



# Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2016

Hovedresultater og dokumentasjon

Ole Wiig  
Bjørn Magne Olsen

Rapport 2017:18

**NIFU**



# Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2016

Hovedresultater og dokumentasjon

Ole Wiig  
Bjørn Magne Olsen

Rapport 2017:18

Rapport 2017:18

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

Bilddesign Cathrine Årving  
Foto Shutterstock

ISBN 978-82-327-0286-2  
ISSN 1892-2597 (online)



Copyright NIFU: CC BY-NC 4.0

[www.nifu.no](http://www.nifu.no)

---

# Forord

I denne rapporten sammenfatter vi hovedresultater fra NIFUs måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid i helseforetak og private, ideelle sykehus i 2016. Den dokumenterer dessuten rapporteringsopplegget for, og gjennomføringen av, ressursmålingen, den tolvte 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 i dette arbeidet.

Hovedformålet med denne rapporten er å beskrive hovedtrekk ved ressursbruken til *forskning* i 2016 og dokumentere denne. Målesystemet er imidlertid samordnet med, og gir grunnlagsmateriale for, utarbeiding av den norske FoU-statistikken for helseforetak og private, ideelle sykehus.

Prosjektet er finansiert gjennom Norges forskningsråd, og 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, august 2017

Sveinung Skule  
Direktør

Susanne Lehmann Sundnes  
Forskningsleder



# Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>11</b>
1.1 Bakgrunn og formål .....	11
1.2 Forbedring og videreutvikling av målesystemet .....	11
1.3 Endringer i 2016-målingen .....	12
1.4 Gjennomføringen av undersøkelsen .....	12
1.5 Kontroll av materialet.....	13
1.6 Utvikling over tid.....	13
1.7 Samlet vurdering av materialet.....	14
1.8 Om denne rapporten .....	14
<b>2 Hovedresultater fra 2016-målingen</b> .....	<b>15</b>
2.1 Samlet ressursbruk til forskning i 2016 .....	15
2.2 Ressursbruken til forskning i de fire helseregionene i 2016 .....	17
2.3 Utviklingen i ressursbruken til forskning fra 2015 til 2016.....	20
<b>3 Forskning innen særskilte områder i 2016</b> .....	<b>22</b>
3.1 Ressursbruk til forskning innenfor psykisk helsevern i 2016 .....	22
3.2 Ressursbruk til forskning innenfor tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2016 .....	23
<b>Litteratur</b> .....	<b>25</b>
<b>Vedlegg 1: Rapporteringsenhetene 2016</b> .....	<b>27</b>
<b>Vedlegg 2: Oversikt på helseforetaksnivå 2016</b> .....	<b>30</b>
<b>Vedlegg 3: Detaljert oversikt over ressursbruk til forskning i 2016 per helseforetak i de fire helseregionene</b> .....	<b>34</b>
<b>Vedlegg 4: Hovedprinsipper, definisjoner og avgrensninger</b> .....	<b>36</b>
<b>Vedlegg 5: Rapporteringsskjema, utsendelsesbrev, og definisjoner og veiledning. ...</b>	<b>39</b>
<b>Vedlegg 6: Tabeller om forskning og utviklingsarbeid (FoU) 2016</b> .....	<b>59</b>
<b>Vedlegg 7: Bruttoutviklingen i driftskostnader til forskning 2015-16</b> .....	<b>60</b>
<b>Vedlegg 8: Tallunderlag for figur 2.1 og figur 2.2</b> .....	<b>61</b>
<b>Tabelloversikt</b> .....	<b>62</b>
<b>Figuroversikt</b> .....	<b>63</b>





# 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. I 2016 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 3,7 milliarder kroner i 2016. 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 2 869 forskningsårsverk. Tallet inkluderer årsverk utført av overleger, leger og psykologer i klinisk stilling, ansatte i forskerstillinger og ansatte i forskningsstøttefunksjoner.
- Brutto brukte helseforetak og private ideelle sykehus 152 millioner kroner eller 4,3 prosent mer på forskning i 2016 enn i 2015. Årsverksinnsatsen økte med 75 eller 2,7 prosent.
- Korrigert for en ny planendring i helseforetakenes pensjonssystem i 2016 og endret beregningsmetode hos enkelte helseforetak anslås driftskostnadene til forskning å øke med 5,8 prosent og forskningsårsverkene med 3,5 prosent. Tolkes årsverksinnsatsen som uttrykk for realutviklingen, indikerer dette en pris- og kostnadsvekst på vel 2 prosent fra 2015.
- Et forskningsårsverk kostet i gjennomsnitt nesten 1,3 millioner kroner i 2016. Årsverkskostnaden var noe høyere blant helseforetak med universitetssykehusfunksjoner (1,3 mill. kr) enn blant øvrige helseforetak og private ideelle sykehus (1,2 mill. kr). Årsverkskostnaden er gjennomsnittlig høyere i Helse Midt-Norge (1,5 mill. kr) og Helse Vest (1,4 mill. kr) enn i Helse Sør-Øst (1,25 mill. kr) og Helse Nord (1,15 mill. kr).
- De seks universitetssykehusene stod i 2016 for 81 prosent av de rapporterte driftskostnadene til forskning og 80 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-Norge og Helse Nord utgjorde henholdsvis 6 og 8 prosent av samlede forskningsårsverk.
- For spesialisthelsetjenesten samlet utgjorde forskning 2,7 prosent av totale driftskostnader til alle helseforetakenes oppgaver. Innrapporterte driftskostnader til forskning utgjorde i gjennomsnitt 4,5 prosent av totale driftskostnader ved universitetssykehusene, mot 1 prosent ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus. Forskningsandelen er høyest i Helse Sør-Øst (3,3 prosent) og Helse Vest (2,6 prosent) og lavest i Helse Nord (1,7 prosent) og Helse Midt-Norge (1,3 prosent).
- Oslo universitetssykehus HF (OUS) rapporterte å ha brukt vel 1,7 milliarder kroner eller om lag 8 prosent av helseforetakets totalkostnader til forskning i 2016. OUS stod dermed for 69 prosent av driftskostnadene til forskning i Helse Sør-Øst og 46 prosent av spesialisthelsetjenestens samlede forskningsinnsats. Forskningsandelen ved OUS var den klart høyeste blant de større helseforetakene.
- Forskningen i spesialisthelsetjenesten er i hovedsak finansiert som basisbevilgning eller øremerkede midler over Helse- og omsorgsdepartementet budsjett. I 2016 beløp disse midlene seg til sammen til nesten 3,1 milliarder kroner, som var 83 prosent av de samlede forskningsmidlene. 600 millioner kroner, eller vel 16 prosent av forskningsressursene, kom fra eksterne kilder, blant annet Norges forskningsråd og Kreftforeningen.
- Holder vi eksternt finansiert forskning utenom, går Helse Sør-Østs andel av samlede forskningsmidler ned med 2,5 prosentpoeng, mens de øvrige helseregionenes andeler øker noe; mest i Helse Vest med 2 prosentpoeng. Samme tendens viser seg på årsverkssiden, men her er utslagene større, målt i prosentpoeng. Helse Sør-Øst står altså for en større andel av den samlede og den eksterntfinansierte enn av den basisbevilgningsfinansierte forskningen.
- Når eksternt finansiert forskning holdes utenfor, ser vi også at et forskningsårsverk i gjennomsnitt er om lag 100 tusen kroner dyrere enn når eksterntfinansiert tas med. Det henger sammen med at de gjennomsnittlige årsverkskostnadene finansiert av basismidler er lavere i Helse Sør-Øst og Helse Vest. I Helse Nord og Helse Midt-Norge er gjennomsnittskostnadene uten eksterntfinansiering høyere enn med, men veier ikke så tungt i det nasjonale gjennomsnittet.
- 26 helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte om ressursbruk på til sammen 462 millioner kroner og 376 årsverk til forskning innenfor området psykisk helsevern i 2016. Det var 12,5 prosent av samlede driftskostnader til forskning i helseforetak og private, ideelle sykehus.
- 14 helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte om ressursbruk på til sammen 57 millioner kroner og 49 årsverk til forskning innenfor området tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere. Det var om lag 1,5 prosent av den samlede forskningsinnsatsen i spesialisthelsetjenesten i 2016.

Vi vurderer gjennomføringen av ressursmålingen for 2016 som bedre enn tidligere år. 90 prosent av de til sammen 41 undersøkelsesenheterne svarte innen fristen, og alle svarte i tide til å komme med i NIFUs årlige notat 15. mars. NIFU-notatet gir foreløpige hovedtall for ressursbruk til forskning i forbindelse med de regionale helseforetakenes årlige melding til Helse- og omsorgsdepartementet. Den foreliggende rapporten inneholder endelige tall, etter en grundigere gjennomgang av tallene.

Det er vårt inntrykk at arbeidet med rapporteringsrutiner er kommet lenger, etter at flere foretak de siste årene har gjennomgått og videreutviklet sine lokale rapporteringsrutiner. I rapporteringsperioden

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

Selv om slike forbedringer på sikt bidrar til bedre rapportering og bedre data, kan de gi redusert sammenlignbarhet fra et år til det neste. Vi prøver i denne som i tidligere rapporter å korrigere for slike forhold, så langt det er mulig. Et særskilt problem i 2016, som i 2010 og 2014, har vært å beregne kostnadseffekten av endringer i helseforetakenes pensjonssystem. Å få fram mest mulig reelle veksttall for forskningsressursene blir naturlig nok enda mer utfordrende når flere, ulike typer endringer inntreffer samtidig. I 2016 er det, i tillegg til pensjonsplanendringen, foretatt endringer i ressursberegningen ved enkelte større enheter. Generelt bør det derfor utvises betydelig varsomhet ved sammenligninger over tid.



# 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. Hovedvekten i denne rapporten ligger på en beskrivelse av hovedmønstre i ressursbruken til *forskning* i helseforetak og private, ideelle sykehus i 2016. Materiale om hele FoU-aktiviteten – FoU-statistikk – publiseres i andre sammenhenger.<sup>1</sup> Dessuten inngår tall fra ressursmålingen i HelseOmsorg21 Monitor fra og med 2016 (2015-tall).

Bakgrunnen for å etablere målesystemet var at forskning med virkning fra 2001 ble en av fire lovfestede<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup> 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

---

<sup>1</sup> Se f.eks. Det norske forsknings- og innovasjonssystemet – statistikk og indikatorer 2016, Norges forskningsråd 2016. 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.

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

<sup>3</sup> 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 startet i 2016.

ressursbruk i helsetjenesten og å gjøre data mest mulig sammenlignbare mellom helseregioner, helseforetak (inkludert private, ideelle sykehus) og over tid. Som ledd i forbedrings- og videreutviklingsarbeidet ble det i møte i RHFenes strategigruppe for forskning 18. februar 2010 nedsatt en arbeidsgruppe. Arbeidsgruppens innstilling ble trykket i NIFUs rapportserie.<sup>4</sup> 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 arbeidsnotatserie<sup>5</sup> og som ligger til grunn for enkelte endringer i rapporteringsopplegget for 2011-2016. Ressursgruppen fortsetter sitt arbeid i 2017. Det vil kunne resultere i flere endringer, som i så fall vil bli varslet i god tid før undersøkelsen starter.

### 1.3 Endringer i 2016-målingen

Siden starten er målesystemet basert på innrapportering av tall ved bruk av Excel, sendt via e-post. Fra 2016 er rapporteringen lagt om til et web-basert verktøy – Opinio. Omleggingen skyldtes først og fremst at vi de siste årene har opplevd tekniske problemer med de Excel-baserte leveransene, men også en vurdering av at det nye web-verktøyet representerte en sikrere og mer integrert datainnsamling.

Opplysninger om eksternfinansiert forskning, nærmere bestemt innbetalinger av forskningsmidler fra Forskningsrådet og EU til helseforetak og private ideelle sykehus, ble tidligere innhentet gjennom et eget rapporteringsskjema. Med det nye opplegget inngår disse spørsmålene som en egen, integrert modul i det nye web-baserte rapporteringsopplegget.

Det er imidlertid ikke gjort substansielle endringer i rapporteringsopplegget fra 2015 til 2016. Definisjoner, veiledning og retningslinjer er med andre ord uendret.

### 1.4 Gjennomføringen av undersøkelsen

En sentral premiss i tidsplanen for ressursmålingen er at hovedtall for forskning skal være klare samtidig med årlig melding fra de regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet, dvs. 15. mars. Henvendelsen ble sendt til 41 mulige rapporteringsenheter 30. november 2016, med svarfrist 28. februar 2017. Det gir NIFU mulighet for en rask kvalitetssjekk av materialet og tilbakemeldinger, spørsmål og oppklaringer ved uventede resultater eller åpenbare feil eller misforståelser. En grundigere gjennomgang følger etter denne første leveransen.

