

Helsetjenestekostnader – Estimering av finansieringsansvar for ulike sykdomsgrupper. Suppleringsrapport til Helsedirektoratets rapport om Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2019-2021.

Først publisert: 23. mai 2025

Siste faglige endring: 23. mai 2025

Innhold

1. Innledning	3
2. Metode – Beregning av finansieringsansvar	5
3. Resultater	13
4. Referanser	17
5. Vedlegg	19

Innledning

Rapporten [Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2019-2021](#) (Helsedirektoratet, 2024a) ble publisert i desember 2024. Rapporten estimerte de totale samfunnsøkonomiske kostnadene, som utgjøres av sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap, til å være 1 945, 1 955 og 2 204 milliarder kroner for henholdsvis 2019, 2020 og 2021. Kostnadene ble videre fordelt på sykdomsgrupper, representert som ICD-10 kapitler. Tabell 1 nedenfor gir en oppsummering av resultatene fra året 2021.

Tabell 1: Samfunnsøkonomiske kostnader ved sykdom og ulykker 2021, mrd. kr (Helsedirektoratet, 2024a).

Hovedkapittel ICD-10	Totalt	Sykdomsbyrde	Helsetjenestekostnader	Produksjonstap
Infeksjons- og parasittsykdommer	44,6	37,3	5,2	2,1
Svulster	302,1	245,0	25,3	31,7
Sykdommer i blod og bloddannende organer	2,9	0,9	1,6	0,4
Endokrine, ernærings- og metabolske sykdommer	68,9	41,9	18,1	8,9
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	446,4	201,6	74,4	170,3
Sykdommer i nervesystemet	212,8	120,8	54,6	37,4
Sykdommer i øyet og øret	70,1	44,2	20,0	6,0
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	239,2	174,6	42,8	21,9
Sykdommer i åndedrettssystemet	123,0	86,5	18,9	17,6
Sykdommer i fordøyelsessystemet	64,9	36,7	16,8	11,4
Sykdommer i hud og underhud	49,8	35,2	9,2	5,4
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	274,8	136,6	22,1	116,1
Sykdommer i urin- og kjønnsorganene	71,2	54,3	13,9	3,0
Svangerskap, fødsel og barseltid	30,5	14,6	9,2	6,7
Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	2,4	-	2,4	-
Medfødte misdannelser og kromosomavvik	21,4	10,3	3,1	8,0
Symptomer, tegn	8,3	-	6,8	1,5
Skader, forgiftninger, og vold	148,3	95,2	19,6	33,5
Alle andre diagnoser	51,8	34,3	8,5	9,0
Diagnose mangler foreløpig	61,1	-	52,2	8,9
I ALT	2 294,4	1 370,0	424,4	500,0

I forbindelse med anvendelser av resultatene fra denne rapporten, har det kommet forespørsler om kostnadene til helse- og omsorgstjenester (betegnet helsetjenestekostnader i tabell 1) kan fordeles på henholdsvis statlige,

kommunale og private finansieringskilder. I denne suppleringsrapporten til rapporten om samfunnskostnader foretar vi en slik fordeling på finansieringskilder for årene 2019-2021.

I [kapittel 2](#) er det forklart hvordan fordeling er gjort og resultatene av fordelingen er vist i [kapittel 3](#). Dette har vi ikke gjort før. Hvis fremgangsmåten for fordelingen etter kvalitetssikring og eventuelle tilbakemeldinger kan anses som akseptabel, og fordelingen anses som nyttig i anvendelser, kan en slik fordeling på finansieringskilder vurderes inkludert i fremtidige rapporter med oversikt over samfunnskostnader ved sykdom og ulykker. Under gir vi noen eksempler på dagsaktuelle anvendelser.

Eksempler på aktuelle anvendelser

I første versjon av Helsedirektoratets Kalkulator for å beregne helseeffekter av fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2024b) ble det beregnet en helsegevinst i helsetapsjusterte leveår (DALY). Helsegevinsten ble verdsatt økonomisk basert på verdien av et statistisk leveår (VSLY) angitt i Helsedirektoratets temaveileder [Virkninger på helse og livskvalitet i utredninger og samfunnsøkonomiske analyser](#) (Helsedirektoratet, 2024c). Hvilke potensielle besparelser en friskere befolkning vil kunne gi for helsetjenesten ble ikke beregnet i første versjon av kalkulatoren. For kommuner og andre som vurderer å iverksette tiltak som kan øke hele eller deler av befolkningens fysiske aktivitetsnivå var tilbakemeldingen at det vil kunne være nyttig med anslag også på eventuelle gevinster i form av reduserte helsetjenestekostnader i denne kalkulatoren. Hvordan helsetjenestekostnader fordelt på finansieringskilder kan inkluderes i kalkulatoren er vist i [vedlegg 1](#).

I vedlegget omtales også bruk av resultatene fra samfunnskostnadsrapporten til beregning av samfunnsøkonomiske helsegevinster av gang- og sykkeltiltak i [Statens vegvesens Håndbok V712 Konsekvensanalyser \(PDF\)](#) (Statens vegvesen, 2021) og mulige anvendelser i analyser av hvordan [nullvekstmålet \(regjeringen.no\)](#) i biltrafikken kan nås i våre største byområder (Samferdselsdepartementet, 2025).

Som eksempel på en tredje dagsaktuell anvendelse omtales det i vedlegget hvordan fordelingen av helsetjenestekostnader på ulike finansieringskilder for ulike sykdomsgrupper i [kapittel 3](#) kan anvendes i tiltaksanalyser relatert til også andre risikofaktorer enn fysisk inaktivitet. Eksempler på slike er tobakksrøyking, alkoholkonsum, dårlig kosthold og fedme, jf. oppdrag i [tildelingsbrevet \(regjeringen.no\)](#) for 2025 til Helsedirektoratet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2025).

Metode – Beregning av finansieringsansvar

I forlengelse av rapporten om samfunnskostnader er det beregnet fordelingsnøkler som viser finansieringsansvaret knyttet til helsetjenestekostnadene for hver av sykdomsgruppene benyttet i rapporten.

Fordelingsnøklerne fordeler kostnadene for hver sykdomsgruppe i 3 nivåer;

- Statlig finansiering
- Kommunal finansiering
- Privat finansiering (husholdningene)

Makrotallene for helsetjenestekostnader benyttet i rapporten er hentet fra [SSB \(2023\)](#). Denne tabellen viser helseutgifter [1] etter produsent (vist som millioner kroner). Disse kostnadene er allerede fordelt på sykdomsgrupper i rapporten om samfunnskostnader, og forsøkes nå videre fordelt som et statlig, kommunalt eller privat finansieringsansvar.

Tabell 2: Makrotall for årene 2019-2021, mill. kr (SSB, 2023).

Helseutgifter etter produsent, statistikk variabel og år	2019	2020	2021
HP.1-HP.9 Produsenter i alt	375 450	395 456	424 360
HP.1 Sykehus	147 031	154 008	165 016
HP.1.1 Somatiske sykehus	113 603	119 668	128 089
HP.1.2 Institusjoner innen psykisk helsevern og rusbehandling	33 428	34 340	36 927
HP.1.3 Spesialsykehus	.	.	.
HP.2 Sykehjem og andre bolig-/omsorgsinstitusjoner	60 677	63 043	66 083
HP.3 Helsetjenester utenfor sykehus	106 517	111 554	120 886
HP.3.1 Legekontor	29 416	32 179	35 455
HP.3.2 Tannlegekontor	18 085	18 850	20 561
HP.3.3 Fysioterapeuter, kiropraktorer og paramedisinsk personell	4 737	4 588	4 896
HP.3.4 Helsestasjon	.	.	.
HP.3.5 Produsenter av hjemmebaserte helsetjenester	54 279	55 938	59 973
HP.4 Produsenter av støttetjenester	3 812	4 101	4 337
HP.4.1 Ambulansetjenester og andre helsetjenester	1 402	1 622	1 675
HP.4.2 Røntgeninstitutt og laboratorier	2 410	2 479	2 661
HP.5 Produksjon og salg av medisinske varer til husholdningene	36 759	38 428	41 598
HP.6 Produsenter av forebyggende helsetjenester	8 504	10 994	11 962
HP.7 Helseadministrasjon mv.	5 192	6 899	7 508
HP.8 Annet	6 243	5 847	6 323
HP.9 Resten av verden	715	581	648

For å beregne hva som finansieres av henholdsvis stat, kommune og private husholdninger per sykdomsgrupper er det i hovedsak anvendt to ulike fremgangsmåter.

