



Rapport
2018:27

Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2017

Hovedresultater og dokumentasjon

Ole Wiig og Bjørn Magne Olsen

NIFU

Rapport
2018:27

Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2017

Hovedresultater og dokumentasjon



Ole Wiig og Bjørn Magne Olsen

Rapport 2018:27

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

Prosjektnr. 20951

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

Fotomontasje NIFU

ISBN 978-82-327-0358-6
ISSN 1892-2597 (online)



Copyright NIFU: CC BY-NC 4.0

www.nifu.no

Forord

I denne rapporten sammenfatter vi hovedresultater fra NIFUs måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid i helseforetak og private, ideelle sykehus i 2017. Den dokumenterer dessuten rapporteringsopplegget for og gjennomføringen av ressursmålingen, den trettende i rekken. Ressursmålingene bygger på et rapporteringsopplegg som opprinnelig ble utviklet i regi av Helse- og omsorgsdepartementet og det daværende Helse Sør RHF. Etter å ha overtatt det operative ansvaret for rapporteringen fra og med 2006-årgangen, har NIFU bidratt til å videreutvikle systemet i samarbeid med sektoren selv. Ressursgruppen – en rådgivende gruppe oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning – har vært sentral i dette arbeidet.

Hovedformålet med denne rapporten er å beskrive hovedtrekk ved ressursbruken til *forskning* i 2017 og dokumentere denne. Målesystemet gir samtidig grunnlagsmateriale for den norske FoU-statistikken for helseforetak og private, ideelle sykehus.

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

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

Oslo, september 2018

Sveinung Skule
Direktør

Susanne Lehmann Sundnes
Forskningsleder

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning.....	11
1.1 Bakgrunn og formål	11
1.2 Forbedring og videreutvikling av målesystemet.....	12
1.3 Endringer i 2017-målingen	12
1.4 Gjennomføring av 2017-målingen.....	13
1.5 Kontroll av materialet.....	14
1.6 Utvikling over tid.....	14
1.7 Samlet vurdering av materialet	15
1.8 Om denne rapporten	15
2 Hovedresultater fra 2017-målingen	17
2.1 Samlet ressursbruk til forskning i 2017.....	17
2.2 Helseforetak med universitetssykehusfunksjon sammenlignet med andre helseforetak i 2017	18
2.2.1 Finansieringsstrukturen	19
2.3 Ressursbruken til forskning i helseregionene i 2017.....	20
2.3.1 Finansieringsstrukturen	21
2.4 Ressursbruken utenom eksternt finansiert forskning.....	22
2.5 Utviklingen i ressursbruk til forskning fra 2016 til 2017.....	23
3 Forskning innen særskilte områder i 2017	27
3.1 Ressursbruk til forskning innen psykisk helsevern i 2017.....	27
3.2 Ressursbruk til forskning innen tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2017	28
Referanser.....	31
Vedlegg 1: Rapporteringsenhetene 2017	33
Vedlegg 2: Oversikt på helseforetaksnivå 2017	36

Vedlegg 3: Detaljert oversikt over ressursbruk til forskning i 2017 per helseforetak i de fire helseregionene	40
Vedlegg 4: Hovedprinsipper, definisjoner og avgrensninger	42
Vedlegg 5: Rapporteringsskjema, utsendelsesbrev, og definisjoner og veiledning	46
Vedlegg 6: Tabeller om forskning og utviklingsarbeid (FoU) 2017	72
Vedlegg 7: Bruttoutviklingen i driftskostnader til forskning 2016-17.....	73
Vedlegg 8: Tallunderlag for figur 2.1 og figur 2.2.....	75
Tabelloversikt.....	76
Figuroversikt.....	78

Sammendrag

NIFU har siden 2006 gjennomført årlige målinger av ressursbruken til forskning i spesialisthelsetjenesten. I prinsippet registreres all ressursbruk til forskning, uavhengig av finansieringskilde. Målingen dekker forskningsaktivitet finansiert gjennom uttelling på søknader om utlyste prosjektmidler og annen eksternt finansiert forskning. Den dekker også forskning utført av sykehusenes eget forskningspersonale og kliniske personale i tilknytning til pasientbehandling. Slik forskning finansieres av basisbevilgningen eller de øremerkede forskningsmidlene over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Dessuten inngår ressursbruk til bygninger, utstyr og materialer knyttet til forskningsvirksomheten.

Om lag 45 helseforetak og private, ideelle sykehus i spesialisthelsetjenesten inngår i målesystemet for ressursbruk til forskning. I 2017 rapporterte i alt 42 helseforetak og private, ideelle sykehus at de hadde *forskningsaktivitet*. Hovedresultater basert på materialet fra de 42 enhetene er følgende:

- Til sammen rapporterte spesialisthelsetjenesten om driftskostnader til forskning på nesten 4 milliarder kroner i 2017. Beløpet omfatter all ressursbruk til forskning bokført i helseforetak og private, ideelle sykehus, dvs. lønnskostnader, pensjonskostnader, arbeidsgiveravgift, varekostnader, andre direkte og indirekte driftskostnader, avskrivninger mv.
- Helseforetak og private, ideelle sykehus oppga å ha utført i alt 3 138 forskningsårsverk. Tallet inkluderer årsverk utført av overleger, leger og psykologer i kliniske stillinger, forskere, postdoktorer, stipendiater og øvrig sykehuspersonale.
- Fra 2016 til 2017 økte driftskostnadene til forskning med 276 millioner kroner eller 7,5 prosent. Det er denne gangen små påviselige effekter av budsjettekniske endringer, som f.eks. planendringer i helseforetakenes pensjonssystem.
- Spesialisthelsetjenesten brukte samlet om lag 2,9 prosent av sine samlede driftskostnader til forskningsformål i 2017. Dette er en høyere andel enn i 2016 (2,7 prosent). Dette henger dels sammen med den rela-

tivt sterke veksten i forskningskostnadene, men også med at spesialisthelsetjenestens driftskostnader til alle funksjoner falt med nesten 1 prosent.

- Det ble utført 269 forskningsårsverk mer i 2017 enn i 2016, som gir en økning på 9,4 prosent. At årsverksinnsatsen øker mer enn driftskostnadene henger sammen med at det er innrapportert betydelig flere årsverk utført av forskere, postdoktorer og stipendiater og øvrig sykehuspersonale. Hovedtyngden antas å ha lavere årsverkskostnad enn gjennomsnittet.
- Et forskningsårsverk kostet i gjennomsnitt 1,27 millioner kroner i 2017, som er lavere enn i 2016, da gjennomsnittskostnaden var 1,29 millioner kroner per årsverk.
- Et forskningsårsverk var i gjennomsnitt noe dyrere blant helseforetak med universitetssykehusfunksjon (1,29 mill. kr) enn ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus (1,18 mill. kr). Gjennomsnittlig årsverkskostnad er høyere i Helse Midt-Norge (1,49 mill. kr) enn i Helse Vest (1,32 mill. kr) og Helse Sør-Øst (1,25 mill. kr). Lavest gjennomsnittlig årsverkskostnad finner vi i Helse Nord (1,15 mill. kr).
- De seks universitetssykehusene hadde samlede driftskostnader til forskning på nærmere 3,2 milliarder kroner fordelt på nesten 2 500 forskningsårsverk i 2017. Dette var om lag fire femtedeler av den samlede ressursinnsatsen til forskning i spesialisthelsetjenesten.
- Oslo universitetssykehus HF (OUS) rapporterte å ha brukt vel 1,9 milliarder kroner til forskning i 2017, som var om lag 48 prosent av spesialisthelsetjenestens samlede ressursinnsats det året.
- Helse Sør-Øst stod for vel to tredjedeler av spesialisthelsetjenestens samlede ressursinnsats til forskning enten man måler i kostnader eller årsverk. Nest størst var Helse Vest med om lag 17 prosent. Helse Nord (7-8 prosent) og Helse Midt-Norge (6-7 prosent) er mer jevnstore regioner på forskningsområdet.
- Forskingen i spesialisthelsetjenesten er i hovedsak finansiert i form av basisbevilgning eller øremerkede forskningsmidler over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. I 2017 beløp det seg til 3,26 milliarder kroner som var om lag 82 prosent av samlede forskningsmidler. Til sammen 718 millioner kroner kom fra eksterne finansieringskilder, herunder Norges forskningsråd.
- Holder vi den eksternt finansierte forskningen utenom beregningene, går Helse Sør-Østs andel av den samlede ressursinnsatsen ned til om lag 65 prosent, mens Helse Vest andel øker til om lag 20 prosent. Også Helse Nord og Helse Midt-Norges andeler øker noe.

- 28 helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte om driftskostnader til forskning på 516 millioner kroner fordelt på 421 forskningsårsverk innen det særskilte forskningsområdet psykisk helsevern i 2017. Dette var 13 prosent av spesialisthelsetjenestens samlede forskningsinnsats.
- 15 helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte å ha brukt 74 millioner kroner og 64 årsverk til forskning på tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2017. Dette er også et særskilt område og utgjorde om lag 2 prosent av spesialisthelsetjenestens samlede forskningsinnsats i 2017.

Vi vurderer gjennomføringen av ressursmålingen for 2017 som meget tilfredsstillende. Riktignok var det en noe lavere svarprosent innen fristen (78 prosent) enn i rekordåret 2016, men de aller fleste rapportene var mottatt i løpet av påfølgende uke, og alle var mottatt innen NIFUs frist for vidererapportering. Som tidligere år leverte NIFU 15. mars 2018 et notat med foreløpige hovedtall i forbindelse med de regionale helseforetakenes årlige melding til Helse- og omsorgsdepartementet. Foreliggende rapport inneholder endelige tall, basert på en grundigere gjennomgang av materialet, inkludert oppfølging i forhold til rapporteringsenheter.

Det er vårt inntrykk at arbeidet med rapporteringsrutiner er kommet lenger, etter at flere helseforetak og private, ideelle sykehus de senere årene har gjennomgått, forbedret og videreutviklet sine rapporteringsrutiner og -systemer. Noen, også større enheter har foretatt slike endringer i forbindelse med 2017-målingen. Dette bidrar over tid til bedre dekning og bedre kvalitet på oppgavene. Fortsatt er det imidlertid forbedringspotensial for enkelte rapporteringsenheter.

Selv om slike forbedringer over tid bidrar til bedre rapportering og bedre datakvalitet, kan de også gi noe redusert sammenlignbarhet fra et år til det neste. Vi prøver i rapportene så langt det er mulig gjennom alternative beregninger å korrigere for slike forhold og dessuten for budsjettekniske endringer, f.eks. planendringer i helseforetakenes pensjonssystem. Det bør imidlertid utvises betydelig varsomhet i sammenligninger, særlig over tid.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og formål

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

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

Ressursmålingen er avgrenset langs to dimensjoner. For det første er den avgrenset til å gjelde forskning og utviklingsarbeid (FoU) med utgangspunkt i OECDs definisjoner.³ For det andre er den avgrenset med hensyn til hvilke ressurser, dvs.

¹ Se f.eks. Det norske forsknings- og innovasjonssystemet – statistikk og indikatorer 2017, Norges forskningsråd 2017. Hovedtall for FoU i helseforetak og private, ideelle sykehus er tatt inn i rapportens tabelldel. Rapporten finnes også i nettsversjon på Forskningsrådets hjemmesider, her med mer omfattende tabellverk, også for helseforetak og private, ideelle sykehus.

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

³ OECD (2002): Proposed Standard Practice for Surveys on Research and Experimental Development. Frascati Manual 2002, OECD, Paris 2002. Revidert utgave foreligger: *Guidelines for Collecting and Reporting Data on Research and Experimental Development. Frascati Manual 2015*, OECD Paris.

årsverk og kostnader, som skal registreres. Begge dimensjoner er viktige for å få gode, sammenlignbare data. Generelle definisjoner og hovedprinsipper er beskrevet i Vedlegg 4.

1.2 Forbedring og videreutvikling av målesystemet

Rapporteringsystemet er stadig i utvikling. Det langsiktige målet er å synliggjøre ressursbruk til forskning i helseforetakene på linje med andre forskningsutførende enheter og med annen ressursbruk i helsetjenesten og å gjøre data mest mulig sammenlignbare mellom helseregioner, helseforetak (inkludert private, ideelle sykehus) og over tid. Som ledd i forbedrings- og videreutviklingsarbeidet ble det i møte i RHFenes strategigruppe for forskning 18. februar 2010 nedsatt en arbeidsgruppe. Arbeidsgruppens innstilling ble trykket i NIFUs rapportserie.⁴ Noen av gruppens anbefalinger ble implementert allerede i 2010-rapporteringen, mens andre er fulgt opp og konkretisert av Ressursgruppen, som er en permanent videreføring av den opprinnelige arbeidsgruppen. Gruppens medlemmer oppnevnes av de fire regionale helseforetakene og har dessuten observatører fra Forskningsrådet, Helsedirektoratet og universitetenes medisinske fakulteter. Ressursgruppen har så langt avgitt fire innstillinger som er publisert i NIFUs arbeidsnotatserie⁵ og som ligger til grunn for enkelte endringer i rapporteringsopplegget for 2011-2016. Ressursgruppen fortsetter sitt arbeid, og det vil kunne resultere i flere endringer, som i så fall vil bli varslet i god tid før undersøkelsen starter.

1.3 Endringer i 2017-målingen

Fra og med 2016-målingen gikk NIFU over til å benytte det web-baserte verktøyet Opinio til rapportering av ressursbruk til forskning ved helseforetak og private, ideelle sykehus. Erfaringene med verktøyet så langt er positive, og det gir dessuten en integrert løsning for ressursmålingen og kartlegging av forskningsmidler innbetalt til helseforetak mv. fra eksterne kilder. Dette er en egen undersøkelse som

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

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

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

sammen med blant annet publikasjoner og doktorgrader inngår i det resultatbaserte finansieringssystemet for helsesektoren.

Det ble ikke gjort substansielle endringer i rapporteringsopplegget fra 2016 til 2017. Definisjoner og retningslinjer for ressursmålingen er med andre ord uendrede.

1.4 Gjennomføring av 2017-målingen

En sentral premiss i tidsplanen for ressursmålingene er at foreløpige hovedtall for forskning skal være klare samtidig med årlig melding fra de regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet, dvs. 15. mars. Henvendelsen ble sendt til i alt 45 mulige rapporteringsenheter 30. november 2017, med svarfrist 28. februar 2018. Dette gir NIFU mulighet for en rask kvalitetssjekk av materialet og tilbakemeldinger, spørsmål og oppklaringer ved uventede resultater eller åpenbare feil eller misforståelse. En grundigere gjennomgang av rapportene foretas etter denne første leveransen.

44 av de 45 forespurte enhetene rapporterte om ressursbruk til FoU i 2017. Sammenlignet med 2016-målingen er det fire nye enheter:

- Beitostølen helsesportsenter
- Helse Vest IKT
- Tyrili-stiftelsen
- Cato-senteret

De tre førstnevnte rapporterte alle om forskningsaktivitet i 2017, mens sistnevnte rapporterte om utviklingsarbeid, men ikke om forskning. I tillegg rapportert Voss DPS – NKS Bjørkeli som hittil bare har oppgitt utviklingsarbeid, om forskningsressurser i 2017. Det var dermed i alt 42 enheter som rapporterte om forskningsressurser i 2017 og som dermed ligger til grunn for fremstillingen i hoveddelen av denne rapporten. I vedleggstabell V2.4 og i Vedlegg 6 dekkes også utviklingsarbeid og dermed samlede FoU-tall etter regnskapsprinsippet.

Av de 45 enhetene som fikk henvendelsen, svarte 35, eller 78 prosent, innen fristen. Dette er en noe lavere svarprosent enn sist, da 90 prosent svarte innen fristen. Blant dem som ikke svarte innen fristen, innvilget vi i flere tilfeller utsettelse på grunn av tekniske eller kapasitetsmessige problemer. I løpet av første uke i mars hadde ytterligere 7 enheter svart. Alle som besvarte henvendelsen, gjorde det innen NIFUs frist for videreformidling av foreløpige tall til Helse- og omsorgsdepartementet 15. mars 2018.

1.5 Kontroll av materialet

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

2017-tallene for den enkelte helseregion ble sendt det aktuelle regionale helseforetak for kontroll og kommentar før de ble rapportert inn i forbindelse med årlig melding 15. mars 2018. Vi fikk nyttige tilbakemeldinger på disse henvendelsene, både konkrete korrigeringer og innspill med sikte på videre oppfølging og forbedringstiltak på helseforetaksnivå fram mot senere rapporteringer.

