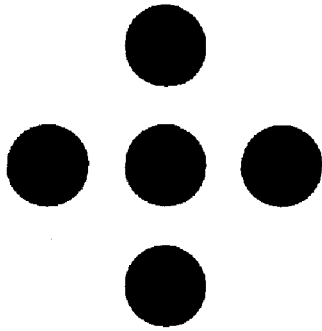




Kartlegging av ressursbruk til forskning

November 2006



Forord

Helhetlig og god styringsinformasjon er et av grunnelementene for riktige beslutninger og prioriteringer. I spesialisthelsetjenesten jobbes det på mange fronter for å heve kvaliteten ytterligere på dette området.

I Norge har rapporteringen av ressursbruk til forskning i spesialisthelsetjenesten vært et område hvor vi har vært verken bedre eller dårligere enn sammenlignbare land. Gjennom referansebesøk har vi fått innsikt i hvordan dette området behandles i Sverige, Danmark og England, og har i kombinasjon med den praksis og kunnskap vi har her i Norge, bygget videre på disse erfaringene.

Opprinnelig var oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet relativt begrenset i omfang. De regionale helseforetakenes strategigruppe for forskning har imidlertid valgt å gjennomføre en inkluderende prosess hvor alle landets helseforetak har vært aktivt involvert.

Prosjektet har kommet frem til et omforent rammeverk som skal legges til grunn for den årlige rapporteringen av ressursbruk til forskning i spesialisthelsetjenesten. Det gjenstår imidlertid fremdeles en del arbeid – blant annet for å utvide rammeverket til også å inkludere utvikling og undervisning.

På vegne av styringsgruppen ønsker jeg å takke alle som har bidratt til prosjektets sluttleveranse. Spesielt vil jeg trekke frem medarbeiderne i helseforetakene som har brukt tid i en ellers presset hverdag.

Nå ser vi frem til å ta fatt på de neste fasene og til å kunne gjenbruke konsepter og maler samt ytterligere å forbedre styringsinformasjonen i spesialisthelsetjenesten.



Bjørn Erikstein
Adm. dir. Helse Sør RHF
Leder av Styringsgruppen



Innhold

Introduksjon	3
Bakgrunn	4
Mandat for prosjektet	4
Måling av forskning – hvilke resultater gir ressursinnsatsen?	5
Konklusjon og anbefaling	5
Om prosjektet	6
Prosjektets arbeid i 2004	7
Prosjektets arbeid i 2005	8
Prosjektets arbeid i 2006	8
Sentrale tema i arbeidet	9
Definisjoner	9
Begrepsavklaringer	9
Overordnede prinsipper	9
Sentrale avgrensninger	9
Ansvar for rapportering	10
Aktørenes behov	10
Metoder for innsamling av data	11
Oppsummering av vedlegg 1: Konseptbeskrivelse	11
Hvilke kostnader skal med	12
Veien videre	13
Forankring i helseforetakene	13
Forventninger til RHF og HF	13
Tilgjengeliggjøring	13
Implementering	13
Appendiks 1: Aktører	14
Appendiks 2: Kilder	16

Vedlegg

1	Konseptbeskrivelse	17-39
2	Prinsipper og definisjoner	41-60
3	Maler	61-76
4	Pilotrapport	77-90
5	Prosjektskisse	91-105



Introduksjon

Denne prosjektrapporten redegjør for arbeidet utført i prosjektet "Kartlegging av ressursbruk til forskning", samt anbefalte løsninger på de definerte problemstillinger.

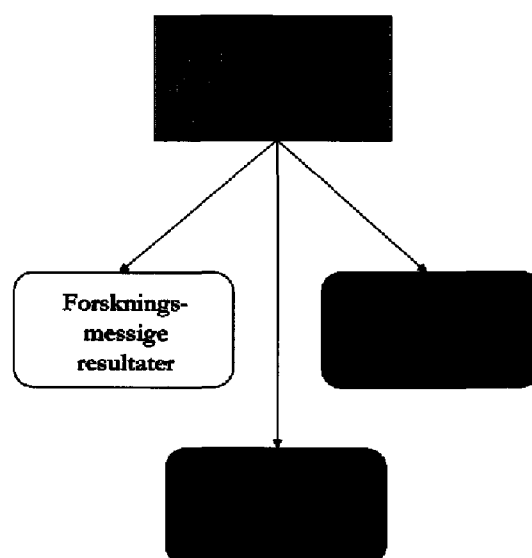
Rapporten har fem vedlegg (separate dokument) hvor løsningsforslag og konkret fremgangsmåte er beskrevet:

- Vedlegg 1: Konseptbeskrivelse
- Vedlegg 2: Prinsipper og definisjoner
- Vedlegg 3: Maler
- Vedlegg 4: Pilotrapport
- Vedlegg 5: Prosjektskisse

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

Det er viktig å ha sammenlignbare data mellom de ulike RHFene og på ulike nivåer av spesialisthelsetjenesten. På denne måten vil det være mulig å identifisere hvor det foregår effektiv og målrettet forskning og hvor dette eventuelt ikke er tilfelle.

Robuste og standardiserte metoder for å registrere ressursbruk til forskning er essensielt for å kunne følge de mål som er satt for forskningen. Mulighetene for å sammenlikne estimerte ressursbehov for gitte prosjekter eller oppgaver med faktisk forbruk er viktig for å kunne måle resultater og effektivitet i det nedlagte arbeidet.



Figur 1: Ressursbruk i forhold til "nytteverdi", prioriteringer og styring av forskningsmidler.

Da prosjektet ble initiert, manglet det gode felles nasjonale mekanismer for å få en god nok oversikt over forskningsaktiviteten når det gjelder registrering av ressursbruk. Mekanismene måtte derfor videreutvikles for å muliggjøre at følgende kunne synliggjøres på en bedre måte:

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

Det langsiktige målet med å kartlegge ressursbruken til forskning, er å muliggjøre kartlegging av forskningsrelatert ressursbruk på lik linje med annen ressursbruk i helsevesenet. For å gjøre dette mulig, ble det felles prosjektet startet. Leveransene omfatter både utarbeidelse av felles definisjoner, prinsipper og rapporteringssystem, pilotering og evaluering av dette. Videre har nødvendige neste steg blitt beskrevet i en prosjektskisse som vil bli vurdert av NIFU STEP.

Bakgrunn

I styringsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetak (RHF) står det at RHFene skal dokumentere ressursbruk til forskning ved hjelp av felles retningslinjer og maler og at koordineringen skal ivaretas av RHFenes strategigruppe for forskning.

Mandat for prosjektet

RHFenes strategigruppe (tidligere Nasjonal strategigruppe) for forskning har gitt følgende mandat for prosjektet:

- *"Det opprettes et underutvalg under Nasjonal strategigruppe for forskning som skal utarbeide et forslag til prinsipper, metode og forslag til rapportering i forhold til å synliggjøre ressursbruk til forskning innen spesialisthelsetjenesten*
- *Gruppen sammensettes av to medlemmer, én fagperson og én økonomiansvarlig fra hvert RHF og ledes fra Helse Sør RHF. Helse- og omsorgsdepartementet vil være involvert i gruppens arbeid etter behov. Gruppen rapporterer fremdrift til Nasjonal Strategi gruppe*
- *Den foreslåtte løsningen må ta utgangspunkt i de ulike aktørenes behov for informasjon på ulike nivå*
- *Løsningen må kunne benyttes utfra de økonomiske systemløsningene som allerede finnes i de ulike helseforetakene*
- *Gruppen må komme med forslag til ensartede definisjoner for grenseoppgang mellom forsknings- og utviklingsarbeid og mellom utviklingsarbeid og kompetanseutvikling*
- *Gruppen må forankre arbeidet i nasjonal strategigruppe og foreslå hvordan arbeidet skal forankres mot helseforetakene. En prosjektplan med bemanning og tidsplan fremlegges nasjonal strategigruppe for godkjenning innen august.*
- *Utvalget bestemmer selv møtehyppighet og arbeidsform. Utgifter til møtevirksomhet forutsettes finansiert ved at partene dekker utgiftene til egen deltagelse*
- *Gruppen bør også vurdere i hvilken grad kvalitetssikring skal skje opp mot eksterne partnere (universitetssektor, NFR, frivillige organisasjoner)."*



Måling av forskning – hvilke resultater gir ressursinnsatsen?

Det har tidligere vært gjort et omfattende arbeid når det gjelder måling av resultat av forskningsvirksomheten i helseforetakene. Man har valgt å måle forskningsproduksjonen gjennom publikasjoner i tidsskrifter med fagfelleevaluering samt gjennomførte doktorgrader. Systemet tar hensyn til delaktighet og kvalitet og angies i publikasjonspoeng.

Relasjonen mellom måling av ressursbruk som dette prosjektet omhandler og måling av resultater av forskningsvirksomheten, er ikke analysert i dette prosjektet. Dette er et forhold som bør vurderes i videre utviklingsarbeid.

Konklusjon og anbefaling

På bakgrunn av resultatene fra prosjektet, anbefaler styringsgruppen (den nasjonale strategigruppen for forskning) å benytte rammeverket i fremtidig rapportering fra helseforetakene. Utdrag fra referatet i styringsgruppen 14. august 2006¹:

- *"2005 tallene behandles som pilotdata. En samlet rapport oversendes HOD fra Helse Sør RHF etter en høring pr e-post i RHFenes strategigruppe for forskning.*
- *Det etableres rapportering av ressursbruk til forskning i RHFene på permanent basis fra 2007.*
- *Det er ønskelig med en samordning av det nasjonale målesystemet for ressursbruk i RHFene med nasjonal statistikk i regi av NIFU STEP (NFR).*
- *Det bør etableres et utviklingsprosjekt mellom NIFU STEP (NFR) og RHFene for å komme frem til en modell som ivaretar både RHFenes og NIFU STEP/NFR sine behov. RHFenes strategigruppe benyttes som styringsgruppe. Den etablerte arbeidsgruppen videreføres - og inngår som viktige aktører i et utviklingsprosjekt.*
- *Videreutvikling med tanke på registrering av utvikling og utdanning i tillegg, samt kvalitetssikring mot universitetene vurderes inn mot et utviklingsprosjekt med NIFU STEP. Utvikling² måles i dag av NIFU STEP og inngår i den nasjonale FoU-statistikken."*

¹ Sak 22/06

² Kommentar fra NIFU STEP: Det er utviklingsarbeid som måles – ikke "utvikling"

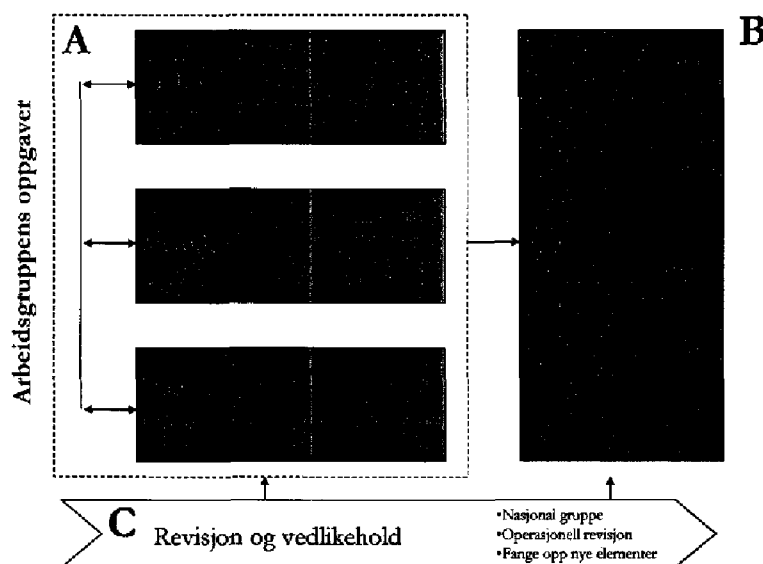
Om prosjektet

Målet har vært å etablere et enkelt, transparent, felles rapporteringssystem for ressursbruk til forskning som skal benyttes av samtlige helseforetak som har forskningsaktivitet, forskningsressurser og forskningsbudsjett. Systemet skal også kunne benyttes for ekstern rapportering (Helse- og omsorgsdepartementet, SSB, etc.). Prosjektet skal således både synliggjøre og bevisstgjøre ved hjelp av det nye rammeverket.

Utviklingen av et robust rammeverk for kartlegging av ressursbruk omfatter blant annet følgende:

- Kategorisering av kostnader, herunder direkte, indirekte og overhead kostnader
- Prinsipper for å estimere ressursbruk knyttet til å vedlikeholde forskningsfasiliteter for å unngå dobbel registrering av overhead kostnader og direkte kostnader
- Definisjoner og retningslinjer på hva som skal regnes med og hvordan dette skal gjøres
- Maler for rapportering og verktøy for innsamling av data.

Figuren nedenfor illustrerer prosjektets arbeidsoppgaver og mål. Del "A" i illustrasjonen beskriver prosjektets mandat og "B" prosjektets mål. "C" er en naturlig videreføring (ref. vedlegg 5):



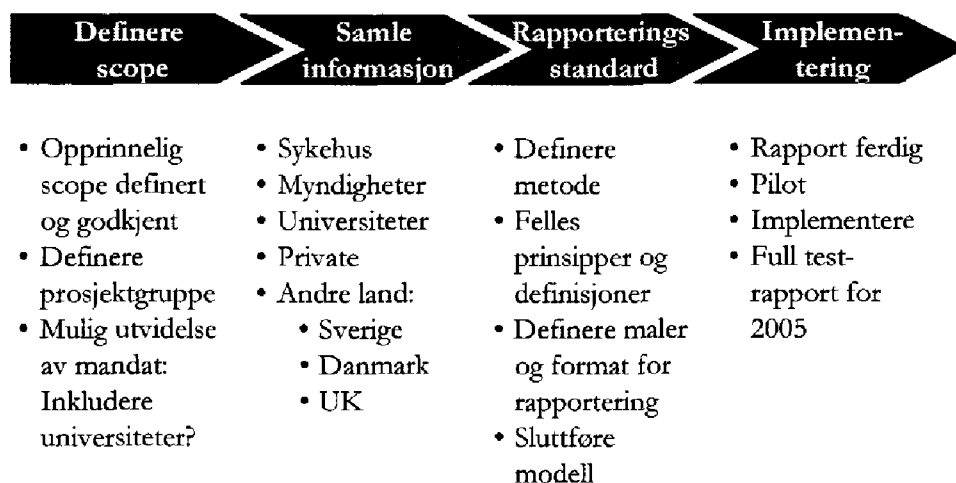
Figur 2: Prosjektets arbeidsoppgaver.

Det har vært en balanse mellom det å samle robust og nøyaktig informasjon, og nødvendig ressursbruk for å registrere denne på et detaljert nivå.

Prosjektet har blitt gjennomført på en inkluderende måte hvor innsamling av eksisterende informasjon og metoder har vært en viktig del av arbeidet. Kilder i Norge



og utlandet har bidratt med erfaringer fra hvordan de har løst parallelle utfordringer (ref. appendiks 1 og 2 for detaljer).



Figur 3: Overordnet prosjektplan

Prosjektets arbeid i 2004

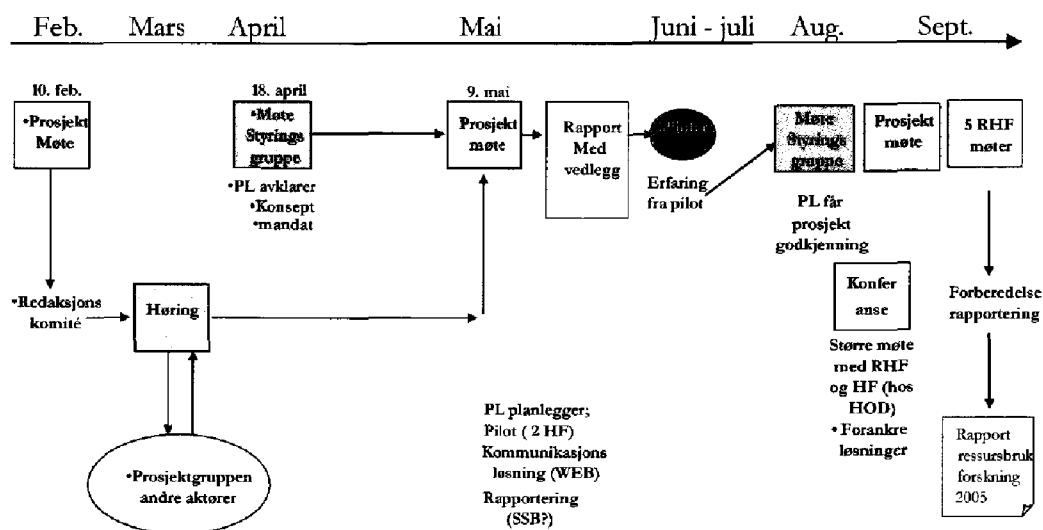
Det ble arrangert to arbeidssamlinger hvor representanter fra både fag- og økonomimiljøene var tilstede (to representanter fra hver region). Helse- og omsorgsdepartementet var observatør i samlingene.

Videre ble det arrangert referansebesøk til Sverige (FoU kanseliet - Stockholm Läns Landsting) og Danmark (Rigshospitalet og Sundhetsstyrelsen). Målet med disse besøkene var å oppnå økt innsikt i hvordan parallelle utfordringer har blitt løst.

Prosjektgruppens arbeid i 2004 var m.a.o. fokusert på å samle mest mulig tilgjengelig informasjon, definere en felles plattform og bli enige om hvilke konkrete utfordringer som må løses. Gjennom gruppearbeid og diskusjoner ble en rekke prinsipper for arbeidet samt et første utkast til løsningsforslag utarbeidet.

Prosjektets arbeid i 2005

Arbeidet har blitt videreført i 2005 i henhold til følgende fremdriftsplan:



Figur 4: Fremdriftsplan for 2005

Prosjektgruppens anbefalinger fra de første fasene i prosjektet ble pilotert ved 4 HF:

- Haukeland Universitetssykehus HF
- St. Olavs Hospital HF
- Stavanger Universitetssykehuset HF
- Sykehuset Sørlandet HF

Piloteringen ble gjennomført i juni / juli 2005. På anbefaling fra HFene ble det gjort mindre justeringer i rammeverket. Konklusjonen var imidlertid klar: Rammeverket ble anbefalt implementert. Konklusjonen ble forelagt Styringsgruppen som besluttet å arbeide videre mot en nasjonal pilotering.

Det ble også arrangert et referansebesøk til UK hvor det ble avholdt møter med NHS / Department of Health, Bart and The London NHS Trust, Great Ormond Street London Hospital, University College London Hospitals NHS Trust og Hammersmith Hospitals NHS Trust.

Prosjektets arbeid i 2006

I 2006 var hovedfokus på rapportering av 2005-data ihht. det definerte rammeverket. SSB ble valgt som tilrettelegger for datainnsamlingen, men Helse Sør RHF sto for kvalitetssikring og analyse. SSB utviklet en webløsning (en "postkasse") basert på



rapporteringsmalen slik at denne fikk samme visuelle utforming som de ordinære rapporteringsskjemaene HFene benytter ved rapportering til SSB.

Rapporteringen av 2005-data hadde status som en nasjonal pilot.

Rapporteringen ble gjennomført i april 2006. Helse Sør RHF gjennomførte deretter en overordnet analyse av pilotresultatene og presenterte dette på en erfaringskonferanse for alle HF i mai 2006. Styringsgruppen fikk presentert de samme resultatene i august 2006.

På bakgrunn av de nasjonale resultatene fra piloten, fikk alle HF mulighet til å ytterligere spesifisere og evt. korrigere for feil i den opprinnelige rapporteringen.

I september ble endelig datagrunnlag ferdig, og styringsgruppen fikk fremlagt en pilotrapport til sitt møte i oktober 2006 (ref. vedlegg 4).

Sentrale tema i arbeidet

Definisjoner

Prosjektet fikk i oppgave å formulere entydige definisjoner både fra et helsefaglig og et økonomisk perspektiv. Det er redegjort for dette i vedlegg 2 til denne rapporten.

Begrepsavklaringer

En av utfordringene i de tidligere systemene for å registrere og rapportere ressursbruk til forskning, var bruk av ulike av begreper samt hva man legger i disse. Dette førte til ulikt innhold i det som ble rapportert, noe som igjen førte til problemer ved sammenlikning helseforetakene i mellom. Det er redegjort for dette i vedlegg 2 og 3 til denne rapporten.

Overordnede prinsipper

For å oppnå målene med prosjektet, var det nødvendig med et felles sett prinsipper for hvordan registrering og rapportering skal foregå. Det er redegjort for dette i vedlegg 2 til denne rapporten.

Sentrale avgrensninger

Prosjektets mandat sier klart at det kun er forskning som skal kartlegges på det nåværende tidspunkt. Innenfor forskning er det imidlertid mange gråsoner som må avklares og nødvendige avgrensninger som må gjøres for å kunne nå prosjektets mål. Det er redegjort for dette i vedlegg 2 til denne rapporten.

Ansvar for rapportering

Ansvar for forskningen i HFene skal ligge i de kliniske styringslinjene. Forskningsmidlene bør forvaltes sammen med de ordinære midlene til klinisk drift, men slik at de er tydelig regnskapsmessig atskilt eller enkelt å trekke ut.

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

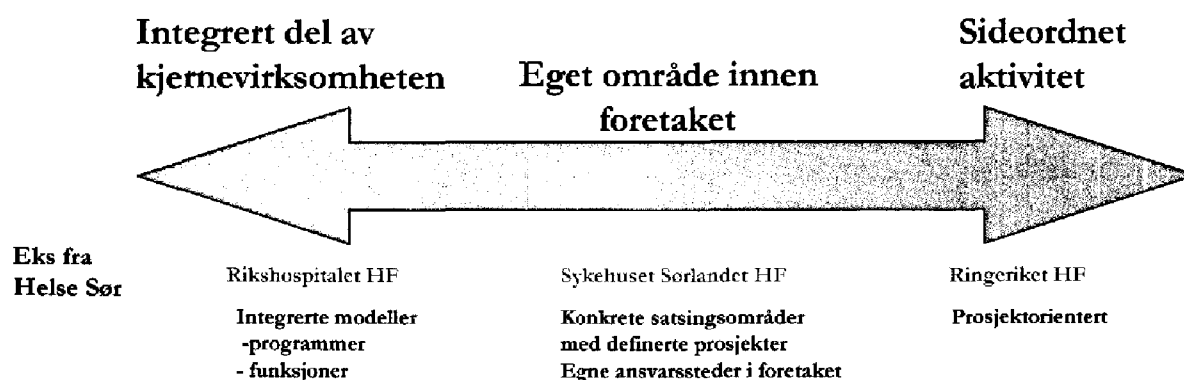
HF ledelsen har ansvaret for å rapportere i henhold til standardiserte maler til sitt RHF. Interne rutiner og retningslinjer for intern rapportering ligger under det enkelte HFs ansvarsområde.