Alle de forespurte 41 enhetene rapporterte om ressursbruk til FoU i 2016. Sammenlignet med 2015 er det følgende endringer i undersøkelsespopulasjonen:

- Sjukehusapoteka Vest HF og Voss DPS - NKS Bjørkeli er nye undersøkelsesenheter fra 2016
- LHL-klinikkene Glittre og Feiring som fram til 2015 rapporterte hver for seg, rapporterer samlet fra 2016.

---

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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.

Voss DPS – NKS Bjørkeli rapporterte, i likhet med Betanien sykehus, Bergen og HEMIT Helse Midt-Norge IT å ha utført utviklingsarbeid, men ikke forskning i 2016. Disse tre er følgelig ikke med i beskrivelsen i denne rapporten, som er begrenset til forskning.

Det var dermed 38 helseforetak og private, ideelle sykehus som rapporterte om forskningsressurser i 2016 og som danner tallgrunnlaget for beskrivelsen i denne rapporten.

Av de til sammen 41 enhetene rapporterte hele 90 prosent innen fristen. De øvrige ba om utsettelse pga. spesielle omstendigheter, men rapporterte tidsnok til å komme med i underlagsmaterialet for notatet som ble sendt de regionale helseforetakene og Helse- og omsorgsdepartementet 15. mars 2017 i forbindelse med årlig melding fra de regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet. Dette er en klar forbedring fra tidligere år.

## 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.

2016-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 2017. Vi fikk nyttige tilbakemeldinger på disse henvendelsene, både konkrete korrigeringer og innspill med sikte på videre oppfølging og forbedringstiltak på helseforetaksnivå fram mot senere rapporteringer.

Tall for totalkostnadene, dvs. inkludert pasientbehandling mv., innhentes fra og med 2015 gjennom rapporteringsskjemaet, bl.a. ut fra behovet for å beregne endringer over tid med og uten pensjonskostnader. Vi har to merknader i den forbindelse. Den første gjelder sykehusapotekene, som alle har rapportert om forskningsressurser i 2016. Som uttrykk for totalkostnadene er det fra disse enhetene rapportert inn samlede driftskostnader, eksklusive vare- og legemiddelkostnader. For det andre bør det nevnes at totalkostnadstallene for helseforetakene, slik de fremstår her, i all hovedsak er basert på innrapporterte tall. De er sendt de regionale helseforetakene til gjennomsyn, men er ikke nødvendigvis endelige. Det vil derfor kunne være uoverensstemmelser hvis man sammenligner totalkostnadstallene. For vårt formål som i hovedsak er input til en indikator for forskningsressursenes andel av totalressursene, vurderes imidlertid datamaterialet som tilfredsstillende.

## 1.6 Utvikling over tid

Rapporten inneholder en analyse av utviklingen i ressursbruken fra 2015 til 2016. Det er grunn til å utvise en viss 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. For det andre vil større omorganiseringer kunne bidra til å svekke sammenlignbarheten over tid. Ved omorganiseringer, særlig av større enheter, reduseres dessuten muligheten for å benytte seg av sammenligninger med forrige år som kontrollmetode. Dessuten gir det en risiko for at rapporteringssystemet ikke umiddelbart fanger opp alle ressurser. I begge tilfeller vil endringene kunne bidra til bedre datakvalitet og mer pålitelige tall på sikt, som er en målsetning for arbeidet med målesystemet. Tallene vil imidlertid ikke uten videre være direkte sammenlignbare med tidligere år, og det vanskeliggjør beregning av reelle endringer i sentrale indikatorer fra et år til det neste.

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 såkalte planendringer i helseforetakenes pensjonssystem. Slike endringer inntraff i 2010 og 2014, og nå igjen i 2016. Vi kommer tilbake til dette i neste kapittel.

## 1.7 Samlet vurdering av materialet

Innsamlingen av 2016-materialet har gått mer effektivt enn tidligere år. Dette kan ha sammenheng med et endret teknisk rapporteringsopplegg, men kan også være et resultat av bedre rutiner for ressursmålingssystemet. Selv om vi har inntrykk er at stadig flere helseforetak og de private, ideelle sykehus har etablert gode rutiner for ressursmålingen, bør det utvises forsiktighet ved tolkning og bruk av materialet i sammenligninger – særlig over tid, men også mellom regioner og enkeltforetak og sykehus. For eksempel gir de såkalte planendringene i helseforetakenes pensjonssystem utfordringer i beregninger av utviklingen i forskningskostnadene. Denne rapporten er da også i hovedsak konsentrert om året 2016.

## 1.8 Om denne rapporten

I tråd med det ene hovedformålet med rapporten – dokumentasjon av 2016-målingen – inneholder *kapittel 1* en redegjørelse for innsamling og behandling av data og endringer i rapporteringsopplegget fra 2015 til 2016. 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 2016. Oversikter over registrerte forskningsressurser på foretaksnivå er gjengitt i *Vedlegg 2 og 3*. I *kapittel 3* gir vi en kortfattet beskrivelse av helseforetakenes ressursbruk til forskning innen psykisk helsevern og innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2016, som er to særskilte satsinger innenfor dette forvaltningsområdet.



## 2 Hovedresultater fra 2016-målingen

I dette kapitlet redegjør vi for hovedresultater fra ressursmålingen for 2016. Hovedvekten ligger på ressursbruken til forskning. Ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) samlet omtales i andre sammenhenger, men noen hovedtall finnes i Vedlegg 6. Fremstillingen omfatter spesialisthelse-tjenesten som består av enheter som formelt sett er organisert som helseforetak, men også private, ideelle sykehus som har avtale med et regionalt helseforetak, inngår. For enkelhets skyld omtales disse institusjonene samlet som helseforetak (HF), med mindre det er et eksplisitt formål å skille mellom dem. Først redegjør vi for hovedresultater for 2016 på nasjonalt nivå (2.1) og sammenligner ressursbruken i helseforetak med universitetssykehusfunksjoner med øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus. Deretter beskriver vi ressursbruken i de fire helseregionene (2.2), før vi analyserer utviklingen i registrerte forskningsressurser fra 2015 til 2016 (2.3).

### 2.1 Samlet ressursbruk til forskning i 2016

Samlet rapporterte de 38 enhetene å ha utført 2 869 forskningsårsverk i 2016, mens samlede driftskostnader til forskning ble målt til om lag 3,7 milliarder kroner. Det fremgår av tabell 2.1.

**Tabell 2.1 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus i 2016, etter type institusjon<sup>1</sup>. Driftskostnadene<sup>2</sup> er her inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.**

Indikator	Helseforetak med universitetssykehusfunksjoner	Øvrige HF og private, ideelle sykehus	Alle
Totale driftskostnader <sup>3</sup> . Mill. kr.	66 910	70 258	137 169
Prosent	49	51	100
Driftskostnader til forskning. Mill. kr	2 991	711	3 702
Prosent	81	19	100
Driftskostnader til forskning i % av totale driftskostnader	4,5	1,0	2,7
Antall forskningsårsverk	2 288	581	2 869
%	80	20	100
Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk. Kroner	1 308 000	1 223 000	1 290 000
Antall rapporteringsenheter	6	32	38

<sup>1</sup> Kategoriseringen er basert på FOR 2010-12-17 nr. 1706.

<sup>2</sup> Omfatter helseforetak og private, ideelle sykehus, ikke regionale helseforetak (RHF).

<sup>3</sup> Inkludert avskrivninger. Basert på oppgaver fra det enkelte helseforetak og private, ideelle sykehus.

Kilde: NIFU.

Beløpet inkluderer både forskning finansiert over grunnbudsjettet og av eksterne finansieringskilder. Dessuten inngår avskrivninger. Forskningskostnadene utgjorde i gjennomsnitt om lag 2,7 prosent av samlede driftskostnader til alle spesialisthelsetjenestens oppgaver, dvs. inkludert pasientbehandling mv. Et forskningsårsverk kostet i gjennomsnitt nesten 1,3 millioner kroner.

### **Helseforetak med universitetssykehusfunksjoner sammenlignet med andre**

Tabell 2.1 viser også innrapporterte forskningsressurser fordelt på type institusjon. Helseforetak med universitetssykehusfunksjoner, eller universitetssykehus, stod for om lag fire femtedeler av så vel driftskostnader som årsverk til forskning i 2016. Dette til forskjell fra spesialisthelsetjenestens samlede driftskostnader til alle funksjoner, som fordeler seg omtrent likt på de to gruppene.

Ikke overraskende er de seks universitetssykehusene de største forskningsinstitusjonene blant helseforetakene. Størst er Oslo Universitetssykehus HF med driftskostnader til forskning på vel 1,7 milliarder kroner, som var 46 prosent av helseforetakenes samlede driftskostnader til forskning i 2016. Nest størst er Helse Bergen HF med 545 millioner kroner, mens de øvrige fire universitetssykehusene brukte mellom 220 (St. Olavs hospital HF) og 112 millioner kroner (Helse Stavanger HF) på forskning i 2016. Nærmest universitetssykehusene følger Diakonhjemmet sykehus AS og Sørlandet sykehus HF med forskningskostnader på vel 80 millioner kroner hver.

Tabellen viser også at forskning i gjennomsnitt utgjorde 4,5 prosent av universitetssykehusenes totalaktivitet, målt i driftskostnader, mot 1 prosent av totalaktiviteten ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus. Blant universitetssykehusene er forskningsandelen størst ved OUS (8 prosent) og Helse Bergen (5 prosent), mens andelen blant de øvrige fire var om lag 2-3 prosent. Forskningsandelen blant øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus varierer betydelig.<sup>6</sup>

Gjennomsnittlig årsverkskostnad er noe høyere ved universitetssykehusene (1,3 mill. kr) enn ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus (1,2 mill. kr).

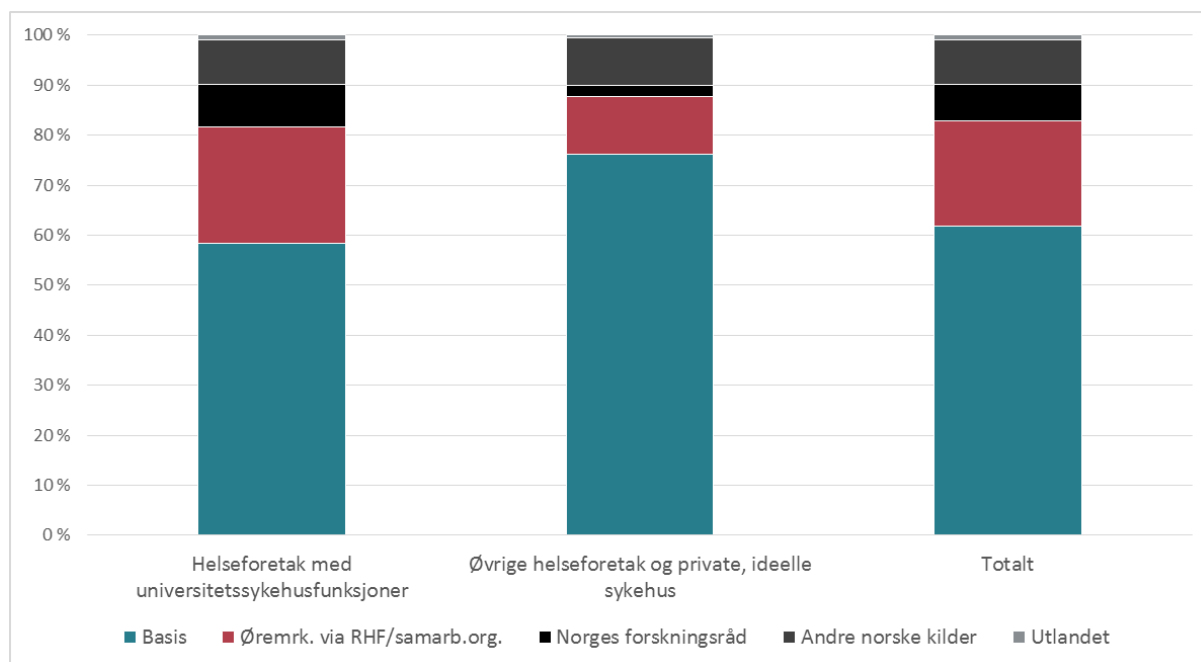
### **Finansieringsstrukturen**

Figur 2.1 viser finansieringsstrukturen for forskning utført ved helseforetakene i 2016. Samlet sett ble om lag 2,3 milliarder kroner eller 62 prosent av spesialisthelsetjenestens forskning finansiert som basisbevilgning over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, mens en drøy femtedel eller 780 millioner kroner ble kanalisert som øremerkede forskningsmidler gjennom regionale helseforetak eller regionale samarbeidsorganer. Norges forskningsråd bidro med om lag 270 millioner kroner eller vel 7 prosent, mens andre norske finansieringskilder som Kreftforeningen, Extrastiftelsen og offentlige organer stod for til sammen 330 millioner kroner eller 9 prosent. Forskningsmidler fra utenlandske kilder utgjorde 34 millioner kroner eller snaut én prosent.