Så langt det er mulig ønsker vi å beregne dette med datagrunnlaget benyttet i rapporten om samfunnskostnader, da dette vil gi bedre fordeling av finansieringsansvar også for de respektive sykdomsgruppene. Dette vil være i de tilfeller hvor det i dataen er mulig å knytte ulike type finansieringskilder (refusjon/egenandeler etc.) direkte til diagnosekodene. Med andre ord sykdomsgruppene.

I de tilfellene hvor den foretrukne fremgangsmåten ikke er mulig å anvende har det blitt tatt utgangspunkt [SSB tabell 10811 – Helseutgifter, etter finansieringskilde og type tjeneste](#) (SSB, 2025a). Denne tabellen angir makrotall på hva som er finansiert av offentlig forvaltning og private husholdninger, og som gjør det mulig å beregne andeler per kostnadskategori fra tabell 2 ovenfor (se [vedlegg 2](#)). Denne metoden har imidlertid noen svakheter ved at det må antas at fordelingen mellom finansieringsansvaret fordeler seg likt mellom sykdomsgruppene, samt at finansieringsansvaret kun fordeler seg mellom offentlig forvaltning og private husholdninger. Det skilles altså ikke mellom stat og kommune i SSB (2025a). Denne fremgangsmåten er dermed kun blitt benyttet på poster hvor den foretrukne fremgangsmåten ikke er mulig å anvende, og hvor det foreligger rimelige antakelser om at den offentlige finansieringen kun stammer fra kommunene eller staten. Altså ikke en kombinasjon av begge.

[1] Helseutgifter viser imidlertid ikke hvordan og hvem som finansierer utgiftene. Det vil for de fleste gruppene være innslag av både statlig, kommunale og private husholdningers bidrag.

HP. 1 Sykehus

HP.1 Sykehus består av tre underkapitler. **HP.1.1 Somatiske sykehus**, **HP.1.2 Institusjoner innen psykisk helsevern og rusbehandling** og **HP.1.3 Spesialsykehus**.

HP.1.1 Somatiske sykehus

Finansieringsansvaret for de somatiske sykehusene er delt mellom staten og private husholdninger. Kommunen har reelt sett ikke et finansieringsansvar her, selv om det kan være medfinansieringsordninger ved ulike samarbeidsaktiviteter. Denne aktiviteten sees vekk i fra her da dette gjelder en svært litt andel av de samlede kostnadene.

Staten er den største finansieringskilden for sykehusene. Det er imidlertid et innslag av privat finansiering gjennom egenandeler [2]. For å fordele finansieringsansvaret mellom staten og private husholdninger tas det utgangspunkt i at totalen hovedsakelig er statlig finansiert, før deretter beløpet av den polikliniske egenandelen (takst 201b) trekkes ut av totalen. Dersom pasienter har nådd frikortgrensen, vil staten dekke pasientens egenandel gjennom frikortordningen, slik at det kun er de pasientbetalte egenandelene som trekkes ut og ansees som del av det private finansieringsansvaret. Det må nevnes at vi ikke har tatt hensyn til annen pasientbetalt egenbetaling for særskilt helsehjelp, jf. § 9 i [Forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta \(lovdata.no\)](#). Dette kan vurderes inkludert ved en senere anledning dersom et økt presisjonsnivå anses vesentlig for anvendelse av dataene.

Informasjon om egenandelene er hentet i KUHR-databasen (Helsedirektoratet, 2019), og i refusjonskravene er det også registrert ICD-10 kode. Det er derfor mulig å trekke ut sum av egenandelene per sykdomsgruppe ganske så treffsikkert.

Med andre ord er det hovedsakelig brukt samme metodikk som i rapporten om samfunnskostnader. Det er imidlertid gjort en liten forenkling ettersom det i Helsedirektoratet (2024a) ble gjort en korrigering av

kostnader opprinnelig fordelt til kapittel 21 og "uregistret", til andre kapitler basert på det aktuelle oppholdets DRGs HDG (hoveddiagnosegruppe). Dette da enkeltoppholdets hovedtilstand ble ansett som misvisende [3]. Tilsvarende korrigering er imidlertid ikke mulig å gjøre for egenandelene. En konsekvens av dette er at det blir et negativt kostnadsbeløp for disse kapitlene når egenandelsbeløpet trekkes fra, ettersom egenandelsbeløpet er større enn de gjenværende kostnadene for disse kapitlene etter korrigeringen. For å hindre negative kostnadsbeløp for kapittel 21 og "uregistret", ble disse egenandelene lagt til de øvrige kapitlene basert på andelen egenandelene fra de respektive kapitlene utgjør av de totale egenandelene (ekskl. kapittel 21 og "uregistret").

HP.1.2 Institusjoner innen psykisk helsevern og rusbehandling.

For kostnadene innen psykisk helsevern og rusbehandling har det blitt gjort en antakelse om at hele kostnadsposten er å anse som et statlig finansieringsansvar. Det er imidlertid ikke helt usannsynlig at det også her er noe finansiering fra kommunene eller private husholdninger, men det er vanskelig å finne gode kilder som kan bekrefte eller antyde et nivå på dette.

Hva gjelder fordeling på sykdomsgrupper er alle kostnadene lagt til kap. 5, slik som i rapporten.

HP1.3 Spesial sykehus

Ikke tatt i betraktning da kostnadstallene er null.

[2] Egenandel ved poliklinisk radiologi (takst 202) er sett bort i fra ettersom det er en egen kostnadspost knyttet til laboratorie- og radiologiske undersøkelser.

[3] Se Vedlegg 2 i Helsedirektoratet (2024a) for nærmere beskrivelse av denne korrigeringen.

HP. 2 Sykehjem og andre bolig-/omsorgsinstitusjoner

Sykehjem og andre bolig-/omsorgsinstitusjoner er å anse som kommunale helsetjenester og vil med det primært være et kommunalt ansvar. Private husholdninger må imidlertid bidra med finansiering gjennom at deler av inntektene til "beboere/pasientene" kan kreves for å drifte tjenesten. Hvor mye beboere skal betale er hjemlet i [forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester \(lovdata.no\)](https://lovdata.no/forskrift/2024/01/01/helse-og-omsorgstjenester).

For å fordele finansieringsansvaret er det tatt utgangspunkt i tall fra tabell 10811 (SSB, 2025a). Her antas det at finansieringen fra offentlig forvaltning representerer kommunens ansvar, ettersom staten ikke har et finansieringsansvar for disse tjenestene.

Deretter fordeles henholdsvis de kommunale og private kostnadene ut på sykdomsgruppene basert på mottatte andeler fra Kinge et al (2023) slik det er gjort i rapporten om samfunnskostnader.

HP. 3 Helsetjenester utenfor sykehus

HP.3 består av 5 ulike underkapitler. **HP.3.1 Legekontor, HP.3.2 Tannlegekontor, HP.3.3 Fysioterapeuter, kiropraktorer og paramedisinske personell, HP.3.4 Helsestasjon og HP.3.5 Produsenter av hjemmebaserte helsetjenester.**

HP.3.1 Legekontor

Legekontor er her forstått likt som i rapporten om samfunnskostnader som å inkludere fastlege/legevakt og avtalespesialister (legespesialister og psykologer).

Finansieringsansvaret for fastlege/legevakt er tredelt. Staten finansierer gjennom takster og frikort hjemlet i folketrygden, kommunene finansierer gjennom et driftstilskudd og de private husholdningene betaler egenandeler. Statens utgifter knyttet til legekontor, pasientbetalte egenandeler, samt kommunale driftstilskudd, er hentet fra Helsedirektoratet (2024a).

For avtalespesialister er finansieringsansvaret todelt. Staten finansierer gjennom takster og frikort hjemlet i folketrygden, samt gjennom RHFers driftstilskudd, og private husholdningene betaler egenandel. Kommunens andel er derfor satt til null. Fordeling av driftstilskudd, beregning av fordelingsnøkler og nye totalkostnader på sykdomsgruppene, er gjort på tilsvarende måte som for fastleger/legevakt, med andre ord hentet fra rapporten om samfunnskostnader.

Deretter beregnes det vektete andeler for de respektive sykdomsgruppene basert på de samlede statlige, kommunale og private kostnadene fra henholdsvis fastlege/legevakt og avtalespesialister.

HP.3.2 Tannlegekontor

Tannhelsetjenesten er todelt. Fylkeskommunen er ansvarlig for den offentlige tannhelsetjenesten, men det er også en betydelig del av private tannhelsetjenester.

