



Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2013

Sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på sykdomsgrupper

Publikasjonens tittel: Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2013 – Sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på sykdomsgrupper

Utgitt: April 2016

Bestillingsnummer: IS-2436

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

Forfattere: Kjartan Sælensminde
Kristine Dahle Bryde-Erichsen
Terje Melhuus Line

Illustrasjon: Corbis RF

FORORD

I 2015 ga Helsedirektoratet ut en rapport som ga et anslag på totale helserelaterte samfunnskostnader i Norge for året 2010. Den foreliggende rapporten er en oppfølger som anslår størrelsesorden på helserelaterte samfunnskostnader for året 2013, og oppjusterer 2010-tallene.

De totale samfunnskostnadene er sammensatt av tapet for den enkelte (sykdomsbyrde), helsetjenestekostnader og produksjonstap. Samfunnskostnadene er fordelt på ulike sykdomsgrupper og delvis også fordelt på risikofaktorer.

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 beveger seg i riktig retning for å nå grunnleggende helsepolitiske mål. Tilnærmingen kan også benyttes som grunnlag for vurdering av overordnede prioriteringer. Eksempler er Helsedirektoratets kostråd og frukt i skolen.

Usikkerheten i kostnadsanslagene i rapporten er stor. Foreløpig er bare i overkant av halvparten av helsetjenestekostnadene fordelt på sykdomsgrupper. Å få fordelt en større andel av helsetjenestekostnadene på sykdomsgrupper, f.eks. også omsorgstjenester, er en målsetting for kommende rapporter.


Bjørn Guldvog
helsedirektør

INNHold

FORORD	4
INNHold	5
INNLEDNING	8
SAMMENDRAG	12
1. SYKDOMSBYRDE FORDELT PÅ SYKDOMSGRUPPER OG RISIKOFAKTORER	15
1.1 Økonomisk verdsetting av sykdomsbyrde (tapte leveår og helsetap)	15
1.2 Sykdomsbyrde fordelt på sykdomsgrupper	16
1.3 Sykdomsbyrde fordelt på risikofaktorer	17
2. HELSETJENESTEKOSTNADER FORDELT PÅ SYKDOMSGRUPPER	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
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
3.	PRODUKSJONSTAP FORDELT PÅ SYKDOMSGRUPPER	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
4.	TOTALE SAMFUNNSKOSTNADER	31
4.1	Anslag på totale samfunnskostnader	31
4.2	Totale samfunnskostnader fordelt på sykdomsgrupper 2013	33
4.3	Totale samfunnskostnader fordelt på sykdomsgrupper, justerte 2010-tall	35
4.4	Totale samfunnskostnader fordelt på risikofaktorer	36
5.	REFERANSER	37
VEDLEGG 1:	SYKDOMSBYRDE – TABELLER OG BESKRIVELSE AV DATA	40
	Tidligere- og justerte sykdomsbyrdetall for 2010 - Fordelt på sykdomsgrupper	41
	Sykdomsbyrdetall for 2013 - Fordelt på sykdomsgrupper	44
	Avvik mellom tidligere og justerte tall for 2010 - Fordelt på sykdomsgrupper	45
	Sykdomsbyrde – Endring fra 2010 til 2013 - Fordelt på sykdomsgrupper	46

INNHold

VEDLEGG 2: KOSTNADER FOR HELSETJENESTEN - BESKRIVELSE AV DATA

47

INNLEDNING

I 2015 ga Helsedirektoratet ut en rapport som ga en oversikt over totale helserelaterte samfunnskostnader i Norge for året 2010 (Helsedirektoratet 2015). Den foreliggende rapporten er en oppfølger som viser helserelaterte samfunnskostnader for året 2013. Samfunnskostnadene er fordelt på ulike sykdomsgrupper og delvis også fordelt på risikofaktorer. Foreløpig er 2010 og 2013 de eneste årene 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 beveger seg i riktig retning for å nå grunnleggende helsepolitiske mål.

Sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap utgjør de totale helserelaterte samfunnskostnadene

Utgangspunktet for oversikten er dataene fra studien det globale sykdomsbyrdeprosjektet, Global Burden of Disease, (IHME 2014, 2016). Denne gir et anslag på tapte leveår og helsetap for befolkningen i ulike land og fordeler denne sykdomsbyrden på ulike diagnoser og risikofaktorer. Tapte leveår og helsetap går i samfunnsøkonomisk terminologi ofte under betegnelsen velferdstap (eller velferds-kostnader dersom de gis en økonomisk verdi), og i helseøkonomiske analyser anvendes betegnelsen helserelatert livskvalitet. For å være mest mulig presis, og konsistent med begrepsbruken i det norske sykdomsbyrdeprosjektet (Folkehelseinstituttet 2016), har vi i denne rapporten valgt å bruke begrepet sykdomsbyrde.¹ Begrepet sykdomsbyrde omfatter både tapte leveår og helsetap. Summen av tapte leveår (Years of Life Lost, YLL) og helsetap (Years Lived with Disability, YLD) betegnes helsetapsjusterte leveår (Disability Adjusted Life Years, DALY). DALY er altså et samlemål på sykdomsbyrde.

I helseøkonomiske analyser av tiltak anvendes ofte kvalitetsjusterte leveår (quality adjusted life years, QALY) som helsemål, og ikke DALY. Både QALY og DALY er helsemål som inkluderer

¹ I forrige rapport (Helsedirektoratet 2015) brukte vi helsetap som begrep for sykdomsbyrde. Dette var i samsvar med begrepsbruken anvendt av Norheimutvalget (NOU 2014: 12), men ikke i samsvar med Folkehelseinstituttets sykdomsbyrdeprosjekt. Det er bare den norske begrepsbruken som er endret. Innholdet i beregningene, som er hentet fra det globale sykdomsbyrdeprosjektet, er de samme som i forrige rapport.

INNLEDNING

tap av leveår og tap av helserelatert livskvalitet. DALY og QALY er derfor å anse som nokså like helsemål dersom vektene som anvendes for måling av livskvalitet ikke er for ulike. DALY anvendes vanligvis som et mål på tap av leveår og helse i en befolkningsgruppe (dvs. sykdomsbyrde som en tilstandsbeskrivelse) og QALY anvendes vanligvis som et mål på vunne leveår og helse (dvs. som resultat av et tiltak for å redusere sykdomsbyrden for en befolkningsgruppe), men det er i prinsippet det samme som måles.

Sykdomsbyrde 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 bedret livskvalitet. I denne oversikten er et leveår med god helse (et kvalitetsjustert leveår, QALYs) gitt en økonomisk verdi på 1,12 mill. 2012-kr. Dette er i samsvar med Finansdepartementets anslag på verdi av et statistisk liv (Finansdepartementet 2014, Helsedirektoratet 2014).²

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, uførhet og død.³ 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 har tatt utgangspunkt i totalkostnader og fordelt disse på sykdomsgrupper (og delvis på risikofaktorer). I en slik fremgangsmåte er det selvfølgelig en del usikkerhetsfaktorer. F.eks.

² I forrige rapport (Helsedirektoratet 2015) ble den økonomiske verdsetting av QALYs som var gjeldende for 2010 anvendt (iht. Helsedirektoratet 2012), men for å kunne gjøre meningsfulle sammenligninger av ulike år er det i denne rapporten valgt å bruke samme verdsetting for både 2010 og 2013.

³ Produksjonstap relatert til dødsfall i produktiv alder ble vurdert inkludert i forrige rapport (Helsedirektoratet 2015), men ikke tatt med da. For å kunne sammenligne ulike år, er produksjonstap relatert til død i den foreliggende rapporten beregnet både for 2010 og 2013.

hvordan helsetap skal vurderes og vektas, at sykdomsbyrde ikke nødvendigvis samsvarer med hva som faktisk kan/blir behandlet og heller ikke samsvarer med 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 helserelatert livskvalitetstap sykdom og skader medfører er en større kilde til usikkerhet, men også denne kan gjøres til gjenstand for «rimelighetsvurderinger».

Viktig forbehold om anvendelse – Sykdomskostnader 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 likevel 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 og HOD (2015). 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 enkeltdiagnoser. For eksempel anslag på kostnader forårsaket av diabetes eller muskel-skjelett-sykdommer. Enkeltstudier kan gjøres mer detaljert 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

INNLEDNING

«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 alternative tiltak som på en kostnadseffektiv måte kan bidra til å redusere den totale samfunnsmessige sykdomsbyrden, og som samlet sett er best for samfunnet gitt de mål som ønskes oppnådd. En god problembeskrivelse, klare mål og bred vurdering av alternative tiltak er sentralt i den nylig reviderte utredningsinstruksen (jf. Finansdepartementet 2016).

Det henvises til den forrige rapporten (Helsedirektoratet 2015a) for en nærmere beskrivelse av sykdomsbyrden som problembeskrivelse og hvordan dette håndteres i samfunnsøkonomiske analyser. Den henvises også til forrige rapport for forklaring på hvorfor budsjettmessige overføringer til uføre og syke ikke er det samme som samfunnsøkonomiske kostnader, samt at sykdomsbyrden ikke er en budsjettmessig kostnad selv om vi verdsetter den økonomisk. For detaljerte data om helsetjenestekostnader både for 2010 og 2013 henviser vi også til forrige rapport.

