

Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2012

Hovedresultater og dokumentasjon

Ole Wiig

Rapport 19/2013

NIFU

Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2012

Hovedresultater og dokumentasjon

Ole Wiig

Rapport 19/2013

Rapport 19/2013

Utgitt av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning
Adresse PB 5183 Majorstuen, NO-0302 Oslo. Besøksadresse: Wergelandsveien 7, 0167 Oslo

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

Trykk Link Grafisk

ISBN 978-82-7218-918-0
ISSN 1892-2597 (online)

www.nifu.no

Forord

For sjuende gang har NIFU gjennomført måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid i helseforetakssektoren. Rapporteringen bygger på et opplegg utviklet av de regionale helseforetakene i regi av Helse- og omsorgsdepartementet og det daværende Helse Sør RHF. Etter overtagelsen fra og med 2006-rapporteringen har NIFU videreutviklet målesystemet i samarbeid med sektoren selv. Rapporteringen er dessuten samordnet med den norske FoU-statistikken. Fra 2010 er sider ved målesystemet blitt diskutert i en arbeidsgruppe som senere er omdannet til en permanent ressursgruppe for målesystemet.

Hovedformålet med denne rapporten er å dokumentere gjennomføringen av og hovedresultater fra målingen av helseforetakenes ressursbruk til forskning i 2012.

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

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

Oslo, 13.05.2013

Sveinung Skule
Direktør

Susanne Lehmann Sundnes
Forskningsleder

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning	9
1.1 Bakgrunn og formål.....	9
1.2 Forbedring og videreutvikling av målesystemet.....	9
1.3 Endringer i 2012-rapporteringen.....	10
1.4 Gjennomføring i forhold til tidsplanen	10
1.5 Rapporteringsenhetene.....	11
1.6 Kontroll av materialet.....	12
1.7 Samlet vurdering av materialet.....	13
1.8 Om denne rapporten	13
2 Hovedresultater 2012	15
2.1 Samlet ressursbruk til forskning i 2012	15
2.2 Ressursbruken til forskning på regionalt nivå i 2012.....	17
2.3 Utviklingen fra 2011 til 2012	20
3 Forskning innen særskilte områder	23
3.1 Ressursbruk til forskning innenfor psykisk helsevern.....	23
3.2 Ressursbruk til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere	24
Referanser	26
Vedlegg	27
Vedlegg 1: Rapporteringsenhetene 2012.....	27
Vedlegg 2: Oversikt på helseforetaksnivået 2012.....	30
Vedlegg 3: Detaljert oversikt over ressursbruk til forskning i 2012 per helseforetak i de fire helseregionene	34
Vedlegg 4: Hovedprinsipper, definisjoner og avgrensninger.....	36
Vedlegg 5: Rapporteringsskjema og veiledningsmateriale 2012	39
Vedlegg 6: Tabeller om forskning og utviklingsarbeid (FoU).....	52
Tabelloversikt	53
Figuroversikt	54

Sammendrag

I alt 38 helseforetak og private, ideelle sykehus inngår i målesystemet for ressursbruk til forskning i spesialisthelsetjenesten i 2012. Dessuten rapporterer de regionale helseforetakene. Denne rapporten er konsentrert om helseforetaksnivået. Hovedresultater fra 2012-rapporteringen er:

- Helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte om samlede driftskostnader til forskning på vel 2,8 milliarder kroner i 2012. Beløpet omfatter all ressursbruk som er bokført i helseforetak og private, ideelle sykehus, dvs. lønnskostnader, andre driftskostnader, avskrivning mv. Beløpet omfatter kostnader finansiert av midler fra eksterne finansieringskilder, i tillegg til basisbevilgninger og øremerkede forskningsbevilgninger fra Helse- og omsorgsdepartementet.
- Dette er en økning på 281 millioner kroner eller 11 prosent fra 2011. Justert for enkelte spesielle forhold og anslått lønns- og prisvekst blir realveksten vel 4 prosent.
- Helseforetakene oppga å ha utført 2 400 forskningsårsverk i 2012. Tallet inkluderer årsverk utført av overleger og leger i klinisk stilling, ansatte i forskerstillinger og ansatte i forskningsstøttefunksjoner. Det ble dermed registrert 104 forskningsårsverk mer enn i 2011 som gir en økning på om lag 4,5 prosent.
- Innrapporterte driftskostnader til forskning utgjorde i gjennomsnitt 2,5 prosent av totale driftskostnader til alle spesialisthelsetjenestens lovpålagte oppgaver i 2012, mot 2,4 prosent i 2011.
- Et forskningsårsverk kostet i gjennomsnitt nærmere 1,2 millioner kroner.
- I 2011 ble 6 institusjoner godkjent som universitetssykehus. I 2012 stod disse for 83 prosent av rapporterte driftskostnader til forskning og 81 prosent av forskningsårsverkene, som i 2011.
- Helse Sør-Øst stod for to tredjedeler av den samlede forskningsinnsatsen i helseforetak og private, ideelle sykehus i 2012, mens nest største region – Helse Vest – stod for 19 prosent. Helse Midt-Norge og Helse Nord stod for 7 prosent hver.
- 445 millioner kroner eller 16 prosent av forskningsressursene i 2012 ble tilført fra eksterne kilder, bl.a. Norges forskningsråd og Kreftforeningen. Noe varierende praksis i registreringen av eksternt finansiert forskning kan gi systematiske forskjeller i finansieringsstrukturen helseregionene i mellom. Forskningen i spesialisthelsetjenesten er imidlertid i hovedsak finansiert som basisbevilgning eller øremerkede midler over Helse- og omsorgsdepartemen-

tets budsjett. I 2012 beløp det seg til 2,4 milliarder kroner som var 84 prosent av de samlede forskningsmidlene og 2,1 prosent av de totale driftskostnader til alle spesialisthelsetjenestens oppgaver.

- Oslo universitetssykehus HF (OUS) rapporterte å ha brukt 1,4 milliarder kroner til forskning i 2012, som var tre fjerdedeler av driftskostnadene til forskning i Helse Sør-Øst og halvparten av landstotalen.
- Innrapporterte driftskostnader til forskning utgjorde i gjennomsnitt 4,3 prosent av totale driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver ved universitetssykehusene, mot 0,8 prosent ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus. Forskningsandelen er høyere i Helse Sør-Øst (3,0 %) og Helse Vest (2,6 %) enn i Helse Nord (1,5 %) og Helse Midt-Norge (1,1 %).
- 25 helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte om til sammen 364 millioner kroner og 316 årsverk til forskning innenfor området psykisk helsevern i 2012. Det var om lag 13 prosent av samlede driftskostnader til forskning i helseforetak og private, ideelle sykehus.
- 18 helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte om til sammen 40 millioner kroner og 34 årsverk til forskning innenfor området tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere. Det var om lag 1,4 prosent av den samlede forskningsinnsatsen i 2012.

Generelt vurderer vi ressursmålingen for 2012 som bedre enn for tidligere årganger. I løpet av rapporteringsperioden har vi vært i løpende kontakt med flere enheter som har arbeidet systematisk med å bedre sine interne rapporteringssystemer. På den måten blir kvaliteten på oppgavene bedre etter hvert som rapporteringsrutiner, systemer, definisjoner og vurderingskriterier implementeres lokalt. Fortsatt er det riktignok et forbedringspotensial for enkelte rapporteringsenheter.

Dessuten gjør organisatoriske, administrative og budsjettmessige endringer det problematisk å foreta sammenligninger over tid. Ved sammenligninger med tall fra *før 2008* bør det uansett utvises stor grad av forsiktighet. Ved sammenligninger av tall for perioden 2009-2012 bør man være spesielt oppmerksom på kostnadseffekten av pensjonsreguleringer. Bakgrunnen er pensjonsreformen som hadde konsekvenser for alle virksomheter med ytelsesbaserte pensjonsordninger. Også i 2012 gir pensjonsreguleringer en viss effekt, men antagelig mindre enn de foregående årene. Slike forhold virker forstyrrende inn på det vi skal måle – forskningsressurser og -aktivitet og endringer i disse.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og formål

Siden 2006 har NIFU gjennomført årlige målinger av ressursbruken til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetak og private, ideelle sykehus. Målesystemet har et dobbelt siktemål. For det første skal det gi Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og de regionale helseforetakene (RHF) styringsinformasjon om forskning. For det andre inngår materiale fra målesystemet som datagrunnlag for FoU-statistikken, både nasjonalt og internasjonalt. I denne rapporten beskriver vi hovedmønstre for ressursbruk til *forskning* i helseforetakene og de private, ideelle sykehusene i 2012. FoU-statistikk publiseres i andre sammenhenger.¹

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

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

1.2 Forbedring og videreutvikling av målesystemet

Rapporteringsystemet er fortsatt under utvikling. Det langsiktige målet er å synliggjøre ressursbruk til forskning i helseforetakene på linje med andre forskningsutførende enheter og med annen ressursbruk i helsetjenesten og å gjøre data mest mulig sammenlignbare mellom helseregioner, helseforetak (inkludert private, ideelle sykehus) og også over tid. Som ledd i forbedrings- og videreutviklingsarbeidet ble det i møte i RHFenes strategigruppe for forskning 18. februar 2010 nedsatt en arbeidsgruppe, som fra 2011 ble videreført i en permanent ressursgruppe for målesystemet – kalt Ressursgruppen. Gruppens medlemmer oppnevnes av de fire regionale helseforetakene og har

¹ Se f.eks. Det norske forsknings- og innovasjonssystemet – statistikk og indikatorer 2012, Norges forskningsråd 2012. Rapporten finnes også i nettsversjon på Forskningsrådets hjemmesider. Noen hovedtall for FoU samlet er tatt inn i Vedlegg 6 til denne rapporten.

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

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

dessuten observatører fra Forskningsrådet og universitetenes medisinske fakulteter. Arbeidsgruppens innstilling ble trykket i NIFUs rapportserie.⁴ Noen av gruppens anbefalinger ble implementert allerede i 2010-rapporteringen, mens andre ble fulgt opp og konkretisert av Ressursgruppen. Ressursgruppen har kommet med to innstillinger. Begge er utgitt i NIFUs arbeidsnotatserie⁵ og ligger til grunn for enkelte endringer i rapporteringsopplegget for 2011 og 2012. Ressursgruppen vil fortsette sitt arbeid i 2013. Det vil kunne resultere i flere endringer, som i så fall vil bli varslet i god tid.

1.3 Endringer i 2012-rapporteringen

I 2011-rapporteringen ble det gjennomført en del endringer i undersøkelsesopplegget sammenlignet med året før. For det første ble tidsplanen vesentlig endret; jf. nedenfor. For det andre ble det gjort definisjonsmessige grep for å få til bedre måling av utviklingsarbeid. Disse endringene følges av Ressursgruppen. Det samme gjelder det tredje endringsområdet som gjelder randsonene mellom helseforetak og universiteter, som står på Ressursgruppens dagsorden for 2013.

Et annet fokus i Ressursgruppens arbeid i 2012 gjaldt kostnadssiden av rapporteringen. Utgangspunktet var at helseforetakene i oppdragsdokumentet for 2012 ble pålagt å etablere mer effektive systemer for kvalitetssikring av grunnlagsdata for måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene.⁶ I Ressursgruppen ble for det første sammenlignbarheten i innrapporterte driftskostnader til forskning og utviklingsarbeid analysert og drøftet. Det resulterte i en noe mer detaljert kategorisering av driftskostnadene i rapporteringsskjemaet for 2012, idet det skilles det mellom direkte lønn, pensjon og arbeidsgiveravgift, direkte driftskostnader og indirekte driftskostnader. Sistnevnte gjelder driftskostnader i avdelinger mv. der det ikke utføres forskningsårsverk.

For det andre ble investeringene delt inn i investeringer i dedikert vitenskapelig utstyr og instrumenter, investeringer i annet utstyr og instrumenter og investeringer i nybygg og anlegg.

De nye spesifikasjonene gir muligheter for mer inngående analyser av sammenlignbarheten i materialet på tvers av regioner og helseforetak og private, ideelle sykehus. Materialet vil bli analysert og diskutert i Ressursgruppen i 2013. Når vi får flere årganger, vil inndelingene dessuten kunne gi grunnlag for å isolere effekter av f.eks. variasjoner i pensjonsreguleringer.

1.4 Gjennomføring i forhold til tidsplanen

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

Henvendelsen til helseforetak og private, ideelle sykehus ble sendt per e-post 30. november 2012, 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 2012
- Følgebrev til rapporteringsskjema for måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid 2012
- Vedlegg med definisjoner og retningslinjer for utfyllingen 2012

Dokumentene er gjengitt i Vedlegg 4 til denne rapporten.

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

⁵ Pål Bakke og Ole Wiig (red.): Endringer i system for måling av ressursbruk til FoU i helseforetakene. Rapport I fra en rådgivende gruppe (Ressursgruppen) oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning, NIFU Arbeidsnotat 12/2011. Ole Wiig og Pål Bakke (red.): Flere endringer i system for måling av ressursbruk til FoU i helseforetakene. Rapport II fra en rådgivende gruppe (Ressursgruppen) oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning, NIFU Arbeidsnotat 11/2012.

⁶ Se f.eks. oppdragsdokument 2012 for Helse Sør-Øst, s. 19.

Svarfristen ble satt til onsdag 27. februar 2013.

Innen fristens utløp hadde 26 av 38 enheter, dvs. om lag to tredjedeler, levert rapport. Innen utgangen av mandag 4. mars hadde vi mottatt ytterligere fem rapporter, så svarprosenten kom opp i 84. 36 av 38 enheter hadde rapportert innen 15. mars som var NIFUs frist for videre rapportering – den siste av dem 14. mars. Vi ga fortløpende tilbakemeldinger og stilte spørsmål på bakgrunn av skjemakontrollen.