Tall for totalkostnadene, dvs. inkludert pasientbehandling mv., innhentes fra og med 2015 gjennom rapporteringsskjemaet, blant annet ut fra behovet for å beregne endringer over tid med og uten pensjonskostnader. Vi har to merknader i den forbindelse. Den første gjelder sykehusapotekene, som alle har rapportert om forskningsressurser i 2017. Som uttrykk for totalkostnadene er det fra disse enhetene rapportert inn samlede driftskostnader, eksklusive vare- og legemiddelkostnader. For det andre bør det nevnes at totalkostnadstallene for helseforetakene, slik de fremstår her, i all hovedsak er basert på innrapporterte tall. De er sendt de regionale helseforetakene til gjennomsyn, men er ikke nødvendigvis endelige. Det vil derfor kunne være uoverensstemmelser hvis man sammenligner totalkostnadstallene i denne rapporten med for eksempel reviderte regnskapstall. For vårt formål, som i hovedsak er å samle input til en indikator for forskningsressursenes andel av totalressursene, vurderes imidlertid datamaterialet som tilfredsstillende.

1.6 Utvikling over tid

Rapporten inneholder en analyse av utviklingen i ressursbruken fra 2016 til 2017. Det er grunn til å utvise en viss forsiktighet i beskrivelser og tolkninger av utviklingen over tid, også om man sammenholder denne rapporten med tidligere år-ganger. For det første endres rapporteringsmetoden i de enkelte helseforetak fra tid til annen, og selv om endringene gir bedre og mer dekkende måleresultater på sikt, vil data på endringstidspunktet kunne være problematiske å sammenligne med foregående år.

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

For det tredje vil omlegginger i regnskaps- og budsjettmessige forhold som har lite med forskning å gjøre, kunne gi betydelig støy i grunnlagsmaterialet for vekstberegninger. Rapporteringssystemet utfordres mer eller mindre kontinuerlig av slike forhold, som skaper usikkerhet i sammenligninger av forskningsressursene over tid. Et eksempel på slike regnskapstekniske forhold er såkalte planendringer i helseforetakenes pensjonssystem. Slike endringer inntraff i 2010, 2014, 2016, og nå igjen i 2017. Vi kommer tilbake til dette i neste kapittel. Et annet eksempel er at helseforetakene gis anledning til merverdiavgiftsfradrag fra 2017. Dette kan, litt avhengig av rapporteringsmetoden, gi lavere driftskostnader i 2017 enn i 2016. Til forskjell fra pensjonsavsetningen er det imidlertid her snakk om endring fra det ene året til neste, som riktignok kan gi et brudd i tidsserien på enkelte indikatorer, men 2017-tallene vil, ceteris paribus, være sammenlignbare med tall for de påfølgende år.

1.7 Samlet vurdering av materialet

Innsamlingen av 2017-materialet har fulgt samme opplegg som 2016-målingen. Vi har inntrykk av at selv om stadig flere helseforetak og private, ideelle sykehus har etablert gode rutiner for ressursmålingen, bør det utvises forsiktighet ved tolkning og bruk av materialet i sammenligninger – særlig over tid, men også mellom regioner og enkeltforetak og sykehus. Som nevnt over gir de såkalte planendringene i helseforetakenes pensjonssystem utfordringer i beregninger av utviklingen i forskningskostnadene. Enkeltenheter gjennomfører også fra tid til annen endringer i sine rapporteringsmetoder. Denne rapporten er da også i hovedsak konsentrert om året 2017.

1.8 Om denne rapporten

I tråd med det ene hovedformålet med rapporten – dokumentasjon av 2017-målingen – inneholder kapittel 1 en redegjørelse for innsamling og behandling av

data og endringer i rapporteringsopplegget fra 2016 til 2017. Oversikter over rapporteringsenhetene finnes i Vedlegg 1, mens det er redegjort for hovedprinsipper og definisjoner i Vedlegg 4. Rapporteringsskjema med veiledningsmateriale er gjengitt i Vedlegg 5. I Kapittel 2 beskriver vi hovedtrekk ved helseforetakenes ressursbruk til forskning i 2017, herunder en sammenligning med 2016. Oversikter over registrerte forskningsressurser på foretaksnivå er gjengitt i Vedlegg 2 og Vedlegg 3. I kapittel 3 gir vi en kortfattet beskrivelse av helseforetakenes ressursbruk til forskning innen psykisk helsevern og innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2017, som er to særskilte satsinger innenfor dette forvaltningsområdet.

2 Hovedresultater fra 2017-målingen

I dette kapitlet redegjør vi for hovedresultater fra ressursmålingen for 2017. Hovedvekten ligger på ressursbruken til forskning. Ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) samlet omtales i andre sammenhenger, men noen hovedtall finnes i Vedlegg 6. Fremstillingen omfatter spesialisthelsetjenesten som består av enheter som formelt sett er organisert som helseforetak, men også private, ideelle sykehus som har avtale med et regionalt helseforetak, inngår. For enkelhets skyld omtales disse institusjonene samlet som helseforetak (HF), med mindre det er et eksplisitt formål å skille mellom dem. Først redegjør vi for hovedresultater for 2017 på nasjonalt nivå (2.1) og sammenligner ressursbruken i helseforetak med universitetssykehusfunksjoner med øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus (2.2). Deretter beskriver vi ressursbruken i de fire helseregionene (2.3), før vi kort beskriver ressursbruken til forskning utenom eksternt finansiert forskning (2.4). Til slutt analyserer vi utviklingen i registrerte forskningsressurser fra 2016 til 2017 (2.5).

2.1 Samlet ressursbruk til forskning i 2017

Til sammen oppga 42 helseforetak å ha utført forskning i 2017⁶. Figur 2.1 viser at de rapporterte en forskningsinnsats på til sammen 3 138 forskningsårsverk og samlede driftskostnader til forskning på nesten 4 milliarder kroner. Forskningskostnadene omfatter både forskning finansiert over institusjonenes egne grunnbudsjetter og forskning finansiert av eksterne kilder. Dessuten inngår avskrivninger. Helseforetakene brukte dermed i gjennomsnitt 2,9 prosent av sine samlede driftskostnader til forskningsformål. Et forskningsårsverk kostet i gjennomsnitt nesten 1,3 millioner kroner.

Det er imidlertid variasjoner mellom typer av institusjoner og mellom helseregioner.

⁶ I tillegg oppga Betanien sykehus, Bergen og Catosenteret å ha utført utviklingsarbeid i 2017, men ingen forskning. Disse to er følgelig ikke med i denne framstillingen, men inngår i tabell V2.4.

2.2 Helseforetak med universitetssykehusfunksjon sammenlignet med andre helseforetak i 2017

Figur 2.1 viser at helseforetak med universitetssykehusfunksjon utførte langt mer forskning enn øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus. Målt i samlede driftskostnader til alle aktiviteter er de to institusjonsgruppene omtrent like store, men helseforetakene med universitetssykehusfunksjon stod for om lag 80 prosent av forskningsinnsatsen, enten man måler den i driftskostnader eller årsverk. Med en forskningsinnsats på 3,2 milliarder kroner fordelt på 2 479 årsverk kostet et forskningsårsverk i gjennomsnitt nesten 1,3 millioner kroner. Det var 110 000 kroner mer enn ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus.

Tabell 2.1 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus i 2017, etter type institusjon.¹ Driftskostnadene er her *inklusive* eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Indikator	Helseforetak med universitetssykehusfunksjoner	Øvrige HF og private, ideelle sykehus	Alle
Totale driftskostnader. ² Mill. kr	65 673	70 517	136 189
%	48	52	100
Driftskostnader til forskning. Mill. kr	3 199	779	3 978
%	80	20	100
Driftskostnader til forskning i % av totale driftskostnader	4,9	1,1	2,9
Antall forskningsårsverk	2 479	659	3 138
%	79	21	100
Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk. Kroner	1 291 000	1 181 000	1 268 000
Antall rapporteringsenheter	6	36	42

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

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

Kilde: NIFU

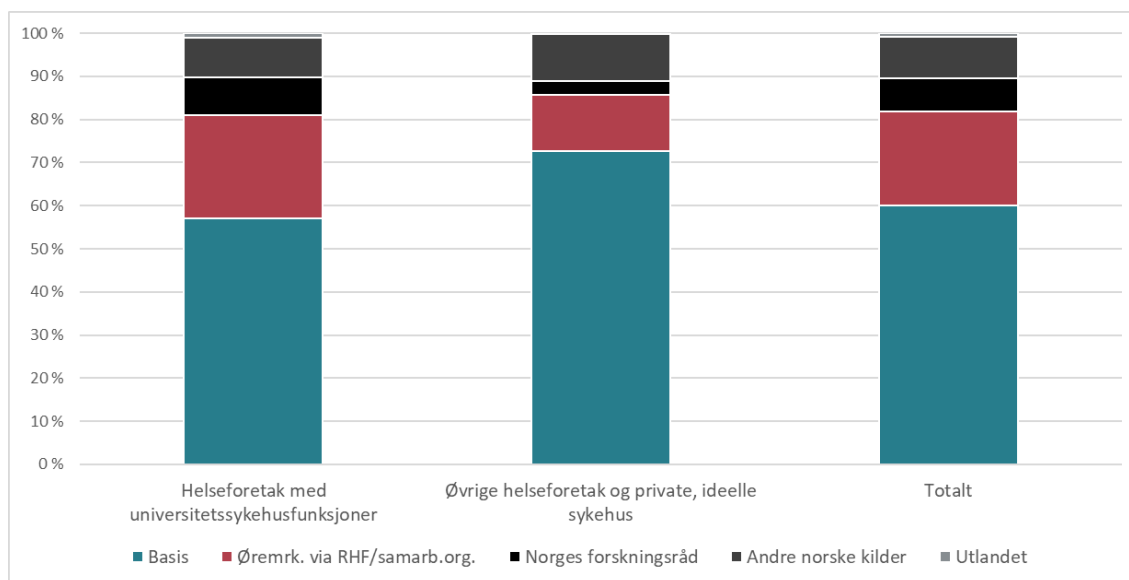
Tabellen viser dessuten at forskning utgjorde nesten 5 prosent av samlet aktivitet ved helseforetakene med universitetssykehusfunksjon mot vel 1 prosent ved øvrige institusjoner.

Ikke overraskende er de seks helseforetakene med universitetssykehusfunksjon også de største enkeltinstitusjonene blant de 42 som inngår i denne rapporten, målt i forskningsressurser. Aller størst er Oslo Universitetssykehus HF (OUS) med driftskostnader til forskning på vel 1,9 milliarder kroner og nær 1 500 forskningsårsverk. Deretter følger Helse Bergen HF med 530 millioner kroner og 373 forskningsårsverk. OUS stod for nesten halvparten (48 prosent), og Helse Bergen for 13 prosent av spesialisthelsetjenestens samlede driftskostnader til forskning,

mens St. Olavs Hospital HF, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF og Akershus universitetssykehus HF stod for om lag 5 prosent hver.

2.2.1 Finansieringsstrukturen

Figur 2.1 viser finansieringsstrukturen for forskning utført av helseforetakene i 2017 etter type institusjon. Av de samlede forskningskostnadene på 4 milliarder kroner ble 2,4 milliarder, eller om lag 60 prosent, finansiert som basisbevilgning over Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) budsjett. En drøy femtedel, eller nær 870 millioner kroner, ble kanalisert som øremerkede forskningsmidler gjennom regionale helseforetak eller regionale samarbeidsorganer. For de resterende 18 prosent av midlene var Norges forskningsråd største enkeltkilde. Forskningsrådets bidrag var om lag 300 millioner kroner eller 7,6 prosent. Andre norske kilder, blant annet Kreftforeningen, Extrastiftelsen og andre offentlige organer enn HOD og Forskningsrådet, stod for 9,6 prosent av midlene. Utenlandske kilders bidrag var 34 millioner kroner eller om lag 1 prosent av totalen.



Figur 2.1 Helseforetakenes finansieringsstruktur for forskning i 2017, totalt og etter type helseforetak. Prosent.

Kilde: NIFU

Figuren viser også at basisbevilgningen utgjorde en noe lavere andel (57 prosent) og øremerkede midler en noe høyere andel (24 prosent) ved helseforetak med universitetssykehusfunksjoner. Til sammenligning ble nesten tre fjerdedeler av forskningen ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus finansiert over basisbevilgningen, mens 13 prosent var øremerkede midler. Forskningsrådet finansierte en større andel av forskningen ved universitetssykehusene (8,7 prosent) enn ved øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus (3,2 prosent). Utenlandsk

finansiert forskning finner vi omtrent bare ved helseforetak med universitetssykehusfunksjoner; 33 av til sammen 34 millioner kroner fra utlandet gikk hit.

2.3 Ressursbruken til forskning i helseregionene i 2017

Tabell 2.2 viser innrapportert ressursbruk til forskning fordelt på helseregioner. Helse Sør-Øst er klart største region med godt over halvparten av spesialisthelsetjenestens totale driftskostnader til alle funksjoner i 2017. Regionens relative posisjon på forskningsområdet er enda sterkere. Mer enn to tredjedeler av den samlede forskningsinnsatsen er rapportert her, enten vi måler i årsverk eller driftskostnader. Helseforetakene i Helse Sør-Øst brukte også i gjennomsnitt størst andel av totale driftskostnader på forskning – 3,6 prosent.

Nest størst var Helse Vest, som stod for 17 prosent av forskningsinnsatsen. Her utgjorde forskningen 2,6 prosent av samlede driftskostnader, som er litt lavere enn landsgjennomsnittet (2,9 prosent). Helse Midt-Norge og Helse Nord stod hver for om lag 7 prosent av driftskostnadene til forskning, men for henholdsvis 6 og 8 prosent av årsverksinnsatsen. Forskningen utgjorde henholdsvis 1,8 og 1,4 prosent av totale driftskostnader til alle aktiviteter.

Tabell 2.2 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus¹ i 2017, etter helseregion. Driftskostnader er her inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger

Indikator	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Alle
Totale driftskostnader ² . Mill. kr.	19 115	15 330	75 222	26 269	135 937
Prosent	14,1	11,3	55,3	19,3	100
Driftskostnader til forskning. Mill. kr	275	279	2 730	694	3 978
Prosent	6,9	7,0	68,6	17,4	100
Driftskostnader til forskning i prosent av totale driftskostnader	1,4	1,8	3,6	2,6	2,9
Antall forskningsårsverk	184	243	2 185	525	3 138
Prosent	5,9	7,7	69,6	16,7	100
Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk. Kroner	1 491 000	1 151 000	1 249 000	1 321 000	1 268 000
Antall rapporteringsenheter	4	5	21	12	42

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

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

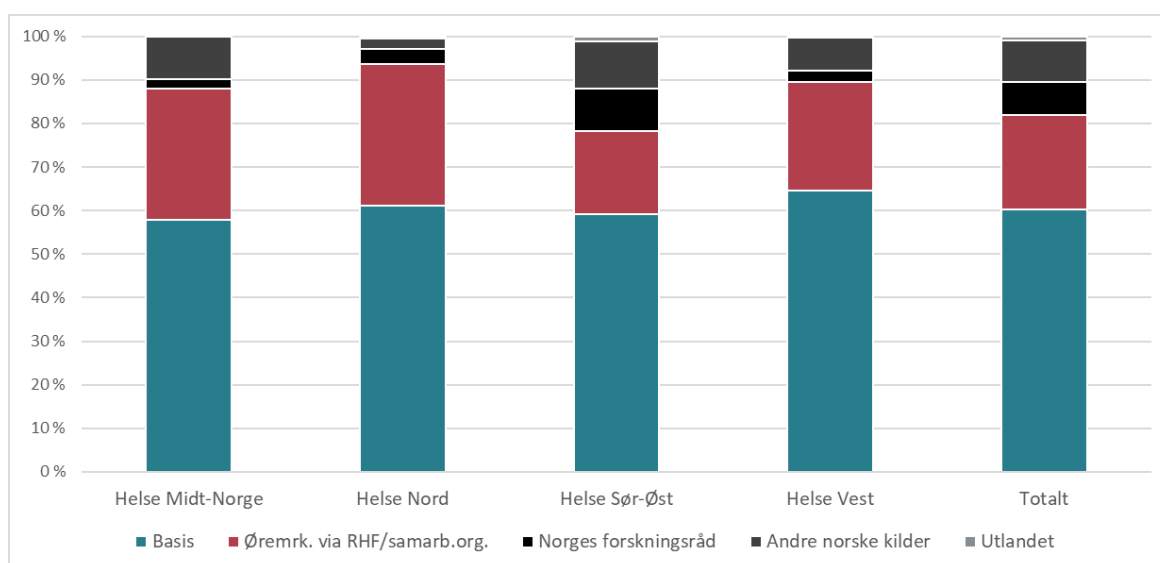
Kilde: NIFU

De to sistnevnte regionenes ulike andeler av forskningskostnader og -årsverk gjenspeiles i deres gjennomsnittlige driftskostnader per forskningsårsverk. Helse Midt-Norge hadde den høyeste gjennomsnittlige årsverkskostnaden – nesten 1,5 millioner kroner, mens Helse Nord hadde den laveste – 1,1 millioner. Mellom disse

finder vi Helse Vest med gjennomsnittlig årsvervskostnad til forskning på 1,3 millioner og Helse Sør-Øst på 1,25 millioner.

