

STATSTALL.NO

Oppgavekartet

Hvor i forvaltningen hører helseoppgavene hjemme?

Baseline-rapport før Helsereformutvalgets NOU (1. november 2026)

Versjon 2 · kvalitetssikret utgave

Generert 13. juni 2026 · Datagrunnlag: fakta.db — 257 143 kildefestede tallpåstander fra 16 kildeagenter (SSB, Eurostat, DFØ, Helsedirektoratet, Helsetilsynet, Brønnøysund, SCB, DST, Statfin m.fl.) · Kvalitetssikret i to rødt lag-runder, og i v2 uavhengig reproduisert mot rå primærkilde og av en separat analysemotor (kap. 11.10) · Rapporten er et kart, ikke et kompass: den anbefaler ingen modell og skal kunne siteres av alle partier.

1. Sammendrag

Dette er funnene — ikke anbefalinger:

- 1. Norge ligger øverst i Norden på helse målt i kjøpekraftsjusterte forvaltningsutgifter per innbygger (+17–50 % mot SE/DK/FI i 2024), og forskjellen er robust uansett hvordan grensen mellom helse og sosial trekkes (S1 Eurostat, NO-celler raa-flagget; se kap. 3). Samtidig fremstår Norge som Nordens *billigste* helsevesen i prosent av totalt BNP — en ren oljepris-artefakt. Den største enkeltforklaringen på utgiftsforskjellen er langtidspleie/omsorg, ikke sykehusdrift; på forebygging ligger Norge *under* nabosnittet (S2, validert).**
 - 2. Helsekjeden er baktung: 83,5 % av kommunenes 204,5 mrd kr (2023) ligger i omsorgsledet etter sykehusoppholdet; leddene som skal holde folk unna de dyre endene (forebygging, allmennlege, KAD) utgjør 10–16 % av ressursene avhengig av regnskapsramme — 16,4 % av kommunal helse og omsorg, ~10 % av helseregnskapets totalramme (S5 avstemt; S2 validert + A1-supplement). I gråsonen mellom nivåene sto over halvparten av KAD-kapasiteten ubrukt (~133 000 døgn i 2022) samtidig som utskrivningsklare pasienter bandt 195–215 sykehussenger kontinuerlig og hver femte utskrivningsklare pasient ble reinnlagt innen 30 dager (S6, avstemt).**
 - 3. Oppgavekartet (hovedanalysen): skillet i tallene går ikke mellom store og små kommuner generelt, men mellom volumtjenester (institusjon, hjemmetjenester, helsestasjon — ingen målbar smådriftsulempe i enhetskostnad; robuste lokalt) og beredskaps-/spesialfunksjoner (legevakt, KAD, IKT/journal, samfunnsmedisin — som enten viser smådriftspress eller allerede løses over kommunegrensene). Den ene tallmessige kandidaten for nivåflytting er legevakt/allmennlege (f241), med kostnadsgradient 3,3× og 1,85× etter grov sentralitetskontroll (S5/S7/S8, avstemt; kap. 5).**
 - 4. Reformregnskapet: ingen av de fire gjennomførte norske oppgaveflyttingene (2002, 2012, 2020, 2022) viser målbar reduksjon i total kostnad, og insentivinstrumenter mellom forvaltningsnivåene har vist seg ustabile — kommunal medfinansiering er innført og forlatt i både Norge (3 år) og Danmark (vedtatt avvirket etter ~20) (S11/S14, avstemt; kap. 6).**
 - 5. Personell: sykefraværsgapet mellom helse/omsorg og øvrig arbeidsliv tilsvarte 14 800–18 600 årsverk og 9–15 mrd kr i 2024; frigjørbar dokumentasjonstid i sykehus er offisielt anslått til 1 150–3 790 årsverk (kun leger og sykepleiere); det belagte KI-bidraget er i dag under 1 % av personellbehovet mot 2040 (S9 avstemt + Oslo Economics 2025-29; kap. 7).**
 - 6. Demografiregningen: +32 mrd kr/år i 2030 og +102 mrd kr/år i 2040 ved dagens enhetskostnader (kommunal PLO + somatikk, nedre grense). Selv full, samtidig og kostnadsfri realisering av alle målte effektiviserings- og strukturgrep dekker om lag en tredjedel eller mindre (16–35 %) av 2040-regningen. Restgapet er 67–86 mrd kr/år — og det bor i politiske valg om standard, dekning, prioritering og arbeidstilbud, ikke i organisasjonskartet (S12/S4/S5, avstemt + BEREGNET; kap. 9).**
-

2. Slik leser du rapporten

VISER vs. TOLKNING. Alle påstander er merket. *VISER* er hva kildene sier — tall med proveniens (kilde-URL, eksakt spørring, hentetidspunkt i faktalageret). *TOLKNING* er vår lesning — alltid formulert som hypotese eller indikasjon, aldri som kausalpåstand uten belegg. Avledede størrelser er merket *BEREGNET* med åpen metode.

Statuspolitikk (viktig for all tallbruk). Hvert tall i `fakta.db` har en status: `raa` (hentet, ikke kontrollert) → `avstemt` (kildeagentens valideringsanker reproduisert + intern konsistens) → `validert` (i tillegg kryss-kilde-kontroll med avvik < 1 %). Bare 0,4 % av claims er `validert` i streng forstand; analysene hviler i hovedsak på `avstemt`. Det er et deklart metodevedtak — og en reell senking av det opprinnelige kravet om «analyse kun på validerte claims». Hva det betyr, og hvor `raa`-tall unntaksvis er brukt (alltid flagget), står i kapittel 11.