Den offentlige tannhelsetjenesten er finansiert av fylkeskommunen, og da fylkeskommunen ikke er et nivå vi benytter her, har vi valgt å legge disse kostnadene på staten. Videre gir folketrygden stønad for mye aktivitet knyttet til den private tannhelsetjenesten. Dette særlig for barn og ungdom (til og med 18 år). Ettersom det her betales en egenandel av disse pasientene og som kan inngå i egenandelstaket, vil staten også kunne måtte bidra gjennom frikortordningen.

Ettersom tannlegetjenester ikke passer inn i et ICD-10-kapittel, er disse utgiftene i Helsedirektoratet (2024a) blitt fordelt ut på de øvrige ICD-10-kapitlene. Videre er det kun en offentlig aktør i finansieringsbilde her (fylkeskommunen, definert som staten i dette tilfellet), er det derfor tatt utgangspunkt i andelen beregnet med utgangspunkt i SSB – tabell 10811 (SSB, 2025a).

HP.3.3 Fysioterapeuter, kiropraktorer og paramedisinsk personell

HP.3.3. Består av fysioterapeuter, kiropraktorer og paramedisinsk personell. Vi har imidlertid kun informasjon om fysioterapeuter og kiropraktorer. Med andre ord antar vi lik fordeling for paramedisinsk personell.

For fysioterapeutiske tjenester er det et tredelt finansieringsansvar mellom stat, kommune og private husholdninger. Staten finansierer gjennom takster, kommunen finansierer gjennom tilskudd, mens private husholdninger betaler egenandel.

Hva gjelder kiropraktorer har det historisk vært to-delt finansiering mellom staten og private husholdninger. Staten har finansiert gjennom takster, og private husholdninger har egenbetaling. Det er imidlertid slik at vi ikke vet hvor mye private husholdninger betaler for kiropraktortjenester (ingen informasjon om egenbetaling i KUHR), men det er all grunn til å tro at dette er en betydelig andel. Det antas derfor at resterende beløp på HP.3.3 tilfaller kiropraktortjenester.

For å anslå finansieringsansvaret er det tatt utgangspunkt i et vektet snitt av kostnadsfordeling hos fysioterapeuter og kiropraktorer. For fysioterapeuter har vi relativt god oversikt på refusjon, kommunale tilskudd og egenandeler for hver av de respektive sykdomsgruppene gjennom datagrunnlaget fra Helsedirektoratet (2024a). Dette er imidlertid ikke tilfelle for kiropraktikk. For å unngå skjevheter knyttet til det vektete snittet av fysioterapeuter og kiropraktikere, antas det at fordelingen av finansieringsansvaret følger andelen beregnet basert på SSB – tabell 10811 (SSB, 2025a). For fysioterapeuter, hvor finansiering av offentlig forvaltning er representert gjennom både stat og kommune, er det gjort en vektet fordeling av disse midlene basert på andelen mellom statlig refusjon og kommunalt driftstilskudd.

Fordeling på sykdomsgrupper følger de andelen beregnet i Helsedirektoratet (2024a).

HP.3.4 Helsestasjon

Ikke tatt i betraktning da kostnadstallene i oversikten er null. Kostnadene knyttet til helsestasjon ligger innunder HP.6 Forebyggende helsetjenester.

HP.3.5 Produsenter av hjemmebaserte tjenester

Kommunen tilbyr ulike hjemmetjenester til beboere. Kommunen kan imidlertid bare ta betalt for praktisk bistand og opplæring jf. § 8 i [Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester\(lovdata.no\)](#). Tjenester som forstås som helsetjenester, for eksempel hjemmesykepleie, stell og omsorg er gratis for brukerne. Statens andel settes derfor til null.

For å fordele finansieringsansvaret er det tatt utgangspunkt i tall fra tabell 10811 (SSB, 2025a).

Deretter fordeles henholdsvis de kommunale og private kostnadene ut på sykdomsgruppene basert på mottatte andeler fra Kinge et al (2023) slik det er gjort i rapporten om samfunnskostnader.

HP. 4 Produsenter av støttetjenester

HP.4 Produsenter av støttetjenester består av to delkapitler, **HP.4.1 Ambulansetjenester og andre helsetjenester** og **HP.4.2 Røntgeninstitutt og laboratorier**.

HP.4.1 Ambulansetjenester og andre helsetjenester

For ambulansetjenester og andre helsetjenester finnes det begrenset informasjon. Basert på [spesialisthelsetjenesteloven \(lovdata.no\)](https://lovdata.no) er ambulanse å anse som en spesialisthelsetjeneste, og dermed falle innunder staten hva gjelder finansieringsansvar.

Hva som ligger i *andre helsetjenester* er uklart, så her kan det være tjenester som i realiteten blir finansiert av kommune eller private, men som vi per dags dato ikke har informasjon til å gjøre noen nærmere vurdering av.

Finansieringsansvaret er fordelt basert på andelene beregnet med utgangspunkt i SSB tabell 10811 (SSB, 2025a).

Hva gjelder fordeling på sykdomsgrupper er det benyttet den samlede fordelingsnøkkelen beregnet i Helsedirektoratet (2024a).

HP.4.2 Røntgeninstitutt og laboratorier

For røntgeninstitutt og laboratorievirksomheter vil det være et to-delt finansieringsansvar. Det statlige finansieringsansvaret fremkommer gjennom deler av de regionale helseforetakenes rammebevilgninger, samt refusjon utbetalt fra folketrygden, jf. [Poliklinikkforskriften \(lovdata.no\)](https://lovdata.no) og [Forskrift om dekning av laboratorieutgifter mv. \(lovdata.no\)](https://lovdata.no).

Videre vil det være noen egenandelstakster som kan bli benyttet, dette er takst 202, 701a og 899a. Egenandeler er i utgangspunktet et pasientens medfinansiering, men dersom pasienten har fått frikort kan vil staten også dekke egenandelen. Kommunene har ikke noe finansieringsansvar, slik at den kommunale andel er satt til null.

Det er mangelfull informasjon om hovedtilstand i oppgjørskravene Helfo mottar, slik at i fordelingen av kostnadene på sykdomsgrupper er det blitt benyttet den generelle fordelingsnøkkelen beregnet i rapporten om samfunnskostnader.

For å fordele finansieringsansvaret er det tatt utgangspunkt i tall fra tabell 10811 (SSB, 2025a).

HP. 5 Produksjon og salg av medisinske varer til husholdningene

Hva gjelder produksjon og salg av medisinske varer til husholdningene ble det hovedsakelig tatt utgangspunkt i legemidler, men det ble også benyttet tall fra [SSB \(2024\)](https://ssb.no) som gir informasjon knyttet til salg av synsrelaterte produkter som briller og kontaktlinser, samt hørselsrelaterte produkter som høreapparat. Disse utgiftstallene inkluderes da helseregnskapet ([tabell 2](#)) også inneholder husholdningenes kjøp av briller.

For legemidler er det benyttet det datagrunnlaget som i rapporten om samfunnskostnader, og viser oversikt over mye staten finansierer gjennom refusjon og egenandeler gjennom frikortordningen, samt hvor mye de

private husholdningene har betalt i egenandeler for legemidler. Utgiftene til statlig og private husholdninger kan dermed fordeles til relevant sykdomsgruppe slik som i Helsedirektoratet (2024a).

For syns- og hørselsprodukter er det tatt utgangspunkt i at det er finansiert av de private husholdningene, men ettersom NAV også gir støtte til syns og hørselsapparater vil noe av kostnadene falle på staten. Det er derfor tatt utgangspunkt i Statsregnskapet (DFØ, 2025), hvor det er identifisert utbetalinger knyttet til syns- og hørselsapparater for de relevante årene. Denne støtten ansees altså å være statens bidrag, mens resterende beløp av makrotallene antas å være betalt av de private husholdningene.

Tilsvarende som for syns- og hørselsprodukter er det også gjort for utgifter knyttet til ortopediske hjelpemidler og proteser, og medisinskteknisk utstyr, inkl. rullestoler mv.

HP. 6 Produsenter av forebyggende helsetjenester

Kostnadene knyttet til forebyggende helsetjenester har [SSB](#) rapportert at inkluderer både statlige og kommunale utgifter (SSB, 2025c).

Kostnader knyttet til statlig institusjoner er ifølge SSB:

"Folkehelseinstituttet, folkehelse, pasient- og brukerombud og særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak".

Videre inkluderer SSB også kommunale kostnader knyttet til:

"... post 232 Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste og 233 annet forebyggende helsearbeid".

Finansieringsansvaret er fordelt basert på andelene beregnet med utgangspunkt i SSB tabell 10811 (SSB, 2025a). Finansieringsansvaret innen offentlig forvaltning er fordelt etter andelene mellom kommunale og statlige institusjoner slik SSB har definert det ovenfor. I denne forbindelse er det tatt utgangspunkt i SSB-tabell 12362 for å identifisere kommunale utgifter (SSB, 2025d).

