



Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker

Helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på diagnoser og risikofaktorer

Publikasjonens tittel: Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker – Helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på diagnoser og risikofaktorer

Utgitt: Mars 2015

Bestillingsnummer: IS-2264

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling Finansiering og DRG
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Hftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-2264

Forfattere: Kjartan Sælensminde
Terje Melhuus Line
Camilla Beck Olsen

Illustrasjon: Corbis RF

INNHold

INNHold	4
INNLEDNING	7
SAMMENDRAG	12
1. HELSETAP FORDELT PÅ SYKDOMS-GRUPPER OG RISIKOFAKTORER	15
1.1 Økonomisk verdsetting av helsetap (tapte leveår og redusert livskvalitet)	15
1.2 Helsetap fordelt på sykdomsgrupper	16
1.3 Helsetap fordelt på risikofaktorer	17
2. HELSETJENESTEKOSTNADER FORDELT PÅ SYKDOMSGRUPPER OG RISIKOFAKTORER	19
2.1 Helsetjenestekostnader	19
2.2 Metode	19
2.3 Kostnader for helsetjenesten - beskrivelse av data/kilder	19
2.3.1 Helsedirektoratets datakilder	19
2.3.2 SSBs regnskapstall	20
2.3.3 Diagnosekoder	21
2.4 Helsetjenestekostnader fordelt på sykdomsgrupper	22
2.4.1 Somatiske sykehus	22
2.4.2 Legekontor	22
2.4.3 Fysioterapeuter, kiropraktorer og paramedisinsk personell	23

INNHold

2.4.4	Produksjon og salg av medisinske varer til husholdningene	23
2.4.5	Institusjoner innen psykisk helsevern og rus	24
2.4.6	Oppsummering	24
2.5	Helsetjenestekostnader fordelt på risikofaktorer	25
3.	PRODUKSJONSTAP FORDELT PÅ SYKDOMSGRUPPER OG RISIKOFAKTORER	27
3.1	Økonomisk verdsetting av produksjonstap	27
3.2	Produksjonstap fordelt på sykdomsgrupper	28
3.2.1	Sykefravær	28
3.2.2	Uførhet	29
3.2.3	Dødsfall	29
3.3	Produksjonstap fordelt på risikofaktorer	31
4.	TOTAL SAMFUNNSMESSIG SYKDOMSBYRDE – ØKONOMISK VERDSETTING	32
4.1	Anslag på total samfunnsmessig sykdomsbyrde	32
4.2	Total sykdomsbyrde fordelt på sykdomsgrupper	34
4.3	Total sykdomsbyrde fordelt på risikofaktorer	36
5.	REFERANSER	37
VEDLEGG 1:	HELSETAP – TABELLER OG BESKRIVELSE AV DATA	39
	Fordelt på sykdomsgrupper	39

Fordelt på risikofaktorer	40
VEDLEGG 2: KOSTNADER FOR HELSETJENESTEN - BESKRIVELSE AV DATA	42
Norsk pasientregister	42
KUHR	43
Legemiddeldata	43
Tabeller	45
VEDLEGG 3: KORRIGERINGER	59
Korrigeringer for DRGer i gruppe «Faktorer som påvirker helsetilstanden»	59
Korrigeringer for DRGer i gruppe «Ugyldig diagnose»	62
Korrigeringer for ICPC-koder legemidler	64
Tildelt kapittel for særkoder legemidler	65

INNLEDNING

Denne rapporten gir en oversikt over totale helserelaterte samfunnskostnader i Norge i året 2010. Samfunnskostnadene er fordelt på ulike sykdomsgrupper og delvis også fordelt på risikofaktorer. Foreløpig er 2010 det eneste året det er mulig å lage en slik oversikt for, men en kan lage tilsvarende oversikter for senere år etter hvert som datakildene oppdateres. Slike overordnede totaltall for samfunnskostnader endrer seg ikke mye fra år til år. I et folkehelseperspektiv vil likevel slike oversikter kunne gi informasjon om en bevegelse i riktig retning for å nå grunnleggende helsepolitiske mål.

Helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap utgjør de totale helserelaterte samfunnskostnadene

Utgangspunktet for oversikten er dataene fra studien det globale sykdomsbyrdeprosjektet, Global Burden of Disease, (IHME 2014). Denne gir et anslag på tapte leveår og tapt livskvalitet for befolkningen i ulike land og fordeler dette helsetapet på ulike diagnoser og risikofaktorer. Tapte leveår og tapt livskvalitet er det som i samfunnsøkonomisk terminologi ofte går under betegnelsen velferdstap (eller velferdskostnader dersom de gis en økonomisk verdi). Velferdstap/-kostnader har vist seg å være litt vanskelige begrep, så vi har i denne rapporten valgt å bruke betegnelsen helsetap i stedet (jf. Norheimutvalget, NOU 2014: 12).

Helsetap kan anses som en økonomisk størrelse i betydningen at sykdom og død oppfattes som tap som vi gjerne vil betale for å unngå, men dette er det vanskelig å sette en økonomisk verdi på. Likeledes er det vanskelig å sette en økonomisk verdi på at vi lever lenger og lever med bedre livskvalitet. I denne oversikten er et leveår med god helse (et såkalt kvalitetsjustert leveår, QALYs) gitt en økonomisk verdi på 550.000 2010-kroner (iht. Helsedirektoratet 2012). Finansdepartementet oppdaterte i 2014 verdien av et statistisk liv (Finansdepartementet 2014), dette får betydning for hvilken verdi en skal anvende på QALYs (Helsedirektoratet 2014). Men siden vi her presenterer tall for 2010, er det valgt å bruke verdsettingen som gjaldt i 2010 i denne rapporten.

I tillegg til tapte leveår og redusert livskvalitet, medfører ulykker og sykdom at vi trenger behandling i helsevesenet og at vi helt eller delvis, periodevis eller permanent, faller utenfor arbeidslivet. Dette gir behandlingskostnader og produksjonstap. Slike samfunnskostnader kan anslås med utgangspunkt i anslag på de totale helsetjenestekostnadene og anslag på det totale

fraværet i arbeidslivet som skyldes sykdom og uførhet. Totalanslagene på helsetjenestekostnader og produksjonstap kan også fordeles på de ulike risikofaktorene og diagnosene som antas å forårsake dem.

En «top-down»-tilnærming på kostnadsanslaget

Fremgangsmåten over kan karakteriseres som en såkalt «top-down»- tilnærming der en altså har tatt utgangspunkt i total kostnader og fordelt disse på sykdomsgrupper (og delvis på risikofaktorer). I en slik fremgangsmåte er det selvfølgelig en del usikkerhetsfaktorer. F.eks. hvordan tapt livskvalitet skal vurderes og vektas, at tapt livskvalitet ikke nødvendigvis samsvarer med hva som faktisk kan/blir behandlet og hva som gir sykefravær og uførhet.

Fordelen med en top-down-tilnærming er at de totale behandlingskostnadene er gitt, det totale sykefraværet og uførhetsandelene er gitt, samt at tapte leveår er rimelig kontrollerbart gitt gjennomsnittlig levealder i befolkningen og den normen på «rimelig oppnåelig» levetid som legges inn i beregningene. Hvilket livskvalitetstap sykdom og skader medfører er en større kilde til usikkerhet, men også denne kan gjøres til gjenstand for «rimelighetsvurderinger».

Viktig forbehold om anvendelse – Sykdømskostnader er i seg selv ikke relevant for hvilke sykdomsårsaker/-diagnoser som skal prioriteres tiltaksmessig

Et anslag på de totale helserelaterte samfunnskostnadene er i seg selv ikke en størrelse som gir grunnlag for å prioritere helsetiltak, jf. NOU 2014: 12. Legemiddelindustrien, pasientorganisasjoner, helsepersonell og andre som har egne interesser innenfor et spesielt diagnoseområde har imidlertid brukt sykdomskostnadsanslag til å få fokus på sitt interessefelt. Det totale kostnadsanslaget som presenteres i denne rapporten er altså verken ment eller egnet som et bidrag til slik praksis.

Selv om diagnoser som psykiske lidelser og muskel-skjelett sykdommer viser seg å gi størst bidrag til de totale samfunnskostnadene ved sykdom og ulykker, betyr ikke det at det finnes gode tiltak for å redusere kostnadene som disse sykdomsgruppene påfører samfunnet, jf. NOU 2014: 12 om helsegevinst. Dessuten er det store forskjeller med hensyn til hvor alvorlig ulike sykdommer anses å være for dem som rammes, jf. NOU 2014: 12 om helsetap. Dette er hovedbegrunnelser for hvorfor sykdomskostnader i seg selv ikke er prioriteringsrelevant.

Til tross for at det er viktige begrensninger for hva man kan anvende kostnadstallene i denne rapporten til, kan de likevel være anvendbare i noen sammenhenger.

En anvendelse kan være for å «kalibrere» sykdomskostnadsanslag («cost-of-illness»-studier) som har blitt utarbeidet for ulike enkelt diagnoser. For eksempel anslag på kostnader forårsaket av diabetes eller muskel-skjelett-sykdommer. Enkeltstudier kan gjøres mer detaljert

INNLEDNING

enn en helhetlig oversiktsstudie, men summen av kostnader for alle diagnoser basert på enkeltstudier (en «bottom-up»-beregning) bør ikke overstige de totale samfunnskostnadene. Det har av ulike årsaker vært advart mot tradisjonelle COI-studier, og en top-down-tilnærming kan derfor være å foretrekke (Koopmanschap 1998, Melberg 2010, Larg og Moss 2011).

Den viktigste anvendelsen av tallene i denne rapporten vil imidlertid være som «problembeskrivelse», dvs. som anslag på hvilke samfunnsgevinster som potensielt kan oppnås dersom en iverksetter forebyggings- og/eller behandlingstiltak. Da kan en i neste omgang undersøke hvilke tiltak som på en kostnadseffektiv måte kan bidra til å redusere den totale samfunnsmessige sykdomsbyrden.

Problembeskrivelsen er utgangspunktet for en samfunnsøkonomisk analyse

Denne rapporten gir en oversikt over sykdomsbyrden som et samfunnsmessig «problemområde». Den samfunnsmessige sykdomsbyrden kan anses som et anslag på de samfunnsgevinster som maksimalt kan oppnås dersom hele sykdomsbyrden var mulig å fjerne. Rapporten gir altså ikke samfunnsøkonomiske vurderinger av tiltak, og samfunnskostnader relatert til sykdom er isolert sett ikke en god nok grunn til å iverksette tiltak. For å tydeliggjøre anvendelsesområdet kan vi hente noen sitater fra Finansdepartementet (2014) som gir følgende innledende forklaring på hva en samfunnsøkonomisk analyse er:

Samfunnsøkonomisk analyse brukes for å klarlegge og synliggjøre virkningene av reformer, reguleringer, investeringer, tjenesteproduksjon eller andre tiltak. Samfunnsøkonomisk analyse kan benyttes innenfor alle samfunnssektorer. Analysene vil inngå i et beslutningsgrunnlag, og skal vurderes sammen med eventuelle andre utredninger og høringsinnspill.

En samfunnsøkonomisk analyse må ta utgangspunkt i en tydelig og presis definisjon av problemet eller problemene som skal løses. Med utgangspunkt i problembeskrivelsen må det defineres ett eller flere mål for hva en skal oppnå med tiltakene. Målene må innebære en løsning på de identifiserte problemene.

Beskrivelsen av problem og mål er grunnlaget for å identifisere hvilke alternative tiltak som skal vurderes.

En samfunnsøkonomisk tilnærming til «sykdomsbyrde»

Utgangspunktet for den samfunnsøkonomiske vurderingen, dvs. «problemets» i forklaringen

over, er i dette tilfellet *sykdomsbyrden* i befolkningen. Sykdomsbyrden kan måles i form av tapte leveår (years of life lost, YLL) og leveår med nedsatt helse eller uførhet (years lived with disability, YLD), eller som et samlemål «helsetapsjusterte leveår» (disability adjusted life years, DALY). Dette er samme tilnærming som anvendes i det norske sykdomsbyrdeprosjektet ved Nasjonalt folkehelseinstitutt og det globale sykdomsbyrdeprosjektet ved Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME 2014).¹ Tilnærmingen her gir et anslag på helserelaterte velferdseffekter siden DALY, og det tilsvarende målet «kvalitetsjusterte leveår» (quality adjusted life years, QALY), er basert på subjektive vurderinger av folks helserelaterte livskvalitet ved ulike helsetilstander.

I tillegg til disse velferdseffektene, som altså er et anslag på størrelsen av enkeltindividers opplevde helsetap (kapittel 1), innebærer også sykdom og død en byrde for samfunnet i form av ressursbruk som går med til behandling i helsevesenet (kapittel 2) og en samfunnsmessig verdi av tapt produksjon pga. sykefravær og uførhet (kapittel 3).

Budsjettmessige overføringer til uføre og syke er ikke det samme som samfunnskostnader ved sykdom og ulykker

I denne rapporten er det de samfunnsøkonomiske *kostnadene* det fokuseres på og ikke størrelsen på de budsjettmessige *overføringene* til syke og trygdede.

Budsjettmessige overføringer, f.eks. til uføre og sykmeldte, blir ofte i sin helhet omtalt som om det er samfunnsøkonomiske kostnader. Dette er ikke riktig. Overføringer er ikke det samme som samfunnsøkonomiske kostnader. Overføringer som er skattefinansiert har imidlertid også en samfunnsøkonomisk kostnad som må tas med (FIN 2014). Når en eksplisitt beregner denne skattekostnaden, som er anslått til å utgjøre 20 prosent av de skattefinansierte overføringene, får en samtidig vist at det er forskjell mellom samfunnsøkonomiske kostnader ved sykdom (helse-/velferdstap, ressursbruk og tapte skatteinntekter) og de budsjettmessige overføringer av offentlige midler fra en gruppe til en annen.

Helsetap utgjør den største samfunnskostnaden, men er ikke en budsjettmessige kostnad
Helsetapet (tapte leveår og tapt livskvalitet) *kan* gis en økonomisk verdi, men *må* ikke gis en økonomisk verdi. En økonomisk verdsetting av helsetapet, slik som det gjøres i denne rapporten, viser at dette utgjør mesteparten av den totale samfunnskostnaden ved sykdom og ulykker. Og slik verdsetting kan dermed vise at i mange tilfeller vil redusert helsetap utgjøre den største samfunnsgevinsten ved tiltak som gir helsegevinst. Slike poeng hadde en ikke fått frem uten at helsetapet ble gitt en økonomisk verdi.

¹ Det norske sykdomsbyrdeprosjektet ved Nasjonalt folkehelseinstitutt er presentert på FHI's nettside: <http://www.fhi.no/tema/helse-i-norge/sykdomsbyrde>. Der gis det også en presentasjon av det globale sykdomsbyrdeprosjektet.

INNLEDNING

Hva det innebærer å sette en økonomisk verdi på leveår og livskvalitet, og hva det betyr samfunnsmessig at et tiltak gir slike velferdsgevinster, har imidlertid vist seg å være vanskelig å forstå for mange. En vanlig misforståelse har vært at en velferdsgevinst (i form av økonomisk verdi på vunne leveår og bedret helserelatert livskvalitet) i seg selv er en budsjettmessig besparelse.² Den eksplisitte økonomiske verdsettingen som i denne rapporten gjøres av både helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap vil forhåpentligvis bidra til å rydde opp i denne typen misforståelser. Da kan en kanskje også få økt forståelse for at leveår og helserelatert livskvalitet gis en økonomisk verdi i samfunnsøkonomiske analyser selv om slike gevinster ikke kan gjenfinnes i statsbudsjettet.

² Et godt eksempel på en vanlig misforståelse fikk vi da det den 15. september 2014 på Lillestrøm ble delt ut 100-lapper til syklister med den feilaktige forklaringen at dette var besparelser for samfunnet. <http://www.nrk.no/ostlandssendingen/delte-ut-hundrelapper-1.11933602>.

SAMMENDRAG

Denne rapporten gir en oversikt over totale helserelaterte samfunnskostnader i Norge i året 2010. Samfunnskostnadene er fordelt på ulike sykdomsgrupper. Foreløpig er 2010 det eneste året det er mulig å lage en slik oversikt for, men en kan lage tilsvarende oversikter for senere år etter hvert som datakildene oppdateres. Slike overordnede totaltall for samfunnskostnader endrer seg ikke mye fra år til år. I et folkehelseperspektiv vil likevel tallene kunne gi informasjon om en beveger seg i riktig retning for å nå grunnleggende helsepolitiske mål. Det er ønskelig å gjøre tilsvarende fordeling av samfunnskostnadene på risikofaktorer, men vi har foreløpig ikke funnet datagrunnlaget godt nok til å foreta en slik fordeling.