Metodevedtak R1–R4 (fra diagnosen av Eurostat/SSB-avviket, `diagnose-avvik.md`):

- **R1:** Internasjonale sammenligninger bruker kun Eurostat (harmonisert, samme årgang for alle land).
- **R2:** Nasjonale dypdykk bruker kun SSB/norske kilder (ferskest, finest oppløsning).
- **R3:** De to kildene opptreer aldri i samme figur; avviket mellom dem (+2,4–2,8 % på helseformålet) er deklart, ikke skjult.
- **R4:** Alle internasjonale helsefigurer vises som robusthetsbånd — COFOG 07 (helse), 10 (sosial beskyttelse) og 07+10 samlet; SHA-totaler med og uten HC.3 (langtidspleie ført som helse). Konklusjonene er dermed immune mot at land fører pleie og omsorg ulikt.

To målinger som aldri skal blandes: *fristbrudd-trenden* (2,1 % → 10,5 % siden 2017 — en tidsserie) og *tilsynsraten* (lovbrudd i 71,2 % av gjennomførte tilsyn — et nivå fra risikobasert utvalg som ikke kan generaliseres til alle kommuner, og som ikke har noen tidstrend i dataene). Begge brukes i rapporten; de sier ulike ting.

3. Norge i Norden

3.1 Forvaltningsutgifter per innbygger — med R4-bånd

VISER (Eurostat gov_10a_exp via S1, kjøpekraftsjustert med AIC-PPP, BEREGNET PPS; DK/FI validert, NO 07/total og alle SE-celler raa-flagget¹; 2024):

PPS per innbygger, 2024	NO	SE	DK	FI	NO vs SE/DK/FI
COFOG 07 Helse	4 474	3 184	3 820	2 985	+41 % / +17 % / +50 %
COFOG 10 Sosial beskyttelse	11 457	8 233	9 030	10 215	+39 % / +27 % / +12 %
07+10 (R4-bånd)	15 931	11 417	12 849	13 200	+40 % / +24 % / +21 %
Total offentlig forvaltning	29 574	21 710	21 765	22 300	+36 % / +36 % / +33 %

¹ raa-flaggene skyldes en uavklart residual på +2,4–2,8 % mot SSBs nyeste årgang (NO) og at Sverige ikke publiserer nasjonal kontrollserie for totale utgifter; minste konklusjonsbærende avstand i tabellen er 17 % — konklusjonene endres ikke av målesikkerheten (kap. 11).

Norge er høyest i hele R4-båndet — uansett hvor grensen mellom helse og sosial trekkes. Veksten 2010–2024 er også sterkest i Norge på helseformålet (+68 % i PPS per innbygger, mot +48/+38/+43 i SE/DK/FI). Merk samtidig at Norge har høyest totalutgift per innbygger generelt (+33–36 %): helse er ikke et avvik fra et norsk mønster, men en del av det.

3.2 Helsesystemkostnad — med og uten langtidspleie (HC.3-fellen)

Norge fører en uvanlig stor del av eldreomsorgen som *helse* (SHA-funksjon HC.3); andre land fører mer som sosial. Internasjonale helsesammenligninger må derfor vises begge veier:

VISER (Eurostat hlth_sha11_hc via S2; NO validert mot Eurostat celle for celle — 167 celler, 0 avvik; SE/DK/FI avstemt; 2022 = siste fellesår):

PPS per innbygger, 2022	NO	SE	DK	FI	NO vs SE/DK/FI
Helseutgifter med HC.3	5 357	4 380	4 181	3 619	+22 % / +28 % / +48 %
Helseutgifter uten HC.3	3 805	3 172	3 312	2 981	+20 % / +15 % / +28 %
HC.3-andel	29,0 %	27,6 %	20,8 %	17,6 %	

«Norge bruker mest på helse» består testen uten HC.3 — men avstanden til Danmark mer enn halveres (28 → 15 %). En vesentlig del av den norske utgiftsforskjellen er altså omsorgsprofil og føring, ikke sykehus og legetjenester. Per funksjon (S2, validert/avstemt, 2022): langtidspleie ført som helse ligger +71 % over nabosnittet, og samlet langtidspleie (HC.3 + den sosialførte HCR.1 — som nøytraliserer føringsvalget) fortsatt +28/+37/+41 % over SE/DK/FI. Kurativ behandling og rehabilitering ligger +14 % over snittet. Forebygging og folkehelse (HC.6) ligger 16 % under nabosnittet — under både Danmark og Finland (små beløp, kjent avgrensningsstøy; Danmarks 2022-nivå er pandemipåvirket). På ingen enkeltfunksjon er Norge lavest av alle fire.

3.3 Oljefellen

VISER (teller Eurostat S1/S2, raa-flagget; fastlandsnevner SSB 09189, supplerende uttrekk — kun nevner, R3 brytes ikke):

Norge, COFOG 07 i % av BNP	2010	2019	2022	2024
% av totalt BNP	6,4	7,4	5,8	7,2
% av fastlands-BNP	8,0	8,7	9,0	9,3

2022 er lærebokseksempelet: energiprisåret blåste opp totalt BNP slik at helseandelen «falt» til 5,8 % uten at en krone var flyttet. Sammenlignet med SE 7,4 / DK 8,3 / FI 7,7 (2024, totalt BNP) fremstår Norge som Nordens billigste helsevesen i % av BNP — og som det dyreste per innbygger i samme år. Enhver BNP-andel for Norge uten fastlandsvariant er misvisende.