Hva gjelder fordeling på sykdomsgrupper er det benyttet den generelle fordelingsnøkkelen beregnet i rapporten om samfunnskostnader.

HP. 7 Helseadministrasjon mv.

Helseadministrasjon er videre definert av [SSB \(2025c\)](#) som driftsutgifter til statlig institusjoner som:

"de regionale helseforetakene (RHF) og Helse- og omsorgsdep. (herunder Bioteknologinemnda, Statens strålevern, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning, Pasientskadenemnda, Statens legemiddelverk). I tillegg tas enkelte tilskudd / tiltak med: Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak, statlige stimulerings tiltak for psykisk helse, samt noe annet".

For å fordele finansieringsansvaret er det tatt utgangspunkt i tall fra tabell 10811 (SSB, 2025a).

HP. 8 Annet

Det er ikke klart hva som ligger i posten "Annet". Kostnadene for denne posten er dermed antatt å fordele seg mellom stat, kommune og de private husholdningene, slik som den vektete, gjennomsnittlige fordeling for de øvrige kostnadspostene.

HP. 9 Resten av verden

Det er vurdert at disse kostnadene mest sannsynlig vil være dekket av staten. Den kommunale og private husholdningenes andeler er derfor satt til null.

Resultater

De påfølgende tabellene resultatet av fordeling av finansieringsansvaret, både per kostnadspost, og per sykdomsgruppe.

Tabell 3: Finansieringsansvar (%) per kostnadspost (SSB, 2023). Kostnader i mill. kr og andeler i prosent.

				Finansieringsansvar (2019)			Finansieringsansvar (2020)			Finansieringsansvar (2021)
				Staten	Kommune	Privat	Staten	Kommune	Privat	
Helseutgifter etter produsent, statistikk variabel og år	2019 (mill. kr)	2020 (mill. kr)	2021 (mill. kr)							
HP.1-HP.9 Produsenter i alt	375 450	395 456	424 360	54,13 %	31,68 %	14,19 %	54,68 %	31,50 %	13,82 %	54,3 %
HP.1 Sykehus	147 031	154 008	165 016	99,25 %	0,00 %	0,75 %	99,33 %	0,00 %	0,67 %	99,3 %
HP.1.1 Somatiske sykehus	113 603	119 668	128 089	99,03 %	0,00 %	0,97 %	99,14 %	0,00 %	0,86 %	99,1 %
HP.1.2 Institusjoner innen psykisk helsevern og rusbehandling	33 428	34 340	36 927	100,00 %	0,00 %	0,00 %	100,00 %	0,00 %	0,00 %	100, %
HP.2 Sykehjem og andre bolig-/omsorgsinstitusjoner	60 677	63 043	66 083	0,00 %	87,03 %	12,97 %	0,00 %	87,35 %	12,65 %	0,00 %
HP.2.1 Sykehjem	60 677	63 043	66 083	0,00 %	87,03 %	12,97 %	0,00 %	87,35 %	12,65 %	0,00 %
HP.3 Helsetjenester utenfor sykehus	106 517	111 554	120 886	23,84 %	55,98 %	20,18 %	23,81 %	55,60 %	20,59 %	24,2 %
HP.3.1 Legekontor	29 416	32 179	35 455	63,54 %	19,59 %	16,87 %	63,01 %	20,01 %	16,98 %	62,6 %
HP.3.2 Tannlegekontor	18 085	18 850	20 561	28,32 %	0,00 %	71,68 %	26,36 %	0,00 %	73,64 %	27,1 %
HP.3.3 Fysioterapeuter, kiropraktorer og paramedisinsk personell	4 737	4 588	4 896	33,45 %	15,09 %	51,46 %	28,68 %	16,59 %	54,73 %	30,8 %
HP.3.5 Produsenter av hjemmebaserte helsetjenester	54 279	55 938	59 973	0,00 %	97,92 %	2,08 %	0,00 %	98,01 %	1,99 %	0,00 %
HP.4 Produsenter av støttetjenester	3 812	4 101	4 337	94,40 %	0,00 %	5,60 %	94,41 %	0,00 %	5,59 %	94,2 %
HP.4.1 Ambulansetjenester og andre helsetjenester	1 402	1 622	1 675	98,59 %	0,00 %	1,41 %	98,17 %	0,00 %	1,83 %	98,1 %
HP.4.2 Røntgeninstitutt og laboratorier	2 410	2 479	2 661	91,96 %	0,00 %	8,04 %	91,95 %	0,00 %	8,05 %	91,7 %

HP.5 Produksjon og salg av medisinske varer til husholdningene	36 759	38 428	41 598	44,55 %	0,00 %	55,45 %	46,19 %	0,00 %	53,81 %	47,2 %
HP.6 Produsenter av forebyggende helsetjenester	8 504	10 994	11 962	31,14 %	53,30 %	15,57 %	39,87 %	51,15 %	8,98 %	17,4 %
HP.7 Helseadministrasjon mv.	5 192	6 899	7 508	100,00 %	0,00 %	0,00 %	100,00 %	0,00 %	0,00 %	100, %
HP.8 Annet	6 243	5 847	6 323	54,13 %	31,68 %	14,19 %	54,68 %	31,50 %	13,82 %	54,3 %
HP.9 Resten av verden	715	581	648	100,00 %	0,00 %	0,00 %	100,00 %	0,00 %	0,00 %	100, %

Tabell 4: Finansieringsansvar (%) per sykdomsgruppe

	Finansieringsansvar (2019)			Finansieringsansvar (2020)			Finansieringsansvar (2021)		
Tekst	Staten	Kommune	Privat	Staten	Kommune	Privat	Staten	Kommune	Privat
Infeksjons- og parasittsykdommer	47,42 %	45,36 %	7,22 %	46,95 %	45,95 %	7,11 %	45,43 %	47,18 %	7,39 %
Svulster	83,65 %	9,73 %	6,62 %	84,53 %	9,21 %	6,26 %	84,00 %	9,82 %	6,18 %
Sykdommer i blod og bloddannende organer	82,58 %	4,64 %	12,77 %	83,68 %	4,96 %	11,36 %	83,57 %	6,06 %	10,37 %
Endokrine, ernærings- og metabolske sykdommer	41,44 %	44,06 %	14,50 %	42,82 %	42,92 %	14,26 %	44,04 %	41,37 %	14,59 %
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	57,91 %	34,60 %	7,49 %	58,19 %	34,45 %	7,37 %	57,81 %	34,80 %	7,39 %
Sykdommer i nervesystemet	15,35 %	71,72 %	12,93 %	17,18 %	70,22 %	12,60 %	16,94 %	70,18 %	12,88 %
Sykdommer i øyet og øret	25,71 %	13,11 %	61,18 %	26,52 %	13,46 %	60,02 %	27,16 %	13,57 %	59,27 %
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	53,26 %	34,99 %	11,75 %	53,58 %	34,94 %	11,47 %	53,27 %	35,36 %	11,37 %
Sykdommer i åndedrettssystemet	76,82 %	10,24 %	12,94 %	75,80 %	10,83 %	13,37 %	75,20 %	11,55 %	13,25 %
Sykdommer i fordøyelsessystemet	73,59 %	17,04 %	9,37 %	74,94 %	16,10 %	8,96 %	74,14 %	16,83 %	9,03 %
Sykdommer i hud og underhud	48,48 %	37,37 %	14,15 %	48,79 %	37,11 %	14,10 %	48,48 %	37,06 %	14,46 %
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	66,80 %	15,68 %	17,52 %	64,33 %	17,14 %	18,53 %	64,19 %	17,46 %	18,35 %
Sykdommer i urin- og kjønnsorganene	62,97 %	26,25 %	10,78 %	63,95 %	25,68 %	10,37 %	63,15 %	26,47 %	10,38 %

Svangerskap, fødsel og barseltid	90,12 %	4,63 %	5,25 %	89,90 %	4,91 %	5,20 %	89,21 %	5,59 %	5,20 %
Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	93,93 %	1,73 %	4,33 %	93,87 %	1,89 %	4,24 %	93,14 %	2,55 %	4,30 %
Medfødte misdannelser og kromosomavvik	47,63 %	43,60 %	8,77 %	45,43 %	45,79 %	8,78 %	47,73 %	43,80 %	8,47 %
Symptomer, tegn	91,73 %	1,74 %	6,53 %	91,96 %	1,90 %	6,13 %	91,27 %	2,58 %	6,15 %
Skader, forgiftninger, og vold	66,34 %	26,02 %	7,65 %	66,21 %	26,29 %	7,50 %	65,26 %	27,24 %	7,50 %
Alle andre diagnoser	72,81 %	13,24 %	13,96 %	72,08 %	14,00 %	13,91 %	70,80 %	15,18 %	14,02 %
Diagnose mangler foreløpig	55,42 %	25,17 %	19,41 %	52,38 %	29,11 %	18,52 %	45,61 %	37,10 %	17,29 %
I ALT	54,13 %	31,68 %	14,19 %	54,68 %	31,50 %	13,82 %	54,36 %	31,77 %	13,87 %