2.3.1 Finansieringsstrukturen

Figur 2.2 viser forskningsfinansieringen i de fire regionene i 2017. Som vi så i avsnitt 1.1, ble det meste av den samlede forskningsinnsatsen i helseforetak og private, ideelle sykehus finansiert av basisbevilgningen fra Helse- og omsorgsdepartementet (60 prosent) eller av øremerkede midler fra regionale helseforetak eller samarbeidsorganer (22 prosent).



Figur 2.2 Helseforetakenes finansieringsstruktur for forskning i 2017, totalt og etter helseregion. Prosent.

Kilde: NIFU

Nærmest landsgjennomsnittet finner vi Helse Sør-Øst der basisfinansiering utgjorde 59 prosent og de øremerkede midlene 19 prosent. Helse Sør-Øst er også eneste helseregion med lavere andel av forskningsaktiviteten finansiert av begge disse to kildene enn gjennomsnittet. Alle de tre øvrige regionene har høyere andel øremerkede midler, og Helse Vest og Helse Nord har også høyere basisfinansieringsandel.

Samlet utgjorde basisfinansiering og øremerkede midler via regionale helseforetak eller samarbeidsorgan 82 prosent. Helse Sør-Øst er naturligvis eneste helseregion med lavere andel slike midler (78 prosent) enn landsgjennomsnittet, mens de øvrige regionene ligger over – til dels betydelig. Helse Nord har høyest andel (94 prosent), fulgt av Helse Vest (90 prosent) og Helse Midt-Norge (88 prosent).

Øvrig finansiering er derfor også ujevnt fordelt mellom regionene. Mens 10 prosent av forskningsmidlene i Helse Sør-Øst ble finansiert av Forskningsrådet, varerte andelene i de øvrige regionene mellom 2 og 3,5 prosent. Både Helse Sør-Øst (11 prosent) og Helse Midt-Norge (10 prosent) hadde en høyere andel finansiering fra andre norske kilder enn gjennomsnittet, mens andelen i Helse Vest (7,4 prosent) og Helse Nord (2,4 prosent) var lavere. Mens utenlandske kilder stod for vel 1 prosent av forskningsfinansieringen i Helse Sør-Øst, var andelen om lag en halv prosent eller lavere i de øvrige regionene.

Variasjonene i finansieringsstrukturen kan til dels henge sammen med at regionene har ulik praksis når det søkes om forskningsmidler fra Forskningsrådet og andre eksterne kilder. Blant annet kan insentivsystemer legge føringer på søknadsprosesser, og midlene kan bli regnskapsført der prosjektledelse og -administrasjon er plassert. I den grad forskningsrådsmidler blir registrert i regionen vil det for eksempel kunne være ved universitetet, også i prosjekter der større eller mindre deler av forskningen utføres i helseforetaket. Det samme gjelder antagelig også andre, søkbare midler, blant annet fra EU.⁷ At det nesten ikke registreres forskningsrådsmidler i Helse Vest kan slik sett delvis forklares med at forskningsrådsøknader nesten utelukkende er blitt fremmet gjennom universitetene.⁸ Slike forhold kan gi et skjevt bilde av hvor forskningen utføres når innrapporterte forskningsressurser for spesialisthelsetjenesten sammenlignes på tvers av regioner.

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

2.4 Ressursbruken utenom eksternt finansiert forskning

En måte å korrigere for forhold omtalt i forrige avsnitt på, er å holde eksternt finansiert forskning utenom i beregningene. I det følgende vil vi derfor begrense sammenligningen til forskning finansiert over basisbevilgningen og av øremerkede midler.

Tabell 2.3 viser at helseforetakene utenom eksterntfinansiering hadde samlede driftskostnader til forskning på nær 3,3 milliarder kroner, og det ble utført nesten 2 500 forskningsårsverk. Dette var henholdsvis 82 prosent og 79 prosent av forskningsinnsatsen inklusive eksterntfinansiering; jf. tabell 2.2.

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

⁸ Se Wiig (2013:18ff)

Målt på denne måten stod Helse Sør-Øst (65 prosent) for en noe mindre og de øvrige tre regionene for en noe større andel av forskningsinnsatsen, enn om eksterntfinansieringen tas med; jf. tabell 2.2. Dette henger naturligvis sammen med Helse Sør-Østs relativt større innslag av eksterntfinansiering, sammenlignet med øvrige regioner.

Tabell 2.3 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus¹ i 2017, etter helseregion. Driftskostnader² til forskning, eksklusive eksternt finansiert forskning.

Indikator	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Alle
Driftskostnader til forskning eksklusive eksterntfinansiert forskning. Mill. kr	242	261	2 135	621	3 260
Prosent	7,4	8,0	65,5	19,1	100
Antall forskningsårsverk eksklusive eksterntfinansierte årsverk	150	227	1 599	477	2 454
Prosent	6,1	9,2	64,9	19,8	100
Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk, eksklusiv eksternt finansiering. Kroner	1 610 000	1 153 000	1 335 000	1 301 000	1 328 000
Antall rapporteringsenheter	4	5	21	12	42

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

² Inklusive avskrivninger.

Kilde: NIFU

Et forskningsårsverk uten eksternt finansiert forskning koster i gjennomsnitt 1,33 millioner kroner, som er om lag 60 tusen kroner mer enn om eksterntfinansiert forskning tas med; jf. tabell 2.2. Også her er det forskjeller regionene imellom. I Helse Midt-Norge koster et forskningsårsverk i gjennomsnitt 120 tusen kroner mer og i Helse Sør-Øst 86 tusen kroner mer uten eksterntfinansiering. I Helse Vest er årsverkskostnaden 20 tusen kroner lavere om eksterne midler holdes utenom. I Helse Nord er gjennomsnittlig årsverkskostnad omtrent den samme for de to beregningsmåtene. I Helse Sør-Øst nærmer årsverkskostnaden seg landsgjennomsnittet om man trekker ut eksterntfinansierte driftskostnader og årsverk til forskning.

2.5 Utviklingen i ressursbruk til forskning fra 2016 til 2017

Som nevnt innledningsvis er det grunn til å utvise forsiktighet ved sammenligninger av ressursbruken til forskning over tid. I det følgende beskriver vi noen hovedtrekk ved utviklingen i ressursbruken fra 2016 til 2017. Det er flere forhold som gjør slike sammenligninger utfordrende. For det første kan det skyldes at nye rapporteringsenheter tas inn i målesystemet. For det andre gjennomfører de enkelte rapporteringsenhetene fra tid til annen endringer i sine metoder for bereg-

ning av forskningsressurser. For det tredje kan formelle, administrative eller regnskapsmessige endringer påvirke bruttotallene i ressursmålingen, uten at det nødvendigvis er snakk om reelle endringer i forskningsinnsatsen. Et eksempel på det siste er at det de senere årene har blitt gjennomført såkalte planendringer i helseforetakenes pensjonssystem. Fra og med 2017 er det dessuten innført en kompensasjonsordning for merverdiavgift for helseforetakene. Så langt vi har grunnlag for det prøver vi å peke på mulige effekter av slike endringer.

Tabell 2.4 viser en økning i helseforetakenes driftskostnader til forskning på 7,5 prosent fra 2016 til 2017. Veksten i forskningskostnadene er dermed helt forskjellig fra utviklingen i de totale driftskostnadene til alle helseforetakenes oppgaver, som går ned med nesten én prosent. Dette gir naturlig nok en økning i forskningskostnadenes andel av totalkostnadene, til 2,9 prosent i 2017.

Tabell 2.4 Nøkkeltall 2016-2017 for helseforetak og private, ideelle sykehus. Millioner kroner. Løpende priser.

Indikator	2016	2017	Endring 2016-2017	
Totale driftskostnader. ¹ Mill. kr	137 169	135 937	-1 232	-0,9 %
Driftskostnader til forskning. ² Mill. kr	3 702	3 978	276	7,5 %
Driftskostnader til forskning i prosent av totale driftskostnader	2,7	2,9	0,2 pp ³	

¹ Driftskostnader, inklusive avskrivninger.

² Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

³ Prosentpoeng.

Kilde: NIFU

Som nevnt innledningsvis (avsnitt 1.4) er det tatt inn tre nye enheter som har rapportert om forskningsressurser, i målesystemet fra 2017. En fjerde enhet har rapportert om forskningsressurser for første gang. Holder vi disse fire enhetene utenom, blir veksten i driftskostnadene til forskning om lag et halvt prosentpoeng lavere.

I tabell 2.5 har vi brutt ned helseforetakenes driftskostnader til forskning på kostnadstype.

Tabell 2.5 Driftskostnader til forskning¹ i helseforetak og private, ideelle sykehus 2015-2017. Millioner kroner. Prosent.

Kostnadstype	2015	2016	2017	Endring i prosent	
	Mill kr	Mill kr	Mill kr	2015-2016	2016-2017
Lønn	1 751	1 861	2 022	6,3	8,7
Pensjon og arbeidsgiveravgift	708	635	686	-10,3	7,9
Andre, direkte driftskostnader	570	624	637	9,5	2,0
Andre, indirekte driftskostnader	521	582	634	11,7	9,1
Sum driftskostnader	3 550	3 702	3 978	4,3	7,5

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger

Kilde: NIFU

For å illustrere kompleksiteten i utviklingen har vi også tatt med 2015-tall. Fra 2016 til 2017 ser vi at lønnskostnadene øker mer enn driftskostnadene totalt. Det samme gjelder andre, indirekte driftskostnader, dvs. driftskostnader i fellesenheter som ikke selv utfører forskning. Lønnskostnadene vokser litt mer og andre, indirekte driftskostnader litt mindre fra 2016 til 2017 enn fra 2015 til 2016.

Tabellen viser også at det er betydelige forskjeller i utviklingen i kostnadene til pensjon og arbeidsgiveravgift – heretter kalt pensjonskostnader – i perioden. Fra 2016 til 2017 økte pensjonskostnadene med om lag 8 prosent, altså litt mer enn driftskostnadene til forskning samlet. Holder vi pensjonskostnadene utenom, blir veksten om lag et tiendedels prosentpoeng lavere. Det er altså liten forskjell i veksten i driftskostnadene til forskning om vi holder pensjon og arbeidsgiveravgift utenom i beregningen eller ikke. Effekten av pensjonsavsetningene var betydelig større fra 2015 til 2016 da pensjonskostnadene falt med vel 10 prosent. En tilsvarende, korrigert beregning viste her at veksten i samlede driftskostnader til forskning økte fra 4,3 til 7,9 prosent om pensjonskostnadene ble holdt utenom.⁹

Fra 1. januar 2017 ble det innført en endring i merverdiavgiftssystemet for helseforetak, i form av kompensasjon for merverdiavgift ved kjøp av varer og tjenester. Kompensasjonen skjer innenfor en budsjettneøytral ramme, der statens tilskudd til helseforetakene reduseres tilsvarende helseforetakenes forventede utgifter til merverdiavgift (Helsedirektoratet 2016:2ff). Dette er en én-gangs endring, som i prinsippet gir et brudd i tidsserien for enkelte kostnadstyper, mens 2017-tallene slik sett skal være sammenlignbare med påfølgende årganger. Vi har ikke i spørreskjemaet kunnet treffe tiltak for å fange opp denne endringen direkte og dermed korrigere for den i vekstberegningen.

Tabell 2.5 viser imidlertid at utviklingen i andre, direkte driftskostnader fra 2016 til 2017 er annerledes enn for øvrige kostnadsarter og også annerledes enn for perioden 2015 til 2016. En mulig hypotese er her at helseforetakene regnskapsfører lavere direkte driftskostnader knyttet til forskningsaktiviteten enn de gjorde da de skulle betale for varer og tjenester inkludert merverdiavgift. Noen tilsvarende effekt ser vi ikke for andre indirekte driftskostnader til forskning, dvs. husleie, overheadkostnader mv. Underlagsmaterialet gir, som nevnt, ikke direkte muligheter til å korrigere beregningen for mulige merverdiavgiftseffekt, men holdes andre direkte driftskostnader utenom beregningen, blir veksten fra 2016 til 2017 om lag ett prosentpoeng høyere, dvs. 8,5 prosent.

Et annet interessant trekk i utviklingen fra 2016 til 2017 er at årsverksinnsatsen øker med 9,4 prosent, altså nesten to prosentpoeng mer enn driftskostnadene. Vanligvis har veksten i årsverksinnsatsen vært om lag et par prosentpoeng lavere

⁹ Slike endringer inntraff også i 2010 og 2014, og betegnes som planendringer i helseforetakenes pensjonssystem. Dette er en regnskapsmessig endring som konkret innebærer en nedjustering av pensjonskostnadene i et gitt år som følge av endrede forutsetninger for fremtidige pensjonsforpliktelser. Se nærmere om utviklingen fra 2015 til 2016 i Wiig og Olsen (2017).

enn kostnadsveksten. Endringen i årsverksinnsatsen ses ofte som en indikator på realutviklingen i forskningsinnsatsen, dvs. utenom pris- og kostnadsvekst.

Tabell 2.6 Forskningsårsverk utført i helseforetak og private, ideelle sykehus 2016-2017. Antall forskningsårsverk. Endring i antall og prosent.

Stillingskategori	2016	2017	Endring 2016-17	Endring 2016-17 i prosent
Overleger, leger i klinisk stilling	485	498	13	2,7
Psykologer i klinisk stilling	60	70	10	16,1
Forskere, postdoktorer, stipendiater	1210	1311	101	8,3
Øvrig sykehuspersonale	1114	1259	145	13,0
Antall årsverk til forskning i alt	2869	3138	269	9,4

Kilde: NIFU

Tabell 2.6 viser at det ble utført i alt 269 flere forskningsårsverk i 2017 enn i 2016. Økningen er mer enn tre ganger så høy som fra 2015 til 2016 (se Wiig og Olsen 2017, s. 21). Mer enn 90 prosent av økningen gjelder forskere, postdoktorer, stipendiater og øvrig sykehuspersonale, dvs. stillingskategorier der hovedtyngden av personalet antas å ha lavere årsverkskostnad enn gjennomsnittet. Et forskningsårsverk kostet da også i gjennomsnitt 1,27 millioner kroner i 2017 som er en nedgang fra 1,29 millioner kroner i 2016 (op. cit., s. 15).

En hovedforklaring på årsverksveksten er økt innrapportert forskningsaktivitet ved Oslo universitetssykehus HF (OUS). Holdes OUS utenom i beregningen, er årsverksveksten omtrent som økningen i driftskostnadene til forskning. Holdes i tillegg enkelte rapporteringsenheter som er nye i 2017 og enheter som har foretatt større endringer i rapporteringsmetoden (blant annet Helse Bergen HF, Sørlandet sykehus HF og Helse Møre og Romsdal HF) utenom, reduseres årsverksveksten til om lag 6 prosent.

Kort oppsummert er det en ikke ubetydelig økning i forskningsressursene fra 2016 til 2017. Våre, riktignok noe begrensede, beregninger tyder på at hverken utvidet respondentgruppe eller formelle eller regnskapstekniske endringer har særlig effekt på veksten. At forskningsårsverksinnsatsen øker prosentvis mer enn driftskostnadene til forskning, henger sammen med en viss strukturendring i innrapportert årsverksinnsats. Veksten kommer først og fremst i stillingskategorier som omfatter relativt rimelige forskningsårsverk.