I beregningen av samfunnskostnadene inngår både helsetap, kostnader for helsetjenesten og produksjonstap. Med helsetap menes tapte leveår og tapt helserelatert livskvalitet. Dette helsetapet kan også gis en økonomisk verdi og betegnes gjerne som velferdstap i samfunnsøkonomisk terminologi. En oversikt over samfunnskostnadene vil kunne synliggjøre en maksimal teoretisk samfunnsgevinst ved å iverksette forebyggings-, behandlings- og/eller (re)habiliteringstiltak.³ I en vurdering av tiltak må det imidlertid tas forbehold med hensyn til hvor stor del av en slik gevinst som faktisk er *mulig* å ta ut. Dessuten må en ha i mente at store samfunnskostnader i seg selv ikke er en tilstrekkelig begrunnelse for å iverksette tiltak. Tiltakene bør nemlig også ha effekt og ulike alternative tiltak bør vurderes for å unngå ressursløsning.

Totale samfunnskostnader

Samfunnskostnadene ved sykdom og ulykker er beregnet til å utgjøre rundt 1 081 mrd. kroner i 2010. Helsetapet utgjør den største andelen med 65 prosent, hvorav 29 prosentpoeng knytter seg til tapte leveår og 36 prosentpoeng til tapt livskvalitet. Helsetjenestekostnadene er anslått å utgjøre 231 mrd. kroner, det vil si 21 prosent av de totale samfunnskostnadene. Produksjonstapet, det vil si tapte skatteinntekter, er estimert til 150 mrd. kroner i 2010. Av produksjonstapets 14 prosent av de samlede samfunnskostnadene utgjør sykefraværet 6 prosentpoeng og uførhet 8 prosentpoeng.

³ Her er det bevisst brukt «maksimal teoretisk samfunnsgevinst» og ikke «potensiale for samfunnsgevinst». Dette for ytterligere å understreke at dette ikke nødvendigvis er gevinster som er lette å realisere.

SAMMENDRAG

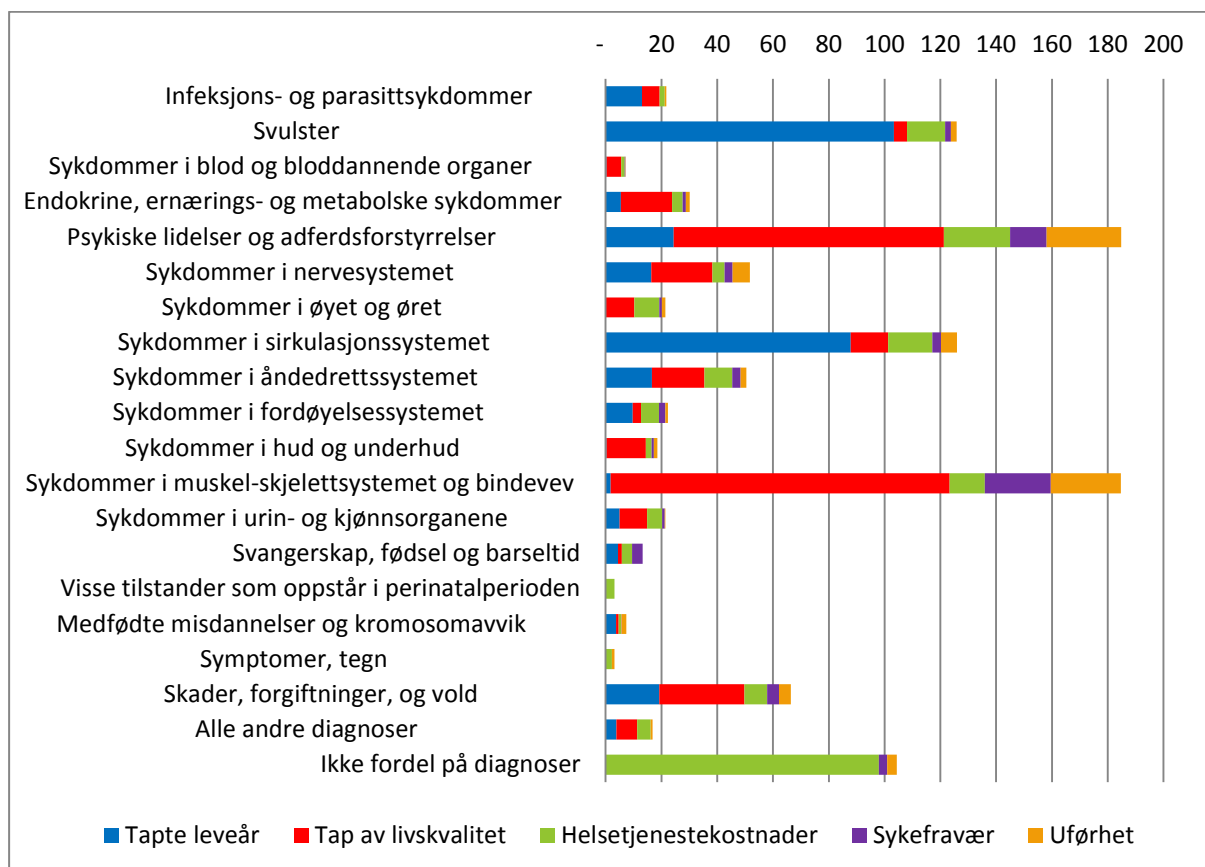
Tabell 1: Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker for Norge i 2010 fordelt på helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap. Enhet: mrd. 2010-kroner og andeler.

	Kostnader i mrd. 2010-kr	Andel av kostnader
Helsetap (økonomisk verdi av befolkningens tapte leveår og livskvalitet)	700	65
Helsetjenestekostnader (ressurser som benyttes i helse- og omsorgstjenesten)	231	21
Produksjonstap på grunn av sykdom og uførhet (verdimessig anslått som tapte skatteinntekter)	150	14
Totale samfunnskostnader	1081	100

Samfunnskostnader fordelt på diagnose

Estimert helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap i tabell 1 er i figur 1 vist fordelt på diagnoser. Det er imidlertid bare gjort en fordeling av kostnadene på sykdomsgrupper og ikke enkeltdiagnoser.

- **Helsetapet** er størst i sykdomsgruppene svulster, psykiske lidelser, sykdommer i sirkulasjonssystemet og muskel-skjelettsykdommer. Helsetapet er imidlertid ulikt for de ulike sykdomsgruppene. Mens helsetapet når det gjelder svulster knytter seg til tapte leveår, er helsetapet for muskel-skjelettsykdommer knyttet til redusert livskvalitet.
- Størst ressursbruk i form av **helsetjenestekostnadene** knytter seg til diagnosegruppene svulster, psykiske lidelser, sykdommer i sirkulasjonssystemet og muskel-skjelettsykdommer.
- Psykiske lidelser og muskel-skjelettsykdommer utgjør til sammen nesten 60 prosent av **produksjonstapet**. Dette skyldes at psykiske lidelser og muskel-skjelettsykdommer både rammer mange, samt at de i større grad rammer den arbeidsføre befolkningen enn f. eks. svulster og sykdommer i sirkulasjonssystemet.



Figur 1: Samfunnskostnader (helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap) ved sykdom og ulykker for Norge i 2010 fordelt på sykdomsgrupper. Helsetap er fordelt på tapte leveår og tappt livskvalitet. Produksjonstap er fordelt på sykefravær og uførhet. Enhet: Mrd. 2010-kr.

1. HELSETAP FORDELT PÅ SYKDOMS-GRUPPER OG RISIKOFAKTORER

1.1 Økonomisk verdsetting av helsetap (tapte leveår og redusert livskvalitet)

I et samfunnsøkonomisk folkehelseperspektiv kan helsetap (og det motsatte; helsegevinst) måles i ulike fysiske enheter. En kan anvende enheten *statistiske liv* slik det for eksempel ofte gjøres i ulykkesanalyser. En kan gjøre analysene litt mer presise ved å ta hensyn til antall *statistiske leveår* som går tapt i ulike sammenhenger. Dette kan for eksempel indirekte gjøres ved å ta i betraktning om tiltaket gjelder barn, jf. NOU 2012: 16. Eller en kan anvende *leveår med redusert livskvalitet* (DALYs) eller *kvalitetsjusterte leveår* (QALYs) slik det ofte gjøres i helseøkonomiske analyser. Helserelatert livskvalitet kan imidlertid være vanskelig å måle. Den subjektive vurderingen av ulike forhold som har betydning for helserelatert livskvalitet gjør at DALY og QALY er mer usikre enheter enn om en måler i liv og leveår (uavhengig av livskvalitet).

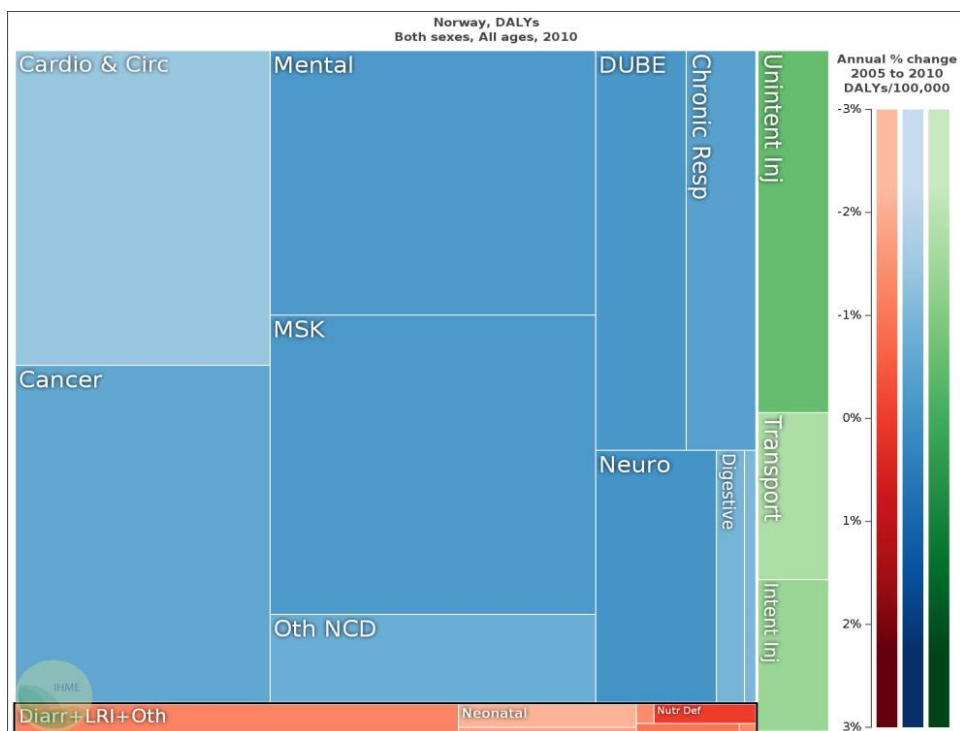
En *må* ikke sette en økonomisk verdi på liv, leveår, DALY eller QALY, men når en velger å sette en økonomisk verdi på disse helseenhetene innføres ytterligere usikkerhet. Økonomisk verdsetting av liv og leveår er, på samme måte som livskvalitetsvurderinger, også basert på folks subjektive vurderinger (da i form av betalingsvillighet for redusert risiko for å dø). Vi går her ikke nærmere inn på vurderinger av usikkerhet ved økonomisk verdsetting av ulike helseenheter, men viser til vurderinger i NOU 2012: 16 og Helsedirektoratet (2011, 2012).

Når det gjelder den økonomiske verdsetting av statistiske liv (og leveår) som anvendes i samfunnsøkonomiske vurderinger i Norge, er følgende dokumenter sentrale: Finansdepartementets veileder i samfunnsøkonomiske analyser FIN (2005a) og tilhørende rundskriv (FIN 2005b), som var gjeldende frem til Finansdepartementets reviderte rundskriv (FIN 2014), og ny Veileder i samfunnsøkonomiske analyser (DFØ 2014). Basert på disse, og deres grunnlagsdokumenter, har Helsedirektoratet gjort vurderinger av økonomisk verdsetting av QALYs (Helsedirektoratet 2007, 2011, 2012 og 2014). Her i kapittel 2 er det ikke satt økonomisk verdi på helsetapet. Det vises til kapittel 4 der det gjøres en slik økonomisk verdsetting i forbindelse med sammenstilling av samfunnskostnadene relatert til helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap.

1.2 Helsetap fordelt på sykdomsgrupper

Anslaget på helsetap som her presenteres er hentet fra studien Global Burden of Disease (IHME 2014). Denne studien, og det tilhørende norske sykdomsbyrdeprosjektet, er presentert på Nasjonalt folkehelseinstitutt sine nettsider.⁴ Der fremgår det at sykdomsbyrden kan måles i form av tapte leveår (years of life lost, YLL) og leveår med nedsatt helse eller uførhet (years lived with disability, YLD), eller som et samlemaal «helsetapsjusterte leveår» (disability adjusted life years, DALY).

Tilnærmingen her gir et anslag på helserelaterte velferdseffekter siden DALY, og det tilsvarende målet «kvalitetsjusterte leveår» (quality adjusted life years, QALY), er basert på subjektive vurderinger av folks helserelaterte livskvalitet ved ulike helsetilstander. I figur 1.1 er det vist hvordan de helsetapsjusterte leveårene (DALY-ene) for Norge i 2010 fordeler seg på ulike sykdomsgrupper.



Figur 1.1 Helsetapsjusterte leveår (DALY) i Norge i 2010 fordelt på sykdomsgrupper. Kilde: IHME (2014).

Vedlegg 1 tabell V1.1 viser de samme tallene for helsetapsjusterte leveår (DALY) som i figur 1.1 fordelt på sykdomsgrupper. I tillegg viser tabell V1.1 også hvordan tapte leveår (YLL) og leveår med nedsatt helse eller uførhet (YLD) er fordelt på sykdomsgrupper.

⁴ <http://www.fhi.no/tema/helse-i-norge/sykdomsbyrde>.

1.3 Helsetap fordelt på risikofaktorer

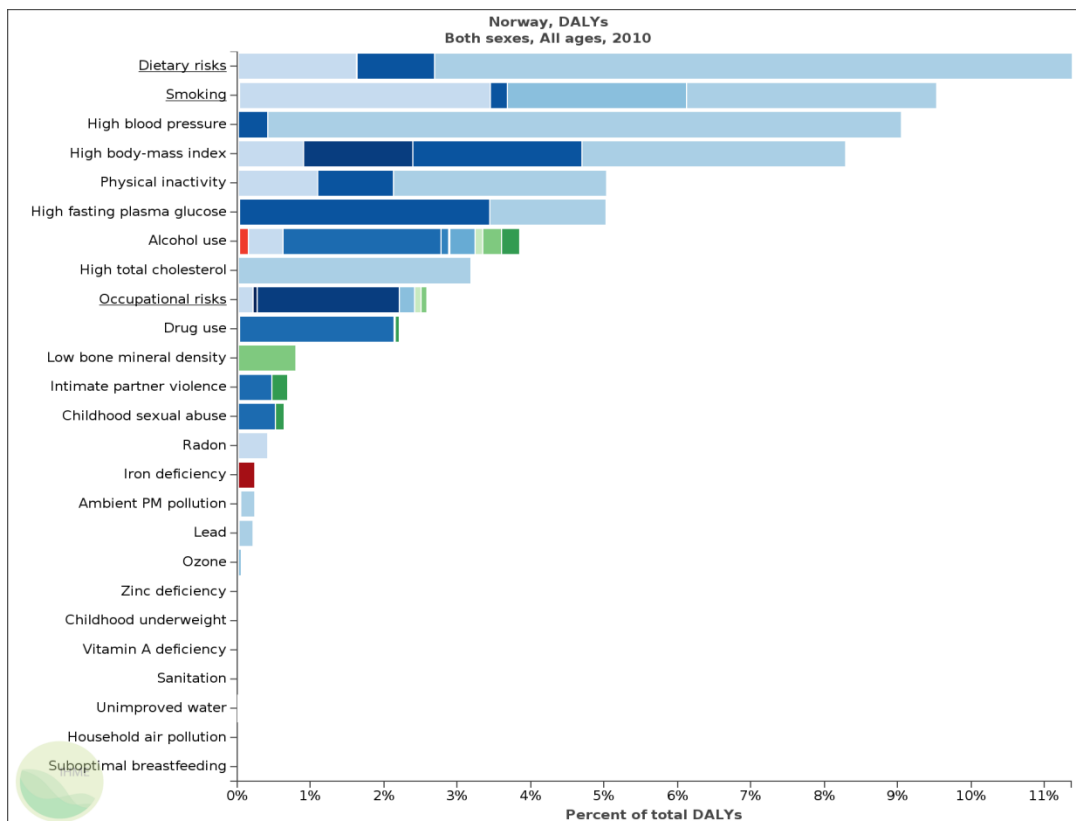
I figur 1.2 er det vist hvordan ca. 36 prosent (456747 DALY)⁵ av den samlede helsetapet som var på 1269802 DALY for Norge i 2010 er tilordnet ulike risikofaktorer. (I vedlegg 1 er det tatt med en tabell som gir mer detaljerte data om risikofaktorene i figur 1.2.) Hele helsetapet er naturlig nok ikke fordelt på adferdsrelaterte og miljørelaterte risikofaktorer/årsaksfaktorer da det bare er en del av helsetapet som kan forklares av slike (jf. diskusjonen i Lim et. al (2012) om hvordan helsetapet fordelt på risikofaktorer gradvis er blitt mer omfattende og sikrere).

