



Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2015

Hovedresultater og dokumentasjon

Ole Wiig og Bjørn Magne Olsen

Rapport 2016:25

NIFU

Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2015

Hovedresultater og dokumentasjon

Ole Wiig og Bjørn Magne Olsen

Rapport 2016:25

Rapport 2016:25

Utgitt av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU)
Adresse Postboks 2815 Tøyen, 0608 Oslo. Besøksadresse: Økernveien 9, 0653 Oslo.

Prosjektnr. 12820555

Oppdragsgiver Helse- og omsorgsdepartementet
Adresse Postboks 8011 Dep., 0030 Oslo

Bilgedesign Cathrine Årving
Foto Shutterstock

ISBN 978-82-327-0210-7
ISSN 1892-2597 (online)

www.nifu.no

Forord

Rapporten sammenfatter hovedresultater fra NIFUs måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid i helseforetakssektoren i 2015. Den dokumenterer dessuten rapporteringsopplegget og gjennomføringen av ressursmålingen, den ellefte i rekken. Ressursmålingene bygger på et rapporteringsopplegg som opprinnelig ble utviklet i regi av Helse- og omsorgsdepartementet og det daværende Helse Sør RHF. Etter å ha overtatt det operative ansvaret for rapporteringen fra og med 2006-årgangen, har NIFU bidratt til å videreutvikle systemet i samarbeid med sektoren selv. Ressursgruppen – en rådgivende gruppe oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning – har her vært sentral.

Målesystemet er samordnet med den norske FoU-statistikken. Hovedformålet med denne rapporten er imidlertid å gi en beskrivelse av hovedtrekk ved ressursbruken til *forskning* i 2015 og dokumentere denne.

Prosjektet er gjennomført av Bjørn Magne Olsen og Ole Wiig, med sistnevnte som prosjektleder.

Vi vil benytte anledningen til å takke våre kontaktpersoner og andre i de enkelte helseforetak og private, ideelle sykehus som har bidratt ved innrapporteringen av materialet. Vi vil også takke for nyttige innspill i arbeidets ulike faser, både til årets ressursmåling og til det kontinuerlige arbeidet med å videreutvikle og forbedre målesystemet.

Oslo, september 2016

Sveinung Skule
Direktør

Susanne Lehmann Sundnes
Forskningsleder

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning	11
1.1 Bakgrunn og formål.....	11
1.2 Forbedring og videreutvikling av målesystemet	11
1.3 Endringer i 2015-målingen	12
1.4 Gjennomføringen av undersøkelsen.....	13
1.5 Kontroll av materialet.....	14
1.6 Utvikling over tid.....	14
1.7 Samlet vurdering av materialet	14
1.8 Om denne rapporten	15
2 Hovedresultater fra 2015-målingen	16
2.1 Samlet ressursbruk til forskning i 2015	16
2.2 Ressursbruken til forskning i de fire helseregionene	18
2.3 Utviklingen i ressursbruken til forskning fra 2014 til 2015.....	21
3 Forskning innen særskilte områder	25
3.1 Ressursbruk til forskning innenfor psykisk helsevern i 2015	25
3.2 Ressursbruk til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2015	26
Referanser	28
Vedlegg	30
Vedlegg 1: Rapporteringsenhetene 2015	30
Vedlegg 2: Oversikt på helseforetaksnivået 2015.....	33
Vedlegg 3: Detaljert oversikt over ressursbruk til forskning i 2015 per helseforetak i de fire helseregionene.....	37
Vedlegg 4: Hovedprinsipper, definisjoner og avgrensninger.....	40
Vedlegg 5: Rapporteringsskjema og veiledningsmateriale 2015.....	43
Vedlegg 6: Tabeller om forskning og utviklingsarbeid (FoU) 2015.....	58
Vedlegg 7: Bruttoutviklingen i driftskostnader til forskning 2014-15	59
Vedlegg 8: Tallunderlag for figur 2.1 og figur 2.2.....	60
Tabelloversikt	61
Figuroversikt	62

Sammendrag

NIFU gjennomfører årlig målinger av ressursbruken til forskning i spesialisthelsetjenesten. I prinsippet registreres all ressursbruk til forskning, uavhengig av finansieringskilde. Målingen dekker forskningsaktivitet finansiert gjennom uttelling på søknader om utlyste prosjektmidler og annen eksternt finansiert forskning. Men den dekker også forskning utført av sykehusenes eget forskningspersonale og kliniske personale i tilknytning til pasientbehandling. Slik forskning finansieres av basisbevilgningen eller de øremerkede forskningsmidlene over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Dessuten inngår ressursbruk til bygninger, utstyr og materialer knyttet til forskningsvirksomheten.

Om lag 40 helseforetak og private, ideelle sykehus i spesialisthelsetjenesten inngår i målesystemet for ressursbruk til forskning. Dessuten inngår de regionale helseforetakene. Denne rapporten er konsentrert om helseforetaksnivået. I 2015 rapporterte i alt 38 helseforetak og private, ideelle sykehus at de hadde *forskningsaktivitet*. Hovedresultater basert på materialet fra de 38 enhetene er følgende:

- Helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte om samlede driftskostnader til forskning på 3,55 milliarder kroner i 2015. Beløpet omfatter all ressursbruk til forskning som er bokført i helseforetak og private, ideelle sykehus, dvs. lønnskostnader, varekostnader, andre driftskostnader inkludert avskrivninger mv.
- Helseforetakene oppga å ha utført i alt 2 794 forskningsårsverk som var 127 flere enn i 2014 - en økning på i underkant av 5 prosent. Tallet inkluderer årsverk utført av overleger, leger og psykologer i klinisk stilling, ansatte i forskerstillinger og ansatte i forskningsstøttefunksjoner.
- En direkte sammenligning viser at helseforetak og private ideelle sykehus brukte 464 millioner kroner mer på forskning i 2015 enn i 2014, som gir en økning på om lag 15 prosent. En beregning der tallunderlaget er korrigert for en betydelig planendring i helseforetakenes pensjonssystem i 2014, viser imidlertid en vekst på vel 5 prosent.
- Tas årsverksveksten som uttrykk for realutviklingen i forskningsressursene i perioden, indikerer det en lønns- og prisutvikling på snaut en halv prosent fra 2014 til 2015.
- Innrapporterte driftskostnader til forskning utgjorde i gjennomsnitt 2,6 prosent av totale driftskostnader til alle spesialisthelsetjenestens lovpålagte oppgaver i 2015, mot 2,8 prosent i 2014. Tilsynelatende er det dermed en nedgang i forskningsintensiteten. Justert for den nevnte pensjensendringen er det imidlertid en liten økning for denne indikatoren.
- Et forskningsårsverk kostet i gjennomsnitt i underkant av 1,3 millioner kroner i 2015. Årsverkskostnaden var noe høyere blant helseforetak med universitetssykehusfunksjoner (1,3

mill. kr) enn blant øvrige helseforetak og private ideelle sykehus (snaut 1,2 mill. kr). Årsvervskostnaden er gjennomsnittlig høyere i Helse Midt-Norge (nesten 1,46 mill. kr) enn i øvrige helseregioner; lavest er den i Helse Nord (1,2 mill. kr).

- De seks universitetssykehusene stod i 2015 for 81 prosent av rapporterte driftskostnader til forskning og 79 prosent av forskningsårsverkene.
- Helse Sør-Øst stod for to tredjedeler av den samlede forskningsinnsatsen i helseforetak og private, ideelle sykehus, mens nest største region – Helse Vest – stod for en snau femtedel. Helse Midt-Norges og Helse Nord's andeler var henholdsvis 6 og 8 prosent.
- Innrapporterte driftskostnader til forskning utgjorde i gjennomsnitt 4,5 prosent av totale driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver ved universitetssykehusene, mot i underkant av 1 prosent ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus. Forskningsandelen er høyere i Helse Sør-Øst (3,1 prosent) og Helse Vest (2,5 prosent) enn i Helse Nord (1,7 prosent) og Helse Midt-Norge (1,2 prosent). For spesialisthelsetjenesten samlet utgjorde forskning 2,2 prosent av totale driftskostnader.
- Oslo universitetssykehus HF (OUS) rapporterte å ha brukt vel 1,7 milliarder kroner, eller om lag 7,6 prosent av helseforetakets total kostnader, til forskning i 2015. Det var om lag 70 prosent av driftskostnadene til forskning i Helse Sør-Øst og nesten halvparten av landstotalen. Forskningsandelen ved OUS var også den klart høyeste blant de større helseforetakene.
- Forskningen i spesialisthelsetjenesten er i hovedsak finansiert som basisbevilgning eller øremerkede midler over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. I 2015 beløp disse midlene seg til sammen til nesten 3 milliarder kroner, som var 83 prosent av de samlede forskningsmidlene. Om lag 600 millioner kroner, eller 17 prosent av forskningsressursene, kom fra eksterne kilder, blant annet Norges forskningsråd og Kreftforeningen.
- Holder vi eksternfinansieringen utenom, jevner helseregionenes forskningsandeler seg noe ut. Helse Sør-Østs og Helse Vests andeler faller til henholdsvis 2,5 og 2,3 prosent, men er fortsatt klart høyere enn Helse Nord's (1,6 prosent) og Helse Midt-Norges (1,1 prosent). Noe varierende praksis i registreringen av eksternt finansiert forskning kan gi systematiske forskjeller i finansieringsstrukturen helseregionene imellom.
- Holdes eksternfinansiert forskning utenom, jevner også de regionale forskjellene i gjennomsnittlige årsvervskostnader seg noe ut. Et forskningsårsverk i Helse Midt-Norge blir litt billigere (1,44 mill. kr), mens de blir dyrere i Helse Sør-Øst (1,35 mill. kr) og Helse Vest (1,32 mill. kr).
- 25 helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte om ressursbruk på til sammen 420 millioner kroner og 346 årsverk til forskning innenfor området psykisk helsevern i 2015. Det var om lag 12 prosent av samlede driftskostnader til forskning i helseforetak og private, ideelle sykehus.
- 15 helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte om ressursbruk på til sammen 53 millioner kroner og 43 årsverk til forskning innenfor området tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere. Det var om lag 1,5 prosent av den samlede forskningsinnsatsen i spesialisthelsetjenesten i 2015.

Generelt vurderer vi ressursmålingen for 2015 som bedre enn for tidligere årganger. De fleste enhetene er flinkere til å overholde fristen, selv om 2013-målingen var enda bedre i så henseende. Det er også vårt inntrykk at arbeidet med å få lokale rapporteringsrutiner på plass er kommet lenger, og at flere foretak de siste årene har gjennomgått og videreutviklet sine lokale rapporteringssystemer.

I rapporteringsperioden har vi vært i løpende kontakt med flere enheter som har arbeidet systematisk med å bedre sine interne rapporteringssystemer. Dette bidrar også til at kvaliteten på oppgavene blir bedre etter hvert som rapporteringsrutiner, systemer, definisjoner og vurderingskriterier implementeres lokalt. Fortsatt er det riktignok et forbedringspotensial for enkelte rapporteringsenheter.

Fra 2012 innførte vi en noe mer detaljert kostnadsspesifisering. Slike tiltak styrker kvalitetssikringsarbeidet og styrker sammenlignbarheten mellom helseforetak, og muliggjør beregninger for å korrigere for enkelte, spesielle forhold i materialet. Et slikt forhold som lå bak den nevnte endringen i rapporteringsskjemaet, var effekter endringer i pensjonssystemet hadde for vekstberegninger. Det har derfor vært mulig å gjøre noen alternative beregninger for å gjøre tallene for den aktuelle perioden mer sammenlignbare. Ved slike større omlegginger og planendringer blir imidlertid usikkerheten i materialet betydelig større enn i «normalår».

Tross tiltakene må vi fortsatt regne med at organisatoriske, administrative og budsjettmessige endringer vil gjøre det utfordrende å foreta sammenligninger over tid. Ved sammenligninger med tall fra før 2008 bør det uansett utvises forsiktighet. Ved sammenligninger over tid som involverer årene 2010 og 2014 bør man være spesielt oppmerksom på kostnadseffekten av pensjonsreguleringer. Slike forhold vil kunne virke forstyrrende inn på det vi skal måle – forskningsressurser og -aktivitet og endringer i disse.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og formål

Siden 2006 har NIFU gjennomført årlige målinger av ressursbruken til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetak og private, ideelle sykehus. Målesystemet har et dobbelt siktemål. For det første skal det gi Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og de regionale helseforetakene (RHF) styringsinformasjon om forskning. For det andre inngår materiale fra målesystemet som datagrunnlag for FoU-statistikken, både nasjonalt og internasjonalt. Dessuten bidrar materialet til å gi de enkelte helseforetak og private, ideelle sykehus informasjon om egen FoU-aktivitet. I denne rapporten er hovedvekten lagt på en beskrivelse av hovedmønstre i ressursbruken til *forskning* i helseforetak og private, ideelle sykehus i 2015. Materiale om hele FoU-aktiviteten – FoU-statistikk – publiseres i andre sammenhenger.¹ Fra 2016 vil tall fra ressursmålingen dessuten inngå i HelseOmsorg21 Monitor.

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

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

1.2 Forbedring og videreutvikling av målesystemet

Rapporteringsystemet er stadig i utvikling. Det langsiktige målet er å synliggjøre ressursbruk til forskning i helseforetakene på linje med andre forskningsutførende enheter og med annen ressursbruk i helsetjenesten og å gjøre data mest mulig sammenlignbare mellom helseregioner, helseforetak (inkludert private, ideelle sykehus) og over tid. Som ledd i forbedrings- og

¹ Se f.eks. Det norske forsknings- og innovasjonssystemet – statistikk og indikatorer 2015, Norges forskningsråd 2015. Hovedtall for FoU i helseforetak og private, ideelle sykehus er tatt inn i rapportens tabelldel. Rapporten finnes også i nettversjon på Forskningsrådets hjemmesider, her med mer omfattende tabellverk også for helseforetak og private, ideelle sykehus.

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

³ OECD (2002): Proposed Standard Practice for Surveys on Research and Experimental Development. Frascati Manual 2002, OECD, Paris 2002. Ny, revidert utgave foreligger: *Guidelines for Collecting and Reporting Data on Research and Experimental Development. Frascati Manual 2015*, OECD Paris. Arbeidet med å implementere reviderte retningslinjer starter i 2016.

videreutviklingsarbeidet ble det i møte i RHFenes strategigruppe for forskning 18. februar 2010 nedsatt en arbeidsgruppe. Arbeidsgruppens innstilling ble trykket i NIFUs rapportserie.⁴ Noen av gruppens anbefalinger ble implementert allerede i 2010-rapporteringen, mens andre er fulgt opp og konkretisert av Ressursgruppen, som er en permanent videreføring av den opprinnelige arbeidsgruppen. Gruppens medlemmer oppnevnes av de fire regionale helseforetakene og har dessuten observatører fra Forskningsrådet, Helsedirektoratet og universitetenes medisinske fakulteter. Ressursgruppen har så langt avgitt fire innstillinger som er publisert i NIFUs arbeidsnotatserie⁵ og som ligger til grunn for enkelte endringer i rapporteringsopplegget for 2011-2015. Ressursgruppen fortsetter sitt arbeid i 2016. Det vil kunne resultere i flere endringer, som i så fall vil bli varslet i god tid.

1.3 Endringer i 2015-målingen

Rapporteringsopplegget for ressursmålingen var i hovedsak som i 2014. Endringer og presiseringer gjelder i hovedsak to spørsmålssett i rapporteringsskjemaet.

For det første har vi i 2015-målingen valgt å ta inn en ekstra tabell for totale driftskostnader i rapporteringsskjemaet, som til og med 2014 ble innhentet direkte fra RHFene (for helseforetakene) og de private, ideelle sykehusene. Med totale driftskostnader menes her spesialisthelsetjenestens ressursbruk til alle oppgaver, inkludert pasientbehandling mv., i tillegg til forskning. Bakgrunnen for omleggingen er ikke minst at det de senere årene er blitt gjennomført *endringer i helseforetakenes pensjonssystem – såkalte planendringer*. Dette har vanskeliggjort sammenligninger over tid. En slik planendring inntraff i 2014 og gjorde at mange helseforetak rapporterte lave og til dels negative pensjonskostnader det året. 2015 er mer å betrakte som et normalår i så henseende, men en sammenligning med 2014 er likevel problematisk. Mens planendringen i 2014 ga en undervurdering av veksten fra 2013 til 2014, vil den gi en overvurdering av veksten fra 2014 til 2015, om man ikke korreterer tallgrunnlaget. For forskningsressursene ble det fra 2012 bedt om underspesifikasjon av kostnader til pensjon og arbeidsgiveravgift. For totalkostnadene er imidlertid supplerende informasjon til nå blitt innhentet ad hoc. For å ha en best mulig beredskap for fremtidige planendringer har vi fra 2015 valgt å be om totale driftskostnader fordelt på lønnskostnader, pensjonskostnader og arbeidsgiveravgift og andre driftskostnader i en egen tabell. Dette gir blant annet grunnlag for å beregne forholdet mellom forskningskostnader og totalkostnader med og uten pensjon og arbeidsgiveravgift. Dette forholdstallet – «forskningsintensiteten» – er en nøkkelindikator i sektorens styringssystem, og bør i størst mulig grad indikere aktivitet og aktivitetsendringer.

