

## Forskjeller i rapportert ressursbruk til FoU i helseforetakene, med fokus på forholdet til UoH-sektoren

Rapport III fra en rådgivende gruppe (Ressursgruppen) oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning

Pål Bakke og Ole Wiig (red.)

Arbeidsnotat 18/2013



# Forord

Til å videreføre arbeidet med å videreutvikle og forbedre målesystemet for ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetak og private, ideelle sykehus, oppnevnte RHFenes strategigruppe for forskning våren 2011 en permanent gruppe – Ressursgruppen.

Videreutviklings- og forbedringsarbeidet ble startet opp i en ad hoc arbeidsgruppe og anbefalingene nedfelt i *Ole Wiig og Anne Husebekk (red.): Videreutvikling av system for måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetakene, NIFU Rapport 22/2011*. Arbeidet er videreført av Ressursgruppen i *Pål Bakke og Ole Wiig (red.): Endringer i system for måling av ressursbruk i helseforetakene, NIFU Arbeidsnotat 12/2011* og i *Ole Wiig og Pål Bakke (red.): Flere endringer i system for måling av ressursbruk til FoU i helseforetakene, NIFU Arbeidsnotat 11/2012*.

Det foreliggende arbeidsnotatet er dermed gruppens tredje og behandler særlig forskjeller i rapportert ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid mellom helseforetak og mellom helseregioner. Et særlig fokus er denne gangen rettet mot helseforetakenes forhold til universitets- og høyskolesektoren.

Ressursgruppens anbefalinger er lagt fram for og godtatt av RHFenes strategigruppe for forskning. Noen av dem har resultert i konkrete tiltak allerede i 2013-målingen.

Dokumentet er utarbeidet av Pål Bakke (Ressursgruppens leder) og Ole Wiig (ansvarlig ved NIFU) på grunnlag av diskusjoner i gruppen og innspill og kommentarer fra gruppens medlemmer og observatører. Hebe Gunnes har vært sentral i arbeidet med å tilrettelegge data-materialet for rapporten og har dessuten kommet med nyttige innspill i arbeidets ulike faser.

Oslo, desember 2013

Susanne Sundnes  
Forskningsleder



# Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>9</b>
1.1 Rapporterte tall for 2012.....	9
1.2 Sammenstilling av tall for helseforetak, universiteter og høyskoler .....	9
1.3 Ressursgruppens sammensetning 2013 .....	10
<b>2 Oppfølging av tidligere anbefalinger</b> .....	<b>11</b>
2.1 Utviklingsarbeid.....	11
2.2 Tidsplan .....	12
2.3 Kvaliteten i innrapporterte kostnadsdata.....	12
2.4 Hva ressursmålingen bør omfatte, bl.a. om forholdet til DRG-systemet .....	12
2.5 Forhold til forskningsselskaper mv. i randsonen .....	12
2.6 Anbefalinger for videre arbeid .....	13
<b>3 Kvaliteten i innrapporterte kostnadsdata for 2012</b> .....	<b>14</b>
3.1 Driftskostnadene .....	14
3.1.1 Overordnede mønstre og fordelinger .....	14
3.1.2 Direkte lønnskostnader .....	18
3.1.3 Pensjon og arbeidsgiveravgift .....	19
3.1.4 Andre direkte driftskostnader.....	21
3.1.5 Indirekte driftskostnader .....	22
3.1.6 Oppsummering, status og anbefalinger for videre arbeid.....	23
3.2 Investeringer .....	24
3.2.1 Overordnede mønstre og fordelinger .....	24
<b>4 Hvordan ta hensyn til finansieringen av forskning og utviklingsarbeid ved sammenlikninger</b> .....	<b>26</b>
4.1 Holde eksternt finansiering utenom .....	26
4.2 Inkludere RHF-midler som ikke kanaliseres direkte inn i HF-systemet.....	26
4.3 Inkludere ressursbruk i universitets- og høyskolesektoren som er relatert til helseforetakene.....	27
<b>5 Forholdet til universitets- og høyskolesektoren</b> .....	<b>28</b>
5.1 Problemer og muligheter når sektorene ses samlet.....	28
5.1.1 Problemer knyttet til avgrensning mellom universiteter og helseforetak generelt .....	28
5.1.2 Problemer med å gjøre avgrensningen på samme måte på tvers av helseforetak og helseregioner .....	30
5.2 Aktuelle organisasjonsnivåer i sammenlikningene .....	31
5.3 Bruk av materiale fra NIFU sin totalrapport for medisinsk og helsefaglig forskning .....	31
5.3.1 Dekning av eksterne midler til forskning i helseforetakene.....	32
5.3.2 Finansiering av driftsutgifter til FoU i begge sektorer .....	33
5.4 Spesielle utfordringer knyttet til sammenstillingen for de to sektorene .....	36
5.4.1 Kontantprinsippet vs. regnskapsprinsippet .....	36
5.4.2 Noe ulik praksis for årsverksberegning i HF-sektoren (leger).....	37
5.4.3 "Mest-kriteriet" for inkludering av enheter i UoH-sektoren; alle enheter i HF-sektoren.....	37
5.4.4 FoU-rapport – felles forståelse av Utviklingsarbeid? .....	38
5.5 Anbefalinger om fellesrapportering for de to sektorene.....	39
<b>6 Anbefalinger for videre arbeid</b> .....	<b>40</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>41</b>
<b>Vedlegg 1: Tall fra helseforetaksrapporteringen</b> .....	<b>42</b>
<b>Vedlegg 2: Eksempel på beregning av andel pensjonskostnader i helseforetak</b> .....	<b>44</b>
<b>Vedlegg 3: Institusjoner som er med i rapporten for medisin og helsefag</b> .....	<b>46</b>
<b>Tabelloversikt</b> .....	<b>49</b>
<b>Figuroversikt</b> .....	<b>50</b>

---

# Sammendrag

Ressursgruppens arbeid har i 2013 vært konsentrert om følgende hovedtemaer:

1. Kvaliteten i kostnadstallene for forskning som rapporteres inn fra helseforetakene.
2. Mulighetene for sammenstilling av tallmateriale for ressursbruk til FoU i helseforetakene og relevante enheter innenfor universitets- og høgskolesektoren.

Kostnadstallene fra HF-ene er analysert med utgangspunkt i kostnader pr. innrapportert forskningsårsverk for ulike kategorier av kostnader: direkte lønn, pensjon og arbeidsgiveravgift, andre direkte driftskostnader og indirekte driftskostnader. Det er gjort en del sammenlikninger mellom universitetssykehusene, hvorav fem av seks er representert i Ressursgruppen. Det er til dels store forskjeller i kostnader pr. forskningsårsverk, både innenfor denne gruppen og for de andre helseforetakene. Forskjellene er såpass store og usystematiske at de etter Ressursgruppens vurdering vil kunne forstyrre sammenlikningene også på regionalt nivå. Det anbefales at man spesielt arbeider videre med harmonisering av rapporteringen på følgende områder:

- Pensjonskostnader – det bør kunne oppgis et ganske lite intervall disse kan ligge innenfor (målt i prosent av direkte lønnskostnader).
- Andre direkte driftsmidler – det bør anbefales større grad av forsiktighet med inkludering av selv små andeler av de totale kostnader til medisiner og medisinske forbruksvarer i sykehuset.
- Indirekte kostnader – maler/sjekklister må gjennomgås med helseforetakene på nytt.
- Husleiekostnader og avskrivningskostnader – det må avklares når det er tilstrekkelig å regne ut fra en minimumsløsning (10 kvm kontor), og når det må regnes med andeler av sykehusets totale avskrivningskostnader på arealer.

NIFU bør invitere alle enheter som rapporterer inn data til et møte for å forklare behovet for kvalitetssikring og gjennomgå maler og sjekklister på nytt. Foretak med bare et lite antall årsverk (<15) bør kunne tilbys å bruke forhåndskalkulerte satser for ulike kostnader dersom de har problemer med å kartlegge kostnadene, men ressursbruken målt i årsverk må de uansett kartlegge. De store foretakene bør forberedes på at de må kunne dokumentere og forklare også store avvik fra gjennomsnittskostnadene i ulike kategorier, i tillegg til store endringer fra år til år.

Det bør vurderes om kostnader til utviklingsarbeid også skal være et tema. Det gis en påminnelse om at kun innsats til utviklingen av helt nye eller vesentlige forbedrede produkter og prosesser skal inkluderes i FoU-rapporteringen, ikke implementering og organisasjonsendringer mv. som bare er nytt for vedkommende helseforetak.

Sammenlikninger av ressursbruk uten ekstern finansiering bør etter Ressursgruppens vurdering kunne gjennomføres også for forskningsårsverk uten vesentlig merarbeid for helseforetakene, om nødvendig ved å bruke gjennomsnittskostnader også for disse årsverkene. Sammenliknbarheten bør ellers forbedres ved å ta med FoU-kostnader RHF-ene har *utenfor* HF-ene. Ressursgruppen ser at det er en noe annerledes bruk av universitetet i Helse Midt-Norge, men anser det utenfor gruppens mandat å gi råd vedrørende dette. Gruppen har i stedet konsentrert seg om å få frem en samlet rapportering.

Ressursgruppen har sammen med NIFU bearbeidet materiale fra NIFU-rapport 24/2013 *Ressursinnsatsen i medisinsk og helsefaglig forskning i Norge i 2011* for å teste om dette kan gi et bedre totalbilde av FoU-innsatsen rundt helseforetakene. Rapporteringen i UoH-sektoren er ikke fullt ut tilpasset et slikt formål, og det vil være en viss overestimering av innsatsen for noen enheter, mens innsatsen for andre enheter er underestimert eller mangler helt. Disse "feilene" er imidlertid så jevnt fordelt, eller såpass små i den store sammenhengen, at sammenliknbarheten mellom helseregionene ikke blir berørt (ikke utslag utover ett prosentpoeng pr helseregion).

Etter Ressursgruppens oppfatning gir disse sammenstillingene verdifull innsikt i det totale kostnadsbildet for FoU rundt helseforetakene, og delvis et riktigere bilde av fordelingen av ressursinnsatsen mellom helseregionene enn rapporter kun for helseforetakene.

Det kan eventuelt være et problem at denne rapporten inneholder så vidt mye forskningsinnsats som i liten grad er knyttet til helseforetakene. Dette vil kunne gjelde innsats innen samfunnsmedisin og idrettsmedisin, samt deler av innsatsen innen helsefag, teknologi og basalmedisin. Hvis oppdragsgiverne (HOD, RHF-ene og andre) har en klar oppfatning av hvilke av disse fagområdene, eventuelt institusjonene, som skal regnes som helseforetaksrelatert, kan en mulig løsning være at HOD gir NIFU i oppdrag å utarbeide en spesialrapport i etterkant av den samlede rapporteringen for medisin og helsefag. Hvis det ikke er noen klare oppfatninger av hva som bør inkluderes i en slik rapport, kan antakelig en analyse av graden av sampublisering bidra til å avklare dette. Verdien av slike spesialrapporter og –analyser bør diskuteres på forhånd, da de medisinske fakultetene og helseforetakene samlet sett uansett vil utgjøre en dominerende andel av totalkostnaden.

Ressursgruppen anbefaler uansett at NIFU arbeider videre ut fra den eksisterende rapporteringen som gjøres hvert annet år, snarere enn å innhente mer spesifikke tall for UoH-sektoren via helseforetakene, som vil kunne være svært tidkrevende.

På et senere tidspunkt kan Ressursgruppen og NIFU vurdere om bruk av mer spesifikke data for hver enkelt enhet i UoH-sektoren vil ha en nytteverdi. Problemstillingen vil antakelig komme opp igjen dersom det er ønskelig å arbeide videre med sammenlikninger som er spesifikke for hvert enkelt universitetssykehusmiljø. Ressursgruppen bør sammen med oppdragsgiverne vurdere nytteverdien av separate sammenstillinger for denne grupperingen.

Ressursgruppen bør i 2014 arbeide videre med kvalitetssikring av dataene:

- Sammenlikning av kostnadsnivået innenfor ulike kostnadskategorier.
- Gjennomgang av investeringsutgiftene, og drøfting av prinsippene for inkludering av kostnader ved arealbruk i sykehus.
- Gjennomgang av innrapporterte kostnader til utviklingsarbeid opp mot kriteriene.
- En ny runde på forståelsen av hvordan FoU-andelene fastsettes i blandet (klinisk) virksomhet.



# 1 Innledning

Ressursgruppen har i 2013 hatt hovedfokus på to temaer. For det første har gruppen med utgangspunkt i tidligere rapporter gått nærmere inn i innrapporterte kostnadstall for 2012, særlig sammenlignbarhet mellom foretak og mellom regioner. For det andre har gruppen diskutert sider ved forholdet mellom helseforetak på den ene siden og universiteter og høyskoler på den andre.

## 1.1 Rapporterte tall for 2012

NIFU-rapport 19/2013 viser kostnader på ca. 2,8 mrd. kr til forskning i helseforetakene i 2012, mot snaut 2,6 mrd. i 2011. Dette innebærer en andel på 2,5 prosent av de totale driftskostnadene i sektoren og en realvekst på 3-4 prosent fra 2011. Antall årsverk økte med 4,5 prosent til 2.400 årsverk. Økningen inkluderer en virksomhetsoverdragelse og enkelte nye (men små) enheter. Ressursgruppens oppgave er å bidra til opplegget for kvalitetssikring av rapporteringen generelt, og spesielt i forhold til å sikre sammenlignbarhet mellom helseregioner, innen grupper av sykehus og over tid. Gruppen har fulgt opp tidligere anbefalinger (kapittel 2), med et hovedfokus på kvaliteten i selve kostnadstallene (kapittel 3). Det foreslås en del tiltak for å bedre kvaliteten i fremtidig kostnadsrapportering.

## 1.2 Sammenstilling av tall for helseforetak, universiteter og høyskoler

Forbedring av mulighetene for sammenlikning av innsatsen i de ulike helseregionene har vært et oppdrag fra RHF-enes strategigruppe. I tillegg til å foreslå enkelte tiltak for å kunne sammenlikne innsatsen uten ekstern finansiering (kapittel 4), har Ressursgruppen vurdert hvordan oversikter over samlet ressursbruk knyttet til helseforetakene, uavhengig organisering, kan fremskaffes. Ressursgruppen har sammen med Hebe Gunnes fra NIFU bearbeidet data som benyttes i rapporten for den samlede FoU-innsatsen innenfor medisin og helsefag i Norge (jf. rapport 24/2013 med tall for 2011). Disse tallene tilsier en ressursinnsats for helseforetakssektoren og UoH-sektoren samlet på ca. 4,5 mrd. kr i 2011. Med utviklingsarbeid inkludert er ressursinnsatsen beregnet til ca. 5,1 mrd. kr for 2011. I kapittel 5 drøftes muligheter og begrensninger som ligger i en slik makrotilnærming for å få frem sammenliknbare tall på helseregionnivå og eventuelt lavere nivåer.

### **1.3 Ressursgruppens sammensetning 2013**

Gruppen har avholdt tre møter i 2013, samt et telefonmøte. Sammensetningen har vært:

Pål Bakke, Helse Sør-Øst, leder  
Einar Bugge, Helse Nord  
Kristel L. Svenning, Helse Midt-Norge  
May Britt Kjelsaas, Helse Midt-Norge  
Marthe Hammer, Helse Vest  
Fredrik Feyling, Helse Vest  
Øystein Krüger, Helse Sør-Øst  
Nils-Erik Gilhus, Universitetssektoren (observatør)  
Jostein Bandlien, Helsedirektoratet (observatør)  
Ingrid Roxrud, Norges forskningsråd (observatør)  
Ole Wiig, NIFU, ansvarlig i NIFU

Hebe Gunnes (NIFU) har deltatt i møter og bearbeiding av data. Representanter for enkelte helseforetak har levert supplerende opplysninger og deltatt i enkelte møter.

## 2 Oppfølging av tidligere anbefalinger

### 2.1 Utviklingsarbeid

Endringene i tallene fra 2011 til 2012 er forklarlige, stort sett. I forbindelse med sammenstillingen med universitets- og høyskolesektoren (se eventuelt kapittel 5) har vi imidlertid sett på andelen utviklingsarbeid i de ulike gruppene av rapporteringsenheter. Vi ser da at det er en markert forskjell mellom de fire breddeuniversitetene på den ene siden og de statlige høyskolene og de nye universitetene på den andre. Sistnevnte har en mye høyere andel utviklingsarbeid, jf. tabell 2.1.

**Tabell 2.1 Driftsutgifter til FoU innenfor medisin og helsefag i 2011 etter institusjonstype og forskningsart. Prosent.**

Institusjonstype	Grunnforskning	Anvendt forskning	Utviklingsarbeid	Totalt
Universitetet i Bergen	62 %	31 %	7 %	100 %
Universitetet i Oslo	48 %	41 %	10 %	100 %
Universitetet i Tromsø	48 %	40 %	12 %	100 %
NTNU	65 %	25 %	10 %	100 %
Øvrige universiteter og vitenskapelige høyskoler	13 %	52 %	35 %	100 %
Statlige høyskoler	7 %	60 %	33 %	100 %
<i>Sum universiteter og høyskoler</i>	<i>46 %</i>	<i>39 %</i>	<i>14 %</i>	<i>100 %</i>
Universitetssykehus	20 %	70 %	10 %	100 %
Øvrige helseforetak	6 %	79 %	15 %	100 %
<i>Sum helseforetak</i>	<i>18 %</i>	<i>72 %</i>	<i>11 %</i>	<i>100 %</i>
Instituttsektoren	4 %	73 %	23 %	100 %
<b>Totalt</b>	<b>27 %</b>	<b>59 %</b>	<b>14 %</b>	<b>100 %</b>

<sup>1</sup>Omfatter Universitetet i Stavanger, Universitetet i Agder, Universitetet i Nordland, Norges idrettshøgskole og Diakonhjemmet høyskole.

<sup>2</sup>Omfatter blant annet Statens arbeidsmiljøinstitutt og Folkehelseinstituttet.