Det er en del metodiske utfordringer med fordelingen på risikofaktorer slik som i figur 1.2. For eksempel kan en ikke bare summere DALYer for hver enkelt av risikofaktorene. Grunnen er at risikoen er beregnet for hver faktor isolert. Formelen som er benyttet for å beregne «summen» (f.eks. summen av «dietary risks») er basert på strenge forutsetninger om uavhengighet, som vanligvis ikke er oppfylt, men den antas å fungere bedre enn en naiv aritmetisk sum. Dette er omtalt i Lim et. al (2012).

En tilgrensende utfordring er at risikofaktorer i ulike kategorier også kan være samvirkende og derfor i større grad burde vært sett i sammenheng og ikke isolert. For eksempel er risikofaktorene som er gruppert under «physiological risks» av typen som kan påvirkes av både kosthold og fysisk inaktivitet. Dette gjelder trolig også «low back pain» som også kan relateres til fysisk inaktivitet. Trolig kan en derfor stille spørsmål ved om risikofaktoren fysisk inaktivitet kan ha effekt til å redusere mer enn de 63631 DALY (jf. tabell V1.2) som den er tilordnet i figur 2.1. Anslaget er avhengig av hvilken effektstudie som legges til grunn. En sammenligning med effektstudien som ble lagt til grunn i Helsedirektoratet (2010) «Vunne kvalitetsjusterte leveår (QALYs) ved fysisk aktivitet» tilsier at gevinsten for den norske befolkningen ved å følge Helsedirektoratets anbefalinger om 30 minutter daglig fysisk aktivitet er i størrelsesorden 250000 QALYs per år. (QALY og DALY kan anses som omtrent samme størrelse, jf. over.) Dette anslaget er basert på at fysisk aktivitet påvirker både dødelighet og sykkelighet ved mange ulike diagnoser og fanger trolig opp mange av de omtrent 300000 DALY som i figur 1.2 er relatert til diabetes, høyt kolesterol, høyt blodtrykk og høy BMI og gruppert under «physiological risks».

Eksempelet over, relatert til fysisk inaktivitet, illustrerer at det er stor usikkerhet i denne typen fordelinger av helsetap på ulike risikofaktorer. Når det i kapittel 1 ble påpekt at det innebærer stor usikkerhet å forsøke å fordele kostnader på ulike diagnoser og sykdomsgrupper, viser eksempelet over at det innebærer enda større usikkerhet å fordele kostnader på risikofaktorer. Tallene i figur 1.2 gir en indikasjon på hvilke risikofaktorer som er av betydning for befolkningens helsetap, men inntil det foreligger gode metastudier som simultant fordeler helsetapet på risikofaktorer, anser Helsedirektoratet datagrunnlaget til å være for dårlig til å foreta en «top-down»-fordeling av samfunnskostnader på risikofaktorer.

⁵ Antall DALY fremkommer når en anvender figurverktøyet på nettsiden til IHME (2014).



Figur 1.2 Risikofaktorer som har betydning for helsetapsjusterte leveår (DALY) i Norge, 2010. Alle aldersgrupper, begge kjønn. Øverst kosthold, dernest røyking, høyt blodtrykk, høy kroppsmasseindeks, fysisk inaktivitet, høyt kolesterol, høyt blodsukker, alkoholbruk, osv. Fargene viser til ulike sykdomsgrupper. Kilde: IHME (2014).

2. HELSETJENESTEKOSTNADER FORDELT PÅ SYKDOMSGRUPPER OG RISIKOFAKTORER

2.1 Helsetjenestekostnader

Helsedirektoratet vil ta utgangspunkt i Statistisk sentralbyrås (SSBs)⁶ helseregnskap, hvor helseutgifter er inndelt etter produsent, som et bilde på kostnadene ved helsetjenester i Norge. SSB rapporterer inn disse tallene til OECD og der det er nødvendig vil vi bruke OECD sin mer detaljerte inndeling⁷. Disse makrotallene vil vi fordele på sykdomsgrupper etter hovedkapitler i kodeverket ICD-10. Dette vil vi gjøre basert på datakilder som fordeler aktivitet og finansiering i ulike deler av helsetjenesten på diagnose. Vi vil sammenholde inndelingen i produsent på makronivå (SSB/OECD) med produsenten av helsetjenesten fra datakildene med aktivitet/finansiering.

2.2 Metode

Fremgangsmåten kan karakteriseres som en såkalt «top-down»- tilnærming der en tar utgangspunkt i totalkostnadene for helsetjenesten og fordeler disse på enkeltdiagnoser (jf. innledende kapittel). Dette gir en indikasjon på kostnadsbruken per sykdomsgruppe i helsetjenesten. Fordelingen er her i kapittel 2 gjort for år 2010 da det bare er for dette året vi har fullstendig data når vi her ønsker å sammenligne helsetjenestekostnader med kostnader relatert til helsetap (jf. kapittel 1) og produksjonstap (jf. kapittel 3). I vedlegg 2 har vi imidlertid også tatt med data for helsetjenestekostnader for årene 2000, 2005 og 2013 der dette finnes.

2.3 Kostnader for helsetjenesten - beskrivelse av data/kilder

2.3.1 Helsedirektoratets datakilder

Datagrunnlaget som er brukt til å foreta fordelingen etter diagnose, er hentet data fra tre kilder; Norsk pasientregister (NPR-kuben, all somatisk sykehusbehandling), Kontroll og utbetaling av

⁶ Tabell 05370: Helseutgifter, etter produsent

⁷ <http://stats.oecd.org/Index.aspx#>; Tabell health care services by provider (HFxHP)

helserefusjoner (KUHR, alle helserefusjoner unntatt legemidler) samt legemidler finansiert av folketrygdens § 5 (database for oppgjør mellom HELFO og apotekene).

For KUHR og oppgjør mellom HELFO og apotekene er dette ikke offisiell statistikk, men basert på et eget uttrekk fra databasene til analyseformål. Forskjellen mellom offisielle tall og disse tallene er likevel minimale.

2.3.2 SSBs regnskapstall

Utgangspunktet for de totale kostnadene er SSB sine regnskapstall for helsetjenesten, fordelt på produsent⁸. Disse utgiftene er definert som helseutgifter utenom investeringer. Utgiftene til helseformål omfatter alle utgifter, både private og offentlige, som går til forbruk i helsetjenester med videre. Utgiftene kan finansieres både av offentlige og private kilder, inklusive husholdningene.⁹ I tabellen under er SSBs statistikk for helseutgifter etter produsent gjengitt for årene 2000, 2005 og 2010.

Tabell 2.1 Helseutgifter etter produsent for årene 2000, 2005 og 2010. Enhet: løpende priser (mill. kr). Kilde: www.ssb.no/statistikkbanken.

Helseutgifter etter produsent, tid og statistikkvariabel	2000	2005	2010
Sykehus (HP.1)	44 304	62 859	87 750
– Somatiske sykehus (HP.1.1)	34 642	50 027	69 266
– Institusjoner innen psykisk helsevern og rusbehandling (HP.1.2)	7 888	12 832	18 484
– Institusjoner innen psykisk helsevern (HP.1.2.1)	..	..	..
– Institusjoner innen rusbehandling (HP.1.2.2)	..	..	..
– Spesialsykehus (HP.1.3)	1 774	..	..
Sykehjem og andre bolig-/omsorgsinstitusjoner (HP.2)	20 371	28 519	43 042
– Sykehjem (HP.2.1)	20 371	28 519	43 042
Helsetjenester utenfor sykehus (HP.3)	30 057	44 997	65 230
– Legekontor (HP.3.1)	10 092	14 208	19 006
– Tannlegekontor (HP.3.2)	5 861	8 793	12 129
– Fysioterapeuter, kiropraktorer og paramedisinsk personell (HP.3.3)	1 857	2 900	4 057
– Helsestasjon (HP.3.4)	1 179	1 633	2 893
– Røntgeninstitutt og laboratorier (HP.3.5)	609	1 303	1 382
– Produsenter av hjemmebaserte helsetjenester (HP.3.6)	9 104	15 478	24 911
– Ambulansetjenester og andre helsetjenester (HP.3.9)	1 355	682	852
Produksjon og salg av medisinske varer til husholdningene (HP.4)	17 143	23 391	26 008
Helseadministrasjon mv. (HP.5, HP.6)	1 920	2 773	4 076
Annet (HP.7)	1 916	2 952	4 345
Resten av verden (HP.9)	192	332	334
Subsidier til helseformål	341	..	..
Sum helseutgifter utenom investeringer	116 244	165 823	230 785

⁸SSB.no/statistikkbanken; Tabell: 05370,

⁹ <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/statistikker/helsesat/aar/2014-03-13?fane=om#content>

De produsentområdene der vi kan fordele utgiftene fra SSB etter diagnose basert på korresponderende datakilder, er «Somatisk sykehus», «Legekontor» og «Produksjon og salg av medisinske varer til husholdningene». Det er kun for 2010 at vi har både utgiftstall fra SSB og aktivitetstall fra egne kilder fordelt på diagnose.

«Institusjoner innen psykisk helsevern og rusbehandling» fordeler vi i sin helhet til ICD-10-kapittel 5 (Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser).

Når det gjelder «Produksjon og salg av medisinske varer til husholdningene», benytter vi en mer detaljert inndeling som finnes i OECDs statistikk¹⁰. For legemidler fordeler vi diagnoser etter en datakilde som viser finansiering fordelt på diagnose. OECD deler også inn i syns- og hørselsrelaterte varer. De to sistnevnte fordeler vi i sin helhet til hhv. ICD-10-kapittel 7 (sykdommer i øyet og øyets omgivelser) og 8 (sykdommer i øre og ørebensknute).

For de områdene vi kan fordele etter diagnosekode, er totalkostnaden i følge SSBs statistikk 133 596 millioner kroner for 2010.

De øvrige områdene kan vi ikke fordele etter diagnose i denne omgang. Se eget vedlegg for en nærmere gjennomgang.

2.3.3 Diagnosekoder

Grunnlagsdataene fra NPR, KUHR og HELFO baserer seg på to forskjellige diagnoseklassifiseringssystemer: ICD-10 og ICPC. Vi har tatt utgangspunkt i inndelingen i hovedkapitler slik den fremkommer på Helsedirektoratets Internettside¹¹.

Det er gjort en medisinskfaglig vurdering av DRGer i NPR-kuben som enten ikke var fordelt til et hovedkapittel i ICD-10 eller var havnet i kapittel 21 (Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten) og der vi mente at aktiviteten heller skulle være tilordnet et annet hovedkapittel. Endelig er visse spesialkoder i databasen for legemiddeloppgjør (koder som hverken er ICD-10 eller ICPC) fordelt til de relevante hovedkapitlene. Denne fordelingen av koder er dokumentert i eget vedlegg.

For å lette sammenligningen av diagnosefordelingen på tvers av helsetjenester, vil fordelingen på overordnet nivå ta utgangspunkt i ICD-10 systemet. Det vil si at hovedkapitlene i ICPC blir oversatt til korresponderende kapittel i ICD-10. Denne oversettelsen er dokumentert i eget vedlegg. For å bedre sammenligningen har vi foretatt en nærmere inndeling av enkelte ICPC-koder til nye hovedområder vi har kalt kreft, medfødt og skader. En mulig forbedring i bruken av ICPC er å benytte inndelingen i symptom- og sykdomsdiagnoser.

¹⁰ <http://stats.oecd.org/Index.aspx#>

¹¹ <http://finnkode.kith.no>

2.4 Helsetjenestekostnader fordelt på sykdomsgrupper

2.4.1 Somatiske sykehus

For å fordele SSBs makrotall på somatiske sykehus for 2010 på diagnose, har vi benyttet aktivitet fra NPR-kuben. Aktiviteten er målt i DRG-poeng og dette er multiplisert med enhetsprisen for det aktuelle året. Dette representerer da et bilde på helsetjenestekostnaden innenfor dette produksjonsområdet.

Kostnadstallene fordelt etter diagnose fra NPR-kuben er om lag 47 mrd. kroner. SSBs tall er 69 mrd. kroner. Med denne tilnærmingen forklarer vi altså ca. 67 prosent av SSBs samlede kostnader. Noe av forklaringen på avviket ligger i at poliklinisk laboratorietjeneste og radiologi ikke inngår i NPR-data, forskning/utvikling i sykehus er ikke med, ekstern ikke-ISF finansierte tjenester er ikke inkludert, kapitalkostnader og privat finansiert sykehusbehandling ikke er tatt med i kostnadstallene fra NPR og heller ikke egenandelene til polikliniske behandlinger. Den private andelen av sykehusutgiftene utgjør 2,3 mrd. kroner i følge OECDs statistikk.

2.4.2 Legekontor

I SSBs definisjon av «Legekontor» inngår allmennlege, legespesialister og psykologer. Dette inkluderer både helprivate konsultasjoner og det som er offentlig finansiert. Vi har benyttet refusjonsdata (takst og refunderte egenandeler) fra KUHR for å fordele makrotallene på diagnose.

Tallene fra KUHR er om lag 5,6 mrd. kroner for 2010. SSBs makrotall er ca. 19 mrd. kroner. KUHR dekker da 29 prosent av de samlede kostnader. Men ved å inkludere tilskudd fra kommuner og RHF og pasientbetalte egenandeler, mener vi at våre tall dekker om lag 57 prosent av SSBs samlede kostnader på dette helseproduksjonsområdet.

Tilskuddet til allmennlegene fra kommunene er basert på listelengde. Det var om lag 4 915 000 personer på fastlegelister og tilskudd per pasient var 380 kroner i 2010. Dette gir et tilskudd på ca. 1 868 millioner kroner. Fra KUHR har vi at pasientenes egenbetaling var om lag 1 570 millioner kroner. For avtalespesialistene er pasientbetalte egenandeler ca. 363 millioner kroner. Refusjon og egenandel skal utgjøre om lag 60 prosent av samlet finansiering. De øvrige 40 prosent skal komme fra tilskudd fra RHF. Tilskuddet må da være 1 221 millioner kroner.

For psykologer er pasientbetalte egenandeler 31 millioner kroner i 2010. Tilskuddet fra RHF skal utgjøre om lag 40 prosent av samlet finansiering (takstrefusjon, refunderte egenandeler og pasientbetalte egenandeler). Tilskuddet estimerer vi da til ca. 165 millioner kroner.

Dette mener vi i stor grad kan fordeles på diagnoser likt med takstrefusjonen. For pasientbetalte egenandeler for leger og avtalespesialister er det imidlertid slik at egenandelene ikke forholder seg konstant til refusjonen ved konsultasjonen. Egenandelen er et fast beløp, mens takstrefusjonen kan øke med lengden på konsultasjonen. Det medfører at det er noe usikkerhet forbundet med det å fordele egenandelene likt med takstrefusjonen.

2.4.3 Fysioterapeuter, kiropraktorer og paramedisinsk personell

SSBs makrotall for 2010 er ca. 4,1 mrd. kroner på området «Fysioterapeuter, kiropraktorer og paramedisinsk personell». Som for området Legekontor, dekker dette både private konsultasjoner og det som er finansiert av det offentlige. Fra KUHR har vi kunnet fordele om lag 1,5 mrd. kroner i refusjon på fysioterapi- og kiropraktikkområdet på diagnose. Dette utgjør ca. 36 prosent av SSBs samlede kostnadstall.