For det andre har vi i gjort noen presiseringer vedrørende spesifisering av eksterntfinansierte årsverk. Bakgrunnen er en spørsmålsstilling som ble introdusert i forbindelse med 2013-rapporteringen etter et ønske fra RHFenes strategigruppe for forskning om tall for ressursbruken til forskning *eksklusive eksternt finansiert forskning*. Vi ba derfor om at det i årsverkstabellene under både forskning (spørsmål 1.3) og utviklingsarbeid (spørsmål 2.3) ble anslått hvor mange årsverk som var finansiert av eksterne kilder. Spørsmålsstillingen ble imidlertid feiltolket av flere. Derfor la vi i 2014-rapporteringen inn noen presiseringer i *Vedlegg: Definisjoner, klassifikasjoner. Retningslinjer*. Fortsatt var det imidlertid enkelte misforståelser på dette punktet. Derfor understreket vi i 2015-målingen igjen at vi her ber om å få oppgitt de årsverkene som er finansiert av eksterne kilder, dvs. de midlene som er ført under eksterne finansieringskilder i rapporteringsskjemaet. Dessuten ble det presisert at dette må ikke forveksles med:

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

⁵ Pål Bakke og Ole Wiig (red.): *Endringer i system for måling av ressursbruk til FoU i helseforetakene*. Rapport I fra en rådgivende gruppe (Ressursgruppen) oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning, NIFU Arbeidsnotat 12/2011. Ole Wiig og Pål Bakke (red.): *Flere endringer i system for måling av ressursbruk til FoU i helseforetakene*. Rapport II fra en rådgivende gruppe (Ressursgruppen) oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning, NIFU Arbeidsnotat 11/2012. Pål Bakke og Ole Wiig (red.): *Forskjeller i rapportert ressursbruk til FoU i helseforetakene., med fokus på forholdet til UoH-sektoren*. Rapport III fra en rådgivende gruppe (Ressursgruppen) oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning, NIFU Arbeidsnotat 18/2013. Ole Wiig og Pål Bakke (red.): *Utfordringer i måling av helseforetakenes ressursbruk til FoU, herunder bruk av HRCS-klassifisering*. Rapport IV fra en rådgivende gruppe (Ressursgruppen) oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning, NIFU Arbeidsnotat 2015:13.

- årsverk utført av personer lønnet av andre enn helseforetaket eller det private, ideelle sykehuset, som man i henhold til den økonomiske hovedavgrensningen av rapporteringen bare skal rapportere infrastruktur- og andre merkostnader for; se pkt. B i Vedlegg 5.
- innbetalinger til forskningsprosjekter, som bes oppgitt i eksternfinansieringsskjemaet; jf. over. I ressursmålingen spør vi, med utgangspunkt i hovedavgrensningen for målesystemet, om hvilke kilder som finansierte *FoU-aktiviteten, som ble utført i 2015*. Dette samsvarer ikke uten videre med det vi ber om i eksternfinansieringsskjemaet, nemlig innbetalinger.

I Vedlegg 5 til denne rapporten finnes mer detaljer i form av rapporteringsskjemaet, følgebrevet og veiledningsmaterialet for 2015.

Til slutt vil vi nevne en begrepsendring i rapporteringen av resultater fra 2015-målingen. Vi har de senere årene skilt mellom universitetssykehus på den ene siden og andre helseforetak og private, ideelle sykehus på den andre. Fra 2015 benevnes de seks helseforetakene som har universitetssykehusstatus, i stedet *helseforetak med universitetssykehusfunksjoner*. Endringen er gjort i samråd med Helse- og omsorgsdepartementet på bakgrunn av klargjøringer i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)⁶ og senere tids praksis⁷.

1.4 Gjennomføringen av undersøkelsen

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

Henvendelsen fra NIFU ble sendt ut per e-post 30. november 2015 til i alt 41 helseforetak og private, ideelle sykehus, med svarfrist 26. februar 2016. 2015-målingen dekker de samme 38 helseforetak og private, ideelle sykehus som 2014-målingen. De 38 rapporterte alle å ha brukt ressurser på forskning i 2015. I tillegg rapporterte Betanien sykehus i Bergen ressurser til utviklingsarbeid. To enheter meldte tilbake at de ikke hadde utført hverken forskning eller utviklingsarbeid i 2015.

I e-posten ble det oppgitt en lenke til NIFUs nettsider der følgende dokumenter var lagt ut:

- Rapporteringsskjema for måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) 2015
- Følgebrev til rapporteringsskjema for måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid 2015
- Vedlegg med definisjoner og retningslinjer for utfyllingen 2015

Dokumentene er gjengitt i Vedlegg 5 til denne rapporten. I tillegg inneholdt nettsiden lenker til tidligere årganger, årlige rapporter og til Ressursgruppens innstillinger.

Henvendelsen inneholdt også to andre komponenter:

- Innsamling av 2015-data til Forskerpersonalregisteret. Resultater fra kartleggingen kontrolleres og avstemmes i forhold til de andre FoU-utførende sektorene og foreligger ikke i tide til å bli tatt inn i denne rapporten; jf. pkt. 2 i brevet som er gjengitt i Vedlegg 5.
- Kartlegging av midler helseforetakene har fått innbetalt fra Norges forskningsråd og EU i 2015. Resultatene inngår sammen med data om publisering og avlagte doktorgrader i Helse- og omsorgsdepartementets system for beregning av resultatbasert forskningstilskudd; jf. pkt. 3 i brevet som er gjengitt i Vedlegg 5.

Ingen av disse to kartleggingene omtales nærmere i denne rapporten.

⁶ Meld. St. 11 (2015-2016).

⁷ Se f.eks. Forskningsbarometeret 2016, Kunnskapsdepartementet.

Innen fristens utløp hadde 28 enheter levert rapport, dvs. om lag to tredjedeler av de som fikk henvendelsen. Det er omtrent samme andel som i 2012 og 2014, men klart lavere enn i 2013, da 85 prosent svarte innen fristen. En uke senere hadde ytterligere 7 enheter svart, og to uker etter fristen ytterligere én enhet. Innen NIFUs frist for vidererapportering hadde vi svar fra 38 av de 41. I rapporten til de regionale helseforetakene måtte NIFU derfor estimere tall for de enhetene vi ikke hadde svar fra. Siste svar kom først i midten av april, dvs. om lag en måned etter at NIFU hadde vidererapportert foreløpige tall.

1.5 Kontroll av materialet

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

2015-tallene for den enkelte helseregion ble sendt det aktuelle regionale helseforetak for kontroll og kommentarer før de ble rapportert inn i forbindelse med årlig melding 15. mars 2015. Vi fikk nyttige tilbakemeldinger på disse henvendelsene, både konkrete korrigeringer og innspill med mer langsiktig sikte på videre oppfølging og forbedringstiltak på helseforetaksnivå fram mot neste rapportering.

1.6 Utvikling over tid

Rapporten inneholder en analyse av utviklingen i ressursbruken fra 2014 til 2015. Det er grunn til å utvise forsiktighet i beskrivelser og tolkninger av utviklingen over tid. For det første endres rapporteringsmetoden i de enkelte helseforetak fra tid til annen, og selv om endringene gir bedre og mer dekkende måleresultater på sikt, vil data på endringstidspunktet kunne være problematiske å sammenligne med foregående år. Et eksempel fra 2015-målingen er Helse Stavanger som endrer omfanget av rapporteringen til *ikke* å omfatte Stavanger helseforskning. For det andre vil større omorganiseringer kunne bidra til å svekke sammenlignbarheten over tid. Selv om de organisatoriske endringene faktisk skulle gi bedre datakvalitet og mer pålitelige tall, vil de ikke uten videre være direkte sammenlignbare med tidligere år. Ved omorganiseringer, særlig av større enheter, reduseres dessuten muligheten til å benytte seg av sammenligninger med forrige år som kontrollmetode. Dessuten gir det en risiko for at rapporteringssystemet ikke umiddelbart fanger opp alle ressurser. For det tredje vil omlegginger i regnskaps- og budsjettmessige forhold som har lite med forskning å gjøre, kunne gi betydelig støy i grunnlagsmaterialet for vekstberegninger. Rapporteringssystemet utfordres mer eller mindre kontinuerlig av slike forhold som skaper usikkerhet i sammenligninger av forskningsressursene over tid. Et eksempel på at regnskapstekniske forhold vanskeliggjør sammenligning over tid er endringer i helseforetakenes pensjonssystem som ga effekter i 2010 og igjen i 2014.

1.7 Samlet vurdering av materialet

På denne måten skjer det stadig forbedringer i rapporteringen, men man bør fortsatt utvise varsomhet med detaljerte sammenligninger mellom institusjoner og med å trekke slutninger om helseforetakenes produktivitet og effektivitet og, som nevnt over, utviklingen over tid. Gjennom kvalitetssikringsarbeidet har vi inntrykk av at mange helseforetak nå har tilrettelagt interne systemer og rutiner som understøtter rapporteringen på en bedre måte enn tidligere år. Ressursinnsatsen måles på en mer ensartet måte, både ved at forskning og FoU operasjonaliseres bedre og ved at relevante kostnader i større grad tas med i beregningene av samlet ressursinnsats til forskning.

Vårt inntrykk er at de fleste av helseforetakene og de private, ideelle sykehusene har etablert gode rutiner for ressursmålingen. Det gjør materialet mer robust og bedrer sammenlignbarhet i tid og rom. Samtidig ser vi fortsatt en del variasjoner i fortolkninger og operasjonaliseringer, og varierende implementering av rapporteringsrutiner som kan gi opphav til en viss usikkerhet i materialet. Målesystemet kan slik sett sies fortsatt å være under utvikling. Det er fortsatt rom for å bedre kvaliteten, og forbedringsarbeidet foregår kontinuerlig. Innspill fra sektoren selv, bl.a. gjennom Ressursgruppen, er her vesentlige bidrag. Det bør derfor fortsatt utvises forsiktighet ved tolkning og bruk av materialet i sammenligninger – *særlig over tid*, men også mellom regioner og enkeltforetak og sykehus.

1.8 Om denne rapporten

I tråd med det ene hovedformålet for rapporten – dokumentasjon av 2015-målingen – inneholder *kapittel 1* en redegjørelse for innsamling og behandling av data og endringer i rapporteringsopplegget fra 2014 til 2015. Oversikter over rapporteringsenhetene finnes i *Vedlegg 1*, mens det er redegjort for hovedprinsipper og definisjoner i *Vedlegg 4*. Rapporteringsskjema med veiledningsmateriale er gjengitt i *Vedlegg 5*. I *Kapittel 2* beskriver vi hovedtrekk ved helseforetakenes ressursbruk til forskning i 2015. Oversikter over registrerte forskningsressurser på foretaksnivå er gjengitt i *Vedlegg 2 og 3*. I *kapittel 3* gir vi en kortfattet beskrivelse av helseforetakenes ressursbruk i 2015 til forskning innen psykisk helsevern og innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere, som er to særskilte satsinger innenfor dette forvaltningsområdet.

2 Hovedresultater fra 2015-målingen

I dette kapitlet redegjør vi for hovedresultater fra ressursmålingen for 2015. Hovedvekten ligger på ressursbruken til *forskning*. Ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) samlet omtales i andre sammenhenger, men noen hovedtall finnes i Vedlegg 6. For enkelhets skyld omtaler vi både enheter som formelt sett er organisert som helseforetak og private, ideelle sykehus og andre som *helseforetak (HF)*, med mindre det er et eksplisitt formål å skille mellom dem. Først redegjør vi for hovedresultater for 2015 på nasjonalt nivå (2.1) der vi også sammenligner helseforetak med universitetssykehusfunksjoner på den ene siden og øvrige enheter på den andre. Deretter sammenligner vi ressursbruken i de fire helseregionene (2.2), før vi beskriver utviklingen i registrerte forskningsressurser fra 2014 til 2015 (2.3).

2.1 Samlet ressursbruk til forskning i 2015

Samlet rapporterte 38 helseforetak og private, ideelle sykehus å ha utført nesten 2 800 forskningsårsverk i 2015. Samlede driftskostnader til forskning beløp seg til 3,55 milliarder kroner (tabell 2.1).

Tabell 2.1 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus i 2015, etter type institusjon.¹ Driftskostnadene er her inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Indikator	Helseforetak med universitets-sykehusfunksjoner	Øvrige HF og private, ideelle sykehus	Alle
Totale driftskostnader. ² Mill. kr	65 198	72 351	137 549
Prosent	47	53	100
Driftskostnader til forskning. Mill. kr	2 877	673	3 550
Prosent	81	19	100
Driftskostnader til forskning i prosent av totale driftskostnader	4,4	0,9	2,6
Antall forskningsårsverk	2 219	575	2 794
Prosent	79	21	100
Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk. Kroner	1 297 000	1 170 000	1 271 000
Antall rapporteringsenheter	6	32	38

¹ Kategoriseringen er basert på FOR 2010-12-17 nr. 1706. Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten.

Kilde: NIFU.

Beløpet inkluderer både forskning finansiert over helseforetakenes basisbevilgninger, av øremerkede bevilgninger over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett og av eksterne finansieringskilder.

Dessuten inngår avskrivninger. Forskningskostnadene utgjorde i gjennomsnitt om lag 2,6 prosent av samlede driftskostnader til alle spesialisthelsetjenestens oppgaver, dvs. inkludert pasientbehandling mv. Et forskningsårsverk kostet i gjennomsnitt i underkant av 1,3 millioner kroner.

Tabellen viser også innrapporterte forskningsressurser fordelt på type institusjon. De seks helseforetakene med universitetssykehusfunksjoner stod for 81 prosent av driftskostnadene og 79 prosent av årsverkene til forskning. Det er også disse seks som bruker mest penger på forskning av de 38 enhetene. Størst er Oslo Universitetssykehus med driftskostnader til forskning på 1,7 milliarder kroner i 2015, som er nesten halvparten av den samlede forskningsinnsatsen i helseforetakssektoren. Nest størst er Helse Bergen som med forskningskostnader på 470 millioner kroner stod for om lag 13 prosent. Deretter følger Universitetssykehuset i Nord-Norge, St. Olavs Hospital og Akershus universitetssykehus med forskningsinnsats på rundt 200 millioner kroner eller 5-6 prosent av sektorens samlede forskningsinnsats hver. Minst blant disse helseforetakene er Helse Stavanger med vel 100 millioner kroner til forskning som er 3 prosent av totalen.

Størst blant de øvrige er Sørlandet sykehus, Sykehuset i Vestfold og Diakonhjemmets sykehus, som hver hadde en forskningsinnsats på rundt 75 millioner kroner eller 2 prosent av de samlede forskningskostnadene.

Tabellen viser også at forskningskostnadene fordeler seg helt annerledes mellom de to gruppene enn de totale driftskostnadene. Her stod helseforetak med universitetssykehusfunksjoner for 47 prosent. Målt i driftskostnader utgjorde forskning 4,4 prosent av totalaktiviteten ved helseforetakene med universitetssykehusfunksjoner, mot 0,9 prosent ved de øvrige.

Gjennomsnittlig årsverkskostnad er noe høyere ved helseforetak med universitetssykehusfunksjoner (1,3 mill.) enn ved øvrige (snaut 1,2 mill.).

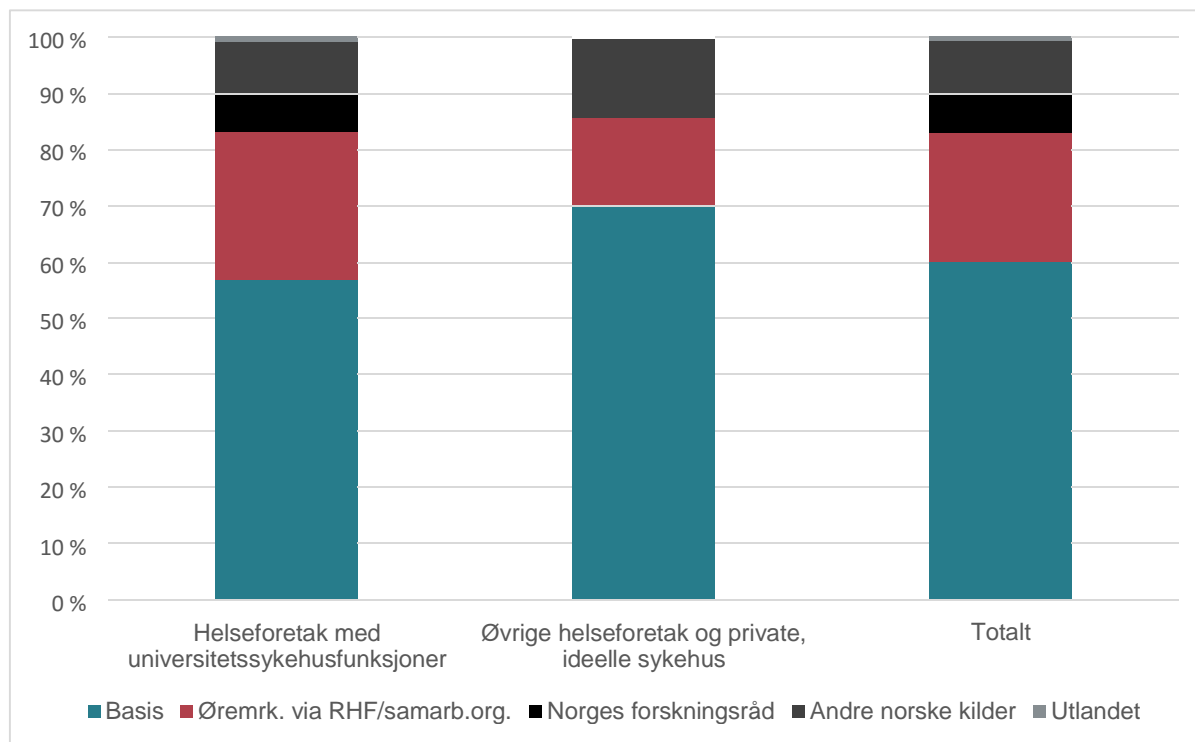
Finansieringsstrukturen

Figur 2.1 viser innrapporterte driftskostnader i 2015 ved alle helseforetak med universitetssykehusfunksjoner og private, ideelle sykehus, fordelt på hovedfinansieringskilder. Totalt ble nesten 2,1 milliarder kroner, eller 59 prosent av de samlede driftskostnadene til forskning, finansiert av basisbevilgningen over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Øremerkede forskningsmidler over samme budsjett som fordeles via RHF og regionale samarbeidsutvalg, utgjorde vel 850 millioner kroner, som var 24 prosent av samlede driftskostnader. Basisbevilgningen og øremerkede midler finansierte dermed nesten 3 milliarder kroner av de samlede forskningsressursene i helseforetak med universitetssykehusfunksjoner og private, ideelle sykehus. Dette utgjør 83 prosent av de samlede forskningsressursene.

