

Helseforetakene og europeisk forsknings- og innovasjonssamarbeid

Delrapport til nasjonal strategi for
forsknings- og innovasjonssamarbeidet med
EU

November 2013

Innledning.....	3
1. Begrunnelse for helseforetakenes deltakelse i EUs forskningssamarbeid.....	4
2. Status for helseforetakenes deltakelse	5
Datagrunnlaget	5
Resultater.....	6
Helseprogrammet	7
IKT programmet.....	11
Det Europeiske forskningsrådet (ERC).....	11
Marie Curie	11
Randsoneaktiviteter:.....	11
ERA:.....	12
3. Fordeler og ulemper ved å delta i EUs forskningssamarbeid	13
4. Sammenfall mellom helseprogrammet i Horisont 2020 og nasjonale styrker og satsninger.....	17
5. Håndtering av nye tilnærminger i Horisont 2020	21

Innledning

Helseforetakene utgjør en av de fire forskningsutførende sektorene i Norge, med en særlig viktig rolle for å utføre og finansiere den anvendte helseforskningen. Helseforskning spiller en sentral rolle i det europeiske forskningssamarbeidet og deltakelse fra helseforetakene utgjør derfor en viktig del av den nasjonale innsatsen for forskningssamarbeidet med EU.

Regjeringen har besluttet å lage en nasjonal strategi for forsknings- og innovasjonssamarbeidet med Europa. Strategien skal være bred og overordnet, og den skal angi retning og ambisjonsnivå for det norske samarbeidet med EU om forskning og innovasjon. Strategien skal definere overordnede mål og prioriteringer for samarbeidet.

Arbeidet er organisert som et prosjekt med fire delprosjekter, et for hver av de fire forskningsutførende sektorene¹ (universiteter og høyskoler, helseforetak, institutter og næringsliv).

Delprosjektene fikk i oppdrag å kartlegge det eksisterende kunnskapsgrunnlaget for sin sektor, og med dette som utgangspunkt få frem hvilke utfordringer og muligheter som ligger i sektoren. Delprosjektene skulle også foreslå målformuleringer og tiltak for å nå disse målene.

Delprosjektet om helseforetakene har tatt for seg følgende spørsmål:

1. Begrunnelse for helseforetakenes deltakelse i EUs forskningssamarbeid
2. Status for helseforetakenes deltagelse
3. Fordeler og ulemper ved å delta i europeisk forskningssamarbeid
4. Hovedutfordringer og muligheter i Horisont 2020 og ERA
5. Håndtering av nye tilnærminger i Horisont 2020
6. Målsetninger for deltakelse i Horisont 2020 og ERA
7. Tiltak for å nå målsetningene

Rapporten som nå offentliggjøres, inneholder punktene 1-5. Punkt 6 og 7 inngår ikke i denne rapporten, men har dannet et viktig grunnlag for utarbeidelsen av mål og tiltak i den endelige strategien. Informasjonen og vurderingene i delprosjektrapporten er basert på den informasjonen som var tilgjengelig og de faktiske forhold i perioden da rapportene ble utarbeidet, og er ikke nødvendigvis representative for regjeringens synspunkter.

Delprosjektet har involvert forskningsledelsen ved de regionale helseforetakene direkte i arbeidet gjennom to møter i RHFenes strategigruppe for forskning og gjennom mulighet for skriftlige innspill. I tillegg har delrapporten vært lagt frem for Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning (NSG) der UH-sektoren også er representert.

Delprosjektet har bestått av Maiken Engelstad og Marianne van der Wel fra HOD, Mari Kristine Nes fra Forskningsrådet og Torstein Lindstad fra KD.

¹ Inndeling i fire forskningsutførende sektorer er blant annet gjort i Meld. St. nr. 18 (2012-2013): Lange linjer – kunnskap gir muligheter, men det er viktig å synliggjøre at det er mange delte stillinger mellom universitetssykehus og universiteter, og at disse ikke enkelt kan tilordnes en av sektorene.

1. Begrunnelse for helseforetakenes deltakelse i EUs forskingssamarbeid

Nasjonal helsepolitikk fremgår av sentrale stortingsmeldinger, strategier og proposisjoner². En overordnet målsetning i helsepolitikken er at helsetjenestene skal ha god kvalitet, være tilgjengelige innen forsvarlig ventetid og tilbudene skal nå ut til alle uavhengig av sosial bakgrunn eller bosted. Mulighetene som ligger i moderne teknologi skal utnyttes for å nå mål om bedre kvalitet, bedre pasientsikkerhet, mer effektivitet og bedre ressursbruk.

Med samhandlingsreformen er det videre en målsetning om et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud, som er tilpasset den enkelte bruker eller pasient. Reformen angir en retning for helsetjenestene som vektlegger forebyggende og helsefremmende arbeid, rehabilitering og habilitering, brukerorienterte tjenester, samt en desentralisering av tjenestetilbudet der det er mulig og sentralisering der det er nødvendig.

Folkehelsemeldingen vektlegger blant annet at folkehelsearbeidet skal være systematisk, langsiktig og kunnskapsbasert.

Forskning og innovasjon er sentrale virkemidler for å realisere helse- og omsorgspolitiske målsetninger. Forskningsbasert kunnskap inngår som en del av grunnlaget for politiske og faglige beslutninger og evalueringer av iverksatte tiltak. Det er et mål i norsk helsepolitikk at forskning og innovasjon i enda større grad skal bidra til kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten. Det handler blant annet om å stimulere til forskning og innovasjoner av høy kvalitet og relevans for tjenesten. Forskning og innovasjon er viktige virkemidler for å nå målene i både Meld St 10 (2012-2013) God kvalitet- trygge tjenester og Meld St 9 (2012-2013) En innbygger – en journal.

Helseforetakene spiller en nøkkelrolle for å nå de overordnede målene i norsk helsepolitikk. Derfor pågår det en langsiktig satsning på helseforskning og innovasjon i helseforetakene. Forskning er en av fire lovpålagte oppgaver i helseforetakene, og det settes av betydelige ressurser til oppgaven i tjenesten. Formålet med forskning i helseforetakene er å styrke kvaliteten og pasientsikkerheten i pasientbehandlingen gjennom en tett kobling mellom forskning og klinikk. Klinisk og pasientnær forskning er viktig for en kontinuerlig utvikling og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Slik forskning bidrar til at de behandlingsmetoder som innføres og brukes i tjenesten er dokumentert virkningsfulle (gir en helsegevinst), samtidig som de er trygge og sikre (gir færrest mulig uønskede hendelser). Det er et mål å styrke omfanget av og kvalitet på kliniske intervensjons- og multisenterstudier.

Økt internasjonalisering av helseforskningen er nødvendig for å styrke forskningskvaliteten. Internasjonalisering er relevant for alle typer forskningsaktivitet, ikke bare for toppforskningsmiljøer. En aktiv deltakelse av helseforetakene i europeisk forskingssamarbeid vil derfor være en styrke for den norske helsetjenesten.

² De mest sentrale er Meld. St. nr. 16 (2010-2011): Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015); Meld. St. nr. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester; Meld. St. nr. 9 (2012-2013): En innbygger – én journal, digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren; Meld. St. 34 (2012-2013): Folkehelsemeldingen: God folkehelse – felles ansvar; Meld. St. nr. 29 (2012-2013): Morgendagens omsorg; Meld. St. nr. 18 (2012-2013): Lange linjer – kunnskap gir muligheter

2. Status for helseforetakenes deltakelse

Følgende programmer og aktiviteter i det europeiske forskningssamarbeidet har vært mest relevante for forskere i Helseforetakene:

- *I programmer finansiert av EUs syvende rammeprogram for forskning og teknologisk utvikling (FP7):*
 - a) Cooperation: Helseprogrammet (Health), først og fremst, men det har også vært helsetemaer i IKT programmet (ICT), Mat (KBBE) og Nanoteknologi (NMP).
 - b) Ideas og People: ERC (Det europeiske forskningsrådet) og Marie Curie (mobilitet av forskere over landegrensene).
- *I randsoneaktiviteter finansiert delvis av FP7:*
 - c) Innovative Medicine Initiative (IMI)³, European & Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP)⁴, Ambient Assistant Living (AAL)⁵ og Eurostars⁶.
- *ERA aktiviteter:*
 - d) Joint Programming Initiatives (JPI):
 - Neurodegenerative Disease Research (JPND)
 - A healthy diet for a healthy life (JPI HDHL)
 - The Microbial Challenge – An Emerging Threat to Human Health (JPIAMR)
 - More Years Better Life
 - e) European Strategy Forum on Research Infrastructures (ESFRI)
 - European Clinical Research Infrastructure Network (ECRIN)
 - Biobanking and Biomolecular Resources Research Infrastructure (BBMRI)
 - European Infrastructure for Translational Medicine (EATRIS)⁷
 - ELIXIR

De to siste har hittil ikke hatt utlysning eller annen koordinerende aktivitet.