Tabell 5: Kostnadstall (2021-kr) per sykdomsgruppe (mill. kr)

Sykdomsgruppe	Finansieringsansvar 2021 (mill. kr)			
	Totalt	Staten	Kommune	Privat
Infeksjons- og parasittsykdommer	5 169	2 348	2 439	382
Svulster	25 268	21 225	2 482	1 561
Sykdommer i blod og bloddannende organer	1 551	1 296	94	161
Endokrine, ernærings- og metabolske sykdommer	18 059	7 954	7 470	2 635
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	74 435	43 028	25 906	5 500
Sykdommer i nervesystemet	54 600	9 248	38 318	7 034
Sykdommer i øyet og øret	19 967	5 422	2 710	11 834
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	42 771	22 783	15 124	4 864
Sykdommer i åndedrettssystemet	18 918	14 227	2 185	2 506
Sykdommer i fordøyelsessystemet	16 798	12 454	2 827	1 517
Sykdommer i hud og underhud	9 156	4 439	3 393	1 324
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	22 100	14 186	3 859	4 055
Sykdommer i urin- og kjønnsorganene	13 916	8 788	3 684	1 445
Svangerskap, fødsel og barseltid	9 155	8 167	512	476
Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	2 404	2 239	61	103
Medfødte misdannelser og kromosomavvik	3 096	1 478	1 356	262
Symptomer, tegn	6 762	6 172	174	416
Skader, forgiftninger, og vold	19 574	12 774	5 333	1 467

Alle andre diagnoser	8 456	5 986	1 284	1 186
Diagnose mangler foreløpig	52 206	23 810	19 368	9 028
I ALT	424 360	228 024	138 581	57 756

Referanser

DFØ. (2025). *Statsregnskapet*. Hentet fra Statsregnskapet: <https://statsregnskapet.dfo.no/last-ned>

Forskrift om betaling fra pasienter for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. (2017). *Forskrift om betaling fra pasienter for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten*. FOR-2025-01-17-46: Lovdata. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-20-1848>

Forskrift om dekning av laboratorieutgifter mv. (2003). *Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter*. FOR-2024-12-19-3316: Lovdata. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-959>

Forskrift om egenandel for helse- og omsorgstjenester. (2012). *Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester*. FOR-2024-12-16-3180: Lovdata. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1349>

Forskrift om utgifter for kiropraktorbehandling. (2006). *Forskrift om stønad til dekning av utgifter til behandling hos kiropraktor*. FOR-2024-12-19-3384: Lovdata. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-12-21-1656>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2025). *Tildelings- og oppdragsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet*. Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d8f63d7d01d64def982cb7c8ce1eeb64/2025-tildelingsbrev-helsedirekt>

Helsedirektoratet. (2019). *KUHR-databasen [nettdokument]*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/kuhr>

Helsedirektoratet. (2024a). *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2019-2021*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker-2019-2021>.

Helsedirektoratet. (2024b). *Kalkulator for å beregne helseeffekter av fysisk aktivitet*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/fysisk-aktivitet/>

Helsedirektoratet. (2024c). *Virkninger på helse og livskvalitet i utredninger og samfunnsøkonomiske analyser - temaveileder til utredningsinstruksen*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/virkninger-pa-helse-og-livskvalitet-i-utredninger-og-samfunnsokonomi>

Helsedirektoratet. (2024d). *Vunne leveår og helsetapsjusterte leveår (DAL Ys) ved fysisk aktivitet*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/vunne-levear-og-helsetapsjusterte-levear-dalys-ved-fysisk-aktivitet>

Helsedirektoratet. (2025). *Dokumentasjonsrapport: Helseeffekter av fysisk aktivitet per km gange og sykling*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/dokumentasjonsrapport-helseeffekter-av-fysisk-aktivitet-per-km-gang>

Kinge, J. M., Dieleman, J. L., Karlstad, Ø., Knudsen, A., Klitkou, S. T., Hay, S. I., . . . Vollset, S. (2023). *BMC Medicine*. Hentet fra Disease-specific health spending by age, sex, and type of care in Norway: a national health registry study: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-023-02896-6>

Poliklinikkforskriften. (2008). *Forskrift om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (poliklinikkforskriften)*. FOR-2024-12-19-3292: Lovdata. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2007-12-19-1761>

Samferdselsdepartementet. (2025). *Byvekstavtaler og tilskudd til byområder*. Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/tema/transport-og-kommunikasjon/kollektivtransport/byvekstavtalerogtilskudd/id2/>

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. LOV-2024-06-25-53: Lovdata. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SFO/forskrift/2020-03-27-470>

SSB. (2023). *Helseutgifter, etter produsent (mill. kr) 1997-2022*. Hentet fra Statistikkbanken tabell 10813: <https://www.ssb.no/statbank/table/10813/>

SSB. (2024). *Helseutgifter, etter type tjeneste (mill. kr) 1997 - 2022*. Hentet fra Statistikkbanken tabell 10814: <https://www.ssb.no/statbank/table/10814>

SSB. (2025a). *Helseutgifter, etter finansieringskilde og type tjeneste (mill. kr) 2008 - 2022*. Hentet fra Statistikkbanken tabell 11811: <https://www.ssb.no/statbank/table/10811>

SSB. (2025b). *Utgifter i offentlig tannhelsetjeneste, etter funksjon (F) 2015 - 2023*. Hentet fra Statistikkbanken tabell 11960: <https://www.ssb.no/statbank/table/11960>

SSB. (2025c). *Helseregnskap*. Hentet fra Om statistikken: <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/nasjonalregnskap/statistikk/helseregnskap>

SSB. (2025d). *Kommuneregnskap*. Hentet fra Statistikkbanken tabell 12362: <https://www.ssb.no/statbank/table/12362>

Statens vegvesen. (2021). *Håndbok V712 - Konsekvensanalyser*. Oslo: Statens vegvesen. Hentet fra <https://www.vegvesen.no/globalassets/fag/handboker/hb-v712-konsekvensanalyser-2021.pdf>

Vedlegg

Vedlegg 1: Eksempler på anvendelser

I dette vedlegget besvares to spørsmål relatert til hvordan en fordeling av helsetjenestekostnader på finansieringskilder kan anvendes i samfunnsøkonomiske analyser. Utgangspunktet er Helsedirektoratets kalkulator for å anslå samfunnsgevinster av fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2024b). **Spørsmålene er:**

1. Er det mulig/tilrådelig å utvide kalkulatoren for samfunnsgevinster av fysisk aktivitet til også å ta med gevinst i form av potensielt sparte helsetjenestekostnader? For eksempel slik disse er tatt med i [beregningene](#) som er gjort ifm. revisjon av Statens vegvesens håndbok V712 (Helsedirektoratet, 2025).
2. Og er det mulig/tilrådelig å fordele de potensielt sparte helsetjenestekostnadene på hhv. stat, kommune og private husholdninger?

Vedr. spørsmål 1:

Svaret på spørsmål 1 er: ja, potensielt sparte helsetjenestekostnader kan tas med i tillegg til redusert sykdomsbyrde og potensielt redusert produksjonstap som er de to komponentene som inngår i den økonomiske verdien som anvendes på DALY i kalkulatoren nå. Det blir for eksempel ikke dobbelttelling, eller andre metodiske problemer ved å ta med også helsetjenestekostnader.

Et annet, og delvis tilgrensende, spørsmål er om vi samtidig skal vise den isolerte effekten av potensielt redusert produksjonstap. Jamfør at dette er gjort i rapporten om samfunnskostnader av sykdom og ulykker. Dersom en vurderer å gjøre dette, er det i tilfelle viktig å få frem at dette er tall med stor usikkerhet. For eksempel kan det hevdes at det er lite hensiktsmessig å vise potensiell reduksjon i produksjonstap separat ettersom det er mange andre faktorer enn helse som også har betydning for om folk deltar i arbeidslivet eller ikke. Og at den potensielle gevinsten i stor grad er vanskelig å realisere. Dette er for øvrig også en type motargumenter som kan anføres mot å vise potensiell reduksjon i helsetjenestekostnader, se vurderingene under spørsmål 2.