Kilde: NIFU

Det er også en forskjell mellom universitetssykehusene og de øvrige helseforetakene, men det er enda større forskjeller innad i disse gruppene som også gir utslag på regionalt nivå; se eventuelt spesifikasjoner i vedlegg 2.1. Forskjellene kan ikke uten videre forklares med at noen sykehus har flyttet inn i, eller er på vei inn i, helt nye bygg som åpner opp for utvikling av nye produkter og prosesser. Forskjellene kan ha noe med at avgrensningen mellom utviklingsarbeid og annet innovasjonsarbeid oppfattes forskjellig (se eventuelt også avsnittet rapporteringen i utviklingsarbeid i universitets- og høyskolesektoren (5.4.4)). Siden tallene for utviklingsarbeid vil inngå i en

sammenstilling med tall fra UoH-sektoren, kan det derfor være grunn til å gjennomgå kriteriene for utviklingsarbeid med helseforetakene, eventuelt også etterspørre de aktuelle prosjektenes målsettinger og avgrensninger.

**Ressursgruppens anbefaling:** Kriteriene for hva som skal regnes med som utviklingsarbeid gjennomgås med helseforetakene i møter som arrangeres for å sikre kvaliteten i rapporteringen, jf. nedenfor.

## 2.2 Tidsplan

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. For å ha mulighet til å kvalitetssikre innrapporterte data gjennom tilbakemeldinger og spørsmål til rapporteringsenhetene settes fristen for innrapportering til NIFU til utgangen av februar.

I 2012-målingen hadde om lag to tredjedeler av helseforetakene og de private, ideelle sykehusene som inngår i målesystemet, rapport innen fristens utløp. Dette er en klar forbedring fra tidligere år. Etter ytterligere 5 dager var svarprosenten steget til 84. 36 av 38 enheter rapporterte innen NIFUs frist for videre rapportering og lå til grunn for NIFUs rapport 15. mars. Det er altså fortsatt et forbedringspotensial i denne fasen av rapporteringen.<sup>1</sup>

**Ressursgruppens anbefaling:** Tillate bruk av standardiserte nøkler eller faste summer for ulike kostnadselementer (pr. årsverk) for å lette rapporteringen, spesielt for foretak med få forskningsårsverk.

## 2.3 Kvaliteten i innrapporterte kostnadsdata

Ressursgruppen vurderer variasjonen i kostnader pr. årsverk til å være for stor i forhold til hva som kan forventes av reelle variasjoner. Dette vanskeliggjør sammenlikninger mellom regioner og grupper av sykehus. Se nærmere begrunnelse og forslag til tiltak nedenfor.

## 2.4 Hva ressursmålingen bør omfatte, bl.a. om forholdet til DRG-systemet

Ressursgruppen har ingen ytterligere kommentarer når det gjelder det prinsipielle: måling av ressursbruk til FoU skal dekke merkostnadene ved dette i forhold til et vanlig pasientforløp, og det skal da være riktig å trekke fra de målte forskningskostnadene i grunnlaget for DRG-kostnadene.

Det rapporteres imidlertid fra Helsedirektoratet at det for noen kliniske enheter forekommer rapportering av forskningskostnader som er så høye at DRG-kostnadsgrunnlaget blir helt minimalt, til tross for at det er en DRG-aktivitet der som ikke er uvesentlig. Ressursgruppen mener Helsedirektoratet i slike tilfeller bør gi tilbakemelding til de aktuelle helseforetak og avdelinger for å få avklart om dette skyldes beregningstekniske feil eller om det er ulike oppfatninger om hva som skal oppgis i ressursmålingen.

## 2.5 Forhold til forskningsselskaper mv. i randsonen

Behovet for spesielle tiltak er stadig avtagende siden mer og mer av ansettelsene nå flyttes til helseforetakene. Det viktigste nå er å fokusere på forholdet til universitets- og høyskolesektoren; jf. eget kapittel om dette nedenfor.

---

<sup>1</sup> Se nærmere redegjørelse i NIFU Rapport 19/2013, s. 10ff.

## 2.6 Anbefalinger for videre arbeid

Rapporteringen av **utviklingsarbeid** bør følges opp videre, dels fordi rapporteringen ikke virker tilstrekkelig ensartet innenfor HF-sektoren, og dels fordi det sannsynligvis igjen må rapporteres samlet for FoU (ikke bare forskning) når tall fra HF-sektoren skal sammenstilles med tall fra UoH-sektoren for 2013, jf. kapittel 5.

Anbefalingene når det gjelder kvalitetssikring av kostnadsberegningene, fremgår av kapittel 3. Forslaget om å tillate standardiserte kostnadstall/-nøkler for foretakene med liten FoU-innsats vil også kunne bidra til at **tidsplanen** holdes. Ressursgruppen anbefaler ellers (kapittel 5) et opplegg for samlet rapportering for helseforetakssektoren og tilgrensende enheter i universitets- og høgskolesektoren som ikke skal påvirke tidsplanen for helseforetaksrapportering (sammenstilling i etterkant, og bare hvert annet år).

Dersom Helsedirektoratets beregningsgruppe for DRG-kostnader avdekker uklarheter om prinsippene for FoU-rapporteringen, bør dette tas opp i Ressursgruppen.

# 3 Kvaliteten i innrapporterte kostnadsdata for 2012

## 3.1 Driftskostnadene

### 3.1.1 Overordnede mønstre og fordelinger

Da Ressursgruppen analyserte 2011-tallene nærmere, var det vanskelig å få et godt grep om blant annet pensjonskostnader og indirekte kostnader. Helseforetakene ble på denne bakgrunn bedt om å innrapportere et utvidet tallsett for 2012, dvs også fordele kostnadene mellom direkte og indirekte kostnader og å spesifisere kostnader til pensjon og arbeidsgiveravgift for de direkte kostnadene.

Indirekte kostnader skulle etter dette inneholde alle kostnader i fellesenheter der det ikke rapporteres forskningsårsverk, men som har administrative eller tekniske støttefunksjoner. Dette vil ofte også inkludere avskrivninger og andre infrastrukturkostnader som bokføres sentralt i foretaket, men det kan også forekomme at husleie og andeler av felleskostnader rapporteres som direkte kostnader. Pensjonskostnader kan noen steder være bokført i sin helhet på forskningsutførende enheter, i andre tilfeller delvis som avsetninger sentralt i helseforetaket. Noe av hensikten med å utvide tallsettet var nettopp å belyse ulike rapporteringspraksis.

Beregning av hva de ulike kostnadskomponentene utgjorde *pr. årsverk*, har dannet utgangspunkt for analyser og videre undersøkelser. Tabell 3.1 nedenfor viser slike tall *pr. helseregion*, og vi ser at det er til dels store forskjeller i nivået for ulike kostnadskomponenter.

**Tabell 3.1 Driftskostnader til forskning totalt og per forskningsårsverk ved helseforetakene i 2012 etter helseregion og kostnadstype. Antall. 1000 kr.**

Forskning 2012	Forskn.-årsverk	Driftskostn. totalt til forskning (1000 kr)	Dir. lønn pr. årsv	Pensjon og arb.giv.avg. pr. årsverk	Annen drift pr. årsverk	Indirekte kostn. pr. årsverk	Totale kostn. pr. årsverk
Helse Nord	206,8	201 877	588	162	193	34	976
Helse Midt-Norge	126,2	184 398	633	207	512	110	1 461
Helse Vest	409,1	531 397	657	183	392	67	1 299
Helse Sør-Øst	1658,1	1 911 138	540	234	198	180	1 153
<b>Totalt</b>	<b>2400,2</b>	<b>2 828 810</b>	<b>569</b>	<b>218</b>	<b>248</b>	<b>144</b>	<b>1 179</b>

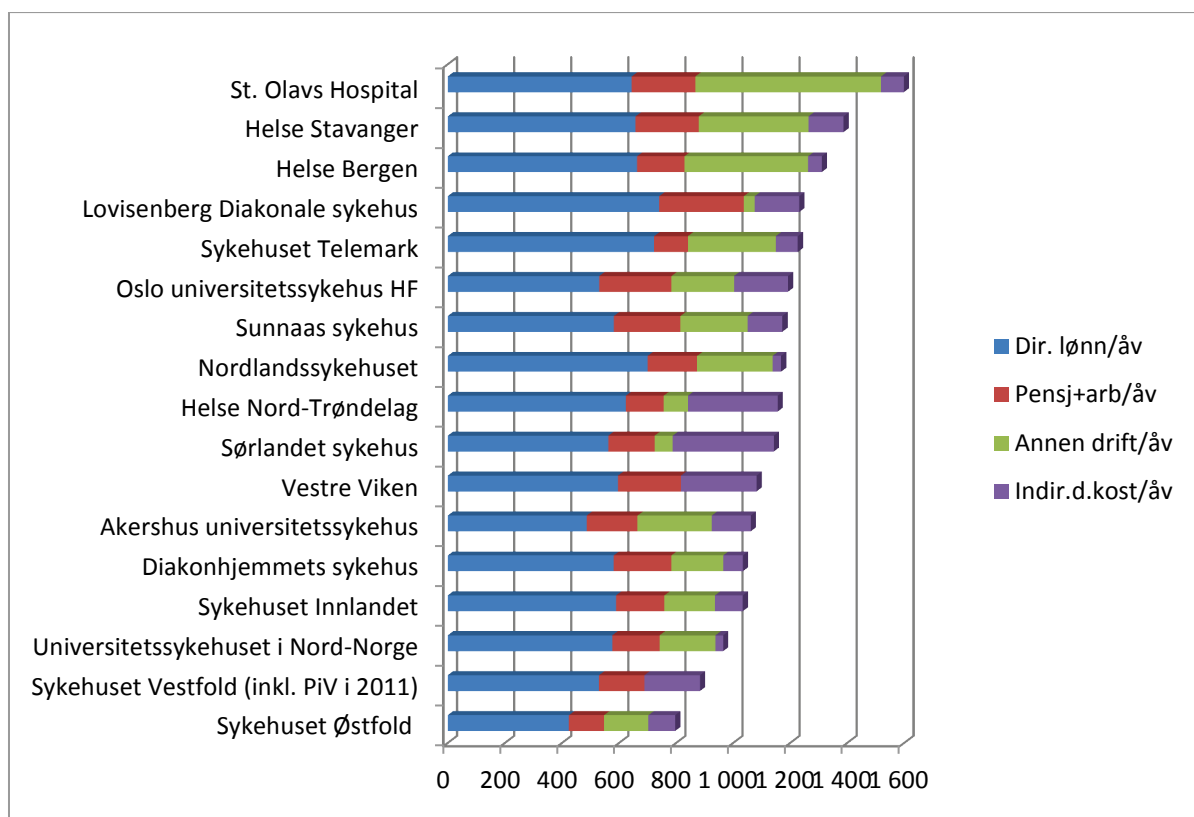
Kilde: NIFU

Deler av Nord-Norge har lavere arbeidsgiveravgift enn de øvrige, slik at det ikke er overraskende at denne helseregionen ligger lavere på pensjon/arbeidsgiveravgift (aga) enn de øvrige.

Fordelingen i tabell 3.1 kan ikke sees på uavhengig av hvilken type årsverk det er snakk om, det vil si om de er utført av leger, personale i forskerstillinger eller støttepersonale. Legene har høyere lønn enn de øvrige gruppene, slik at relativt mange forskningsårsverk utført av leger vil medføre høyere gjennomsnittskostnad per årsverk.

Tilsvarende tall for hvert enkelt helseforetak er vist i vedlegg 3.1 og viser enda større variasjoner mellom enkeltforetak. En del helseforetak har likevel så få forskningsårsverk at det har liten betydning for regionale og nasjonale tall om kostnadene pr. årsverk avviker sterkt fra gjennomsnittet. I figur 3.1 og tabell 3.2 nedenfor er det vist tall for de 17 helseforetakene som har mer enn 15 forskningsårsverk.

**Figur 3.1 Driftsutgifter til forskning per forskningsårsverk i 2012 etter kostnadstype og helseforetak. 1000 kroner.**



Kilde for grunnlagstall: NIFU

Lave tall for "Annen drift pr. årsverk" er ofte assosiert med høye tall for "Indirekte kostnader pr. årsverk" og omvendt. Helse Nord-Trøndelag, Sørlandet sykehus og Vestre Viken er eksempler på det første, mens St. Olavs Hospital, Helse Stavanger, Helse Bergen og Nordlandssykehuset er eksempler på det siste. For å utligne klassifikasjonsforskjeller er det i tabell 3.2 og 3.3 også vist tall for disse kostnadselementene samlet. Det er videre tatt utgangspunkt i medianverdi i stedet for gjennomsnittsverdi for å unngå for sterk påvirkning fra ekstremverdiene.

**Tabell 3.2 Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk i 2012 etter kostnadstype – for helseforetak med laveste, medianverdi og høyeste verdi for totalkostnad pr. årsverk, blant 17 helseforetak. 1000 kroner.**

Forskning 2012, helseforetak med >15 forskningsårsverk	Direkte lønn	Pensjon og arb.giv.avg.	Annen drift	Indir. kost.	Annen drift + indir.	Totalt
Laveste verdi pr. forskningsårsverk	425	123	155	94	149	797
Medianverdi pr. forskningsårsverk	624	133	85	315	400	1 157
Høyeste verdi pr. forskningsårsverk	645	223	651	80	731	1 600

Kilde for grunnlagstall: NIFU

**Tabell 3.3 Kostnader pr. forskningsårsverk i 2012 etter kostnadstype. 1000 kroner (Mediankostnaden = 1 157 tusen kroner).**

Forskning 2012	Dir. lønn	Pensjon og arb.giv.avg.	Annen drift	Indir. kost	Annen drift +indir.	Totalt
St. Olavs Hospital	645	223	651	80	731	1 600
Helse Stavanger	659	221	385	123	508	1 388
Helse Bergen	664	166	434	48	482	1 312
Sørlandet sykehus	563	162	63	355	418	1 143
Oslo universitetssykehus HF	531	253	219	189	408	1 193
Helse Nord-Trøndelag	624	133	85	315	400	<b>1 157</b>
Akershus universitetssykehus	487	178	260	137	397	1 062
Sykehuset Telemark	724	118	309	77	386	1 228
Sunnaas sykehus	583	233	236	122	<b>357</b>	1 173
Nordlandssykehuset	701	173	264	30	294	1 169
Sykehuset Innlandet	590	170	177	98	275	1 035
Vestre Viken	597	220	0	265	265	1 083
Diakonhjemmets sykehus	582	202	182	69	251	1 035
Sykehuset Østfold	425	123	155	94	249	797
Universitetssykehuset i Nord-Norge	577	166	195	27	223	966
Sykehuset Vestfold (inkl. PiV)	530	159	0	195	195	884
Lovisenberg Diakonale sykehus	742	297	38	156	195	1 233

Kilde for grunnlagstall: NIFU

Tabellene viser at variasjonen likevel er stor for den samlede summen av disse to elementene, dvs. andre indirekte kostnader og andre driftskostnader. Variasjonen i totalkostnad pr. forskningsårsverk er også stor, med høyeste verdi dobbelt så stor som laveste verdi, begge ekstremverdier ca. 400 000 kr fra medianen for dette utvalget (1 157 000 kr).

For å få et inntrykk av hva disse forskjellene kan bety i sammenlikninger mellom helseregionene kan vi for et øyeblikk forutsette at median kostnad pr. årsverk er den riktige kostnaden for alle foretak og beregne kostnadene ut fra dette. Vi ville da kunne få tall som vist i tabell 3.4.



**Tabell 3.4 Kostnader totalt og pr. forskningsårsverk – reelt og med medianverdi lagt til grunn. Antall. 1000 kr.**

Forskning 2012	Årsverk	Drifts-kostnader	Drifts-kostn. pr. årsv. (basert på inn-rapp. tall)	Andel drifts-kostn.	Driftskostn. pr. årsv. (basert på mediankostn. =1157)	Diff. (rapp. tall – median-verdi)	Andel årsverk
Helse Nord	206,8	201 877	976	7,1 %	239 268	37 391	8,6 %
Helse Midt-Norge	126,2	184 398	1 461	6,5 %	146 013	-38 385	5,3 %
Helse Vest	409,1	531 397	1 299	18,8 %	473 329	-58 068	17,0 %
Helse Sør-Øst	1658,1	1 911 138	1 153	67,6 %	1 918 422	7 284	69,1 %
<b>Totalt</b>	<b>2400,2</b>	<b>2 828 810</b>	<b>1 179</b>	<b>100,0 %</b>	<b>2 777 031</b>	<b>-51 779</b>	<b>100,0 %</b>

Kilde for grunnlagstall: NIFU

Totalkostnaden ville altså bli ca. 52 mill. kr lavere (1,8 %), og det ville bli forskyvninger på 1,2 til 1,8 prosentpoeng i kostnadsandelen for de ulike regionene (andelen av kostnadene ville bli som andelen av årsverkene ved en slik forenkling). Hvorvidt dette har noen praktisk betydning vil avhenge av om noen regioner har en målsetting om at andelen skal være på et visst nivå eller innenfor et visst intervall, der et avvik på mer enn f.eks. ett prosentpoeng tilsier at noe skal gjøres. Tilsvarende vil dette påvirke forskningens andel av totale driftskostnader ved de respektive helseforetakene med flere tiendedels prosent, hvilket kan bli oppfattet som vesentlig.

Men det er på den annen side ikke noe mål at de rapporterte kostnadene pr. forskningsårsverk skal være på akkurat samme nivå. Hvis noen foretak for eksempel har valgt å satse mer på forskningen ved å gi bedre lønnsvilkår, mer driftsmidler eller bedre infrastruktur, så skal det avspeiles i rapporteringen.

Det er også noen andre, og delvis mer tekniske årsaker til at det vil være *reelle* forskjeller mellom enkeltforetak og regioner når det gjelder kostnader pr. rapportert forskningsårsverk:

- *Differensiert arbeidsgiveravgift* – Helse Nord og foretakene der har en sats omkring halvparten av satsen som de fleste foretak møter.
- *Ulikt forhold mellom eksternt ansatte forskere og ansatte i helseforetaket* – de fleste foretak har relativt få eksternt ansatte knyttet til seg, mens St. Olav har omtrent like mange årsverk for ansatte utenfor foretaket (typisk NTNU) som for ansatte i foretaket. De indirekte kostnadene beregnes også for de eksternt ansatte, og totalt blir det dermed forholdsvis store kostnader pr. årsverk for de *rapporterte* årsverkene.
- *Forskjellig stillingsstruktur* - høy andel leger og/eller seniorforskere gir relativt høy kostnad pr. årsverk. Motsatt ved høy andel støttepersonell og doktorgradsstipendiater.

