

Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2009

Hovedresultater og dokumentasjon

Ole Wiig
Hebe Gunnes

Rapport 50/2010

NIFU

Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2009

Hovedresultater og dokumentasjon

Ole Wiig
Hebe Gunnes

Rapport 50/2010

Rapport nr. 50/2010

Utgitt av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning
Adresse PB 5183, Majorstuen NO-0302. Besøksadresse: Wergelandsveien 7.

Oppdragsgiver Helse- og omsorgsdepartementet
Adresse Postboks 8011 DEP, 0030 Oslo

Trykk Link Grafisk

ISBN 978-82-7218-746-9
ISSN 1892-2597

www.nifu.no

Forord

Hovedformålet med denne rapporten er å dokumentere gjennomføringen av og hovedresultater fra rapporteringen av helseforetakenes ressursbruk til forskning i 2009. Beskrivelsen i rapporten bygger på innrapportert datamateriale fra helseforetak og private, ideelle sykehus.

Det er fjerde gang NIFU gjennomfører rapportering av ressursbruk til forskning i spesialisthelsetjenesten for Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporteringen bygger på et opplegg som ble utviklet av de regionale helseforetakene i regi av Helse- og omsorgsdepartementet og det daværende Helse Sør RHF, og som senere ble videreutviklet av NIFU i samarbeid med sektoren fra og med 2006-rapporteringen.

Prosjektgruppen har bestått av Hebe Gunnes 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 og de regionale helseforetakene som har bidratt ved innrapporteringen av materialet og kommet med nyttige kommentarer og innspill i arbeidets ulike faser.

Oslo, desember 2010

Sveinung Skule
Direktør

Susanne Lehmann Sundnes
Forskningsleder

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning	11
1.1 Bakgrunn og formål.....	11
1.2 Avgrensninger	12
1.2.1 Forskning og utviklingsarbeid (FoU).....	12
1.2.2 Bokførte kostnader til FoU	13
1.2.3 FoU-årsverk	14
1.2.4 Psykisk helse og spesialisert, tverrfaglig behandling av rusmisbrukere.....	15
1.2.5 Forholdet mellom helseforetakene og universiteter og høyskoler	15
1.2.6 Kort om regnskapsprinsipper og forholdet til FoU-statistikken	15
1.3 Rapporteringsenhetene	16
1.4 Metode og data	18
1.4.1 Endringer i rapporteringsopplegget fra 2008	18
1.4.2 Utsendelsen og frist.....	18
1.4.3 Kontroll av materialet	19
1.4.4 Andre datakilder.....	20
1.4.5 Om sammenligninger i tid og rom	21
1.5 Samlet vurdering av datakvalitet mv.	23
1.6 Om denne rapporten	23
2 Hovedresultater 2009	25
2.1 Samlede forskningsressurser	25
2.2 Forskning i helseforetak med universitetssykehusfunksjoner sammenlignet med andre helseforetak.....	26
2.3 Forskning i de private, ideelle sykehusene.....	27
2.4 Forskerpersonalet i helseforetakene	28
2.5 Utviklingen fra 2008 til 2009	34
3 Ressursbruk til forskning etter helseregion	37
3.1 Forskningsressurser på regionalt nivå	37
3.2 Forskningsressurser i de enkelte helseregionene.....	39
3.2.1 Helse Midt-Norge	39
3.2.2 Helse Nord	39
3.2.3 Helse Sør-Øst	40
3.2.4 Helse Vest	42
4 Finansiering av forskning	43
4.1 Forskningsfinansiering ved helseforetak med universitetssykehusfunksjoner sammenlignet andre.....	43

4.2	Forskningsfinansiering i de fire helseregionene	44
4.3	Nærmere om ekstern forskningsfinansiering	45
5	Forskning innen særskilte områder	47
5.1	Ressursbruk til forskning innenfor psykisk helsevern	47
5.2	Ressursbruk til tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere	48
Vedlegg	.....	51
	Vedlegg 1: Rapporteringsenhetene 2009	53
	Vedlegg 2: Oversikter på helseforetaksnivå 2008	57
	Vedlegg 3: Rapporteringsskjema og veiledningsmateriale 2008	67
	Vedlegg 4: Tabeller for forskning og utviklingsarbeid (FoU) 2009	81
	Vedlegg 5: Forskerpersonale i helseforetakene i 2009, etter stillingstype.....	83

Sammendrag

36 helseforetak og private, ideelle sykehus inngår i målesystemet for ressursbruk til forskning i spesialisthelsetjenesten. Også de fire regionale helseforetakene rapporterer, om enn på noe ulikt vis. Hovedresultater fra 2009-rapporteringen er:

- Helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte om samlede driftskostnader til forskning på 2,15 milliarder kroner i 2009. Dette omfatter all ressursbruk til forskning som er bokført av helseforetak og private, ideelle sykehus, dvs. lønn, annen drift, avskrivninger mv. og inkluderer både basisbevilgninger, øremerkede forskningsbevilgninger fra Helse- og omsorgsdepartementet og midler fra eksterne finansieringskilder. Forskning utgjorde i gjennomsnitt 2,3 prosent av helseforetakenes og de private, ideelle sykehusenes samlede driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver i 2009. Det er noe varierende praksis mht. hvordan ekstern forskningsfinansiering registreres, og dette kan gi systematiske forskjeller i finansieringsstrukturen helseregionene i mellom. Ca. 400 millioner kroner eller 18 prosent av totale forskningskostnader i 2009, kom fra andre finansieringskilder og er inntektsført i helseforetakene. Eksempler på slike finansieringskilder er Norges forskningsråd og Kreftforeningen.
- Det ble utført 2 048 forskningsårsverk i 2009. Det inkluderer årsverk utført av både aktive forskere og personale i forskningsstøttefunksjoner.
- Et forskningsårsverk kostet i gjennomsnitt vel 1 million kroner.
- Om lag 40 prosent av forskningsårsverkene ble utført av personale med ulik profesjonstilhørighet i forskerstillinger, av stipendiater eller postdoktorer, mens en femtedel ble utført av overleger og leger. Resten, vel en tredjedel, ble utført av annet sykehuspersonale, dvs. laboratoriepersonale, teknisk og administrativt støttepersonale, sykepleiere og hjelpepleiere.
- Nesten 3 500 leger og personer i forskerstillinger deltok i forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetakene i 2009. Vel 60 prosent var overleger eller leger. I tillegg til de 3 500 var ca. 1 800 personer i administrative eller tekniske støttestillinger involvert i FoU i 2009.
- 45 prosent av FoU-personalet i helseforetakene i 2009 var kvinner. Kvinneandelen var høyest blant rekrutteringspersonalet og lavest blant overlegene.
- Det er betydelig konsentrasjon av forskningsinnsatsen i helsesektoren. Helseforetak med universitetssykehusfunksjoner stod for 86 prosent av de samlede

driftskostnadene til forskning i sektoren, og forskning i disse helseforetakene utgjorde i gjennomsnitt om lag 4 prosent av totalaktiviteten, målt i driftskostnader.

- Forskningen er også geografisk konsentrert. Helse Sør-Øst stod for 69 prosent av den samlede ressursbruken til forskning, og forskning utgjorde i gjennomsnitt 2,8 prosent av denne helseregionens samlede aktivitet, målt i driftskostnader.
- Oslo universitetssykehus HF (OUS) som er en fusjon av de tidligere helseforetakene Rikshospitalet HF, Ullevål universitetssykehus HF og Aker universitetssykehus HF er dominerende både på regionalt og nasjonalt nivå. OUS stod for om lag tre fjerdedeler av forskningsinnsatsen i Helse Sør-Øst og mer enn halvparten av den samlede forskningsinnsatsen i helseforetakssektoren samlet.
- Det er imidlertid betydelige variasjoner i forskningsressursene de enkelte enhetene som inngikk i målesystemet disponerer. Fra OUS som største enkeltenhet er det stor avstand til enkelte, spesialiserte private, ideelle sykehus med forskningsinnsats på 100.000 kroner og mindre.
- 82 prosent av helseforetakenes samlede driftskostnader til forskning ble finansiert gjennom basisbevilgningen over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, øremerkede forskningsbevilgninger eller midler de regionale helseforetakene skyter til fra eget budsjett. Største enkeltkilde for forskningsfinansiering utover dette var Norges forskningsråd som stod for om lag 6 prosent. EU-midler og annen utenlandsk eller internasjonal finansiering er fortsatt marginal kvantitativt sett.
- 26 helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte forskning innenfor området psykisk helsevern. Med en ressursbruk tilsvarende 315 årsverk og nær 300 millioner kroner utgjorde forskning innen dette området om lag 14 prosent av den samlede forskningsinnsatsen i sektoren.
- 15 helseforetak rapporterte om til sammen 20 forskningsårsverk og 20 millioner kroner til forskning innen området tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere. Slik forskning utgjorde dermed om lag 1 prosent av den samlede forskningsinnsatsen i sektoren.

Rapporteringsopplegget befinner seg fremdeles i en utviklingsfase. Generelt vurderer vi ressursmålingen for 2009-årgangen som mer presis og dekkende for forskningsaktiviteten enn tidligere målinger. Grunnlaget for sammenligninger mellom foretak blir stadig bedre etter hvert som helseforetakene bevisstgjøres og får innført bedre interne rapporteringsrutiner.

I og med at rapporteringsopplegget er tilnærmet uendret fra 2008 vurderer vi det også slik at sammenligningsgrunnlaget over tid er bedre enn tidligere. Lokale endringer i rapporteringsopplegg som f.eks. omorganisering av større helseforetak, kan imidlertid fortsatt bidra til sammenligningsproblemer, og det kan være vanskelig å fastslå hvor stor

del av økningen fra 2008 til 2009 på om lag 3,7 prosent som skyldes reelt økt ressursinnsats og hvor mye som skyldes metodologiske forhold. Kjennskap til materialet tilsier imidlertid at metodologiske forklaringer på endringer i forskningsinnsatsen er avtakende, og at tallene er i ferd med å bli mer sammenlignbare også over tid. Tallene fra tidligere årganger blir imidlertid ikke bedre og revideres ikke. Sammenligninger med tall fra *før 2008* bør derfor gjøres med forsiktighet!

Til sammenligning er måling av ressursbruken til utviklingsarbeid i en tidlig fase, og det er fremdeles knyttet betydelig usikkerhet til disse tallene. Dette og enkelte andre utfordringer i rapporteringssystemet inngår i mandatet til en arbeidsgruppe bestående av representanter for de regionale helseforetakene som skal utarbeide forslag til ytterligere forbedringer av ressursmålingssystemet. Arbeidsgruppen vil avgi en rapport våren 2011.

1 Innledning

I denne rapporten beskriver vi hovedmønstre fra helseforetakenes rapportering av ressursbruk til forskning i 2009. Beskrivelsen bygger på innrapportert materiale fra helseforetak og private, ideelle sykehus og er et ledd i arbeidet med å måle og videreutvikle systemet for måling av ressursbruk til forskning i spesialisthelsetjenesten for Helse- og omsorgsdepartementet.

Fra 2007 er målesystemet samordnet med den nasjonale statistikken over forskning og utviklingsarbeid (FoU) – FoU-statistikken – slik at det i tillegg til forskning også rapporteres utviklingsarbeid. Mens 2006-rapporteringen bare dekket forskning, dekkes nå hele FoU-begrepet. For 2007 skilte ikke rapporteringen detaljert mellom forskning på den ene siden og utviklingsarbeid på den andre. Det begrenset mulighetene for nyanserte, separate beskrivelser av forskning. Fra 2008 muliggjøres relativt detaljerte beskrivelser av forskning og utviklingsarbeid hver for seg. Denne rapporten er i all hovedsak begrenset til forskning. FoU-statistikk publiseres i andre sammenhenger.¹

Vi vil i denne forbindelse understreke at rapporteringssystemet fortsatt er under utvikling. Det gjelder bl.a. rapporteringen av utviklingsarbeid som fortsatt krever videreutvikling av operasjonelle definisjoner og avgrensningskriterier. En arbeidsgruppe er oppnevnt for å håndtere denne og andre utfordringer i rapporteringssystemet. Den vil levere en rapport i tidlig i 2011.

1.1 Bakgrunn og formål

Forskning ble med virkning fra 2001 en av fire lovfestede² hovedoppgaver for spesialisthelsetjenesten. Det førte til et sterkt og økende fokus på medisinsk og helsefaglig forskning, både på forskningens omfang, produktivitet og kvalitet. Helhetlig og god styringsinformasjon er viktig for gode beslutninger og prioriteringer. Det er derfor etablert et system for rapportering av forskningsresultater og på grunnlag av dette et delvis resultatbasert forskningsfinansieringssystem.

Etableringen av rapporteringssystemet for ressursbruk til forskning i helseforetakene – og fra 2007 også ressurser til utviklingsarbeid – er også et ledd i arbeidet med å få på plass grunnleggende styringsinformasjon for helsesektoren. Systemet er utviklet i regi av Helse-

¹ Bl.a. i rapportserien *Det norske forsknings- og innovasjonssystemet. Statistikk og indikatorer*, fra Norges forskningsråd som fra 2009 publiseres årlig i papirversjon. Tallmaterialet oppdateres fortløpende på Forskningsrådets www-sider.

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

og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene. I februar 2007 ble det besluttet at NIFU (den gang NIFU STEP) skal stå for måling av ressursbruk til forskning i spesialisthelsetjenesten, og det ble gjennomført en måling av ressursinnsatsen til forskning i 2006.³ Fra 2007-rapporteringen⁴ er dette rapporteringssystemet, som nevnt, samordnet med den nasjonale FoU-statistikken, og inngår som grunnlag for den ordinære rapporteringen av slik statistikk nasjonalt så vel som internasjonalt. Det langsiktige målet med rapporteringen er å synliggjøre ressursbruk til forskning i helseforetakene på linje med andre forskningsutførende sektorer og med annen ressursbruk i helsetjenesten. For å få best mulig nytte av rapporteringssystemet er det viktig at dataene er sammenlignbare på nasjonalt nivå, mellom de fire regionale helseforetakene og mellom de mange større og mindre helseforetakene (inkludert private, ideelle sykehus).

1.2 Avgrensninger

Rapporteringen er avgrenset langs to dimensjoner. For det første er den avgrenset med hensyn til hvilke aktiviteter som skal inkluderes. I 2006 var den avgrenset til forskning, men fra 2007 er i tillegg utviklingsarbeid inkludert, slik at hele FoU-begrepet nå dekkes. For det andre er rapporteringen avgrenset med hensyn til hvilke kostnader som skal registreres som relevante. Begge dimensjoner er viktige for å få gode, sammenlignbare data. Dette skal vi utdype noe i det følgende.

1.2.1 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.

³ Ole Wiig: *Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2006. Dokumentasjon av undersøkelsen og hovedresultater*, NIFU STEP Rapport 39/2007.

⁴ Ole Wiig: *Ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetakene i 2007. Hovedresultater og dokumentasjon*, NIFU STEP Rapport 50/2008

Definisjonene er relativt generelle, men er utdypet og eksemplifisert i eget vedlegg som fulgte rapporteringen og i oversendelsesbrevet til rapporteringsenhetene (jf. Vedlegg 3). Det er likevel problematisk å trekke klare grenser mellom utviklingsarbeid og andre relaterte aktiviteter i helsetjenesten, f.eks. innovasjon, kvalitetsutvikling, fagutvikling og utdanning. Frascatimanualens⁵ definisjon av utviklingsarbeid er f.eks. ikke ulik den definisjonen av innovasjon som benyttes i helseforetakene. Innovasjon betraktes imidlertid ofte som et videre begrep enn FoU, bl.a. ved at innovasjoner kan oppstå uten at det kan føres tilbake til systematisk, kunnskapsgenererende aktivitet. Departementet har, på bakgrunn av tilbakemeldinger fra helseforetakene, bedt om at det iverksettes et arbeid for ytterligere å presisere definisjonen av utviklingsarbeid og avgrense mot aktivitet som ikke er å regne som FoU på den ene side og mot forskning på den andre.

1.2.2 Bokførte kostnader til FoU

Ressursbruken måles 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.). Avgrensning av FoU er basert på en skjønnsmessig anvendelse av felles definisjoner og retningslinjer; jf. avsnitt 1.2.1.

På kostnadssiden er den samme hovedavgrensningen benyttet som i pilotundersøkelsen fra 2005 og rapporteringene for 2006, 2007 og 2008. Kartleggingen skal 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.

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

⁵ *Proposed Standard Practice for Surveys on Research and Experimental Development. Frascati Manual 2002*, OECD Paris.

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. både basisfinansiering, øremerkede forskningsbevilgninger og midler fra eksterne kilder er tatt med forutsatt at helseforetakene har regnskapsført dem.

1.2.3 FoU-årsverk

Det skal rapporteres årsverk som er brukt til forskning og utviklingsarbeid og som samsvarer med de bokførte kostnadene; jf. avsnitt 1.2.2. 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.

Årsverkskartleggingen omfatter både aktive forskere og forskningsstøtte. I rapporteringsskjemaet skilles det mellom tre personalkategorier.

- leger som deltar i FoU, herunder avdelingsoverleger, overleger, assistentleger og andre leger.
- øvrig forskerpersonale, dvs. psykologer, 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 og på den andre siden andre forskere, herunder doktorgradsstipendiater og postdoktorer. Denne gruppen omfatter også personer i forskerstillinger med annen enn medisinsk utdanningsbakgrunn, f.eks. psykologer, kjemikere, biologer o.l. Det vil kunne oppstå enkelte avgrensingsproblemer 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.

Når vi i rapporten benytter *totalt antall forskningsårsverk* som mål for forskningsvolumet i helseforetakene omfatter det årsverk utført av *både* aktive forskere og forskningsstøtte.

1.2.4 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 detaljert mellom forskning på den ene siden og utviklingsarbeid på den andre.

1.2.5 Forholdet mellom helseforetakene og universiteter og høyskoler

I forrige avsnitt gjorde vi rede for hovedprinsipper i avgrensningen av kostnader og årsverk til forskning i helseforetakene. Blant annet skal årsverk som utføres av personale med annen arbeidsgiver enn helseforetaket kun nyttes som grunnlag for beregning av infrastrukturkostnader. I praksis er slike avgrensninger vanskelige, og avgrensningsspørsmålene er særlig omfattende i forhold til universiteter og høyskoler, bl.a. på grunn av omfanget av delte stillinger. Det er relativt 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. bl.a. skillet mellom registrering av ressurser for HF-ansatte vs. andre. Men historikk og ulike systemer gir naturligvis en fare for at avgrensningen mot universitetene kan bli gjenstand for ulik praksis regionene imellom. Grensene kompliseres også ved at det kan være noe ulik praksis knyttet til organisering av faglig personale og pengestrømmer gjennom interaksjon og samarbeid med organisasjoner i randsonene rundt universiteter og universitetssykehus, som Innovest, Inven2 og Stavanger helseforskning. De kan ivareta ulike funksjoner, bl.a. som forretningsfører, arbeidsgiver og forskningsutførende enhet. Enkelte av disse problemstillingene er for øvrig gjenstand for behandling i arbeidsgruppen som er oppnevnt for å forbedre og videreutvikle rapporteringssystemet.

1.2.6 Kort om regnskapsprinsipper og forholdet til FoU-statistikken

Rapporteringen av ressursbruk til forskning i helseforetakene følger regnskapsprinsippet. Når den fra 2007 er samordnet med den nasjonale FoU-statistikken, blir materialet i andre sammenhenger publisert med enkelte avvik i forhold til foreliggende rapport.⁶ Det skyldes

⁶ I tabellvedlegget til *Det norske forsknings- og innovasjonssystemet 2010*, Norges forskningsråd 2009, er materialet presentert etter begge prinsipper.

at FoU-statistikken i henhold til internasjonale retningslinjer følger kontantprinsippet. For å ”oversette” 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.

1.3 Rapporteringsenhetene

Rapporteringen gjelder spesialisthelsetjenesten i Norge. I praksis dekkes helseforetak og private, ideelle sykehus som driver forskning. Rapporteringsenhetene som inngår i 2009, er valgt med utgangspunkt i tidligere årganger og i samråd med de regionale helseforetakene. Ressursrapporteringen ses dessuten i sammenheng med Nasjonalt system for måling av forskningsresultater, og størst mulig overensstemmelse mellom enheter som inngår i de to målesystemene tilstrebes. Detaljerte oversikter over rapporteringsenhetene finnes i Vedlegg 1 til denne rapporten, og talloversikter per helseforetak finnes i vedlegg 2. Man bør imidlertid fortsatt utvise varsomhet med å tolke forskjeller mellom foretakene, og f.eks. trekke slutninger om foretakenes produktivitet og effektivitet. Dette er drøftet mer inngående nedenfor.

I tillegg ble de regionale helseforetakene (RHF) forespurt. De har rapportert noe ulikt. Helse Sør-Øst RHF har oppgitt at forskningsmidler i sin helhet går til egen helseforetaksgruppe. Til *egen helseforetaksgruppe* regnes her også private, ideelle sykehus i regionen, f.eks. Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus. Disse inngår som rapporteringsenheter, og midler de mottar fra Helse Sør-Øst RHF fanges dermed i prinsippet opp av rapporteringssystemet. De tre øvrige RHFene rapporterte om forskningsressurser som fordeles utenom egen foretaksgruppe (inkludert private, ideelle sykehus), og dermed ikke registreres i helseforetakene i regionen. Midlene tildeles bl.a. etter søknad og kan gå til forskere ved samarbeidende institusjoner som universiteter, høyskoler og randsoneinstitusjoner i tilknytning til disse. Dermed kan de likevel komme helseforetakene til nytte gjennom for eksempel samarbeidsprosjekter eller spesifikke satsinger. Midlene kan også gå til forskning ved spesielle sentre eller til finansiering av stipendiater som kan være ansatt annet sted enn i et helseforetak. Helse- og omsorgsdepartementet har i brev av 14.03.2008 klargjort føringer for bruk av det statlige øremerkede tilskuddet til forskning i helseforetakene.