SAMMENDRAG

Denne rapporten gir en oversikt over totale helserelaterte samfunnskostnader i Norge i året 2013. Samfunnskostnadene er fordelt på ulike sykdomsgrupper. Foreløpig er 2010 og 2013 de eneste årene 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 kan være ønskelig å gjøre tilsvarende fordeling av samfunnskostnadene på risikofaktorer, men vi har foreløpig ikke gjort en slik en slik fordeling. Bare vist til hvordan det kan gjøres for kosthold.

I beregningen av samfunnskostnadene inngår både sykdomsbyrde, kostnader for helsetjenesten og produksjonstap. Med sykdomsbyrde menes tapte leveår og helsetap (tap av helserelatert livskvalitet). Sykdomsbyrden kan også gis en økonomisk verdi og kategoriseres 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. 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 1 860 mrd. kroner i 2013. Sykdomsbyrden utgjør den største andelen av samfunnskostnadene med 75 prosent, der 35 prosent knytter seg til tapte leveår og 40 prosent til tapt livskvalitet. Helsetjenestekostnadene er anslått å utgjøre 274 mrd. kroner, det vil si 15 prosent av de totale samfunnskostnadene. Produksjonstapet, det vil si tapte skatteinntekter, er estimert til 186 mrd. kroner i 2013. Produksjonstapet utgjør dermed 10 prosent av de samlede samfunnskostnadene; derav er 4 prosent relatert til sykefravær, 5 prosent til uførhet og 1 prosent til dødsfall i arbeidsfør alder.

SAMMENDRAG

Tabell 1: Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker for Norge i 2013 fordelt på sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap. Enhet: mrd. 2013-kroner og andeler i parentes.

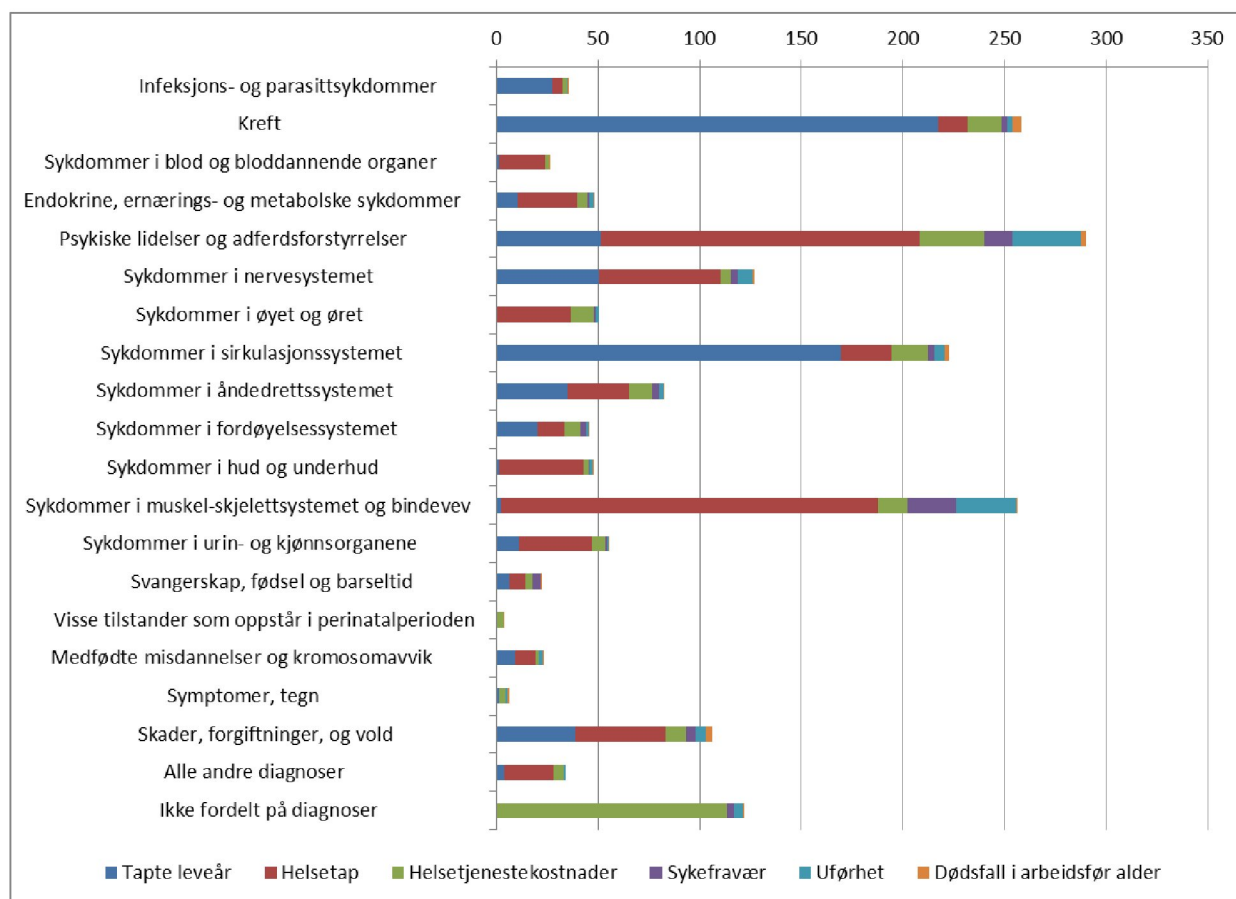
	Kostnader i mrd. 2013-kr (andeler)
Sykdomsbyrde (DALY) (økonomisk verdi av befolkningens tapte leveår og helsetap)*	1400 (75 %)
Helsetjenestekostnader (ressurser som benyttes i helse- og omsorgstjenesten)	274 (15 %)
Produksjonstap på grunn av sykdom, uførhet og død (verdimessig anslått som tapte skatteinntekter)	186 (10 %)
Totale samfunnskostnader	1860

*Økonomisk verdi anvendt på helsetapsjusterte leveår (DALY) er konsistent med verdsetting av et statistisk liv fra NOU 2012: 16 og Finansdepartementet (2014).

Samfunnskostnader fordelt på sykdomsgrupper

Estimert sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap i tabell 1 er i figur 1 vist fordelt på sykdomsgrupper.

- **Sykdomsbyrden** er størst i sykdomsgruppene kreft, psykiske lidelser, sykdommer i sirkulasjonssystemet og muskel-skjelettsykdommer. Sykdomsbyrden er imidlertid ulik for de ulike sykdomsgruppene. Mens sykdomsbyrden når det gjelder kreft knytter seg til tapte leveår, er sykdomsbyrden for muskel-skjelettsykdommer knyttet til helsetap.
- Størst ressursbruk i form av **helsetjenestekostnadene** knytter seg til diagnosegruppene kreft, psykiske lidelser, sykdommer i sirkulasjonssystemet og muskel-skjelettsykdommer.
- Psykiske lidelser og muskel-skjelettsykdommer utgjør til sammen 28 prosent av sykdomsbyrden og 17 prosent av helsetjenestekostnadene, men hele 56 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. kreft og sykdommer i sirkulasjonssystemet.



Figur 1: Samfunnskostnader (sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap) ved sykdom og ulykker for Norge i 2013 fordelt på sykdomsgrupper. Sykdomsbyrde er fordelt på tapte leveår og helsetap. Produksjonstap er fordelt på sykefravær, uførhet og dødsfall i arbeidsfør alder. Enhet: Mrd. 2013-kr.

1. SYKDOMSBYRDE FORDELT PÅ SYKDOMSGRUPPER OG RISIKOFAKTORER

1.1 Økonomisk verdsetting av sykdomsbyrde (tapte leveår og helsetap)

I et samfunnsøkonomisk folkehelseperspektiv kan tap av leveår og helse (og det motsatte; redusert risiko for liv og helse) måles i ulike fysiske enheter. En kan anvende enheten *statistiske liv* slik det for eksempel ofte gjøres i ulykkesanalyser. En kan gjøre analysene 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 eller voksne, jf. NOU 2012: 16. Eller en kan anvende *helsetapsjusterte leveår* (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 helseenheterne 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).

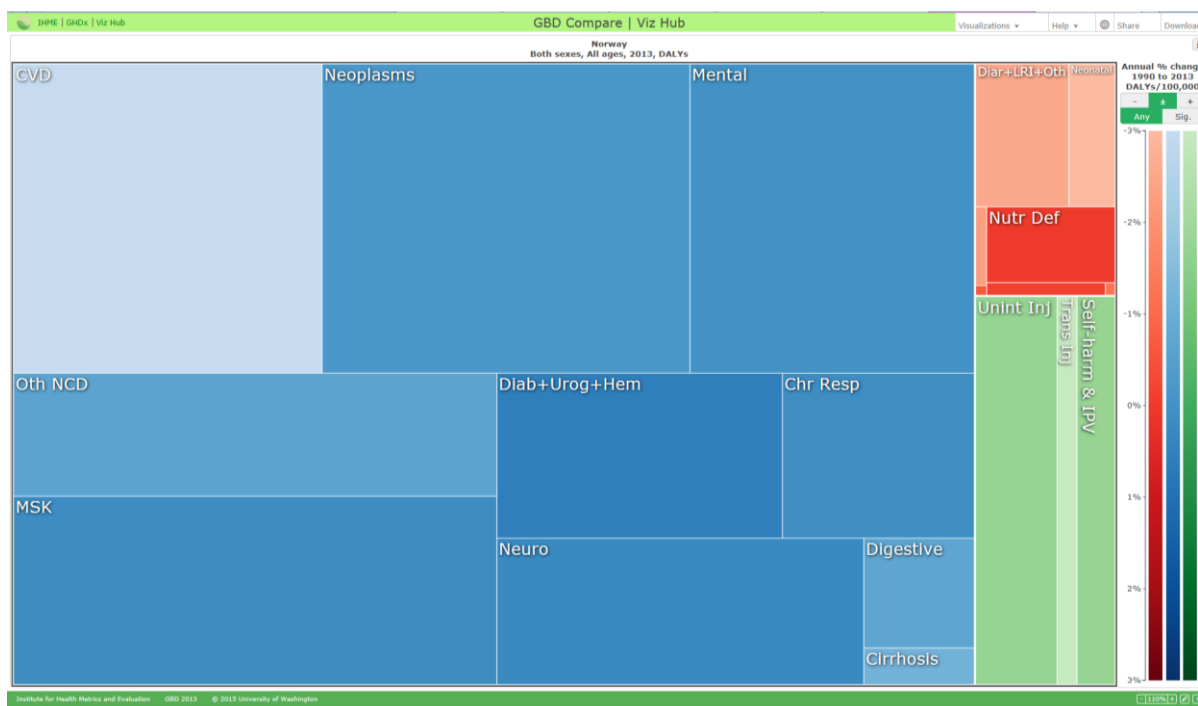
Når det gjelder den økonomiske verdsetting av statistiske liv (og leveår) som anvendes i samfunnsøkonomiske vurderinger i Norge, er følgende dokumenter sentrale: Finansdepartementets veileder i samfunnsøkonomiske analyser FIN (2005a) og tilhørende rundskriv (FIN 2005b), som var gjeldende frem til Finansdepartementets 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 sykdomsbyrden (tapte