Ressursgruppen har også vurdert om forskningsprofilen kan ha betydning, for eksempel fordelingen mellom klinisk forskning og laboratorieforskning, eller mellom somatikk og psykiatri. Laboratorieforskning er ofte relativt kostnadskreven, men i og med at det samtidig ofte er en del støttepersonell involvert, vil ikke kostnaden pr. forskningsårsverk nødvendigvis bli tilsvarende høy. Her vil det også kunne spille inn om det er felles laboratorier med universitetsavdelinger, uten at lønnskostnader og andre driftskostnader blir fordelt helt parallelt. Ressursgruppens vurdering er at det heller ikke skulle være vesentlige forskjeller mellom klinisk forskning innen somatikk og psykiatri.

**Ressursgruppens vurdering:** Fordi det vil være reelle forskjeller i ressursinnsatsen pr. forskningsårsverk vil det ikke være hensiktsmessig med faste satser for kostnader pr. årsverk. Ressursgruppens vurdering er samtidig at variasjonen i de observerte tallene er større enn reelle forskjeller skulle tilsi. Gruppen har derfor forsøkt å analysere tallene for de helseforetakene som er

representert i gruppen,<sup>2</sup> for å se i hvilken grad variasjonen kan skyldes ulike metoder for beregninger og rapportering. De representerte helseforetakene har både ekstremt lave og ekstremt høye verdier, og er i så måte representative for variasjonsbredden.

### 3.1.2 Direkte lønnskostnader

For direkte lønn varierer verdiene fra 354.000 kr til 1.047.000 kr. De ekstreme verdiene tilhører små enheter, og det kan se ut som det er noen feil i rapporteringen. For de større sykehusene varierer det fra 425.000 kr/årsverk for Sykehuset Østfold til 742.000 kr/årsverk for Lovisenberg diakonale sykehus. For universitetssykehusene er variasjonen noe mindre, som vist i tabell 3.5 under. Tabellen viser også stillingsstrukturen med den spesifikasjonen som er brukt i rapporteringen. Høy (St. Olav) eller lav (OUS) andel legeårsverk ser ut til å kunne forklare noe av forskjellene, men andelen for ulike personellkategorier (med dette spesifikasjonsnivået) er ikke nok til å forklare variasjonene fullt ut. Akershus universitetssykehus har for eksempel en stillingsstruktur som gjennomsnittet, men likevel vesentlig lavere kostnad. UNN og Helse Stavanger har nokså lik stillingsstruktur, men vesentlig forskjellig kostnad pr. forskningsårsverk.

Andre forklaringer kan være at andelen forskere med stipendiatlønn kan være forskjellig, andre reelle forskjeller i avlønning innen gruppene eller forskjeller i beregningsmetodikk. St. Olav beregner ut fra lønn og forskningsandel for hver enkelt person, mens OUS innen ordinær klinisk virksomhet<sup>3</sup> beregner lønnskostnad ut fra gjennomsnittet for hvert enkelt koststed. Tallene for Helse Stavanger inneholder tall både fra sykehuset og Stavanger Helseforskning.

**Tabell 3.5 Nøkkeltall for ressursbruk til forskning i 2012. Universitetssykehusene.**

Forskning 2012	Forsk- nings- årsverk	Dir. lønn	Dir.lønn pr. års- verk	Lege- årsv.	Fors- ker- årsv.	Andre årsv.	% leger	% forskere	% andre
Oslo universitetssykehus HF	1 201	638 375	531	118	643	440	10	54	37
Universitetssykehuset i Nord-Norge	175	100 864	577	52	71	52	30	41	30
Akershus universitetssykehus	95	46 244	487	19	47	29	20	49	31
Helse Stavanger	85	56 124	659	23	35	27	27	41	32
St. Olavs Hospital	91	58 668	645	37	19	35	40	21	39
Helse Bergen	289	191 788	664	91	106	92	32	37	32
<b>Totalt/gjennomsnitt for alle sykehus</b>	<b>2 400</b>	<b>1 366 653</b>	<b>569</b>	<b>450</b>	<b>1 123</b>	<b>827</b>	<b>19</b>	<b>47</b>	<b>34</b>

Kilde for grunnlagstall: NIFU

I og med at det er flere mulige forklaringer på variasjonene, og mange av disse kan reflektere reelle forskjeller, kan ikke Ressursgruppen gi en spesifikk forklaring på hvordan forskjellene oppstår. Og i og med at forskningen og økonomiforvaltningen av forskningsmidlene er ulikt organisert i helseforetakene, er det også vanskelig å anbefale en bestemt beregningsmetodikk. I stedet foreslås at alle rapporterende enheter kalles inn til et seminar hvor tallene gjennomgås og metodikken for kvalitetssikring diskuteres. Eksempler på sjekkpunkter:

- Lønn - hvilke (faste) tillegg skal regnes med, og hva skal ikke være med.
- Feriepenger skal rapporteres som direkte lønn.
- Arbeidstakers andel pensjon (2 %) skal rapporteres som lønn (eventuelt ikke).

<sup>2</sup> Universitetssykehuset Nord-Norge, St. Olavs hospital, Helse Bergen, Stavanger Universitetssykehus (inkl. Stavanger helseforskning), Oslo universitetssykehus.

<sup>3</sup> For forskningsenheter og -prosjekter kommer all lønn med.

- Stillingsstrukturen for forskningsårsverkene – er den omtrent som gjennomsnittet for landet, og som året før, eller er det vesentlige forskjeller som gir grunn til å forvente lavere/høyere nivå pr. årsverk?
- Kontroll på kostnadsstedsnivå i kliniske avdelinger:
  - Er forskningskostnaden i samsvar med aktivitetsprofilen for enheten, slik at kostnaden for diagnostikk og behandling ikke blir helt feil estimert (DRG-kostnadsgrunnlaget)?
  - Er kostnaden pr. forskningsårsverk i tråd med typen forskningsårsverk på kostnadsstedet? Legeårsverk bør ha legelønnsnivå osv.

I tillegg kan det gis noen veiledende beløp pr. årsverk i ulike stillingskategorier som foretak som har lite forskning kan benytte hvis de mangler presise lønnsdata.

### 3.1.3 Pensjon og arbeidsgiveravgift

Variasjonen er også her stor. Et par sykehus i Nord-Norge kommer ut med laveste verdier (under 70.000 kr pr. forskningsårsverk), mens en del private sykehus, samt Oslo universitetssykehus, har de høyeste verdiene (240-300.000 kr pr. forskningsårsverk). Holdes disse sykehusene utenfor, er gjennomsnittet rundt 175.000 kr pr. forskningsårsverk, både med og uten de minste sykehusene.

De foretakene som er representert i Ressursgruppen, har her verdier på alle nivåer; Helse Bergen med en lav verdi (166.000 kr pr. forskningsårsverk), og Oslo universitetssykehus med en høy verdi (253.000 kr pr. forskningsårsverk). Det siste virker ekstremt høyt fordi direkte lønnskostnader pr. forskningsårsverk er lavere enn for de øvrige foretakene, og "påslaget" for pensjon og arbeidsgiveravgift blir dermed 48 prosent mot 25-35 prosent for de øvrige fire foretakene.

**Tabell 3.6 Direkte lønn, pensjon og arbeidsgiveravgift i 2012, totalt og per forskningsårsverk. Universitetssykehusene. 1000 kr.**

Forskning 2012	Forsk- nings- årsverk	Dir. lønn	Pensj. + arb.giv.- avg.	Totale kostn.	Dir. lønn pr. årsverk	Pensj + arb.giv.- avg. pr. årsverk	Totale kostn. pr. årsverk	Pensj.+ arb.giv.- avg. i forhold til lønn
Universitetssyke- huset i Nord-Norge	175	100 864	29 002	168 808	577	166	966	29 %
Helse Bergen	289	191 788	47 947	378 849	664	166	1 312	25 %
St. Olavs Hospital	91	58 668	20 270	145 408	645	223	1 600	35 %
Helse Stavanger	85	56 124	18 848	118 252	659	221	1 388	34 %
Akershus universitetssykehus	95	46 244	16 931	100 811	487	178	1 062	37 %
Oslo universitets- sykehus HF	1 201	638 375	304 045	1 432 865	531	253	1 193	48 %

Kilde for grunnlagstall: NIFU

Helse Bergen har ikke hatt lett tilgang til nødvendig bakgrunnsinformasjon på grunn av skifte av kontaktpersoner, og det har derfor ikke vært mulig å forklare de lave tallene derfra. På den annen side er den rapporterte totalkostnaden pr. forskningsårsverk for Helse Bergen fullt på høyde med de øvrige universitetssykehusene, så det kan godt hende at forskjellen skyldes at deler av pensjonskostnadene er regnet med under andre kostnadskategorier.

Pensjonsberegningen for hele OUS er sammenliknet med noen av de andre foretakene ut fra oppgitte tall og forutsetninger i styrenes beretninger for 2012. OUS og UNN oppgir at de har brukt samme forutsetninger med hensyn til avkastning og neddiskontering (renteutvikling). Men det er brukt ulike forutsetninger for uttak av AFP. Dette siste kan, sammen med ulik alderssammensetning, være årsaken til at pensjonskostnadene er relativt lavere ved UNN; et 22,4 % "påslag" på lønn ved UNN, mot 27,5 % ved OUS (inklusive arbeidsgiveravgift på pensjonskostnadene). St. Olav har ikke

oppgitt forutsetningene i beretningen, men kommer ut med tall nesten på nivå med OUS (26 prosent for St. Olav). Disse tallene tilsier at det kan være noen reelle forskjeller i pensjonskostnadene, men de kan ikke forklare variasjoner utover 5-10 prosentpoeng i påslaget på lønn. Forskjeller utover dette må skyldes spesielle forhold knyttet til forskning eller ulike rapporteringsmetodikk.

OUS sine rapporterte pensjonskostnader for *forskning* er sjekket opp mot tilsvarende for øvrig virksomhet i OUS. Dette viser et påslag på 30,4 prosent for forskningen mot 25,9 prosent for hele virksomheten. Dette kan igjen dels skyldes reelle forskjeller – høyere andel med et lønnsnivå som gir full uttelling pensjonsmessig – og dels beregningsmetodikk, for eksempel hvordan sentralt bokførte pensjonsavsetninger fordeles. Andre foretak kan ha en helt annen stillingsstruktur innen forskningen og dermed få en lavere prosent for forskning enn for øvrig virksomhet.

Samlet sett er det dermed grunn til å forvente at det ut fra reelle forskjeller i pensjonskostnader fort kan oppstå forskjeller på +/- 5 prosent. I tillegg kommer effekten av differensiert arbeidsgiveravgift, slik at summen for pensjonskostnader og arbeidsgiveravgift i visse tilfeller kan vise ytterligere 5-8 prosentpoeng variasjon (i nedkant for foretak i Helse Nord). Ut fra dette kan man vurdere å sette noen grenser for hva helseforetakene kan rapportere av slike kostnader uten nærmere forklaring. For eksempel kan 35-45 prosent være et akseptanseintervall, som for 2012 ville kreve at OUS og Helse Bergen forklarte seg spesielt. I tillegg kan nivået som fremkommer i helseforetakets årsrapport være en rettesnor.

Regneeksempel med 20 prosent pensjonskostnad for arbeidsgiver er gjengitt i tabell 3.7.

**Tabell 3.7 Estimater for andel pensjon og arbeidsgiveravgift med arbeidstakers andel som en del av lønnskostnad eller ikke (netto lønn). Et regneeksempel. Prosent.**

Påslag med alternative plasseringer av arbeidstakers andel av pensjon	Arbeidstakers andel under lønn	Arbeidstakers andel under pensjon	Relativt til netto lønn
Lønn, pensjonsgivende	100,0	98,0	100,0
Pensjon	20,0	22,0	22,4
Arb.giv.avgift av lønn	14,1	13,8	14,1
Arb.giv.avgift av pensjon	2,8	3,1	3,2
Sum påslag	36,9	38,9	39,7
Påslag	36,9	39,7	

Note: Satser må velges ut fra om man henter lønnstall inklusive eller eksklusive arbeidstakers andel av pensjon (2 %). Faktisk regnskap vil i praksis ikke stemme helt med de angitte påslag:

1. Over et visst nivå vil lønn ikke være pensjonsgivende.
2. Pensjonskostnader blir ikke refundert ved sykdom og omsorgspermisjon, mens arbeidsgiveravgift blir refundert.

Kilde for grunnlagstall: NIFU

En del foretak i Nord-Norge vil på grunn av lavere sats for arbeidsgiveravgift måtte benytte satser som er 6-8 prosentpoeng lavere.

#### Ressursgruppen anbefaler:

- Pensjon skal beregnes ut fra reell pensjonskostnad, og nivået sjekkes opp mot det som er rapportert i foretakets årsrapport.
- De foretak som ikke har presise data fra regnskapet, må benytte en sats tilsvarende foretakets årsrapport, eventuelt 20 prosent som arbeidsgivers andel.
- Det skal beregnes arbeidsgiveravgift av pensjon.
- Helseforetak som leverer kostnadsdata som tilsier satser utenfor intervallet 35-45 prosent for arbeidsgiveravgift og pensjon samlet, må sannsynliggjøre det avvikende nivået.

Lavere sats for arbeidsgiveravgift er nødvendigvis en grei forklaring i en del tilfeller.

### 3.1.4 Andre direkte driftskostnader

Denne kategorien kostnader er ment å omfatte forskningskostnader utover lønn og tilhørende sosiale kostnader i de forskningsaktive avdelingene. Det vil da være varer og tjenester som er kjøpt inn over prosjektrekskapene eller via avdelingens ordinære regnskap. Foretakene kan velge bare å forholde seg til prosjektrekskap og andre spesifikke kostnader som er kartlagt, eller beregne dette som *andeler* av foretakets/avdelingen/koststedets regnskapsførte kostnader, eller som et *standardbeløp pr. årsverk*. Reisekostnader kan bli regnskapsført som personalkostnad sammen med kursavgifter eller som annen driftskostnad. Hva som er rapportert som direkte lønn og hva som er rapportert som "andre direkte driftskostnader", fremgår ikke av den ordinære ressursrapporteringen. Det er heller ikke spesifisert i innrapporteringen til NIFU om prosjekt- og avdelingsregnskaper blir belastet for kostnader knyttet til IKT, husleie, renhold mv., eventuelt om dette blir rapportert inn som en del av en samlet sum for direkte driftskostnader. Dette vil påvirke fordelingen mellom direkte og indirekte driftskostnader i oppsettene nedenfor.

Tall for "annen drift pr. årsverk" viser stor variasjon, men tre av de sykehusene som har rapportert 0 (null) har rapportert såpass høye verdier for "Indirekte kostnader" at noe sannsynligvis er inkludert der. Blant de 12 sykehusene som har en noenlunde "normal" fordeling mellom direkte og indirekte kostnader, har Innlandet, Østfold, UNN og OUS relativt lave kostnader, mens St. Olav, Helse Bergen og Helse Stavanger har relativt høye kostnader. Tall for alle helseforetak er vist i vedlegg. For universitetssykehusene er tallene som vist nedenfor i tabell 3.8.

**Tabell 3.8 Personalkostnader og andre driftskostnader til forskning i 2012 per forskningsårsverk etter kostnadstype. Indirekte kostnader i prosent av personalkostnader. Universitetssykehusene.**

Forskning 2012	Lønn og sos.kostn.	Annen drift pr. årsverk	Indirekte driftskostn. pr. årsverk	Totale kostn. pr. årsverk	Annen dr. +indir. kostn. pr. årsverk	Indir. kostn/pers. kostn.
Universitetssykehuset i Nord-Norge	743	195	27	966	223	4 %
Helse Bergen	830	434	48	1 312	482	6 %
St. Olavs Hospital	868	651	80	1 600	731	9 %
Helse Stavanger	880	385	123	1 388	508	14 %
Akershus universitetssykehus	666	260	137	1 062	397	21 %
Oslo universitetssykehus HF	785	219	189	1 193	408	24 %

Kilde for grunnlagstall: NIFU

Fra **Universitetssykehuset Nord-Norge** er det opplyst at beregningen av "andre direkte driftskostnader" skjer på sykehusnivå basert på fordelingsnøkler som benyttes for visse kostnadsarter. Både legemidler, laboratorierekvisita, andre medisinske forbruksvarer og drift av utstyr regnes med, men ikke avskrivninger på utstyr. Det er mulig at noen av fordelingsnøklerne skulle vært justert opp, men det fremholdes også at Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST) kan ha relativt lite til andre driftsmidler sammenliknet med klinisk forskning.

**Helse Bergen** sin rapportering gir høye kostnader pr. forskningsårsverk innenfor denne kategorien, men ikke innenfor "Indirekte kostnader pr. årsverk". Grunnlagsmaterialet er vanskelig tilgjengelig og ikke undersøkt.

**St. Olavs Hospital** har basert sin rapportering på en tidligere grundig gjennomgang av regnskapene for en del forskningsprosjekter og derav følgende forholdstall mellom andre direkte driftskostnader og lønnskostnader. Med en omfattende kartlegging i utgangspunktet, og overført til en setting med relativt mange legeårsverk, vil dette gi relativt høye kostnader pr. forskningsårsverk, ca. 650.000 kr, mot 300.000 kr i gjennomsnitt for de øvrige universitetssykehusene for kategorien "Andre direkte

driftskostnader". En ny gjennomgang i forbindelse med Ressursgruppens arbeid tyder på at St. Olav kunne rapportert en del av dette under "Indirekte driftskostnader", samt at 32.000 kr pr. årsverk kan tilskrives ansatte utenfor St. Olav (stipendiater o.a. ansatt ved NTNU). Kostnadsarter vedrørende laboriemateriell, medisinsk materiell og MTU-drift er inkludert med 113.000 kr pr. årsverk. Honorarer/konsulentkostnader er også en vesentlig post med 90.000 kr pr. årsverk. En mer overordnet beregning tyder på at forholdet mellom personalkostnader og andre kostnader (direkte og indirekte) snarere er 73/27 enn 60/40 som tidligere er lagt til grunn. Dette kan bety at andre driftskostnader pr. forskningsårsverk kan bli redusert med drøyt 300.000 kr ved senere rapporteringer.

**Stavanger Universitetssykehus** har også inkludert Laboratorie- og røntgenkostnader (11.500 kr), medisinsk materiell (85.500 kr) og MTU (10.000 kr) med til sammen 107.000 kr pr. årsverk. Beregningen er gjort på sykehusnivå ut fra andelen forskningsårsverk. I tillegg kommer mer spesifikke forskningskostnader inn via Stavanger helseforskning (242.000 kr) og en andel av kostnader til kontormateriell, tekstiler, reiser og honorarer/konsulenter (36.000 kr), slik at totalen for "andre direkte driftskostnader" blir 385.000 kr pr. årsverk. Sykehuset vurderer det nå slik at det nok har blitt noe dobbelrapportering ved å inkludere en andel av sykehusets kostnader til medisinsk materiell i tillegg til de spesifikke kostnadene fra Stavanger Helseforskning.