De resterende 17 prosentene av forskningsressursene – i underkant av 600 millioner kroner – var finansiert av andre, eksterne kilder. Av disse var Norges forskningsråd den største enkeltkilden med vel 233 millioner kroner eller 7 prosent av den samlede ressursinnsatsen til forskning i spesialisthelsetjenesten i 2015. Utenlandske midler utgjorde i alt 37 millioner kroner, om lag 1 prosent av totalen.

Figur 2.1 viser også at helseforetak med universitetssykehusfunksjoner har en noe annen finansieringsstruktur enn øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus. Basisbevilgningen var lavere blant helseforetak med universitetssykehusfunksjoner (57 prosent) enn blant de øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus (70 prosent) som til gjengjeld mottok en mindre andel av midlene i form av øremerkede forskningsmidler (16 prosent) enn helseforetak med universitetssykehusfunksjoner (26 prosent). Norges forskningsråd finansierer en større andel av forskningen ved helseforetak med universitetssykehusfunksjoner (7 prosent) enn ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus (3 prosent).

Figur 2.1 Helseforetakenes finansieringsstruktur for forskning i 2015, totalt og etter type helseforetak. Prosent.



Kilde: NIFU

2.2 Ressursbruken til forskning i de fire helseregionene

Tabell 2.2 viser hvordan de innrapporterte ressurser til forskning fordeler seg på de fire helseregionene. Helse Sør-Øst er klart største region med godt over halvparten av de 38 enhetenes totale driftskostnader. Med 2,4 milliarder kroner og 1 911 årsverk stod regionen for om lag to tredjedeler av de samlede forskningsressursene i spesialisthelsetjenesten i 2015. Regionen brukte også størst andel av sine totale driftskostnader på forskning – 3,1 prosent – og i gjennomsnitt kostet et forskningsårsverk 1,26 millioner kroner. Det henger naturligvis sammen med at regionen rommer store helseforetak som Oslo universitetssykehus (OUS) og Akershus universitetssykehus. OUS, som brukte om lag 7,6 prosent av totalbudsjettet sitt på forskning, stod alene for mer enn 70 prosent av den samlede forskningsinnsats i Helse Sør-Øst. Helse Sør-Øst står også for en større del av forskningskostnadene (68 prosent) enn av totalkostnadene (56 prosent).

Nest største helseregion er Helse Vest med en snau femtedel av ressursbruken til forskning. Regionen omfatter i likhet med Helse Sør-Øst to universitetssykehus; Helse Bergen og Helse Stavanger. Helse Vest brukte en litt mindre andel av sine totalressurser til forskning enn landsgjennomsnittet – 2,5 prosent – og hadde nest høyeste gjennomsnittlige driftskostnader til forskning per forskningsårsverk, 1,27 millioner kroner.

Tabell 2.2 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus¹ i 2015, etter helseregion. Driftskostnader er her inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Indikator	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Alle
Totale driftskostnader. Mill. kr.	19 950	15 589	77 009	25 001	137 549
Prosent	15	11	56	18	100
Driftskostnader til forskning Mill. kr	237	270	2 413	629	3 550
Prosent	7	8	68	18	100
Driftskostnader til forskning i prosent av totale driftskostnader	1,2	1,7	3,1	2,5	2,6
Antall forskningsårsverk	162	227	1 911	494	2 794
%	6	8	68	18	100
Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk. Kroner	1 462 000	1 191 000	1 263 000	1 275 000	1 271 000
Antall rapporteringsenheter	4	5	20	9	38

¹ Omfatter ikke regionale helseforetak (RHF).

Kilde: NIFU.

Helse Midt-Norge og Helse Nord står for en langt mindre andel av forskningsinnsatsen enn de to andre regionene, henholdsvis 6 og 8 prosent. Dette er også en mindre andel enn de to regionenes samlede ressursinnsats til alle oppgaver, dvs. henholdsvis 15 og 11 prosent. Forskningskostnadenes andel av totalkostnadene er dermed også lavere enn i de to andre regionene, henholdsvis 1,2 og 1,7 prosent. Høyeste gjennomsnittlige årsverkskostnader til forskning hadde Helse Midt-Norge, mens vi i Helse Nord finner det laveste forholdstallet.

Finansieringsstrukturen

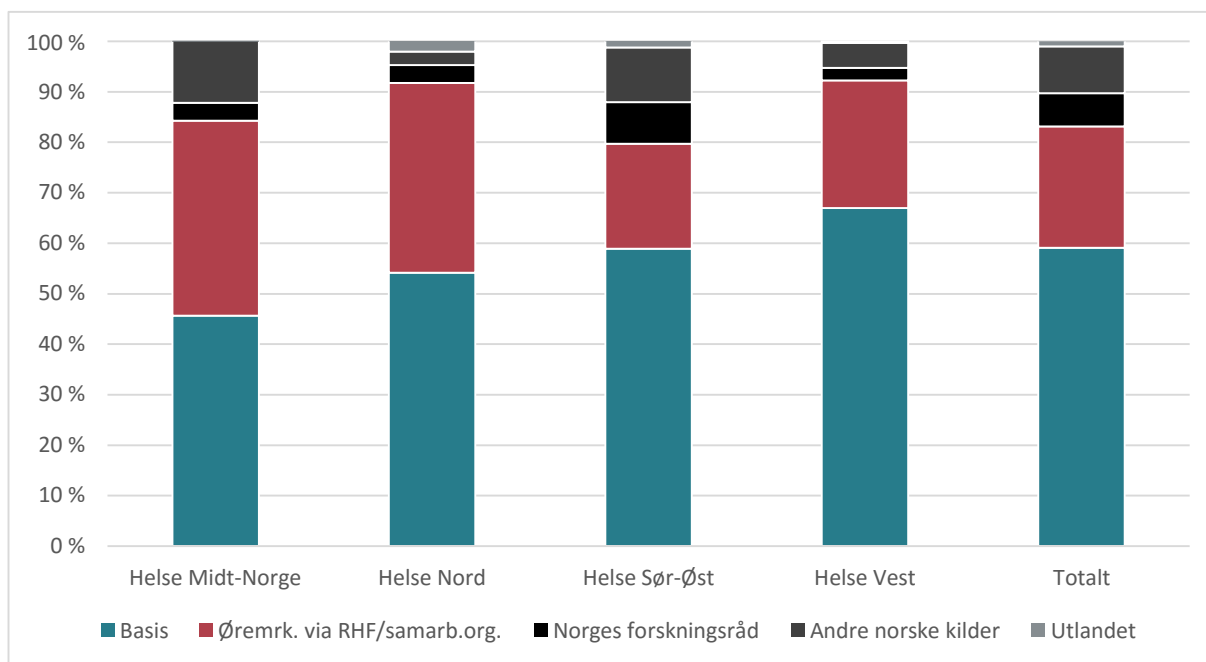
Figur 2.2 viser at det også er variasjoner i finansieringsstrukturen mellom de forskjellige helseregionene. Høyeste basisfinansieringsandel finner vi i Helse Vest, der 67 prosent av aktiviteten hadde slik finansiering. I Helse Sør-Øst og Helse Nord finansierte basisbevilgningen om lag halvparten av driftskostnadene til forskning i 2015, henholdsvis 59 og 54 prosent. Laveste basisfinansieringsandel finner vi i Helse Midt-Norge (46 prosent).

Til gjengjeld hadde Helse Midt-Norge den høyeste andelen øremerkede midler tildelt gjennom regionalt helseforetak eller samarbeidsorgan (39 prosent), tett fulgt av Helse Nord, hvor slik finansiering utgjorde 38 prosent, mens den i Helse Vest og Helse Sør-Øst utgjorde hhv 25 og 21 prosent.

Høyeste andel eksternt finansiert forskning finner vi i Helse Sør-Øst og i Helse Midt-Norge der slike midler samlet utgjorde hhv 20 og 16 prosent av totalfinansieringen. I både Helse Vest og Helse Nord ble 8 prosent av forskningsaktiviteten finansiert utenom basismidler og øremerkede midler.

Helse Sør-Øst mottok om lag 200 millioner kroner fra Norges forskningsråd, som utgjør 8 prosent av regionens samlede forskningsfinansiering i 2015. Finansiering fra Norges forskningsråd til de øvrige helseregionene utgjorde henholdsvis 16 millioner kroner (Helse Vest), 10 millioner kroner (Helse Nord) og 8 millioner kroner (Helse Midt-Norge). Som andel av totalkostnadene utgjorde dette for Helse Vest 2 prosent, for Helse Nord 4 prosent og for Helse Midt-Norge 4 prosent.

Figur 2.2 Helseforetakenes finansieringsstruktur for forskning i 2015, totalt og etter helseregion. Prosent.



Kilde: NIFU

Variasjonene i finansieringsstrukturen henger til dels sammen med at regionene har ulik praksis når det søkes om forskningsmidler fra Forskningsrådet og andre eksterne kilder. Blant annet kan incentivsystemer legge føringer på søknadsprosesser, og midlene kan bli regnskapsført der prosjektledelse og -administrasjon er lagt. I den grad forskningsrådsmidler blir registrert i regionen vil det f.eks. kunne være ved universitetet, også i prosjekter der større eller mindre deler av forskningen utføres i helseforetaket. Det samme gjelder antagelig også andre, søkbare midler, blant annet fra EU.⁸ At det nesten ikke registreres forskningsrådsmidler i Helse Vest kan slik sett delvis forklares med at forskningsrådssøknader nesten utelukkende er blitt fremmet gjennom universitetene.⁹ De innrapporterte ressursene kan slik sett gi et skjevt bilde når innrapporterte forskningsressurser for spesialisthelsetjenesten sammenlignes på tvers av regioner.

Forskjeller av denne typen kan imidlertid også skyldes reelle forskjeller regionene, forskningsinstitusjonene og -miljøene imellom. Den relativt høye andelen midler fra Norges forskningsråd som registreres i Helse Sør-Øst, kan henge sammen med at regionen omfatter en rekke store basalforskningsmiljøer, som er mer tilbøyelige til å søke Norges forskningsråds programmer enn mer rendyrkede kliniske miljøer. Ikke minst omfatter Oslo universitetssykehus store forskningsmiljøer, f.eks. Institutt for kreftforskning.

Ressursinnsatsen utenom eksternt finansiert forskning

En måte å korrigere for slike forhold på er å holde eksternt finansiert forskning utenom i beregningene, og dermed begrense sammenligningen til forskning finansiert over basisbevilgningen og av øremerkede midler. Det har vi gjort i tabell 2.3.

Den prosentvise fordelingen av driftskostnader til forskning er relativt lik om man regner med eller uten eksternt finansiert forskning; jf. tabell 2.2. Helse Sør-Østs andel av forskningskostnadene går noe ned, mens de øvrige regionenes andeler går noe opp.

⁸ Se nærmere omtale i Wiig og Gunnes (2010:45) og Wiig og Husebekk (red.) (2011:33ff).

⁹ Se Wiig (2013:18ff)

Ser vi på forskningskostnadenes andel av totalkostnadene, finner vi den største forskjellen for Helse Sør-Øst. Inkludert eksternfinansiering brukte Helse Sør-Øst 3,1 prosent av totalbudsjettet på forskning, men holdes de eksternfinansierte midlene utenom, blir forholdstallet 2,5 prosent. I de øvrige helseregionene er andelen om lag 0,1-0,2 prosentpoeng lavere uten eksternfinansiering enn med. Et hovedfunn er altså at forskjellen mellom Helse Sør-Øst og Helse Vest langt på vei utliknes når eksternfinansieringen holdes utenom.

Tabell 2.3 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus¹ i 2015, etter helseregion. Driftskostnader² til forskning eksklusive eksternt finansiert forskning.

Indikator	Helse Midt- Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Alle
Totale driftskostnader. Mill. kr	19 950	15 589	77 009	25 001	137 549
Prosent	15	11	56	18	100
Driftskostnader til forskning eksklusive eksternfinansiert forskning. Mill. kr	209	250	1 960	582	3 000
Prosent	7	8	65	19	100
Driftskostnader til forskning eksklusive eksternfinansiert forskning i prosent av totale driftskostnader	1,1	1,6	2,5	2,3	2,2
Antall forskningsårsverk, eksklusive eksternfinansierte årsverk	145	221	1 448	441	2 255
Prosent	6	10	64	20	100
Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk, eksklusive ekstern finansiering. Kroner	1 441 000	1 129 000	1 353 000	1 321 000	1 331 000
Antall rapporteringsenheter	4	5	20	9	38

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

² Inklusive avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Det samme mønsteret fremkommer om vi ser på forskningsårsverk som ikke er finansiert av eksterne midler. Helse Sør-Østs andel går ned, mens de øvrige regionenes andeler går opp. Ser vi på driftskostnader per forskerårsverk, synes forskjellene mellom regionene som vi så i tabell 2.2 foran, et stykke på vei å jevne seg ut. Helse Midt-Norges gjennomsnittlige årsverkskostnad går litt ned, mens indikatorscoren for Helse Sør-Øst og Helse Vest øker. I de to sistnevnte regionene ser altså eksternfinansieringen ut til å trekke gjennomsnittlig årsverkskostnad ned. I Helse Midt-Norge ser derimot eksternfinansiering ut til å trekke gjennomsnittskostnadene noe opp. Det samme gjelder Helse Nord som etter denne beregningsmåten plasserer seg lenger unna landsgjennomsnittet og de øvrige helseregionene.

2.3 Utviklingen i ressursbruken til forskning fra 2014 til 2015

I det følgende beskriver vi noen hovedtrekk i utviklingen i rapporterte forskningsressurser fra 2014 til 2015, og peker, så langt vi har grunnlag for det, på mulige forklaringer på endringene. Som nevnt innledningsvis, er det grunn til å utvise forsiktighet når vi skal beskrive utviklingen over tid. En hovedutfordring denne gangen er at det ble gjennomført hva man kaller en planendring i helseforetakenes pensjonssystem i 2014. Konkret dreier det seg om en nedjustering av pensjonskostnadene i 2014 som en konsekvens av endrede forutsetninger for framtidige pensjonsforpliktelser knyttet til dødelighetstariiff, uførerregler og levealderjustering for personer født etter 1954. Korrigeringen ble beregnet til i alt 15 milliarder kroner og gjaldt både forskning og helseforetakenes samlede driftskostnader til andre oppgaver som pasientbehandling.

Pensjonsendringen medvirket til at man tilsynelatende fikk en svak nominell nedgang i spesialisthelsetjenestens ressursbruk til forskning fra 2013 til 2014, som korrigert for lavere pensjonskostnader viste seg å være en ikke ubetydelig nominell økning (Wiig 2015, s. 22ff). Et tilsvarende problem oppstår når vi skal beregne veksten fra 2014 til 2015, men denne gang i motsatt retning.

De innrapporterte tallene for 2015 viser en brutto økning i driftskostnadene til forskning på 464 millioner eller 15 prosent fra 2014; se tabell 2.4. Dette er en svakere vekst enn for kostnadene til spesialisthelsetjenestens samlede aktivitet, som var 25 prosent, og gir en nedgang i forskningskostnadenes andel av totalkostnadene fra 2,8 til 2,6 prosent. Andelen i 2015 er dermed den samme som i 2013 (Wiig op.cit.), dvs. før planendringen.

Tabell 2.4 Nøkkeltall 2014-2015 for helseforetak og private, ideelle sykehus. Løpende priser.

Indikator	2014	2015	Endring	Endring
	Mill. kr	Mill. kr	2014-2015 Mill. kr.	2014-15
Totalt driftskostnader. ¹ Mill. kr	110 081	137 549	27 468	25,0 %
Driftskostnader til forskning. ² Mill. kr	3 086	3 550	464	15,0 %
Driftskostnader til forskning i prosent av totale driftskostnader	2,8	2,6		-0,2 pp ³

¹ Inklusive avskrivninger.

² Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

³ Prosentpoeng.

Kilde: NIFU.

Forskningen øker altså kraftig når vi sammenligner innrapporterte bruttotall for de to årene, men går samtidig ned som andel av totale driftskostnader til alle spesialisthelsetjenestens oppgaver. Vi har sett nærmere på effektene av den foran omtalte planendringen og om den også denne gangen er av en slik størrelsesorden at bildet endres. Det vil gå utenfor rammen av dette prosjektet å gjøre en fullstendig gjennomgang og korrigerer for planendringen. Som sist har NIFU derfor justert tallene basert på innrapportert materiale for å få dem mest mulig sammenlignbare for 2015 og 2014 og gjort noen beregninger.¹⁰ Konkret har vi holdt kategorien pensjon og arbeidsgiveravgift utenom for alle rapporteringsenheter begge år.¹¹ Tabell 2.5 viser resultater av denne beregningen.¹²

Tabell 2.5 Nøkkeltall 2014-2015 med og uten pensjon og arbeidsgiveravgift, for helseforetak og private, ideelle sykehus. Løpende priser.