Det viktigste motargumentet, mot å vise den isolerte effekten av potensielt redusert produksjonstap, er imidlertid at Finansdepartementet ikke har angitt et separat anslag på produksjonstapets andel i verdien av et statistisk liv, og at Helsedirektoratet (2024c) dermed også kun angir en verdi på et statistisk leveår. Denne inkluderer også annen livskvalitet enn den helserelaterte som inngår i DALY, og produksjonstap. Det betyr at produksjonstapets andel p.t. ikke kan tilrådes angitt som en separat størrelse. Det riktige vil være å vente med slike beregninger til det såkalte "uavklarte metodiske problemet" med produksjonstapets andel av VSL og VSLY (jf. omtale i Helsedirektoratets temaveileder (Helsedirektoratet, 2024c)) har kommet noe nærmere en avklaring.

Vedr. spørsmål 2:

I [tabell 5 i kapittel 3](#) over er det laget en fordeling av helsetjenestekostnaden på hhv. statlig-, kommunal- og privat finansiering/budsjett for de ulike sykdomsgruppene som inngår for året 2021 i rapporten om samfunnskostnader. En slik fordeling kan da i prinsippet anvendes sammen med kunnskap om hvilke sykdomsgrupper som påvirkes av ulike risikofaktorer til å anslå hvor store potensielle helsetjenestekostnadsbesparelser som f.eks. kan forventes å tilfalle det kommunale budsjettet. Et vesentlig spørsmål blir da: Er kunnskap om hvilke sykdomsgrupper som påvirkes av ulike risikofaktorer god nok?

For fysisk aktivitet har vi i beregningene som er gjort for Statens vegvesen (Helsedirektoratet, 2025) antatt at risikoen for alle de største sykdomsgruppene reduseres (jf. rapporten om [helseeffekter av fysisk aktivitet](#) (Helsedirektoratet, 2024d)), og brukt *totalandelen* for helsetjenestekostnader som anslag på potensielt sparte helsetjenestekostnader som følge av redusert fysisk inaktivitet. Da kan vi i prinsippet også fordele denne totalandelen av helsetjenestekostnadene på hhv. statlig, kommunal og private husholdninger, og anta at dette gir et rimelig bra anslag som fordeling på de ulike finansieringskildene. En slik beregningsmåte baserer seg på en del antagelser om effekten av fysisk aktivitet på ulike sykdomsgrupper (jf. Helsedirektoratet (2024d)), men også antagelser om "proporsjonalt" forhold mellom sykdomsbyrde og helsetjenestekostnader for de ulike sykdomsgruppene. Det siste er en antagelse som bør undersøkes nærmere, men som et første beregningsanslag er dette en mulig tilnærming som kan tilrådes. **Svaret på spørsmål 2 er dermed også: ja.**

Noen forbehold om usikkerhet og vurderinger om andre risikofaktorer

Anslagene i rapporten om samfunnskostnader er omtalt som "usikre", men å være av "riktig størrelsesorden". Det må derfor også presiseres at anslag på potensiell reduksjon i helsetjenestekostnader som resultat av økt fysisk aktivitet også vil være usikre, men av riktig størrelsesorden. Og at det også gjelder dersom potensiell reduksjon i helsetjenestekostnader fordeles på ulike budsjetter/finansieringskilder.

For eventuelt tilsvarende beregninger for andre risikofaktorer som tobakk, alkohol og kosthold (jf. oppdrag TB2025-1 i tildelingsbrevet for 2025 til Helsedirektoratet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2025)), kan vi på tilsvarende måte som for fysisk inaktivitet bruke kunnskap om hvilke sykdomsgrupper de ulike risikofaktorene påvirker og forsøke å få til en tilsvarende fordeling på finansieringskilder basert på Helsedirektoratet (2024a).

En fordeling av helsetjenestekostnadene som i prinsippet kan anvendes i kalkulatoren som beregner helseeffekter av fysisk aktivitet og andre primærforebyggende tiltak

Basert på tabell 5 i kapittel 3 over ser vi at de totale helsetjenestekostnadene fordeler seg med omtrent 54 prosent på statlige-, 32 prosent på kommunale- og 14 prosent på private budsjetter i 2021. Anslaget på budsjettfordeling er usikkert, men antas likevel å gi et noenlunde riktig bilde på fordeling av helsetjenestekostnadene på ulike finansieringskilder.

Dette anslaget kan, sammen med anslaget fra rapporten om samfunnskostnader om at helsetjenestekostnadene i 2021 utgjorde 18 prosent av de totale samfunnsøkonomiske kostnadene, anvendes i kalkulatoren som beregner helseeffekter av fysisk aktivitet. Det vil i tilfelle være en anvendelse på mer detaljert nivå enn i beregningen av helseeffekter av fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2025) som inngår i kommende reviderte utgave av Statens vegvesens håndbok V712, der helsetjenestekostnadene kun inngår med sin totale andel på 18 prosent, men er i prinsippet helt tilsvarende.

Ettersom dette er en andel som kan endres over tid, for eksempel som resultat av at verdien på et statistisk liv endres, må det også tas forbehold om slik usikkerhet når man anvender et annet beregningsår enn 2021.

Basert på forholdet mellom størrelsen på verdien av sykdomsbyrden i den norske befolkningen, som også inkluderer verdien av produksjonstap og de totale helsetjenestekostnadene i Norge, kan vi altså anslå en potensiell reduksjon i helsetjenestekostnadene som følge av at hele eller deler av befolkningen blir friskere. Dette gjelder uansett hvilket *primærforebyggende tiltak* som er årsak til den bedre folkehelsen. At tiltaket i disse beregningene må være primærforebyggende kan forklares med at verdien av statistiske liv inkluderer *total livskvalitet* og er rettet mot en såkalt "ellers frisk befolkning". Dette er omtalt både i Helsedirektoratet (2024a) og Helsedirektoratet (2024c).

Et realistisk anslag på potensiell reduksjon i helsetjenestekostnadene må ta utgangspunkt i den delen av sykdomsbyrden (beregnet i helsetapsjusterte leveår, DALY) som utgjøres av helsetap, altså sykdomsdelen, ikke den delen som utgjøres av tapte leveår. I kalkulatoren beregner vi en gevinst av fysisk aktivitet i DALY og har da valgt å omtale de helsetapsjusterte leveårene som "friske leveår". Gevinsten er også anslått i leveår. Gevinsten i form av redusert sykdom kan da beregnes som antall DALY minus antall leveår. Det er dette reduserte sykdomsombfanget i den aktuelle befolkningsgruppen som potensielt sett kan gi en reduksjon i helsetjenestekostnader.

En konkretisering av hvordan helsetjenestekostnader kan inkluderes i kalkulatoren om helsegevinster av fysisk aktivitet

Helsedirektoratets kalkulator som beregner helseeffektene av fysisk aktivitet, angir størrelsen og den økonomiske verdien av sykdomsbyrden. Et eksempel på resultat fra en beregning fra versjon 1 av kalkulatoren fra april 2025 er gjengitt under.

Resultat

Friske leveår (DALYs) **1538**

Leveår **770**

Dersom 200 personer endrer aktivitetsnivå fra fysisk inaktiv til delvis aktiv og endringen gjelder fra 1 år, så vil det resultere i 770 leveår vunnet og 1538 DALYs i et livsløpsperspektiv. Som økonomisk verdi på 1 DALY kan anvendes 1 680 000 kr (Helsedirektoratet 2024). 1538 DALYs tilsvarer 2 583 840 000 (2023-kr). Dette er et anslag på verdien av den potensielle helse- og livskvalitets gevinsten av økt fysisk aktivitet.

Basert på anslaget på friske leveår (DALYs) som kan vinnes, og den økonomiske verdien av disse, kan vi også under gitte forutsetninger (omtalt over) beregne den "tilhørende" potensielle reduksjonen i helsetjenestekostnadene. For at et anslag på potensielt reduserte helsetjenestekostnader skal gi god mening og være anvendbart som utgangspunkt for tiltaksvurderinger, vil det være en fordel å regne om verdien av redusert sykdomsbyrde (som i kalkulatoren er angitt i et livsløpsperspektiv) til en gjennomsnittlig årlig reduksjon. Vi må da i tilfelle gjøre oppmerksom på at dette er en forenkling ettersom effekten av forebygging kommer over hele det gjenværende livsløpet for den aktuelle befolkningsgruppen, og mest på slutten av livsløpet, men at dette likevel vil kunne gi et rimelig anslag på effekten av forebygging. (Jf. Helsedirektoratets tilsvarende beregninger (Helsedirektoratet, 2025) til Statens vegvesen håndbok V712.)