I fremstillingen har vi, som tidligere år, valgt å sette hovedfokus på helseforetaksnivået. Til sammen omfatter 2009-rapporteringen 36 rapporteringsenheter, hvorav de fleste er

offentlige og organisert som helseforetak. Rapporteringen omfatter også private, ideelle institusjoner, hvorav noen har universitetssykehusfunksjoner.⁷

Tabell 1.1 viser antall rapporteringsenheter langs de to dimensjonene og totalt, og klargjør også en del betegnelser som benyttes i rapporten. For en oversikt over hvilke helseforetak som finnes i de ulike kategoriene viser vi til Vedlegg 1.

Tabell 1.1: Oversikt over typer av enheter (og antall enheter) som inngår i rapporteringen for 2009, etter hvorvidt de er offentlige eller private, ideelle og hvorvidt de har universitetssykehusfunksjoner.

	Har foretaket universitetssykehusfunksjoner?		Sum antall
	Ja	Nei	
Offentlig	Helseforetak med universitetssykehusfunksjoner (N=7)	Andre helseforetak (N=18)	25
Privat, ideell	Private, ideelle sykehus med universitetssykehusfunksjoner (N=2)	Andre private, ideelle sykehus (N=9)	11
Sum antall	9	27	36

Kilde: NIFU/ Ressursbruk til forskning i helseforetakene.

Inndelingen er den samme som er benyttet i tidligere rapporter, dvs. før ikrafttredelse av ny forskrift om bruk av betegnelsen universitetssykehus mm.

Når det gjelder enkeltenheter vil vi nevne følgende:

- *Helse Midt-Norge IT (HEMIT)* er en avdeling i Helse Midt-Norge RHF og har som regional IT-enhet eierskap til og ansvar for sentrale servere, felles programvare og felles infrastruktur i Helse Midt-Norge. FoU-ressurser behandles i denne rapporten under RHF-et.
- Rikshospitalet HF, Ullevål universitetssykehus HF og Aker universitetssykehus HF som fra 01.01.2009 inngår i Oslo universitetssykehus HF, har rapport samlet for 2009 og behandles som én enhet.
- Sykehuset Asker og Bærum HF, Sykehuset Buskerud HF, Ringerike sykehus og Blefjell sykehus HF (Kongsbergdelen) fusjonerte fra 30.03.2009 til Vestre Viken HF. Enhetene rapporterte hver for seg i 2009, men behandles som en enhet i rapporten.

⁷ I denne rapporten forholder vi oss til situasjonen i 2009; en detaljert oversikt over hvilke helseforetak som regnes til de ulike kategoriene finnes i vedlegg 1. Dette er den samme inndelingen som ble brukt i 2008 og tidligere år og tar ikke hensyn til endringer som måtte følge av FOR 2010-12-17 nr 1706: *Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten*. Forskriften trer i kraft 1.1.2011.

1.4 Metode og data

I utformingen av rapporteringsopplegget har vi søkt 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.

Vi prøver derfor å begrense omfanget av endringer og nye spørsmål mest mulig. Det er likevel gjort noen mindre endringer fra 2008 med sikte på å gi bedre og mer presis informasjon om ressursbruken til forskning i helseforetakene.

1.4.1 Endringer i rapporteringsopplegget fra 2008

Opplegget for 2009-rapporteringen er omtrent identisk med det som ble brukt i 2008. Det ble imidlertid gjort et par viktige presiseringer. Den første presiseringen gjelder *årsverk* til forskning og utviklingsarbeid som i dag fordeles på tre kategorier (leger, andre forskere og øvrig sykehuspersonale). I 2009 er det gjort en presisering i tråd med den overordnede avgrensningen av rapporteringen (*endring er kursivert*):

- Årsverk utført av leger, dvs. overleger, overleger med kombinert stilling (*her tas kun årsverk for stilling ved helseforetaket med, mens professor II-stilling ved et universitet, dvs. der universitetet betaler lønnskostnadene, ikke skal tas med*), leger under spesialisering.

Den andre presiseringen gjelder ekstern finansiering av FoU. I veiledningen er helseforetakene bedt om så langt som mulig å føre eksterne midler under primærkilden, f.eks. at forskningsrådsmidler helseforetakene måtte motta via universitetene føres som forskningsrådsmidler (og ikke universitetsmidler).

Til slutt vil vi nevne at rapporteringsskjemaene som tidligere er i Excel-format. Rutene i regnearkene ble imidlertid låst slik at det bare ble mulig å endre de feltene der vi ønsker at det skal legges inn verdier. Dette hindrer og eliminerer til dels mulighetene for feiltastinger i ulike faser av rapporteringen. Tiltaket styrker mao. datakvaliteten.

1.4.2 Utsendelsen og frist

Henvendelsen til helseforetak og private, ideelle sykehus ble sendt per e-post 2. februar 2010, med kopi til kontaktpersoner i de regionale helseforetakene som også ble bedt om å rapportere. I e-posten ble det oppgitt en lenke til NIFUs websider der følgende dokumenter var lagt ut:

- Rapporteringsskjema for måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid 2009
- Følg brev til rapporteringsskjema for måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid 2009
- Vedlegg med definisjoner og retningslinjer for utfyllingen 2009

Dokumentene er gjengitt i Vedlegg 3 til denne rapporten.

I følgebrevet viste vi dessuten til materiale fra tidligere undersøkelser på NIFUs www-sider til bruk ved utfyllingen med lenke til samme webside som rapporteringsdokumentene lå på. Blant annet omfattet veiledningsmaterialet fra 2006-undersøkelsen⁸ regnearkmaler og enkelte mer utdypende redegjørelser for prinsipper og beregningsmetoder på kostnadssiden. Samtidig ba vi om at underlagsmateriale med beregninger og annet grunnlag for utfyllingen ble lagt ved rapporten.

Svarfristen ble satt til 19. mars 2010. I 2009-rapporteringen er rapporteringstiden kortet ned i forhold til 2008-rapporteringen for *flertallet* av enhetene, dvs. det er flere som svarte innen fristen eller relativt kort etter fristen. I og med at det er et krav for den videre rapporteringen at materialet skal være *fulldekkende*, er imidlertid lengden på rapporteringsperioden samlet viktig, og selv om den var noe kortere enn i 2008, er den fortsatt altfor lang. Det er problematisk for logistikken og framdriften i prosjektet. Når rapportene kommer uker og måneder etter fristen øker faren for ytterligere forsinkelser. I kontrollaktiviteten er det behov for dialog med helseforetakene, og dette kolliderer ofte med ferieavviklingen. Vidererapporteringen av måleresultatene fra NIFU til departement og regionale helseforetak forsinkes dermed også, og mulighetene for å bruke dem som underlag i årsrapportering eller statsbudsjettarbeidet reduseres. Denne problemstillingen inngår også i mandatet for arbeidsgruppen som skal forbedre og videreutvikle rapporteringssystemet, bl.a. med sikte på en fastere og mer forpliktende tidsplan.

1.4.3 Kontroll av materialet

I veiledningsmaterialet skilles det mellom aktivitetsbasert metode som tar utgangspunkt i kostnadsdriverne, dvs. personalet og årsverkene, og kostnadsbasert metode som tar utgangspunkt i kostnadssteder. Helseforetakene benytter seg her av ulike varianter av disse metodene – også kombinasjoner av den aktivitetsbaserte og kostnadsbaserte tilnærmingen og egne, lokalt utviklede varianter.

En viktig premiss for rapporteringen har, som nevnt, vært at helseforetakene skal belastes minst mulig. Dette er for det første søkt ivarett ved å stille helseforetakene fritt til å velge den rapporteringsmetoden som passer best for deres virksomhet, men innenfor et sett av felles, overgripende prinsipper, definisjoner og retningslinjer. For det andre har vi søkt å begrense omfanget av fast eller standardisert informasjon til et begrenset antall variable som grunnlag for å kunne følge et sett av indikatorer over tid. Det er derfor begrensede

⁸ Se Ole Wiig: *Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2006. Dokumentasjon av undersøkelsen og hovedresultater*, NIFU STEP Rapport 39/2007.

Se også *Kartlegging av ressursbruk til forskning. November 2006*, Helse Sør RHF.

muligheter for å krysse variabler, f.eks. å analysere hvem som finansierer utstyrsinvesteringer.

NIFU har gått gjennom 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 uventede utslag på indikatorene. Ved omorganiseringer, særlig av større enheter, reduseres muligheten til å benytte seg av sammenligninger med forrige år som kontrollmetode. 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 mange tilfeller resultert i reviderte tall fra helseforetakene. På denne måten skjer det stadig forbedringer i rapporteringen, men man bør fortsatt utvise varsomhet med detaljerte sammenligninger mellom institusjoner og med å trekke slutninger om foretakenes produktivitet og effektivitet.

1.4.4 Andre datakilder

Fremstillingen i denne rapporten er i hovedsak basert på innrapporterte data om ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid fra helseforetak og private ideelle sykehus. Det er imidlertid også brukt data fra andre datakilder. Vi gjør her kort rede for NIFUs Forskerpersonalregister, regnskapstall fra Statistisk sentralbyrå og enkelte andre datakilder det innhentes opplysninger fra i forbindelse med produksjon av FoU-statistikk, bl.a. oppgaver fra medisinske fonds og foreninger.

Forskerpersonalregisteret

Opplysninger til NIFUs Forskerpersonalregister ligger til grunn for deler av beskrivelsen i kapittel 2. Datamaterialet samles inn i forbindelse med ressursmålingen, og inngår som en del av den nasjonale FoU-statistikken. Fra og med 2008 dekkes i prinsippet alle helseforetak og private, ideelle sykehus som inngår i ressursmålingssystemet. Forskerpersonalregisteret inneholder data på individnivå og omfatter vitenskapelig og annet faglig personale som deltar i FoU i universitets- og høyskolesektoren, instituttsektoren og helseforetakene. Dessuten inngår teknisk og administrativt personale i stillinger som krever høyere utdanning, dvs. minst mastergrad. Teknisk og administrativt personale med lavere utdanningsnivå registreres ikke i Forskerpersonalregisteret, men skal tas med i oversikter Norge er forpliktet til å levere til OECD og Eurostat.

Forskerpersonalregisteret omfatter ikke næringslivet, med unntak av enkelte professor II som har sin hovedstilling i næringslivet.

Personene som er med i Forskerpersonalregisteret innehar en stilling som krever kompetanse på master/hovedfagsnivå eller høyere. Stillingskoder benyttes til å identifisere

forskere i universitets- og høyskolesektoren. I helseforetakene og instituttsektoren registreres kun personale som deltar i FoU. Opplysningene innhentes fra enhetenes sentraladministrasjoner.

Statistikkbanken i Statistisk sentralbyrå

Når vi relaterer helseforetakenes driftskostnader til forskning til totalressurser for å få en indikator for forskningsintensiteten, har vi hentet opplysningene fra Statistisk sentralbyrås hjemmeside.⁹ Som mål for totalressursene har vi brukt *driftskostnader inklusive avskrivninger i løpende priser*.

Andre datakilder

For *kontroll* av innrapportert materiale er det benyttet regnskapsdata fra universitetene, Norges forskningsråd og ulike fonds, f.eks. Kreftforeningen. Fra Kreftforeningen og Norges forskningsråd mottar vi bevilgningsoversikter sortert etter lærested, helseforetak mv., hvor navn på prosjektleder og eventuelle doktorgradsstipendiater og postdoktorer inngår. Disse oversiktene blir kontrollert mot personaloversikter og regnskapsopplysninger fra helseforetakene. Vi har også brukt oversiktene fra de nevnte finansieringskildene til å bestemme finansieringskilde for forskerpersonale tilknyttet helseforetakene, og til å kontrollere stillingsopplysninger oppgitt av helseforetakene.

1.4.5 Om sammenligninger i tid og rom

Tallene er kontrollert og kvalitetssikret så langt som mulig. At rapporteringsskjemaet og -opplegget for 2009 var omtrent identisk med 2008 innebærer at tallene er mer sammenlignbare over tid enn tidligere. *Likevel bør man utvise forsiktighet i tolkning og bruk av materialet i sammenligninger – særlig over tid, men også mellom regioner og mellom helseforetak.*

Det skyldes for det første at vi har inntrykk av at det fortsatt er noe ulik praktisering av retningslinjene rapporteringsenhetene imellom – selv om de fleste nå rapporterte slike data for femte gang (inkludert 2005-piloten). La oss med en gang understreke at det har skjedd store forbedringer, men behovet for presisering og avgrensning av begrepet utviklingsarbeid er for eksempel fortsatt til stede – både mot forskning og mot annen beslektet eller tilgrensende aktivitet i helsetjenesten. En annen sak er at ikke alle helseforetak rapporterer utviklingsarbeid, og vi har inntrykk av at det i enkelte tilfeller henger mer sammen med manglende rutiner enn manglende aktivitet av denne karakter. Det er nok også ulik forståelse av hvilke aktiviteter som skal inngå i begrepet utviklingsarbeid. Vi har også inntrykk av at det er noe ulik praksis i rapportering av felleskostnader knyttet til bygg og anlegg, utstyr og instrumenter, og hvordan kostnadene fordeles på underkategorier. Selv der det foreligger relativt omfattende underlagsmateriale,

⁹ Statistikkbanken på www.ssb.no.

er det ikke alltid tilstrekkelig grunnlag for å vurdere kvalitet og treffsikkerhet i slike klassifiseringer.

For det andre er det fortsatt grunn til å tro at det knytter seg enkelte usikkerhetsmomenter til rapporteringen av *forskningsfinansiering* spesielt. En mer detaljert spesifisering av de vanligste hovedkildene de to siste årene gir et bedre bilde av hvordan FoU-aktiviteten er finansiert.¹⁰ Datamaterialet gir imidlertid ikke alltid et helt tilfredsstillende bilde av hvilke kanaler midlene følger fra de bevilges til de havner i forskningsmiljøene i det enkelte helseforetak, bl.a. ved at de kan betales ut til forskere ved sykehus uten at de går gjennom *sykehusets* regnskaper eller direkte til forskningsenheter utenfor helseforetakene i snever forstand (f.eks. universiteter eller forskningsstiftelser). En del midler kanaliseres til forskning gjennom regionale samarbeidsorganer, regionale helseforetak eller andre kilder og fanges ikke opp i rapporteringen på HF-nivå fordi de går til andre mottakere, f.eks. universitetene eller ved at kildeangivelsen ikke er korrekt. Deler av disse midlene er prøvd fanget opp gjennom å be de regionale helseforetakene om oversikter over midler som kanaliseres utenfor egen helseforetaksgruppe. Jo flere ledd midlene passerer på vei til det forskningsutførende nivå jo mer problematisk blir det å følge midlene i den forstand at de beholder ”riktig” eller opprinnelig kildeangivelse. Eksempler på dette finner vi der pengestrømmene går gjennom ”finansieringsinstrumenter”, dvs. organisasjoner av typen Medinnova, Innovest og Stavanger helseforskning. At organisasjoner av denne typen også har andre funksjoner, f.eks. som forretningsfører eller arbeidsgiver, reiser også andre avgrensningsspørsmål enn de som gjelder finansiering.

For det tredje vet vi at det er noe ulik praksis i de ulike helseregionene når det gjelder søknadsstrategier og samarbeid om prosjektsøknader til Forskningsrådet, EU, Kreftforeningen mv. I Helse Vest har man f.eks. etablert en praksis som innebærer at søknadene fremmes gjennom universitetet, mens søknadsarbeidet i Helse Sør-Øst i større grad skjer gjennom helseforetakene. Selv om forskere fra så vel universitet som helseforetak vil delta i forskningsprosjektene i begge regioner, innebærer ulik praksis en fare for at midlene inntektsføres på ulik måte i de to regionene. Det er antagelig en hovedforklaring på hvorfor det i liten grad er registrert midler fra Norges forskningsråd i helseforetakene i Helse Vest.

Mer generelt synes det fortsatt å være noe varierende praksis mht. hvordan ekstern forskningsfinansiering registreres, og det ser ut til å kunne gi systematiske forskjeller i finansieringsstrukturen helseregionene imellom. Å sammenstille tall som er sammenlignbare på tvers av helseforetak som har ulike måter å kanalisere pengene på, er blant de største utfordringene i arbeidet med rapportering av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid helseforetakene. Dette er imidlertid også tema for den nevnte arbeidsgruppen.

¹⁰ Materiale basert på denne kategoriseringen er bl.a. publisert i rapporten *Det norske forsknings- og innovasjonssystemet – statistikk og indikatorer 2009*, Norges forskningsråd.

Til slutt, økt oppmerksomhet omkring ressursbruk til forskning i helseforetakene, både gjennom styringsdialogen og denne rapporteringen, har nok også i seg selv medvirket til mer nøyaktige målinger. Dette underbygges av kontakten vi har hatt med helseforetakene. Bevisstgjøringen er imidlertid en tidkrevende prosess og har kommet ulike langt i ulike foretak. Det kan derfor fortsatt ta noen tid før rapporteringen gir fullt ut tilfredsstillende sammenligningsgrunnlag på tvers av foretak og over tid.

1.5 Samlet vurdering av datakvalitet mv.

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

Samtidig har vi inntrykk av at det fortsatt er et forbedringspotensial i rapporteringen. For det første vil arbeidet med å videreutvikle definisjoner med gode avgrensninger og operasjonaliseringer fortsette, bl.a. når det gjelder utviklingsarbeid og fordelinger på fag eller disiplin. For det andre har arbeidet med rapporteringsopplegget kommet ulike langt i ulike foretak. Mange av dem ser ut til å ha fått implementert gode rutiner internt. Det er imidlertid fortsatt en del som sliter med hele eller deler av rapporteringsopplegget. Dette bidrar til at datakvaliteten fortsatt ikke er optimal og det forlenger gjennomføringstiden for resultatmålingen. Dette vil det også bli arbeidet videre med. Realisering av dette forbedringspotensialet er et hovedmål i det videre arbeidet med ressursmålingene.

1.6 Om denne rapporten

I tråd med det ene hovedformålet for rapporten – dokumentasjon av 2009-rapporteringen – har vi i *kapittel 1* valgt å gi en relativt omfattende fremstilling av innsamlingsmetoden og enkelte problemstillinger i den forbindelse. Vi anser dette som viktig i og med at rapporteringsopplegget fortsatt befinner seg i en utviklingsfase. Oversikter over rapporteringsenhetene og kopi av rapporteringsskjemaer finnes i henholdsvis *Vedlegg 1* og *3*. I *Kapittel 2* gir vi en beskrivelse av hovedtrekk ved helseforetakenes ressursbruk til forskning i 2009. Oversikter over registrerte forskningsressurser på foretaksnivå er gjengitt i *Vedlegg 2*. I kapitlet gir vi også en kortfattet beskrivelse av personalet som deltok i forskning og utviklingsarbeid (FoU) i 2009. Utdypende informasjon om personalet finnes i en tabell i *Vedlegg 5*. Ressursbruken til FoU er i liten grad omtalt i denne rapporten, men i *Vedlegg 4* har vi tatt inn enkelte tabeller som viser FoU-ressursene i 2009. I *Kapittel 3*

redegjør vi for ressursbruken til forskning i de fire helseregionene. I *Kapittel 4* beskriver vi hovedtrekk ved finansieringen av forskning. Til slutt – i *Kapittel 5* – følger en beskrivelse av hovedtrekk ved helseforetakenes ressursbruk til forskning innen to særskilte områder, dvs. psykisk helsevern og tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere.

2 Hovedresultater 2009

I det følgende beskriver vi hovedresultater fra 2009-rapporteringen. Fremstillingen er konsentrert om ressursbruken til *forskning* på *helseforetaksnivået*. I avsnitt 2.1 redegjør vi for hovedresultatene på nasjonalt nivå, før vi sammenligner helseforetak med og uten universitetssykehusfunksjoner (2.2). For enkelhets skyld omtaler vi helseforetak og private, ideelle sykehusene som *helseforetak*, med mindre det er et eksplisitt formål å skille mellom dem i fremstillingen slik det er i avsnitt 2.3. I avsnitt 2.4 gjør vi rede for hovedtrekk ved personalet som deltok i forskning i 2009, før vi i avsnitt 2.5 beskriver utviklingen i registrerte forskningsressurser fra 2008.

2.1 Samlede forskningsressurser

I alt rapporterte helseforetakene å ha brukt om lag 2,15 milliarder kroner på forskning i 2009; se tabell 2.1. Tallet omfatter driftskostnader til forskning som er regnskapsført av helseforetak og private, ideelle sykehus, dvs. så vel forskning finansiert over basisbevilgninger og øremerkede bevilgninger fra Helse- og omsorgsdepartementet som eksternt finansiert forskning; se nærmere om finansiering av forskningen i kapittel 4.

Til sammenligning var helseforetakenes driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver 94,3 milliarder kroner. Driftskostnader til forskning utgjorde dermed om lag 2,3 prosent av helseforetakenes samlede driftskostnader i 2009.

Personalet ved helseforetakene utførte 2 048 forskningsårsverk i 2009. Gjennomsnittlige driftskostnader til forskning per forskningsårsverk var dermed i overkant av én million kroner.

Det er betydelige forskjeller i volumet på forskningsinnsatsen helseforetakene imellom. Det uten sammenligning største av dem er Oslo universitetssykehus HF (OUS) der det ble utført 1 075 forskningsårsverk med samlede driftskostnader til forskning på mer enn 1,1 milliarder kroner. OUS stod for godt over halvparten av landets samlede forskningsressurser målt i både årsverk og driftskostnader. I den andre enden av skalaen finner vi Haugesunds Sanitetsforenings Revmatismesykehus as og Sykehusapotekene i Midt-Norge HF med samlede driftskostnader til forskning på snaut 50 tusen kroner i 2009; mer detaljer i kapittel 3.

Vel 40 prosent av forskningsårsverkene ble utført av personer i forskerstillinger mv.,¹¹ mens vel en femtedel ble utført av overleger eller leger. Øvrig sykehuspersonale¹² stod for resten av årsverksinnsatsen, dvs. en drøy tredjedel.