leveår og helsetap). Det vises til kapittel 4 der det gjøres en slik økonomisk verdsetting i forbindelse med sammenstilling av samfunnskostnadene relatert til sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap.

1.2 Sykdomsbyrde fordelt på sykdomsgrupper

Anslaget på sykdomsbyrde som her presenteres er hentet fra studien Global Burden of Disease (IHME 2016). Denne studien, og det tilhørende norske sykdomsbyrdeprosjektet, er presentert på Folkehelseinstituttet sine nettsider⁴ og i rapporten *Sykdomsbyrde i Norge 1990-2013* (Folkehelseinstituttet 2016). 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 samle mål «helsetapsjusterte leveår» (disability adjusted life years, DALY).

Tilnærmingen her gir et anslag på helserelaterte velferdseffekter siden DALY, og det tilsvarende målet 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 2013 fordeler seg på ulike sykdomsgrupper.



Figur 1.1 Helsetapsjusterte leveår (DALY) i Norge i 2013 fordelt på sykdomsgrupper. Kilde: IHME (2016).

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/helsestatistikk/sykdomsbyrde>

1.3 Sykdomsbyrde fordelt på risikofaktorer

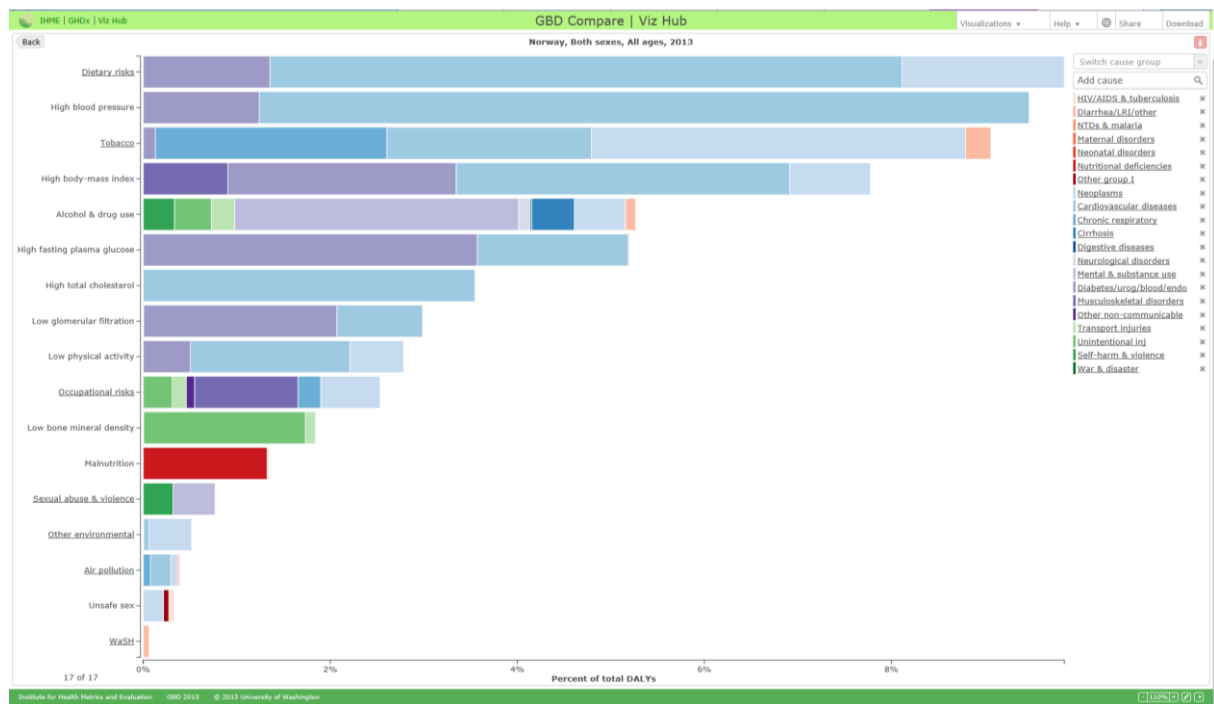
I figur 1.2 er det vist hvordan ca. 34 prosent (42298 DALY) av den samlede sykdomsbyrden som var på 1 235 559 DALY for Norge i 2013 er tilordnet ulike risikofaktorer (Folkehelseinstituttet 2016). (I vedlegg 1 er det tatt med en tabell som gir mer detaljerte data om risikofaktorene i figur 1.2.) Hele sykdomsbyrden er naturlig nok ikke fordelt på adferdsrelaterte og miljørelaterte risikofaktorer/årsaksfaktorer da det bare er en del av totalt antall DALY som kan forklares av slike (jf. diskusjonen i Lim et. al (2012) og Folkehelseinstituttet (2016) om hvordan sykdomsbyrden 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 høyt blodtrykk, høy kroppsmasseindeks, høyt blodsukker og høyt kolesterol av typen som kan påvirkes av både kosthold og fysisk inaktivitet.

Når det i kapittel 1 ble påpekt at det innebærer stor usikkerhet å forsøke å fordele kostnader på ulike diagnoser og sykdomsgrupper, er det 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 sykdomsbyrde.

Helsedirektoratet har vært avventende mht. å foreta en «top-down»-fordeling av samfunnskostnader på risikofaktorer (jf. vurderingene i Helsedirektoratet 2015a). Vi har likevel illustrert hvordan dette kan gjøres for kosthold i rapporten *Samfunnsgevinster av å følge Helsedirektoratets kostråd* (Helsedirektoratet 2016a) og hvordan fordelingen på risikofaktorer kan anvendes for å vurdere skolefruktordningen i rapporten *Frukt og grønt i skolen – Samfunnsøkonomiske vurderinger 2015* (Helsedirektoratet 2016b).



Figur 1.2 Risikofaktorer som har betydning for helsetapsjusterte leveår (DALY) i Norge, 2013. Alle aldersgrupper, begge kjønn. Øverst kosthold, dernest høyt blodtrykk, tobakksbruk, høy kroppsmasseindeks, alkoholbruk, høyt blodsukker, høyt kolesterol, fysisk inaktivitet, osv. Fargene viser til ulike sykdomsgrupper. Kilde: IHME (2016).

2. HELSETJENESTEKOSTNADER FORDELT PÅ SYKDOMSGRUPPER

2.1 Helsetjenestekostnader

Helsedirektoratet vil ta utgangspunkt i Statistisk sentralbyrås (SSBs)⁵ helseregnskap, hvor helseutgifter er inndelt etter produsent, som et bilde på kostnadene ved helsetjenester i Norge. SSB rapporterer inn disse tallene til OECD og for 2010 brukte vi OECD sin mer detaljerte inndeling til riktigere fordeling på sykdomsgrupper. Den muligheten her vi ikke for 2013. Mer om dette under. Makrotallene fra SSB 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 enkelt diagnoser (jf. innledende kapittel). Dette gir en indikasjon på kostnadsbruken per sykdomsgruppe i helsetjenesten. Fordelingen er her i kapittel 2 gjort for år 2013 og vi viser til den forrige rapporten om samfunnskostnader for fordeling gjort for år 2010 (Helsedirektoratet 2015a). Det er bare for 2010 og 2013 at vi har fullstendige data når vi ønsker å sammenligne helsetjenestekostnader med kostnader relatert til helsetap (jf. kapittel 1) og produksjonstap (jf. kapittel 3). I vedlegg 2 i Helsedirektoratet (2015a) har vi imidlertid også tatt med data for helsetjenestekostnader for årene 2000, 2005 og 2010 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 fra tre kilder; Norsk pasientregister (NPR-kuben, all somatisk sykehusbehandling), Kontroll og utbetaling av

⁵ Tabell 05370 og 10813: Helseutgifter, etter produsent

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

KUHR og oppgjør mellom HELFO og apotekene er 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 produsent⁶. 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.⁷ I tabellen under er SSBs statistikk for helseutgifter etter produsent gjengitt for årene 2000, 2005, 2010 og 2013.⁸