Aktørenes behov

Arbeidet med å definere et felles rammeverk for å kartlegge ressursbruk til forskning er avhengig av at de enkelte HFs behov blir fanget opp og inkludert i arbeidet. Det er kritisk at ingen blir ekskludert i form av at de ikke kjenner seg igjen i de foreslåtte løsninger. Rammeverket må kunne brukes i det enkelte HF uten for store interne tilpassninger.

Ulik organisering, omfang og integrasjon av forskning gir ulike behov for modeller/maler for å dokumentere ressursbruk. Dette vil grovt sett kunne vises på en akse i forhold til om forskningen er en integrert del av "kjerne" virksomheten til Helseforetaket eller en mer sideordnet aktivitet på mer ad hoc basis.

Det er redegjort ytterligere for dette i vedleggene til denne rapporten.



Ulike integrering av F&U vil ha ulike behov/konsepter for innsamling og systematisering av data

Figur 5: Illustrasjon av forskningens rolle i HFet



Målet er å identifisere faktisk ressursbruk som følge av forskningsaktivitet i spesialisthelsetjenesten. Kartleggingen skal ikke brukes for å søke om ytterligere bevilgninger. Arbeidet skal heller ikke brukes til å identifisere hvordan bevilgningene er brukt (valg av prosjekter eller initiativ), men for å kartlegge hvordan kostnader blir generert. Det er m.a.o. ikke nok å bruke eksisterende bevilgninger som et estimat for ressursbruk.

Metoder for innsamling av data

For å kunne være konsistent, og for å kunne verifisere resultatene av kartleggingen, må rapporteringen følge felles standarder for alle som skal rapportere ressursbruk til forskning.

Rapporteringsformatet skal både være til hjelp for institusjonene i prosessen og være grunnlaget for verifisering av den innrapporterte ressursbruken og kostnadene relatert til forskningen.

For å unngå at ressurser som ikke er relatert til forskning blir tatt med i rapporteringen, er det viktig at det er helt klare grensesnitt mellom hva som regnes som forskning og hva som ikke er det (ref. definisjoner og avgrensninger – vedlegg 1 og 2 til denne rapporten).

Oppsummering av vedlegg 1: Konseptbeskrivelse

- Det er prosjektgruppens oppfatning, basert på erfaringer fra referansebesøk og diskusjoner i gruppen, at innsamling av data bør gjennomføres på den måten som er mest hensiktsmessig for det enkelte HF. Dette innebærer at fremgangsmåten for å fremskaffe de nødvendige grunndata for rapportering ut av HFet, vil kunne variere.
- Prosjektet anbefaler at det enkelte HF ved begynnelsen av året redegjør overfor sitt RHF hvilken metodikk for innsamling av data de vil benytte.
- Med grunnlag i ulike metoder som ble benyttet i andre land, og med basis i generell økonomisk teori knyttet til internregnskap, har prosjektgruppen valgt å foreslå 2 metoder for innsamling av data;
 - o Aktivitetsbasert metode (ABC analyse):
Det blir kalkulert et HF-spesifikt kostnadsanslag for direkte lønnskostnader per årsverk for de ulike stillingskategoriene (3-5 kategorier), og utarbeidet et %-vis tillegg som legger til resten av kostnadene som skal henføres til forskningsvirksomheten

- Kostnadsbasert metode (Selvkost/fullkost kalkyle):
Metoden baserer seg på å klassifisere alle kostnadssteder eller prosjekter i forhold til hvor stor grad de direkte kostnadene medgår til forskning. De kostnadsartene som er å anse som direkte henførbare kostnader hentes ut fra regnskapet (eller et datavarehus) i forhold til en %-andel med forskningsaktivitet for hvert enkelt kostnadssted eller prosjekt. I tillegg beregnes et prosentvis tillegg for alle andre indirekte kostnader som skal hensyntas ved ressursmåling av forskningsaktivitet.
- Kartleggingen av ressursbruk til forskning må i tillegg til en felles standardisert rapporteringsmal, og maler til hjelp for innsamling av data, bygge på ett sett med felles prinsipper.
- Det skal skilles mellom forskning knyttet til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere, somatikk og psykisk helsevern på et overordnet nivå slik at ressursbruken innen disse tre områdene kan rapporteres på HF nivå
- Finansiering av forskning skal rapporteres (ikke fordelt på funksjonsområder). Omfanget av eksternt finansierte midler til forskning som regnskapsføres av HFet selv, fordelt på de mest sentrale finansieringskilder, skal fremkomme i rapporteringen.

Hvilke kostnader skal med

Forskning er avhengig av mange typer ressurser og støtte. Fasiliteter (inkludert fast eiendom, utstyr og personell til å vedlikeholde dette), forbruksvarer, tidsforbruk (klinisk personell, forskere og teknisk personell), tilgang til pasienter samt tester og prøver av forskjellig art er eksempler på dette. Dette kan deles opp i tre kategorier:

- Direkte og indirekte kostnader knyttet til forskningsprosjekter
- Forskningsfasiliteter (fysisk infrastruktur og personell som ikke er direkte knyttet til spesifikke forskningsprosjekt)
- Service- og støttefunksjoner (ressursbruk knyttet direkte til spesifikke prosjekter).

En nøyaktig identifikasjon og kategorisering av kostnader er nødvendig for å kunne styre forskningsaktiviteten på en god måte. Dette er også viktig vis-à-vis eksterne finansieringskilder for at de skal få et godt innblikk i bruken av deres midler. En positiv effekt av dette kan være økte investeringer som følge av en sterkere følelse av innblikk, nytte og transparens.

Det er redegjort ytterligere for dette i vedlegg 2 og 3 til denne rapporten (konkretisering av kostnadsposter som skal taes med – og hvilke som ikke skal taes med – når ressursbruken skal registreres).



Veien videre

Forankring i helseforetakene

For at kartlegging av ressursbruk til forskning skal bli vellykket, må rammeverket forankres i helseforetakene. Gjennom prosjektarbeidet har representanter for både økonomi- og fagsiden vært representert. Denne gruppen bør brukes også i det videre arbeidet (overgangen fra prosjekt til daglig drift).

Forventninger til RHF og HF

Det forventes en egeninnsats fra HF og RHF for å implementere rammeverket. Arbeidet vil i stor grad bestå i å endre kulturen i fagmiljøene samt å hjelpe de som har ansvaret for rapporteringen i en tidlig fase inntil systemet er innarbeidet.

Tilgjengeliggjøring

Maler, rapporteringsskjema og retningslinjer for rapporteringen ble tilgjengeliggjort gjennom SSB i den nasjonale piloten. Styringsgruppen har vedtatt at NIFU STEP skal være ansvarlig for videreutvikling og rapportering av 2006-data og videre fremover. Ref. vedlegg 5 for forslag til videre arbeid.

Implementering

Det taes sikte på nasjonal rapportering (historiske data) for 2006. Rammeverket vil bli implementert ihht. styringsgruppens avgjørelse i august 2006. Ref. vedlegg 5 for forslag til videre arbeid.

Appendiks 1: Aktører

Deltagere i prosjektgruppen

Navn	Virksomhet
Erlend B. Smeland	Radiumhospitalet HF
Inger Nina Farstad	Rikshospitalet HF
Lillian Kramer-Johansen	Rikshospitalet HF
Berit Bore	Helse Vest RHF
Karine Løllke	Sykehuset Østfold HF
Tom Erik Magnussen	Helse Øst RHF
Morten Jacobsen	Sykehuset Østfold HF
Jan Brox	Universitetssykehuset Nord-Norge
Anne Torill Nordsletta	Universitetssykehuset Nord-Norge
Mads E. Berg	Helse Midt RHF
Ursula Falkmer	St. Olavs Hospital
Ernst Omenaas	Helse Bergen HF
Nils Erik Gilhus	Universitetet i Bergen
Mari Nes	Forskningsrådet
Maiken Engelstad	Helse- og omsorgsdepartementet
Lars Rønning	Oppdragsleder (Helse Sør RHF)
Hans-Peter Daae	Daae & Dolva AS (Prosjektsekretariatet)



Andre bidragsytere

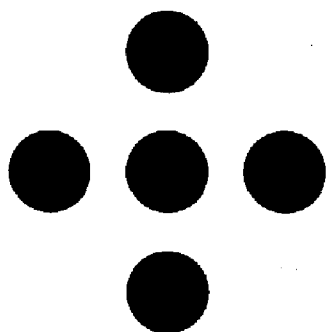
Navn	Virksomhet
Dr. Russell Hamilton	<i>Deputy Director of Research and Development, Head of Research Policy and Strategy</i> Department of Health, UK
Catherine Johns	Department of Health, UK
Gerry Leonard	Bart and The London NHS Trust, UK
Emma Pendleton	Great Ormond Street London Hospital, UK
Nick McNally	University College London Hospitals NHS Trust, UK
Rodney Gale	Hammersmith Hospitals NHS Trust, UK
Susanne Lehmann Sundnes	NIFU STEP
Thorbjörn Ekström	Stockholms Läns Landsting – FoU Kanseliet
Britt Conniger	Stockholms Läns Landsting – FoU Kanseliet
Anette Søberg Roed	Sundhedsstyrelsen København
Pia Krebs	Rigshospitalet København
Hanne Cecilie Hougen	SSB
Bjørn Erikstein	Leder av Styringsgruppen, Adm. dir Helse Sør RHF

Appendiks 2: Kilder

Det har blitt utarbeidet en dokumentasjonsperm og en CD med all tilgjengelig dokumentasjon i prosjektet. Denne er sendt ut til prosjektgruppen. Dokumentasjonen samlet inn gjennom referansebesøk etc. er stort sett i form av uttrekk av dokumenter eller regneark – presise referanser og henvisninger er derfor vanskelig å tilgjengeliggjøre.

Tema	Kildeland	År
Økonomisk redovisning FoU – per Sykehus	Sverige	2004
Redovisning per kostnadsstille FoU	Sverige	2004
Redovisning per basenhet og virksomhetsområde	Sverige	2004
Redovisning - periodisert - per virksomhetsområde	Sverige	2004
Aktivitetsundersøkelse	Sverige	2005
Opplegg for kartlegging av ressursbruk til forskning (intern rapport)	Norge	2003
Tabeller + +	Norge	2004
Introduksjon til rapporter	UK	1994
Presentasjon hos Barts and The London NHS Trust	UK	2004?
Kartlegging av ressursbruk til prosjekter	UK	2004
Kartlegging av ressursbruk til prosjekter	UK	2004
"Research costing - Issues"	UK	2005
"Issues in costing R&D"	UK	2005
Introduksjon og diverse dokumentasjon	UK	2005
Diverse info	Danmark	2004
Kartlegging av forskningspersonale- og årsverk til FoU	Danmark	2002
Utgifter til FoU samt finansiering av FoU	Danmark	2002
FoU fordelt på forskningstype, fag og strategiområde	Danmark	2002
Diverse fra arbeidssamlinger - uredigerte svar på oppgaver	Norge	2005
Registrering og kommunikasjon	UK	2005
Registreringsskjema - innsamling av data	Norge	2003
Drøfting randsoner	Norge	2004
Forskningsbudsjettering: Presentasjon for referansebesøk	Danmark	2004
Oppfølging av forskningsmidler	Danmark	2004
Forskningsbudjet 2004 - pr. forskningsområde/-prosjekt	Danmark	2004
Veiledning for økonomer	Danmark	2004
Veiledning for forskere	Danmark	2004
Policy, bakgrunn og drøfting	Sverige	2003
Avtale - ALF samarbeid	Sverige	2004
Maler for avtaler på prosjekt	Sverige	2003
Registrering av prosjekter og aktivitet	Sverige	2003
Eksempel på FoU budsjett	Sverige	2003
Rapporteringsmal	Norge	2004
Innledning til problemstillingen	Norge	





VEDLEGG 1

Kartlegging av ressursbruk til forskning i helseforetakene

Konseptbeskrivelse

Desember 2005



Innhold

1	Oppsummering	21
2	Innledning	23
2.1	Bakgrunn for prosjektet	24
2.2	Hensikt	25
3	Overordnet konsept	26
4	Overordnede prinsipper	27
5	Innhold i rapportering – hva skal måles i første fase	28
6	Prinsipper og definisjoner for rapporteringen	30
6.1	Forskning vs. utvikling – hva er forskjellen?	31
6.2	Helsefaglige prinsipper og definisjoner	33
6.2.1	Hvem driver forskning i helseforetakene?	33
6.2.2	Forskerutdanning og forskerveiledning	34
6.2.3	Eksternt finansiert forskning	34
6.2.4	Hvem tilrettelegger for forskning i helseforetakene?	34
6.2.5	Kartlegging av årsverk	35
6.3	Økonomiske prinsipper og definisjoner	36
6.3.1	Eksternt finansiert forskning og universitetsklinikkfunksjoner	36
6.3.2	Kategorisering av kostnadene	37
7	Hva regnes med / ikke med	38

1 Oppsummering

Dette dokumentet gir et rammeverk for hvordan kartlegging av ressursbruk til forskning i helseforetakene skal gjennomføres og rapporteres. Til dette dokumentet følger det to vedlegg – vedlegg 1 "Økonomisk beskrivelse - innsamling av data og rapportering" og vedlegg 2 (Excel) "Mal for kostnadskalkulering og rapportering". Vedleggene er ment som veiledninger til de som skal gjennomføre innsamlingen av grunndata og foreta selve rapporteringen. Dokumentene bygger på hverandre og må derfor leses i sammenheng.

På det nåværende tidspunkt avgrenses kartlegging av *ressursbruk til forskning* til helseforetakene. Kartlegging av utvikling og undervisning samt ressursbruk til medisinsk og helsefaglig forskning i universitetssektoren og andre underliggende etater mv., inngår ikke. For dette formål skal det kun medtas lønnet forskning i kartleggingen, dvs. arbeidsinnsats som må ansees å ligge innenfor vedkommendes tjenesteplaner.

Evaluerings av første års (fulle) nasjonale rapportering legger premisser for i hvilken grad kartleggingen vurderes utvidet.

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

Følgende skal kartlegges:

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

Andelen av ressursbruk knyttet til medisinsk og helsefaglig forskning innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere og psykisk helsevern skal kunne dokumenteres særskilt. Dette innebærer at denne ressursbruken må kunne skilles fra generell medisinsk og helserelatert forskning på et overordnet nivå slik at dette kan synliggjøres og rapporteres for de respektive helseforetak.

Det skal rapporteres antall årsverk involvert i forskning som foregår i helseforetaket der foretaket selv bærer lønnskostnaden. Der forskningsressursene kun benytter infrastruktur i helseforetaket (årsverk som ikke føres i HFenes regnskap) skal disse kun kartlegges som grunnlag for å kunne kalkulere kostnader (ingen rapportering av disse årsverkene).

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

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

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

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

I malen er årsverk inndelt i følgende to hovedkategorier:

Kategori 1.

Stillingskategorier/forskningsårsverk hvor hele eller deler av stillingen rapporteres benyttet til forskning, og som *i det store og hele* bør kategoriseres som **"utøvende forskere"**:

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

Kategori 2.

Stillingskategorier/årsverk som rapporteres å bidra i forskningen, og som *i det store og hele* bør kategoriseres som **støttepersonell**:

- spesialsykepleier
- sykepleier/hjelpepleier
- bioing./ing./teknikere/annet
- adm. støttepersonell.

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



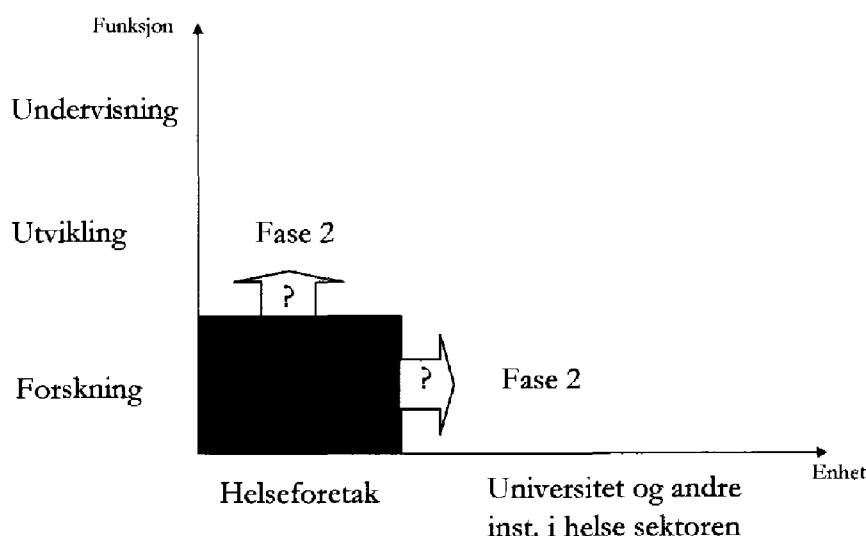
2 Innledning

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

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

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

På det nåværende tidspunkt avgrenses kartleggingen til å omfatte kun ressursbruk til forskning i helseforetakene. Dette innebærer en avgrensning slik at måling av ressursbruk til medisinsk og helsefaglig forskning i universitets- og høyskolesektoren, underliggende etater, forskningsinstitutter mv ikke omfattes av kartleggingen. Videre avgrenses målingen til kun å omfatte forskning, – ikke utvikling og undervisning.



Figur 1: Avgrensning

2.1 Bakgrunn for prosjektet

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

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

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



2.2 Hensikt

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

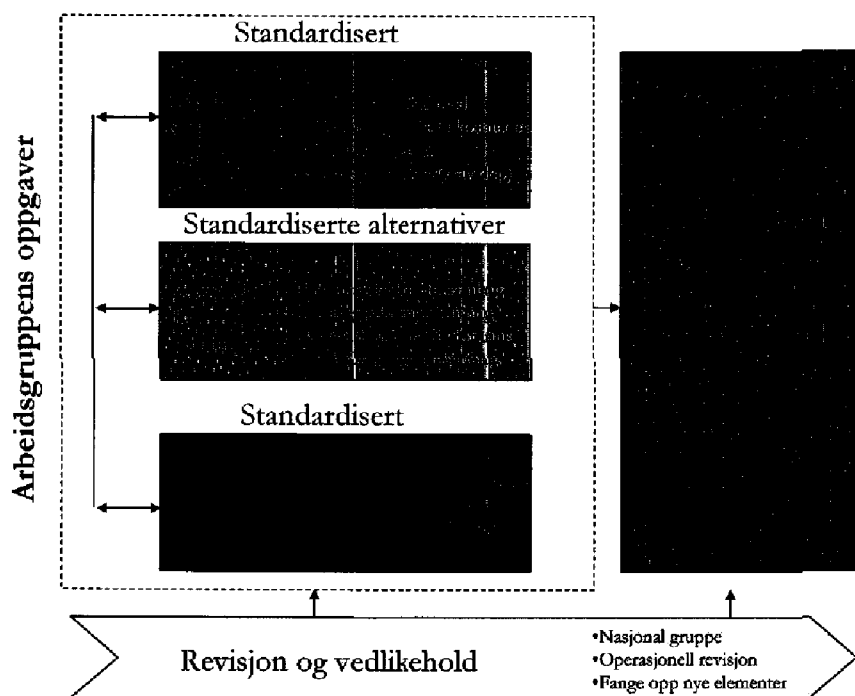
- Ansvarlighet for ressurser avsatt til forskning
- Faktisk forbruk relatert til estimert forbruk
- Nytteverdi for investerte ressurser i forhold til kortsiktige og langsiktige mål.

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

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

3 Overordnet konsept

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



Figur 2: Konseptskisse ressursmåling av forskningsaktivitet

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

Det vil være en balanse mellom det å samle robust og nøyaktig informasjon, og administrative kostnader knyttet til for å registrere informasjon på et detaljert nivå. Viktigheten av denne avveiningen har kommet frem gjennom arbeidet i prosjektgruppen. Prosjektgruppens konklusjon på dette punktet underbygges også av de diskusjoner som ble gjennomført under referansebesøkene¹.

¹ Det har blitt gjennomført referansebesøk til UK (fire forskningsaktive sykehus og NHS), Sverige (FoU Kansellet, Stockholms Läns Landsting) og Danmark (Rigshospitalet og Sundhedsstyrelsen)



4 Overordnede prinsipper

Fremgangsmåten for å kartlegge ressursbruken til forskning støtter opp om det overordnede formålet². Erkjennelsen av at forskningsaktiviteten er ulik ved de respektive helseforetak, har ført til pragmatiske løsningsforslag innenfor gitte rammer.

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

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

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

I avsnitt 6 i dette dokumentet redegjøres det for mer detaljerte prinsipper og definisjoner.

Følgende sentrale avgrensninger gjelder for prosjektets arbeid:

- Det skal kun kartlegges ressursbruk til forskning (ikke utvikling)³
- Det skal kun kartlegges ressursbruken til forskning i helseforetakene (ikke universitets- og høyskolesektoren)⁴
- Kun relevante kostnader skal medregnes⁵.

² Se innledning i dette dokumentet og prosjektets mandat (gjengitt i prosjektrapporten)

³ Se prosjektets mandat

⁴ Se prosjektets mandat

⁵ Se også senere i dokumentet for en mer utførlig redegjørelse av hvilke kostnader som skal medregnes, samt vedlegget til dette dokumentet (maler)

5 Innhold i rapportering – hva skal måles i første fase

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

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

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

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

Ressursmåling av forskning 2005

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

Rapportering om ressursbruk og finansiering av forskningsaktivitet

1. Forskning per område:

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

2. Finansiering av forskningsaktivitet (føres i regnskapet):

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

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

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

2) Totalen skal alltid være lik total ressursbruk



Rapporteringen skal inneholde opplysninger om antall hele årsverk i henhold til de definerte stillingskategorier (se kapittel 6.2.5 i dette dokumentet for informasjon om de kategorier som skal benyttes). Årsverk er kostnadsdriveren⁶ for de forskjellige beregningsmetodene (se også vedlegg "Økonomisk beskrivelse") og blir derfor en viktig del av den lokale kartleggingen og den overordnede rapporteringen.