Indikator	2014	2015	Endring	Endring
	Mill. kr	Mill. kr	2014-2015 Mill. kr.	2014-15
Driftskostnader til forskning ¹ .	3 086	3 550	464	15,0 %
Pensjon og arbeidsgiveravgift	382	708	326	85,3 %
Driftskostnader til forskning uten pensjon mv.	2 704	2 842	138	5,1 %
Forskningsårsverk	2 668	2 794	126	4,7 %

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Tabellen viser forskningskostnadene med og uten pensjon og arbeidsgiveravgift. Vi ser at pensjon og arbeidsgiveravgift økte med 326 millioner kroner som er nesten en dobling i forhold til 2014, og kan

¹⁰ Basert på erfaringer fra 2010-målingen som også ga pensjonseffekter (Wiig og Gunnes 2011:20ff; Wiig 2012:19ff), innførte derfor NIFU en underspesifikasjon av kostnader til pensjon og arbeidsgiveravgift i rapporteringsskjemaet. Underspesifikasjonen gir riktignok ikke mulighet for å skille mellom pensjon og arbeidsgiveravgift. På den annen side bidrar korrigeringen for arbeidsgiveravgift, som varierer mellom regioner, til mer sammenlignbare kostnadstall.

¹¹ Dette er en forenkling, både fordi pensjonssystemene kan variere noe mellom institusjonene og fordi rapporteringsmetoden lokalt i varierende grad tar hensyn til reelle svingninger i kostnader, herunder pensjonskostnadene.

¹² Tabeller som viser utviklingen nominelt, dvs. uten justering for pensjonsendringen, finnes i Vedlegg 7.

ses som en hovedforklaring på den sterke veksten i driftskostnadene samlet. Utenom pensjon og arbeidsgiveravgift øker driftskostnadene til forskning med 5,1 prosent fra 2014 til 2015. Til sammenligning økte forskningsårsverkene med 126 eller 4,7 prosent. Årsverksveksten er dermed nesten på samme nivå som den nominelle kostnadsveksten korrigert for pensjonseffekten. Tar vi årsverksveksten som uttrykk for realutviklingen i forskningsressursene i perioden, indikerer det en lønns- og prisutvikling på 0,4 prosent fra 2014 til 2015. Dette er lavere enn anslaget for FoU-ressursene samlet som etter siste anslag er om lag 2,8 prosent og dessuten lavere enn lønns- og prisveksten vi har observert i spesialisthelsetjenesten de senere årene. Vi har ikke kunnet gå til bunns i denne problemstillingen i denne rapporten, men beregninger for helseforetakene med universitetssykehusfunksjoner viser at kostnadsveksten samlet sett er lavere enn årsverksveksten. Holder vi Helse Stavanger, som denne gangen rapporterer tall eksklusive Stavanger Helseforskning, utenom beregningen, er kostnadsutviklingen 0,1 prosentpoeng høyere enn årsverksveksten. En forklaring på dette ser i noen tilfeller ut til å være at årsverksveksten er størst innen stillingskategorien «Annet personale», dvs. laboratoriepersonale, teknisk og administrativt støttepersonale, sykepleiere og hjelpepleiere. Det forklarer imidlertid langt fra alt. Blant de største helseforetakene er det liten prosentvis forskjell om man beregner veksten i årsverk eller kroner.

Helseforetak med universitetssykehusfunksjoner sammenlignet med andre

Tabell 2.6 viser en mindre prosentvis økning i driftskostnadene til forskning ved helseforetak med universitetssykehusfunksjoner (3,6 %) enn ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus (12,1 %). Av en samlet kronevekst fra 2014 til 2015 på 138 millioner kroner gjaldt 57 prosent helseforetak med universitetssykehusfunksjoner, mot tre fjerdedeler for perioden 2013 til 2014. Dette indikerer en relativt sterkere utvikling for øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus.

Tabell 2.6 Driftskostnader¹ til forskning 2014-2015, eksklusive pensjonskostnader og arbeidsgiveravgift, etter type institusjon². Løpende priser. Mill. kr og prosent.

Indikator	2014		2015		Endring 2014-15	
	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%
Helseforetak med universitetssykehusfunksjoner	2 218	82	2 297	81	79	3,6
Øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus	485	18	544	19	59	12,2
Alle helseforetak og private, ideelle sykehus	2 703	100	2 841	100	138	5,1

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

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

Kilde: NIFU.

Utviklingen på regionalt nivå

Tabell 2.7 viser at selv om vi justerer tallene for pensjonseffekten, øker driftskostnadene til forskning fra 2014 til 2015 i alle helseregioner.

Tabell 2.7 Driftskostnader¹ til forskning 2014-2015, eksklusive pensjonskostnader og arbeidsgiveravgift, etter helseregion. Løpende priser. Mill. kr og prosent.

Helseregion	2014		2015		Endring 2014-15	
	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%
Helse Midt-Norge	184	7	194	7	10	5,4
Helse Nord	203	8	227	8	24	11,8
Helse Sør-Øst	1 825	68	1 909	67	84	4,6
Helse Vest	491	18	511	18	20	4,1
Totalt	2 703	100	2 841	100	138	5,1

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Målt i kroner finner vi den sterkeste veksten i Helse Sør-Øst, som stod for to tredjedeler av den samlede økningen. Sammenholdt med regionens samlede ressurser gir dette vel 4 prosent vekst fra 2014, som var en litt sterkere vekst enn i Helse Vest og litt svakere enn i Helse Midt-Norge. Den sterkeste prosentveksten finner vi i Helse Nord, som også er eneste helseregion som scorer høyere enn landsgjennomsnittet (12 prosent).

Tabell 2.8 viser utviklingen i innrapporterte forskningsårsverk fra 2014 til 2015. Samlet ble det utført 126 årsverk mer i 2015 enn i 2014, som er en økning på 4,8 prosent.

Tabell 2.8 Forskningsårsverk 2014-2015. Antall og prosent.

Helseregion	2014	2015	Endring 2014-15	
	Årsverk	Årsverk	Årsverk	%
Helse Midt-Norge	154	162	8	5,4
Helse Nord	212	227	15	6,8
Helse Sør-Øst	1 835	1 911	76	4,2
Helse Vest	466	494	28	5,9
Totalt	2 667	2 796	129	4,8

Kilde: NIFU.

Antall utførte forskningsårsverk øker i alle de fire helseregionene. Økningen var størst i Helse Sør-Øst, der det ble utført 76 forskningsårsverk mer enn i 2014, men i prosent var veksten likevel svakest i denne regionen, som for øvrig er den eneste som plasserer seg under landsgjennomsnittet. I de øvrige helseregionene økte årsverksinnsatsen med 5-7 prosent, dvs. mer enn gjennomsnittet.

Utviklingen i forskningsressursene i forhold til totalressursene

Over viste vi at driftskostnader til forskning som andel av samlede driftskostnader til alle helseforetakenes oppgaver gikk ned fra 2,8 prosent i 2014 til 2,6 prosent i 2015, samme andel som i 2013.

For å kunne beregne sammenlignbare tall for de to årene må også her planendringen i pensjonskostnadene holdes utenom driftskostnadene, både for forskning og for alle spesialisthelsetjenestens oppgaver.¹³ En beregning basert på dette tallmaterialet er vist i tabell 2.9.

Tabell 2.9 Driftskostnader¹ til forskning som andel av samlede driftskostnader 2014-2015, eksklusive pensjonskostnader og arbeidsgiveravgift, etter helseregion. Prosent. Endring i prosentpoeng.

Helseregion	2014	2015	Endring 2014-15
	Prosent	Prosent	Prosentpoeng
Helse Midt-Norge	1,2	1,2	0,0
Helse Nord	1,6	1,7	0,1
Helse Sør-Øst	2,9	3,1	0,2
Helse Vest	2,4	2,5	0,1
Totalt	2,4	2,5	0,1

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Tabellen viser samlet sett en økning på et tiendedels prosentpoeng i forskningens andel av totalkostnadene. I Helse Nord og Helse Vest økte andelen som landsgjennomsnittet, mens den i Helse Sør-Øst økte med 0,2 prosentpoeng. I Helse Midt-Norge var andelen den samme i 2015 som i 2014. Beregningen indikerer en mer positiv utvikling på denne indikatoren enn bruttotallene viste, dvs. før justering av tallene for pensjonsendringen.

¹³ For 2015 er dette gjort gjennom et eget, nytt punkt i rapporteringsskjemaet. For 2014 ble dette gjort etter den ordinære rapporteringen, så vi har tall for enheter som til sammen stod for om lag 98 prosent av totalkostnadene i 2014.

3 Forskning innen særskilte områder

Helseforetakene er pålagt å rapportere særskilt på to satsingsområder. I dette kapitlet gir vi en kort beskrivelse av ressursinnsatsen de 38 helseforetakene og private, ideelle sykehusene som rapporterte å ha utført forskning i 2015, nedla av ressurser i forskning innen psykisk helsevern (3.1), og deretter innen tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere (3.2). Tallene er relativt små og ikke korrigert for pensjon. Vi har derfor valgt å ikke kommentere utviklingen fra 2014 i særlig grad, særlig ikke på kostnadssiden.

3.1 Ressursbruk til forskning innenfor psykisk helsevern i 2015

25 helseforetak og private, ideelle sykehusene rapporterte om ressursbruk til forskning innenfor psykisk helsevern i 2015, dvs. samme antall som de tre foregående år. Til sammen oppga de å ha brukt om lag 346 årsverk til forskning innenfor psykisk helsevern, som er en økning på seks årsverk fra 2014. Forskningsinnsatsen kostet til sammen 420 millioner kroner; se tabell 3.1. Dette gir en gjennomsnittlig årsverkskostnad på vel 1,2 million kroner, som er litt lavere enn for forskning samlet; jf. tabell 2.1 foran. I gjennomsnitt utgjorde forskning om psykisk helsevern om lag 12 prosent av den samlede forskningsinnsatsen ved helseforetak og private, ideelle sykehus i 2015.

Tabell 3.1 Ressurser til forskning innenfor psykisk helsevern i 2015, etter type helseforetak.¹ Antall forskningsårsverk og driftskostnader² til forskning.

Type helseforetak	Forsknings- årsverk		Driftskostnader til forskning ²		Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk
	Antall	%	Mill. kr	%	Kroner
HF med universitetssykehusfunksjoner	190	55	241	57	1 271 000
Øvrige HF og private ideelle sykehus	156	45	179	43	1 142 000
Totalt psykisk helsevern	346	100	420	100	1 213 000

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

² Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Helseforetak med universitetssykehusfunksjoner stod for 55 prosent av de samlede driftskostnadene og 57 prosent av årsverkene til forskning på dette området i 2015. Ressursbruken til forskning om psykisk helsevern er altså langt jevnere fordelt mellom de to typene av helseforetak enn ressursbruken til forskning samlet; jf. tabell 2.1 foran. Et forskningsårsverk innenfor psykisk helsevern koster i gjennomsnitt litt mer ved helseforetak med universitetssykehusfunksjoner (nærmere 1,3 mill. kr) enn ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus (vel 1,1 mill. kr).

Tabell 3.2 Ressurser til forskning innenfor psykisk helsevern i 2015, etter helseregion. Antall forskningsårsverk og driftskostnader¹ til forskning.

Helseregion	Forsknings- årsverk		Driftskostnader til forskning ²		Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk
	Antall	%	Mill. kr	%	Kroner
Helse Midt-Norge	38	11	54	13	1 405 000
Helse Nord	27	8	35	8	1 314 000
Helse Sør-Øst	207	60	241	57	1 163 000
Helse Vest	74	21	90	21	1 216 000
Totalt psykisk helsevern	346	100	420	100	1 213 000

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Tabell 3.2 viser at Helse Sør-Øst stod for vel halvparten av forskningsressursene på dette området, som var en mindre andel av ressursbruken til forskning innen psykisk helsevern enn av forskning samlet; jf. tabell 2.2. Deretter følger Helse Vest med en snau femtedel, mens Helse Midt-Norge og Helse Nord stod for henholdsvis 13 og 8 prosent.

3.2 Ressursbruk til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2015

15 helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte om ressursbruk til forskning innenfor området tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2015, samme antall som året før. De 15 enhetene rapporterte å ha brukt 43 årsverk og 53 millioner kroner til slik forskning. Fordi det her er snakk om små tall skal ikke endringer vektlegges for mye, men dette er om lag ett årsverk mindre enn det som ble registrert i 2014. Rusforskningen utgjorde dermed om lag 1,5 prosent av helseforetakenes samlede driftskostnader til forskning i 2015. Et forskningsårsverk innenfor rusområdet kostet i gjennomsnitt vel 1,2 millioner kroner, dvs. nesten det samme som gjennomsnittet for forskningsaktiviteten samlet; jf. tabell 2.1 foran.

Tabell 3.3 Ressurser til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2015, etter type helseforetak.¹ Antall forskningsårsverk og driftskostnader² til forskning.

Type helseforetak	Forsknings- årsverk		Driftskostnader til forskning ²		Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk
	Antall	%	Mill. kr	%	Kroner
HF med universitetssykehusfunksjoner	23	53	30	57	1 313 000
Øvrige HF og private ideelle sykehus	20	47	23	43	1 120 000
Totalt tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere	43	100	53	100	1 223 000

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

² Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU

Helseforetakene med universitetssykehusfunksjoner stod i 2015 for vel halvparten av den registrerte ressursbruken til rusforskning i spesialisthelsetjenesten. Dette er en lavere andel enn i 2014, og skyldes en nedgang i ressursinnsatsen på dette området for alle helseforetak med universitetssykefunksjoner, bortsett fra St. Olavs Hospital. Samlet var nedgangen om lag 6

forskningsårsverk ved disse helseforetakene, mens det var en omtrent tilsvarende økning ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus. Dette kan indikere en strukturendring i forskningen på dette området, selv om vi igjen må understreke at det er snakk om små tall.

Et forskningsårsverk innen rusområdet var i gjennomsnitt litt dyrere ved helseforetak med universitetssykehusfunksjoner (vel 1,3 millioner) enn ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus (vel 1,1 millioner).

Tabell 3.4 Ressurser til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2015, etter helseregion. Antall forskningsårsverk og driftskostnader¹ til forskning.

Helseregion	Forsknings- årsverk		Driftskostnader til forskning ²		Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk
	Antall	%	Mill. kr	%	Kroner
Helse Midt-Norge	10	23	14	26	1 390 000
Helse Nord	2	5	3	6	1 260 000
Helse Sør-Øst	21	49	25	47	1 185 000
Helse Vest	10	23	11	21	1 126 000
Totalt tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere	43	100	53	100	1 223 000

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Tabell 3.4 viser at ressursinnsatsen innen rusområdet er annerledes fordelt på regioner enn forskningsinnsatsen samlet; se tabell 2.2. Helse Sør-Øst stod i 2015 for nesten halvparten av spesialisthelsetjenestens forskningsinnsats på rusområdet, mens Helse Vest og Helse Midt-Norge stod for henholdsvis en femtedel og en fjerdedel. I Helse Nord ble det samlet rapportert to forskningsårsverk i 2015, som gjør denne helseregionen til den klart minste når det gjelder ressursinnsats til forskning på rusområdet.

Et forskningsårsverk innen rusområdet kostet i gjennomsnitt mest i Helse Midt-Norge (nesten 1,4 mill. kr), og minst i Helse Vest (vel 1,1 mill. kr).

Referanser

Litteratur

- Bakke, Pål og Ole Wiig (red.) (2011): Endringer i system for måling av ressursbruk til FoU. Rapport I fra en rådgivende gruppe (Ressursgruppen) oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning, NIFU Arbeidsnotat 12/2011.
- Bakke, Pål og Ole Wiig (red.) (2013): Forskjeller i rapportert ressursbruk til FoU i helseforetakene, med fokus på forholdet til UoH-sektoren. Rapport III fra en rådgivende gruppe (Ressursgruppen) oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning, NIFU Arbeidsnotat 18/2013.
- Gunnes, Hebe, Susanne L. Sundnes, Ole Wiig og Marte Blystad (2013): Ressursinnsatsen i medisinsk og helsefaglig forskning og utviklingsarbeid i 2011. En analyse basert på FoU-statistisk materiale, NIFU Rapport 24/2013.
- Norges forskningsråd (2015): Det norske forsknings- og innovasjonssystemet – statistikk og indikatorer 2015, Norges forskningsråd 2015.
- OECD (2002): Proposed Standard Practice for Surveys on Research and Experimental Development. Frascati Manual 2002, OECD, Paris 2002.
- OECD (2015): The Measurement of Scientific, Technological and Innovation Activities. Frascati Manual 2015. Guidelines for Collecting and Reporting Data on Research and Experimental Development, OECD, Paris 2015.
- Wiig, Ole og Anne Husebekk (red.) (2011): Videreutvikling av system for måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetakene. Rapport fra en arbeidsgruppe, NIFU Rapport 22/2011.
- Wiig, Ole og Hebe Gunnes (2009): Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2008. Hovedresultater og dokumentasjon, NIFU Rapport 46/2009.
- Wiig, Ole og Hebe Gunnes (2010): Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2009. Hovedresultater og dokumentasjon, NIFU Rapport 50/2010.
- Wiig, Ole, Hebe Gunnes og Susanne Lehmann Sundnes (2011): Ressursinnsatsen i medisinsk og helsefaglig forskning og utviklingsarbeid i 2009. En analyse basert på FoU-statistisk materiale, NIFU Rapport 28/2011.
- Wiig, Ole og Hebe Gunnes (2011): Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2010. Hovedresultater og dokumentasjon, NIFU Rapport 44/2011.
- Wiig, Ole (2012): Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2011. Hovedresultater og dokumentasjon, NIFU Rapport 15/2012.
- Wiig, Ole og Hebe Gunnes (2013): Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2012. Hovedresultater og dokumentasjon, NIFU Rapport 19/2013.
- Wiig, Ole og Pål Bakke (red.) (2012): Flere endringer i system for måling av ressursbruk til FoU. Rapport II fra en rådgivende gruppe (Ressursgruppen) oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning, NIFU Arbeidsnotat 11/2012.
- Wiig, Ole (2014): Ressursbruk til forskning i helseforetakene 2013. Hovedresultater og dokumentasjon, NIFU Rapport 28/2014.
- Wiig, Ole og Pål Bakke (red.): Utdfordringer i måling av helseforetakenes ressursbruk til FoU, herunder bruk av HRCS-klassifisering. Rapport IV fra en rådgivende gruppe (Ressursgruppen) oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning, NIFU Arbeidsnotat 2015:13.