3 Forskning innen særskilte områder i 2017

Helseforetakene er pålagt å rapportere særskilt på to satsingsområder. I dette kapitlet gir vi en kort beskrivelse av ressursinnsatsen helseforetak og private, ideelle sykehus nedla i forskning innen psykisk helsevern (3.1) og innen tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere (3.2). Som i forrige kapittel er beskrivelsen begrenset til forskning og de 42 enhetene som rapporterte å ha utført forskning i 2017. Tallene er relativt små, så mindre endringer i driftskostnader og årsverk vil kunne gi store prosentvise endringer. Tallene er heller ikke korrigert for budsjett-tekniske endringer, som planendringen i helseforetakenes pensjonssystem. Vi har derfor valgt å ikke kommentere utviklingen fra 2016 til 2017 i særlig grad, spesielt ikke på kostnadssiden.

3.1 Ressursbruk til forskning innen psykisk helsevern i 2017

I alt rapporterte 28 av de 42 forskningsutførende helseforetakene at de hadde forskning innenfor satsingsområdet psykisk helsevern i 2017. Til sammen oppga de å ha utført 421 forskningsårsverk til en kostnad på 516 millioner kroner, som utgjorde 13 prosent av spesialisthelsetjenesten samlede forskningsinnsats i 2017.

Tabell 3.1 Ressurser til forskning innenfor psykisk helsevern i 2017, etter type helseforetak¹. Antall forskningsårsverk og driftskostnader² til forskning.

Type helseforetak	Forskningsårsverk		Driftskostnader til forskning ²		Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk
	Antall	%	Mill. kr	%	Kroner
HF med universitetssykehusfunksjoner	225	53	293	57	1 300 000
Øvrige HF og private ideelle sykehus	196	47	223	43	1 139 000
Totalt psykisk helsevern	421	100	516	100	1 225 000

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

² Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU

De seks helseforetakene med universitetssykehusfunksjoner stod for 57 prosent av driftskostnader og 53 prosent av forskningsårsverkene til forskning innen psykisk helsevern i 2017. Forskningsressursbruken er altså langt jevnere fordelt mellom disse og øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus for psykisk helsevern enn for forskning samlet; se tabell 2.1 foran.

Et forskningsårsverk innen psykisk helsevern kostet i gjennomsnitt vel 1,2 millioner kroner, som var vel 40 tusen kroner mindre enn for forskning samlet. Tabell 3.1 viser dessuten at den gjennomsnittlige årsverkskostnaden var om lag 160 tusen kroner høyere ved helseforetak med universitetssykehusfunksjoner enn ved de øvrige institusjonene.

Tabell 3.2 Ressurser til forskning innenfor psykisk helsevern i 2017, etter helseregion. Antall forskningsårsverk og driftskostnader¹ til forskning.

Helseregion	Forskningsårsverk		Driftskostnader til forskning ²		Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk
	Antall	%	Mill. kr	%	Kroner
Helse Midt-Norge	43	10	67	13	1 539 000
Helse Nord	26	6	28	5	1 073 000
Helse Sør-Øst	259	61	312	60	1 206 000
Helse Vest	93	22	109	21	1 172 000
Totalt psykisk helsevern	421	100	516	100	1 225 000

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger

Kilde: NIFU

Figur 3.2 viser at Helse Sør-Øst stod for 60 prosent av forskningsinnsatsen innen psykisk helsevern, enten den måles i driftskostnader eller årsverk. Helse Vest stod for en drøy femtedel, mens Helse Midt-Norges andel var 10 eller 13 prosent avhengig av om man ser på driftskostnader eller årsverk. Sprikende andeler i sistnevnte region gjenspeiles også i at gjennomsnittlig årsverkskostnad i Helse Midt-Norge er høyere enn i noen av de øvrige regionene. Det gjelder også forskning samlet; jf. kapittel 2. Helseforetakene i Helse Nord stod for 5-6 prosent av den samlede forskningsinnsatsen på dette området.

3.2 Ressursbruk til forskning innen tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2017

15 av de 42 forskningsutførende helseforetakene rapporterte om ressursbruk til forskning innenfor området tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2017. Til sammen oppga de 64 årsverk og 74 millioner kroner til forskning på rusområdet, som var om lag 2 prosent av spesialisthelsetjenestens samlede forskningsinnsats.

Tabell 3.3 Ressurser til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2017, etter type helseforetak¹. Antall forskningsårsverk og driftskostnader² til forskning.

Type helseforetak	Forskningsårsverk		Driftskostnader til forskning ²		Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk
	Antall	%	Mill. kr	%	Kroner
HF med universitetssykehusfunksjoner	35	55	44	60	1 259 000
Øvrige HF og private ideelle sykehus	29	45	30	40	1 050 000
Totalt tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere	64	100	74	100	1 165 000

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

² Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU

Tabell 3.3 viser at forskningsressursene innen rusområdet er langt jevnere fordelt mellom helseforetak med universitetsfunksjoner og andre helseforetak og private, ideelle sykehus enn de samlede forskningsressursene. Driftskostnadene er riktignok noe mer skjevfordelt enn årsverkene, men også sistnevnte er langt jevnere fordelt mellom de to gruppene. Et forskningsårsverk innen rusområdet kostet i gjennomsnitt mer ved helseforetak med universitetssykehusfunksjoner enn ved de øvrige institusjonene.

Tabell 3.4 Ressurser til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2017, etter helseregion. Antall forskningsårsverk og driftskostnader¹ til forskning.

Helseregion	Forskningsårsverk		Driftskostnader til forskning ²		Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk
	Antall	%	Mill. kr	%	Kroner
Helse Midt-Norge	8	13	11	16	1 396 000
Helse Nord	3	4	2	3	726 000
Helse Sør-Øst	34	54	41	56	1 208 000
Helse Vest	19	29	20	26	1 053 000
Totalt tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere	64	100	74	100	1 165 000

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger

Kilde: NIFU

Tabell 3.4 viser rusforskningsinnsatsen i de fire helseregionene. Helse Sør-Øst står for mer enn halvparten av forskningsinnsatsen og er dermed største helseregion innenfor rusfeltet, foran Helse Vest og Helse Midt-Norge. Helse Nord er minste helseregion på rusfeltet med en samlet forskningsinnsats på 3 årsverk og 2 millioner kroner. Helse Sør-Østs andel var lavere på rusfeltet enn for forskning samlet, mens

Helse Vest stod for en høyere andel av forskningen på rusfeltet enn for forskning samlet.

I Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst koster et forskningsårsverk innen rusfeltet henholdsvis 1,4 millioner og 1,2 millioner kroner, som er en litt høyere årsverkskostnad enn vi finner i Helse Vest (snaut 1,1 millioner). Årsverkskostnaden i Helse Nord er klart lavest (726 tusen), men som nevnt over er det her relativt små kostnads- og årsverkstall.

Referanser

- OECD (2002): Proposed Standard Practice for Surveys on Research and Experimental Development. Frascati Manual 2002, OECD, Paris 2002.
- OECD (2015): The Measurement of Scientific, Technological and Innovation Activities. Frascati Manual 2015. Guidelines for Collecting and Reporting Data on Research and Experimental Development, OECD, Paris 2015.
- Wiig, Ole og Anne Husebekk (red.) (2011): Videreutvikling av system for måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetakene. Rapport fra en arbeidsgruppe, NIFU Rapport 22/2011.
- Wiig, Ole og Hebe Gunnes (2010): Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2009. Hovedresultater og dokumentasjon, NIFU Rapport 50/2010.
- Wiig, Ole (2013): Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2012. Hovedresultater og dokumentasjon, NIFU Rapport 19/2013.
- Wiig, Ole og Bjørn Magne Olsen (2017): Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2016. Hovedresultater og dokumentasjon, NIFU Rapport 2017:18.
- Rapporter fra Ressursgruppen for videreutvikling av målesystemet**
- Bakke, Pål og Ole Wiig (red.) (2011): Endringer i system for måling av ressursbruk til FoU. Rapport I fra en rådgivende gruppe (Ressursgruppen) oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning, NIFU Arbeidsnotat 12/2011.
- Wiig, Ole og Pål Bakke (red.) (2012): Flere endringer i system for måling av ressursbruk til FoU. Rapport II fra en rådgivende gruppe (Ressursgruppen) oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning, NIFU Arbeidsnotat 11/2012.
- Bakke, Pål og Ole Wiig (red.) (2013): Forskjeller i rapportert ressursbruk til FoU i helseforetakene, med fokus på forholdet til UoH-sektoren. Rapport III fra en rådgivende gruppe (Ressursgruppen) oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning, NIFU Arbeidsnotat 18/2013.
- Wiig, Ole og Pål Bakke (red.): Utfordringer i måling av helseforetakenes ressursbruk til FoU, herunder bruk av HRCS-klassifisering. Rapport IV fra en rådgivende gruppe (Ressursgruppen) oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning, NIFU Arbeidsnotat 2015:13.

Offentlige dokumenter

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

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

Helsedirektoratet (2016): Regelverk om nøytral merverdiavgift for helseforetak – med veiledningstekster 2017. Utgitt 12/2016.

Vedlegg 1: Rapporteringsenhetene 2017

Vedleggstabell V1.1 Alfabetisk oversikt over helseforetak, private, ideelle sykehus og regionale helseforetak i rapporten 2017

Akershus universitetssykehus HF
Beitostølen Helsesportssenter
Betanien Hospital - Skien
Betanien sykehus Bergen ¹
CatoSenteret ¹
Diakonhjemmet sykehus AS
Finnmarkssykehuset HF
Frambu senter for sjeldne diagnoser
Haraldsplass Diakonale Sykehus
Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS
Helgelandsykehuset HF
Helse Bergen HF
Helse Fonna HF
Helse Førde HF
Helse Møre og Romsdal HF
Helse Nord-Trøndelag HF
Helse Stavanger HF
Helse Vest IKT
LHL-klinikkene Glittre og Feiring
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
Martina Hansens Hospital
Modum Bad
NKS Jæren distriktpsikiatriske senter AS
NKS Olaviken alderspsikiatriske sykehus
Nordlandssykehuset HF
Oslo universitetssykehus HF
Rehabiliteringssenteret AiR
Revmatismesykehuset AS
Sjukehusapoteka Vest HF
Solli DPS
St Olavs hospital HF
Sunnaas sykehus HF
Sykehusapotek Nord HF
Sykehusapotekene HF
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF
Sykehuset Innlandet HF
Sykehuset Telemark HF
Sykehuset Vestfold HF
Sykehuset Østfold HF
Sørlandet Sykehus HF
Tyrilistiftelsen
Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Vestre Viken HF
Voss DPS - NKS Bjørkeli

¹ Rapporterte om utviklingsarbeid i 2017, men ingen forskning.

Kilde: NIFU

Vedleggstabell V1.2 Oversikt over helseforetak og private ideelle sykehus i 2017, etter type og økonomisk sektor.

	Universitetssykehusfunksjoner? ¹	
	Ja	Nei
Offentlige	Akershus universitetssykehus HF Helse Bergen HF Helse Stavanger HF Oslo universitetssykehus HF St. Olavs Hospital HF Universitetssykehuset Nord-Norge HF (N=6)	Finnmarkssykehuset HF Helgelandssykehuset HF Helse Fonna HF Helse Førde HF Helse Møre og Romsdal HF Helse Nord-Trøndelag HF Helse Vest IKT Nordlandssykehuset HF Sunnaas sykehus HF Sjukehusapoteka Vest HF Sykehusapotekene HF (Sør-Øst) Sykehusapotekene i Midt-Norge HF Sykehusapotek Nord HF Sykehuset Innlandet HF Sykehuset Telemark HF Sykehuset Vestfold HF Sykehuset Østfold HF Sørlandet Sykehus HF Vestre Viken HF (N=19)
Private, ideelle		Beitostølen Helsesportsenter Betanien Hospital, Skien Betanien Sykehus, Bergen ² CatoSenteret Diakonhjemmet sykehus AS Frambu senter for sjeldne diagnoser Haraldsplass Diakonale Sykehus AS Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS LHL-klinikkene Glittre og Feiring Lovisenberg Diakonale Sykehus AS Martina Hansens Hospital Modum Bad NKS Jæren distriktpsykiatriske senter AS NKS Olaviken Alderspsykiatriske Senter Rehabiliteringssenteret AiR – Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering Revmatismesykehuset AS Solli DPS Tyrilistiftelsen Voss DPS – NKS Bjørkeli (N=19)
Totalt	N=6	N=38

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

² Rapporterte om utviklingsarbeid i 2016, men ingen forskning.

Kilde: NIFU

Vedleggstabell V1.3 Oversikt over helseforetak som rapporterte i 2017, etter type og helse-region.

Universitetssykehusfunksjoner? ¹		
	Ja	Nei
Helse Midt-Norge	St. Olavs Hospital HF (N=1)	Helse Møre og Romsdal HF Helse Nord-Trøndelag HF Sykehusapotekene i Midt-Norge HF (N=3)
Helse Nord	Universitetssykehuset Nord-Norge HF (N=1)	Helgelandssykehuset HF Finnmarkssykehuset HF Nordlandssykehuset HF Sykehusapotek Nord HF (N=4)
Helse Sør-Øst	Akershus universitetssykehus HF Oslo universitetssykehus HF (N=2)	Beitostølen Helseportssenter Betanien Hospital - Skien CatoSenteret ² Diakonhjemmet sykehus AS Frambu senter for sjeldne diagnoser LHL-klinikkene Glittre og Feiring Lovisenberg Diakonale Sykehus AS Martina Hansens Hospital Modum Bad Rehabiliteringssenteret AiR Revmatismesykehuset AS Sunnaas sykehus HF Sykehusapotekene HF Sykehuset Innlandet HF Sykehuset Telemark HF Sykehuset Vestfold HF Sykehuset Østfold HF Sørlandet Sykehus HF Tyrilistiftelsen Vestre Viken HF (N=20)
Helse Vest	Helse Bergen HF Helse Stavanger HF (N=2)	Betanien sykehus Bergen ² Haraldsplass Diakonale Sykehus Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS Helse Fonna HF Helse Førde HF Helse Vest IKT NKS Jæren distriktpsikiatriske senter AS NKS Olaviken alderspsikiatriske sykehus Sjukehusapoteka Vest HF Solli DPS Voss DPS - NKS Bjørkeli (N=11)
Totalt	N=6	N=38

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

² Oppga kun utviklingsarbeid i 2017, ingen forskning.