- Det skal rapporteres antall årsverk involvert i forskning som foregår i helseforetaket der foretaket selv bærer lønnskostnaden.
- Der forskningsressursene kun benytter infrastruktur i helseforetaket (årsverk som ikke føres i HFenes regnskap, for eksempel universitetsstillinger) skal disse kun kartlegges som grunnlag for å kunne kalkulere kostnader (skal ikke rapporteres).

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

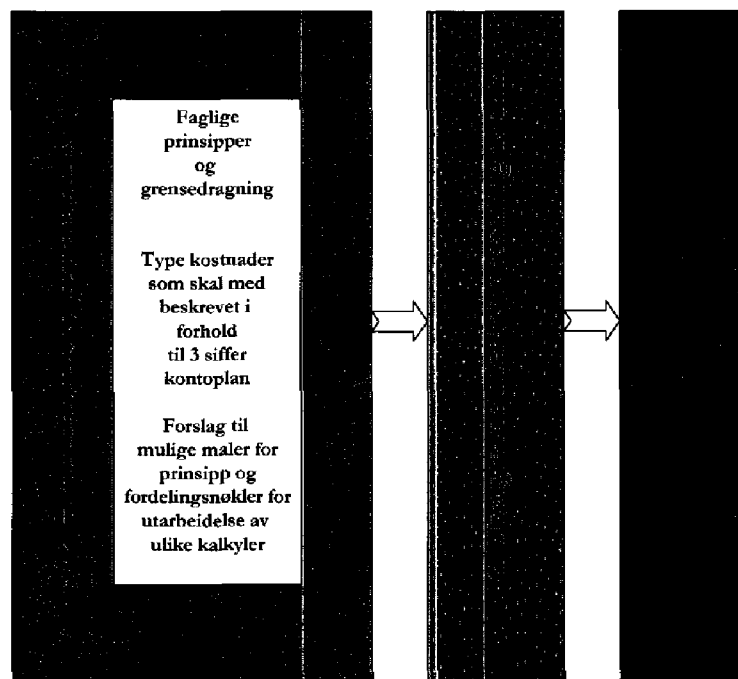
Finansiering av forskning skal rapporteres (ikke fordelt på funksjonsområder). Omfanget av eksternt finansierte midler til forskning som regnskapsføres av HFet selv, fordelt på de mest sentrale finansieringskilder, skal fremkomme i rapporteringen.

⁶ Se også vedlegg "Økonomisk beskrivelse" til dette dokumentet

6 Prinsipper og definisjoner for rapporteringen

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

Arbeidet har blitt delt opp i to sett med definisjoner og prinsipper: Økonomiske og helsefaglige.



Arbeidsgruppens oppgave har vært å foreslå metoder for å kunne måle ressursene som benyttes til forskning i helseforetakene. Forskning i helseforetakene og universiteter og høyskoler er til dels svært integrert. Dette innebærer at randsonen mot universitetsforskningen er svært vanskelig å kartlegge og vil måtte gjøres på et grovt og overordnet nivå. Samspillet mellom foretakene og universitetene skaper gode synergier som vil kunne forstyrres ved at en for sterk avgrensning mellom de to blir tvunget frem. En nøyere vurdering av denne problematikken vil vurderes i videre oppfølging av dette prosjektet.

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

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



6.1 Forskning vs. utvikling – hva er forskjellen?

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

FoU kan deles inn i følgende tre aktiviteter:

- grunnforskning
- anvendt forskning
- utviklingsarbeid.

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

Anvendt forskning er også virksomhet av original karakter som utføres for å skaffe til veie ny kunnskap. Anvendt forskning er primært rettet mot bestemte praktiske mål eller anvendelser. Forskning må innebære et element av klart formulert spørsmålsstilling uten at det er krav om naturvitenskapelige metoder. Anvendt forskning omfatter klinisk forskning som kontrollerte kliniske behandlingsforsøk, hypotesegenererende og beskrivende studier og overføring fra grunnforskning til klinisk utprøving og ulike typer helsefaglig forskning.

Utviklingsarbeid er 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 eller tjenester. Mer utførlige drøftinger av hvilke aktiviteter de ulike begrepene inkluderer, finnes i «Frascati-manualen», norsk oversettelse i utdrag (NIFU, 1995).

Definisjon av forskning - avgrensninger for formålet:

Forskning er virksomhet av original karakter som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap.

Forskningen skal resultere i en vitenskapelig artikkel (peer-reviewed) eller et patent.

Forskning i fritiden

En sentral problemstilling, er avgrensningen mot arbeid utført på fritid (helger, avspaseringstid etc). Problemstillingen er kjent nasjonalt og internasjonalt ifm. utarbeidelse av forskningsstatistikker, og også referert i flere artikler i NIFUs skriftserier⁷.

Konklusjon:

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

⁷ Ref. NIFU – Norsk institutt for studier av forskning og utdanning – Forskningsforholdene ved universitetssykehusene 1996, NIFU skriftserie nr. 8/97



6.2 Helsefaglige prinsipper og definisjoner

6.2.1 Hvem driver forskning i helseforetakene?

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

En stor andel av forskningsledere i helseforetakene har kombinerte stillinger. Med kombinerte stillinger menes her alle stillinger hvor man er ansatt i full stilling som overlege i et helseforetak og i bistilling som professor II eller amanuensis II ved universitetet, eller motsatt; full stilling som professor I / amanuensis I ved universitetet og overlege i bistilling ved helseforetaket. Det finnes også andre kombinasjonsmuligheter. Hvor stort omfang av forskning som gjøres innen disse stillingskategoriene vil variere fra foretak til foretak. I tillegg utføres det et betydelig forskningsarbeid av ulønnet karakter innen disse stillingskategoriene⁸.

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

En overlege har mulighet til å søke om 4 måneders utdanningspermisjon for overleger til etterutdanning, forskning eller utviklingsarbeid hvert femte år (vilkår reguleres nærmere i lokale B-dels avtaler). I hvilken grad og omfang dette anvendes til forskning er ikke systematisk kartlagt på institusjonsnivå⁹.

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

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

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

⁸ Det er bestemt at ulønnet forskning ikke skal medregnes på det nåværende tidspunkt (ref. også s. 13)

⁹ Se s. 20 – utdanningspermisjon for overleger skal ikke regnes med i kartleggingen.

For at universitetsdelen av en ansettelse skal kunne regnes med, må det være en enhetlig registrering av hva de ulike stillingsbrøkene omfatter. Eksempelvis bør en 20% bistilling tilsvare en vanlig arbeidsdag.

6.2.2 Forskerutdanning og forskerveiledning

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

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

En viktig oppgave for universitet og foretak er veiledningen av doktorgradskandidater. Det vil også bli etablert forskerskoler i større grad, og i noen tilfeller vil dette være et samarbeid mellom universitet og foretak. Ressursbruk vil i hovedsak reflektere tidsbruk for veileder *når dette ikke er inkludert i en eventuell forskerstilling som veilederen har*. Inkludert i dette er også evaluering av forskning. Dette vil blant annet kunne være evaluering av artikler, bedømmelser og annet fagkritisk arbeid.

6.2.3 Eksternt finansiert forskning

Her vil helseforetakene skille seg med tanke på erfaringer og politikk. Ved enkelte helseforetak er stipendiater knyttet direkte mot foretaket både i finansieringer, ansettelser og oppgaver. I andre foretak er stipendiater knyttet opp mot universitetet og har verken formell tilknytning eller arbeidsoppgaver i helseforetaket.

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

6.2.4 Hvem tilrettelegger for forskning i helseforetakene?

For å danne grunnlag for de to metodene for innsamling av data (se vedlegg "Økonomisk beskrivelse" for flere detaljer) er det lagt opp til at det kun er utøvende forskerårsverk (kategori 1) som tillegges forskningen i form av årsverk og direkte lønnskostnader. Alle andre kostnader rapporteres som et %-vis tillegg (se vedlegg "Økonomisk beskrivelse").

For å finne frem til "riktig" nivå på dette tilegget kan det være behov for å registrere hvilke stillinger som inngår i forskningens støttesystemer. Dette vil inkludere støttepersonalet til forskerne dvs. %-vis stilling som brukes av kontorpersonell, lab. teknikere, studiesykepleiere med mer.



6.2.5 Kartlegging av årsverk

Kartleggingen av årsverk er delt opp i to hovedkategorier. Dette er først og fremst begrunnet i at de er relativt homogene ift. lønnskostnader. Å angi mer spesifikke kategorier medfører merarbeid for helseforetakene og muligheter for ulik praksis, siden stillingsbetegnelser/-typer vil variere fra en dyrestall til et laboratorium og til en klinisk avdeling.

Kategori1.

Stillingskategorier/forskningsårsverk hvor hele eller deler av stillingen rapporteres benyttet til forskning, og som *i det store og hele* bør kategoriseres som **"utøvende forskere"**:

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

Kategori 2.

Stillingskategorier/årsverk som rapporteres å bidra i forskningen, og som *i det store og hele* bør kategoriseres som **støttepersonell**:

- spesialsykepleier
- sykepleier/hjelpepleier
- bioing./ing./teknikere/annet
- adm. støttepersonell*.

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

6.3 Økonomiske prinsipper og definisjoner

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

- Forskning som utøves i helseforetakene, og involverer kostnader (ressursbruk) som vises som kostnader i helseforetakets regnskaper.
- Anslag på ressursbruk som belastes helseforetakene (infrastruktur og støttefunksjoner) – direkte eller indirekte – som følge av eksternt finansiert forskning.¹⁰ Her skal KUN ressursbruken til infrastruktur eller annen direkte merkostnad hensyntas.
- Tilskudd til forskning som drives av andre

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

Evaluerings av første års (fulle) nasjonale rapportering legger premisser for i hvilken grad kartleggingen vurderes utvidet.

6.3.1 Eksternt finansiert forskning og universitetsklinikkfunksjoner

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

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

¹⁰ Eksempelvis vil regionsykehusene ofte fasilitere opp mot et hundretalls vitenskapelige stillinger og støttepersonell, hvor helseforetaket ikke har personalansvar og/eller administrativt ansvar for eksternt tildelte midler (ressursbruken inngår i andre institusjoner regnskaper). Dette skyldes i stort grad universitetsklinikkfunksjoner og helt eller delvis integrerte institutter.



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

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

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

I rapporteringsmalen¹¹ fra det enkelte HF foreslås det at helseforetakene skal rapportere hvilke finansieringskilder som finansierer ressursinnsatsen til forskning som føres i eget regnskap.

6.3.2 Kategorisering av kostnadene

En mer detaljert oversikt over kategorier, kobling til 3 siffer kontoplan og prinsipper for fordeling av kostnader fremkommer i vedlegg 1.

¹¹ Se også vedlegg "Økonomisk beskrivelse" til denne rapporten

7 Hva regnes med / ikke med

Hva som faller inn under begrepet "Forskning" er definert tidligere i dokumentet. Det vil være flere gråsoner mellom begrepene forskning og utvikling (FoU). Det er lagt opp til at en her ikke skal kartlegge FoU, men kun "F"¹². Det vil videre være gråsoner mellom utvikling og kompetanseutvikling (som grovt sett kan kategoriseres som faglig oppdatering eller etterutdanning), men dette blir ikke behandlet i dette dokumentet.

Nedenfor kategoriseres noen av de vanligste spørsmål ift. hva som skal og hva som ikke skal medregnes i rapporteringen. Formålet med registrering av årsverk, er begrunnet i at dette er hoveddriveren for de andre forskningsrelaterte kostnadene¹³ og derfor må komme klart frem i kartleggingen.

Følgende medregnes ved måling av ressursbruk til forskning:

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

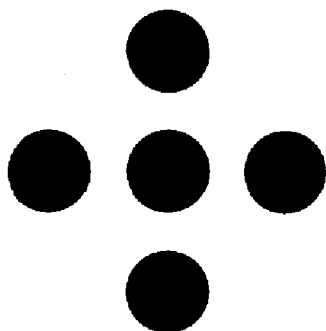
¹² Se også prosjektets mandat

¹³ Se også vedlegg "Økonomisk beskrivelse" til denne rapporten



Følgende medregnes ikke:

- ❑ Løpende kvalitetskontroll og mindre forbedringer i prosesser, systemer og tjenester.
- ❑ Utdanningspermisjon for overleger (regnes i utgangspunktet ikke som forskning, men som kompetanseutvikling/etterutdanning, *med mindre* permisjonen nytte til konkrete prosjekter som faller inn under den angitte definisjonen av forskning).
- ❑ Fagutvikling i form av "personlig fordypningstid", opplæring i nye teknikker etc., oppdatering på andres forskning
- ❑ Implementering av andres forskning i form av å ta i bruk nye prosedyrer etc. i behandlingen (faller vanligvis inn under begrepet "utviklingsarbeid")
- ❑ Overtid eller utvidet arbeidstid i det dette ventes å gå til diagnostikk og behandling av pasienter (unntaket er ved 100% forskerstilling – da skal overtid regnes med)
- ❑ Ulønnet forskning/fritidsarbeid (se omtale ovenfor)
- ❑ Hovedoppgaver og masteroppgaver skal ikke regnes inn under forskning men registreres som utdanning.



VEDLEGG 2

Kartlegging av ressursbruk til forskning i helseforetakene

Prinsipper og definisjoner

Økonomisk beskrivelse - innsamling av data og rapportering

Desember 2005

Innhold

1	Oppsummering.....	45
2	Metode for innsamling av data	46
3	Aktivitetsbasert metode	48
3.1	Beskrivelse av metoden	48
3.2	Egenskaper ved metoden	49
3.3	Utarbeidelse av ABC kalkyle	49
4	Kostnadsbasert metode	51
4.1	Egenskaper ved metoden	51
4.2	Utarbeidelse av tilleggskalkyle	52
5	Bruk av Excel-maler som verktøy.....	53
6	Maler	54
6.1	Generelt om malen.....	54
6.2	Del 1: Definisjon og prinsipper	54
6.3	Del 2: Metoder for innsamling av data.....	56
6.3.1	Aktivitetsbasert metode	56
6.3.2	Kostnadsbasert metode	58
6.4	Del 3: Rapportering av ressursbruk til forskning.....	59
7	Rapportering	60
7.1	Ansvar for rapportering.....	60
7.2	Rapporteringsmal	60

1 Oppsummering

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

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

Med grunnlag i ulike metoder som ble benyttet i andre land, og med basis i generell økonomisk teori knyttet til internregnskap, har prosjektgruppen valgt å foreslå 2 tekniske metoder for innsamling av data;

- Aktivitetsbasert metode (ABC analyse):

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

- Kostnadsbasert metode (tilleggs kalkyle):

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

En av forutsetningene ved prosjektet er at en i størst mulig grad skal benytte eksisterende systemløsninger for å løse ulike kalkulerings og rapporteringsbehov¹. Dette betyr i realiteten at prosjektet må utvikle en enkel løsning som skal dekke behovene ifm. kartlegging og rapportering av ressursbruk til forskning.

Målsettingen er å lage et enkelt skjema som dekker de viktigste forhold. Behovet for eventuelle detaljer, og mer nøyaktige løsninger, bør derfor innarbeides på sikt. Det vil primært være viktig å få frem et "grovt" funksjonsregnskap for forskning som fremviser en best mulig kartlegging av kostnader/ressurser brukt på forskning i sykehussektoren. Rapporteringen ut fra HFet (til RHFet og SSB²) skal følge et fastsatt skjema. Dette vil kunne være grunnlag for nasjonale sammenlikninger og oppfølging av forskningen på en helhetlig måte.

¹ Se prosjektets mandat

² Rapportering skal inngå som en del av den ordinære rapporteringen til SSB fra HFene

2 Metode for innsamling av data

Det er prosjektgruppens oppfatning, basert på erfaringer fra referansebesøk og diskusjoner i gruppen, at innsamling av data bør gjennomføres på den måten som er mest hensiktsmessig for det enkelte HF – innenfor de definerte felles prinsipper og definisjoner.

Prosjektgruppen har vurdert at verdien av å tilpasse metoden (en grad av valgfrihet) for innsamling av data til det enkelte HF sine behov er større enn det en økt standardiseringen – der alle benytter en felles metode – vil representere. Dette poenget ble understreket gjennom referansebesøkene³.

Med grunnlag i ulike metoder for innsamling av data som ble benyttet i andre land, og med basis i generell økonomisk teori knyttet til internregnskap, har prosjektgruppen valgt å foreslå 2 standardiserte metoder for innsamling av data. Begge metoder vil underbygge det overordnede formålet med kartleggingen og gi sammenliknbare resultater på tvers av HF og RHF;

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

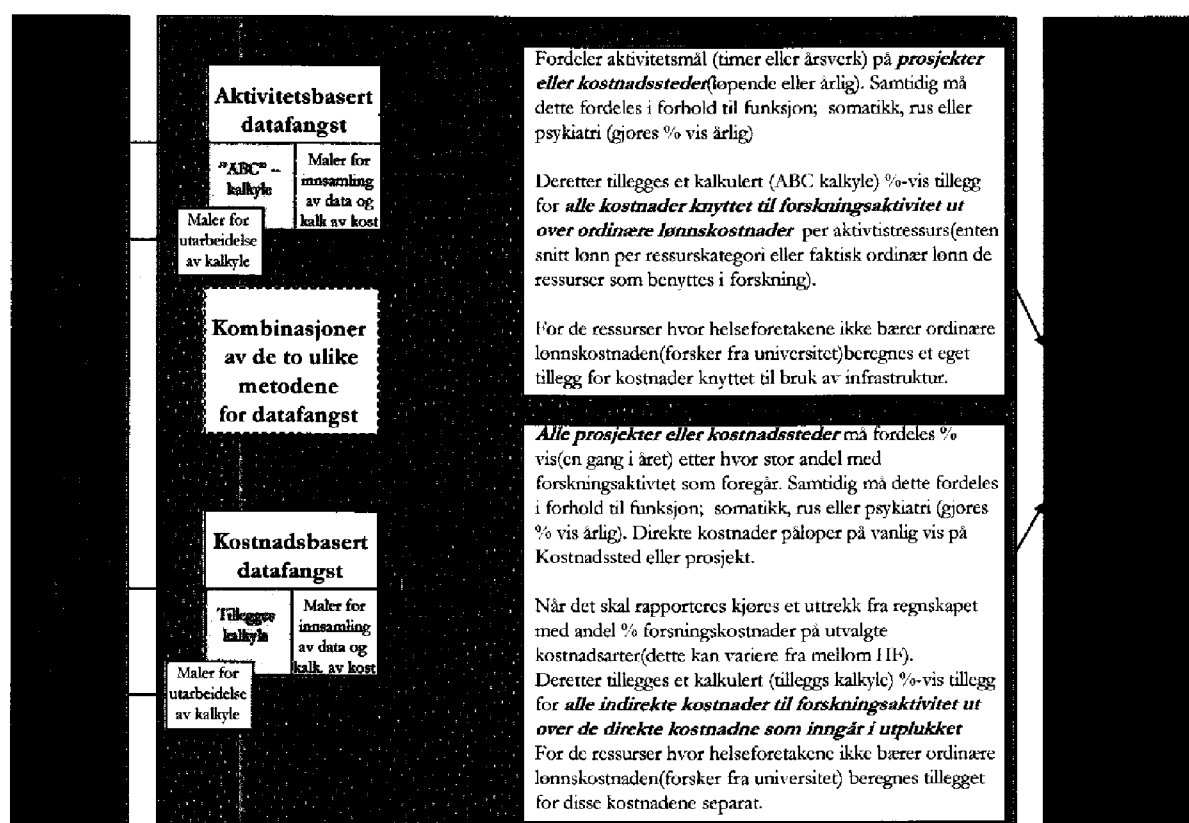
Selv om disse metodene her fremstilles som to ulike metoder, vil noen HF også kunne velge en tilpasning eller kombinasjon av disse (se også senere i dette dokumentet for å se hvordan malene er utarbeidet for de ulike metodene).

Prosjektet anbefaler at det enkelte HF ved begynnelsen av året redegjør overfor sitt RHF hvilken metodikk for innsamling av data de vil benytte.

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

³ Det har blitt gjennomført referansebesøk til UK (fire forskningsaktive sykehus og NHS), Sverige (FoU Kansellet, Stockholms Läns Landsting) og Danmark (Rigshospitalet og Sundhedsstyrelsen)





Figur 1: Oversikt over metoder for innsamling av data

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

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

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

Risikovurdering ved bruk av kalkyler

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

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

3 Aktivitetsbasert metode

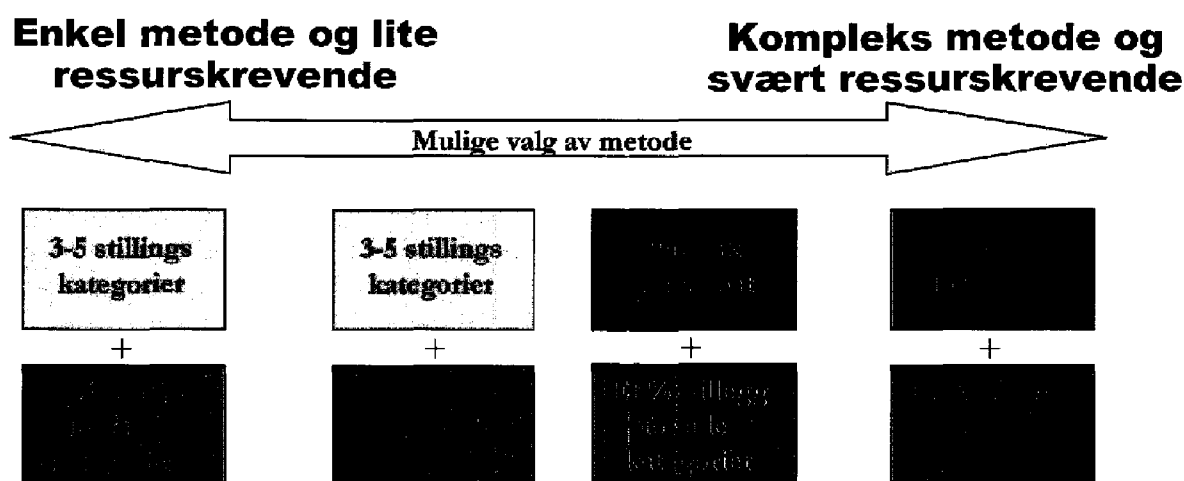
3.1 Beskrivelse av metoden

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

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

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

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



Figur 2: Ulike valg for aktivitetsbasert metode

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



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

3.2 Egenskaper ved metoden

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

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

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

3.3 Utarbeidelse av ABC kalkyle

Hvordan utarbeide et %-vis tillegg for alle andre kostnader enn direkte lønn.