Ved å inkludere pasientbetalte egenandeler, tilskudd fra kommunene til fysioterapeuter og regninger som ikke er elektronisk innsendt (ikke registrert i KUHR), mener vi at Helsedirektoratets fordeling etter diagnose dekker om lag 69 prosent av SSBs samlede kostnader.

Ved å se på stønadsregnskapet for 2010 for fysioterapeuter og egenandeler på frikort tak 2 til fysioterapi, er samlet refusjon 1 768 millioner kroner. Pasientbetalte egenandeler registrert i KUHR er ca. 235 millioner kroner. Tilskuddet fra kommunene skal utgjøre om lag 30 prosent av samlet finansiering på fysioterapiområdet. Det blir om lag 685 millioner kroner i 2010.

En annen usikkerhet i fordelingen på denne posten er at SSBs tall inkluderer i tillegg kostnader for andre helsebehandlere som akupunktører, audiologer, homeopater, logopeder og miljøterapeuter. Dermed blir alle av disse utgiftene fordelt etter diagnosefordelingen som kommer fra dataene til fysioterapeutene og kiropraktorene.

2.4.4 Produksjon og salg av medisinske varer til husholdningene

På dette området har vi benyttet makrotall fra OECD¹² ettersom det her er delt inn i underkategorier som vi kan benytte til dette formålet. OECD har delt inn denne posten i legemidler ved apotek, synsprodukter, hørselsrelaterte produkter og annet medisinsk forbruksmaterieell.

Helsedirektoratet vil da i sin helhet fordele OECDs kostnader til syns- og hørselsrelaterte produkter til hovedkapitlene for hhv. «sykdommer i øyet og øyets omgivelser» og «sykdommer i øre og ørebensknute». Vi antar at det meste av behovet for slike produkter springer ut av en diagnose på disse områdene.

Når det gjelder kostnader til legemidler, benytter vi oppgjørdata mellom HELFO og apotekene (folketrygden). OECDs kostnadstall til legemidler og syns- og hørselsrelaterte produkter er 22,8 mrd. kroner¹³. Våre oppgjørstall på legemiddelområdet er om lag 10 mrd. kroner. Når vi så inkluderer OECDs utgifter til syns- og hørselsrelaterte produkter, vil Helsedirektoratets utgiftstall dekke ca. 63 prosent av OECDs samlede kostnader. Forklaring på avviket er særlig at OECDs tall også inkluderer hvit resept og ikke-reseptbelagte legemidler.

¹² <http://www.oecd.org/health/health-systems/21160591.pdf>

¹³ <http://stats.oecd.org/Index.aspx#> (Health Expenditure and financing/Main indicators/Entire dataset)

Kostnader til annet medisinsk forbruksmateriell kan vi ikke fordele etter diagnose og blir dermed ikke tatt med i beregningene. Innunder her kommer bl.a. legemidler som blir solgt i dagligvarebutikker og på nett.

2.4.5 Institusjoner innen psykisk helsevern og rus

Helsedirektoratet har fordelt alt av SSBs kostnader på dette produksjonsområdet til hovedkapittel for psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser i ICD-10.

2.4.6 Oppsummering

Tabell 2.2 viser Helsedirektoratets kostnadstall som er tilknyttet en diagnose, SSBs/OECDs samlede kostnadstall (jf. tabell 2.1) og andelen som direktoratets kostnader utgjør av SSBs/OECDs samlede kostnader.

Tabell 2.2. Helsetjenestekostnader etter produksjonsområde. Totalkostnadstall og kostnader tilknyttet en diagnose. År 2010. Mill. kr. og andeler i prosent. Kilde: SSB/OECD og Helsedirektoratet.

	Somatiske sykehus	Lege-kontor	Fysio-terapeuter mm.	Medisinske varer	Psykisk helsevern og rus	Sum
Helsetjenestekostnader tilknyttet diagnose* (Helsedirektoratet)	46646	10820	2794	14333	18484	93077
Totale helsetjenestekostnader (SSB/OECD)	69266	19006	4057	22783	18484	133596
Andel fordelt på diagnose*	67 %	57 %	69 %	63 %	100 %	70 %

*Her er det brukt sykdomsgrupper, ikke enkeltdiagnoser.

I sum mener Helsedirektoratet at kostnadstall som kan fordeles etter diagnose dekker om lag 70 prosent av SSBs/OECDs samlede kostnader etter produksjonsområde.

Basert på forutsetningene nevnt over og en antagelse om at andelen som kan fordeles på diagnoser er representativ for produksjonsområdet, har vi i tabell 2.3 fordelt SSBs/OECDs statistikk for helseutgifter etter produsent på hovedkapitlene i ICD-10-kodeverket. Disse utgiftene var til sammen 133 596 millioner kroner i 2010. Mer detaljerte kostnadsdata fordelt på sykdomsgrupper (også for 2013) er tatt med i vedlegg 2.

Tabell 2.3. Helsetjenestekostnader fordelt etter sykdomsgrupper. År 2010. Mill. kr. og andeler i prosent. Kilde: SSB/OECD og Helsedirektoratet.

Hovedkapittel ICD-10	Mill. kr.	Andel i prosent
Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	1 787	1,3 %
Kreft	13 580	10,2 %
Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	1 231	0,9 %
Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser	3 678	2,8 %
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	23 831	17,8 %
Sykdommer i nervesystemet	4 360	3,3 %
Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	7 300	5,5 %
Sykdommer i øre og ørebensknute	1 692	1,3 %
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	15 915	11,9 %
Sykdommer i åndedrettssystemet	9 980	7,5 %
Sykdommer i fordøyelsessystemet	6 424	4,8 %
Sykdommer i hud og underhud	2 079	1,6 %
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	12 640	9,5 %
Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	5 461	4,1 %
Svangerskap, fødsel og barseltid	3 694	2,8 %
Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	3 147	2,4 %
Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	906	0,7 %
Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	2 240	1,7 %
Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker	8 107	6,1 %
Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall	0	0,0 %
Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	4 813	3,6 %
Uregistrert	733	0,5 %
TOTAL	133 596	100,0 %

Fordelingen av helsetjenestekostnader på sykdomsgrupper i tabell 2.3 viser at utgifter til diagnoser for psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser står for 17,8 prosent av de samlede utgiftene på helseprodusentområdene vi vurderer. Deretter følger sykdommer i sirkulasjonssystemet med 11,9 prosent og kreft med 10,2 prosent.

2.5 Helsetjenestekostnader fordelt på risikofaktorer

Både når det gjelder helsetap (jf. kapittel 1.3) og produksjonstap (jf. kapittel 3.3) er det stor usikkerhet mht. å gjøre en «top-down-fordeling» på risikofaktorer. Tilsvarende usikkerhet gjør seg gjeldende for helsetjenestekostnader. Det er nok mulig å komme opp med bottom-up-anslag (jf. innledningskapittelet) for enkelte risikofaktorer, men om en summering av slike gir et riktig totalbilde hvis en ikke har tatt hensyn til hvordan de ulike risikofaktorene opptrer sammen i ulike deler av befolkningen, er tvilsomt. En naiv antagelse om at risikofaktorene som gir helsetap er de samme som

gir helsetjenestekostnader (og evt. produksjonstap) vil også være tvilsom. Vi har derfor valgt å ikke gjøre en «top-down-fordeling» av helsetjenestekostnader på risikofaktorer i denne rapporten.

3. PRODUKSJONSTAP FORDELT PÅ SYKDOMSGRUPPER OG RISIKOFAKTORER

3.1 Økonomisk verdsetting av produksjonstap

Produksjonsgevinster vektlegges i politiske beslutninger

NOU 2012: 16 diskuterer hvordan produksjonstap inngår på ulike måter i samfunnsøkonomiske analyser. Noen ganger antas produksjonstap å inngå implisitt i den økonomiske verdien, som i anslaget på 30 mill. 2012-kroner for et statistisk liv. I andre tilfeller inngår produksjonstap eksplisitt som i analyser av ulykkestiltak og vegtiltak. Produksjonstap er da beregnet både relatert til dødsfall og skade.

Hvorvidt et anslag på verdien av leveår og kvalitetsjusterte leveår som er avledet fra verdien av et statistisk liv også inkluderer produksjonsvirkninger omtales i NOU 2012: 16, men diskuteres mer detaljert for konkret anvendelse i analyser av gang- og sykkeltiltak i Helsedirektoratet (2014). Dette har en parallell til ulykkesanalyser av tiltak for å unngå personskade når verdien av en QALY brukes i analyser av tiltak som kun forbedrer livskvalitet og ikke levetid. I NOU 2012: 16 er vektlegging av produksjonsgevinster i fra politisk hold eksemplifisert med at vaksinerings av småbarn mot rotavirus er begrunnet med samfunnsgevinster i form av redusert sykefravær for barnets foreldre. Likeledes ble «Raskere tilbake» og IA-avtalen der nevnt som eksempler på tiltak begrunnet både med produksjonsgevinster og helsegevinster.

Dersom en ved politiske beslutninger også ønsker å vektlegge produksjonsgevinster ved helsetiltak som kan ha betydning for sykefravær, uførhet og død, er det en fordel om slike gevinster også belyses i beslutningsgrunnlaget. Hvordan produksjonsgevinster skal beregnes og inngå i samfunnsøkonomiske analyser diskuteres og eksemplifiseres i Helsedirektoratet (2011). Det er f.eks. viktig å unngå dobbelttelling ettersom det i mange tilfeller allerede er inkludert en verdsetting av helsetapet (tapte leveår og livskvalitet). Dessuten vil det være av betydning om det dreier seg om produksjonstap relatert til sykefravær, uførhet eller død. Dette er nærmere omtalt i kapittel 4 der den økonomiske verdien av helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap sammenstilles.

3.2 Produksjonstap fordelt på sykdomsgrupper

3.2.1 Sykefravær

Statistikken på legemeldt sykefravær er mottatt fra NAV. På bakgrunn av gjennomsnittlig varighet i dager per diagnose, har Helsedirektoratet utarbeidet en oversikt over den relative fordelingen av sykefraværsdager per sykdomsgruppe.

Tabell 3.1. Relativ fordeling av legemeldte sykefraværsdager etter diagnose. Samlet antall sykefraværsdager per år for 2000, 2005, 2010 og 2013. Andeler i prosent. Kilde: NAV

Hovedkapittel ICPC	2000	2005	2010	2013
Allmenn og uspesifisert	3,1 %	3,4 %	4,4 %	4,7 %
Blod, bloddannende organer og immunsystemet	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
Fordøyelsessystemet	3,4 %	3,5 %	3,6 %	4,0 %
Øye	0,5 %	0,7 %	0,6 %	0,6 %
Øre	0,8 %	0,8 %	0,8 %	0,9 %
Hjerte-karsystemet	5,1 %	5,0 %	4,7 %	4,5 %
Muskel-skjelettsystemet	40,5 %	37,4 %	36,3 %	34,6 %
Nervesystemet	3,7 %	4,2 %	4,4 %	4,6 %
Psykisk	15,3 %	18,0 %	20,0 %	19,9 %
Luftveier	7,6 %	6,4 %	4,7 %	5,4 %
Hud	1,6 %	1,5 %	1,1 %	1,1 %
Endokrine, metabolske, ernæringsforhold	1,2 %	1,4 %	1,8 %	1,8 %
Urinveier	0,5 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %
Svangerskap, fødsel, familieplanlegging	3,7 %	5,6 %	5,8 %	5,6 %
Kvinnelige kjønnsorganer (inkl. bryst)	0,6 %	0,7 %	0,6 %	0,6 %
Mannlige kjønnsorganer	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Psykososiale og sosiale problemer	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %
Kreft*	2,4 %	3,2 %	3,2 %	3,5 %
Skader*	6,6 %	6,9 %	6,6 %	7,0 %
Medfødt*	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
Uregistrert	2,6 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %
Samlet	100 %	100 %	100 %	100 %
Samlet antall legemeldte sykefraværsdager	52,2 mill.	46,8 mill.	54,1 mill.	52,6 mill.

*Innholdet i diagnosegruppen er definert av Helsedirektoratet, se vedlegg 3.

Lidelser innenfor muskel- og skjelettsystemet har den høyeste andelen sykefraværsdager. Men andelen har sunket fra 40,5 prosent i 2000 til 34,6 prosent i 2013. Deretter følger sykefraværsdager knyttet til psykiske lidelser. Andelen har steget fra 15,3 prosent i 2000, og ligger rundt 20 prosent i 2010 og 2013.

Samlet antall legemeldte sykefraværsdager var 52,2 millioner i 2000. Dette falt til 46,8 millioner dager i 2005, og steg så igjen til 54,1 dager i 2010. I 2013 var antall sykefraværsdager 52,6 millioner.

3.2.2 Uførhet

Helsedirektoratet har mottatt utbetalinger til uførepensjon fordelt på hoveddiagnose i ICD-10 fra NAV for årene 2000, 2005 og 2010. I tabell 3.2 viser vi den relative fordelingen av uførepensjon på hvert hovedkapittel.

Tabell 3.2. Relativ fordeling av uførhet etter diagnose for årene 2000, 2005 og 2010. Andeler i prosent. Kilde: NAV

Hovedkapittel ICD-10	2000	2005	2010
Infeksjons- og parasittsykdommer	1,1 %	0,9 %	0,7 %
Svulster	2,2 %	2,4 %	2,5 %
Sykdommer i blod og bloddannende organer	0,2 %	0,2 %	0,2 %
Endokrine, ernærings- og metabolske sykdommer	1,7 %	1,7 %	1,7 %
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	30,3 %	30,6 %	31,5 %
Sykdommer i nervesystemet	6,4 %	6,9 %	7,3 %
Sykdommer i øyet og øret	1,3 %	1,5 %	1,5 %
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	8,2 %	7,7 %	6,7 %
Sykdommer i åndedrettssystemet	2,8 %	2,7 %	2,4 %
Sykdommer i fordøyelsessystemet	1,1 %	1,1 %	1,1 %
Sykdommer i hud og underhud	1,5 %	1,6 %	1,5 %
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	31,3 %	31,5 %	29,7 %
Sykdommer i urin- og kjønnsorganene	0,3 %	0,3 %	0,3 %
Medfødte misdannelser og kromosomavvik	2,2 %	2,0 %	2,0 %
Symptomer, tegn	1,2 %	1,1 %	1,1 %
Skader, forgiftninger, og vold	5,4 %	5,1 %	4,9 %
Alle andre diagnoser	0,8 %	0,7 %	0,7 %
Diagnose mangler foreløpig	2,1 %	2,0 %	4,1 %
I ALT	100 %	100 %	100 %

Det er særlig diagnoser innenfor psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser og sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev som er begrunnelsen for uførepensjonen. I årene 2000, 2005 og 2010 utgjorde disse hovedområdene i overkant av 60 prosent av alle utbetalinger.

3.2.3 Dødsfall

Isolert sett kan produksjonstap relatert til død f.eks. beregnes basert på SSBs dødsårsaksstatistikk. Men det er ikke sikkert slike beregninger på en enkel måte kan sammenstilles med anslagene på helsetap. Som nevnt i kapittel 3.1, beregnes det eksplisitt produksjonstap i transportsektoren relatert til dødsfall ved ulykker. Men dette blir mer relevant å gjøre enn ved sykdom fordi det ved ulykker er en relativt større andel leveår i produktiv alder som går tapt. Tallene i tabell 3.3, som er basert på SSBs dødsårsaksstatistikk¹⁴, viser at ved voldsomme dødsfall er andelen i produktiv alder (20-64 år) over 45 prosent, mens ved dødsfall av sykdommer er andelen i produktiv alder under 8 prosent. I

¹⁴ <https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectTable/hovedtabellHjem.asp?KortNavnWeb=dodsarsak&CMSSubjectArea=helse&StatVariant=&PLanguage=0&checked=true>

tabell 3.4 har vi gått nærmere inn på dødsfallene i gruppen 20-64 år og sett på hvordan hhv. sykdom og voldsomme dødsfall fordeler seg fra den yngste 5-årsaldersgruppen (20-24 år) til den eldste 5-årsaldersgruppen (60-64 år). Tallene i tabell 3.4 viser at andelen leveår som går tapt ved voldsomme dødsfall er mye større enn ved sykdom som dødsårsak.