Kategoriseringen bygger i stor grad på administrative registre og gir *i hovedsak* et dekkende bilde av forholdet mellom ressursinnsatsen i de ulike stillingskategoriene. Samtidig er det grunn til å påpeke at grensene mellom kategoriene kan være noe flytende, ikke minst mellom leger på den ene siden og forskere på den andre. Operasjonelt vil personer som har forskning som hovedaktivitet bli klassifisert i forskergruppen, men generelt gir kombinasjon av klinisk og vitenskapelig virksomhet en viss usikkerhet i tallene. På den ene siden vil legeutdannede kunne være ansatt i rene forskerstillinger eller i stipendiat- eller post doc-stillinger eller i administrative stillinger. Forskningen vil da bli fanget opp i disse kategoriene. Det trekker antagelig i retning av en viss underestimering av årsverk i kategorien av overleger og leger, dvs. årsverk utført av personale med medisinsk grunnutdanning. På den annen side vil leger ofte beholde tittelen overlege selv om de er stipendiater e.l., hvilket vil kunne trekke i retning av en overvurdering av kategorien overleger og leger. Hva nettoeffekten av disse målingsutfordringene blir og hvor godt det beskriver den underliggende strukturen, vil bl.a. avhenge av hvor oppdaterte helseforetakenes personaladministrative systemer er.

2.2 Forskning i helseforetak med universitetssykehusfunksjoner sammenlignet med andre helseforetak

I tabell 2.1 er innrapportert ressursbruk til forskning brutt ned på typer av helseforetak. Vi skiller mellom helseforetak med universitetssykehusfunksjoner – i hovedsak helseforetak som rommer de gamle universitetssykehusene – og andre helseforetak.

De to gruppene hadde omtrent like store driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver samlet, men helseforetakene med universitetssykehusfunksjoner dominerer klart på forskningsområdet. Med samlede driftskostnader til forskning på nær 1,9 milliarder kroner stod de for om lag 86 prosent av så vel driftskostnader som årsverk til forskning i 2009. Den sentrale rollen helseforetak med universitetssykehusfunksjoner spiller på forskningsområdet viser seg også ved at forskning utgjorde nesten 4 prosent av samlede driftskostnader. Til sammenligning brukte øvrige helseforetak vel 290 millioner kroner på forskning, som var litt over en halv prosent av samlede driftskostnader.

¹¹ Forskere, post docs, stipendiater, psykologer; jf. rapporteringsskjema, gjengitt i Vedlegg 3. Forskerstilling omfatter med andre ord stillinger som krever høyere utdanning på master- eller hovedfagsnivå, og der deltakelse i FoU er en forutsetning for stillingen.

¹² Laboratoriepersonale, teknisk og administrativt støttepersonale, sykepleiere, hjelpepleiere; jf. rapporteringsskjema, gjengitt i Vedlegg 3. I avgrensningen mellom høyere utdannet teknisk personale og forskerstillinger legges stillingstittel til grunn. Forskerpersonalregisteret benytter samme grupperinger av forskerstillinger og støttestilling (teknisk personale) som brukes i Database for høyere utdanning (DBH), se <http://dbh.nsd.uib.no/dbhvev/dokumentasjon/vedlegg/vedlegg2.cfm>

Tabell 2.1: Nøkkeltall for helseforetakene 2009, etter type institusjon. ¹

Indikator	Helseforetak og private, ideelle sykehus med universitets-sykehus-funksjoner	Øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus	Alle helseforetak og private, ideelle sykehus
Totale driftskostnader, inklusive avskrivninger. Mill. kr ²	47 704	46 578	94 282
Prosent	51	49	100
Driftskostnader til forskning, inkl. eksternt finansiert forskning og avskrivninger. Mill. kr	1 855	291	2 145
Prosent	86	14	100
Driftskostnader til forskning i prosent av totale driftskostnader	3,9	0,6	2,3
Antall forskningsårsverk	1 758	289	2 047
Prosent	86	14	100
Driftskostnader per forskningsårsverk. Kroner	1 055 000	1 006 000	1 048 000
Antall rapporteringsenheter	9	27	36

Merknader:

¹ Se Vedlegg 1 for detaljert oversikt over kategoriseringen av rapporteringsenhetene.

² Kilde: SSB Statistikkbanken

Kilde: NIFU/ Ressursbruk til forskning i helseforetakene.

Et forskningsårsverk kostet i gjennomsnitt vel 1 million kroner i 2009, og var i gjennomsnitt nesten 50 tusen kroner dyrere i helseforetak med universitetssykehus-funksjoner enn ved øvrige helseforetak. Dette kan bl.a. henge sammen med universitetssykehusenes kostnader til infrastruktur, utstyr og støttefunksjoner knyttet til universitetsfunksjonene, f.eks. forsøksdyravlager. Slike fasiliteter finnes ikke ved mindre sykehus, men forskere herfra vil i mange tilfeller kunne benytte seg av mulighetene universitetssykehusene gir.

2.3 Forskning i de private, ideelle sykehusene

Rapporteringssystemet omfatter i alt 11 private, ideelle sykehus. De er ikke en del av det regionalt inndelte helseforetakssystemet, men har driftsavtaler med de regionale helseforetakene, som også omfatter forskning.

De private, ideelle sykehusene rapporterte til sammen om 113 forskningsårsverk i 2009 og samlede driftskostnader til forskning på 98 millioner kroner. I gjennomsnitt kostet dermed et forskningsårsverk 866 tusen kroner, som er klart mindre enn gjennomsnittet av de offentlig eide helseforetakene (1 058 tusen kroner). Forskningskostnadene utgjorde dermed

2,5 prosent av de private, ideelle sykehusenes samlede driftskostnader, som i 2009 var nesten 3,9 milliarder kroner.

Også de private, ideelle sykehusene varierer betydelig i størrelse. Det gjelder også omfanget av ressursbruken til forskning. Størst var Diakonhjemmet sykehus som rapporterte om 58 forskningsårsverk og driftskostnader til forskning på vel 48 millioner kroner i 2009 og Lovisenberg Diakonale Sykehus as med 19 årsverk og 19 millioner kroner. Gruppen omfatter imidlertid også enheter som er små i forskningssammenheng, for eksempel Haugesunds Sanitetsforenings Revmatismesykehus as med et tiendedels forskningsårsverk og mindre enn 50 tusen kroner til forskning.

2.4 Forskerpersonalet i helseforetakene

I de foregående avsnittene er beskrivelsen av personalressursene basert på opplysninger om forskningsårsverk utført i helseforetak og private, ideelle sykehus. Årsverk samles inn som en del av ressursrapporteringssystemet som også omfatter kostnader. Den følgende beskrivelsen er i hovedsak basert på NIFUs Forskerpersonalregister¹³ som omfatter personer som deltar i FoU.¹⁴ Det er mao antall personer og ikke årsverk som inngår i beskrivelsen, bortsett fra der personer og årsverk eksplisitt sammenstilles. Hovedvekten er lagt på situasjonen i 2009, men vi ser også litt på endringer fra 2008.

Et hovedskille i den videre fremstillingen går mellom leger som deltok i FoU på den ene siden og øvrig forskerpersonale på den andre. Øvrig forskerpersonale er videre inndelt i forskere og rekrutteringspersonale. Med rekrutteringspersonale menes her doktorgradsstipendiater og vitenskapelige assistenter. Personale i tekniske eller administrative støttestillinger, om lag 1 800 personer i 2009, holdes altså utenfor i den videre fremstillingen.

Helseforetak med universitetssykehusfunksjoner dominerer mht. antall personer som deltok i FoU som vi har sett for driftskostnader til forskning og forskerårsverk foran. 86 prosent av de 3 500 som deltok i FoU i 2009 var ansatt ved et slikt helseforetak.

Vel 2 100 av de 3 500, eller 61 prosent, var leger. Legeandelen er marginalt høyere ved helseforetak med universitetssykehusfunksjoner (61 %) enn ved øvrige helseforetak (59 %). Blant de vel 1.349 personene som ikke var i legestillinger, var doktorgradsstipendiatene den største gruppen, fulgt av forskerne.

¹³ NIFUs Forskerpersonalregister omfattet i 2008 for første gang alle helseforetak og private, ideelle sykehus. Før dette er kun forskerpersonale ved universitetssykehus registrert. Forskerpersonalregisteret er avgrenset til personer som deltok i forskning og utviklingsarbeid (FoU) på et gitt tidspunkt, og opplysningene er basert på oppgaver fra institusjonene selv. Registeret omfatter i prinsippet de samme personene som ligger til grunn for beregningen av FoU-årsverk i helseforetak mv..

¹⁴ I Forskerpersonalregisteret skilles det ikke mellom personale som deltok i henholdsvis forskning og utviklingsarbeid.

Andelen kvinner blant forskerpersonalet i helseforetakene i 2009 var 45 prosent. Kvinneandelen var litt høyere ved helseforetak med universitetssykehusfunksjoner enn ved øvrige helseforetak. Høyest kvinneandel finner vi blant rekrutteringspersonalet, fulgt av postdoktorer og psykologer. Kvinneandelen blant rekrutteringspersonalet var dessuten vesentlig høyere ved helseforetak med universitetssykehusfunksjoner enn ved de øvrige sykehusene.

Tabell 2.2: Forskerpersonale¹ i helseforetakene i 2009, etter type helseforetak, stillingstype og kjønn.

Stilling	Helseforetak med universitets- sykehusfunksjoner			Helseforetak uten universitetssykehus- funksjoner			Alle helseforetak		
	Totalt	Kvinner		Totalt	Kvinner		Totalt	Kvinner	
		Antall	%		Antall	%		Antall	%
Avd.overlege/overlege	1 430	438	31	223	71	32	1 653	509	31
Ass.lege	404	206	51	63	33	52	467	239	51
Sum leger	1 834	644	35	286	104	36	2 120	748	35
Psykologer/spesialpsykologer	130	84	65	63	28	44	193	112	58
Post.doc.	126	79	63	6	3	50	132	82	62
Forskere	390	198	51	59	37	63	449	235	52
Sum annet personale	646	361	56	128	68	53	774	429	55
Doktorgradsstipendiat	488	345	71	68	34	50	556	379	68
Vit.ass.	19	18	95	0	0	..	19	18	95
Sum rekrutteringspersonale	507	363	72	68	34	50	575	397	69
Totalt	2 987	1 368	46	482	206	43	3 469	1 574	45

Merknad:

¹ Professor II er ikke inkludert i tabellen. I alt hadde 283 leger, 3 psykologer, 60 personer i forskerstilling og 5 personer i administrative stillinger ved helseforetakene en professor II-stilling i UoH-sektoren i 2009.

Kilde: NIFU/Forskerpersonalregisteret

Fra 2008 har forskerpersonalet ved helseforetakene økt med 400 personer eller 13 prosent; se tabell 2.3. Antall leger som deltok i FoU økte med 273 eller 15 prosent, mens det var 5 personer mindre ansatt i forskerstilling enn i 2008. Rekrutteringspersonalet økte med nesten 130 personer, hvorav de fleste ved universitetssykehusene. Veksten i personalet er altså høyere enn veksten i antall forskerårsverk. Det kan bl.a. henge sammen med at forskningsaktiviteten i helseforetakene ofte utgjør en begrenset andel av det samlede årsverket og dertil varierer endel fra år til år.

Andelen kvinnelige forskere som deltok i FoU ved helseforetakene økte med om lag ett prosentpoeng fra 2008 til 2009 i de fleste stillingskategorier.

Tabell 2.3: Forskerpersonalet i helseforetakene i 2008 og 2009 etter stillingstype og kjønn.

Stilling	2008			2009		
	Totalt	Kvinner		Totalt	Kvinner	
		Antall	%		Antall	%
Avd.overlege/overlege	1 494	451	30	1 653	509	31
Ass.lege	353	178	50	467	239	51
Sum leger	1 847	629	34	2 120	748	35
Psykologer/spesialpsykologer	159	91	57	193	112	58
Post.doc.	128	76	59	132	82	62
Forskere ¹	492	271	55	449	235	52
Sum annet personale	779	438	56	774	429	55
Doktorgradsstipendiat ¹	438	285	65	556	379	68
Vit.ass.	10	9	90	19	18	95
Sum rekrutteringspersonale	448	294	66	575	397	69
Totalt	3 074	1 361	44	3 469	1 574	45

Merknad:

¹ Antall stipendiater ved helseforetakene økte med over 100 fra 2008 til 2009, mens antall forskere gikk ned. Dette er først og fremst en teknisk endring, ettersom rapporteringsrutinene for forskerpersonalet er forbedret ved at vi har fått rapportert stillingstitler i tillegg til stillingsgrupper.

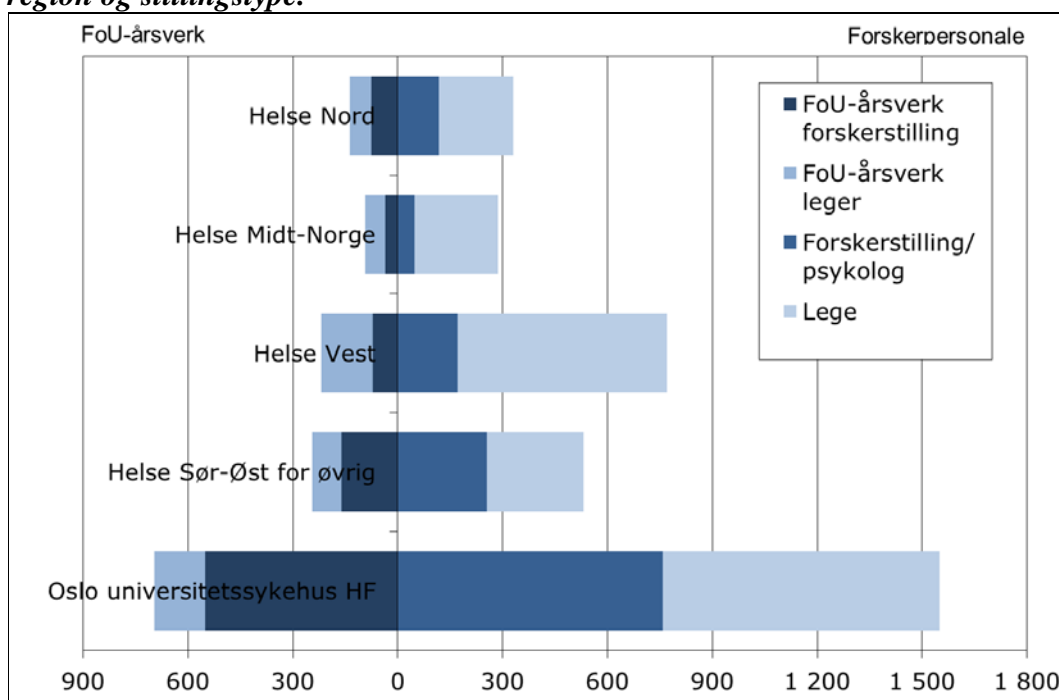
Kilde: NIFU/Forskerpersonalregisteret

Om lag 60 prosent av forskerpersonalet var tilsatt ved helseforetak i region Sør-Øst i 2009. Det er også i denne helseregionen det utføres flest FoU-årsverk. Figur 2.1 viser forholdet mellom forskerpersonalet og antall utførte FoU-årsverk for hver region for henholdsvis leger og øvrig forskerpersonale. Figuren viser at det var flest personer i legestilling¹⁵ som deltok i FoU, mens stillingsgruppen som utførte flest FoU-årsverk, var tilsatt i forskerstillinger. Legene utgjorde i 2009 i overkant av 60 prosent av forskerpersonalet, og utførte 36 prosent av FoU-årsverkene. Dette følger for så vidt logisk av at personale i forskerstilling bruker en større andel av sin tid til FoU.

Figur 2.1 viser til dels store regionale forskjeller i sammensetningen av forskerpersonalet. I Helse Midt-Norge er andelen forskere svært lav, 16 prosent av forskerpersonalet. Dette har sammenheng med at forskerstillinger med arbeidsplass ved St. Olavs hospital i stor grad er tilsatt ved NTNU, og ikke ved helseforetaket. Helse Vest har også en lavere andel forskere enn øvrige regioner, 22 prosent, noe som delvis kan forklares med at forskerpersonale finansiert av Forskningsrådet ansettes ved Universitetet i Bergen, og ikke i Helse Bergen HF.

¹⁵ Antall leger som deltok i FoU inkluderer leger som brukte mellom 1 og 100 prosent av sin arbeidstid til FoU. Her kan det imidlertid forekomme forskjeller i hvordan helseforetakene rapporterer inn leger som deltok i FoU. Tallmaterialet indikerer at man opererer med ulike nedre grenser for FoU-aktivitet for å inkludere legene i beregningene.

Figur 2.1: Forskerpersonale og utførte FoU-årsverk i helseforetakene i 2009, etter region og stillingstype.



Kilde: NIFU/Forskerpersonalregisteret

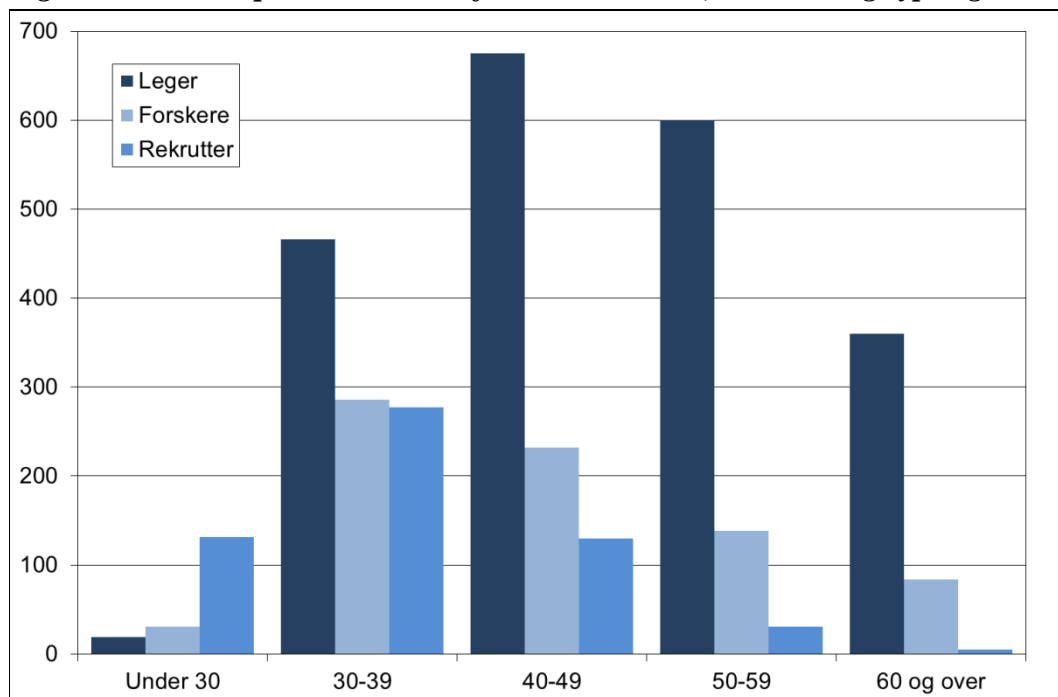
Oslo universitetssykehus HF (OUS) som står for den største FoU-innsatsen av alle helseforetakene, sysselsatte 45 prosent av forskerpersonalet i helseforetakene i 2009, og halvparten av FoU-årsverkene ble utført her. Oslo universitetssykehus dominerende posisjon gjenspeiles tydelig i figur 2.1.

Forskerpersonalets alder

Gjennomsnittsalderen for leger som deltok i FoU i 2009 var 48 år. Blant personalet i forskerstillinger var gjennomsnittsalderen litt lavere – 44 år. Aldersforskjellene var små om vi sammenligner helseforetak med og uten universitetssykehusfunksjoner. Kvinnelige forskere var i gjennomsnitt to år yngre enn sine mannlige kolleger ved helseforetak med universitetssykehusfunksjoner, og tre år yngre ved øvrige helseforetak. Gjennomsnittsalderen for rekruttene var naturlig nok lavere enn for de to andre stillingsgruppene – 36 år. Den var 35 år ved universitetssykehusene mot 42 år ved øvrige helseforetak.

Figur 2.2 viser fordelingen på ulike alderskategorier. Flest leger finner vi i aldersgruppen 40-49 år, fulgt av 50-59-årsgruppen. Både blant forskerne og rekruttene finner vi tyngdepunktet i aldersgruppen 30-39 år. Selv om det er mange leger i aldersgruppen 60 år og over, utgjør disse bare 17 prosent av alle legene som deltok i FoU i 2009. Rekrutteringsproblemer og akutte erstatningsbehov som de man opplever ved universiteter og høyskoler ser altså ikke ut til å være like påtrengende i helseforetakene.

Figur 2.2: Forskerpersonale i helseforetakene i 2009, etter stillingstype og aldersgruppe.



Kilde: NIFU/Forskerpersonalregisteret

Doktorgradskompetanse

Totalt hadde 40 prosent av forskerpersonalet ved helseforetakene en doktorgrad i 2009. Halvparten av legene som deltok i FoU i 2009 hadde doktorgrad. Andelen er betydelig høyere ved helseforetak med universitetssykehusfunksjoner (55 %) enn ved øvrige sykehus (28 %). Blant øvrige forskerne hadde nesten 60 prosent doktorgrad, og doktorgradsandelen var også blant disse betydelig høyere ved helseforetak med universitetssykehusfunksjoner enn ved øvrige sykehus.

Tabell 2.4: Doktorgradsandel blant forskerpersonalet i helseforetakene i 2009 etter type helseforetak og region.