3.4 Hva får vi for forskjellen?

Ventetidsmålene er ikke harmonisert mellom landene — Norge måler gjennomsnittlig ventetid og fristbrudd, Sverige måler vårdgaranti-overholdelse, Danmark udredningsret og «erfaret ventetid». Nivåene kan ikke rangeres; bare retningen *innen hvert lands eget mål* kan sammenlignes (S4/S14, avstemt):

- **Norge:** ventetid somatikk 58,3 dager (2017) → 76,8 (2024); fristbrudd ×5 siden 2017 (2,1 → 10,5 %). NB: pandemi og aktivitetsetterslep er en deklart konfunder for hele den norske serien 2020–2024.
- **Sverige:** svak bedring fra et dårlig nivå (ventende > 90 dager ned 30 % okt. 2022–mars 2026, etter ca. 25 mrd SEK i hovedsak prestasjonsbaserte midler — retningsdata, ikke effektestimater).
- **Danmark:** «erfaret ventetid» 38 dager (Q3 2024), tilbake på før-korona-nivå.

TOLKNING: tallene gir ikke grunnlag for å si at den norske merutgiften kjøper kortere ventetider; den finansierer mest nærliggende et høyt pleie- og omsorgsnivå samt geografi- og beredskapskostnader som disse indikatorene ikke fanger. For skala (BEREGNET, ikke «gevinst»): forvaltningsutgiftsforskjellen NO–DK på helseformålet tilsvarte ≈ 57 mrd kr/år i 2024; SHA-forskjellen uten langtidspålegg ≈ 42 mrd kr/år (2022). Landene har ulik geografi, beredskapskrav og politisk valgt dekningsgrad — regnestykkene viser størrelsesorden, ikke innsparingspotensial.

4. Helsekjeden og gråsonen

4.1 Kjeden i kroner: baktung

VISER (KOSTRA kommunekonsern, SSB 12362 via S5, avstemt, løpende priser):

Ledd i den kommunale kjeden	2015 (mrd)	2023 (mrd)	Andel 2023	Vekst 15–23
Forebygging (f232+233)	4,4	9,9	4,8 %	+123 %
Allmennlege/legevakt m.m. (f241)	11,1	22,7	11,1 %	+105 %
KAD – øyeblikkelig hjelp døgn (f256)	0,5	1,1	0,5 %	+106 %
Omsorg: institusjon (f253+261)	45,7	70,2	34,3 %	+54 %
Omsorg: hjemmetjenester (f254→257/258, skjøttet)	50,5	92,1	45,0 %	+83 %
Omsorg: aktivisering (f234)	5,6	8,5	4,2 %	+52 %
Sum kommunal helse og omsorg	117,8	204,5	100 %	+74 %

Veksten er sterkest i de små leddene foran i kjeden, men nivået domineres av omsorgsledet (170,8 mrd; 83,5 %). Spesialistledet (somatikk) kostet 137,5 mrd kr i 2023 og 147,7 mrd i 2024 (SAMDATA via S4, avstemt) — med +13,7 % aktivitetsvekst 2017–2024 (DRG-poeng), om lag flat real kostnad per DRG-poeng, –10,7 % somatiske døgnplasser (11 675 (2015) → 10 426 (2024); 2017→2024: –8,2 %) og 83 % belegg — døgnplass- og beleggsserien er SSB 13942 via S6, avstemt, ikke SAMDATA. I helseregnskapets totalramme (SHA 2023: 473,8 mrd kr; S2 validert + A1-supplement fra SSB 10814) er mønsteret det samme: sykehus heldøgn 117,6 mrd og langtidspleie (helsedelen) 126,1 mrd i endene; allmennelegetjenester 31,7 mrd og forebygging 12,5 mrd (2,6 %) i midten. Det VISER en prioriteringsprofil; om den er riktig, er et verdispørsmål utenfor rapporten.

4.2 Gråsonen: utskrivningsklare pasienter (UKP)

VISER (Helsedirektoratet via S6, avstemt; betaling BEREGNET = registrerte døgn × sats, øvre anslag): 78 500 somatiske UKP-liggedøgn i 2023 og 71 000 i 2024 — tilsvarende 215 hhv. 195 sykehussenger belagt kontinuerlig i et system med 83 % belegg og fallende sengetall. I tillegg 20 000 → 22 500 døgn i psykisk helsevern/TSB: gråsonen flytter seg dit betalingsplikten er utvidet. Den fakturerbare kommunale betalingen var ≈ 542 mill. kr (2023) og ≈ 537 mill. (2024) for somatikk + PHV/TSB samlet — 0,27 % av kommunal helse og omsorg. Den reelle alternativkostnaden på sykehussiden (sykehusseng ≠ kommunal sats) er bevisst ikke estimert — kildebelagt enhetskostnad per liggedøgn finnes ikke i faktalageret.

4.3 KAD-paradokset

VISER (S6/S5, avstemt; beregninger flagget):

	Verdi	År
KAD-plasser / enheter	688 / 194	2022
KAD-belegg nasjonalt	47 % (42 % i 2019)	2022
Ledige KAD-døgn (BEREGNET)	≈ 133 000	2022
Somatisk sykehusbelegg	82–83 %	2022/2024
Kostnad per belagt KAD-døgn (BEREGNET, størrelsesorden)	≈ 8 530 kr	2022
UKP-sats kommunene betaler sykehus	5 306 kr	2022

Det sto flere ubrukte KAD-døgn nasjonalt enn det fantes UKP-døgn totalt. TOLKNING med tre bindende presiseringer: (1) KAD er hjemlet som alternativ til *innleggelse*, ikke som mottak av utskrivningsklare — ledig KAD-kapasitet kan ikke uten videre «absorbere» UKP-pasienter; ulik modell er ikke feil modell. (2) Geografien er asymmetrisk: KAD-belegget er høyest der sykehuspresset er størst (Sør-Øst 53 %/87 %) og lavest i Midt/Nord. (3) Kostnadstallet kombinerer to kilder med ulik avgrensning. Samlet er dette en indikasjon på at gråsonekapasiteten er underutnyttet og ujevnt fordelt i forhold til presset — ikke at den mangler, og ikke at noen har «plassert feil».