Tabell 3.3. Antall dødsfall fordelt på årsak for 2010 i Norge. Kilde: SSBs dødsårsaksstatistikk.

	Alle aldre	0-19 år	20-64 år	65 år og eldre
Dødsfall av sykdommer (A00-R99)	38915	269	5299	33347
Infeksiøse inkl. parasittære sykdommer (A00-B99)	941	4	87	850
Svulster (C00-D48)	11162	34	2529	8599
Sykdommer i blodet og de bloddannende organer, forstyrrelser i immunsystemet (D50-D89)	149	1	15	133
Indresekretoriske sykdommer, ernærings- og stoffskiftesykdommer (E00-E90)	1008	14	139	855
Psykiske lidelser og atferdsmessige forstyrrelser (F00-F99)	2016	0	180	1836
Sykdommer i nervesystemet og sanseorganene (G00-H95)	1648	28	222	1398
Sykdommer i sirkulasjonsorganene (I00-I99)	13128	11	1142	11975
Sykdommer i åndedretsorganene (J00-J99)	3882	2	253	3627
Sykdommer i fordøyelsesorganene (K00-K93)	1264	1	219	1044
Sykdom i hud og underhud (L00-L99)	82	0	2	80
Sykdommer i skjelett-muskelsystemet og bindevevet (M00-M99)	258	2	28	228
Sykdommer i urin- og kjønnsorganer (N00-N99)	977	1	39	937
Sykdommer i svangerskap, under fødsel og i barselseng (O00-O99)	3	0	3	0
Visse tilstander med begynnelse i den perinatale perioden (P00-P96)	83	83	0	0
Medfødte misdannelser (Q00-Q99)	126	61	50	15
Symptomer og ubestemte tilstander (R00-R99)	2188	27	391	1770
Voldsomme dødsfall i alt (V01-Y89)	2527	78	1151	1298
Ulykker (V01-X59, Y85-Y86)	1941	48	692	1201
Andre voldsomme dødsfall (X60-Y84, Y87-Y89)	586	30	459	97

Tabell 3.4. Antall dødsfall for aldersgruppen 20-64 år fordelt på årsak for året 2010 i Norge.

Kilde: SSBs dødsårsaksstatistikk.

	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år	40-44 år	45-49 år	50-54 år	55-59 år	60-64 år	20-64 år
Sykdom	52 1 %	61 1 %	80 2 %	149 3 %	263 5 %	457 9 %	814 15 %	1278 24 %	2145 40 %	5299 100 %
Vold- somme	130 11 %	136 12 %	108 9 %	92 8 %	133 12 %	138 12 %	145 13 %	138 12 %	131 11 %	1151 100 %
Totalt	182 3 %	197 3 %	188 3 %	241 4 %	396 6 %	595 9 %	959 15 %	1416 22 %	2276 35 %	6450 100 %

Som diskutert over, er det ikke like relevant å eksplisitt anslå produksjonstap ved død når vi ser på alle dødsårsaker som når vi bare ser på ulykker. Dessuten er det fortsatt et uavklart spørsmål om det blir dobbelttelling ettersom produksjonstap antas å være inkludert i verdien på et statistisk liv (jf. NOU 2012: 16, Finansdepartementet 2014). I Helsedirektoratet (2011, 2012) diskuteres spørsmålet om produksjonstap ved død kan inkluderes i samfunnsøkonomiske analyser på en meningsfull måte og uten at det blir dobbelttelling. Der ble det besluttet å være avventende fordi en foreløpig ser ut til å mangle både god teori og empiri for å avklare disse spørsmålene. Dette synes å være en riktig vurdering i 2015 også. Vi velger derfor ikke å gjøre et eksplisitt anslag på produksjonstap relatert til dødsfall i denne rapporten.

3.3 Produksjonstap fordelt på risikofaktorer

Er det en meningsfull øvelse å fordele sykefravær og redusert produktivitet i arbeid pga. sykdom på risikofaktorene fra GBD-dataene for tap av leveår og redusert livskvalitet? Når det gjelder tap av leveår i produktiv alder, kunne dette i prinsippet vært mulig. Men som diskutert over, så lenge f.eks. spørsmålet om dobbelttelling ikke er løst, er ikke dette en enkel øvelse likevel. Dessuten kan det være andre risikofaktorer (og/eller ulik grad av risiko for samme faktor) som medfører produksjonstap enn som medfører helsetap ved redusert livskvalitet. Jf. at egenrapportering av helsetilstand blant uføretrygdete kan gi som resultat at en stor andel oppfatter sin helsetilstand som god. En tredje kompliserende faktor er at dataene som viser sammenheng mellom risikofaktorer og sykdom og død er usikre (jf. diskusjonen i kapittel 1). En fjerde kompliserende faktor er at kausalitetsspørsmålet, i hvilken grad sykdom er årsak til at folk faller utenfor arbeidslivet eller motsatt, også er komplisert¹⁵. Alt i alt, synes det prematurt å gjøre en «top-down-fordeling» av produksjonstap på risikofaktorer.

¹⁵ Dette er f.eks. et tema i OECD-prosjektet The Economics of prevention <http://www.oecd.org/health/economics-of-prevention.htm>

4. TOTAL SAMFUNNSMESSIG SYKDOMSBYRDE – ØKONOMISK VERDSETTING

4.1 Anslag på total samfunnsmessig sykdomsbyrde

Verdien av helse

Verdien av helsetapet (tapte leveår og tapt livskvalitet) kan anslås til i størrelsesorden 700 mrd. kr. per år. (Se innledningskapittelet for en forklaring av hva som legges i begrepene helsetap og velferdstap.) Dette er basert på anslaget på 1269802 DALY for Norge i 2010 (IHME 2014) og en verdi per DALY på ca. 550.000 2010-kr (jf. beregningsmåte i Helsedirektoratet 2012). (Data fra SSB¹⁶ over husholdningenes realdisponible inntekt er anvendt for en justering av verdien til 2010-kr.)

Verdien av produksjonstap pga. sykefravær

Verdien av produksjonstap pga. sykefravær kan anslås til i størrelsesorden 165 mrd. per år dersom en tar utgangspunkt i brutto nasjonalprodukt (BNP)¹⁷ og omfanget av sykefravær¹⁸. En BNP-tilnærming er å sammenligne med en humankapital-tilnærming. Men samfunnstapet pga. sykefravær kan argumenteres for ikke være tapt verdi av produksjonen, men tapte skatteinntekter. Og det blir uansett lett en dobbelttelling dersom en både skal beregne helsetap og produksjonstap ut fra en humankapitaltilnærming basert på verdien av BNP (jf. Helsedirektoratet 2011).

Dersom en i stedet tar utgangspunkt i skatteinntekter på ca. 700 mrd. pr år¹⁹, vil et sykefravær på 6-7 % av dette utgjøre i størrelsesorden 50 mrd. kr. per år.²⁰ I tillegg til dette produksjonstapet pga. sykefravær kommer redusert produksjon pga. redusert effektivitet når folk er på jobb, men da med redusert arbeidskapasitet pga. sykdom. Dette «sykenærværet» er vanskelig å anslå verdien på. I tillegg må en ta i betraktning at det er ulike kompensasjonsmekanismer som trer i kraft ved sykefravær og redusert arbeidskapasitet som begrenser produksjonstapet (Helsedirektoratet 2011). Enten det er kolleger som stepper inn eller en gjør jobben selv når en er frisk igjen, vil anslagene over

¹⁶ <http://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/artikler-og-publikasjoner/norsk-okonomi-i-moderat-fart--180967?tabell=180881>

¹⁷ BNP var ca. 2544 mrd. i 2010 (SSB) <http://www.ssb.no/a/aarbok/tab/tab-283.html>

¹⁸ Sykefravær var ca. 6-7 % i de aktuelle årene (SSB) <http://www.ssb.no/sykefratot/>

¹⁹ <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/statistikker/skatteregn>

²⁰ Til sammenligning utgjorde utbetaling av sykepenger 34,6 mrd. kr i 2010 (SSB Tabell: 08367: StatRes.).

på verdien av produksjonstap dermed være maksimumsanslag. For en utdypende diskusjon av samfunnsøkonomisk produksjonstap, humankapital-tilnærming versus en velferdsøkonomisk tilnærming og en vurdering av kompensasjonsmekanismer, henvises til Helsedirektoratet (2011, vedlegg 4.)

Verdien av produksjonstap pga. uførhet

Verdien av produksjonstap pga. uførhet kan anslås på tilsvarende måte som for sykefravær. Med ca. 10 prosent uførhet²¹ (SSB) vil en med utgangspunkt i redusert BNP få et anslag på ca. 250 mrd. kr per år og med utgangspunkt i tapte skatteinntekter få et anslag på ca. 70 mrd. kr per år.²² På samme måte som for sykefravær vil tapte skatteinntekter kunne argumenteres for å være et riktigere utgangspunkt for å anslå produksjonstap relatert til uførhet (jf. Helsedirektoratet 2011).

Skattefinansieringskostnader

I tillegg til produksjonstap vil en i en samfunnsøkonomisk betraktning også ta med skattefinansieringskostnader fordi overføringene som finner sted i regi av folketrygden er skattefinansierte. Skattefinansieringskostnader utgjør iht. FIN (2014) 20 % av utbetalte sykepenger, attføring- og arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. Disse utbetalingene utgjorde hhv. ca. 35, 30 og 55 mrd. kr i 2010 (jf. over), og 20 % av dette blir dermed i størrelsesorden 25 mrd. kr per år.

Behandlingskostnader i helsevesenet

Behandlingskostnader i helsevesenet utgjorde i 2010 omtrent 231 mrd. kr (jf. tabell 2.1)²³.

Økonomisk anslag på total samfunnsmessig sykdomsbyrde

Totalt for alle sykdommer/diagnoser kan en anslå størrelsesorden på samfunnskostnadene relatert til sykdom, ulykker og tapte leveår i 2010²⁴ til å være omtrent 700 mrd. kr i form av helsetap, 150 mrd. kr i form av produksjonstap (inkludert skattefinansieringskostnader av syke- og uføretrygder) og 231 mrd. kr for behandlingskostnader.²⁵ Samfunnskostnadene ved sykdom og ulykker er altså beregnet til å utgjøre rundt 1 081 mrd. kroner i 2010. Som det fremgår av tabell 4.1 utgjør helsetapet den største andelen av den samfunnsøkonomiske sykdomsbyrden med 65 prosent, hvorav 29 prosentpoeng

²¹ http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/oa_201001/oa2010-1.pdf

²² Til sammenligning utgjorde utbetaling relatert til uførhet, yrkesrettet attføring og arbeidsavklaring hhv. 55,4 mrd., 2,6 mrd. og 27,5 mrd. kr i 2010 (SSB Tabell: 08367: StatRes.).

²³ www.ssb.no/statistikkbanken

²⁴ År 2010 er anvendt som sammenligningsår fordi anslag på sykdomsbyrde (befolkningens tap av leveår og helse relatert livskvalitet) er for 2010. Når det foreligger nye resultater fra det norske sykdomsbyrdeprosjektet for 2013, vil tilsvarende kostnadssammenligninger kunne gjøres for 2013.

²⁵ Anslaget på velferdstapet er f.eks. avhengig av hvilken økonomisk verdi en setter på et statistisk liv, leveår, kvalitetsjustert leveår, eller andre helseenheter. I 2010 var anbefalt økonomisk verdsetting 500.000 2005-kr per QALY for anvendelser i nytte-kostnadsanalyser av sektorovergripende folkehelse tiltak (Helsedirektoratet 2007). I 2014 er anbefalt økonomisk verdsetting 1,12 mill. 2012-kr for tilsvarende anvendelser (Helsedirektoratet 2014). Nye anbefalinger er relatert til oppdatering av økonomisk verdsetting av statistiske liv (Finansdepartementet 2014).

knytter seg til tapte leveår og 36 prosentpoeng til tapt livskvalitet (jf. tabell 4.2).²⁶ Produksjonstapet, verdimessig anslått basert på en beregning av tapte skatteinntekter, er estimert til 150 mrd. kroner i 2010. Av produksjonstapet, her beregnet som tapte skatteinntekter, utgjør sykefraværet 6 prosent og uførhet 8 prosent av de samlede samfunnskostnadene (jf. tabell 4.2).

Tabell 4.1: Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker for Norge i 2010. Fordelt i kategorier. I mrd. 2010-kroner og andeler.

	Kostnader i mrd. 2010-kr	Andel av kostnader
Helsetap (økonomisk verdi av befolkningens tapte leveår og livskvalitet)	700	65
Helsetjenestekostnader (ressurser som benyttes i helse- og omsorgstjenesten)	231	21
Produksjonstap på grunn av sykdom og uførhet (verdimessig anslått som tapte skatteinntekter)	150	14
Totale samfunnskostnader	1081	100

4.2 Total sykdomsbyrde fordelt på sykdomsgrupper

Fordelt på diagnoser og risikofaktorer (ikke gjort her) vil størrelsesforholdet mellom kategoriene helsetap, produksjonstap og helsetjenestekostnader kunne variere betydelig avhengig av sykdommens alvorlighetsgrad, aldersgruppen som rammes og behandlingen som tilbys for ulike diagnoser. I tabell 4.2 er det imidlertid bare gjort en fordeling av kostnadene på sykdomsgrupper og ikke enkeltdiagnoser.

²⁶ Helsetapets andel av den samfunnsøkonomiske sykdomsbyrden vil for fremtidige år kunne øke ettersom Finansdepartementet oppjusterte sin økonomiske verdsetting av et statistisk liv i 2014. Dette er ikke bare en «teknikalitet» som må håndteres for å få meningsfylte sammenligninger mellom ulike år. Det er også et spørsmål om konsistens i de relative økonomiske verdiene en anvender på ulike goder som inngår i samfunnsøkonomiske vurderinger (jf. NOU 2012: 16 og Finansdepartementet 2014).

Tabell 4.2: Totale samfunnskostnader (helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap) ved sykdom og ulykker for Norge i 2010 fordelt på sykdomsgrupper. Mrd. 2010-kroner.

Hovedkapittel ICD-10	Tapte leveår	Tap av livskvalitet	Helsetjeneste kostnader	Syke-fravær	Uførhet
Infeksjons- og parasittsykdommer	13,03	6,31	1,79	-	0,60
Svulster	103,39	4,69	13,58	2,08	2,13
Sykdommer i blod og bloddannende organer	0,32	5,27	1,23	0,20	0,17
Endokrine, ernærings- og metabolske sykdommer	5,49	18,38	3,68	1,17	1,45
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	24,41	96,80	23,83	13,00	26,78
Sykdommer i nervesystemet	16,37	21,92	4,36	2,86	6,21
Sykdommer i øyet og øret	-	10,23	8,99	0,91	1,28
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	87,87	13,38	15,92	3,06	5,70
Sykdommer i åndedrettssystemet	16,62	18,77	9,98	3,06	2,04
Sykdommer i fordøyelsessystemet	9,71	2,92	6,42	2,34	0,94
Sykdommer i hud og underhud	0,28	14,15	2,08	0,72	1,28
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	1,77	121,53	12,64	23,60	25,25
Sykdommer i urin- og kjønnsorganene	4,98	9,85	5,46	0,85	0,26
Svangerskap, fødsel og barseltid	4,38	1,38	3,69	3,77	-
Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	-	-	3,15	-	-
Medfødte misdannelser og kromosomavvik	3,78	0,85	0,91	0,13	1,70
Symptomer, tegn	-	-	2,24	-	0,94
Skader, forgiftninger, og vold	19,18	30,61	8,11	4,29	4,17
Alle andre diagnoser	3,82	7,54	4,81	-	0,60
Ikke fordelt på diagnoser	-	-	97,92	2,99	3,49
I ALT	315	385	231	65	85

Noen observasjoner basert på tallene i tabell 4.2:

- **Helsetapet** er størst i sykdomsgruppene svulster, psykiske lidelser, sykdommer i sirkulasjonssystemet og muskel-skjelettsykdommer. Helsetapet er imidlertid ulikt for de ulike sykdomsgruppene. Mens helsetapet når det gjelder svulster knytter seg til tapte leveår, er helsetapet for muskel-skjelettsykdommer knyttet til redusert livskvalitet.
- Størst ressursbruk i form av **helsetjenestekostnadene** knytter seg til diagnosegruppene svulster, psykiske lidelser, sykdommer i sirkulasjonssystemet og muskel-skjelettsykdommer.
- Psykiske lidelser og muskel-skjelettsykdommer utgjør til sammen nesten 60 prosent av **produksjonstapet**. Dette skyldes at psykiske lidelser og muskel-skjelettsykdommer både rammer mange, samt at de i større grad rammer den arbeidsføre befolkningen enn f. eks. svulster og sykdommer i sirkulasjonssystemet.