Tabell 2.1 Helseutgifter etter produsent for årene 2000, 2005, 2010 og 2013. Enhet: løpende priser (mill. kr). Kilde: www.ssb.no/statistikkbanken

Helseutgifter etter produsent, tid og statistikkvariabel	2000	2005	2010	2013
Sykehus (HP.1)	44 304	62 859	87 750	108 308
– Somatiske sykehus (HP.1.1)	34 642	50 027	69 266	82 848
– Institusjoner innen psykisk helsevern og rusbehandling (HP.1.2)	7 888	12 832	18 484	25 460
– Spesialsykehus (HP.1.3)	1 774	..	..	..
Sykehjem og andre bolig-/omsorgsinstitusjoner (HP.2)	20 371	28 519	43 042	46 377
– Sykehjem (HP.2.1)	20 371	28 519	43 042	46 337
Helsetjenester utenfor sykehus (HP.3)	30 057	44 997	65 230	74 631
– Legekontor (HP.3.1)	10 092	14 208	19 006	21 485
– Tannlegekontor (HP.3.2)	5 861	8 793	12 129	14 168
– Fysioterapeuter, kiropraktorer og paramedisinsk personell (HP.3.3)	1 857	2 900	4 057	4 164
– Helsestasjon (HP.3.4)	1 179	1 633	2 893	0
– Produsenter av hjemmebaserte helsetjenester (HP.3.5)	9 104	15 478	24 911	34 814
Produsenter av støttetjenester (HP.4)				2 760

⁶SSB.no/statistikkbanken; Tabell: 05370 og 10813

⁷ <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/statistikker/helsesat/aar/2014-03-13?fane=om#content>

⁸ SSB har endret statistikktabell fra 2010 til 2013 grunnet endringer i kodeverk hos OECD. Av dette følger det noe endret klassifisering i tabell for helseutgifter etter produsent. I tabell 2.1 har vi omfordelt utgiftene for årene 2000, 2005 og 2010 brukt i forrige rapport til ny klassifisering, for å muliggjøre sammenligning med 2013 tallene. Se fordeling basert på gammel klassifisering for årene 2000, 2005 og 2010 i vedlegg 2.

– Ambulansetjenester og andre helsetjenester (HP.4.1)	1 355	682	852	1027
– Røntgeninstitutt og laboratorier (HP.3.5)	609	1 303	1 382	1 733
Produksjon og salg av medisinske varer til husholdningene (HP.5)	17 143	23391	26008	28615
Produsenter av forebyggende helsetjenester (HP.6)				6 809
Helseadministrasjon mv. (HP.7)	1 920	2 773	4 076	1 729
Annet (HP.8)	1 916	2 952	4 345	4 593
Resten av verden (HP.9)	192	332	334	423
Subsidier til helseformål	341	0	0	0
Sum helseutgifter utenom investeringer	116 244	165 823	230 785	274 245

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 og 2013 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).

For de områdene vi kan fordele etter diagnosekode, er totalkostnaden i følge SSBs statistikk 162 572 millioner kroner for 2013.

De øvrige områdene kan vi ikke fordele etter diagnose i denne omgang. Se vedlegg i forrige rapport (Helsedirektoratet 2015a) for en nærmere gjennomgang.

Vi har gjort en vurdering av om de betydelige kostnadene til sykehjem og hjemmebaserte helsetjenester (til sammen over 80 mrd. kr i 2013) også kan fordeles på diagnoser. En slik fordeling kan baseres på kostnadsfordeling på ulike typer bistand og diagnoser i IPLOS-registeret (jf. SSB 2015 og Helsedirektoratet 2015b). Foreløpig er det konkludert med at usikkerheten i en slik fordeling vil bli svært stor siden andelen av tjenestemottakere med diagnose for 2013 bare var på 20,5 prosent på landsbasis (Helsedirektoratet 2015b). Dersom det blir en større andel tjenestemottakere fordelt på diagnose for kommende år, vil en fordeling av kostnader til omsorgstjenester på diagnoser også være mulig å foreta i kommende oversikter over samfunnskostnader ved sykdom og ulykker.

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 Direktoratet for e-helses internettside⁹.

⁹ <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/-1>

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.

2.4 Helsetjenestekostnader fordelt på sykdomsgrupper

2.4.1 Somatiske sykehus

For å fordele SSBs makrotall på somatiske sykehus for 2013 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 54 mrd. kroner. SSBs tall er 83 mrd. kroner. Med denne tilnærmingen forklarer vi altså ca. 65 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..

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 7 mrd. kroner for 2013. SSBs makrotall er ca. 21,5 mrd. kroner. KUHR dekker da 33 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 60 prosent av SSBs samlede kostnader på dette helseproduksjonsområdet.

Tilskuddet til allmennlegene fra kommunene er basert på listelengde. Det var om lag 5 069 000 personer på fastlegelister og tilskudd per pasient var 407 kroner i 2013. Dette gir et tilskudd på ca. 2.063 millioner kroner. Fra KUHR har vi at pasientenes egenbetaling var om lag 1 680 millioner

kroner. For avtalespesialistene er pasientbetalte egenandeler ca. 377 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 1 452 millioner kroner.

For psykologer er pasientbetalte egenandeler 27 millioner kroner i 2013. Tilskuddet fra RHF skal utgjøre om lag 40 prosent av samlet finansiering (takstrefusjon, refunderte egenandeler og pasientbetalte egenandeler). Tilskuddet estimerer vi da til ca. 223 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 2013 er ca. 4,2 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 1,9 mrd. kroner i refusjon på fysioterapi- og kiropraktikkområdet på diagnose. Dette utgjør ca. 45 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 76 prosent av SSBs samlede kostnader.

Ved å se på stønadsregnskapet for 2013 for fysioterapeuter og egenandeler på frikort tak 2 til fysioterapi, er samlet refusjon 1 870 millioner kroner. Pasientbetalte egenandeler registrert i KUHR er ca. 337 millioner kroner. Tilskuddet fra kommunene skal utgjøre om lag 30 prosent av samlet finansiering på fysioterapiområdet. Det blir om lag 917 millioner kroner i 2013.

En usikkerhet i fordelingen på denne posten er at SSBs tall inkluderer 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

For kostnader til legemidler benytter vi oppgjørdata mellom HELFO og apotekene (folketrygden). Våre oppgjørstall på legemiddelområdet er om lag 9,3 mrd. kroner og dekker ca. 32 prosent av SSBs samlede kostnader.

For 2010 hadde vi tilgjengelig makrotall fra OECD¹⁰ som var delt inn i underkategorier, herunder både produsent og funksjon. For 2010 delte OECD inn utgiftsposten i legemidler ved apotek, synsprodukter, hørselsrelaterte produkter og annet medisinsk forbruksmateriell. Basert på denne informasjonen fordelte vi kostnader til syns- og hørselsrelaterte produkter til hovedkapitlene for hhv. «sykdommer i øyet og øyets omgivelser» og «sykdommer i øre og ørebensknute». Vi hadde i tillegg muligheten til å trekke ut kostnader til annet medisinsk forbruksmateriell, fra posten, som bl.a. inkluderer legemidler som blir solgt i dagligvarebutikker og på nett. For 2013 har vi ikke hatt en like detaljert oversikt tilgjengelig. Vi har fordelt kostnader til syns og hørselsrelaterte produkter ved hjelp av en egen tabell fra SSB som fordeler helseutgifter etter type tjeneste¹¹. I likhet med 2010 fordelte vi kostnadene direkte til hovedkapitlene for hhv. «sykdommer i øyet og øyets omgivelser» og «sykdommer i øre og ørebensknute». Vi har derimot ikke hatt muligheten til å trekke ut kostnader til annet medisinsk forbruksmateriell fra SSBs samlede kostnader, noe som medfører at 2013-tallene vil inkludere legemidler som blir solgt i dagligvarebutikker og på nett. Vi dekker dermed en lavere andel av SSBs samlede kostnader på denne posten i 2013 enn i 2010 og usikkerheten vil være større for medisinske varer i 2013 tallene enn 2010 tallene. For 2013 dekker vi 54 % av SSBs samlede kostnader på denne posten.

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 2013. Mill. kr. og andeler i prosent. Kilde: SSB/OECD og Helsedirektoratet.

	Somatiske sykehus	Legekontor	Fysioterapeuter mm.	Medisinske varer	Psykisk helsevern og rus	Sum
Helsetjenestekostnader tilknyttet diagnose* (Helsedirektoratet)	53 635	12 822	3 259	15 385	25 460	110 561
Totale helsetjenestekostnader (SSB/OECD)	82 848	21 485	4 164	28 615	25 460	162 572
Andel fordelt på diagnose*	65 %	60 %	78 %	54 %	100 %	68 %

*Her er det brukt sykdomsgrupper, ikke enkeltdiagnoser.

¹⁰ <http://www.oecd.org/health/health-systems/21160591.pdf>

¹¹ <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/saveelections.asp> Tabell 10814

I sum mener Helsedirektoratet at kostnadstall som kan fordeles etter diagnose dekker om lag 68 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 162 572 millioner kroner i 2013. Mer detaljerte kostnadsdata fordelt på sykdomsgrupper (også for 2010) er tatt med i vedlegg 2.

Tabell 2.3. Helsetjenestekostnader fordelt etter sykdomsgrupper. År 2013. Mill. kr. og andeler i prosent. Kilde: SSB/OECD og Helsedirektoratet.