4.4 Reinnleggesgapet — kvalitetskostnaden i gråsonen

VISER (Hdir via S6, avstemt): reinnleggelse (ø-hjelp ≤ 30 dager) blant utskrivningsklare: 16,2 % (2012) → 17,8 % (2017) → 21,7 % (2022); øvrige pasienter lå stabilt på 8–9 %. Gapet økte fra 7,2 til 9,6 prosentpoeng 2012–2017; nasjonal indikator er avvirket etter 2019, så serien har hull. Hver femte utskrivningsklare pasient kommer tilbake som ø-hjelp innen 30 dager — friksjonen ved overgangen sykehus→kommune øker både i volum og kvalitet.

4.5 Helsefellesskapene: gråsonen uten styringsdata

VISER (S6): de 19 helsefellesskapene — strukturen som skal styre gråsonen — publiserer ikke noe maskinlesbart, harmonisert tallgrunnlag; to representative styringsdokumenter hadde null treff på «utskrivningsklar», «reinnleggelse» og «liggedøgn». Dobbelarbeid mellom nivåene kan dermed ikke kvantifiseres fra åpne kilder. At styringsinformasjonen for gråsonen ikke finnes samlet, er i seg selv et funn om samhandlingsreformens oppfølgingsregime.

5. Oppgavekartet (hovedkapitlet)

Hovedanalysen klassifiserer hver kommunal helse- og omsorgsoppgave etter tre uavhengige pilarer: (a) smådriftskurve – enhetskostnad mot kommunestørrelse (KOSTRA 2024, endelige tall, 357 kommuner; S5, avstemt), (b) lovbruddsrate i tilsyn (368 størrelseskoblede tilsynsrapporter 2020–2026; S7, avstemt), (c) interkommunal organisering (Enhetsregisteret; S8, avstemt). Klassifiseringsreglene er deklarerert og anvendt mekanisk (terskler i A3 §1); kategoriene er deskriptive.

Tre bindende lesehjelper: (i) Tilsyn er *risikobasert* – ratene viser hvor tilsynet finner svikt, ikke forekomsten i alle kommuner; nivåolkning frarådes. (ii) S8-andelene er størrelsesordener med *motstridende skjevheter*: vertskommuneavtaler uten egen registerenhet er usynlige (trekker andelen ned), mens undertalt egenregi i nevneren trekker den opp. (iii) Smådriftskurvene er kontrollert for sentralitet i tre grove bånd (SSB KLASS 1417) – men reiseavstand og behovssammensetning *innen* bånd er ikke kontrollert; «består sentralitetskontrollen» betyr derfor «består innen grov kontroll», ikke mer.

5.1 Bakteppet: lovbrudd mot kommunestørrelse

VISER (S7, avstemt; gjennomførte tilsyn, kommunal helse/omsorg 2020–2026):

Kommunestørrelse	Rapporter	Lovbrudd	Rate
under 2 000	45	39	86,7 %
2 000–4 999	82	56	68,3 %
5 000–9 999	60	41	68,3 %
10 000–19 999	62	41	66,1 %
20 000–49 999	69	54	78,3 %
50 000+	50	31	62,0 %
Totalt	368	262	71,2 %

De minste kommunene ligger høyest også innen båndet «minst sentral» (86,7 % mot 67,6 % i gruppene 2 000–9 999), men sammenhengen er ikke monoton (20 000–49 999 ligger nest høyest). Risikobasert utvalg kan både forsterke og dempe gradienten.

5.2 Samlet oppgavekart

Oppgave	Smådriftsgradient G_u	Innen sentralitetsbånd G_s	Lovbrudd, tema (n ≥ 10)	Interkomm. andel (S8)*	
Institusjonsomsorg (f253)	1,25	1,12	72,9 % (51/70)	umålt	robust lokal
Hjemmetjenester (f257+258)	0,76	0,71	63,0 % (51/81)	umålt	robust lokal
Helsestasjon/skolehelse (f232)	1,30	0,99	udekket (n=2)	umålt	robust lokal
Annet forebyggende (f233)	1,07	1,15	udekket	umålt	robust lokal
KAD (f256)	(svak proxy)	—	udekket	37,8 % uten ført utgift	de facto regionalisert
IKT/journal	udekket	—	57,7/56,9 % (under sektorrate)	33,3 %	de facto regionalisert
Legevakt/allmennlege (f241)	3,29	1,85	100 % (14/14, lav n!) · 85 % (17/20)	22,7 %	kandidat for nivåflytting†
Jordmor (del av f232)	udekket	—	udekket	dekning 98,7– 100 %	grensesone
Samfunnsmedisin/kommuneoverlege	udekket	—	udekket	1–2 % sporbart	grensesone

* Størrelsesorden med motstridende skjevheter (se over). † Deskriptiv kategori: tallene viser press på dagens nivåplassering — flytting OG utvidet samarbeid er mulige svar; kategorien anbefaler ikke.