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

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

Aktivitetsbasert metode – ABC tillegg

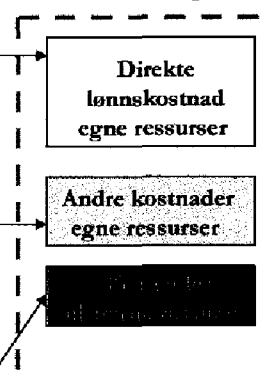
Ressurser hvor kostnaden
føres i regnskapet til HFet

Antall x kostnad per enhet			
Kat 1			
Kat 2	Aktivitet	Snitt direkte	% tillegg av DL
Kat 3	per	lønn per	
	stillings	stillingskategori	
Kat ..n	kat.		
% tillegg av total kostnad per kategori			
Total direkte lønnskost per stillingskategori		% vis beregnet (i % av direkte lønnskostnader) kostnadstillegg for alle andre kostnader	

Ressurser hvor kostnaden IKKE
føres i regnskapet til HFet

Kat ..n Aktivitet	
Kostnadstillegg for alle kostnader knyttet til forskningsaktiviteten med eksterne ressurser	

Totalt ressursbruk
til forskning



Figur 3: Prinsippskisse aktivitetsbasert metode



4 Kostnadsbasert metode

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

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

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

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

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

Kostnadsdriveren her vil være den samme; årsverk per stillingskategori, og det kalkulerte kostnadstillegget tillegges totalkostnaden.

4.1 Egenskaper ved metoden

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

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

Usikkerheten ligger i å vurdere %-andel på forskning/ordinær drift samt kalkulering av "riktig" nivå for tillegget for alle andre indirekte kostnader enn de kostnadsartene som inngår i definisjonen av direkte kostnader.

Passer godt for større foretak som har gode løsninger med datavarehus eller gode regnskapsløsninger som har behov for kostnadseffektive rapporteringsløsninger.

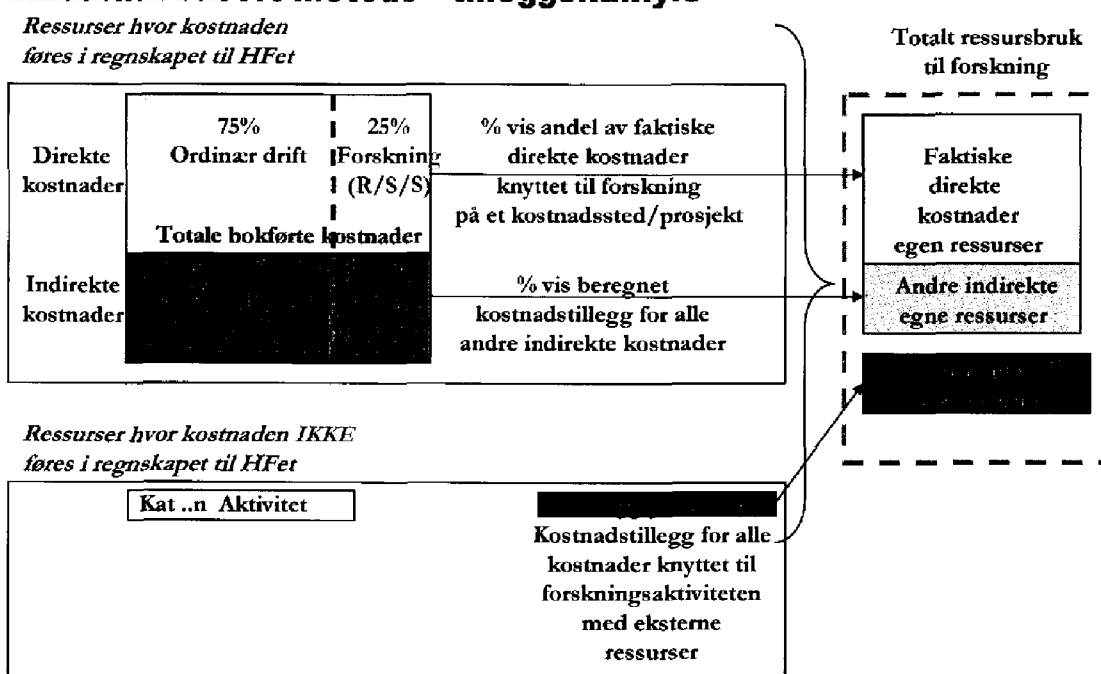
4.2 Utarbeidelse av tilleggskalkyle

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

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

Beregningen kan gjøres med fjorårstall eller årsestimater for inneværende år. Prosjektet anbefaler fjorårstall og at kalkylen utarbeides i god tid før rapportering.

Kostnadsbasert metode - tilleggskalkyle



Figur 4: Prinsippskisse kostnadsbasert metode

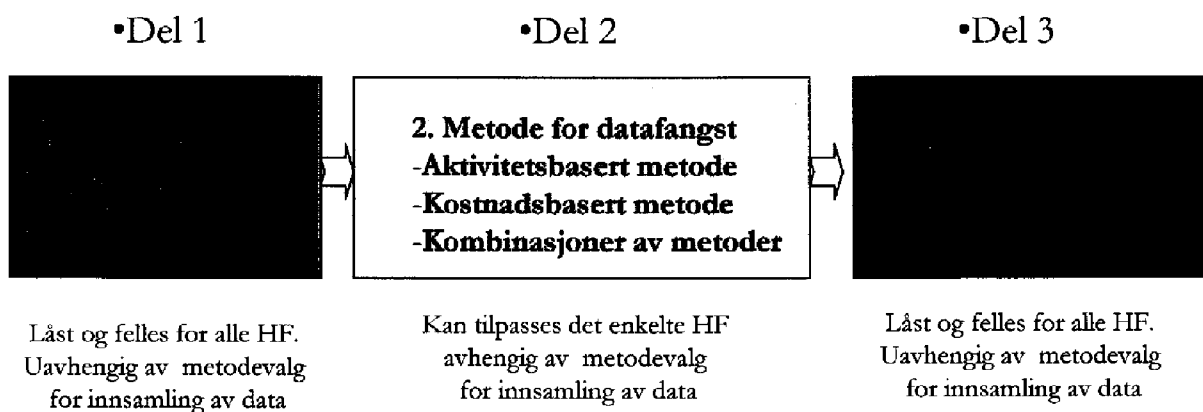


5 Bruk av Excel-maler som verktøy

En av forutsetningene for prosjektet er at en i størst mulig grad skal benytte eksisterende systemløsninger for å løse ulike kalkulerings- og rapporteringsbehov⁴. Dette betyr i realiteten at prosjektet må utvikle en enkel løsning (MS Excel) som i hovedsak skal dekke 3 viktige behov;

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

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



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

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

⁴ Se prosjektets mandat

6 Maler

6.1 Generelt om malen

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

6.2 Del 1: Definisjon og prinsipper

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

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



Prinsippmal for fordeling felleskostnader/indirekte kostnader

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

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

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

6.3 Del 2: Metoder for innsamling av data

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

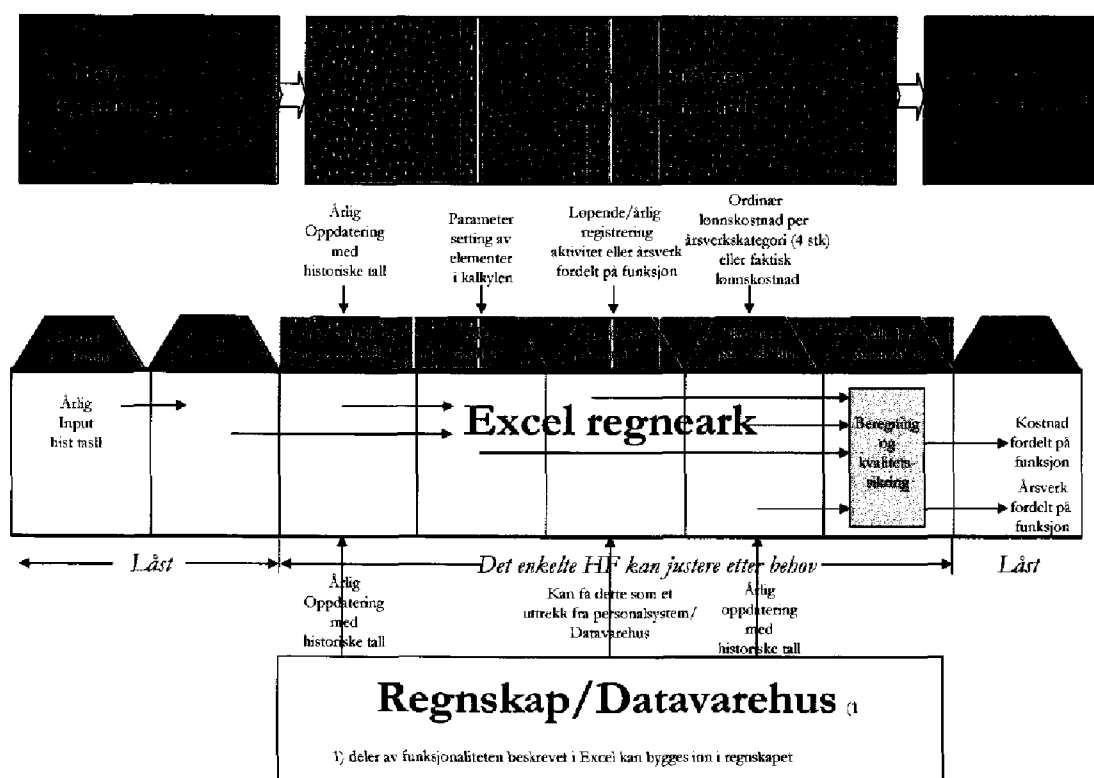
6.3.1 Aktivitetsbasert metode.

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

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

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

Malene følger denne strukturen:



Tips til innsamling av aktivitetsdata

- ✓ Det er utarbeidet et *elektronisk skjema* for innhenting av årsverksopplysninger fra enhetene. Dette skjemaet kan endres og benyttes forskjellig for hver institusjon. Det er vedlagt et elektronisk kartleggingsskjema som eksempel. Informasjonen fra kartleggingen skal registreres i fanen; Aktivitet data.
- ✓ Det anbefales å innhente årsverksopplysninger i form av *stillingsprosjenter* anvendt til forskning/forskningsstøtte. Å oppgi data i form av timer vanskeliggjør omregning til årsverk og øker sjansen for at det inkluderes langt mer "fritidsarbeid" enn om den faktiske stillingsandelen deles opp mellom forskning/"øvrig" – (konsekvensen av dette er at summen av forskningsårsverk ikke harmonerer med det antall årsverk som ligger i avdelingsbudsjettet). Ufordringen blir å funksjonsfordele det regnskapet som faktisk foreligger.
- ✓ Skjematikk bør *utfylles så langt som mulig fra administrasjonen før utsending* – for eksempel kan personalrådgivere/økonomirådgivere eller andre fylle ut personaloversikten og de totale stillingsandelene. På forhånd kan professoratene etc. ved universitetsklinikkene fylles ut (viktig at den universitetslønnede delen av stillingen ikke blandes inn i den sykehuslønnede delen av stillingen).
- ✓ Skjema og formål bør gjennomgås nøye med enhetens leder og eksemplifiseres – helst bør det *gjennomføres møter i forkant av / rett etter utsendingen*. En gjennomgang med en eller flere enheter om gangen bør vektlegges, og en *fagperson fra sykehusledelsen* (forskning og/eller medisin) bør delta i møtene sammen med den som praktisk skal koordinere og gjennomføre kostnadsberegningen. Dette øker legitimiteten og minsker motstanden (som vil komme i varierende grad fra full støtte til full motstand!).
- ✓ Det er viktig å *få frem formålet* – dette er ikke opplagt for de som skal rapportere. Det vil alltid være en mulighet for underrapportering i frykt for at dette vil bli neste budsjett som skal salderes. Nytteverdien er størst nasjonalt og på sykehusnivå.

6.3.2 Kostnadsbasert metode

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

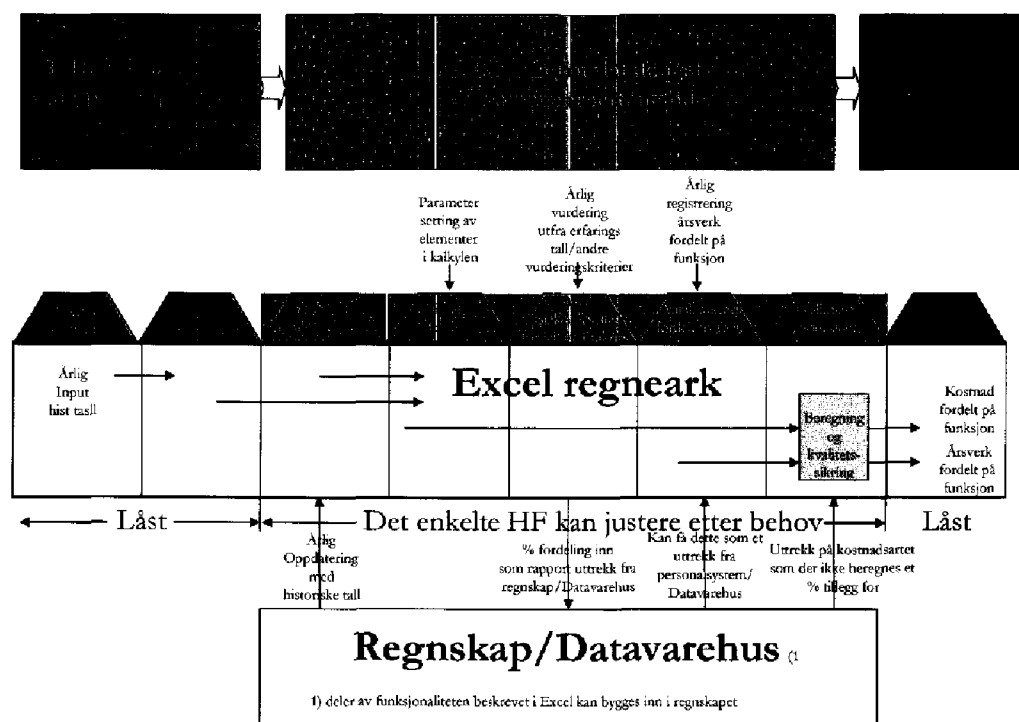
Også her må det løpende/årlig registres inn faktisk ressursbruk (timer/årsverk) både for utøvende forskere og støttepersonell hvor kostnaden føres i eget regnskap, og de utøvende forskerressurser og støttepersonell hvor kostnaden IKKE føres i eget regnskap. Den sistnevnte kategorien skal kun benyttes for å kunne kalkulere kostnadsforbruk av infrastruktur. Det vil si at det bør utarbeides et eget kronetillegg per time/årsverk som benytter infrastruktur i foretaket.

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

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

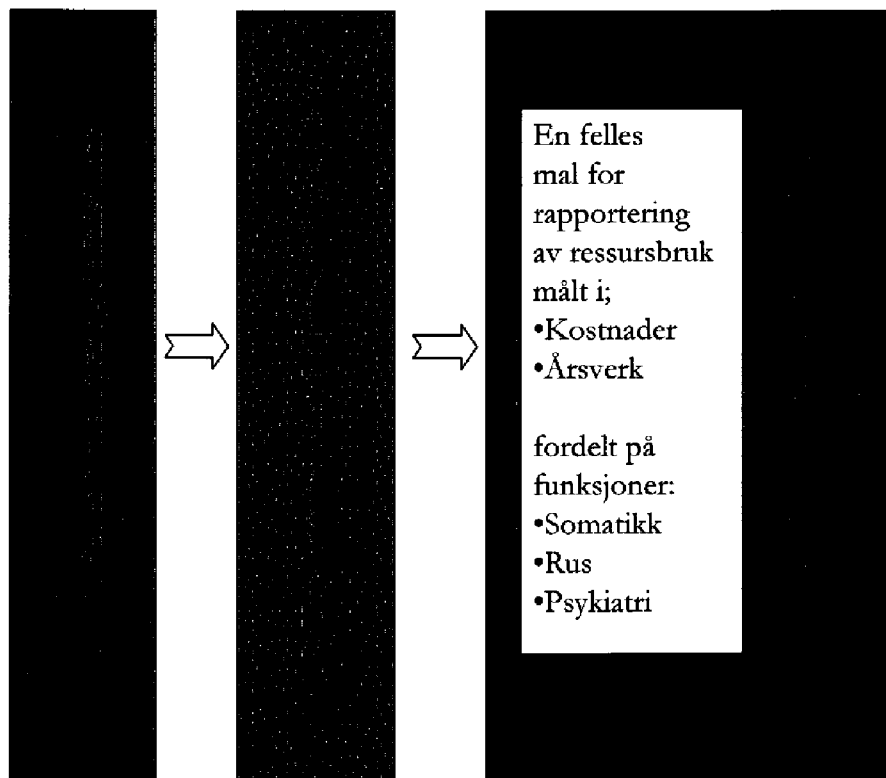
Hvert enkelt kostnadssted/prosjekt må defineres i forhold til en %-vis andel av forskning hvor andelen for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere og psykisk helsevern kommer klart frem.

Malene følger denne strukturen:



6.4 Del 3: Rapportering av ressursbruk til forskning

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



Denne standardiserte rapporteringen er relativt enkel, men er avhengig av kvaliteten på grunndata (se hoveddokument).

7 Rapportering

Rapportering av ressursbruk ut fra HFet – bygget på felles definisjoner og prinsipper (se også prinsipper og definisjoner i hoveddokumentet) – må være standardisert. Dette er viktig for å kunne benytte resultatene av rapporteringene på tvers av HF og RHF.

7.1 Ansvar for rapportering

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

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

HF ledelsen har ansvaret for å rapportere i henhold til standardiserte maler til sitt RHF og SSB. Interne rutiner og retningslinjer for intern rapportering ligger under det enkelte HFs ansvarsområde.

7.2 Rapporteringsmal

Ressursmåling av forskning 2005

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

Rapportering om ressursbruk og finansiering av forskningsaktivitet

1. Forskning per område:

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

2. Finansiering av forskningsaktivitet (føres i regnskapet):

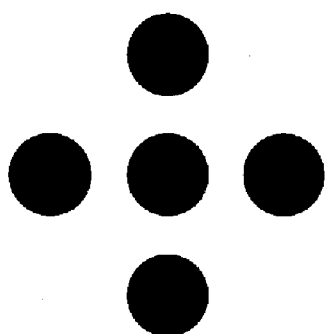
NOK	
Finansiert via regionale samarbeidsorgan / RHF (øremerket tilskudd)	17 000 000
Andre eksterne kilder (1)	14 100 000
Skriv inn navn på kilde	2 000 000
Skriv inn navn på kilde	1 000 000
Skriv inn navn på kilde	2 000 000
Skriv inn navn på kilde	2 000 000
Skriv inn navn på kilde	3 400 000
Skriv inn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