Hovedkapittel ICD10	Mill. kr.	Andel i prosent
Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	1 937	1,2 %
Kreft	16 621	10,2 %
Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	1 833	1,1 %
Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser	4 901	3,0 %
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	31 691	19,5 %
Sykdommer i nervesystemet	5 524	3,4 %
Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	9 644	5,9 %
Sykdommer i øre og ørebensknute	1 614	1,0 %
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	17 802	11,0 %
Sykdommer i åndedrettssystemet	11 134	6,8 %
Sykdommer i fordøyelsessystemet	8 057	5,0 %
Sykdommer i hud og underhud	2 391	1,5 %
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	14 531	8,9 %
Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	6 733	4,1 %
Svangerskap, fødsel og barseltid	3 796	2,3 %
Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	3 239	2,0 %
Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	1 088	0,7 %
Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	3 279	2,0 %
Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker	9 871	6,1 %
Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall	1	0,0 %
Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	5 144	3,2 %
Uregistrert	1 741	1,1 %
TOTAL	162 572	100,0 %

Fordelingen av helsetjenestekostnader på sykdomsgrupper i tabell 2.3 viser at utgifter til diagnoser for psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser står for 19,5 prosent av de samlede utgiftene på helseprodusentområdene vi vurderer. Deretter følger sykdommer i sirkulasjonssystemet med 11 prosent og kreft med 10,2 prosent.

3. PRODUKSJONSTAP FORDELT PÅ SYKDOMSGRUPPER

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 vaksineringsprogrammer for småbarn mot rotavirus er begrunnet med samfunnsgevinster i form av redusert sykefravær for barnas foreldre. Likeledes ble prioritering av behandling av yrkesaktive gjennom ordningen «Raskere tilbake» og arbeidsmarkedstiltak som «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 sykdomsbyrden (tapte leveår og helsetap). 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 sykdomsbyrde, 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 millioner 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, 2010 og 2013. 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, 2010 og 2013. Andeler i prosent. Kilde: NAV

Hovedkapittel ICD-10	2000	2005	2010	2013
Infeksjons- og parasittsykdommer	1,1 %	0,9 %	0,7 %	0,6 %
Kreft	2,2 %	2,4 %	2,5 %	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 %	1,7 %
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	30,3 %	30,6 %	31,5 %	33,5 %
Sykdommer i nervesystemet	6,4 %	6,9 %	7,3 %	7,5 %
Sykdommer i øyet og øret	1,3 %	1,5 %	1,5 %	1,4 %
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	8,2 %	7,7 %	6,7 %	5,1 %
Sykdommer i åndedrettssystemet	2,8 %	2,7 %	2,4 %	1,9 %
Sykdommer i fordøyelsessystemet	1,1 %	1,1 %	1,1 %	1,2 %
Sykdommer i hud og underhud	1,5 %	1,6 %	1,5 %	1,5 %
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	31,3 %	31,5 %	29,7 %	29,4 %
Sykdommer i urin- og kjønnsorganene	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
Medfødte misdannelser og kromosomavvik	2,2 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %
Symptomer, tegn	1,2 %	1,1 %	1,1 %	1,0 %
Skader, forgiftninger, og vold	5,4 %	5,1 %	4,9 %	4,9 %
Alle andre diagnoser	0,8 %	0,7 %	0,7 %	0,9 %
Diagnose mangler foreløpig	2,1 %	2,0 %	4,1 %	4,4 %
I ALT	100 %	100 %	100 %	100 %

*Lagt under «Alle andre diagnoser» fra 2012 i NAVs statistikk.

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, 2010 og 2013 utgjorde disse hovedområdene i overkant av 60 prosent av alle utbetalinger.

3.2.3 Dødsfall

I forrige rapport om samfunnskostnader ved sykdom og ulykker (Helsedirektoratet 2015a), og kapittel 3.1 over, er det diskutert hvorvidt man kan beregne både en økonomisk verdi på sykdomsbyrden (tapte leveår og tappt livskvalitet) og en økonomisk verdi på produksjonstapet uten at det blir en dobbelttelling. I forrige rapport ble beregnet en verdi på produksjonstap relatert til sykefravær og uførhet, men ikke død. I prinsippet kan man gjøre en tilsvarende beregning for død som for sykdom og uførhet, dvs. gjøre det økonomiske anslaget basert på tapte skatteinntekter (jf. kapittel 4), og på den måten redusere faren for dobbelttelling.

Av fullstendighetshensyn har vi valgt å beregne også produksjonstap relatert til død i denne rapporten. Selv om man ikke ønsker å vektlegge produksjonstap i beslutnings-

/prioriteringssammenhenger, kan det likevel være riktig å presentere dataene. Da kan man f.eks. se at produksjonstap relatert til død er mye mindre enn produksjonstap relatert til sykdom og uførhet, og man kan se hvilken andel produksjonstap utgjør av de totale samfunnskostnadene. Tapte leveår pga. dødsfall i arbeidsfør alder beregnet med utgangspunkt i Folkehelseinstituttets dødsårsaksregister er vist i tabell 3.3. Arbeidsfør alder er her regnet som å være fra 20 til 64 år.

Tabell 3.3 Tapte leveår i arbeidsfør alder (20-64 år) for 2010 og 2013. Kilde: FHLs dødsårsaksregister.

Hovedkapittel ICD	Tapte leveår i arbeidsfør alder (20-64 år)	
	2010	2013
Infeksjons- og parasittsykdommer	920	748
Kreft	21968	21375
Sykdommer i blod og bloddannende organer	155	143
Endokrine, ernærings- og metabolske sykdommer	1878	1743
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	11985	11775
Sykdommer i nervesystemet	2595	2875
Sykdommer i øyet og øret		
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	10615	8813
Sykdommer i åndedrettssystemet	1908	1780
Sykdommer i fordøyelsessystemet	2003	1918
Sykdommer i hud og underhud	15	25
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	228	278
Sykdommer i urin- og kjønnsorganene	258	240
Svangerskap, fødsel og barseltid	88	70
Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	0	43
Medfødte misdannelser og kromosomavvik	890	728
Symptomer, tegn	1918	2738
Skader, forgiftninger, og vold	15048	12925
Alle andre diagnoser		
Ikke fordelt på diagnoser	3163	2838
I ALT	75630	71050

4. TOTALE SAMFUNNSKOSTNADER

4.1 Anslag på totale samfunnskostnader

Verdien av sykdomsbyrden (tapte leveår og helsetap)

Verdien av sykdomsbyrden (tapte leveår og tapt helse), kan anslås til i størrelsesorden 1400 mrd. kr. for 2013. (Se innledningskapittelet for en forklaring av hva som legges i begrepene sykdomsbyrde og helsetap, og hvordan dette også kan omtales som velferdstap.) Dette er basert på anslaget på 1 235 559 DALY for Norge i 2013 (IHME 2016) og en verdi per DALY på ca. 1,12 mill. 2012-kr (jf. beregningsmåte i Helsedirektoratet 2012). (Data fra SSB¹² over husholdningenes realdisponible inntekt er anvendt for en justering av verdien til 2013-kr.)

Verdien av produksjonstap pga. sykefravær

Verdien av produksjonstap pga. sykefravær er anslått til i størrelsesorden 56 mrd. kr i 2013.¹³ Dette anslaget er basert på en vurdering av verdien av tapte skatteinntekter¹⁴ som følge av sykefravær¹⁵. Se rapporten som vurderte samfunnskostnader for 2010 (Helsedirektoratet 2015a) for en bredere vurdering av hvordan verdien av produksjonstap kan anslås og inngå sammen med andre samfunnskostnader uten at det blir dobbelttelling. 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 uførhet¹⁶ (SSB), og med utgangspunkt i tapte skatteinntekter, får en et anslag på ca. 86 mrd. kr for 2013.¹⁷ På samme måte som for sykefravær vil tapte skatteinntekter kunne argumenteres for å være et riktigere utgangspunkt for å anslå produksjonstap relatert til uførhet enn en humankapital-tilnærming (jf. Helsedirektoratet 2011).

¹² <http://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/artikler-og-publikasjoner/norsk-okonomi-i-moderat-fart--180967?tabell=180881>

¹³ Til sammenligning utgjorde utbetaling av sykepenger 36,6 mrd. kr i 2010 (SSB Tabell: 08367: StatRes.).

¹⁴ Ca. 860 mrd. kr for 2013 <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/statistikker/skatteregn>

¹⁵ Sykefravær var ca. 6-7 % i de aktuelle årene (SSB) <http://www.ssb.no/sykefratot/>

¹⁶ http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/oa_201001/oa2010-1.pdf

¹⁷ Til sammenligning utgjorde utbetaling relatert til uførhet og arbeidsavklaring hhv. 61,7 og 36,5 mrd. kr i 2013 (SSB Tabell: 08367: StatRes.).

Verdien av produksjonstap pga. død

Som anslag på størrelsesorden på skatt per person i lønnsarbeid er det benyttet 200 000 kr for 2010 og 225 000 for 2013. Dette er basert på vurderinger i Helsedirektoratet (2011) som igjen er basert på SSBs lønnsstatistikk. Disse tallene er multiplisert med antall tapte leveår i arbeidsfør alder i tabell 3.3 for å anslå verdien av produksjonstapet pga. død til 15 mrd. kr i 2010 og 16 mrd. kr i 2013.

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, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. Disse utbetalingene utgjorde hhv. ca. 37, 37 og 62 mrd. kr i 2013 (jf. over), og 20 % av dette blir dermed i størrelsesorden 27 mrd. kr.