Figuren viser også at for helseforetak med universitetssykehusfunksjoner utgjorde basisfinansieringen en noe mindre andel (58%) og øremerkede midler en noe større andel (23%) enn for landsgjennomsnittet. Til sammenligning finansierte basisbevilgningen tre fjerdedeler av forskningen ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus, mens bare en tiendedel var øremerkede midler. Forskningsrådet finansierte en større andel av forskningen ved universitetssykehusene (8,5 prosent) enn ved øvrige helseforetak og private ideelle sykehus (2,1 prosent).

<sup>6</sup> Se Tabell V2.4 i vedlegg 2 til denne rapporten.

**Figur 2.1 Helseforetakenes finansieringsstruktur for forskning i 2016, totalt og etter type helseforetak. Prosent.**



Kilde. NIFU

## 2.2 Ressursbruken til forskning i de fire helseregionene i 2016

Tabell 2.2 viser innrapporterte ressurser til forskning fordelt på helseregion. Helse Sør-Øst er klart største region med godt over halvparten av de 38 enhetenes totale driftskostnader til alle funksjoner i 2016. Regionens relative posisjon på forskningsområdet er enda sterkere med om lag to tredjedeler av de samlede forskningsressursene målt både i årsverk og driftskostnader. Helseforetakene i Helse Sør-Øst brukte også i gjennomsnitt størst andel av totale driftskostnader på forskning – 3,3 prosent.

**Tabell 2.2 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus i 2016, etter helseregion. Driftskostnader<sup>1</sup> er her inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.**

Indikator	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Alle
Totale driftskostnader <sup>2</sup> . Mill. kr.	19 391	15 457	75 272	27 049	137 169
Prosent	14	11	55	20	100
Driftskostnader til forskning Mill. kr	261	257	2 477	706	3 702
Prosent	7	7	67	19	100
Driftskostnader til forskning i prosent av totale driftskostnader	1,3	1,7	3,3	2,6	2,7
Antall forskningsårsverk	172	224	1 979	495	2 869
Prosent	6	8	69	17	100
Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk. Kroner	1 523 000	1 146 000	1 252 000	1 429 000	1 290 000
Antall rapporteringsenheter	4	5	19	10	38

<sup>1</sup> Omfatter helseforetak og private, ideelle sykehus, ikke regionale helseforetak (RHF).

<sup>2</sup> Inkludert avskrivninger. Basert på oppgaver fra det enkelte helseforetak og private, ideelle sykehus.

Kilde: NIFU.

Nest største helseregion er Helse Vest med en snau femtedel av ressursbruken til forskning. Helse Vest brukte en litt mindre andel av sine totalressurser til forskning enn landsgjennomsnittet – 2,6

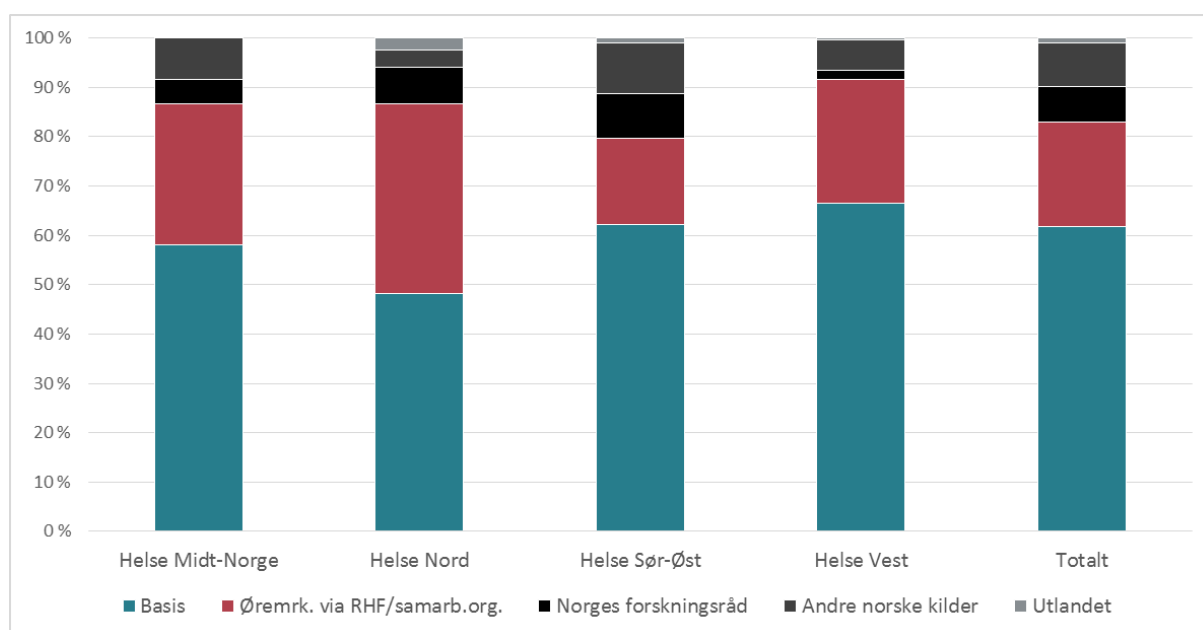
prosent – og hadde nest høyeste, gjennomsnittlige driftskostnader til forskning per forskningsårsverk (1,4 mill. kr).

Høyeste gjennomsnittlige årsverkskostnader til forskning hadde Helse Midt-Norge (1,5 mill. kr), mens vi finner det laveste forholdstallet i Helse Nord (1,1 mill. kr). Helse Midt-Norge og Helse Nord stod hver for 6-8 prosent av forskningsressursene, avhengig om de måles i årsverk eller kostnader. Begge regioner står for en relativt større andel av totalressursene enn av forskningsressursene.

## Finansieringsstrukturen

Figur 2.2 viser at det er variasjoner i hvordan forskningen i de fire regionene ble finansiert i 2016. Som vi så i avsnitt 1.1, ble det meste av den samlede forskningsinnsatsen i helseforetak og private, ideelle sykehus finansiert av basisbevilgningen fra Helse- og omsorgsdepartementet (62 prosent) eller øremerkede midler fra regionale helseforetak eller samarbeidsorganer (21 prosent).

**Figur 2.2 Helseforetakenes finansieringsstruktur for forskning i 2016, totalt og etter helseregion. Prosent.**



Kilde: NIFU

I Helse Sør-Øst er basisfinansieringsandelen omtrent som landsgjennomsnittet. Høyeste basisfinansieringsandel finner vi i Helse Vest, der to tredjedeler av forskningen har slik finansiering. Laveste andel finner vi i Helse Nord, der mindre enn halvparten av forskningsressursene i 2016 ble basisfinansiert.

Til gjengjeld er andelen øremerkede midler størst i Helse Nord; nesten 40 prosent. Nærmest følger Helse Midt-Norge der snaut 30 prosent var øremerkede midler og Helse Vest med en fjerdedel. Laveste andel øremerkede forskningsmidler finner vi i Helse Sør-Øst – 17 prosent.

Til sammen finansierte basisbevilgninger og øremerkede midler 92 prosent av helseforetakenes forskning i Helse Vest som er betydelig over landsgjennomsnittet (83 prosent). Over gjennomsnittet lå også andelen i Helse Nord og Helse Midt-Norge med nesten 87 prosent. I Helse Sør-Øst var andelen lavere – 80 prosent.

Den lavere andelen i Helse Sør-Øst henger sammen med at en femtedel av forskningen i 2016 ble finansiert av eksterne midler. Midler fra Norges forskningsråd og andre innenlandske kilder utgjorde hver om lag en tiendedel av samlet forskningsfinansiering.

Detaljerte sammenligninger over tid bør bare foretas med betydelig varsomhet. Vi registrerer imidlertid en nedgang i basisbevilgningen og økt forskningsrådsfinansiering i Helse Nord og en vridning fra øremerket til basisfinansiert forskning i Helse Midt-Norge fra 2015. I de to øvrige regionene er det relativt mindre endringer i finansieringsstrukturen.

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.<sup>7</sup> At det nesten ikke registreres forskningsrådsmidler i Helse Vest kan slik sett delvis forklares med at forskningsrådssøknader nesten utelukkende er blitt fremmet gjennom universitetene.<sup>8</sup> 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. Slike miljøer er ofte mer tilbøyelige til å søke Norges forskningsråds programmer enn mer rendyrkede kliniske miljøer. Ikke minst omfatter Oslo universitetssykehus store forskningsmiljøer, som 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, slik vi har gjort i tabell 2.3.

**Tabell 2.3 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus<sup>1</sup> i 2016, etter helseregion. Driftskostnader<sup>2</sup> til forskning eksklusive eksternt finansiert forskning.**

Indikator	Helse Midt- Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Alle
Driftskostnader til forskning eksklusive eksterntfinansiert forskning. Mill. kr	227	222	1 971	647	3 068
Prosent	7	7	64	21	100
Antall forskningsårsverk eksklusive eksterntfinansierte årsverk	153	221	1 395	449	2 217
Prosent	7	10	63	20	100
Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk, eksklusiv eksternt finansiering. Kroner	1 480 000	1 007 000	1 414 000	1 443 000	1 384 000
Antall rapporteringenheter	4	5	19	10	38

<sup>1</sup> Omfatter helseforetak og private, ideelle sykehus, ikke regionale helseforetak (RHF).

<sup>2</sup> Inkludert avskrivninger. Basert på oppgaver fra det enkelte helseforetak og private, ideelle sykehus.

Kilde: NIFU.

Utenom eksterntfinansieringen hadde helseforetakene samlede driftskostnader til forskning på vel 3 milliarder kroner, og det ble utført vel 2 200 årsverk finansiert over basisbevilgning eller øremerkede midler. Helse Sør-Øst står for en lavere andel av både forskningsårsverk og -driftskostnader enn om eksterntfinansieringen tas med (jf. tabell 2.2). De andre regionenes andel øker når eksterntfinansieringen trekkes ut, mest i Helse Vest hvis andel av driftskostnadene øker med 2

<sup>7</sup> Se nærmere omtale i Wiig og Gunnes (2010:45) og Wiig og Husebekk (red.) (2011:33ff).

<sup>8</sup> Se Wiig (2013:18ff)

prosentpoeng. På forskningsårsverkssiden øker Helse Vests andel fra 17 til 20 prosent og Helse Nords andel fra 8 til 10 prosent.

Tabell 2.3 viser at driftskostnader til forskning per forskningsårsverk samlet sett øker fra snaut 1,3 millioner til snaut 1,4 millioner kroner, og jevner seg ut regionene imellom. Helse Midt-Norge har fortsatt høyest forholdstall, men avstanden til de øvrige er betydelig mindre når eksternfinansieringen holdes utenom. I tre av fire regioner ligger forholdstallet mellom 1,4 og 1,5 millioner. Bare Helse Nord skiller seg ut med en gjennomsnittlig årsverkskostnad på om lag 1 million kroner.

## 2.3 Utviklingen i ressursbruken til forskning fra 2015 til 2016

Som nevnt innledningsvis er det grunn til å utvise forsiktighet i sammenligninger av helseforetakenes forskningsressurser over tid. I det følgende beskriver og drøfter vi kort noen hovedtrekk i utviklingen fra 2015 til 2016. Det er i hvert fall to forhold som vanskeliggjør beregning av den reelle endringen i forskningsressursene – såkalte planendringer i helseforetakenes pensjonssystem og endringer i enkelte helseforetaks beregningsmetoder for forskningsressurser.

Tabell 2.4 viser at driftskostnadene til forskning brutto økte med 152 millioner eller 4,3 prosent fra 2015 til 2016. Til sammenligning økte helseforetakenes samlede driftskostnader til alle oppgaver med om lag 3 milliarder kroner eller 2 prosent. Andelen driftskostnader til forskning utgjorde av totale driftskostnader til alle helseforetakenes oppgaver økte dermed fra 2,6 til 2,7 prosent.

**Tabell 2.4 Nøkkeltall 2015-2016 for helseforetak og private, ideelle sykehus. Løpende priser.**

Indikator	2015 Mill. kr	2016 Mill. kr	Endring	Endring 2015-16
			2015- 2016 Mill. kr.	
Totale driftskostnader. <sup>1</sup> Mill. kr	134 158	137 169	3 011	2,2 %
Driftskostnader til forskning. <sup>2</sup> Mill. kr	3 550	3 702	152	4,3 %
Driftskostnader til forskning i prosent av totale driftskostnader	2,6	2,7		0,1 pp <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Driftskostnader, inklusive avskrivninger.

<sup>2</sup> Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

<sup>3</sup> Prosentpoeng.

Kilde: NIFU.