**Oslo universitetssykehus** inkluderer bare medisinske forbruksvarer og liknende i den grad det er regnskapsført noe i prosjektregnskap, i forskningsavdelingene eller som helt spesifikke andeler for andre koststeder. Summen er i størrelsesorden 12.000 kr pr. årsverk. Tilsvarende for MTU, men her kommer noen avskrivningskostnader i tillegg, men under indirekte kostnader (se nedenfor). Laboratiekostnader utgjør nærmere 80.000 kr pr. årsverk. Resterende sum, ca. 115.000 kr, opp til 219.000 kr pr. årsverk, fordeler seg på en rekke mindre poster, herunder reiser og kjøp av eksterne tjenester. Det virker altså ikke som om noen kostnadselementer er uteglemt, men totalbeløpet blir likevel beskjedent sammenliknet med de fleste av de øvrige universitetssykehusene. Interne tall for fordeling mellom klinikker og avdelinger viser lave tall pr. årsverk for et stort forskningsinstitutt i tråd med det vi skrev om ovenfor om at laborieforskning kan ha relativt mange årsverk. Deler av den kliniske forskning viser også forholdsvis lave kostnader pr. årsverk, slik som psykiatri, langtidsbivirkninger av kreftbehandling og utprøvende behandling (fritt medikament).

**Oppsummert.** Tallene for 2012 viser en variasjon fra ca. 200-650.000 kr i andre driftskostnader pr. forskningsårsverk for universitetssykehusene. Gjennomsnittet for disse er 279.000 kr, mot 248.000 kr for alle helseforetakene. Med de korreksjonene som er antydnet for St. Olavs hospital og Stavanger universitetssykehus, vil variasjonen fremover trolig ligge i området 200-400.000 kr. Hvis ikke Universitetssykehuset Nord-Norge og Oslo universitetssykehus finner grunnlag for å rapportere økte kostnader, vil gjennomsnittskostnaden pr. årsverk gå noe ned.

**Kvalitetssikring fremover.** Ressursgruppen foreslår at beregningsmetodikken gjennomgås med alle rapporterende enheter (fellesmøte) og at det presiseres at alle kostnadselementer skal være med ut i fra en spesifisert liste. Samtidig mener Ressursgruppen at helseforetakene må være forsiktig med å inkludere andeler av kostnadene til medisinske forbruksvarer på sykehusnivå, fordi selv små andeler av totalregnskapet kan gi store utslag på forskningsdelen. Kostnader pr. årsverk ned mot 200.000 kr, eller over 400.000 kr, bør føre til ekstra sjekk av grunnlaget/beregningene. Samtidig er det viktig at reelle variasjoner som følge av ulik virksomhet eller ulikt nivå på forskningssatsingen i foretakene ikke fjernes.

### **3.1.5 Indirekte driftskostnader**

Tabell 3.8 ovenfor viser også andre indirekte kostnader pr. årsverk. I tillegg er forholdet mellom dette tallet og personalkostnader pr. årsverk beregnet. Dette forholdstallet sier noe om felleskostnader eller overhead som er regnet inn. For mange av sykehusene er det her lave tall, men det er samtidig mulig at dette kan forklares med at noe er rapportert som *direkte* kostnader i stedet, for eksempel for St. Olav.

Hovedforklaringen på forskjellen mellom høyeste og laveste verdi – OUS, 189.000 kr mot UNN, 27.000 kr – er at OUS har med *avskrivninger på bygninger* og andre kostnader knyttet til eiendomsdrift. I tillegg har UNN rapportert noe som direkte kostnader. Stavanger har i denne sammenstillingen ikke spesielt høye kostnader pr. årsverk, men er antakelig det eneste sykehuset som har *den sentrale forskningsadministrasjonen* som indirekte kostnad (43.000 kr pr. årsverk).

Bortsett fra avgrensningen mellom direkte og indirekte kostnader synes det som nivået på husleie og bygningers drift for øvrig er mest avgjørende i disse beregningene. Flere sykehus har fulgt malen og regnet med 10 kvm pr. forskningsårsverk og 1.000 kr pr. kvm eller mindre. Markedspris for kontorlokaler i de større byene er mer i størrelsesorden 1.600 kr + mva. I tillegg kommer oppvarming, strøm og renhold. Ut fra dette burde kostnadsnivået være rundt 2.500 kr pr. kvm og 25.000 kr pr. årsverk.

OUS har på sin side regnet ut fra en andel av alle kostnader knyttet til bygningers drift, inklusive avskrivninger. Det er bare gjort fradrag for visse typer renhold (operasjonssaler), og kostnader til alle typer lokaler er dermed stort sett med i grunnlaget. Dette virker greit i forhold til laboratoriefasiliteter, som er et hovedelement i forskningsinnsatsen ved OUS, men kanskje ikke fullt så greit for sengearealer, undersøkelsesrom og operasjonssaler, der forskningsintensiteten er mye lavere. Beregninger som er gjort for OUS, viser imidlertid at avskrivningene knyttet til moderne laboratorielokaler er såpass høye at det med OUS sin forskningsprofil vil gi enda høyere avskrivningskostnader enn det som er rapportert.

**Kvalitetssikring fremover.** Hvilke typer fellesavdelinger og kostnadselementer som skal medtas, gjennomgås med alle rapporterende enheter. Malen eller retningslinjene for beregning av arealkostnad bør revideres slik at den angir et realistisk nivå for husleie (markedsleie inkl. mva.), renhold, strøm mv. Samtidig vurderes om 10 kvm er et riktig nivå pr. forskningsårsverk, dvs. om det vil dekke både kontorplass, laboratorieplass og fellesarealer. Kostnadene for kontorlokaler kan være et greit gjennomsnitt for alle de nevnte kategoriene lokaler forutsatt at forskningspersonalet i liten grad benytter laboratorielokaler.

Sykehus som har en bestemt oppfatning om en annerledes fordeling mellom kontorlokaler og laboratorier, og eventuelt også har eksakte kostnadsdata, bør gjøre mer detaljerte beregninger. Gjennomgående bruk av andeler basert på forskningsårsverk vs. totale antall årsverk i sykehuset må gjøres med forsiktighet for arealkostnader og andre store felleskostnader. På den annen side vil det være et poeng å rapportere et realistisk nivå for investeringer og avskrivninger, jf. avsnittet om investeringer nedenfor. Ressursgruppen bør derfor vurdere dette på nytt neste år.

NIFU kan uavhengig av denne diskusjonen oppgi veiledende beløp pr. forskningsårsverk for felleskostnader, spesielt med tanke på at enheter med få forskningsårsverk ikke skal bruke mye tid på disse beregningene.

### **3.1.6 Oppsummering, status og anbefalinger for videre arbeid**

Ressursgruppen mener at variasjonene i innrapporterte kostnader pr. årsverk i 2012 er så store at de ikke bare kan forklares med reelle forskjeller i kostnadsnivå eller satsing på forskning. Variasjonene utjevnes en del på nasjonalt nivå, og er slik sett neppe vesentlig for vurderingen av forskningsinnsatsen i helseforetakssektoren som helhet. Men det er ingen slik utjevning internt i regionene, og andelene for regionene kan være opptil 1,5 prosentpoeng feilrapportert, hvilket kan være uheldig for bruk av tallene i ulike sammenlikninger.

Ressursgruppen mener det vil være fullt mulig å bringe variasjonene ned på et akseptabelt nivå ved å gjennomføre følgende kvalitetssikringstiltak:

- Lønnskostnaden pr. forskningsårsverk vurderes opp mot lønnsnivået for aktuell personellkategori og stillingssammensetningen innen enhetene.

- Nivået på pensjonskostnadene sjekkes opp mot det som blir rapportert i foretakets årsrapport (arbeidsgivers andel forventet over 20 %).
- Når det beregnes husleie og felleskostnader pr. kvm, bør nivået samsvare med markedsleie.
- Sjekklister for hvilke kostnadselementer som skal inkluderes.
- Veiledende satser til bruk i helseforetak med få forskningsårsverk.

Det foreslås å invitere representanter for alle helseforetakene til et felles møte der behovet for kvalitetssikring, veiledende satser og sjekklister gjennomgås.

Ressursgruppen bør vurdere nærmere hva som er relevante arealkostnader ved forskning i sykehus; bare marginale kostnader (ekstra kontorplass), eller en andel av sykehusets totale arealkostnader.

## 3.2 Investeringer

### 3.2.1 Overordnede mønstre og fordelinger

Innrapporterte investeringer i 2012 viser relativt beskjedne beløp angående forskning, fra et begrenset antall foretak; jf. tabell 3.9.

**Tabell 3.9 Innrapporterte investeringer i forskning og utviklingsarbeid ved helseforetak og private, ideelle sykehus i 2012 etter type investering. 1000 kr.**

Rapporteringsenhet	Investeringer til forskning				Investeringer til utviklingsarbeid		
	Annet utstyr	Nybygg	Viten-skapelig utstyr	Totalt	Nybygg	Viten-skapelig utstyr	Totalt
Feiring			200	200	2 900	9 000	11 900
Haugesund	2			2		36	36
Helse Fonna	573			573			
Helse Stavanger		2 200		2 200			
Jæren DPS			20	20			
Lovisenberg		500	500	1 000			
Nordlandssykehuset			204	204			
St. Olavs hospital			1 242	1 242		1 262	1 262
Sunnaas	1 000			1 000		234	234
Sykehuset Innlandet						3 133	3 133
Sykehuset Østfold						1 163	1 163
Vestre Viken	495			495		81	81
<b>Totalsum</b>	<b>2 070</b>	<b>2 700</b>	<b>2 166</b>	<b>6 936</b>	<b>2 900</b>	<b>14 909</b>	<b>17 809</b>

Kilde for grunnlagstall: NIFU

Dette kan ha flere forklaringer:

1. Det er faktisk gjort lite investeringer relatert til forskning akkurat dette året.
2. En del utstyrsanskaffelser skjer via prosjektbudsjetter og bokføres som driftskostnad.
3. Ekstra undersøkelseskapasitet for forskning kjøpes eksternt.
4. Forskningsandeler av arealer i nye sykehusbygg rapporteres ikke inn (bortsett fra når det gjelder forskningsbygg).



5. Forskningsandeler for generelt diagnostisk utstyr rapporteres ikke inn fordi det tidligere bare ble spurt etter vitenskapelig utstyr.
6. Foretakene prioriterer å få lønns- og driftskostnadene korrekt rapportert, og en del foretak rekker ikke å se spesielt på investeringene.

Disse tallene har vært brukt som grunnlag for NIFUs vidererapportering av FoU-statistikk til internasjonale organisasjoner (OECD, EU/Eurostat), for der legges kontantprinsippet til grunn. Hvis oversikten for 2012 er representativ for en rekke år, skulle dette isolert sett ha ført til en underrapportering av den norske forskningsinnsatsen. Gjennomgangen ovenfor av andre driftskostnader og indirekte driftskostnader viste imidlertid at det kan være en del areal- og utstyrskostnader som er tatt med som en del av prosentvise påslag, og dermed har kommet med selv om NIFU har trukket ut avskrivninger før rapportering til OECD.

Selv om totalen som et gjennomsnitt over tid kanskje ikke har blitt så forskjellig fra realitetene, kan det være uheldig hvis spesifikke satsinger i form av nye forskningsbygg eller utstyrsprogrammer ikke blir fanget opp. Senere i denne rapporten fremgår det også at kontantprinsippet benyttes i nasjonal FoU-statistikk og når tall fra forskjellige sektorer skal legges sammen for å få et totalt utgiftsnivå innen medisinsk og helsefaglig forskning. Det er derfor flere grunner til at denne delen av helseforetakenes rapportering bør følges opp nøyer.

Ressursgruppen har ikke diskutert dette inngående, men ut fra den gjennomgangen som er gjort ovenfor og noen mer generelle prinsipper kan følgende problemstillinger settes opp:

- Helseforetakene må hvert år gjennomgå sine investeringer og vurdere om noen av anskaffelsene helt eller delvis skal rapporteres som investeringer for FoU-formål.
- Retningslinjene må si noe om helseforetakene skal regne med at en viss andel av investeringene i bygninger og medisinsk-teknisk utstyr (MTU) uansett skal rapporteres som FoU-relatert (for eksempel ut fra andelen forskningsårsverk), eller ikke.
- Det bør over tid være rimelig samsvar mellom innrapporterte avskrivninger og tidligere investeringer.
- Retningslinjene må si noe om hvordan kalkulert husleie skal håndteres i denne sammenheng – skal noe av dette rapporteres som avskrivninger for å gjøre det mulig å ekskludere det?
- Hvis helseforetak og universitet har felles arealer og/eller utstyr, må rapportene avstemmes, men samtidig må summene inkludere eventuell ekstern finansiering.

**Ressursgruppen anbefaler** i første omgang at NIFU påpeker enda tydeligere overfor helseforetakene at tallene blir brukt både nasjonalt og internasjonalt og at det generelt bør være rimelig samsvar over tid mellom innrapporterte avskrivninger og tidligere rapporterte investeringer. Ressursgruppen bør vurdere prinsippene og behovet for mer detaljerte retningslinjer i 2014.

## 4 Hvordan ta hensyn til finansieringen av forskning og utviklingsarbeid ved sammenlikninger

### 4.1 Holde eksternt finansiering utenom

For å få sammenlignbare tall kan man tenke seg to alternative beregningsmåter. Den ene er å avgrense seg til å sammenligne ressursbruk finansiert av basisbevilgningen. Det er de senere årene gjort i de årlige rapportene. Det er imidlertid heller ikke uproblematisk. Slik materialet innrapporteres i dag er det begrensede muligheter for å gi beskrivelser utover akkurat hvor mye som er finansiert på denne måten. Opplysninger om årsverksinnsats og fordeling på kostnadstyper lar seg f.eks. ikke uten videre fremskaffe. Det er imidlertid mulig å gjøre beregninger basert på forutsetninger om blant annet årsverkspriser per rapporteringsenhet, for eksempel slik at antall årsverk som er eksternt finansiert beregnes ut fra gjennomsnittlig kostnad pr. årsverk. I tillegg kan de helseforetakene som har eksakte tall for disse årsverkene, oppgi disse, slik at antallet blir mest mulig riktig på regionalt nivå.

**Ressursgruppens anbefaling:** Tall for eksternt finansierte årsverk beregnes/innhentes, slik at det blir mulig å presentere flere forholdstall og sammenlikninger mellom regionene basert på tall uten eksternt finansiering.

En litt annen problemstilling gjelder kategoriseringen av alle midler som kommer via RHF-ene som "basisbevilgning". En stor del er midler som er øremerket for forskning ved tildelingen, og videre tildeling skjer i en prosess der samarbeidsorganene for RHF-ene og universitetene treffer beslutninger. Ressursgruppen bør diskutere hvordan dette bør fremstilles i rapportene.

### 4.2 Inkludere RHF-midler som ikke kanaliseres direkte inn i HF-systemet

Tabellen nedenfor viser resultater fra 2012-rapporteringen. NIFU har her sammenholdt midlene som helseforetak og private, ideelle sykehus har rapportert inn med tallene vi har mottatt fra de regionale helseforetakene. I gjennomsnitt fordeler RHFene 93 prosent av sine midler til enheter innenfor egen foretaksgruppe. Det er imidlertid også her betydelige variasjoner fra Helse Sør-Øst som oppgir å kanalisere alle forskningsmidler til egne foretak mv. til Helse Midt-Norge som oppgir at bare 61 prosent av midlene videreføres på denne måten.

**Tabell 4.1 Helseforetakenes driftskostnader til FoU i 2012, inklusive eksternt finansiert FoU og avskrivninger, etter region og forvaltningsnivå. Millioner kroner. Prosent.**

Forvaltningsnivå Helseregion	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) <sup>1</sup> (mill. kr)	RHF, HF og PS samlet (mill. kr)	
Helse Midt-Norge RHF <sup>2</sup>	257	163	420	61
Helse Nord RHF <sup>3</sup>	244	37	281	87
Helse Sør-Øst RHF	2 116	0	2 116	100
Helse Vest RHF <sup>4</sup>	581	23	604	96
<b>Totalt</b>	<b>3 198</b>	<b>223</b>	<b>3 421</b>	<b>93</b>

<sup>1</sup> Kilde: De regionale helseforetakene.

<sup>2</sup> RHF-tallet inkluderer Hemit som er en avdeling i Helse Midt-Norge RHF.

<sup>3</sup> RHF-tallet inkluderer Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)

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

Kilde: NIFU

Eventuelle problemer med sammenlikning mellom regioner vil i all hovedsak være knyttet til en eventuell "underrapportering" fra Helse Midt-Norge. Beløpene er så store for enkelte helseregioner (Helse Midt-Norge, eventuelt også Helse Nord) at det vil påvirke sammenlikningene mellom regionene (ett prosentpoeng av samlede FoU-kostnader utgjør 32-34 mill. kr).

**Ressursgruppen anbefaler** at Helse Midt-Norge spesifiserer hvilke tildelinger som er å betrakte som FoU, og at disse for fremtiden inkluderes i rapporteringen for St. Olav. Alternativt bør sammenlikninger mellom RHF der alle midlene til henholdsvis forskning og utviklingsarbeid er inkludert, tas inn i hovedteksten og kommenteres<sup>4</sup>.

Støtte til kvalitetsregistre og generell IKT-infrastruktur inkluderes ikke i FoU-rapporteringen, med mindre noe av dette mangler i grunnlaget for beregning av indirekte kostnader.

### 4.3 Inkludere ressursbruk i universitets- og høgskolesektoren som er relatert til helseforetakene

For å fange opp all ressursbruk til forskning (og utviklingsarbeid) uavhengig av hvordan midlene forvaltes, kan også ressursbruken i tilgrensende enheter i universitets- og høgskolesektoren tenkes rapportert sammen med det som er registrert i helseforetakenes regnskap. Ressursgruppen har vurdert to tilnærminger for å få til dette:

1. Mikrotilnærming: Berørte helseforetak innhenter tall fra relevante enheter i UoH-sektor.
2. Makrotilnærming: Tar utgangspunkt i eksisterende NIFU-rapport for all medisinsk og helsefaglig forskning (annethvert år).