En kortfattet rapport med hovedtall for 2012 ble sendt Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og RHFenes strategigruppe for forskning 15. mars 2013. Et første utkast til foreliggende rapport ble sendt til kommentar til RHFenes strategigruppe for forskning 11. april 2013, og dessuten til våre økonomikontakter i RHF-systemet.

Etter dette valgte vi å ta inn to mindre enheter som rapporterte etter 15. mars i materialet som ligger til grunn for denne rapporten. Det gir noen mindre avvik mellom tallene i de to leveransene.

Sett under ett er rapporteringstiden kortet vesentlig ned sammenlignet med tidligere år. At mer enn to tredjedeler av enhetene rapporterte innen fristen er en klar forbedring fra tidligere år. Det er imidlertid fortsatt et forbedringspotensial i denne fasen av rapporteringen. NIFU vil vurdere ulike tiltak i denne forbindelsen.

1.5 Rapporteringsenhetene

Rapporteringen er avgrenset til spesialisthelsetjenesten i Norge.⁷ I praksis dekkes helseforetak og private, ideelle sykehus som har avtale med et regionalt helseforetak, som mottar hovedtyngden av sin finansiering fra det regionale helseforetaket og dermed bidrar til å understøtte det regionale helseforetakets «sørge for»-ansvar og som driver forskning og/eller utviklingsarbeid. Beslutninger om hvilke enheter som skal inngå i rapporteringssystemet, fattes av Helse- og omsorgsdepartementet i samråd med de regionale helseforetakene og NIFU. Dessuten mottar vi oppgaver fra de regionale helseforetakene.

I fremstillingen i denne rapporten har vi, som tidligere år, valgt å sette hovedfokus på helseforetaksnivået. Til sammen omfatter 2012-rapporteringen 38 enheter, hvorav 24 er organisert som helseforetak, mens 14 er private, ideelle sykehus som har driftsavtale med et regionalt helseforetak.

Med hjemmel i forskrift om godkjenning av bruk av betegnelsen universitetssykehus m.m.⁸ er i alt 6 av de 24 helseforetakene definert som universitetssykehus. De seks er:

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

Detaljerte oversikter over alle de 38 rapporteringsenhetene finnes i Vedlegg 1.

Når det gjelder enkeltenheter, vil vi dessuten nevne følgende:

- Psykiatrien i Vestfold HF ble fra 1. januar 2012 slått sammen med Sykehuset i Vestfold HF.

⁷ En samlet beskrivelse av ressursinnsatsen i medisinsk og helsefaglig FoU, inkludert universiteter og institutter, er publisert i Wiig, Gunnes og Sundnes (2011).

⁸ FOR 2010-12-17 nr 1706: *Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten*, som trådte i kraft 1.1.2011.

- *Helse Midt-Norge IT (HEMIT)* er en avdeling i Helse Midt-Norge RHF og har som regional IT-enhet eierskap til og ansvar for sentrale servere, felles programvare og felles infrastruktur i Helse Midt-Norge RHF. Oppgaver innhentes separat, men FoU-ressurser behandles i denne rapporten under RHF-et.
- Nye rapporteringsenheter⁹ i 2012 er:
 - *Helse Sør-Øst*: Feiringklinikken og Glittreklinikken (begge under LHL Helse as), Frambu Senter for sjeldne funksjonshemninger og Sykehusapotekene (Sør-Øst) HF
 - *Helse Nord*: Sykehusapotek Nord HF

Det ble ikke meldt inn nye rapporteringsenheter under Helse Midt-Norge eller Helse Vest. Flere ble forespurt, men har ikke rapportert forskningsressurser i 2012. De vil bli vurdert kontaktet på nytt i forbindelse med 2013-rapporteringen.

I tillegg ble de regionale helseforetakene (RHF) forespurt om materiale. De har rapportert noe ulikt. Helse Sør-Øst RHF har, som tidligere, oppgitt at forskningsmidler i sin helhet går til egen helseforetaksgruppe. Til egen helseforetaksgruppe regnes her også private, ideelle sykehus i regionen, f.eks. Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus. De tre øvrige RHFene rapporterte om forskningsressurser som fordeles utenom egen foretaksgruppe (inkludert private, ideelle sykehus), og dermed ikke registreres i helseforetakene i regionen.¹⁰

1.6 Kontroll av materialet

NIFU har gjennomgått det innrapporterte materialet og kvalitetssikret det så langt som mulig. I kontrollen har vi lagt vekt på utviklingen i sentrale indikatorer som driftskostnader, årsverkskostnader, forskningens andel av samlede driftskostnader mv. I den grad helseforetakene har etterkommet vår oppfordring om å sende inn underlagsmateriale med tallgrunnlag, beregninger mv., har vi også gått gjennom dette for å finne forklaringer på uventede utslag på de ulike indikatorene mv. 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.

1.6.1 Totalressursene

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

1.6.2 Høringsrunde

2012-tallene for den enkelte helseregion er dessuten sendt det aktuelle regionale helseforetak for kontroll og kommentarer. Vi har fått nyttige tilbakemeldinger på disse henvendelsene. I noen tilfeller

⁹ Nye enheter vurderes hvert år tatt inn etter dialog med de regionale helseforetakene.

¹⁰ En tabell som også omfatter innrapportert ressursbruk fra de regionale helseforetakene er gjengitt i vedlegg 6.

har vi fått direkte korrigeringer, mens tallene i andre tilfeller er kommentert og registrert med sikte på videre oppfølging og forbedringstiltak på helseforetaksnivå fram mot neste rapportering.

1.7 Samlet vurdering av materialet

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

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

Samtidig har vi inntrykk av at det fortsatt er et forbedringspotensial i rapporteringen. For det første vil arbeidet med å videreutvikle definisjoner med gode avgrensninger og operasjonaliseringer fortsette, bl.a. når det gjelder utviklingsarbeid. For det andre har arbeidet med rapporteringsopplegget kommet ulike langt i ulike foretak. Mange ser ut til å ha fått implementert gode rutiner internt, mens andre fortsatt sliter med hele eller deler av rapporteringsopplegget. Samlet sett vurderer vi datakvaliteten som bedre enn noen gang, men den er fortsatt ikke optimal.

Mens rapporteringsskjemaet og mange sider ved rapporteringsopplegget var omtrent uendret fra 2008 til 2011, er 2012-skjemaet noe justert med sikte på å bedre sammenlignbarheten både mellom regioner og over tid. Justeringene er basert på anbefalinger fra Ressursgruppen. Av den grunn og også på grunn av enkelte tekniske, administrative og regnskapsmessige forhold, ikke minst endringer i kjølvannet av pensjonsreformen (jf. avsnitt 1.3), *bør det utvises forsiktighet i tolkning og bruk av materialet i sammenligninger – særlig over tid, men også mellom regioner og mellom helseforetak.*

1.8 Om denne rapporten

I tråd med det ene hovedformålet for rapporten – dokumentasjon av 2012-målingen – inneholder *kapittel 1* en redegjørelse for innsamling og prosessering av data og endringer i rapporteringsopplegget fra 2011 til 2012. Oversikter over rapporteringsenhetene finnes i *Vedlegg 1*, mens det er redegjort for hovedprinsipper og definisjoner i *Vedlegg 4*. Rapporteringsskjema med veiledningsmateriale er gjengitt i *Vedlegg 5*. I *Kapittel 2* beskriver vi hovedtrekk ved helseforetakenes ressursbruk til forskning i 2012. Oversikter over registrerte forskningsressurser på foretaksnivå er gjengitt i *Vedlegg 2 og 3*. I *kapittel 3* gir vi en kortfattet beskrivelse av helseforetakenes ressursbruk i 2012 til forskning innen psykisk helsevern og innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere, som er særskilte satsinger innenfor dette forvaltningsområdet.

2 Hovedresultater 2012

I det følgende redegjør vi for hovedresultater fra 2012-rapporteringen, med hovedvekt på ressursbruken til *forskning* på *helseforetaksnivået*. For enkelhets skyld omtaler vi helseforetak og private, ideelle sykehusene som *helseforetak (HF)*, med mindre det er et eksplisitt formål å skille mellom dem. Først redegjør vi for hovedresultatene på nasjonalt nivå (2.1), før vi sammenligner ressursbruken til forskning mellom helseregioner (2.2) og beskriver utviklingen i registrerte forskningsressurser fra 2011 til 2012. Se *Vedlegg 6* for ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU).

2.1 Samlet ressursbruk til forskning i 2012

Samlet ble det innrapportert nesten 2 400 forskningsårsverk i 2012 og samlede driftskostnader til forskning på vel 2,8 milliarder kroner. Det fremgår av tabell 2.1. Kostnadstallene omfatter driftskostnader til forskning som er regnskapsført i helseforetak og private, ideelle sykehus, dvs. så vel forskning finansiert over basisbevilgninger og øremerkede bevilgninger fra Helse- og omsorgsdepartementet som eksternt finansiert forskning.

Tabell 2.1 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus i 2012, etter type institusjon.¹ Driftskostnadene² er her *inklusive* eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Indikator	Universitets- sykehus	Øvrige HF og private, ideelle sykehus	Alle
Totale driftskostnader. Mill. kr	53 978	60 478	114 456
%	47	53	100
Driftskostnader til forskning. Mill. kr	2 345	484	2 829
%	83	17	100
Driftskostnader til forskning i % av totale driftskostnader	4,3	0,8	2,5
Antall forskningsårsverk	1 936	464	2 400
%	81	19	100
Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk. Kroner	1 211 400	1 041 700	1 178 600
Antall rapporteringsenheter	6	32	38

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

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

Kilde: NIFU.

Innrapporterte forskningskostnader utgjorde dermed i gjennomsnitt 2,5 prosent av de samlede kostnadene til alle funksjoner. Et forskningsårsverk kostet i gjennomsnitt nærmere 1,2 millioner kroner.

Universitetssykehus og andre

Tabell 2.1 viser også, ikke overraskende, at universitetssykehusene stod for en langt større andel av forskningsressursene enn av totalressursene til alle lovpålagte oppgaver. Til sammen rapporterte universitetssykehusene driftskostnader til forskning på vel 2,3 milliarder kroner, som var 83 prosent av de samlede driftskostnadene til forskning i spesialisthelsetjenesten i 2012. Det var samme andel som i 2011. Øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus oppga til sammen å ha brukt vel 480 millioner kroner til forskning i 2012. Forskning utgjorde dermed 4,3 prosent av universitetssykehusenes totalaktivitet, målt i driftskostnader, mot 0,8 prosent ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus.

Også innenfor gruppen av universitetssykehus er det betydelige variasjoner i forskningsintensiteten. Størst andel av totale driftskostnader gikk til forskning ved Oslo universitetssykehus (7,7 prosent) og ved Helse Bergen (4,2 prosent). Ved de andre universitetssykehusene lå forskningsandelen fra om lag halvannen til nærmere 3 prosent. Blant de øvrige, dvs. enheter som ikke er universitetssykehus, lå forskningsandelen høyest ved to av de spesialiserte, private, ideelle sykehus, Modum Bad og Revmatismesykehuset.

Universitetssykehusene oppga å ha utført 1 936 forskningsårsverk som var om lag 81 prosent av all årsverksinnsatsen i spesialisthelsetjenestene. Til sammenligning var ressursinnsatsen i øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus 461 forskningsårsverk. Et forskningsårsverk kostet i gjennomsnitt om lag 160 000 kroner mer ved universitetssykehusene enn ved øvrige helseforetak.

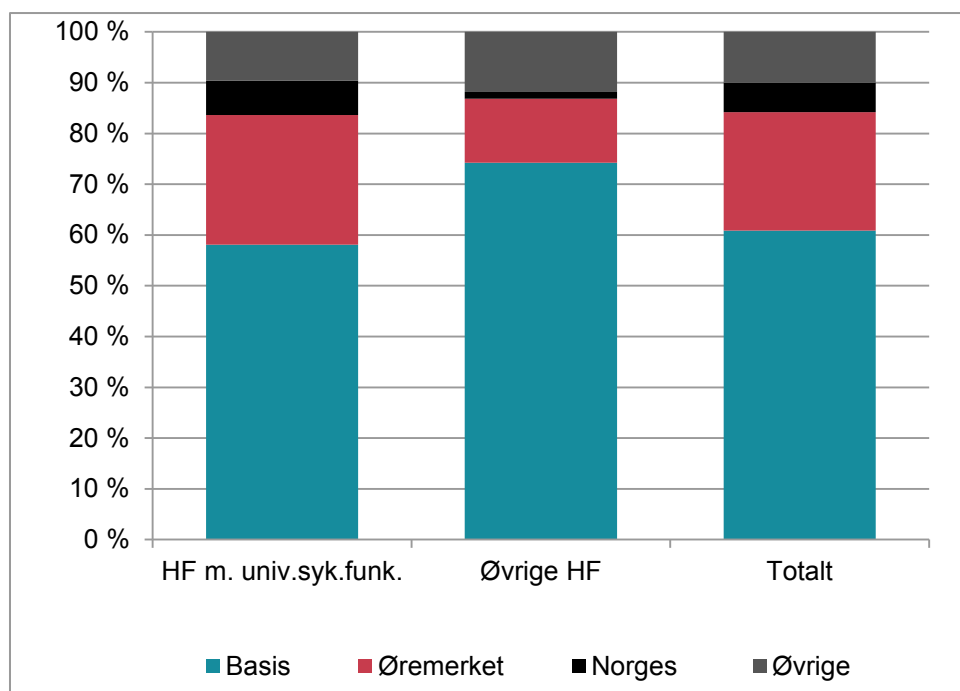
Det er betydelige forskjeller i volumet på forskningsinnsatsen helseforetakene imellom. Det uten sammenligning største av dem er Oslo universitetssykehus HF (OUS) der det ble utført om lag 1 200 forskningsårsverk i 2012, og samlede driftskostnader til forskning beløp seg til vel 1,4 milliarder kroner. OUS stod dermed for om lag halvparten av spesialisthelsetjenestens samlede forskningsressurser. Helse Bergen HF som er nest største aktør, rapporterte nesten 290 forskningsårsverk og nesten 380 millioner kroner til forskning. Minst forskningsressurser blant de som rapporterte i 2012, finner vi ved NKS Olaviken alderspsykiatriske senter med vel 500 000 kroner og om lag et halvt forskningsårsverk.