Fordelingen av disse 27 mrd. kr på hhv. sykefravær og uførhet kan gjøres på ulike måter og med ulike begrunnelser. Da vil det kunne ha stor betydning hvordan skattefinansieringskostnader relatert til arbeidsavklaring fordeles. Her er det ikke gjort en grundigere vurdering av hva som er riktig fordeling. Dette fordi det i utgangspunktet er stor usikkerhet i anslagene på samfunnskostnader til sykefravær og uførhet, og at det er størrelsesorden som her er mulig å si noe om. Skjønnsmessig har vi valgt å fordele 13 mrd. kr av skattefinansieringskostnadene på sykefravær og 14 mrd. kr på uførhet. Da har vi altså fordelt mesteparten av skattefinansieringskostnadene relatert til arbeidsavklaring på sykefravær. Dette er en pragmatisk fordeling som ender opp med at samfunnskostnadene ved sykefraværet utgjør i størrelsesorden 70 mrd. kr (56+13) og at samfunnskostnadene ved uførhet utgjør i størrelsesorden 100 mrd. kr (86+14). Anslagene er altså avrundet til nærmeste 10 mrd. kr og gir forhåpentligvis dermed ikke gir inntrykk av at de er sikrere enn de faktisk er.

Behandlingskostnader i helsevesenet

Behandlingskostnader i helsevesenet utgjorde i 2010 omtrent 231 mrd. kr og i 2013 omtrent 274 mrd. kr (jf. tabell 2.1)¹⁸.

Anslag på totale samfunnskostnader relatert til sykdom og ulykker

Totalt for alle sykdommer/diagnoser kan en anslå størrelsesorden på samfunnskostnadene relatert til sykdom og ulykker i 2013 til å være omtrent 1400 mrd. kr i form av tapte leveår og helsetap, 186 mrd. kr i form av produksjonstap (inkludert skattefinansieringskostnader av syke- og uføretrygder) og 274 mrd. kr i form av helsetjenestekostnader.¹⁹ Samfunnskostnadene ved sykdom og ulykker er altså beregnet til å utgjøre i størrelsesorden 1 860 mrd. kroner i 2013. Som det fremgår av tabell 4.1 utgjør sykdomsbyrden den største andelen av samfunnskostnadene med 75 prosent, hvorav 35 prosent

¹⁸ www.ssb.no/statistikkbanken

¹⁹ Anslaget på velferdstapet er f.eks. avhengig av hvilken økonomisk verdi en setter på et statistisk liv, leveår, kvalitetsjustert leveår (QALY), eller andre helseenheter. I 2010 var anbefalt økonomisk verdsetting 500.000 2005-kr per QALY for anvendelser i nytte-kostnadsanalyser av sektorovergripende folkehelseiltak (Helsedirektoratet 2007). I 2014 er anbefalt økonomisk verdsetting 1,12 mill. 2012-kr per QALY for tilsvarende anvendelser (Helsedirektoratet 2014).

knytter seg til tapte leveår og 40 prosent til helsetap (jf. tabell 4.2). Produksjonstapet, verdimessig anslått basert på en beregning av tapte skatteinntekter, er estimert til 186 mrd. kroner i 2013. Produksjonstapet utgjør dermed 10 prosent av samfunnskostnadene. Av dette tilskrives 4 prosent sykefravær, 5 prosent uførhet og 1 prosent dødsfall (jf. tabell 4.2).

Tabell 4.1: Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker for Norge i 2010 og 2013 fordelt på sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap. Enhet: mrd. kroner (nominelle) og andeler i parentes.

	Kostnader i mrd. 2010-kr (andeler)	Kostnader i mrd. 2013-kr (andeler)
Sykdomsbyrde (DALY) (økonomisk verdi av befolkningens tapte leveår og helsetap)*	1350 (77 %)	1400 (75 %)
Helsetjenestekostnader (ressurser som benyttes i helse- og omsorgstjenesten)	231 (13 %)	274 (15 %)
Produksjonstap på grunn av sykdom, uførhet og død (verdimessig anslått som tapte skatteinntekter)	165 (10 %)	186 (10 %)
Totale samfunnskostnader	1731	1860

*Økonomisk verdi anvendt på helsetapsjusterte leveår (DALY) er konsistent med verdsetting av et statistisk liv fra NOU 2012: 16 og Finansdepartementet (2014). 2010-tall, tidligere presentert i Helsedirektoratet (2015a), er justert for å kunne sammenlignes med 2013-tall.

Den forrige rapporten ga oversikt over samfunnskostnader for sykdom og ulykker for året 2010 (Helsedirektoratet 2015a). For å kunne sammenligne samfunnskostnadene for 2013 med samfunnskostnadene for 2010, må samfunnskostnadene beregnes på samme måte for begge år. Det må imidlertid tas en del forbehold om slik sammenligning.

I tabell 4.1 er 2010-tallene fra Helsedirektoratet (2015a) gjort mer sammenlignbare med 2013-tallene. Dette er gjort ved å bruke samme målemetode for sykdomsbyrden og samme økonomiske verdsetting av liv og helse. Se de foregående kapitlene og vedlegg 1 for mer detaljert informasjon om disse justeringene. Der fremgår det at det er stor usikkerhet i tallene og at de er å anse som «anslag på riktig størrelsesorden». Vi har derfor valgt å ikke realprisjustere tallene for dermed unngå å gi inntrykk av større grad av sammenlignbarhet enn det er grunnlag for. Tallene for 2010 er imidlertid tatt med her for å vise at vi går i retning av tall som kan utarbeides på en ensartet og konsistent måte, og som dermed etter hvert kan gi grunnlag for sammenligninger og også kunne si noe om utvikling over tid. Tilsvarende forbehold om sammenligning tas også vedr. fordelingen på sykdomsgrupper i tabell 4.2 og 4.3.

4.2 Totale samfunnskostnader fordelt på sykdomsgrupper 2013

Når samfunnskostnadene fordeles på diagnoser og risikofaktorer (ikke gjort her) vil størrelsesforholdet mellom kategoriene sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap 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.

Tabell 4.2: Totale samfunnskostnader (sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap) ved sykdom og ulykker for Norge i 2013 fordelt på sykdomsgrupper. Enhet: Mrd. 2013-kroner.

Hovedkapittel ICD	Sykdomsbyrde (Mrd. 2013-kr)		Helse- tjeneste kostnader (Mrd. 2013-kr)	Produksjonstap (Mrd. 2013-kr)		
	Tapte leveår	Helsetap		Syke- fravær	Uførhet	Død
Infeksjons- og parasittsykdommer	27,4	5,2	1,9	-	0,6	0,2
Kreft	217,7	14,4	16,6	2,5	2,5	4,8
Sykdommer i blod og bloddannende organer	1,2	22,8	1,8	0,2	-	0,0
Endokrine, ernærings- og metabolske sykdommer	10,8	29,1	4,9	1,3	1,7	0,4
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	51,3	156,9	31,7	13,9	33,5	2,7
Sykdommer i nervesystemet	50,3	59,7	5,5	3,2	7,5	0,6
Sykdommer i øyet og øret	-	36,7	11,3	1,1	1,4	
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	169,3	25,3	17,8	3,2	5,1	2,0
Sykdommer i åndedrettssystemet	34,9	30,2	11,1	3,8	1,9	0,4
Sykdommer i fordøyelsessystemet	20,2	13,2	8,1	2,8	1,2	0,4
Sykdommer i hud og underhud	1,3	41,4	2,4	0,8	1,5	0,0
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	2,6	185,0	14,5	24,2	29,4	0,1
Sykdommer i urin- og kjønnsorganene	11,0	35,9	6,7	0,9	0,3	0,1
Svangerskap, fødsel og barseltid	6,3	7,6	3,8	3,9	-	0,0
Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	-	-	3,2	-	-	0,0
Medfødte misdannelser og kromosomavvik	9,2	10,3	1,1	0,1	2,0	0,2
Symptomer, tegn	1,4	-	3,3	-	1,0	0,6
Skader, forgiftninger, og vold	38,7	44,7	9,9	4,9	4,9	2,9
Alle andre diagnoser	4,0	23,9	5,1	-	0,9	
Ikke fordelt på diagnoser	-	-	113,4	3,4	4,4	0,6
I ALT	658	742	274	70	100	16

Noen observasjoner basert på tallene i tabell 4.2:

- **Sykdomsbyrden** er størst i sykdomsgruppene kreft, psykiske lidelser, sykdommer i sirkulasjonssystemet og muskel-skjelettsykdommer. Sykdomsbyrden er imidlertid ulik for de ulike sykdomsgruppene. Mens sykdomsbyrden når det gjelder kreft knytter seg til tapte leveår, er sykdomsbyrden for muskel-skjelettsykdommer knyttet til helsetap.

- Størst ressursbruk i form av **helsetjenestekostnadene** knytter seg til diagnosegruppene kreft, psykiske lidelser, sykdommer i sirkulasjonssystemet og muskel-skjelettsykdommer.
- Psykiske lidelser og muskel-skjelettsykdommer utgjør til sammen 28 prosent av sykdomsbyrden og 17 prosent av helsetjenestekostnadene, men hele 56 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. kreft og sykdommer i sirkulasjonssystemet.

4.3 Totale samfunnskostnader fordelt på sykdomsgrupper, justerte 2010-tall

Den forrige rapporten ga oversikt over samfunnskostnader for sykdom og ulykker for året 2010 (Helsedirektoratet 2015a). I tabell 4.3 er 2010-tallene fra Helsedirektoratet (2015a) gjort mer sammenlignbare med 2013-tallene. Det må imidlertid tas en del forbehold om slik sammenligning av ulike år (jf. kapittel 4.1).