5.3 Volumtjenestene: ingen smådriftsulempe der pengene ligger

- **Institusjonsomsorg (S5, avstemt; kr per oppholdsdøgn, median):** 6 281 i kommuner under 2 000 innbyggere mot 5 043 i 50 000+ — gradient 1,25 ukontrollert, 1,12 innen minst sentrale bånd, og det alternative enhetskostnadsmålet (per kommunal plass) gir 0,95: ingen smådriftsulempe i det målet. Tilsystemaet sykehjem ligger 1,7 pp over sektorrate — innenfor støymarginen.
- **Hjemmetjenester (BEREGNET: f257+258-utgift per mottaker, n=354):** 340 904 kr i de minste mot 447 981 kr i de største kommunene — kostnaden per mottaker er *lavere* i små kommuner (G_u 0,76; består innen bånd). Per-innbyggerforskjellen som ofte siteres, er demografi (flere eldre per innbygger), ikke enhetskostnad. VISER ikke hvorfor: tildelingspraksis, brukersammensetning og reisetid kan ikke skilles ut — samvariasjon, ikke målt effektivitet.
- **Helsestasjon/skolehelse:** gradient 1,30 ukontrollert, men 0,99 innen minst sentrale bånd — flat. Dekningen av helsestasjon-for-ungdom er bedret mest blant de minste (59 % → 74 % 2020–2024; S7/SSB 13533).

TOLKNING: volumtjenestene — ca. 209 mrd kr-sektoren der demografiregningen kommer — ser ut til å skalere ned. Med disse tallene kan strukturgrep ikke regnes hjem i volumtjenestene.

5.4 Beredskaps- og spesialfunksjonene: presset er her

- **Legevakt/allmennlege (f241)** har den klart bratteste smådriftskurven i helse/omsorg: median 11 147 kr per innbygger i kommuner under 2 000 mot 3 386 kr i 50 000+ (G_u = 3,29). Den består innen grov sentralitetskontroll (G_s = 1,85 i minst sentrale bånd; 1,32 i mellombåndet) — men reiseavstand og behov innen bånd er ikke kontrollert, så en del av 1,85 kan være geografi/beredskap, ikke smådrift. Tilsyn: legevakt/akutt 14 av 14 rapporter med lovbrudd (lav n — med n=14 er usikkerheten stor) og legetjenester utenfor sykehus 17 av 20 (85 %) — begge godt over sektorrate. Organisering: 22,7 % av registrerte enheter er sporbart interkommunale — den mest enhets-organiserte interkommunale helseoppgaven. Alle tre pilarer peker samme vei → kandidat for nivåflytting etter de deklarte

tallkriteriene. Bindende forbehold: f241 omfatter fastlege, legevakt, fysioterapi og rehabilitering samlet og kan ikke dekomponeres i KOSTRA; en vesentlig del av gradienten kan ligge i rekrutteringskostnader for allmennleger i distrikt, ikke i legevaktberedskapen.

- **KAD (f256):** 37,8 % av kommunene fører ingen egen KAD-utgift – monotont fra 72,0 % blant de minste via 39,4/35,2/22,7/14,9 % til 0,0 % blant de største (BEREGNET på utgiftsbeløp, ikke avrundede indikatorer; rettet etter rødt lags etterregning). TOLKNING: driften ligger hos vertskommuner/over kommunegrensen – indikasjon på de facto regionalisering, ikke på manglende tilbud (73 % av kommunene hadde tilbud i 2020, NOU 2023:9 via S7).
- **IKT/journal:** allerede den mest selskapsorganiserte oppgaven (33,3 % av registrerte enheter interkommunale; IKS dominerer) – i tråd med stordriftsargument i investering og kompetanse; kostnadsdata mangler.
- **Jordmor og samfunnsmedisin:** kartets blinde flekker – tilbudet finnes nær overalt (jordmordekning 98,7–100 %), men datagrunnlaget kan ikke avgjøre om det løses lokalt eller over kommunegrensen. Samfunnsmedisin er den dårligst belyste oppgaven i kartet.

5.5 Mønsteret i én setning

Skillet går mellom volumtjenester (robuste lokalt – ingen målbar smådriftsulempe) og beredskaps-/spesialfunksjoner med minstebemanning uavhengig av folketall (smådriftspress eller allerede regionalisert nedenfra). De facto-regionaliseringen er kommunenes egen tilpasning innenfor generalistkommuneprinsippet – tallene beskriver den, de rangerer den ikke.

6. Reformregnskapet: hva flyttingene målbart gjorde

Kausalitetsdisiplin: før/etter er ikke effekt. Ingen av sammenligningene har kontrollgruppe; konfundere (demografi, pandemi, pris- og lønnsvekst, registreringsendringer) er deklartert per reform. Alt under TOLKNING er hypoteser forenlige med tallene.

6.1 Foretaksreformen 2002 — oppgave flyttet OPP

VISER (SSB 10725 via S11, avstemt²): sykehusutgiftene (COFOG 07.3) byttet sektor over natten — stat 32,1 → 59,6 mrd, kommuneforvaltning 74,7 → 29,1 mrd — mens konsolidert offentlig forvaltning var kontinuerlig (86,1 → 86,0 mrd; -0,06 %). Flyttingen var kostnadsnøytral i konsolidert regnskap det første året. Real utgiftsvekst (BEREGNET, KPI-deflatert): +7,3 %/år 1996–2000 → +1,9 %/år 2002–2007; årsverksvekst +3,7 → +2,3 %/år. Forenlig med at foretaksmodellen bremsset veksttaket — men før-perioden var en bevisst opptrappingsperiode, og årsaksattribusjon er ikke mulig.

² Deklarert avvik fra metodevedtak R2: 2002-banene bygger på avslutta serie 10725 (etterfølgeren 14669 mangler undergruppe 07.3 per delsektor). CAGR-ene er beregnet i 10725-årgangen og er revisjonsfølsomme: SSBs hovedrevisjon 2026 endret COFOG 07-nivået med ~2,5 % og kan flytte banene noe. Retningen er robust (samme årgang på begge sider av bruddet); se kap. 11.