Finansieringsstrukturen

Figur 2.1 viser innrapporterte driftskostnader ved alle helseforetak og private, ideelle sykehus fordelt på noen hovedfinansieringskilder. Samlet ble vel 1,7 milliarder kroner eller 60 prosent av driftskostnadene finansiert som basisbevilgning over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. 660 millioner kroner eller 23 prosent ble finansiert av øremerkede forskningsmidler fra samme kilde. Til sammen utgjorde dermed basisbevilgningen og øremerkede midler nærmere 2,4 milliarder kroner som var 84 prosent av de samlede forskningsressursene til helseforetak og private, ideelle sykehus i 2012. De resterende 447 millioner kroner eller 16 prosentene oppgis finansiert av ulike eksterne kilder. Blant disse var Norges forskningsråd største enkeltkilde med vel 160 millioner kroner eller 6 prosent av midlene.

Figuren viser også forskjeller i finansieringsstrukturene mellom universitetssykehusene og øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus. Universitetssykehusene mottok en større andel av midlene som øremerkede midler (26 prosent) enn de øvrige (13 prosent). Til gjengjeld ble tre fjerdedeler av sistnevntes forskning oppgitt å være finansiert over basisbevilgningen, mot 58 prosent ved universitetssykehusene. Vi ser også at Norges forskningsråd finansierer en større andel av forskningen ved universitetssykehusene (7 prosent) enn ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus (1 prosent).

Figur 2.1 Helseforetakenes finansieringsstruktur for forskning i 2012, totalt og etter type helseforetak.¹ Prosent.



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

Kilde: NIFU.

2.2 Ressursbruken til forskning på regionalt nivå i 2012¹¹

Tabell 2.2 viser innrapporterte ressurser til forskning fordelt på region. Helse Sør-Øst er klart største region med vel halvparten av totale driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver. På forskningsområdet stod regionen for vel to tredjedeler av de samlede ressursene målt både i årsverk og driftskostnader, og brukte følgelig også størst andel av totale driftskostnader på forskning – 3 prosent.

Nest største helseregion var Helse Vest som med et forskningsvolum på om lag 530 millioner kroner og vel 400 forskningsårsverk, stod for en snau femtedel av ressursbruken til forskning og omtrent like stor andel av totalressursene. Helse Vest brukte omtrent like stor andel av sine totalressurser til forskning som landsgjennomsnittet – 2,5 prosent – og hadde nest høyeste gjennomsnittlige driftskostnader til forskning per forskningsårsverk; 1,3 millioner kroner.

Høyeste gjennomsnittlige årsverkskostnader til forskning hadde Helse Midt-Norge, mens vi finner den laveste i Helse Nord. Både Helse Midt-Norge og Helse Nord stod for en relativt større andel av totalressursene enn av forskningsressursene. De to regionene stod for om lag samme andel av samlede driftskostnader til forskning, men Helse Nord's andel av årsverksinnsatsen var om lag det dobbelte av Helse Midt-Norges. Målt i driftskostnader utgjorde forskningen en større andel av totalaktiviteten i Helse Nord (1,5 prosent) enn i helse Midt-Norge (1,1 prosent).

¹¹ En detaljert oversikt over ressursbruk for de enkelte helseregionene finnes i Vedlegg 3.

Tabell 2.2 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus¹ i 2012, etter helseregion. Driftskostnader² er her *inklusive* eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Indikator	Helse				Alle
	Midt-Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest	
Totale driftskostnader					
Mill. kr	16 375	13 178	64 393	20 510	114 456
Prosent	14	12	56	18	100
Driftskostnader til forskning					
Mill. kr	184	202	1 911	531	2 829
%	6	7	68	19	100
Driftskostnader til forskning i					
% av totale driftskostnader	1,1	1,5	3,0	2,6	2,5
Antall forskningsårsverk					
	126	207	1 658	409	2 400
%	5	9	69	17	100
Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk. Kroner					
	1 461 200	976 200	1 152 600	1 298 900	1 178 600
Antall rapporteringsenheter					
	5	5	19	9	36

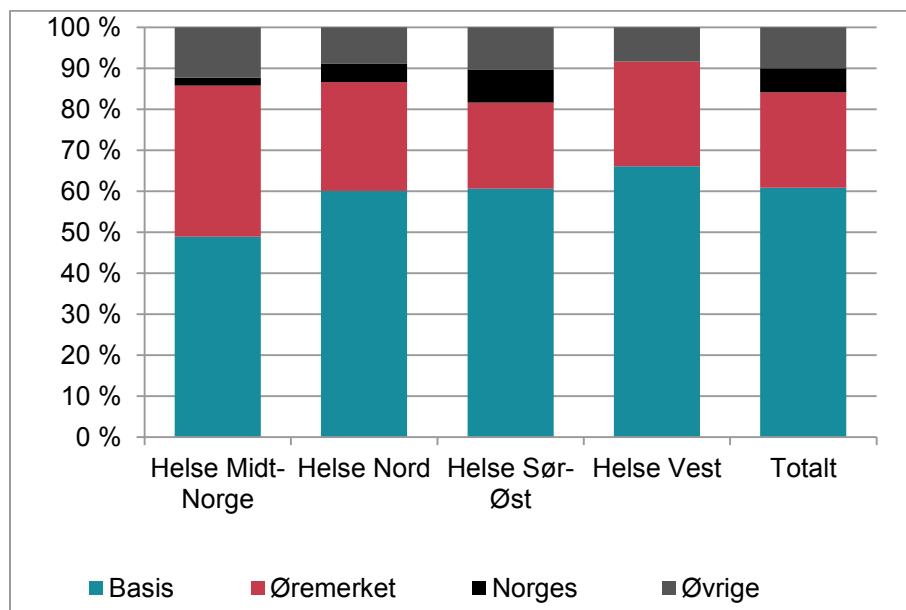
¹ Omfatter helseforetak og private, ideelle sykehus, ikke regionale helseforetak (RHF).

Kilde: NIFU.

Finansieringsstrukturen

Figur 2.2 viser at finansieringsstrukturen for forskning varierer helseregionene imellom. Høyeste basisfinansieringsandel finner vi i Helse Vest der om lag to tredjedeler av aktiviteten hadde slik finansiering, og lavest i Helse Midt-Norge der basisbevilgningen utgjorde om lag halvparten. I de andre regionene lå basisfinansieringsandelen rundt gjennomsnittet, som var om lag 60 prosent.

Figur 2.2 Helseforetakenes finansieringsstruktur for forskning i 2012, totalt og etter helseregion. Prosent.



Kilde: NIFU.

Til gjengjeld er andelen øremerkede midler tildelt gjennom regionalt helseforetak eller samarbeidsorgan høyere i Helse Midt-Norge (37 prosent), mens om lag en femtedel av forskningen i Helse Nord og Helse Vest var finansiert på denne måten. Lavest andel finner vi i Helse Sør-Øst (18 prosent).

Det siste henger sammen med Helse Sør-Østs høyere andel eksternt finansiert forskning. Til sammen ble nesten en femtedel av regionens forskningsaktivitet finansiert utenom basismidler og øremerkede midler. Andelen eksterne midler er minst i Helse Vest, der det for øvrig ikke ble registrert forskningsrådsmidler i 2012. Til sammenligning ble 8 prosent av forskningen i Helse Sør-Øst i 2012 finansiert av Norges forskningsråd.

Variasjonene henger til dels sammen med at regionene har ulik praksis når det søkes om forskningsmidler fra Forskningsrådet og andre eksterne kilder. Dette har bl.a. konsekvenser for hvordan midlene regnskapsføres. Søknadspolitikken er ofte operasjonalisert i insentivsystemer som legger føringer på søknadsprosesser. Søknader utformes gjerne av enkeltforskere eller forskergrupper med tilknytning til så vel helseforetak som universitet eller av helseforetaksforskere i samarbeid med universitetsforskere. Sendes søknadene gjennom universitetene innebærer det at prosjektledelse og -administrasjon legges til universitetet. Forskningsrådsmidlene blir registrert der prosjektadministrasjonen ligger, dvs. ved universitetet, også i prosjekter der større eller mindre deler av forskningen utføres ved helseforetaket. Det samme gjelder antagelig også andre midler, blant annet fra EU.¹²

I Helse Vest er f.eks. forskningsrådssøknader nesten utelukkende blitt fremmet gjennom universitetene. Det er en mulig forklaring på det nesten ikke registreres forskningsrådsmidler i regionen. Det kan hevdes at dette henger sammen med regnskapstekniske forhold og at realiteten kan være likere enn tallene gir inntrykk av, i den forstand at helseforetaksforskere kan være involvert i forskningsrådsfinansierte prosjekter i Helse Vest som i Helse Sør-Øst. Helse Vest påpeker imidlertid å ha søkt å bøte på dette de siste årene, ved å få flere forskere til å søke Forskningsrådet om midler, gjennom insentivordninger. Det er gitt tydelige signaler om at helseforetaket skal oppgis som søkeinstusjon. Når dette ikke ser ut til å ha gitt uttelling i form av registrerte forskningsrådsmidler, pekes det på at mulige forklaringer kan være at Forskningsrådets søknadssystemer er lite tilpasset helseforetakene og at det lyses ut lite midler til pasientnær, klinisk forskning som er mest aktuell for helseforetakene.

De innrapporterte ressursene kan sann sett gi et skjevt bilde når innrapporterte forskningsressurser sammenlignes på tvers av regioner. En måte å korrigere for slike forhold på er å holde eksternt finansiert forskning utenom i beregningene, slik at man bare sammenligner forskning finansiert av basisbevilgningen og øremerkede midler slik vi har gjort i tabell 2.3.

Tabell 2.3 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus¹ i 2012, etter region. Driftskostnader² er her *eksklusive* eksternt finansiert forskning.

Indikator	Helse				Alle
	Midt-Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest	
Totale driftskostnader.					
Mill. kr	16 375	13 178	64 393	20 510	114 456
%	14	12	56	18	100
Driftskostnader til forskning					
Mill. kr	158	175	1 561	507	2 401
%	7	7	65	21	100
Driftskostnader til forskning i					
% av totale driftskostnader	1,0	1,3	2,4	2,5	2,1

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

² Inklusive avskrivninger.

Kilde: NIFU.

¹² Se nærmere omtale i Wiig og Gunnes (2010:45) og Wiig og Husebekk (red.) (2011:33ff).

Innrapporterte driftskostnader utenom eksternt finansierte midler var 2,4 milliarder kroner i 2012. Helse Sør-Østs andel blir litt lavere når vi regner på denne måten, mens Helse Vests andel blir litt høyere. I gjennomsnitt utgjorde driftskostnader utenom eksternt finansierte forskning 2,1 prosent av samlede driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver i 2012. Regnet på denne måten er forskningsandelen marginalt høyere i Helse Vest (2,6 prosent) enn i Helse Sør-Øst (2,4 prosent).

2.3 Utviklingen fra 2011 til 2012

I det følgende beskriver vi noen hovedtrekk i utviklingen i rapporterte forskningsressurser fra 2011 til 2012, og peker så langt vi har grunnlag på mulige forklaringer på endringene. Som nevnt innledningsvis er det grunn til å utvise betydelig forsiktighet når vi skal beskrive utviklingen over tid. For det første endres rapporteringsmetoden i de enkelte helseforetak fra tid til annen, og selv om endringene gir bedre og mer dekkende måleresultater på sikt, vil data på endringstidspunktet være problematiske å sammenligne med foregående år. For det andre vil større omorganiseringer kunne bidra til å svekke sammenlignbarheten over tid. Ved sammenslåinger vil f.eks. etablering av nye systemer og rutiner på tvers av tidligere rapporteringsenheter kunne skape problemer. Det vil kunne gi bedre data, men vil også kunne gi lokale utfordringer og kvalitetsproblemer før man har etablert rutiner som fanger opp aktuell aktivitet i den nye, konsoliderte enheten. I begge tilfeller vil det kunne gi tall som ikke er direkte sammenlignbare over tid.

For det tredje vil omlegginger i regnskaps- og budsjettmessige forhold som har lite med forskning å gjøre, kunne gi betydelig støy i grunnlagsmaterialet for vekstberegninger. Rapporteringssystemet utfordres mer eller mindre kontinuerlig av slike forhold som skaper usikkerhet i sammenligninger av forskningsressursene over tid. Et aktuelt eksempel er de endringer i helseforetakenes pensjonssystem som er implementert de siste årene. Bakgrunnen er pensjonsreformen som hadde konsekvenser for alle virksomheter med ytelsesbaserte pensjonsordninger. Ved sammenligning av tall for perioden 2009-2012 bør det derfor utvises forsiktighet når konklusjoner skal trekkes om hvorvidt kostnadsendringer over tid skyldes reelt endret ressursbruk til forskning eller andre forhold. De årlige pensjonsreguleringene har sammenheng med de underliggende økonomiske forutsetningene, særlig renteutviklingen. Fra 2009 til 2010 var negative pensjonsreguleringer en viktig forklaring på nedgangen i driftskostnadene til forskning, mens positive pensjonsreguleringer i 2011 var en vesentlig forklaring på veksten i forskningskostnadene fra 2010.

