 5 prosent, mens andelene ved Modum Bad og Revmatismesykehuset lå litt under 5 prosent.

Universitetssykehusene oppga å ha utført 2 061 forskningsårsverk i 2013, som var om lag 80 prosent av årsverksinnsatsen til forskning i spesialisthelsetjenesten. Til sammenligning stod øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus for til sammen 504 forskningsårsverk. Universitetssykehusene stod dermed for en større del av de kostnadene enn av årsverkene. Dette reflekteres også i at et forskningsårsverk i gjennomsnitt kostet om lag 156 000 kroner mer ved universitetssykehusene.

Det er betydelige forskjeller i volumet på forskningsinnsatsen helseforetakene imellom. Det uten sammenligning største av dem er Oslo universitetssykehus HF (OUS) der det ble utført vel 1 240 forskningsårsverk i 2013, og samlede driftskostnader til forskning beløp seg til vel 1,5 milliarder kroner. OUS stod dermed for nesten halvparten av spesialisthelsetjenestens samlede forskningsressurser. Helse Bergen HF som er nest største aktør, rapporterte 326 forskningsårsverk og 410 millioner kroner til forskning som var om lag 13 prosent av den samlede forskningsinnsatsen i spesialisthelsetjenesten. I den andre enden av skalaen blant dem som rapporterte i 2013, finner vi NKS Olaviken alderspsykiatriske senter og Solli sykehus som rapporterte et halvt forskningsårsverk hver.

Finansieringsstrukturen

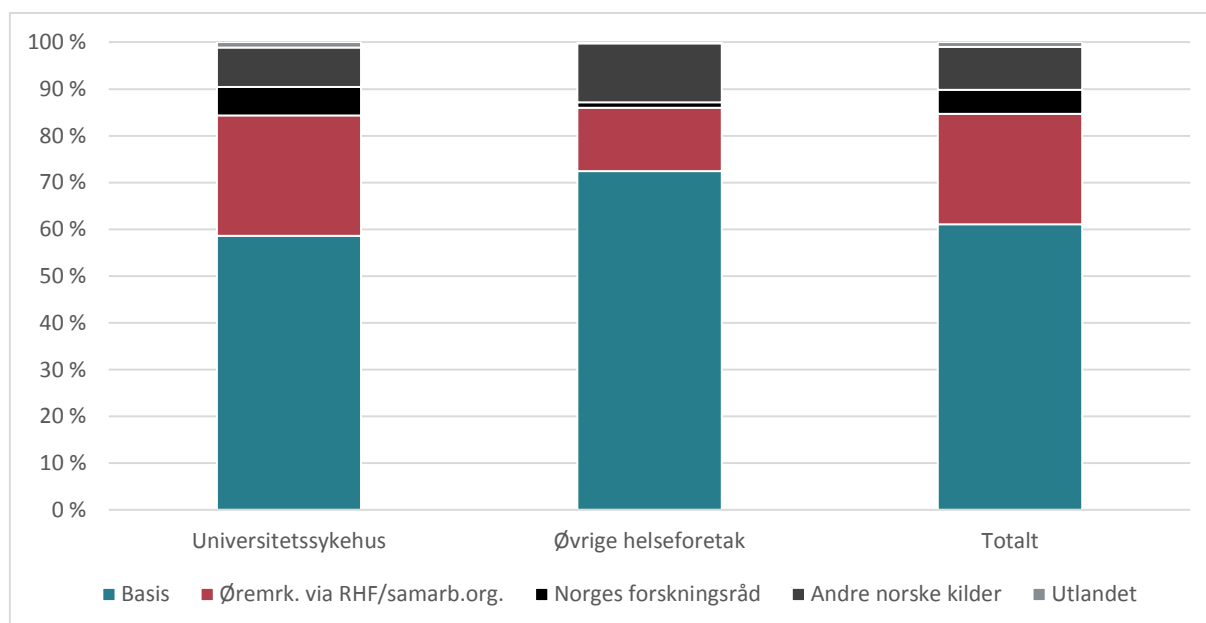
Figur 2.1 viser innrapporterte driftskostnader ved alle helseforetak og private, ideelle sykehus fordelt på hovedfinansieringskilder. Samlet ble vel nesten 1,9 milliarder kroner eller 61 prosent av driftskostnadene finansiert av basisbevilgningen over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Øremerkede forskningsmidler over samme budsjett, som fordeles via RHF og regionale samarbeidsutvalg, utgjorde til sammen 732 millioner kroner som var 24 prosent. Basisbevilgningen og øremerkede midler finansierte dermed mer enn 2,6 milliarder kroner eller 85 prosent av de samlede forskningsressursene i helseforetak og private, ideelle sykehus i 2013.

De resterende 15 prosent eller 476 millioner kroner av forskningsressursene ble oppgitt finansiert av andre, eksterne kilder. Blant disse var Norges forskningsråd største enkeltkilde med om lag 160 millioner kroner som var 5 prosent av den samlede ressursinnsatsen til forskning i spesialisthelsetjenesten i 2013. Forskningsrådet bidro dermed med omtrent samme kronebeløp som i 2012, men andelen av totalressursene gikk ned. Utenlandske midler utgjorde i alt 30 millioner kroner, som var 1 prosent av totalen. Av dette utgjorde EU-midlene om lag to tredjedeler.

Figuren viser også at universitetssykehusene og øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus har noe ulik finansieringsstruktur. Basisbevilgningen var lavere blant universitetssykehusene (59 prosent)

enn blant de øvrige (72 prosent) som til gjengjeld mottok en mindre andel av midlene i form av øremerkede midler (14 prosent) enn universitetssykehusene (26 prosent). Vi ser også at Norges forskningsråd finansierer en større andel av forskningen ved universitetssykehusene (6 prosent) enn ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus (1 prosent). Utenlandsfinansiert forskning gjelder nesten utelukkende universitetssykehusene.

Figur 2.1 Helseforetakenes finansieringsstruktur for forskning i 2013, totalt og etter type helseforetak.¹ Prosent.



¹ Kategoriseringen følger FOR 2010-12-17 nr. 1706; se nærmere i avsnitt 1.4.

Kilde: NIFU.

2.2 Ressursbruken til forskning på regionalt nivå i 2013¹²

Helse Sør-Øst er klart største helseregion når vi ser på totale driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver. Regionen stod for mer enn halvparten av de samlede ressursene og mer enn tre ganger så store ressurser som nest største region – Helse Vest.

Tabell 2.2 viser at på forskningsområdet stod Helse Sør-Øst for om lag to tredjedeler av de samlede ressursene, enten de måles i årsverk (1 756) eller driftskostnader (2,1 milliarder kroner). Det var også denne regionen som brukte størst andel av sine totale driftskostnader på forskning – 3,1 prosent.

Nest største helseregion – Helse Vest – hadde et forskningsvolum på 467 årsverk og 575 millioner kroner. Det var en snau femtedel av ressursbruken til forskning som omtrent tilsvarer regionens andel av totalressursene. Helse Vest brukte 2,7 prosent av sine totalressurser til forskning som var litt over landsgjennomsnittet på 2,5 prosent.

Helse Midt-Norge og Helse Nord stod begge for en relativt lavere andel av forskningsressursene enn av totalressursene. Helse Nord og Helse Midt-Norge stod for om lag like store andeler av samlede driftskostnader til forskning, men Helse Nords andel av årsverksinnsatsen var betydelig høyere enn Helse Midt-Norges. Målt i driftskostnader utgjorde forskningen en større andel av totalaktiviteten i Helse Nord (1,6 prosent) enn i helse Midt-Norge (1,1 prosent).

¹² En detaljert oversikt over ressursbruk for de enkelte helseregionene finnes i Vedlegg 3.

Helse Midt-Norge hadde de høyeste gjennomsnittlige årsverkskostnadene til forskning – nær 1,6 millioner kroner, mens Helse Nord hadde de laveste – snaut 1,1 millioner kroner. Helse Sør-Øst og Helse Vest lå relativt nær, om enn på hver sin side av, gjennomsnittet på denne indikatoren.

Tabell 2.2 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus¹ i 2013, etter helseregion. Driftskostnader er her *inklusive* eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Indikator	Helse Midt- Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Alle
Totale driftskostnader					
Mill. kr	16 695	13 650	67 373	21 528	119 246
Prosent	14	11	56	18	100
Driftskostnader til forskning					
Mill. kr	213	223	2 092	575	3 103
%	7	7	67	19	100
Driftskostnader til forskning i % av totale driftskostnader	1,3	1,6	3,1	2,7	2,6
Antall forskningsårsverk	134	207	1 756	467	2 565
%	5	8	68	18	100
Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk. Kroner	1 590 000	1 077 000	1 191 000	1 231 000	1 210 000
Antall rapporteringsenheter	5	5	19	9	38

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

Kilde: NIFU.

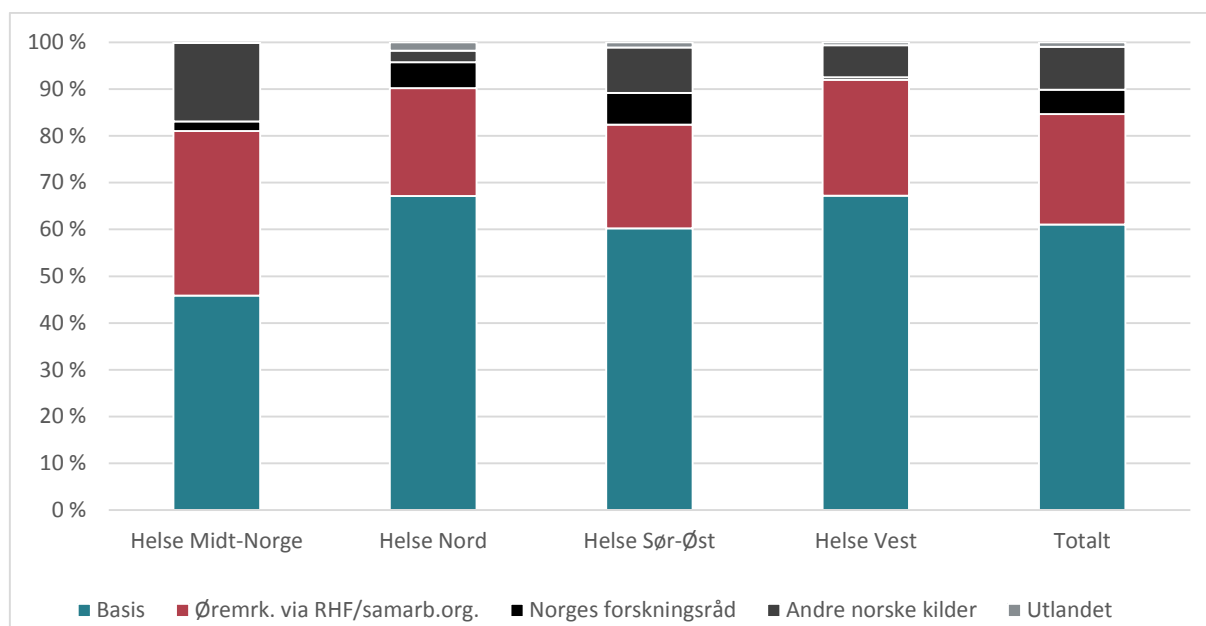
Finansieringsstrukturen

I avsnitt 2.1 beskrev vi hvordan forskning er finansiert i helseforetakene samlet og hvordan den varierer mellom typer av helseforetak. Figur 2.2 viser at finansieringsstrukturen også varierer mellom helseregioner. Høyeste basisfinansieringsandel finner vi i Helse Vest og i Helse Nord, der to tredjedeler av aktiviteten hadde slik finansiering. Helse Nords andel er dermed høyere enn i 2012 da den var om lag 60 prosent og på linje med Helse Sør-Østs. Laveste basisfinansiering finner vi i Helse Midt-Norge, der den utgjorde mindre enn halvparten av totalfinansieringen.

Til gjengjeld var andelen øremerkede midler tildelt gjennom regionalt helseforetak eller samarbeidsorgan høyere i Helse Midt-Norge enn i noen annen region (35 prosent). I de andre regionene utgjorde slik finansiering fra 22 til 25 prosent. Lavest var den i Helse Sør-Øst, men andelen i denne regionen har økt siden 2012.

Høyeste andel eksternt finansiert forskning finner vi i Helse Sør-Øst og i Helse Midt-Norge. I begge regioner ble nesten en femtedel av forskningsaktiviteten finansiert utenom basismidler og øremerkede midler. Andelen eksterne midler er minst i Helse Vest, der forøvrig bare vel en halv prosent var finansiert av Norges forskningsråd. Til sammenligning ble 7 prosent av forskningen i Helse Sør-Øst i 2013 finansiert av Norges forskningsråd.

Figur 2.2 Helseforetakenes finansieringsstruktur for forskning i 2013, totalt og etter helseregion. Prosent.



Kilde: NIFU.

Variasjonene henger til dels sammen med at regionene har ulik praksis når det søkes om forskningsmidler fra Forskningsrådet og andre eksterne kilder. Blant annet kan insentivsystemer legge føringer på søknadsprosesser i den forstand at midlene regnskapsføres der *prosjektledelse* og -administrasjon er lagt. I den grad forskningsrådsmidler blir registrert i regionen vil det dermed kunne være ved universitetet, også i prosjekter der større eller mindre deler av forskningen utføres ved helseforetaket. Det samme gjelder antagelig også andre midler, blant annet fra EU.¹³ At det nesten ikke registreres forskningsrådsmidler i Helse Vest kan slik sett delvis forklares med at forskningsrådssøknader nesten utelukkende er blitt fremmet gjennom universitetene.¹⁴ De innrapporterte ressursene kan sånn sett gi et skjevt bilde når innrapporterte forskningsressurser sammenlignes på tvers av regioner.

Forskjeller av denne typen kan imidlertid også skyldes reelle forskjeller regionene, forskningsinstitusjonene og –miljøene imellom. Den relativt høye andelen forskningsrådsmidler som registreres i Helse Sør-Øst kan f.eks. henge sammen med at regionen omfatter en rekke store basalforskningsmiljøer, f.eks. ved Oslo universitetssykehus, som er mer tilbøyelige til å søke Forskningsrådets programmer enn mer rendyrkede kliniske miljøer.

Ressursinnsatsen utenom eksterntfinansiert forskning

En måte å korrigere for slike forhold på er å holde eksternt finansiert forskning utenom i beregningene, slik at man bare sammenligner forskning finansiert av basisbevilgningen og øremerkede midler. Det har vi gjort i tabell 2.3.

Den prosentvise fordelingen av driftskostnader til forskning er nesten lik om man regner med eller uten eksterntfinansiert forskning; jf. tabell 2.2. Ser vi på forskningskostnadenes andel av totalkostnadene, finner den største forskjellen for Helse Sør-Øst. Inkludert eksterntfinansiering brukte Helse Sør-Øst 3,1 prosent av totalbudsjettet på forskning, mot 2,7 prosent om man holder disse midlene utenom. I Helse Nord går andelen ned med 0,3 prosentpoeng, men forskjeller mellom de to beregningsmåtene er

¹³ Se nærmere omtale i Wiig og Gunnes (2010:45) og Wiig og Husebekk (red.) (2011:33ff).

¹⁴ Se Wiig (2013:18ff).

mindre for de to andre helseregionene . Samlet sett er en hovedforskjell at differensen mellom Helse Sør-Øst og Helse Vest langt på vei utliknes når eksternfinansieringen holdes utenom.