Tabell 4.3: Totale samfunnskostnader (sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap) ved sykdom og ulykker for Norge i 2010 fordelt på sykdomsgrupper. Enhet: Mrd. 2010-kroner.

Hovedkapittel ICD	Sykdomsbyrde (Mrd. 2010-kr)		Helse- tjeneste kostnader (Mrd. 2010-kr)	Produksjonstap (Mrd. 2010-kr)		
	Tapte leveår	Helsetap		Syke- fravær	Uførhet	Død
Infeksjons- og parasittsykdommer	27,7	4,8	1,8	-	0,6	0,2
Kreft	210,0	13,9	13,6	2,1	2,1	4,4
Sykdommer i blod og bloddannende organer	1,2	21,9	1,2	0,2	0,2	0,0
Endokrine, ernærings- og metabolske sykdommer	11,0	27,0	3,7	1,2	1,4	0,4
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	51,3	148,2	23,8	13,0	26,8	2,4
Sykdommer i nervesystemet	47,4	55,7	4,4	2,9	6,2	0,5
Sykdommer i øyet og øret	-	34,9	9,0	0,9	1,3	-
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	170,4	23,8	15,9	3,1	5,7	2,1
Sykdommer i åndedrettssystemet	35,0	27,1	10,0	3,1	2,0	0,4
Sykdommer i fordøyelsessystemet	20,4	13,1	6,4	2,3	0,9	0,4
Sykdommer i hud og underhud	1,3	38,4	2,1	0,7	1,3	0,0
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	2,6	172,0	12,6	23,6	25,2	0,0
Sykdommer i urin- og kjønnsorganene	10,9	33,8	5,5	0,8	0,3	0,1
Svangerskap, fødsel og barseltid	6,8	6,7	3,7	3,8	-	0,0
Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	-	-	3,1	-	-	0,0
Medfødte misdannelser og kromosomavvik	9,2	9,6	0,9	0,1	1,7	0,2
Symptomer, tegn	1,5	-	2,2	-	0,9	0,4

Skader, forgiftninger, og vold	39,4	46,8	8,1	4,3	4,2	3,0
Alle andre diagnoser	4,0	22,1	4,8	-	0,6	-
Ikke fordelt på diagnoser	-	-	97,9	3,0	3,5	0,6
I ALT	650	700	231	65	85	15

4.4 Totale samfunnskostnader fordelt på risikofaktorer

Helsedirektoratet har vært avventende mht. å foreta en «top-down»-fordeling av samfunnskostnader på risikofaktorer (jf. vurderingene i Helsedirektoratet 2015a). Vi har likevel illustrert hvordan dette kan gjøres for kosthold i rapporten *Samfunnsgevinster av å følge Helsedirektoratets kostråd* (Helsedirektoratet 2016a). Der er det med utgangspunkt i sykdomsbyrde relatert til svakheter ved den norske befolkningens kosthold gjort et anslag på samfunnskostnadene ved kosthold som risikofaktor (jf. kapittel 1).

Fremgangsmåten anvendt i Helsedirektoratet (2016a) illustrerer hvordan en basert på kunnskap om hvilke sykdommer som påvirkes av de ulike risikofaktorene gjør det mulig å gjøre en forholdsmessig kostnadsfordeling også av helsetjenestekostnadene og produksjonstapet. Etterhvert som en får mer kunnskap om risikofaktorene, kan en trolig gjøre gradvis bedre anslag på samfunnskostnadene også fordelt på risikofaktorer. Og selv om ikke hele sykdomsbyrden er, eller vil bli, fordelt på risikofaktorer, vil det likevel kunne gi et interessant bilde på ulike risikofaktorerers betydning for totale helserelaterte samfunnskostnader.

I rapporten *Frukt og grønt i skolen – Samfunnsøkonomiske vurderinger 2015* (Helsedirektoratet 2016b) er det dessuten vist hvordan fordelingen av samfunnskostnader (sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap) på risikofaktorer kan anvendes for å vurdere skolefruktordningen som tiltak for å få befolkningen til å spise mer frukt.

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

Finansdepartementet (2016) Utredningsinstruksen.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/instruks-om-utredning-av-statlige-tiltak-utredningsinstruksen/id2476518/>

Folkehelseinstituttet (2016) *Sykdomsbyrde i Norge 1990-2013. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2013 (GBD 2013)*. FHI rapport 2016:1.

<http://www.fhi.no/dokumenter/8192560710.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-qalys-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>

Helsedirektoratet (2015a) Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker. Helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på diagnoser og risikofaktorer. Rapport IS-2264. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker>

Helsedirektoratet (2015b) Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester. Data fra IPLOS-registeret. Rapport IS-0511, Helsedirektoratet. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/diagnosestatistikk-for-kommunale-helse-og-omsorgstjenester-data-fra-iplos-registeret>

Helsedirektoratet (2016a) Frukt og grønt i skolen. Samfunnsøkonomiske vurderinger 2015. Rapport IS-2434. (KOMMER)

Helsedirektoratet (2016b) Samfunnsgevinster av å følge Helsedirektoratets kostråd, Rapport IS-2451, Helsedirektoratet. (KOMMER)

HOD (2015) På ramme alvor – Alvorlighet og prioritering. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/pa-ramme-alvor/id2460080/>

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)

IHME (2016) 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 28.01.2016)

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/>

SSB (2015) Kommunale helse- og omsorgstjenester. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere. SSB-rapport 2015/42, Statistisk sentralbyrå, Oslo. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2014>

VEDLEGG 1: SYKDOMSBYRDE – TABELLER OG BESKRIVELSE AV DATA

Fremgangsmåten for måling av sykdomsbyrde ble justert i 2015 (jf. FHI 2016, IHME 2016). I den forbindelse ble ikke bare sykdomsbyrdetallene for 2013 justert, men også tallene for tidligere år. Dette betyr at anslagene på samfunnskostnader for 2010 som ble presentert i Helsedirektoratet (2015a) også må justeres. I tabellene V1.1, V1.2 og V1.3 vises derfor først de tidligere tallene fra 2010, deretter de justerte tallene for 2010 og til slutt tallene for 2013.

Det vises i tillegg en oversikt over endringene fra de forrige tallene i 2010 til de justerte tallene for 2010 i tabell V1.4. Denne endringstabellen viser hvilken betydning endring i fremgangsmåten for måling av sykdomsbyrde har hatt.

Det vises også endring fra 2010 til 2013 i tabell V1.5. Gitt at det her er samme beregningsmåte som er anvendt, er dette et bilde på faktisk endring i sykdomsbyrde og vil være et bilde på endrede samfunnskostnader i den grad sykdomsbyrden gis en økonomisk verdi.

Tidligere- og justerte sykdomsbyrde for 2010 - Fordelt på sykdomsgrupper

Tabell V1.1 Tall presentert i Helsedirektoratet (2015a) for 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 sykdomsbyrde, 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». Denne fordelingen ble gjort for 2010-data basert på enkle medisinske vurderinger (Helsedirektoratet 2015a). Tilsvarende fordeling er også gjort for 2013-data i foreliggende rapport. Det er dessuten også gruppert slik for beregning av produksjonstap relatert til død i foreliggende rapport. Det kan opplagt diskuteres hvor kostnader relatert til dødsårsaker som selvmord, villet egenskade, og drap skal fordeles. Å fordele slike til kategorien «psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser» er et alternativ som skjeler i retning av «bakenforliggende årsak». Hvor vidt dette er en gruppering som skal fortsette i kommende rapporter er det ikke gjort en grundig vurdering av.

Tabell V1.2 Justerte 2010-tall for 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 (2016).

Diagnoser (tilpasset hovedkapittel ICD-10)	YLL	YLD	DALY	YLL %-fordelt	YLD %-fordelt	DALY %-fordelt
Infeksjons- og parasittsykdommer	24 915	4 347	29 261	4,27 %	0,69 %	2,41 %
Svulster	188 605	12 503	201 109	32,30 %	1,99 %	16,59 %
Sykdommer i blod og bloddannende organer	1 049	19 691	20 740	0,18 %	3,13 %	1,71 %
Endokrine, ernærings- og metabolske sykdommer	9 914	24 265	34 178	1,70 %	3,86 %	2,82 %
Psyriske lidelser og adferdsforstyrrelser	46 043	133 137	179 181	7,88 %	21,18 %	14,78 %
Sykdommer i nervesystemet	42 616	50 070	92 686	7,30 %	7,97 %	7,64 %
Sykdommer i øyet og øret	-	31 332	31 332	0,00 %	4,98 %	2,58 %
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	153 073	21 384	174 457	26,21 %	3,40 %	14,39 %
Sykdommer i åndedrettssystemet	31 406	24 309	55 715	5,38 %	3,87 %	4,59 %
Sykdommer i fordøyelsessystemet	18 313	11 789	30 102	3,14 %	1,88 %	2,48 %
Sykdommer i hud og underhud	1 158	34 503	35 661	0,20 %	5,49 %	2,94 %
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	2 363	154 456	156 820	0,40 %	24,57 %	12,93 %
Sykdommer i urin- og kjønnsorganene	9 834	30 332	40 166	1,68 %	4,83 %	3,31 %
Svangerskap, fødsel og barseltid	6 120	6 030	12 150	1,05 %	0,96 %	1,00 %
Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	-	-	-	0,00 %	0,00 %	0,00 %
Medfødte misdannelser og kromosomavvik	8 231	8 624	16 855	1,41 %	1,37 %	1,39 %
Symptomer, tegn	1 354	-	1 354	0,23 %	0,00 %	0,11 %
Skader, forgiftninger, og vold	35 396	42 001	77 397	6,06 %	6,68 %	6,38 %
Alle andre diagnoser	3 566	19 847	23 414	0,61 %	3,16 %	1,93 %
Diagnose mangler foreløpig	-	-	-	0,00 %	0,00 %	0,00 %
I ALT	583 958	628 621	1 212 579	100 %	100 %	100 %

Sykdomsbyrdetall for 2013 - Fordelt på sykdomsgrupper

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 2013 fordelt på sykdomsgrupper. Kilde: IHME (2016).