6.2 Samhandlingsreformen 2012 — oppgaver og insentiver flyttet NED

VISER (S11/S6, avstemt): kommunal medfinansiering: 0 → 5,1/5,3/5,5 mrd kr/år (2012–2014) → avvirket 2015; sum 15,9 mrd kr (BEREGNET) over ordningens tre leveår. UKP-betalingsplikten består (≈ 0,5 mrd kr/år), men nivåfall over 2012-grensen er ikke sammenlignbare — nesten hele «veksten» i UKP-opphold 2012–2017 er registreringsendring (opphold med mottak samme dag: 30 702 → 92 880; kildens egen tolkning). KAD-utgiftene vokste fra 39,8 mill. (2012) til ~1,1 mrd kr/år — og står med 47 % belegg (kap. 4.3). Reinnleggelsesgapet økte (kap. 4.4).

Nordisk dobbel-empiri (S14, avstemt): Danmark innførte aktivitetsbestemt kommunal medfinansiering i 2007 (~17 % av regionfinansieringen) og vedtok i 2024 å avskaffe den fra 2027. To land har uavhengig av hverandre innført og deretter forlatt samme finansieringsinstrument mellom nivåene — Norge etter 3 år, Danmark etter ~20. Danmark 2024-reformen flytter dessuten gråsonepgaver opp fra kommunene — motsatt retning av 2012-logikken. Ulik modell er ikke feil modell, men retningsskiftene er dokumenterbare fakta.

6.3 Oppvekstreformen 2022 — finansieringsansvar flyttet NED

VISER (statsregnskap/KOSTRA via S11, avstemt): kommunale egenandeler til Bufetat 1 418 mill. (2021) → 2 017 mill. (2022, +42 %) → 2 654 mill. kr (2024) — flyttingen er eksakt sporbar. Men totalkostnaden stat+kommune fortsatte å vokse: +12,5 % realt 2021–2024 (BEREGNET, KPI-deflatert, på uavrundede verdier), og statens kjøp av private barnevernstjenester økte +48 % (2 871 → 4 245 mill. kr 2022–2024). Tallene gir ingen indikasjon på at flytting av finansieringsansvar i seg selv bøyde kostnadsbanen nedover de tre første årene; prisvekst og pandemietterslep er deklarte konfundere.

6.4 Kemner-presedensen 2020 — det reneste flyttecaset OPP

VISER (Prop. 1 S FIN via S11, avstemt): skatteoppkrevingen kommune → stat 1.11.2020. Statlig styrking 558,3 mill. kr (herav 130 mill. engangs); kommunerammen redusert 644,4 mill.; beregnet gevinst 86,1 mill. (2020) / 370,1 mill. kr/år helårsvirkning; 918 planlagte statlige årsverk; ~190 overtallige årsverk; fem måneders utsettelse. Gevinsten er en forhåndskalkyle fra Finansdepartementet — aldri etterprøvd. Kommunenes førkostnad lå ikke på egen KOSTRA-funksjon og kan ikke rekonstrueres: kausalregnskapet for Norges reneste flyttecaset kan ikke lukkes med offentlig tilgjengelige tall — i seg selv et funn om evaluerbarhet.

6.5 ISF-omleggingen 2025 — pågående eksperiment

VISER (DFØ via S3, avstemt): ISF-andelen av basis+ISF (kap. 732) falt fra 26,8 % (2021) til 15,5 % (2025); formell sats somatikk 40 → 30 % fra 2025 (S13-verifisert). 2025 er første regnskapsår — det finnes ingen etter-bane å måle ennå. Retningen (aktivitetsbasert andel ned, ramme opp) peker samme vei som Danmarks avvikling av nærhedsfinansiering og KMF. Baseline er låst nå; effekten på produktivitet og ventetid er hovedetterprøvingpunktet når NOU-en kommer.

6.6 Fem mønstre på tvers (TOLKNING, nøytral)

1. Regnskapssporbarhet avgjør evaluerbarhet: 2002 og 2022 er eksakt sporbare (egen funksjon/post); UKP-betalinger og kemner-førkostnad er det ikke. Et NOU-forslag uten definert regnskapsspor vil ikke kunne etterprøves.
 2. Ingen av de fire flyttingene viser målbar reduksjon i total kostnad. Gevinstanslag bør kreve eksplisitt mekanisme (som stordrift i transaksjonstunge oppgaver i kemner-casen).
 3. Incentivinstrumenter mellom nivåene har vist seg ustabile (KMF forlatt i to land; ISF nedjustert; gråsonen flytter seg dit betalingsplikten utvides).
 4. Friksjon ved flytting opp er reell, tallfestbar — og forbigående (190 årsverk, 5 mnd, 130 mill.); gråsonestruktur i 2012-modellen vokser derimot over tid.
 5. Registrerings- og definisjonsendringer følger alltid med reformer — baseline må låses før vedtak.
-

7. Personell og tidstyver

Rammen (NOU 2023:4 via S9, sitatverifisert, avstemt): 314 547 avtalte årsverk i offentlig finansierte helse- og omsorgstjenester i 2019; referansebane +145 000 årsverk til 2040 (til 18 % av alle sysselsatte); sykepleierunderskudd 2040 anslått 9 500–50 000 årsverk. Alle tiltak under må leses mot denne rammen.