Tabell 2.3 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus¹ i 2013, etter helseregion. Driftskostnader² til forskning *eksklusive* eksternt finansiert forskning.

Indikator	Helse Midt- Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Alle
Totale driftskostnader					
Mill. kr	16 695	13 650	67 373	21 528	119 246
Prosent	14	11	56	18	100
Driftskostnader til forskning eksklusive eksterntfinansiert forskning					
Mill. kr	172	202	1 725	529	2 628
%	7	8	66	20	101
Driftskostnader til forskning eksklusive eksterntfinansiert forskning i % av totale driftskostnader	1,0	1,5	2,6	2,5	2,2
Antall rapporteringsenheter	5	5	19	9	38

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

² Inklusive avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Årsverksinnsatsen er noe annerledes fordelt om eksterntfinansierte forskningsårsverk holdes utenom. Helse Sør-Østs andel blir noe høyere (72 prosent mot 68 prosent) når vi regner på denne måten, mens Helse Vests andel blir litt lavere (16 prosent mot 18 prosent).

2.3 Utviklingen fra 2012 til 2013

I det følgende beskriver vi noen hovedtrekk i utviklingen i rapporterte forskningsressurser fra 2012 til 2013, og peker så langt vi har grunnlag på mulige forklaringer på endringene. Som nevnt innledningsvis er det grunn til å utvise betydelig forsiktighet når vi skal beskrive utviklingen over tid. For det første endres rapporteringsmetoden i de enkelte helseforetak fra tid til annen, og selv om endringene gir bedre og mer dekkende måleresultater på sikt, vil data på endringstidspunktet være problematiske å sammenligne med foregående år. For det andre vil større omorganiseringer kunne bidra til å svekke sammenlignbarheten over tid. Selv om de organisatoriske endringene faktisk skulle gi bedre datakvalitet og mer pålitelige tall, vil de ikke uten videre være direkte sammenlignbare med tidligere. For det tredje vil omlegginger i regnskaps- og budsjettmessige forhold som har lite med forskning å gjøre, kunne gi betydelig støy i grunnlagsmaterialet for vekstberegninger. Rapporteringssystemet utfordres mer eller mindre kontinuerlig av slike forhold som skaper usikkerhet i sammenligninger av forskningsressursene over tid. Et aktuelt eksempel er de endringer i helseforetakenes pensjonssystem som er implementert de siste årene. Etter anbefalinger fra Ressursgruppen ble nye kostnadsspesifikasjoner innført fra og med 2012-rapporteringen. Fra 2012 til 2013 er det ingenting på aggregert nivå som tyder på at pensjonkostnadene utvikler seg annerledes enn lønnskostnadene. Ved sammenligning av tall for perioden 2009-2012 bør det imidlertid utvises forsiktighet når konklusjoner skal trekkes om hvorvidt kostnadsendringer over tid skyldes reelt endret ressursbruk til forskning eller andre forhold.

Fra 2012 til 2013 økte de innrapporterte driftskostnadene til forskning i helseforetak og private, ideelle sykehus med 275 millioner kroner eller i underkant av 10 prosent. Forskningskostnadene vokste dermed i gjennomsnitt mer enn de samlede driftskostnadene til alle lovpålagte oppgaver ved de 38

enhetene, som økte med om lag 4 prosent. Forskningens andel av totalressursene ved helseforetak og private, ideelle sykehus målt i driftskostnader, økte dermed fra 2,5 til 2,6 prosent. Legger vi til grunn en anslått lønns- og prisøkning i statlig forskning og utviklingsarbeid fra 2012 til 2013 på 3-4 prosent, indikerer dette en realvekst på rundt 6 prosent.

Tabell 2.4 Nøkkeltall 2012-2013 for helseforetak og private, ideelle sykehus. Løpende priser.

Indikator	2012 Mill. kr	2013 Mill. kr	Endring 2012-13
Totale driftskostnader. ¹ Mill. kr	114 456	119 246	3,9 %
Driftskostnader til forskning. ² Mill. kr	2 829	3 103	9,7 %
Driftskostnader til forskning i prosent av totale driftskostnader	2,5	2,6	0,1 pp ³

¹ Driftskostnader, inklusive avskrivninger.

² Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

³ Prosentpoeng.

Kilde: NIFU.

Universitetssykehus sammenlignet med andre helseforetak og private, ideelle sykehus

Tabell 2.5 viser at driftskostnadene til forskning nominelt økte prosentvis mindre ved universitetssykehusene (9 %) enn ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus (13 %). Mer enn tre fjerdedeler av kroneveksten på 275 millioner kroner kom riktignok ved universitetssykehusene, men prosentvis vokser forskningsinnsatsen ved disse institusjonene som gruppe litt mindre enn gjennomsnittet for alle helseforetak og private, ideelle sykehus.

Tabell 2.5 Driftskostnader¹ til forskning 2012-2013, etter type institusjon. Mill. kr og prosent.

Indikator	2012 ²		2013		Endring 2012-13	
	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%
Universitetssykehus	2 345	83	2 557	82	212	9 %
Øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus	484	17	547	18	63	13 %
Alle helseforetak og private, ideelle sykehus	2 829	100	3 103	100	275	10 %

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

² Kategoriseringen følger FOR 2010-12-17 nr. 1706; se nærmere i avsnitt 1.5.

Kilde: NIFU.

Utviklingen på regionalt nivå

Tabell 2.6 viser økning i driftskostnadene til forskning i alle helseregioner fra 2012 til 2013. I Helse Sør-Øst og Helse Nord vokser driftskostnadene til forskning omtrent som gjennomsnittet for alle regioner, dvs. om lag 10-11 prosent, mens de vokser litt mindre enn gjennomsnittet i Helse Vest. Høyest vekst finner vi i Helse Midt-Norge der driftskostnadene til forskning er om lag 15 prosent høyere i 2013 enn i 2012. Økningen gjelder i hovedsak St.Olavs hospital og den mer enn oppveier for redusert rapportert forskningsaktivitet i Helse Nord-Trøndelag HF.

Tabell 2.6 Driftskostnader¹ til forskning 2012-2013, etter helseregion. Mill. kr og prosent.

Helseregion	2012		2013		Endring 2012-13	
	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%
Helse Midt-Norge	184	6	213	7	28	15
Helse Nord	202	7	223	7	22	11
Helse Sør-Øst	1 911	68	2 092	67	181	10
Helse Vest	531	19	575	19	44	8
Totalt	2 829	100	3 103	100	275	10

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Som vi har sett over økte forskningens andel av totalaktiviteten, målt i driftskostnader, fra 2,5 til 2,6 prosent fra 2012 til 2013. I tre av helseregionene er forskningsandelen 0,1 prosentpoeng høyere i 2013 enn i 2012. I den fjerde – Helse Midt-Norge – øker andelen litt mer – 0,2 prosentpoeng. Hovedtendensen er altså jevn økning i forskningsandelene og små forskjeller mellom regionene.

Tabell 2.7 Driftskostnader¹ til forskning som andel av samlede driftskostnader 2012-2013, etter helseregion. Prosent. Endring i prosentpoeng.

Helseregion	2012	2013	Endring 2012-13
	%	%	Prosentpoeng
Helse Midt-Norge	1,1	1,3	0,2
Helse Nord	1,5	1,6	0,1
Helse Sør-Øst	3,0	3,1	0,1
Helse Vest	2,6	2,7	0,1
Totalt	2,5	2,6	0,1

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Årsverksutviklingen på regionalt nivå

Tabell 2.8 viser utviklingen i innrapporterte forskningsårsverk fra 2011 til 2012. Samlet ble det utført omtrent 165 årsverk mer i 2013 enn i 2012. Det gir en vekst på 7 prosent som er lavere enn økningen i driftskostnader til forskning, men som stemmer ganske godt med en anslått realvekst på om lag 6 prosent; jf. over.

Tabell 2.8 Forskningsårsverk 2012-2013. Antall og prosent.

Helseregion	2012	2013	Endring 2012-13	
	Årsverk	Årsverk	Årsverk	%
Helse Midt-Norge	126	134	8	6
Helse Nord	207	207	0	0
Helse Sør-Øst	1 658	1 756	98	6
Helse Vest	409	468	59	14
Totalt	2 400	2 565	165	7

Kilde: NIFU.

Sammenligner vi regionene viser materialet noe andre mønstre enn for kostnadsutviklingen. Antall utførte forskningsårsverk øker i tre av fire regioner. Unntaket er Helse Nord der det slik sett var tilnærmet nullvekst i forskningsinnsatsen. Årsverksinnsatsen øker mest i Helse Vest (14 prosent), mens veksten i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge var omtrent som gjennomsnittet for spesialisthelsetjenesten.

3 Forskning innen særskilte områder

Helseforetakene er pålagt å rapportere særskilt på to satsingsområder. Først beskriver vi ressursbruken til forskning innen psykisk helsevern (5.1), og deretter tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere (5.2).

3.1 Ressursbruk til forskning innenfor psykisk helsevern i 2013

25 av de 38 helseforetakene og private, ideelle sykehusene rapporterte om ressursbruk til forskning innenfor psykisk helsevern i 2013, dvs. samme antall som i 2012. Til sammen oppga de å ha brukt 345 årsverk til forskning innenfor psykisk helsevern, som kostet tilsammen 392 millioner kroner; se tabell 3.1. Dette gir en gjennomsnittlig årsverkskostnad på vel 1,1 million kroner, dvs. litt lavere enn for forskning samlet; jf. tabell 2.1 foran. I gjennomsnitt utgjorde forskning om psykisk helsevern om lag 13 prosent av de samlede driftskostnadene til forskning, som er samme andel som året før.

Tabell 3.1 Ressurser til forskning innenfor psykisk helsevern i 2013, etter type helseforetak.¹ Antall forskningsårsverk og driftskostnader² til forskning.

Type helseforetak	Forsknings- årsverk		Driftskostnader til forskning ²		Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk Kroner
	Antall	%	Mill. kr	%	
Universitetssykehus	191	55	231	59	1 208 000
Øvrige HF og private ideelle sykehus	154	45	161	41	1 044 000
Totalt psykisk helsevern	345	100	392	100	1 135 000

¹ Kategoriseringen følger av FOR 2010-12-17 nr. 1706; se nærmere i avsnitt 1.5.

² Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Universitetssykehusene stod for 59 prosent av de samlede driftskostnadene til forskning på dette området og 55 prosent av årsverkene. Ressursbruken til forskning om psykisk helse er altså langt jevnere fordelt mellom de to typene av helseforetak enn ressursbruken til forskning samlet; jf. tabell 2.1 foran. Et forskningsårsverk innenfor psykisk helsevern koster i gjennomsnitt mer ved universitetssykehusene (1,2 mill. kr) enn ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus (1,1 mill. kr).

Tabell 3.2 Ressurser til forskning innenfor psykisk helsevern i 2013, etter helseregion. Antall forskningsårsverk og driftskostnader¹ til forskning.

Helseregion	Forsknings- Årsverk		Driftskostnader til forskning ¹		Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk Kroner
	Antall	%	Mill. kr	%	
Helse Midt-Norge	43	13	66	17	1 523 000
Helse Nord	30	9	30	8	1 007 000
Helse Sør-Øst	201	58	213	54	1 058 000
Helse Vest	71	21	83	21	1 167 000
Totalt psykisk helsevern	345	100	392	100	1 135 000

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Tabell 3.2 viser at Helse Sør-Øst stod for godt og vel halvparten av forskningsressursene på dette området, men regionen står for en mindre andel av ressursbruken til forskning innen psykisk helsevern enn til forskning samlet. Deretter følger Helse Vest med om lag en femtedel av ressursbruken til forskning innen psykisk helsevern, tett fulgt av Helse Midt-Norge som også på dette området har klart høyere gjennomsnittlige driftskostnader per årsverk enn de øvrige regionene. Minst ressursinnsats innen forskning om psykisk helsevern finner vi i Helse Nord.

3.2 Ressursbruk til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2013

17 av de 38 helseforetakene og private, ideelle sykehusene rapporterte om ressursbruk til forskning innenfor området tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2013, som er like mange som i 2012. De 17 enhetene rapporterte å ha brukt 35 årsverk og 42 millioner kroner til slik forskning. Rusforskningen utgjorde dermed om lag 1,4 prosent av helseforetakenes samlede ressursbruk til forskning i 2013 som var om lag samme andel som året før. Et forskningsårsverk innenfor rusområdet kostet i gjennomsnitt 1,2 millioner kroner, dvs. omtrent det samme som gjennomsnittet for forskningsaktiviteten samlet; jf. tabell 2.1 foran.

Tabell 3.3 Ressurser til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2013, etter type helseforetak.¹ Antall forskningsårsverk og driftskostnader² til forskning.

Type helseforetak	Forsknings- årsverk		Driftskostnader til forskning ²		Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk Kroner
	Antall	%	Mill. kr	%	
Universitetssykehus	16	45	21	50	1 330 000
Øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus	19	55	21	50	1 101 000
Totalt rus	35	100	42	100	1 205 000

¹ Kategoriseringen følger av FOR 2010-12-17 nr. 1706; se nærmere i avsnitt 1.5.

² Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU

Rusforskning innen spesialisthelsetjenesten foregår i større grad enn forskningen innen psykisk helsevern og somatikk utenfor universitetssykehusene. Øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus stod i 2013 for om lag halvparten av ressursinnsatsen til forskning målt i driftskostnader, og mer enn halvparten av forskningsårsverkene på dette området. Et forskningsårsverk innen rusområdet var i gjennomsnitt dyrere ved universitetssykehusene (1,3 mill. kr) enn ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus (1,1 mill. kr).

Tabell 3.4 Ressurser til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2013, etter helseregion. Antall forskningsårsverk og driftskostnader¹ til forskning.

Helseregion	Forsknings- årsverk		Driftskostnader til forskning ¹		Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk Kroner
	Antall	%	Mill. kr	%	
Helse Midt-Norge	7	20	10	24	1 461 000
Helse Nord	1	4	1	3	989 000
Helse Sør-Øst	13	38	16	38	1 205 000
Helse Vest	13	39	15	35	1 091 000
Totalt rus	35	100	42	100	1 205 000

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Tabell 3.4 viser at ressursinnsatsen innen rusområdet er annerledes fordelt på regioner enn forskningsinnsatsen samlet; se tabell 2.2. Helse Sør-Øst og Helse Vest stod hver for godt over en tredjedel av ressursinnsatsen til slik forskning. Deretter følger Helse Midt-Norge, mens Helse Nord er regionen med minst ressursinnsats til forskning på rusområdet. Et forskningsårsverk innen rusområdet kostet i gjennomsnitt mest i Helse Midt-Norge og minst i Helse Nord.