	Helseforetak med uni- versitetssykehusfunksjoner			Helseforetak uten uni- versitetssykehusfunksjoner			Totalt		
	Forsker- personale	Med dr.grad	Dr. grads- andel	Forsker- personale	Med dr.grad	Dr. grads- andel	Forsker- personale	Med dr.grad	Dr. grads- andel
OUS	1 550	708	46				1 550	708	46
Helse Sør-Øst for øvrig	196	68	35	336	73	22	532	141	27
Helse Vest	741	269	36	29	6	21	770	275	36
Helse Midt-Norge	218	111	51	69	8	12	287	119	41
Helse-Nord	282	119	42	48	16	33	330	135	41
Totalt	2 987	1 275	43	482	103	21	3 469	1 378	40

Kilde: NIFU/Forskerpersonalregisteret

Samlet sett, hadde Helse Midt-Norge, Helse Nord og Helse Sør-Øst omtrent samme andel forskerpersonale med doktorgrad. Her var det imidlertid store forskjeller mellom typen

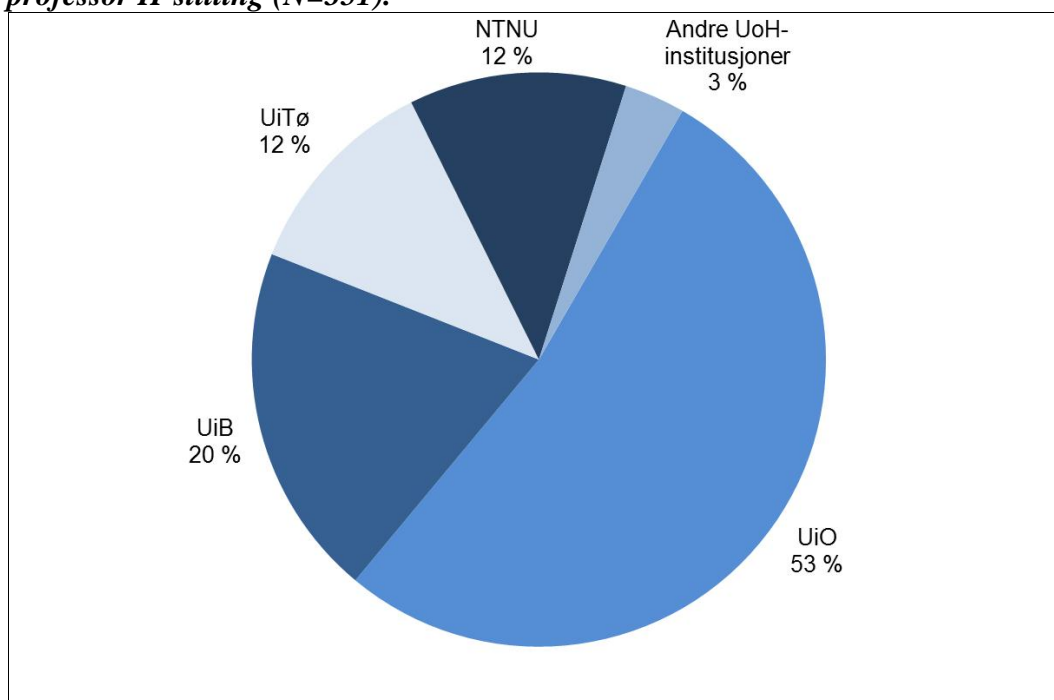
helseforetak. Mens over halvparten av forskerpersonalet ved St. Olavs hospital hadde doktorgrad, var andelen lav ved øvrige helseforetak i regionen, i gjennomsnitt 12 prosent. I Helse Sør-Øst er doktorgradsandelen ved Oslo universitetssykehus HF (OUS) 46 prosent, mens andelen ved øvrige helseforetak i regionen var om lag 35 prosent. I Helse Nord hadde 42 prosent av forskerpersonalet ved UNN doktorgrad, mens andelen ved øvrige helseforetak i gjennomsnitt var 33 prosent. Det er for øvrig den høyeste andelen i noen region for helseforetak uten universitetssykehusfunksjoner.

Professor II med hovedstilling ved et helseforetak

I 2009 registrerte NIFU 1318 professor II-stillinger, hvorav 351 hadde sin hovedstilling ved et helseforetak. Av disse var 244 stillinger finansiert av lærestedet, mens 107 var finansiert av andre kilder, i første rekke helseforetakene.

Figur 2.3 viser hvordan disse 351 professor II-stillingene fordeler seg på læresteder i UoH-sektoren. Over halvparten av dem hadde sin bistilling ved Universitetet i Oslo. Av disse var mer enn 80 prosent tilsatt ved Oslo universitetssykehus. Resten var tilsatt i andre helseforetak i Helse Sør-Øst. Også i de øvrige helseregionene var det i hovedsak slik at personer med hovedstilling ved et helseforetak i 2009 hadde sin bistilling ved regionens “eget” universitet. En femtedel var tilknyttet Universitetet i Bergen, mens Universitetet i Tromsø og Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet var arbeidsgiver for 12 prosent hver. Det er med andre ord liten grad av “kryssansettelser” mellom regioner.

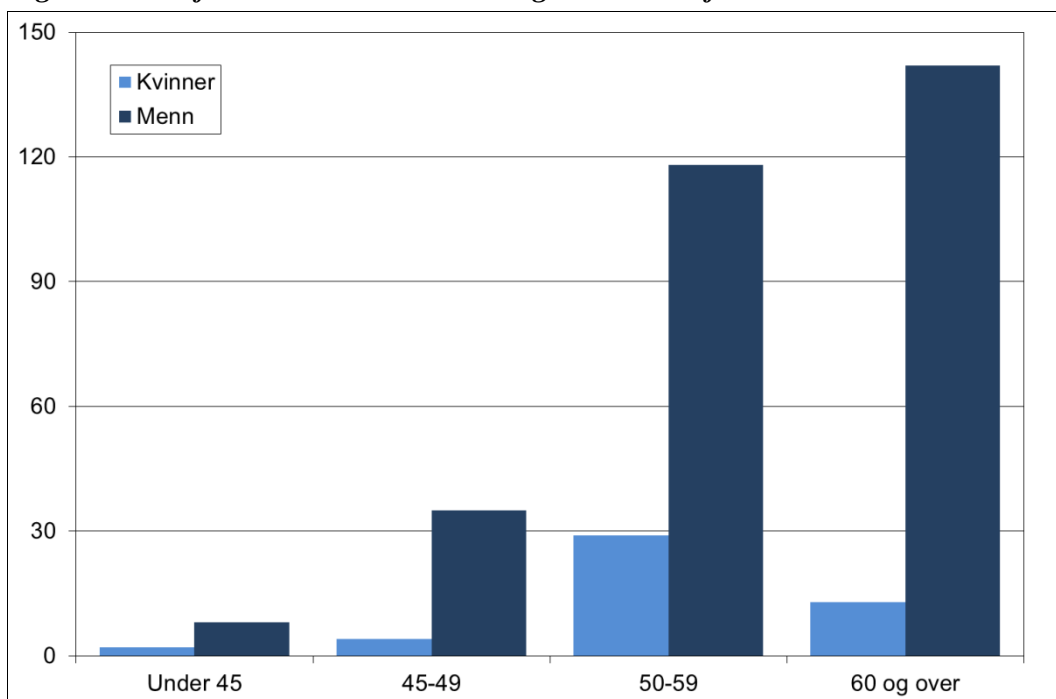
Figur 2.3: Professor II med hovedstilling ved et helseforetak i 2009 etter lærested¹ for professor II-stilling (N=351).



Merknad: ¹ Andre UoH-institusjoner omfatter Universitetet i Agder, Norges idrettshøgskole, Høgskolen i Oslo, Universitetet for miljø og biovitenskap (UMB), Menighetsfakultetet og Høgskolen i Lillehammer.

Kilde: NIFU/Forskerpersonalregisteret

Figur 2.4: Professor II med hovedstilling ved et helseforetak i 2009 etter alder og kjønn.



Kilde: NIFU/Forskerpersonalregisteret

Professor II har lenge vært den mest mannsdominerte stillingskategorien innenfor akademien. Kun 16 prosent av alle professor II-stillingene var besatt av kvinner i 2009. Blant de 351 professor II med hovedstilling i et helseforetak, var kvinneandelen enda litt lavere – 14 prosent. Figur 2.4 viser aldersfordelingen blant henholdsvis kvinnelige og mannlige professor II med hovedstilling ved et helseforetak. Det fremgår tydelig at det er mange eldre menn blant professor II-ene. Gjennomsnittsalderen var 57 år, og nesten halvparten av alle i kategorien professor II med hovedstilling i et helseforetak var 60 år eller eldre. Her vil det kunne bli et utskiftingsbehov i nær framtid.

2.5 Utviklingen fra 2008 til 2009

Når vi skal beskrive utviklingen over tid er det, som nevnt innledningsvis, grunn til å utvise betydelig forsiktighet. Vår vurdering er at rapporteringen for 2009 holder høyere kvalitet og er mer dekkende enn tidligere års målinger, selv om det fremdeles er et visst forbedringspotensial for enkelte rapporteringsenheter. Det er fortsatt en viss usikkerhet i tallene som gjør at det bør utvises forsiktighet i å trekke konklusjoner om endringen over tid skyldes reelt økt ressursbruk til forskning eller metodiske forhold. Dessuten vurderer vi usikkerheten som mindre for forskning enn for utvikling og dermed for FoU samlet. At rapporteringsskjemaet og rapporteringsopplegget er tilnærmet uendret fra 2008 til 2009 bidrar også til relativt god sammenlignbarhet mellom de to årene. Det er imidlertid viktig å understreke at kvalitetsforbedringer og økt sammenlignbarhet gjelder fremtidige undersøkelser. Historiske tall blir ikke bedre, så sammenligninger som går lengre tilbake i tid må fortsatt tolkes med forsiktighet og ta høyde for metodeendringer.

Tabell 2.5: Nøkkeltall 2008-2009 for helseforetak og private, ideelle sykehus. Løpende priser

Indikator	2008	2009	Endring
	Mill kr	Mill kr	2008-09
Totale driftskostnader. ¹ Mill. kr	90 326	94 282	4,4 %
Driftskostnader til forskning. ² Mill. kr	2 070	2 146	3,7 %
Driftskostnader til forskning i prosent av totale driftskostnader	2,3	2,3	0,0 pp

Merknader:

¹ Inklusive avskrivninger. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

² Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU/ Ressursbruk til forskning i helseforetakene.

Tabellen viser at helseforetakenes samlede driftskostnader til forskning økte med 3,7 prosent fra 2008 til 2009. Forskning vokser dermed mindre enn driftskostnadene til alle helseforetakenes lovpålagte oppgaver. Tar vi hensyn til en forventet gjennomsnittlig lønns- og prisstigning for statlig FoU fra 2008 til 2009 på 2,8 prosent gir dette snaut 1 prosent realvekst.

3 Ressursbruk til forskning etter helseregion

I dette kapitlet gir vi først en overordnet beskrivelse av forskningsressursene på regionalt nivå (3.1) og deretter noe mer detaljert på helseforetaksnivå innenfor helseregionene (3.2).

3.1 Forskningsressurser på regionalt nivå

Tabell 3.1 viser nøkkelindikatorer for helseforetakenes forskningsinnsats i 2009 etter helseregion.

Tabell 3.1: Nøkkeltall for helseforetakenes forskning i 2009, etter region.

Indikator	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Alle
Totale driftskostnader, inklusive avskrivninger					
Mill. kr ¹	13 945	11 101	52 002	17 234	94 282
%	15	12	55	18	100
Driftskostnader til forskning, inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.					
Mill. kr	185	161	1 473	327	2 146
%	9	8	69	15	100
Driftskostnader til forskning i % av totale driftskostnader	1,3	1,5	2,8	1,9	2,3
Antall forskningsårsverk	125	179	1 438	305	2 048
%	6	9	70	15	100
Driftskostnader per forskingsårsverk. Kroner	1 479 600	899 500	1 023 900	1 072 600	1 048 000

Merknad:

¹ Kilde: SSB Statistikkbanken.

Kilde: NIFU/ Ressursbruk til forskning i helseforetakene.

Helse Sør-Øst dominerer på de fleste indikatorene, men er mer dominerende innen forskning enn andelen av totalressursene skulle tilsi. Målt i driftskostnader stod regionen for 55 prosent av ressursbruken til alle lovpålagte oppgaver i 2009, mens andelen av forskningsressursene, inkludert eksternt finansiert forskning kostnadsført i helseforetakene, var 69 prosent. Helse Sør-Øst brukte nesten 1,5 milliarder kroner på forskning i 2009, mens Helse Vest, som fulgte nærmest, brukte 327 millioner kroner eller 14 prosent. Helse Midt-Norge og Helse Nord stod for henholdsvis 9 og 8 prosent. Fordelingen synes å være relativt stabil over tid; Helse Sør-Østs andel gikk riktignok ned med 2 prosentpoeng fra 2008, mens Helse Midt-Norge og Helse Nord økte sine andeler med ett prosentpoeng hver.

Årsverksfordelingen avviker lite fra dette mønsteret, med et lite unntak for Helse Midt-Norge som stod for 6 prosent av årsverksinnsatsen.

Som nevnt andre steder i rapporten synes det å være noe ulik praksis helseregionene imellom når det gjelder registrering av eksternt finansiert forskning; se f.eks. avsnitt 1.4.6. Holdes eksternt finansiert forskning utenom, blir Helse Sør-Østs andel noe lavere (65 %) og Helse Vests andel noe høyere (18 %) enn om man ser på ressursbruk for alle finansieringskilder samlet. Andelen for Helse Nord (8 %) og Helse Midt-Norge (9 %) blir marginalt høyere enn om de eksterne midlene tas med i beregningen.

Begrenser vi sammenligningen til basisfinansieringen, dvs. holder både eksterne og øremerkede forskningsmidler utenfor, er Helse Sør-Østs andel 62 prosent, mens Helse Vest rapporterte å ha mottatt vel en femtedel av midlene. Helse Nord har en litt større andel av basisbevilgningen (10 %) enn av totale midler, mens forholdet er motsatt for Helse Midt-Norge (7 %).

En viktig indikator for forskningsintensiteten i helsesektoren er forskningskostnadens andel av totalkostnadene. Også her scorer Helse Sør-Øst høyest med en forskingsandel på nesten 3 prosent, som var betydelig over gjennomsnittet for hele sektoren som var 2,3 prosent. Nærmest fulgte Helse Vest med 1,9 prosent, mens Helse Nord og Helse Midt-Norge brukte henholdsvis 1,5 og 1,3 prosent av totalressursene på forskning.

Ifølge de innrapporterte tallene koster et forskningsårsverk i gjennomsnitt mest i Helse Midt-Norge (nesten 1,5 millioner kroner) og minst i Helse Nord (nesten 900 tusen kroner). Forskjellen er relativt stor og kan bl.a. ha sammenheng med helseforetakenes forhold til universitetene. I avsnitt 2.4 foran så vi at mange av forskerstillingene i Helse Midt-Norge er lagt til Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), som leder til en mer generell hypotese: dersom aktiviteten likevel utføres ved sykehusene der infrastrukturen ligger, blir det færre årsverk å fordele kostnadene på og dermed høyere årsverkskostnad. I Helse Vest og Helse Sør-Øst ligger gjennomsnittskostnaden per årsverk ganske nær gjennomsnittet for hele spesialisthelsetjenesten, dvs. vel 1 million kroner. Det er selvsagt ikke overraskende i og med at disse to regionene stod for 85 prosent av totale kostnader til forskning i sektoren.

Helse Sør-Østs dominans skyldes ikke minst Oslo universitetssykehus HF som med en forskningsinnsats på vel 1,1 milliarder kroner alene stod for mer enn halvparten av den samlede forskningsinnsatsen i helsesektoren i 2009. OUS hadde nesten dobbelt så store driftskostnader til forskning som de tre andre helseregionene tilsammen. Slike, litt mer detaljerte beskrivelser av de fire helseregionene kommer i de påfølgende avsnittene.

3.2 Forskningsressurser i de enkelte helseregionene

3.2.1 Helse Midt-Norge

De seks helseforetakene i Helse Midt-Norge i 2009 rapporterte om ressursbruk til forskning på til sammen 185 millioner kroner som i gjennomsnitt utgjorde 1,3 prosent av samlede driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver. Dette er en marginal økning fra 2008 da den var 1,2 prosent.

Største enkeltforetak er St. Olavs Hospital HF som, med vel 150 millioner kroner til forskning, stod for om lag 83 prosent av forskningskostnadene i regionen i 2009. Forskning utgjorde dermed 2,3 prosent av kostnadene til alle lovpålagte oppgaver ved St. Olavs hospital HF. Bare ett av de øvrige helseforetakene i regionen brukte mer enn 1 prosent av driftskostnadene sine til forskning – Helse Nord-Trøndelag HF som brukte 23 millioner kroner på forskning. Helse Sunnmøre HF er tredje største forskningsaktør i regionen med vel 6 millioner kroner til forskning, men det var bare 0,3 prosent av totalbudsjettet.

Tabell 3.3: Driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver og driftskostnader til forskning, inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger, i helseforetak i Helse Midt-Norge i 2009. 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 Nordmøre og Romsdal HF ¹	0,3	1 918	0,0
Helse Nord-Trøndelag HF	23,0	2 106	1,1
Helse Sunnmøre HF	6,0	2 342	0,3
Rusbehandlingen i Midt-Norge HF	1,9	313	0,6
St. Olavs Hospital HF	153,7	6 691	2,3
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF ²	0,0	575	0,0
Sum Helse Midt-Norge	184,9	13 945	1,3

Merknader:

¹ 340.000 kroner.

² 48.000 kroner.

Kilde: NIFU/ Ressursbruk til forskning i helseforetakene.

3.2.2 Helse Nord

I Helse Nord rapporterte i alt fire helseforetak om ressursbruk til forskning på tilsammen 161 millioner kroner i 2009. Forskningskostnadene utgjorde i gjennomsnitt 1,5 prosent av helseforetakenes driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver, som er en marginal økning fra 1,4 prosent i 2008.

Tabell 3.4: Driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver og driftskostnader til forskning, inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger, i helseforetak i Helse Nord i 2009. Mill. kroner. Prosent.

Rapporteringsenhet	Driftskostnader til forskning (mill. kr)	Totale driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver (mill. kr) ¹	Driftskostnader til forskning i % av totale driftskostnader
Helgelandssykehuset HF	2,2	1 325	0,2
Helse Finnmark HF	5,0	1 502	0,3
Nordlandssykehuset HF	16,0	2 969	0,5
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	138,1	5 305	2,6
Sum Helse Nord	161,3	11 101	1,5

Merknad:

¹ Kilde: SSB Statistikkbanken

Kilde: NIFU/ Ressursbruk til forskning i helseforetakene.

Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN) er den dominerende aktøren i Helse Nord med i alt 138 millioner kroner til forskning i 2009, som var om lag 86 prosent av regionens samlede forskningskostnader. Forskning utgjorde 2,6 prosent av UNNs samlede driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver. Nest største forskningsinnsats finner vi ved Nordlandssykehuset HF med 16 millioner kroner til forskning, som var en halv prosent av helseforetakets totale driftskostnader.

3.2.3 Helse Sør-Øst

Som tidligere nevnt er Helse Sør-Øst størst blant helseregionene, med nesten to tredjedeler av helsesektorens samlede forskningsressurser. 16 helseforetak¹⁶ og private, ideelle sykehus rapporterte om ressursbruk til forskning på i alt nærmere 1,5 milliarder kroner, som i gjennomsnitt var 2,8 prosent av samlede driftskostnader. Det er en marginal nedgang fra 2,9 prosent i 2008.

Det er betydelige variasjoner i helseforetakenes størrelse målt i driftskostnader til *alle lovpålagte oppgaver*, fra Oslo universitetssykehus HF (OUS) med nær 17,5 milliarder kroner til Revmatismesykehuset AS med 77 millioner. OUS stod dermed for en tredjedel av driftskostnadene i regionen. Forskjellene er imidlertid enda større på *forskningsområdet*. Som nevnt ovenfor er Oslo universitetssykehus HF den klart største enkeltaktøren både i regionen og på landsbasis. Med vel 1,1 milliarder kroner til forskning utgjør OUS vel tre fjerdedeler av forskningsinnsatsen i Helse Sør-Øst, målt i driftskostnader.

¹⁶ Oslo universitetssykehus HF ble opprettet fra 1. januar 2009 gjennom en fusjon av Rikshospitalet HF, Ullevål universitetssykehus HF og Aker universitetssykehus HF og har rapportert som en enhet i 2009.

Vestre Viken HF ble opprettet fra 1. juli 2009 gjennom en fusjon av Sykehuset Asker og Bærum HF, Sykehuset Buskerud HF og Ringerike sykehus HF. De tre underenhetene har rapportert hver for seg, men presenteres i denne rapporten som ett helseforetak.

Regionen omfatter også andre betydelige forskningsaktører. Målt i forskningskroner kommer Akershus universitetssykehus HF nærmest OUS med 67 millioner kroner. Deretter følger Diakonhjemmet sykehus AS, Sørlandet sykehus HF og Vestre Viken HF med fra 48 til 37 millioner kroner. Disse fire og OUS stod for 90 prosent forskningen i Helse Sør-Øst i 2009.

Tabell 3.5: 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 2009. Mill. kroner. Prosent.

Rapporteringsenhet	Driftskostnader til forskning (mill. kr)	Totale driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver (mill. kr) ¹	Driftskostnader til forskning i % av totale driftskostnader
Akershus universitetssykehus HF	67,1	4 389	1,5
Betanien Hospital	0,8	118	0,7
Diakonhjemmet sykehus AS	48,3	1 120	4,3
Lovisenberg Diakonale sykehus AS	19,3	1 203	1,6
Martina Hansens Hospital AS	5,9	271	2,2
Modum Bad	9,7	145	6,7
Oslo universitetssykehus HF	1 121,7	17 483	6,4
Psykiatrien i Vestfold HF	15,5	848	1,8
Revmatismesykehuset AS	3,6	77	4,6
Sunnaas sykehus HF	15,1	454	3,3
Sykehuset Innlandet HF	24,8	2 492	1,0
Sykehuset Telemark HF	16,9	6 348	0,3
Sykehuset i Vestfold HF	27,7	2 979	0,9
Sykehuset Østfold HF	13,3	3 759	0,4
Sørlandet sykehus HF	45,8	4 324	1,1
Vestre Viken HF	37,6	5 992	0,6
Sum Helse Sør-Øst	1 473,0	52 002	2,8

Merknad:

¹ Kilde: SSB Statistikkbanken

Kilde: NIFU/ Ressursbruk til forskning i helseforetakene.

Sammenligner vi forskningskostnadenes andel av totalkostnadene, scorer også OUS høyt (6,4 %), men på denne indikatoren kommer Modum Bad enda bedre ut (6,7 %). Også Revmatismesykehuset AS og Diakonhjemmets sykehus AS utmerker seg her med en forskningsintensitet på rundt fire og en halv prosent. Deretter følger Sunnaas sykehus HF med vel 3 prosent forskning.

3.2.4 Helse Vest

I Helse Vest rapporterte 9 helseforetak og private, ideelle sykehus om ressursbruk til forskning i 2009. Helseregionens samlede driftskostnader til forskning var vel 327 millioner kroner som var 1,9 prosent av helseforetakenes driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver. Andelen var dermed litt høyere enn i 2008 da den var 1,8 prosent.