En utfordring i slike sammenligninger har de senere årene vært såkalte planendringer i helseforetakenes pensjonssystem. Slike planendringer inntraff i 2010 og 2014 og igjen i 2016. Dette er en regnskapsmessig endring som konkret innebærer en nedjustering av pensjonskostnadene i 2016 som følge av endrede forutsetninger for framtidige pensjonsforpliktelser.

Underlagsmaterialet viser at fra 2015 til 2016 går kostnader til pensjon og arbeidsgiveravgift ned med vel 10 prosent. Tabell 2.5 viser at om vi holder kostnadene til pensjon og arbeidsgiveravgift utenom begge år, øker driftskostnadene til forskning med nesten 8 prosent. Pensjonsendringen bidrar slik sett til en undervurdering av veksten i forskningsressursene.

Til sammenligning økte antall forskningsårsverk med 2,7 prosent. Endring i forskningsårsverkene kan tolkes som uttrykk for realveksten i forskningen, som dermed fremstår som 5 prosentpoeng lavere enn økningen i driftskostnadene. Dette peker igjen mot en kostnadsvekst på rundt 5 prosent i perioden, som kan synes å være noe høy sammenlignet med den generelle prisstigningen i samfunnet og kostnadsutviklingen i helseforetakene de senere årene.

**Tabell 2.5 Nøkkeltall 2015-2016 med og uten pensjon og arbeidsgiveravgift, for helseforetak og private, ideelle sykehus. Løpende priser.**

Indikator	2015 Mill. kr	2016 Mill. kr	Endring	Endring
			2015- 2016 Mill. kr.	2015-16 Prosent
Driftskostnader til forskning <sup>1</sup>	3 550	3 702	152	4,3 %
Pensjon og arbeidsgiveravgift	708	635	-73	-10,3 %
Driftskostnader til forskning uten pensjon mv.	2 842	3 067	225	7,9 %
Forskningsårsverk	2 794	2 869	75	2,7 %

<sup>1</sup> Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU

En mulig forklaring finner vi i den andre, nevnte utfordringen i sammenligninger av forskningsressursene over tid, nemlig at helseforetak fra tid til annen endrer beregningsmetoden som ligger til grunn for ressursmålingen. I årets måling ser vi av underlagsmaterialet at slike endringer har inntruffet, bl.a. ved et av de store universitetssykehusene. Samlet ser dette ut til å gi høyere kostnader og noe færre årsverk enn om tidligere metode hadde vært lagt til grunn. Korrigert for denne metodeomleggingen beregnes veksten i forskningskostnadene til 5,8 prosent, mens årsverksveksten øker til 3,5 prosent, som indikerer en pris- og kostnadsvekst fra 2015 til 2016 på vel 2 prosent. Dette synes mer i takt med kostnadsutviklingen, selv om det fortsatt kan være en viss usikkerhet i beregningen.

### 3 Forskning innen særskilte områder i 2016

Helseforetakene er pålagt å rapportere særskilt på to satsingsområder. I dette kapitlet gir vi en kort beskrivelse av ressursinnsatsen helseforetak og private, ideelle sykehus nedla i forskning innen psykisk helsevern (3.1) og innen tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere (3.2). Som i forrige kapittel er beskrivelsen begrenset til forskning og de 38 enhetene som rapporterte å ha utført forskning i 2016. Tallene er relativt små, så små endringer i kostnad og årsverk vil kunne gi store prosentvise endringer. Tallene er heller ikke korrigert for planendringen i helseforetakenes pensjonssystem i 2016. Vi har derfor valgt å ikke kommentere utviklingen fra 2015 i særlig grad, spesielt ikke på kostnadssiden.

#### 3.1 Ressursbruk til forskning innenfor psykisk helsevern i 2016

26 helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte om ressursbruk til forskning innenfor psykisk helsevern i 2016, som er ett mer enn de fire foregående årene. Disse 26 helseforetakene oppga å ha utført 376 forskningsårsverk innenfor psykisk helsevern, en økning på 30 årsverk fra 2015.

Forskningsinnsatsen innenfor psykisk helsevern kostet til sammen 462 millioner kroner, se tabell 3.1. Dette gir en gjennomsnittlig årsverkskostnad på vel 1,2 millioner kroner, som er litt lavere enn for forskning samlet, jf. tabell 2.1 foran. I gjennomsnitt utgjorde forskning på psykisk helsevern om lag 12,5 prosent av den samlede forskningsinnsatsen ved helseforetak og private, ideelle sykehus i 2016.

**Tabell 3.1 Ressurser til forskning innenfor psykisk helsevern i 2016, etter type helseforetak<sup>1</sup>. Antall forskningsårsverk og driftskostnader<sup>2</sup> til forskning.**

Type helseforetak	Forsknings- årsverk		Driftskostnader til forskning <sup>2</sup>		Driftskostnader til forskning per forsknings- årsverk
	Antall	%	Mill. kr	%	Kroner
HF med universitetssykehusfunksjoner	204	54	263	57	1 287 000
Øvrige HF og private ideelle sykehus	172	46	199	43	1 156 000
<b>Totalt psykisk helsevern</b>	<b>376</b>	<b>100</b>	<b>462</b>	<b>100</b>	<b>1 227 000</b>

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

<sup>2</sup> Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU



Helseforetak med universitetssykehusfunksjoner stod for 57 prosent av de samlede driftskostnadene og 54 prosent av årsverkene til forskning på psykisk helsevern i 2016. Ressursbruken til forskning på psykisk helsevern er altså langt jevnere fordelt mellom de to typene av institusjoner 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 millioner kroner) enn ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus (snaut 1,15 millioner kroner).

**Tabell 3.2 Ressurser til forskning innenfor psykisk helsevern i 2016, etter helseregion. Antall forskningsårsverk og driftskostnader<sup>1</sup> til forskning.**

Helseregion	Forsknings- årsverk		Driftskostnader til forskning <sup>2</sup>		Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk
	Antall	%	Mill. kr	%	Kroner
Helse Midt-Norge	36	10	57	12	1 564 000
Helse Nord	21	5	25	5	1 190 000
Helse Sør-Øst	245	65	285	62	1 166 000
Helse Vest	75	20	95	21	1 276 000
<b>Totalt psykisk helsevern</b>	<b>376</b>	<b>100</b>	<b>462</b>	<b>100</b>	<b>1 227 000</b>

<sup>1</sup> Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger

Kilde: NIFU

Tabell 3.2 viser at Helse Sør-Øst stod for nærmere to tredjedeler av forskningsressursene på dette området, målt i årsverk. Deretter følger Helse Vest med vel en femtedel av forskningsressursene på området. Helse Midt-Norge og Helse Nord stod for henholdsvis 10 og 5 prosent av forskningsårsverkene.

### **3.2 Ressursbruk til forskning innenfor tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2016**

14 helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte om ressursbruk til forskning innenfor området tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2016, som ett færre enn i 2015. De 14 enhetene rapporterte å ha brukt 49 årsverk og 57 millioner kroner til forskning innenfor dette området. Ettersom dette er relativt små tall skal ikke endringene vektlegges for mye, men selv med en enhet mindre enn i 2015-rapporteringen er det rapportert 6 forskningsårsverk og 4 millioner kroner mer på området i 2016 enn året før. Et forskningsårsverk på området kostet i gjennomsnitt vel 1,16 millioner kroner i 2016, som er noe mindre enn i 2015, og vel 100 000 kroner lavere enn gjennomsnittet for forskningsaktiviteten samlet; jf. tabell 2.1 foran. Forskingen innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere utgjorde vel 1,5 prosent av helseforetakenes samlede driftskostnader til forskning i 2016.

**Tabell 3.3 Ressurser til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2016, etter type helseforetak<sup>1</sup>. Antall forskningsårsverk og driftskostnader<sup>2</sup> til forskning.**

Type helseforetak	Forsknings- årsverk		Driftskostnader til forskning <sup>2</sup>		Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk
	Antall	%	Mill. kr	%	Kroner
HF med universitetssykehusfunksjoner	30	61	36	63	1 208 000
Øvrige HF og private ideelle sykehus	19	39	21	37	1 103 000
Totalt tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere	49	100	57	100	1 167 000

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

<sup>2</sup> Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU

Helseforetakene med universitetssykehusfunksjoner stod i 2016 for nesten to tredjedeler av spesialisthelsetjenestens registrerte ressursbruk til forskning på rusområdet. Hele den over nevnte økningen i rapportert ressursbruk til forskning innenfor rusfeltet gjelder i helseforetak med universitetssykehusfunksjoner. Fra 2014 til 2015 var det en tilsvarende nedgang. Her er det grunn til å minne om at det er små tall og at et enkeltprosjekt vil kunne slå relativt sterkt ut også på totalnivå.

Et forskningsårsverk innenfor rusområdet var i gjennomsnitt litt dyrere ved helseforetak med universitetssykehusfunksjoner (1,2 millioner kroner) enn ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus (1,1 millioner kroner) i 2016. I forhold til 2015-rapporteringen er det i 2016 en viss utjevning av forskjellen mellom helseforetak med universitetssykehusfunksjoner og de private, ideelle sykehusene.

**Tabell 3.4 Ressurser til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2016, etter helseregion. Antall forskningsårsverk og driftskostnader<sup>1</sup> til forskning.**

Helseregion	Forsknings- årsverk		Driftskostnader til forskning <sup>2</sup>		Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk
	Antall	%	Mill. kr	%	Kroner
Helse Midt-Norge	11	22	16	28	1 501 000
Helse Nord	3	7	4	7	1 145 000
Helse Sør-Øst	25	50	26	45	1 046 000
Helse Vest	10	21	12	20	1 116 000
Totalt tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere	49	100	57	100	1 167 000

<sup>1</sup> Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger

Kilde: NIFU

Tabell 3.4 viser at ressursinnsatsen innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere er annerledes fordelt på regioner enn forskningsinnsatsen samlet; se tabell 2.2. Helse Sør-Øst stod i 2016 for om lag halvparten av spesialisthelsetjenestens forskningsinnsats på rusområdet, målt i årsverk. Helse Midt-Norge og Helse Vest stod hver for om lag en femtedel, mens Helse Nord er klart minste helseregionen på forskning innenfor rusområdet, med kun 3 rapporterte forskningsårsverk.

Et forskningsårsverk innen rusområdet kostet i gjennomsnitt mest i Helse Midt-Norge (1,5 millioner kroner), og minst i Helse Sør-Øst (vel 1 million kroner).

## 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.
- Sundnes, Susanne L., Hebe Gunnes, Ole Wiig og Bjørn Magne Olsen: Ressursinnsatsen i medisinsk og helsefaglig FoU i 2013. En analyse basert på FoU-statistisk materiale, NIFU Rapport 25/2015.
- 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 Bjørn Magne Olsen: Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2015. hovedresultater og dokumentasjon, NIFU Rapport 2016:25.
- 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.): 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.

### ***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 1: Rapporteringsenhetene 2016

**Tabell V1.1 Alfabetisk oversikt over helseforetak, private, ideelle sykehus og regionale helseforetak i rapporten**

Akershus universitetssykehus HF  
Betanien Hospital, Skien  
Betanien Sykehus, Bergen <sup>1</sup>  
Diakonhjemmet sykehus AS  
Frambu Senter for sjeldne funksjonshemninger  
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  
HEMIT Helse Midt-Norge IT <sup>1</sup>  
Jæren distriktpsikiatriske senter  
LHL-klinikkene Feiring og Glitre  
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  
Sjukehusapoteka Vest HF  
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  
Voss DPS – NKS Bjørkeli <sup>1</sup>

---

### *Merknader*

<sup>1</sup> Rapporterte om utviklingsarbeid i 2016, men ingen forskning.

*Kilde: NIFU.*

**Tabell V1.2 Oversikt over helseforetak og private ideelle sykehus i 2016, etter type og økonomisk sektor.**

	Universitetssykehusfunksjoner? <sup>1</sup>	
	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 HEMIT Helse Midt-Norge IT <sup>2</sup> Nordlandssykehuset HF Sunnaas sykehus HF Sjukehusapoteka Vest HF Sykehusapotekene HF (Sør-Øst) Sykehusapotekene i Midt-Norge HF Sykehusapotek Nord HF Sykehuset Innlandet HF Sykehuset Telemark HF Sykehuset Vestfold HF Sørlandet Sykehus HF Vestre Viken HF (N=19)
Private, ideelle		Betanien Hospital, Skien Betanien Sykehus, Bergen <sup>2</sup> Diakonhjemmet sykehus AS Frambu Senter for sjeldne funksjonshemninger Haraldsplass Diakonale Sykehus AS Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS Jæren distriktpsikiatriske senter LHL-klinikkene Feiring og Glittre Lovisenberg Diakonale Sykehus AS Martina Hansens Hospital Modum Bad NKS Olaviken Alderspsykiatriske Senter Rehabiliteringssenteret AiR – Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering Revmatismesykehuset AS Solli Sykehus Voss DPS – NKS Bjørkeli <sup>2</sup> (N=16)
<b>Totalt</b>	<b>N=6</b>	<b>N=35</b>

*Merknader:*

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Rapporterte om utviklingsarbeid i 2016, men ingen forskning.