7.1 Sykefraværsgapet i kroner

VISER (SSB 12440 via S9, avstemt; kronesetting BEREGNET med NR-lønnsdata, SSB 09174-supplement): helse- og sosialtjenester hadde 9,65 % tapte dagsverk i 2024 mot 6,75 % i alle næringer — gap 2,9 prosentpoeng (3,65 pp mot øvrige næringer). Gapet har ligget 2,4–3,1 pp hvert år siden 2015: strukturelt, ikke konjunkturtelt. Det tilsvarte i 2024 14 800–18 600 årsverk og en lønnskostnadsverdi på 9,2–15,3 mrd kr/år (sentralanslag ~12 mrd). Bindende forbehold: gapet er ikke justert for sammensetning (kvinneandel, turnus, belastning) — tallet er en øvre ramme for hva utligning er verdt, ikke et realistisk gevinstanslag. Selv full (urealistisk) utligning tilsvarer 10–13 % av +145 000-banen.

7.2 Dokumentasjonstid — med offisielt belegg

Viktig negativt funn først: det finnes ingen offisiell nasjonal tidsbruksundersøkelse for dokumentasjon i helsetjenesten; Helsedirektoratet bekrefter selv (2025) at informasjonsgrunnet mangler. Punktanslag for total dokumentasjonstid kan derfor ikke gis med kildedekning. Det som ER offisielt tallfestet, er *frigjørbar* tid: Oslo Economics for HOD (rapport 2025-29, Ventetidsløftet) anslår at dokumentasjon/beslutningsstøtte/koordinering kan frigjøre 5 % (2–8) av legenes og 4 % (2–6) av sykepleiernes arbeidstid i sykehus; alle tidstykategorier samlet 15–17 % (spenn 6–28). Kronesatt (BEREGNET, kun leger+sykepleiere i spesialisthelsetjenesten, NR-lønnskostnad): dokumentasjonskategorien 1 150–3 790 årsverk ≈ 1,1–3,5 mrd kr/år; alle kategorier 4 700–15 600 årsverk ≈ 4,4–14,5 mrd kr/år. OE-anslagene bygger på intervjuer og regneeksempler, ikke tidsmålinger; den (større) kommunale sektoren har ingen tilsvarende offisiell analyse — totalen er høyere, men kan ikke tallfestes uten kilde.

7.3 Vikarbanen

VISER (SSB 08210 via S9, avstemt, nominelt): utleieforetakenes helseomsetning 1,6 mrd (2019) → 6,1 mrd (2022) → 5,2 mrd kr (2024); antall utleide sykepleiere (4. kv.) er tilbake på 2019-nivå mens omsetningen er drøyt tre ganger høyere — konsistent med dyrere innleie per hode (hypotese). Konfundere: pandemi, innleieinnstrammingen 2023, prisvekst; 08210 måler utleierens omsetning, ikke helseforetakenes kjøp (Doffin-data udekket). NOU 2023:4: vikarbruken er konsentrert (deler av Nord-Norge, enkelte yrkesgrupper), ikke jevnt fordelt.

7.4 KI og teknologi — nøkternt

Offisielt tallfestet i dag (S9/A5, kun offisielle kilder): KI-basert journalskriving i psykisk helsevern kan frigjøre 243–1 427 årsverk (OE 2025-29); Nasjonalt velferdsteknologiprogram frigjorde ~96 årsverk i deltakerkommunene 2020–2021 — mens den elektroniske medisindispenseren i minst én dokumentert kommune kostet mer enn den sparte (totalkostnaden oversteg innsparingen), til tross for positiv tids- og klinisk effekt (det tidligere siterte presise forholdstallet «180 % av innsparingen» lot seg ikke gjenfinne i en levende primærkilde per juni 2026 og er derfor nedtonet til denne kvalitative formuleringen — se kap. 11 og [verifikasjon.md](#)). Statsrådssvar til Stortinget (2.7.2025): «Det finnes ingen nasjonal oversikt over hvor mange årsverk norske sykehus kan spare ved å ta i bruk kunstig intelligens.» Helsepersonellkommissjonen finner «paradoksalt nok få eksempler» på teknologi som har redusert arbeidsinnsats, og Riksrevisjonen (Dok 3:6 (2023–2024)) dokumenterer dobbeltdokumentasjon som utbredt tidstyv. TOLKNING: KI har et reelt, men foreløpig udokumentert potensial; ingen offisiell kilde gir grunnlag for å regne KI-gevinster i tusentalls årsverk på sektornivå i dag — mot +145 000-banen er det belagte bidraget under 1 %. Gevinster må *velges* tatt ut; de kommer ikke av seg selv.

8. Bruk av private (kort)

Deklarasjon: Dette feltet fikk ingen egen analytiker i baselinen — kapitlet bygger direkte på kildeagent S10s uttrekk (1 383 claims, avstemt i Fase 2; full kildelogg i [kilder/S10.md](#)). En fullverdig analyse av bruk av private kommer i hurtigresponen (L2) når NOU-en foreligger.

VISER (S10):