Også i Helse Vest dominerer helseforetak med universitetssykehusfunksjoner bildet. Største enkeltaktør er Helse Bergen HF med samlede driftskostnader til forskning på 217 millioner kroner i 2009. Deretter følger Helse Stavanger HF med 85 millioner kroner. Til sammen stod de to universitetssykehusene for mer enn 90 prosent av de samlede forskningsressursene i regionen, som ellers består av en rekke små aktører, hvorav flere private, ideelle sykehus. Størst blant de små er Helse Fonna HF med driftskostnader til forskning på vel 10 millioner kroner og Haraldsplass Diakonale Sykehus AS med 9 millioner. De øvrige private, ideelle sykehusene (Solli sykehus, Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus, Olaviken alderspsykiatriske senter og Jæren DPS) som rapporterer via Haraldsplass Diakonale Sykehus AS, oppga å forske for om lag 1,7 millioner kroner i 2009.

Tabell 3.6: 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 2009. Mill. kroner. Prosent.

Rapporteringsenhet	Driftskostnader til forskning (mill. kr)	Totale driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver (mill. kr) ¹	Driftskostnader til forskning i % av totale driftskostnader
Haraldsplass Diakonale sykehus as	8,9	560	1,6
Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus	0,0	101	0,0
Helse Bergen HF	216,8	7 263	3,0
Helse Fonna HF	10,7	2 508	0,4
Helse Førde HF	3,5	2 099	0,2
Helse Stavanger HF	85,2	4 439	1,9
Jæren DPS	0,8	112	0,7
NKS Olaviken alderspsykiatriske senter	0,3	72	0,4
Solli sykehus	0,5	80	0,6
Sum Helse Vest	326,7	17 234	1,9

Merknad:

¹ Kilde: SSB Statistikkbanken

Kilde: NIFU/ Ressursbruk til forskning i helseforetakene.

Helse Bergen HF som bl.a. omfatter miljøene ved Haukeland universitetssykehus, har også den høyeste forskningsandelen av totale driftsutgifter til alle lovpålagte oppgaver – 3 prosent. Andelen er vel ett prosentpoeng høyere enn den vi finner for nest største forskningsaktør som er Helse Stavanger HF.

4 Finansiering av forskning

Helseforetakenes forskningsaktivitet finansieres i all hovedsak gjennom basisbevilgninger og øremerkede forskningsbevilgninger fra Helse- og omsorgsdepartementet. Utover de øremerkede midlene fordeler de regionale helseforetakene forskningsmidler fra eget budsjett til helseforetaksnivået. Basisbevilgningene som går til dekning av alle lovpålagte oppgaver ved helseforetakene, tildeles via de regionale helseforetakene og er den klart største finansieringskilden på forskningsområdet. 2009-rapporteringen viser at til sammen vel 1,2 milliarder kroner eller 58 prosent av helseforetakenes samlede driftskostnader til forskning ble finansiert over basisbevilgningen. De øremerkede forskningsbevilgningene over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett som fordeles gjennom det delvis resultatbaserte finansieringssystemet, inkludert andre midler de regionale helseforetakene skyter til av eget budsjett, utgjorde nesten 500 millioner kroner eller 23 prosent i 2009.

Til sammen rapporterte helseforetakene om basisbevilgninger, øremerkede forskningsbevilgninger og andre midler kanalisert gjennom de regionale helseforetakene på om lag 1,7 milliarder kroner, som var 82 prosent av helseforetakenes samlede finansiering av driftskostnader til forskning i 2009.

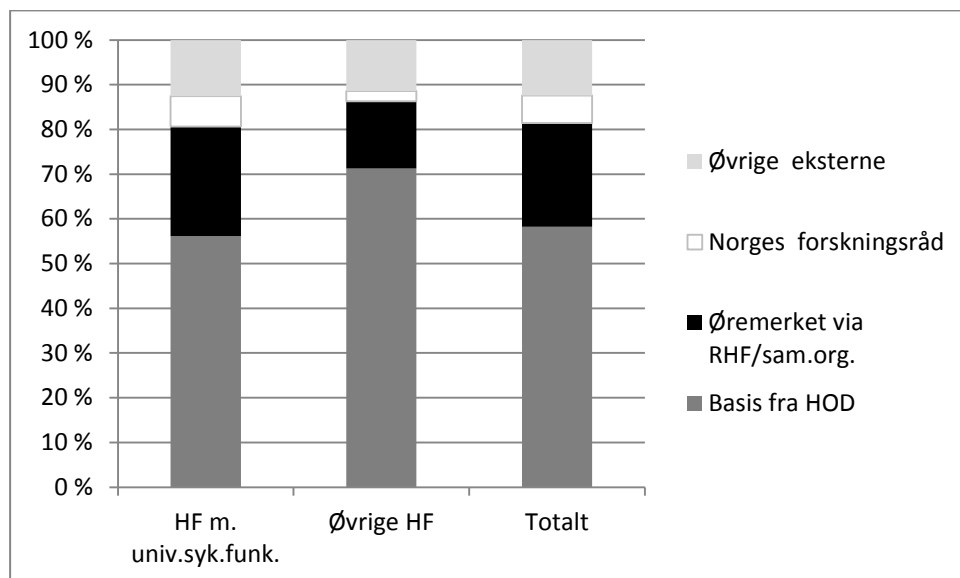
De gjenstående 18 prosent eller 400 millioner kroner kommer fra andre, eksterne finansieringskilder og er inntektsført av helseforetakene. Eksempler på slike finansieringskilder er Norges forskningsråd og Kreftforeningen. Vi kommer tilbake til disse nedenfor.

4.1 Forskningsfinansiering ved helseforetak med universitetssykehusfunksjoner sammenlignet med andre

Figur 4.1 viser at basisbevilgningene utgjør en noe mindre andel av totalfinansieringen ved helseforetak med universitetssykehusfunksjoner enn ved andre helseforetak. Til gjengjeld mottar helseforetak med universitetssykehusfunksjoner en større andel av øremerkede og andre forskningsmidler gjennom de regionale helseforetakene. Figuren viser også at Norges forskningsråd finansierer en klart større andel av forskningen ved helseforetak med universitetssykehusfunksjoner enn ved øvrige helseforetak. Dette mønsteret henger antagelig sammen med at forskningen har større omfang ved de store universitetssykehusene. Dette muliggjør større grad av spesialisering og organisatorisk utskillelse av forskningsaktiviteten. En mulig hypotese her er at miljøene innen basalforskning er større ved universitetssykehusene og gjør det mer naturlig for disse helseforetakene å søke midler fra bl.a. Forskningsrådet. En slik hypotese styrkes nok også om vi sammenholder figur 4.1 med figur 4.2 som viser at Helse Sør-Øst mottar klart størst

andel forskningsrådsmidler. Igjen spiller antagelig de store universitetssykehusene, og særlig Oslo universitetssykehus HF, en vesentlig rolle.

Figur 4.1: Helseforetakenes finansieringsstruktur i 2009, totalt og etter type helseforetak.

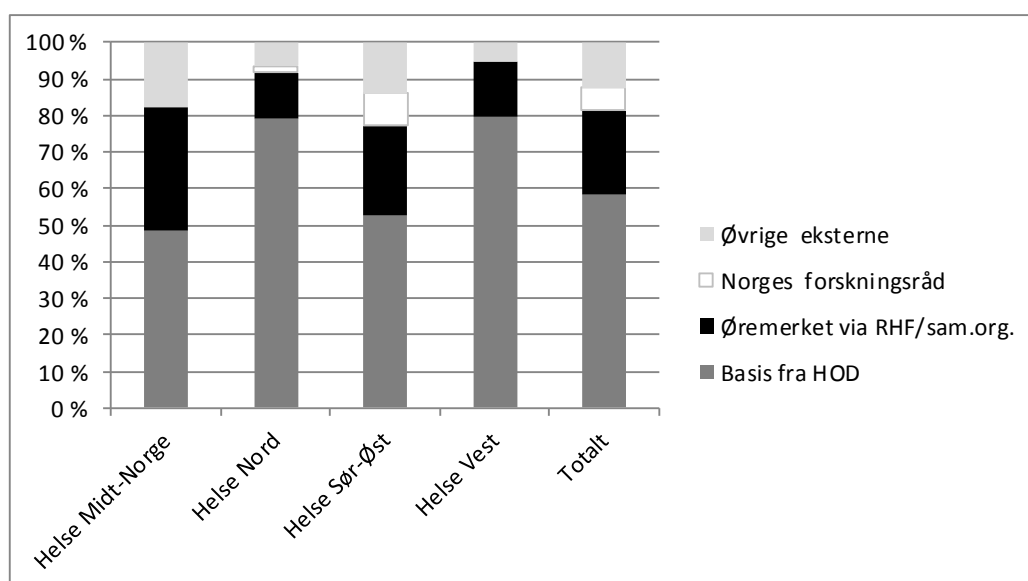


Kilde: NIFU/ Ressursbruk til forskning i helseforetakene.

4.2 Forskningsfinansiering i de fire helseregionene

Figur 4.2 viser ellers betydelige variasjoner i finansieringsstrukturen helseregionene imellom. Basisbevilgningene utgjør størst andel i Helse Vest og Helse Nord – nesten 80 prosent. Minst er andelen i Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst som begge ligger rundt 50 prosent.

Figur 4.2: Helseforetakene finansieringsstruktur i 2009, totalt og etter helseregion.



Kilde: NIFU/ Ressursbruk til forskning i helseforetakene.

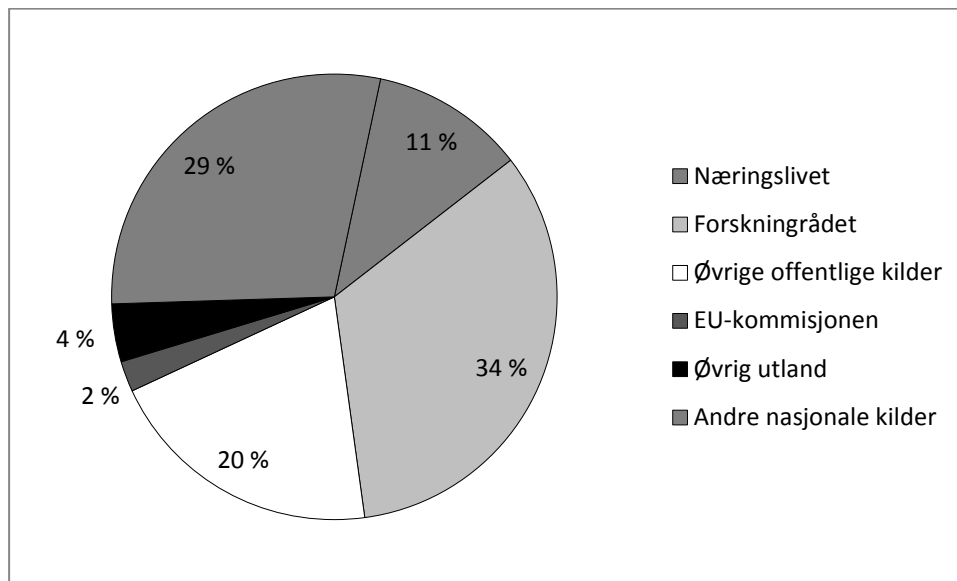
Til gjengjeld finner vi størst innslag av øremerkede og andre forskningsmidler gjennom de regionale helseforetakene i Helse Midt-Norge fulgt av Helse Sør-Øst. Vi ser også at omtrent all forskningsfinansiering fra Norges forskningsråd til helseforetakssektoren går til Helse Sør-Øst. Det er også registrert et mindre beløp fra Forskningsrådet i Helse Nord, mens Forskningsrådets inngrep med forskningsfinansiering av foretakene i de to øvrige helseregionene er tilnærmet fraværende i 2009. Forskningsrådets beskjedne finansiering av helseforetakene i de tre regionene henger riktignok til dels sammen med en bevisst policy om at søknader til Norges forskningsråd fremmes gjennom universitetene. Denne strategien underbygges bl.a. med lokale finansieringsforsterkningsordninger. I Helse Midt-Norge kan den lave andelen dessuten ha sammenheng med det som foran er nevnt om at forskerstillinger i stor grad er lagt til NTNU. Midlene kan for så vidt også tenkes å tilflyte forskere i helseforetakene ved at de deltar i forskningen på prosjektnivå. Midlene vil imidlertid likevel kunne bli registrert ved universitetet, dersom prosjektleder eller forretningsfører befinner seg der. Materialet tyder på at noe ulik organisatorisk og regnskapsmessig praksis i ulike deler av sektoren gjør det vanskelig å følge midlene gjennom systemet med kildemerkelappene intakte.

4.3 Nærmere om ekstern forskningsfinansiering

De eksterne midlene, dvs. de som ikke inngår i basisbevilgningen fra HOD eller øremerkede eller andre forskningsmidler gjennom de regionale helseforetakene, finansierte som nevnt om lag 18 prosent av den samlede forskningsaktiviteten ved helseforetak og private, ideelle sykehus. Av dette stod Norges forskningsråd for om lag en tredjedel eller 133 millioner kroner. Forskningsrådet er dermed største eksterne enkeltkilde for finansiering av forskning i spesialisthelsetjenesten, men er med en finansieringsandel på 6 prosent av helseforetakssektorens forskningsaktivitet i 2009 fortsatt en beskjeden bidragsyter til slik forskning kvantitativt sett. Det er samtidig grunn til å anta at Forskningsrådets bidrag til sektoren kan være noe underestimert; jf. kommentarer til avsnitt 4.2 over. Det bør også understrekes at dette ikke nødvendigvis sier noe om Forskningsrådets rolle i et mer strategisk perspektiv.

Figur 4.3 viser finansiering fra Norges forskningsråd og andre eksterne kilder for helsesektorens forskningsaktivitet. Om lag 29 prosent av de eksterne midlene til helseforetakene kanaliseres gjennom det vi har kalt andre nasjonale kilder. Kategorien omfatter en rekke ulike enkeltkilder, særlig ulike fonds, organisasjoner, foreninger og gaver. Blant de største er Kreftforeningen og Helse og rehabilitering.

Figur 4.3: Eksternt finansierte forskningskostnader ved helseforetakene i 2009, etter finansieringskilde.



Kilde: NIFU/ Ressursbruk til forskning i helseforetakene.

Andre offentlige kilder, dvs. departementer, regional forvaltning mv. stod for en femtedel av den eksterne finansiering slik den her er avgrenset. Næringslivsmidlene utgjorde om lag 11 prosent, men her kan det være midler som forvaltes gjennom Medinnova og andre, lignende organisasjoner og ikke registreres som sådanne i denne målingen. Denne måten å kanalisere midler på henger bl.a. sammen med regelverk om at det skal være avstand mellom sykehusene og legemiddelindustrien og at finansieringen skal håndteres gjennom en tredje part.

Vi legger også merke til at forskningsmidler fra EU-systemet og andre utenlandske eller internasjonale finansieringskilder fortsatt har et relativt beskjedent omfang i helseforetakssektoren. Registrerte EU-midler utgjorde om lag 9 millioner kroner eller 2 prosent av de eksterne midlene. Også her kan det være en viss underestimering, for vi vet at Stavanger Helseforskning AS, Innovest AS og tilsvarende organisasjoner brukes i forvaltning av slike forskningsmidler foruten at helseregionene i ulik grad bruker samme strategi i internasjonale søkeprosesser som vi har beskrevet i forbindelse med forskningsrådsmidlene over.

5 Forskning innen særskilte områder

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

5.1 Ressursbruk til forskning innenfor psykisk helsevern

26 helseforetak og private, ideelle sykehus¹⁷ rapporterte om ressursbruk til forskning innenfor satsingsområdet psykisk helsevern i 2009. I gjennomsnitt utgjorde forskning innen området psykisk helse om lag 15 prosent av de samlede driftskostnadene til forskning, som er en økning fra 2008 da andelen var 12 prosent. Det er imidlertid betydelige variasjoner helseforetakene imellom, fra miljøer som kun oppgir slik forskning, f.eks. Psykiatrien i Vestfold og Modum Bad, til miljøer der forskning på psykisk helse utgjør en marginal andel av total forskningsaktivitet. I absolutte tall er det likevel universitetssykehusene som topper listen, med Oslo universitetssykehus HF (OUS) øverst. Med driftskostnader på 71 millioner kroner utgjorde psykisk helse 6 prosent av forskningen i 2009. Det er like mye som de to neste på listen – St. Olavs hospital HF og Helse Bergen HF – brukte til sammen.

Til sammen oppga de 26 enhetene å ha nedlagt 315 forskningsårsverk innen psykisk helse, mens samlede, rapporterte driftskostnader til forskning om psykisk helsevern var nesten 300 millioner kroner. Det gir en gjennomsnittlig årsverkskostnad på nesten 950 tusen kroner.

Tabell 5.1: Ressurser til forskning innenfor psykisk helsevern i 2009, etter type helseforetak. Antall forskningsårsverk og driftskostnader til forskning.¹

Type helseforetak	Forsknings- årsverk		Driftskostnader til forskning ¹		Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk Kroner
	Antall	%	Mill. kr	%	
Helseforetak med universitets- sykehusfunksjoner	208	66	195	65	937 700
Andre helseforetak	107	34	103	35	966 800
Totalt psykisk helsevern	315	100	298	100	947 600

Merknad:

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU/ Ressursbruk til forskning i helseforetakene.

¹⁷ Korrigeret for de to store fusjonene som ga opprettelse av Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF i 2009 er dette samme antall som året før.

Tabellen viser at helseforetak med universitetssykehusfunksjoner stod for nesten to tredjedeler av de samlede forskningsressursene på dette området. Fordelingen av ressursbruken til forskning mellom de to gruppene av helseforetak er altså langt jevnere på området psykisk helse enn for ressursbruken til forskning samlet.

Tabell 5.2: Ressurser til forskning innenfor psykisk helsevern i 2009, etter helseregion. Antall forskningsårsverk og driftskostnader til forskning.¹

Helseregion	Forsknings- årsverk		Driftskostnader til forskning ¹		Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk Kroner
	Antall	%	Mill. kr	%	
Helse Midt-Norge	39	12	52	17	1 327 800
Helse Nord	19	6	18	6	949 900
Helse Sør-Øst	195	62	169	57	862 500
Helse Vest	62	20	60	20	974 000
Totalt psykisk helsevern	315	100	298	100	947 600

Merknad:

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU/ Ressursbruk til forskning i helseforetakene.

Helse Sør-Øst dominerer også området psykisk helsevern, men står likevel for en lavere andel av ressursbruken på dette området enn for forskning samlet. Dominansen skyldes ikke minst Oslo universitetssykehus HF som stod for mer enn 40 prosent av regionens forskningsinnsats på dette området. Helse Vest er nest største region innen forskning om psykisk helsevern med en femtedel av samlet ressursinnsats. Selv om tre institusjoner – Jæren DPS, Solli sykehus og NKS Olaviken alderspsykiatriske senter – har all sin forskningsinnsats innen psykisk helsevern, stod Helse Bergen HF og Helse Stavanger HF for mer enn 80 prosent av regionens samlede forskning på området. I Helse Midt-Norge stod St. Olavs Hospital HF for nesten like stor andel. Minst ressursinnsats innen forskning om psykisk helsevern finner vi i Helse Nord, og Universitetssykehuset i Nord-Norge stod for en tredjedel av innsatsen.

5.2 Ressursbruk til tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere

15 helseforetak rapporterte om ressursbruk til forskning innenfor området tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2009. Dette er omtrent like mange som i 2008. De 15 enhetene rapporterte å ha nedlagt en forskningsinnsats tilsvarende 20 årsverk eller 20 millioner kroner. Det er 3 årsverk og 1 million kroner mindre enn i 2008.

Rusforskningen utgjør dermed om lag 1 prosent av helseforetakenes samlede ressursbruk til forskning. Størst ressursinnsats til forskning innen rusområdet finner vi ved Sørlandet sykehus HF med nesten 4,5 millioner kroner foran St. Olavs Hospital HF med nesten 3 millioner kroner. Også Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, Helse Nord-Trøndelag og Helse Stavanger brukte mer enn 2 millioner kroner på forskning innen rus i 2009.

Tabell 5.3: Ressurser til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2008, etter type helseforetak. Antall forskningsårsverk og driftskostnader til forskning.¹

Type helseforetak	Forsknings- årsverk		Driftskostnader til forskning ¹		Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk Kroner
	Antall	%	Mill. kr	%	
Helseforetak med universitets- sykehusfunksjoner	9	45	9	45	956 400
Andre helseforetak	11	55	11	55	956 600
Totalt rus	20	100	20	100	956 500

Merknad:

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU/ Ressursbruk til forskning i helseforetakene.

På rusområdet er ressursinnsatsen til forskning om lag jevnt fordelt mellom helseforetak med universitetssykehusfunksjoner og andre sykehus i 2009.

Tabell 5.4: Ressurser til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2009, etter helseregion. Antall forskningsårsverk og driftskostnader til forskning.¹

Helseregion	Forsknings- årsverk		Driftskostnader til forskning ¹		Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk Kroner
	Antall	%	Mill. kr	%	
Helse Midt-Norge	6	20	7	35	1 204 600
Helse Nord	2	20	2	10	877 500
Helse Sør-Øst	8	45	7	35	844 800
Helse Vest	4	16	4	20	884 100
Totalt rus	20	100	20	100	956 100

Merknad:

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU/ Ressursbruk til forskning i helseforetakene.

Helse Sør-Øst bruker mest ressurser på forskning også på rusfeltet, men stod for godt under halvparten av den samlede ressursinnsatsen på dette området. Helse Nord var nest største region og stod for en like stor andel av forskningskostnadene på rusområdet som Helse Sør-Øst. Forskningsinnsatsen i Helse Nord er samlet ved Universitetssykehuset i Nord-Norge.

Vi ser at forholdet mellom forskningsårsverk og forskningskostnader er noe variabelt, og at det tilsynelatende er et misforhold mellom den relative ressursfordelingen på de to indikatorene. Her bør man imidlertid ha i mente at det er snakk om relativt små beløp og at enkeltprosjekter kan slå sterkt ut. Det samme gjelder sammenligning med tidligere år

som kan vise større svingninger enn for forskning totalt. Tallene bør derfor tolkes med en viss forsiktighet.