Også i 2012 gir pensjonsreguleringer en viss effekt, men antagelig mindre enn de foregående årene. Slike forhold virker forstyrrende inn på det vi skal måle – forskningsressurser og -aktivitet og endringer i disse, og korrigerende av vekstanslagene for slike forhold er forbundet med betydelig usikkerhet, blant annet fordi vi ikke har hatt systematisk informasjon om omfanget av pensjonsreguleringene. Etter anbefalinger fra Ressursgruppen som skal bidra til å videreutvikle og forbedre målesystemet, er nye kostnadsspesifikasjoner innført fra og med 2012-rapporteringen. De vil på sikt kunne gi større muligheter for beregninger med og uten pensjon.

Fra 2011 til 2012 økte de innrapporterte driftskostnadene til forskning i helseforetak og private, ideelle sykehus med 278 millioner kroner eller nesten 11 prosent. Forskningskostnadene vokste dermed i gjennomsnitt noe mer enn de samlede driftskostnadene til alle lovpålagte oppgaver ved de 38 enhetene, som økte vel 8 prosent. Forskningsens andel av totalressursene ved helseforetak og private, ideelle sykehus målt i driftskostnader, økte dermed fra 2,4 til 2,5 prosent.

Tabell 2.4 Nøkkeltall 2011-2012 for helseforetak og private, ideelle sykehus. Løpende priser.

Indikator	2011	2012	Endring 2011-12
	Mill. kr	Mill. kr	
Totale driftskostnader. ¹ Mill. kr	105 700	114 456	8,3%
Driftskostnader til forskning. ² Mill. kr	2 548	2 829	11,0%
Driftskostnader til forskning i prosent av totale driftskostnader	2,4	2,5	+0,1pp ³

¹ Driftskostnader, inklusive avskrivninger.

² Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

³ Prosentpoeng

Kilde: NIFU.

En stor del av den samlede veksten i driftskostnader finner vi ved de to største forskningsaktørene i spesialisthelsetjenesten – Oslo universitetssykehus HF (OUS) og Helse Bergen HF. Vi har fått opplyst at økningen på om lag 50 millioner kroner ved Helse Bergen HF i all hovedsak skyldes virksomhetsoverdragelse fra Innovest as til Helse Bergen HF. Alle forskningsressurser foretaket får tildelt fra Helse Vest RHF, regnskapsføres fra 2012 ved Helse Bergen HF. Det er slik sett ikke her snakk om noen reell endring i aktiviteten, men om at 2012-tallene ikke er direkte sammenlignbare med 2011-tallene. Ved OUS skyldes veksten fra 2011 på om lag 135 millioner kroner flere forhold, hvorav rundt 40 millioner kroner henger sammen med økning i pensjonsgrunnlaget. Holdes disse forholdene utenom, blir den samlede veksten vel 7 prosent. Legger vi til grunn en anslått lønns- og prisøkning i statlig forskning og utviklingsarbeid fra 2011 til 2012 på i underkant av 3 prosent, indikerer dette en realvekst på om lag 4 prosent.

Universitetssykehus sammenlignet med andre helseforetak og private, ideelle sykehus

Tabell 2.5 viser at driftskostnadene til forskning nominelt økte prosentvis mindre ved universitetssykehusene (10,5 %) enn ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus (12,9 %). Veksten i sistnevnte gruppe blir riktignok litt lavere om vi holder nye enheter i 2012-rapporteringen utenfor slik at vi sammenligner de samme enhetene.

Tabell 2.5 Driftskostnader¹ til forskning 2011-2012, etter type institusjon. Mill. kr og prosent.

Indikator	2011 ²		2012		Endring 2011-12	
	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%
Universitetssykehus	2 122	83	2 345	83	223	10,5 %
Øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus	426	17	484	17	58	13,6 %
Alle helseforetak og private, ideelle sykehus	2 548	100	2 829	100	281	11,0 %

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

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

Kilde: NIFU.

Om lag 80 prosent av veksten gjelder imidlertid universitetssykehusene, og justerer vi for enkelte forhold ved Oslo universitetssykehus HF (OUS) og Helse Bergen HF som vi har omtalt over, halveres veksten til vel 6 prosent. Det gir en lønns- og prisjustert endring fra 2011 til 2012 på vel 3 prosent.

Utviklingen på regionalt nivå

Tabell 2.6 viser økning i driftskostnadene til forskning i alle helseregioner fra 2011 til 2012. I tre av dem vokser driftskostnadene til forskning omtrent som gjennomsnittet for alle regioner, dvs. mellom 11 og 12 prosent. Unntaket er Helse Midt-Norge der veksten bare er litt over én prosent som skyldes redusert rapportert forskningsaktivitet bl.a. i Helse Nord-Trøndelag HF. I Helse Nord skyldes veksten i stor grad økt forskningsaktivitet ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). De spesielle forholdene ved OUS og Helse Bergen som er påpekt over, bidrar sterkt til veksten også på regionalt nivå. Utenom Helse Bergen er det nesten nominell nullvekst i driftskostnadene til forskning i Helse Vest som gir en viss realnedgang. Korrigerer vi Helse Sør-Østtallet for endret pensjonsgrunnlag ved OUS som redegjort for over, reduseres veksten til snaut 10 prosent. Utenom OUS øker driftskostnadene til forskning med om lag 4 prosent nominelt som gir svak realvekst.

Tabell 2.6 Driftskostnader¹ til forskning 2011-2012, etter helseregion. Mill. kr og prosent.

Helseregion	2011		2012		Endring 2011-12	
	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%
Helse Midt-Norge	182	7	184	6	2	1,1
Helse Nord	181	7	202	7	21	11,6
Helse Sør-Øst	1 706	67	1911	68	205	12,0
Helse Vest	479	19	531	19	52	10,9
Totalt	2 548	100	2829	100	281	11,0

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Som vi har sett over økte forskningens andel av totalaktiviteten, målt i driftskostnader, fra 2,4 til 2,5 prosent fra 2011 til 2012. Under denne utviklingen finner vi litt ulike tendenser i de fire helseregionene. I begge de to største helseregionene, Helse Sør-Øst og Helse Vest, øker forskningsandelen med 0,1 prosentpoeng. Til sammenligning går andelen ned med 0,1 prosentpoeng i Helse Midt-Norge, mens den er uendret i Helse Nord.

Tabell 2.7 Driftskostnader¹ til forskning som andel av samlede driftskostnader 2011-2012, etter helseregion. Prosent. Endring i prosentpoeng.

Helseregion	2011	2012	Endring 2011-12
	%	%	Prosentpoeng
Helse Midt-Norge	1,2	1,1	-0,1
Helse Nord	1,5	1,5	0,0
Helse Sør-Øst	2,9	3,0	+0,1
Helse Vest	2,5	2,6	+0,1
Totalt	2,4	2,5	+0,1

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Årsverksutviklingen på regionalt nivå

Tabell 2.8 viser utviklingen i innrapporterte forskningsårsverk fra 2011 til 2012. Samlet ble det utført omtrent 104 årsverk mer i 2012 enn i 2011. Det gir en vekst på 4,4 prosent som er lavere enn økningen i driftskostnader til forskning, men som stemmer ganske godt med anslått realvekst; jf. foran.

Det er vekst i utførte forskningsårsverk i alle regioner, men veksten varierer mellom regionene og viser noe andre mønstre enn kostnadsutviklingen. Om lag halvparten av årsverksveksten gjelder Helse Vest som igjen har sammenheng med virksomhetsoverdragelsen fra Innovest as til Helse Bergen. I Helse Midt-Norge er årsverksveksten lav i likhet med kostnadsveksten, mens forholdet mellom årsverks- og kostnadsutvikling i Helse Nord er omtrent som for gjennomsnittet av alle helseforetak og private, ideelle sykehus. Den lave veksten i Helse Sør-Øst samsvarer med at de spesielle forholdene ved OUS som vi har vist til foran, ikke gjelder aktivitetsøkning.

Tabell 2.8 Forskningsårsverk 2011-2012. Antall og prosent.

Helseregion	2011	2012	Endring 2011-12	
	Årsverk	Årsverk	Årsverk	%
Helse Midt-Norge	124	126	2	1,6
Helse Nord	196	207	11	5,6
Helse Sør-Øst	1 619	1 658	39	2,4
Helse Vest	357	409	52	14,6
Totalt	2 296	2 400	104	4,5

Kilde: NIFU.

3 Forskning innen særskilte områder

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

3.1 Ressursbruk til forskning innenfor psykisk helsevern

25 av de 38 helseforetakene og private, ideelle sykehusene rapporterte om ressursbruk til forskning innenfor psykisk helsevern i 2012 som i 2011. Til sammen oppga de å ha brukt 316 årsverk til forskning innenfor psykisk helsevern, som kostet tilsammen 364 millioner kroner; se tabell 3.1. Det gir en gjennomsnittlig årsverkskostnad på vel 1,15 million kroner, dvs. noe lavere enn for forskning samlet; jf. tabell 2.1 foran. I gjennomsnitt utgjorde forskning om psykisk helse om lag 13 prosent av de samlede driftskostnadene til forskning, som er en noe høyere andel enn året før da den var 12 prosent.

Tabell 3.1 Ressurser til forskning innenfor psykisk helsevern i 2012, etter type helseforetak.¹ Antall forskningsårsverk og driftskostnader² til forskning.

Type helseforetak	Forsknings- årsverk		Driftskostnader til forskning ²		Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk Kroner
	Antall	%	Mill. kr	%	
Universitetssykehus	168	53	216	60	1 290 500
Øvrige HF og private ideelle sykehus	148	47	148	40	995 400
Totalt psykisk helsevern	316	100	364	100	1 152 000

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

² Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Universitetssykehusene stod for 60 prosent av de samlede driftskostnadene til forskning på dette området og vel halvparten av årsverkene. Ressursbruken til forskning om psykisk helse er altså langt jevnere fordelt mellom de to typene av helseforetak enn ressursbruken til forskning samlet; jf. tabell 2.1 foran. Et forskningsårsverk innenfor psykisk helsevern koster i gjennomsnitt mer ved universitetssykehusene (1,3 mill. kr) enn ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus (snaut 1 mill. kr).

Tabell 3.2 Ressurser til forskning innenfor psykisk helsevern i 2012, etter helseregion. Antall forskningsårsverk og driftskostnader¹ til forskning.

Helseregion	Forsknings- Årsverk		Driftskostnader til forskning ¹		Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk Kroner
	Antall	%	Mill. kr	%	
Helse Midt-Norge	44	14	63	17	1 432 900
Helse Nord	29	9	28	8	962 000
Helse Sør-Øst	189	60	204	56	1 078 300
Helse Vest	54	17	69	19	1 284 700
Totalt psykisk helsevern	316	100	364	100	1 152 000

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Tabell 3.2 viser at Helse Sør-Øst stod for godt og vel halvparten av forskningsressursene på dette området, men stod likevel for en mindre andel av ressursbruken til forskning om psykisk helse enn til forskning samlet. Universitetssykehusene, heriblant OUS, er naturligvis viktige aktører også her. Deretter følger Helse Vest med en snau femtedel av driftskostnadene til forskning om psykisk helse eller noe lavere om man legger forskningsårsverkene til grunn. Her spiller både Helse Bergen HF og Helse Stavanger HF betydelige roller. Helse Midt-Norge der St. Olavs Hospital HF er en viktig aktør, følger rett etter Helse Vest. Minst ressursinnsats innen forskning om psykisk helsevern finner vi i Helse Nord.

3.2 Ressursbruk til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere

18 av de 38 helseforetakene og private, ideelle sykehusene rapporterte om ressursbruk til forskning innenfor området tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2012, som er to flere enn i 2011. De 18 enhetene rapporterte om 34 årsverk og 40 millioner kroner til slik forskning. Rusforskningen utgjorde dermed om lag 1,4 prosent av helseforetakenes samlede ressursbruk til forskning i 2012 som var en nedgang på 0,1 prosentpoeng fra 2011. Et forskningsårsverk innenfor rusområdet kostet i gjennomsnitt i underkant av 1,2 millioner kroner, dvs. omtrent det samme som gjennomsnittet for forskningsaktiviteten samlet; jf. tabell 2.1 foran.

Tabell 3.3 Ressurser til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2012, etter type helseforetak.¹ Antall forskningsårsverk og driftskostnader² til forskning.

Type helseforetak	Forsknings- årsverk		Driftskostnader til forskning ²		Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk Kroner
	Antall	%	Mill. kr	%	
Universitetssykehus	14	41	19	47	1 376 900
Øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus	20	59	21	53	1 049 600
Totalt rus	34	100	40	100	1 182 500

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

² Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU

Rusforskning innen spesialisthelsetjenesten foregår i mindre grad ved universitetssykehusene enn forskningen innen psykisk helsevern og somatikk. Øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus stod for mer enn halvparten av ressursinnsatsen til forskning i 2012. Fordelingen mellom de to institusjonstypene var jevnere om vi sammenligner ressursinnsatsen målt i driftskostnader enn målt i årsverk. Et forskningsårsverk innen rusområdet var i gjennomsnitt noe dyrere ved universitetssykehusene (nesten 1,4 mill. kr) enn ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus (vel 1 mill. kr).

Tabell 3.4 Ressurser til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2012, etter helseregion. Antall forskningsårsverk og driftskostnader¹ til forskning.