4.3 Total sykdomsbyrde fordelt på risikofaktorer

Som forklart foran har vi foreløpig ikke funnet grunnlag for å fordele helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap på risikofaktorer. Det er imidlertid en fordel om også kunnskapen om risikofaktorer etter hvert blir god nok til at det kan gjøres en top-down-fordeling av samfunnskostnader ved sykdom og ulykker på risikofaktorer. Vi har derfor valgt å ta med kapitlene om risikofaktorer også i denne rapporten for å signalisere at mer kunnskap om risikofaktorer er ønskelig.

5. REFERANSER

Finansdepartementet (2014) Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv. Rundskriv R-109/14, Finansdepartementet.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/fin/vedlegg/okstyring/rundskriv/faste/r_109_2014.pdf

Helsedirektoratet (2007) *Helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser*. IS-1435, Helsedirektoratet.
<http://helsedirektoratet.no/finansiering/samfunnsokonomiske-analyser/veiledere/Sider/helseeffekter-i-samfunnsokonomiske-analyser.aspx>

Helsedirektoratet (2010) Vunne kvalitetsjusterte leveår (QALYs) ved fysisk aktivitet, rapport IS-1794, Helsedirektoratet. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/vunne-kvalitetsjusterte-levear-galys-ved-fysisk-aktivitet>

Helsedirektoratet (2011) *Samfunnsøkonomiske analyser i helsesektoren – en veileder*. HØRINGSUTGAVE. IS-1915, Helsedirektoratet. <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samfunnsokonomiske-analyser/veiledere-helseeffekter-i-samfunnsokonomiske-analyser>

Helsedirektoratet (2012b) *Økonomisk evaluering av helsetiltak - en veileder*. IS-1985, Helsedirektoratet. <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samfunnsokonomiske-analyser/veiledere-helseeffekter-i-samfunnsokonomiske-analyser>

Helsedirektoratet (2014) Innspill til ny oppdatering av reduserte helsekostnader for gående og syklende, samt konsistensvurderinger av verdsetting av liv og helse anvendt i ulike sammenhenger i Statens vegvesens Håndbok 140. Notat til Statens vegvesen, Vegdirektoratet 29.01.2014.
<https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samfunnsokonomiske-analyser/veiledere-helseeffekter-i-samfunnsokonomiske-analyser>

IHME (2014) Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). **GBD Compare**. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2013. Available from <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>. (Accessed 26.11.2014)

Koopmanschap, M. A. (1998) Cost-of-illness Studies. Useful for Health Policy? *Pharmaeconomics* 14(2): 143-148.

Larg, A. and J. R. Moss (2011) Cost-of-illness Studies. A Guide to critical Evaluations. *Pharmaeconomics* 29(8): 665-671.

Lim et al. (2012) A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010, *Lancet* 2012; 380: 2224-60.

<http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673612617668.pdf?id=jaa0rpw0ISnGAfrE8PDlu>

Melberg, H. O. (2010) Conceptual problems with studies of the social cost of alcohol and drug use. *Nordic Studies on alcohol and drugs*, 27: 287-303.

NOU 2012: 16 *Samfunnsøkonomiske analyser*, Finansdepartementet 2012.

<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/nou-2012-16/id700821/>

NOU 2014: 12 *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*, Helse- og omsorgsdepartementet 2014. <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/NOU-2014-12/id2076730/>

VEDLEGG 1: HELSETAP – TABELLER OG BESKRIVELSE AV DATA

Fordelt på sykdomsgrupper

Tabell V1.1 Tapte leveår (YLL), leveår med redusert livskvalitet (YLD) og summen av tapte leveår og leveår med redusert livskvalitet (DALY) i Norge i 2010 fordelt på sykdomsgrupper. Kilde: IHME (2014).

Diagnoser (tilpasset hovedkapittel ICD-10)	YLL	YLD	DALY	YLL %-fordelt	YLD %-fordelt	DALY %-fordelt
Infeksjons- og parasittsykdommer	23630	11441	35554	4,13 %	1,64 %	2,80 %
Svulster	187551	8511	196057	32,78 %	1,22 %	15,44 %
Sykdommer i blod og bloddannende organer	572	9558	10158	0,10 %	1,37 %	0,80 %
Endokrine, ernærings- og metabolske sykdommer	9955	33348	43300	1,74 %	4,78 %	3,41 %
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	44284	175599	219930	7,74 %	25,17 %	17,32 %
Sykdommer i nervesystemet	29695	39766	69458	5,19 %	5,70 %	5,47 %
Sykdommer i øyet og øret	0	18558	18539	0 %	2,66 %	1,46 %
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	159401	24278	183740	27,86 %	3,48 %	14,47 %
Sykdommer i åndedrettssystemet	30152	34045	64125	5,27 %	4,88 %	5,05 %
Sykdommer i fordøyelsessystemet	17622	5302	22856	3,08 %	0,76 %	1,80 %
Sykdommer i hud og underhud	515	25674	26285	0,09 %	3,68 %	2,07 %
Sykdommer i muskel- skjelettsystemet og bindevev	3204	220458	223612	0,56 %	31,60 %	17,61 %
Sykdommer i urin- og kjønnsorganene	9040	17860	26920	1,58 %	2,56 %	2,12 %
Svangerskap, fødsel og barseltid	7953	2512	10539	1,39 %	0,36 %	0,83 %
Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	0	0	0	0 %	0 %	0 %
Medfødte misdannelser og kromosomavvik	6866	1535	8381	1,20 %	0,22 %	0,66 %
Symptomer, tegn	0	0	0	0 %	0 %	0 %
Skader, forgiftninger, og vold	34787	55533	90156	6,08 %	7,96 %	7,10 %

Alle andre diagnoser	6923	13674	20190	1,21 %	1,96 %	1,59 %
Diagnose mangler foreløpig	0	0	0	0 %	0 %	0 %
I ALT	572150	697652	1269802	100 %	100 %	100 %

Som det fremgår av kolonne en i tabell V1.1 er diagnoser tilpasset hovedkapittel i den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD-10). De fleste av sykdomsgruppene anvendt i det globale sykdomsbyrdeprosjektet (IHME 2014) er samsvarende med ICD-10 slik det f.eks. anvendes til å klassifisere helsetjenestekostnader i Norge (jf. kapittel 2), men følgende tilpasninger er gjort for å gjøre sammenstillingen av helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap mer ensartet:

- «A.6.1. Protein-energy malnutrition», «A.6.2. Iodine deficiency», «A.6.5. Other nutritional deficiencies» og «B.8.1. Diabetes mellitus» er tatt med i sykdomsgruppen «Endokrine, ernærings- og metabolske sykdommer».
- «A.6.4. Iron-deficiency anemia» er tatt med i sykdomsgruppen «Sykdommer i blod og bloddannende organer».
- «B.4. Cirrhosis of the liver» er tatt med i sykdomsgruppen «Sykdommer i fordøyelsessystemet».
- «B.8.3. Chronic kidney diseases» er tatt med i sykdomsgruppen «Sykdommer i urin- og kjønnsorganene».
- «B.8.7. Other endocrine, nutritional, blood, and immune disorders» og «B.10.4. Oral disorders» er tatt med i sykdomsgruppen «Alle andre diagnoser».
- «C.3.1. Self-harm» er tatt med i sykdomsgruppen «Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser».

Fordelt på risikofaktorer

Tabell V1.2: Tapte leveår (YLL), leveår med redusert livskvalitet (YLD) og summen av tapte leveår og leveår med redusert livskvalitet (DALY) i Norge i 2010 fordelt på risikofaktorer. Kilde: IHME (2014).

	YLL	YLD	DALY
Unimproved water and sanitation	8,00	13,07	21,06
Unimproved water source	2,96	4,84	7,80
Unimproved sanitation	5,04	8,24	13,28
Air pollution	--	--	--
Ambient particulate matter pollution	2 518,46	250,91	2 769,38
Ambient ozone pollution	468,74		468,74
Other environmental risks	7 088,80	429,08	7 517,88
Residential radon	4 986,84	69,85	5 056,68
Lead exposure	2 101,97	359,23	2 461,20
Child and maternal undernutrition	217,79	2 825,55	3 043,34
Childhood underweight	9,25	49,68	58,93
Iron deficiency	192,95	2 587,78	2 780,72
Vitamin A deficiency	2,52	37,70	40,22

Zinc deficiency	13,27	155,03	168,30
Tobacco smoking	98 463,31	22 290,30	120 753,61
Tobacco smoking, excluding second-hand smoke	95 938,79	21 913,18	117 851,97
Second-hand smoke	2 524,52	377,12	2 901,64
Alcohol and drug use	35 623,01	29 994,63	65 617,64
Alcohol use	21 072,25	16 988,42	38 060,67
Drug use	14 747,48	13 008,86	27 756,35
Physiological risks	--	--	--
High fasting plasma glucose	28 797,92	34 811,65	63 609,56
High total cholesterol	34 962,83	5 196,00	40 158,84
High blood pressure	98 360,08	16 343,26	114 703,34
High body-mass index	55 435,76	49 545,75	104 981,51
Low bone mineral density	4 218,88	5 729,83	9 948,71
Dietary risks	118 446,84	25 854,04	144 300,88
Diet low in fruits	39 836,46	4 579,95	44 416,41
Diet low in vegetables	21 664,01	3 029,96	24 693,97
Diet low in whole grains	8 591,83	4 284,94	12 876,77
Diet low in nuts and seeds	34 246,30	4 497,67	38 743,96
Diet low in milk	2 449,39	134,45	2 583,84
Diet high in red meat	1 772,29	2 476,00	4 248,29
Diet high in processed meat	13 159,17	7 338,50	20 497,67
Diet high in sugar-sweetened beverages	1 462,06	2 864,15	4 326,21
Diet low in fiber	7 910,60	966,49	8 877,09
Diet low in calcium	3 594,04	271,15	3 865,19
Diet low in seafood omega-3 fatty acids	17 378,38		17 378,38
Diet low in polyunsaturated fatty acids	10 613,35	1 455,32	12 068,67
Diet high in trans fatty acids	3 703,72	526,99	4 230,70
Diet high in sodium	26 643,75	4 387,57	31 031,32
Physical inactivity and low physical activity	47 155,16	16 476,63	63 631,79
Occupational risks	5 285,49	27 280,51	32 565,99
Occupational carcinogens	2 411,74	33,25	2 444,99
Occupational asthmagens	101,80	890,55	992,35
Occupational particulate matter, gases, and fumes	653,30	1 018,52	1 671,83
Occupational noise		726,55	726,55
Occupational risk factors for injuries	2 118,64		2 118,64
Occupational low back pain		24 611,64	24 611,64
Sexual abuse and violence	4 563,89	11 219,94	15 783,83
Childhood sexual abuse	2 133,76	5 784,99	7 918,75
Intimate partner violence	2 638,78	5 799,03	8 437,81

VEDLEGG 2: KOSTNADER FOR HELSETJENESTEN - BESKRIVELSE AV DATA

Det er hentet data fra tre kilder; Norsk pasientregister (NPR, all somatisk sykehusbehandling), Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR, alle helserefusjoner unntatt legemidler) samt legemidler finansiert av folketrygden (database for oppgjør mellom HELFO og apotekene). I det følgende vil datagrunnlag for hvert område beskrives nærmere.

Helsedirektoratet eier alle databasene. NPR driftes av direktoratet, mens NAV drifter KUHR og oppgjør mellom HELFO og apotekene.

For KUHR og oppgjør mellom HELFO og apotekene er dette ikke offisiell statistikk, men basert på et eget uttrekk fra databasene til analyseformål. Forskjellen mellom offisielle tall og disse tallene er likevel minimale.

Norsk pasientregister

Fra databasen NPR, får vi data om alle opphold/episoder innenfor somatisk sykehusbehandling. Kilder er «NPR-kuben» og «ISF-kuben».

I rapporten «Aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste 2013» står det: «Rapporten presenterer tall for aktiviteten i den somatiske spesialisthelsetjenesten i Norge i 2012 og 2013.

Innrapporterte data er behandlet av NPR. Det presenteres tall for antall episoder og estimert antall pasienter. En episode er enten et døgnopphold, en dagbehandling eller en poliklinisk kontakt. Hvis en pasient fortløpende blir innlagt på flere avdelinger ved samme institusjon vil disse avdelingsoppholdene bli aggregert til ett sykehusopphold.»

NPR får inn data fra alle behandlingssteder, også de private aktørene som har avtale med regionalt helseforetak. Avtalespesialister er ikke inkludert.

Våre data er hentet fra «NPR-kuben». Det er delt inn etter ICD 10-hovedkapittel og DRG. Hver episode innenfor hver DRG er multiplisert med den tilhørende vekten for den aktuelle DRG-en for det aktuelle året. Dette produktet multipliseres så med enhetsprisen for det aktuelle året. Dette gir en estimert kostnad for hver DRG.

Vektene vi benytter for 2005, 2010 og 2013 er gjennomsnittspoeng (sum poeng/episoder) per DRG slik de fremkommer i «ISF-kuben». Dette innebærer at det er de korrigerte drg-poengene som benyttes. For 2000 bruker vi vektene slik de fremkommer i regelverket.

I ovennevnte rapport er samlet antall episoder for 2013 oppgitt til 6 518 561. Fra NPR-kuben får vi med vår inndeling 6 518 546. Differanse skyldes at det for enkelte kombinasjoner av DRG og ICD 10-kode vil være færre enn 4 episoder. Av personvern hensyn blir så få observasjoner nullet ut i NPR-kuben. Differansen er på kun 15 episoder. Dette er helt marginalt og ikke av betydning for dette prosjektet.

Videre er det slik at enkelte opphold ikke er tildelt en vekt. Dette er fordi drg-opplysningen ikke finnes igjen i listen med kobling mellom drg og vekt, jf. ISF-regelverket. For 2013 er dette 13 596 episoder, ca 2 promille av alle episoder.

Vi har gjort noen korrigeringer i forhold til inndelingen av opphold i hovedkapitler ICD-10 slik den forekommer i NPR-kuben. Dette gjelder opphold i gruppene «Ugyldig diagnosekode» og «Faktorer som påvirker helsetilstanden». På medisinsk faglig grunnlag har vi fordelt DRG-er i disse gruppene til andre hovedkapitler der de bedre hører hjemme. Denne korrigeringen er dokumentert i eget vedlegg.

KUHR

Fra databasen Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR) har vi fått data på områdene allmennleger, avtalespesialister, psykologer, fysioterapeuter og kiropraktorer.

Dette gjelder de behandlere som har rett til refusjon fra HELFO. F.eks. er ikke kommunalt ansatte fysioterapeuter inkludert her.

Tallene viser refusjonen som er utbetalt av HELFO. Dette inkluderer refusjon fra takster slik de er oppført i de aktuelle forskrifter det gjeldende året samt egenandeler som er blitt refundert av HELFO. Slike egenandeler er både refundert ved frikort og av andre fritaksgrunner (f.eks. barn).

Egenandeler som er betalt av pasient, er ikke inkludert. Finansiering fra andre kilder er heller ikke med (som f.eks. tilskudd for listelengde for fastleger og basisbevilgning for poliklinisk psykiatri).

For leger er både ICD 10 og ICPC-kodeverket tatt i bruk, avhengig av om legen er spesialist eller allmennlege. For leger er det i all hovedsak fastleger som benytter ICPC (også de med spesialisering innenfor allmennmedisin) og spesialister som benytter ICD 10.

For de andre områdene er kodeverket oppgitt i tabellene.

Vi har gjort noen korrigeringer der det er benyttet ICPC for leger. Enkelte koder har blitt flyttet fra hovedkapitlene som de tilhører ut fra første bokstav i koden, til tre nye hovedområder. Disse nye hovedområdene er «Neoplasmer» (tilordnet «Kreft» i tabellen), «Skader» og «Medfødt». Denne korrigeringen er dokumentert i eget vedlegg.

Legemiddeldata

Fra databasen for oppgjør mellom HELFO og apotekene, får vi refusjon og egenandeler betalt av pasient for legemidler som refunderes etter kap. 2751, post 70, i statsbudsjettet. Det er begrenset til

§§ 2, 3 og 4 i blåreseptforskriften. Det inkluderer også egenandeler som refunderes på frikortordningen (kap 2752, post 70) samt egenandeler betalt av pasienten.