Offentlige dokumenter

Forskningsbarometeret 2016, Rapport, Kunnskapsdepartementet 2016.

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

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

Meld. St. 11 (2015-2016): Nasjonal helse og sykehusplan (2016-2019), Helse- og omsorgsdepartementet.

Vedlegg

Vedlegg 1: Rapporteringsenhetene 2015

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

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

Kilde: NIFU.

2. Oversikt over helseforetak og private ideelle sykehus i 2015, etter type og økonomisk sektor.

	Universitetssykehusfunksjoner? ¹	
	Ja	Nei
Offentlige	Akershus universitetssykehus HF Helse Bergen HF Helse Stavanger HF Oslo universitetssykehus HF St. Olavs Hospital HF Universitetssykehuset Nord-Norge HF (N=6)	Helgelandssykehuset HF Finnmarkssykehuset HF Helse Fonna HF Helse Førde HF Helse Møre og Romsdal HF Helse Nord-Trøndelag HF Nordlandssykehuset HF Sunnaas sykehus HF Sykehusapotekene (Sør-Øst) Sykehusapotekene i Midt-Norge HF Sykehusapotek Nord HF Sykehuset Innlandet HF Sykehuset Telemark HF Sykehuset Vestfold HF Sykehuset Østfold HF Sørlandet Sykehus HF Vestre Viken HF (N=17)
Private, ideelle		Betanien Hospital, Skien Betanien Sykehus, Bergen ² Diakonhjemmet sykehus AS Feiringklinikken (LHL Helse as) Frambu Senter for sjeldne funksjonshemninger Glittreklinikken (LHL Helse as) Haraldsplass Diakonale Sykehus AS Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS Jæren distriktpsikiatriske senter Lovisenberg Diakonale Sykehus AS Martina Hansens Hospital Modum Bad NKS Olaviken Alderspsykiatriske Senter Rehabiliteringssenteret AiR – Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering Revmatismesykehuset AS Solli Sykehus (N=16)
Totalt	N=6	N=33

Merknader:

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

² Rapporterte om utviklingsarbeid i 2015, men ingen forskning.

Kilde: NIFU.

3. Oversikt over helseforetak som rapporterte i 2015, etter type og helseregion.

	Universitetssykehusfunksjoner? ¹	
	Ja	Nei
Helse Midt-Norge	St. Olavs Hospital HF (N=1)	Helse Møre og Romsdal HF Helse Nord-Trøndelag HF Sykehusapotekene i Midt-Norge HF (N=3)
Helse Nord	Universitetssykehuset Nord-Norge HF (N=1)	Helgelandssykehuset HF Finnmarkssykehuset HF Nordlandssykehuset HF Sykehusapotek Nord HF (N=4)
Helse Sør-Øst	Akershus universitetssykehus HF Oslo universitetssykehus HF (N=2)	Betanien Hospital, Skien Diakonhjemmet sykehus AS Feiringklinikken (LHL Helse as) Frambu Senter for sjeldne funksjonshemninger Glittreklinikken (LHL Helse as) Lovisenberg Diakonale Sykehus AS Martina Hansens Hospital Modum Bad Rehabiliteringssenteret AiR – Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering Revmatismesykehuset AS Sunnaas sykehus HF Sykehusapotekene (Sør-Øst) HF Sykehuset Innlandet HF Sykehuset Telemark HF Sykehuset Vestfold HF Sykehuset Østfold HF Sørlandet Sykehus HF Vestre Viken HF (N=18)
Helse Vest	Helse Bergen HF Helse Stavanger HF (N=2)	Betanien Sykehus, Bergen ² Haraldsplass Diakonale Sykehus Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS Helse Fonna HF Helse Førde HF Jæren distriktpsikiatriske senter NKS Olaviken Alderspsikiatriske Senter Solli sykehus (N=8)
Totalt	N=6	N=33

Merknader:

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

² Rapporterte om utviklingsarbeid i 2015, men ingen forskning.

Kilde: NIFU.

Vedlegg 2: Oversikt på helseforetaksnivået 2015

Tabell V2.1 Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2015, sortert alfabetisk.¹

Helseforetak og private ideelle sykehus	Nivå/ ty	Helse- regi	Totale driftskostnad		Totale driftskostn. til forskni		Forsknings- kostn. i % av totalkostnad	Forsknings- årsve		Forskning kr./årsve
AiR - Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsre	PRIV	Sør-Øst	70 784 000	0,1	7 146 000	0,2	10,1	7,6	0,3	940 000
Akershus universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	8 284 000 000	6,0	177 699 000	5,0	2,1	162,3	5,8	1 095 000
Betanien Hospital Skien	PRIV	Sør-Øst	184 642 000	0,1	1 652 000	0,0	0,9	2,1	0,1	806 000
Diakonhjemmet sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 887 378 000	1,4	74 452 000	2,1	3,9	58,9	2,1	1 263 000
Finnmarkssykehuset HF	HF	Nord	1 974 000 000	1,4	13 711 000	0,4	0,7	10,1	0,4	1 360 000
Frambu senter for sjeldne diagnoser	PRIV	Sør-Øst	66 291 000	0,0	1 970 000	0,1	3,0	1,7	0,1	1 159 000
Haraldsplass Diakonale Sykehus	PRIV	Vest	771 000 000	0,6	15 095 000	0,4	2,0	13,8	0,5	1 095 000
Haugesund Sanitetsforening Revmatismesykeh	PRIV	Vest	154 900 000	0,1	732 000	0,0	0,5	1,2	0,0	610 000
Helgelandssykehuset HF	HF	Nord	1 890 000 000	1,4	2 362 000	0,1	0,1	2,5	0,1	945 000
Helse Bergen HF	HF	Vest	10 983 000 000	8,0	469 894 000	13,2	4,3	351,0	12,6	1 339 000
Helse Fonna HF	HF	Vest	3 345 000 000	2,4	20 662 000	0,6	0,6	20,1	0,7	1 027 000
Helse Førde HF	HF	Vest	2 787 000 000	2,0	12 397 000	0,3	0,4	10,5	0,4	1 181 000
Helse Møre og Romsdal HF	HF	Midt	6 073 000 000	4,4	12 233 000	0,3	0,2	14,2	0,5	862 000
Helse Nord-Trøndelag HF	HF	Midt	3 043 000 000	2,2	23 070 000	0,6	0,8	16,0	0,6	1 446 000
Helse Stavanger HF	HF	Vest	6 556 000 000	4,8	107 091 000	3,0	1,6	94,0	3,4	1 139 000
LHL-klinikkene Feiring	PRIV	Sør-Øst	110 787 000	0,1	5 001 000	0,1	4,5	3,9	0,1	1 282 000
LHL-klinikkene Glitre	PRIV	Sør-Øst	153 091 000	0,1	2 220 000	0,1	1,5	1,7	0,1	1 291 000
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 795 322 000	1,3	34 220 000	1,0	1,9	28,7	1,0	1 192 000
Martina Hansens Hospital	PRIV	Sør-Øst	371 317 000	0,3	7 938 000	0,2	2,1	4,9	0,2	1 637 000
Modum Bad	PRIV	Sør-Øst	218 183 000	0,2	9 530 000	0,3	4,4	8,4	0,3	1 139 000
NKS Jæren distriktpsikiatriske senter AS	PRIV	Vest	181 000 000	0,1	287 000	0,0	0,2	0,3	0,0	1 148 000
NKS Olaviken alderspsikiatriske sykehus AS	PRIV	Vest	105 018 000	0,1	1 163 000	0,0	1,1	0,9	0,0	1 322 000
Nordlandssykehuset HF	HF	Nord	4 152 000 000	3,0	33 604 000	0,9	0,8	21,4	0,8	1 570 000
Oslo universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	22 282 000 000	16,2	1 703 297 000	48,0	7,6	1 290,6	46,2	1 320 000
Revmatismesykehuset AS	PRIV	Sør-Øst	97 982 000	0,1	5 461 000	0,2	5,6	5,8	0,2	942 000
Solli distriktpsikiatriske senter	PRIV	Vest	117 978 000	0,1	1 788 000	0,1	1,5	1,8	0,1	993 000
St. Olavs Hospital HF	HF	Midt	9 938 000 000	7,2	200 581 000	5,7	2,0	130,4	4,7	1 538 000
Sunnaas sykehus HF	HF	Sør-Øst	560 000 000	0,4	25 074 000	0,7	4,5	19,1	0,7	1 311 000
Sykehusapotek Nord HF	HF	Nord	418 400 000	0,3	1 612 000	0,0	2,0	1,8	0,1	896 000
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	HF	Midt	896 000 000	0,7	1 471 000	0,0	0,8	1,8	0,1	817 000
Sykehusapotekene i Sør-Øst HF	HF	Sør-Øst	3 098 127 000	2,3	4 560 000	0,1	0,1	4,6	0,2	991 000
Sykehuset Innlandet HF	HF	Sør-Øst	8 806 000 000	6,4	64 331 000	1,8	0,7	58,4	2,1	1 102 000
Sykehuset Telemark HF	HF	Sør-Øst	3 963 000 000	2,9	20 778 000	0,6	0,5	15,8	0,6	1 319 000
Sykehuset Vestfold HF	HF	Sør-Øst	4 518 000 000	3,3	74 824 000	2,1	1,7	66,7	2,4	1 121 000
Sykehuset Østfold HF	HF	Sør-Øst	5 805 000 000	4,2	54 723 000	1,5	0,9	59,9	2,1	913 000
Sørlandet Sykehus HF	HF	Sør-Øst	6 268 000 000	4,6	75 204 000	2,1	1,2	55,3	2,0	1 360 000
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	HF	Nord	7 155 000 000	5,2	218 469 000	6,2	3,1	190,7	6,8	1 145 000
Vestre Viken HF	HF	Sør-Øst	8 469 000 000	6,2	63 338 000	1,8	0,7	55,0	2,0	1 151 000
Totalt / gjennomsnitt			137 549 200 000	100	3 549 640 000	100,0	2,6	2 793,8	100,0	1 271 000

Tabellnoter:

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

² Driftskostnader inklusive avskrivninger og pensjonskostnader i løpende priser.

Tabell V2.2: Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2015, sortert etter forskningskostnader innenfor psykisk helsevern.¹

Helseforetak og private ideelle sykehus	Nivå/ type	Helse-region	Totale driftskostnader ²	Totale driftskostn. til forskning	Forsknings-årsverk	Forskn.årsverk psykisk helse	Forskn.kostn. % psykisk helse	Forsk. psyk.h. %	Forsk. psyk.h. kr/årsverk	
Oslo universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	22 282 000 000	1 703 297 000	1 290,6	68,0	5,3	91 529 000	5,4	1 346 000
Helse Bergen HF	HF	Vest	10 983 000 000	469 894 000	351,0	40,0	11,4	51 841 000	11,0	1 298 000
St. Olavs Hospital HF	HF	Midt	9 938 000 000	200 581 000	130,4	26,3	20,1	39 952 000	19,9	1 521 000
Sykehuset Vestfold HF	HF	Sør-Øst	4 518 000 000	74 824 000	66,7	31,7	47,4	32 395 000	43,3	1 024 000
Diakonhjemmet sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 887 378 000	74 452 000	58,9	23,7	40,2	24 279 000	32,6	1 025 000
Akershus universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	8 284 000 000	177 699 000	162,3	24,4	15,0	22 609 000	12,7	927 000
Helse Stavanger HF	HF	Vest	6 556 000 000	107 091 000	94,0	19,4	20,6	22 060 000	20,6	1 139 000
Sykehuset Innlandet HF	HF	Sør-Øst	8 806 000 000	64 331 000	58,4	17,4	29,9	19 312 000	30,0	1 107 000
Sørlandet Sykehus HF	HF	Sør-Øst	6 268 000 000	75 204 000	55,3	11,8	21,3	17 783 000	23,6	1 507 000
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	HF	Nord	7 155 000 000	218 469 000	190,7	11,8	6,2	13 221 000	6,1	1 122 000
Vestre Viken HF	HF	Sør-Øst	8 469 000 000	63 338 000	55,0	12,8	23,3	12 730 000	20,1	991 000
Helse Nord-Trøndelag HF	HF	Midt	3 043 000 000	23 070 000	16,0	8,9	55,8	11 826 000	51,3	1 329 000
Finnmarkssykehuset HF	HF	Nord	1 974 000 000	13 711 000	10,1	7,9	78,2	10 850 000	79,1	1 377 000
Nordlandssykehuset HF	HF	Nord	4 152 000 000	33 604 000	21,4	6,3	29,4	10 401 000	31,0	1 651 000
Modum Bad	PRIV	Sør-Øst	218 183 000	9 530 000	8,4	7,4	88,1	9 530 000	100,0	1 293 000
Helse Fonna HF	HF	Vest	3 345 000 000	20 662 000	20,1	8,4	41,8	9 065 000	43,9	1 079 000
Lovisenberg Diagonale Sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 795 322 000	34 220 000	28,7	5,1	17,8	6 087 000	17,8	1 194 000
Helse Førde HF	HF	Vest	2 787 000 000	12 397 000	10,5	3,4	32,4	3 875 000	31,3	1 140 000
Sykehuset Østfold HF	HF	Sør-Øst	5 805 000 000	54 723 000	59,9	4,2	7,0	3 832 000	7,0	912 000
Helse Møre og Romsdal HF	HF	Midt	6 073 000 000	12 233 000	14,2	3,1	21,8	1 988 000	16,3	643 000
Solli distriktpsikiatriske senter	PRIV	Vest	117 978 000	1 788 000	1,8	1,8	100,0	1 788 000	100,0	993 000
NKS Olaviken alderspsikiatriske sykeh	PRIV	Vest	105 018 000	1 163 000	0,9	0,9	100,0	1 163 000	100,0	1 322 000
Helgelandssykehuset HF	HF	Nord	1 890 000 000	2 362 000	2,5	1,0	40,0	957 000	40,5	957 000
Sykehuset Telemark HF	HF	Sør-Øst	3 963 000 000	20 778 000	15,8	0,5	3,2	590 000	2,8	1 180 000
NKS Jæren distriktpsikiatriske senter	PRIV	Vest	181 000 000	287 000	0,3	0,3	120,0	287 000	100,0	957 000
AiR - Nasjonalt kompetansesenter for ar	PRIV	Sør-Øst	70 784 000	7 146 000	7,6	0,0	0,0	0	0,0	0
Betanien Hospital Skien	PRIV	Sør-Øst	184 642 000	1 652 000	2,1	0,0	0,0	0	0,0	0
Frambu senter for sjeldne diagnoser	PRIV	Sør-Øst	66 291 000	1 970 000	1,7	0,0	0,0	0	0,0	0
Haraldsplass Diagonale Sykehus	PRIV	Vest	771 000 000	15 095 000	13,8	0,0	0,0	0	0,0	0
Haugesund Sanitetsforening Revmatism	PRIV	Vest	154 900 000	732 000	1,2	0,0	0,0	0	0,0	0
LHL-klippene Feiring	PRIV	Sør-Øst	110 787 000	5 001 000	3,9	0,0	0,0	0	0,0	0
LHL-klippene Glittre	PRIV	Sør-Øst	153 091 000	2 220 000	1,7	0,0	0,0	0	0,0	0
Martina Hansens Hospital	PRIV	Sør-Øst	371 317 000	7 938 000	4,9	0,0	0,0	0	0,0	0
Revmatismesykehuset AS	PRIV	Sør-Øst	97 982 000	5 461 000	5,8	0,0	0,0	0	0,0	0
Sunnaas sykehus HF	HF	Sør-Øst	560 000 000	25 074 000	19,1	0,0	0,0	0	0,0	0
Sykehusapotek Nord HF	HF	Nord	418 400 000	1 612 000	1,8	0,0	0,0	0	0,0	0
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	HF	Midt	896 000 000	1 471 000	1,8	0,0	0,0	0	0,0	0
Sykehusapotekene i Sør-Øst HF	HF	Sør-Øst	3 098 127 000	4 560 000	4,6	0,0	0,0	0	0,0	0
Totalt / gjennomsnitt			137 549 200 000	3 549 640 000	2 793,8	346,3	12,4	419 950 000	11,8	1 213 000

Tabellnoter:

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

² Driftskostnader inklusive avskrivninger og pensjonskostnader i løpende priser.