Kilde: NIFU

Vedlegg 2: Oversikt på helseforetaksnivå 2017

Vedleggstabell V2.1 Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2017, sortert alfabetisk.¹

Helseforetak og private ideelle sykehus	Nivå/ type	Helse- region	Totale drifts- kostnader ²		Totale driftskostn. til forskning		Forsknings- kostn. i % av			
			%	%	total- kostnader	Forsknings- årsverk	Forskning % kr./årsverk			
Akershus universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	8 378 302 000	6,2	194 570 000	4,9	2,3	175,8	5,6	1 107 000
Beitostølen Helseportssenter	PRIV	Sør-Øst	92 700 000	0,1	5 428 000	0,1	5,9	7,7	0,2	705 000
Betanien Hospital - Skien	PRIV	Vest	190 949 000	0,1	1 933 000	0,0	1,0	1,5	0,0	1 333 000
Diakonhjemmet sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 905 167 000	1,4	89 605 000	2,3	4,7	63,6	2,0	1 409 000
Finnmarkssykehuset HF	HF	Nord	2 010 659 000	1,5	13 912 000	0,3	0,7	10,6	0,3	1 309 000
Frambu senter for sjeldne diagnoser	PRIV	Sør-Øst	88 026 000	0,1	2 997 000	0,1	3,4	2,4	0,1	1 249 000
Haraldsplass Diagonale Sykehus	PRIV	Vest	786 142 000	0,6	11 837 000	0,3	1,5	11,8	0,4	1 007 000
Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS	PRIV	Vest	181 500 000	0,1	1 368 000	0,0	0,8	1,2	0,0	1 140 000
Helgelandssykehuset HF	HF	Nord	1 907 000 000	1,4	4 424 000	0,1	0,2	5,1	0,2	871 000
Helse Bergen HF	HF	Vest	11 031 759 000	8,1	515 300 000	13,0	4,7	362,7	11,6	1 421 000
Helse Fonna HF	HF	Vest	3 336 610 000	2,5	20 895 000	0,5	0,6	18,5	0,6	1 129 000
Helse Førde HF	HF	Vest	2 701 916 000	2,0	7 931 000	0,2	0,3	9,5	0,3	835 000
Helse Møre og Romsdal HF	HF	Midt	6 002 555 000	4,4	26 584 000	0,7	0,4	27,6	0,9	963 000
Helse Nord-Trøndelag HF	HF	Midt	3 046 400 000	2,2	25 278 000	0,6	0,8	17,7	0,6	1 432 000
Helse Stavanger HF	HF	Vest	6 639 876 000	4,9	125 564 000	3,2	1,9	111,6	3,6	1 126 000
Helse Vest IKT	HF	Vest	945 974 000	0,7	1 616 000	0,0	0,2	1,0	0,0	1 616 000
LHL-klinikkene Glittre og Feiring	PRIV	Sør-Øst	502 744 000	0,4	9 872 000	0,2	2,0	7,2	0,2	1 371 000
Lovisenberg Diagonale Sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 885 561 000	1,4	41 304 000	1,0	2,2	36,2	1,2	1 141 000
Martina Hansens Hospital	PRIV	Sør-Øst	329 533 000	0,2	7 567 000	0,2	2,3	5,2	0,2	1 455 000
Modum Bad	PRIV	Sør-Øst	216 801 000	0,2	10 138 000	0,3	4,7	10,0	0,3	1 019 000
NKS Jæren distriktpsikiatriske senter AS	PRIV	Vest	163 185 000	0,1	379 000	0,0	0,2	0,5	0,0	842 000
NKS Olaviken alderspsikiatriske sykehus	PRIV	Vest	99 596 000	0,1	1 273 000	0,0	1,3	0,9	0,0	1 447 000
Nordlandssykehuset HF	HF	Nord	4 152 147 000	3,1	37 167 000	0,9	0,9	30,9	1,0	1 203 000
Oslo universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	22 596 227 000	16,6	1 920 422 000	48,3	8,5	1 496,6	47,7	1 283 000
Rehabiliteringssenteret AiR	PRIV	Sør-Øst	72 094 000	0,1	6 906 000	0,2	9,6	5,9	0,2	1 171 000
Revmatismesykehuset AS	PRIV	Sør-Øst	101 628 000	0,1	5 664 000	0,1	5,6	5,4	0,2	1 049 000
Sykehusapoteka Vest HF	HF	Vest	200 560 000	0,1	2 983 000	0,1	1,5	3,3	0,1	918 000
Solli DPS	PRIV	Vest	121 191 000	0,1	4 239 000	0,1	3,5	4,2	0,1	1 009 000
St Olavs hospital HF	HF	Midt	9 869 369 000	7,3	221 866 000	5,6	2,2	137,9	4,4	1 609 000
Sunnaas sykehus HF	HF	Sør-Øst	543 551 000	0,4	29 832 000	0,7	5,5	22,1	0,7	1 352 000
Sykehusapotek Nord HF	HF	Nord	103 599 000	0,1	2 266 000	0,1	2,2	2,2	0,1	1 030 000
Sykehusapotekene HF	HF	Sør-Øst	610 000 000	0,4	6 884 000	0,2	1,1	5,6	0,2	1 229 000
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	HF	Midt	196 974 000	0,1	1 326 000	0,0	0,7	1,3	0,0	1 044 000
Sykehuset Innlandet HF	HF	Sør-Øst	8 507 184 000	6,3	73 932 000	1,9	0,9	71,4	2,3	1 035 000
Sykehuset Telemark HF	HF	Sør-Øst	3 665 387 000	2,7	22 384 000	0,6	0,6	21,1	0,7	1 061 000
Sykehuset Vestfold HF	HF	Sør-Øst	4 568 002 000	3,4	80 035 000	2,0	1,8	67,5	2,2	1 186 000
Sykehuset Østfold HF	HF	Sør-Øst	6 005 582 000	4,4	63 651 000	1,6	1,1	60,0	1,9	1 061 000
Sørlandet Sykehus HF	HF	Sør-Øst	6 308 383 000	4,6	82 948 000	2,1	1,3	57,6	1,8	1 440 000
Tyrilistiftelsen	PRIV	Sør-Øst	225 100 000	0,2	5 459 000	0,1	2,4	4,5	0,1	1 213 000
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	HF	Nord	7 157 000 000	5,3	221 670 000	5,6	3,1	194,0	6,2	1 143 000
Vestre Viken HF	HF	Sør-Øst	8 429 085 000	6,2	68 369 000	1,7	0,8	58,2	1,9	1 175 000
Voss DPS - NKS Bjørkeli	PRIV	Vest	61 000 000	0,0	468 000	0,0	0,8	0,4	0,0	1 170 000
Totalt / gjennomsnitt			135 937 018 000	100	3 978 246 000	100	2,9	3 138,0	100	1 268 000

Tabellnoter:
¹ Tall for Oslo universitetssykehus HF er eksklusive Kreftregisteret og Medinnova, og tall for Helse Bergen er eksklusive Innovest.
² Driftskostnader inklusive avskrivninger og pensjonskostnader i løpende priser.
Kilde: NIFU

Vedleggstabell V2.2 Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2017, sortert etter forskningskostnader innenfor psykisk helsevern. ¹

Helseforetak og private ideelle sykehus	Nivå/ type	Helse- region	Totale drifts- kostnader ²	Totale drifts- kostn. til forskning	Forsknings- årsverk	Forskn.årsv erk psykisk helse	Forskn.kostn. % psykisk helse	Forsk. psyk.h. % kr/årsverk		
Oslo universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	22 596 227 000	1 920 422 000	1 496,6	86,0	5,7	117 456 000	6,1	1 366 000
Helse Bergen HF	HF	Vest	11 031 759 000	515 300 000	362,7	43,9	12,1	56 428 000	11,0	1 285 000
St Olavs hospital HF	HF	Midt	9 869 369 000	221 866 000	137,9	32,1	23,3	50 952 000	23,0	1 587 000
Sykehuset Innlandet HF	HF	Sør-Øst	8 507 184 000	73 932 000	71,4	38,8	54,3	39 652 000	53,6	1 022 000
Sykehuset Vestfold HF	HF	Sør-Øst	4 568 002 000	80 035 000	67,5	32,8	48,6	37 310 000	46,6	1 138 000
Helse Stavanger HF	HF	Vest	6 639 876 000	125 564 000	111,6	27,0	24,2	30 386 000	24,2	1 127 000
Diakonhjemmet sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 905 167 000	89 605 000	63,6	22,0	34,6	28 636 000	32,0	1 302 000
Akershus universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	8 378 302 000	194 570 000	175,8	25,6	14,6	26 539 000	13,6	1 037 000
Sørlandet Sykehus HF	HF	Sør-Øst	6 308 383 000	82 948 000	57,6	13,1	22,8	17 710 000	21,4	1 351 000
Vestre Viken HF	HF	Sør-Øst	8 429 085 000	68 369 000	58,2	14,3	24,6	16 324 000	23,9	1 142 000
Helse Nord-Trøndelag HF	HF	Midt	3 046 400 000	25 278 000	17,7	8,7	49,0	13 117 000	51,9	1 516 000
Helse Fonna HF	HF	Vest	3 336 610 000	20 895 000	18,5	7,2	38,9	10 936 000	52,3	1 519 000
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	HF	Nord	7 157 000 000	221 670 000	194,0	10,6	5,5	10 854 000	4,9	1 024 000
Modum Bad	PRIV	Sør-Øst	216 801 000	10 138 000	10,0	10,0	100,0	10 138 000	100,0	1 019 000
Lovisenberg Diagonale Sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 885 561 000	41 304 000	36,2	8,8	24,3	10 066 000	24,4	1 144 000
Finnmarkssykehuset HF	HF	Nord	2 010 659 000	13 912 000	10,6	6,3	59,4	7 502 000	53,9	1 189 000
Nordlandssykehuset HF	HF	Nord	4 152 147 000	37 167 000	30,9	6,1	19,7	7 150 000	19,2	1 172 000
Sykehuset Østfold HF	HF	Sør-Øst	6 005 582 000	63 651 000	60,0	5,6	9,4	5 982 000	9,4	1 063 000
Sølli DPS	PRIV	Vest	121 191 000	4 239 000	4,2	4,2	100,0	4 239 000	100,0	1 009 000
Helse Førde HF	HF	Vest	2 701 916 000	7 931 000	9,5	4,5	47,4	2 998 000	37,8	666 000
Helgelandsykehuset HF	HF	Nord	1 907 000 000	4 424 000	5,1	3,3	65,7	2 764 000	62,5	828 000
Helse Møre og Romsdal HF	HF	Midt	6 002 555 000	26 584 000	27,6	2,6	9,5	2 656 000	10,0	1 018 000
Sykehuset Telemark HF	HF	Sør-Øst	3 665 387 000	22 384 000	21,1	1,4	6,8	1 853 000	8,3	1 296 000
Helse Vest IKT	HF	Vest	945 974 000	1 616 000	1,0	1,0	100,0	1 616 000	100,0	1 616 000
NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus	PRIV	Vest	99 596 000	1 273 000	0,9	0,9	100,0	1 273 000	100,0	1 447 000
Voss DPS - NKS Bjørkeli	PRIV	Vest	61 000 000	468 000	0,4	0,4	100,0	468 000	100,0	1 170 000
NKS Jæren distriktpsykiatriske senter AS	PRIV	Vest	163 185 000	379 000	0,5	0,5	100,0	379 000	100,0	842 000
Sykehusapotekene HF	HF	Sør-Øst	610 000 000	6 884 000	5,6	0,3	4,5	332 000	4,8	1 328 000
Beitostølen Helseportssenter	PRIV	Sør-Øst	92 700 000	5 428 000	7,7	0,0	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Betanien Hospital - Skien	PRIV	Sør-Øst	190 949 000	1 933 000	1,5	0,0	0,0	0	0,0	#DIV/0!
Frambu senter for sjeldne diagnoser	PRIV	Sør-Øst	88 026 000	2 997 000	2,4	0,0	0,0	0	0,0	0
Haraldsplass Diagonale Sykehus	PRIV	Vest	786 142 000	11 837 000	11,8	0,0	0,0	0	0,0	0
Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS	PRIV	Vest	181 500 000	1 368 000	1,2	0,0	0,0	0	0,0	0
LHL-klinikkene Glittre og Feiring	PRIV	Sør-Øst	502 744 000	9 872 000	7,2	0,0	0,0	0	0,0	0
Martina Hansens Hospital	PRIV	Sør-Øst	329 533 000	7 567 000	5,2	0,0	0,0	0	0,0	0
Rehabiliteringssenteret AiR	PRIV	Sør-Øst	72 094 000	6 906 000	5,9	0,0	0,0	0	0,0	0
Revmatismesykehuset AS	PRIV	Sør-Øst	101 628 000	5 664 000	5,4	0,0	0,0	0	0,0	0
Sykehusapoteka Vest HF	HF	Vest	200 560 000	2 983 000	3,3	3,3	100,0	0	0,0	0
Sunnaas sykehus HF	HF	Sør-Øst	543 551 000	29 832 000	22,1	0,0	0,0	0	0,0	0
Sykehusapotek Nord HF	HF	Nord	103 599 000	2 266 000	2,2	0,0	0,0	0	0,0	0
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	HF	Midt	196 974 000	1 326 000	1,3	0,0	0,0	0	0,0	0
Tyrlisiftelsen	PRIV	Sør-Øst	225 100 000	5 459 000	4,5	0,0	0,0	0	0,0	0
Totalt / gjennomsnitt			135 937 018 000	3 978 246 000	3 138,0	421,1	13,4	515 716 000	13,0	1 225 000

Tabellnoter:

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

² Driftskostnader inklusive avskrivninger og pensjonskostnader i løpende priser.

Kilde: NIFU

Vedleggstabell V2.3 Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2017, sortert etter kostnader innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere. ¹

Helseforetak og private ideelle sykehus	Nivå/ type	Helse- region	Totale drifts-		Forsknings- årsverk	Forsknings- årsverk rus	%	Forsknings-		Forskning rus
			kostnader ²	kostn. til forskning				kostnader	%	
Sykehuset Innlandet HF	HF	Sør-Øst	8 507 184 000	73 932 000	71,4	14,8	20,7	15 180 000	20,53	1 026 000
St Olavs hospital HF	HF	Midt	9 869 369 000	221 866 000	137,9	7,2	5,2	10 325 000	4,65	1 434 000
Helse Bergen HF	HF	Vest	11 031 759 000	515 300 000	362,7	8,6	2,4	9 547 000	1,85	1 110 000
Akershus universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	8 378 302 000	194 570 000	175,8	4,7	2,7	8 341 000	4,29	1 775 000
Oslo universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	22 596 227 000	1 920 422 000	1 496,6	6,0	0,4	7 361 000	0,38	1 227 000
Helse Stavanger HF	HF	Vest	6 639 876 000	125 564 000	111,6	6,2	5,6	7 006 000	5,58	1 125 000
Tyrilistiftelsen	PRIV	Sør-Øst	225 100 000	5 459 000	4,5	4,5	100,0	5 459 000	100,00	1 213 000
Sørlandet Sykehus HF	HF	Sør-Øst	6 308 383 000	82 948 000	57,6	3,9	6,8	4 750 000	5,73	1 218 000
Sjukhusapoteka Vest HF	HF	Vest	200 560 000	2 983 000	3,3	3,3	100,0	2 983 000	100,00	918 000
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	HF	Nord	7 157 000 000	221 670 000	194,0	2,3	1,2	1 523 000	0,69	662 000
Helse Møre og Romsdal HF	HF	Midt	6 002 555 000	26 584 000	27,6	0,8	2,7	772 000	2,90	1 029 000
Nordlandssykehuset HF	HF	Nord	4 152 147 000	37 167 000	30,9	0,5	1,6	509 000	1,37	1 018 000
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 885 561 000	41 304 000	36,2	0,1	0,3	126 000	0,31	1 260 000
Vestre Viken HF	HF	Sør-Øst	8 429 085 000	68 369 000	58,2	0,2	0,3	106 000	0,16	530 000
Helse Fonna HF	HF	Vest	3 336 610 000	20 895 000	18,5	0,5	2,7	27 000	0,13	54 000
Sykehuset Vestfold HF	HF	Sør-Øst	4 568 002 000	80 035 000	67,5	0,0	0,0	0	0,00	0
Diakonhjemmet sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 905 167 000	89 605 000	63,6	0,0	0,0	0	0,00	0
Helse Nord-Trøndelag HF	HF	Midt	3 046 400 000	25 278 000	17,7	0,0	0,0	0	0,00	0
Modum Bad	PRIV	Sør-Øst	216 801 000	10 138 000	10,0	0,0	0,0	0	0,00	0
Finnmarkssykehuset HF	HF	Nord	2 010 659 000	13 912 000	10,6	0,0	0,0	0	0,00	0
Sykehuset Østfold HF	HF	Sør-Øst	6 005 582 000	63 651 000	60,0	0,0	0,0	0	0,00	0
Solli DPS	PRIV	Vest	121 191 000	4 239 000	4,2	0,0	0,0	0	0,00	0
Helse Førde HF	HF	Vest	2 701 916 000	7 931 000	9,5	0,0	0,0	0	0,00	0
Helgelandsykehuset HF	HF	Nord	1 907 000 000	4 424 000	5,1	0,0	0,0	0	0,00	0
Sykehuset Telemark HF	HF	Sør-Øst	3 665 387 000	22 384 000	21,1	0,0	0,0	0	0,00	0
Helse Vest IKT	HF	Vest	945 974 000	1 616 000	1,0	0,0	0,0	0	0,00	0
NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus	PRIV	Vest	99 596 000	1 273 000	0,9	0,0	0,0	0	0,00	0
Voss DPS - NKS Bjørkeli	PRIV	Vest	61 000 000	468 000	0,4	0,0	0,0	0	0,00	0
NKS Jæren distriktpsykiatriske senter AS	PRIV	Vest	163 185 000	379 000	0,5	0,0	0,0	0	0,00	0
Sykehusapotekene HF	HF	Sør-Øst	610 000 000	6 884 000	5,6	0,0	0,0	0	0,00	0
Beitostølen Helseportsenter	PRIV	Sør-Øst	92 700 000	5 428 000	7,7	0,0	0,0	0	0,00	0
Betanien Hospital - Skien	PRIV	Sør-Øst	190 949 000	1 933 000	1,5	0,0	0,0	0	0,00	0
Frambu senter for sjeldne diagnoser	PRIV	Sør-Øst	88 026 000	2 997 000	2,4	0,0	0,0	0	0,00	0
Haraldsplass Diakonale Sykehus	PRIV	Vest	786 142 000	11 837 000	11,8	0,0	0,0	0	0,00	0
Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS	PRIV	Vest	181 500 000	1 368 000	1,2	0,0	0,0	0	0,00	0
LHL-klinikkene Glitre og Feiring	PRIV	Sør-Øst	502 744 000	9 872 000	7,2	0,0	0,0	0	0,00	0
Martina Hansens Hospital	PRIV	Sør-Øst	329 533 000	7 567 000	5,2	0,0	0,0	0	0,00	0
Rehabiliteringssenteret AiR	PRIV	Sør-Øst	72 094 000	6 906 000	5,9	0,0	0,0	0	0,00	0
Revmatismesykehuset AS	PRIV	Sør-Øst	101 628 000	5 664 000	5,4	0,0	0,0	0	0,00	0
Sunnaas sykehus HF	HF	Sør-Øst	543 551 000	29 832 000	22,1	0,0	0,0	0	0,00	0
Sykehusapotek Nord HF	HF	Nord	103 599 000	2 266 000	2,2	0,0	0,0	0	0,00	0
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	HF	Midt	196 974 000	1 326 000	1,3	0,0	0,0	0	0,00	0
Totalt / gjennomsnitt			135 937 018 000	3 978 246 000	3 138,0	63,5	2,0	74 015 000	1,86	1 165 000

Tabellnoter:

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

² Driftskostnader inklusive avskrivninger og pensjonskostnader i løpende priser.