Datagrunnlaget

I det følgende vises statistikk fra EUs prosjektdatabase E-CORDA for hele FP7 perioden (2007-2013). Det er tall både for den totale norske deltakelsen i de helserelevante aktivitetene, dvs. uavhengig av utførende sektor/institusjonstype, og tall for deltakelse fordelt på institusjonstype.

Informasjon om helseforetaksansattes deltakelse i EU prosjekter er imidlertid mangelfull. Det henger sammen med det «doble ansettelsesforholdet» ved universitetssykehusene. Mange med klinisk hovedstilling på et sykehus, har også en vitenskapelig bistilling ved et universitet

³ Programmet er et samarbeid mellom legemiddelindustrien og akademiske forskningsmiljøer innenfor temaene metabolske sykdommer, hjernesykdommer, inflammatoriske sykdommer, kreft og infeksjonssykdommer.

⁴ Programmet omhandler globale helseutfordringer med særlig vekt på å bekjempe de tre fattigdomsrelaterte sykdommene HIV/AIDS, malaria og tuberkulose.

⁵ Programmet finansierer utviklingen av IT-baserte produkter og tjenester, som skal øke de eldres livskvalitet.

⁶ Programmet er ment for de ambisiøse, fremgangsrrike og vekstkraftige små og mellomstore bedriftene (SMB-ene). Det forventes at FoU-resultatene kommersialiseres i løpet av to år etter prosjektslutt.

⁷ Universitetene har større nytte av denne, enn helseforetakene.

(f eks professor II). Tilsvarende har mange med hovedstilling på et universitet (professor I), en bistilling ved sykehuset. Det er et stort mangfold av stillingsbrøker og stillingstyper de dobbelt ansatte kan ha ved de to institusjonene, noe som innebærer at det kanskje ikke lenger er like enkelt eller relevant å snakke om hoved- og bistilling. Innenfor fagområdet medisin og helse er det nesten like mange professor II-stillinger som professor I-stillinger. Flertallet av II-stillingene innehas av overleger ved helseforetakene.

Det eksisterer ingen nasjonale retningslinjer for hvilken institusjonstilknytning det er «riktig» å bruke i forskningssammenheng for dobbelt ansatte ved sykehus og universitet, og det er i dag ulik praksis ved universitetssykehusene. Ved Haukeland universitetssykehus og universitetssykehuset St. Olav oppgir ansatte i doble stillinger normalt universitetet som sin institusjonelle adresse. Ved Oslo universitetssykehus er det en annen praksis der helseforetaksadressen brukes mer. Det er viktig å være klar over at det også fins mange rene forskerstillinger ved helseforetakene og antallet slike har økt de siste årene. Forskerstillinger utgjør i 2011, sammen med gruppen postdoktorstipendiater, nær en fjerdedel av forskerpersonalet ved helseforetakene. Denne gruppen har bare helseforetaket som arbeidsgiver.

For å få kunnskap om hvor mange av de som deltar i et EU-prosjekt med universitetsadresse, som også er ansatt ved et helseforetak, har vi undersøkt dette nærmere i det spesifikke programmet Health, bl.a. ved hjelp av NIFUs forskerpersonalregister. Tilsvarende har vi sett på hvor mange av de som oppgir helseforetaket som institusjon som også har stilling på universitetet. Enkelt sagt har vi forsøkt å kartlegge ansettelsesforholdet til alle deltakere i Health-prosjekter som har oppgitt et universitet eller et helseforetak som adresse. Resultatet av denne optellingen er vist i neste kapittel.

Resultater

Totalt har registrerte helseforetaksansatte deltatt i 225 søknader hvorav 39 er blitt innstilt til finansiering. Ikke overraskende er det helseprogrammet (Health) som har mottatt flest søknader (89), men også IKT-programmet (ICT), hvor blant annet e-Helse er plassert, har vært relevant å søke (60). Tabell 1 gir full oversikt over antall prosjekter registrerte helseforetaksansatte har søkt og hvilke som har blitt innvilget støtte fordelt på de ulike helseforetakene.

Oslo universitetssykehus (OUS) skiller seg ut med klart flest søknader og innstilte prosjekter. OUS er den 10. mest aktive norske institusjonen i 7RP målt i finansiell støtte fra EU og det eneste foretaket som har en prosjektkoordinator i et EU-prosjekt. OUS får størst uttelling innenfor helseprogrammet (Health) etterfulgt av IKT-programmet (ICT), se tabell 1. Den relativt store forskjellen i antall søknader sendt fra OUS og fra de andre universitetssykehusene kan delvis skyldes den ulike praksisen i bruk av adresse (omtalt over), men viser også at OUS er en mer aktiv deltaker i EUs forskningssamarbeid enn de andre foretakene. OUS har samtidig den klart største forskningsaktiviteten av alle helseforetakene⁸. Helseforetak som ikke har universitetsstatus søker i liten grad om prosjektmidler fra EU. I hele FP7 er det sendt i alt 10 søknader fra seks slike helseforetak eller private sykehus, hvorav ett prosjekt er blitt innstilt for støtte.

⁸ I 2012 rapporterte OUS å ha brukt 1,4 milliarder kroner til forskning, som var tre fjerdedeler av driftskostnader til forskning i Helse Sør-Øst RHF og halvparten av landstotalen (NIFU, Rapport 19/2013)

Helseforetakene mottar liten økonomisk retur for deltakelsen i prosjektene. OUS har pr. august 2013 blitt tildelt 7,2 mill. euro for hele perioden 2007-2013, UNN 1,7 mill. euro og helse Stavanger 1.1 mill. euro (tall hentet fra kontraktsdatabasen til EU). Helse Bergen Haukland og St. Olav står kun registrert med inntekter på henholdsvis 0,3 mill. euro og 0,1 mill. euro for hele rammeprogramperioden. Dette skyldes igjen at prosjekter registreres på universitet. Under følger en nærmere beskrivelse av helseforetakenes deltakelse i de mest relevante aktivitetene.

Tabell 1 Antall deltakelser, søkt beløp og antall koordinatore i innstilte prosjekter ved helseforetakene i hele FP7 per august 2013

Deltaker navn	ANTALL DELTAKELSER			SØKT STØTTE			ANTALL KOORDINATORE	
	i søkte prosjekter	i innstilte prosjekter	Suksess-rate i %	i søkte prosjekter (mill.euro)	i innstilte prosjekter (mill.euro)	Finansiell suksess rate i %	i søkte prosjekter	i innstilte prosjekter
Oslo Universitetssykehus HF	151	26	17%	69,1	7,2	10%	22	2
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	27	4	15%	10,0	1,7	17%	2	
Helse Stavanger HF-universitetssh.	9	3	33%	2,6	1,1	44%		
Helse Bergen HF-universitetssh.	14	2	14%	4,2	0,3	7%	1	
St. Olavs Hospital HF	9	2	22%	1,5	0,1	7%		
Akershus universitetssykehus HF	3	1	33%	0,2	0,0	2%		
Sørlandet sykehus HF (SSHF)	2	1	50%	0,7	0,0	2%		
Psykiatrien i Vestfold HF	2			0,6				
Sykehuset i Vestfold HF	2			0,1				
Sykehuset Telemark HF	2			0,4				
Blefjell sykehus HF-Kongsberg	1			0,0				
Diakonhjemmet Sykehus AS	1			0,1				
Helse Midt-Norge RHF	1			0,9				
Helse Nord RHF	1			0,1				
Sum helseforetakene:	225	39	17,3 %	90,5	10,5	11,6%	25	2