Ressursgruppens vurdering er at mikrotilnærmingen vil kreve så mye ekstraarbeid med datainnhenting i helseforetakene og utfylling av ekstra skjemaer eller egne kolonner for tall hentet fra UoH-sektoren at det ikke lar seg gjøre innenfor den vanlige tidsfristen. Denne typen ekstraarbeid bør dessuten unngås hvis det er mulig. Ressursgruppen anbefaler derfor at man i første omgang velger makrotilnærmingen for å se om denne, eventuelt med noen tilpasninger, kan være tilstrekkelig for formålet. Dette drøftes videre i neste kapittel.

<sup>4</sup> Tabellen finnes nå bare som vedlegg til NIFU sin rapport for helseforetakene, og ikke med spesifikasjoner for henholdsvis forskning og utviklingsarbeid.

## 5 Forholdet til universitets- og høgskolesektoren

### 5.1 Problemer og muligheter når sektorene ses samlet

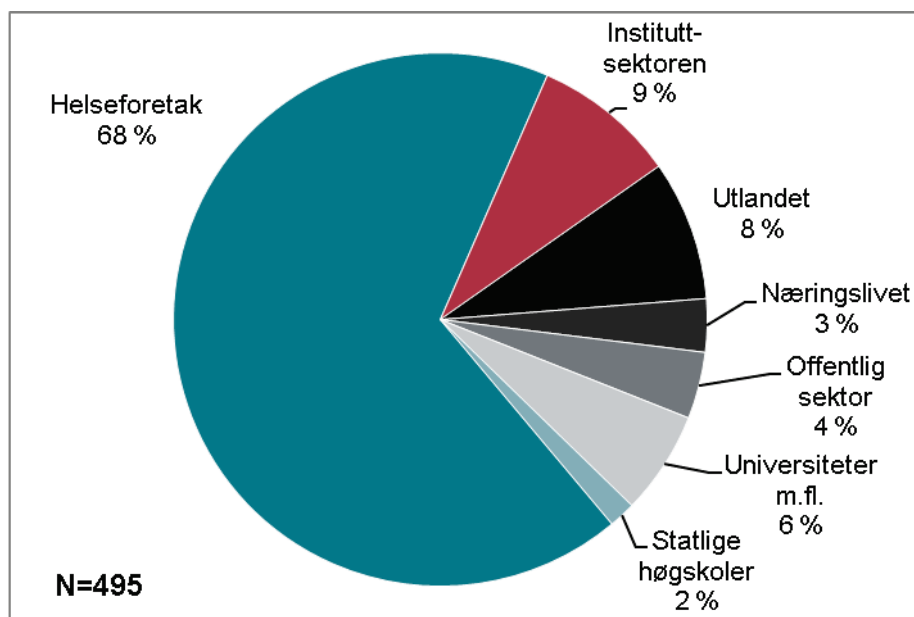
Ved siden av universiteter og høgskoler er helseforetak og private ideelle sykehus de ressursmessig tyngste aktørene innenfor medisinsk og helsefaglig forskning (Wiig et al 2011; Gunnes et al 2013). Til sammen utfører helseforetak mv. nærmere halvparten av medisinsk og helsefaglig forskning i Norge, om vi holder næringslivets ressursinnsats utenom. I dette kapitlet fokuserer vi særlig på de to tyngste gruppene av institusjoner innenfor dette bildet – universiteter (inkludert vitenskapelige høgskoler) og universitetssykehus. Til sammen hadde disse driftsutgifter til FoU på om lag 4,3 mrd. kr. i 2011, som var nesten tre fjerdedeler av FoU-innsatsen innenfor medisin og helsefag utenom næringslivet.

#### 5.1.1 *Problemer knyttet til avgrensning mellom universiteter og helseforetak generelt*

Forvaltningsmessig sorterer universitetene under Kunnskapsdepartementet, mens helseforetakene ligger under Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde. Formelt sett er det dermed greit å skille mellom de to institusjonstypene. Det gjelder også i rapporteringssammenheng i de aller fleste tilfeller. I praksis kan det imidlertid være vanskelig å trekke grensene mellom de to institusjonstypene. I flere tilfeller kan det synes som enhetene sågar er underlagt doble instruksjonslinjer. Ser man de to institusjonstypene i sammenheng er det dermed en risiko for at ressurser ikke registreres ved noen av dem eller at de registreres på begge sider, dvs. dobbeltregistreres.

Vanskeligheter med å skille institusjonstypene henger også sammen med at det er utstrakt samarbeid og samhandling på tvers av institusjonsgrenser. Det er relativt omfattende bruk av felles lokaler, instrumenter og infrastruktur, fellesprosjekter, mobilitet og delte stillinger og bistillinger. Et eksempel på det siste er professor II-stillingene. Figur 5.1 viser at to tredjedeler av denne stillingsgruppen innen medisin og helseområdet har sin hovedstilling i et helseforetak.

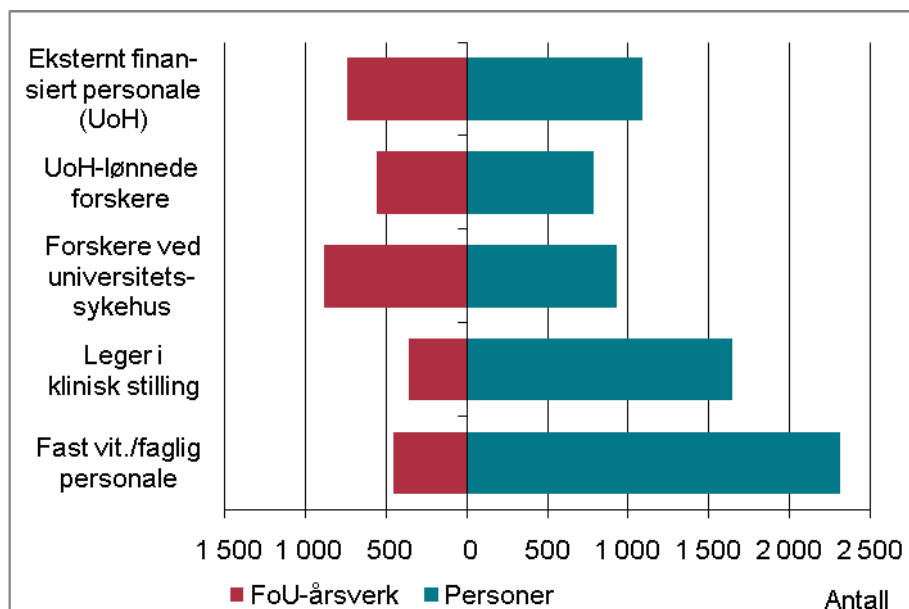
**Figur 5.1 Professor II innenfor medisin og helsefag i 2011, etter sektor og institusjonstype for hovedstilling. Prosent.**



Kilde: NIFU

Ofte er det leger i klinisk stilling ved helseforetakene som har II-stillinger ved universitetene slik vi ser i figur 5.1. Årsverkene utført av leger i kliniske stillinger utgjør over 400 i helseforetakene (19 % av totalen for helseforetakene i 2012, tabell 3.5), jf. figur 5.2.

**Figur 5.2 Antall forskere og annet faglig personale og FoU-årsverk utført av forskere og annet faglig personale innenfor medisin og helsefag ved universiteter, høyskoler og universitetssykehus i 2011, etter stillingskategori.**



Kilde: NIFU

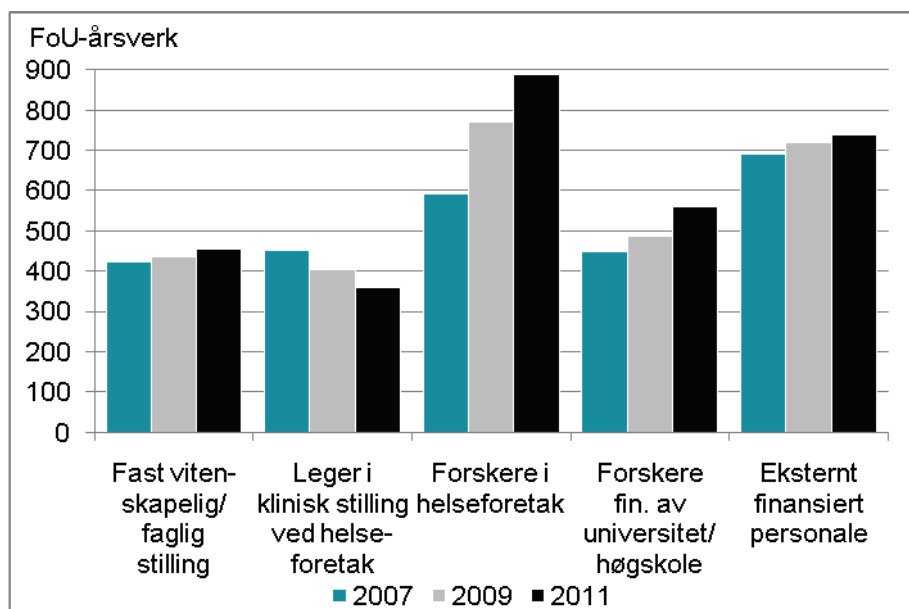
Antallet leger i klinisk stilling tilsier at det er vesentlig for sammenlikningene at denne grupperingen håndteres noenlunde ensartet ved de forskjellige universitetssykehusene, hvilket er usikkert. For det første har NIFU sett noen tilfeller der forskningsårsverk for leger som har delte stillinger som lege og stipendiat i sin helhet har blitt rapportert inn som legeårsverk. For det andre er det sannsynlig at noen leger med professor II-stilling rapporterer forskningsinnsatsen i bistillingen som om den er

utført i hovedstillingen som lege, samtidig som professor II-stillingen rapporteres inn med en forskningsandel fra UoH-sektoren.

Antallet forskningsårsverk utført av leger i klinisk stilling har vært synkende fra 2007 til 2011 (jf. figur 5.3), mens antallet forskningsårsverk utført av "forskere i helseforetak" har økt, men vi kan altså ikke være helt sikre på om dette bare skyldes at ressursinnsatsen reelt er annerledes, eller om også en riktigere rapportering bidrar til denne vridningen.

For professor II-stillinger som er finansiert av helseforetakene, er riktig rapportering av forskningsandelen av denne kostnaden inngår under "andre direkte driftskostnader" i HF-rapporteringen, slik at det uansett vil være en systematisk, parallell rapportering av kostnadene knyttet til dette i de to sektorene. På den annen side bør det ikke være vanskelig for helseforetakene å gjenfinne disse utbetalingene til UoH-sektoren i sine regnskaper, slik at de kan ekskluderes der hvor det er vesentlig for sammenstillingene.

**Figur 5.3 Antall FoU-årsverk utført av forskerpersonale innenfor medisin og helsefag ved universiteter, høyskoler og universitetssykehus 2007-2011, etter stillingskategori.**



Kilde: NIFU

### 5.1.2 Problemer med å gjøre avgrensningen på samme måte på tvers av helseforetak og helseregioner

Ytterligere kompliserende er det at de fire helseregionene har ulik historie og derigjennom utviklet hver sin organisatoriske praksis som gjenspeiles i dagens aktivitet og rapportering. Forskjellene gjelder ulike nivåer. For det første er forholdet mellom de regionale helseforetakene og universitetene ulikt. I Helse Midt-Norge er f.eks. båndene tette, og RHF-oppgaver utføres til dels av personale som er ansatt ved NTNU, mens forholdet mellom Helse Sør-Øst og Universitetet i Oslo ikke er så tett. Organiseringen påvirker også plan-, rapporterings- og regnskapsprosesser. Midler som fordeles mellom regioner og foretak fra sentralt hold kan dermed bli brukt og/eller registrert på ulike måter; jf. Kapittel 4.

**Ressursgruppens vurdering** er at det er nettopp slike forhold som tilsier at sammenlikninger mellom helseregioner og helseforetak bør gjøres ut fra en sammenstilt rapport for helseforetaks- og UoH-sektoren. Ressursgruppen mener videre at grenseflatene i stor grad er kjent, og at universitetssykehusene ved kontakt med de parallelle universitetsadministrasjonene vil kunne få klarhet i eventuell manglende rapportering eller dobbeltrapportering. Dette vil kunne gjøres etter den

ordinære rapporteringen pr. 15. mars, og hvilke beløp det er aktuelt å korrigere for ved en samlet fremstilling for de to sektorene vil kunne beregnes tidsnok til en totalrapportering senere på året<sup>5</sup>.

## 5.2 Aktuelle organisasjonsnivåer i sammenlikningene

Det kan tenkes ulike kombinasjoner av organisasjonsenheter for å få sammenliknbarhet:

- RHF samlet og alle universiteter og høyskoler i regionen (regionalt nivå).
- Universitetssykehus og tilhørende medisinsk og helsefaglige fakulteter eller institutter, eventuelt også stedets høyskoler (institusjonelt nivå).
- Klinikker eller avdelinger i universitetssykehus og tilsvarende institutter eller avdelinger ved universitetet (sub-institusjonelt nivå).

Det siste alternativet vil kreve utvidet rapportering fra helseforetakene, og delvis også fra UoH-sektoren (der hvor samme institutt er knyttet til flere helseforetak).

**Ressursgruppen anbefaler** derfor at man forsøker et av de to første alternativene ved å utnytte eksisterende rapportering. Spesielt bør muligheten for å basere seg på NIFUs fellesrapport for helseforskning<sup>6</sup> utnyttes maksimalt. Dette er forsøkt nedenfor.

## 5.3 Bruk av materiale fra NIFU sin totalrapport for medisinsk og helsefaglig forskning

NIFU har på oppdrag fra Ressursgruppen gjort noen bearbejninger av tall som inngår i totalrapporten for medisinsk og helsefaglig forskning i 2011, som er presentert i NIFU-rapport 24/2013. I og med at det er forholdet mellom helseforetakene og UoH-sektoren som er Ressursgruppens anliggende her, er instituttsektoren holdt utenom<sup>7</sup>, og fremgår kun av tabell 5.1. Dette innebærer at de fleste nasjonale institutter beliggende i Oslo, og som dermed kunne forstyrre ved en regional sammenlikning er tatt ut, men også at enkelte regionale institutter og enheter som kanskje burde vært med, er tatt ut, f.eks. Sintef Helse. Fullstendig liste er vist i vedlegg (vedlegg 2 fra NIFU-rapporten).

**Tabell 5.1 Driftsutgifter til FoU innen medisin og helsefag i universitets- og høyskolesektoren og instituttsektoren i 2011 etter institusjonstype og helseregion. Mill. kr.**

Institusjonstype	Sør-Øst	Vest	Midt	Nord	Totalt
Universiteter og vitenskapelige høyskoler <sup>1</sup>	854,8	394,2	471,4	324,7	2 045,1
Statlige høyskoler	158,8	38,0	61,8	19,6	278,1
Universitetssykehus	1 394,51	476,2	195,7	201,0	2 267,5
Øvrige helseforetak <sup>2</sup>	381,6	36,3	50,4	29,1	497,5
<i>Sum universiteter, høyskoler og helseforetak</i>	<i>2 789,7</i>	<i>944,7</i>	<i>779,3</i>	<i>574,4</i>	<i>5 088,1</i>
Instituttsektoren	669,3	117,6	38,6	-	825,5
<b>Totalt</b>	<b>3 459,0</b>	<b>1 062,3</b>	<b>817,8</b>	<b>574,4</b>	<b>5 913,6</b>

<sup>1</sup> Vitenskapelige høyskoler omfatter her Diakonhjemmet høyskole, Norges idrettshøyskole og Høgskolen i Molde.

<sup>2</sup> Inkluderes ofte i instituttsektoren i nasjonal rapportering, mens universitetssykehusene inngår i UoH-sektoren.  
Kilde: NIFU

<sup>5</sup> Hvis den samlede rapporten baseres på den vanlige rapporteringen fra UoH-sektoren, vil den uansett måtte følge en annen (to-årlig) syklus.

<sup>6</sup> NIFU Rapport 24/2013.

<sup>7</sup> Næringslivets egen FoU-innsats omtales ikke her, da dette ikke anses å være relevant for sammenlikningene mellom helseregionene.

I FoU-statistikken og i andre sammenhenger der hovedmålet er å finne best mulige tall på aggregert nivå, vil det kunne være tilfredsstillende å fange opp ressursbruken for universiteter og universitetssykehus samlet. Det er tilfellet i mange OECD-land. I Norge har vi imidlertid også hatt ambisjoner om å kunne si noe om fordelingen på de to institusjonsgruppene. En hovedutfordring i et rapporteringssystem som i økende grad brukes også i planleggingssammenheng, er nettopp å utvikle felles definisjoner og retningslinjer som gjør tallene mest mulig sammenlignbare på tvers av foretak og regioner.

Fordeling på forskningsart, det vil si grunnforskning, anvendt forskning og utviklingsarbeid, lar seg kun gjøre for totalsummen ved universiteter og høyskoler, ikke for ulike finansieringskilder. Tabell 5.2 nedenfor viser samlede driftsutgifter til forskning i HF- og UoH-sektoren på ca. 4,5 mrd. kr, mot 5,1 mrd. kr for FoU totalt (tabell 5.1). Utviklingsarbeid utgjør altså ca. 0,6 mrd. kr, med en forholdsvis stor andel utviklingsarbeid for de statlige høyskolene (33 %) sammenliknet med de største universitetene og universitetssykehusene (rundt 10 %; jf. kapittel 2). Mulig ulik rapporteringen av utviklingsarbeid drøftes spesielt avslutningsvis, men i den videre fremstilling benyttes tall for FoU samlet når alle sektorer omtales, jf. figur 5.5 og utover.