Referanser

Litteratur

- Bakke, Pål og Ole Wiig (red.) (2011): Endringer i system for måling av ressursbruk til FoU. Rapport I fra en rådgivende gruppe (Ressursgruppen) oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning, NIFU Arbeidsnotat 12/2011.
- Bakke, Pål og Ole Wiig (red.) (2013): Forskjeller i rapportert ressursbruk til FoU i helseforetakene, med fokus på forholdet til UoH-sektoren. Rapport III fra en rådgivende gruppe (Ressursgruppen) oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning, NIFU Arbeidsnotat 18/2013.
- Gunnes, Hebe, Susanne L. Sundnes, Ole Wiig og Marte Blystad (2013): Ressursinnsatsen i medisinsk og helsefaglig forskning og utviklingsarbeid i 2011. En analyse basert på FoU-statistisk materiale, NIFU Rapport 24/2013.
- Norges forskningsråd (2011): Det norske forsknings- og innovasjonssystemet – statistikk og indikatorer 2011, Norges forskningsråd 2011.
- OECD (2002): Proposed Standard Practice for Surveys on Research and Experimental Development. Frascati Manual 2002, OECD Paris.
- Wiig, Ole og Anne Husebekk (red.) (2011): Videreutvikling av system for måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetakene. Rapport fra en arbeidsgruppe, NIFU Rapport 22/2011.
- Wiig, Ole og Hebe Gunnes (2009): Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2008. Hovedresultater og dokumentasjon, NIFU Rapport 46/2009.
- Wiig, Ole og Hebe Gunnes (2010): Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2009. Hovedresultater og dokumentasjon, NIFU Rapport 50/2010.
- Wiig, Ole, Hebe Gunnes og Susanne Lehmann Sundnes (2011): Ressursinnsatsen i medisinsk og helsefaglig forskning og utviklingsarbeid i 2009. En analyse basert på FoU-statistisk materiale, NIFU Rapport 28/2011.
- Wiig, Ole og Hebe Gunnes (2011): Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2010. Hovedresultater og dokumentasjon, NIFU Rapport 44/2011.
- Wiig, Ole og Hebe Gunnes (2013): Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2012. Hovedresultater og dokumentasjon, NIFU Rapport 19/2013.
- Wiig, Ole og Pål Bakke (red.) (2012): Flere endringer i system for måling av ressursbruk til FoU. Rapport II fra en rådgivende gruppe (Ressursgruppen) oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning, NIFU Arbeidsnotat 11/2012.

Offentlige dokumenter

- LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).
- FOR 2010-12-17 nr 1706: Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten.

Vedlegg

Vedlegg 1: Rapporteringsenhetene 2013

1. Alfabetisk oversikt over helseforetak, private, ideelle sykehus og regionale helseforetak i rapporten

Akershus universitetssykehus HF
Betanien Hospital
Diakonhjemmet sykehus AS
Feiringklinikken (LHL Helse as)
Frambu Senter for sjeldne funksjonshemninger
Glittreklinikken (LHL Helse as)
Haraldsplass Diakonale Sykehus AS
Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS
Helgelandssykehuset HF
Helse Bergen HF
Helse Finnmark HF ¹
Helse Fonna HF
Helse Førde HF
Helse Midt-Norge RHF
- HEMIT
Helse Møre og Romsdal HF
Helse Nord RHF
Helse Nord-Trøndelag HF
Helse Stavanger HF
Helse Sør-Øst RHF
Helse Vest RHF
Jæren distriktpsikiatriske senter
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
Martina Hansens Hospital
Modum Bad
NKS Olaviken alderspsykiatriske senter
Nordlandssykehuset HF
Oslo universitetssykehus HF
Revmatismesykehuset AS
Rusbehandling Midt-Norge HF ²
Solli Sykehus
St. Olavs Hospital HF
Sunnaas sykehus HF
Sykehusapotekene (Sør-Øst) HF
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF
Sykehusapotek Nord HF
Sykehuset Innlandet HF
Sykehuset Telemark HF
Sykehuset Vestfold HF
Sykehuset Østfold HF
Sørlandet Sykehus HF
Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Vestre Viken HF

¹ Finnmarkssykehuset HF fra 1.1.2014.

² Opphører fra 1. januar 2014 og integreres med sykehusene i Midt-Norge.

Kilde: NIFU.

2. Oversikt over helseforetak og private ideelle sykehus i 2013, etter type og økonomisk sektor.

	Universitetssykehusfunksjoner? ¹	
	Ja	Nei
Offentlige	Akershus universitetssykehus HF Helse Bergen HF Helse Stavanger HF Oslo universitetssykehus HF St. Olavs Hospital HF Universitetssykehuset Nord-Norge HF (N=6)	Helgelandssykehuset HF Helse Finnmark HF ² Helse Fonna HF Helse Førde HF Helse Møre og Romsdal HF Helse Nord-Trøndelag HF Nordlandssykehuset HF Rusbehandling Midt-Norge HF Sunnås sykehus HF Sykehusapotekene (Sør-Øst) Sykehusapotekene i Midt-Norge HF Sykehusapotek Nord HF Sykehuset Innlandet HF Sykehuset Telemark HF Sykehuset Vestfold HF Sykehuset Østfold HF Sørlandet Sykehus HF Vestre Viken HF (N=18)
Private, ideelle		Betanien Hospital Diakonhjemmet sykehus AS Feiringklinikken (LHL Helse as) Frambu Senter for sjeldne funksjonshemninger Glittreklinikken (LHL Helse as) Haraldsplass Diakonale Sykehus AS Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS Jæren distriktpsikiatriske senter Lovisenberg Diakonale Sykehus AS Martina Hansens Hospital Modum Bad NKS Olaviken Alderspsikiatriske Senter Solli Sykehus Revmatismesykehuset AS (N=14)
Totalt	N=6	N=32

¹ Tabellen gir en detaljert oversikt over hvilke helseforetak og private ideelle sykehus som regnes til de ulike kategoriene. Inndelingen tar hensyn til endringer som følger av FOR 2010-12-17 nr 1706: *Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten*, som trådte i kraft 1.1.2011.

² Finnmarkssykehuset HF fra 1.1.2014.

³ Opphører fra 1. januar 2014 og integreres med sykehusene i Midt-Norge.

Kilde: NIFU.

3. Oversikt over helseforetak som rapporterte i 2013, etter type og helseregion.

	Universitetssykehusfunksjoner? ¹	
	Ja	Nei
Helse Midt-Norge	St. Olavs Hospital HF (N=1)	Helse Møre og Romsdal HF Helse Nord-Trøndelag HF Rusbehandling Midt-Norge HF Sykehusapotekene i Midt-Norge HF (N=4)
Helse Nord	Universitetssykehuset Nord-Norge HF (N=1)	Helgelandssykehuset HF Helse Finnmark HF Nordlandssykehuset HF Sykehusapotek Nord HF (N=4)
Helse Sør-Øst	Akershus universitetssykehus HF Oslo universitetssykehus HF (N=2)	Betanien Hospital Diakonhjemmet sykehus AS Feiringklinikken (LHL Helse as) Frambu Senter for sjeldne funksjonshemninger Glittreklinikken (LHL Helse as) Lovisenberg Diakonale Sykehus AS Martina Hansens Hospital Modum Bad Revmatismesykehuset AS Sunnaas sykehus HF Sykehusapotekene (Sør-Øst) HF Sykehuset Innlandet HF Sykehuset Telemark HF Sykehuset Vestfold HF Sykehuset Østfold HF Sørlandet Sykehus HF Vestre Viken HF (N=17)
Helse Vest	Helse Bergen HF Helse Stavanger HF (N=2)	Haraldsplass Diakonale Sykehus Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS Helse Fonna HF Helse Førde HF Jæren distriktpsykiatriske senter NKS Olaviken Alderspsykiatriske Senter Solli sykehus (N=7)
Totalt	N=6	N=32

Merknader:

¹ Tabellen gir en detaljert oversikt over hvilke helseforetak og private ideelle sykehus som regnes til de ulike kategoriene. Inndelingen tar hensyn til endringer som følger av FOR 2010-12-17 nr 1706: *Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten*, som trådte i kraft 1.1.2011.

² Finnmarkssykehuset HF fra 1.1.2014.

³ Opphører fra 1. januar 2014 og integreres med sykehusene i Midt-Norge.

Kilde: NIFU.

Vedlegg 2: Oversikt på helseforetaksnivået 2013

Tabell V2.1: Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2013, sortert alfabetisk.¹

Helseforetak og private ideelle sykehus	Nivå/ type	Helse- region	Totalt driftskostnader ²	Totalt % til forskning	Forskningskostn. i % av totalt kostnader	Forsknings- årsverk	Forsknings- % kr.årsverk
Akershus universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	7 479 000 000	6,3	138 230 000	4,5	1,8
Betanien Hospital	PRIV	Sør-Øst	159 254 000	0,1	862 000	0,0	0,5
Diakonhjemmet sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 535 000 000	1,3	53 180 000	1,7	0,5
Feiringklinikken (LHL Helse)	PRIV	Sør-Øst	381 230 000	0,3	4 437 000	0,1	3,5
Frambu Senter for sjeldne funksjonsh	PRIV	Sør-Øst	61 589 000	0,1	3 265 000	0,1	3,4
Glittreklinikken (LHL Helse)	PRIV	Sør-Øst	144 000 000	0,1	3 328 000	0,1	2,3
Haraldsplass Diagonale Sykehus	PRIV	Vest	665 000 000	0,6	8 452 000	0,3	5,3
Haugesund SF Revmatismesyke as	PRIV	Vest	124 000 000	0,1	721 000	0,0	2,3
Helgelandsykehuset HF	HF	Nord	1 584 943 000	1,3	3 888 000	0,1	1,3
Helse Bergen HF	HF	Vest	9 454 866 000	7,9	409 842 000	13,2	0,6
Helse Finnmark HF	HF	Nord	1 770 941 000	1,5	8 340 302	0,3	4,3
Helse Fonna HF	HF	Vest	2 900 999 000	2,4	16 561 000	0,5	3,9
Helse Førde HF	HF	Vest	2 462 844 000	2,1	9 086 000	0,3	12,7
Helse Møre og Romsdal HF	HF	Midt	4 927 491 000	4,1	10 183 500	0,3	8,5
Helse Nord-Trøndelag HF	HF	Midt	2 477 158 000	2,1	18 301 695	0,6	0,3
Helse Stavanger HF	HF	Vest	5 586 806 000	4,7	126 980 000	4,1	0,7
Jæren DPS	PRIV	Vest	148 224 000	0,1	2 595 000	0,1	2,3
Lovisenberg Diagonale Sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 559 000 000	1,3	33 142 000	1,1	1,8
Martina Hansens Hospital	PRIV	Sør-Øst	317 300 000	0,3	5 470 000	0,2	2,1
Modum Bad	PRIV	Sør-Øst	176 000 000	0,1	8 201 000	0,3	1,7
NKS Olaviken	PRIV	Vest	88 245 201	0,1	623 000	0,0	4,7
Nordlandssykehuset HF	HF	Nord	3 588 761 000	3,0	26 352 819	0,8	8,6
Oslo universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	19 405 327 000	16,3	1 522 265 271	49,1	0,5
Revmatismesykehuset AS	PRIV	Sør-Øst	92 000 000	0,1	4 504 000	0,1	22,2
Rusbehandling Midt-Norge HF	HF	Midt	461 300 000	0,4	6 755 000	0,2	1 241,7
Solli sykehus	PRIV	Vest	97 363 000	0,1	370 000	0,0	4,9
St. Olavs Hospital HF	HF	Midt	8 092 013 000	6,8	175 533 700	5,7	5,2
Sunnaas sykehus HF	HF	Sør-Øst	488 542 000	0,4	26 216 035	0,8	0,5
Sykehusapotekene i Midt-Norge	HF	Midt	737 010 000	0,6	1 808 800	0,1	100,3
Sykehusapotekene i Nord	HF	Nord	345 255 000	0,3	1 098 000	0,0	20,4
Sykehusapotekene i Sør-Øst	HF	Sør-Øst	2 527 000 000	2,1	3 897 000	0,1	2,5
Sykehuset Innlandet HF	HF	Sør-Øst	7 787 098 000	6,5	53 094 000	1,7	1,3
Sykehuset Telemark HF	HF	Sør-Øst	3 631 084 000	3,0	30 921 000	1,0	3,7
Sykehuset Vestfold HF	HF	Sør-Øst	4 011 159 000	3,4	53 604 682	1,7	53,4
Sykehuset Østfold HF	HF	Sør-Øst	4 790 559 000	4,0	35 172 000	1,1	2,1
Sørlandet Sykehus HF	HF	Sør-Øst	5 502 109 000	4,6	62 063 000	2,0	20,9
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	HF	Nord	6 359 725 000	5,3	183 736 912	5,9	51,8
Vestre Viken HF	HF	Sør-Øst	7 325 684 000	6,1	50 351 845	1,6	37,9
Totalt / gjennomsnitt			119 245 889 201	100	3 103 432 560	100,0	171,0
							6,7
							1,8
							1 085 000

Tabellnoter:

¹ Tall for Oslo universitetssykehus HF er eksklusive Krefregisteret og Medinnova, og tall for Helse Bergen er eksklusive Innvest.

² Driftskostnader inklusive avskrivninger i løpende priser. Kilde: SSB Statistikkbanken på www.ssb.no.

Tabell V2.2: Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2013, sortert etter forskningskostnader innenfor psykisk helsevern.¹

Helseforetak og private, ideelle sykehus	Nivå/ type	Helse- region	Totale driftskostnader ²	Totale driftskostn. til forskning.	Forsknings- årsverk	Forskn.-årsverk psykisk helse	Forsk.n.kostn. % psykisk helse	Forsk. psyk.h. kr/årsverk
Oslo universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	19 405 327 000	1 522 265 271	1 241,7	72,1	5,8	81 874 000
St. Olavs Hospital HF	HF	Midt	8 092 013 000	175 533 700	100,3	32,0	31,9	54 728 000
Helse Bergen HF	HF	Vest	9 454 866 000	409 842 000	325,9	32,6	10,0	39 813 000
Helse Stavanger HF	HF	Vest	5 586 806 000	126 980 000	99,9	22,8	22,8	29 101 000
Sykehuset Vestfold HF	HF	Sør-Øst	4 011 159 000	53 604 682	51,8	20,9	40,3	21 164 000
Sykehuset Innlandet HF	HF	Sør-Øst	7 787 098 000	53 4	53,4	20,5	38,4	20 345 000
Diakonhjemmet sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 535 000 000	53 180 000	50,3	19,9	39,4	20 115 000
Sørlandet Sykehus HF	HF	Sør-Øst	5 502 109 000	62 063 000	51,0	15,4	30,2	18 659 000
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	HF	Nord	6 359 725 000	183 736 912	171,0	13,1	7,7	14 529 000
Vestre Viken HF	HF	Sør-Øst	7 325 694 000	50 351 845	46,4	10,5	22,5	14 037 000
Akershus universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	7 479 000 000	138 230 000	122,0	18,9	15,5	11 197 000
Helse Nord-Trøndelag HF	HF	Midt	2 477 158 000	18 301 695	13,5	8,9	66,1	9 130 000
Helse Fonna HF	HF	Vest	2 900 999 000	16 561 000	15,6	8,8	56,7	8 502 000
Modum Bad	PRIV	Sør-Øst	176 000 000	8 201 000	8,6	8,6	100,0	8 201 000
Lovisenberg Diagonale Sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 559 000 000	33 142 000	28,6	7,0	24,5	8 126 000
Nordlandssykehuset HF	HF	Nord	3 588 761 000	26 352 819	22,2	8,9	40,1	7 918 000
Sykehuset Telemark HF	HF	Sør-Øst	3 631 084 000	30 921 000	20,9	4,7	22,4	6 293 000
Helse Finnmark HF	HF	Nord	1 770 941 000	8 340 302	8,5	5,6	65,5	5 483 000
Sykehuset Østfold HF	HF	Sør-Øst	4 790 559 000	35 172 000	37,9	3,1	8,0	3 070 000
Jæren DPS	PRIV	Vest	148 224 000	2 595 000	3,1	3,1	100,0	2 595 000
Helse Møre og Romsdal HF	HF	Midt	4 927 491 000	10 183 500	12,1	2,7	22,1	2 499 000
Helgelandssykehuset HF	HF	Nord	1 584 943 000	3 888 000	3,9	2,1	52,7	1 936 000
Helse Førde HF	HF	Vest	2 462 844 000	9 086 000	9,7	2,7	28,0	1 759 000
NKS Olaviken	PRIV	Vest	88 245 201	623 000	0,5	0,4	95,6	623 000
Solli sykehus	PRIV	Vest	97 363 000	370 000	0,5	0,5	100,0	370 000
Betanien Hospital	PRIV	Sør-Øst	159 254 000	862 000	1,5	0,0	0,0	0
Feiringklinikken (LHL Helse)	PRIV	Sør-Øst	381 230 000	4 437 000	3,4	0,0	0,0	0
Frambu Senter for sjeldne funksjonshemninger	PRIV	Sør-Øst	61 599 000	3 265 000	2,3	0,0	0,0	0
Glittreklinikken (LHL Helse)	PRIV	Sør-Øst	144 000 000	3 328 000	3,1	0,0	0,0	0
Haraldsplass Diagonale Sykehus	PRIV	Vest	665 000 000	8 452 000	11,0	0,0	0,0	0
Haugesund SF Revmatismesyk as	PRIV	Vest	124 000 000	721 000	1,2	0,0	0,0	0
Martina Hansens Hospital	PRIV	Sør-Øst	317 300 000	5 470 000	4,0	0,0	0,0	0
Revmatismesykehuset AS	PRIV	Sør-Øst	92 000 000	4 504 000	4,9	0,0	0,0	0
Rusbehandling Midt-Norge HF	HF	Midt	461 300 000	6 755 000	5,2	0,0	0,0	0
Sunnaas sykehus HF	HF	Sør-Øst	488 542 000	26 216 035	20,4	0,0	0,0	0
Sykehusapotekene i Midt-Norge	HF	Midt	737 010 000	1 808 800	2,5	0,0	0,0	0
Sykehusapotek i Nord	HF	Nord	345 255 000	1 098 000	1,3	0,0	0,0	0
Sykehusapotekene i Sør-Øst	HF	Sør-Øst	2 527 000 000	3 897 000	3,7	0,0	0,0	0
Totalt /gjennomsnitt			119 245 889 201	3 103 432 560	2 563,6	345,5	13,5	392 067 000
							12,6	1 135 000