Ekskl. 1.trinnssøknader ved totrinnsprosesser og ugyldige søknader. Datakilde: E-Corda (Kommisjonen)

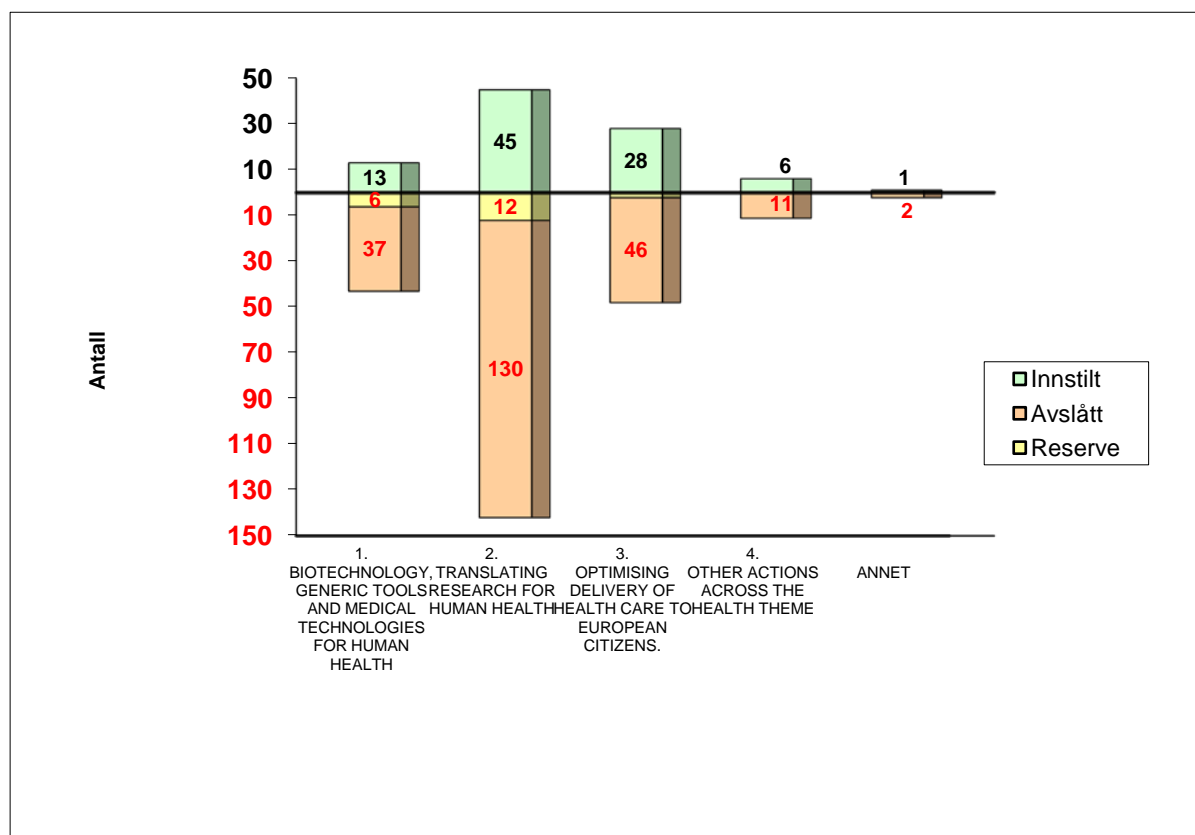
Helseprogrammet

Dette programmet anses som den mest relevante aktiviteten for helseforetakene og for alle institusjoner som driver helseforskning i UH-sektoren, instituttsektoren og næringslivet. For alle sektorene er det norske partnere med i 93 av de totalt 974 prosjektene som er innstilt til bevilgning i helseprogrammet (se tabell 2). Dette utgjør ca. 10 % av det totale antallet prosjekter. Suksessraten (antall innstilte prosjekter i prosent av antall søknader) for søknader med norsk deltakelse er ca. 27 %. Dette betyr at vi har god uttelling for de søknadene hvor det er norske partnere.

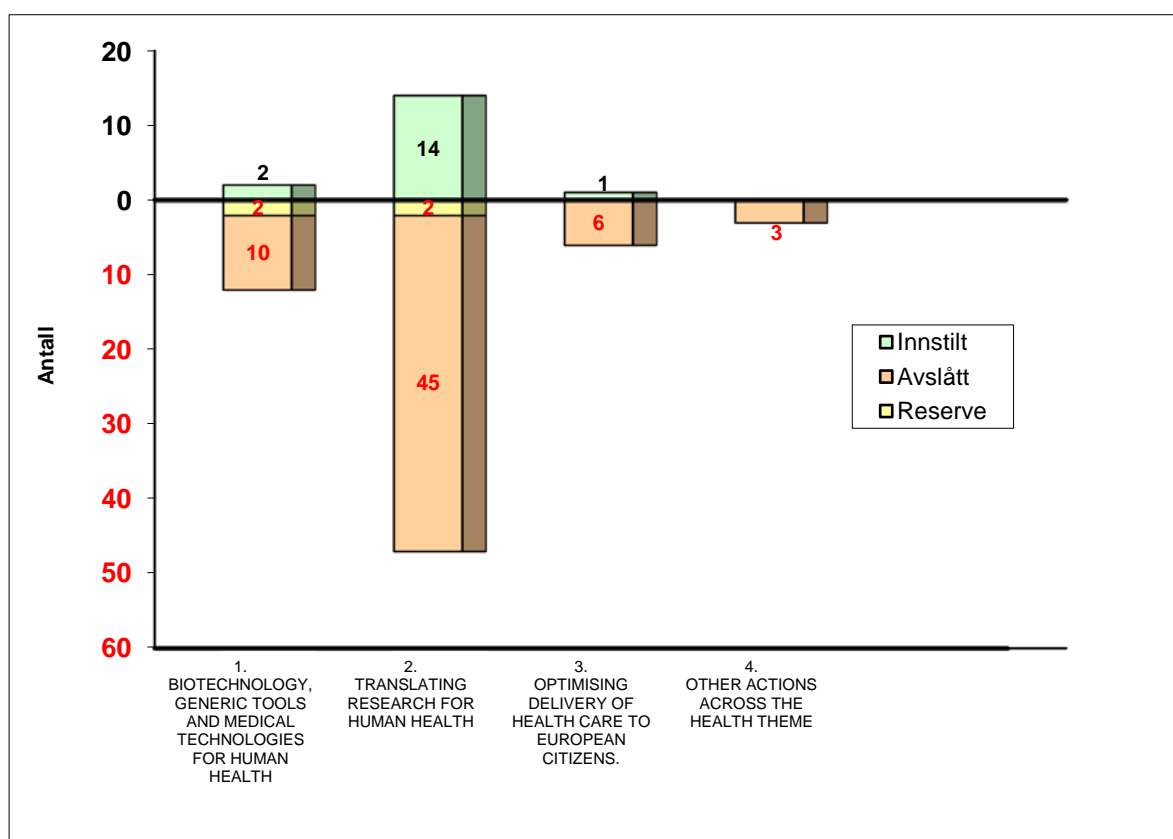
Tabell 2 Antall søknader og antall prosjekter med norsk partner i helseprogrammet 7RP (Health) per august 2013

Program	Søknader			Innstilte prosjekter			Suksessrater (%)		
	Tot ant søknader Alle land	Herav med NO partner	NO andel av total %	Tot ant prosjekter Alle land	Herav med NO partner	NO andel av total %	NO	Alle land	Ranking over snitt
HEALTH	3 920	339	8,6%	974	93	9,5%	27,4%	24,8%	2,6%

Figur 1 viser hvordan søknadene og de 93 støttede prosjektene med norsk deltakelse fordeler seg på de tre tematiske underområdene i Health, som vi har oversatt til Bioteknologi og generiske verktøy (pilar 1), Translasjonsforskning for human helse (pilar 2) og Helsetjenesteforskning (pilar 3). Det har vært klart flest norske søknader og innstilte prosjekter innenfor pilar 2. Det er også det området som har hatt størstedelen av budsjettet og følgelig flest utlyste temaer (topics). Av det totale budsjettet for FP7 Health (6 mrd. euro inklusive 1 mrd. euro til IMI) er nå nær 5 mrd. fordelt. 21% har gått til pilar 1, 62 % til pilar 2 og 9 % til pilar 3. Prosjekter med norsk deltakelse fordeler seg med hhv 14 % på pilar 1, 49 % på pilar 2 og 30 % på pilar 3. Dette indikerer at norske forskere relativt sett har vært mest aktive innenfor helsetjenesteforskning (pilar 3) etterfulgt av translasjonsforskning (pilar 2). Som det går fram av figur 1 deltar norske forskere også i prosjekter som ikke er knyttet til noen av de tre pilarene, aktiviteter som går på tvers av de tre andre aktivitetene (pilar 4) for eksempel med støtte til sekretariatene i JPI-ene, formidling av forskning.