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

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

2) Totalen skal alltid være lik total ressursbruk





VEDLEGG 3

Maler

3-SIFFER KONTOPLAN

Ressursmaling til forskning

2005

ARTSKONTOPLAN 2005: RESULTATKONTI

Kto.nr.	Kontonavn	Forskning	Beskrivelse
3	Salgs- og driftsinntekt	Ikke relevant	
30	Salgsinntekt, avgiftspliktig	Ikke relevant	
300	Salgsinntekt varer, avgiftspliktig	Ikke relevant	
301	Salgsinntekt tjenester, avgiftspliktig	Ikke relevant	
308	Rabatt og annen salgsinntektsreduksjon	Ikke relevant	
31	Salgsinntekt, avgiftsfri	Ikke relevant	
310	Salgsinntekt varer, avgiftsfri	Ikke relevant	
311	Salgsinntekt tjenester, avgiftsfri	Ikke relevant	
318	Rabatt og annen salgsinntektsreduksjon	Ikke relevant	
32	Pasient-/behandlingsrelaterte inntekter	Ikke relevant	
320	ISF-inntekter egen region	Ikke relevant	
321	Gjeste-pasientinntekter	Ikke relevant	
322	Poliklinikkinntekter fra RTV	Ikke relevant	
323	Laboratorieinntekter fra RTV	Ikke relevant	
324	Egenandelsinntekter innbetalt fra pasienter	Ikke relevant	
325	Selvbetalende pasienter	Ikke relevant	
326	Utskrivningsdare pasienter	Ikke relevant	
327	Inntekter på salg av helse tjenester (konsemintern)	Ikke relevant	
328	Andre pasient-/behandlingsrelaterte inntekter	Ikke relevant	
33	Pasient-/behandlingsrelaterte tilskudd/ refusjoner	Ikke relevant	
330	Driftstilskudd	Ikke relevant	
331	Basistilskudd	Ikke relevant	
332	Forskning	Ikke relevant	
333	Undervisning	Ikke relevant	
334	Særskilte funksjoner	Ikke relevant	
335	Andre pasient-/behandlingsrelaterte offentlige	Ikke relevant	
336	Andre pasient-/behandlingsrelaterte offentlige	Ikke relevant	
337	Andre pasient-/behandlingsrelaterte offentlige	Ikke relevant	
338	Andre pasient-/behandlingsrelaterte offentlige	Ikke relevant	
339	Andre pasient-/behandlingsrelaterte tilskudd/ refusjoner	Ikke relevant	
34	Offentlig avgift vedr. omsetning	Ikke relevant	
340	Spesiell offentlig avg. for tilvirk./solgte varer	Ikke relevant	
35	Andre tilskudd/refusjoner	Ikke relevant	
350	Andre tilskudd/refusjoner	Ikke relevant	
36	Løsinntekter	Ikke relevant	
360	Løsinntekt fast eiendom	Ikke relevant	
361	Andre løsinntekter, avgiftsfritt	Ikke relevant	
362	Andre løsinntekter, avgiftspliktig	Ikke relevant	
36	Gevinnet ved avgang av anleggsmidler	Ikke relevant	
360	Gevinnet ved avgang av anleggsmidler	Ikke relevant	
39	Annen inntekt	Ikke relevant	
390	Gaver, donasjoner	Ikke relevant	
391	Uoppjent inntekt	Ikke relevant	
399	Annen inntekt	Ikke relevant	
4	Varekostnad		
40	Forbruk av innkjøpte varer		Materiell i denne sammenheng er alt det som direkte medgår i forskningsmessig aktivitet. Investeringer skal ikke medtaes. Kostnader knyttet til kjøp av gjestepasienter er ikke relevante.
400	Medikamenter	1. Varekostnad	
401	Blod og plasma	1. Varekostnad	
402	implantater, proteser o.l.	1. Varekostnad	
403	Instrumenter	1. Varekostnad	
404	Laboratorieeksakta	6. Lab./røntgen kost.	
405	Røntgeneksakta	6. Lab./røntgen kost.	
406	Infusjons- og skyllvæsker	1. Varekostnad	
407	Andre medisinske forbruksvarer	1. Varekostnad	
408	Beholdningsending	1. Varekostnad	
41	Forbruk av innkjøpte varer		Materiell i denne sammenheng er alt det som direkte medgår i forskningsmessig aktivitet. Investeringer skal ikke medtaes. Kostnader knyttet til kjøp av gjestepasienter er ikke relevante.
410	Mat- og drikkevarer	1. Varekostnad	
411	Tekstiler	1. Varekostnad	
412	Frakt, toll og spedisjon	1. Varekostnad	
413	Innkjøpsprereduksjon	1. Varekostnad	
418	Diverse andre forbruksvarer	1. Varekostnad	
419	Beholdningsending	1. Varekostnad	
42	Forbruk av egenlivirkede varer	Ikke relevant	
420	Forbruk av egenlivirkede varer	Ikke relevant	
429	Beholdningsending	Ikke relevant	
43	Forbruk av innkjøpte varer for videre salg	Ikke relevant	
430	Innkjøp av varer for videre salg	Ikke relevant	
439	Beholdningsending	Ikke relevant	
45	Kjøp av fremmedytelser		
450	Kjøp av andre offentlige helse tjenester		Ved kjøp fra andre offentlig eide institusjoner. Eksempler på tjenester er: diagnose/behandling, tannhelse, laboratorieanalyser, røntgentjenester og lignende. Videre tilskudd til luftambulansse og annen ambulanse mv.
		1. Varekostnad	
451	Kjøp av gjestepasienter fra private helseinstitusjoner		Ved kjøp fra privateide institusjoner. Eksempler på tjenester: diagnose/behandling, tannhelse, laboratorieanalyser, røntgeninstitutt o.l.
		1. Varekostnad	
453	Private driftsavtaler	Ikke relevant	Dette inkluderer blant annet brukerg
454	Kjøp av behandling i utlandet	Ikke relevant	
456	Kjøp av gjestepasienter fra andre regioner	Ikke relevant	
457	Kjøp av gjestepasienter intern i RHF	Ikke relevant	0 for RHFet i sum
458	Diverse andre kjøp av helse tjenester	1. Varekostnad	
49	Annen periodisering	Ikke relevant	
490	Annen periodisering	Ikke relevant	
499	Beholdningsending	Ikke relevant	

5	Lønnskostnad			Alle tillegg (tilleggsalkyle/ABC tillegg) skal beregnes i % av direkte lønn (500-503)
50	Lønn til ansatte			
500	Lønn	2. Lønnskostnad		
501	Lønn	2. Lønnskostnad		
502	Lønn	2. Lønnskostnad		
503	Lønn	2. Lønnskostnad		
504	Tillegg	3. Overtid		
505	Tillegg	3. Overtid		
506	Tillegg	3. Overtid		
508	Periodiseringskonto lønn	3. Overtid		
51	Lønn til ansatte			Tillegg og overtid (505-506 og 510-512) samt fordel ansatte (52) hensyntas KUN dersom kostnadssted/prosjekt benyttes 100% for forskningsformål, eller dersom ressursen er 100% engasjert i forskningsarbeid.
510	Overtid	3. Overtid		
511	Overtid	3. Overtid		
512	Overtid	3. Overtid		
513	Ekstrahjelp	4. Vikarer		
514	Ekstrahjelp	4. Vikarer		
515	Ekstrahjelp	4. Vikarer		
516	Annen lønn	?		
519	Periodiseringskonto lønn	?		
52	Fordel i arbeidsforhold			
520	Frilønn	3. Overtid		
521	Frilønn	3. Overtid		
522	Frilønn	3. Overtid		
523	Frilønn og bolig	3. Overtid		
524	Rentefordel	3. Overtid		
525	Annen fordel i arbeidsforhold	3. Overtid		
529	Motkonto for gruppe 52	3. Overtid		
53	Annen oppgavepliktig godtgjørelse			
530	Godtgjørelse til styret	Ikke relevant		
539	Annen oppgavepliktig godtgjørelse	5. Pensjonskost / andre sosiale kostn.		Dette omfatter godtgjørelser for forslag, oppfinnelser.
54	Arbeidsgiveravgift og pensjonskostnad			
540	Arbeidsgiveravgift	5. Pensjonskost / andre sosiale kostn.		
541	Pensjonskostnad	5. Pensjonskost / andre sosiale kostn.		
55	Annen kostnads godtgjørelse			
550	Annen kostnads godtgjørelse	5. Pensjonskost / andre sosiale kostn.		
551	Honorarer	5. Pensjonskost / andre sosiale kostn.		
56	Kompetanse og rekruttering			
560	Kurs, seminarer, kongresser og lignende	16. Konferanser / kurs		
561	Rekrutteringskostnader, annonsering m.v.	17. Andre driftskostnader		
562	Kurs- og undervisningsmaterieill	16. Konferanser / kurs		
57	Offentlige tilskudd vedrørende arbeidskraft	Ikke relevant		
570	Læringsstipend	Ikke relevant		
571	Syssestetingsstipend	Ikke relevant		
579	Andre tilskudd vedrørende arbeidskraft	Ikke relevant		
58	Offentlige refusjoner vedrørende arbeidskraft			
580	Refusjon av sykepenger/ledetapenger	5. Pensjonskost / andre sosiale kostn.		
581	Refusjon av feriepenger av sykepenger/ledetapenger	5. Pensjonskost / andre sosiale kostn.		
582	Refusjon av arbeidsgiveravgift	5. Pensjonskost / andre sosiale kostn.		
583	Refusjon for attrisjon/arbeidsstaten/formidling	5. Pensjonskost / andre sosiale kostn.		
589	Annen refusjon vedrørende arbeidskraft	5. Pensjonskost / andre sosiale kostn.		
59	Annen personalkostnad			
590	Gaver til ansatte	5. Pensjonskost / andre sosiale kostn.		
591	Yrkeskadeforsikring	5. Pensjonskost / andre sosiale kostn.		
592	Kollektiv ulykkelgrupplivsforsikring	5. Pensjonskost / andre sosiale kostn.		
593	Velferdstilskudd for ansatte	5. Pensjonskost / andre sosiale kostn.		
594	Etterutdanning og stipend	5. Pensjonskost / andre sosiale kostn.		
595	Husleie, personallønn	5. Pensjonskost / andre sosiale kostn.		
596	Arbeidstøy	10. Tekstiler / vask av tekstiler		Vask av arbeidstøy bør inkluderes her
599	Annen personalkostnad	5. Pensjonskost / andre sosiale kostn.		
6	Annen driftskostnad, av- og nedskrivning			
60	Av- og nedskrivning			Må sees i sammenheng med leiekostnader
600	Avskrivning på driftsbygninger			
601	Avskrivning på andre bygninger og annen fast eiendom			
602	Avskrivning på transportmidler			
603	Avskrivning på medisinsk teknisk utstyr			
604	Avskrivning på maskiner, annet utstyr og inventar			
605	Avskrivning på IKT-utstyr			
606	Avskrivning på immaterielle eiendeler			
609	Nedskrivn. av varige driftsm. og immat. eiendeler			
61	Transport- og fraktkostnader			
610	Sykkeltransport	17. Andre driftskostnader		
619	Annen frakt- og transportkostnad ved salg	17. Andre driftskostnader		
63	Kostnader lokaler inkl energi og brensel			Ulik praksis med internhusleie. Dersom dette ikke er hensyntatt i foretakenes regnskaper, må det etableres en kalkyle for dette slik at kostnaden ved arealbruk kan estimeres.
630	Leie lokaler	12. Husleie/vask/strøm kost. per m2		
632	Renovasjon, vann, avløp o.l.	12. Husleie/vask/strøm kost. per m2		
634	Elektrisk kraft	12. Husleie/vask/strøm kost. per m2		
635	Fyringsolje, brensel og annen energi	12. Husleie/vask/strøm kost. per m2		
636	Renhold	12. Husleie/vask/strøm kost. per m2		
639	Annen kostnad lokaler	12. Husleie/vask/strøm kost. per m2		
64	Leie MTU, maskiner, inventar o.l.			
640	Leie medisinsk teknisk utstyr	8. Medisinsk teknisk utstyr		Må sees i sammenheng med avskrivninger
641	Leie IKT-utstyr	11. IKT kostnader		Her vil trolig en rekke interne IKT kostnader håndteres på forskjellig måte. Ressursboken bør hensyntas.
642	Leie transportmidler	17. Andre driftskostnader		
643	Leie inventar	12. Husleie/vask/strøm kost. per m2		Se kommentar på 63
644	Leie teknisk og elektrisk utstyr	8. Medisinsk teknisk utstyr		Må sees i sammenheng med avskrivninger
645	Leie kontorstyr	9. Kontormaterieill		
649	Annen leiekostnad	17. Andre driftskostnader		

65	Utstyr og driftsmaterialer som ikke skal aktiveres		
650	Medisinsk teknisk utstyr	8. Medisinsk teknisk utstyr	Må sees i sammenheng med avskrivninger
651	IKT-utstyr	11. IKT kostnader	Her vil trolig en rekke interne IKT kostnader håndteres på forskjellig måte. Ressursbruken bør hensyntas.
652	Verktøy	17. Andre driftskostnader	
653	Inventar	12. Husleie/vask/streik kost. per m2	Se kommentar på 63
654	Teknisk og elektrisk utstyr	17. Andre driftskostnader	
655	Kontorutstyr	9. Kontormateriell	
656	Rekvirita	9. Kontormateriell	
657	Arbeidsklær og verneutstyr	10. Tekstiler / vask av tekstiler	Vask av arbeidslær bør inkluderes her
659	Annnet driftsmateriale	17. Andre driftskostnader	
66	Reparasjon, vedlikehold og service		
660	Driftsbygninger	12. Husleie/vask/streik kost. per m2	Se kommentar på 63
661	Andre bygninger og annen fast eiendom	12. Husleie/vask/streik kost. per m2	Se kommentar på 63
662	Medisinsk teknisk utstyr	8. Medisinsk teknisk utstyr	Må sees i sammenheng med avskrivninger
663	Maskiner, annet utstyr og inventar	17. Andre driftskostnader	
664	IKT-utstyr	11. IKT kostnader	Her vil trolig en rekke interne IKT kostnader håndteres på forskjellig måte. Ressursbruken bør hensyntas.
666	Annet		
67	Ekstern tjeneste		
670	Revisjons- og regnskapshonorar	Ikke relevant	
671	Kontortjenester	7. Medisinsk støtte	Kan også føres under 15. Honorar / konsulentbruk
672	Konsulenttjenester	7. Medisinsk støtte	
679	Annnet ekstern tjeneste	7. Medisinsk støtte	
68	Kontorkostnad, trykksak o.l.		
680	Kontorrekvisita	9. Kontormateriell	
682	Trykksak	9. Kontormateriell	
684	Aviser, tidsskrifter, bøker o.l.	9. Kontormateriell	
686	Matekostnader		
689	Annnet kontorkostnad	17. Andre driftskostnader	
69	Telefon, porto o.l.		
690	Telefon og datakommunikasjon, samband, internett	13. Telefon - anntkkostn. per. fasttlf/ mob.	
691	Porto	9. Kontormateriell	
7	Annnet driftskostnad, av- og nedskrivning, fortsattelse		
70	Kostnad transportmidler		
700	Drivstoff	17. Andre driftskostnader	
702	Vedlikehold	17. Andre driftskostnader	
704	Forsikring	17. Andre driftskostnader	
709	Annnet kostnad transportmidler	17. Andre driftskostnader	
71	Kostnad og godtgj. for reise, diett, bil o.l.		
710	Bilgodtgjørelse, oppgavepliktig	14. Reisekostnader	
713	Reisekostnad, oppgavepliktig	14. Reisekostnader	
714	Reisekostnad, ikke oppgavepliktig	14. Reisekostnader	
715	Diettkostnad, oppgavepliktig	14. Reisekostnader	
716	Diettkostnad, ikke oppgavepliktig	14. Reisekostnader	
719	Annnet kostnads godtgjørelse	14. Reisekostnader	
73	Salgs-, reklame- og representasjonskost.		
730	Salgs- og reklamekostnad	Ikke relevant	
735	Representasjon	17. Andre driftskostnader	
74	Kontingent og gave		
740	Kontingent	17. Andre driftskostnader	
741	Gave	17. Andre driftskostnader	
75	Forsikringspremie, garanti, og serv.kostn.		
750	Forsikringspremie	17. Andre driftskostnader	
751	Pasientkadeerstatning	17. Andre driftskostnader	
76	Lisens- og patentkostnad		
760	Programvarerlisenser	11. IKT kostnader	Her vil trolig en rekke interne IKT kostnader håndteres på forskjellig måte. Ressursbruken bør hensyntas.
769	Diverse	17. Andre driftskostnader	
77	Annnet kostnad		
770	Styre- og foretaksmøter	Ikke relevant	
771	Eiendoms- og festesavgift	Ikke relevant	
772	Bank og korthgebyr	Ikke relevant	
779	Annnet kostnad	Ikke relevant	
78	Tap o.l.		
780	Tap ved avgang av anleggsmidler	Ikke relevant	
781	Innkommet på tidligere nedskrevne fordringer	Ikke relevant	
782	Tap på fordringer	Ikke relevant	
783	Tap på kontrakter	Ikke relevant	
78	Periodiseringskonto	Ikke relevant	
780	Periodiseringskonto, diverse	Ikke relevant	
8	Finansinntekt- og kostnad, Ekstraordinær inntekt og kostnad, Årsresultat		
80	Finansinntekt		
800	Renteinntekt fra foretak i samme konsern	Ikke relevant	
801	Annnet renteinntekt	Ikke relevant	
802	Valutagevinst (agio)	Ikke relevant	
803	Annnet finansinntekt	Ikke relevant	
804	Verdiøk. av markedsbas. finans. omlempem.	Ikke relevant	
81	Finanskostnad		
810	Rentekostnad til foretak i samme konsern	Ikke relevant	
811	Annnet rentekostnad	Ikke relevant	
812	Valutatap (disagio)	Ikke relevant	
813	Annnet finanskostnad	Ikke relevant	
814	Verdiøk. av markedsbas. finans. omlempemid	Ikke relevant	
815	Nedskrivn. av andre finansielle omlempemid.	Ikke relevant	
816	Nedskrivn. av finansielle anleggsmidler	Ikke relevant	
84	Ekstraordinær inntekt		
840	Ekstraordinær inntekt	Ikke relevant	
85	Ekstraordinær kostnad		
850	Ekstraordinær kostnad	Ikke relevant	
87	Skatt		
870	Betalbar skatt	Ikke relevant	
871	Endring utsatt skatt	Ikke relevant	
88	Årsresultat		
880	Årsresultat	Ikke relevant	

88	Overføringer og disponeringer	Ikke relevant	
883	Konsernbidrag	Ikke relevant	
885	Overføring fra annen innskutt egenkapital	Ikke relevant	Inkludert overføring fra strukturfond
886	Overføringer annen egenkapital	Ikke relevant	
889	Udekket tap	Ikke relevant	

PRINSIPPER KOSTNADSFORDELING

Ressursmåling av forskning

2005

Prinsippmal for fordeling felleskostnader/indirekte kostnader

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

1. Med. Materiell	Kobling mot 3 siffer kontoplan
Kommentar:	
Materiell i denne sammenheng er alt det som direkte medgår i forskningsmessig aktivitet. Investeringer skal ikke medtas. Kostnader knyttet til kjøp av gjestepasienter er ikke relevante	40: Forbruk av innkjøpte varer(ikke 404 og 405) 41 : Forbruk av innkjøpte varer 450 Kjøp av off. helsetjenester 451 Kjøp fra private 458 Diverse kjøp av helsetjenester

2. Lønnskostnader	Kobling mot 3 siffer kontoplan
Kommentar:	
Alle tillegg(tilleggs kalkyle/ABC tillegg) skal beregnes i % av direkte lønn (500 - 503)	500- 503 Lønn

3. Overtid	Kobling mot 3 siffer kontoplan
Kommentar: Tillegg og overtid(506-508 og 510-512) samt fordel ansatte(52) hensyntas KJN dersom kostnadssted/prosjekt benyttes 100% for forskningsformål, eller dersom ressursen er 100% engasjert i forskningsarbeid.	504 - 506 Tillegg 510 - 512 Overtid 52 Fordel i arbeidsforhold
4. Vikarer	Kobling mot 3 siffer kontoplan
Kommentar:	513 - 515 Ekstrahjelp
5. Pensjonskostnader/andre sosiale kost	Kobling mot 3 siffer kontoplan
Kommentar:	539 Annen oppgave pliktig godtgjørelse 54 Arbeidsgiveravgift og pensjonskostnad 55 Annen kostnadsgodtgjørelse 58 Offentlige refusjoner 59 Annen personell kostnad (IKKE 596 arbeidstøy)
6. Lab og regnten kostnader	Kobling mot 3 siffer kontoplan
Kommentar: Dette konteres trolig ulikt i de ulike foretak. Skal forsøke å fange de konti som viser totalt kostnad nyttet til lab og regnten.	404 Laboratorie rekvisita 405 Regnten rekvisita øvrige relenavte konti
7. Med. Støtte	Kobling mot 3 siffer kontoplan
Kommentar: Denne vises ikke som egen konto i 3 siffer kontoplan. Dette må trolig estimeres eller hentes fra en lavere kontoklasse	67 Ekstern tjeneste (underkonto på med. Tjenester) ?
8. Med. Teknisk utstyr	Kobling mot 3 siffer kontoplan
Kommentar: Denne må sees i sammenheng med avskrivninger.	640 Leie MTU 644 Leie teknisk/elektrisk utstyr 650 MTU som ikke skal aktiveres 662 MTU reparasjon , vedlikehold og service
9. Kontormateriell	Kobling mot 3 siffer kontoplan
Kommentar:	68 Kontorkostnad 655 Kontorutstyr 656 Rekvisita 645 Leie kontorutstyr 691 Porto
10. Tekstiler/vask av tekstiler	Kobling mot 3 siffer kontoplan
Kommentar: Vask av arbeidstøy bør inkluderes her.	596 Arbeidstøy 657 Arbeidsklær og verneutstyr
11. IKT kostnader	Kobling mot 3 siffer kontoplan
Kommentar: Her vil trolig en rekke Interne IKT kostnader håndteres på forskjellig måte. Ressursbruken bør hensyntas.	641 Leie IKT utstyr 651 IKT utstyr som ikke skal aktiveres 664 IKT Reparasjoner , vedlikehold og service 760 Programvarelisenser
12. Husleie/vask/strom kostnad per M2	Kobling mot 3 siffer kontoplan
Kommentar: Ulik praksis med internhusleie. Dersom dette ikke er må det etableres en kalkyle for dette slik at kostnaden ved arealbruk kan estimeres.	63 Kostnader Lokaler 643 Leie inventar 653 Inventar - som ikke skal aktiveres 660 Driftsbygninger reparasjon vedlikehold og service 661 Andre bygninger og fast eiendom

13. Telefon snittkostnad per fasttilfsmobil	Kobling mot 3 siffer kontoplan
<i>Kommentar:</i>	690 Telefoni og datakommunikasjon
14. Reiskostnader	Kobling mot 3 siffer kontoplan
<i>Kommentar:</i>	71 Kostnad og godtgjørelse for reise
15. Honorarer/konsulentbruk	Kobling mot 3 siffer kontoplan
<i>Kommentar:</i>	67 Eksterne tjenester
16. Konferansenkurs	Kobling mot 3 siffer kontoplan
<i>Kommentar:</i>	560 Kurs, seminarer, kongresser med mer 562 Kurs og undervisningsmaterieil
17. Andre driftskostnader	Kobling mot 3 siffer kontoplan
<i>Kommentar:</i> Dette blir i prinsippet en sekkepost for øvrige kostnader som ikke spesifikt er hensyntatt (transport, møtekostnader). En rekke av disse kostnadene er trolig ikke relevante for forskningsaktivitetene	581 rekruteringskostnader 61 Transport og fraktkostnader 642 Leie transportmidler 649 Annen leiekostnad 652 Verktøy 654 Teknisk og elektrisk utstyr 659 Annet driftsmaterieil 663 Maskiner, annet utstyr - rep og vedlikehold 686 Møtekostnader 689 Annen kontorkostnad 70 Kostnad transportmidler 735 Representasjon 74 Kontingent og gave 75 Forsikringer 769 Diverse - lisens og patentkostnader
18. Med støttefunksjoner	Kobling mot 3 siffer kontoplan
<i>Kommentar:</i> Kostnaden føres ikke på spesifikke konti i 3 siffer kontoplan men må hensyntas i utarbeidelse av kalkylen.	
19. Regnskap/Økonomifinnkjøp	Kobling mot 3 siffer kontoplan
<i>Kommentar:</i> Kostnaden føres ikke på spesifikke konti i 3 siffer kontoplan men må hensyntas i utarbeidelse av kalkylen.	
20. Lønningstjenester	Kobling mot 3 siffer kontoplan
<i>Kommentar:</i> Kostnaden føres ikke på spesifikke konti i 3 siffer kontoplan men må hensyntas i utarbeidelse av kalkylen.	
21. IKT som ikke ligger i kostnad per nettpunkt	Kobling mot 3 siffer kontoplan
<i>Kommentar:</i> Kostnaden føres ikke på spesifikke konti i 3 siffer kontoplan men må hensyntas i utarbeidelse av kalkylen.	
22. Felles tjenester som ikke ligger i husleie	Kobling mot 3 siffer kontoplan
<i>Kommentar:</i> Kostnaden føres ikke på spesifikke konti i 3 siffer kontoplan men må hensyntas i utarbeidelse av kalkylen.	
23. Bedriftshelsetjeneste	Kobling mot 3 siffer kontoplan
<i>Kommentar:</i> Kostnaden føres ikke på spesifikke konti i 3 siffer kontoplan men må hensyntas i utarbeidelse av kalkylen.	