Tabell V2.3: Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2015, sortert etter kostnader innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere. ¹

Helseforetak og private ideelle sykehus	Nivå/ type	Helse- region	Totale driftskostnader ²	Totale driftskostn. til forskning	Forsknings- årsverk	Forsknings- årsverk rus	Forsknings- % kostnader rus	Forskning rus kr/årsverk		
St. Olavs Hospital HF	HF	Midt	9 938 000 000	200 581 000	130,4	9,4	7,2	13 452 000	6,7	1 434 000
Sykehuset Innlandet HF	HF	Sør-Øst	8 806 000 000	64 331 000	58,4	10,2	17,4	11 273 000	17,5	1 107 000
Sørlandet Sykehus HF	HF	Sør-Øst	6 268 000 000	75 204 000	55,3	5,0	9,0	7 129 000	9,5	1 426 000
Helse Stavanger HF	HF	Vest	6 556 000 000	107 091 000	94,0	5,7	6,1	6 487 000	6,1	1 138 000
Helse Bergen HF	HF	Vest	10 983 000 000	469 894 000	351,0	2,6	0,7	3 321 000	0,7	1 277 000
Oslo universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	22 282 000 000	1 703 297 000	1 290,6	2,0	0,2	2 719 000	0,2	1 360 000
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	HF	Nord	7 155 000 000	218 469 000	190,7	1,8	0,9	2 471 000	1,1	1 412 000
Akershus universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	8 284 000 000	177 699 000	162,3	1,8	1,1	2 005 000	1,1	1 133 000
Sykehuset Østfold HF	HF	Sør-Øst	5 805 000 000	54 723 000	59,9	1,4	2,3	1 177 000	2,2	841 000
Helse Førde HF	HF	Vest	2 787 000 000	12 397 000	10,5	1,3	12,4	857 000	6,9	659 000
Helse Fonna HF	HF	Vest	3 345 000 000	20 662 000	20,1	0,5	2,5	711 000	3,4	1 422 000
Lovisenberg Diagonale Sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 795 322 000	34 220 000	28,7	0,4	1,4	537 000	1,6	1 343 000
Helse Møre og Romsdal HF	HF	Midt	6 073 000 000	12 233 000	14,2	0,7	4,7	503 000	4,1	762 000
Nordlandssykehuset HF	HF	Nord	4 152 000 000	33 604 000	21,4	0,5	2,3	364 000	1,1	728 000
Vestre Viken HF	HF	Sør-Øst	8 469 000 000	63 338 000	55,0	0,4	0,7	238 000	0,4	580 000
AiR - Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta	PRIV	Sør-Øst	70 784 000	7 146 000	7,6	0,0	0,0	0	0,0	0
LHL-klinikkene Feiring	PRIV	Sør-Øst	110 787 000	5 001 000	3,9	0,0	0,0	0	0,0	0
Sykehusapotek Nord HF	HF	Nord	418 400 000	1 612 000	1,8	0,0	0,0	0	0,0	0
Sykehusapotekene i Sør-Øst HF	HF	Sør-Øst	3 098 127 000	4 560 000	4,6	0,0	0,0	0	0,0	0
LHL-klinikkene Glitre	PRIV	Sør-Øst	153 091 000	2 220 000	1,7	0,0	0,0	0	0,0	0
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	HF	Midt	896 000 000	1 471 000	1,8	0,0	0,0	0	0,0	0
Solli distriktpsykiatriske senter	PRIV	Vest	117 978 000	1 788 000	1,8	0,0	0,0	0	0,0	0
NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS	PRIV	Vest	105 018 000	1 163 000	0,9	0,0	0,0	0	0,0	0
NKS Jæren distriktpsykiatriske senter AS	PRIV	Vest	181 000 000	287 000	0,3	0,0	0,0	0	0,0	0
Haugesund Sanitetsforening Revmatismesykehus	PRIV	Vest	154 900 000	732 000	1,2	0,0	0,0	0	0,0	0
Finnmarkssykehuset HF	HF	Nord	1 974 000 000	13 711 000	10,1	0,0	0,0	0	0,0	0
Helgelandsykehuset HF	HF	Nord	1 890 000 000	2 362 000	2,5	0,0	0,0	0	0,0	0
Helse Nord-Trøndelag HF	HF	Midt	3 043 000 000	23 070 000	16,0	0,0	0,0	0	0,0	0
Sykehuset Telemark HF	HF	Sør-Øst	3 963 000 000	20 778 000	15,8	0,0	0,0	0	0,0	0
Revmatismesykehuset AS	PRIV	Sør-Øst	97 982 000	5 461 000	5,8	0,0	0,0	0	0,0	0
Martina Hansens Hospital	PRIV	Sør-Øst	371 317 000	7 938 000	4,9	0,0	0,0	0	0,0	0
Betanien Hospital Skien	PRIV	Sør-Øst	184 642 000	1 652 000	2,1	0,0	0,0	0	0,0	0
Sykehuset Vestfold HF	HF	Sør-Øst	4 518 000 000	74 824 000	66,7	0,0	0,0	0	0,0	0
Haraldsplass Diagonale Sykehus	PRIV	Vest	771 000 000	15 095 000	13,8	0,0	0,0	0	0,0	0
Diakonhjemmet sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 887 378 000	74 452 000	58,9	0,0	0,0	0	0,0	0
Modum Bad	PRIV	Sør-Øst	218 183 000	9 530 000	8,4	0,0	0,0	0	0,0	0
Frambu senter for sjeldne diagnoser	PRIV	Sør-Øst	66 291 000	1 970 000	1,7	0,0	0,0	0	0,0	0
Sunnaas sykehus HF	HF	Sør-Øst	560 000 000	25 074 000	19,1	0,0	0,0	0	0,0	0
Totalt / gjennomsnitt			137 549 200 000	3 549 640 000	2 793,8	43,5	1,6	53 244 000	1,5	1 223 000

Tabellnoter:

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

² Driftskostnader inklusive avskrivninger og pensjonskostnader i løpende priser.

Tabell V2.4: Ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid i helseforetakene i 2015, sortert etter totale driftskostnader til forskning.¹

Helseforetak og private ideelle sykehus	Nivå/ type	Helse- region	Totale driftskostnader ²		Totale driftskostnader til FoU		Totale driftskostn. til forskning		FoU-kostn. % av tot.kost.	Forskn.kostn. % av tot.kost.	FoU-årsverk
			driftskostnader ²	%	driftskostnader til FoU	%	driftskostn. til forskning	%			
Oslo universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	22 282 000 000	16,3	1 854 028 000	45,7	1 703 297 000	48,0	8,3	7,6	1 424,6
Helse Bergen HF	HF	Vest	10 983 000 000	8,0	571 700 000	14,1	469 894 000	13,2	5,2	4,3	429,0
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	HF	Nord	7 155 000 000	5,2	249 025 000	6,1	218 469 000	6,2	3,5	3,1	217,4
St. Olavs Hospital HF	HF	Midt	9 938 000 000	7,3	257 373 000	6,3	200 581 000	5,7	2,6	2,0	168,0
Akershus universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	8 284 000 000	6,1	184 479 000	4,5	177 699 000	5,0	2,2	2,1	169,2
Helse Stavanger HF	HF	Vest	6 556 000 000	4,8	114 132 000	2,8	107 091 000	3,0	1,7	1,6	100,5
Sørlandet Sykehus HF	HF	Sør-Øst	6 268 000 000	4,6	84 273 000	2,1	75 204 000	2,1	1,3	1,2	63,4
Sykehuset Vestfold HF	HF	Sør-Øst	4 518 000 000	3,3	98 877 000	2,4	74 824 000	2,1	2,2	1,7	90,9
Diakonhjemmet sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 887 378 000	1,4	93 752 000	2,3	74 452 000	2,1	5,0	3,9	76,3
Sykehuset Innlandet HF	HF	Sør-Øst	8 806 000 000	6,4	70 698 000	1,7	64 331 000	1,8	0,8	0,7	63,5
Vestre Viken HF	HF	Sør-Øst	8 469 000 000	6,2	77 361 000	1,9	63 338 000	1,8	0,9	0,7	68,4
Sykehuset Østfold HF	HF	Sør-Øst	5 805 000 000	4,2	84 591 000	2,1	54 723 000	1,5	1,5	0,9	78,5
Lovisenberg Diagonale Sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 795 322 000	1,3	34 220 000	0,8	34 220 000	1,0	1,9	1,9	28,7
Nordlandssykehuset HF	HF	Nord	4 152 000 000	3,0	36 932 000	0,9	33 604 000	0,9	0,9	0,8	24,7
Sunnaas sykehus HF	HF	Sør-Øst	560 000 000	0,4	34 283 000	0,8	25 074 000	0,7	6,1	4,5	27,9
Helse Nord-Trøndelag HF	HF	Midt	3 043 000 000	2,2	35 300 000	0,9	23 070 000	0,6	1,2	0,8	25,4
Sykehuset Telemark HF	HF	Sør-Øst	3 963 000 000	2,9	20 778 000	0,5	20 778 000	0,6	0,5	0,5	15,8
Helse Fonna HF	HF	Vest	3 345 000 000	2,4	22 347 000	0,6	20 662 000	0,6	0,7	0,6	21,8
Haraldsplass Diagonale Sykehus	PRIV	Vest	771 000 000	0,6	16 190 000	0,4	15 095 000	0,4	2,1	2,0	14,9
Finnmarkssykehuset HF	HF	Nord	1 974 000 000	1,4	13 711 000	0,3	13 711 000	0,4	0,7	0,7	10,1
Helse Førde HF	HF	Vest	2 787 000 000	2,0	15 091 000	0,4	12 397 000	0,3	0,5	0,4	13,9
Helse Møre og Romsdal HF	HF	Midt	6 073 000 000	4,4	12 233 000	0,3	12 233 000	0,3	0,2	0,2	14,2
Modum Bad	PRIV	Sør-Øst	218 183 000	0,2	10 130 000	0,2	9 530 000	0,3	4,6	4,4	8,9
Martina Hansens Hospital	PRIV	Sør-Øst	371 317 000	0,3	8 602 000	0,2	7 938 000	0,2	2,3	2,1	5,3
AiR - Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsPRIV	PRIV	Sør-Øst	70 784 000	0,1	7 146 000	0,2	7 146 000	0,2	10,1	10,1	7,6
Revmatismesykehuset AS	PRIV	Sør-Øst	97 982 000	0,1	8 232 000	0,2	5 461 000	0,2	8,4	5,6	9,0
LHL-klinikkene Feiring	PRIV	Sør-Øst	110 787 000	0,1	8 166 000	0,2	5 001 000	0,1	7,4	4,5	7,4
Sykehusapotekene i Sør-Øst HF	HF	Sør-Øst	3 098 127 000	2,3	6 859 000	0,2	4 560 000	0,1	0,2	0,1	6,5
Helgelandssykehuset HF	HF	Nord	1 890 000 000	1,4	2 362 000	0,1	2 362 000	0,1	0,1	0,1	2,5
LHL-klinikkene Glitre	PRIV	Sør-Øst	153 091 000	0,1	3 268 000	0,1	2 220 000	0,1	2,1	1,5	2,6
Frambu senter for sjeldne diagnoser	PRIV	Sør-Øst	66 291 000	0,0	5 320 000	0,1	1 970 000	0,1	8,0	3,0	4,6
Solli distriktpsikiatriske senter	PRIV	Vest	117 978 000	0,1	2 760 000	0,1	1 788 000	0,1	2,3	1,5	2,9
Betanien Hospital Skien	PRIV	Sør-Øst	184 642 000	0,1	1 652 000	0,0	1 652 000	0,0	0,9	0,9	2,1
Sykehusapotek Nord HF	HF	Nord	418 400 000	0,1	1 612 000	0,0	1 612 000	0,0	2,0	2,0	1,8
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	HF	Midt	896 000 000	0,1	2 202 000	0,1	1 471 000	0,0	1,2	0,8	2,6
NKS Olaviken alderspsikiatriske sykehus ASPRIV	PRIV	Vest	105 018 000	0,1	1 387 000	0,0	1 163 000	0,0	1,3	1,1	1,1
Haugesund Sanitetsforening Revmatismesyk	PRIV	Vest	154 900 000	0,1	2 851 000	0,1	732 000	0,0	1,8	0,5	3,4
NKS Jæren distriktpsikiatriske senter AS	PRIV	Vest	181 000 000	0,1	1 674 000	0,0	287 000	0,0	0,9	0,2	1,6
Betanien sykehus Vest3	PRIV	Vest	185 000 000	0,1	330 000	0,0	0	0,0	0,2	0,0	0,3
Totalt / gjennomsnitt			137 734 200 000	100	4 055 927 000	100,0	3 549 640 000	100,0	3,0	2,6	3 216,9

Tabellnoter:

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

² Driftskostnader inklusive avskrivninger og pensjonskostnader i løpende priser.

³ Har kun utviklingsarbeid, ikke forskning

Vedlegg 3: Detaljert oversikt over ressursbruk til forskning i 2015 per helseforetak i de fire helseregionene

Helse Midt-Norge

Tabell V3.1: Driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver og driftskostnader til forskning, inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger, i helseforetak i Helse Midt-Norge i 2015. Mill. kroner. Prosent.

Rapporteringsenhet	Driftskostnader til forskning (mill. kr)	Totale driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver (mill. kr)	Driftskostnader til forskning i % av totale driftskostnader
Helse Møre og Romsdal HF	12,2	6 073	0,2
Helse Nord-Trøndelag HF	23,1	3 043	0,8
St. Olavs Hospital HF	200,6	9 938	2,0
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	1,5	896	0,2
Sum Helse Midt-Norge	237,4	19 950	1,2

Kilde: NIFU.

Helse Vest

Tabell V3.2: Driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver og driftskostnader til forskning, inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger, i helseforetak og private, ideelle sykehus i Helse Vest i 2015. Mill. kroner. Prosent.

Rapporteringsenhet	Driftskostnader til forskning (mill. kr)	Totale driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver (mill. kr)	Driftskostnader til forskning i % av totale driftskostnader
Haraldsplass Diakonale sykehus as	15,1	771	2,0
Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus	0,7	155	0,5
Helse Bergen HF	469,9	10 983	4,3
Helse Fonna HF	20,7	3 345	0,6
Helse Førde HF	12,4	2 787	0,4
Helse Stavanger HF	107,1	6 556	1,6
Jæren DPS	0,3	181	0,2
NKS Olaviken alderspsykiatriske senter	1,2	105	1,1
Solli sykehus	1,8	118	1,5
Sum Helse Vest	629,1	25 001	2,5

Kilde: NIFU.

Helse Sør-Øst

Tabell V3.3: Driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver og driftskostnader til forskning, inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger, i helseforetak og private, ideelle sykehus i Helse Sør-Øst i 2015. Mill. kroner. Prosent.

Rapporteringsenhet	Driftskostnader til forskning (mill. kr)	Totale driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver (mill. kr)	Driftskostnader til forskning i % av totale driftskostnader
Akershus universitetssykehus HF	177,7	8 284	2,1
Betanien Hospital	1,7	185	0,9
Diakonhjemmet sykehus AS	74,5	1 887	3,9
Feiringklinikken (LHL Helse)	5,0	111	4,5
Frambu Senter for sjeldne funksjonshemninger	2,0	66	3,0
Glittreklinikken (LHL Helse)	2,2	153	1,5
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	34,2	1 795	1,9
Martina Hansens Hospital	7,9	371	2,1
Modum Bad	9,5	218	4,4
Oslo universitetssykehus HF	1 703,3	22 282	7,6
Rehabiliteringssenteret AiR – kompetansesenteret	7,1	71	10,0
Revmatismesykehuset AS	5,5	98	5,6
Sunnaas sykehus HF	25,1	560	4,5
Sykehusapotekene i Sør-Øst ¹	4,6	3 098	0,1
Sykehuset Innlandet HF	64,3	8 806	0,7
Sykehuset Telemark HF	20,8	3 963	0,5
Sykehuset Vestfold HF	74,8	4 518	1,7
Sykehuset Østfold HF	54,7	5 805	0,9
Sørlandet Sykehus HF	75,2	6 268	1,2
Vestre Viken HF	63,3	8 469	0,7
Sum Helse Sør-Øst	2 413,4	77 009	3,1

¹ Oppgir reelle driftskostnader, eksklusive salg av legemidler, på 468 033 000, som gir en forskningsandel på 0,85%.

Kilde: NIFU.

Helse Nord

Tabell V3.4: Driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver og driftskostnader til forskning, inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger, i helseforetak i Helse Nord i 2015. Mill. kroner. Prosent.

Rapporteringsenhet	Driftskostnader til forskning (mill. kr)	Totale driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver (mill. kr)	Driftskostnader til forskning i % av totale driftskostnader
Finnmarkssykehuset HF	13,7	1 974	0,7
Helgelandssykehuset HF	2,4	1 890	0,1
Nordlandssykehuset HF	33,6	4 152	0,8
Sykehusapotek Nord HF	1,6	418	0,4
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	218,5	7 155	3,1
Sum Helse Nord	269,8	15 589	1,7

Kilde: NIFU.