Vedlegg

Oversikt over vedlegg

- Vedlegg 1: Rapporteringsenhetene 2009
- Vedlegg 2: Oversikter på helseforetaksnivå 2009
- Vedlegg 3: Rapporteringsskjema og veiledningsmateriale 2009
- Vedlegg 4: Tabeller forskning og utviklingsarbeid (FoU) 2009
- Vedlegg 5: Forskerpersonale ved helseforetakene 2009, etter stillingstype

Vedlegg 1: Rapporteringsenhetene 2009

1. Alfabetisk oversikt helseforetak og regionale helseforetak i rapporten

Akershus universitetssykehus HF

Betanien Hospital

Blefjell Sykehus HF

Diakonhjemmet sykehus AS

Haraldsplass Diakonale Sykehus AS

Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS

Helgelandssykehuset HF

Helse Bergen HF

Helse Finnmark HF

Helse Fonna HF

Helse Førde HF

Helse Midt-Norge RHF

- HEMIT

Helse Nord RHF

Helse Nordmøre og Romsdal HF

Helse Nord-Trøndelag HF

Helse Stavanger HF

Helse Sunnmøre HF

Helse Sør-Øst RHF

Helse Vest RHF

Jæren distriktpsikiatriske senter

Lovisenberg Diakonale Sykehus AS

Martina Hansens Hospital

Modum Bad

NKS Olaviken alderspsikiatriske senter

Nordlandssykehuset HF

Oslo universitetssykehus HF

Psykiatrien i Vestfold HF

Revmatismesykehuset AS

Rusbehandling Midt-Norge HF

Solli Sykehus

St. Olavs Hospital HF

Sunnaas sykehus HF

Sykehusapotekene i Midt-Norge HF

Sykehuset Innlandet HF

Sykehuset Telemark HF

Sykehuset Vestfold HF

Sykehuset Østfold HF

Sørlandet Sykehus HF

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Vestre Viken HF (Vestre Viken Ringerike, Vestre Viken Asker og Bærum og Vestre Viken Buskerud)

Kilde: NIFU/ Ressursbruk til forskning i helseforetakene.

1. Oversikt over helseforetak og private ideelle sykehus i 2009, etter type og økonomisk sektor.

	Universitetssykehusfunksjoner? ¹	
	Ja	Nei
Offentlige	Akershus universitetssykehus HF Helse Bergen HF Helse Stavanger HF Oslo universitetssykehus HF St. Olavs Hospital HF Sunnaas sykehus HF Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (N=7)	Blefjell Sykehus HF Helgelandssykehuset HF Helse Finnmark HF Helse Fonna HF Helse Førde HF Helse Nordmøre og Romsdal HF Helse Nord-Trøndelag HF Helse Sunnmøre HF Nordlandssykehuset HF Psykiatrien i Vestfold HF Rusbehandling Midt-Norge HF Sykehusapotekene i Midt-Norge HF Sykehuset Innlandet HF Sykehuset Telemark HF Sykehuset Vestfold HF Sykehuset Østfold HF Sørlandet Sykehus HF Vestre Viken HF ² (N=18)
Private, ideelle	Diakonhjemmet sykehus AS Haraldsplass Diakonale Sykehus AS (N=2)	Betanien Hospital Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS Jæren distriktskykiatriske senter Lovisenberg Diakonale Sykehus AS Martina Hansens Hospital Modum Bad NKS Olaviken Alderspsykiatriske Senter (FoU=0 i 2008) Revmatismesykehuset AS Solli Sykehus (N=9)

Merknader:

¹ I denne rapporten forholder vi oss til situasjonen i 2009; en detaljert oversikt over hvilke helseforetak som regnes til de ulike kategoriene finnes i vedlegg 1. Dette er den samme inndelingen som ble brukt i 2008 og tidligere år og tar ikke hensyn til endringer som måtte følge av FOR 2010-12-17 nr 1706: *Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten*. Forskriften trer i kraft 1.1.2011.

² Vestre Viken Ringerike, Vestre Viken Asker og Bærum og Vestre Viken Buskerud har rapportert hver for seg i 2009, men behandles samlet i denne rapporten.

Kilde: NIFU/ Ressursbruk til forskning i helseforetakene.

Oversikt over helseforetak som rapporterte i 2009, etter type og helseregion.

	Universitetssykehusfunksjoner? ¹	
	Ja	Nei
Helse Midt-Norge	St. Olavs Hospital HF (N=1)	Helse Nordmøre og Romsdal HF Helse Nord-Trøndelag HF Helse Sunnmøre HF Rusbehandling Midt-Norge HF Sykehusapotekene i Midt-Norge HF (N=5)
Helse Nord	Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (N=1)	Helgelandssykehuset HF Helse Finnmark HF Nordlandssykehuset HF (N=3)
Helse Sør-Øst	Akershus universitetssykehus HF Diakonhjemmet sykehus AS Oslo universitetssykehus HF Sunnaas sykehus HF (N=4)	Betanien Hospital Blefjell Sykehus HF Lovisenberg Diakonale Sykehus AS Martina Hansens Hospital Modum Bad Psykiatrien i Vestfold HF Revmatismesykehuset AS Sykehuset Innlandet HF Sykehuset Telemark HF Sykehuset Vestfold HF Sykehuset Østfold HF Sørlandet Sykehus HF Vestre Viken HF ² (N=13)
Helse Vest	Haraldsplass Diakonale Sykehus Helse Bergen HF Helse Stavanger HF (N=3)	Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS Helse Fonna HF Helse Førde HF Jæren distriktpsikiatriske senter NKS Olaviken Alderspsikiatriske Senter Solli Sykehus (N=6)

Merknader:

¹ I denne rapporten forholder vi oss til situasjonen i 2009; en detaljert oversikt over hvilke helseforetak som regnes til de ulike kategoriene finnes i vedlegg 1. Dette er den samme inndelingen som ble brukt i 2008 og tidligere år og tar ikke hensyn til endringer som måtte følge av FOR 2010-12-17 nr 1706: *Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten*. Forskriften trer i kraft 1.1.2011.

² Vestre Viken Ringerike, Vestre Viken Asker og Bærum og Vestre Viken Buskerud har rapportert hver for seg i 2009, men behandles samlet i denne rapporten.

Kilde: NIFU/ Ressursbruk til forskning i helseforetakene.

Vedlegg 2: Oversikter på helseforetaksnivå 2009

Vedleggstabell 1: Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2009, sortert alfabetisk. ¹

Helseforetak og private ideelle sykehus	Nivå/type	Helse-region	Totale kostnader ²		Totale forskningkostn. ³		Forsk.kostn. i % av totalkost.	Forsknings-årsverk	%	Forskning kr./årsverk
Akershus universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	4 389 000 000	4,7	67 078 000	3,1	1,5	72,8	3,6	921 781
Betanien Hospital	PRIV	Sør-Øst	118 000 000	0,1	772 000	0,0	0,7	1,4	0,1	551 429
Diakonhjemmet sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 120 000 000	1,2	48 340 000	2,3	4,3	57,5	2,8	840 696
Haraldsplass Diakonale Sykehus	PRIV	Vest	560 000 000	0,6	8 883 000	0,4	1,6	12,5	0,6	710 640
Haugesund SF Revmatismesykehus as	PRIV	Vest	101 000 000	0,1	49 000	0,0	0,0	0,1	0,0	980 000
Helgelandssykehuset HF	HF	Nord	1 325 000 000	1,4	2 178 000	0,1	0,2	2,6	0,1	837 692
Helse Bergen HF	HF	Vest	7 263 000 000	7,7	216 842 000	10,1	3,0	210,7	10,3	1 029 150
Helse Finnmark HF	HF	Nord	1 502 000 000	1,6	5 012 000	0,2	0,3	6,0	0,3	835 333
Helse Fonna HF	HF	Vest	2 508 000 000	2,7	10 661 000	0,5	0,4	11,4	0,6	935 175
Helse Førde HF	HF	Vest	2 099 000 000	2,2	3 543 000	0,2	0,2	3,8	0,2	944 800
Helse Nordmøre og Romsdal HF	HF	Midt	1 918 000 000	2,0	340 000	0,0	0,0	0,3	0,0	1 172 414
Helse Nord-Trøndelag HF	HF	Midt	2 106 000 000	2,2	22 975 000	1,1	1,1	21,1	1,0	1 090 102
Helse Stavanger HF	HF	Vest	4 439 000 000	4,7	85 156 000	4,0	1,9	64,6	3,2	1 317 389
Helse Sunnmøre HF	HF	Midt	2 342 000 000	2,5	5 953 000	0,3	0,3	5,3	0,3	1 133 905
Jæren DPS	PRIV	Vest	112 000 000	0,1	780 000	0,0	0,7	0,8	0,0	975 000
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 203 000 000	1,3	19 306 000	0,9	1,6	18,5	0,9	1 043 568
Martina Hansens Hospital	PRIV	Sør-Øst	271 000 000	0,3	5 891 000	0,3	2,2	5,1	0,2	1 155 098
Modum Bad	PRIV	Sør-Øst	145 000 000	0,2	9 699 000	0,5	6,7	12,2	0,6	795 000
NKS Olaviken	PRIV	Vest	72 000 000	0,1	306 000	0,0	0,4	0,3	0,0	1 020 000
Nordlandssykehuset HF	HF	Nord	2 969 000 000	3,1	16 027 000	0,7	0,5	14,7	0,7	1 093 203
Oslo universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	17 483 000 000	18,5	1 121 713 000	52,3	6,4	1 075,2	52,5	1 043 279
Psykiatrien i Vestfold HF	HF	Sør-Øst	848 000 000	0,9	15 451 000	0,7	1,8	16,3	0,8	950 246
Revmatismesykehuset AS	PRIV	Sør-Øst	77 000 000	0,1	3 560 000	0,2	4,6	4,4	0,2	809 091
Rusbehandling Midt-Norge HF	HF	Midt	313 000 000	0,3	1 867 000	0,1	0,6	2,3	0,1	811 739

Helseforetak og private ideelle sykehus	Nivå/ type	Helse-region	Totale kostnader ²		Totale forskningkostn. ³		Forsk.kostn. i % av totalkost.	Forsknings-årsverk	Forskning %	Forskning kr./årsverk
Solli sykehus	PRIV	Vest	80 000 000	0,1	468 000	0,0	0,6	0,5	0,0	1 040 000
St. Olavs Hospital HF	HF	Midt	6 691 000 000	7,1	153 737 000	7,2	2,3	96,0	4,7	1 601 094
Sunnaas sykehus HF	HF	Sør-Øst	454 000 000	0,5	15 091 000	0,7	3,3	12,8	0,6	1 176 228
Sykehusapotekene i Midt-Norge	HF	Midt	575 039 000	0,6	48 000	0,0	0,0	0,0	0,0	1 200 000
Sykehuset Innlandet HF	HF	Sør-Øst	2 492 000 000	2,6	24 832 000	1,2	1,0	21,9	1,1	1 132 847
Sykehuset Telemark HF	HF	Sør-Øst	6 348 000 000	6,7	16 891 000	0,8	0,3	14,5	0,7	1 164 094
Sykehuset Vestfold HF	HF	Sør-Øst	2 979 000 000	3,2	27 662 000	1,3	0,9	25,9	1,3	1 068 031
Sykehuset Østfold HF	HF	Sør-Øst	3 759 000 000	4,0	13 298 000	0,6	0,4	20,7	1,0	642 415
Sørlandet Sykehus HF	HF	Sør-Øst	4 324 000 000	4,6	45 846 000	2,1	1,1	41,7	2,0	1 099 424
Univ.sykehuset Nord-Norge HF	HF	Nord	5 305 000 000	5,6	138 121 000	6,4	2,6	156,1	7,6	884 824
Vestre Viken HF - totalt	HF	Sør-Øst	5 992 000 000	6,4	37 619 000	1,8	0,6	37,8	1,8	996 266
Totalt / gjennomsnitt			94 282 039 000	100	2 145 995 000	100,0	2,3	2 047,6	100,0	1 066 449

Merknader:

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

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

³ Driftskostnader til forskning, inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU/ Ressursbruk til forskning i helseforetakene.

Vedleggstabell 2: Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2009, sortert etter forskningskostnader innenfor psykisk helsevern. ¹

Helseforetak og private, ideelle sykehus	Nivå/type	Helse-region	Totale kostnader ²	Totale forsk.kostn. ³	Forsknings-årsverk	Forskn.årsverk psykisk helse	%	Forskn.kostn. psyk. helse ³	%	Forsk. psyk.h. kr/årsverk
Oslo universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	17 483 000 000	1 121 713 000	1 075,2	90,9	8,5	128 095 000	11,4	1 408 566
St. Olavs Hospital HF	HF	Midt	6 691 000 000	153 737 000	96,0	27,7	28,8	41 107 000	26,7	1 486 691
Helse Bergen HF	HF	Vest	7 263 000 000	216 842 000	210,7	33,0	15,7	31 161 000	14,4	944 273
Helse Stavanger HF	HF	Vest	4 439 000 000	85 156 000	64,6	15,7	24,2	17 499 000	20,5	1 118 147
Sørlandet Sykehus HF	HF	Sør-Øst	4 324 000 000	45 846 000	41,7	13,9	33,3	15 456 000	33,7	1 114 348
Diakonhjemmet sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 120 000 000	48 340 000	57,5	19,7	34,3	15 220 000	31,5	772 589
Psykiatrien i Vestfold HF	HF	Sør-Øst	848 000 000	15 451 000	16,3	15,8	97,2	15 145 000	98,0	958 544
Vestre Viken HF	HF	Sør-Øst	5 992 000 000	37 619 000	37,8	14,6	38,7	14 314 000	38,0	979 740
Univ.sykehuset Nord-Norge HF	HF	Nord	5 305 000 000	138 121 000	156,1	13,9	8,9	12 201 000	8,8	877 770
Modum Bad	PRIV	Sør-Øst	145 000 000	9 699 000	12,2	12,2	100,0	9 699 000	100,0	795 000
Helse Nord-Trøndelag HF	HF	Midt	2 106 000 000	22 975 000	21,1	9,5	44,9	8 918 000	38,8	942 706
Helse Fonna HF	HF	Vest	2 508 000 000	10 661 000	11,4	8,3	72,8	7 998 000	75,0	963 614
Sykehuset Innlandet HF	HF	Sør-Øst	2 492 000 000	24 832 000	21,9	7,0	31,9	7 936 000	32,0	1 135 336
Akershus universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	4 389 000 000	67 078 000	72,8	7,6	10,5	7 125 000	10,6	935 039
Sykehuset Telemark HF	HF	Sør-Øst	6 348 000 000	16 891 000	14,5	4,6	31,4	4 693 000	27,8	1 031 429
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 203 000 000	19 306 000	18,5	4,7	25,4	4 650 000	24,1	989 362
Nordlandssykehuset HF	HF	Nord	2 969 000 000	16 027 000	14,7	3,2	21,7	3 652 000	22,8	1 148 428
Sykehuset Østfold HF	HF	Sør-Øst	3 759 000 000	13 298 000	20,7	4,4	21,3	3 124 000	23,5	710 000
Helse Sunnmøre HF	HF	Midt	2 342 000 000	5 953 000	5,3	2,0	38,7	1 957 000	32,9	964 039
Helse Førde HF	HF	Vest	2 099 000 000	3 543 000	3,8	3,0	80,0	1 689 000	47,7	563 000
Helse Finnmark HF	HF	Nord	1 502 000 000	5 012 000	6,0	1,0	16,7	1 147 000	22,9	1 147 000
Helgelandssykehuset HF	HF	Nord	1 325 000 000	2 178 000	2,6	1,0	38,5	1 125 000	51,7	1 125 000

Helseforetak og private, ideelle sykehus	Nivå/ type	Helse-region	Totale kostnader ²	Totale forsk.kostn. ³	Forsknings-årsverk	Forskn.årsverk psykisk helse	%	Forskn.kostn. psyk. helse ³	%	Forsk. psyk.h. kr/årsverk
Jæren DPS	PRIV	Vest	112 000 000	780 000	0,8	0,8	100,0	780 000	100,0	975 000
Solli sykehus	PRIV	Vest	80 000 000	468 000	0,5	0,5	100,0	468 000	100,0	1 040 000
NKS Olaviken	PRIV	Vest	72 000 000	306 000	0,3	0,3	100,0	306 000	100,0	1 020 000
Helse Nordmøre og Romsdal HF	HF	Midt	1 918 000 000	340 000	0,3	0,2	60,3	219 000	64,4	1 251 429
Betanien Hospital	PRIV	Sør-Øst	118 000 000	772 000	1,4	0,0	0,0	0	0,0	0
Haraldsplass Diakonale Sykehus	PRIV	Vest	560 000 000	8 883 000	12,5	0,0	0,0	0	0,0	0
Haugesund SF Revmatismesyk as	PRIV	Vest	101 000 000	49 000	0,1	0,0	0,0	0	0,0	0
Martina Hansens Hospital	PRIV	Sør-Øst	271 000 000	5 891 000	5,1	0,0	0,0	0	0,0	0
Revmatismesykehuset AS	PRIV	Sør-Øst	77 000 000	3 560 000	4,4	0,0	0,0	0	0,0	0
Rusbehandling Midt-Norge HF	HF	Midt	313 000 000	1 867 000	2,3	0,0	0,0	0	0,0	0
Sunnaas sykehus HF	HF	Sør-Øst	454 000 000	15 091 000	12,8	0,0	0,0	0	0,0	0
Sykehusapotekene i Midt-Norge	HF	Midt	575 039 000	48 000	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0
Sykehuset Vestfold HF	HF	Sør-Øst	2 979 000 000	27 662 000	25,9	0,0	0,0	0	0,0	0
Totalt / gjennomsnitt			94 282 039 000	2 145 995 000	2 047,6	315,3	15,4	355 684 000	16,6	1 128 171

Merknader:

¹Tall for Oslo universitetssykehus 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.

³ Driftskostnader til forskning, inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU/ Ressursbruk til forskning i helseforetakene.

Vedleggstabell 3: Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2009, sortert etter kostnader innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere.¹

Helseforetak og private, ideelle sykehus	Nivå/ type	Helse- region	Totale kostnader ²	Totale forskningskostn. ³	Forsknings- årsverk	Forsknings- årsverk rus	%	Forskn. kostn. rus ³	%	Forsk. rus kr/årsverk
St. Olavs Hospital HF	HF	Midt	6 691 000 000	153 737 000	96,0	1,6	0,0	2 775 000	0,0	1 734 375
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	HF	Nord	5 305 000 000	138 121 000	156,1	2,4	1,5	2 106 000	1,5	877 500
Helse Nord-Trøndelag HF	HF	Midt	2 106 000 000	22 975 000	21,1	1,7	8,1	2 104 000	9,2	1 237 647
Helse Stavanger HF	HF	Vest	4 439 000 000	85 156 000	64,6	2,0	3,1	2 090 000	2,5	1 045 000
Rusbehandling Midt-Norge HF	HF	Midt	313 000 000	1 867 000	2,3	2,3	100,0	1 867 000	100,0	811 739
Helse Bergen HF	HF	Vest	7 263 000 000	216 842 000	210,7	1,4	0,7	1 125 000	0,5	803 571
Sykehuset Østfold HF	HF	Sør-Øst	3 759 000 000	13 298 000	20,7	0,9	4,3	580 000	4,4	644 444
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 203 000 000	19 306 000	18,5	0,8	4,3	527 000	2,7	658 750
Helse Førde HF	HF	Vest	2 099 000 000	3 543 000	3,8	0,8	20,0	454 000	12,8	605 333
Sørlandet Sykehus HF	HF	Sør-Øst	4 324 000 000	45 846 000	41,7	3,9	9,2	4 463 000	9,7	1 159 221
Oslo universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	17 483 000 000	1 121 713 000	1075,2	1,5	0,1	407 000	0,0	271 333
Psykiatrien i Vestfold HF	HF	Sør-Øst	848 000 000	15 451 000	16,3	0,5	3,1	306 000	2,0	612 000
Diakonhjemmet sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 120 000 000	48 340 000	57,5	0,3	0,5	263 000	0,5	876 667
Sykehuset Telemark HF	HF	Sør-Øst	6 348 000 000	16 891 000	14,5	0,2	1,4	222 000	1,3	1 110 000
Akershus universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	4 389 000 000	67 078 000	72,8	0,0	0,0	33 000	0,0	0
Betanien Hospital	PRIV	Sør-Øst	118 000 000	772 000	1,4	0,0	0,0	0	0,0	0
Haraldsplass Diakonale Sykehus	PRIV	Vest	560 000 000	8 883 000	12,5	0,0	0,0	0	0,0	0
Haugesund SF Revmatismesyk as	PRIV	Vest	101 000 000	49 000	0,1	0,0	0,0	0	0,0	0
Helgelandssykehuset HF	HF	Nord	1 325 000 000	2 178 000	2,6	0,0	0,0	0	0,0	0
Helse Finnmark HF	HF	Nord	1 502 000 000	5 012 000	6,0	0,0	0,0	0	0,0	0
Helse Fonna HF	HF	Vest	2 508 000 000	10 661 000	11,4	0,0	0,0	0	0,0	0

Helseforetak og private, ideelle sykehus	Nivå/ type	Helse- region	Totale kostnader ²	Totale forskningskostn. ³	Forsknings- årsverk	Forsknings- årsverk rus	%	Forsknings- kostn. rus ³	%	Forsk. rus kr/årsverk
Helse Nordmøre og Romsdal HF	HF	Midt	1 918 000 000	340 000	0,3	0,0	0,0	0	0,0	0
Helse Sunnmøre HF	HF	Midt	2 342 000 000	5 953 000	5,3	0,0	0,0	0	0,0	0
Jæren DPS	PRIV	Vest	112 000 000	780 000	0,8	0,0	0,0	0	0,0	0
Martina Hansens Hospital	PRIV	Sør-Øst	271 000 000	5 891 000	5,1	0,0	0,0	0	0,0	0
Modum Bad	PRIV	Sør-Øst	145 000 000	9 699 000	12,2	0,0	0,0	0	0,0	0
NKS Olaviken	PRIV	Vest	72 000 000	306 000	0,3	0,0	0,0	0	0,0	0
Nordlandssykehuset HF	HF	Nord	2 969 000 000	16 027 000	14,7	0,0	0,0	0	0,0	0
Revmatismesykehuset AS	PRIV	Sør-Øst	77 000 000	3 560 000	4,4	0,0	0,0	0	0,0	0
Solli sykehus	PRIV	Vest	80 000 000	468 000	0,5	0,0	0,0	0	0,0	0
Sunnaas sykehus HF	HF	Sør-Øst	454 000 000	15 091 000	12,8	0,0	0,0	0	0,0	0
Sykehusapotekene i Midt-Norge	HF	Midt	575 039 000	48 000	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0
Sykehuset Innlandet HF	HF	Sør-Øst	2 492 000 000	24 832 000	21,9	0,0	0,0	0	0,0	0
Sykehuset Vestfold HF	HF	Sør-Øst	2 979 000 000	27 662 000	25,9	0,0	0,0	0	0,0	0
Vestre Viken HF - totalt	HF	Sør-Øst	5 992 000 000	37 619 000	37,8	0,0	0,0	0	0,0	0
Totalt / gjennomsnitt			94 282 039 000	2 145 995 000	2047,6	20,2	1,0	19 322 000	0,9	956 535

Merknader:

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

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

³ Driftskostnader til forskning, inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU/ Ressursbruk til forskning i helseforetakene.