Figur 1 Fordeling av søknader, innstilte prosjekter og ventelisteprosjekter på de tre tematiske pilarene i helseprogrammet i FP7 (Health) per august 2013

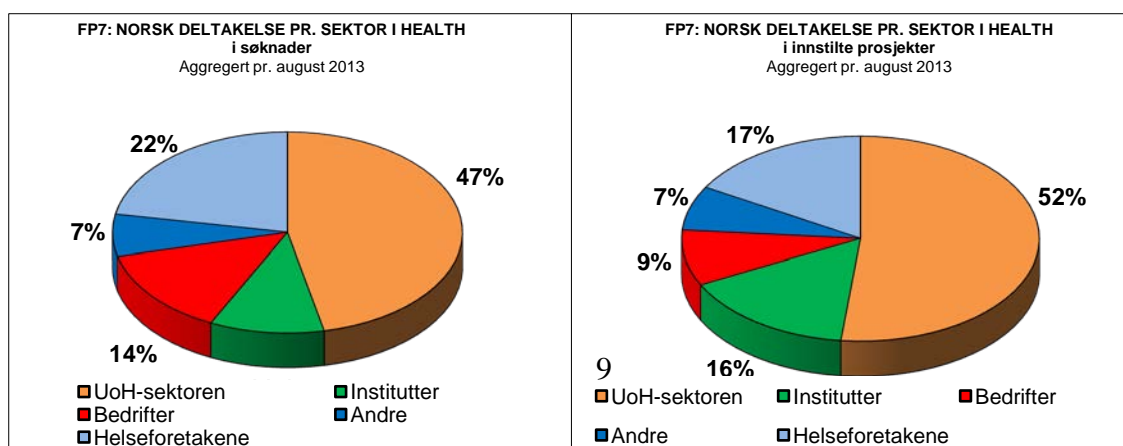


Figur 2 Fordeling av søknader, innstilte prosjekter og ventelisteprosjekter med helseforetaksansatte deltakere på de tre tematiske temaområdene i FP7 Health per august 2013

Figur 2 viser at helseforetakene har deltatt i 85 søknader i helseprogrammet, 17 (19 partnere) av disse har fått finansiering, mens fire er på venteliste. Hovedtyngden av prosjektene er innenfor pilar 2 som omfatter translasjonsforskning rettet mot de store folkesykdommene. I de 17 innstilte prosjektene er det 19 partnere fra helseforetak.

Kakediagrammene i figur 3 viser antall deltakelser i søknadsfasen og i innstilte prosjekter i helseprogrammet per august 2013. UoH-sektoren deltar med 47% i søknadsfasen og 52% i innstilte prosjekter, mens helseforetakene deltar med 22% i søknadsfasen og oppnår 17% i innstilte prosjekter. Helseforetakene har dermed en lavere suksessrate enn både UoH-sektoren og bedrifter, men høyere enn instituttsektoren i helseprogrammet.

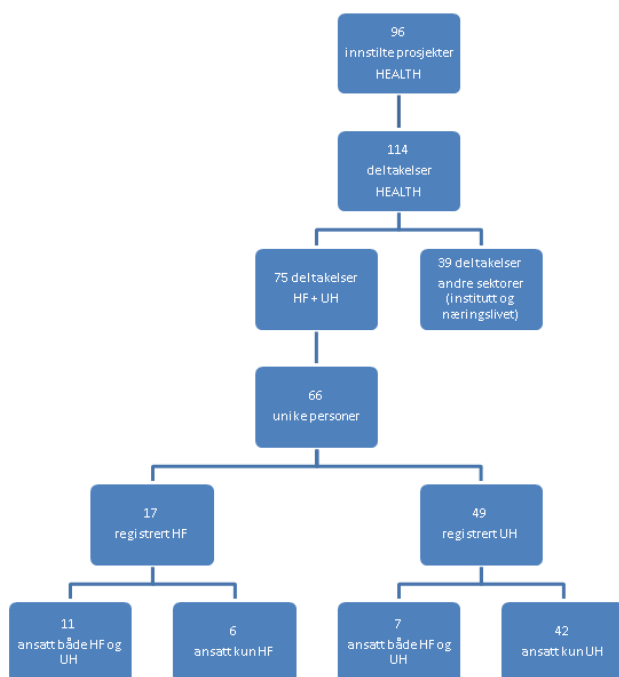
Figur 3 Norsk deltakelse i søknader (venstre) og i innstilte prosjekter (høyre) i helseprogrammet (Health) etter sektor per august 2013



De tre helseforetakene som er med i prosjekter med finansiering fra EU (OUS, UNN og Helse Stavanger) har alle EU-rådgivere tilknyttet virksomheten. Kliniske studier har først kommet inn i helseprogrammet de siste årene, og kan kanskje forklare noe av den lave deltakelsen fra helseforetakene.

Vi har undersøkt hvor mange av forskerne som deltar i 93 innvilgede prosjektene under helseprogrammet som har stilling både ved helseforetak og universitet, se figur 4. I de 93 prosjektene er det totalt 114 deltakelser. Av disse har universitetene og helseforetakene til sammen 75 deltakelser med totalt 66 ulike personer. 49 av disse er registrert i EU-databasen med universitetsadresse og 17 er registrert med helseforetaksadresse. Opptellingen viser at 18 av de 66 forskerne har stilling både ved et helseforetak og et universitet. Blant de 49 som har oppgitt universitetsadresse hadde 7 også stilling på et helseforetak, fire av disse, fordelt på tre universiteter, hadde sin hovedstilling ved et helseforetak. Blant de 17 som har oppgitt helseforetaksadresse hadde 11 også en universitetstilknytning, kun en av de 11 hadde mer enn en 20% stilling ved universitet. Denne gjennomgangen viser at blant forskerne fra universitetene og helseforetakene som deltar i prosjekter finansiert av helseprogrammet i FP7 er 65 pst. (11 av 17) av forskerne som er registrert på et helseforetak i EU-databasen også ansatt i UH-sektoren. Tilsvarende er 14 pst. (7 av 49) av forskerne som er registrert i EU-databasen som universitetsansatt også ansatt i et helseforetak. Informasjonen om ansettelsesforhold er basert på opplysninger fra forskerregisteret og direkte kontakt med institusjonene i 2013, det vites ikke om ansettelsesforholdet var det samme ved oppstart av prosjektene.

Figur 4. En gjennomgang av doble ansettelsesforhold for personer med innvilgede prosjekter i helseprogrammet under FP7 viser at det er relativt få personer med doble ansettelsesforhold i UH-sektoren som har fått innvilget et EU-prosjekt. Gjennomgangen så ikke på ansettelsesforhold i høgskolesektoren.



Norske forskere har per juli 2013 totalt mottatt 51 mill. euro av de tilgjengelige midlene i helseprogrammet i FP7. Dette tilsvarer 1% av de tilgjengelige midlene. (20% av de 51 mill euro har gått til bedrifter som er partnere i prosjektene). Til sammenligning hentet norske forskere 4,3 % av tilgjengelige ressurser fra miljøprogrammet (Environement), og for alle de tematiske programmene samlet er returprosenten 1,8 %. Suksessraten (målt som andelen innstilte prosjekter av antall søknader) for prosjekter med norske forskere i Health ligger over gjennomsnittet for Europa samlet og om lag likt med de andre nordiske landene. Årsaken til den lave deltakelsen er følgelig at *antallet søknader* norske forskere deltar i er for lavt. De andre nordiske landene har deltatt i til dels betydelig flere søknader enn vi har. Finske forskere deltok i 1,5 ganger så mange søknader, danske forskere 2 ganger så mange og svenske 3,3 ganger så mange søknader som norske forskere. I sammenlikning av norske institusjoners deltakelse i helseprogrammet med institusjoner i Sverige, Danmark, Finland, Nederland og Østerrike, er det ingen norske institusjoner blant de 20 største mottakerne av støtte fra helseprogrammet⁹.