Vedlegg 4: Hovedprinsipper, definisjoner og avgrensninger

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

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

Forskning og utviklingsarbeid (FoU)

OECD definerer *forskning og utviklingsarbeid (FoU)* som kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap – herunder kunnskap om mennesket, kultur og samfunn – og omfatter også bruken av denne kunnskapen til å finne nye anvendelser. FoU deles gjerne i tre underaktiviteter:

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

Definisjonene er relativt generelle, men er utdypet og eksemplifisert i eget vedlegg som fulgte rapporteringen og i oversendelsesbrevet til rapporteringsenhetene (jf. Vedlegg 5).¹⁴

Den over nevnte arbeidsgruppen^{15,16} anbefalte tiltak som er implementert i forbindelse med ressursmålingen for 2011, og andre tiltak er gjennomført i 2012. Gruppens arbeid fortsetter i 2013.

Bokførte kostnader til FoU

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

- Kostnader til FoU
- FoU-årsverk

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

På kostnadssiden skal kartleggingen dekke:

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

¹⁴ Proposed Standard Practice for Surveys on Research and Experimental Development. Frascati Manual 2002, OECD Paris.

¹⁵ Wiig og Husebekk, red. (2011).

¹⁶ Bakke og Wiig, red. (2011).

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

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

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

FoU-årsverk

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

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

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

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

Psykisk helse og spesialisert, tverrfaglig behandling av rusmisbrukere

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

Forholdet mellom helseforetakene og universiteter og høyskoler

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

Kort om regnskapsprinsipper og forholdet til FoU-statistikken

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

Vedlegg 5: Rapporteringsskjema og veiledningsmateriale 2015



Forespørsler kan rettes til:
 Ole Wiig - tlf 960 94 024
 e-post: ole.wiig@nifu.no
 Bjørn Magne Olsen - tlf 481 61 853
 e-post: manne@nifu.no

FoU-statistikk 2015

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

Foretakets navn: _____
 Rapporteringsenhet: _____
 Kontaktperson: _____
 Telefonnummer: _____
 E-postadresse: _____

1. Ressursbruk til forskning i 2015, totalt og per område.

1.1 Driftskostnader til forskning i 2015. 1000 kroner.

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

1.2 Investeringer til forskning i 2015

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

1.3 Utførte årsverk til forskning i 2015. Antall.

Antall årsverk til forskning	Til forskning (Antall)	Herav forskning innen Psykisk helsevern (Antall)	Herav forskning innen Tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere (Antall)
1 Utført av overleger og leger i klinisk stilling <i>herav finansiert av eksterne kilder (anslag) ¹</i>			
2 Utført av psykologer i klinisk stilling <i>herav finansiert av eksterne kilder (anslag) ¹</i>			
3 Utført av forskere, postdoktorer, stipendiater <i>herav finansiert av eksterne kilder (anslag) ¹</i>			
4 Utført av øvrig sykehuspersonale ² <i>herav finansiert av eksterne kilder (anslag) ¹</i>			
5 Årsverk til forskning i alt	0,0	0,0	0,0

¹ Skal samsvare med midler ført under pkt. 4 i tabell 3.3, side 3 i rapporteringsskjemaet.

² Laboratoriepersonale, teknisk og administrativt støttepersonale, sykepleiere, hjelpepleiere.

2. Ressursbruk til utviklingsarbeid i 2015, totalt og per område.

2.1 Driftskostnader til utviklingsarbeid i 2015. 1000 kroner.

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

2.2 Investeringer til utviklingsarbeid i 2015

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

2.3 Utførte årsverk til utviklingsarbeid i 2015. Antall.

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

¹ Skal samsvare med midler ført under pkt. 4 i tabell 3.3, side 3 i rapporteringsskjemaet.

² Laboratoriepersonale, teknisk og administrativt støttepersonale, sykepleiere, hjelpepleiere.

3. Finansiering av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid i 2015

Hvordan ble de samlede ressursene til forskning og utviklingsarbeid i 2015 finansiert?		
Finansieringskilde	Til forskning (1000 kr)	Til utviklingsarbeid (1000 kr)
1. Helseforetakets egenfinansiering (basisbevilgning over statsbudsjettet)		
2. Regionale samarbeidsorganer eller regionale helseforetak (øremerket)		
3. Andre midler fra Helse- og omsorgsdepartementet, inkludert underliggende etater (f.eks. Helsedirektoratet)		
4. Eksterne finansieringskilder, herav:		
Norges forskningsråd		
Offentlige midler (eksklusive Norges forskningsråd)	0	0
Staten (departementer og underliggende organer)		
Fylkeskommuner og kommuner		
Næringslivet	0	0
Farmasøytisk industri		
Annen industri		
Øvrig næringsvirksomhet		
Utenlandske kilder	0	0
EUs rammeprogram for forskning		
Nordiske kilder, velg fra liste		
Nordiske kilder, velg fra liste		
Øvrige utenlandske kilder, velg fra liste		
Øvrige utenlandske kilder, velg fra liste		
Andre innenlandske kilder	0	0
Private gaver og legater, egne inntekter (salgsinntekter, renteinntekter, pasientinntekter o.l.)		
Kreftforeningen		
Extrastiftelsen helse og rehabilitering		
Andre innenlandske kilder, velg fra liste		
Andre innenlandske kilder, velg fra liste		
Andre innenlandske kilder, velg fra liste		
Andre eksterne kilder, vennligst spesifiser:	0	0
Sum eksternt finansiering	0	0
Total finansiering (skal være lik sum driftskostnader i hhv tab. 1.1 og 2.1)*	0	0

4. Skjønnsmessige fordelinger av FoU-ressursene i 2015 på aktivitetstyper og teknologiområder.

4.1. Aktivitetstype 2015

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

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

4.2 Prioriterte teknologiområder 2015

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

Dersom helseforetaket/avdelingen har FoU-virksomhet som faller inn under teknologiområdene nedenfor, vennligst oppgi hvor stor prosentvis andel dette utgjorde av den totale FoU-virksomheten i 2015.

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

Områder	Har helseforetaket/avdelingen hatt FoU innenfor de oppgitte områdene i 2015? Sett X		Hvis ja, vennligst angi andelen av total FoU i prosent.
	Ja	Nei	
1 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)			
2 Bioteknologi			
3 Nanoteknologi			
4 Nye materialer unntatt nanoteknologi			

5. Internasjonalisering i 2015

Vennligst anslå hvor stor andel (%) av samlet FoU-virksomhet i 2015 som innebar internasjonalt prosjektsamarbeid (se vedlegg punkt 5 for definisjon).	Prosent

6. Helseforetakets/sykehusets samlede driftskostnader¹ i 2015

Driftskostnader	Til alle lovpålagte oppgaver (1000 kroner)
1 Lønnskostnader	
2 Pensjonskostnader og arbeidsgiveravgift	
3 Andre driftskostnader	
4 Driftskostnader i alt	0

¹ Hovedtall for helseforetakets/sykehusets samlede driftskostnader slik de fremkommer i driftsregnskapet, dvs. alle driftskostnader til forskning, pasientbehandling og andre oppgaver.

Til helseforetak og private, ideelle sykehus

Oslo, 27.11.2015

Deres ref.: 12820555
Vår ref.: 12820555 / ow

NIFU

Ressurser og personale til forskning og utviklingsarbeid (FoU) 2015

Som i fjor er henvendelsen tredelt og omfatter:

1. Måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU), FoU-statistikk 2015
2. Personaloversikt 2015
3. Rapportering av eksternt FoU-finansiering (fra EU og Forskningsrådet) 2015

Hver del omtales i det følgende.

1. FoU-statistikk 2015

Måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU)

NIFU har gjennomført målinger av ressursbruk til forskning i helseforetak og private, ideelle sykehus fra 2007, med data tilbake til 2006. Målingene bygger på prinsipper utformet i samråd med sektoren selv i regi av det tidligere Helse Sør RHF.

Arbeidet med å videreutvikle og forbedre målesystemet er fortsatt forankret i sektoren gjennom en egen ressursgruppe – kalt Ressursgruppen – med representasjon fra de fire regionale helseforetakene og observatører fra Norges forskningsråd, universitetenes medisinske fakulteter og Helse-direktoratet. Ressursgruppen er en permanent videreføring av en arbeidsgruppe oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning i 2010, og har så langt avgitt tre innstillinger, publisert i NIFU arbeidsnotater. Både de tre sistnevnte publikasjonene og innstillingen fra den opprinnelige arbeidsgruppen er tilgjengelige på NIFUs nettsider. I 2015 har gruppen særlig arbeidet med å få bedre kontroll med rapporteringen av eksternt finansierte FoU-årsverk og svingninger i kostnadsnivået som skyldes planendringer i helseforetakenes

www.nifu.no
post@nifu.no

Nordisk institutt for studier av
innovasjon, forskning og utdanning

Nordic Institute for Studies in
Innovation, Research and Education

Økernveien 9, NO-0653 Oslo
PB 2815 Tøyen, NO-0608 Oslo
+47 22 59 51 00

Org. nr. 976 073 169 / Kontonr. 7038.05.26482

pensjonssystem; i begge tilfeller er det truffet konkrete tiltak i rapporterings-skjemaet og veiledningsmaterialet. Dessuten har gruppen, med utgangspunkt i HO21-prosessen, diskutert forholdet mellom ressursmålingssystemet og klassifiseringssystemet HRCS (Health Research Classification System) og mulige måter å kombinere de to på; for tiden arbeides det her med å utforme en pilotundersøkelse.

Hovedresultater fra ressursmålingene leveres til de regionale helseforetakene og Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med årlig melding i midten av mars og presenteres dessuten i kortfattede, årlige rapporter fra NIFU (siste utgave: Ole Wiig: *Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2014. Hovedresultater og dokumentasjon*, NIFU Rapport 15/2015). Materiale inngår også i Susanne L. Sundnes et al: *Ressursinnsatsen i medisinsk og helsefaglig FoU i 2013. En analyse basert på FoU-statistisk materiale*, NIFU Rapport 25/2015.

Ressursmålingene danner også grunnlaget for den offisielle, norske FoU-statistikken for helseforetak og private, ideelle sykehus. FoU-statistikken utarbeides etter avtale med Norges forskningsråd og er basert på internasjonale retningslinjer fra OECD ("Frascati Manual"). Nasjonalt presenteres hovedresultater på NIFUs nettsider (<http://www.nifu.no/>), der FoU-statistikkbanken (<http://www.foustatistikbanken.no/>) gir brukerne muligheter til å lage sine egne tabeller. Også på Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) hjemmesider legges det ut materiale fra målesystemet, og omhandles dessuten i publikasjonen *Det norske forsknings- og innovasjonssystemet – statistikk og indikatorer*, som utgis årlig både i papirutgave og elektronisk. Internasjonalt inngår materialet i OECDs og EUs FoU-statistikk – sistnevnte gjennom Eurostat. Ny utgave av manualen er vedtatt og utgitt høsten 2015. Den vil fra 2016 bli innarbeidet i de nasjonale statistikkssystemene.

Hovedmål for 2015-rapporteringen

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

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

Innenfor disse rammene er det også en klar målsetning at innsamlet materiale skal være mest mulig sammenlignbart på tvers av foretak og regioner og også over tid. Det er derfor utarbeidet felles retningslinjer, som er nedfelt i dokumenter som følger denne henvendelsen.

Endringer fra 2014-rapporteringen

Rapporteringsopplegget for ressursmålingen er i hovedsak omtrent som i 2014. Vi har imidlertid denne gangen valgt å ta inn en ekstra tabell for totale

driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver, dvs. pasientbehandling, forskning osv. Ett tall for totale driftskostnader har NIFU de senere årene innhentet fra de regionale helseforetakene (for helseforetakene) og det enkelte private, ideelle sykehus. Hovedgrunnen til omleggingen er at vi i 2014 igjen opplevde det som omtales som en planendring i helseforetakenes pensjonssystem. Konkret ga dette en nedgang i så vel totalkostnader som forskningskostnader, med de konsekvenser dette har for sammenligning med forrige år. I stedet for å innhente tilleggsinformasjon ad hoc og for å ha en best mulig beredskap for fremtidige planendringer har vi, med virkning fra i 2015, valgt å be om totale driftskostnader spesifisert på lønnskostnader, pensjonskostnader og arbeidsgiveravgift og andre driftskostnader. Dette gir grunnlag for å beregne forholdet mellom forskningskostnader og totalkostnader med og uten pensjon og arbeidsgiveravgift. Dette forholdstallet – «forskningsintensiteten» – er en nøkkelindeks i sektorens styringssystem, og bør i størst mulig grad indikere aktivitet og aktivitetsendringer.

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

Noen presiseringer vedrørende eksternt finansiert forskning

I forbindelse med 2013-rapporteringen ble det introdusert en ny spørsmålsstilling på årsverkssiden. Bakgrunnen var at RHFFenes strategigruppe for forskning også ønsket tall for ressursbruken til forskning **eksklusive eksternt finansiert forskning**. Vi ba derfor om at det i årsverkstabellene under både forskning (spørsmål 1.3) og utviklingsarbeid (spørsmål 2.3) ble anslått hvor mange årsverk som var finansiert av eksterne kilder.

Spørsmålsstillingen ble imidlertid feiltolket av flere. Derfor la vi i 2014-rapporteringen inn noen presiseringer i *Vedlegg: Definisjoner, klassifikasjoner. Retningslinjer*. Fortsatt var det imidlertid enkelte misforståelser på dette punktet. Derfor understreker vi igjen at vi her ber om å få oppgitt de årsverkene som er finansiert av eksterne kilder, dvs. de midlene som er ført under punkt 4 Eksterne finansieringskilder i spørsmål 3, side 3 i rapporteringsskjemaet.

To presiseringer til i denne forbindelse:

Dette *må ikke forveksles* med årsverk utført av personer lønnet av andre enn helseforetaket eller det private, ideelle sykehuset (som man i henhold til den økonomiske hovedavgrensningen av rapporteringen bare skal rapportere infrastruktur- og andre merkostnader for; se pkt. B i Vedlegg).

Det er også grunn til å understreke at eksterne midler i denne sammenhengen *ikke må forveksles* med innbetalinger til forskningsprosjekter, som bes oppgitt i eksternfinansieringsskjemaet; se avsnitt 3 nedenfor. I ressursmålingen spør vi, med utgangspunkt i hovedavgrensningen for målesystemet, om hvilke kilder som finansierte FoU-aktiviteten, som ble utført i 2015. Dette samsvarer ikke uten videre med det vi ber om i eksternfinansieringsskjemaet, nemlig

innbetalinger til forskningsformål fra Forskningsrådet og EU i 2015. Innbetalinger i 2015 behøver ikke å finansiere FoU-aktivitet utført i 2015, men kanskje først i 2016 og påfølgende år. Se avsnitt 3. nedenfor og egen veiledning.

Om tidsplanen

Hovedtall for ressursbruk til forskning skal være tilgjengelige i forbindelse med årlig melding som de regionale helseforetakene er forpliktet til å overlevere til Helse- og omsorgsdepartementet senest 15. mars 2016. For at hovedtallene skal kunne rapporteres videre til de regionale helseforetakene innen denne fristen, er det viktig at NIFU mottar utfylte skjemaer så tidlig som mulig og senest innen utgangen av februar 2016. For enkelte rapporteringsenheter er det her et klart forbedringspotensial.

Noen råd om gjennomføringen

NIFU er innforstått med at tidsvinduet mellom regnskapsavslutning og rapporteringsfristen i februar er smalt. Det vil derfor i praksis kunne være slik at forskningsrapporteringen ikke er basert på helt endelige eller styregodkjente regnskapstall. Vi tillater oss derfor å gjenta noen råd fra de siste par årene. NIFU mener det vil være fornuftig om det legges opp til en prosess i *to faser*:

- Vi antar at den interne kartleggingen av *FoU-prosjekter, -årsverk og -personale* kan startes opp ganske raskt etter mottaket av denne henvendelsen. Målsetningen bør være at denne delen av rapporteringen er klar *i god tid før* regnskapsavslutningen for 2015.
- Da vil tidsvinduet fra ferdigstilling av denne delen av rapporteringen til fristen kunne brukes til *kostnadsberegningene*. Kostnadsberegningene bør foretas på et så sent tidspunkt i regnskapsavslutningen at tallene er mest mulig endelige, men i tide til å muliggjøre rapportering innen fristen.

2. Personaloversikter 2015

Alle aktuelle helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte inn oversikter over personale som deltok i FoU i 2014. Opplysningene om personalet inngår i NIFUs Forskerpersonalregister. Foruten helseforetakene dekker registeret universiteter, høyskoler, forskningsinstitutter og andre institusjoner med FoU-virksomhet.

For å oppdatere registeret ber vi om opplysninger om **alt personale som mottok lønn i fast eller midlertidig stilling ved helseforetaket eller det private, ideelle sykehuset per 1. oktober 2015 og som deltok i forskning og utviklingsarbeid (FoU) i 2015.**

Følgende opplysninger ønskes per person, og helst også i denne rekkefølgen:

1. **Navn.** Her ber vi om ettemavn og fornavn

2. Fødselsdato

3. Fagseksjon, avdeling e.l.

4. **Stillingsopplysninger.** Her ønsker vi både stillingstekst og stillingsgruppe for alle personer i oversikten. Hvis enheten benytter stillingskoder, ber vi om at disse også inkluderes i oversikten. Vær i så fall vennlig å legge ved kodenøkkelen.
5. **Stillingsbrøk for deltidsansatte.** Merk at stillingsbrøken her gjelder ansettelsesforholdet, og ikke tid brukt til FoU.
6. **Finansieringskilde** hvis annen kilde enn helseforetaket eller det private, ideelle sykehuset selv.
7. **Utenlandsk doktorgrad.** Vi ber om at personer som har oppnådd en utenlandsk doktorgrad i 2015 markeres særskilt i personaloversikten (eller på eget ark) og at det opplyses om gradtittel, kreeringsår og land.