Helseregion	Forsknings- årsverk		Driftskostnader til forskning ¹		Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk Kroner
	Antall	%	Mill. kr	%	
Helse Midt-Norge	9	27	12	30	1 322 900
Helse Nord	3	10	3	8	887 700
Helse Sør-Øst	13	39	16	39	1 188 300
Helse Vest	8	24	9	23	1 140 300
Totalt rus	34	100	40	100	1 182 500

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Ressursinnsatsen innen rusområdet er betydelig jevnere fordelt på regioner enn forskningsinnsatsen samlet; se tabell 2.2. Helse Sør-Øst oppga mest ressurser til slik forskning, men regionens andel var betydelig lavere på rusområdet enn både for forskningsressursene samlet og for området psykisk helsevern; jf avsnitt 3.1. Deretter følger Helse Midt-Norge og Helse Vest. Helse Nord rapporterte minst ressursinnsats på dette området. Et forskningsårsverk innen rusområdet var i gjennomsnitt noe dyrere i Helse Midt-Norge enn i de øvrige regionene og kostet minst i Helse Nord.

Referanser

Litteratur

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

Offentlige dokumenter

- LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).
- FOR 2010-12-17 nr 1706: Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten.
- Oppdragsdokument 2012. Helse Sør-Øst, Helse- og omsorgsdepartementet november 2011.

Vedlegg

Vedlegg 1: Rapporteringsenhetene 2012

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

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

Kilde: NIFU.

2. Oversikt over helseforetak og private ideelle sykehus i 2012, etter type og økonomisk sektor.

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

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

Kilde: NIFU.

3. Oversikt over helseforetak som rapporterte i 2012, etter type og helseregion.

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

Merknader:

¹ Tabellen gir en detaljert oversikt over hvilke helseforetak og private ideelle sykehus som regnes til de ulike kategoriene. Inndelingen tar hensyn til endringer som følger av FOR 2010-12-17 nr 1706:

Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten, som trådte i kraft 1.1.2011.

Kilde: NIFU.

Vedlegg 2: Oversikt på helseforetaksnivået 2012

Tabell V2.1: Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2012, sortert alfabetisk.¹

Helseforetak og private ideelle sykehus	Nivå/ type	Helse-region	Totale driftskostnader ²	Totale driftskostn. % til forskning	Forskningstekn. i % av totalt kostnader	Forsknings-årsverk	Forskning % kr.årsverk
Akershus universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	7 151 000 000	6,2	100 811 000	1,4	94,9
Betanien Hospital	PRIV	Sør-Øst	147 000 000	0,1	1 218 000	0,8	1,6
Diakonhjemmet sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 462 000 000	1,3	56 199 000	3,8	54,3
Feiringklinikken (LHL Helse)	PRIV	Sør-Øst	67 000 000	0,1	2 700 000	4,0	3,4
Frambu Sentor for sjeldne funksjonsh. PRIV	PRIV	Sør-Øst	57 000 000	0,0	2 600 000	4,6	2,0
Glitrekliviken (LHL Helse)	PRIV	Sør-Øst	138 000 000	0,1	1 880 000	1,4	2,4
Haraldsplass Diakonale Sykehus	PRIV	Vest	653 000 000	0,6	8 340 000	1,3	9,7
Haugesund SF Revmatismesyk as	PRIV	Vest	124 000 000	0,1	552 000	0,4	0,7
Helgelandsykehuset HF	HF	Vest	1 535 000 000	1,3	2 171 000	0,1	2,6
Helse Bergen HF	HF	Vest	8 930 000 000	7,8	378 849 000	4,2	288,8
Helse Finnmark HF	HF	Nord	1 701 000 000	1,5	6 288 000	0,4	7,9
Helse Fonna HF	HF	Vest	2 850 000 000	2,5	15 210 000	0,5	13,7
Helse Førde HF	HF	Vest	2 315 000 000	2,0	7 897 000	0,3	8,8
Helse Møre og Romsdal HF	HF	Midt	4 943 000 000	4,3	9 345 500	0,2	9,0
Helse Nord-Trøndelag HF	HF	Midt	2 475 000 000	2,2	23 252 092	0,9	20,1
Helse Stavanger HF	HF	Vest	5 318 000 000	4,6	118 253 000	2,2	85,2
Jæren DPS	PRIV	Vest	140 000 000	0,1	1 555 000	1,1	1,4
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 500 000 000	1,3	35 877 000	2,4	29,1
Martina Hansens Hospital	PRIV	Sør-Øst	301 000 000	0,3	6 330 000	2,1	5,2
Modum Bad	PRIV	Sør-Øst	177 000 000	0,2	8 863 000	5,0	10,5
NKS Olaviken	PRIV	Vest	89 000 000	0,1	330 000	0,4	0,4
Nordlandssykehuset HF	HF	Nord	3 496 000 000	3,1	23 262 508	0,7	19,9
Oslo universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	18 621 000 000	16,3	1 432 864 869	7,7	1 201,2
Revmatismesykehuset AS	PRIV	Sør-Øst	87 000 000	0,1	5 149 000	5,9	5,9
Rusbehandling Midt-Norge HF	HF	Midt	429 000 000	0,4	5 043 000	1,2	4,4
Sollil sykehus	PRIV	Vest	91 000 000	0,1	512 000	0,6	0,3
St. Olavs Hospital HF	HF	Midt	7 848 000 000	6,9	145 408 000	1,9	90,9
Sunnaas sykehus HF	HF	Sør-Øst	540 000 000	0,5	20 652 415	3,8	17,6
Sykehusapotekene i Midt-Norge	HF	Midt	680 000 000	0,6	1 089 000	0,2	1,8
Sykehusapotek i Nord	HF	Nord	336 000 000	0,3	1 348 000	0,4	1,6
Sykehusapotekene i Sør-Øst	HF	Sør-Øst	2 386 000 000	2,1	2 572 000	0,1	4,0
Sykehuset Innlandet HF	HF	Sør-Øst	7 615 000 000	6,7	51 940 922	0,7	50,2
Sykehuset Telemark HF	HF	Sør-Øst	3 492 000 000	3,1	25 046 000	0,9	20,4
Sykehuset Vestfold HF	HF	Sør-Øst	3 862 000 000	3,4	35 287 441	1,2	39,9
Sykehuset Østfold HF	HF	Sør-Øst	4 515 000 000	3,9	19 537 000	0,7	24,5
Sørlandet Sykehus HF	HF	Sør-Øst	5 206 000 000	4,5	56 026 000	1,1	49,0
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	HF	Nord	6 110 000 000	5,3	168 807 944	2,8	174,8
Vestre Viken HF	HF	Sør-Øst	7 068 000 000	6,2	45 586 028	0,6	42,0
Totalt / gjennomsnitt			114 456 000 000	100	2 828 652 720	100,0	2 399,7
							100,0
							1 178 738

Tabellnoter:

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

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

Kilde: NIFU

Tabell V2.2: Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2011, sortert etter forskningskostnader innenfor psykisk helsevern.¹

Helseforetak og private, ideelle sykehus	Niva/ type	Helse- region	Totale driftskostnader ²	Totale driftskostn. til forskning.	Forsknings- årsverk	Forsk.- psykisk helse	% psykisk helse	Forsk.n.kostn.	% psykisk helse	Forsk. psyk.h. kr/årsverk
Oslo universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	18 621 000 000	1 432 864 869	1 201,2	63,0	5,2	78 472 000	5,5	1 246 183
St. Olavs Hospital HF	HF	Midt	7 848 000 000	145 408 000	90,9	33,3	0,0	51 515 000	35,4	1 547 462
Helse Bergen HF	HF	Vest	8 930 000 000	378 849 000	288,8	30,1	10,4	38 454 000	10,2	1 277 542
Sykehuset Innlandet HF	HF	Sør-Øst	7 616 000 000	51 940 922	50,2	20,6	41,0	21 509 000	41,4	1 044 295
Helse Stavanger HF	HF	Vest	5 318 000 000	118 253 000	85,2	15,1	17,7	21 018 000	17,8	1 391 921
Sørlandet Sykehus HF	HF	Sør-Øst	5 206 000 000	56 026 000	49,0	18,5	37,8	19 157 000	34,2	1 035 514
Diakonhjemmet sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 462 000 000	56 199 000	54,3	17,7	32,5	18 828 000	33,5	1 063 729
Sykehuset Vestfold HF	HF	Sør-Øst	3 862 000 000	35 287 441	39,9	19,9	49,9	16 135 000	45,7	810 804
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	HF	Nord	6 110 000 000	168 807 944	174,8	14,7	8,4	14 196 000	8,4	963 747
Akershus universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	7 151 000 000	100 811 000	94,9	11,6	12,2	12 881 000	12,8	1 110 431
Helse Nord- Trøndelag HF	HF	Midt	2 475 000 000	23 252 092	20,1	9,8	48,8	10 630 000	45,7	1 082 485
Vestre Viken HF	HF	Sør-Øst	7 068 000 000	45 586 028	42,0	8,7	20,7	10 273 000	22,5	1 183 525
Modum Bad	PRIV	Sør-Øst	177 000 000	8 863 000	10,5	10,5	100,0	8 863 000	100,0	844 095
Nordlandssykehuset HF	HF	Nord	3 496 000 000	23 262 508	19,9	8,5	42,6	8 667 000	37,3	1 022 052
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 500 000 000	35 877 000	29,1	6,8	23,4	8 539 000	23,8	1 255 735
Helse Fonna HF	HF	Vest	2 850 000 000	15 210 000	13,7	6,0	43,8	6 878 000	45,2	1 146 333
Sykehuset Telemark HF	HF	Sør-Øst	3 492 000 000	25 046 000	20,4	8,0	39,0	5 507 000	22,0	692 704
Helse Finnmark HF	HF	Nord	1 701 000 000	6 288 000	7,9	4,9	62,0	3 879 000	61,7	791 633
Sykehuset Østfold HF	HF	Sør-Øst	4 515 000 000	19 537 000	24,5	3,7	15,3	3 562 000	18,2	952 406
Helgelandssykehuset HF	HF	Nord	1 535 000 000	2 171 000	2,6	1,2	46,2	1 455 000	67,0	1 212 500
Jæren DPS	PRIV	Vest	140 000 000	1 555 000	1,4	0,9	60,7	1 075 000	69,1	1 264 706
Helse Førde HF	HF	Vest	2 315 000 000	7 897 000	8,8	1,1	12,8	1 047 000	13,3	930 667
Helse Møre og Romsdal HF	HF	Midt	4 943 000 000	9 345 500	9,0	0,9	10,0	915 000	9,8	1 016 667
Solli sykehus	PRIV	Vest	91 000 000	512 000	0,3	0,3	100,0	412 000	80,5	1 373 333
NKS Olaviken	PRIV	Vest	89 000 000	330 000	0,4	0,4	100,0	330 000	100,0	825 000
Belantien Hospital	PRIV	Sør-Øst	147 000 000	1 218 000	1,6	..	..	..	..	..
Feiringklinikken (LHL Helse)	PRIV	Sør-Øst	67 000 000	2 700 000	3,4	..	..	..	..	..
Frambu Senter for sjeldne funksjonshemmede	PRIV	Sør-Øst	57 000 000	2 600 000	2,0	..	..	..	..	..
GlitreKlinikken (LHL Helse)	PRIV	Sør-Øst	138 000 000	1 860 001	2,4	..	..	..	..	..
Haraldsplass Diakonale Sykehus	PRIV	Vest	653 000 000	8 340 000	9,7	..	..	..	..	..
Haugesund SF Revmatisme- og ortopedisykehus	PRIV	Vest	124 000 000	552 000	0,7	..	..	..	..	..
Martina Hansens Hospital	PRIV	Sør-Øst	301 000 000	6 330 000	5,2	..	..	..	..	..
Revmatisme- og ortopedisykehuset AS	PRIV	Sør-Øst	87 000 000	5 149 000	5,9	..	..	..	..	..
Rusbehandling Midt-Norge HF	HF	Midt	429 000 000	5 043 000	4,4	..	..	..	..	..
Summaas sykehus HF	HF	Sør-Øst	540 000 000	20 652 415	17,6	..	..	..	..	..
Sykehusapotekene i Midt-Norge	HF	Midt	680 000 000	1 089 000	1,8	..	..	..	..	..
Sykehusapotekene i Nord	HF	Nord	336 000 000	1 348 000	1,6	..	..	..	..	..
Sykehusapotekene i Sør-Øst	HF	Sør-Øst	2 386 000 000	2 572 000	4,0	..	..	..	..	..
Totalt / gjennomsnitt			114 456 000 000	2 828 652 720	2 399,7	316,1	13,2	364 197 000	12,9	1 152 042

Tabellnoter:

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

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

Kilde: M/FU

Tabell V2.3: Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2011, sortert etter kostnader innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere.¹