Tabellnoter:

¹ Tall for Oslo universitetssykehus HF er eksklusive Kreftregisteret og Medinnova, og tall for Helse Bergen er eksklusive Innovest.

² Driftskostnader inklusive avskrivninger i løpende priser. Kilde: SSB Statistikkbanken på www.ssb.no.

Tabell V3.3: Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2013, sortert etter kostnader innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere.¹

Helseforetak og private, ideelle sykehus	Nivå/ type	Helse- region	Totale driftskostnader ²	Totale driftskostn. til forskning	Forsknings- årsverk	Forsknings- årsverk rus	Forsknings- % kostnader rus	Forsknings- % kr/årsverk
Helse Stavanger HF	HF	Vest	5 586 806 000	126 980 000	99,9	6,1	6,1	1 163 000
Rusbehandling Midt-Norge HF	HF	Midt	481 300 000	6 755 000	5,2	5,2	100,0	1 299 000
Helse Bergen HF	HF	Vest	9 454 866 000	409 842 000	325,9	5,4	1,7	1 140 000
Sykehuset Innlandet HF	HF	Sør-Øst	7 787 098 000	53 094 000	53,4	5,2	9,7	993 000
Sørlandet Sykehus HF	HF	Sør-Øst	5 502 109 000	62 063 000	51,0	4,0	7,8	1 231 000
Oslo universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	19 405 327 000	1 522 265 271	1 241,7	2,0	0,2	1 744 000
St. Olavs Hospital HF	HF	Midt	8 092 013 000	175 533 700	100,3	1,4	1,4	2 349 000
Helse Førde HF	HF	Vest	2 462 844 000	9 086 000	9,7	1,7	17,0	715 000
Vestre Viken HF	HF	Sør-Øst	7 325 684 000	50 351 845	46,4	1,0	2,2	910 000
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	HF	Nord	6 359 725 000	183 736 912	171,0	0,8	0,5	1 118 000
Sykehuset Østfold HF	HF	Sør-Øst	4 790 559 000	35 172 000	37,9	0,2	0,4	3 220 000
Nordlandssykehuset HF	HF	Nord	3 588 761 000	26 352 819	22,2	0,5	2,3	784 000
Sykehuset Vestfold HF	HF	Sør-Øst	4 011 159 000	53 604 682	51,8	0,3	0,6	1 000 000
Lovisenberg Diagonale Sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 559 000 000	33 142 000	28,6	0,2	0,7	1 165 000
Helse Nord-Trøndelag HF	HF	Midt	2 477 158 000	18 301 695	13,5	0,4	3,0	550 000
Helse Fonna HF	HF	Vest	2 900 999 000	16 561 000	15,6	0,3	1,6	780 000
Sykehuset Telemark HF	HF	Sør-Øst	3 631 084 000	30 921 000	20,9	0,2	0,7	1 113 000
Akershus universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	7 479 000 000	138 230 000	122,0	0,0	0,0	0
Betanien Hospital	PRIV	Sør-Øst	159 254 000	862 000	1,5	0,0	0,0	0
Diakonhjemmet sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 535 000 000	53 180 000	50,3	0,0	0,0	0
Feiringklinikken (LHL Helse)	PRIV	Sør-Øst	381 230 000	4 437 000	3,4	0,0	0,0	0
Frambu Senter for sjeldne funksjonshemr	PRIV	Sør-Øst	61 599 000	3 265 000	2,3	0,0	0,0	0
Glittreklinikken (LHL Helse)	PRIV	Sør-Øst	144 000 000	3 328 000	3,1	0,0	0,0	0
Haraldsplass Diagonale Sykehus	PRIV	Vest	685 000 000	8 452 000	11,0	0,0	0,0	0
Haugesund SF Revmatismesykk as	PRIV	Vest	124 000 000	721 000	1,2	0,0	0,0	0
Helgelandsykehuset HF	HF	Nord	1 584 943 000	3 888 000	3,9	0,0	0,0	0
Helse Finnmark HF	HF	Nord	1 770 941 000	8 340 302	8,5	0,0	0,0	0
Helse Møre og Romsdal HF	HF	Midt	4 927 491 000	10 183 500	12,1	0,0	0,0	0
Jæren DPS	PRIV	Vest	148 224 000	2 595 000	3,1	0,0	0,0	0
Martina Hansens Hospital	PRIV	Sør-Øst	317 300 000	5 470 000	4,0	0,0	0,0	0
Modum Bad	PRIV	Sør-Øst	176 000 000	8 201 000	8,6	0,0	0,0	0
NKS Olaviken	PRIV	Vest	88 245 201	623 000	0,5	0,0	0,0	0
Revmatismesykehuset AS	PRIV	Sør-Øst	92 000 000	4 504 000	4,9	0,0	0,0	0
Solli sykehus	PRIV	Vest	97 363 000	370 000	0,5	0,0	0,0	0
Sunnaas sykehus HF	HF	Sør-Øst	488 542 000	26 216 035	20,4	0,0	0,0	0
Sykehusapotekene i Midt-Norge	HF	Midt	737 010 000	1 808 800	2,5	0,0	0,0	0
Sykehusapotek i Nord	HF	Nord	345 255 000	1 098 000	1,3	0,0	0,0	0
Sykehusapotekene i Sør-Øst	HF	Sør-Øst	2 527 000 000	3 897 000	3,7	0,0	0,0	0
Totalt / gjennomsnitt			119 245 899 201	3 103 432 560	2 563,6	34,7	1,4	41 749 000
								1,3
								1 205 000

Tabellnoter:

¹ Tall for Oslo universitetssykehus HF er eksklusive Krefregisteret og Medinnova, og tall for Helse Bergen er eksklusive Innvest.² Driftskostnader inklusive avskrivninger i løpende priser. Kilde: SSB Statistikkbanken på www.ssb.no.

Tabell V2.4: Ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid i helseforetakene i 2013 sortert etter samlede forskningskostnader.¹

Helseforetak og private ideelle sykehus	Nivå/ type	Helse-region	Totale driftskostnader ²	%	Totale driftskostn. til FoU	%	Totale driftskostn. til forskning	FoU-kostn. % av tot.kost.	Forskkn.kostn. % av tot.kost.	FoU-årsverk
Akershus universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	7 479 000 000	6,3	141 985 000	4,0	138 230 000	4,5	1,9	131,0
Betanien Hospital	PRIV	Sør-Øst	159 254 000	0,1	862 000	0,0	862 000	0,0	0,5	1,5
Diakonhjemmet sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 535 000 000	1,3	66 711 000	1,9	53 180 000	1,7	4,3	3,5
Feiringklinikken (LHL Helse)	PRIV	Sør-Øst	381 230 000	0,3	7 889 300	0,2	4 437 000	0,1	2,1	1,2
Frambu Senter for sjeldne funksjonsh	PRIV	Sør-Øst	61 599 000	0,1	5 650 000	0,2	3 265 000	0,1	9,2	5,3
Glitrelinniken (LHL Helse)	PRIV	Sør-Øst	144 000 000	0,1	4 247 000	0,1	3 328 000	0,1	2,9	2,3
Haraldsplass Diagonale Sykehus	PRIV	Vest	665 000 000	0,6	8 452 000	0,2	8 452 000	0,3	1,3	11,0
Haugesund SF Revmatismesyk as	PRIV	Vest	124 000 000	0,1	2 320 000	0,1	721 000	0,0	1,9	0,6
Helgelandssykehuset HF	HF	Nord	1 584 943 000	1,3	3 888 000	0,1	3 888 000	0,1	0,2	3,9
Helse Bergen HF	HF	Vest	9 454 866 000	7,9	446 950 000	12,6	409 842 000	13,2	4,7	4,3
Helse Finnmark HF	HF	Nord	1 770 941 000	1,5	9 925 302	0,3	8 340 302	0,3	0,6	0,5
Helse Fonna HF	HF	Vest	2 900 999 000	2,4	18 369 000	0,5	16 561 000	0,5	0,6	17,3
Helse Førde HF	HF	Vest	2 462 844 000	2,1	25 832 000	0,7	9 086 000	0,3	1,0	0,4
Helse Møre og Romsdal HF	HF	Midt	4 927 491 000	4,1	10 288 500	0,3	10 183 500	0,3	0,2	12,2
Helse Nord-Trøndelag HF	HF	Midt	2 477 158 000	2,1	28 132 553	0,8	18 301 695	0,6	1,1	0,7
Helse Stavanger HF	HF	Vest	5 586 806 000	4,7	134 331 000	3,8	126 980 000	4,1	2,4	2,3
Jæren DPS	PRIV	Vest	148 224 000	0,1	3 592 000	0,1	2 595 000	0,1	2,4	1,8
Lovisenberg Diagonale Sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 559 000 000	1,3	33 142 000	0,9	33 142 000	1,1	2,1	2,1
Martina Hansens Hospital	PRIV	Sør-Øst	317 300 000	0,3	6 600 000	0,2	5 470 000	0,2	2,1	1,7
Modum Bad	PRIV	Sør-Øst	176 000 000	0,1	8 801 000	0,2	8 201 000	0,3	5,0	4,7
NKS Olaviken	PRIV	Vest	88 245 201	0,1	623 000	0,0	623 000	0,0	0,7	0,5
Nordlandssykehuset HF	HF	Nord	3 588 761 000	3,0	30 331 359	0,9	26 362 819	0,8	0,8	0,7
Oslo universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	19 405 327 000	16,3	1 678 812 076	47,2	1 522 265 271	49,1	8,7	7,8
Revmatismesykehuset AS	PRIV	Sør-Øst	92 000 000	0,1	6 879 000	0,2	4 504 000	0,1	7,5	4,9
Rusbehandling Midt-Norge HF	HF	Midt	461 300 000	0,4	8 436 000	0,2	6 755 000	0,2	1,8	1,5
Solli sykehus	PRIV	Vest	97 363 000	0,1	750 000	0,0	370 000	0,0	0,8	0,4
St. Olavs Hospital HF	HF	Midt	8 092 013 000	6,8	241 815 700	6,8	175 533 700	5,7	3,0	2,2
Sunnaas sykehus HF	HF	Sør-Øst	488 542 000	0,4	35 672 003	1,0	26 216 035	0,8	7,3	5,4
Sykehusapotekene i Midt-Norge	HF	Midt	737 010 000	0,6	2 638 200	0,1	1 808 800	0,1	0,4	0,2
Sykehusapotek i Nord	HF	Nord	345 255 000	0,3	1 098 000	0,0	1 098 000	0,0	0,3	0,3
Sykehusapotekene i Sør-Øst	HF	Sør-Øst	2 527 000 000	2,1	5 261 000	0,1	3 897 000	0,1	0,2	0,2
Sykehuset Innlandet HF	HF	Sør-Øst	7 787 098 000	6,5	58 126 000	1,6	53 094 000	1,7	0,7	0,7
Sykehuset Telemark HF	HF	Sør-Øst	3 631 084 000	3,0	34 639 000	1,0	30 921 000	1,0	1,0	0,9
Sykehuset Vestfold HF	HF	Sør-Øst	4 011 159 000	3,4	79 217 587	2,2	53 604 682	1,7	2,0	1,3
Sykehuset Østfold HF	HF	Sør-Øst	4 790 559 000	4,0	57 828 000	1,6	35 172 000	1,1	1,2	0,7
Sørlandet Sykehus HF	HF	Sør-Øst	5 502 109 000	4,6	71 328 000	2,0	62 063 000	2,0	1,3	1,1
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	HF	Nord	6 359 725 000	5,3	217 152 912	6,1	183 736 912	5,9	3,4	2,9
Vestre Viken HF	HF	Sør-Øst	7 325 684 000	6,1	61 868 218	1,7	50 351 845	1,6	0,8	0,7
Totalt / gjennomsnitt			119 245 889 201	100	3 560 443 709	100,0	3 103 432 560	100,0	3,0	2,6
										2 985,5

Tabellnoter:

¹ Tall for Oslo universitetssykehus HF er eksklusive Kreftregisteret og Medinnova, og tall for Helse Bergen er eksklusive Innovest.

² Driftskostnader inklusive avskrivninger i løpende priser. Kilde: SSB Statistikkbanken på www.ssb.no.

Vedlegg 3: Detaljert oversikt over ressursbruk til forskning i 2013 per helseforetak i de fire helseregionene

Helse Midt-Norge

Tabell V3.1: Driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver og driftskostnader til forskning, inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger, i helseforetak i Helse Midt-Norge i 2013. Mill. kroner. Prosent.

Rapporteringsenhet	Drifts- kostnader til forskning (mill. kr)	Totale drifts- kostnader til alle lovpålagte oppgaver (mill. kr) ¹	Driftskostnad er til forskning i % av totale drifts- kostnader
Helse Møre og Romsdal HF	10,2	4 927	0,2
Helse Nord-Trøndelag HF	18,3	2 477	0,7
Rusbehandlingen i Midt-Norge HF	6,8	461	1,5
St. Olavs Hospital HF	175,5	8 092	2,2
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	1,8	737	0,2
Sum Helse Midt-Norge	212,6	16 695	1,3

¹ Driftskostnader, inklusive avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Helse Vest

Tabell V3.2: Driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver og driftskostnader til forskning, inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger, i helseforetak og private, ideelle sykehus i Helse Vest i 2013. Mill. kroner. Prosent.