Merk også følgende forhold:

- **Professor II-stillinger skal ikke tas med** i oversiktene fra helseforetakene. De rapporteres inn av universitetene.
- Utenlandske gjesteforskere skal ikke tas med.

Som hjelpemiddel for rapportering av personalopplysninger *ettersender* vi en oversikt over forskerpersonale som ble registrert ved enheten i 2014. Avvik mellom disse oversiktene og listene dere sendte inn for 2014 skyldes i hovedsak at Forskerpersonalregisteret er et individregister der én person bare kan registreres én gang. For personale med flere stillingsforhold enten ved samme helseforetak eller ved andre institusjoner som inngår i Forskerpersonalregisteret, foretas det en skjønnsmessig vurdering av hvilken institusjon personen skal henføres til. Som hovedregel blir personer registrert der de har sin hovedstilling, men der personen har samme eller tilnærmet samme stillingsbrøk ved flere institusjoner, fattes det en beslutning om plassering, ev. basert på tilleggsinformasjon. Listen inneholder opplysninger om høyeste utdanning og doktorgrad. Hvis aktuelt og mulig, ber vi om at disse opplysningene korrigeres.

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

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

Dataene leveres som Excel-filer. Oversikt over forskerpersonalet som ble registrert ved enheten i 2014 lastes ned i den web-baserte løsningen *NIFU*

Boxit. Filen med oversikt over forskerpersonalet pr. 2014 oppdateres, og lastes opp igjen til NIFU med opplysninger pr 1.10.15. Lenke og passord for tilgang til NIFU Boxit blir tilsendt i egen forsendelse i uke 49/50. I samme forsendelse vil det også være en enkel beskrivelse av hvordan Excel-fil med liste over personalet lastes ned, og hvordan utfylte spørreskjemaer og oppdaterte lister over personalet lastes opp.

NIFU har tillatelse (fra Datatilsynet) til å forvalte persondata i Forskerpersonalregisteret. NIFU er samtidig pålagt av Datatilsynet å informere de registrerte om at persondata om dem registreres. Behandlingsansvarlig anser det som uforholdsmessig vanskelig å informere alle de registrerte direkte og at det er tilstrekkelig at det gis generell informasjon via institusjonene opplysningene innhentes fra, typisk via oppslag på interne nettsider etc. Varslingen om registreringen av 2014-data gjennomføres etter planen i desember 2015.

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

Fra 2015 skal det rapporteres årlig på tildeling av eksterne midler til forskning i helseforetakene, jf. Prop. 1 S, kap. 732, post 78 og rapporteringsinstruksen fra CRISStin for 2015. Rapporteringen inngår i grunnlaget for beregning av den resultatbaserte andelen av tilskuddet til forskning i helseforetakene fra Helse- og omsorgsdepartementet. Formålet er å stimulere til økt norsk deltakelse i nasjonale og internasjonale konkurransearenaer, samt å få en bedret nasjonal statistikk for norsk deltakelse i EU-forskningen.

Rapporteringsopplegget for denne delen av rapporteringen ble utviklet i en miniarbeidsgruppe oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning i samråd med andre aktører, bl.a. Helse- og omsorgsdepartementet og Norges forskningsråd. Denne rapporteringen ble gjennomført første gang for året 2013. Skjemaet og veiledningen er tilnærmet uendret fra i fjor og er lagt ut på samme nettside som resten av 2015-undersøkelsen.

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

Litt praktisk informasjon om 2015-rapporteringen

Kort oppsummert er tidsvinduet mellom ferdigstilling av regnskap og tidsfristen for rapporteringen (se nedenfor) smalt. Vi tillater oss derfor å råde helseforetakene og de private, ideelle sykehusene til å starte kartlegging av den delen av grunnlagsmaterialet som er uavhengig av regnskapet allerede i 2015.

Vi antar at de fleste helseforetak og private, ideelle sykehus vil kunne bygge videre på rapporteringsopplegget de har benyttet tidligere år. [Les likevel dokumentet Vedlegg nøyve!](#) Det er lagt inn enkelte presiseringer i forhold til 2014, særlig i forbindelse med tolkningen av [eksternt finansierte årsverk](#).

NIFU

Veiledningsmateriale for tidligere årganger er lagt ut på NIFUs nettsider (lenker fra 2015-siden), og kan lastes ned derfra.

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

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

Vi ber om at utfylte rapporteringsskjemaer returneres til NIFU

senest fredag 26. februar 2016

Vi ber om at rapporteringen fortrinnsvis skjer elektronisk (Excel-filer). På grunn av tekniske problemer knyttet til levering av Excel-filer som vedlegg til e-post, ber vi om at data som hovedregel leveres gjennom dataløsningen NIFU Boxit. Løsningen er skybasert, og krever ingen installasjon av programvare. Den er i noen tilfeller brukt også tidligere år. Lenke og passord for tilgang til NIFU Boxit vil bli tilsendt i egen forsendelse. I samme forsendelse vil det følge en enkel beskrivelse av hvordan filene skal lastes opp.

Med vennlig hilsen
NIFU


Susanne L. Sundnes
Forskningsleder



Ole Wiig
Prosjektleder

FoU-statistikk 2015

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

A. Avgrensning av forskning og utviklingsarbeid

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

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

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

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

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

Tilsvarende gjelder i utgangspunktet for:

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

Er *formålet* FoU skal aktiviteten regnes som FoU.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Om en aktivitet skal registreres som utviklingsarbeid i denne forstand, er det en helt grunnleggende forutsetning **at den også faller inn under FoU-begrepet**, med vekt på elementer som nyskaping, reduksjon av vitenskapelig usikkerhet, systematikk og nyhetsverdi i forhold til kunnskapsfronten i global forstand; jf. definisjon foran.

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

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

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

B. Ressursbruk til FoU: økonomisk avgrensning

Etter overordnet økonomisk avgrensning skal det rapporteres:

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

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

Ressursbruk til FoU innen psykisk helse og rus

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

C. Til de enkelte punktene i skjemaet

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

1. Ressursbruk til forskning i 2015

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

1.1 Driftskostnader til forskning 2015

Vi ber om at driftskostnadene fordeles mellom

- Direkte lønnskostnader
- Direkte pensjon og arbeidsgiveravgift
- Andre direkte driftskostnader, eksklusive kalkulerte påslag.
- Indirekte driftskostnader, dvs. andeler av kostnader i fellesavdelinger og/eller kalkulerte påslag.

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

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

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

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

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

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

1.2 Investeringer 2015

Spørsmålet gjelder helseforetakets eller sykehusets kjøp/anskaffelse av bygg, anlegg og varige driftsmidler, inkl. utstyr og instrumenter. Vi ber om forskningsandelen av anskaffelsesverdien i 2015 for hver kategori anslås etter beste skjønn, basert på en vurdering av forventet fremtidig bruk.

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

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

1.3 Utførte forskningsårsverk 2015

Årsverk er hoveddriveren for de forskningsrelaterte kostnadene og er derfor viktige å kartlegge. Et årsverk er *det arbeidet som en person utfører i løpet av et år* (Statistisk sentralbyrå). En heltidsansatt som har brukt halve tiden på forskning, har utført et halvt forskningsårsverk. Men for kliniske stillinger regnes ikke overtid og vaktarbeid med i årsverket, jf. at kostnadene for dette skal holdes utenfor (pkt. C.1.1).

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

Årsverkskategorier: Vi ber om at forskningsårsverkene deles inn i følgende fire kategorier:

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

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

Eksternt finansierte årsverk: Vi ber om at det anslås hvor mange av årsverkene innen hver av de fire kategoriene over, som var eksternt finansierte. Operasjonelt omfatter eksterne midler i denne sammenhengen midler som er ført under pkt. 4 **Eksterne finansieringskilder i spørsmål 3, side 3 i spørreskjemaet** (se også under pkt. C.3 nedenfor). Dette må **ikke** forveksles med årsverk utført av personer som er lønnet av andre enn foretaket (som man i henhold til den økonomiske hovedavgrensningen av rapporteringen bare skal rapportere infrastruktur- og andre merkostnader for; se pkt. B over).

2. Ressursbruk til utviklingsarbeid 2015

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

3. Finansiering av FoU i 2015

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

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

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

Den fjerde hovedkategorien er

4. Ekstern finansiering

Oppsettet er som for 2014. De vanligste eksterne finansieringskildene er spesifisert. Ytterligere kilde-spesifikasjoner kan velges fra rullegardinmenyene i skjemaet eller bruk fritekstfelt under "Andre eksterne kilder". Merk at eksterne midler så langt som mulig skal *føres tilbake til primærkilden*; f.eks. skal forskningsrådsmidler helseforetaket får via et universitet føres som forskningsrådsmidler. Formålet er å få et mest mulig dekkende bilde av FoU-finansieringen i sektoren.

4. Skjønsmessig fordeling av FoU-ressursene

4.1 Aktivitetstype 2015

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

4.2 Prioriterte teknologiområder i 2015

Hvis helseforetaket i 2015 hadde FoU rettet mot noen av teknologiområdene, anslå hvor stor prosentvis del dette utgjorde av enhetens egenutførte FoU-virksomhet i 2015. Inndelingen er lett modifisert i forhold til forrige forskningsmelding "Vilje til forskning" (St.meld. nr. 20 (2004-2005)). Områdene er definert slik:

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi:

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

Bioteknologi:

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

Nanoteknologi:

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

Nye materialer, unntatt nanoteknologi:

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

5. Internasjonalisering 2015

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

6. Totale driftskostnader 2015

I denne tabellen som er ny av året, ber vi om totale driftskostnader, inkludert avskrivninger, til alle spesialisthelsetjenestens lovpålagte oppgaver, dvs. inkludert pasientbehandling mv. Vi ber også om at driftskostnadene fordeles på lønn, pensjon og arbeidsgiveravgift og andre driftskostnader.

Spørsmål kan rettes til:

Ole Wiig, tlf. 960 94 024 (e-post: ole.wiig@nifu.no)

Bjørn Magne Olsen, tlf. 481 61 853 (e-post:

manne@nifu.no).

Vedlegg 6: Tabeller om forskning og utviklingsarbeid (FoU) 2015

Tabell V6.1: Helseforetakenes driftskostnader til FoU i 2015, inklusive eksternt finansiert FoU og avskrivninger, etter region og forvaltningsnivå. Millioner kroner. Prosent.

Helseregion	Forvaltnings- nivå	Rapporterte driftskostnader til FoU i 2015			Andel av kostnadene rapportert av HF og PIS (%)
		Helseforetak (HF) og private, ideelle sykehus (PIS) (mill. kr)	Regionale helseforetak (RHF) ¹ (mill. kr)	RHF, HF og PIS samlet (mill. kr)	
Helse Midt-Norge RHF		307	213	520	59
Helse Nord RHF ²		304	71	375	81
Helse Sør-Øst RHF		2 697	0	2 697	100
Helse Vest RHF		748	1	749	100
Totalt		4 056	285	4 341	93

¹ Kilde: De regionale helseforetakene.

² RHF-tallet inkluderer Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)

Kilde: NIFU.

Tabell V6.2: Nøkkeltall 2014-2015 for forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetak og private, ideelle sykehus.

Indikator	Utviklings- arbeid	Forskning	Forskning og utviklings- arbeid	Prosent forskning
Driftskostnader 2014 ¹ (mill. kr.)	397	3 086	3 483	89
Driftskostnader 2015 ¹ (mill. kr.)	506	3 550	4 056	88
Endring driftskostnader 2014-2015 (%)	27	15	16	-
Antall årsverk 2015	422	2 794	3 216	87
Driftskostnader per årsverk 2015 (kr)	1 199 000	1 271 000	1 261 000	-

¹ Inklusive eksternt finansiert FoU og avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Vedlegg 7: Bruttoutviklingen i driftskostnader til forskning 2014-15

Tabell V7.1 Driftskostnader¹ til forskning 2014-2015, etter type institusjon. Mill. kr og prosent.

Indikator	2014 ²		2015		Endring 2014-15	
	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%
Helseforetak med universitetssykehusfunksjoner	2 489	81	2 877	81	388	15,6
Øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus	598	19	673	19	75	12,5
Alle helseforetak og private, ideelle sykehus	3 086	100	3 550	100	464	15,0

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

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

Kilde: NIFU.

Tabell V7.2 Driftskostnader¹ til forskning 2014-2015, etter helseregion. Mill. kr og prosent.

Helseregion	2014		2015		Endring 2014-15	
	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%
Helse Midt-Norge	222	7	237	7	16	7,1
Helse Nord	241	8	270	8	29	12,0
Helse Sør-Øst	2 047	66	2 413	68	366	17,9
Helse Vest	576	19	629	18	53	9,3
Totalt	3 086	100	3 550	100	464	15,0

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Tabell V7.3: Driftskostnader¹ til forskning som andel av samlede driftskostnader 2014-2015, etter helseregion. Prosent. Endring i prosentpoeng.

Helseregion	2014	2015	Endring 2014-15
	%	%	Prosentpoeng
Helse Midt-Norge	1,5	1,2	-0,3
Helse Nord	1,9	1,7	-0,2
Helse Sør-Øst	3,3	3,1	-0,2
Helse Vest	2,9	2,5	-0,4
Totalt	2,8	2,6	-0,2

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU

Vedlegg 8: Tallunderlag for figur 2.1 og figur 2.2.

Tabell V8.1 Driftskostnader til forskning i 2015, etter type institusjon og finansieringskilde. Mill. kroner.

Finansiering	Helseforetak med universitets-sykehusfunksjoner		Øvrige helseforetak		Totalt	
	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%
Basis	1 627	56,5	471	70,0	2 097	59,1
Øremerket via RHF/samarbeidsorgan	750	26,1	104	15,5	854	24,1
Norges forskningsråd	211	7,3	22	3,2	233	6,6
Andre norske kilder	254	8,8	74	11,0	328	9,2
Utlandet	35	1,2	2	0,3	37	1,0
Totalsum	2 877	100	673	100	3 550	100

Kilde: NIFU

Tabell V8.2 Driftskostnader til forskning i 2015, etter helseregion og finansieringskilde. Mill. kroner.

Finansiering	Helse Midt-Norge		Helse Nord		Helse Sør-Øst		Helse Vest		Totalt	
	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%
Basis	108	45,7	146	54,2	1 422	58,9	421	66,9	2 097	59,1
Øremrk. via RHF/samarb.org.	92	38,6	101	37,6	502	20,8	159	25,3	854	24,1
Norges forskningsråd	8	3,5	10	3,5	200	8,3	16	2,5	233	6,6
Andre norske kilder	29	12,2	7	2,7	261	10,8	31	5,0	328	9,2
Utlandet	0	0	6	2,0	29	1,2	2	0,3	37	1,0
Totalsum	237	100	270	100	2 413	100	629	100	3 550	100

Kilde: NIFU

Tabelloversikt

Tabell 2.1 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus i 2015, etter type institusjon. ¹ Driftskostnadene er her inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger	16
Tabell 2.2 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus ¹ i 2015, etter helseregion. Driftskostnader er her inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.	19
Tabell 2.3 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus ¹ i 2015, etter helseregion. Driftskostnader ² til forskning eksklusive eksternt finansiert forskning	21
Tabell 2.4 Nøkkeltall 2014-2015 for helseforetak og private, ideelle sykehus. Løpende priser.	22
Tabell 2.5 Nøkkeltall 2014-2015 med og uten pensjon og arbeidsgiveravgift, for helseforetak og private, ideelle sykehus. Løpende priser.	22
Tabell 2.6 Driftskostnader ¹ til forskning 2014-2015, eksklusive pensjonskostnader og arbeidsgiveravgift, etter type institusjon ² . Løpende priser. Mill. kr og prosent.	23
Tabell 2.7 Driftskostnader ¹ til forskning 2014-2015, eksklusive pensjonskostnader og arbeidsgiveravgift, etter helseregion. Løpende priser. Mill. kr og prosent.	23
Tabell 2.8 Forskningsårsverk 2014-2015. Antall og prosent.	24
Tabell 2.9 Driftskostnader ¹ til forskning som andel av samlede driftskostnader 2014-2015, eksklusive pensjonskostnader og arbeidsgiveravgift, etter helseregion. Prosent. Endring i prosentpoeng.	24
Tabell 3.1 Ressurser til forskning innenfor psykisk helsevern i 2015, etter type helseforetak. ¹ Antall forskningsårsverk og driftskostnader ² til forskning	25
Tabell 3.2 Ressurser til forskning innenfor psykisk helsevern i 2015, etter helseregion. Antall forskningsårsverk og driftskostnader ¹ til forskning	26
Tabell 3.3 Ressurser til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2015, etter type helseforetak. ¹ Antall forskningsårsverk og driftskostnader ² til forskning.	26
Tabell 3.4 Ressurser til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2015, etter helseregion. Antall forskningsårsverk og driftskostnader ¹ til forskning	27

Figuroversikt

Figur 2.1 Helseforetakenes finansieringsstruktur for forskning i 2015, totalt og etter type helseforetak. Prosent.	18
Figur 2.2 Helseforetakenes finansieringsstruktur for forskning i 2015, totalt og etter helseregion. Prosent.	20

Nordisk institutt for studier av
innovasjon, forskning og utdanning

Nordic Institute for Studies in
Innovation, Research and Education

www.nifu.no