Helseforetak og private, ideelle sykehus	Nivå/ type	Helse- region	Totale driftskostnader ²	Totale driftskostn. til forskning	Forsknings- årsverk	Forsknings- årsverk rus	Forskings- % kostnader rus	Forskings- %	Forskning rus kr/årsverk
St. Olavs Hospital HF	HF	Midt	7 848 000 000	145 408 000	90,9	3,5	3,8	4,0	1 676 504
Sørlandet Sykehus HF	HF	Sør-Øst	5 206 000 000	56 026 000	49,0	3,8	7,8	9,4	1 388 158
Rusbehandling Midt-Norge HF	HF	Midt	429 000 000	5 043 000	4,4	4,4	100,0	100,0	1 146 136
Sykehuset Innlandet HF	HF	Sør-Øst	7 616 000 000	51 940 922	50,2	4,8	9,5	8,7	954 737
Helse Bergen HF	HF	Vest	8 930 000 000	378 849 000	288,8	3,7	1,3	1,1	1 128 108
Helse Stavanger HF	HF	Vest	5 318 000 000	118 253 000	86,2	2,1	2,5	2,9	1 608 095
Oslo universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	18 621 000 000	1 432 864 869	1 201,2	2,0	0,2	0,2	1 578 500
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	HF	Nord	6 110 000 000	168 807 944	174,8	2,4	1,4	1,4	957 861
Vestre Viken HF	HF	Sør-Øst	7 068 000 000	45 586 028	42,0	1,1	2,5	2,8	1 183 178
Helse Nord-Trøndelag HF	HF	Midt	2 475 000 000	23 252 092	20,1	1,2	5,7	4,6	926 087
Helse Førde HF	HF	Vest	2 315 000 000	7 897 000	8,8	1,0	11,4	11,0	867 000
Sykehuset Østfold HF	HF	Sør-Øst	4 515 000 000	19 537 000	24,5	0,9	3,7	4,4	953 333
Nordlandssykehuset HF	HF	Nord	3 496 000 000	23 262 508	19,9	1,0	5,0	3,1	718 000
Jæren DPS	PRIV	Vest	140 000 000	1 555 000	1,4	0,5	35,7	30,9	960 000
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 500 000 000	36 877 000	29,1	0,3	1,2	0,8	879 412
Sykehuset Vestfold HF	HF	Sør-Øst	3 862 000 000	36 287 441	39,9	0,3	0,8	0,8	973 333
Helse Fonna HF	HF	Vest	2 860 000 000	15 210 000	13,7	0,7	5,1	1,5	320 000
Sykehuset Telemark HF	HF	Sør-Øst	3 492 000 000	25 046 000	20,4	0,2	0,7	0,5	893 333
Akershus universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	7 151 000 000	100 811 000	94,9	..	..	..	..
Betanien Hospital	PRIV	Sør-Øst	147 000 000	1 218 000	1,6	..	..	..	..
Diatonhjemmet sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 462 000 000	56 199 000	54,3	..	..	..	..
Feiringklinikken (LHL Helse)	PRIV	Sør-Øst	67 000 000	2 700 000	3,4	..	..	..	..
Frambu Senter for sjeldne funksjonshemmede	PRIV	Sør-Øst	57 000 000	2 600 000	2,0	..	..	..	..
Glittreklinikken (LHL Helse)	PRIV	Sør-Øst	138 000 000	1 880 001	2,4	..	..	..	..
Haraldsplass Diakonale Sykehus	PRIV	Vest	663 000 000	8 340 000	9,7	..	..	..	..
Haugesund SF Revmatismesykehus	PRIV	Vest	124 000 000	552 000	0,7	..	..	..	..
Helgelandsklinik HF	HF	Nord	1 535 000 000	2 171 000	2,6	..	..	..	..
Helse Finnmark HF	HF	Nord	1 701 000 000	6 288 000	7,9	..	..	..	..
Helse Møre og Romsdal HF	HF	Midt	4 943 000 000	9 345 500	9,0	..	..	..	..
Martina Hansens Hospital	PRIV	Sør-Øst	301 000 000	6 330 000	5,2	..	..	..	..
Modum Bad	PRIV	Sør-Øst	177 000 000	8 863 000	10,5	..	..	..	..
NKS Olaviken	PRIV	Vest	89 000 000	330 000	0,4	..	..	..	..
Revmatismesykehuset AS	PRIV	Sør-Øst	87 000 000	5 149 000	5,9	..	..	..	..
Solli sykehus	PRIV	Vest	91 000 000	512 000	0,3	..	..	..	..
Sunnaas sykehus HF	HF	Sør-Øst	540 000 000	20 652 415	17,6	..	..	..	..
Sykehusapotekene i Midt-Norge	HF	Midt	680 000 000	1 089 000	1,8	..	..	..	..
Sykehusapotek i Nord	HF	Nord	336 000 000	1 348 000	1,6	..	..	..	..
Sykehusapotekene i Sør-Øst	HF	Sør-Øst	2 386 000 000	2 572 000	4,0	..	..	..	..
Total / gjennomsnitt			114 456 000 000	2 828 652 720	2 399,7	33,8	1,4	1,4	1 182 499

Tabellnoter:

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

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

Kilde: MFU

Tabell V2.4: Ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid i helseforetakene i 2011 sortert etter samlede forskningskostnader.¹

Helseforetak og private ideelle sykehus	Nivå/ type	Helse-region	Totale driftskostnader ²	%	Totale driftskostn. til FoU	%	Totale driftskostn. til forskning	FoU-kostn. % av tot.kost.	Forskn.kostn. % av tot.kost.	FoU-årsverk
Oslo universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	18 621 000 000	16,3	1 541 631 066	48,2	1 432 864 869	50,7	8,3	1 304,2
Helse Bergen HF	HF	Vest	8 930 000 000	7,8	416 823 000	13,0	378 849 000	13,4	4,7	4,2
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	HF	Nord	6 110 000 000	5,3	207 532 955	6,5	168 807 944	6,0	3,4	2,8
St. Olavs Hospital HF	HF	Midt	7 848 000 000	6,9	202 735 900	6,3	145 408 000	5,1	2,6	1,9
Helse Stavanger HF	HF	Vest	5 318 000 000	4,6	123 474 000	3,9	118 263 000	4,2	2,3	2,2
Akershus universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	7 151 000 000	6,2	109 257 000	3,4	100 811 000	3,6	1,5	1,4
Diakonhjemmet sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 462 000 000	1,3	64 002 000	2,0	56 199 000	2,0	4,4	3,8
Sørlandet Sykehus HF	HF	Sør-Øst	5 206 000 000	4,5	57 363 000	1,8	56 026 000	2,0	1,1	1,1
Sykehuset Innlandet HF	HF	Sør-Øst	7 616 000 000	6,7	55 687 922	1,7	51 940 922	1,7	0,7	0,7
Vestre Viken HF	HF	Sør-Øst	7 068 000 000	6,2	52 160 917	1,6	45 586 028	1,6	0,7	0,6
Lovisenberg Diagonale Sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 500 000 000	1,3	35 877 000	1,1	35 877 000	1,3	2,4	2,4
Sykehuset Vestfold HF	HF	Sør-Øst	3 862 000 000	3,4	59 125 941	1,8	35 287 441	1,2	1,5	0,9
Sykehuset Telemark HF	HF	Sør-Øst	3 492 000 000	3,1	27 206 000	0,9	25 046 000	0,9	0,8	0,7
Nordlandssykehuset HF	HF	Nord	3 495 000 000	3,1	26 558 477	0,8	23 262 508	0,8	0,8	0,7
Helse Nord-Trøndelag HF	HF	Midt	2 475 000 000	2,2	36 225 092	1,1	23 252 092	0,8	1,5	0,9
Sunnaas sykehus HF	HF	Sør-Øst	540 000 000	0,5	27 882 980	0,9	20 652 415	0,7	5,2	3,8
Sykehuset Østfold HF	HF	Sør-Øst	4 515 000 000	3,9	41 475 000	1,3	19 537 000	0,7	0,9	0,4
Helse Fonna HF	HF	Vest	2 850 000 000	2,5	17 251 000	0,5	15 210 000	0,5	0,6	0,5
Helse Møre og Romsdal HF	HF	Midt	4 943 000 000	4,3	9 466 500	0,3	9 345 500	0,3	0,2	0,2
Modum Bad	PRIV	Sør-Øst	177 000 000	0,2	9 463 000	0,3	8 863 000	0,3	5,3	5,0
Haraldsplass Diagonale Sykehus	PRIV	Vest	653 000 000	0,6	8 340 000	0,3	8 340 000	0,3	1,3	1,3
Helse Førde HF	HF	Vest	2 315 000 000	2,0	9 492 000	0,3	7 897 000	0,3	0,4	0,3
Martina Hønsens Hospital	PRIV	Sør-Øst	301 000 000	0,3	7 105 000	0,2	6 330 000	0,2	2,4	2,1
Helse Finnmark HF	HF	Nord	1 701 000 000	1,5	6 288 000	0,2	6 288 000	0,2	0,4	0,4
Revmatismesykehuset AS	PRIV	Sør-Øst	87 000 000	0,1	7 499 000	0,2	5 149 000	0,2	8,6	5,9
Rusbehandling Midt-Norge HF	HF	Midt	429 000 000	0,4	6 104 000	0,2	5 043 000	0,2	1,4	1,2
Feiringklinikken (LHL Helse)	PRIV	Sør-Øst	67 000 000	0,1	4 770 000	0,1	2 700 000	0,1	7,1	4,0
Frambu Senter for sjeldne funksjonshel	PRIV	Sør-Øst	57 000 000	0,0	4 680 000	0,1	2 600 000	0,1	8,2	4,6
Sykehusapotekene i Sør-Øst	HF	Sør-Øst	2 386 000 000	2,1	3 451 000	0,1	2 572 000	0,1	0,1	0,1
Helgelandsykehuset HF	HF	Nord	1 535 000 000	1,3	2 171 000	0,1	2 171 000	0,1	0,1	0,1
Glittreklinikken (LHL Helse)	PRIV	Sør-Øst	138 000 000	0,1	5 805 132	0,2	1 880 001	0,1	4,2	1,4
Jæren DPS	PRIV	Vest	140 000 000	0,1	2 355 000	0,1	1 565 000	0,1	1,7	1,1
Sykehusapotek i Nord	HF	Nord	336 000 000	0,3	1 348 000	0,0	1 348 000	0,0	0,4	0,4
Betanien Hospital	PRIV	Sør-Øst	147 000 000	0,1	1 218 000	0,0	1 218 000	0,0	0,8	0,8
Sykehusapotekene i Midt-Norge ¹	HF	Midt	680 000 000	0,6	2 407 000	0,1	1 089 000	0,0	0,4	0,2
Haugesund SF Revmatismesyk as	PRIV	Vest	124 000 000	0,1	1 248 000	0,0	552 000	0,0	1,0	0,4
Solli sykehus	PRIV	Vest	91 000 000	0,1	1 061 000	0,0	512 000	0,0	1,2	0,6
NKS Olaviken	PRIV	Vest	89 000 000	0,1	580 000	0,0	330 000	0,0	0,7	0,4
Totalt / gjennomsnitt			114 456 000 000	100	3 197 120 882	100,0	2 828 652 720	100,0	2,8	2,5

Tabellnoter:

¹ Tall for Oslo universitetssykehus HF 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.

Kilde: M/FU

Vedlegg 3: Detaljert oversikt over ressursbruk til forskning i 2012 per helseforetak i de fire helseregionene

Helse Midt-Norge

Tabell V3.1: Driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver og driftskostnader til forskning, inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger, i helseforetak i Helse Midt-Norge i 2012. 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
Helse Møre og Romsdal HF	9,3	4 943	0,2
Helse Nord-Trøndelag HF	23,3	2 475	0,9
Rusbehandlingen i Midt-Norge HF	5,0	429	1,2
St. Olavs Hospital HF	145,4	7 848	1,9
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF ²	1,3	680	0,2
Sum Helse Midt-Norge	184,4	16 375	1,1

¹ Driftskostnader, inklusive avskrivninger.

² Rapporterte ikke om forskning i 2010, bare utviklingsarbeid.

Kilde: NIFU.

Helse Vest

Tabell V3.2: Driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver og driftskostnader til forskning, inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger, i helseforetak og private, ideelle sykehus i Helse Vest i 2012. 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	8,3	653	1,3
Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus	0,6	124	0,4
Helse Bergen HF	378,8	8930	4,2
Helse Fonna HF	15,2	2850	0,5
Helse Førde HF	7,9	2315	0,3
Helse Stavanger HF	118,3	5318	2,2
Jæren DPS	1,6	140	1,1
NKS Olaviken alderspsykiatriske senter	0,3	89	0,4
Solli sykehus	0,5	91	0,6
Sum Helse Vest	531,0	20 510	2,6

¹ Driftskostnader, inklusive avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Helse Sør-Øst

Tabell V3.3: Driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver og driftskostnader til forskning, inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger, i helseforetak og private, ideelle sykehus i Helse Sør-Øst i 2012. 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	100,1	7 151	1,4
Betanien Hospital	1,2	147	0,8
Diakonhjemmet sykehus AS	56,2	1 462	3,8
Feiringklinikken (LHL Helse as)	2,7	67	4,0
Frambu Senter for sjeldne funksjonshemninger	2,6	57	4,6
Glittreklinikken (LHL Helse as)	1,9	138	1,4
Lovisenberg Diakonale sykehus AS	35,9	1 500	2,4
Martina Hansens Hospital AS	6,3	301	2,1
Modum Bad	8,9	177	5,0
Oslo universitetssykehus HF	1 432,9	18 621	7,7
Revmatismesykehuset AS	5,1	87	5,9
Sunnaas sykehus HF	20,7	540	3,8
Sykehusapotekene (Sør-Øst)	2,6	2 386	0,1
Sykehuset Innlandet HF	51,9	7 616	0,7
Sykehuset Telemark HF	25,0	3 492	0,7
Sykehuset i Vestfold HF	35,3	3 862	0,9
Sykehuset Østfold HF	19,5	4 515	0,4
Sørlandet sykehus HF	56,0	5 206	1,1
Vestre Viken HF	45,6	7 068	0,6
Sum Helse Sør-Øst	1911,1	64 393	3,0

¹ Driftskostnader, inklusive avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Helse Nord

Tabell V3.4: Driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver og driftskostnader til forskning, inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger, i helseforetak i Helse Nord i 2012. 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	1 535	0,1
Helse Finnmark HF	6,3	1 701	0,4
Nordlandssykehuset HF	23,3	3 496	0,7
Sykehusapotek Nord HF	1,6	336	0,4
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	168,8	6 110	2,8
Sum Helse Nord	201,9	13 178	1,5

¹ Driftskostnader, inklusive avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Vedlegg 4: Hovedprinsipper, definisjoner og avgrensninger

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

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

Forskning og utviklingsarbeid (FoU)

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

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

Definisjonene er relativt generelle, men er utdypet og eksemplifisert i eget vedlegg som fulgte rapporteringen og i oversendelsesbrevet til rapporteringsenhetene (jf. Vedlegg 5).¹³

Den over nevnte arbeidsgruppen^{14,15} anbefalte tiltak som er implementert i forbindelse med ressursmålingen for 2011, og andre tiltak er gjennomført i 2012. Gruppens arbeid fortsetter i 2013.