Rapporteringsenhet	Drifts- kostnader til forskning (mill. kr)	Totale drifts- kostnader til alle lovpålagte oppgaver (mill. kr) ¹	Drifts- kostnader til forskning i % av totale drifts- kostnader
Haraldsplass Diakonale sykehus as	8,5	665	1,3
Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus	0,7	124	0,6
Helse Bergen HF	409,8	9 455	4,3
Helse Fonna HF	16,6	2 901	0,6
Helse Førde HF	9,1	2 463	0,4
Helse Stavanger HF	127,0	5 587	2,3
Jæren DPS	2,6	148	1,8
NKS Olaviken alderspsykiatriske senter	0,6	88	0,7
Solli sykehus	0,4	97	0,4
Sum Helse Vest	575,3	21 528	2,7

¹ Driftskostnader, inklusive avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Helse Sør-Øst

Tabell V3.3: Driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver og driftskostnader til forskning, inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger, i helseforetak og private, ideelle sykehus i Helse Sør-Øst i 2013. Mill. kroner. Prosent.

Rapporteringsenhet	Drifts- kostnader til forskning (mill. kr)	Totale drifts- kostnader til alle lovpålagte oppgaver (mill. kr) ¹	Drifts- kostnader til forskning i % av totale drifts- kostnader
Akershus universitetssykehus HF	138,2	7 479	1,8
Betanien Hospital	0,9	159	0,5
Diakonhjemmet sykehus AS	53,2	1 535	3,5
Feiringklinikken (LHL Helse as)	4,4	381	1,2
Frambu Senter for sjeldne funksjonshemninger	3,3	62	5,3
Glittreklinikken (LHL Helse as)	3,3	144	2,3
Lovisenberg Diakonale sykehus AS	33,1	1 559	2,1
Martina Hansens Hospital AS	5,5	317	1,7
Modum Bad	8,2	176	4,7
Oslo universitetssykehus HF	1 522,3	19 405	7,8
Revmatismesykehuset AS	4,5	92	4,9
Sunnaas sykehus HF	26,2	489	5,4
Sykehusapotekene (Sør-Øst)	3,9	2 527	0,2
Sykehuset Innlandet HF	53,1	7 787	0,7
Sykehuset Telemark HF	30,9	3 631	0,9
Sykehuset i Vestfold HF	53,6	4 011	1,3
Sykehuset Østfold HF	35,2	4 791	0,7
Sørlandet sykehus HF	62,1	5 502	1,1
Vestre Viken HF	50,4	7 326	0,7
Sum Helse Sør-Øst	2 092,2	67 373	3,1

¹ Driftskostnader, inklusive avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Helse Nord

Tabell V3.4: Driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver og driftskostnader til forskning, inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger, i helseforetak i Helse Nord i 2013. Mill. kroner. Prosent.

Rapporteringsenhet	Drifts- kostnader til forskning (mill. kr)	Totale drifts- kostnader til alle lovpålagte oppgaver (mill. kr) ¹	Drifts- kostnader til forskning i % av totale drifts- kostnader
Helgelandssykehuset HF	3,9	1 585	0,2
Helse Finnmark HF	8,3	1 771	0,5
Nordlandssykehuset HF	26,4	3 589	0,7
Sykehusapotek Nord HF	1,1	345	0,3
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	183,7	6 360	2,9
Sum Helse Nord	223,4	13 650	1,6

¹ Driftskostnader, inklusive avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Vedlegg 4: Hovedprinsipper, definisjoner og avgrensninger

I utformingen av rapporteringsopplegget søker vi å forene to til dels motstridende mål:

- utforme en enklest mulig rapportering som belaster helseforetakene minst mulig
- videreutvikle og utvide rapporteringen i tråd med overordnet plan for prosjektet med sikte på å få best mulig informasjon om ressursbruken til forskning i helseforetakssektoren.

Forskning og utviklingsarbeid (FoU)

OECD definerer *forskning og utviklingsarbeid (FoU)* som kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap – herunder kunnskap om mennesket, kultur og samfunn – 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 å innføre nye eller vesentlig forbedrede prosesser, systemer og tjenester.

Definisjonene er relativt generelle, men er utdypet og eksemplifisert i eget vedlegg som fulgte rapporteringen og i oversendelsesbrevet til rapporteringsenhetene (jf. Vedlegg 5).¹⁵

Den over nevnte arbeidsgruppen^{16,17} anbefalte tiltak som er implementert i forbindelse med ressursmålingen for 2011, og andre tiltak er gjennomført i 2012. Gruppens arbeid fortsetter i 2013.

Bokførte kostnader til FoU

Innenfor rammene av FoU-definisjonen måles ressursbruken med to hovedsett av indikatorer:

- Kostnader til FoU
- FoU-årsverk

Opplysninger om kostnader og årsverk fremkommer dels direkte fra helseforetakenes økonomiske og personaladministrative systemer, dels indirekte gjennom mer skjønnsmessig vurderte størrelser (anslått arbeidstid medgått til FoU, anslått bruk av fellesarealer osv.).

På kostnadssiden skal kartleggingen dekke:

- forskning som utføres i helseforetakene, og som 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, der forskeren er lønnet av andre enn foretaket (f.eks. universitet, forskningsinstitutt eller stiftelse). Her skal KUN ressursbruken til infrastruktur eller annen direkte merkostnad tas med.

¹⁵ *Proposed Standard Practice for Surveys on Research and Experimental Development. Frascati Manual 2002*, OECD Paris.

¹⁶ Wiig og Husebekk, red. (2011).

¹⁷ Bakke og Wiig, red. (2011).

Fra 2007 er, som nevnt, også utviklingsarbeid inkludert i rapporteringsopplegget, og kostnadsavgrensningen brukes analogt for slik aktivitet.

Tankegangen innebærer også at eksternt finansiert forskning, dvs. forskning finansiert av en ekstern kilde, f.eks. Norges forskningsråd, et legemiddelfirma, Kreftforeningen, skal tas med i den grad midlene *inntektsføres i helseforetakets regnskaper*.

Når vi i rapporten benytter *driftskostnader til forskning* som mål for forskningsvolumet i helseforetakene, er det altså *uavhengig av finansieringskilde*, dvs. at både basisfinansiering, øremerkede forskningsbevilgninger og midler fra eksterne kilder er tatt med, forutsatt at helseforetakene har regnskapsført dem.

FoU-årsverk

Det skal rapporteres årsverk som er brukt til forskning og utviklingsarbeid og som samsvarer med de bokførte kostnadene. I det første tilfellet, der foretaket selv bærer lønnskostnaden, skal altså alle årsverk til FoU tas med. I det andre tilfellet, der lønnskostnadene bæres av andre enn helseforetaket, skal årsverkene bare brukes som *grunnlag for å kalkulere* de infrastrukturkostnader FoU-aktiviteten belaster helseforetaket med. Selve årsverkene skal imidlertid *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.

Når vi i rapporten benytter *totalt antall forskningsårsverk* som mål for forskningsvolumet i helseforetakene, omfatter det årsverk utført *både* av personer i forskerstilling, overleger, leger og psykologer i klinisk stilling og personer i forskningsstøttefunksjoner. Skillet inngår i rapporteringsskjemaet:

- leger i klinisk stilling som deltar i FoU, herunder avdelingsoverleger, overleger, assistentleger og andre leger.
- psykologer i klinisk stilling
- øvrig forskerpersonale, dvs. postdoktorer, doktorgradsstipendiater, forskningsassistenter og personer i rene forskerstillinger.
- støttepersonale for FoU-aktiviteten, dvs. laboratoriepersonale, teknikere og profesjonsutdannet personale som sykepleiere, fysioterapeuter og lignende, samt administrativt personale. Noen av disse har høyere utdanning, men defineres som støttepersonale med bakgrunn i stilling.

Som aktive forskere regnes på den ene siden overleger og leger under spesialisering som deltar i FoU-aktivitet. Fra 2013 er psykologer i klinisk stilling skilt ut som egen kategori. På den andre siden inngår forskere, herunder doktorgradsstipendiater og postdoktorer. Denne gruppen omfatter også personer i forskerstillinger med annen enn medisinsk utdanningsbakgrunn, f.eks. kjemikere, biologer o.l. Det vil kunne oppstå enkelte avgrensningsproblemer ved at personer med stilling som overlege og lege i en periode innehar stipendiat- eller postdoktorstillinger. Her vil det måtte gjøres skjønnsmessige vurderinger ut fra hovedaktiviteten, men dersom f.eks. en lege har en stipendiatstilling på rapporteringstidspunktet, vil vedkommende i prinsippet inngå i denne gruppen. Som forskningsstøtte regnes teknisk personale (f.eks. laboratoriepersonale), administrativt personale og ledere som deltok i FoU. Prinsippet er at administrasjon og ledelse av FoU også skal regnes som FoU.

Psykisk helse og spesialisert, tverrfaglig behandling av rusmisbrukere

Ressursbruk til FoU innen psykisk helsevern og innen tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere skal dessuten rapporteres særskilt, både med kostnader og årsverk. Også her skilles det mellom forskning på den ene siden og utviklingsarbeid på den andre.

Forholdet mellom helseforetakene og universiteter og høyskoler

I forrige avsnitt gjorde vi rede for hovedprinsipper i avgrensningen av kostnader og årsverk til forskning i helseforetakene. Blant annet skal årsverk som utføres av personale med annen arbeidsgiver enn helseforetaket, kun nyttes som grunnlag for beregning av infrastrukturkostnader. I praksis er slike avgrensninger vanskelige, og avgrensningsspørsmålene er særlig omfattende i forhold til universiteter og høyskoler, bl.a. på grunn av omfanget av delte stillinger. Det er vanlig at leger og andre forskere har sin hovedstilling i et helseforetak og en bistilling ved et universitet og vice versa. I de fleste tilfeller er det relativt greit å trekke grensen mellom helseforetak og universitet, men enkelte institutter og sentre er særlig vanskelige å håndtere fordi de figurerer som organisatoriske enheter både ved universitet og helseforetak. I slike tilfeller blir det spesielt vanskelig å fastsette hvor stor del av fellesarealer, instrumenter og utstyr som benyttes av helseforetaksforskere og universitetsforskere. Helseforetakene er gitt et sett av felles retningslinjer å rapportere etter; jf. bl.a. skillet mellom registrering av ressurser for HF-ansatte vs. andre. Men historikk og ulike systemer gir naturligvis en fare for at avgrensningen mot universitetene kan bli gjenstand for ulik praksis regionene imellom. Grensene kompliseres også ved at det kan være noe ulik praksis knyttet til organisering av faglig personale og pengestrømmer gjennom interaksjon og samarbeid med organisasjoner i randsonene rundt universiteter og universitetssykehus, som Innovest, Inven2 og Stavanger helseforskning. De kan ivareta ulike funksjoner, bl.a. som forretningsfører, arbeidsgiver og forskningsutførende enhet. Enkelte av disse problemstillingene er for øvrig gjenstand for behandling i arbeidsgruppen som er oppnevnt for å forbedre og videreutvikle rapporteringssystemet.

Kort om regnskapsprinsipper og forholdet til FoU-statistikken

Rapporteringen av ressursbruk til forskning i helseforetakene følger regnskapsprinsippet som også ligger til grunn for denne rapporten. Materialet blir i andre sammenhenger publisert med enkelte avvik i forhold til foreliggende rapport. Det skyldes at FoU-statistikken i henhold til internasjonale retningslinjer følger kontantprinsippet. For omregning av innrapportert materiale til kontantprinsippet har vi valgt å benytte en forholdsvis grov tilnærming som innebærer at årets avskrivninger trekkes ut av driftskostnadene. Til driftskostnader, eksklusive avskrivninger, legges så årets investeringer. Avhengig av forholdet mellom avskrivninger og investeringer vil det følgelig kunne bli avvik. Særlig vil dette kunne gjelde større byggeprosjekter. I henhold til kontantprinsippet skal alle anskaffelser utgiftsføres fullt ut i anskaffelsesåret, mens de etter regnskapsprinsippet kan fordeles på flere år etter gjeldende avskrivningsregler.

Vedlegg 5: Rapporteringsskjema og veiledningsmateriale 2013



Forespørsler kan rettes til:

Ole Wiig - tlf 22 59 51 85

e-post: ole.wiig@nifu.no

Hebe Gunnes - tlf 22 59 51 16

e-post: hebe.gunnes@nifu.no

FoU-statistikk 2013

Måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetak og private, ideelle sykehus

Foretakets navn: _____

Rapporteringsenhet: _____

Kontaktperson: _____

Telefonnummer: _____

E-postadresse: _____

1. Ressursbruk til forskning i 2013, totalt og per område.

1.1 Driftskostnader til forskning i 2013. 1000 kroner.

Driftskostnader til forskning	Til forskning (1000 kroner)	Herav: forskning innen Psyisk helsevern (1000 kroner)	Herav: forskning innen Tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere (1000 kroner)
1 Direkte lønnskostnader til forskning			
2 Direkte pensjon og arbeidsgiveravgift til forskning (jf. 1)			
3 Andre direkte driftskostnader til forskning			
4 Indirekte driftskostnader til forskning			
5 Driftskostnader til forskning i alt	0	0	0
6 Herav avskrivninger; se pkt 1.2			

1.2 Investeringer til forskning i 2013

Investeringer etter type objekt	Til forskning (1000 kroner)	Herav fra eksterne kilder (%)
1 Investeringer i dedikert vitenskapelig utstyr, instrumenter o.l.		
2 Investeringer i annet utstyr, instrumenter og lignende		
3 Investeringer i nybygg, anlegg		
4 Investert i alt, ikke avskrivninger	0	

1.3 Utførte forskningsårsverk i 2013. Antall.

Antall forskningsårsverk	Til forskning (Antall)	Herav: forskning innen Psyisk helsevern (Antall)	Herav: forskning innen Tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere (Antall)
1 - Utført av overleger, leger i klinisk stilling			
herav finansiert av eksterne kilder (anslag)			
2 - Utført av psykologer i klinisk stilling			
herav finansiert av eksterne kilder (anslag)			
3 - Utført av forskere, postdoktorer, stipendiater			
herav finansiert av eksterne kilder (anslag)			
4 - Utført av øvrig sykehuspersonale *)			
herav finansiert av eksterne kilder (anslag)			
5 Forskningsårsverk i alt	0,0	0,0	0,0

*) Laboratoriepersonale, teknisk og administrativt støttepersonale, sykepleiere, hjelpepleiere.