IKT programmet

IKT programmet dekker et bredt felt av tematiske områder innenfor IKT og er delt inn i 11 ulike pilarer. Helseforetakene sendte totalt inn 63 søknader til programmet hvorav 5 ble innvilget støtte. OUS deltar i fem prosjekter som ble innvilget støtte mens UNN deltar i ett prosjekt. Pilar nummer fem, "towards sustainable and personalized healthcare" har vært mest relevant for helseforetakene.

Det Europeiske forskningsrådet (ERC)

Totalt har norske forskere sendt 389 norske søkerne til ERC. Så langt har 41 fått bevilgning. Forskere ved OUS har sendt 12 søknader til ERC men ingen har fått bevilgning. Det er imidlertid flere universitetsansatte helseforskere som har fått ERC-midler. Tre av disse har en bistilling ved et universitetssykehus (to ved OUS og en ved Haukland).

Marie Curie

Totalt har helseforetakene sendt in 24 søknader om støtte fra mobilitetsprogrammet. OUS har stått for 19 av søknadene. Deltakelse i prosjekter innenfor livsvitenskap og helse med støtte fra EU-kommisjonen er tilgjengelig i databasen Healthcompetence <http://www.healthcompetence.eu/converis/publicweb/area/1353>

Randsoneaktiviteter:

- a) Eurostars – to helseforetak har vært med på tre søknader, kun ett av disse prosjektene har blitt finansiert. OUS var partner i dette prosjektet.
- b) Innovative Medicine Initiative (IMI) har totalt finansiert 40 prosjekter i perioden så langt (flere resultater og utlysninger gjenstår), og det er norske deltakere i tre av disse. En av de tre er et helseforetak (Diakonhjemmet).
- c) European & Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP): Norge har bidratt til EDCTP gjennom GLOBVAC ved å fellesfinansiere store samarbeidsprosjekter der norske forskere deltar.

⁹ Forskningsbarometeret 2013, figur 28, side 89

- d) Ambient Assisted Living (AAL): Innenfor AAL har 16 prosjekter med norske deltakere fått innvilget støtte. Helse Nord RHF ved nasjonalt senter for telemedisin har hatt prosjektansvar for tre prosjekter. De andre norske partnerne har vært kommunal sektor, bedrifter, pasientorgansiasjoner, forskningsinstitutter og universiteter.

ERA:

- a) JPI: Norge deltar som fullt medlem av fire helserelaterte JPI programmer. Tre av JPIene koordineres av Helse- og omsorgsdepartementet og en av Arbeidsdepartementet. I JPND (Joint Programme on Neurodegenerative Research) har det så langt vært tre utlysninger og norske forskere har hatt suksess i alle disse. Et av prosjektene koordineres av norsk professor og overlege ved UiO/ Akershus Universitetssykehus. De to andre deltakerne er ved hhv OUS og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, begge også ved UiO. HDHL (Healthy Diet for a Healthy Life) har etablert en såkalt Knowledge Hub, et stort samarbeidsprosjekt med mange partnere, der to norske konsortier deltar. Det en er ved UiO og NIH (Norges Idrettshøgskole), det andre ved SIFO (Statens institutt for forbruksforskning) NIH og HiOA. JPIen på antibiotikaresistens (JPIAMR) har kommet kortere og ikke ennå hatt utlysning eller igangsatt andre samarbeidstiltak. Om lag det samme gjelder More Years, Better Lives (JPI-MYBL) som ligger under Arbeidsdepartementets ansvarsområde.
- b) ESFRI. De helserelevante ESFRI-prosjektene norske forskere deltar i er ECRIN, BBMRI, EATRIS og ELIXIR. Den norske delen av BBMRI (Biobank Norge) ledes av forskere ved NTNU og har 8 partnere; Folkehelseinstituttet, UiB, UiT, UiO og de fire RHFene. Sammen med ECRIN er dette de mest relevante infrastrukturene for helseforetakene. Norge deltar i ECRIN ved konsortiet NorCRIN som koordineres fra St. Olavs hospital og har alle universitetssykehusene som partnere. Norsk deltakelse i EATRIS koordineres fra UiO og samarbeidet inkluderer UiB, NTNU, UiT og de fleste universitetssykehusene. Den norske delen av ELIXIR er koordinert fra UiB og i tillegg deltar universitetene i Oslo, Trondheim, Tromsø og Ås.

3. Fordeler og ulemper ved å delta i EUs forskingssamarbeid

En analyse av norske forskningsmiljøers motivasjon for å delta i rammeprogrammet trakk frem faktorer som hindrer og fremmer den generelle deltakelsen. Blant faktorer som hindrer deltakelse var krevende søknadsprosesser, lav suksessrate, høy tidsbruk til prosjekt-administrasjon, kompliserte regler for deltakelse og mangel på tilfredsstillende beskyttelsesmekanismer for immaterielle rettigheter. Faktorer som fremmer deltakelse ble oppgitt å være nettverksbygging, kunnskapsvervelse, problemløsning, metodeutvikling, informasjon om internasjonal utvikling og konkurrenter, tilgang til infrastruktur, omdømmebygging og tilgang til finansiering. Analysen viste små forskjeller mellom temaområdene. Helse deltakere la noe større vekt på å få tilgang til evner og ekspertise som ikke finnes i Norge, og rangerte utvikling av verktøy, metoder og teknikker lavere enn deltakere på IKT og miljø. På deltakernivå oppga flere informanter at finansieringsordningene for forskere ved helseforetak (og tilsvarende i UH-sektoren) var så sjenerøse at motivasjonen for å søke midler fra EU var lav ¹⁰. Andre forhold er manglende erfaring med søknadsskriving, særlig blant helseforetak uten universitetsfunksjon, men også blant universitetssykehus som tidligere har søkt gjennom universiteter. Det er også ulik erfaring mellom fagområdene, der enkelte fagområder har en høyere deltakelsesandel enn andre. Dette må ses i sammenheng med hvilke fagområder som inkluderes i helseprogrammet, eksempelvis er klinisk forskning først kommet med de senere årene. Fra Helse Bergen HF meldes det om økonomisk-administrative utfordringer knyttet til regnskapsføring av EU-prosjekter der helseforetaket er koordinator.

Det er høy kvalitet på, og konkurranse om, forskningsmidler i internasjonal medisinsk og helsefaglig forskning. Dette innebærer at høy kvalitet på forskningen vil være en viktig forutsetning for økt norsk deltakelse. Samtidig har de regionale helseforetakene et mer helhetlig ansvar for oppbygging av og forskning på forskningssvake områder, for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet i hele bredden av helsetjenesten, slik at forskningen ikke kun kan prioriteres inn mot etablerte spissmiljøer. Det forventes – og bør stilles krav om – at etablerte spissmiljøer i medisinsk og helsefaglig forskning som publiserer i høyt anerkjente tidsskrifter, har etablert internasjonalt forskingssamarbeid og får uttelling i nasjonale forskningsutlysninger, i større grad enn i dag deltar i søknader og henter ut midler fra EUs helseforskningsprogrammer.

Det er et potensial for å øke deltakelsen i europeiske forskningsinfrastrukturinitiativ. Flere forskningsmiljøer tilknyttet helseforetakene deltar som partnere i ESFRI-prosjekter, eksempelvis ECRIN, ELIXIR, BBMRI og EATRIS. Denne deltakelsen er viktig for å avstemme regionale og nasjonale infrastrukturiltak og for prosjekter knyttet til det nasjonale veikartet. Deltakelse kan åpne for bedre tilgang til europeiske prosjekter relatert til tilgang til og bruk av forskningsinfrastrukturene. Helseregionene melder om at det er liten grad av oppfølging av nasjonale prosjekter med ESFRI-deltagelse. Overgangsfasen fra planleggingsprosjekt til aktiv forskningsinfrastruktur er krevende og lang. Her ligger det et mulighetsrom, gjennom tettere samarbeid mellom institusjonene og sentrale myndigheter for å sikre kontinuitet før finansieringssituasjonen er avklart.