Kilde: NIFU.

**Tabell V1.3 Oversikt over helseforetak som rapporterte i 2016, etter type og helseregion.**

	Universitetssykehusfunksjoner? <sup>1</sup>	
	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 HEMIT Helse Midt-Norge IT <sup>2</sup> (N=4)
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 Frambu Senter for sjeldne funksjonshemninger LHL-klinikkene Feiring og Glitre 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=17)
Helse Vest	Helse Bergen HF Helse Stavanger HF (N=2)	Betanien Sykehus, Bergen <sup>2</sup> Haraldsplass Diakonale Sykehus Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS Helse Fonna HF Helse Førde HF Jæren distriktpsikiatriske senter NKS Olaviken Alderspsikiatriske Senter Sjukehusapoteka Vest HF Solli sykehus Voss DPS – NKS Bjørkeli <sup>2</sup> (N=10)
<b>Totalt</b>	<b>N=6</b>	<b>N=35</b>

**Merknader:**

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Rapporterte om utviklingsarbeid i 2016, men ingen forskning.

Kilde: NIFU.

## Vedlegg 2: Oversikt på helseforetaksnivå 2016

Tabell V2.1 Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2016, sortert alfabetisk.<sup>1</sup>

Helseforetak og private ideelle sykehus	Nivå/ type	Helse- region	Totale drifts- kostnader <sup>2</sup>		Totale driftskostn. til forskning		Forsknings- kostn. i % av		Forskning	
				%		%	total- kostnader	Forsknings- årsverk	%	kr./årsverk
Akershus universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	8 461 211 000	6.1	195 999 000	5.3	2.3	175.2	6.1	1 119 000
Betanien Hospital - Skien	PRIV	Sør-Øst	175 803 000	0.1	1 959 000	0.1	1.1	1.8	0.1	1 119 000
Betanien Sykehus Bergen <sup>3</sup>	PRIV	Vest	185 000 000	0.1	0	0.0	0.0	0.0	0.0	..
Diakonhjemmet sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 909 800 000	1.4	82 589 000	2.2	4.3	57.2	2.0	1 444 000
Finnmarkssykehuset HF	HF	Nord	2 004 936 000	1.4	11 552 000	0.3	0.6	7.7	0.3	1 498 000
Frambu senter for sjeldne diagnoser	PRIV	Sør-Øst	66 896 000	0.0	2 991 000	0.1	4.5	1.6	0.1	1 869 000
Haraldsplass Diakonale Sykehus	PRIV	Vest	782 641 000	0.6	12 873 000	0.3	1.6	12.0	0.4	1 073 000
Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS	PRIV	Vest	160 584 000	0.1	645 000	0.0	0.4	1.6	0.1	403 000
Helgelandsykehuset HF	HF	Nord	1 953 000 000	1.4	3 748 000	0.1	0.2	3.1	0.1	1 209 000
Helse Bergen HF	HF	Vest	12 667 970 000	9.1	544 957 000	14.7	4.3	341.0	11.9	1 598 000
Helse Fonna HF	HF	Vest	3 378 442 000	2.4	17 814 000	0.5	0.5	19.1	0.7	933 000
Helse Førde HF	HF	Vest	2 784 413 000	2.0	11 212 000	0.3	0.4	11.0	0.4	1 019 000
Helse Møre og Romsdal HF	HF	Midt	6 073 521 000	4.4	15 524 000	0.4	0.3	16.4	0.6	945 000
Helse Nord-Trøndelag HF	HF	Midt	3 079 748 000	2.2	25 377 000	0.7	0.8	17.5	0.6	1 450 000
Helse Stavanger HF	HF	Vest	6 682 647 000	4.8	112 776 000	3.0	1.7	103.4	3.6	1 091 000
HEMIT Helse Midt-Norge IT <sup>3</sup>	HF	Midt	1 065 415 000	0.8	0	0.0	0.0	0.0	0.0	..
LHL-klinikkene Feiring og Glitre	PRIV	Sør-Øst	507 060 000	0.4	8 139 000	0.2	1.6	6.2	0.2	1 313 000
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 857 076 000	1.3	38 862 000	1.0	2.1	31.3	1.1	1 242 000
Martina Hansens Hospital	PRIV	Sør-Øst	355 475 000	0.3	7 419 000	0.2	2.1	5.1	0.2	1 455 000
Modum Bad	PRIV	Sør-Øst	216 080 000	0.2	8 421 000	0.2	3.9	8.1	0.3	1 040 000
NKS Jæren distriktpsikiatriske senter AS	PRIV	Vest	176 000 000	0.1	865 000	0.0	0.5	0.8	0.0	1 081 000
NKS Olaviken alderspsikiatriske sykehus	PRIV	Vest	102 665 000	0.1	1 238 000	0.0	1.2	0.9	0.0	1 376 000
Nordlandssykehuset HF	HF	Nord	4 214 779 000	3.0	32 645 000	0.9	0.8	23.7	0.8	1 377 000
Oslo universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	21 857 169 000	15.8	1 710 401 000	46.2	7.8	1 343.1	46.8	1 273 000
Rehabiliteringssenteret AiR	PRIV	Sør-Øst	66 600 000	0.0	7 924 000	0.2	11.9	7.6	0.3	1 043 000
Revmatismesykehuset AS	PRIV	Sør-Øst	96 913 000	0.1	6 360 000	0.2	6.6	7.4	0.3	859 000
Sjukehusapoteka Vest HF	HF	Vest	194 795 000	0.1	1 265 000	0.0	0.6	1.6	0.1	791 000
Solli DPS	PRIV	Vest	119 176 000	0.1	2 853 000	0.1	2.4	3.1	0.1	920 000
St. Olavs Hospital HF	HF	Midt	10 052 013 000	7.3	219 418 000	5.9	2.2	136.7	4.8	1 605 000
Sunnaas sykehus HF	HF	Sør-Øst	562 035 000	0.4	33 109 000	0.9	5.9	24.9	0.9	1 328 000
Sykehusapotek Nord HF	HF	Nord	94 600 000	0.1	1 483 000	0.0	1.6	1.4	0.0	1 059 000
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	HF	Midt	185 220 000	0.1	996 000	0.0	0.5	0.9	0.0	1 107 000
Sykehusapotekene HF	HF	Sør-Øst	590 485 000	0.4	4 175 000	0.1	0.7	2.9	0.1	1 440 000
Sykehuset Innlandet HF	HF	Sør-Øst	8 738 000 000	6.3	74 572 000	2.0	0.9	68.1	2.4	1 095 000
Sykehuset Telemark HF	HF	Sør-Øst	3 850 930 000	2.8	21 940 000	0.6	0.6	16.5	0.6	1 330 000
Sykehuset Vestfold HF	HF	Sør-Øst	4 777 424 000	3.4	67 551 000	1.8	1.4	59.0	2.1	1 145 000
Sykehuset Østfold HF	HF	Sør-Øst	6 129 779 000	4.4	56 337 000	1.5	0.9	54.8	1.9	1 028 000
Sørlandet Sykehus HF	HF	Sør-Øst	6 515 458 000	4.7	80 090 000	2.2	1.2	49.3	1.7	1 625 000
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	HF	Nord	7 189 213 000	5.2	207 381 000	5.6	2.9	188.1	6.6	1 103 000
Vestre Viken HF	HF	Sør-Øst	8 538 009 000	6.2	68 434 000	1.8	0.8	58.8	2.0	1 164 000
Voss DPS - NKS Bjørkeli <sup>3</sup>	PRIV	Vest	59 000 000	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	..
<b>Totalt / gjennomsnitt</b>			<b>138 477 981 000</b>	<b>100</b>	<b>3 701 894 000</b>	<b>100</b>	<b>2.7</b>	<b>2 868.9</b>	<b>100</b>	<b>1 290 000</b>

### Tabellnoter:

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

<sup>2</sup> Driftskostnader inklusive avskrivninger og pensjonskostnader i løpende priser. Kilde: SSB Statistikkbanken tabell 06464 på [www.ssb.no](http://www.ssb.no). Tall for private og sykehusapotekene er hentet fra foretakets egne opplysninger

<sup>3</sup> Har kun utviklingsarbeid, ikke forskning

Kilde: NFU



**Tabell V2.2 Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2016, sortert etter forskningskostnader innenfor psykisk helsevern. <sup>1</sup>**

Helseforetak og private ideelle sykehus	Nivå/ type	Helse- region	Totale drifts- kostnader <sup>2</sup>	Totale drifts- kostn. til forskning	Forsknings- årsverk	Forskn. årsv erk psykisk helse	Forskn.kostn. % psykisk helse	Forsk.kostn. %	Forsk. psyk.h. kr/årsverk	
Oslo universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	21 857 169 000	1 710 401 000	1 343.1	78.7	5.9	97 913 000	5.7	1 244 000
Helse Bergen HF	HF	Vest	12 667 970 000	544 957 000	341.0	40.3	11.8	59 242 000	10.9	1 470 000
St. Olavs Hospital HF	HF	Midt	10 052 013 000	219 418 000	136.7	24.3	17.8	40 679 000	18.5	1 674 000
Akershus universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	8 461 211 000	195 999 000	175.2	32.6	18.6	34 123 000	17.4	1 047 000
Sykehuset Vestfold HF	HF	Sør-Øst	4 777 424 000	67 551 000	59.0	28.7	48.7	31 351 000	46.4	1 091 000
Sykehuset Innlandet HF	HF	Sør-Øst	8 738 000 000	74 572 000	68.1	27.6	40.5	31 059 000	41.6	1 125 000
Diakonhjemmet sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 909 800 000	82 589 000	57.2	22.6	39.6	28 185 000	34.1	1 245 000
Helse Stavanger HF	HF	Vest	6 682 647 000	112 776 000	103.4	21.9	21.2	23 908 000	21.2	1 091 000
Sørlandet Sykehus HF	HF	Sør-Øst	6 515 458 000	80 090 000	49.3	13.8	28.0	20 805 000	26.0	1 508 000
Vestre Viken HF	HF	Sør-Øst	8 538 009 000	68 434 000	58.8	18.1	30.8	17 320 000	25.3	955 000
Helse Nord-Trøndelag HF	HF	Midt	3 079 748 000	25 377 000	17.5	9.6	54.6	13 639 000	53.7	1 428 000
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 857 076 000	38 862 000	31.3	8.0	25.6	9 930 000	25.6	1 241 000
Nordlandssykehuset HF	HF	Nord	4 214 779 000	32 645 000	23.7	7.8	32.9	9 588 000	29.4	1 229 000
Modum Bad	PRIV	Sør-Øst	216 080 000	8 421 000	8.1	8.1	100.0	8 421 000	100.0	1 040 000
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	HF	Nord	7 189 213 000	207 381 000	188.1	6.3	3.3	6 909 000	3.3	1 097 000
Finnmarkssykehuset HF	HF	Nord	2 004 936 000	11 552 000	7.7	4.4	56.8	6 043 000	52.3	1 380 000
Sykehuset Østfold HF	HF	Sør-Øst	6 129 779 000	56 337 000	54.8	4.3	7.9	4 454 000	7.9	1 029 000
Helse Fonna HF	HF	Vest	3 378 442 000	17 814 000	19.1	4.3	22.5	3 919 000	22.0	911 000
Helse Førde HF	HF	Vest	2 784 413 000	11 212 000	11.0	3.2	29.1	3 058 000	27.3	956 000
Solli DPS	PRIV	Vest	119 176 000	2 853 000	3.1	3.1	100.0	2 853 000	100.0	920 000
Helse Møre og Romsdal HF	HF	Midt	6 073 521 000	15 524 000	16.4	2.3	14.1	2 248 000	14.5	969 000
Helgelandssykehuset HF	HF	Nord	1 953 000 000	3 748 000	3.1	2.2	71.0	2 078 000	55.4	945 000
Sykehuset Telemark HF	HF	Sør-Øst	3 850 930 000	21 940 000	16.5	1.9	11.5	1 555 000	7.1	818 000
NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus	PRIV	Vest	102 665 000	1 238 000	0.9	0.9	100.3	1 238 000	100.0	1 371 000
NKS Jæren distriktspsykiatriske senter AS	PRIV	Vest	176 000 000	865 000	0.8	0.8	100.0	865 000	100.0	1 081 000
Sykehusapotekene HF	HF	Sør-Øst	590 485 000	4 175 000	2.9	0.3	10.3	353 000	8.5	1 177 000
Sunnaas sykehus HF	HF	Sør-Øst	562 035 000	33 109 000	24.9	0.0	0.0	0	0.0	0
Haraldsplass Diakonale Sykehus	PRIV	Vest	782 641 000	12 873 000	12.0	0.0	0.0	0	0.0	0
LHL-klinikkene Feiring og Glittre	PRIV	Sør-Øst	507 060 000	8 139 000	6.2	0.0	0.0	0	0.0	0
Rehabiliteringssenteret AiR	PRIV	Sør-Øst	66 600 000	7 924 000	7.6	0.0	0.0	0	0.0	0
Martina Hansens Hospital	PRIV	Sør-Øst	355 475 000	7 419 000	5.1	0.0	0.0	0	0.0	0
Revmatismesykehuset AS	PRIV	Sør-Øst	96 913 000	6 360 000	7.4	0.0	0.0	0	0.0	0
Frambu senter for sjeldne diagnoser	PRIV	Sør-Øst	66 896 000	2 991 000	1.6	0.0	0.0	0	0.0	0
Betanien Hospital - Skien	PRIV	Sør-Øst	175 803 000	1 959 000	1.8	0.0	0.0	0	0.0	0
Sykehusapotek Nord HF	HF	Nord	94 600 000	1 483 000	1.4	0.0	0.0	0	0.0	0
Sykehusapoteka Vest HF	HF	Vest	194 795 000	1 265 000	1.6	0.0	0.0	0	0.0	0
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	HF	Midt	185 220 000	996 000	0.9	0.0	0.0	0	0.0	0
Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS	PRIV	Vest	160 584 000	645 000	1.6	0.0	0.0	0	0.0	0
Betanien Sykehus Bergen <sup>3</sup>	PRIV	Vest	185 000 000	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0
HEMIT Helse Midt-Norge IT <sup>3</sup>	HF	Midt	1 065 415 000	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0
Voss DPS - NKS Bjørkei <sup>3</sup>	PRIV	Vest	59 000 000	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0
<b>Totalt / gjennomsnitt</b>			<b>138 477 981 000</b>	<b>3 701 894 000</b>	<b>2 868.9</b>	<b>376.2</b>	<b>13.1</b>	<b>461 736 000</b>	<b>12.5</b>	<b>1 227 000</b>