Vedleggstabell 4: Ressursbruk til forskning og FoU i helseforetakene i 2009 sortert etter samlede forskningskostnader. ¹

Helseforetak og private ideelle sykehus	Nivå/type	Helse-region	Totale kostnader ²		Totale FoU-kostnader ³		Kostnader til forskning ³		FoU-kostn. % av tot.kost.	Forskn.kostn. % av tot.kost.	Forskn.-årsverk
Oslo universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	17 483 000 000	18,5	1 223 902 000	50,9	1 121 713 000	52,3	7,0	6,4	1075,2
Helse Bergen HF	HF	Vest	7 263 000 000	7,7	250 566 000	10,4	216 842 000	10,1	3,4	3,0	210,7
St. Olavs Hospital HF	HF	Midt	6 691 000 000	7,1	179 953 000	7,5	153 737 000	7,2	2,7	2,3	96,0
Universitetssykehuset Nord-Norge	HF	Nord	5 305 000 000	5,6	182 072 000	7,6	138 121 000	6,4	3,4	2,6	156,1
Helse Stavanger HF	HF	Vest	4 439 000 000	4,7	88 943 000	3,7	85 156 000	4,0	2,0	1,9	64,6
Akershus universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	4 389 000 000	4,7	68 420 000	2,8	67 078 000	3,1	1,6	1,5	72,8
Diakonhjemmet sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 120 000 000	1,2	55 795 000	2,3	48 340 000	2,3	5,0	4,3	57,5
Sørlandet Sykehus HF	HF	Sør-Øst	4 324 000 000	4,6	46 853 000	1,9	45 846 000	2,1	1,1	1,1	41,7
Vestre Viken HF - totalt	HF	Sør-Øst	5 992 000 000	6,4	38 841 000	1,6	37 619 000	1,8	0,6	0,6	37,8
Sykehuset Vestfold HF	HF	Sør-Øst	2 979 000 000	3,2	29 788 000	1,2	27 662 000	1,3	1,0	0,9	25,9
Sykehuset Innlandet HF	HF	Sør-Øst	2 492 000 000	2,6	24 832 000	1,0	24 832 000	1,2	1,0	1,0	21,9
Helse Nord-Trøndelag HF	HF	Midt	2 106 000 000	2,2	25 866 000	1,1	22 975 000	1,1	1,2	1,1	21,1
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 203 000 000	1,3	19 306 000	0,8	19 306 000	0,9	1,6	1,6	18,5
Sykehuset Telemark HF	HF	Sør-Øst	6 348 000 000	6,7	17 494 000	0,7	16 891 000	0,8	0,3	0,3	14,5
Nordlandssykehuset HF	HF	Nord	2 969 000 000	3,1	17 064 000	0,7	16 027 000	0,7	0,6	0,5	14,7
Psykiatrien i Vestfold HF	HF	Sør-Øst	848 000 000	0,9	21 506 000	0,9	15 451 000	0,7	2,5	1,8	16,3
Sunnaas sykehus HF	HF	Sør-Øst	454 000 000	0,5	26 761 000	1,1	15 091 000	0,7	5,9	3,3	12,8
Sykehuset Østfold HF	HF	Sør-Øst	3 759 000 000	4,0	13 298 000	0,6	13 298 000	0,6	0,4	0,4	20,7
Helse Fonna HF	HF	Vest	2 508 000 000	2,7	11 645 000	0,5	10 661 000	0,5	0,5	0,4	11,4
Modum Bad	PRIV	Sør-Øst	145 000 000	0,2	10 699 000	0,4	9 699 000	0,5	7,4	6,7	12,2
Haraldsplass Diakonale Sykehus	PRIV	Vest	560 000 000	0,6	9 017 000	0,4	8 883 000	0,4	1,6	1,6	12,5
Helse Sunnmøre HF	HF	Midt	2 342 000 000	2,5	6 843 000	0,3	5 953 000	0,3	0,3	0,3	5,3
Martina Hansens Hospital	PRIV	Sør-Øst	271 000 000	0,3	6 634 000	0,3	5 891 000	0,3	2,4	2,2	5,1
Helse Finnmark HF	HF	Nord	1 502 000 000	1,6	5 012 000	0,2	5 012 000	0,2	0,3	0,3	6,0

Helseforetak og private ideelle sykehus	Nivå/ type	Helse- region	Totale kostnader ²	%	Totale FoU- kostnader ³	%	Kostnader til forskning ³	%	FoU-kostn % av tot.kost.	Forskn.kostn. % av tot.kost.	Forskn.- årsverk
Revmatismesykehuset AS	PRIV	Sør-Øst	77 000 000	0,1	5 720 000	0,2	3 560 000	0,2	7,4	4,6	4,4
Helse Førde HF	HF	Vest	2 099 000 000	2,2	4 447 000	0,2	3 543 000	0,2	0,2	0,2	3,8
Helgelandssykehuset HF	HF	Nord	1 325 000 000	1,4	2 178 000	0,1	2 178 000	0,1	0,2	0,2	2,6
Rusbehandling Midt-Norge HF	HF	Midt	313 000 000	0,3	2 355 000	0,1	1 867 000	0,1	0,8	0,6	2,3
Jæren DPS	PRIV	Vest	112 000 000	0,1	1 300 000	0,1	780 000	0,0	1,2	0,7	0,8
Betanien Hospital	PRIV	Sør-Øst	118 000 000	0,1	772 000	0,0	772 000	0,0	0,7	0,7	1,4
Solli sykehus	PRIV	Vest	80 000 000	0,1	2 063 000	0,1	468 000	0,0	2,6	0,6	0,5
Helse Nordmøre og Romsdal HF	HF	Midt	1 918 000 000	2,0	340 000	0,0	340 000	0,0	0,0	0,0	0,3
NKS Olaviken	PRIV	Vest	72 000 000	0,1	667 000	0,0	306 000	0,0	0,9	0,4	0,3
Haugesund SF Revmatismesyk as	PRIV	Vest	101 000 000	0,1	49 000	0,0	49 000	0,0	0,0	0,0	0,1
Sykehusapotekene i Midt-Norge	HF	Midt	575 039 000	0,6	4 399 000	0,2	48 000	0,0	0,8	0,0	0,0
Totalt / gjennomsnitt			94 282 039 000	100	2 405 400 000	100	2 145 995 000	100	2,6	2,3	2 047,6

Merknader:

1 Tall for Oslo universitetssykehus 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.

3 Driftskostnader til forskning og utviklingsarbeid (FoU)/forskning inkluderer eksternt finansiert FoU/forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU/ Ressursbruk til forskning i helseforetakene.

Vedlegg 3: Rapporteringsskjema og veiledningsmateriale 2009

FoU-statistikk 2009

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

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

1. Ressursbruk til forskning i 2009, totalt og per område.

1.1 Driftskostnader til forskning i 2009. 1000 kroner.

Driftskostnader til forskning	Til forskning (1000 kroner)	Herav: forskning innen Psykisk helsevern (1000 kroner)	Herav: forskning innen Tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere (1000 kroner)
1 Lønnskostnader til forskning			
2 Andre driftskostnader til forskning			
3 Driftskostnader til forskning i alt	0	0	0
4 Herav avskrivninger			

1.2 Kjøp/anskaffelse av instrumenter og utstyr til forskning i 2009. 1000 kroner.

Kjøp/anskaffelse av varige driftsmidler (utstyr, instrumenter o.l.) til forskning	Til forskning (1000 kroner)
1 Kjøps-/anskaffelsesverdi, ikke avskrivninger	

1.3 Utførte forskningsårsverk i 2009. Antall.

Antall forskningsårsverk	Til forskning (Antall)	Herav: forskning innen Psykisk helsevern (Antall)	Herav: forskning innen Tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere (Antall)
1 - Utført av overleger, leger			
2 - Utført av forskere, post docs, stipendiater, psykologer			
3 - Utført av øvrig sykehuspersonale *)			
4 Forskningsårsverk i alt	0,0	0,0	0,0

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

2. Ressursbruk til utviklingsarbeid i 2009, totalt og per område.

2.1 Driftskostnader til utviklingsarbeid i 2009. 1000 kroner.

Driftskostnader til utviklingsarbeid	Til utviklingsarbeid (1000 kroner)	Herav: utviklingsarbeid innen Psykisk helsevern (1000 kroner)	Herav: utviklingsarbeid innen Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbrukere (1000 kroner)
1 Lønnskostnader til utviklingsarbeid			
2 Andre driftskostnader til utviklingsarbeid			
3 Driftskostnader til utviklingsarbeid i alt	0	0	0
4 Herav avskrivninger			

2.2 Kjøp/anskaffelse av instrumenter og utstyr til utviklingsarbeid i 2009. 1000 kroner.

Kjøp/anskaffelse av varige driftsmidler (utstyr, instrumenter o.l.) til utviklingsarbeid	Til utviklingsarbeid (1000 kroner)
1 Kjøps-/anskaffelsesverdi, ikke avskrivninger	

2.3 Utførte årsverk til utviklingsarbeid i 2009. Antall.

Antall årsverk til utviklingsarbeid i 2009	Til utviklingsarbeid (Antall)	Herav: utviklingsarbeid innen Psykisk helsevern (Antall)	Herav: utviklingsarbeid innen Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbrukere (Antall)
1 - Utført av overleger, leger			
2 - Utført av forskere, post docs, stipendiater, psykologer			
3 - Utført av øvrig sykehuspersonale *)			
4 Antall årsverk til utviklingsarbeid i alt	0,0	0,0	0,0

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

3. Finansiering av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid i 2009

Hvordan ble de samlede ressursene til forskning og utviklingsarbeid i 2009 finansiert?		
Finansieringskilde	Til forskning (1000 kr)	Til utviklingsarbeid (1000 kr)
1. Helseforetakets egenfinansiering (basisbevilgning over statsbudsjettet)		
2. Regionale samarbeidsorganer eller regionale helseforetak (øremerket)		
3. Eksterne finansieringskilder, herav:		
Norges forskningsråd		
Offentlige midler (eksklusive Norges forskningsråd)		
Arbeids- og inkluderingsdepartementet		
Barne- og likestillingsdepartementet		
Finansdepartementet		
Fiskeri- og kystdepartementet		
Fornyings- og administrasjonsdepartementet		
Forsvarsdepartementet		
Helse- og omsorgsdepartementet		
Justis- og politidepartementet		
Kommunal- og regionaldepartementet		
Kultur- og kirkedepartementet		
Kunnskapsdepartementet		
Landbruks- og matdepartementet		
Miljøverndepartementet		
Nærings- og handelsdepartementet		
Olje- og energidepartementet		
Samferdselsdepartementet		
Utenriksdepartementet		
Statsbankene		
Fylkeskommuner og kommuner		
Næringslivet		
Industrien		
Oljeselskaper		
Øvrig næringsvirksomhet		
Andre innenlandske kilder - disse spesifiseres på eget ark,		
Side 3.3 Andre kilder (summen overføres automatisk)	0	0
Utenlandske kilder		
Norden uspesifisert		
Norden, næringsliv		
Norden, læresteder		
Norden, offentlige institusjoner		
Norden, forskningsinstitutter		
Internasjonale organisasjoner (FN, WHO etc.)		
EUs rammeprogram for forskning		
Utenlandsk næringsliv		
Utenlandske læresteder		
Utenlandske offentlige institusjoner		
Utenlandske forskningsinstitutter		
Øvrig utland		
Sum ekstern finansiering	0	0
Total finansiering (skal være lik sum driftskostnader i hhv tab. 1.1 og 2.1)*	0	0

3. Finansiering av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid i 2009 (forts.)

Hvordan ble de samlede ressursene til forskning og utviklingsarbeid i 2009 finansiert?		
Finansieringskilde	Til forskning (1000 kr)	Til utviklingsarbeid (1000 kr)
3. Eksterne finansieringskilder, herav:		
Andre innenlandske kilder		
Egne inntekter (salgsinntekter, renteinntekter, pasientinntekter o.l.)		
Private gaver og legater		
Kreftforeningen		
Nasjonalforeningen		
Helse og rehabilitering		
Norske kvinners sanitetsforening		
Landsforeningen for hjerte- og lungesyke		
Kreftfondet St Olavs sykehus		
Andre fond, vennligst sett inn navn på fond:		
Sum andre innenlandske kilder	0	0

4. Skjønnsmessige fordelinger av FoU-ressursene i 2009 på aktivitetstyper og teknologiområder.

4.1. Aktivitetstype 2009

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

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

4.2 Prioriterte teknologiområder 2009

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

Dersom helseforetaket/avdelingen har FoU-virksomhet som faller inn under teknologiområdene nedenfor, vennligst oppgi hvor stor prosentvis andel dette utgjorde av den totale FoU-virksomheten i 2009.

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

Områder	Har helseforetaket/avdelingen hatt FoU innenfor de oppgitte områdene i 2009? Sett X		Hvis ja, vennligst angi andelen av total FoU i prosent.
	Ja	Nei	
Informasjons- og kommunikasjons-teknologi (IKT)			
Bioteknologi			
Nanoteknologi			
Nye materialer unntatt nanoteknologi			

5. Personale i 2009

5.1 Utenlandsk doktorgrad i 2009.

Dersom en eller flere personer ved helseforetaket/avdelingen har oppnådd utenlandsk doktorgrad i 2009, vennligst oppgi navn, gradtittel, år for grad og land. For personer tilsatt etter 1.1.2009 føres opp tidligere oppnådd utenlandsk doktorgrad. Utenlandske gjesteforskere tas ikke med.

Navn på doktorand	Gradtittel	År for grad	Land

FoU-statistikk 2009

Måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU)

NIFU STEP har gjennomført målinger av ressursbruk til forskning i helseforetak og private, ideelle sykehus for 2006, 2007 og 2008 som en videreføring av pilotrapporteringen for 2005 i regi av det daværende Helse Sør RHF; jf. rapport 39/2007 og 50/2008 fra NIFU STEP. Rapporten fra målingen av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid for året 2008 er under ferdigstilling og vil bli distribuert når den foreligger.

Fra og med 2007 ble målingen av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetak og private, ideelle sykehus samordnet med den offisielle FoU-statistikken som utarbeides etter avtale med Norges forskningsråd. NIFU STEP har statistikkansvaret for universitets- og høgskolesektoren og instituttsektoren, herunder også helseforetak og private, ideelle sykehus, mens Statistisk sentralbyrå har ansvaret for FoU-statistikk for næringslivet. NIFU STEP har også et ansvar for å sammenstille dataene til en total FoU-statistikk for Norge. Statistikken utarbeides etter retningslinjer fra OECD, nedfelt i den såkalte "Frascati-manualen" og inngår både i OECDs og EUs internasjonale FoU-statistikk. Resultater fra FoU-statistikken finnes bl.a. på NIFU STEPs www-sider (<http://www.nifustep.no/>) og i vår statistikkbank (<http://www.foustatistikbanken.no/>) Indikatorrapporten 2009 (www.forskningsradet.no/indikatorrapporten) inneholder egne tabellserier som viser data fra helseforetaksrapporteringen, A.12 og B.1.

Hovedmål for 2009-rapporteringen

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

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

I rapporteringen i 2009 vil vi fortsatt arbeide for:

- å få bedre kontroll med tallmaterialet og nivået på ressursinnsatsen til forskning og utviklingsarbeid
- å korte ned gjennomføringsperioden for rapporteringen

En viktig utfordring ligger fortsatt i det å trekke grensen mellom forskning og utviklingsarbeid (FoU) på den ene siden og helseforetakenes øvrige funksjoner og oppgaver på den andre. Vi foreslår at vurderingen gjøres med utgangspunkt i FoU-begrepet, slik det er definert i vedlegget til rapporteringsskjemaet. Der understrekes det bl.a. at aktiviteten må inneholde et nyhetselement for å regnes som FoU.

Nyhetselementet refererer seg til ”kunnskapsfronten” heller enn til hva som måtte være nytt for helseforetaket eller sykehuset. I OECDs retningslinjer heter det bl.a. at løsningen på et gitt problem ikke må være åpenbar for en person som kjenner den grunnleggende kunnskapsmassen og teknikkene på området. Ut fra disse overordnede prinsippene har vi i vedlegget (Punkt A) gitt noen eksempler på grensedragnings mellom FoU og annen virksomhet. I dette avgrensingsarbeidet er det naturlig nok også en utfordring i å trekke grensen mellom forskning på den ene siden og utviklingsarbeid på den andre. Bruk her definisjoner og eksempler i Vedlegg med definisjoner og klassifikasjoner etter beste skjønn.

Vi vil her nevne at det er satt i gang en prosess med sikte på å videreutvikle og forbedre denne og andre sider ved rapporteringssystemet. Bl.a. drøftes det å oppnevne en gruppe med representasjon fra sektoren.

Vi vil derfor fortsatt mane til en viss forsiktighet i vurderingene av hvilke aktiviteter som skal inkluderes i rapporteringen som utviklingsarbeid. En kompliserende faktor er at mange aktiviteter som rent språklig inneholder ordet ”utvikling”, f.eks. fagutvikling, kvalitetsutvikling, kompetanseutvikling, organisasjonsutvikling mv. i utgangspunktet *ikke* skal regnes som FoU. Kompetanseutvikling vil f.eks. ofte innebære opplæring av personale i eget foretak, heller enn utvikling av ny kunnskap av mer global karakter som bidrar til å flytte kunnskapsfronten; jf. over.

Merknader til 2009-rapporteringen – endringer fra 2008

Opplegget for 2009-rapporteringen er omtrent det samme som de to foregående årene, og spørreskjemaet er tilnærmet likt det som ble brukt i 2008. Det er imidlertid gjort et par viktige presiseringer i veiledningsmaterialet.

1. Årsverk utført av leger og andre ved helseforetakene

Vi ber her som i 2008 om separate oversikter for henholdsvis forskning og utviklingsarbeid og at årsverkene fordeles på i alt tre personalkategorier. *Merk* imidlertid at det under kategorien årsverk utført av leger er gjort en presisering i forhold til 2008.

- årsverk utført av leger, dvs. overleger, overleger med kombinert stilling (her tas kun årsverk for stilling ved helseforetaket med, mens professor II-stilling ved et universitet, dvs. der universitetet og ikke helseforetaket betaler lønnskostnadene, ikke skal tas med), leger under spesialisering
- årsverk utført av personale i forskerstilling, det vil si forskere, postdoktorer innen alle yrkesgrupper (medisin, helsefag mv.), stipendiater, i tillegg til psykologer
- årsverk utført av øvrig sykehuspersonale, dvs. laboratoriepersonale, teknisk og administrativt personale, sykepleiere, hjelpepleiere.

2. Primærkilde for ekstern finansiering av FoU

Det er også gjort en presisering i vedlegget under punkt C.3 Finansiering av forskning og utviklingsarbeid. Fra 2009 bes helseforetakene om så langt som mulig å føre eksterne midler under primærkilden; f.eks. skal forskningsrådsmidler helseforetakene får via universitetene føres som forskningsrådsmidler.

3. Den tekniske løsningen

Den tekniske løsningen er også forbedret:

- Rapporteringsskjemaet er fortsatt holdt i Excelformat, men *regnearkene er nå ”låst”*, slik at det kun er mulig å gjøre endringer i de feltene der vi ønsker at det skal legges verdier. Det er

imidlertid mulig å legge inn egne regneark i arbeidsboken, hvis noen har behov for det. Ta kontakt med oss dersom dette skaper problemer for utfyllingen.

- Dessuten er det lagt inn et *ekstra regneark* (merket: Side 3.3 Andre kilder) for *fondsfinansiering* mv. Det er her det erfaringsmessig er størst behov for ekstra spesifikasjoner, så her er det mulig å legge inn navn og beløp for fonds som ikke er forhåndsspesifisert i regnearket. Summene i dette regnearket legges automatisk over i regnearket som er merket Side 3.

NB! Det er ingen endring i den økonomiske hovedavgrensningen av rapporteringen! Se ellers Punkt B i vedlegget for økonomiske avgrensninger.

Personaloversikter

Alle helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte inn oversikter over personale som deltok i FoU i 2008. Opplysningene om personalet inngår i NIFU STEP's forskerpersonalregister. Registeret dekker foruten helseforetakene også universitets- og høgskolesektoren og instituttsektoren.

Vedlagt henvendelsen følger en oversikt over forskerpersonale som ble registrert ved enheten i 2008. Avvik i disse oversiktene i forhold til listene dere sendte inn i 2008 skyldes i hovedsak at forskerpersonalregisteret er et individregister der en person bare kan registreres en gang. For personale som har flere stillingsforhold enten ved samme helseforetak eller ved andre institusjoner som inngår i Forskerpersonalregisteret foretas det en skjønnsmessig vurdering av hvilken institusjon personen skal henføres til. Som hovedregel blir personer registrert der de har sin hovedstilling, men der personen har samme eller tilnærmet samme stillingsbrøk ved flere institusjoner må det fattes en beslutning om plassering, ev. basert på tilleggsinformasjon. Listen inneholder opplysninger om høyeste utdanning og doktorgrad. Hvis mulig, ber vi om at disse opplysningene korrigeres. Der fødselsdato mangler, ber vi om supplerende informasjon.