Et viktig tiltak for økt kunnskap om og deltakelse i EU-forskning, er imidlertid å få norske forskere til å delta mer som evaluatore av forskningssøknader. Dette kan være en viktig nøkkel til økt deltakelse, da det gir unik innsikt i EUs søknadsorganisering. Helseforetakene

¹⁰ On motives for participation in the Framework Programme, Technopolis, 2012

melder om et potensial for å stimulere til økt deltakelse som evaluatorene, og at det er viktig å informere om og iverksette tiltak for å øke informasjonen om rekrutteringsordningen, da denne ikke er god nok kjent i tjenesten. I tillegg er det viktig at det oppfordres til og legges til rette for økt deltakelse som evaluatorene på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Det kan eventuelt lages insentiver lokalt/regionalt og eventuelt i regi av Norges forskningsråd for å stimulere til økt deltakelse i evalueringsprosessene.

Et annet viktig tiltak er å bruke referansegruppen for helseforskning i EU. Denne, i kombinasjon med Forskningsrådets og institusjonenes kommunikasjon med forskningsmiljøene, er et viktig strategisk tiltak for å forankre eventuelle norske innspill til arbeidsprogrammene i Horisont2020 og andre randsoneaktiviteter, samt en viktig arena for å diskutere etablering av støttetiltak for EU-forskning. Referansegruppen er i hovedsak satt sammen av forskningsledere ved institusjonene og dette sikrer en god ledelsesforankring av arbeidet for å øke deltakelsen i EU-forskningen. Forskningsledernes holdning og engasjement for økt deltakelse er helt avgjørende for å få framgang.

Finansielle insentiver og lokale støttefunksjoner for søknadsskriving er virkemidler som påvirker deltakelse i forskningssamarbeidet. Dagens resultatbaserte finansieringsmodell for helseforetakene gir ikke uttelling for tildeling av EU-midler, slik finansieringsmodellen for universitets- og høgskolesektoren gjør. For UH-sektoren inngår innvilgede prosjekter i EUs forskningsprogrammer som en resultatkomponent i forskningsdelen av den resultatbaserte finansieringsmodellen. Dette kan være en av årsakene til at personer med dobbelt ansettelsesforhold oppgir universitetstilknytningen i forskningssammenheng. I tillegg kan tilgang til støttefunksjoner være en årsak til at forskere med delte stillinger oppgir universitetstilknytningen i forskningssammenheng. Et fåtall av helseforetakene har etablert lokale støttefunksjoner, men de som har slike, har også høyere EU-deltakelse. Det er et potensial for å utvikle samarbeidet med etablerte støttefunksjoner ved universitetene og i Norges forskningsråd for å understøtte søknadsskriving og partnersamarbeid.

Finansieringssystemet for helseforetakene belønner forskningens output, i form av sampubliseringer, det vil si publisering med flere internasjonale forfattere. Siteringsindeks viser at internasjonalt samforfatterskap gir større vitenskapelig gjennomslagskraft ved at de siteres hyppigere. Dette kan fungere som et insentiv på forsker/gruppenivå for internasjonalt samarbeid, ved at det kan gi faglig og/eller karrieremessig uttelling.

Helse- og omsorgsdepartementet har i samarbeid med helseregionene, NIFU og i samråd med Kunnskapsdepartementet gjennomgått dagens forskningsindikatorer for helseforetakene med tanke på å foreta enkelte justeringer. Hensikten med justeringene er å ytterligere heve kvaliteten på forskningen i helseforetakene. Fra 2014 vil finansieringssystemet for helseforetakene gi en tilsvarende uttelling for tildeling av EU-midler, som universitets- og høgskolesektoren har. Finansieringssystemet i helsesektoren er poengbasert og et helseforetak vil tildeles 10 forskningspoeng per tildelt million av EU-midler. I likhet med universitets- og høgskolesektoren innebærer innføringen en omfordeling av tilskuddet til forskning innen gjeldende ramme. Dette, sammen med en økning i uttelling for sampubliseringer fra 2 til 2,5 forskningspoeng, vil innebære et styrket finansielt insentiv for deltakelse i ERA for helseforetakene. Innføringen vil understøtte samarbeid (fremfor konkurranse) om EU-forskning med UH-sektoren, ved at søknader med forankring i både helseforetakene og UH-sektoren vil gi uttelling i begge sektorer i henhold til hver av sektorenes deltakelse. Innføringen vil dessuten kunne bidra til en mer korrekt nasjonal forskningsstatistikk ved at prosjekter med deltakelse fra helseforetakene synliggjøres. Helseforetakene er positive til

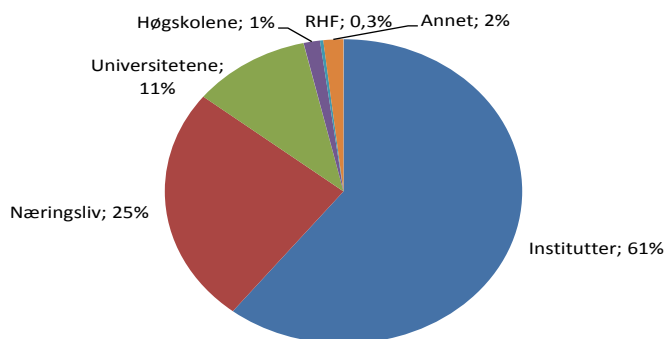
forslaget, forutsatt at det stimulerer til samarbeid fremfor konkurranse mellom UH- og helsesektoren. Samme prinsipper som for kreditering av felles vitenskapelige publikasjoner og doktorgrader mellom helseforetakene og UH-sektoren kan eventuelt benyttes som utgangspunkt for kreditering av deltakelse i EU-prosjekter.

Forskningsrådet har flere virkemidler for å stimulere til deltakelse i EUs forskningssamarbeid. Det største og viktigste virkemiddelet er posisjoneringsstøtte (PES) som skal stimulere til å etablere prosjektkonsortium og utarbeide prosjektforslag rettet mot deltakelse i EU nettverk. I første rekke er det bedrifter, forskningsinstitutter og universiteter/høyskoler som søker om PES-midler men helseforetak kan også søke. Institusjoner som deltar i mange EU-prosjekter kan søke om rammebevilgning. Hovedkonklusjonene fra en evaluering av PES ordningen viser at¹¹:

- PES har stor betydning for å skape en legitimitet for å skrive en rammeprogram søknad
- PES leder til flere rammeprogram søknader fra bedrifter og institutter, men ikke fra UH
- PES leder sannsynligvis til nye søkere
- PES leder til mer konkurransedyktige rammeprogram søknader
- PES leder til fler koordinatører

I 2012 ble det fordelt 44 millioner kroner i PES-støtte hvorav den største delen ble utbetalt som rammebevilgning. Insituttsektoren mottar hele 61% av PES midlene mens RHFene bare har fått 0,3% av midlene. OUS og UNN mottar klart mest PES midler blant helseforetakene.

Figur 5 Sektorfordeling av PES midler, 2007-2012, Kilde: Technopolis 2013



Av de norske søknader som ble sendt til helseprogrammet i FP7 er det kun 9% av søknadene som hadde fått PES-støtte. Ettersom PES-støtte ser ut til å gi økt sannsynlighet for å få gjennomslag bør flere forskere ved helseforetakene søke om PES støtten når de skriver en projektsøknad. Med bakgrunn fra erfaringene fra UH-sektoren er det mer tvilsomt om økt bruk av PES i helseforetakene vil gi flere søknader. Forskningsrådets andre virkemidlene for å støtte EU-deltakelsen anses mindre relevante for helseforetakene og representanter fra helseforetakene selv har i innspillene til denne delrapporten ikke etterlyst økonomiske virkemidler gjennom Forskningsrådet for å stimulere til økt deltakelse.