Her er all finansiering inkludert, dvs. ordinær refusjon av legemiddel, refunderte egenandeler (alle fritaksgrunner, herunder frikort) og egenandeler betalt av pasient.

Refusjonen er basert på en oppført refusjonskode. Dette er primært ICD 10 og ICPC, avhengig av utsteder av resept. For leger er det i all hovedsak fastleger som benytter ICPC (også de med spesialisering innenfor allmennmedisin) og spesialister som benytter ICD 10. Men det er også andre koder som ikke følger et diagnosekodeverk, men som gir rett til refusjon. Disse kodene er allokert til det hovedkapitlet de mest sannsynlig hører inn under. Se eget vedlegg for dette.

Vi har gjort noen korrigeringer der det er benyttet ICPC. Enkelte koder har blitt flyttet fra hovedkapitlene som de tilhører ut fra første bokstav i koden, til tre nye hovedområder. Disse nye hovedområdene er «Neoplasmer», «Skader» og «Medfødt». Denne korrigeringen er dokumentert i eget vedlegg.

Det har vært store prisjusteringer i perioden vi ser på. Den såkalte trinnprisordningen og de maksimalprisendringer som har vært gjort, har medførte store kutt i prisene for legemidler.

Tabeller

Tabell V2.1: Beregnet kostnad for somatisk sykehusbehandling for Norge i 2000 fordelt på sykdomsgrupper. 2000-kroner. Kilde: NPR-kuben/ISF-kuben

Kap nr	Tekst	Beregnet kostnad
1	Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	449 796 540
2	Kreft	3 443 685 632
3	Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	146 791 232
4	Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser	350 442 239
5	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	177 841 310
6	Sykdommer i nervesystemet	701 632 191
7	Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	498 880 940
8	Sykdommer i øre og ørebensknute (processus mastoideus)	94 876 921
9	Sykdommer i sirkulasjonssystemet	3 957 789 886
10	Sykdommer i åndedrettssystemet	1 771 452 144
11	Sykdommer i fordøyelsessystemet	1 643 472 689
12	Sykdommer i hud og underhud	218 898 503
13	Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	2 229 259 491
14	Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	1 485 644 221
15	Svangerskap, fødsel og barseltid	1 354 107 156
16	Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	382 519 101
17	Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	315 730 873
18	Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	746 955 237
19	Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker	2 282 789 584
20	Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall	0
21	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	275 279 910
	Ikke fordelte opphold	0
	SUM	22 527 845 801

Tabell V2.2: Beregnet kostnad for somatisk sykehusbehandling for Norge i 2005 fordelt på sykdomsgrupper. 2005-kroner. Kilde: NPR-kuben/ISF-kuben

Kap nr	Tekst	Beregnet kostnad
1	Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	830 115 867
2	Kreft	4 895 381 390
3	Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	151 511 506

4	Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser	433 022 484
5	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	170 562 736
6	Sykdommer i nervesystemet	964 824 142
7	Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	791 241 178
8	Sykdommer i øre og ørebensknute (processus mastoideus)	140 401 350
9	Sykdommer i sirkulasjonssystemet	5 144 633 117
10	Sykdommer i åndedrettssystemet	2 860 656 209
11	Sykdommer i fordøyelsessystemet	2 065 219 294
12	Sykdommer i hud og underhud	345 945 901
13	Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	3 340 547 988
14	Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	2 121 420 475
15	Svangerskap, fødsel og barseltid	1 359 084 142
16	Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	1 496 462 192
17	Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	366 208 224
18	Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	850 872 412
19	Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker	3 052 935 301
20	Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall	106 130
21	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	1 283 255 782
	Ikke fordelte opphold	925 440
	SUM	32 665 333 260

Tabell V2.4: Beregnet kostnad for somatisk sykehusbehandling for Norge i 2010 fordelt på sykdomsgrupper. 2010-kroner. Kilde: NPR-kuben/ISF-kuben

Kap nr	Tekst	Beregnet kostnad
1	Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	1 159 686 005
2	Kreft	7 685 422 294
3	Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	245 562 328
4	Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser	752 942 597
5	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	306 705 206
6	Sykdommer i nervesystemet	1 468 750 435
7	Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	1 005 989 432
8	Sykdommer i øre og ørebensknute (processus mastoideus)	308 122 988
9	Sykdommer i sirkulasjonssystemet	6 388 111 585
10	Sykdommer i åndedrettssystemet	3 387 059 630
11	Sykdommer i fordøyelsessystemet	3 121 252 716
12	Sykdommer i hud og underhud	609 989 003

13	Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	5 025 957 317
14	Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	2 694 010 272
15	Svangerskap, fødsel og barseltid	1 998 279 693
16	Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	2 118 752 818
17	Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	515 083 192
18	Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	1 319 678 778
19	Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker	5 012 751 769
20	Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall	29 238
21	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	1 515 034 666
	Ikke fordelte opphold	7 131 410
	SUM	46 646 303 369

Tabell V2.4: Beregnet kostnad for somatisk sykehusbehandling for Norge i 2013 fordelt på sykdomsgrupper. 2013-kroner. Kilde: NPR-kuben/ISF-kuben

Kap nr	Tekst	Beregnet kostnad
1	Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	1 215 758 916
2	Kreft	8 637 625 212
3	Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	355 013 647
4	Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser	1 066 664 987
5	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	424 644 292
6	Sykdommer i nervesystemet	1 991 452 145
7	Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	1 139 972 941
8	Sykdommer i øre og ørebensknute (processus mastoideus)	363 793 792
9	Sykdommer i sirkulasjonssystemet	7 301 290 892
10	Sykdommer i åndedrettssystemet	3 848 819 597
11	Sykdommer i fordøyelsessystemet	3 907 392 163
12	Sykdommer i hud og underhud	678 006 901
13	Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	5 686 528 531
14	Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	3 220 581 860
15	Svangerskap, fødsel og barseltid	1 984 195 875
16	Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	2 096 452 567
17	Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	588 251 445
18	Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	1 889 314 896
19	Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker	5 885 550 324

20	Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall	0
21	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	1 349 961 275
	Ikke fordelte opphold	3 969 713
	SUM	53 635 241 970

Tabell V2.5: Refusjon (takst og refunderte egenandeler) til leger som benytter ICPC for Norge i 2010 fordelt på sykdomsgrupper. 2010-kroner. Kilde: KUHR

Kap	Tekst	Refusjon
A	Allmenn og uspesifisert	418 449 352
B	Blod, bloddannende organer og immunsystemet	30 919 428
D	Fordøyelsessystemet	208 431 541
F	Øye	58 804 276
H	Øre	80 018 621
K	Hjerte-karsystemet	487 688 431
L	Muskel-skjelettsystemet	496 141 884
N	Nervesystemet	121 733 831
P	Psykisk	549 775 460
R	Luftveier	430 153 109
S	Hud	156 407 873
T	Endokrine, metabolske, ernæringsforhold	222 566 934
U	Urinveier	100 137 285
W	Svangerskap, fødsel, familieplanlegging	187 249 652
X	Kvinnelige kjønnsorganer (inkl. bryst)	40 424 300
Y	Mannlige kjønnsorganer	21 996 587
Z	Psykososiale og sosiale problemer	14 374 393
	Kreft	91 761 581
	Skader	163 931 444
	Medfødt	35 308 565
	Uregistrert	0
SUM		3 916 274 545

Tabell V2.6: Refusjon (takst og refunderte egenandeler) til leger som benytter ICPC for Norge i 2013 fordelt på sykdomsgrupper. 2013-kroner. Kilde: KUHR

Kap	Tekst	Refusjon
A	Allmenn og uspesifisert	579 937 233
B	Blod, bloddannende organer og immunsystemet	36 985 656
D	Fordøyelsessystemet	269 170 289

F	Øye	66 478 334
H	Øre	80 837 526
K	Hjerte-karsystemet	593 496 996
L	Muskel-skjelettsystemet	640 527 591
N	Nervesystemet	161 969 572
P	Psykisk	677 925 798
R	Luftveier	493 085 941
S	Hud	195 336 066
T	Endokrine, metabolske, ernæringsforhold	263 918 612
U	Urinveier	124 783 266
W	Svangerskap, fødsel, familieplanlegging	210 896 380
X	Kvinnelige kjønnsorganer (inkl. bryst)	49 381 798
Y	Mannlige kjønnsorganer	29 668 206
Z	Psykososiale og sosiale problemer	15 282 890
	Kreft	119 437 849
	Skader	194 123 363
	Medfødt	47 323 814
	Uregistrert	0
SUM		4 850 567 178

Tabell V2.7: Refusjon (takst og refunderte egenandeler) til leger som benytter ICD-10 for Norge i 2010 fordelt på sykdomsgrupper. 2010-kroner. Kilde: KUHR

Kap	Tekst	Refusjon
1	Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	16 005 127
2	Kreft	65 829 566
3	Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	1 150 936
4	Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser	46 508 812
5	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	108 219 914
6	Sykdommer i nervesystemet	30 918 185
7	Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	370 925 943
8	Sykdommer i øre og ørebensknute (processus mastoideus)	121 572 253
9	Sykdommer i sirkulasjonssystemet	69 239 350
10	Sykdommer i åndedrettssystemet	153 007 884
11	Sykdommer i fordøyelsessystemet	36 364 113
12	Sykdommer i hud og underhud	91 715 109
13	Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	58 674 749
14	Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	53 859 406

15	Svangerskap, fødsel og barseltid	6 331 997
16	Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	153 486
17	Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	5 223 914
18	Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	80 780 136
19	Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker	11 493 053
20	Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall	97 418
21	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	140 943 679
22	Koder for spesielle formål (U00-U85)	4 058
SUM		1 469 019 089

Tabell V2.8: Refusjon (takst og refunderte egenandeler) til leger som benytter ICD-10 for Norge i 2013 fordelt på sykdomsgrupper. 2013-kroner. Kilde: KUHR

Kap	Tekst	Refusjon
1	Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	15 840 524
2	Kreft	82 748 159
3	Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	1 583 186
4	Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser	55 166 763
5	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	138 499 610
6	Sykdommer i nervesystemet	39 865 894
7	Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	447 455 628
8	Sykdommer i øre og ørebensknute (processus mastoideus)	142 009 684
9	Sykdommer i sirkulasjonssystemet	77 652 413
10	Sykdommer i åndedrettssystemet	174 126 547
11	Sykdommer i fordøyelsessystemet	50 223 786
12	Sykdommer i hud og underhud	112 646 567
13	Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	74 555 093
14	Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	68 368 780
15	Svangerskap, fødsel og barseltid	6 777 525
16	Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	217 253
17	Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	6 094 483
18	Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	111 797 958

19	Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker	12 807 618
20	Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall	111 053
21	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	182 393 401
22	Koder for spesielle formål	16
	Uregistrert	63
SUM		1 800 942 002

Tabell V2.9: Refusjon (takst og refunderte egenandeler) til fysioterapeuter for Norge i 2010 fordelt på sykdomsgrupper. 2010-kroner. Kilde: KUHR

Kap	Tekst	Refusjon
A	Allmenn og uspesifisert	49 249 889
B	Blod, bloddannende organer og immunsystemet	3 695 088
D	Fordøyelsessystemet	3 138 776
F	Øye	1 958 736
H	Øre	1 918 327
K	Hjerte-karsystemet	78 011 986
L	Muskel-skjelettsystemet	927 293 320
N	Nervesystemet	156 209 343
P	Psykisk	31 643 901
R	Luftveier	63 683 606
S	Hud	7 676 183
T	Endokrine, metabolske, ernæringsforhold	4 092 611
U	Urinveier	1 704 355
W	Svangerskap, fødsel, familieplanlegging	24 615 870
X	Kvinnelige kjønnsorganer (inkl. bryst)	7 899 978
Y	Mannlige kjønnsorganer	613 355
Z	Psykososiale og sosiale problemer	83 969
SUM		1 363 489 293

Tabell V2.10: Refusjon (takst og refunderte egenandeler) til fysioterapeuter for Norge i 2013 fordelt på sykdomsgrupper. 2013-kroner. Kilde: KUHR

Kap	Tekst	Refusjon
A	Allmenn og uspesifisert	73 060 951
B	Blod, bloddannende organer og immunsystemet	5 993 463
C		1 393
D	Fordøyelsessystemet	4 835 020
F	Øye	2 473 409

H	Øre	2 757 172
K	Hjerte-karsystemet	102 215 910
L	Muskel-skjelettsystemet	1 223 383 548
M		2 415
N	Nervesystemet	204 235 439
P	Psykisk	44 596 007
R	Luftveier	82 497 781
S	Hud	9 365 608
T	Endokrine, metabolske, ernæringsforhold	5 614 726
U	Urinveier	2 171 109
W	Svangerskap, fødsel, familieplanlegging	26 324 658
X	Kvinnelige kjønnsorganer (inkl. bryst)	11 915 412
Y	Mannlige kjønnsorganer	892 274
Z	Psykososiale og sosiale problemer	133 672
SUM		1 802 469 965

Tabell V2.11: Refusjon (takst og refunderte egenandeler) til psykologer for Norge i 2010 fordelt på sykdomsgrupper. 2010-kroner. Kilde: KUHR

Kap	Tekst	Refusjon
1	Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	44 644
2	Kreft	76 587
3	Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	9 730
4	Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser	320 708
5	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	192 984 957
6	Sykdommer i nervesystemet	3 409 230
8	Sykdommer i øre og ørebensknute (processus mastoideus)	27 346
9	Sykdommer i sirkulasjonssystemet	288 745
10	Sykdommer i åndedrettssystemet	7 510
11	Sykdommer i fordøyelsessystemet	7 105
12	Sykdommer i hud og underhud	7 700
13	Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	173 327
14	Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	11 431
15	Svangerskap, fødsel og barseltid	7 599
16	Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	24 479
17	Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	172 818
18	Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	1 191 455

19	Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker	647 895
20	Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall	27 032
21	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	17 382 806
99	Uregistrert	4 985
SUM		216 828 089

Tabell V2.12: Refusjon (takst og refunderte egenandeler) til psykologer for Norge i 2013 fordelt på sykdomsgrupper. 2013-kroner. Kilde: KUHR

Kap	Tekst_icd	Refusjon
1	Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	41 511
2	Kreft	65 538
3	Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	11 307
4	Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser	380 640
5	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	274 591 083
6	Sykdommer i nervesystemet	3 254 575
7	Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	44 140
8	Sykdommer i øre og ørebensknute (processus mastoideus)	86 403
9	Sykdommer i sirkulasjonssystemet	419 471
10	Sykdommer i åndedrettssystemet	2 355
11	Sykdommer i fordøyelsessystemet	7 483
12	Sykdommer i hud og underhud	10 623
13	Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	242 681
14	Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	12 553
16	Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	35 447
17	Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	211 883
18	Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	1 722 091
19	Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker	434 448
20	Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall	107 340
21	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	26 330 711
99	Uregistrert	55 755
SUM		308 068 038

Tabell V2.13: Refusjon (takst og refunderte egenandeler) til kiropraktorer for Norge i 2010 fordelt på sykdomsgrupper. 2010-kroner. Kilde: KUHR

Kap	Tekst	Refusjon
A	Allmenn og uspesifisert	777 342
B	Blod, bloddannende organer og immunsystemet	729
D	Fordøyelsessystemet	747 533
F	Øye	4 430
H	Øre	611 753
K	Hjerte-karsystemet	34 838
L	Muskel-skjelettsystemet	100 720 605
N	Nervesystemet	2 120 101
P	Psykisk	204 127
R	Luftveier	28 219
S	Hud	7 486
T	Endokrine, metabolske, ernæringsforhold	4 899
U	Urinveier	70 222
W	Svangerskap, fødsel, familieplanlegging	193 852
X	Kvinnelige kjønnsorganer (inkl. bryst)	2 898
Y	Mannlige kjønnsorganer	2 679
Z	Psykososiale og sosiale problemer	1 009
SUM		105 532 722

Tabell V2.14: Refusjon (takst og refunderte egenandeler) til kiropraktorer for Norge i 2013 fordelt på sykdomsgrupper. 2013-kroner. Kilde: KUHR

Kap	Tekst	Refusjon
A	Allmenn og uspesifisert	884 341
B	Blod, bloddannende organer og immunsystemet	869
D	Fordøyelsessystemet	581 188
F	Øye	6 306
H	Øre	940 010
K	Hjerte-karsystemet	32 725
L	Muskel-skjelettsystemet	128 860 750
N	Nervesystemet	2 517 443
P	Psykisk	174 737
R	Luftveier	30 483
S	Hud	8 700
T	Endokrine, metabolske, ernæringsforhold	7 232
U	Urinveier	59 358
W	Svangerskap, fødsel, familieplanlegging	322 692
X	Kvinnelige kjønnsorganer (inkl. bryst)	3 436

Y	Mannlige kjønnsorganer	1 414
Z	Psykososiale og sosiale problemer	800
	Uregistrert	130 177
SUM		134 562 661

Tabell V2.15: Refusjon og pasientbetalte egenandeler til legemidler forskrevet etter ICPC for Norge i 2010 fordelt på sykdomsgrupper. 2010-kroner. Kilde: Databasen for oppgjør mellom HELFO og apotekene.