2. Ressursbruk til utviklingsarbeid i 2013, totalt og per område.

2.1 Driftskostnader til utviklingsarbeid i 2013. 1000 kroner.

	Til utviklingsarbeid (1000 kroner)	Herav: utviklingsarbeid innen Psykisk helsevern (1000 kroner)	Herav: utviklingsarbeid innen Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbrukere (1000 kroner)
Driftskostnader til utviklingsarbeid			
1 Direkte lønnskostnader til utviklingsarbeid			
2 Direkte pensjon og arbeidsgiveravgift til utviklingsarbeid (jf. 1)			
3 Andre direkte driftskostnader til utviklingsarbeid			
4 Indirekte driftskostnader til utviklingsarbeid			
5 Driftskostnader til utviklingsarbeid i alt	0	0	0
6 Herav avskrivninger; se pkt. 2.2			

2.2 Investeringer til utviklingsarbeid i 2013

Investeringer etter type objekt	Til utviklingsarbeid (1000 kroner)	Herav fra eksterne kilder (%)
1 Investeringer i utstyr, instrumenter o.l.		
2 Investeringer i nybygg, anlegg		
3 Investeringer i alt, ikke avskrivninger	0	

2.3 Utførte årsverk til utviklingsarbeid i 2013. Antall.

	Til utviklingsarbeid (Antall)	Herav: utviklingsarbeid innen Psykisk helsevern (Antall)	Herav: utviklingsarbeid innen Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbrukere (Antall)
Antall forskningsårsverk			
1 - Utført av overleger, leger i klinisk stilling herav finansiert av eksterne kilder (anslag)			
2 - Utført av psykologer i klinisk stilling herav finansiert av eksterne kilder (anslag)			
3 - Utført av forskere, postdoktorer, stipendiater herav finansiert av eksterne kilder (anslag)			
4 - Utført av øvrig sykehuspersonale *) herav finansiert av eksterne kilder (anslag)			
5 Forskningsårsverk i alt	0,0	0,0	0,0

*) Laboratoriepersonale, teknisk og administrativt støttepersonale, sykepleiere, hjelpepleiere.

3. Finansiering av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid i 2013

Hvordan ble de samlede ressursene til forskning og utviklingsarbeid i 2013 finansiert?		
Finansieringskilde	Til forskning (1000 kr)	Til utviklingsarbeid (1000 kr)
1. Helseforetakets egenfinansiering (basisbevilgning over statsbudsjettet)		
2. Regionale samarbeidsorganer eller regionale helseforetak (øremerket)		
3. Andre midler fra Helse- og omsorgsdepartementet, inkludert underliggende etater (f.eks. Helsedirektoratet)		
4. Eksterne finansieringskilder, herav:		
Norges forskningsråd		
Offentlige midler (eksklusive Norges forskningsråd)	0	0
Kunnskapsdepartementet		
Utenriksdepartementet		
Andre departementer, velg fra liste		
Andre departementer, velg fra liste		
Andre departementer, velg fra liste		
Fylkeskommuner og kommuner		
Næringslivet	0	0
Farmasøytisk industri		
Annen industri		
Øvrig næringsvirksomhet		
Utenlandske kilder	0	0
EUs rammeprogram for forskning		
Nordiske kilder, velg fra liste		
Nordiske kilder, velg fra liste		
Øvrige utenlandske kilder, velg fra liste		
Øvrige utenlandske kilder, velg fra liste		
Andre innenlandske kilder	0	0
Private gaver og legater, egne inntekter (salgsinntekter, renteinntekter, pasientinntekter o.l.)		
Kreftforeningen		
Extrastiftelsen helse og rehabilitering		
Andre innenlandske kilder, velg fra liste		
Andre innenlandske kilder, velg fra liste		
Andre innenlandske kilder, velg fra liste		
Andre eksterne kilder, vennligst spesifiser:	0	0
Sum ekstern finansiering	0	0
Total finansiering (skal være lik sum driftskostnader i hhv tab. 1.1 og 2.1)*	0	0

4. Skjønnsmessige fordelinger av FoU-ressursene i 2013 på aktivitetstyper og teknologiområder.

4.1. Aktivitetstype 2013

Vi ber om en skjønnsmessig fordeling av helseforetakets/avdelingens samlede forskningsvirksomhet (jf. Side 1 i rapporteringsskjemaet) på kategoriene nedenfor. Definisjoner finnes i vedlegg pkt. A.

Forskningsart	Prosent
Grunnforskning	
Anvendt forskning	
Totalt forskning (jf. Side 1)	0

4.2 Prioriterte teknologiområder 2013

Regjeringen vil videreføre og styrke satsingen på teknologiområdene nedenfor. Områdene er i tillegg viktige i forhold til OECDs statistikkbehov. Områdene er definert i vedlegget, punkt C4.2.

Dersom helseforetaket/avdelingen har FoU-virksomhet som faller inn under teknologiområdene nedenfor, vennligst oppgi hvor stor prosentvis andel dette utgjorde av den totale FoU-virksomheten i 2013.

NB! Ved overlapp mellom områdene kan innsatsen i sum overstige 100 prosent.

Områder	Har helseforetaket/avdelingen hatt FoU innenfor de oppgitte områdene i 2013? Sett X		Hvis ja, vennligst angi andelen av total FoU i prosent.
	Ja	Nei	
Informasjons- og kommunikasjons-teknologi (IKT)			
Bioteknologi			
Nanoteknologi			
Nye materialer unntatt nanoteknologi			

5. Internasjonalisering i 2013

Vennligst anslå hvor stor andel (%) av samlet FoU-virksomhet i 2013 som innebar internasjonalt prosjektsamarbeid (se vedlegg punkt 5 for definisjon).	Prosent

NIFU Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning

Postboks 5183 Majorstuen, 0302 OSLO
Tlf: (+47) 22 59 51 00, Faks: (+47) 22 59 51 01
E-post: ole.wiig@nifu.no

Internett: <http://www.nifu.no>
Org.nr.: 976 073 167
Bank: : 7038.05.26481

Oversikt over henvendelsen

Henvendelsen er denne gangen tredelt og omfatter:

1. Måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU)
2. Personaloversikter
3. Rapportering av ekstern FoU-finansiering (fra EU og Forskningsrådet)

De to første er en videreføring av tilsvarende rapporteringer for tidligere år. Den siste delen er ny og har bakgrunn i krav i Prop. 1 S (2013-2014). i det følgende gjør vi rede for de tre delene.

1. FoU-statistikk 2013

Måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU)

NIFU har gjennomført målinger av ressursbruk til forskning i helseforetak og private, ideelle sykehus fra 2007, med data tilbake til 2006. Målingene bygger på prinsipper utformet i samråd med sektoren selv i regi av det tidligere Helse Sør RHF. Arbeidet med å videreutvikle og forbedre målesystemet er likeledes forankret i sektoren gjennom en egen ressursgruppe med representasjon fra de fire regionale helseforetakene og observatører fra Norges forskningsråd, universitetenes medisinske fakulteter og Helsedirektoratet.

Hovedresultater fra ressursmålingene leveres i dag til de regionale helseforetakene og Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med årlig melding i midten av mars og presenteres dessuten i årlige rapporter fra NIFU.

Ressursmålingene er samordnet med og danner grunnlag for den offisielle, norske FoU-statistikken for helseforetak og private, ideelle sykehus. FoU-statistikken utarbeides etter avtale med Norges forskningsråd og etter internasjonale retningslinjer fra OECD ("Frascati-manualen"). Nasjonalt presenteres resultater bl.a. på NIFUs nettsider (<http://www.nifu.no/>), der FoU-statistikkbanken (<http://www.foustatistikkbanken.no/>) gir brukerne muligheter til å konstruere sine egne tabeller. Materiale presenteres i publikasjonen *Det*

norske forsknings- og innovasjonssystemet – statistikk og indikatorer som utgis årlig både i papirutgave og elektronisk. Internasjonalt inngår materialet i OECDs og EUs FoU-statistikk – sistnevnte gjennom Eurostat.

Hovedmål for 2013-rapporteringen

I arbeidet med rapporteringsopplegget søker vi å forene to til dels motstridende mål:

- å utforme et rapporteringsopplegg som belaster helseforetakene og de private, ideelle sykehusene minst mulig
- å videreutvikle og forbedre rapporteringen i tråd med overordnet plan for prosjektet

Endringer fra 2012-rapporteringen

På bakgrunn av analyser og diskusjoner i Ressursgruppen er det gjort enkelte endringer i rapporteringsopplegget for 2013.¹ Ressursgruppen er en permanent videreføring av arbeidsgruppen som ble oppnevnt i møte i RHFenes strategigruppe for forskning 18. februar 2010², og har kommet med to innstillinger³. En ny rapport som oppsummerer gruppens arbeid i 2013 er under utgivelse. Anbefalinger fra denne innstillingen innarbeides i 2013-målingen. Dette redegjør vi nærmere for i det følgende.

Sammenlignet med 2012-rapporteringen er det gjort endringer på tre områder:

- Driftskostnader. Endringene gjelder først og fremst spesifikasjoner av kostnadskategorier mv. som er omtalt i *Vedlegg: Definisjoner, klassifikasjoner. Retningslinjer. Les derfor dette dokumentet nøye!*
- Investeringer. Her er det lagt inn ett tilleggsspørsmål om finansiering.
- Det er gjort et par mindre endringer i årsverkstabellene rapporteringsskjemaet. Bl.a. ber vi om at årsverk utført av psykologer i klinisk stilling skilles ut som egen kategori fra 2013. **Men se neste punkt.**

¹ Dokumentert i Ole Wiig: Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2012.

Hovedresultater og dokumentasjon, NIFU Rapport 19/2013

² Ole Wiig og Anne Husebekk (red.): Videreutvikling av system for måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetakene. Rapport fra en arbeidsgruppe, NIFU Rapport 22/2011.

³ Pål Bakke og Ole Wiig (red.): *Endringer i system for måling av ressursbruk til FoU i helseforetakene*. Rapport I fra en rådgivende gruppe (Ressursgruppen) oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning, NIFU Arbeidsnotat 12/2011.

Ole Wiig og Pål Bakke (red.): *Flere endringer i system for måling av ressursbruk til FoU i helseforetakene*. Rapport II fra en rådgivende gruppe (Ressursgruppen) oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning, NIFU Arbeidsnotat 11/2012.

- I tabellene for **investeringer** bes det om anslag for andelen eksternt finansierte investeringer.
- I tabellene for **årsverk** bes det om anslag for hvor mange årsverk som er finansiert av eksterne midler.

De to siste punktene har utgangspunkt i diskusjoner i RHFenes strategigruppe for forskning der det er fremkommet sterke ønsker om å kunne beskrive ressursbruken til forskning **eksklusive eksternt finansiert forskning**.

I det følgende omtaler vi endringene litt nærmere.

Driftskostnader 2013

Ressursgruppens analyse av materiale fra noen få utvalgte helseforetak viste betydelige variasjoner i kostnadsstrukturen. Det kan tyde på at det er ulike oppfatninger og følgelig ulik praksis mht. hvilke kostnader som skal regnes med i ressursrapporteringen. Det er naturligvis et visst rom for skjønn, men variasjonene gjelder også f.eks. pensjonskostnader og arbeidsgiveravgift som i utgangspunktet skal utgjøre en (lov)bestemt andel av lønnskostnadene. Slike variasjoner gir grunnlag for spørsmål om sammenlignbarheten på tvers av foretak og helseregioner som er et av hovedmålene for bruken av rapporteringssystemet.

I *Vedlegg med definisjoner, klassifikasjoner og retningslinjer* er det derfor gjort enkelte endringer og presiseringer. Vi ber derfor om at dette dokumentet leses nøye, særlig avsnittene som omhandler økonomi. Blant endringene vil vi peke på følgende:

- *Direkte lønn.* Her ber vi om at lønnsnivået beregnes mest mulig realistisk enten det skjer på bakgrunn av faktisk lønnskostnad eller beregnes i forhold til stilling. For å oppnå dette bør lønnsnivået vurderes opp mot lønnsnivå og stillingsstruktur i de FoU-utførende enhetene.
- *Pensjon og arbeidsgiveravgift.* Her er det et forholdsvis begrenset intervall for variasjoner. Pensjonskostnader skal baseres på reell pensjonskostnad og vurderes opp mot nivået i foretakets årsrapport. Lavere sats for arbeidsgiveravgift skal naturligvis hensyntas der det er aktuelt. Dersom pensjon og arbeidsgiveravgift samlet ligger utenfor intervallet 35-45 prosent av direkte lønn, bør dette forklares.
- *Andre direkte driftskostnader.* Her ber vi om at det utvises en viss varsomhet med å kalkulere inn andeler av medisinske forbruksvarer.
- *Indirekte kostnader.* Mest mulig realistiske beregninger for husleie bør brukes, f.eks. markedsleie, slik at faktiske variasjoner fremkommer i rapporteringen.

Vi vil imidlertid understreke følgende:

NB! Det er ingen endring i den økonomiske hovedavgrensningen av rapporteringen! Se Punkt B i Vedlegg med definisjoner, klassifikasjoner og retningslinjer om økonomiske avgrensninger.

Det er heller ikke endringer i selve rapporteringsskjemaet når det gjelder driftskostnader eller finansiering av slike.

Investeringer 2013

Materialet blir brukt i rapportering av FoU-statistikk både nasjonalt og internasjonalt. For dette formålet omregnes kostnadstallene til kontantprinsippet som forutsetter at alle investeringer avskrives fullt ut på bevilgningstidspunktet.

For å få et mest mulig dekkende og sammenlignbart bilde av situasjonen i helseforetak og private, ideelle sykehus er viktig at investeringene rapporteres riktigst mulig. Det gjelder både dedikerte FoU-investeringer og andeler av investeringer med mer generelle eller andre hovedformål enn FoU. Der det ikke er snakk om dedikerte investeringer til forskningsformål ber vi om at forskningsandelen (og tilsvarende for utviklingsarbeid) anslås etter beste skjønn, basert bl.a. på en vurdering av forventet fremtidig bruk.

Vi ber også om at det påses at det er samsvar mellom innrapporterte investeringer og innrapporterte avskrivningskostnader.

På bakgrunn av ønsket om å kunne gi beskrivelser av ressursbruk til forskning eksklusivt eksternt finansiert forskning (jf. over), har vi her lagt inn et tilleggsspørsmål. Vi ber om at andelen (prosent) av investeringene som er eksternt finansiert anslås etter beste skjønn. Et eksempel her er investeringer i utstyr og annen infrastruktur som er finansiert av Norges forskningsråd.

Årsverk 2013

Med utgangspunkt i ønsket om å kunne beskrive ressursbruken, eksklusivt eksternt finansiert aktivitet (jf. over), ber vi det etter beste skjønn anslås hvor stor del av årsverkene som er finansiert med eksterne midler.

I tillegg gjøres det to mindre endringer i årsverkstabellene (både under forskning og utviklingsarbeid) i forhold til tidligere år:

- Under årsverk utført av overleger og leger (linje 1.3.1 og 2.3.1) presiseres det at kategorien gjelder overleger og leger *i klinisk stilling*.
- Vi ber også om at *psykologer i klinisk stilling* skilles ut som egen kategori og oppgis på egen linje. Psykologene var tidligere inkludert i en kategori som ellers bestod av forskere, postdoktorer og stipendiater. Fra og med 2013 opprettes nye kategorier 1.3.2 (forskning) og 2.3.2 (utviklingsarbeid).

Om tidsplanen

Med 2011-rapporteringen ble det innført en ny tidsplan for gjennomføringen av ressursrapporteringen. Bakgrunnen var et ønske om at hovedtall skulle være tilgjengelige i forbindelse med årlig melding fra de regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet, dvs. 15. mars. Henvendelsen fra NIFU går derfor ut på omtrent samme tid som sist, men med en liten forsinkelse (jf. e-post av 29.11.2013), med rapporteringsfrist i slutten av februar det påfølgende år. For å få videre rapportert tall innen 15. mars er det viktig at NIFU mottar tallmaterialet innen fristen.