¹¹ Effektmåling av Forskningsrådets stimulerings-tiltak for økt deltakelse i EU-finansiert forskning, Technopolis, 2013

Evalueringen av Forskningsrådets stimuleringsvirkemidler for EU-deltakelse viser imidlertid at de mest effektive virkemidlene ofte er de som skjer i regi av programstyrene for de nasjonale programmene. Programstyrene innefor helserelevante programmer i Forskningsrådet bør også vurdere hvordan de kan bidra til å få flere norske helseforskere til å delta i europeisk forskningssamarbeid.

EU stiller ofte krav om at små og mellomstore bedrifter (SMBer) skal inngå i prosjekter. Det mangler i dag gode systemer for å koble på SMBer/industri til offentlige prosjekter, selv om innovasjonssatsningen i helsesektoren har bidratt til tettere kontakt mellom privat næringsliv og helseforetakene og det nå er teknologioverføringskontor (TTO) i alle helseregionene. Det er laget flere møteplasser for forsknings- og innovasjonssamarbeid med industrien gjennom bl.a. InnoMed, Norges forskningsråd og Innovasjon Norge. Det er viktig at disse møteplassene også blir en arena for samarbeid om EU-prosjekter. De etablerte innovasjonsclustrene som Oslo Cancer Cluster, Nansen Neuroscience Network og Oslo Medtech vil også kunne være en arena som stimulerer til økt samarbeid om EU-søknader og prosjekter. Potensialet for å utnytte disse møteplassene bedre også i forhold til EU-samarbeid bør tas ut.

4. Grad av sammenfall mellom helseprogrammet i Horisont 2020 og nasjonale styrker og satsninger

Hvilke muligheter sektoren har for deltakelse i Horisont 2020 følger av i hvilken grad innretningen og satsningene i programmet "Health, demographic change and wellbeing" er sammenfallende med helseforetakenes forskningsaktivitet og styrker. En sammenlikning på et overordnet nivå tilsier at mulighetsrommet for deltakelse fra helseforetakene er stort.

Den foreløpige innretningen av programmet "**Health, demographic change and wellbeing**" vektlegger hele verdikjeden i forskning, fra grunnleggende forskning til anvendelse, innovasjon og implementering. Programmet vil se alle helseinitiativ innen ERA under ett. I nytt rammeprogram er e-helse med tilhørende virkemidler inkludert i helseforskningsprogrammet. Dette innebærer at programmet i større grad enn tidligere tar hensyn til behovet for å se forskning, innovasjon og rask implementering av ny kunnskap og nye løsninger som viktige kriterier for valg av forskningstema og arenaer for samarbeid. Fremdeles er det helserelaterte temaer også i andre programmer, for eksempel nano- og bioteknologi-programmet (eks Nanomedicine therapy for cancer og Biomaterials for treatment and prevention of Alzheimers disease) . I Food-programmet er det under temaet Food Security flere utlysningstekster knyttet til sunt kosthold og behov for å redusere uhelse, korrigerer feilernæring hos eldre med mer.

Det er valgt ut to områder for utlysning i årene 2014-2015, de to områdene er "personalising health and care" (36 undertemaer) og "co-ordination activities" (15 undertemaer). Det første området er valgt på bakgrunn av demografiske endringer med en økende aldrende befolkning, endringer i sykdomsbyrden samt endringer som følge av den økonomiske krisen, endringer som samlet sett utfordrer bærekraft og tilgang til helsetjenestene. Utlysningen har som mål å stimulere til grensesprengende forskning og radikale innovasjoner, ved å adressere de såkalte translasjonsgapene. Forskningsområder som inkluderes er blant annet årsakssammenhenger, helsefremmende og forebyggende arbeid, diagnostikk, innovativ behandling og teknologier, aktiv og god aldring, pasientsentrert behandling og omsorg, datautnyttelse og en kunnskapsbasert politikkutforming. Det andre området for utlysninger, "co-ordination activities", vil inkludere aktiviteter som har samhandling som sitt primære fokus. Helseprogrammet omfatter aktivitetene Active and assisted living programme (AAL), European and development countries clinical trials partnership (EDCTP), Innovative medicine initiative (IMI) og etablering av ERA-net og støttefunksjoner for drift og utlysninger knyttet til felles europeiske forskningsprogrammer (JPI) innenfor helseområdet samt på utvalgte fagområder (eks hjerte-karsykdommer, diabetes 2).

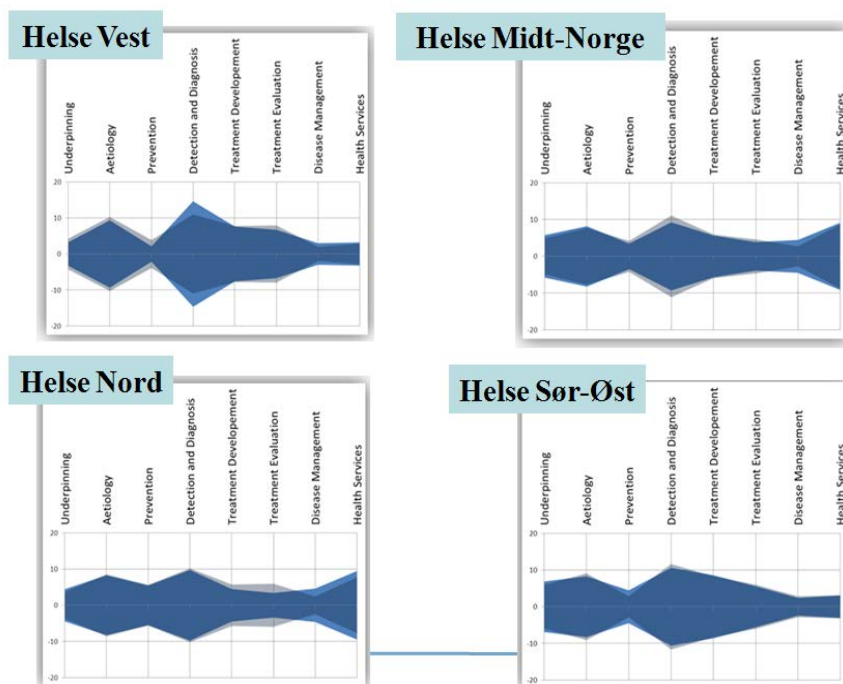
Vektlegging av hele **verdikjeden** i helseforskning sammenfaller med nasjonale prioriteringer og satsninger. De tematiske prioriteringene samsvarer med nasjonale prioriteringer innenfor hele- og omsorgspolitikken, med økt fokus på forebygging, effektiv og innovativ organisering av helse- og omsorgstjenestene, effekt og kvalitet på tjenestetilbudet, bruk av ny teknologi og medisinsk teknisk utstyr og behov for flere offentlig initierte kliniske studier, jf sentrale stortingsmeldinger.

HelseOmsorg21-strategien vil bli den første nasjonale tverrsektorielle helseforskningsstrategien. Strategien skal favne de sentrale elementene i et forskningssystem og dekke hele verdikjeden fra grunn/anvendt forskning til formidling, innovasjon og opptak av ny kunnskap i tjenesten. Strategien skal vise til tiltak og virkemidler som kobler FoU-

miljøer, myndigheter, næringsliv og samfunn nærmere sammen og til hvordan kunnskapen kan tas i bruk. Analysen vil kunne tjene som en forberedelse til den helhetlige tenkingen som ser ut til å være en del av helseprogrammet i Horisont 2020. Forskningskvalitet og internasjonalisering er et av fem temaområder som strategien vil dekke.

Det har blitt en sterkere **kobling mellom forskning og innovasjon** i helseforetakene i den senere tid. Det er satt i gang flere tiltak for å styrke infrastruktur og kultur for innovasjon, og forslag til nye forskningsprosjekt i helseforetakene blir nå vurdert med utgangspunkt i deres innovasjonspotensial. Helseforetakene er aktører i regjeringens satsning på innovasjon og næringsutvikling i helse- og omsorgssektoren (2007-2017), som i 2013 er utvidet til å inkludere forskningsbasert innovasjon, innovasjoner som svarer til utfordringene skissert i samhandlingsmeldingen og innovasjon i offentlige anskaffelser. Det gjenstår å få en samlet oversikt over innovasjonsprosjekter og et bedre datagrunnlag for innovasjonsaktiviteten. Samlet sett har disse utviklingstrekkene i helseforetakene bidratt til en bevisstgjøring om innovasjon og implementering av forskningsresultater som vil kunne sammenfalle med fokuset i "Health, demographic change and wellbeing". Flere helseforetak peker på et mulighet for å økt grad å koble innovasjonssatsing og virkemiddelapparatet innenfor innovasjon (inkl TTO systemet) som grunnlag for økt norsk deltakelse i EU-forskningen.