**Tabell 5.2 Driftsutgifter til forskning innen medisin og helsefag ved universiteter, høyskoler og helseforetak i 2011 etter institusjonstype og helseregion. Mill. kr.**

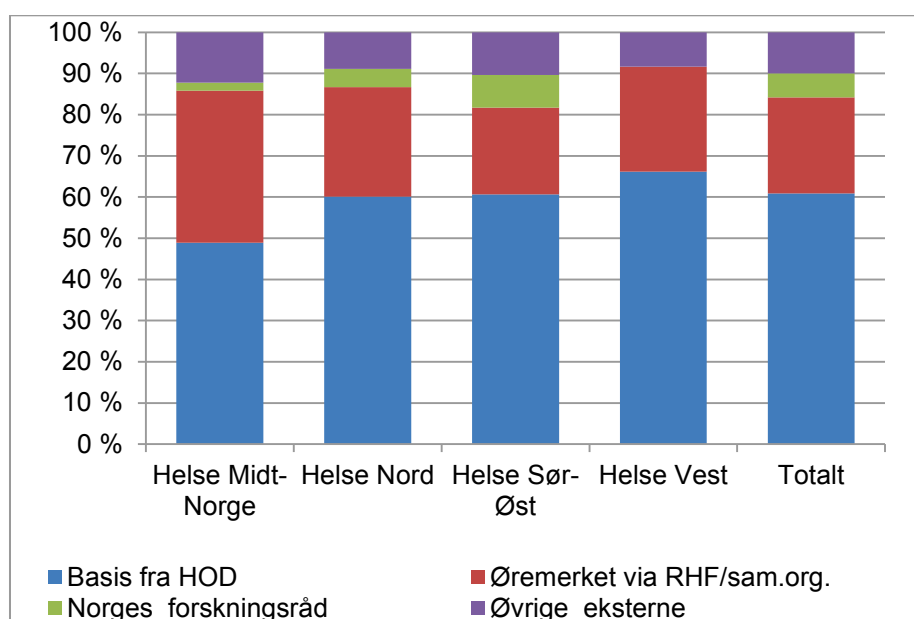
Institusjonstype	Sør-Øst	Vest	Midt	Nord	Totalt
Universiteter og vitenskapelige høyskoler <sup>1</sup>	742,9	358,6	418,4	284,2	1 804,1
Statlige høyskoler	106,9	31,7	35,6	12,4	186,6
Universitetssykehus	1 327,0	430,0	137,0	154,8	2 048,8
Øvrige helseforetak	324,1	32,4	38,9	26,7	422,2
<b>Totalt</b>	<b>2 501,0</b>	<b>852,8</b>	<b>629,9</b>	<b>478,1</b>	<b>4 461,7</b>

<sup>1</sup> Vitenskapelige høyskoler omfatter Diakonhjemmet høyskole, Norges idrettshøyskole og Høgskolen i Molde.  
Kilde: NIFU

### 5.3.1 Dekning av eksterne midler til forskning i helseforetakene

Figur 5.4 viser ulik finansieringsstruktur i de ulike helseregionene.

**Figur 5.4 Helseforetakenes finansieringsstruktur for forskning i 2012, totalt og etter helseregion. Prosent.**



Kilde: NIFU

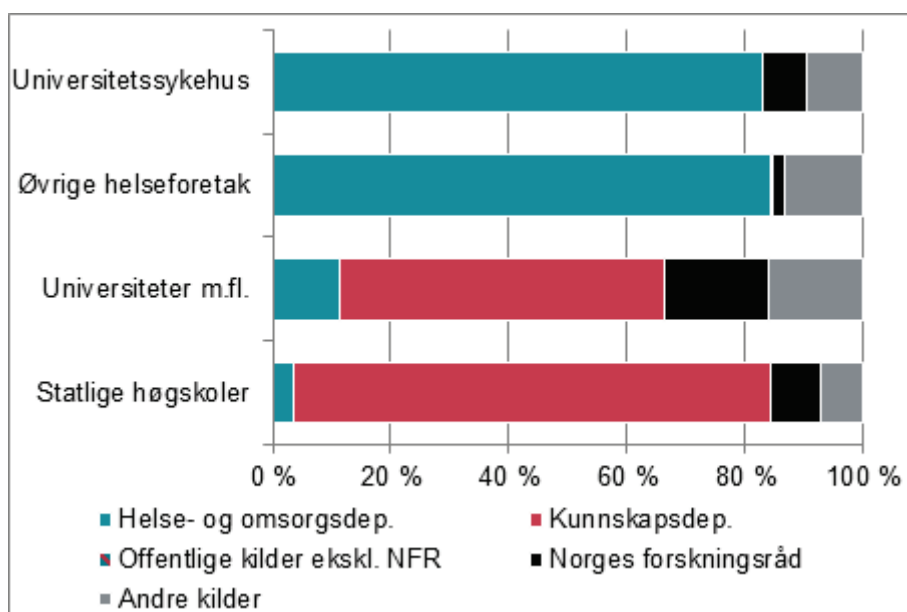


Noe av dette gjenspeiler ulik forskningsaktivitet som krever ulik finansiering, mens noe skyldes ulik forvaltning av eksterne midler.

### 5.3.2 Finansiering av driftsutgifter til FoU i begge sektorer

Som vi har drøftet over, har helseregionene noe ulik praksis i organiseringen av virksomhetene og forholdet til universitets- og høgskolesektoren. I praksis har vi i *helseforetaksrapporteringene* f.eks. sett at midler fra sentrale kilder som Norges forskningsråd ikke fanges opp i Helse Vest, til forskjell fra i Helse Sør-Øst (se f.eks. Wiig 2013, s.19). Og det er ikke slik at helseforetaksforskere ikke forsker på prosjekter finansiert av Forskningsrådet, men at midler i samarbeidsprosjekter registreres der prosjektledelse og -administrasjon er plassert, og det er ofte ved universitetet. I enkelte tilfeller er denne tendensen blitt styrket gjennom lokale og regionale insentivsystemer. Slike forhold gjør sammenligning av helseregionene langs ulike dimensjoner problematisk. Figur 5.5 illustrerer forskjellene i finansieringsstrukturen mellom forskjellige institusjonstyper, mens figurene 5.6 og 5.7 viser det samme for hver helseregion.

**Figur 5.5 Driftsutgifter til FoU innenfor medisin og helsefag i 2011 etter institusjonstype og hovedfinansieringskilde<sup>1</sup>. Prosent.**



<sup>1</sup> Midler fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) omfatter basisbevilgning og andre bevilgninger over departementets budsjett. Tilsvarende gjelder Kunnskapsdepartementet (KD). Offentlige kilder eksklusive NFR omfatter midler fra andre departementer enn HOD og KD, herunder underliggende organer, fylkeskommuner og kommuner. Andre kilder omfatter næringslivet, medisinske fonds, ideelle organisasjoner, egne inntekter, EU-kommisjonen og øvrig utland.

Kilde: NIFU

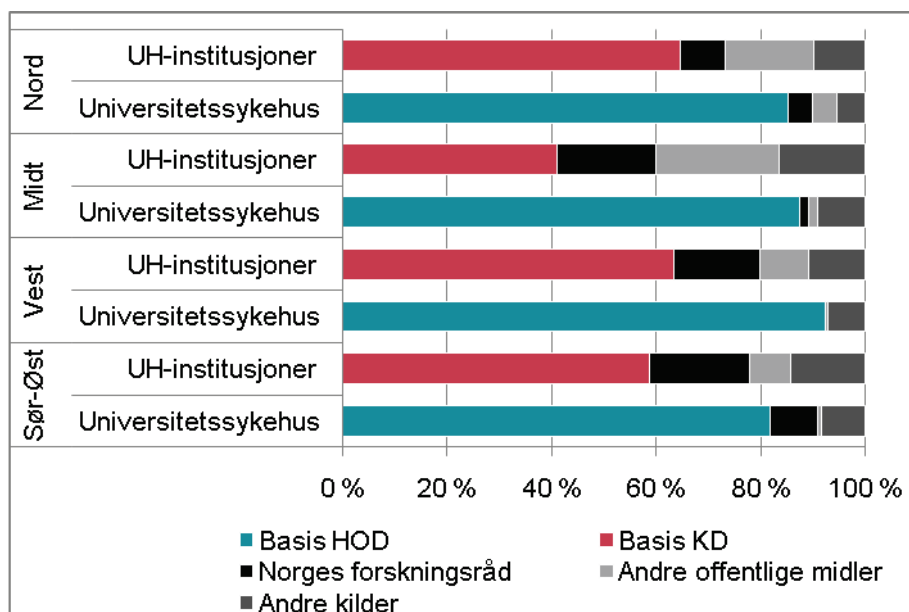
Figur 5.5 viser at både helseforetakene og universiteter og høyskoler i hovedsak er finansiert av sine respektive fagdepartementer, henholdsvis Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. Innslaget av forskningsrådsfinansiering er langt sterkere ved universitetene enn ved noen av de andre institusjonstypene i figuren, noe som også har sammenheng med at midler til samarbeidsprosjekter mellom universiteter og helseforetak oftere forvaltes av universitetene.

I de to neste figurene er analysen begrenset til universitets- og høyskolesektoren, dvs. universitetssykehusene sammenlignes med universiteter og høyskoler i relative (figur 5.6) og absolutte (figur 5.7) tall. Vi ser at helseforetakenes finansieringsstruktur er relativt lik i de fire helseregionene, bortsett fra at forskningsrådsmidlene utgjør en langt større andel av totalfinansieringen i Helse Sør-Øst enn i Helse Vest og Helse Midt-Norge, mens andelen i Helse Nord befinner seg midt i mellom. I

Helse Vest og Helse Midt-Norge ser vi også at forskningsrådsmidlene i UoH-institusjonene utgjør omtrent like stor andel som i Helse Sør-Øst.

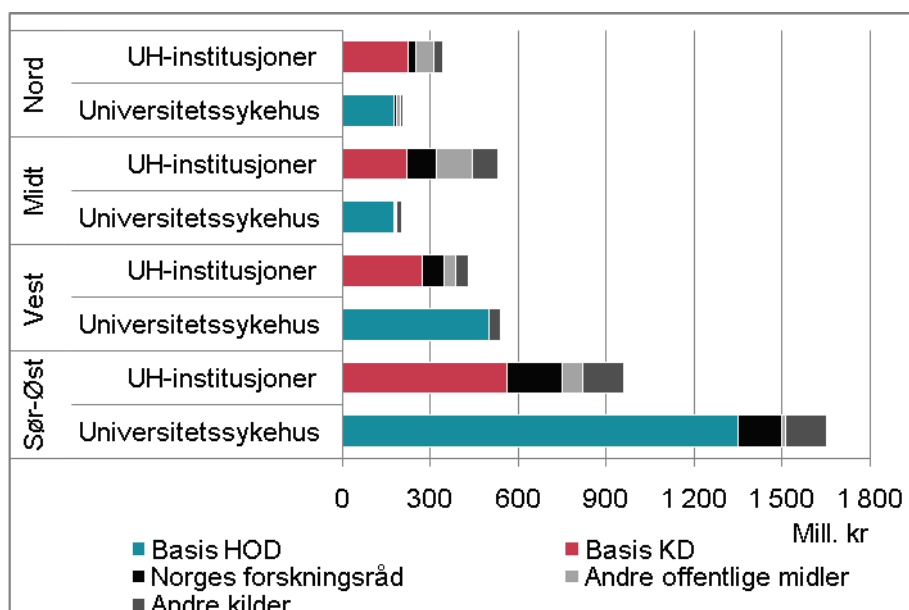
Andre offentlige midler i figur 5.6 omfatter også midler fra Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet enn midlene som tildeles som basisbevilgninger. Når slike midler finansierer en så vidt stor andel av UoH-sektorens FoU i Helse Midt-Norge er dette forklaringen; i denne regionen brukes midler fra Helse- og omsorgsdepartementet bl.a. til å finansiere stipendiatstillinger ved NTNU.

**Figur 5.6 Driftsutgifter til FoU innenfor medisin og helsefag i 2011 ved universitetssykehus, universiteter og statlige høyskoler etter helseregion og hovedfinansieringskilde<sup>1</sup>. Prosent.**



<sup>1</sup> Andre offentlige midler omfatter midler fra departementer, andre offentlige organer, fylkeskommuner og kommuner, eksklusive basisbevilgninger fra Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet og midler fra Norges forskningsråd. Andre kilder omfatter næringslivet, medisinske fonds, ideelle organisasjoner, egne inntekter, EU-kommisjonen og øvrig utland. Kilde: NIFU

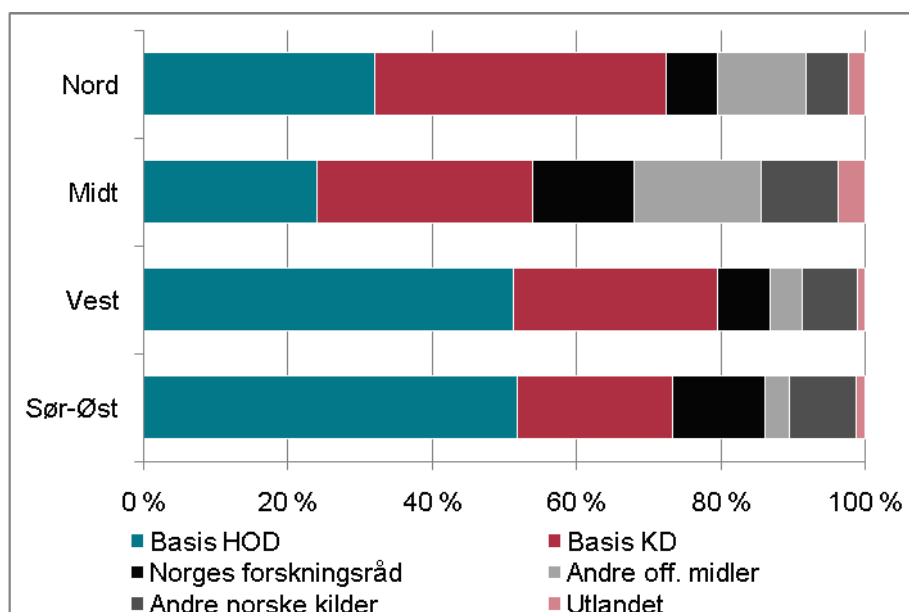
**Figur 5.7 Driftsutgifter til FoU innenfor medisin og helsefag i 2011 ved universitetssykehus, universiteter og statlige høyskoler etter helseregion og hovedfinansieringskilde<sup>1</sup>. Mill. kr.**



<sup>1</sup> Innholdet i kildene som i foregående figur. Kilde: NIFU

I figur 5.8 er så tallene for hver region slått sammen, slik at man får en oversikt over finansieringsstrukturen som er uavhengig av institusjonstype.

**Figur 5.8 Driftsutgifter til FoU innenfor medisin og helsefag i 2011 ved universiteter, høyskoler og helseforetak etter helseregion og hovedfinansieringskilde. Prosent.**



<sup>1</sup>Andre offentlige midler omfatter her departementsmidler utenom basisfinansiering, fylker og kommuner. Andre norske kilder omfatter næringslivet, medisinske fonds, ideelle organisasjoner og egne inntekter.

Kilde: NIFU

Sammenstilles tallene fra helseforetaksrapporteringen med totaltallene over, ser man at andelen for de forskjellige helseregionene endrer seg en del, tabell 5.4 versus tabell 5.3.

**Tabell 5.3 Helseforetakenes samlede driftskostnader, driftskostnader til forskning med og uten ekstern finansiering i 2011.**

Indikator	Fordelt etter helseregioner				
	Midt Norge	Nord	Sør-Øst	Vest	Alle
Totale driftskostnader, mill. kr	15 414	12 193	58 913	19 180	105 700
Regionens andel av driftskostnader	15 %	12 %	56 %	18 %	100 %
Driftskostnader til forskning, eksklusive ekstern finansiering, mill. kr	157	161	1 350	445	2 113
Regionens andel av driftskostnader til forskning	7 %	8 %	64 %	21 %	100 %
Driftskostnader til forskning, inklusive ekstern finansiering, mill. kr	182	182	1 706	479	2 548
Regionens andel, inklusive ekstern fin.	7 %	7 %	67 %	19 %	100 %

Kilde: NIFU

**Tabell 5.4 Driftsutgifter (kontantprinsippet) til FoU for helseforetak og UoH-sektoren samlet i 2011.**

Tall 2011	Fordelt etter helseregioner				
	Midt Norge	Nord	Sør-Øst	Vest	Alle
Utgifter til forskning, kontantprinsippet for helseforetak og UoH-sektor, mill. kr	630	478	2 501	853	4 462
Helseregionens andel av totalutgifter for helseforetak og UoH-sektor	14 %	11 %	56 %	19 %	100 %

Kilde: NIFU

**Ressursgruppens vurdering:** En slik sammenstilling av tallene fra de to sektorene ser altså ut til å kunne løse en del av problematikken knyttet til ulik organisering og regnskapsføring, og vil slik sett kunne gi et mer riktig bilde ved sammenlikning mellom helseregionene. Sammenstilling av tall fra to ulike rapporteringer kan imidlertid også medføre noen forstyrrende elementer og potensielle kilder til feiltolkning:

- Kontantprinsippet i stedet for regnskapsprinsippet på helseforetakstallene.
- Noe ulik praksis for årsverksberegning i HF-sektoren (leger).
- Mest-kriteriet i UoH-sektoren og enheter med FoU som i liten grad er HF-relatert.
- Mulig ulik rapportering av utviklingsarbeid/avgrensning mot innovasjon.

Disse problemstillingene vil bli gjennomgått nedenfor før de endelige anbefalinger gjøres.

## 5.4 Spesielle utfordringer knyttet til sammenstillingen for de to sektorene

### 5.4.1 Kontantprinsippet vs. regnskapsprinsippet

I helseforetakssektoren rapporteres det primært ut fra regnskapsprinsippet, altså med avskrivningskostnader for bygninger og utstyr, mens kontantprinsippet benyttes ved rapporteringen fra UoH-sektoren, altså med investert beløp i bygninger og utstyr det enkelte år. Helseforetakene skal også rapportere inn investert beløp, men fordi disse tallene ikke benyttes i de årlige helseforetakssammenlikningene har det ikke vært fokusert så mye på kvalitetssikringen av disse.

Når avskrivningskostnadene i en del sammenhenger byttes ut med investert beløp for å få en rapportering etter felles prinsipper, er det derfor en viss risiko for forskyvninger i kostnadsbildet. Det kan for eksempel skje ved at avskrivningskostnader for en enhet tas ut, mens det ikke kommer inn investert beløp som i rimelig grad tilsvarer dette, fordi rapporteringen er mangelfull. Vridninger kan også oppstå fordi investert beløp faktisk varierer mye fra år til år. På den annen side er det heller ikke full harmonisering av praksis rundt rapportering av avskrivninger, så utslagene kan i prinsippet gå i begge retninger.

Men akkurat i denne sammenhengen er det viktig å merke seg at alle tabeller med tall fra begge sektorer bare inkluderer driftsutgifter, altså i prinsippet *ikke* kapitalutgifter i noen form<sup>8</sup>. Det viktigste i denne sammenheng er derfor å være klar over at et viktig kostnadselement er utelatt, men altså systematisk.

Ressursgruppen anbefaler uansett at man forbedrer rapporteringen i helseforetakene fremover, jf. kapittel 4.