Kilde: NIFU

Vedleggstabell V2.4 Ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid i helseforetakene i 2017, sortert etter totale driftskostnader til forskning.¹

Helseforetak og private ideelle sykehus	Nivå/ type	Helse- region	Totale drifts- kostnader ²	%	Totale drifts- kostnader til FoU	%	Totale drifts- kostn. til forskning	%	FoU-kostn % av tot.kost.	Forsk.- kostn. % av tot.kost.	FoU- årsverk
Oslo universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	22 596 227 000	16,6	2 019 870 000	45,5	1 920 422 000	48,3	8,9	8,5	1 583,2
Helse Bergen HF	HF	Vest	11 031 759 000	8,1	618 028 000	13,9	515 300 000	13,0	5,6	4,7	435,0
St Olavs hospital HF	HF	Midt	9 869 369 000	7,2	281 506 000	6,3	221 866 000	5,6	2,9	2,2	177,6
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	HF	Nord	7 157 000 000	5,3	239 871 000	5,4	221 670 000	5,6	3,4	3,1	210,0
Akershus universitetssykehus HF	HF	Sør-Øst	8 378 302 000	6,2	216 700 000	4,9	194 570 000	4,9	2,6	2,3	194,1
Helse Stavanger HF	HF	Vest	6 639 876 000	4,9	136 319 000	3,1	125 564 000	3,2	2,1	1,9	122,4
Diakonhjemmet sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 905 167 000	1,4	112 380 000	2,5	89 605 000	2,3	5,9	4,7	81,0
Sørlandet Sykehus HF	HF	Sør-Øst	6 308 383 000	4,6	84 427 000	1,9	82 948 000	2,1	1,3	1,3	58,7
Sykehuset Vestfold HF	HF	Sør-Øst	4 568 002 000	3,4	104 352 000	2,4	80 035 000	2,0	2,3	1,8	91,1
Sykehuset Innlandet HF	HF	Sør-Øst	8 507 184 000	6,2	74 368 000	1,7	73 932 000	1,9	0,9	0,9	71,6
Vestre Viken HF	HF	Sør-Øst	8 429 085 000	6,2	83 768 000	1,9	68 369 000	1,7	1,0	0,8	71,9
Sykehuset Østfold HF	HF	Sør-Øst	6 005 582 000	4,4	75 128 000	1,7	63 651 000	1,6	1,3	1,1	68,0
Lovisenberg Diagonale Sykehus AS	PRIV	Sør-Øst	1 885 561 000	1,4	41 304 000	0,9	41 304 000	1,0	2,2	2,2	36,2
Nordlandssykehuset HF	HF	Nord	4 152 147 000	3,0	41 542 000	0,9	37 167 000	0,9	1,0	0,9	35,5
Sunnaas sykehus HF	HF	Sør-Øst	543 551 000	0,4	40 391 000	0,9	29 832 000	0,7	7,4	5,5	32,2
Helse Møre og Romsdal HF	HF	Midt	6 002 555 000	4,4	26 584 000	0,6	26 584 000	0,7	0,4	0,4	27,6
Helse Nord-Trøndelag HF	HF	Nord	3 046 400 000	2,2	35 575 000	0,8	25 278 000	0,6	1,2	0,8	25,5
Sykehuset Telemark HF	HF	Sør-Øst	3 665 387 000	2,7	22 384 000	0,5	22 384 000	0,6	0,6	0,6	21,1
Helse Fonna HF	HF	Vest	3 336 610 000	2,4	23 730 000	0,5	20 895 000	0,5	0,7	0,6	21,0
Finnmarksykehuset HF	HF	Nord	2 010 659 000	1,5	13 912 000	0,3	13 912 000	0,3	0,7	0,7	10,6
Haraldsplass Diagonale Sykehus	PRIV	Vest	786 142 000	0,6	14 536 000	0,3	11 837 000	0,3	1,8	1,5	14,2
Modum Bad	PRIV	Sør-Øst	216 801 000	0,2	10 738 000	0,2	10 138 000	0,3	5,0	4,7	10,5
LHL-klinikkene Glittre og Feiring	PRIV	Sør-Øst	502 744 000	0,4	12 544 000	0,3	9 872 000	0,2	2,5	2,0	9,2
Helse Førde HF	HF	Vest	2 701 916 000	2,0	13 715 000	0,3	7 931 000	0,2	0,5	0,3	16,2
Martina Hansens Hospital	PRIV	Sør-Øst	329 533 000	0,2	7 783 000	0,2	7 567 000	0,2	2,4	2,3	5,6
Rehabiliteringssenteret AiR	PRIV	Sør-Øst	72 094 000	0,1	7 794 000	0,2	6 906 000	0,2	10,8	9,6	7,3
Sykehusapotekene HF	HF	Sør-Øst	610 000 000	0,4	9 662 000	0,2	6 884 000	0,2	1,6	1,1	7,9
Revmatismesykehuset AS	PRIV	Sør-Øst	101 628 000	0,1	10 004 000	0,2	5 664 000	0,1	9,8	5,6	10,2
Tyrilistiftelsen	PRIV	Sør-Øst	225 100 000	0,2	8 950 000	0,2	5 459 000	0,1	4,0	2,4	8,5
Beitostølen Helseportssenter	PRIV	Sør-Øst	92 700 000	0,1	11 318 000	0,3	5 428 000	0,1	12,2	5,9	11,7
Helgelandssykehuset HF	HF	Nord	1 907 000 000	1,4	4 424 000	0,1	4 424 000	0,1	0,2	0,2	5,1
Solli DPS	PRIV	Vest	121 191 000	0,1	4 294 000	0,1	4 239 000	0,1	3,5	3,5	4,2
Frambu senter for sjeldne diagnoser	PRIV	Sør-Øst	88 026 000	0,1	8 250 000	0,2	2 997 000	0,1	9,4	3,4	7,5
Sykehusapoteka Vest HF	HF	Vest	200 560 000	0,1	2 983 000	0,1	2 983 000	0,1	1,5	1,5	3,3
Sykehusapotek Nord HF	HF	Nord	103 599 000	0,1	2 266 000	0,1	2 266 000	0,1	2,2	2,2	2,2
Betanien Hospital - Skien	PRIV	Sør-Øst	190 949 000	0,1	1 933 000	0,0	1 933 000	0,0	1,0	1,0	1,5
Helse Vest IKT	HF	Vest	945 974 000	0,7	1 616 000	0,0	1 616 000	0,0	0,2	0,2	1,0
Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS	PRIV	Vest	181 500 000	0,1	4 335 000	0,1	1 368 000	0,0	2,4	0,8	4,3
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	HF	Midt	196 974 000	0,1	2 443 000	0,1	1 326 000	0,0	1,2	0,7	2,0
NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus	PRIV	Vest	99 596 000	0,1	2 403 000	0,1	1 273 000	0,0	2,4	1,3	1,6
Voss DPS - NKS Bjørkeli	PRIV	Vest	61 000 000	0,0	468 000	0,0	468 000	0,0	0,8	0,8	0,4
NKS Jæren distriktpsikiatriske senter AS	PRIV	Vest	163 185 000	0,1	428 000	0,0	379 000	0,0	0,3	0,2	0,5
Betanien sykehus Bergen ³	PRIV	Vest	185 000 000	0,1	430 000	0,0	0	0,0	0,2	0,0	0,5
CatoSenteret ³	PRIV	Sør-Øst	67 059 000	0,0	1 090 000	0,0	0	0,0	1,6	0,0	1,1
Totalt / gjennomsnitt			136 189 077 000	100,0	4 436 546 000	100,0	3 978 246 000	100,0	3,3	2,9	3 510,4

Tabellnoter:
¹ Tall for Oslo universitetssykehus HF er eksklusive Kreftregisteret og Medinnova, og tall for Helse Bergen er eksklusive Innovest.
² Driftskostnader inklusive avskrivninger og pensjonskostnader i løpende priser.
³ Oppgave kun utviklingsarbeid i 2017, ikke forskning
Kilde: NIFU

Vedlegg 3: Detaljert oversikt over ressursbruk til forskning i 2017 per helseforetak i de fire helseregionene

Vedleggstabell V3.1 Driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver og driftskostnader til forskning, inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger, i helseforetak i Helse Midt-Norge i 2017. Mill. kroner. Prosent.

Rapporteringsenhet	Driftskostnader til forskning (mill. kr)	Totale driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver (mill. kr)	Driftskostnader til forskning i % av totale driftskostnader
St Olavs hospital HF	221,9	9 869	2,2
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	1,3	197	0,7
Helse Møre og Romsdal HF	26,6	6 003	0,4
Helse Nord-Trøndelag HF	25,3	3 046	0,8
Sum Helse Midt-Norge	275,1	19 115	1,4

Vedleggstabell V3.2 Driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver og driftskostnader til forskning, inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger, i helseforetak og private, ideelle sykehus i Helse Vest i 2017. Mill. kroner. Prosent.

Rapporteringsenhet	Driftskostnader til forskning (mill. kr)	Totale driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver (mill. kr)	Driftskostnader til forskning i % av totale driftskostnader
Sjukehusapoteka Vest HF	3,0	201	1,5
NKS Jæren distriktpsikiatriske senter AS	0,4	163	0,2
Helse Bergen HF	515,3	11 032	4,7
Voss DPS - NKS Bjørkeli	0,5	61	0,8
Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS	1,4	182	0,8
Solli DPS	4,2	121	3,5
Helse Fonna HF	20,9	3 337	0,6
Haraldsplass Diakonale Sykehus	11,8	786	1,5
Helse Førde HF	7,9	2 702	0,3
Helse Stavanger HF	125,6	6 640	1,9
NKS Olaviken alderspsikiatriske sykehus	1,3	100	1,3
Helse Vest IKT	1,6	946	0,2
Sum Helse Vest	693,9	26 269	2,6

Vedleggstabell V3.3 Driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver og driftskostnader til forskning, inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger, i helseforetak og private, ideelle sykehus i Helse Sør-Øst i 2017. Mill. kroner. Prosent.

Rapporteringsenhet	Driftskostnader til forskning (mill. kr)	Totale driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver (mill. kr)	Driftskostnader til forskning i % av totale driftskostnader
Tyrilistiftelsen	5,5	225	2,4
Beitostølen Helseportssenter	5,4	93	5,9
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	41,3	1 886	2,2
Martina Hansens Hospital	7,6	330	2,3
Akershus universitetssykehus HF	194,6	8 378	2,3
Sykehuset Innlandet HF	73,9	8 507	0,9
LHL-klinikkene Glittre og Feiring	9,9	503	2,0
Sykehusapotekene HF	6,9	610	1,1
Diakonhjemmet sykehus AS	89,6	1 905	4,7
Frambu senter for sjeldne diagnoser	3,0	88	3,4
Vestre Viken HF	68,4	8 429	0,8
Sykehuset Telemark HF	22,4	3 665	0,6
Betanien Hospital - Skien	1,9	191	1,0
Sykehuset Østfold HF	63,7	6 006	1,1
Sykehuset Vestfold HF	80,0	4 568	1,8
Modum Bad	10,1	217	4,7
Oslo universitetssykehus HF	1 920,4	22 596	8,5
Rehabiliteringssenteret AiR	6,9	72	9,6
Revmatismesykehuset AS	5,7	102	5,6
Sunnaas sykehus HF	29,8	544	5,5
Sørlandet Sykehus HF	82,9	6 308	1,3
Sum Helse Sør-Øst	2 729,9	75 222	3,6

Vedleggstabell V3.4 Driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver og driftskostnader til forskning, inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger, i helseforetak i Helse Nord i 2017. Mill. kroner. Prosent.

Rapporteringsenhet	Driftskostnader til forskning (mill. kr)	Totale driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver (mill. kr)	Driftskostnader til forskning i % av totale driftskostnader
Nordlandssykehuset HF	37,2	4 152	0,9
Finnmarkssykehuset HF	13,9	2 011	0,7
Helgelandssykehuset HF	4,4	1 907	0,2
Sykehusapotek Nord HF	2,3	104	2,2
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	221,7	7 157	3,1
Sum Helse Nord	279,4	15 330	1,8

Vedlegg 4: Hovedprinsipper, definisjoner og avgrensninger

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

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

Forskning og utviklingsarbeid (FoU)

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

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

Definisjonene er relativt generelle, men er utdypet og eksemplifisert i eget vedlegg som fulgte rapporteringen og i oversendelsesbrevet til rapporteringsenhetene (jf. Vedlegg 5).¹⁰

¹⁰ *Proposed Standard Practice for Surveys on Research and Experimental Development. Frascati Manual 2002*, OECD Paris.

Den over nevnte arbeidsgruppen^{11,12} anbefalte tiltak som er implementert i forbindelse med ressursmålingen for 2011, og andre tiltak er gjennomført i 2012. Gruppens arbeid fortsetter i 2013.

Bokførte kostnader til FoU

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

- Kostnader til FoU
- FoU-årsverk

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

På kostnadssiden skal kartleggingen dekke:

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

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

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

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

FoU-årsverk

Det skal rapporteres årsverk som er brukt til forskning og utviklingsarbeid og som svarer med de bokførte kostnadene. I det første tilfellet, der foretaket selv bærer lønnskostnaden, skal altså alle årsverk til FoU tas med. I det andre tilfellet, der lønnskostnadene bæres av andre enn helseforetaket, skal årsverkene bare brukes som *grunnlag for å*

¹¹ Wiig og Husebekk, red. (2011).

¹² Bakke og Wiig, red. (2011).

kalkulere de infrastrukturkostnader FoU-aktiviteten belaster helseforetaket med. Selve årsverkene skal imidlertid *ikke* rapporteres. Der lønnskostnaden bæres av eksternt arbeidsgiver, f.eks. et universitet, vil den ikke synes i helseforetakets regnskap, og skal følgelig ikke tas med.

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

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

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

Psykisk helse og spesialisert, tverrfaglig behandling av rusmisbrukere

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

Forholdet mellom helseforetakene og universiteter og høgskoler

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

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

Kort om regnskapsprinsipper og forholdet til FoU-statistikken

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



Måling av ressursbruk til FoU i helseforetak og private, ideelle sykehus 2017

Del 4. Skjønnsmessige fordelinger av FoU-ressursene i 2017 på aktivitetstyper og teknologiområder forts.

Prioriterte teknologiområder 2017

Regjeringen vil videreføre og styrke satsingen på de prioriterte teknologiområdene **IKT**, **Bioteknologi**, **Nanoteknologi** og **Nye materialer** unntatt **nanoteknologi**. Områdene er i tillegg viktige i forhold til OECDs statistikkbehov. Områdene er definert i vedlegget, punkt C4.2.

I de neste spørsmålene spør vi om helseforetaket/avdelingen har hatt FoU-virksomhet innenfor de oppgitte teknologiområdene i 2017, og i så fall hvor stor prosentvis andel dette utgjorde av den totale FoU-virksomheten i 2017.

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

[Informasjon om rapporteringen og veiledning til utfyllingen](#)

46%

Tilbake

Lagre og lukke

Neste



Måling av ressursbruk til FoU i helseforetak og private, ideelle sykehus 2017

4.2a Har helseforetaket/avdelingen hatt FoU-virksomhet innenfor teknologiområdet "IKT"?