24. Personaltjenester	Kobling mot 3 siffer kontoplan
Kommentar: Kostnaden føres ikke på spesifikke konti i 3 siffer kontoplan men må hensyntas i utarbeidelse av kalkylen.	
25. Felles administrasjon og ledelse	Kobling mot 3 siffer kontoplan
Kommentar: Kostnaden føres ikke på spesifikke konti i 3 siffer kontoplan men må hensyntas i utarbeidelse av kalkylen.	
26. Avskrivninger	Kobling mot 3 siffer kontoplan
Kommentar: Denne må sees i forhold til leiekostnad. 60 Av og nedskrivning	
27. Finanskostnader	Kobling mot 3 siffer kontoplan
Kommentar: Hensyntas IKKE	

Spesielle områder

Internt kjøp i foretaket, inklusive husleie, leie av maskiner etc.

Hos mange foretak er det blitt mer og mer vanlig at det faktureres mellom avdelinger. For eksempel ved at kjøp av lab.-tjenester belastes mottaker. Dette kan gjelde mange typer tjenester, både de som er knyttet til drift og vedlikehold, støttefunksjoner og mer medisinske tjenester. De enkelte foretak vil ha ulike kontoer hvor de fører slike kostnader, og dette omfattes ikke av en nasjonal standard.

Ved en direkte intern fakturering bør det være mulig å knytte kostnader direkte til forskning. Det vil imidlertid være vanskelig å splitte dette i de komponenter som inngår i kostnaden (lønn, driftskostnader etc.).

Felleskostnader (ledelse og adm. støtte)

Dette er skilt ut i malen med egnede linjer. Dette for å fremvise klart hva som er fordelt til forskning av disse kostnader, og for sikre at totale kostnader tilknyttet forskning fremkommer uavhengig av foretakets organisering. I tillegg er en rekke av disse kostnadene variable med antall hoder (viktigste kostnadsdriver for forskning).

Det vil her stilles krav til en god definisjon av hva som inngår i felleskostnader. Utgangspunktet er at dette kun bør inkludere ledelse og administrativ støtte, og på et nivå som ikke inngår direkte i pasientbehandling/forskning. Det vil f.eks. innebære at avdelinger som inngår i foretakets ledelse, sentrale staber etc. inkluderes, mens ledelsen på pasient-/forskningsavdelingen ikke inkluderes i denne linjen og betraktes som en direkte kostnad.

Dette punktet inkluderer alle typer kostnader og vil typisk spesifiseres via avdeling, og ikke via artskontoplanen. Utgangspunktet er at dette vil utgjøre en liten andel av de totale forskningskostnader og at de derfor bør fordeles ut etter et %-vis påslag på de øvrige kostnadene, eller som en relativ andel av totale felleskostnader og fordelt f.eks. etter antall årsverk.

Areal

Forskningsareal og kostnader forbundet med dette kan estimeres basert på Statsbyggs nøkkel for universitetsareal ved nybygg. En detaljert registrering av areal vil i like stor grad gjenspeile lokale forhold av bygningsmessig art som et behov for forskningsareal. Her vil en finne svært ulik praksis i det enkelte Helseforetak.

Konklusjon:

Hovedprinsippet er at kontorplass eller annet areal som benyttes til forskningsformål må inngå i den totale kostnaden.

Drift av forskningsregistre

F.eks. har kreftregisteret flere funksjoner enn forskning og det bør være et rent politisk valg om dette skal finansieres som forskningsinstitusjon eller som et fritt institutt/foretak.

Konklusjon:

Hvis dette finnes bør de driftes som eget et prosjekt eller kostnadssted.

Forskningsbiobanker

Drift av forskningsbiobanker er ofte prosjektfinansierte, men det kan også være finansiert gjennom grunnlagsbevilgninger som f.eks. Helse Øst gir til noen universitetssykehus.

Konklusjon:

Kostnadene må kunne fordeles til henholdsvis forskning og annen virksomhet.

Bibliotek tjenester

Konklusjon:

Det bør defineres en nøkkel til fast fordeling mellom forskning og kunnskapsbygging generelt – denne kan evt. være basert på tidligere drift/historiske kostnader.

Administrative driftskostnader

Administrative kostnader bør taes med når kostnadsstedet kan identifiseres som helt eller delvis forskningsrelatert. Dette vil kunne omfatte forskningssjef eller andre stillinger. At en divisjonsdirektør vil ha ansvar også for forskning vil antakelig være mindre viktig i denne sammenhengen.

Konklusjon:

For administrative forskerstillinger skal kostnaden regnes med, men det er kun operative stillinger som skal rapporteres som forskningsårsverk innenfor den nasjonale rapporteringen.

Driftskostnader - avskrivninger

Konklusjon:

Ved utarbeidelse av tillegg for indirekte kostnader skal avskrivninger inngå.

RESSURSFORDELING

Ressursmåling av forskning

2005

Enhet: Eksempe HF

[illegible]

KALKULERT RESSURSBruk

Ressursmåling av forskning

2005

Enhet:

Kostnadsbasert metode - egne ressurser	Helserelatert forskning	Herav Psykiatri	Herav Rus
Antall årsverk	2,70	0,72	-
Totalt ressursbruk egne ressurser	2 498 520	603 385	-
Totalt ressursbruk egne ressurser	2 498 520	603 385	-

Kostnadsbasert metode - eksterne ressurser	Helserelatert forskning	Herav Psykiatri	Herav Rus
Antall årsverk	2,4	1,1	0,0
Kostnad infrastruktur per årsverk Egen kalkyle for dette	42 000	42 000	42 000
Kostnad infrastruktur eksterne forskerårsverk	100 800	44 100	1 680
Kontroll	-	0	0
	Helserelatert forskning	Herav Psykiatri	Herav Rus
Totalt ressursforbruk forskning	2 599 320	647 485	1 680
Kontroll	-	-	-

ABC-Kalkyle

Ressursmåling av forskning

2005

Enhet: Eksempel HF

Utarbeides for et antall resultateneheter som bedriver forskning og veier tillegget.

Kostnadssted B - 28 årsverk med utøvende forskning		Aktivitetsbasert metode	Baset på historiske 2004 tall				Utvævede forskere	Baset på historiske 2004 tall				Støtte personell
Kostnadsgrupper	Grunnlag for kalkulasjon av tillegg	ABC Kalkyle	Enhet	Stk antall	Kost per stk/node	Kalk./regnskap	Tillegg i % av DL	Enhet	Stk antall	Kost per stk/node	Kalk./regnskap	Tillegg i % av DL
		Grunnlag tillegg	DL			21 000 000	58,4 %	DL			2 000 000	47,0 %
Direkte materialkostnader(4000)												
1 Med. Materieil	Faktisk forbruk	Kalkulert				50 000	0,24 %				50 000	2,50 %
Lønnskostnader(5000)												
2 Lønnskostnader	Faktisk ressursforbruk	Fra DL	Årverk	28	750 000	21 000 000		Årverk	5	400 000	2 000 000	
3 Overtid	Faktisk ressursforbruk	Fra regnskap				300 000	1,43 %				-	0,00 %
4 Vikarer	Faktisk ressursforbruk	Fra regnskap				50 000	0,24 %				-	0,00 %
5 Pensjonskostnader/andre sosiale kost	Andel i forhold til faktisk lønnskost	Kalkulert				6 300 000	30,00 %				600 000	30,00 %
Med. Driftskostnader(6000)												
6 Lab og regnten kostnader	Faktisk forbruk	Fra regnskap				30 000	0,14 %				5 000	0,25 %
7 Med. Støtte	Faktisk forbruk	Fra regnskap				45 000	0,21 %				-	0,00 %
8 Med. Teknisk utstyr	Faktisk forbruk	Fra regnskap				10 000	0,05 %				-	0,00 %
Adm. Driftskostnader(8000 og 7000)												
9 Kontormaterieil	Faktisk forbruk	Fra regnskap				20 000	0,10 %		5	400	2 000	0,10 %
10 Tekstiler/vask av tekstiler	Faktisk forbruk/snittkostnader	Fra regnskap		28	1 071	30 000	0,14 %		5	1 000	5 000	0,25 %
11 IKT kostnader	Kostnad per nettpunkt/PC	Kalkulert	Nettp.	30	20 000	600 000	2,86 %	Nettp.	3	20 000	60 000	3,00 %
12 Husleie/vask/strom kostnad per M2	Kostnad per M2	Kalkulert	M2	300	900	270 000	1,29 %	M2	30	900	27 000	1,35 %
13 Telefon snittkostnad per fasttil/mobil	Snittkost per fasttil/mobil	Fra regnskap		28	10 714	300 000	1,43 %		5	10 000	60 000	2,50 %
14 Reiskostnader	Faktisk forbruk	Fra regnskap		28	53 571	1 500 000	7,14 %		5	6 000	30 000	1,50 %
15 Honorarer/konsulentbru	Faktisk forbruk	Fra regnskap				150 000	0,71 %				-	0,00 %
16 Konferanser/kurs	Faktisk forbruk	Fra regnskap		28	10 714	300 000	1,43 %		5	2 000	10 000	0,50 %
17 Andre driftskostnader	Faktisk forbruk	Fra regnskap				2 000 000	9,52 %				50 000	2,50 %
18												
Felleskostnader(7000)												
18 Med støttefunksjoner	Respektive andel(hode) av felleskostnader	Kalkulert	Årverk	10	300	3 000	0,01 %	Årverk	5	300	1 500	0,08 %
19 Regnskap/økonomi/innkjøp	Respektive andel(hode) av felleskostnader	Kalkulert	Årverk	28	400	11 200	0,05 %	Årverk	5	400	2 000	0,10 %
20 Lønnstjenester	Respektive andel(hode) av felleskostnader	Kalkulert	Årverk	28	1 630	45 640	0,22 %	Årverk	5	1 630	8 150	0,41 %
21 IKT som ikke ligger i kostnad per nettpunkt	Respektive andel(hode) av felleskostnader	Kalkulert	Nettp.	28	5 000	140 000	0,67 %	Nettp.	5	5 000	25 000	1,25 %
22 Felleskostnader som ikke ligger i husleie	Respektive andel(hode) av felleskostnader	Kalkulert	Kostnad	28	1 786	50 000	0,24 %	Kostnad	5	1 600	8 000	0,40 %
23 Bedriftshelsetjeneste	Respektive andel(hode) av felleskostnader	Kalkulert	Årverk	20	400	8 000	0,04 %	Årverk	5	400	2 000	0,10 %
24 Personaltjenester	Respektive andel(hode) av felleskostnader	Kalkulert	Årverk	20	600	12 000	0,06 %	Årverk	5	600	3 000	0,15 %
Felles ledelse(7000)												
25 Felles administrasjon og ledelse	Respektive andel(hode) av felleskostnader	Kalkulert	Årverk	28	300	8 400	0,04 %	Årverk	5	300	1 500	0,08 %
Kapitalkostnader(8000)												
26 Avskrivninger	Andel i forhold til bokført verdi	Kalkulert				30 000	0,14 %				-	0,00 %
27 Finanskostnader	Hensyntas IKKE					-					-	
Total kost		Total				33 263 240					2 940 150	

Oppsummert Kalkyle				NOK		NOK	
Direkte lønn (grunnlag for % tillegg)				21 000 000		Direkte lønn (grunnlag for % tillegg)	2 000 000
ABC tillegg				12 263 240	58,4 %	ABC tillegg	940 150
Total				33 263 240			2 940 150
							47,0 %

KOSTNADSKALKYLE

Ressursmalning av forskning

2005

Enhet: _____

Utarbeides for et antall resultateneheter som bedriver forskning og veier tillegget.

Kostnadssted B - 28 årsverk som bedriver forskningsaktivitet		Kostnadsbasert metode	Basert på historiske 2004 tall			
Kostnadsgrupper	Grunnlag for klassifisering av tillegg	Tilleggs kalkyle X = tillegg	Enhet	Stk antall	Kost per stk/hode	Kost %k./regnskap
En tilleggs kalkyle for alle kostnadssteder/prosjekter		Grunnlag tillegg	DL			21 000 000 17,3 %
Direkte materialekostnader(4000)						
1 Med. Materieil	Faktisk forbruk	Fra regnskap				50 000
Lønnskostnader(5000)						
2 Lønnskostnader	Faktisk ressursforbruk	Hentes fra faktisk forbruk i regnskap	Årverk	28		21 000 000
3 Overtid	Faktisk ressursforbruk					300 000
4 Vikarer	Faktisk ressursforbruk					50 000
5 Pensjonskostnader/andre sosiale kost	Andel i forhold til faktisk lønnskost					6 300 000
Med. Driftskostnader(6000)						
6 Lab og regnten kostnader	Faktisk forbruk	Fra regnskap				30 000
7 Med. Støtte	Faktisk forbruk	Kalkulert				45 000
8 Med. Teknisk utstyr	Faktisk forbruk	Fra regnskap				10 000
Adm. Driftskostnader(8000 og 7000)						
9 Kontormaterieil	Faktisk forbruk	Fra regnskap				20 000
10 Tekstiler/vask av tekstiler	Faktisk forbruk/snittkostnader	Fra regnskap				30 000
11 IKT kostnader	Kostnad per nettpunkt/PC	Kalkulert	Nettp.	30	20000	600 000
12 Husleie/vask/strøm kostnad per M2	Kostnad per fasttlf/mobil	Kalkulert	M2	300	900	270 000
13 Telefon snittkostnad per fasttlf/mobil		Fra regnskap				100 000
14 Reiskostnader	Faktisk forbruk	Fra regnskap				1 500 000
15 Honorarer/konsulentbruk	Faktisk forbruk	Kalkulert				150 000
16 Konferanser/kurs	Faktisk forbruk	Kalkulert				300 000
17 Andre driftskostnader	Faktisk forbruk	Kalkulert				2 000 000
18						
Felles tjenester (7000)						
19 Med støttefunksjoner	Respektive andel(hode) av felleskostnader	Kalkulert	Årverk	10	300	3 000
20 Regnskap, økonomi/innkjøp	Respektive andel(hode) av felleskostnader	Kalkulert	Årverk	28	400	11 200
21 Lønningsstjerner	Respektive andel(hode) av felleskostnader	Kalkulert	Årverk	28	1200	33 600
22 IKT som ikke ligger i kostnad per nettpunkt	Respektive andel(hode) av felleskostnader	Kalkulert	Nettp.	28	5000	140 000
23 Felles tjenester som ikke ligger i husleie	Respektive andel(hode) av felleskostnader	Kalkulert	Kostnad		0	50 000
24 Bedriftshelsetjeneste	Respektive andel(hode) av felleskostnader	Kalkulert	Årverk	20	400	8 000
25 Personaltjenester	Respektive andel(hode) av felleskostnader	Kalkulert	Årverk	20	600	12 000
Felles ledelse(7000)						
26 Felles administrasjon og ledelse	Respektive andel(hode) av felleskostnader	Kalkulert	Årverk	28	300	8 400
Kapitalkostnader(8000)		X				
27 Avskrivninger	Andel i forhold til bokført verdi					30 000
28 Finanskostnader	Hensyntas IKKE					-
Total kost		Total				33 051 200

Oppsummert Kalkyle		NOK
Direkte lønn (grunnlag for % tillegg)		21 000 000
Øvrige kostnader som hentes direkte fra regnskap		8 420 000
Tilleggs kalkyle	17,3 %	3 631 200
Total		33 051 200

Markert med
Kalkulert ut

RAPPORTERINGSSKJEMA

Ressursmåling av forskning

2005

Foretakets navn:	Eksempel HF
Region:	Helse Sør
Periode:	2005
Kontaktperson:	Ola Normann

Rapportering om ressursbruk og finansiering av forskningsaktivitet

1. Forskning per område:

	% andel	NOK	Årsverk
Total ressursbruk til forskning	100 %	2 599 320	2,7
Herav Psykiatri	25 %	647 485	0,7
Herav Rus	0 %	1 680	-

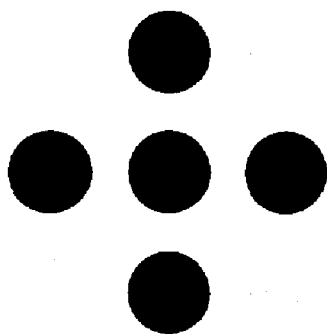
2. Finansiering av forskningsaktivitet (føre: i regnskapet):

	NOK
Finansiert via regionale samarbeidsorgan (øremerket tilskuff fra HOD) ¹	1 500 000
Øremerket tilskudd fra HF	150 000
Andre eksterne kilder ²	300 000
HF egenfinansiering	649 320
Total finansiert forskning regnskapsført i HF (2)	2 599 320

1)Midler som ikke er tildelt gjennom regionale foretak. Eksempel er:

Norges forskningsråd, Helse-og rehabilitering, Norske kvinners sanitets

2) Totalen skal alltid være lik total ressursbruk



VEDLEGG 4

Kartlegging av ressursbruk til forskning i helseforetakene

Rapport fra Nasjonal **pilotrapportering** av 2005 tall

Oktober 2006

Innhold

1	Innledning	81
2	Prosess.....	83
2.1	Deltagere	83
2.2	Begrensninger.....	83
3	Oppsummering	84
4	Resultater.....	85
4.1	Nasjonalt nivå, regioner og universitetssykehus	85
4.2	HF-nivå	87
4.3	Kostnadskomponenter	88
4.4	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbrukere...	89
4.5	Finansiering	90



1 Innledning

Denne rapporten beskriver resultatene fra den nasjonale piloten i prosjektet "Kartlegging av ressursbruk til forskning i spesialisthelsetjenesten". Piloten ble gjennomført i andre kvartal 2006 og er basert på tall fra 2005.

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

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

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

Følgende har blitt kartlagt i den nasjonale piloten:

- Forskning som utøves i helseforetakene, og medfører kostnader (ressursbruk) som vises i helseforetakets regnskaper.
- Anslag på ressursbruk som belastes helseforetakene (normalt infrastruktur og støttefunksjoner) – direkte eller indirekte – som følge av eksternt finansiert forskning. Den forskningen som regnskapsføres i annen virksomhet, men som utføres i helseforetakenes lokaler blir kun hensyntatt gjennom kartlegging av ressursbruken til infrastruktur eller annen direkte merkostnad (med antall årsverk som driver).

Andelen av ressursbruk knyttet til medisinsk og helsefaglig forskning innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere og psykisk helsevern er dokumentert særskilt. Dette innebærer at denne ressursbruken er skilt fra generell medisinsk og helserelatert forskning på et overordnet nivå slik at dette er synliggjort og rapportert for de respektive helseforetak.

Det er rapportert antall årsverk involvert i forskning som foregår i helseforetaket der foretaket selv bærer lønnskostnaden. Der forskningsressursene kun benytter infrastruktur i helseforetaket (årsverk som ikke føres i HFenes regnskap), er disse kun kartlagt som grunnlag for å kunne kalkulere kostnader (ingen rapportering av disse årsverkene).

Omfanget av eksternt finansierte midler til forskning som regnskapsføres av HFet selv, fordelt på de mest sentrale finansieringskilder, fremkommer i rapporteringen (i tillegg til ressursbruken).

Forskere som inngår i ressursmålingene (dvs. rapporteres som utøvende forskningsårsverk) har minimum hovedfagseksamen eller nåværende mastergrad. Det vil si at vedkommende kan være i ferd med å gjennomføre en doktorgrad, eller minimum inneha en doktorgrad eller

førsteamanuensisiskompetanse. Hovedoppgaver og masteroppgaver er ikke regnet inn under forskning, men registreres som utdanning.

Der RHF'et eller HF'et har gitt tilskudd til forskningsprosjekt som ligger utenfor foretaket, er selve tildelingen ført som kostnad. Dersom tildelingen ikke er brukt, er kostnaden redusert tilsvarende.

I tilfeller der RHF'et har gitt tilskudd til datterforetak øremerket forskning, er beløpet eliminert ved rapportering av foretaksgruppens kostnader til forskning.

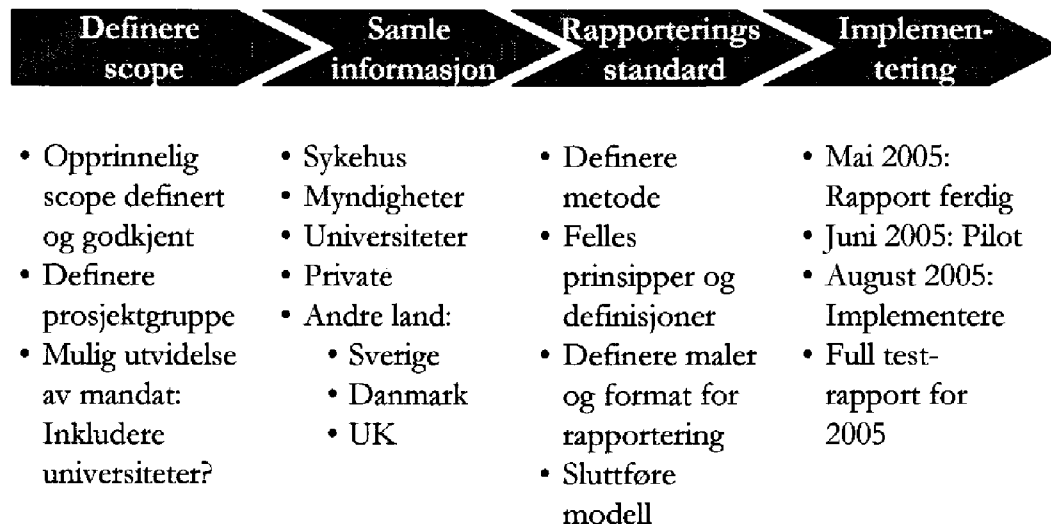
Ellers inneholder prosjektdokumentasjonen en komplett oversikt over hva som skal regnes med og hva som ikke skal regnes med når ressursbruken til forskning skal kartlegges. Noen avgrensninger ift. hva som *ikke* skal regnes med i kartleggingen, er følgende:

- Ulønnet forskning/fritidsarbeid
- Stillinger som ikke lønnes gjennom helseforetakene
- Løpende kvalitetskontroll og mindre forbedringer i prosesser, systemer og tjenester.