Klassifiseringssystemet for helseforskning, Health Research Classification System (HRCS), gir en indikasjon på hvordan **forskningsmidlene og forskningsaktiviteten** fordeler seg etter forskningstype innad i og mellom helseregionene. Figuren under viser sammenlikning over to år. Oversikten viser at forskningsaktiviteten med noen unntak fordeler seg nokså jevnt. Forskningstypene Detection and Diagnosis, Treatment Development og Aetiology ligger høyt i alle helseregionene. Forskningstypen Health Services er høy i Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF. Denne bredden sammenfaller godt med bredden i helseprogrammet, slik det er skissert.



Flere forskningsmiljøer holder **høy kvalitet**, for eksempel innen klinisk forskning (særlig ved universitetssykehusene), global helseforskning, nevrovitenskap og epidemiologisk forskning.

Publikasjonsanalyser viser at det publiseres i høyt anerkjente internasjonale tidsskrifter, over 20% i mest anerkjente tidsskrifter, og at ca 40% av publikasjonene i helseforetakene er sampublikasjoner med utlandet. Det er i alt seks sentre for fremragende forskning innen helseforskning. Forskningsmiljøer av høy kvalitet vil kunne nå ha bedre forutsetninger for å nå opp i den europeiske konkurransearenaen, internasjonalisering er imidlertid også et mål innen de mer forskningssvake områdene.

En styrking av **klinisk forskning** i Health, demographic change and wellbeing, sammenlignet med FP7 vil representere et mulighetsrom for helseforetakene. Klinisk medisin er det største fagfeltet målt i publiseringsvolum, og feltet har høyest siteringsindeks i Norge. Det er fortsatt behov for å stimulere til mer klinisk forskning i helseforetakene. De siste årene har det imidlertid vært en økning i kliniske studier, eksempelvis ble det i Helse Sør-Øst RHF innmeldt 98 nye industrifinansierte kliniske studier i 2012. Kliniske studier er dyre og krever et stort pasientgrunnlag, noe som forutsetter tverrregionalt og internasjonalt samarbeid. Det gjennomføres færre kliniske studier i Europa. En balanse mellom kliniske studier initiert og finansiert av industrien og det offentlige er viktig. Det er behov for flere fase IV-studier som dokumenterer effekt og sikkerhet i en klinisk hverdag, fortrinnsvis i kombinasjon med bruk av kvalitetsregistre. Infrastruktur for gjennomføring av kliniske studier har begrenset omfanget av studier i helseregionene. Etablering av nettverket NorCRIN mellom de kliniske utprøvingssenhetene skal bidra til gjennomføring av større kliniske multisenterstudier i helseregionene og gir helseforetakene bedre forutsetninger for å delta i internasjonalt samarbeid.

Fra 2013 er **helsetjenesteforskning** løftet frem. Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning har etablert dette som en nasjonal satsning. Helseforetakenes deltakelse i tjenesteforskning må imidlertid ses i sammenheng med UH-sektoren, da mye av forskningskompetansen innen feltet finnes her.

Prioritering av forskning med **samfunnsrelevans**, inkludert kliniske studier. Fra 2014 vurderes det innført en sterkere vektlegging av nytte i tillegg til kvalitet ved at det stilles krav om en særskilt relevansvurdering ved tildeling av forskningsmidler i helseregionene og Norges forskningsråd.

IKT og medisinsk-teknisk utstyr har en viktig rolle i helseforskning, innen utvikling av ny diagnostikk, metoder og tjenesteorganisering. Programmets vektlegging av IKT, e-helse og forskning knyttet til videreutvikling av eksisterende IT-løsninger og -produkter sammenfaller godt med pågående nasjonale politiske prioriteringer innen feltet, jf. Meld. St. nr. 9 (2012-2013): En innbygger – en journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren og Nasjonal strategi for IKT-FoU.

Det pågår en nasjonal utredning av **persontilpasset medisin** i helsetjenesten. Utviklingen innen feltet medfører også endret gjennomføring av kliniske studier. Programmets vektlegging av personlig helse og omsorgstjeneste vil sammenfalle godt med tenkningen som ligger til grunn for persontilpasset medisin, som blant annet forutsetter en stor grad av brukervedvirkning.

Horison2020 legger opp til et forenklet finansieringsregime med 100% dekning av direkte kostnader og 25% dekning av indirekte kostnader i forskningsprosjekter og 70% dekning av direkte kostnader og 25% dekning av indirekte kostnader i innovasjonsprosjekter. Disse reglene vil gjelde uansett programtype. Europakommisjonen sammen med medlemslandene

arbeider med å definere endelige regler for deltakelse før de første utlysningene kommer i desember 2013. De nye deltakerreglene vil bidra med å forenkle prosjektadministrasjon i både søknadsarbeidet og i prosjektfasen, og vil kanskje bidra til å senke terskelen for å påta seg koordinatorrollen.

Norges forskningsråd lyser ut støtte for etablering og deltakelse i Knowledge and Innovative Communities (KIC), som er et offentlig-privat samarbeid under det europeiske instituttet for innovasjon og teknologi, (EIT). Norske FoU-institusjoner og bedrifter kan søke om støtte til tiltak som gjør dem til attraktive partnere i nettverkene. Ingen norske institusjoner er så langt med. For 2014 er det ventet at EU lyser ut midler til oppstart av to nye KICs, der "Sunne og aktive år" er et av temaene. Målet med nettverkene er å styrke entreprenørskap gjennom samarbeid mellom utdanning, forskning og innovasjon i Europa. Ordningen bør imidlertid gjøres bedre kjent i helseforetakene.

5. Håndtering av nye tilnærminger i Horisont 2020

De nye tilnærmingene i Horisont 2020 er omtalt i Meld. St. nr. 18 (2012-2013): *Lange linjer – kunnskap gir muligheter* som tverrfaglighet, innovasjon, brukerperspektiv og infrastruktur.

Helseforetakene anses godt forberedt til å håndtere de nye tilnærmingene. Det er nå et teknologioverføringskontor (TTO) i hver helseregion og en økende kultur for innovasjon i helse. Det er stort rom for tverrfaglig forskning i helseforetakene hvor særlig teknisk-naturvitenskaplig forskning og medisinsk forskning har lang tradisjon for å samarbeide. Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning (NSG) har bidratt til økt nasjonalt forskningssamarbeid på tvers av helseforetak- og UH-sektoren med etablering av fem nasjonale satsningsområder.

Det er ønskelig å styrke det regionale forskningssamarbeidet. I forbindelse med justering av forskningsindikatoren for helseforetakene vil derfor regionalt samarbeid fra 2014 belønnes med 1,25 forskningspoeng. Justeringen kan bidra til et mindre fragmentert nasjonalt forskningsmiljø.

Utviklingen av nasjonale og nordisk nettverk for kliniske multisenterstudier har vært viktig for å utvikle samarbeid på tvers av regioner og land og vil være viktig kunnskap for å få innpass i større europeiske nettverk. Helseforetakene har også utviklingen av nordiske og europeisk helseregistre og biobanker.

Brukerperspektivet er prioritert i nasjonal helse- og forskningspolitikk. Helseregionene har fått i oppdrag å utarbeide retningslinjer for hvordan involvere brukere i større grad i forskningens ulike faser. Innovasjonssatsningen inkluderer også et sterkt element av brukervedvirkning.

På regionalt nivå kan eksempelvis de regionale samarbeidsorganene innta en regional pådriverrolle for forskningssamarbeid i EU. I flere regioner er det etablert støttefunksjoner for bl.a. utvikling av EU-søknader. Flere av disse er etablert i samarbeid med universitetet (eks Universitetet i Stavanger og Helse Stavanger HF). Det vil også være mulig å legge til rette for økt bruk av insentivordninger og krav om EU-søknader på regionalt og lokalt nivå.