Ja Nei

[Informasjon om rapporteringen og veiledning til utfyllingen](#)

50%

Tilbake

Lagre og lukke

Neste



Måling av ressursbruk til FoU i helseforetak og private, ideelle sykehus 2017

4.2b Prosentandel av total FoU innenfor teknologiområdet "IKT":

Teknologiområde	Andel (prosent)
IKT	<input type="text"/>

[Informasjon om rapporteringen og veiledning til utfyllingen](#)

53%

Tilbake

Lagre og lukke

Neste

Til helseforetak og private, ideelle sykehus

Oslo, 30.11.2017

Deres ref.: 12820555

Vår ref.: 12820555 / ow

NIFU

Ressurser og personale til forskning og utviklingsarbeid (FoU) 2017

Som i fjor er henvendelsen tredelt og omfatter:

1. Måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU), FoU-statistikk 2017
2. Rapportering av eksternt FoU-finansiering (fra EU og Forskningsrådet) 2017
3. Personaloversikt pr 1. oktober 2017

I tillegg bør det nevnes at Forskningsrådet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har oppnevnt en arbeidsgruppe som arbeider med integrering av klassifiseringssystemet HRCS (Health Research Classification System) i ressursmålingen. Dette har ingen direkte konsekvenser for ressursmålingen for 2017, men universitetssykehusene vil i 2018 motta en henvendelse om deltakelse i en pilotundersøkelse, sammen med de fire medisinske fakultetene ved universitetene, Høgskolen i Oslo og Akershus og Folkehelseinstituttet. Universitetssykehusene er orientert om dette, og at det kan være lurt å ha denne henvendelsen i mente i arbeidet med ressursmålingen. Ta gjerne kontakt om dette.

I det følgende omtales punktene 1-3 over.

1. FoU-statistikk 2017 **Måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU)**

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

Foreløpige hovedresultater fra ressursmålingene leveres til de regionale helseforetakene og Helse- og omsorgsdepartementet 15. mars, i forbindelse med årlig melding. Endelige tall presenteres i kortfattede, årlige rapporter fra NIFU. 2016-tallene er presentert i Ole Wieg og Bjørn Magne Olsen:

www.nifu.no
post@nifu.no

Nordisk institutt for studier av
innovasjon, forskning og utdanning

Nordic Institute for Studies in
Innovation, Research and Education

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

Org. nr. 976 073 169 / Kontonr. 7038.05.26482

Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2016. Hovedresultater og dokumentasjon (NIFU Rapport 2017:18).

Ressursmålingene danner dessuten grunnlaget for den offisielle, norske statistikken om forskning og utviklingsarbeid (FoU-statistikken) for helseforetak og private, ideelle sykehus. FoU-statistikken utarbeides etter avtale med Norges forskningsråd og er basert på internasjonale retningslinjer fra OECD ("Frascati Manual"). Ny utgave av manualen er vedtatt og utgitt høsten 2015. Det pågår et arbeid for å oversette og vurdere endringer som følge av de reviderte retningslinjer. Det er ikke gjort endringer i definisjoner og retningslinjer for 2017-målingen for helseforetak og private, ideelle sykehus.

Nasjonalt presenteres hovedresultater på NIFUs nettsider (<http://www.nifu.no/>), der FoU-statistikkbanken (<http://www.foustatistikkbanken.no/>) gir brukerne muligheter til å lage sine egne tabeller. Også på Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) hjemmesider legges det ut materiale fra målesystemet, og spesialisthelsetjenestens FoU omhandles dessuten i publikasjonen *Det norske forsknings- og innovasjonssystemet – statistikk og indikatorer*, som utgis årlig både i papirutgave og elektronisk. Internasjonalt inngår materialet i OECDs og EUs FoU-statistikk – sistnevnte gjennom Eurostat.

Arbeidet med å videreutvikle og forbedre målesystemet er forankret i sektoren gjennom en egen ressursgruppe – kalt Ressursgruppen – med representasjon fra de fire regionale helseforetakene og observatører fra Norges forskningsråd, universitetenes medisinske fakulteter og Helsedirektoratet. Ressursgruppen er en permanent videreføring av en arbeidsgruppe oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning i 2010, og har så langt avgitt fire innstillinger, publisert i NIFU arbeidsnotater. Disse er i likhet med innstillingen fra den opprinnelige arbeidsgruppen tilgjengelige på NIFUs nettsider. Også i 2017 har klassifiseringssystemet HRCS (Health Research Classification System) stått på gruppens dagsorden.

Hovedmål for 2017-rapporteringen

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

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

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

Endringer fra 2016-rapporteringen

Rapporteringsopplegget for ressursmålingen er i hovedsak som i 2016. Rapporteringen skjer ved hjelp av et elektronisk spørreskjema. Det er ikke gjort substansielle endringer i rapporteringsskjemaet eller veiledningsmaterialet fra 2016, men noen mindre endringer i spørsmålsstrukturen.

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

Eksternt finansiert forskning

I forbindelse med 2013-rapporteringen ble det introdusert en ny spørsmålsstilling på årsverkssiden. Bakgrunnen var at RHFenes strategigruppe for forskning også ønsket tall for ressursbruken til forskning **eksklusive eksternt finansiert forskning**. Dette gjelder både forskning (spørsmål 1.3) og utviklingsarbeid (spørsmål 2.3). Datakvaliteten var tilfredsstillende både i 2015 og 2016, men vi vil også denne gangen be om at disse tallene vies litt ekstra oppmerksomhet, slik at vi får oppgitt de **årsverkene som er finansiert av eksterne kilder**, dvs. knyttet til de **midlene som er ført under Eksterne finansieringskilder i del 3, nærmere bestemt pkt. 3.2a og 3.2b, i rapporteringsskjemaet**. Vi minner også om at:

- dette *må ikke forveksles* med årsverk utført av personer lønnet av andre enn helseforetaket eller det private, ideelle sykehuset (som det i henhold til den økonomiske hovedavgrensningen, bare skal rapporteres infrastruktur- og andre merkostnader for; se pkt. B i Vedlegg).
- at eksterne midler i denne sammenhengen *ikke må forveksles* med innbetalinger til forskningsprosjekter, som bes oppgitt i egen modul for eksterntfinansiering; se avsnitt 2 nedenfor.

Om tidsplanen

Hovedtall for ressursbruk til forskning skal være tilgjengelige i forbindelse med årlig melding som de regionale helseforetakene er forpliktet til å overlevere til Helse- og omsorgsdepartementet senest 15. mars 2018. For at hovedtallene skal kunne rapporteres videre til de regionale helseforetakene innen denne fristen, er det viktig at NIFU mottar utfylte skjemaer så tidlig som mulig og **senest innen utgangen av februar 2018**. Overholdelsen av rapporteringsfristen var klart bedre i 2016-rapporteringen enn tidligere, men for enkelte rapporteringsenheter er det et visst forbedringspotensial. Sene leveranser skaper ekstra arbeid med å purre enheter og dårligere tid til kvalitetskontroll før NIFUs frist for å sende tall videre. For å unngå at slike forsinkelser går ut over den samlede datakvaliteten, må vi vurdere å utelate enheter som ikke leverer i tide, fra materialet som sendes til RHF og HOD 15. mars.

Noen råd om gjennomføringen

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

- Vi antar at den interne kartleggingen av *FoU-prosjekter, -årsverk og -personale* kan startes opp ganske raskt etter mottaket av denne henvendelsen. Målsetningen bør være at denne delen av rapporteringen er klar *i god tid* før regnskapsavslutningen for 2017.

- Da vil tidsvinduet fra ferdigstilling av denne delen av rapporteringen til fristen kunne brukes til *kostnadsberegningene*. Kostnadsberegningene bør foretas på et så sent tidspunkt i regnskapsavslutningen at tallene er mest mulig endelige, men i tide til å muliggjøre rapportering innen fristen.

2. Rapportering av ekstemt finansiert forskning i helseforetak og private, ideelle sykehus i 2017

I tillegg til FoU-ressurser og -personale skal det rapporteres årlig på tildeling av eksterne midler til forskning i helseforetakene, jf. Prop. 1 S, kap. 732, post 78 og rapporteringsinstruksen fra CRISStin for 2017. Rapporteringen inngår i grunnlaget for beregning av den resultatbaserte andelen av tilskuddet til forskning i helseforetakene fra Helse- og omsorgsdepartementet. Formålet er å stimulere til økt norsk deltakelse i nasjonale og internasjonale konkurransearenaer, samt å få en bedret nasjonal statistikk for norsk deltakelse i EU-forskningen.

Rapporteringsopplegget for denne delen av rapporteringen ble utviklet i en miniarbeidsgruppe oppnevnt av RHFenes strategigruppe for forskning i samråd med andre aktører, bl.a. Helse- og omsorgsdepartementet og Norges forskningsråd. Rapporteringen ble gjennomført første gang for året 2013, og er nå integrert som Del 7 i det elektroniske spørreskjemaet som benyttes for ressursmålingen. Skjemaet og veiledningen er tilnærmet uendret fra 2016-rapporteringen.

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

3. Personaloversikter 2017

Alle aktuelle helseforetak og private, ideelle sykehus rapporterte inn oversikter over personale som deltok i FoU i 2016. Opplysningene om personalet inngår i NIFUs Forskerpersonalregister. Foruten helseforetakene dekker registeret universiteter, høyskoler, forskningsinstitutter og andre institusjoner med FoU-virksomhet.

For å oppdatere registeret ber vi om opplysninger om **alt personale som mottok lønn i fast eller midlertidig stilling ved helseforetaket eller det private, ideelle sykehuset per 1. oktober 2017 og som deltok i forskning og utviklingsarbeid (FoU) i 2017.**

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

1. **Navn.** Her ber vi om ettemavn og fornavn
2. **Fødselsdato**
3. **Fagseksjon, avdeling e.l.**
4. **Stillingsopplysninger.** Her ønsker vi både stillingstekst og stillingsgruppe for alle personer i oversikten. Hvis enheten benytter stillingskoder, ber vi om at disse også inkluderes i oversikten. Vær i så fall vennlig å legge ved kodenøkkelen.

5. **Stillingsbrøk for deltidsansatte.** Merk at stillingsbrøken her gjelder ansettelsesforholdet, og ikke tid brukt til FoU.
6. **Finansieringskilde** hvis annen kilde enn helseforetaket eller det private, ideelle sykehuset selv.
7. **Utenlandsk doktorgrad.** Vi ber om at personer som har oppnådd en utenlandsk doktorgrad i 2017 markeres særskilt i personaloversikten (eller på eget ark) og at det opplyses om gradtittel, kreeringsår og land.

Merk også følgende forhold:

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

Som hjelpemiddel for rapportering av personalopplysninger *etter sender* vi en oversikt over forskerpersonale som ble registrert ved enheten i 2016. Avvik mellom disse oversiktene og listene dere sendte inn for 2016 skyldes i hovedsak at Forskerpersonalregisteret er et individregister der én person bare kan registreres én gang. For personale med flere stillingsforhold enten ved samme helseforetak eller ved andre institusjoner som inngår i Forskerpersonalregisteret, foretas det en skjønnsmessig vurdering av hvilken institusjon personen skal henføres til. Som hovedregel blir personer registrert der de har sin hovedstilling, men der personen har samme eller tilnærmet samme stillingsbrøk ved flere institusjoner, fattes det en beslutning om plassering, ev. basert på tilleggsinformasjon. Listen inneholder opplysninger om høyeste utdanning og doktorgrad. Hvis aktuelt og mulig, ber vi om at disse opplysningene korrigeres.

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

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

Dataene leveres som Excel-filer. Oversikt over forskerpersonalet som ble registrert ved enheten i 2016 kan lastes ned fra NIFUs egen skyløsning ownCloud. Filen med oversikt over forskerpersonalet pr. 2016 oppdateres, og lastes opp til NIFU i NIFUs ownCloud med opplysninger pr 01.10.2017. Lenke og passord for tilgang til NIFUs ownCloud blir tilsendt i egen forsendelse i uke 49/50. I samme forsendelse vil det også være en enkel beskrivelse av hvordan Excel-fil med liste over personalet lastes ned, og hvordan oppdaterte lister over personalet lastes opp igjen.

Litt praktisk informasjon om 2017-rapporteringen

Kort oppsummert er tidsvinduet mellom ferdigstilling av regnskap og tidsfristen for rapporteringen (se nedenfor) smalt. Som nevnt over tillater vi oss derfor å råde helseforetakene og de private, ideelle sykehusene til å starte kartlegging av den delen av grunnlagsmaterialet som er uavhengig av regnskapet allerede i 2017.

Vi antar at de fleste helseforetak og private, ideelle sykehus vil kunne bygge videre på rapporteringsopplegget de har benyttet tidligere år. [Les likevel dokumentet «Vedlegg med definisjoner, klassifikasjoner og retningslinjer for utfyllingen for 2017» nøye!](#)

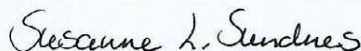
Vi anbefaler at nye rapporteringsenheter og enheter som har slitt med rapporteringsopplegget så langt, arbeider for å etablere gode rapporteringsrutiner. Det har f.eks. vist seg hensiktsmessig ved enkelte helseforetak at kontaktperson/koordinator for rapporteringen kontakter de enkelte avdelingsledere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

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

Vi ber om at rapporteringsskjemaet fylles ut og avleveres til NIFU

senest onsdag 28. februar 2018

Med vennlig hilsen
NIFU



Susanne L. Sundnes
Forskningsleder



Ole Wiig
Prosjektleder

FoU-statistikk 2017

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

A. Avgrensning av forskning og utviklingsarbeid

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

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

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

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

- Rutinemessig innsamling av generelle data, f.eks. periodisk registrering av kvalitetsindikatorer, styringsdata og sykefravær, skal *ikke* regnes som FoU. Men samles data inn i *vitenskapelig* hensikt, skal aktiviteten likevel regnes som FoU.
Tilsvarende gjelder i utgangspunktet for:
 - *Kvalitetsregistre* og annen datainnsamling om prosess- og resultat kvalitet for rutinemessig diagnostikk og behandling
 - *Biobanker og forskningsbiobanker*: Biologisk materiale innsamlet for rutinemessig diag- nos- tikk
 Er *formålet* FoU skal aktiviteten regnes som FoU.
- Prosjekter der *registerdata brukes* i forskning vil derimot være forskningsprosjekter (register- forskning).

- *Studier, utredninger o.l.* i forbindelse med offentlig politikk, planlegging etc. utført med eksisterende metoder og uten sikte på å avdekke tidligere ukjente fenomener, forhold, strukturer o.l., regnes *ikke* som FoU.
- *Utdanning, videre- og etterutdanning* regnes *ikke* som FoU. *Unntak* er forskeropplæring og spesielle FoU-stipend.
- *Ph.d.-prosjekter* defineres som ressursbruk til forskning i sin helhet. Prosjekter på lavere utdanningsnivåer, utdanningspermisjoner o.l. regnes vanligvis ikke som FoU, men etter- eller videreutdanning og personalutvikling. I den grad prosjek- tene metodisk og resultatmessig oppfyller kriteri- ene for FoU skal de regnes inn bare med res- sursbruken som er relatert til FoU-prosjektet; det *kan* f.eks. gjelde mastergradsprosjekter.
- Veiledning regnes som FoU *bare* hvis den inngår i et spesifikt FoU-prosjekt.
- Dokumentasjons-, informasjons- og bibliotek- virksomhet, testing, kvalitetskontroll, intern- kon- troll, kvalitetsutvikling og konsulentvirksomhet som i seg selv ikke er FoU, skal regnes som FoU dersom aktiviteten *i hovedsak utføres for å tjene FoU*, men ikke når den primært utføres for *andre formål*.
- *Ledelse og administrasjon* av FoU regnes som FoU.
- *Personalutvikling, fagutvikling og kunnskaps- ut- vikling* innrettet mot den enkeltes eller organisa- sjonens kompetanse og kunnskaper, er ikke FoU, *med mindre* formålet er å skape ny kunnskap el- ler teknologi av global eller kollektiv karakter.
- *Organisasjonsutvikling* er normalt ikke FoU, med mindre helt nye konsepter utvikles eller eksiste- rende konsepter endres vesentlig før de tas i bruk i egen organisasjon.
- *Rutinemessige prøver*, f.eks. blodprøver eller bakteriologiske prøver, regnes ikke som FoU, *men* inngår prøvene i et program f.eks. for å introdu- sere et nytt legemiddel, er det FoU.
- Ordinær medisinsk terapi som ikke omfatter utvik- ling av nye behandlingsmetoder, regnes ikke som FoU
- *Utprøvende behandling* innebærer intervensjon i et normalt behandlingsforløp og håndteres innen regelverket for medisinsk og helsefaglig forskning. Aktiviteten regnes som forskning selv om den kan være ledd i utvikling av et nytt produkt.
- *Rutinemessig obduksjon* for å fastslå dødsårsak er å betrakte som en del av den medisinske be- handlingen, og skal ikke regnes som FoU.