2 Prosess

Prosjektet ble delt opp i fire faser, med bred deltagelse fra sektoren:



Figur 1: Prosess

2.1 Deltagere

I de tre første fasene, deltok alle regioner med 2 personer – 1 økonomiperson og 1 fra forskningsmiljøet. I tillegg deltok Helse- og omsorgsdepartementet, Norges forskningsråd og Universitetet i Bergen.

I fase fire, deltok pilotsykehusene (4 stykker) med 2 personer i tillegg til at de respektive regioner var representert.

RHFenes strategigruppe for forskning har vært styringsgruppe for prosjektet.

For en komplett liste over deltagere, henvises til prosjektrapporten.

2.2 Begrensninger

Tallene og analysene i denne presentasjonen er basert på HFenes rapporter fra den nasjonale piloten og har senere blitt kvalitetssikret gjennom revidert rapportering for de HF som fant dette nødvendig. Tallene er ikke kvalitetssikret ytterligere, og tallmaterialet vil derfor kunne inneholde enkelte feil og mangler.

Tabellene og fremstillingene i denne rapporten er ikke ment å være fullstendige, men søker å dokumentere relevante størrelser. Det anbefales at bruken av tallmaterialet begrenses på det nåværende tidspunkt.

3 Oppsummering

I 2005 ble var den totale ressursbruken til forskning i overkant av 1,2 milliarder kroner og 1281 årsverk. M.a.o er ca. 1,7% av de totale driftskostnadene og 1,4% av de totale årsverkene ved landets helseforetak benyttet til forskning. Rikshospitalet-radiumhospitalet HF har en dominerende posisjon med ca. 1/3 av den totale ressursbruken.

De 8 universitetssykehusene utgjør ca. 86% av total innrapportert ressursbruk til forskning. De seks mest forskningsaktive foretakene er alle universitetssykehus.

Forskning på området psykisk helsevern utgjør ca. 12,5% av total ressursbruk til forskning.

Direkte lønn er den største kostnadsdriveren med ca. 57% av den totale ressursbruken til forskning. Kostnadene forbundet med eksterne forskningsårsverk (som bruker HFenes infrastruktur) er liten i årets rapportering (ca. 4,6%). Datakvaliteten er noe usikker på dette området, og temaet bør følges opp særskilt mot HFene i rapporteringen for 2006.



4 Resultater

Resultatene fra den nasjonale piloten gir et overordnet bilde av hvordan forskningsressursene benyttes i spesialisthelsetjenesten. Ressursbruken er rapportert på et relativt overordnet nivå – i tråd med intensjonen med prosjektet. Regionene har imidlertid tilgang til noe mer detaljert informasjon – grunnlagsdata for rapporteringen – som kan benyttes i styringssammenheng innad i de respektive regioner.

4.1 Nasjonalt nivå, regioner og universitetssykehus

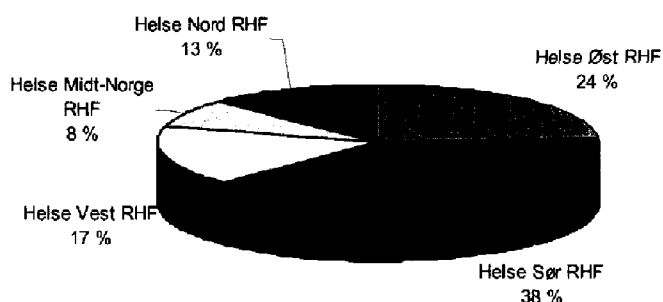
Total ressursbruk til forskning ved alle landets helseforetak:

Totalt antall årsverk	1 281	
Herav totalt psykisk helsevern	160	12,5 %
Herav totalt "rus"	12	0,9 %
Total ressursbruk til forskning	1 210 208 340	

Tabell 1: Total forskningsaktivitet

Dette utgjør ca. 1,4% av totalt antall årsverk og ca. 1,7% av totale driftskostnader. Den største delen av forskningsårsverkene er i Helse Sør (Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF):

Fordeling av forskningsaktivitet (# årsverk)



Figur 2: Forskningsaktivitet fordelt mellom regionene

Regionene bruker mellom 1,3% og 2,9% av sine totale driftskostnader på forskning:

Helse Øst RHF		
Antall årsverk til forskning		296
Antall årsverk til forskning som andel av totale årsverk ved HFet		1,0 %
Andel av av totale driftskostnader til forskning		1,3 %
Helse Sør RHF		
Antall årsverk til forskning		472
Antall årsverk til forskning som andel av totale årsverk ved HFet		2,4 %
Andel av av totale driftskostnader til forskning		2,9 %
Helse Vest RHF		
Antall årsverk til forskning		211
Antall årsverk til forskning som andel av totale årsverk ved HFet		1,1 %
Andel av av totale driftskostnader til forskning		1,6 %
Helse Midt-Norge RHF		
Antall årsverk til forskning		100
Antall årsverk til forskning som andel av totale årsverk ved HFet		0,8 %
Andel av av totale driftskostnader til forskning		1,5 %
Helse Nord RHF		
Antall årsverk til forskning		158
Antall årsverk til forskning som andel av totale årsverk ved HFet		1,6 %
Andel av av totale driftskostnader til forskning		1,7 %

Tabell 2: Forskningsaktivitet som andel av total ressursbruk pr. region

Universitetssykehusene står for majoriteten av forskningsaktiviteten i spesialisthelsetjenesten.

Totalt antall årsverk til forskning ved universitetssykehusene	1 097	
Herav totalt psykisk helsevern	106	9,6 %
Herav totalt "rus"	8	0,8 %
Totale forskningskostnader ved universitetssykehusene	1 050 198 088	
Total direkte lønn til forskning ved universitetssykehusene	609 074 769	

Tabell 3: Total forskningsaktivitet ved universitetssykehusene

Deres andel av total ressursbruk til forskning bekrefter deres dominerende posisjon:

Universitetssykehusenes andel av total ressursbruk til forskning	
Andel av totale kostnader	86,8 %
Andel av totale årsverk	85,6 %
Andel av total forskning psykisk helsevern	65,8 %
Andel av total forskning "rus"	73,0 %

Tabell 4: Forskningsaktivitet ved universitetssykehusene – relativ andel



Det er store forskjeller i hvor stor del av den totale ressursbruken som medgår til forskning ved landets universitetssykehus:

Helseforetak	Andel av ansatte som driver forskning	Andel av totale driftskostnader til forskning
Rikshospitalet - Radiumhospitalet HF	6,2 %	7,2 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	3,3 %	3,5 %
Ullevål Universitetssykehus HF	2,2 %	2,6 %
Helse Bergen HF	1,9 %	2,7 %
St. Olavs Hospital	1,3 %	2,3 %
Aker Universitetssykehus HF	1,3 %	1,3 %
Helse Stavanger HF	0,8 %	1,2 %
Akershus Universitetssykehus HF	0,5 %	1,6 %

Tabell 5: Forskning ved universitetssykehusene som andel av total ressursbruk¹

4.2 HF-nivå

Den totale ressursbruken til forskning utgjør ca. 1,2 milliarder kroner. Dette tilsvarer ca. 1,7%² av de totale driftskostnadene* i spesialisthelsetjenesten.

Rangering	Helseforetak	# Årsverk til forskning	Herav psykisk helsevern	Herav Rus	Total ressursbruk til forskning
1	Rikshospitalet - Radiumhospitalet HF	422	0	0	407 805 708
2	Ullevål universitetssykehus HF	187	23	0	152 660 800
3	Helse Bergen HF	158	19	0	149 347 020
4	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	136	16	1	114 879 131
5	St. Olavs Hospital	91	31	3	118 235 805
6	Helse Stavanger HF	48	11	0	35 007 131
7	Aker universitetssykehus	37	2	2	29 022 307
8	Diakonhjemmet sykehus	27	11	0	26 464 045
9	Sørlandet Sykehus HF	19	4	1	18 360 405
10	Akershus Universitetssykehus	19	4	2	43 240 186
11	Sykehuset Østfold	19	3	0	14 633 464
12	Sunnaas HF	15	0	0	14 884 097
13	Sykehuset Innlandet	13	5	2	11 946 116
14	Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	12	4	1	8 018 255
15	Nordlandssykehuset HF	11	4	0	10 487 589
16	Sykehuset Buskerud HF	10	5	0	8 476 968
17	Sykehuset Telemark HF	8	1	0	6 777 159
18	Helse Finnmark HF	8	5	0	3 346 000
19	Helse Sunnmøre HF	7	2	0	5 923 697
20	Sykehuset Vestfold HF	7	0	0	5 543 723
21	Sykehuset Asker og Bærum HF	7	0	0	4 627 832
22	Helse Førde HF	5	1	0	3 600 556
23	Blefjell Sykehus HF	4	2	0	5 021 340
24	Psyklatrén i Vestfold HF	4	4	0	2 724 673
25	Hålogalandssykehuset HF	3	0	0	2 029 928
26	Helse Fonna HF	3	2	0	2 552 225
27	Ringerike Sykehus HF	2	0	0	1 833 869
28	Helse Nordmøre og romsdal	2	1	0	1 129 609
29	Revmatismesykehuset AS	1	0	0	983 528
30	Helgelandssykehuset	1	1	0	645 174
-	Helse Nord-Trøndelag HF	-	-	-	-
-	Martina Hansens Hospital	-	-	-	-
-	Rusbehandling Midt-Norge HF	-	-	-	-
-	Modum Bad	-	-	-	-
SUM		1281	160	12	1 210 208 340

Total kostn.	76 864 887 496
%*	1,57 %

Tabell 6: Totaloversikt ressursbruk til forskning – alle HF

¹ Kilde: Total (akkumulert) hentet fra HFenes årsrapporter 2005 og/eller www.purehelp.no

² Kilde: Total (akkumulert) hentet fra HFenes årsrapporter 2005

* Merknad: Prosenten er beregnet med basis i tall fra Statens Eierbæretning 2005 – dette ligger noe høyere enn det akkumulerte tallet fra HFenes egne regnskap. Forskjelle utgjør ca. 0,2% ift. totalen (1,75% vs. 1,57%).



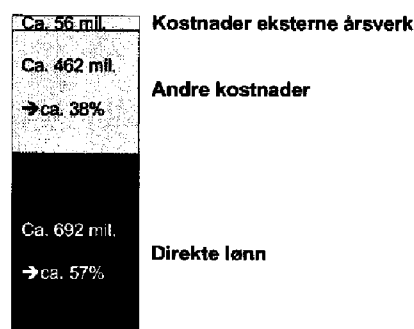
Rangering	Helseforetak	# Årsverk til forskning	Total ressursbruk til forskning	Totalt antall årsverk ved HFet	Driftskostnader 2005 (mil NOK)	Andel av egne ansatte som driver forskning	Andel av driftskostnadene som går til forskning
1	Rikshospitalet - Radiumhospitalet HF	422	407 805 708	6 795	5 845	6,2 %	7,2 %
2	Ullevål universitetssykehus HF	187	152 660 800	8 500	5 884	2,2 %	2,6 %
3	Helse Bergen HF	158	149 347 020	8 465	5 446	1,9 %	2,7 %
4	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	136	114 879 131	4 090	3 303	3,3 %	3,5 %
5	St. Olavs Hospital	91	118 235 805	6 966	5 123	1,3 %	2,3 %
6	Helse Ståvanger HF	46	35 007 131	5 872	3 040	0,8 %	1,2 %
7	Aker universitetssykehus	37	29 022 307	2 950	2 229	1,3 %	1,3 %
8	Diakonhjemmet sykehus	27	26 464 045	1 160	917	2,3 %	2,9 %
9	Sørlandet Sykehus HF	19	18 360 405	3 829	3 191	0,5 %	0,6 %
10	Akershus Universitetssykehus	19	43 240 186	3 900	2 780	0,5 %	1,6 %
11	Sykehuset Østfold	19	14 833 464	3 950	2 879	0,5 %	0,5 %
12	Sunnaas HF	15	14 884 097	642	343	2,3 %	4,3 %
13	Sykehuset Innlandet	13	11 946 116	6 500	4 736	0,2 %	0,3 %
14	Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	12	8 018 255	1 100	980	1,0 %	0,8 %
15	Nordlandssykehuset HF	11	10 487 589	2 140	1 877	0,5 %	0,6 %
16	Sykehuset Buskerud HF	10	8 476 968	2 678	2 090	0,4 %	0,4 %
17	Sykehuset Telemark HF	8	6 777 159	2 213	1 902	0,4 %	0,4 %
18	Helse Finnmark HF	8	3 346 000	1 312	1 117	0,6 %	0,3 %
19	Helse Sunnmøre HF	7	5 823 697	1 972	1 629	0,3 %	0,4 %
20	Sykehuset Vestfold HF	7	5 543 723	2 185	1 785	0,3 %	0,3 %
21	Sykehuset Asker og Bærum HF	7	4 627 832	1 900	1 415	0,3 %	0,3 %
22	Helse Førde HF	5	3 600 556	2 286	1 483	0,2 %	0,2 %
23	Blefjell Sykehus HF	4	5 021 340	976	735	0,4 %	0,7 %
24	Psykatrien i Vestfold HF	4	2 724 673	914	566	0,4 %	0,5 %
25	Hålogalandssykehuset HF	3	2 029 928	1 512	1 361	0,2 %	0,1 %
26	Helse Fonna HF	3	2 552 225	2 945	1 741	0,1 %	0,1 %
27	Ringerike Sykehus HF	2	1 833 869	738	573	0,2 %	0,3 %
28	Helse Nordmøre og romsdal	2	1 129 609	1 896	1 448	0,1 %	0,1 %
29	Revmatismesykehuset AS	1	983 528	87	55	1,5 %	1,8 %
30	Helgelandssykehuset	1	645 174	1 015	1 004	0,1 %	0,1 %
-	Helse Nord-Trøndelag HF	-	-	-	-	-	-
-	Martina Hansens Hospital	-	-	-	-	-	-
-	Rusbehandling Midt-Norge HF	-	-	-	-	-	-
-	Modum Bad	-	-	-	-	-	-

Tabell 7: Totaloversikt ressursbruk til forskning som andel av total aktivitet³ – alle HF

Helseforetak som har en stor grad av forskning som utføres av eksterne ressurser ved eget HF (og dermed genererer kostnader ved bruk av infrastruktur uten å motta direkte lønn), vil få et kostnadsbilde som indikerer relativt sett stor forskjell mellom ressursinnsats i form av årsverk og ressursinnsats i form av kostnader.

4.3 Kostnadskomponenter

Rapporteringen av ressursbruk til forskning er basert på fastlagte regler og prinsipper ift. hvilke kostnader som skal regnes med og hvilke som skal holdes utenfor. Direkte lønn utgjør majoriteten av kostnadene:



Figur 3: Kostnadskomponenter

³ Kilde: Årsverk og driftskostnader er hentet fra HFenes årsrapporter 2005 og/eller www.purehelp.no



Foretakene har selv bestemt hvilken metode for innsamling av tallmaterialet de ønsket å benytte (aktivitetsbasert eller kostnadsbasert metode), og forskjellene i metodebruk har vist seg å gi små utslag og betraktes ikke som relevante.

4.4 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbrukere

Universitetssykehusene bruker relativt sett en liten andel av sine registrerbare⁴ forskningsressurser på forskning innen psykisk helsevern. Dette kan i stor grad relateres til at Rikshospitalet-radiumhospitalet HF ikke har registrerbar forskning på dette området. Grunnet sin dominerende posisjon innen forskningen, gir det relativt store utslag.

Psykisk helsevern	
Andel forskning psykisk helsevern ved universitetssykehusene	51,3 %
Forskning Psykisk helsevern (andel av total forskning alle HF)	12,5 %
Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere	
Andel forskning "rus" ved universitetssykehusene	73,0 %
Forskning "rus" (andel av total forskning alle HF)	0,9 %

Tabell 8: Forskning på psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere ved universitetssykehusene

Det er relativt store variasjoner i andelen av total ressursbruk til psykisk helsevern som blir benyttet til forskning. Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør RHF skiller seg ut på hver sin ende av skalaen. Det knytter seg noe usikkerhet til tallene og man bør derfor være forsiktig med å trekke noen konklusjoner, men dette området krever økt fokus og oppfølging ved neste års rapportering.

Helse Øst RHF	
Antall årsverk til forskning psykisk helsevern	52
Ressursbruk til forskning psykisk helsevern	51 095 959
Total ressursbruk psykisk helsevern	4 859 207 000
Forskning innen psykisk helsevern - % av total ressursbruk	1,1 %
Helse Sør RHF	
Antall årsverk til forskning psykisk helsevern	16
Ressursbruk til forskning psykisk helsevern	12 326 098
Total ressursbruk psykisk helsevern	2 230 569 000
Forskning innen psykisk helsevern - % av total ressursbruk	0,6 %
Helse Vest RHF	
Antall årsverk til forskning psykisk helsevern	33
Ressursbruk til forskning psykisk helsevern	23 740 243
Total ressursbruk psykisk helsevern	2 204 874 000
Forskning innen psykisk helsevern - % av total ressursbruk	1,1 %
Helse Midt-Norge RHF	
Antall årsverk til forskning psykisk helsevern	34
Ressursbruk til forskning psykisk helsevern	37 473 856
Total ressursbruk psykisk helsevern	1 495 103 000
Forskning innen psykisk helsevern - % av total ressursbruk	2,5 %
Helse Nord RHF	
Antall årsverk til forskning psykisk helsevern	26
Ressursbruk til forskning psykisk helsevern	21 186 560
Total ressursbruk psykisk helsevern	1 224 635 000
Forskning innen psykisk helsevern - % av total ressursbruk	1,7 %

Tabell 9: Forskning på psykisk helsevern pr. region⁵

⁴ Ref. kriteriene som er satt for inkludering av ressursbruk til forskning - "fritidsforskningen" er ekskludert

⁵ Total ressursbruk er hentet fra RHFenes rapporterte skjema E1 for 2005 til Helse- og omsorgsdepartementet

De helseforetakene som er å betrakte som små eller mellomstore foretak (basert på antall DRG kvalifiserte opphold), er også de som bruker størst andel av sin forskningsinnsats på forskning innen psykisk helsevern (relativiserte størrelser).

4.5 Finansiering

Forskning i helseforetakene finansieres gjennom ulike kanaler. En redegjørelse over finansieringskildene er viktig for å kunne se sammenhengene mellom samlede kostnader og samlet finansiering. Finansiering av forskning skal derfor rapporteres (ikke fordelt på funksjonsområder).

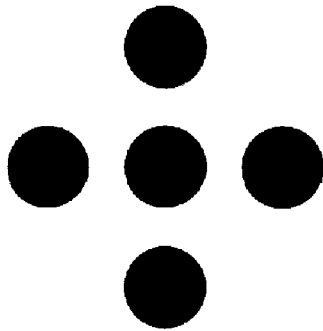
I rapporteringen av ressursbruk til forskning, skal omfanget av eksternt finansierte midler til forskning som regnskapsføres av HFet selv, fordelt på de mest sentrale finansieringskilder, fremkomme. Følgende finansieringselementer skal rapporteres:

- Finansierte via regionale samarbeidsorgan / RHF (øremerket tilskudd)
- Andre eksterne kilder (midler som ikke er tildelt gjennom RHF – eksempler er: Norges forskningsråd, Helse- og rehabilitering, Norske kvinners sanitetsforening, div. pasientforeninger etc.)
- HF egenfinansiering.

I den nasjonale piloten (2005 tall), er imidlertid kvaliteten på denne delen av rapporteringen ikke god nok. Prosjektgruppen har derfor vurdert det dit hen at tallene ikke er gode nok til å kommuniseres. Veiledningen på dette området må derfor bli bedre ift. neste års rapportering, og HFene bør følges opp spesifikt på dette.

På et overordnet nivå, kommer det imidlertid frem at majoriteten har rapportert en HF egenfinansiering på mellom 45 og 65% (laveste HF egenfinansiering er 36% og høyeste er 100%).





VEDLEGG 5

Kartlegging av ressursbruk til forskning i helseforetakene

Prosjektskisse for videreføring av arbeidet og samordning med NIFU STEP

20. oktober 2006

Innhold

1	Innledning.....	95
2	Mandat	95
3	Aktører	96
4	Oppdeling av det videre arbeidet	98
5	Overordnet organisering av det videre arbeidet	99
5.1	Delprosjekt 1 a (FASE 1).....	99
5.2	Delprosjekt 1 b (FASE 1).....	100
5.3	Delprosjekt 1c (FASE 1).....	102
5.4	Delprosjekt 2 (FASE 2).....	103
5.5	Delprosjekt 3 (FASE 3).....	104
6	Veien videre	105



1 Innledning

Dette dokumentet er et utkast til prosjektskisse for videreføringen av prosjektet "Kartlegging av ressursbruk til forskning" som har blitt gjennomført av de regionale helseforetakene (RHFene). Styringsgruppen for prosjektet – RHFenes strategigruppe for forskning – fikk fremlagt resultatene fra den nasjonale piloten (basert på rammeverket) i august 2006 og har besluttet å gå videre med implementeringen og innføre pliktig rapportering fra 2007 (2006-tall). Konklusjoner i styringsgruppen:

- *"2005 tallene behandles som pilotdata. En samlet rapport oversendes HOD fra Helse Sør RHF etter en høring pr e-post i RHFenes strategigruppe for forskning.*
- *Det etableres rapportering av ressursbruk til forskning i RHFene på permanent basis fra 2007.*
- *Det er ønskelig med en samordning av det nasjonale målesystemet for ressursbruk i RHFene med nasjonal statistikk i regi av NIFU STEP (NFR).*
- *Det bør etableres et utviklingsprosjekt mellom NIFU STEP (NFR) og RHFene for å komme frem til en modell som ivaretar både RHFenes og NIFU STEP/NFR sine behov. RHFenes strategigruppe benyttes som styringsgruppe. Den etablerte arbeidsgruppen videreføres - og inngår som viktige aktører i et utviklingsprosjekt.*
- *Videreutvikling med tanke på registrering av utvikling og utdanning i tillegg, samt kvalitetssikring mot universitetene vurderes inn mot et utviklingsprosjekt med NIFU STEP. Utvikling¹ måles i dag av NIFU STEP og inngår i den nasjonale FoU-statistikken."*

På initiativ fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), har det blitt innledet en dialog med NIFU STEP, Norges forskningsråd og Kunnskapsdepartementet (KD) for å samordne eksisterende rapportering og det nye rammeverket. Dette er i samsvar med beslutningen i styringsgruppen. Dette dokumentet er en første skisse for å organisere det videre arbeidet.