I eksempelet fra kalkulatoren som er gjengitt over vil gjennomsnittlig antall DALYs være $1538/200 = 7,69$ per person i et livsløp og gjennomsnittlig antall leveår vunnet vil være $770/200 = 3,85$ per person. Hvis man

anvender tall fra SSB-tabell 05375 for forventet gjenstående levetid for den aktuelle aldersgruppen (her: 78,41 år fra 5 års alder) og legger til antall vunne leveår (3,85) får vi en gjennomsnittlig forventet levealder på 82,26 år for disse personene [4]. Dette tilsvarer i gjennomsnitt $7,69/82,26 = 0,09$ DALY per person per år. For gruppen på 200 personer som helhet tilsvarer dette en forventet redusert sykdomsbyrde på 18,7 DALY i gjennomsnitt per år. Og med en verdi per DALY på 1,68 mill. 2023-kr (som også inkluderer produksjonstap), er den økonomiske verdien på den reduserte sykdomsbyrden inkludert produksjonstap på $18,7 \cdot 1,68 = 31,4$ mill. 2023-kr per år for gruppen på 200 personer.

Basert på anslått verdi på sykdomsbyrden kan vi bruke at helsetjenestekostnadene utgjør 18 prosent av totalen (fra Helsedirektoratet (2024a)), og at redusert sykdomsomsfang utgjør omtrent halvparten av sykdomsbyrden (jf. beskrivelsen av dette over), til å anslå at tilhørende potensiell reduksjon i helsetjenestekostnader utgjør 3,4 mill. 2023-kr per år. I eksempelet fra kalkulatoren som er gjengitt over kan vi dermed for eksempel føye til følgende tekst for også å få med helsetjenestekostnadene[5]:

"For en befolkningsgruppe som blir friskere og vinner anslagsvis 1538 friske leveår (DALYs) i et livsløpsperspektiv, vil det potensielt også kunne gi en reduksjon i helsetjenestekostnader. For den aktuelle gruppen på 200 personer blir dette en redusert sykdomsbyrde på i gjennomsnitt 18 DALY per år som har en økonomisk verdi på omtrent 30 mill. 2023-kr per år. Basert på anslag om at verdien av sykdomsbyrde (inkludert verdien av produksjonstap) utgjør 82 prosent av totale samfunnskostnader og "tilhørende" helsetjenestekostnader utgjør 18 prosent (Helsedirektoratet, 2024a), vil den anslåtte reduserte sykdomsbyrden tilsi en potensiell reduksjon i helsetjenestekostnader på 3,4 mill. 2023-kr per år. Denne potensielle reduksjonen er kun basert på unngått helsetap, ikke unngått tap av leveår.

Helsetjenestekostnadene fordeler seg med omtrent

- 54 prosent på statlige-,
- 32 prosent på kommunale- og
- 14 prosent på private husholdnings- budsjetter (basert på 2021-tall i Helsedirektoratet (2025)).

Noen viktige forbehold:

- Beregningen over baserer seg på forventede gjennomsnittsverdier for helsegevinster av fysisk aktivitet på befolkningsnivå og angir størrelsesorden på en tilhørende *potensiell* redusert ressursbruk i helsetjenesten.
- Dette er beregninger med utgangspunkt i befolkningsgrupper som er i kategorien "en ellers frisk befolkning". Altså personer som ikke er spesielt mye sykere enn gjennomsnittet for sin aldersgruppe. For de eldste aldersgruppene vil trolig mange ha en helsetilstand som begrenser hvor høyt aktivitetsnivå som er realistisk å oppnå.
- Hvor vidt en reduksjon i ressursbruk *faktisk* vil finne sted, eller om en friskere befolkning med redusert behov for helsetjenester vil føre til andre endringer i helsetjenesten, for eksempel økt kvalitet på tjenestene, er et fremtidig politisk valg for en i hovedsak offentlig finansiert helsetjeneste, og dermed et spørsmål som ikke bevares her."

Det kan være verdt å merke seg at ved tiltak for økt fysisk aktivitet rettet mot eldre aldersgrupper i et gitt tidsrom (f.eks. fra de er 70 til 80 år) vil både redusert sykdomsbyrde og potensielt reduserte helsetjenestekostnader per år kunne være betydelig større enn ved tiltak i et tilsvarende tidsrom rettet mot yngre aldersgrupper (f.eks. fra de er 20 til 30 år), og også større enn for befolkningen generelt (alle aldersgrupper i et livsløpsperspektiv) som inngikk i eksempelet over. På den andre siden vil den gjennomsnittlige økonomiske verdsettingen som anvendes på statistiske leveår også inneholde verdien av gjennomsnittlig produksjonstap, noe som tilsier en overvurdering av potensielle gevinster for eldre aldersgrupper. Dette er en del av usikkerheten og omtrentligheten som ligger i bruk av gjennomsnittsverdier.

[4] For de ulike aldersgruppene i kalkulatoren har vi fra SSB-tabell 05375 anvendt følgende anslag på forventet gjenværende levetid: 78,41 år som gjelder fra 5 års alder, 68,46 år som gjelder fra 15 års alder, 58,66 år som gjelder fra 25 års alder, 48,91 år som gjelder fra 35 års alder, 39,24 år som gjelder fra 45 års alder, 29,82 år som gjelder fra 55 års alder, 20,90 år som gjelder fra 65 års alder, 12,99 som gjelder fra 75 års alder, 7,20 år som gjelder fra 84 års alder og 3,42 år som gjelder fra 93 års alder. For de to eldste aldersgruppene har vi antatt noe lavere gjennomsnittsalder for dem som kan delta i fysisk aktivitet enn for de yngre aldersgruppene. Dette er begrunnet både i høyere skrøpelighet og høyere dødelighet blant de eldste.

[5] Kilden Helsedirektoratet (2025) i teksteksempelen for kalkulatoren henviser til denne suppleringsrapporten.

Vedlegg 2: SSB tabell 10811 og 10813

Som nevnt i rapportens innledning ønsket vi så langt det lot seg ønsket vi å fordele finansieringsansvaret mellom stat, kommune og private husholdninger basert på det eksisterende datagrunnlaget benyttet i rapporten om samfunnskostnader (Helsedirektoratet, 2024a). Dette ønsket vi da en slik basis for fordelingen ville bli mer treffsikker per sykdomsgruppe. For eksempel var det i datagrunnlaget for legekontor mulig å identifisere pasientbetalte egenandeler per diagnose. Imidlertid var det på flere områder, som for eksempel røntgeninstitutter og laboratorieundersøkelser, ikke mulig i datagrunnlaget å knytte egenandelene til en spesifikk diagnose. Videre kan også datamaterialet være mangelfullt slik vi har for lite grunnlag for å kunne gjøre en noenlunde riktig fordeling. Samlet sett var det derfor behov for å benytte en annen metode i disse tilfellene hvor vi mente datagrunnlaget reflekterte fordeling av finansieringsansvaret på en god måte.

I disse tilfellene tok vi utgangspunkt i [SSB-tabell 10811 Helseutgifter, etter finansieringskilde og type tjeneste](#) (SSB, 2025a). Denne tabellen angir makrotall på hva som er finansiert av offentlig forvaltning og private husholdninger.

Tabell v.2.1 nedenfor viser hvordan finansiering av type tjenester i SSB-tabell 10811 er fordelt mellom offentlige og private finansieringskilder. Tabellen skiller ikke på kommunal, statlig og fylkeskommunal, slik at kolonnen "offentlig" gjenspeiler alle offentlige finansieringskilder. "Privat" gjelder privat husholdninger.