Diagnoser (tilpasset hovedkapittel ICD-10)	YLL	YLD	DALY	YLL %-fordelt	YLD %-fordelt	DALY %-fordelt
Infeksjons- og parasittsykdommer	24 162	4 607	28 769	4,16 %	0,70 %	2,33 %
Svulster	192 115	12 668	204 783	33,10 %	1,93 %	16,57 %
Sykdommer i blod og bloddannende organer	1 020	20 118	21 138	0,18 %	3,07 %	1,71 %
Endokrine, ernærings- og metabolske sykdommer	9 565	25 669	35 234	1,65 %	3,92 %	2,85 %
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	45 263	138 475	183 737	7,80 %	21,13 %	14,87 %
Sykdommer i nervesystemet	44 367	52 686	97 054	7,64 %	8,04 %	7,86 %
Sykdommer i øyet og øret	-	32 387	32 387	0,00 %	4,94 %	2,62 %
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	149 385	22 360	171 745	25,74 %	3,41 %	13,90 %
Sykdommer i åndedrettssystemet	30 829	26 658	57 486	5,31 %	4,07 %	4,65 %
Sykdommer i fordøyelsessystemet	17 820	11 659	29 479	3,07 %	1,78 %	2,39 %
Sykdommer i hud og underhud	1 166	36 534	37 699	0,20 %	5,58 %	3,05 %
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	2 324	163 290	165 615	0,40 %	24,92 %	13,40 %
Sykdommer i urin- og kjønnsorganene	9 678	31 670	41 348	1,67 %	4,83 %	3,35 %
Svangerskap, fødsel og barseltid	5 597	6 748	12 344	0,96 %	1,03 %	1,00 %
Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	-	-	-	0,00 %	0,00 %	0,00 %
Medfødte misdannelser og kromosomavvik	8 102	9 118	17 220	1,40 %	1,39 %	1,39 %
Symptomer, tegn	1 273	-	1 273	0,22 %	0,00 %	0,10 %
Skader, forgiftninger, og vold	34 133	39 431	73 563	5,88 %	6,02 %	5,95 %
Alle andre diagnoser	3 551	21 133	24 684	0,61 %	3,23 %	2,00 %
Diagnose mangler foreløpig	-	-	-	0,00 %	0,00 %	0,00 %
I ALT	580 350	655 209	1 235 559	100 %	100 %	100 %

Avvik mellom tidligere og justerte tall for 2010 - Fordelt på sykdomsgrupper

Tabell V1.4 Endring i tapte leveår (YLL), leveår med redusert livskvalitet (YLD) og summen av tapte leveår og leveår med redusert livskvalitet (DALY), og endring i prosentandel (ikke prosentvis endring), i Norge fra tidligere 2010-tall (jf. tabell V1.1) til justerte 2010-tall (jf. tabell V1.2) fordelt på sykdomsgrupper. Kilde: IHME (2016).

Diagnoser (tilpasset hovedkapittel ICD-10)	YLL	YLD	DALY	YLL %-fordelt	YLD %-fordelt	DALY %-fordelt
Infeksjons- og parasittsykdommer	1 285	-7 095	-6 293	0,14 %	-0,95 %	-0,39 %
Svulster	1 055	3 992	5 051	-0,48 %	0,77 %	1,15 %
Sykdommer i blod og bloddannende organer	477	10 133	10 582	0,08 %	1,76 %	0,91 %
Endokrine, ernærings- og metabolske sykdommer	-42	-9 083	-9 122	-0,04 %	-0,92 %	-0,59 %
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	1 759	-42 462	-40 749	0,14 %	-3,99 %	-2,54 %
Sykdommer i nervesystemet	12 922	10 304	23 228	2,11 %	2,27 %	2,17 %
Sykdommer i øyet og øret	-	12 774	12 793	0,00 %	2,32 %	1,12 %
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	-6 328	-2 894	-9 283	-1,65 %	-0,08 %	-0,08 %
Sykdommer i åndedrettssystemet	1 254	-9 736	-8 410	0,11 %	-1,01 %	-0,46 %
Sykdommer i fordøyelsessystemet	691	6 487	7 246	0,06 %	1,12 %	0,68 %
Sykdommer i hud og underhud	643	8 830	9 376	0,11 %	1,81 %	0,87 %
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	-841	-66 002	-66 792	-0,16 %	-7,03 %	-4,68 %
Sykdommer i urin- og kjønnsorganene	794	12 472	13 246	0,10 %	2,27 %	1,19 %
Svangerskap, fødsel og barseltid	-1 833	3 519	1 611	-0,34 %	0,60 %	0,17 %
Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	-	-	-	0,00 %	0,00 %	0,00 %
Medfødte misdannelser og kromosomavvik	1 365	7 089	8 474	0,21 %	1,15 %	0,73 %
Symptomer, tegn	1 354	-	1 354	0,23 %	0,00 %	0,11 %
Skader, forgiftninger, og vold	609	-13 532	-12 759	-0,02 %	-1,28 %	-0,72 %
Alle andre diagnoser	-3 357	6 173	3 224	-0,60 %	1,20 %	0,34 %
Diagnose mangler foreløpig	-	-	-	0,00 %	0,00 %	0,00 %
I ALT	11 808	-69 031	-57 223	0,00 %	0,00 %	0,00 %

Sykdomsbyrde – Endring fra 2010 til 2013 - Fordelt på sykdomsgrupper

Tabell V1.5 Endring i tapte leveår (YLL), leveår med redusert livskvalitet (YLD) og summen av tapte leveår og leveår med redusert livskvalitet (DALY), og endring i prosentandeler (ikke prosentvis endring), i Norge i fra 2010 (jf. tabell V1.2) til 2013 (jf. tabell V1.3) fordelt på sykdomsgrupper. Kilde: IHME (2016).

Diagnoser (tilpasset hovedkapittel ICD-10)	YLL	YLD	DALY	YLL %-fordelt	YLD %-fordelt	DALY %-fordelt
Infeksjons- og parasittsykdommer	-753	261	-492	-0,10 %	0,01 %	-0,08 %
Svulster	3 510	165	3 674	0,81 %	-0,06 %	-0,01 %
Sykdommer i blod og bloddannende organer	-29	427	398	0,00 %	-0,06 %	0,00 %
Endokrine, ernærings- og metabolske sykdommer	-349	1 404	1 056	-0,05 %	0,06 %	0,03 %
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	-781	5 337	4 557	-0,09 %	-0,04 %	0,09 %
Sykdommer i nervesystemet	1 751	2 617	4 368	0,35 %	0,08 %	0,21 %
Sykdommer i øyet og øret	-	1 055	1 055	0,00 %	-0,04 %	0,04 %
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	-3 688	975	-2 713	-0,47 %	0,01 %	-0,49 %
Sykdommer i åndedrettssystemet	-577	2 348	1 771	-0,07 %	0,20 %	0,06 %
Sykdommer i fordøyelsessystemet	-493	-130	-624	-0,07 %	-0,10 %	-0,10 %
Sykdommer i hud og underhud	8	2 030	2 038	0,00 %	0,09 %	0,11 %
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	-39	8 834	8 795	0,00 %	0,35 %	0,47 %
Sykdommer i urin- og kjønnsorganene	-155	1 337	1 182	-0,02 %	0,01 %	0,03 %
Svangerskap, fødsel og barseltid	-524	718	194	-0,08 %	0,07 %	0,00 %
Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	-	-	-	0,00 %	0,00 %	0,00 %
Medfødte misdannelser og kromosomavvik	-129	494	365	-0,01 %	0,02 %	0,00 %
Symptomer, tegn	-81	-	-81	-0,01 %	0,00 %	-0,01 %
Skader, forgiftninger, og vold	-1 263	-2 571	-3 833	-0,18 %	-0,66 %	-0,43 %
Alle andre diagnoser	-15	1 286	1 271	0,00 %	0,07 %	0,07 %
Diagnose mangler foreløpig	-	-	-	0,00 %	0,00 %	0,00 %
I ALT	-3 608	26 588	22 979	0,00 %	0,00 %	0,00 %

VEDLEGG 2: KOSTNADER FOR HELSETJENESTEN - BESKRIVELSE AV DATA

SSB har endret statistikktabell for helseutgifter etter produsent fra 2010 til 2013 grunnet endringer i kodeverk hos OECD. Den nye klassifiseringen er brukt i tabell 2.1. Tabell V2 viser fordeling basert på gammel klassifisering for årene 2000, 2005 og 2010 fra forrige rapport, (Helsedirektoratet 2015a).

Tabell V2: Helseutgifter etter produsent fordelt etter gammel klassifisering hos OECD 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



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