**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. Kilde: SSB Statistikkbanken tabell 06464 på [www.ssb.no](http://www.ssb.no). Tall for private og sykehusapotekene er hentet fra foretakets egne opplysninger

3 Har kun utviklingsarbeid, ikke forskning

*Kilde NIFU*

**Tabell V2.3 Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2016, sortert etter kostnader innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere.<sup>1</sup>**

Helseforetak og private ideelle sykehus	Nivå/ type	Helse- region	Totale drifts- kostnader <sup>2</sup>	Totale drifts- kostn. til forskning	Forsknings- årsverk	Forsknings- årsverk rus	Forsknings- kostnader %	Forsknings- kostnader rus	Forsknings- kostnader %	Forskning rus kr/årsverk
St. Olavs Hospital HF	HF	Midt	10 052 013 000	219 418 000	136.7	9.2	6.7	14 955 000	6.82	1 626 000
Sykehuset Innlandet HF	HF	Sør-Øst	8 738 000 000	74 572 000	68.1	10.9	16.0	11 958 000	16.04	1 097 000
Helse Stavanger HF	HF	Vest	6 682 647 000	112 776 000	103.4	6.3	6.0	6 191 000	5.49	991 000
Sørlandet Sykehus HF	HF	Sør-Øst	6 515 458 000	80 090 000	49.3	4.5	9.1	6 010 000	7.50	1 336 000
Oslo universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	21 857 169 000	1 710 401 000	1 343.1	5.7	0.4	5 001 000	0.29	877 000
Helse Bergen HF	HF	Vest	12 667 970 000	544 957 000	341.0	3.2	0.9	4 616 000	0.85	1 443 000
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	HF	Nord	7 189 213 000	207 381 000	188.1	2.9	1.5	3 307 000	1.59	1 140 000
Akershus universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	8 461 211 000	195 999 000	175.2	2.8	1.6	2 216 000	1.13	791 000
Helse Møre og Romsdal HF	HF	Midt	6 073 521 000	15 524 000	16.4	1.5	8.8	1 035 000	6.67	714 000
Helse Fonna HF	HF	Vest	3 378 442 000	17 814 000	19.1	0.9	4.7	810 000	4.55	900 000
Nordlandssykehuset HF	HF	Nord	4 214 779 000	32 645 000	23.7	0.5	2.1	585 000	1.79	1 170 000
Vestre Viken HF	HF	Sør-Øst	8 538 009 000	68 434 000	58.8	0.6	0.9	367 000	0.54	667 000
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 857 076 000	38 862 000	31.3	0.1	0.3	138 000	0.36	1 380 000
Helse Førde HF	HF	Vest	2 784 413 000	11 212 000	11.0	0.1	0.9	46 000	0.41	460 000
Diakonhjemmet sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 909 800 000	82 589 000	57.2	0.0	0.0	0	0.00	0
Sykehuset Vestfold HF	HF	Sør-Øst	4 777 424 000	67 551 000	59.0	0.0	0.0	0	0.00	0
Sykehuset Østfold HF	HF	Sør-Øst	6 129 779 000	56 337 000	54.8	0.0	0.0	0	0.00	0
Sunnaas sykehus HF	HF	Sør-Øst	562 035 000	33 109 000	24.9	0.0	0.0	0	0.00	0
Helse Nord-Trøndelag HF	HF	Midt	3 079 748 000	25 377 000	17.5	0.0	0.0	0	0.00	0
Sykehuset Telemark HF	HF	Sør-Øst	3 850 930 000	21 940 000	16.5	0.0	0.0	0	0.00	0
Haraldsplass Diakonale Sykehus	PRIV	Vest	782 641 000	12 873 000	12.0	0.0	0.0	0	0.00	0
Finnmarkssykehuset HF	HF	Nord	2 004 936 000	11 552 000	7.7	0.0	0.0	0	0.00	0
Modum Bad	PRIV	Sør-Øst	216 080 000	8 421 000	8.1	0.0	0.0	0	0.00	0
LHL-klinikkene Feiring og Glitre	PRIV	Sør-Øst	507 060 000	8 139 000	6.2	0.0	0.0	0	0.00	0
Rehabiliteringssenteret AIR	PRIV	Sør-Øst	66 600 000	7 924 000	7.6	0.0	0.0	0	0.00	0
Martina Hansens Hospital	PRIV	Sør-Øst	355 475 000	7 419 000	5.1	0.0	0.0	0	0.00	0
Revmatismesykehuset AS	PRIV	Sør-Øst	96 913 000	6 360 000	7.4	0.0	0.0	0	0.00	0
Sykehusapotekene HF	HF	Sør-Øst	590 485 000	4 175 000	2.9	0.0	0.0	0	0.00	0
Helgelandssykehuset HF	HF	Nord	1 953 000 000	3 748 000	3.1	0.0	0.0	0	0.00	0
Frambu senter for sjeldne diagnoser	PRIV	Sør-Øst	66 896 000	2 991 000	1.6	0.0	0.0	0	0.00	0
Solli DPS	PRIV	Vest	119 176 000	2 853 000	3.1	0.0	0.0	0	0.00	0
Betanien Hospital - Skien	PRIV	Sør-Øst	175 803 000	1 959 000	1.8	0.0	0.0	0	0.00	0
Sykehusapotek Nord HF	HF	Nord	94 600 000	1 483 000	1.4	0.0	0.0	0	0.00	0
Sjukehusapoteka Vest HF	HF	Vest	194 795 000	1 265 000	1.6	0.0	0.0	0	0.00	0
NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus	PRIV	Vest	102 665 000	1 238 000	0.9	0.0	0.0	0	0.00	0
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	HF	Midt	185 220 000	996 000	0.9	0.0	0.0	0	0.00	0
NKS Jæren distriktpsikiatriske senter AS	PRIV	Vest	176 000 000	865 000	0.8	0.0	0.0	0	0.00	0
Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS	PRIV	Vest	160 584 000	645 000	1.6	0.0	0.0	0	0.00	0
HEMIT Helse Midt-Norge IT <sup>3</sup>	HF	Midt	1 065 415 000	0	0.0	0.0	0.0	0	0.00	0
Betanien Sykehus Bergen <sup>3</sup>	PRIV	Vest	185 000 000	0	0.0	0.0	0.0	0	0.00	0
Voss DPS - NKS Bjørkeli <sup>3</sup>	PRIV	Vest	59 000 000	0	0.0	0.0	0.0	0	0.00	0
<b>Totalt / gjennomsnitt</b>			<b>138 477 981 000</b>	<b>3 701 894 000</b>	<b>2 868.9</b>	<b>49.1</b>	<b>1.7</b>	<b>57 235 000</b>	<b>1.55</b>	<b>1 167 000</b>

**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. Kilde: SSB Statistikkbanken tabell 06464 på [www.ssb.no](http://www.ssb.no). Tall for private og sykehusapotekene er hentet fra foretakets egne opplysninger

3 Har kun utviklingsarbeid, ikke forskning

*Kilde NIFU*

**Tabell V2.4 Ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid i helseforetakene i 2016, sortert etter totale driftskostnader til forskning.<sup>1</sup>**

Helseforetak og private ideelle sykehus	Nivå/ type	Helse- region	Totale drifts- kostnader <sup>2</sup>		Totale drifts- kostnader til FoU		Totale drifts- kostn. til forskning		FoU-kostn % av tot.kost.		Forskn.- kostn. % av tot.kost. FoU- årsverk	
				%		%		%		%		%
Oslo universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	21 857 169 000	15.8	1 800 514 000	43.2	1 710 401 000	46.2	8.2	7.8	1 431.5	
Helse Bergen HF	HF	Vest	12 667 970 000	9.1	656 032 000	15.7	544 957 000	14.7	5.2	4.3	412.0	
St. Olavs Hospital HF	HF	Midt	10 052 013 000	7.3	280 419 000	6.7	219 418 000	5.9	2.8	2.2	174.3	
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	HF	Nord	7 189 213 000	5.2	237 292 000	5.7	207 381 000	5.6	3.3	2.9	215.1	
Akershus universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	8 461 211 000	6.1	211 553 000	5.1	195 999 000	5.3	2.5	2.3	195.0	
Helse Stavanger HF	HF	Vest	6 682 647 000	4.8	122 067 000	2.9	112 776 000	3.0	1.8	1.7	112.8	
Diakonhjemmet sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 909 800 000	1.4	109 881 000	2.6	82 589 000	2.2	5.8	4.3	78.5	
Sørlandet Sykehus HF	HF	Sør-Øst	6 515 458 000	4.7	83 723 000	2.0	80 090 000	2.2	1.3	1.2	53.0	
Sykehuset Innlandet HF	HF	Sør-Øst	8 738 000 000	6.3	80 710 000	1.9	74 572 000	2.0	0.9	0.9	74.0	
Vestre Viken HF	HF	Sør-Øst	6 538 009 000	6.2	79 787 000	1.9	68 434 000	1.8	0.9	0.8	69.0	
Sykehuset Vestfold HF	HF	Sør-Øst	4 777 424 000	3.4	95 892 000	2.3	67 551 000	1.8	2.0	1.4	87.3	
Sykehuset Østfold HF	HF	Sør-Øst	6 129 779 000	4.4	65 544 000	1.6	56 337 000	1.5	1.1	0.9	62.3	
Lovisenberg Diagonale Sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 857 076 000	1.3	38 862 000	0.9	38 862 000	1.0	2.1	2.1	31.3	
Sunnaas sykehus HF	HF	Sør-Øst	562 035 000	0.4	40 961 000		33 109 000	0.9			32.3	
Nordlandssykehuset HF	HF	Nord	4 214 779 000	3.0	36 103 000	0.9	32 645 000	0.9	0.9	0.8	26.3	
Helse Nord-Trøndelag HF	HF	Midt	3 079 748 000	2.2	36 010 000	0.9	25 377 000	0.7	1.2	0.8	25.3	
Sykehuset Telemark HF	HF	Sør-Øst	3 850 930 000	2.8	21 940 000	0.5	21 940 000	0.6	0.6	0.6	16.5	
Helse Fonna HF	HF	Vest	3 378 442 000	2.4	21 902 000	0.5	17 814 000	0.5	0.6	0.5	24.2	
Helse Møre og Romsdal HF	HF	Midt	6 073 521 000	4.4	15 524 000	0.4	15 524 000	0.4	0.3	0.3	16.4	
Haraldsplass Diagonale Sykehus	PRIV	Vest	782 641 000	0.6	13 739 000	0.3	12 873 000	0.3	1.8	1.6	13.0	
Finnmarkssykehuset HF	HF	Nord	2 004 936 000	1.4	11 552 000	0.3	11 552 000	0.3	0.6	0.6	7.7	
Helse Førde HF	HF	Vest	2 784 413 000	2.0	15 204 000	0.4	11 212 000	0.3	0.5	0.4	14.2	
Modum Bad	PRIV	Sør-Øst	216 080 000	0.2	9 021 000	0.2	8 421 000	0.2	4.2	3.9	8.6	
LHL-klippene Feiring og Glittre	PRIV	Sør-Øst	507 060 000	0.4	9 425 000	0.2	8 139 000	0.2	1.9	1.6	8.2	
Rehabiliteringssenteret AiR	PRIV	Sør-Øst	66 600 000	0.0	7 924 000	0.2	7 924 000	0.2	11.9	11.9	7.6	
Martina Hansens Hospital	PRIV	Sør-Øst	355 475 000	0.3	8 218 000	0.2	7 419 000	0.2	2.3	2.1	5.5	
Revmatismesykehuset AS	PRIV	Sør-Øst	96 913 000	0.1	9 995 000	0.2	6 360 000	0.2	10.3	6.6	11.3	
Sykehusapotekene HF	HF	Sør-Øst	590 485 000	0.4	8 487 000	0.2	4 175 000	0.1	1.4	0.7	6.4	
Helgelandssykehuset HF	HF	Nord	1 953 000 000	1.4	3 748 000	0.1	3 748 000	0.1	0.2	0.2	3.1	
Frambu senter for sjeldne diagnoser	PRIV	Sør-Øst	66 896 000	0.0	6 642 000	0.2	2 991 000	0.1	9.9	4.5	4.7	
Solli DPS	PRIV	Vest	119 176 000	0.1	3 455 000	0.1	2 853 000	0.1	2.9	2.4	3.7	
Betanien Hospital - Skien	PRIV	Sør-Øst	175 803 000	0.1	1 959 000	0.0	1 959 000	0.1	1.1	1.1	1.8	
Sykehusapotek Nord HF	HF	Nord	94 600 000	0.1	1 483 000		1 483 000	0.0			1.4	
Sykehusapoteka Vest HF	HF	Vest	194 795 000	0.1	1 265 000	0.0	1 265 000	0.0	0.6	0.6	1.6	
NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus	PRIV	Vest	102 665 000	0.1	2 410 000	0.1	1 238 000	0.0	2.3	1.2	1.7	
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	HF	Midt	185 220 000	0.1	1 808 000	0.0	996 000	0.0	1.0	0.5	1.7	
NKS Jæren distriktpsikiatriske senter AS	PRIV	Vest	176 000 000	0.1	2 690 000	0.1	865 000	0.0	1.5	0.5	1.6	
Haugesund Sanitetsforening Revmatismesykehus AS	PRIV	Vest	160 584 000	0.1	2 685 000	0.1	645 000	0.0	1.7	0.4	4.9	
Betanien Sykehus Bergen <sup>3</sup>	PRIV	Vest	185 000 000	0.1	430 000	0.0	0	0.0	0.2	0.0	0.5	
HEMIT Helse Midt-Norge IT <sup>3</sup>	HF	Midt	1 065 415 000	0.8	9 731 000	0.2	0	0.0	0.9	0.0	4.3	
Voss DPS - NKS Bjørkeli <sup>3</sup>	PRIV	Vest	59 000 000	0.0	1 125 000	0.0	0	0.0	1.9	0.0	1.0	
<b>Totalt / gjennomsnitt</b>			<b>138 477 981 000</b>	<b>100.0</b>	<b>4 167 712 000</b>	<b>99.0</b>	<b>3 701 894 000</b>	<b>100.0</b>	<b>3.0</b>	<b>2.7</b>	<b>3 251.6</b>	