<sup>8</sup> I den grad helseforetakene har rapportert inn kalkulert husleie vil dette inkludere et element av kapitalkostnader.

#### **5.4.2 Noe ulik praksis for årsverksberegning i HF-sektoren (leger)**

Det generelle prinsippet for årsverksberegning er at bruken av betalt eller ubetalt overtid ikke har noen betydning – en fulltidsstilling er uansett ikke mer enn 100 %. Dette prinsippet gjelder i praksis også for personale i forskningsstillinger i helseforetakssektoren. For leger i kliniske stillinger er det imidlertid gitt eksplisitte retningslinjer om at såkalt "fritidsforskning", altså forskning utenfor betalt arbeidstid, ikke skal regnes med. Denne eksklusjonen er hensiktsmessig ut fra bruken av tallene i helseforetakssektoren, blant annet som fradrag i grunnlaget for beregning av behandlingskostnadene (DRG-kostnadsgrunnlaget). Men sett helt utenfra vil vel mange si at det kan være like mye "fritidsforskning" for en professor I, og at forskningsandelen burde beregnes på samme måte for disse to gruppene. Spørsmålet her er om dette representerer så mye ressursbruk at en annen registreringspraksis ville påvirke sammenlikningene i vesentlig grad.

Det er vanskelig å beregne størrelsesorden på noe som ikke blir registrert. Fra Oslo universitetssykehus (OUS) ble det til Forskerpersonalregisteret for 2012 levert en liste med ca. 570 leger hvorav noen er inkludert med en stor eller liten forskningsandel i ressursbrukskartleggingen, mens mange er inkludert kun ut fra at de har publisert i 2012 eller i første tertial 2013. Ca. 250 av de 570 legene er allerede registrert med en forskningsandel på 20 prosent eller mer. Det er fortsatt mulig at disse ville kommet ut med en høyere andel hvis fritidsforskningen ble regnet inn (i teller og nevner), men de har i alle fall registrert en vesentlig andel. De resterende 320 legene har enten en lav andel forskning (90 leger; 4-15 %) eller ingen (230 leger; 0 %).

For å få gjort et anslag kan vi for eksempel forutsette at disse 320 legene ville fått en andel som var 20 prosentpoeng høyere med fritidsforskningen inkludert. Antall årsverk til forskning ville øke med  $320 \cdot 0,2 = 62$ . Hvis dette bare gjaldt OUS, ville det kunne føre til forskyvninger i regionale andeler på i overkant av ett prosentpoeng. Om noe av det samme skulle gjelde flere steder, hvilket er en mer realistisk forutsetning, ville forskyvningen være langt mindre, eventuelt i andre retninger.

Det kan lages regnestykker med enda høyere prosentanslag i bunnen, men allerede 20 prosent tilsvarer en jevnlig forskningsinnsats på 8-10 timer ekstra hver arbeidsuke hele året, i tillegg til utvidet arbeidstid og eventuelt bistilling ved universitet eller høgskole. Det kan ikke utelukkes at fritidsforskningen er mer omfattende, men den må altså være vesentlig mer omfattende og/eller mer ujevnt fordelt for at det skal bli vesentlige feil i andelene på regionalt nivå. Det er ikke mulig å endre på helseforetaksrapporteringen uten at dette kommer i konflikt med annen bruk av tallene, spesielt som fradrag i grunnlaget for DRG-kostnadsberegningen.

#### **5.4.3 "Mest-kriteriet" for inkludering av enheter i UoH-sektoren; alle enheter i HF-sektoren**

I HF-sektoren rapporteres all FoU-innsats i de fleste sammenhenger under ett, uavhengig av hvilke tematiske eller faglige inndelinger som kunne være aktuelle. For universitetene og høgskolene, som spenner over en rekke fagområder, må det gjøres noen avgrensninger når det bare skal presenteres tall for medisinsk og helsefaglig forskning. Rapporteringseenhetene angir hvor stor andel av FoU-innsatsen som hører til de ulike fagområdene. NIFU inkluderer enhetenes FoU-innsats ut fra "mest-kriteriet", dvs. ut fra om andelen for medisinsk og helsefaglig forskning er oppgitt til 50 % eller mer, og da inkluderes *all* FoU-innsats for vedkommende enhet. Det innebærer at innsatsen hos de som oppgir 50-99 % overvurderes i større eller mindre grad, mens innsatsen for de som oppgir 49 % eller mindre undervurderes, i og med at den settes til 0 (null). Helseforetakenes innsats blir etter NIFUs vurdering i noen tilfeller overvurdert fordi den nå regnes som 100 % medisin og helsefag, mens tidligere rapporteringer (før 2006) viste at det også ble utført FoU innen andre fagområder (matematisk/naturvitenskapelige, teknologi og samfunnsvitenskap).

NIFU regner derfor med at disse effektene, ved bruk av denne metoden, oppveier hverandre slik at den totale ressursinnsatsen innenfor medisin og helsefag blir riktig anslått på nasjonalt nivå. Det er ikke presentert noen beregninger som viser dette, men listen over institusjoner, fakulteter og

institutter som blir inkludert viser i alle enhetene som kan forventes å ha et overveiende medisinsk og helsefaglig fokus for sin FoU-innsats, kommer med; jf. vedlegg 3. Det som ikke kommer med ut fra mest-kriteriet er vesentlig forskning utført innenfor institutter for kjemi, fysikk, informatikk og psykologi. Samtidig er det en del enheter som kombinerer helse- og sosialfag eller helse- og idrettsfag som er kommet med i sin helhet, slik at det totalt sett neppe er en underestimert av kostnadene. En metode som innebærer at man velger ut institutter, avdelinger, enheter o.l. vil ikke kunne være helt ideell, med mindre institusjonene er sammensatt av faglig homogene analyseenheter. Alternativet er å velge ut funksjon eller aktivitet avgrenset til fagområde eller underdisiplin. En slik tilnærming ville gitt et mer presist bilde av den samlede ressursinnsatsen i medisinsk og helsefaglig FoU, men samtidig redusere mulighetene for å analysere datamaterialet ved å bryte det ned på f.eks. finansieringskilde.

Det kunne eventuelt være et problem at enheter som kombinerer helse- og sosialfag ofte har en fordeling rundt 50/50, og at de dermed lett kan gå inn og ut av statistikken fra gang til gang hvis det skjer små forskyvninger i andelene (49/51, 51/49). I studier av den typen som er gjennomført i NIFUs rapport utøves det derfor skjønn ved utvelgning av enheter. Det er også usikkert om alle som driver med idrettsfag har rapportert dette på samme måte (lærerutdanning og samfunnsfag skal ikke med). Men i og med at kostnadene for høgskolene (278 mill. kr) ikke utgjør mer enn 5,5 % av de samlede kostnadene som inngår (5,1 mrd. kr), og er fordelt på ca. 20 enheter, skal det en del til for at uensartet praksis og skifte i forskningstemaer i enkelte institutter påvirker sammenlikningsgrunnlaget på regionalt nivå. Hvis så skulle være tilfelle kan overfortolkning av endringer til en viss grad forebygges ved at NIFU kommenterer slike endringer fra forrige rapportering.

Et annet spørsmål er hvor relevant denne totalrapporten er i helseforetakssammenheng når så vidt mange typer enheter fra UoH-sektoren er inkludert. Vurderingen av dette kan ses i sammenheng med vurderingen av betydningen av mest-kriteriet. Vi så der at noe litt perifer virksomhet kommer med (idrettsfag – ikke bare idrettsmedisin, sosialfag – ikke bare helsefag), samtidig som noen kostnader relatert til kjemi, fysikk, informatikk og psykologi ikke kommer med. Totaltallet fra UoH-sektoren behøver derfor ikke være så langt fra det en ville få med en mer spesifikk beregning. Dessuten utgjør de medisinske fakultetene sammen med helseforetakene uansett en meget høy andel av totalkostnadene i disse sammenstillingene, og dette bør komme tydeligere frem.

**Ressursgruppens vurdering** er etter dette at de skjevhetene som ligger i sammensetningen av materialet ikke i vesentlig grad påvirker estimatene for FoU-innsatsen på nasjonalt og regionalt nivå. Det vil likevel være ønskelig at NIFU i fremtidige rapporter kommenterer i hvilken grad eventuelle endringer i forskningsprofil har gitt vesentlig utslag i tallene for de enkelte regionene. Ressursgruppen anbefaler også at NIFU og Ressursgruppen arbeider videre med å vise hvordan inkludering av ulike grupper av enheter påvirker tallene.

#### **5.4.4 FoU-rapport – felles forståelse av Utviklingsarbeid?**

NIFU benytter tall for forskning og utviklingsarbeid samlet i rapporten for medisin og helsefag. Årsaken er at fordelingen mellom grunnforskning, anvendt forskning og utviklingsarbeid ikke kan kombineres med andre indikatorer som finansiering og tematiske satsinger. Ut fra tidligere diskusjoner i Ressursgruppen om avgrensningen mellom innovasjonsarbeid og utviklingsarbeid i helseforetakssektoren, er det stilt spørsmål om utviklingsarbeid inneholder det samme i de to sektorene. Man kan tenke seg at utviklingsarbeid fort vil inneholde mer av innovasjonsarbeidet i UoH-sektoren, fordi man der ikke har noen "driftssektor" som man alternativt kan putte det innunder slik HF-sektoren har (diagnostikk og behandling). Selv om dette i prinsippet kan være et problem, er det neppe av vesentlig betydning i praksis. Definisjonen av FoU er felles (OECD 2002, Frascati-manualen) og FoU-innsatsen skal med få unntak rapporteres som det, uavhengig av i hvilken grad det samtidig er en del av arbeidet med innovasjoner (Sundnes 2012). Innovasjonsarbeid *utover* FoU vil da typisk være selve implementeringen, eller annen type utviklingsarbeid, som når det gjelder medisin og helsefag i begge tilfeller vil måtte foregå i helseforetakene eller andre deler av den utførende helsetjenesten. En del av ressursbruken rundt dette vil dessuten falle på

kommersialiseringsenhetene. Som nevnt i kapittel to er det kanskje derfor større grunn til å arbeide videre med kvalitetssikringen av rapporteringen av utviklingsarbeid i HF-sektoren.

På den annen side har det i høgskolesektoren i lovverk og rapporteringssammenheng blitt brukt begreper som "faglig utvikling" og "praksisrettet FoU", som har bidratt til at rapporteringen der ikke bare inneholder arbeid med teknologisk utvikling slik det er definert i Frascati-manualen (Kyvik 2012). Som ledd i kvalitetssikringen benyttes det her egne spørreskjemaer der bl.a. pedagogisk og kunstnerisk utviklingsarbeid skiller ut som egne aktiviteter og vurderes opp mot de grunnleggende FoU-definisjonene. Utviklingsarbeid, og dermed samlet FoU-innsats, kan riktignok fortsatt være noe overvurdert i denne sektoren, men det er ikke snakk om store utslag. Samlet sett er det rapportert utviklingsarbeid tilsvarende ca. 90 mill. kr (33 % av 278 mill. kr) ved høgskolene. Størrelsen på denne innsatsen sammenholdt med totalen (5,1 mrd. kr), og fordelingen utover en lang rekke enheter, tilsier også her at det ikke vil kunne bli vesentlige forskyvninger mellom helseregionene som følge av at noen enheter eventuelt har en noe mer liberal praksis for inkludering av ulike typer aktiviteter under utviklingsarbeid. Innenfor universitetssektoren er ikke begrepene "faglig utvikling" og "praksisrettet FoU" så utbredt i rapporteringssammenheng.

**Ressursgruppens vurdering** blir etter dette at en overvurdering av ressursbruken til teknologisk utviklingsarbeid i høgskolesektoren, sammenliknet med øvrige sektorer som inngår, ikke i vesentlig grad påvirker estimatene for samlet FoU-innsats på nasjonalt og regionalt nivå. Ved eventuelle sammenlikninger av innsatsen til utviklingsarbeid mellom forskjellige typer institusjoner bør man imidlertid være oppmerksom på forskjeller i registreringspraksis. Samtidig er det også grunn til å se nærmere på mulig forskjellig registreringspraksis internt i HF-sektoren.

## 5.5 Anbefalinger om fellesrapportering for de to sektorene

Ressursgruppens vurdering er at NIFU sin rapport for medisin og helsefag gir en god tilnærming til samlet rapportering av ressursinnsats til FoU i HF- og UoH-sektoren.

Totalrapporten og rapporteringen kan og bør likevel forbedres med følgende tiltak:

- Nøyaktigere tall for investeringer relatert til FoU i helseforetakene etterspørres, særlig på grunn av bruk av kontantprinsippet i rapporteringen av FoU-statistikk på nasjonalt nivå og til internasjonale organisasjoner (OECD, EU/Eurostat)
- Avgrensningen av begrepet "Utviklingsarbeid" gjennomgås med helseforetakene med tanke på ytterligere harmonisering av rapporteringen.
- NIFU redegjør spesielt for hvordan forskyvninger mellom fagområder som følge av endret forskningsprofil eventuelt har påvirket totaltallene for enkeltregioner vesentlig.

Ressursgruppen finner ikke på dette stadiet i utvikling av rapporteringen grunnlag for å be om at NIFU går bort fra mest-kriteriet og bare benytter faktiske andeler for medisin og helsefag. Nytteverdien av en slik endring kan vurderes på nytt når de andre kvalitetssikringstiltakene er gjennomført og den må dessuten ses i sammenheng med vurderingen av hvorvidt innholdet i rapporteringen er tilstrekkelig relevant for HF-sektoren. Slik rapporteringen gjennomføres i dag, vil en slik endring gi begrensede analysemuligheter for UoH-sektoren.

## 6 Anbefalinger for videre arbeid

Ressursgruppens arbeid har i 2012 vært konsentrert om følgende hovedtemaer:

1. Kvaliteten i kostnadstallene for forskning som rapporteres inn fra helseforetakene.
2. Mulighetene for samlet rapportering av ressursbruk til FoU fra helseforetakene og relevante enheter innenfor universitets- og høgskolesektoren.

Det er foreslått en del tiltak for å forbedre rapporteringen allerede for 2013, og det vil være logisk at Ressursgruppen foretar en gjennomgang av tallmaterialet for 2013 for å se om det har blitt en forbedring i betydningen bedre samsvar mellom reelle og rapporterte kostnader.

Rapportering av investeringsutgifter bør diskuteres generelt, men også ses i sammenheng med eventuelle retningslinjer for rapportering av arealkostnader spesielt.

Hvorvidt kriteriene for rapportering av Utviklingsarbeid faktisk blir fulgt, bør også undersøkes spesielt.

Hvordan personalets forskningsandeler fastsettes når det er en blandet (klinisk) virksomhet, bør antakelig også diskuteres for å sjekke om det er en felles forståelse av dette. Den praktiske gjennomføringen, herunder bruk av ulike IT-verktøy, bør diskuteres ut fra kvalitet og tidsbruk.



## Referanseliste

- Gunnes, H, SL Sundnes, O. Wiig og M Blystad (2013) *Ressursinnsatsen i medisinsk og helsefaglig FoU 2011. En analyse basert på FoU-statistisk materiale*, NIFU-rapport 24/2013
- Kyvik, S (2012). FoU-begrepet i høyskolesektoren. I Søgner, R og Brofoss, KE (red.) *FoU-begrepet under press. Om møtet mellom forskningspolitikk og forskningsstatistikk*. Tapir Akademisk Forlag, Trondheim 2012
- OECD (2002): Frascati Manual. Proposed Standard Practice for Surveys on Research and Experimental Development.
- Sundnes, SL (2012) FoU-begrepet i nasjonal og internasjonal FoU-statistikk. I Søgner, R og Brofoss, KE (red.) *FoU-begrepet under press. Om møtet mellom forskningspolitikk og forskningsstatistikk*, Tapir Akademisk Forlag, Trondheim 2012
- Wiig, O, H Gunnes og SL Sundnes (2011) *Ressursinnsatsen i medisinsk og helsefaglig FoU 2009. En analyse basert på FoU-statistisk materiale*, NIFU-rapport 28/2011
- Wiig, O (2012). *Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2011*. NIFU Rapport 15/2012
- Wiig, O (2013). *Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2012*. NIFU Rapport 19/2013

## Vedlegg 1: Tall fra helseforetaksrapporteringen

Andel FoU 2011	Forskning (1000 kr)	Utvikl.arb. (1000 kr)	FoU (1000 kr)	Andel Forskning	Andel Utvikl.arb.
Helse Møre og Romsdal	7 724	30	7 754	99,6 %	0,4 %
Helse Nord-Trøndelag	25 474	9 537	35 011	72,8 %	27,2 %
Rusbehandlingen i Midt-Norge	5 792	685	6 477	89,4 %	10,6 %
St. Olavs Hospital	142 779	57 333	200 112	71,3 %	28,7 %
Sykehusapotekene i Midt-Norge	0	1 287	1 287	0,0 %	100,0 %
<b>Helse Midt-Norge</b>	<b>181 769</b>	<b>68 872</b>	<b>250 641</b>	<b>72,5 %</b>	<b>27,5 %</b>
Helgelandssykehuset	2 875	0	2 875	100,0 %	0,0 %
Helse Finnmark	2 452	0	2 452	100,0 %	0,0 %
Nordlandssykehuset	21 513	2 283	23 796	90,4 %	9,6 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	154 794	46 190	200 984	77,0 %	23,0 %
<b>Helse Nord</b>	<b>181 634</b>	<b>48 473</b>	<b>230 107</b>	<b>78,9 %</b>	<b>21,1 %</b>
Akershus universitetssykehus	80 610	1 352	81 962	98,4 %	1,6 %
Betanien Hospital	1 880	0	1 880	100,0 %	0,0 %
Diakonhjemmets sykehus	53 883	8 807	62 690	86,0 %	14,0 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	30 063	0	30 063	100,0 %	0,0 %
Martina Hansens Hospital AS	5 250	745	5 995	87,6 %	12,4 %
Modum Bad	9 263	1 101	10 364	89,4 %	10,6 %
Oslo universitetssykehus HF	1 298 080	77 604	1 375 684	94,4 %	5,6 %
Revmatismesykehuset	5 027	2 214	7 241	69,4 %	30,6 %
Sunnaas sykehus	17 046	8 560	25 606	66,6 %	33,4 %
Sykehuset Innlandet	32 407	0	32 407	100,0 %	0,0 %
Sykehuset Telemark	22 259	1 441	23 700	93,9 %	6,1 %
Sykehuset Vestfold (inkl. PiV)	44 163	12 127	56 290	78,5 %	21,5 %
Sykehuset Østfold	16 845	16 716	33 561	50,2 %	49,8 %
Sørlandet sykehus	52 055	2 641	54 696	95,2 %	4,8 %
Vestre Viken	37 603	4 285	41 888	89,8 %	10,2 %
<b>Helse Sør-Øst</b>	<b>1 706 434</b>	<b>137 593</b>	<b>1 844 027</b>	<b>92,5 %</b>	<b>7,5 %</b>
Haraldsplass Diakonale sykehus as	11 286	0	11 286	100,0 %	0,0 %
Haugesund sanitetsforenings rev.s.h.	135	175	310	43,5 %	56,5 %
Helse Bergen	329 260	45 573	374 833	87,8 %	12,2 %
Helse Fonna	13 280	1 400	14 680	90,5 %	9,5 %
Helse Førde	6 422	613	7 035	91,3 %	8,7 %
Helse Stavanger	116 624	4 783	121 407	96,1 %	3,9 %
Jæren DPS	900	800	1 700	52,9 %	47,1 %
NKS Olaviken alderspsykiatriske senter	371	520	891	41,6 %	58,4 %
Solli Sykehus	240	395	635	37,8 %	62,2 %
<b>Helse Vest</b>	<b>478 518</b>	<b>54 259</b>	<b>532 777</b>	<b>89,8 %</b>	<b>10,2 %</b>
<b>Totalt</b>	<b>2 548 355</b>	<b>309 197</b>	<b>2 857 552</b>	<b>89,2 %</b>	<b>10,8 %</b>