Bokførte kostnader til FoU

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

- Kostnader til FoU
- FoU-årsverk

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

På kostnadssiden skal kartleggingen dekke:

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

¹³ *Proposed Standard Practice for Surveys on Research and Experimental Development. Frascati Manual 2002*, OECD Paris.

¹⁴ Wiig og Husebekk, red. (2011).

¹⁵ Bakke og Wiig, red. (2011).

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

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

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

FoU-årsverk

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

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

- leger i klinisk stilling som deltar i FoU, herunder avdelingsoverleger, overleger, assistentleger og andre leger.
- 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.

Psykisk helse og spesialisert, tverrfaglig behandling av rusmisbrukere

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

Forholdet mellom helseforetakene og universiteter og høyskoler

I forrige avsnitt gjorde vi rede for hovedprinsipper i avgrensningen av kostnader og årsverk til forskning i helseforetakene. Blant annet skal årsverk som utføres av personale med annen arbeidsgiver enn helseforetaket, kun nyttes som grunnlag for beregning av infrastrukturkostnader. I praksis er slike

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

Kort om regnskapsprinsipper og forholdet til FoU-statistikken

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

Vedlegg 5: Rapporteringsskjema og veiledningsmateriale 2012



Forespørsler kan rettes til:

Ole Wiig - tlf 22 59 51 85

e-post: ole.wiig@nifu.no

Hebe Gunnes - tlf 22 59 51 16

e-post: hebe.gunnes@nifu.no

FoU-statistikk 2012

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 2012, totalt og per område.

1.1 Driftskostnader til forskning i 2012. 1000 kroner.

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

1.2 Investeringer til forskning i 2012

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

1.3 Utførte forskningsårsverk i 2012. 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, postdoktorer, 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 2012, totalt og per område.

2.1 Driftskostnader til utviklingsarbeid i 2012. 1000 kroner.

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

2.2 Investeringer til utviklingsarbeid i 2012

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

2.3 Utførte årsverk til utviklingsarbeid i 2012. Antall.

	Til utviklingsarbeid (Antall)	Herav: utviklingsarbeid innen psykisk helsevern (Antall)	Herav: utviklingsarbeid innen Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbrukere (Antall)
Antall årsverk til utviklingsarbeid i 2012			
1 - Utført av overleger, leger			
2 - Utført av forskere, postdoktorer, 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 2012

Hvordan ble de samlede ressursene til forskning og utviklingsarbeid i 2012 finansiert?		
Finansieringskilde	Til forskning (1000 kr)	Til utviklingsarbeid (1000 kr)
1. Helseforetakets egenfinansiering (basisbevilgning over statsbudsjettet)		
2. Regionale samarbeidsorganer eller regionale helseforetak (øremerket)		
3. Andre midler fra Helse- og omsorgsdepartementet, inkludert underliggende etater (f.eks. Helsedirektoratet)		
4. Eksterne finansieringskilder, herav:		
Norges forskningsråd		
Offentlige midler (eksklusive Norges forskningsråd)	0	0
Kunnskapsdepartementet		
Utenriksdepartementet		
Andre departementer, velg fra liste		
Andre departementer, velg fra liste		
Andre departementer, velg fra liste		
Fylkeskommuner og kommuner		
Næringslivet	0	0
Farmasøytisk industri		
Annen industri		
Øvrig næringsvirksomhet		
Utenlandske kilder	0	0
EUs rammeprogram for forskning		
Nordiske kilder, velg fra liste		
Nordiske kilder, velg fra liste		
Øvrige utenlandske kilder, velg fra liste		
Øvrige utenlandske kilder, velg fra liste		
Andre innenlandske kilder	0	0
Private gaver og legater, egne inntekter (salgsinntekter, renteinntekter, pasientinntekter o.l.)		
Kreftforeningen		
Extrastiftelsen helse og rehabilitering		
Andre innenlandske kilder, velg fra liste		
Andre innenlandske kilder, velg fra liste		
Andre innenlandske kilder, velg fra liste		
Andre eksterne kilder, vennligst spesifiser:	0	0
Sum ekstern finansiering	0	0
Total finansiering (skal være lik sum driftskostnader i hhv tab. 1.1 og 2.1)*	0	0

4. Skjønnsmessige fordelinger av FoU-ressursene i 2012 på aktivitetstyper og teknologiområder.

4.1. Aktivitetstype 2012

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

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

4.2 Prioriterte teknologiområder 2012

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 2012.

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

Områder	Har helseforetaket/avdelingen hatt FoU innenfor de oppgitte områdene i 2012? Sett X		Hvis ja, vennligst angi andelen av total FoU i prosent.
	Ja	Nei	
Informasjons- og kommunikasjons-teknologi (IKT)			
Bioteknologi			
Nanoteknologi			
Nye materialer unntatt nanoteknologi			

5. Internasjonalisering i 2012

Vennligst anslå hvor stor andel (%) av samlet FoU-virksomhet i 2012 som innebar internasjonalt prosjektsamarbeid (se vedlegg punkt 5 for definisjon).	Prosent

NIFU Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning

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

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

FoU-statistikk 2012

Måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU)

NIFU har gjennomført målinger av ressursbruk til forskning i helseforetak og private, ideelle sykehus fra 2006. Målingene bygger bl.a. på prinsipper utformet i samråd med sektoren selv og i regi av det tidligere Helse Sør RHF. Hovedresultater fra målingene presenteres i årlige rapporter fra NIFU.

Fra 2007 dekkes også utviklingsarbeid, og ressursmålingene er samordnet med den offisielle, norske FoU-statistikken som utarbeides etter avtale med Norges forskningsråd og etter internasjonale retningslinjer fra OECD ("Frascati-manualen"). Materiale fra ressursmålingene inngår i nasjonal så vel som internasjonal FoU-statistikk. Nasjonalt presenteres resultater fra FoU-statistikken på bl.a. på NIFUs www-sider (<http://www.nifu.no/>). Der gir også FoU-statistikkbanken (<http://www.foustatistikkbanken.no/>) muligheter for å konstruere egne spesialtabeller. Dessuten inngår både tekst og tallmateriale for helseforetak og private, ideelle sykehus i publikasjonen *Det norske forsknings- og innovasjonssystemet – statistikk og indikatorer* som utgis årlig både i papirutgave og elektronisk. Internasjonalt inngår materialet i OECDs og EUs FoU-statistikk – sistnevnte gjennom Eurostat.

Hovedmål for 2012-rapporteringen

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

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

I rapporteringen i 2012 vil vi fortsatt arbeide for:

- å få bedre kontroll med tallmaterialet slik at det gir best mulig sammenligningsgrunnlag på tvers av foretak og regioner, f.eks. indikatoren ressursinnsats pr. årsverk til forskning og utviklingsarbeid
- å korte ned gjennomføringstiden for rapporteringen

Som ledd i dette arbeidet er det gjort enkelte endringer i rapporteringsopplegget sammenlignet med tidligere år.

NIFU

Endringer fra 2011-rapporteringen

På bakgrunn av analyser og diskusjoner i Ressursgruppen er det gjort enkelte endringer i rapporteringsopplegget for 2012 siden forrige undersøkelse.¹ Ressursgruppen er en permanent videreføring av arbeidsgruppen som ble oppnevnt i møte i RHFenes strategigruppe for forskning 18. februar 2010. Ressursgruppen har representanter fra alle de fire regionale helseforetakene og observatører fra Forskningsrådet, universitetenes medisinske fakulteter og fra 2012 også Helsedirektoratet. Den opprinnelige arbeidsgruppens innstilling,² og fulgt opp i innstilling fra Ressursgruppen høsten 2011.³ Anbefalinger fra de to innstillingene er implementert i ressursmålingene for 2010 og 2011. Ressursgruppens arbeid i 2012 vil også bli oppsummert i en kortfattet rapport som forventes ferdigstilt og distribuert før årsskiftet.

Driftskostnader 2012

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

For å forbedre presisjon og sammenlignbarhet i rapporteringen ber vi derfor for 2012 om litt flere spesifikasjoner enn tidligere år. Merk at det er satt inn to nye linjer i skjemaet. Den ene gjelder pensjon og arbeidsgiveravgift. Her ønsker vi en bedre kontroll på det relative nivået på disse kostnadskomponentene. Det henger dels sammen med de nevnte

¹ Dokumentert i Ole Wiig: Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2011. Hovedresultater og dokumentasjon, NIFU Rapport 15/2012

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

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

variasjonene som Ressursgruppen observerte i sin analyse. Dels henger det sammen med at det de senere årene, etter pensjonsreformen, har vært betydelige svingninger i pensjonskostnadene fra år til år. En slik spesifisering gir mulighet for å studere utviklingen over tid uten pensjon.

Den andre nye linjen i skjemaet gjelder indirekte kostnader som denne gangen er skilt ut av kategorien andre driftskostnader. Vi skiller mao mellom andre direkte driftskostnader og indirekte driftskostnader. Bakgrunnen for at vi ønsker en noe mer detaljert spesifisering ligger også her i betydelige observerte variasjoner i rapporterte kostnader. Vi ber derfor om at det

- I linjene 1-3 i skjemaet rapporteres direkte lønn, pensjon og arbeidsgiveravgift og andre direkte driftskostnader til forskning (tabell 1.1 i skjemaet) og utviklingsarbeid (tabell 2.2 i skjemaet). Med *direkte kostnader* menes her kostnader som påløper i avdelinger, enheter eller tilsvarende der det utføres forskningsårsverk (og tilsvarende for utviklingsarbeid).
- I linje 4 ber vi om *indirekte driftskostnader*, dvs. kostnader i fellesavdelinger der det ikke utføres forskningsårsverk (og tilsvarende for utviklingsarbeid). Her føres summen av lønn og andre driftskostnader samlet under indirekte driftskostnader. Avhengig av metoden som benyttes føres her dessuten kalkulerte påslag i tillegg til eller som alternativ til andeler av kostnader i fellesavdelinger.

Investeringer 2012

Til nå har vi bare bedt om at det rapporteres investeringer i vitenskapelig utstyr og instrumenter. Grunnen er at NIFU på bakgrunn av andre kilder (bl.a. statsregnskapet) har anslått bygg- og anleggsinvesteringer separat. Fra og med 2012 ber vi om at også slike investeringer tas med i tabell 1.2 i skjemaet. I tillegg ber vi om at det skilles mellom dedikert vitenskapelig utstyr, instrumenter mv. og annet utstyr, instrumenter mv. som brukes i forskningsprosjekter.

Under utviklingsarbeid ber vi bare om at det skilles mellom utstyr, instrumenter mv. på den ene siden og bygg og anlegg på den andre.

Der det ikke er snakk om dedikerte investeringer for forskningsformål ber vi om at forskningsandelen (og tilsvarende for utviklingsarbeid) anslås etter beste skjønn, basert bl.a. på en vurdering av forventet fremtidig bruk.

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

Om tidsplanen

Med 2011-rapporteringen ble det innført en ny tidsplan for gjennomføringen av ressursrapporteringen. Bakgrunnen var et ønske om at hovedresultater skulle

foreligge på et tidligere tidspunkt og at hovedtall skulle være tilgjengelige i forbindelse med årlig melding fra de regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet, dvs. 15. mars. Henvendelsen fra NIFU går derfor som sist, ut i slutten av november, med rapporteringsfrist i slutten av februar det påfølgende år.

Noen råd om gjennomføringen

NIFU er innforstått med at tidsvinduet mellom rapporteringsfristen i februar og regnskapsavslutning er smalt. Med bakgrunn i ressursgruppens innstilling og for å muliggjøre rapportering innen fristen, tillater vi oss å gjenta noen råd fra 2011-rapporteringen om rapporteringsprosessen lokalt. NIFU mener det vil være fornuftig om det legges opp til en prosess i *to faser*:

- Vi antar at den interne kartleggingen av *FoU-prosjekter, -årsverk og -personale* kan startes opp ganske raskt etter mottaket av denne henvendelsen. Målsetningen bør være å ha denne delen av rapporteringen klar *i god tid* før regnskapsavslutningen for 2012.
- Da vil tidsvinduet fra ferdigstilling av denne delen av rapporteringen til regnskapsavslutningen kunne brukes til *kostnadsberegninger*. Kostnadsberegningene bør foretas på et så sent tidspunkt at tallene er mest mulig endelige, men i tide til å muliggjøre rapportering innen fristen.

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

Personaloversikter 2012

Alle helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte inn oversikter over personale som deltok i FoU i 2011. Opplysningene om personalet inngår i NIFUs Forskerpersonalregister. Foruten helseforetakene dekker registeret universiteter, høyskoler, forskningsinstitutter og andre institusjoner med FoU-virksomhet.