For å oppdatere registeret ber vi om opplysninger om **alt personale som mottok lønn i fast eller midlertidig stilling per 1. oktober 2009 og som deltok i forskning og utviklingsarbeid (FoU) i 2009.**

Følgende opplysninger ønskes per person, helst i denne rekkefølgen:

- navn (etternavn og fornavn)
- fødselsdato
- fagseksjon/avdeling e.l.
- stillingsopplysninger, her ønsker vi både stillingstekst og stillingsgruppe
- stillingsbrøk for deltidsansatte
- finansieringskilde (*hvis annen enn helseforetaket eller det private, ideelle sykehuset selv*)

For foretak som benytter den *aktivitetsbaserte* metoden i rapportering av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid antar vi at listen over personer som ligger til grunn for årsverksberegningene vil kunne være relevant for dette formålet.

Noen presiseringer i forhold til de utsendte personaloversiktene er imidlertid nødvendige:

- Vi ber om at både stillingstekst og stillingsgruppe oppgis 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 kodenøkkel).
- Når vi ber om stillingsbrøk for deltidsansatte, gjelder dette ansettelsesforholdet, og ikke tid brukt til FoU.

- Professor II-stillinger skal ikke med i oversiktene fra helseforetakene (de rapporteres inn av universitetene).

Vi ber om å få dataene på regneark. Ved elektronisk oversendelse bør filene passordbeskyttes. Passordet oversendes i separat e-post.

NIFU STEP har tillatelse fra Datatilsynet til å forvalte persondata i Forskerpersonalregisteret. NIFU STEP er samtidig pålagt av Datatilsynet å informere de ansatte om at persondata innhentes, og vi vil ta kontakt med institusjonene for å drøfte hvordan denne informasjonen mest hensiktsmessig kan distribueres til de ansatte.

Struktur og rapporteringsnivåer

Helseforetak med universitetsklinikkfunksjoner ble i 2007 og 2008 bedt om å rapportere ressursbruk til forskning på to nivåer:

1. En samlet rapport per helseforetak (som tidligere).
2. Et skjema per klinikk/avdeling eller tilsvarende

Det samme gjelder 2009, og er spesielt viktig ved store helseforetak. Bruk, om mulig, samme skjema for begge nivåer.

Vi vet at mange helseforetak uansett innhenter opplysninger fra lavere organisasjonsnivå, fordi opplysninger om FoU mv. kan være vanskelige å fremskaffe sentralt.

I og med at helseforetakene er svært ulike både i størrelse og organisering er det vanskelig å anbefale noe standardisert rapporteringsnivå for alle. Vi er derfor åpne for at helseforetakene rapporterer på det nivå de finner formålstjenlig – gjerne i dialog med NIFU STEP. Formålet er å kunne beskrive den faglige profilen på FoU-innsatsen, dvs. fordelingen på disipliner som f.eks. øre-nese-hals, hjerte, kreft mv. Vi ber derfor om **rapportering på lavest mulig nivå.**

Det er viktig at helseforetaket aggregerer hovedtallene per avdeling eller tilsvarende i spørreskjemaet til totaltall for foretaket. Det er disse som vil inngå i den videre rapporteringen til de regionale helseforetakene og til Helse- og omsorgsdepartementet, og de bør følgelig godkjennes av helseforetaket. Hovedtall vil også, som tidligere år, inngå i en kortfattet prosjektrapport.

Avdelingsvise oversikter er bare ment å dekke statistikkbehov, bl.a. som indikator på type FoU-virksomhet (fagområde, disiplin), og data vil ikke bli publisert på avdelingsnivå (eller tilsvarende) – bare på aggregert nivå.

Praktisk informasjon om 2009-rapporteringen

Vi antar at de fleste helseforetak og private, ideelle sykehus vil kunne bygge videre på rapporteringsopplegget de benyttet tidligere år. Veiledningsmaterialet er derfor kortet ned og konsentrert om sentrale definisjoner og retningslinjer. Den mer omfattende fremstillingen av prosjektet, hovedprinsippene for rapporteringen og regnearkmaler for beregning av kostnader mv. er lagt ut på NIFU STEPs web sider, og

kan lastes ned fra www.nifustep.no/. Trykk der ► **Statistikk** ► **Skjemaer** ► **Ressursbruk til FoU i helseforetak 2009**. Filene kan også mottas per e-post ved henvendelse til oss.

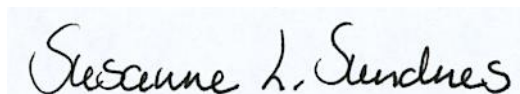
Vi anbefaler at nye rapporteringsenheter og enheter som har slitt med rapporteringsopplegget så langt, arbeider for å etablere gode rapporteringsrutiner. Bl.a. har det vist seg hensiktsmessig ved enkelte helseforetak at kontaktperson/koordinator for rapporteringen kontakter de enkelte avdelingsledere og gjennomgår aktiviteten med utgangspunkt i vedlagte definisjoner og retningslinjer. Ta gjerne kontakt med oss om avgrensingsproblemer mv. Dette er nyttig for oss også i arbeidet med å videreutvikle definisjoner og retningslinjer.

Som i forbindelse med tidligere rapporteringer ber vi om å få tilsendt *underlaget* for rapporteringsskjemaet. Dette har vist seg å være nyttig både for kontrollformål og som grunnlag for videreutvikling og forbedring av rapporteringen.

Vi ber om at utfylte rapporteringsskjemaer returneres til NIFU STEP **senest fredag 19. mars 2009**. Vi ber også om at rapporteringen fortrinnsvis skjer elektronisk (Excel-filer som vedlegg til e-post).

For ordens skyld vil vi til slutt informere om at NIFU STEP parallelt med denne undersøkelsen vil gjennomføre måling av forskningsresultater (vitenskapelig publisering, doktorgrader) i helseforetak og private, ideelle sykehus.

Med vennlig hilsen
for NIFU STEP



Susanne Lehmann Sundnes



Ole Wiig

FoU-statistikk 2009

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

A. Avgrensning av forskning og utviklingsarbeid (FoU)

Forskning og utviklingsarbeid (FoU) er definert 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 inndeles i følgende aktivitetstyper:

- **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.

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

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

- **Utviklingsarbeid** er 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.

Som en generell regel kan anføres at alt arbeid som kommer inn under forskning og utviklingsbegrepet skal inneholde et *nyhetselement*. I enkelte tilfeller kan det være vanskelig å skille mellom FoU og annen virksomhet. Her er noen eksempler på grensetrekking:

- Rutinemessig innsamling av generelle data, f.eks. periodisk registrering av kvalitetsindikatorer, styringsdata, sykefravær mv. skal *ikke* regnes som FoU. Det samme gjelder statistikk av allmenn karakter, innsamling av materiale for museer, geologiske, geofysiske, hydrologiske og oseanografiske data, inkludert olje-, malm- og mineralleting. Men hvis data samles inn og behandles i *vitenskapelig* hensikt, f.eks. nasjonale kvalitetsregistre eller forskningsregistre eller biobanker, skal aktiviteten likevel regnes som FoU.
- Studier, utredninger o.l. i forbindelse med offentlig politikk, planlegging etc. som utføres ved hjelp av eksisterende metoder og som ikke har til hensikt å avdekke tidligere ukjente fenomener, forhold, strukturer o.l., regnes ikke som FoU. Et eksempel på FoU er en teoretisk undersøkelse av hvilke faktorer som bestemmer regionale variasjoner i økonomisk vekst og utvikling av en modell for å bedre regional politikk.
- Utdanning og etterutdanning regnes *ikke* som FoU. Unntatt er forskeropplæring og spesielle FoU-stipend.

- Veiledning regnes som FoU bare hvis den inngår i et spesifikt FoU-prosjekt.
- Institusjoner som hovedsakelig driver FoU vil ofte ha sekundære aktiviteter som i seg selv ikke er FoU, f.eks. dokumentasjons-, informasjons- og bibliotekvirksomhet, eller testing, kvalitetskontroll, internkontroll, kvalitetsutvikling og konsulentvirksomhet. Når disse aktivitetene *i hovedsak utføres for å tjene FoU*, skal også de regnes som FoU. Når de sekundære aktivitetene primært utføres for å møte *andre behov*, skal de ikke regnes som FoU.
- Administrasjon og ledelse av FoU regnes som FoU.
- Rutinemessige prøver utført av helsepersonell, f.eks. blodprøver eller bakteriologiske prøver, skal ikke regnes som FoU. Men dersom et særskilt program for blodprøving gjennomføres i forbindelse med introduksjon av et nytt legemiddel, regnes det som FoU.
- Ordinær medisinsk terapi som ikke innebærer utvikling av nye behandlingsmetoder regnes ikke som FoU.
- Innenfor medisin er rutinemessig obduksjon for å fastslå dødsårsak å betrakte som en del av den medisinske behandlingen, og skal ikke regnes som FoU. En spesiell undersøkelse av dødsfall, for å fastslå bivirkninger av visse kreftbehandlinger, er FoU.
- Spesialisert medisinsk behandling skal vanligvis ikke regnes som FoU, men det kan være et element av FoU i avansert medisinsk behandling. Som hovedregel skal medisinsk behandling som ikke er direkte knyttet til et spesifikt FoU-prosjekt holdes utenom.
- Design, konstruksjon og testing 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.

B. Ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU): Overordnet økonomisk avgrensning

Følgende skal rapporteres:

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

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

Ressursbruk til FoU innen psykisk helsevern og rus

Som tidligere skal ressurser til FoU innen:

- tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere
- psykisk helsevern dokumenteres særskilt, både under forskning (C.1) og utviklingsarbeid (C.2); jf. Punkt C nedenfor.

C. Til enkeltpunktene i rapporteringsskjemaet

(referanser til nummerering i rapporteringsskjemaet)

Merk at vi denne gangen ber om at ressursbruk til forskning (C.1) og ressursbruk til utviklingsarbeid (C.2) rapporteres **hver for seg**.

1. Ressursbruk til forskning 2009

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

1.1 Driftskostnader til forskning

Vi ber om at det skilles eksplisitt mellom *lønn og sosiale kostnader, inkl. pensjon og arbeidsgiveravgift*, på den ene siden og *andre driftskostnader* på den andre. Benytt ellers samme beregningsopplegg som tidligere år, dvs. kostnadsberegning av årsverk gjøres med utgangspunkt i direkte lønn, som omfatter:

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

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

Vi ber vi at årets *avskrivninger* spesifiseres på egen linje.

1.2 Utgifter til utstyr, instrumenter o.l. til forskning over helseforetakets eller det private, ideelle sykehusets budsjett

Spørsmålet gjelder helseforetakets eller det private, ideelle sykehusets anskaffelseskostnader til utstyr, instrumenter o.l. Vi ber om å få oppgitt anskaffelsesverdien for varige driftsmidler som ble anskaffet i 2009. Vi ber om at forskningsandelen anslås etter beste skjønn.

Dette spørsmålet er bl.a. tatt inn for å etterkomme rapporteringskrav til internasjonal FoU-statistikk, som følger bruttoprinsippet. Vi har derfor også bedt om at årets avskrivninger spesifiseres på egen linje; jf. C.1.1. Dette gir mulighet for å trekke ut avskrivningene ved sammenstillinger, slik at vi i størst mulig grad unngår dobbelrapportering.

1.3 Utførte forskningsårsverk 2009

Årsverk er hoveddriveren for de andre forskningsrelaterte kostnadene og må derfor komme klart frem i kartleggingen. Ifølge Statistisk sentralbyrå er et årsverk *det arbeidet som en person utfører i løpet av et år*. En heltidsansatt som har brukt halve tiden på forskning, har altså utført et halvt forskningsårsverk. Det legges til grunn at en heltidsstilling tilsvarer ett årsverk *uavhengig* av om stillingsinnehaveren arbeider overtid eller hvor mange timer per uke som inngår i en heltidsstilling. Dette er også i tråd med internasjonale retningslinjer for FoU-statistikk.

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

Forskningsårsverkene skal deles inn i følgende tre kategorier:

- **Forskningsårsverk utført av leger:** Overleger, overleger med kombinert stilling (her tas kun årsverk for stilling ved helseforetaket med, mens professor II-stilling ved et universitet, dvs. der universitetet og ikke helseforetaket betaler lønnskostnadene, ikke skal tas med), leger under spesialisering
- **Forskningsårsverk utført av forskere, post doc's** innen alle yrkesgrupper (medisin, helsefag mv.), **stipendiater** og **psykologer**.
- **Forskningsårsverk utført av øvrig sykehuspersonale:** Laboratoriepersonale, teknisk og administrativt støttepersonale, sykepleiere, hjelpepleiere.

2. Ressursbruk til utviklingsarbeid 2009

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

utviklingsarbeid og eksempler på avgrensningsspørsmål, se Punkt A. på forrige side.

3. Finansiering av forskning og utviklingsarbeid 2009

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

Som tidligere skiller vi mellom tre hovedkategorier av kilder:

- Regionale helseforetak (RHF) eller regionale samarbeidsorganer (øremerkede tilskudd til FoU)
- Helseforetakets egenfinansiering (basisbevilgning over statsbudsjettet)
- Ekstern finansiering (midler fra andre kilder enn de over nevnte)

De vanligste finansieringskildene for eksterne midler til forskning og utviklingsarbeid er spesifisert. Merk at eksterne midler så langt som mulig skal *føres tilbake til primærkilden*; f.eks. skal forskningsrådsmidler helseforetakene får via universitetene føres som forskningsrådsmidler. Formålet er å få fram et mest mulig relevant og dekkende bilde av FoU-finansieringen i sektoren.

4. Skjønnsmessig fordeling av FoU-ressursene på aktivitetstyper, fag og teknologiområder.

4.1 Aktivitetstype 2009

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

4.2 Prioriterte teknologiområder i 2009

Dersom helseforetaket/avdelingen i 2009 hadde FoU-virksomhet rettet inn mot noen av teknologiområdene, vennligst anslå hvor stor prosentvis del dette utgjorde av enhetens egenutførte FoU-virksomhet i 2009. Teknologiområdene refererer seg til den siste forskningsmeldingen, "Vilje til forskning" (St.meld. nr.20 2004-2005), s.28ff. Inndelingen er lett modifisert ved at det er skilt mellom nanoteknologi og nye materialer, unntatt nanoteknologi. Teknologiområdene er definert som følger:

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi

Utvikling og bruk av tele- og datasystemer. Digitale informasjons- og kommunikasjonssystemer. Maskinvare, programvare, nettvare. E-videnskap 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 visst endres med bruk av nanoteknologi. Ethiske, juridiske, samfunnsmessige og helse-/miljø-/sikkerhetsmessige aspekter ved nanoteknologi.

Nye materialer, unntatt nanoteknologi

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

5. Utenlandsk doktorgrad

Dersom en eller flere personer ved helseforetaket eller avdelingen har oppnådd utenlandsk doktorgrad i 2009, vennligst oppgi navn, gradtittel, år for grad og land. For personer tilsatt etter 01.01.2009 føres opp tidligere oppnådd utenlandsk doktorgrad. Utenlandske gjesteforskere tas ikke med.

Spørsmål kan rettes til:

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

Hebe Gunnes, tlf 22 59 51 16 (e-post: hebe.gunnes@nifustep.no)

Vedlegg 4: Tabeller for forskning og utviklingsarbeid (FoU) 2009

Tabell V4.1: Driftskostnader til FoU i helseforetakssektoren i 2009, inkl. eksternt finansiert FoU og avskrivninger, etter helseregion og forvaltningsnivå.

Helseregion	Forvaltningsnivå	Rapporterte driftskostnader til FoU i 2009			Andel av kostnadene rapportert av HF og PS (%)
		Helseforetak (HF) og private, ideelle sykehus (PS) (mill. kr)	Regionale helseforetak (RHF) ^{1 2} (mill. kr)	RHF, HF og PS samlet (mill. kr)	
Midt-Norge RHF ³		220	103	323	68
Nord RHF		206	28	234	88
Sør-Øst RHF		1 611	0	1 611	100
Vest RHF		369	73	442	83
Totalt		2 405	204	2 610	92

Merknader:

¹ Kilde: De regionale helseforetakene.

² Det er her ikke konsekvent skilt mellom forskning og utviklingsarbeid.

³ Inkludert Hemit, som er en avdeling i Helse Midt-Norge RHF.

Kilde: NIFU/ Ressursbruk til FoU i helseforetakene.

Tabell V4.2: FoU i helseforetak og private, ideelle sykehus 2008-09.

Indikator	2008	2009	Endring 2008-2009
Totale driftskostnader. Mill. kroner ¹	90 326	94 282	4,4 %
Driftskostnader til FoU. Mill. kroner ²	2 324	2405	3,5 %
Driftskostnader til FoU i % av totale driftskostnader	2,6	2,6	0,0 pp
Antall FoU-årsverk	2 272	2317	2,0 %
Driftskostnader per FoU-årsverk. Kroner	1 023 000	1 038 000	1,5 %

Merknader:

¹ Driftskostnader, inklusive avskrivninger. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

² Inklusive eksternt finansiert FoU og avskrivninger

Kilde: NIFU/ Ressursbruk til FoU i helseforetakene.

Tabell V4.3: FoU i helseforetak og private, ideelle sykehus 2008-2009, etter aktivitetstype.

Indikator	Utviklingsarbeid	Forskning	Forskning og utviklingsarbeid	Prosent utviklingsarbeid
Driftskostnader 2008 ¹	255	2 070	2 324	11
Driftskostnader 2009 ¹	259	2 146	2 405	11
Endring driftskostnader 2008-2009 (%)	1,6	3,7	3,5	-
Antall FoU-årsverk 2009	269	2048	2317	12
Driftskostnader til FoU per FoU-årsverk	962 900	1 047 600	1 038 000	-

Merknad:

¹ Inklusive eksternt finansiert FoU og avskrivninger.

Kilde: NIFU/ Ressursbruk til FoU i helseforetakene.

Tabell V.4.4: FoU i helseforetak og private, ideelle sykehus i 2009, etter helseregion.

Indikator	Midt-Norge	Nord	Sør-Øst	Vest	Alle
Totale driftskostnader, Mill. kr ¹	13 945	11 101	52 002	17 234	94 282
%	15	12	55	18	100
Driftskostnader til FoU, Mill. kr ²	220	206	1 611	369	2 405
%	9	9	67	15	100
Driftskostnader til FoU i % av totale driftskostnader	1,6	1,9	3,1	2,1	2,6
Antall FoU-årsverk	152	231	1 582	352	2317
%	7	10	68	15	100
Driftskostnader til FoU per FoU-årsverk. Kroner	1 447 400	891 800	1 018 300	1 048 300	1 038 000
Antall rapporteringsenheter	6	4	17	9	36

Merknader:

¹ Driftskostnader, inklusive avskrivninger. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

² Inklusive eksternt finansiert FoU og avskrivninger.

Kilde: NIFU/ Ressursbruk til FoU i helseforetakene.

Tabell V4.5: FoU i helseforetak og private, ideelle sykehus i 2009, etter type institusjon.

Indikator	Helseforetak og private, ideelle sykehus med universitets-sykehus-funksjoner	Øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus	Alle helseforetak og private, ideelle sykehus
Totale driftskostnader. Mill. kr ¹	47 704	46 578	94 282
%	51	49	100
Driftskostnader til FoU. Mill. kr ²	2 085	320	2405
%	87	13	100
Driftskostnader til FoU i % av totale driftskostnader	4,4	0,7	2,6
Antall FoU-årsverk	1988	329	2317
%	86	14	100
Driftskostnader til FoU per FoU-årsverk. Kroner	1 048 800	972 600	1 038 000
Antall rapporteringsenheter	27	9	36

Merknader:

¹ Driftskostnader, inklusive avskrivninger. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

² Inklusive eksternt finansiert FoU og avskrivninger.

Kilde: NIFU/ Ressursbruk til FoU i helseforetakene.

Vedlegg 5: Forskerpersonale i helseforetakene i 2009, etter stillingstype

Helseforetak	Leger som deltok i FoU	Psykologer	Forskerstillinger	Sum forskerpersonale
Akershus universitetssykehus HF	38	3	59	100
Betanien Hospital	1	-	1	2
Diakonhjemmet sykehus AS	34	8	30	72
Haraldsplass Diagonale Sykehus	9	1	5	15
Haugesund SF Revmatismesyk as	..	..	..	..
Helgelandssykehuset HF	6	2	-	8
Helse Bergen HF	471	54	52	577
Helse Finnmark HF	7	5	1	13
Helse Fonna HF	7	4	4	15
Helse Førde HF	8	3	-	11
Helse Nordmøre og Romsdal HF	5	-	-	5
Helse Nord-Trøndelag HF	18	6	-	24
Helse Stavanger HF	103	10	36	149
Helse Sunnmøre HF	16	1	6	23
Jæren DPS	..	..	..	..
Lovisenberg Diagonale Sykehus AS	17	3	6	26
Martina Hansens Hospital	7	-	-	7
Modum Bad	3	5	7	15
NKS Olaviken	1	2	-	3
Nordlandssykehuset HF	19	4	3	26
Oslo universitetssykehus HF	791	34	725	1 550
Psykiatrien i Vestfold HF	3	3	12	18
Revmatismesykehuset AS	5	-	2	7
Rusbehandling Midt-Norge HF	-	2	2	4
Solli sykehus	..	..	..	..
St. Olavs Hospital HF	201	6	11	218
Sunnaas sykehus HF	7	4	13	24
Sykehusapotekene i Midt-Norge	-	-	13	13
Sykehuset Innlandet HF	9	1	24	34
Sykehuset Telemark HF	23	7	6	36
Sykehuset Vestfold HF	18	-	9	27
Sykehuset Østfold HF	45	3	14	62
Sørlandet Sykehus HF	35	8	7	50
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	180	10	92	282
Vestre Viken HF - totalt	33	4	15	52
Sum	2 120	193	1 155	3 468

Kilde: NIFU/Forskerpersonalregisteret

Nordisk institutt for studier av
innovasjon, forskning og utdanning

Nordic Institute for Studies in
Innovation, Research and Education

www.nifu.no