Kap	Tekst	Refusjon	Egenandel pasient
A	Allmenn og uspesifisert	4 169 645	625 547
B	Blod, bloddannende organer og immunsystemet	45 184 790	3 392 349
D	Fordøyelsessystemet	292 333 993	57 108 625
F	Øye	81 038 017	19 410 522
H	Øre	55	0
K	Hjerte-karsystemet	1 446 607 253	341 995 900
L	Muskel-skjelettsystemet	135 582 094	25 111 907
N	Nervesystemet	359 968 166	56 654 642
P	Psykisk	597 572 034	104 914 721
R	Luftveier	912 815 435	148 498 172
S	Hud	77 920 769	19 233 988
T	Endokrine, metabolske, ernæringsforhold	434 302 235	55 604 390
U	Urinveier	157 168 206	21 563 042
W	Svangerskap, fødsel, familieplanlegging	70 906	21 618
X	Kvinnelige kjønnsorganer (inkl. bryst)	2 185 842	135 915
Y	Mannlige kjønnsorganer	32 331 983	8 881 744
	Kreft	257 299 912	8 448 691
	Skader	14 868 065	3 074 848
	Medfødt	57 613	5 469
	Uregistrert	317 460 603	16 412 502
SUM		5 168 937 615	891 094 593

Tabell V2.16: Refusjon og pasientbetalte egenandeler til legemidler forskrevet etter ICPC for Norge i 2013 fordelt på sykdomsgrupper. 2013-kroner. Kilde: Databasen for oppgjør mellom HELFO og apotekene.

Kap	Tekst	Refusjon	Egenandel pasient
A	Allmenn og uspesifisert	14 978 778	1 513 400
B	Blod, bloddannende organer og immunsystemet	69 740 598	4 187 164

D	Fordøyelsessystemet	277 524 907	54 946 980
F	Øye	91 639 212	20 018 821
K	Hjerte-karsystemet	1 242 197 389	264 827 301
L	Muskel-skjelettsystemet	164 928 590	27 907 793
N	Nervesystemet	371 029 683	52 543 956
P	Psykisk	608 249 952	91 991 750
R	Luftveier	869 346 076	150 071 162
S	Hud	83 670 942	20 161 258
T	Endokrine, metabolske, ernæringsforhold	567 574 164	70 591 125
U	Urinveier	166 485 742	21 552 989
W	Svangerskap, fødsel, familieplanlegging	82 648	18 788
X	Kvinnelige kjønnsorganer (inkl. bryst)	2 548 536	241 186
Y	Mannlige kjønnsorganer	48 883 992	12 883 113
	Kreft	343 385 871	8 545 280
	Skader	17 091 392	3 005 796
	Medfødt	1 379 416	191 191
	Uregistrert	349 373 986	22 001 891
SUM		5 290 111 874	827 200 944

Tabell V2.17: Refusjon og pasientbetalte egenandeler til legemidler forskrevet etter ICD-10 for Norge i 2010 fordelt på sykdomsgrupper. 2010-kroner. Kilde: Databasen for oppgjør mellom HELFO og apotekene.

Kap	Tekst icd	Refusjon	Egenandel pasient
1	Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	4 719 076	39 107
2	Kreft	480 847 308	8 371 070
3	Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	292 870 098	4 238 773
4	Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser	254 563 338	11 442 225
5	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	165 823 915	17 970 258
6	Sykdommer i nervesystemet	133 267 102	10 972 915
7	Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	131 806 605	24 382 153
9	Sykdommer i sirkulasjonssystemet	178 633 962	32 070 308
10	Sykdommer i åndedrettssystemet	209 046 003	22 621 350
11	Sykdommer i fordøyelsessystemet	77 290 342	11 635 048
12	Sykdommer i hud og underhud	39 507 081	6 978 532
13	Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	44 082 841	5 476 545
14	Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	93 174 137	7 269 946
15	Svangerskap, fødsel og barseltid	318 535	80 615
16	Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	14 289	0
17	Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	1 188 297	11 511

18	Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	1 002 799	125 696
19	Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker	12 018 870	458 492
21	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	183 982 961	5 334 175
	Uregistrert	466 311 466	2 795 542
SUM		2 770 469 027	172 274 262

Tabell V2.18: Refusjon og pasientbetalte egenandeler til legemidler forskrevet etter ICD-10 for Norge i 2013 fordelt på sykdomsgrupper. 2013-kroner. Kilde: Databasen for oppgjør mellom HELFO og apotekene.

Kap	Tekst	Refusjon	Egenandel pasient
1	Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	4 094 499	87 942
2	Kreft	737 489 765	7 907 363
3	Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	396 516 058	6 073 938
4	Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser	281 599 412	12 710 955
5	Psyriske lidelser og atferdsforstyrrelser	157 139 526	15 246 651
6	Sykdommer i nervesystemet	133 353 632	9 631 472
7	Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	111 637 365	20 174 073
9	Sykdommer i sirkulasjonssystemet	210 073 477	31 926 249
10	Sykdommer i åndedrettssystemet	180 065 884	20 913 383
11	Sykdommer i fordøyelsessystemet	80 506 704	10 257 197
12	Sykdommer i hud og underhud	42 987 711	7 249 728
13	Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	61 836 992	6 529 768
14	Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	106 364 906	7 149 794
15	Svangerskap, fødsel og barseltid	293 352	82 112
16	Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	67 777	5 207
17	Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	3 829 078	80 764
18	Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	4 027 359	157 423
19	Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker	36 741 000	624 216
21	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	151 679 402	4 557 560
	Uregistrert	345 407 497	2 918 841
SUM		3 045 711 397	164 284 635

Tabell V2.19: Refusjon og pasientbetalte egenandeler til legemidler uten diagnosegruppering. 2010- og 2013-kroner. Kilde: Databasen for oppgjør mellom HELFO og apotekene.

År	Refusjon	Egenandel pasient
2010	333 146 752	10 025 211
2013	619 977 653	5 622 355

VEDLEGG 3: KORRIGERINGER

Korrigeringer for DRGer i gruppe «Faktorer som påvirker helsetilstanden»

Tabell V3.1: Tallet i kolonnen «Kap nr» viser til hvilket kapittelnr fra tabellene for somatisk sykehusbehandling som DRGen er tilordnet.

DRG	Kap nr	DRG	Kap nr	DRG	Kap nr	DRG	Kap nr	DRG	Kap nr	DRG	Kap nr	DRG	Kap nr
101	10	153O	21	230	13	317O	14	374	15	410A	2	478	9
102	10	156	21	230O	13	331	14	375	15	410B	2	48	7
103	9	157	21	231	13	332	14	376	15	410C	2	480	21
104B	9	158	21	231O	13	333	14	377N	15	410D	2	481B	3
105	21	158O	21	232	21	333A	21	377O	15	411	2	483	21
112	21	169O	21	232O	21	333B	21	38	21	411N	2	492	2
112A	9	171O	11	234	21	339	21	380	15	412	21	492O	2
112C	9	185	21	234O	12	34	6	381	21	414	3	493	11
112D	9	187O	21	249	13	340O	14	381O	15	415O	1	494	11
112O	9	188	11	256	13	343	21	383	15	41O	7	495	21
115	21	189	11	259	2	343O	21	384	15	42	21	501A	2
115A	9	190	11	260	2	35	6	385A	16	421	21	501B	2
115B	9	190A	21	260O	2	350	21	385B	16	423	1	501O	2
115C	9	190B	21	261	21	351	21	385C	16	42O	7	502	2
115O	9	205	11	261O	21	351O	14	387N	16	432	21	509	21
116	21	206	11	262	21	352	21	388A	21	432C	5	509O	21
117	21	208	11	265	21	356	21	388B	16	436	21	63O	21
118	21	209	21	266	21	359	14	388C	16	443	21	701O	10
120O	9	210	21	266O	21	359O	14	389B	16	453B	21	702O	10
121	9	211	21	268	21	36	21	389C	16	454	19	705O	21
122	9	212	21	268O	21	360	21	38O	7	455	19	706O	11
124	9	216O	21	269	21	360O	14	39	7	461	21	709O	11
125	9	217O	21	270	21	361	14	390	16	461O	21	710O	11
125O	9	219	21	270O	21	361O	21	390A	16	462A	21	711O	11
127	9	220	21	275	21	362	14	390C	16	462B	21	712O	11
143	9	220O	12	276	2	362O	14	391	16	462C	21	716O	14
144	9	222	21	283	12	364	21	391O	16	462O	21	717O	14
145	9	222O	21	284	12	364O	15	399	3	465	2	718O	14

146	21	224	13	301	21	3650	14	390	7	466	21	7190	14
147	21	2240	13	302	14	369	14	39P	21	467	21	7200	11
148	21	225	21	304	14	360	7	40	21	468	21	73	21
149	21	2250	13	305	14	370	15	406	3	4680	21	74	21
1490	21	227	21	3050	14	371	15	407	3	469	21	76 O	21
150	11	2270	12	315	14	3710	15	4070	3	47	7	77	9
151	11	2280	21	3150	14	372	15	408	21	470	21	770	21
152	11	229	21	316	14	373	15	4080	2	477	21	79	1
153	11	2290	13	317	14	3730	15	4090	2	4770	21	80	10

Kap nr	DRG	Kap nr	DRG	Kap nr	DRG
801S	6	823S	21	998O	21
801U	6	823U	21	DD01	6
801W	6	830P	21	DD02	7
802P	7	850A	21	DD03	21
802U	7	850C	21	DD04	10
803S	21	877O	21	DD05	9
803U	8	901O	6	DD06	11
803W	21	902O	7	DD07	11
803Y	21	903B	21	DD08	13
804P	21	903O	8	DD09	12
804R	10	904D	1	DD11	14
805P	9	904O	10	DD12	14
805R	9	905O	9	DD13	14
805S	9	906C	11	DD14	15
806P	11	906O	11	DD15	16
806R	11	907A	1	DD16	3
807P	11	907O	11	DD17	21
808S	13	908A	13	DD18	1
808U	13	908O	13	DD19	5
808V	13	908R	13	DD21	19
808W	13	909O	12	DD23	21
808Y	13	910O	4	DD30	21
809J	21	911C	14		
809S	21	911O	14		
809T	21	912O	14		
81	10	913B	14		
811P	14	913O	14		
811R	14	914O	15		
811S	14	914P	15		
812P	14	914Q	15		
813R	14	915O	16		
813S	14	916O	21		
813T	14	917O	2		
814P	15	918O	1		
814R	15	919O	5		
814S	15	921O	19		
816R	3	922O	19		
817S	3	923O	21		
81B	21	930O	21		
82	21	997O	21		

Korrigeringer for DRGer i gruppe «Ugyldig diagnose»

Tabell V3.2: Tallet i kolonnen «Kap nr» viser til hvilket kapittelnr fra tabellene for somatisk sykehusbehandling som DRGen er tilordnet.

DRG	Kap nr	DRG	Kap nr	DRG	Kap nr	DRG	Kap nr
108	9	190	11	712O	11	923O	22
112A	9	205	22	720O	11	997O	22
112B	9	206	11	76	11	998O	22
112C	9	211	13	802P	10	DD02	22
112D	9	225	13	804R	10	DD04	10
112F	9	229	13	805P	9	DD05	9
112O	9	243	13	805R	9	DD06	11
115A	9	263	12	805S	9	DD09	12
115B	9	264	12	806H	11	DD10	4
115C	9	266O	12	806P	11		
12	9	268	22	806R	11		
120O	9	268O	12	808Y	13		
121	9	269	12	809J	12		
124	9	270	12	809S	12		
125O	9	270O	12	809T	12		
138	9	271	12	816R	3		
139	9	296	4	823S	10		
148	11	297	4	87	10		
149	11	298	4	877O	22		
149O	11	35	6	901D	6		
150	11	397	3	902O	7		
151	11	413	3	904O	10		
152	11	416	22	905A	9		
157	11	426D	5	905E	9		
158	11	468	22	905O	9		
158O	11	47	7	906C	11		
159	11	470	22	906O	11		
160	11	475A	10	907A	11		
160O	11	475B	10	908F	13		
162O	11	475O	10	908O	13		
171	11	477	22	909B	12		
171O	11	477O	22	909O	22		
182	11	483	10	910O	4		
183	11	490	22	914P	15		
184A	11	705O	22	915O	22		

184B	11	707O	11	916O	3		
188	11	707P	11	917O	3		
189	11	709O	11	918O	22		
190	11	710O	11	919O	5		
205	22	711O	11	921O	22		

Korrigeringer for ICPC-koder legemidler

Tabell V3.3: Oppføringen i kolonnen «Nytt kap.» viser hvilket nytt kapittel som «Diagnosekode» er fordelt til.

Diagnosekode	Nytt kap.	Diagnosekode	Nytt kap.	Diagnosekode	Nytt kap.
A79	Neoplasmer	X79	Neoplasmer	N81	Skader
B72	Neoplasmer	X80	Neoplasmer	R87	Skader
B73	Neoplasmer	X81	Neoplasmer	R88	Skader
B74	Neoplasmer	Y77	Neoplasmer	S12	Skader
B75	Neoplasmer	Y78	Neoplasmer	S13	Skader
D74	Neoplasmer	Y79	Neoplasmer	S14	Skader
D75	Neoplasmer	A80	Skader	S15	Skader
D76	Neoplasmer	A81	Skader	S16	Skader
D77	Neoplasmer	A82	Skader	S17	Skader
D78	Neoplasmer	A83	Skader	S18	Skader
F74	Neoplasmer	A84	Skader	S19	Skader
H75	Neoplasmer	A85	Skader	U80	Skader
K72	Neoplasmer	A86	Skader	W75	Skader
L71	Neoplasmer	A87	Skader	X82	Skader
N74	Neoplasmer	A88	Skader	Y80	Skader
N75	Neoplasmer	A89	Skader	A90	Medfødt
N76	Neoplasmer	B76	Skader	B78	Medfødt
R84	Neoplasmer	B77	Skader	B79	Medfødt
R85	Neoplasmer	D79	Skader	D81	Medfødt
R86	Neoplasmer	D80	Skader	F80	Medfødt
R92	Neoplasmer	F75	Skader	F81	Medfødt
S77	Neoplasmer	F76	Skader	H80	Medfødt
S78	Neoplasmer	F79	Skader	K73	Medfødt
S79	Neoplasmer	H76	Skader	L82	Medfødt
S80	Neoplasmer	H77	Skader	N85	Medfødt
T71	Neoplasmer	H78	Skader	R89	Medfødt
T72	Neoplasmer	H79	Skader	S81	Medfødt
T73	Neoplasmer	L72	Skader	S82	Medfødt
U75	Neoplasmer	L73	Skader	S83	Medfødt
U76	Neoplasmer	L74	Skader	T78	Medfødt
U77	Neoplasmer	L75	Skader	T80	Medfødt
U78	Neoplasmer	L76	Skader	U85	Medfødt
U79	Neoplasmer	L77	Skader	W76	Medfødt
W72	Neoplasmer	L78	Skader	X83	Medfødt
W73	Neoplasmer	L79	Skader	Y81	Medfødt
X75	Neoplasmer	L80	Skader	Y82	Medfødt
X76	Neoplasmer	L81	Skader	Y83	Medfødt

X77	Neoplasmer	N79	Skader	Y84	Medfødt
X78	Neoplasmer	N80	Skader		

Tildelt kapittel for særkoder legemidler

Tabell V3.4: Oppføringen i kolonnen «Tildelt kap.» viser hvilket kapittel i ICPC som «Særkode» er fordelt til.

Særkode	Tildelt kap.
-90	Kreft
-50	Kreft
-52	Kreft
-53	Kreft
-54	Kreft
-81	A
-74	P
-73	P
-72	P
-70	P
-62	L
-40	F
-22	K
-26	K
-27	K
-11	B
-20	B



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no