For å oppdatere registeret ber vi om opplysninger om **alt personale som mottok lønn i fast eller midlertidig stilling per 1. oktober 2012 og som deltok i forskning og utviklingsarbeid (FoU) i 2012.**

Følgende opplysninger ønskes per person, helst i denne rekkefølgen:

1. **Navn.** Her ber vi om etternavn og fornavn
2. **Fødselsdato**
3. **Fagseksjon, avdeling e.l.**

4. **Stillingsopplysninger.** Her ønsker vi både stillingstekst og stillingsgruppe for alle personer i oversikten. Hvis enheten benytter stillingskoder, ber vi om at disse også inkluderes i oversikten. Vær i så fall vennlig å legge ved kodenøkkelen.
5. **Stillingsbrøk for deltidsansatte.** Merk at stillingsbrøken her gjelder ansettelsesforholdet, og ikke tid brukt til FoU.
6. **Finansieringskilde** hvis annen kilde enn helseforetaket eller det private, ideelle sykehuset selv.
7. **Utenlandsk doktorgrad.** Vi ber om at personer som har oppnådd en utenlandsk doktorgrad i 2012 markeres særskilt i personaloversikten (eller på eget ark) og at det opplyses om gradtittel, kreeringsår og land.

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

Merk at utenlandske gjesteforskere ikke skal tas med.

Som hjelpemiddel for rapportering av personalopplysninger *ettesender* vi i en egen henvendelse oversikt over forskerpersonale som ble registrert ved enheten i 2011. Avvik mellom disse oversiktene og listene dere sendte inn for 2011 skyldes i hovedsak at Forskerpersonalregisteret er et individregister der en person bare kan registreres én gang. For personale som har flere stillingsforhold enten ved samme helseforetak eller ved andre institusjoner som inngår i Forskerpersonalregisteret, foretas det en skjønnsmessig vurdering av hvilken institusjon personen skal henføres til. Som hovedregel blir personer registrert der de har sin hovedstilling, men der personen har samme eller tilnærmet samme stillingsbrøk ved flere institusjoner, fattes det en beslutning om plassering, ev. basert på tilleggsinformasjon. Listen inneholder opplysninger om høyeste utdanning og doktorgrad. Hvis mulig, ber vi om at disse opplysningene korrigeres.

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

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

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

Send oss gjerne personaloversiktene så snart de er ferdige. Gitt det som er skrevet om tidsplanen foran i dokumentet antar vi at en del helseforetak og

private, ideelle sykehus vil kunne ha oversiktene klare betydelig tidligere enn hovedrapporteringsfristen; se nedenfor.

NIFU har tillatelse fra Datatilsynet til å forvalte persondata i Forskerpersonalregisteret. NIFU er samtidig pålagt av Datatilsynet å informere de ansatte om at persondata registreres. Varslingen om registreringen av 2011-data gjennomføres i desember 2012.

Praktisk informasjon om 2012-rapporteringen

Kort oppsummert er tidsvinduet mellom ferdigstilling av regnskap og tidsfristen for rapporteringen (se nedenfor) smalt. Vi tillater oss derfor å råde helseforetakene og de private, ideelle sykehusene til å starte med kartlegging av FoU-aktivitet og samle den delen av grunnlagsmaterialet som er uavhengig av regnskapet allerede i 2012; jf. råd foran.

Vi antar at de fleste helseforetak og private, ideelle sykehus vil kunne bygge videre på rapporteringsopplegget de har benyttet tidligere år. Merk imidlertid endringer i spesifikasjoner av driftskostnader og investeringer som det er redegjort for foran. Veiledningsmaterialet med definisjoner og retningslinjer, hovedprinsippene for rapporteringen og regnearkmaler for beregning av kostnader mv. også for tidligere årganger (lenker fra 2012-siden) er lagt ut på NIFUs web sider, og kan lastes ned fra:

www.nifu.no/. Trykk der ► **Statistikk** ► **Skjemaer** ► **Ressursbruk til FoU i helseforetak 2012. HYPERKOPLING**

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

Tirsdag 26. februar 2013

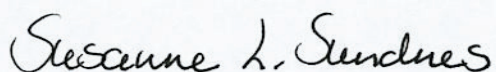
Vi ber også om at rapporteringen fortrinnsvis skjer elektronisk (Excel-filer som vedlegg til e-post).

Rapportering av forskningsresultater (vitenskapelig publisering) går som kjent nå direkte til Cristin. For Helse- og omsorgsdepartementets forskningsmåling,

rapporterer helseforetakene dessuten doktorgrader til NIFU. I denne forbindelse arbeides det også med en samordning av rapporteringen av forskerpersonale til Cristin og NIFUs Forskerpersonalregister. Her gjenstår imidlertid en del arbeid med sikte på å sikre at begge registre mottar de nødvendige data. Derfor gjennomføres rapportering av forskerpersonale på samme måte som tidligere år.

NIFU

Med vennlig hilsen
NIFU



Susanne L. Sundnes
Forskningsleder



Ole Wiig
Prosjektleder

FoU-statistikk 2012**Måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetak og private, ideelle sykehus****A. Avgrensning av forskning og utviklingsarbeid**

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

Viktige kriterier for å skille FoU fra annen aktivitet er:

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

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

- *Rutinemessig innsamling* av generelle data, f.eks. periodisk registrering av kvalitetsindikatorer, styringsdata og sykefravær, skal *ikke* regnes som FoU. Men samles data inn i *vitenskapelig* hensikt, skal aktiviteten likevel regnes som FoU. Tilsvarende gjelder i utgangspunktet for:
 - *Kvalitetsregistre* og annen datainnsamling om prosess- og resultat kvalitet for rutinemessig diagnostikk og behandling
 - *Biobanker og forskningsbiobanker*: Biologisk materiale innsamlet for rutinemessig diagnostikk
 Er *formålet* FoU skal aktiviteten regnes som FoU.
- Prosjekter der *registerdata brukes* i forskning vil derimot være forskningsprosjekter (registerforskning).
- *Studier, utredninger o.l.* i forbindelse med offentlig politikk, planlegging etc. utført med eksisterende metoder og uten sikte på å avdekke tidligere ukjente fenomener, forhold, strukturer o.l., regnes ikke som FoU.
- *Utdanning, videre- og etterutdanning* regnes *ikke* som FoU. *Unntak* er forskeropplæring og spesielle FoU-stipend.
- *Ph.d.-prosjekter* defineres som ressursbruk til forskning i sin helhet. Prosjekter på lavere utdanningsnivåer, utdanningspermisjoner o.l. regnes vanligvis ikke som FoU, men etter- eller videreutdanning og personalutvikling. I den grad prosjekter metodisk og resultatmessig oppfyller kriteriene for FoU skal de regnes inn bare med ressursbruken som er relatert til FoU-prosjektet; det *kan* f.eks. gjelde mastergradsprosjekter.
- Veiledning regnes som FoU *bare* hvis den inngår i et spesifikt FoU-prosjekt.
- Dokumentasjons-, informasjons- og bibliotekvirksomhet, testing, kvalitetskontroll, internkontroll, kvalitetsutvikling og konsulentvirksomhet som i seg selv ikke er FoU, skal regnes som FoU dersom aktiviteten i *hovedsak utføres for å tjene FoU*, men ikke når den primært utføres for *andre formål*.
- Ledelse og administrasjon av FoU regnes som FoU.
- *Personalutvikling, fagutvikling og kunnskapsutvikling* innrettet mot den enkeltes eller organisasjonens kompetanse og kunnskaper, er ikke FoU, *med mindre* formålet er å skape ny kunnskap eller teknologi av global eller kollektiv karakter.
- *Organisasjonsutvikling* er normalt ikke FoU, med mindre helt nye konsepter utvikles eller eksisterende konsepter endres vesentlig før de tas i bruk i egen organisasjon.
- *Rutinemessige prøver*, f.eks. blodprøver eller bakteriologiske prøver, regnes ikke som FoU, *men* inngår prøvene i et program f.eks. for å introdusere et nytt legemiddel, er det FoU.
- Ordinær medisinsk terapi som ikke omfatter utvikling av nye behandlingsmetoder, regnes ikke som FoU

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B. Ressursbruk til FoU: økonomisk avgrensning

Etter overordnet økonomisk avgrensning skal det rapporteres:

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

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

Ressursbruk til FoU innen psykisk helse og rus

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

C. Til enkeltpunktene i rapporteringskjemaet

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

1. Ressursbruk til forskning 2012

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

1.1 Driftskostnader til forskning 2012

Vi ber om at det skilles eksplisitt mellom

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

Lønnskostnader og sosiale kostnader (pensjon og arbeidsgiveravgift) bes spesifisert hver for seg. Med *andre, direkte driftskostnader* menes her driftskostnader knyttet til aktiviteten i enheter der det utføres FoU-årsverk, eksklusive kalkulerte påslag. Som *indirekte driftskostnader* regnes driftskostnader i fellesenheter der det ikke utføres FoU-årsverk; lønn og drift legges her inn som én sum. Der det brukes kalkulerte påslag, legges summen inn her.

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 og fast forskningstillegg. Faste tillegg for fast og beredskap regnes som pasientbehandling og holdes i sin helhet utenfor. Alle variable tillegg og overtid holdes utenfor (så sant personen ikke arbeider 100 % med forskning).

Vi ber om at årets *avskrivninger* spesifiseres på egen linje og at spesifiseringen ses i sammenheng med punkt 1.2 nedenfor.

1.2 Investeringer 2012

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

Spørsmålet er bl.a. tatt inn for å etterkomme krav 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.

1.3 Utførte forskningsårsverk 2012

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

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

Forskningsårsverkene skal deles inn i følgende tre kategorier:

- **Forskningsårsverk utført av leger:** Overleger, overleger med kombinert stilling (ta kun med årsverk for stilling ved helseforetaket; **professor II-stillinger skal ikke tas med** - de rapporteres inn av universitetene), leger under spesialisering
- **Forskningsårsverk utført av forskere, postdoktorer** 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 2012

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 2012

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

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

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

Den fjerde hovedkategorien er

4. *Ekstern finansiering*

Oppsettet er som for 2010. De vanligste eksterne finansieringskildene er spesifisert. Ytterligere kildespesifikasjoner kan velges fra rullegardinmenyene i skjemaet eller bruk fritekstfelt under "Andre eksterne kilder". Merk at eksterne midler så langt som mulig skal *føres tilbake til primærkilden*; f.eks. skal forskningsrådsmidler helseforetaket får via et universitet føres som forskningsrådsmidler. Formålet er å få et mest mulig dekkende bilde av FoU-finansiering i sektoren.

4. Skjønnsmessige fordelinger av FoU-ressursene

4.1 Aktivitetstype 2012

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 2012

Hvis helseforetaket i 2012 hadde FoU rettet mot teknologiområdene, vennligst anslå hvor stor prosentvis del dette utgjorde av enhetens egenutførte FoU-virksomhet i 2012. Inndelingen er lett modifisert i forhold til siste forskningsmelding, "Vilje til forskning" (St.meld.nr. 20 (2004-2005)), og definisjonene er som følger:

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

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

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

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

5. Internasjonalisering 2012

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

Spørsmål kan rettes til:

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

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

Vedlegg 6: Tabeller om forskning og utviklingsarbeid (FoU)

Tabell V6.1: Helseforetakenes driftskostnader til FoU i 2012, inklusive eksternt finansiert FoU og avskrivninger, etter region og forvaltningsnivå. Millioner kroner. Prosent.

Forvaltningsnivå	Rapporterte driftskostnader til FoU i 2012			Andel av kostnadene rapportert av HF og PIS (%)
	Helseforetak (HF) og private, ideelle sykehus (PIS) (mill. kr)	Regionale helseforetak (RHF) ¹ (mill. kr)	RHF, HF og PS samlet (mill. kr)	
Helse Midt-Norge RHF ²	257	163	420	61
Helse Nord RHF ³	244	37	281	87
Helse Sør-Øst RHF	2 116	0	2 116	100
Helse Vest RHF	581	23	604	96
Totalt	3 198	223	3 421	93

¹ Kilde: De regionale helseforetakene.

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

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

⁴ RHF-tallet er lavere enn tidligere år, bl.a.pga. virksomhetsoverdragelse fra Innovest til Helse Bergen HF.

Kilde: NIFU.

Tabell V6.2: Nøkkeltall 2011-2012 for forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetak og private, ideelle sykehus.

Indikator	Utviklingsarbeid	Forskning	Forskning og utviklingsarbeid	Prosent forskning
Driftskostnader 2011 ¹ (mill. kr)	310	2 548	2 858	89
Driftskostnader 2012 ¹ (mill. kr)	369	2 829	3 198	88
Endring driftskostnader 2011-2012 (%)	59	281	340	-
Antall årsverk 2012	349	2400	2 749	87
Driftskostnader per årsverk 2012 (kr)	1 058 000	1 179 000	1 163 000	-

¹ Inklusive eksternt finansiert FoU og avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Tabelloversikt

Tabell 2.1 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus i 2012, etter type institusjon. ¹ Driftskostnadene ² er her <i>inklusive</i> eksternt finansiert forskning og avskrivninger.....	15
Tabell 3.1 Ressurser til forskning innenfor psykisk helsevern i 2012, etter type helseforetak. ¹ Antall forskningsårsverk og driftskostnader ² til forskning.	23
Tabell 3.2 Ressurser til forskning innenfor psykisk helsevern i 2012, etter helseregion. Antall forskningsårsverk og driftskostnader ¹ til forskning.	24
Tabell 3.3 Ressurser til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2012, etter type helseforetak. ¹ Antall forskningsårsverk og driftskostnader ² til forskning.....	24
Tabell 3.4 Ressurser til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2012, etter helseregion. Antall forskningsårsverk og driftskostnader ¹ til forskning.	25

Figuroversikt

Figur 2.1 Helseforetakenes finansieringsstruktur i 2011, totalt og etter type helseforetak.¹ Prosent. ... 17

Figur 2.2 Helseforetakenes finansieringsstruktur i 2011, totalt og etter helseregion. Prosent..... 18

Nordisk institutt for studier av
innovasjon, forskning og utdanning

Nordic Institute for Studies in
Innovation, Research and Education

www.nifu.no