<b>Forskning 2011</b>	<b>Reg</b>	<b>Års- verk</b>	<b>Drifts- kostn</b>	<b>Dir. lønn pr. årsv.</b>	<b>Pensj- arb.giv.- avg. pr. årsverk</b>	<b>Annen drift pr. årsv.</b>	<b>Indir. kost. pr. årsv.</b>	<b>Drifts- kostn. pr. årsverk</b>
Betanien Hospital	SØ	1,6	1 218	499	238	25	0	761
Jæren DPS	V	1,4	1 555	857	196	57	0	1 111
Sykehusapotekene (Sør-Øst)	SØ	4,0	2 572	450	126	67	0	643
Haugesund sanitetsforenings rev.s.h.	V	0,7	552	411	274	103	0	789
Helgelandssykehuset	N	2,6	2 171	641	67	128	0	835
Solli Sykehus	V	0,3	412	1 047	190	137	0	1 373
Glittreklubben	SØ	2,4	1 880	354	92	338	0	783
Rusbehandlingen i Midt-Norge	MN	4,4	5 043	507	186	453	0	1 146
Helse Møre og Romsdal (inkl. gamle 2011)	MN	9,0	9 347	611	231	183	14	1 039
Modum Bad	SØ	10,5	8 863	542	131	152	19	844
Helse Førde	V	8,9	7 897	554	161	150	23	887
Universitetssykehuset i Nord-Norge	N	174,8	168 808	577	166	195	27	966
Feiringklubben	SØ	3,4	2 700	500	147	118	29	794
Nordlandssykehuset	N	19,9	23 263	701	173	264	30	1 169
Helse Bergen	V	288,8	378 849	664	166	434	48	1 312
NKS Olaviken alderspsykiatriske senter	V	0,4	330	568	145	63	50	825
Sykehusapotekene i Midt-Norge **)	MN	1,8	1 348	522	144	28	56	749
Revmatismesykehuset	SØ	5,9	5 149	578	185	51	58	873
Diakonhjemmets sykehus	SØ	54,3	56 199	582	202	182	69	1 035
Sykehusapotek Nord HF	N	1,6	1 347	534	165	72	71	842
Haraldsplass Diakonale sykehus as	V	9,7	8 340	511	275	0	73	860
Sykehuset Telemark	SØ	20,4	25 046	724	118	309	77	1 228
St. Olavs Hospital	MN	90,9	145 408	645	223	651	80	1 600
Sykehuset Østfold	SØ	24,5	19 537	425	123	155	94	797
Sykehuset Innlandet	SØ	50,2	51 941	590	170	177	98	1 035
Martina Hansens Hospital AS	SØ	5,2	6 330	794	288	19	115	1 217
Sunnaas sykehus	SØ	17,6	20 652	583	233	236	122	1 173
Helse Stavanger	V	85,2	118 252	659	221	385	123	1 388
Akershus universitetssykehus	SØ	94,9	100 811	487	178	260	137	1 062
Helse Fonna	V	13,7	15 210	666	236	61	147	1 110
Lovisenberg Diakonale sykehus	SØ	29,1	35 877	742	297	38	156	1 233
Helse Finnmark	N	7,9	6 288	547	66	0	184	796
Oslo universitetssykehus HF	SØ	1201,1	1 432 865	531	253	219	189	1 193
Sykehuset Vestfold (inkl. PiV i 2011)	SØ	39,9	35 286	530	159	0	195	884
Vestre Viken	SØ	42,1	45 586	597	220	0	265	1 083
Helse Nord-Trøndelag	MN	20,1	23 252	624	133	85	315	1 157
Sørlandet sykehus	SØ	49,0	56 026	563	162	63	355	1 143
Frambu	SØ	2,0	2 600	500	200	200	400	1 300

## Vedlegg 2: Eksempel på beregning av andel pensjonskostnader i helseforetak

<b>UNN</b>				
<b>Lønnskostnader fra årsrapport 2012</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>	<b>Endring</b>	<b>Relativt</b>
Lønninger	3 058 797 431	2 893 447 223	165 350 208	5,7 %
Arbeidsgiveravgift (aga)	224 607 346	197 722 477	26 884 869	13,6 %
Pensjonskostnader inkl. aga	683 995 509	573 565 972	110 429 537	19,3 %
Andre ytelser	51 410 982	69 129 282	-17 718 300	-25,6 %
Sum lønnskostnader	4 018 811 268	3 733 864 954	284 946 314	7,6 %
Gjennomsnittlig antall årsverk	6 035	6 128	-93	<b>Relativt</b>
Lønn pr. årsverk	506 843	472 168	34 675	7,3 %
Aga pr. årsverk	37 217	32 265	4 952	15,3 %
Pensjonskostnader inkl. aga pr. årsverk	113 338	93 598	19 741	21,1 %
Andre ytelser pr. årsverk	8 519	11 281	-2 762	-24,5 %
Sum lønnskostnader pr. årsverk	665 917	609 312	56 605	9,3 %
Aga (kun av lønn) som andel av lønn	7,3 %	6,8 %		
Pensjon inkl. aga som andel av lønn	22,4 %	19,8 %		
<b>OUS</b>				
<b>Lønnskostnader fra årsrapport 2012</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>	<b>Endring</b>	<b>Relativt</b>
Lønninger	8 928 767	8 738 775	189 992	2,2 %
Arbeidsgiveravgift (aga)	1 261 936	1 242 037	19 899	1,6 %
Pensjonskostnader inkl. aga	2 452 766	2 168 530	284 236	13,1 %
Andre ytelser	175 746	188 537	-12 791	-6,8 %
Sum lønnskostnader	12 819 215	12 337 879	481 336	3,9 %
Gjennomsnittlig antall årsverk	17 165	17 470	-305	<b>Relativt</b>
Lønn pr. årsverk	520	500	20	4,0 %
Aga pr. årsverk	74	71	2	3,4 %
Pensjonskostnader inkl. aga pr. årsverk	143	124	19	15,1 %
Andre ytelser pr. årsverk	10	11	-1	-5,1 %
Sum lønnskostnader pr. årsverk	747	706	41	5,7 %
Aga (kun av lønn) som andel av lønn	14,1 %	14,2 %		
Pensjon inkl. aga som andel av lønn	27,5 %	24,8 %		

<b>ST. OLAV</b>				
<b>Lønnskostnader fra årsrapport 2012</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>	<b>Endring</b>	<b>Relativt</b>
Lønninger	3 427 490	3 268 153	159 337	4,9 %
Arbeidsgiveravgift (aga)	495 525	469 861	25 664	5,5 %
Pensjonskostnader inkl. aga	890 738	730 013	160 725	22,0 %
Andre ytelser	60 449	53 080	7 369	13,9 %
Sum lønnskostnader	4 874 202	4 521 107	353 095	7,8 %
Gjennomsnittlig antall årsverk	7 135	7 065	70	<b>Relativt</b>
Lønn pr. årsverk	568	533	35	6,5 %
Aga pr. årsverk	82	77	5	7,1 %
Pensjonskostnader aga pr. årsverk	148	119	28	23,9 %
Andre ytelser pr. årsverk	10	9	1	15,6 %
Sum lønnskostnader pr. årsverk	808	738	70	9,5 %
Aga (kun av lønn) som andel av lønn	14,5 %	14,4 %		
Pensjon inkl. aga som andel av lønn	26,0 %	22,3 %		

## Vedlegg 3: Institusjoner som er med i rapporten for medisin og helsefag

(Trykket som Vedlegg 2 i NIFU-rapport 24/2013)

Institusjoner og underliggende enheter innenfor medisin og helsefag i universitets- og høyskolesektoren (inkl. universitetssykehus) og instituttsektoren (inkl. helseforetak uten universitetssykehusfunksjon) i 2011

### Universiteter

#### Universitetet i Bergen

Gades institutt  
Institutt for biomedisin  
Institutt for indremedisin  
Institutt for kirurgiske Fag  
Institutt for klinisk Medisin  
Institutt for klinisk Odontologi  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Odontologisk universitetsklinikk  
Senter for farmasi  
Senter for Internasjonal Helse

#### Universitetet i Oslo

Institutt for helse og samfunn  
Institutt for klinisk medisin  
Institutt for medisinske basalfag  
Farmasøytisk institutt  
Institutt for klinisk odontologi  
Institutt for oral biologi

#### Universitetet i Tromsø

Institutt for farmasi  
Institutt for helse- og omsorgsfag  
Institutt for klinisk medisin  
Institutt for klinisk odontologi  
Institutt for medisinsk biologi  
Institutt for samfunnsmedisin

#### NTNU

Program for bevegelsesvitenskap  
Institutt for kreftforskning og molekyllær medisin  
Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer  
Institutt for nevromedisin  
Regionsenter for Barne- og Ungdomspsykiatri  
Institutt for samfunnsmedisin  
Hunt forskningssenter (helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag)  
Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk  
Centre for the Biology of Memory

#### Universitetet i Stavanger

Institutt for helsefag

#### Universitetet i Agder

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap  
Institutt for folkehelse, idrett og ernæring  
Institutt for helse- og sykepleievitenskap  
Institutt for psykososial helse  
Senter for eHelse og omsorgsteknologi  
Senter for omsorgsforskning - Sør

#### Universitetet i Nordland

Institutt for sykepleie og helsefag

## **Universitetssykehus**

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

## **Vitenskapelige høyskoler m. fl.**

### **Norges idrettshøgskole**

Seksjon for fysisk prestasjonsevne  
Seksjon for Idrettsmedisinske fag

### **Høgskolen i Molde**

Avdeling for sosial- og helsefag

### **Diakonhjemmet høyskole**

Institutt for diakoni og ledelse  
Institutt for sykepleie og helse  
Institutt for vernepleie og ergoterapi - Avd. Rogaland

## **Statlige høyskoler**

### **Høgskolen i Akershus**

Avdeling for helse, ernæring og ledelse

### **Høgskolen i Bergen**

Avdeling for helse- og sosialfag

### **Høgskolen i Buskerud**

Avdeling for helsefag  
Avdeling for optometri og synsvitenskap

### **Høgskolen i Finnmark**

Avdeling for helsefag

### **Høgskolen i Gjøvik**

Avdeling for helse, omsorg og sykepleie

### **Høgskolen i Harstad**

Institutt for helse- og sosialfag

### **Høgskolen i Hedmark**

Avdeling for helse- og idrettsfag

### **Høgskolen i Narvik**

Avdeling for helse og samfunn

### **Høgskolen i Nord-Trøndelag**

Avdeling for helsefag  
Senter for omsorgsforskning - Midt-Norge

### **Høgskolen i Oslo**

Avdeling for helsefag  
Avdeling for sykepleierutdanning

### **Høgskolen i Sør-Trøndelag**

Avdeling for sykepleie  
Avdeling for helse- og sosialfag

### **Høgskolen i Telemark**

Avdeling for helse- og sosialfag

### **Høgskolen i Vestfold**

Fakultet for helsevitenskap

### **Høgskolen i Østfold**

Avdeling for helse- og sosialfag

### **Høgskolen i Ålesund**

Avdeling for helsefag

### **Høgskolen i Sogn og Fjordane**

Avdeling for helsefag

## **Øvrige helseforetak**

Betanien Hospital  
Diakonhjemmet sykehus AS  
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS  
Martina Hansens Hospital  
Modum Bad  
Psykiatrien i Vestfold HF  
Revmatismesykehuset AS  
Sunnaas sykehus HF  
Sykehuset Innlandet HF  
Sykehuset Telemark HF  
Sykehuset Vestfold HF  
Sykehuset Østfold HF  
Sørlandet Sykehus HF  
Vestre Viken HF  
Haraldsplass Diakonale Sykehus AS  
Haugesund Sanitetsforening Revmatismesykehus AS  
Helse Fonna HF  
Helse Førde HF  
NKS Jæren Distriktpsikiatriske Senter  
NKS Olaviken Alderspsikiatriske Sykehus  
Solli Sykehus  
Helse Møre og Romsdal HF  
Helse Nord-Trøndelag HF  
Rusbehandling Midt-Norge HF  
Sykehusapotekene i Midt-Norge  
Helgelandssykehuset HF  
Helse Finnmark HF  
Nordlandssykehuset HF

## **Instituttsektoren**

Flymedisinsk institutt  
Kreftregisteret  
Nasjonalt folkehelseinstitutt  
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Nordisk institutt for odontologiske materialer  
Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør  
Sintef Helse  
Statens arbeidsmiljøinstitutt  
Statens strålevern  
Uni Helse



## Tabelloversikt

Tabell 2.1 Driftsutgifter til FoU innenfor medisin og helsefag i 2011 etter institusjonstype og forskningsart. Prosent.....	11
Tabell 3.1 Driftskostnader til forskning totalt og per forskningsårsverk ved helseforetakene i 2012 etter helseregion og kostnadstype. Antall. 1000 kr. ....	14
Tabell 3.2 Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk i 2012 etter kostnadstype – for helseforetak med laveste, medianverdi og høyeste verdi for total kostnad pr. årsverk, blant 17 helseforetak. 1000 kroner.....	16
Tabell 3.3 Kostnader pr. forskningsårsverk i 2012 etter kostnadstype. 1000 kroner (Mediankostnaden = 1 157 tusen kroner).....	16
Tabell 3.4 Kostnader totalt og pr. forskningsårsverk – reelt og med medianverdi lagt til grunn. Antall. 1000 kr.....	17
Tabell 3.5 Nøkkeltall for ressursbruk til forskning i 2012. Universitetssykehusene. ....	18
Tabell 3.6 Direkte lønn, pensjon og arbeidsgiveravgift i 2012, totalt og per forskningsårsverk. Universitetssykehusene. 1000 kr.....	19
Tabell 3.7 Estimater for andel pensjon og arbeidsgiveravgift med arbeidstakers andel som en del av lønnskostnad eller ikke (netto lønn). Et regneeksempel. Prosent. ....	20
Tabell 3.8 Personalkostnader og andre driftskostnader til forskning i 2012 per forskningsårsverk etter kostnadstype. Indirekte kostnader i prosent av personalkostnader. Universitetssykehusene.....	21
Tabell 3.9 Innrapporterte investeringer i forskning og utviklingsarbeid ved helseforetak og private, ideelle sykehus i 2012 etter type investering. 1000 kr.....	24
Tabell 4.1 Helseforetakenes driftskostnader til FoU i 2012, inklusive eksternt finansiert FoU og avskrivninger, etter region og forvaltningsnivå. Millioner kroner. Prosent.....	27
Tabell 5.1 Driftsutgifter til FoU innen medisin og helsefag i universitets- og høgskolesektoren og instituttsektoren i 2011 etter institusjonstype og helseregion. Mill. kr. ....	31
Tabell 5.2 Driftsutgifter til forskning innen medisin og helsefag ved universiteter, høyskoler og helseforetak i 2011 etter institusjonstype og helseregion. Mill. kr. ....	32
Tabell 5.3 Helseforetakenes samlede driftskostnader, driftskostnader til forskning med og uten ekstern finansiering i 2011.....	35
Tabell 5.4 Driftsutgifter (kontantprinsippet) til FoU for helseforetak og UoH-sektoren samlet i 2011.....	36

## Figuroversikt

Figur 3.1 Driftsutgifter til forskning per forskningsårsverk i 2012 etter kostnadstype og helseforetak. 1000 kroner.....	15
Figur 5.1 Professor II innenfor medisin og helsefag i 2011, etter sektor og institusjonstype for hovedstilling. Prosent. ....	29
Figur 5.2 Antall forskere og annet faglig personale og FoU-årsverk utført av forskere og annet faglig personale innenfor medisin og helsefag ved universiteter, høyskoler og universitetssykehus i 2011, etter stillingskategori. ....	29
Figur 5.3 Antall FoU-årsverk utført av forskerpersonale innenfor medisin og helsefag ved universiteter, høyskoler og universitetssykehus 2007-2011, etter stillingskategori. ....	30
Figur 5.4 Helseforetakenes finansieringsstruktur for forskning i 2012, totalt og etter helseregion. Prosent. ....	32
Figur 5.5 Driftsutgifter til FoU innenfor medisin og helsefag i 2011 etter institusjonstype og hovedfinansieringskilde <sup>1</sup> . Prosent. ....	33
Figur 5.6 Driftsutgifter til FoU innenfor medisin og helsefag i 2011 ved universitetssykehus, universiteter og statlige høyskoler etter helseregion og hovedfinansieringskilde <sup>1</sup> . Prosent. ....	34
Figur 5.7 Driftsutgifter til FoU innenfor medisin og helsefag i 2011 ved universitetssykehus, universiteter og statlige høyskoler etter helseregion og hovedfinansieringskilde <sup>1</sup> . Mill. kr. ....	34
Figur 5.8 Driftsutgifter til FoU innenfor medisin og helsefag i 2011 ved universiteter, høyskoler og helseforetak etter helseregion og hovedfinansieringskilde. Prosent. ....	35



Nordisk institutt for studier av  
innovasjon, forskning og utdanning

Nordic Institute for Studies in  
Innovation, Research and Education

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