2012-rapporteringen var en klar forbedring sammenlignet med tidligere år i den forstand at de fleste rapportene var NIFU i hende før vår rapporteringsfrist gikk ut. Det er imidlertid fortsatt et klart forbedringspotensial for enkelte enheter.

Noen råd om gjennomføringen

NIFU er innforstått med at tidsvinduet mellom rapporteringsfristen i februar og regnskapsavslutning er smalt. Med bakgrunn i Ressursgruppens arbeid og for å muliggjøre rapportering innen fristen, tillater vi oss å gjenta noen råd fra 2012-rapporteringen om rapporteringsprosessen lokalt. NIFU mener det vil være fornuftig om det legges opp til en prosess i *to faser*.

- Vi antar at den interne kartleggingen av *FoU-prosjekter, -årsverk og -personale* kan startes opp ganske raskt etter mottaket av denne henvendelsen. Målsetningen bør være å ha denne delen av rapporteringen klar *i god tid* før regnskapsavslutningen for 2013.
- Da vil tidsvinduet fra ferdigstilling av denne delen av rapporteringen til fristen kunne brukes til *kostnadsberegninger*. Kostnadsberegningene bør foretas på et så sent tidspunkt i regnskapsavslutningen at tallene er mest mulig endelige, men i tide til å muliggjøre rapportering innen fristen.

Gitt en slik tidsplan, vil vi anta at det vil være mulig å sende oss *personaloversikter* tidligere enn hovedrapporteringsfristen; se neste punkt i dette dokumentet. Vi vil oppfordre til at personaloversikter sendes oss *så snart de er klare*.

2. Personaloversikter 2013

Alle aktuelle helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte inn oversikter over personale som deltok i FoU i 2012. Opplysningene om personalet inngår i NIFUs Forskerpersonalregister. Foruten helseforetakene dekker registeret universiteter, høyskoler, forskningsinstitutter og andre institusjoner med FoU-virksomhet.

For å oppdatere registeret ber vi om opplysninger om alt personale som mottok lønn i fast eller midlertidig stilling per 1. oktober 2013 og som deltok i forskning og utviklingsarbeid (FoU) i 2013.

Følgende opplysninger ønskes per person, helst i denne rekkefølgen:

1. **Navn.** Her ber vi om etternavn og fornavn
2. **Fødselsdato**
3. **Fagseksjon, avdeling e.l.**
4. **Stillingsopplysninger.** Her ønsker vi både stillingstekst og stillingsgruppe for alle personer i oversikten. Hvis enheten benytter stillingskoder, ber vi om at disse også inkluderes i oversikten. Vær i så fall vennlig å legge ved kodenøkkelen.
5. **Stillingsbrøk for deltidsansatte.** Merk at stillingsbrøken her gjelder ansettelsesforholdet, og ikke tid brukt til FoU.
6. **Finansieringskilde** hvis annen kilde enn helseforetaket eller det private, ideelle sykehuset selv.
7. **Utenlandsk doktorgrad.** Vi ber om at personer som har oppnådd en utenlandsk doktorgrad i 2013 markeres særskilt i personaloversikten (eller på eget ark) og at det opplyses om gradtittel, kreeringsår og land.

Merk også at **professor II-stillinger** ikke skal tas med i oversiktene fra helseforetakene. De rapporteres inn av universitetene.

Merk at utenlandske gjesteforskere ikke skal tas med.

Som hjelpemiddel for rapportering av personalopplysninger *ettersender* vi i en egen henvendelse oversikt over forskerpersonale som ble registrert ved enheten i 2012. Avvik mellom disse oversiktene og listene dere sendte inn for 2012 skyldes i hovedsak at Forskerpersonalregisteret er et individregister der en person bare kan registreres én gang. For personale som har flere stillingsforhold enten ved samme helseforetak eller ved andre institusjoner som inngår i Forskerpersonalregisteret, foretas det en skjønnsmessig vurdering av hvilken institusjon personen skal henføres til. Som hovedregel blir personer registrert der de har sin hovedstilling, men der personen har samme eller tilnærmet samme stillingsbrøk ved flere institusjoner, fattes det en beslutning om plassering, ev. basert på tilleggsinformasjon. Listen inneholder opplysninger om høyeste utdanning og doktorgrad. Hvis mulig, ber vi om at disse opplysningene korrigeres.

Forskerpersonalregisteret er organisert slik at det genereres årgangsfiler på grunnlag av de datasettene vi får fra institusjonene. Derfor er det viktig at personer som ikke lenger driver med FoU eller som ikke lenger er ansatt ved enheten tas ut av listen, og at nye personer tas inn.

For foretak som benytter den aktivitetsbaserte metoden i rapportering av ressursbruk til FoU, antar vi at listen over personer som ligger til grunn for årsverksberegningene vil kunne være relevant for dette formålet, men Forskerpersonalregisteret skal i prinsippet også omfatte personer som ikke rapporterer ressursbruk til FoU innenfor arbeidstiden.

Vi ber om å få dataene på regneark eller semikolonseparerte filer. Ved elektronisk oversendelse bør filene passordbeskyttes og zip'es. Passordet bes fortrinnsvis oversendt på SMS til Hebe Gunnes (+47 959 49 983) eller Bjørn Magne Olsen (+47 481 61 853).

Send oss gjerne personaloversiktene så snart de er ferdige. Gitt det som er skrevet om tidsplanen foran i dokumentet antar vi at en del helseforetak og private, ideelle sykehus vil kunne ha oversiktene klare betydelig tidligere enn hovedrapporteringsfristen; se nedenfor.

NIFU har tillatelse (fra Datatilsynet) til å forvalte persondata i Forskerpersonalregisteret. NIFU er samtidig pålagt av Datatilsynet å informere de ansatte om at persondata registreres. Varslingen om registreringen av 2012-data gjennomføres i desember 2013.

3. Rapportering av eksternt finansiert forskning i helseforetak og private, ideelle sykehus

Fra 2014 skal det rapporteres årlig på tildeling av eksterne midler til forskning i helseforetakene, jf. Prop. 1 S, kap. 732, post 78 og rapporteringsinstruksen fra CRISTin for 2014. Rapporteringen vil inngå i grunnlaget for beregning av den resultatbaserte andelen av tilskuddet til forskning i helseforetakene fra Helse- og omsorgsdepartementet. Formålet er å stimulere til økt norsk deltakelse i nasjonale og internasjonale konkurransearenaer, samt å få en bedret nasjonal statistikk for norsk deltakelse.

En miniarbeidsgruppe oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning arbeider med et eget rapporteringsskjema med egen veiledning for denne delen av rapporteringen. Begge deler legges ut på samme web-side som resten av materialet når det er ferdig godkjent. Det vil ventelig skje i løpet av få dager.

I denne forbindelse vil vi også nevne at rapportering av forskningsresultater (vitenskapelig publisering) nå, som kjent, går direkte til Cristin. For Helse- og omsorgsdepartementets forskningsmåling, rapporterer helseforetakene dessuten doktorgrader til NIFU.

Litt praktisk informasjon om 2013-rapporteringen

Kort oppsummert er tidsvinduet mellom ferdigstilling av regnskap og tidsfristen for rapporteringen (se nedenfor) smalt. Vi tillater oss derfor å råde helseforetakene og de private, ideelle sykehusene til å starte kartlegging av den delen av grunnlagsmaterialet som er uavhengig av regnskapet allerede i 2013.

Vi antar at de fleste helseforetak og private, ideelle sykehus vil kunne bygge videre på rapporteringsopplegget de har benyttet tidligere år. Merk imidlertid endringer i spesifikasjoner av driftskostnader og investeringer som det er redegjort for foran. Les derfor dokumentet *Vedlegg nøye!* Veiledningsmateriale for tidligere årganger er lagt ut på NIFUs web sider (lenker fra 2013-siden), og kan lastes ned derfra.

Filene kan også mottas per e-post ved henvendelse til NIFU. Vi anbefaler at nye rapporteringsenheter og enheter som har slitt med rapporteringsopplegget så langt, arbeider for å etablere gode rapporteringsrutiner. Bl.a. har det vist seg hensiktsmessig ved enkelte helseforetak at kontaktperson/koordinator for rapporteringen kontakter de enkelte avdelingsledere og gjennomgår aktiviteten med utgangspunkt i vedlagte definisjoner og retningslinjer.

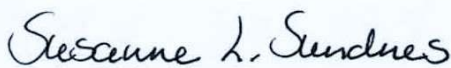
Ta gjerne kontakt med oss om avgrensingsproblemer mv. Dette er også nyttig for oss i arbeidet med å videreutvikle definisjoner og retningslinjer. Som i forbindelse med tidligere rapporteringer ber vi om å få tilsendt *underlaget for rapporteringsskjemaet*. Dette har vist seg å være nyttig både for kontrollformål og som grunnlag for videreutvikling og forbedring av rapporteringen.

Vi ber om at utfylte rapporteringsskjemaer returneres til NIFU **senest**

Fredag 28. februar 2014

Vi ber om at rapporteringen fortrinnsvis skjer elektronisk (Excel-filer som vedlegg til e-post).

Med vennlig hilsen
NIFU



Susanne L. Sundnes
Forskningsleder



Ole Wiig
Prosjektleder

FoU-statistikk 2013

Måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetak og private, ideelle sykehus

A. Avgrensning av forskning og utviklingsarbeid

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 denne kunnskapen til å finne nye anvendelser.

Her er noen viktige kriterier for å skille FoU fra annen aktivitet:

- at aktiviteten som element i FoU må inneholde et erkjennbart element av *nyskapning* eller *reduksjon av vitenskapelig eller teknologisk usikkerhet*. Usikkerhet foreligger når løsningen på et problem ikke er åpenbar for en som kjenner den grunnleggende kunnskapen og teknikkene på området.
- at aktiviteten har en viss *systematikk*, bl.a. må den være dokumentert på en måte som gjør den reproduserbar
- at løsningen på problemet må være av *global* karakter, dvs. ha nyhetsverdi i forhold til *kunnskapsfronten* og ikke bare for den institusjon der den utarbeides eller implementeres
- at aktiviteten er satt i gang for å tjene *FoU-formål* til forskjell fra rutinearbeid.

I enkelte tilfeller kan det være vanskelig å skille mellom FoU og annen virksomhet. **Her er noen eksempler på denne grensetrekkingen:**

- Rutinemessig innsamling av generelle data, f.eks. periodisk registrering av kvalitetsindikatorer, styringsdata og sykefravær, skal *ikke* regnes som FoU. Men samles data inn i *vitenskapelig* hensikt, skal aktiviteten likevel regnes som FoU.

Tilsvarende gjelder i utgangspunktet for:

- *Kvalitetsregistre* og annen datainnsamling om prosess- og resultat kvalitet for rutinemessig diagnostikk og behandling
- *Biobanker og forskningsbiobanker*: Biologisk materiale innsamlet for rutinemessig diagnostikk

Er *formålet* FoU skal aktiviteten regnes som FoU.

- Prosjekter der *registerdata brukes* i forskning vil derimot være forskningsprosjekter (registerforskning).

- *Studier, utredninger o.l.* i forbindelse med offentlig politikk, planlegging etc. utført med eksisterende metoder og uten sikte på å avdekke tidligere ukjente fenomener, forhold, strukturer o.l., regnes ikke som FoU.
- *Utdanning, videre- og etterutdanning* regnes ikke som FoU. *Unntak* er forskeropplæring og spesielle FoU-stipend.
- *Ph.d.-prosjekter* defineres som ressursbruk til forskning i sin helhet. Prosjekter på lavere utdanningsnivåer, utdanningspermisjoner o.l. regnes vanligvis ikke som FoU, men etter- eller videreutdanning og personalutvikling. I den grad prosjektene metodisk og resultatmessig oppfyller kriteriene for FoU skal de regnes inn bare med ressursbruken som er relatert til FoU-prosjektet; det kan f.eks. gjelde mastergradsprosjekter.
- *Veiledning* regnes som FoU *bare* hvis den inngår i et spesifikt FoU-prosjekt.
- Dokumentasjons-, informasjons- og bibliotekvirksomhet, testing, kvalitetskontroll, internkontroll, kvalitetsutvikling og konsulentvirksomhet som i seg selv ikke er FoU, skal regnes som FoU dersom aktiviteten *i hovedsak utføres for å tjene FoU*, men ikke når den primært utføres for *andre formål*.
- *Ledelse og administrasjon* av FoU regnes som FoU.
- *Personalutvikling, fagutvikling og kunnskapsutvikling* innrettet mot den enkeltes eller organisasjonens kompetanse og kunnskaper, er ikke FoU, *med mindre* formålet er å skape ny kunnskap eller teknologi av global eller kollektiv karakter.
- *Organisasjonsutvikling* er normalt ikke FoU, med mindre helt nye konsepter utvikles eller eksisterende konsepter endres vesentlig før de tas i bruk i egen organisasjon.
- *Rutinemessige prøver*, f.eks. blodprøver eller bakteriologiske prøver, regnes ikke som FoU, *men* inngår prøvene i et program f.eks. for å introdusere et nytt legemiddel, er det FoU.
- Ordinær medisinsk terapi som ikke omfatter utvikling av nye behandlingsmetoder, regnes ikke som FoU
- *Utprøvende behandling* innebærer intervensjon i et normalt behandlingsforløp og håndteres innen regelverket for medisinsk og helsefaglig forskning. Aktiviteten regnes som forskning selv om den kan være ledd i utvikling av et nytt produkt.

- *Rutinemessig obduksjon* for å fastslå dødsårsak er å betrakte som en del av den medisinske behandlingen, og skal ikke regnes som FoU. Inngår den i en studie av dødsårsaker, f.eks. knyttet til bivirkninger av kreftbehandling, er den FoU.
- *Spesialisert, medisinsk behandling* regnes vanligvis ikke som FoU, men avansert, medisinsk behandling kan inneholde et FoU-element. *Hovedregel:* medisinsk behandling som ikke er direkte knyttet til et spesifikt FoU-prosjekt holdes utenom.
- *Design, konstruksjon, testing og modifisering av prototyper* skal regnes som FoU. Når eventuelle modifikasjoner av prototypen er foretatt og testingen er sluttført på en tilfredsstillende måte, er grensen for FoU nådd.
- *Preklinisk og klinisk testing* kategoriseres som forskning. Testing og oppskalering med begrenset vitenskapelig interesse bør ideelt sett kategoriseres som utviklingsarbeid.
- *Innovasjon* vil ofte være basert på FoU, men til forskjell fra FoU vil innovasjon ofte ha spredning og kommersialisering som mål i tillegg til nyskapning. Grensen kan være vanskelig å trekke i praksis; se **grundigere omtale i følgebrevet**.

FoU deles gjerne i tre aktivitetstyper: grunnforskning, anvendt forskning og utviklingsarbeid.

Grunnforskning er 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 primært rettet mot bestemte praktiske mål eller anvendelser.

Forskning forventes dessuten å resultere i en vitenskapelig publikasjon eller et patent eller ha intensjon om å gjøre det. For å regnes som vitenskapelig publikasjon må alle de fire kriteriene nedenfor være oppfylt (Universitets- og høyskolerådet 2004):

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

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

I utgangspunktet gjelder de samme avgrensningskriteriene for utviklingsarbeid som for FoU generelt. I tillegg ber vi om at følgende kriterier tas med i vurderingen av om en aktivitet skal klassifiseres som utviklingsarbeid:

- at det finnes en prosjektbeskrivelse, der mål for prosjektet og systematikken i prosjektet beskrives
- at prosjektet har ledergodkjenning
- at prosjektet har et budsjett eller godkjent tidsbruk (dersom det kun er egen arbeidstid som er innsatsfaktoren)
- at det finnes en plan for formidling av resultatet

Merk at utviklingsarbeid som er finansiert med innovasjonsmidler ikke skal rapporteres her.