Tabell v.2.1 Deler av SSB tabell 10811

SSB tabell 10811	2019		2020		2021	
	Offentlig	Privat	Offentlig	Privat	Offentlig	Privat
HC.1-HC.7 Helseutgifter	321 825	53 626	339 961	55 495	364 531	59 829
HC.1 Medisinsk behandling	153 257	22 494	161 243	23 467	174 263	25 180
HC.1.1 Sykehustjenester – heldøgnsopphold	88 524	421	90 564	422	96 768	462
HC.1.2 Sykehustjenester – dagopphold	5 707	296	6 127	301	6 545	329
HC.1.3 Legetjenester mv.	59 025	21 777	64 551	22 744	70 949	24 389
HC.1.3.1 Allmennlegetjenester	19 900	3 352	22 647	3 628	25 276	3 850

HC.1.3.2 Tannlegetjenester	5 122	12 963	4 969	13 881	5 579	14 983
HC.1.3.3 Legetjenester fra spesialister	31 809	3 136	34 948	2 833	37 961	3 007
HC.1.3.9 Fysioterapi, kiropraktisk behandling og annen medisinsk behandling	2 194	2 326	1 987	2 402	2 133	2 549
HC.2 Rehabilitering	6 431	276	6 310	262	6 867	287
HC.3 Sykehjemstjenester og hjemmesykepleie	102 885	8 537	107 002	8 666	112 967	9 483
HC.3.1 Sykehjemstjenester – heldøgnsopphold	49 733	7 409	52 176	7 554	54 210	8 267
HC.3.4 Hjemmesykepleie mv.	53 151	1 128	54 826	1 112	58 757	1 217
HC.4 Støttetjenester	26 531	1 487	27 901	1 641	29 627	1 796
HC.4.1-4.2 Røntgen- og laboratorietjenester	15 145	1 324	16 272	1 424	17 398	1 558
HC.4.3 Ambulanse og pasienttransport	11 386	163	11 629	217	12 229	237
HC.5 Medisinske produkter for pasienter uten innleggelse	19 194	19 295	19 715	20 385	21 449	21 928
HC.5.1 Medisiner og medisinske forbruksvarer	13 974	12 288	14 640	13 294	16 057	14 300
HC.5.1.1-5.1.2 Medisiner	11 247	10 814	11 940	11 729	13 188	12 617
HC.5.1.3 Andre medisinske forbruksvarer	2 727	1 474	2 700	1 565	2 869	1 683
HC.5.2 Terapeutiske hjelpemidler og medisinsk utstyr	5 220	7 007	5 075	7 091	5 392	7 628
HC.6 Forebygging og helsefremmende arbeid	8 335	1 537	10 891	1 074	11 852	1 155
HC.6.1 Forebygging, informasjon mv.	2 181	0	3 344	0	3 639	0
HC.6.4 Helsestasjon, bedriftshelse mv.	6 154	1 537	7 547	1 074	8 213	1 155
HC.7 Helseadministrasjon	5 192	0	6 899	0	7 508	0
HK.1 Investeringer til helseformål (ekskl. FoU)	21 290	2 103	23 932	2 189	27 262	2 324
HKR.4 Investeringer i FoU til helseformål	4 878	142	5 067	71	5 514	75

Kategoriene i tabell SSB-tabell 10811 tilsvarer ikke fullt ut kategoriene i SSB-tabell 10813, som er makrooversikten benyttet i rapporten om samfunnskostnader. Det er derfor et behov for å gjøre en oversettelse, slik at det er mulig å beregne andelen offentlig og privat finansiering for de ulike kostnadspostene i SSB tabell 10813.

Det vil være noe usikkerhet i denne oversettelsen ettersom det ikke er et en-til-en-forhold mellom tabellene. Vi har derfor gjort noen rimelighetsvurdering for hva som er mest sannsynlig riktig fordeling.

Tabellen nedenfor viser hvilke kategorier fra SSB-tabell 10811 som antas å representere kategoriene i tabell 10813.

Tabell v.2.2 Oversettelse av tabell 10811 til 10813.

Kategorier SSB tabell 10813	Kategorier SSB tabell 10811
HP.1-HP.9 Produsenter i alt	x
HP.1 Sykehus	x
HP.1.1 Somatiske sykehus	HC.1.1 Sykehustjenester –heldøgnsopphold HC.1.2 Sykehustjenester –dagopphold
HP.1.2 Institusjoner innen psykisk helsevern og rusbehandling	Ingen
HP.2 Sykehjem og andre bolig-/omsorgsinstitusjoner	x
HP.2.1 Sykehjem	HC.3.1 Sykehjemstjenester - heldøgnsopphold
HP.3 Helsetjenester utenfor sykehus	x
HP.3.1 Legekontor	HC.1.3.1 Allmennlegetjenester HC.1.3.3 Legetjenester fra spesialister
HP.3.2 Tannlegekontor	HC.1.3.2 Tannlegetjenester
HP.3.3 Fysioterapeuter, kiropraktorer og paramedisinsk personell	HC.1.3.9 Fysioterapi, kiropraktisk behandling og annen medisinsk behandling
HP.3.5 Produsenter av hjemmebaserte helsetjenester	HC.3.4 Hjemmesykepleie mv.
HP.4 Produsenter av støttetjenester	x
HP.4.1 Ambulansetjenester og andre helsetjenester	HC.4.3 Ambulanse og pasienttransport
HP.4.2 Røntgeninstitutt og laboratorier	HC.4.1-4.2 Røntgen- og laboratorietjenester
HP.5 Produksjon og salg av medisinske varer til husholdningene	HC.5 Medisinske produkter for pasienter uten innleggelse
HP.6 Produsenter av forebyggende helsetjenester	HC.6 Forebygging og helsefremmende arbeid
HP.7 Helseadministrasjon mv.	HC.7 Helseadministrasjon
HP.8 Annet	Ingen
HP.9 Resten av verden	Ingen

Som det fremkommer av tabellen, er det ikke for alle kategorier i SSB-tabell 10813 mulig å finne en tilsvarende kategori i SSB-tabell 10811. Disse kategoriene er betegnet som "Ingen". Det er merket "x" for kategorier som består av underkategorier eller som er summeringskategorier. Fordeling i disse tilfellene skjer gjennom fordelingen av de respektive underkategoriene.

Ved å benytte denne oversettelsen og kostnadstallene fra SSB-tabell 10811, kan vi gi et anslag på hvordan finansieringsansvaret fordeler seg mellom offentlig og private kilder for de ulike kostnadskategoriene i SSB-tabell 10813. Se tabell v.2.3 nedenfor.

Tabell v.2.3 Andel offentlig og privat finansiering per kategori i SSB-tabell 10813.

Helseutgifter etter produsent, statistikk variabel og år	2019		2020		2021	
	Offentlig	Privat	Offentlig	Privat	Offentlig	Privat
HP.1-HP.9 Produsenter i alt	85,53 %	14,47 %	85,80 %	14,20 %	85,73 %	14,27 %
HP.1 Sykehus	99,24 %	0,76 %	99,26 %	0,74 %	99,24 %	0,76 %
HP.1.1 Somatiske sykehus	99,24 %	0,76 %	99,26 %	0,74 %	99,24 %	0,76 %
HP.1.2 Institusjoner innen psykisk helsevern og rusbehandling	.	.	.	.	.	.
HP.2 Sykehjem og andre bolig-/omsorgsinstitusjoner	87,03 %	12,97 %	87,35 %	12,65 %	86,77 %	13,23 %
HP.2.1 Sykehjem	87,03 %	12,97 %	87,35 %	12,65 %	86,77 %	13,23 %
HP.3 Helsetjenester utenfor sykehus	83,04 %	16,96 %	83,34 %	16,66 %	83,51 %	16,49 %
HP.3.1 Legekontor	88,85 %	11,15 %	89,91 %	10,09 %	90,22 %	9,78 %
HP.3.2 Tannlegekontor	28,32 %	71,68 %	26,36 %	73,64 %	27,13 %	72,87 %
HP.3.3 Fysioterapeuter, kiropraktorer og paramedisinsk personell	48,54 %	51,46 %	45,27 %	54,73 %	45,56 %	54,44 %
HP.3.5 Produsenter av hjemmebaserte helsetjenester	97,92 %	2,08 %	98,01 %	1,99 %	97,97 %	2,03 %
HP.4 Produsenter av støttetjenester	94,69 %	5,31 %	94,45 %	5,55 %	94,29 %	5,71 %
HP.4.1 Ambulansetjenester og andre helsetjenester	98,59 %	1,41 %	98,17 %	1,83 %	98,10 %	1,90 %
HP.4.2 Røntgeninstituttt og laboratorier	91,96 %	8,04 %	91,95 %	8,05 %	91,78 %	8,22 %
HP.5 Produksjon og salg av medisinske varer til husholdningene	49,87 %	50,13 %	49,16 %	50,84 %	49,45 %	50,55 %
HP.6 Produsenter av forebyggende helsetjenester	84,43 %	15,57 %	91,02 %	8,98 %	91,12 %	8,88 %
HP.7 Helseadministrasjon mv.	100,00 %	0,00 %	100,00 %	0,00 %	100,00 %	0,00 %
HP.8 Annet	.	.	.	.	.	.
HP.9 Resten av verden	.	.	.	.	.	.

For de postene hvor det ikke har blitt beregnet andeler, er det gjort andre antakelser i forbindelse med fordeling av finansieringsansvaret. Hvordan finansieringsansvaret er estimert og hvilke antakelser som er gjort, er beskrevet i de ulike kategoriens delkapitler i [Kapittel 2](#).