**Tabellnoter:**

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

2 Driftskostnader inklusive avskrivninger i løpende priser. Kilde: SSB Statistikkbanken på [www.ssb.no](http://www.ssb.no).

3 Har kun utviklingsarbeid, ikke forskning

*Kilde: NIFU*

## Vedlegg 3: Detaljert oversikt over ressursbruk til forskning i 2016 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 2016. 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	15,5	6 074	0,3
Helse Nord-Trøndelag HF	25,4	3 080	0,8
St. Olavs Hospital HF	219,4	10 052	2,2
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	1,0	185	0,5
<b>Sum Helse Midt-Norge</b>	<b>261,3</b>	<b>19 391</b>	<b>1,3</b>

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 2016. 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	12,9	783	1,6
Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus	0,6	161	0,4
Helse Bergen HF	545,0	12 668	4,3
Helse Fonna HF	17,8	3 378	0,5
Helse Førde HF	11,2	2 784	0,4
Helse Stavanger HF	112,8	6 683	1,7
NKS Jæren distriktpsikiatriske senter AS	0,9	176	0,5
NKS Olaviken alderspsikiatriske senter	1,2	103	1,2
Sjukehusapoteka Vest HF	1,3	195	0,6
Solli DPS	2,9	119	2,4
<b>Sum Helse Vest</b>	<b>706,5</b>	<b>27 049</b>	<b>2,6</b>

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 2016. Mill. kroner. Prosent.**

Rapporteringsenhet	Drifts- kostnader til forskning (mill. kr)	Totale drifts- kostnader til alle lovpålagte oppgaver (mill. kr)	Driftskostnader til forskning i % av totale drifts- kostnader
Akershus universitetssykehus HF	196,0	8 461	2,3
Betanien Hospital - Skien	2,0	176	1,1
Diakonhjemmet sykehus AS	82,6	1 910	4,3
Frambu senter for sjeldne diagnoser	3,0	67	4,5
LHL-klinikkene Feiring og Glitre	8,1	507	1,6
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	38,9	1 857	2,1
Martina Hansens Hospital	7,4	355	2,1
Modum Bad	8,4	216	3,9
Oslo universitetssykehus HF	1 710,4	21 857	7,8
Rehabiliteringssenteret AiR	7,9	67	11,9
Revmatismesykehuset AS	6,4	97	6,6
Sunnaas sykehus HF	33,1	562	5,9
Sykehusapotekene HF	4,2	590	0,7
Sykehuset Innlandet HF	74,6	8 738	0,9
Sykehuset Telemark HF	21,9	3 851	0,6
Sykehuset Vestfold HF	67,6	4 777	1,4
Sykehuset Østfold HF	56,3	6 130	0,9
Sørlandet Sykehus HF	80,1	6 515	1,2
Vestre Viken HF	68,4	8 538	0,8
<b>Sum Helse Sør-Øst</b>	<b>2 477,3</b>	<b>75 272</b>	<b>3,3</b>

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 2016. Mill. kroner. Prosent.**

Rapporteringsenhet	Drifts- kostnader til forskning (mill. kr)	Totale drifts- kostnader til alle lovpålagte oppgaver (mill. kr)	Driftskostnader til forskning i % av totale drifts- kostnader
Finnmarkssykehuset HF	11,6	2 005	0,6
Helgelandssykehuset HF	3,7	1 953	0,2
Nordlandssykehuset HF	32,6	4 215	0,8
Sykehusapotek Nord HF	1,5	95	1,6
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	207,4	7 189	2,9
<b>Sum Helse Nord</b>	<b>256,8</b>	<b>15 457</b>	<b>1,7</b>

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).<sup>9</sup>

Den over nevnte arbeidsgruppen<sup>10,11</sup> 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.

<sup>9</sup> *Proposed Standard Practice for Surveys on Research and Experimental Development. Frascati Manual 2002*, OECD Paris.

<sup>10</sup> Wiig og Husebekk, red. (2011).

<sup>11</sup> 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 høgskoler**

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 høgskoler, 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.





















## Måling av ressursbruk til FoU i helseforetak og private, ideelle sykehus 2016

### Del 3. Finansiering av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid i 2016 forts.

3.3 Samlede ressurser til forskning og utviklingsarbeid i 2016, finansiert av basisbevilgning, øremerkede midler og andre midler fra HOD med underliggende etater, og av eksterne finansieringskilder.

Finansieringskilde	Til forskning (1000 kroner)	Til utviklings- arbeid (1000 kroner)
Basisfinansiering m.m. fra HOD (overført fra spm 3.1)	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Ekstern finansiering (overført fra spm 3.2b)	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Total finansiering (skal være lik sum driftskostnader i hhv spm. 1.1 og 2.1)	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
<i>Kontrollsum overført fra spm 1.1 (Forskning) og spm. 2.1 (Utviklingsarbeid)</i>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>

I dette spørsmålet skal det ikke testes inn noe, det er kun automatisk summering av spm. 3.1 og 3.2 (a og b).

[Veiledning til utfyllingen \(PDF\)](#)

61%

Tilbake Lagre og lukke Neste



## Måling av ressursbruk til FoU i helseforetak og private, ideelle sykehus 2016

### Del 4. Skjønnsmessige fordelinger av FoU-ressursene i 2016 på aktivitetstyper og teknologiområder.

#### 4.1 Aktivitetstype 2016

I spm 4.1 ber vi om en skjønnsmessig fordeling av helseforetakets/avdelingens samlede forskningsvirksomhet (jf. Modul 1 i rapporteringsskjemaet) på kategoriene nedenfor. Definisjoner finnes i vedlegg pkt. A.

Forskningsart	Prosent, uten desimal
Grunnforskning	<input type="text"/>
Anvendt forskning	<input type="text"/>
Totalt forskning (jf. del 1). Skal summeres til 100	<input type="text" value="0"/>

[Veiledning til utfyllingen \(PDF\)](#)

66%

Tilbake Lagre og lukke Neste











Til helseforetak og private, ideelle sykehus

Oslo, 30.11.2016

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

## **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 2016
2. Personaloversikt 2016
3. Rapportering av eksternt FoU-finansiering (fra EU og Forskningsrådet) 2016

Hver del omtales i det følgende.

### **FoU-statistikk 2016**

#### **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 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 Helsedirektoratet. Ressursgruppen er en permanent videreføring av en arbeidsgruppe oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning i 2010, og har så langt avgitt fire innstillinger, publisert i NIFU arbeidsnotater. Både disse fire publikasjonene og innstillingen fra den opprinnelige arbeidsgruppen er tilgjengelige på NIFUs nettsider. I 2016 har klassifiseringssystemet bl.a. HRCS (Health Research Classification System) stått på gruppens dagsorden. Et viktig utgangspunkt for diskusjonen er HO21-prosessen og en pilotundersøkelse gjennomført ved Akershus universitetssykehus HF har vært en viktig del av underlaget for diskusjonen. Arbeidet med forholdet mellom HRCS-systemet og ressursmålingssystemet og mulige måter å kombinere de to på vil fortsette i 2017, og det kan tenkes ytterligere piloteringer. 2016-målingen er imidlertid ikke berørt.

Hovedresultater fra ressursmålingene leveres til de regionale helseforetakene og Helse- og omsorgsdepartementet 15. mars, i forbindelse med årlig melding. Endelige tall presenteres i kortfattede, årlige rapporter fra NIFU (siste utgave: Ole Wiig og Bjørn Magne Olsen: *Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2015. Hovedresultater og dokumentasjon*, NIFU Rapport 2016:25).

Ressursmålingene danner dessuten 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.foustatistikkbanken.no/>) gir brukerne muligheter til å lage sine egne tabeller. Også på Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) hjemmesider legges det ut materiale fra målesystemet, og spesialisthelsetjenestens FoU 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. Det pågår et arbeid for å oversette og vurdere endringer som følge av de reviderte retningslinjer. Det er imidlertid ikke gjort endringer i definisjoner og retningslinjer for 2016-målingen for helseforetak og private, ideelle sykehus.

## Hovedmål for 2016-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 2015-rapporteringen

Substansielt sett er rapporteringsopplegget for ressursmålingen i hovedsak som i 2015.

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

## Eksternt finansiert forskning

I forbindelse med 2013-rapporteringen ble det introdusert en ny spørsmålsstilling på årsverkssiden. Bakgrunnen var at RHFenes 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. Med enkelte presiseringer i retningslinjene viste kvaliteten på 2015-dataene seg å være ganske bra. Vi vil imidlertid også denne gangen be om at litt ekstra oppmerksomhet vies dette punktet, slik at vi får oppgitt de **årsverkene som er finansiert av eksterne kilder**, dvs. de **midlene som er ført under Eksterne finansieringskilder i del 3, nærmere bestemt pkt. 3.2a og 3.2b, i rapporteringsskjemaet**. Vi minner også om at:

- 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).
- at eksterne midler i denne sammenhengen *ikke må forveksles* med innbetalinger til forskningsprosjekter, som bes oppgitt i eksterntfinansieringsskjemaet; se avsnitt 3 nedenfor.

## 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 2017. 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 2017**. For enkelte rapporteringsenheter er det her et klart forbedringspotensial. Sene leveranser skaper ekstra arbeid med å purre enheter og dårligere tid til kvalitetskontroll før NIFUs frist for å sende tall videre. For å unngå at slike forsinkelser går ut over den samlede datakvaliteten, må vi vurdere å utelate enheter som ikke leverer i tide, fra materialet som sendes til RHF og HOD 15. mars.