B. Ressursbruk til FoU: økonomisk avgrensning

Etter overordnet økonomisk avgrensning skal det rapporteres:

- FoU-aktivitet som utføres i helseforetaket eller det private, ideelle sykehuset, og medfører kostnader (ressursbruk) som vises i helseforetakets regnskaper. Alle regnskapsførte kostnader tas med, uavhengig av finansieringskilde.
- Anslag for ressursbruk som belastes helseforetaket eller det private, ideelle sykehuset (normalt infrastruktur og støttefunksjoner) – direkte eller indirekte – som følge av eksternt finansiert FoU-aktivitet, dvs. der den som utfører FoU-aktiviteten er lønnet av andre enn foretaket. Her skal KUN ressursbruk til infrastruktur eller annen direkte merkostnad tas med.

Det skal rapporteres antall FoU-årsverk som utføres i helseforetaket av personale som er lønnet av helseforetaket. Der personalet kun benytter helseforetakets infrastruktur og lønnskostnadene ikke føres i helseforetakenes regnskap skal årsverkene kartlegges som grunnlag for å kalkulere infrastrukturkostnader, men ikke rapporteres som årsverk i tabell 1.3 og 2.3; jf. Punkt C nedenfor.

Ressursbruk til FoU innen psykisk helse og rus

Som tidligere skal ressurser til FoU innen tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere og psykisk helsevern dokumenteres særskilt, både under forskning (C.1) og utviklingsarbeid (C.2); jf. punkt C nedenfor.

C. Til de enkelte punktene i skjemaet

Nummerering refererer til rapportskjemaet. **Merk** at ressursbruk til forskning (C.1) og utviklingsarbeid (C.2) rapporteres **hver for seg**.

1. Ressursbruk til forskning i 2013

Gjelder kostnader (ressursbruk) til *forskning* som vises i helseforetakets eller det private, ideelle sykehusets regnskap (jf. pkt. B over), uavhengig av finansieringskilde (jf. pkt. C.3 nedenfor).

1.1 Driftskostnader til forskning 2013

Vi ber om at driftskostnadene fordeles mellom

- direkte lønnskostnader
- direkte pensjon og arbeidsgiveravgift
- andre direkte driftskostnader, eksklusive kalkuleerte påslag.
- indirekte driftskostnader, dvs. andeler av kostnader i fellesavdelinger og/eller kalkuleerte påslag.

Direkte lønnskostnader omfatter fast bruttolønn, fast tillegg for utvidet arbeidstid, fast doktorgradstillegg og fast forskningstillegg. Faste tillegg for vakt og beredskap regnes som pasientbehandling og holdes i sin helhet utenfor. Alle variable tillegg og overtid holdes utenfor (så sant personen ikke arbeider 100 % med forskning). Lønnsnivået bør vurderes opp mot faktisk lønnsnivå og stillingsstruktur i de forskningsutførende enhetene.

Direkte pensjon og arbeidsgiveravgift. Pensjon skal regnes ut fra reell pensjonskostnad, og nivået skal sjekkes mot det som er rapportert i foretakets eller det private, ideelle sykehusets årsrapport. Der man ikke har presise tall kan en sats tilsvarende den i årsrapporten benyttes. Det skal beregnes arbeidsgiveravgift av pensjon. Dersom nivået for pensjon og arbeidsgiveravgift ligger utenfor intervallet 35-45 prosent av direkte lønn, ber vi om en forklaring (f.eks. lavere sats for arbeidsgiveravgift).

Med *andre, direkte driftskostnader* menes her driftskostnader knyttet til aktiviteten i enheter der det utføres FoU-årsverk, eksklusive kalkuleerte påslag. Vi ber her om at det utvises en viss forsiktighet med i hvilken grad andeler av medisinske forbruksvarer tas med.

Som *indirekte driftskostnader* regnes driftskostnader i fellesenheter der det ikke utføres FoU-årsverk; lønn og drift legges her inn som én sum. Der det brukes kalkuleerte påslag, legges summen inn her. I beregning av husleie (kontorer, laboratorier, fellesarealer) og andre felleskostnader bør et mest mulig realistisk kostnadsnivå tilstrebes, f.eks. i forhold til markedsleie. Avskrivninger inkluderes under denne kategorien.

Som tidligere år ber vi om at årets *avskrivningene* spesifiseres på egen linje og ses i sammenheng med rapporterte investeringer punkt 1.2 nedenfor.

Benytt ellers samme beregningsopplegg som tidligere år, dvs. kostnadsberegning av årsverk gjøres med utgangspunkt i direkte lønn.

1.2 Investeringer 2013

Spørsmålet gjelder helseforetakets eller sykehusets kjøp/anskaffelse av bygg, anlegg og varige driftsmidler, inkl. utstyr og instrumenter. Vi ber om forskningsandelen av anskaffelsesverdien i 2012 for hver kategori anslås etter beste skjønn, basert på en vurdering av forventet fremtidig bruk.

Investeringstallene brukes både i norsk og internasjonal FoU-statistikk. Det henger sammen med at det er kontantprinsippet som ligger til grunn for rapportering og presentasjon av økonomitall i internasjonal FoU-statistikk. Retningslinjene er utformet av OECD. For å gjøre omregningen fra regnskapsprinsippet som ligger til grunn i helseforetak og private, ideelle sykehus til kontantprinsippet, har vi også bedt om at årets avskrivninger spesifiseres på egen linje; jf. C.1.1 over. Dette gir mulighet for å trekke ut avskrivningene ved sammenstillinger. For å få riktige tall for FoU-innsatsen i helseforetak og andre private, ideelle sykehus er det viktig at investeringstall og avskrivninger ses i sammenheng slik at de samsvarer i rimelig grad og at begge deler rapporteres etter beste skjønn.

Med utgangspunkt i ønsket fra RHFenes strategigruppe for forskning om å kunne redegjøre for ressursbruken eksklusive ekstern finansiering, ber vi om at det anslås hvor stor andel (prosent) av investeringene som er finansiert av eksterne kilder. Et eksempel kan være midler fra Norges forskningsråd til utstyr eller annen infrastruktur.

1.3 Utførte forskningsårsverk 2013

Årsverk er hoveddriveren for de forskningsrelaterte kostnader og er derfor viktige å kartlegge. Et årsverk er *det arbeidet som en person utfører i løpet av et år* (Statistisk sentralbyrå). En heltidsansatt som har brukt halve tiden på forskning, har utført et halvt forskningsårsverk. Men for kliniske stillinger regnes ikke overtid, vaktarbeid ikke med i årsverket, jf. at kostnadene for dette skal holdes utenfor.

Som nevnt under pkt. B skal det bare rapporteres utførte FoU-årsverk som helseforetaket eller det private, ideelle sykehuset *selv bærer lønnskostnaden for*.

Forskningsårsverkene skal deles inn i følgende fire kategorier:

- **Forskningsårsverk utført av leger i klinisk stilling:** Overleger, overleger med kombinert stilling (ta kun med årsverk for stilling ved helseforetaket; **professor II-stillinger skal ikke tas med** - de rapporteres inn av universitetene), leger under spesialisering.
- **Forskningsårsverk utført av psykologer i klinisk stilling** (avgrensning som for leger)
- **Forskningsårsverk utført av forskere, postdoktorer** innen alle yrkesgrupper (medisin, helsefag mv), **stipendiater** og **vitenskapelige assistenter**.

- **Forskningsårsverk utført av øvrig sykehuspersonale:** Laboratoriepersonale, teknisk og administrativt støttepersonale, sykepleiere, hjelpepleiere.

Vi ber også om at anslås hvor stor del av årsverkene i de to sistnevnte kategoriene som er eksternt finansierte.

2. Ressursbruk til utviklingsarbeid 2013

Vi ber om at det i tabellene 2.1, 2.2 og 2.3 redegjøres for ressursbruk til utviklingsarbeid med samme kategoriseringer som for forskning; jf. tabellene 1.1, 1.2 og 1.3 over. For definisjon av utviklingsarbeid og eksempler på avgrensningsspørsmål, se Punkt A. på forrige side.

3. Finansiering av FoU i 2013

Merk at vi ber om at finansiering av forskning og finansiering av utviklingsarbeid **spesifiseres hver for seg**.

Vi skiller mellom tre kategorier av midler som bevilges over Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) budsjett:

1. *Helseforetakets egenfinansiering (basisbevilgning over statsbudsjettet)*
2. *Midler fra regionale helseforetak (RHF) eller regionale samarbeidsorganer (øremerkede tilskudd til FoU)*
3. *Andre HOD-midler, inkl. underliggende etater (eks. Hdir).*

Den fjerde hovedkategorien er

4. Ekstern finansiering

Oppsettet er som for 2012. De vanligste eksterne finansieringskildene er spesifisert. Ytterligere kildepesifikasjoner kan velges fra rullegardinmenyene i skjemaet eller bruk fritekstfelt under "Andre eksterne kilder". Merk at eksterne midler så langt som mulig skal føres tilbake til primærkilden; f.eks. skal forskningsrådsmidler helseforetaket får via et universitet føres som forskningsrådsmidler. Formålet er å få et mest mulig dekkende bilde av FoU-finansiering i sektoren.

4. Skjønnsmessige fordelinger av FoU-ressursene

4.1 Aktivitetstype 2013

Vi viser til definisjoner og eksempler på avgrensninger under Punkt A. ovenfor, og ber om en skjønnsmessig fordeling av forskningsressursene (jf. 1) på grunnforskning og anvendt forskning.

4.2 Prioriterte teknologiområder i 2013

Hvis helseforetaket i 2013 hadde FoU rettet mot teknologiområdene, vennligst anslå hvor stor prosentvis del dette utgjorde av enhetens egenutførte FoU-virksomhet i 2013. Inndelingen er lett modifisert i forhold til forrige forskningsmelding, "Vilje til forskning" (St.meld.nr. 20 (2004-2005)), og definisjonene er som følger:

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi: Utvikling og bruk av tele- og datasystemer. Digitale informasjons- og kommunikasjonssystemer. Maskinvare, programvare, nettware. E-vitenskap og trådløse teknologier. Samfunnsmessige forhold knyttet til IKT.

Bioteknologi: Anvendelse av naturvitenskap og teknologi på levende organismer og på deler, produkter og modeller av disse, slik at levende og ikke-levende materiale endres for å frembringe kunnskap, varer og tjenester. Bioteknologi knyttet til alle fagområder inkludert bioinformatikk og etikk vedrørende bioteknologisk forskning.

Nanoteknologi: Nye teknikker for syntese og bearbeiding, herunder flytting av og bygging med naturens byggesteiner (atomer, molekyler eller makromolekyler), for intelligent design av funksjonelle og strukturelle materialer, komponenter og systemer med attraktive egenskaper og funksjoner og hvor dimensjoner og toleranser i området 0,1 til 100 nanometer spiller en avgjørende rolle. Materialer der egenskapene bevisst endres med bruk av nanoteknologi. Etske, juridiske, samfunnsmessige og helse-/miljø-/sikkerhetsmessige aspekter ved nanoteknologi.

Nye materialer, unntatt nanoteknologi: Funksjonelle materialer (materialer med bestemte kjemiske, fysikalske eller biologiske egenskaper). Materialer, der egenskapene målbevisst endres ved bruk av nanoteknologi, skal føres under nanoteknologi.

5. Internasjonalisering 2013

Andel av FoU-aktiviteten som er, eller inngår i, konkret samarbeid på "prosjektnivå" med forskere ved utenlandske forskningsinstitusjoner eller bedrifter, eller som støtter inngående/utgående mobilitet, internasjonale stimuleringstiltak eller særskilte tiltak for å gjøre Norge til attraktivt vertskap for internasjonalt FoU-samarbeid.

Spørsmål kan rettes til:

Ole Wiig, tlf. 22 59 51 85 (e-post: ole.wiig@nifu.no)

Hebe Gunnes, tlf. 22 59 51 16 (e-post:

hebe.gunnes@nifu.no)

Vedlegg 6: Tabeller om forskning og utviklingsarbeid (FoU) 2013

Tabell V6.1: Helseforetakenes driftskostnader til FoU i 2013, inklusive eksternt finansiert FoU og avskrivninger, etter region og forvaltningsnivå. Millioner kroner. Prosent.

Forvaltningsnivå Helseregion	Rapporterte driftskostnader til FoU i 2013			Andel av kostnadene rapportert av HF og PIS (%)
	Helseforetak (HF) og private, ideelle sykehus (PIS) (mill. kr)	Regionale helseforetak (RHF) ¹ (mill. kr)	RHF, HF og PS samlet (mill. kr)	
Helse Midt-Norge RHF ²	290	198	488	59
Helse Nord RHF ³	262	35	297	88
Helse Sør-Øst RHF	2 365	0	2 365	100
Helse Vest RHF	641	5	646	99
Totalt	3 558	224	3 796	94

¹ Kilde: De regionale helseforetakene.

² RHF-tallet inkluderer Hemit som er en avdeling i Helse Midt-Norge RHF.

³ RHF-tallet inkluderer Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)

Kilde: NIFU.

Tabell V6.2: Nøkkeltall 2012-2013 for forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetak og private, ideelle sykehus.

Indikator	Utviklingsarbeid	Forskning	Forskning og utviklingsarbeid	Prosent forskning
Driftskostnader 2012 ¹ (mill. kr)	369	2 829	3 198	88
Driftskostnader 2013 ¹ (mill. kr)	455	3 103	3 558	87
Endring driftskostnader 2012-2013 (%)	86	274	360	-
Antall årsverk 2013	423	2 565	2 988	86
Driftskostnader per årsverk 2013 (kr)	1 076 000	1 210 000	1 191 000	-

¹ Inklusive eksternt finansiert FoU og avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Tabelloversikt

Tabell 2.1 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus i 2013, etter type institusjon. ¹ Driftskostnadene ² er her <i>inklusive</i> eksternt finansiert forskning og avskrivninger.....	15
Tabell 3.1 Ressurser til forskning innenfor psykisk helsevern i 2013, etter type helseforetak. ¹ Antall forskningsårsverk og driftskostnader ² til forskning.	23
Tabell 3.2 Ressurser til forskning innenfor psykisk helsevern i 2013, etter helseregion. Antall forskningsårsverk og driftskostnader ¹ til forskning.	24
Tabell 3.3 Ressurser til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2013, etter type helseforetak. ¹ Antall forskningsårsverk og driftskostnader ² til forskning.....	24
Tabell 3.4 Ressurser til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2013, etter helseregion. Antall forskningsårsverk og driftskostnader ¹ til forskning.	25

Figuroversikt

Figur 2.1 Helseforetakenes finansieringsstruktur for forskning i 2013, totalt og etter type helseforetak. ¹ Prosent.	17
Figur 2.2 Helseforetakenes finansieringsstruktur for forskning i 2013, totalt og etter helseregion. Prosent.	19

Nordisk institutt for studier av
innovasjon, forskning og utdanning

Nordic Institute for Studies in
Innovation, Research and Education

www.nifu.no