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

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

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

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

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

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

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

Om en aktivitet skal registreres som utviklingsarbeid i denne forstand, er det en helt grunnleggende forutsetning **at den også faller inn under FoU- begrepet**, med vekt på elementer som nyskaping,

reduksjon av vitenskapelig usikkerhet, systematikk og nyhetsverdi i forhold til kunnskapsfronten i global forstand; jf. definisjon foran.

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

- Det finnes en prosjektbeskrivelse, der mål for prosjektet og systematikken i prosjektet beskrives
 - l Prosjektet har ledergodkjenning
 - Prosjektet har et budsjett eller godkjent tidsbruk (dersom det kun er egen arbeidstid som er innsatsfaktoren)
 - Det finnes en plan for formidling av resultatet
- Merk at utviklingsarbeid som er finansiert med innovasjonsmidler ikke skal rapporteres her.

B. Ressursbruk til FoU: økonomisk avgrensning

Etter overordnet økonomisk avgrensning skal det rapporteres:

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

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

Ressursbruk til FoU innen psykisk helse og rus

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

C. Til de enkelte punktene i skjemaet

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

1. Ressursbruk til forskning i 2017

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

1.1 Driftskostnader til forskning 2017

Vi ber om at driftskostnadene fordeles mellom

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Investeringer 2017

Spørsmålet gjelder helseforetakets eller sykehusets kjøp/anskaffelse av bygg, anlegg og varige driftsmidler, inkl. utstyr og instrumenter. Vi ber om forskningsandelen av anskaffelsesverdien i 2017 for hver kategori anslås etter beste skjønn, basert på en vurdering av forventet fremtidig bruk.

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

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

1.3 Utførte forskningsårsverk 2017

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

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

Årsverkskategorier: Vi ber om at forsknings- årsverkene deles inn i følgende fire kategorier:

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

Eksternt finansierte årsverk: Vi ber om at det anslås hvor mange av årsverkene innen hver av de fire kategoriene over, som var eksternt finansierte. Operasjonelt omfatter eksterne midler i denne

sammenhengen **midler som er ført under Eksterne finansieringskilder i del 3, spm 3.2a og 3.2b i spørreskjemaet** (se også under pkt. C.3 nedenfor). Dette må **ikke** forveksles med årsverk utført av personer som er lønnet av andre enn foretaket (som man i henhold til den økonomiske hoved- avgrensningen av rapporteringen bare skal rapportere infrastruktur- og andre merkostnader for; se pkt. B over).

2. Ressursbruk til utviklingsarbeid 2017

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

3. Finansiering av FoU i 2017

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

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

3.1 Midler over HODs budsjett deles igjen i

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

3.2 Ekstern finansiering

Kategoriene er som i 2016, men er denne gang fordelt på to deltabeller (3.2a og 3.2b). De vanligste, eksterne finansieringskildene er spesifisert. Ytterligere kilde-spesifikasjoner kan velges fra rullegardin- menyene i skjemaet eller fritekstfelt under "Andre eksterne kilder". Merk at eksterne midler så langt som mulig skal føres tilbake til primærkilden; f.eks. skal forskningsrådsmidler helseforetaket får via et universitet føres som forskningsrådsmidler. Formålet er å få et mest mulig dekkende bilde av FoU- finansieringen i sektoren.

Tabell 3.3 oppsummerer undertabellene 3.1 og 3.2.

4. Skjønnsmessig fordeling av FoU-ressursene

4.1 Aktivitetstype 2017

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

Prioriterte teknologiområder i 2017

Hvis helseforetaket i 2017 hadde FoU rettet mot noen av teknologiområdene, anslå hvor stor prosentvis del dette utgjorde av enhetens egenutførte FoU-virksomhet i 2017. Det skal svares separat for hvert område.

Spørsmål kan rettes til:

NIFU Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning

Økernveien 9, 0653 OSLO; Postboks 2815 Tøyen, 0608 OSLO; Tlf. 22 59 51 00, Faks 22 59 51 01, e-post: post@nifu.no

Inndelingen er lett modifisert i forhold til forrige forskningsmelding "Vilje til forskning" (St.meld. nr. 20 (2004-2005)). Områdene er definert slik:

4.2a og 4.2b Informasjons- og kommunikasjons-teknologi: Utvikling og bruk av tele- og datasystemer. Digitale informasjons- og kommunikasjonssystemer. Maskinvare, programvare, nettware. E-vitenskap og trådløse teknologier. Samfunnsmessige forhold knyttet til IKT.

4.3a og 4.3b Bioteknologi: Anvendelse av naturvitenskap og teknologi på levende organismer og på deler, produkter og modeller av disse, slik at levende og ikke-levende materiale endres for å frembringe kunnskap, varer og tjenester. Bioteknologi knyttet til alle fagområder inkludert bioinformatikk og etikk vedrørende bioteknologisk forskning.

4.4a og 4.4b Nanoteknologi: Nye teknikker for syntese og bearbeiding, herunder flytting av og bygging med naturens byggesteiner (atomer, molekyler eller makromolekyler), for intelligent design av funksjonelle og strukturelle materialer, komponenter og systemer med attraktive egenskaper og funksjoner og hvor dimensjoner og toleranser i området 0,1 til 100 nanometer spiller en avgjørende rolle. Materialer der egenskapene bevisst endres med bruk av nanoteknologi. Etsiske, juridiske, samfunnsmessige og helse-/miljø-/sikkerhetsmessige aspekter ved nanoteknologi.

4.5a og 4.5b Nye materialer, unntatt nanoteknologi: Funksjonelle materialer (materialer med bestemte kjemiske, fysiske eller biologiske egenskaper). Materialer, der egenskapene målbevisst endres ved bruk av nanoteknologi, skal føres under nanoteknologi.

Spm 4.6 oppsummerer avgitte svar for teknologi- områdene.

5. Internasjonalisering 2017

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

6. Totale driftskostnader 2017

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

7. Eksterne innbetalinger i 2017 til forskning i helseforetak og private, ideelle sykehus.

Veiledning for utfylling av skjemadelen for eksterne innbetalinger finner du i et eget dokument (Veiledning eksternskjema 2017).

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

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

manne@nifu.no).

Vedlegg 6: Tabeller om forskning og utviklingsarbeid (FoU) 2017

Vedleggstabell V6.1 Helseforetakenes driftskostnader til FoU i 2017, inklusive eksternt finansiert FoU og avskrivninger, etter region og forvaltningsnivå. Millioner kroner. Prosent.

Helseregion	Forvaltnings-nivå	Rapporterte driftskostnader til FoU i 2017			Andel av kostnadene rapportert av HF og PIS (%)
		Helseforetak (HF) og private, ideelle sykehus (PIS) (mill. kr)	Regionale helseforetak (RHF) ¹ (mill. kr)	RHF, HF og PIS samlet (mill. kr)	
Helse Midt-Norge RHF		346,1	214,3	560,4	61,8
Helse Nord RHF		302,0	58,5	360,5	83,8
Helse Sør-Øst RHF		2 964,0	0,0	2 964,0	100,0
Helse Vest RHF		822,9	0,0	822,9	100,0
Totalt		4 435,0	272,8	4 707,8	94,2

¹ Kilde: De regionale helseforetakene.

Kilde: NIFU.

Vedleggstabell V6.2 Nøkkeltall 2016-2017 for forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetak og private, ideelle sykehus.

Indikator	Utviklingsarbeid	Forskning	Forskning og utviklingsarbeid	Prosent forskning
Driftskostnader 2016 ¹ (mill. kr.)	466	3 702	4 168	89
Driftskostnader 2017 ¹ (mill. kr.)	457	3 978	4 435	90
Endring driftskostnader 2016-2017 (%)	-2,0	7,5	6,4	-
Antall årsverk 2017	371	3 138	3 509	89
Driftskostnader per årsverk 2017 (kr)	1 231 000	1 268 000	1 264 000	-

¹ Inklusive eksternt finansiert FoU og avskrivninger.

Kilde: NIFU.

Vedlegg 7: Bruttoutviklingen i driftskostnader til forskning 2016-17

Vedleggstabell V7.1 Driftskostnader¹ til forskning 2016-2017, etter type institusjon. Mill. kr og prosent.

Indikator ²	2016		2017		Endring 2016-17	
	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%
Helseforetak med universitetssykehusfunksjoner	2 991	81	3 199	80	208	7,0
Øvrige helseforetak og private, ideelle sykehus	711	19	779	20	68	9,5
Alle helseforetak og private, ideelle sykehus	3 702	100	3 978	100	276	7,5

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

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

Kilde: NIFU

Vedleggstabell V7.2 Driftskostnader¹ til forskning 2016-2017, etter helseregion. Mill. kr og prosent

Helseregion	2016		2017		Endring 2016-17	
	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%
Helse Midt-Norge	261	7,1	275	6,9	14	5,3
Helse Nord	257	6,9	279	7,0	23	8,8
Helse Sør-Øst	2 477	66,9	2730	68,6	253	10,2
Helse Vest	706	19,1	694	17,4	-13	-1,8
Totalt	3 702	100	3 978	100	276	7,5

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU

Vedleggstabell V7.3 Driftskostnader¹ til forskning som andel av samlede driftskostnader 2016-2017, etter helseregion. Prosent. Endring i prosentpoeng.

	2016	2017	Endring 2016-17
Helseregion	%	%	Prosentpoeng
Helse Midt-Norge	1,3	1,4	0,16
Helse Nord	1,7	1,8	0,16
Helse Sør-Øst	3,3	3,6	0,33
Helse Vest	2,6	2,6	0,05
Totalt	2,6	2,9	0,33

¹ Inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.

Kilde: NIFU

Vedlegg 8: Tallunderlag for figur 2.1 og figur 2.2

Vedleggstabell V8.1 Driftskostnader til forskning i 2017, etter type institusjon og finansieringskilde.
Mill. kroner.

(tabellgrunnlag til figur 2.1)

Finansiering	Helseforetak med universitetssykehusfunksjoner		Øvrige helseforetak		Totalt	
	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%
Basis	1 826	57,1	566	72,7	2 392	60,1
Øremerket via RHF/samarbeidsorgan	766	23,9	102	13,0	868	21,8
Norges forskningsråd	278	8,7	25	3,2	303	7,6
Andre norske kilder	296	9,2	86	11,0	381	9,6
Utlandet	33	1,0	1	0,1	34	0,9
Totalsum	3 199	100,0	779	100,0	3 978	100,0

Vedleggstabell V8.2 Driftskostnader til forskning i 2017, etter helseregion og finansieringskilde.
Mill. kroner.

(tabellgrunnlag til figur 2.2)

Finansiering	Helse Midt-Norge		Helse Nord		Helse Sør-Øst		Helse Vest		Totalt	
	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%	Mill. kr	%
Basis	159	58,0	171	61,0	1 615	59,1	448	64,5	2 392	60,1
Øremrk. via RHF/samarb. org.	83	30,1	91	32,5	520	19,1	173	25,0	868	21,8
Norges forskningsråd	6	2,0	10	3,5	270	9,9	18	2,6	303	7,6
Andre norske kilder	27	9,9	7	2,4	296	10,8	51	7,4	381	9,6
Utlandet	0	0,1	2	0,6	29	1,1	3	0,4	34	0,9
Totalsum	275	100,0	279	100,0	2 730	100,0	694	100,0	3 978	100,0

Tabelloversikt

Tabell 2.1 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus i 2017, etter type institusjon. ¹ Driftskostnadene er her <i>inklusive</i> eksternt finansiert forskning og avskrivninger.....	18
Tabell 2.2 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus ¹ i 2017, etter helseregion. Driftskostnader er her inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger.....	20
Tabell 2.3 Nøkkeltall for helseforetak og private, ideelle sykehus ¹ i 2017, etter helseregion. Driftskostnader ² til forskning, <i>eksklusive</i> eksternt finansiert forskning.	23
Tabell 2.4 Nøkkeltall 2016-2017 for helseforetak og private, ideelle sykehus. Millioner kroner. Løpende priser.	24
Tabell 2.5 Driftskostnader til forskning ¹ i helseforetak og private, ideelle sykehus 2015-2017. Millioner kroner. Prosent.....	24
Tabell 2.6 Forskningsårsverk utført i helseforetak og private, ideelle sykehus 2016-2017. Antall forskningsårsverk. Endring i antall og prosent.....	26
Tabell 3.1 Ressurser til forskning innenfor psykisk helsevern i 2017, etter type helseforetak ¹ . Antall forskningsårsverk og driftskostnader ² til forskning.....	27
Tabell 3.2 Ressurser til forskning innenfor psykisk helsevern i 2017, etter helseregion. Antall forskningsårsverk og driftskostnader ¹ til forskning.	28
Tabell 3.3 Ressurser til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2017, etter type helseforetak ¹ . Antall forskningsårsverk og driftskostnader ² til forskning.....	29
Tabell 3.4 Ressurser til forskning innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere i 2017, etter helseregion. Antall forskningsårsverk og driftskostnader ¹ til forskning.....	29
Vedleggstabell V1.1 Alfabetisk oversikt over helseforetak, private, ideelle sykehus og regionale helseforetak i rapporten 2017	33
Vedleggstabell V1.2 Oversikt over helseforetak og private ideelle sykehus i 2017, etter type og økonomisk sektor.....	34
Vedleggstabell V1.3 Oversikt over helseforetak som rapporterte i 2017, etter type og helseregion.....	35

Vedleggstabell V2.1 Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2017, sortert alfabetisk. ¹	36
Vedleggstabell V2.2 Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2017, sortert etter forskningskostnader innenfor psykisk helsevern. ¹	37
Vedleggstabell V2.3 Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2017, sortert etter kostnader innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere. ¹	38
Vedleggstabell V2.4 Ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid i helseforetakene i 2017, sortert etter totale driftskostnader til forskning. ¹	39
Vedleggstabell V3.1 Driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver og driftskostnader til forskning, inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger, i helseforetak i Helse Midt-Norge i 2017. Mill. kroner. Prosent.	40
Vedleggstabell V3.2 Driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver og driftskostnader til forskning, inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger, i helseforetak og private, ideelle sykehus i Helse Vest i 2017. Mill. kroner. Prosent.....	40
Vedleggstabell V3.3 Driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver og driftskostnader til forskning, inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger, i helseforetak og private, ideelle sykehus i Helse Sør-Øst i 2017. Mill. kroner. Prosent.....	41
Vedleggstabell V3.4 Driftskostnader til alle lovpålagte oppgaver og driftskostnader til forskning, inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger, i helseforetak i Helse Nord i 2017. Mill. kroner. Prosent.....	41
Vedleggstabell V6.1 Helseforetakenes driftskostnader til FoU i 2017, inklusive eksternt finansiert FoU og avskrivninger, etter region og forvaltningsnivå. Millioner kroner. Prosent.....	72
Vedleggstabell V6.2 Nøkkeltall 2016-2017 for forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetak og private, ideelle sykehus.	72
Vedleggstabell V7.1 Driftskostnader ¹ til forskning 2016-2017, etter type institusjon. Mill. kr og prosent.	73
Vedleggstabell V7.2 Driftskostnader ¹ til forskning 2016-2017, etter helseregion. Mill. kr og prosent.....	73
Vedleggstabell V7.3 Driftskostnader ¹ til forskning som andel av samlede driftskostnader 2016-2017, etter helseregion. Prosent. Endring i prosentpoeng.....	74
Vedleggstabell V8.1 Driftskostnader til forskning i 2017, etter type institusjon og finansieringskilde. Mill. kroner.....	75
Vedleggstabell V8.2 Driftskostnader til forskning i 2017, etter helseregion og finansieringskilde. Mill. kroner.....	75

Figuroversikt

Figur 2.1 Helseforetakenes finansieringsstruktur for forskning i 2017, totalt og etter type helseforetak. Prosent.....	19
Figur 2.2 Helseforetakenes finansieringsstruktur for forskning i 2017, totalt og etter helseregion. Prosent.....	21

Nordisk institutt for studier av
innovasjon, forskning og utdanning

Nordic institute for Studies in
Innovation, Research and Education

www.nifu.no