### 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 2016.
- 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.

## Personaloversikter 2016

Alle aktuelle helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte inn oversikter over personale som deltok i FoU i 2015. 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 2016 og som deltok i forskning og utviklingsarbeid (FoU) i 2016.**

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

1. **Navn.** Her ber vi om etternavn og fornavn
2. **Fødselsdato**
3. **Fagseksjon, avdeling e.l.**
4. **Stillingsopplysninger.** Her ønsker vi både stillingstekst og stillingsgruppe for alle personer i oversikten. Hvis enheten benytter stillingskoder, ber vi om at disse også inkluderes i oversikten. Vær i så fall vennlig å legge ved kodenøkkelen.
5. **Stillingsbrøk for deltidsansatte.** Merk at stillingsbrøken her gjelder ansettelsesforholdet, og ikke tid brukt til FoU.
6. **Finansieringskilde** hvis annen kilde enn helseforetaket eller det private, ideelle sykehuset selv.
7. **Utenlandsk doktorgrad.** Vi ber om at personer som har oppnådd en utenlandsk doktorgrad i 2016 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 2015. Avvik mellom disse oversiktene og listene dere sendte inn for 2015 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 2015 kan lastes ned fra NIFUs egen skyløsning ownCloud (tidligere Boxit). Filen med oversikt over forskerpersonalet pr. 2015 oppdateres, og lastes opp til NIFU i NIFUs ownCloud med opplysninger pr 01.10.2016. Lenke og passord for tilgang til NIFUs ownCloud 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 oppdaterte lister over personalet lastes opp igjen.

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

I tillegg til FoU-ressurser og -personale 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 2016. 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. Rapporteringen ble gjennomført første gang for året 2013. I 2016-rapporteringen er skjemaet integrert som Del 7 i den web-baserte løsningen som benyttes for ressursmålingen. Substansielt er imidlertid skjemaet og veiledningen tilnærmet uendret fra 2015.

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 2016-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 2016.

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 nøye!](#) Veiledningsmateriale for tidligere årganger er lagt ut på [NIFUs hjemmesider](#), og kan lastes ned derfra.

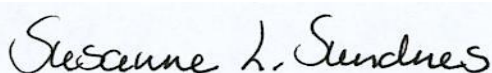
Vi anbefaler at nye rapporteringsenheter og enheter som har slitt med rapporteringsopplegget så langt, arbeider for å etablere gode rapporteringsrutiner. Det har f.eks. vist seg hensiktsmessig ved enkelte helseforetak at kontaktperson/koordinator for rapporteringen kontakter de enkelte avdelingsledere eller tilsvarende og gjennomgår aktiviteten med utgangspunkt i vedlagte definisjoner og retningslinjer.

Ta gjerne kontakt med oss om slike spørsmål, om avgrensingsproblemer, tekniske problemer mv. Dette er også nyttig for oss i arbeidet med å videreutvikle målesystemet. 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 rapporteringsskjemaet fylles ut og avleveres til NIFU

**senest tirsdag 28. februar 2016**

Med vennlig hilsen  
NIFU



Susanne L. Sundnes  
Forskningsleder



Ole Wiig  
Prosjektleder



## FoU-statistikk 2016

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

#### A. Avgrensning av forskning og utviklingsarbeid

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

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

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

I enkelte tilfeller kan det være vanskelig å skille mellom FoU og annen virksomhet. **Her er noen eksempler på denne 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 høgskole-rådet 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 2016**

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 2016**

Vi ber om at driftskostnadene fordeles mellom

- Direkte lønnskostnader
- Direkte pensjon og arbeidsgiveravgift
- Andre direkte driftskostnader, eksklusive kalkuler- te påslag.
- Indirekte driftskostnader, dvs. andeler av kost- nader 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 arbeids- giveravgift 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 drifts- kostnader knyttet til aktiviteten i enheter der det ut- føres 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 *avskrivninger* 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 2016

Spørsmålet gjelder helseforetakets eller sykehusets kjøp/anskaffelse av bygg, anlegg og varige driftsmidler, inkl. utstyr og instrumenter. Vi ber om forskningsandelen av anskaffelsesverdien i 2016 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 2016

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 forsknings- årsverkene 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 Eksterne finansieringskilder i del 3, spm 3.2a og 3.2b 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 hoved- avgrensningen av rapporteringen bare skal rapportere infrastruktur- og andre merkostnader for; se pkt. B over).

## 2. Ressursbruk til utviklingsarbeid 2016

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 2016

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

Vi skiller mellom to hovedkategorier av midler, de som bevilges over Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) budsjett og ekstern finansiering.

#### 3.1 Midler over HODs budsjett deles igjen i

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).

#### 3.2 Ekstern finansiering

Kategoriene er som i 2015, men er denne gang fordelt på to deltabeller (3.2a og 3.2b). De vanligste, eksterne finansieringskildene er spesifisert. Ytterligere kildespesifikasjoner kan velges fra rullegardinmenyene i skjemaet eller 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.

Tabell 3.3 oppsummerer undertabellene 3.1 og 3.2.

### 4. Skjønnsmessig fordeling av FoU-ressursene

#### 4.1 Aktivitetstype 2016

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

#### 4.2 Prioriterte teknologiområder i 2016

Hvis helseforetaket i 2016 hadde FoU rettet mot noen av teknologiområdene, anslå hvor stor prosentvis del dette utgjorde av enhetens egenutførte FoU-virksomhet i 2016. 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 2016

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 stimuleringsiltak eller særskilte tiltak for å gjøre Norge til attraktivt vertskap for internasjonalt FoU-samarbeid.

### 6. Totale driftskostnader 2016

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](mailto:ole.wiig@nifu.no))  
Bjørn Magne Olsen, tlf. 481 61 853 (e-post: [manne@nifu.no](mailto:manne@nifu.no)).

## Vedlegg 6: Tabeller om forskning og utviklingsarbeid (FoU) 2016

**Tabell V6.1 Helseforetakenes driftskostnader til FoU i 2016, inklusive eksternt finansiert FoU og avskrivninger, etter region og forvaltningsnivå. Millioner kroner. Prosent.**

Helseregion	Forvaltnings- nivå	Rapporterte driftskostnader til FoU i 2016			Andel av kostnadene rapportert av HF og PIS (%)
		Helseforetak (HF) og private, ideelle sykehus (PIS) (mill. kr)	Regionale helseforetak (RHF) <sup>1</sup> (mill. kr)	RHF, HF og PIS samlet (mill. kr)	
Helse Midt-Norge RHF		343,5	207,4	550,9	62,4
Helse Nord RHF		290,2	71,2	361,4	80,3
Helse Sør-Øst RHF		2 691,0	0,0	2 691,0	100,0
Helse Vest RHF		843,0	1,3	844,3	99,8
<b>Totalt</b>		<b>4 167,7</b>	<b>279,9</b>	<b>4 447,6</b>	<b>93,7</b>

Kilde: De regionale helseforetakene

**Tabell V6.2 Nøkkeltall 2015-2016 for forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetak og private, ideelle sykehus.**

Indikator	Utviklings- arbeid	Forskning	Forskning og utviklings- arbeid	Prosent forskning
Driftskostnader 2015 <sup>1</sup> (mill. kr.)	506	3 550	4 056	88
Driftskostnader 2016 <sup>1</sup> (mill. kr.)	490	3 702	4 192	88
Endring driftskostnader 2015-2016 (%)	-3,1	4,3	3,4	-
Antall årsverk 2016	413	2 869	3 282	87
Driftskostnader per årsverk 2016 (kr)	1 188 000	1 290 000	1 277 000	-

<sup>1</sup> Inklusive eksternt finansiert FoU og avskrivninger.

Kilde: NIFU

## Vedlegg 7: Bruttoutviklingen i driftskostnader til forskning 2015-16

Tabell V7.1 Driftskostnader<sup>1</sup> til forskning 2015-2016, etter type institusjon. Mill. kr og prosent.

Indikator	2015 <sup>2</sup>		2016		Endring 2015-16	
	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%
Helseforetak med universitetssykehusfunksjoner	2 877	81	2 991	81	114	4,0
Øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus	673	19	711	19	38	5,6
Alle helseforetak og private, ideelle sykehus	3 550	100	3 702	100	152	4,3

<sup>1</sup> Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

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

Kilde: NIFU

Tabell V7.2 Driftskostnader<sup>1</sup> til forskning 2015-2016, etter helseregion. Mill. kr og prosent

Helseregion	2015		2016		Endring 2015-16	
	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%
Helse Midt-Norge	237	7	261	7	24	10
Helse Nord	270	8	257	7	-13	-5
Helse Sør-Øst	2 414	68	2 477	67	63	3
Helse Vest	629	18	706	19	77	12
Totalt	3 550	100	3 702	100	152	4

<sup>1</sup> Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU

Tabell V7.3 Driftskostnader<sup>1</sup> til forskning som andel av samlede driftskostnader 2015-2016, etter helseregion. Prosent. Endring i prosentpoeng.

Helseregion	2015	2016	Endring 2015-16
	%	%	Prosentpoeng
Helse Midt-Norge	1,2	1,3	0,1
Helse Nord	1,7	1,7	0,0
Helse Sør-Øst	3,1	3,3	0,1
Helse Vest	2,5	2,6	0,1
Totalt	2,6	2,7	0,1

<sup>1</sup> 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 2016, etter type institusjon og finansieringskilde. Mill. kroner. Tabellgrunnlag for figur 2.1.**

Finansiering	Helseforetak med universitetssykehus-funksjoner		Øvrige helseforetak		Totalt	
	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%
Basis	1 746	58	542	76	2 287	62
Øremerket via RHF/samarbeidsorgan	698	23	82	12	780	21
Norges forskningsråd	255	9	15	2	270	7
Andre norske kilder	262	9	68	10	330	9
Utlandet	30	1	4	1	34	1
<b>Totalsum</b>	<b>2 991</b>	<b>100</b>	<b>711</b>	<b>100</b>	<b>3 702</b>	<b>100</b>

Kilde: NIFU

**Tabell V8.2 Driftskostnader til forskning i 2016, etter helseregion og finansieringskilde. Mill. kroner. Tabellgrunnlag for figur 2.2.**

Finansiering	Helse Midt-Norge		Helse Nord		Helse Sør-Øst		Helse Vest		Totalt	
	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%
Basis	152	58	124	48	1 542	62	470	67	2 287	62
Øremerk. via RHF/samarb.org.	75	29	99	38	429	17	177	25	780	21
Norges forskningsråd	12	5	19	8	225	9	13	2	270	7
Andre norske kilder	22	9	9	3	255	10	43	6	330	9
Utlandet	0	0	6	3	25	1	3	1	34	1
<b>Totalsum</b>	<b>261</b>	<b>100</b>	<b>257</b>	<b>100</b>	<b>2 477</b>	<b>100</b>	<b>706</b>	<b>100</b>	<b>3 702</b>	<b>100</b>

Kilde: NIFU

## Tabelloversikt

Tabell 2.1 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus i 2016, etter type institusjon <sup>1</sup> . Driftskostnadene <sup>2</sup> er her inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger. ....	15
Tabell 2.2 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus i 2016, etter helseregion. Driftskostnader <sup>1</sup> er her inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger. ....	17
Tabell 2.3 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus <sup>1</sup> i 2016, etter helseregion. Driftskostnader <sup>2</sup> til forskning eksklusive eksternt finansiert forskning. ....	19
Tabell 2.4 Nøkkeltall 2015-2016 for helseforetak og private, ideelle sykehus. Løpende priser. ....	20
Tabell 2.5 Nøkkeltall 2015-2016 med og uten pensjon og arbeidsgiveravgift, for helseforetak og private, ideelle sykehus. Løpende priser. ....	21
Tabell 3.1 Ressurser til forskning innenfor psykisk helsevern i 2016, etter type helseforetak <sup>1</sup> . Antall forskningsårsverk og driftskostnader <sup>2</sup> til forskning. ....	22
Tabell 3.2 Ressurser til forskning innenfor psykisk helsevern i 2016, etter helseregion. Antall forskningsårsverk og driftskostnader <sup>1</sup> til forskning. ....	23
Tabell 3.3 Ressurser til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2016, etter type helseforetak <sup>1</sup> . Antall forskningsårsverk og driftskostnader <sup>2</sup> til forskning. ....	24
Tabell 3.4 Ressurser til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2016, etter helseregion. Antall forskningsårsverk og driftskostnader <sup>1</sup> til forskning. ....	24



## Figuroversikt

Figur 2.1 Helseforetakenes finansieringsstruktur for forskning i 2016, totalt og etter type helseforetak. Prosent.....	17
Figur 2.2 Helseforetakenes finansieringsstruktur for forskning i 2016, totalt og etter helseregion. Prosent. ....	18

Nordisk institutt for studier av  
innovasjon, forskning og utdanning

Nordic Institute for Studies in  
Innovation, Research and Education

[www.nifu.no](http://www.nifu.no)