Det henvises for øvrig til dokumentasjonen som er utarbeidet i RHFenes prosjekt. Dette omhandler utover den rene prosjektdokumentasjonen, bl.a. prinsipper, definisjoner, hjelpemaler og rapporteringsskjema.

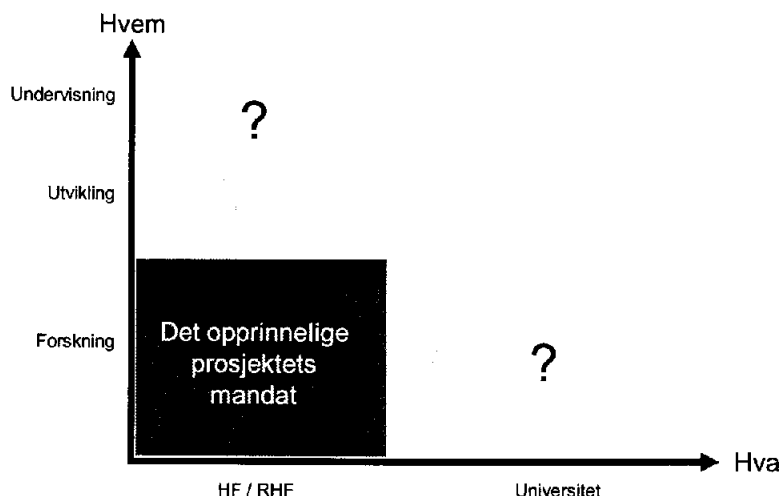
2 Mandat

Et bredt spekter av aktører vil være involvert i det videre arbeidet. Mandatet vil bli endelig definert når rolle- og ansvarsfordelingen og finansiering er avklart.

¹ Kommentar fra NIFU STEP: Det er utviklingsarbeid som måles – ikke "utvikling"

3 Aktører

RHFenes mandat for det opprinnelige utviklingsarbeidet hadde klare avgrensninger:



Med signalene om at rapporteringen til NIFU STEP skal vurderes samordnet med det nye rammeverket, samtidig med en mulig utvidelse i forhold til både aktører og innhold, må flere aktører involveres:

Aktør	Overordnet rolle
Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)	Bestillerrolle overfor RHFene, initiativtaker til det første prosjektet og viktig aktør som beslutningstager og koordinator i det videre arbeidet.
Kunnskapsdepartementet	Ansvarlig ift. undervisningssektoren. Viktig aktør som beslutningstager og koordinator i det videre arbeidet. Bestillerrolle overfor Forskningsrådet.
Forskningsrådet	Bestillerrolle ift. NIFU STEP. Viktig aktør ift. forskningsstatistikk.
NIFU STEP	Utarbeider forskningsstatistikk (oppdrag fra forskningsrådet). Tiltent rolle som koordinator i det videre arbeidet med å samordne rapporteringene.
RHFene	Utarbeidet rammeverket som skal samordnes med NIFU STEP og leverandør av data.
Statistisk Sentralbyrå	Sentral aktør ift. utarbeidelse statistikk. Nært samarbeid med alle aktørene.

HOD har lagt til grunn at RHFene skal delta aktivt i videreutvikling av prosjektet. Prosjektgruppen som har arbeidet med RHFenes utviklingsprosjekt for å definere rammeverket som nå foreligger for å kartlegge ressursbruk til forskning, er en viktig ressurs som bør trekkes inn i det videre arbeidet. Tilsvarende må arbeidet forankres på ledelsesnivå i RHFene. HOD har lagt til grunn at en hensiktsmessig måte å gjøre det på er ved å la RHFenes strategigruppe for forskning fungere som styringsgruppe

UTKAST

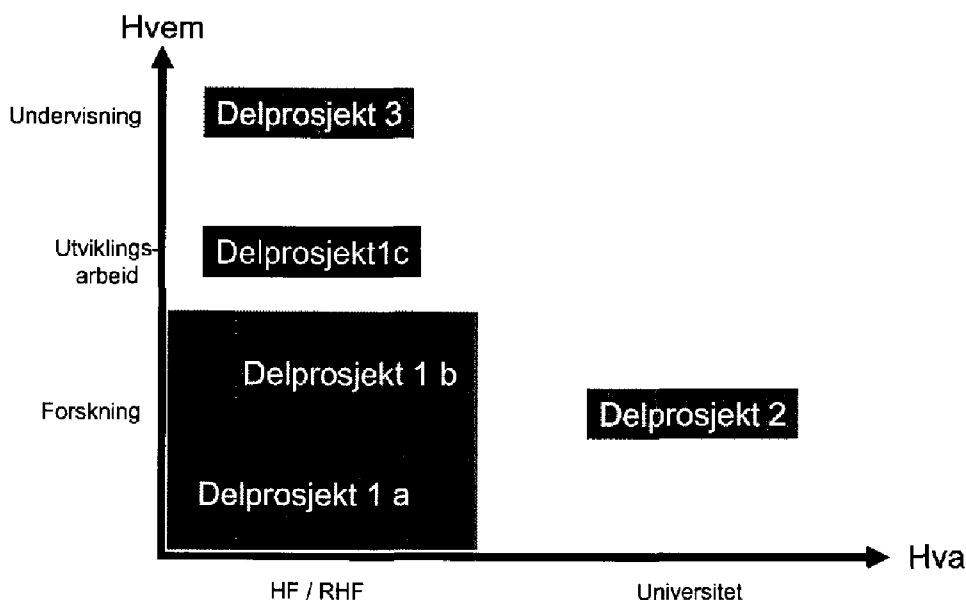
for prosjektet, noe som vil sikre styringsmessig oppfølging fra de regionale helseforetakene. Dette gjelder RHFFenes egen del av prosjektet. For samordning med den nasjonale forskningsstatistikken vil RHFFenes strategigruppe fungere som en referansegruppe. Det vil innebære at prosjektet presenteres for RHFFenes strategigruppe for forskning med jevne mellomrom. HOD sitter som observatør i denne gruppen. Dette må forankres hos NIFU STEP som prosjektansvarlig. I tillegg vil det være viktig å ha løpende dialog med andre involverte, herunder Norges forskningsråd og Kunnskapsdepartementet.

Kontaktpersoner:

Helse- og omsorgsdepartementet	Maiken Engelstad
Norges forskningsråd	Kari-Anne Kristensen Birgit Hernes
Kunnskapsdepartementet	Margret Helgadottir Live Haaland
NIFU STEP	Susanne Lehmann Sundnes Kirsten Wille Maus
RHFFene	Lars Rønning (Helse Sør RHF)
Styringsgruppen	Maiken Engelstad (HOD) Bjørn Erikstein (Helse Sør RHF)
Statistisk sentralbyrå	Hanne Cecilie Hougen

4 Oppdeling av det videre arbeidet

Det videre arbeidet må deles i flere delprosjekter som bygger på resultatene fra det foregående delprosjektet. Noen oppgaver vil imidlertid kunne utføres parallelt:



De fire delprosjektene bør deles inn i to faser:

Fase 1: Delprosjekt 1 a & 1 b (måling av 2006-tall og samordning med NIFU STEP) og delprosjekt 1c (inkludering av utviklingsarbeid)

Fase 2: Delprosjekt 2 (universitetene) og delprosjekt 3 (undervisning)

Hvert av delprosjektene må ha klart definerte mål:

MÅL MED ARBEIDET	
Delprosjekt 1 a	Tilrettelegge for rapportering av 2006 tall ihht. det definerte rammeverket
Delprosjekt 1 b	Samordne NIFU STEP sin rapportering med RHFenes rammeverk og tilrettelegge for rapportering av 2007 tall
Delprosjekt 1c	Utvide rammeverket til også å omfatte utviklingsaspektet
Delprosjekt 2	Utvide rammeverket til også å omfatte universitetene
Delprosjekt 3	Utvide rammeverket til også å omfatte undervisningsaspektet

Kartlegging av ressursbruk til forskning

UTKAST

Delprosjektene 1 a, 1b og 1c må ses i sammenheng og vil bli løst parallelt. RHFene må informeres om at 1a – 2006-tall som rapporteres i april 2007 – er lik piloten (2005-tall), mens det for 2007 rapporteres i samsvar med delprosjekt 1b og 1c (april 2008).

5 Overordnet organisering av det videre arbeidet

5.1 Delprosjekt 1 a (FASE 1)

Det første delprosjektet må påbegynnes umiddelbart og blir å betrakte som en videreføring av arbeidet som er utført i regionene. Rammeverket slik det nå fremstår, skal i henhold til beslutningen i RHFenes strategigruppe danne grunnlaget for 2007-rapporteringen (2006-tall). SSB hadde en rolle som tilrettelegger for rapporteringen i 2006 (2005-tall), men er ikke tiltenkt denne rollen i 2007. SSB har imidlertid utviklet et elektronisk rapporteringsskjema som det må vurderes å bygge videre på. NIFU STEP, som er tiltenkt rollen som innsamler av data i 2007, må tilrettelegge sine systemer for å kunne motta og bearbeide disse.

Drifting og videreutvikling av rammeverket samt tilgjengeliggjøring av informasjonen, må få klare budsjettrammer. HOD og RHFene må raskt bli enige om rammene for prosjektet.

Delprosjekt 1a skal utføres parallelt med delprosjekt 1b og i samme fase som delprosjekt 1c.

DELPROSJEKT 1 a

Mål:	Tilrettelegge for rapportering av 2006 tall iht. det definerte rammeverket.
------	---

ROLLER	HVEM	TIDSASPEKT	
		Oppstart	FINANSIERING
Aktør			
Helse- og omsorgsdepartementet	Eier	Maiken Engelstad	2006X
Kunnskapsdepartementet	Informert	–	2006–
Forskningsrådet	Informert	–	2006–
NIFU STEP	Ansvarlig	Susanne L. Sundnes	2006–
RHFene	Involvert	HFenes kontaktpersoner	2006X
Statistisk Sentralbyrå	Informert	–	2006–

Estimert budsjett 2006	50 000
Estimert budsjett 2007	270 000
Estimert budsjett 2008	220 000

5.2 Delprosjekt 1 b (FASE 1)

NIFU STEP utarbeider forskningsdata for helsesektoren annethvert år. Den offisielle FoU-statistikken for Norge utarbeides etter avtale med Norges forskningsråd. Norsk institutt for studier av forskning og utdanning – Senter for innovasjonsforskning (NIFU STEP) har statistikkansvaret for universitets- og høyskolesektoren og instituttsektoren, mens Statistisk sentralbyrå har ansvaret for næringslivet. NIFU STEP har også et nasjonalt ansvar for å sammenstille dataene til total FoU-statistikk for Norge. Se *tekstboks for hva FoU-statistikken omfatter*. Statistikken utarbeides etter retningslinjer fra OECD, og inngår både i EUs og OECDs statistikk for FoU. Retningslinjene er nedfelt i «Frascati-manualen» (Proposed Standard Practice for Surveys on Research and Experimental Development, OECD 2002). NIFU STEP har oversatt og utgitt utdrag av manualen med særlig vekt på definisjoner og avgrensning av FoU.

FoU-utgifter og -årsverk

Omfang:

FoU-utførende enheter i UoH-sektoren (inkl. universitetssykehus), næringslivet og instituttsektoren.

Innhold:

Kostnader, finansieringskilder, bransjer, fylker, hovedformål, FoU-områder (tematiske prioriteringer), fagområder, forskningsart (grunnforskning, anvendt forskning, utviklingsarbeid), antall personer og FoU-årsverk.

Hovedkilder:

Spørreskjema til de FoU-utførende enhetene, administrative data fra sentraladm. ved lærestedene og universitetssykehus, oppgaver fra Norges forskningsråd og andre forskningsfinansierende enheter (medisinske fond m.fl.)

Tidsserier:

Data tilbake til 1963, oppdateres annethvert år (oddetallsår). Forenklede undersøkelser årlig. Nøkkeltall for forskningsinstituttene årlig, data tilbake til 1997.

En samordning av helseforetakenes kartlegging av forskningsressurser og NIFU STEP's FoU-statistikk har åpenbare fordeler, både for dataleverandørene og for statistikkproduksjonen. Et viktig element er at det med to parallelle innsamlinger vil produseres to datasett som ikke nødvendigvis blir identiske. Dette er vanskelig å forsvare.

For helseforetakene vil det være en stor gevinst å slippe å rapportere data to steder og til to ulike tidspunkt. Helseforetakprosjektet er dessuten i utviklingsfasen (delprosjekt 1, 2 og 3) og kan antagelig dra nytte av NIFU STEP's rutiner og lange erfaring med å innhente og sammenstille data om forskning. For NIFU STEP vil en samordning innebære at det vil bli enklere å få inn den nødvendige informasjonen, noe som er en stor fordel.

Det vil imidlertid fra begge sider kreve arbeid og utvikling av rutiner for å tilfredsstille begge parter behov for data. Nedenfor er det listet opp noen momenter hvor RHF-prosjektet skiller seg noe fra NIFU STEP's innhenting av data til den nasjonale FoU-statistikken. Noen karakteristika ved RHFenes rammeverk:

- RHF-prosjektet følger OECDs definisjon av forskning, men omfatter ikke utviklingsarbeid (ref. forslag til delprosjekt 1c),



- Kostnader som ikke bokføres ved helseforetakene kartlegges ikke,
- Beregning av indirekte kostnader defineres ikke med en fast prosentsats eller en bestemt metode, men det er definert hva som skal regnes med for kalkulering av den totale ressursbruken,
- Prosjektet omfatter ikke faglige spørsmål, som f.eks. fag, formål, FoU-område, og forskningsart,
- Persondata rapporteres ikke (navn fødselsdato, utdanning m.m.)².
- Kartlegging av eksterne utgifter er for grov (finansieringskilder) og for mangelfull (omfatter ikke utgifter utenom sykehusets regnskap),
- Årsverk til forskning skiller ikke på stillinger og personellgrupper (dette kartlegges i datainnsamlingen, men rapporteres ikke, kan derfor lett legges inn),
- Rapportering av forskningsdata inngår i helseforetakenes årlige rapportering, mens FoU-undersøkelsene (NIFU STEP) gjennomføres annethvert år. Det er imidlertid signalisert at NIFU STEP vil kunne måle forskningsaktivitet i RHFene på årlig basis om ønskelig.

Det meste av dette kan løses ved å legge en tilleggsmodul til HFes etablerte rapporteringsmoduler, eventuelt gjøre noen mindre endringer. Tilleggsmodulen vil blant annet omfatte spørsmål om forskningens faglige tilknytning og om forskning finansiert av kilder utenfor sykehuset, for eksempel Kreftforeningen, næringslivet m.fl. Dette og andre sentrale momenter vil bli avgjort i delprosjekt 1b. For å få denne samordningen forankret i alle helseforetakene – i tillegg til at utviklingsarbeid inkluderes (delprosjekt 1c) – må det holdes 2 møter med helseforetakene i 2007.

DELPROSJEKT 1b

Mål:	Samordne NIFU STEP sin rapportering med RHFenes rammeverk og tilrettelegge for rapportering av 2007 tall
-------------	--

ROLLER	HVEM	TIDSASPEKT	
		Oppstart	FINANSIERING
Involvert	Maiken Engeistad	2007	X
Involvert	Forskningsavdelingen	2007	X
Involvert	Direktørens stab	2007	X
Ansvarlig	Susanne L. Sundnes	2007	-
Involvert	Strategigruppen for forskning/ kontaktpersoner ved HFene	2007	X

Estimert budsjett 2007 ¹	350 000
Estimert budsjett 2008 ²	200 000

¹Tentativ fordeling 2007: HOD/RHF: 190 000, Forskningsrådet/KD: 160 000.

²Tentativ fordeling 2008: HOD/RHF: 150 000, Forskningsrådet/KD: 150 000.

² Etablering av FRIDA forutsetter at alle RHFene etablerer egne databaser med oversikt over forskere, disse bør også kunne tilgjengeliggjøres i dette prosjektet

5.3 Delprosjekt 1c (FASE 1)

I prosjektfasen til RHFene, ble det diskutert om undervisnings- og utviklingsaspektene også skulle tas med. Det var enighet om at det vil være nødvendig å inkludere disse områdene for å få helhetsperspektivet. Det ble imidlertid besluttet å ta et skritt av gangen, og heller inkludere disse aspektene når rammeverket for å kartlegge ressursbruken til forskning var stabilt. En representant fra Forskningsrådet var med i oppstarten av RHF-prosjektet slik at de var informert om det pågående arbeidet.

Delprosjektet for å inkludere utviklingsarbeid vil være det viktigste å prioritere og må ses i sammenheng med delprosjekt 1b. Dette er både i NIFU STEP og RHFenes interesse, og involverer primært disse aktørene. Arbeidet med delprosjekt 1c krever en aktiv forankringsjobb i RHFene, se delprosjekt 1b.

DELPROSJEKT 1c

Mål:

Utvide rammeverket for også å omfatte utviklingsarbeid

ROLLER

HVEM

TIDSASPEKT

Oppstart

FINANSIERING

Aktør

Helse- og omsorgsdepartementet

Kunnskapsdepartementet

Forskningsrådet

NIFU STEP

RHFene

Involvert

Maiken Engelstad

2007

X

Involvert

Forskningsavdelingen

2007

X

Involvert

Direktørens stab

2007

X

Ansvarlig

Susanne L. Sundnes

2007

-

Involvert

Strategigruppen for forskning/
kontaktpersoner ved HFene

2007

X

Estimert budsjett 2007

Estimert budsjett 2008

Inngår i 1b

Inngår i 1b



5.4 Delprosjekt 2 (FASE 2)

For å få det komplette bildet, må også grenseoppgang mot universitetene kartlegges.

I prosjektfasen til RHFene, ble det også diskutert hvilken rolle universitetene skulle ha i arbeidet og hvordan den delen av forskningen som utføres ved universitetene skulle inkluderes. Det var enighet om at det vil være nødvendig å hensynta disse grenseområdene for å få helhetsperspektivet. I de første fasene av RHF-prosjektet, var i tillegg til en representant for Forskningsrådet, Dekanus ved det medisinske fakultetet i Bergen representant for universitetssektoren.

I den nasjonale FoU-statistikken er det helseforetaket som registreres som FoU-utførende enhet, uavhengig av finansieringskilde. Det skilles dermed ikke mellom forskning utført i regi av helseforetaket eller forskning knyttet til universitetet, i tråd med internasjonale retningslinjer for FoU-statistikk. Det må derfor settes av ressurser for å kunne skille mellom helseforetak og universitet i kartleggingen av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid.

DELPROSJEKT 2

Mål:

Utvide rammeverket til også å omfatte universitetene

ROLLER

HVEM

TIDSASPEKT

Oppstart

FINANSIERING

Aktør

Helse- og omsorgsdepartementet

Kunnskapsdepartementet

Forskningsrådet

NIFU STEP

RHFene

Involvert

Maiken Engelstad

2008

X

Informert

Forskningsavdelingen

2008

-

Informert

Direktørens stab

2008

-

Ansvarlig

Susanne L. Sundnes

2008

-

Involvert

Strategigruppen for forskning/
kontaktpersoner ved HFene

2008

X

Estimert budsjett 2008

80 000

5.5 Delprosjekt 3 (FASE 3)

På lik linje med utviklingsaspektet, har det blitt diskutert hvordan undervisningsaspektet skal kunne inkluderes i arbeidet. I de første fasene av RHF-prosjektet var en representant for universitetsmiljøet involvert.

Delprosjekt 2 og 3 har mange avhengigheter og må derfor ses i sammenheng. Dette må tas hensyn til i prosjektorganiseringen og forankringen.

DELPROSJEKT 3				
Mål:		Utvide rammeverket for også å omfatte undervisningsaspektet		
Aktor	ROLLER	HVEM	TIDSASPEKT	FINANSIERING
			Oppstart	
Helse- og omsorgsdepartementet	Involvert	Maiken Engelstad	2009	-
Kunnskapsdepartementet	Involvert	?	2009	-
Forskningsrådet	Informert	?	2009	-
NIFU STEP	Ansvarlig	Susanne L. Sundnes	2009	-
RHFene	Involvert	Strategigruppen for forskning/ kontaktpersoner ved HFene	2009	-
Estimert budsjett 2009		Ikke avklart		



6 Veien videre

I det videre arbeidet foreslår vi følgende:

1. NIFU STEP tar over ansvaret for kartleggingen av ressurser til forskning i helseforetakene – kartleggingen omfatter fra 2007 også utviklingsarbeid.
2. Arbeidet utføres av NIFU STEP i dialog med RHFenes strategigruppe for forskning. Rammeverket og erfaringene fra den gjennomførte piloten vil være viktige i det videre arbeidet. Likeledes vil vi dra nytte av opplegget og erfaringene med resultatmålingen av forskning i helseforetakene, som også er lagt til NIFU STEP.
3. Data fra 2005-kartleggingen (piloten) – innrapportert til SSB – overføres til NIFU STEP.
4. Involverte parter vil være RHFene (v/strategigruppen for forskning og kontaktpersoner ved HFene), Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Norges forskningsråd og NIFU STEP. Det kan også være aktuelt å konsultere prosjektgruppen som har implementert rammeverket.
5. For finansiering av de respektive delprosjektene viser vi til omtale under hvert prosjekt. Her gjenstår endelig avklaring. Dersom prosjektet skal igangsettes i løpet av inneværende år, må finansiering avklares innen utgangen av november 2006.