- **Kommunal sektor (KOSTRA art 370 «kjøp fra andre (private)», SSB 12367):** 13,1 mrd kr (2015) → 26,1 mrd (2024); andel av brutto driftsutgifter 11,1 % → 12,5 %. Retningen er todelt: privat-andelen i *institusjon* falt (12,7 % (2015) → 9,1 % (2024); 9,3 % i foreløpige 2025-tall), mens *hjemmetjenester/bofellesskap* steg (7,8 → 13,4 %; seriebrudd 2024 flagget). Allmennlegefunksjonen (f241, inkl. fastlegeordningen) har stabilt høyest privat-andel: ~27 % hele perioden. NB: art 370 fanger kjøp som erstatter egenproduksjon — ikke alt privat innslag, og skiller ikke ideell/kommersiell.
- **Spesialisthelsetjenesten (SSB 14022):** kjøp av private helsetjenester 19,5 mrd kr i 2024; andelen av totale driftskostnader var stabil på 10,2–10,7 % 2015–2022, deretter 10,1 % (2023) og 9,7 % (2024). Etter FBV-avviklingen vokste privatkjøpene +5,1 % nominelt 2022–2024 mot +12,6 % for totale driftskostnader — andelen falt, men fallet er drevet av sterk kostnadsvekst i egen drift; kausalitet ikke etablert.
- **Fritt behandlingsvalg-regnskapet (Helsedirektoratet/KUHR):** 116 pasienter og 8,3 mill. kr (2015) → 25 952 pasienter og 660,8 mill. kr (2022) — dvs. ca. 0,35 % av spesialisthelsetjenestens driftskostnader på det meste. Somatikk dominerte i antall (94 %), rusbehandling i kroner (59 %); Helse Sør-Øst sto for 75 %. Ved avviklingen 1.1.2023 falt pasienttallet -78 %, men refusjonene bare -5 % første tertial: institusjonsbasert rus/psykiatri hadde lang hale under overgangsordningen.
- **Avtalespesialister (SSB 14045, avslutta serie):** avtalte årsverk nær flate over 20 år — 1 112 (2002) → 1 259 (2022), +13 % — mens aktiviteten i spesialisthelsetjenesten vokste betydelig. Kapasiteten har ikke fulgt aktivitetsveksten.

TOLKNING (varsom): omfanget av private i offentlig finansiert helsetjeneste er, målt i andeler, påfallende stabilt gjennom et tiår med skiftende politikk — FBV-ordningen var for liten i kroner til å flytte totalbildet, og veksten i kommunalt privatkjøp ligger i hjemmetjenester, ikke institusjon. Tallene beskriver omfang og retning; de sier ingenting om hva som er riktig nivå.

9. Regningen mot 2030/2040 — og restgapet

9.1 Hva stresstesten er

En regning på dagens enhetskostnader og bruksmønstre: konstant standard, dekningsgrad, produktivitet og oppgavefordeling (TBU-metoden, utvidet til somatikk). Ikke en prognose — den sier hva som må dekkes *før* effektivisering, standardendring eller omprioritering.

9.2 Regningen

VISER/BEREGNET (S12 avstemt — TBU-tallene reproduisert innenfor avrunding; somatikk-utvidelsen BEREGNET av A6 med aldersspesifikke bruksrater fra SSB 10261 × framskrivning 14282, kostnadsbase SAMDATA 147,7 mrd; S4 avstemt):

Endring per år fra i dag	2030 (MMM)	2040 (MMM)	Spenn 2040 (LLL-HHH)
Kommunal pleie og omsorg (TBU, brutto, 2025-kr)	+19,6 mrd	+70,6 mrd	53,4–88,7
Somatikk (hovedbane, 2024-kr)	+12,4 mrd	+31,4 mrd	18,8–43,1
Sum	+32,0 mrd	+102,0 mrd	72,2–131,8

Bakteppet er aldersbæreevnen: 12,0 personer 20–66 år per innbygger 80+ i 2026 → 7,6 i 2040; 80+-befolkningen vokser med ~193 000 til 2040. En 80-åring genererer ~6 ganger så mange døgnopphold som en 30-åring — og selv i lavalternativet, der totalbefolkningen ikke vokser, er somatikkregningen +18,8 mrd: **aldringen kommer uansett.** Summen er en *nedre grense* (psykisk helsevern, TSB, rehabilitering, kommunehelse utenom PLO og privatfinansiert er ikke framskrevet) og blander 2025-kr (PLO) og 2024-kr (somatikk) — ett års prisavvik som trekker konservativt. Som årsverk tilsvarer PLO-regningen 2040 alene ~63 000 årsverk (grov BEREGNET kryssjekk) — konsistent med Helsepersonellkomisjonens +145 000 for hele sektoren.

9.3 Grepene: tak, ikke gevinstanslag

Alle tall er maksimalpotensial under eksplisitte, urealistiske forutsetninger; komponentene overlapper og kan ikke summeres som realiserbar gevinst:

Grep	Maksimalt tak (per år, dagens nivå)	Kilde
1. Nivå-/strukturgrep legevakt/allmennlege (f241)	2,9 mrd (sentralitetsjustert; teoretisk tak 5,6)	A3/A6, BEREGNET (S5 avstemt)
2. Strukturgrep volumtjenestene (~209 mrd-sektoren)	≈ 0 belagt — ingen smådriftsulempe å høste	A3 (S5/S7, avstemt)
3. Full utligning av sykefraværsgapet	9,2–15,3 mrd	A5 (S9 avstemt, BEREGNET)
4. Alle tidstyver, sykehus (leger+sykepleiere)	4,4–14,5 mrd	A5/OE 2025-29, BEREGNET
5. KI (delmengde av 4; offisielt tallfestet)	243–1 427 årsverk	OE 2025-29

Maks-sum av grep 1+3+4: 16,5–35,4 mrd kr/år — der den øvre summen bruker det *teoretiske* f241-taket (5,6); med det sentralitetsjusterte taket er øvre sum 32,7 mrd. Takene er 2024-nivåer som ikke skaleres mot 2040 (å skalere dem ville kreve forutsetninger ingen kilde gir). Summen er en øvre grense på en øvre grense: full, samtidig og kostnadsfri realisering av overlappende maksimalanslag.

9.4 Restgapet — ærlig konklusjon

Mot 2030-regningen (32 mrd) kan maksimalanslagene på papiret strekke til. Mot 2040-regningen (102 mrd) dekker de om lag en tredjedel eller mindre (16–35 %). Restgapet er 67–86 mrd kr/år (69–86 med sentralitetsjustert f241-tak) — og 102-tallet er selv en nedre grense.

TOLKNING — konstruert ubehagelig for alle posisjoner, med hensikt:

- *For struktur-/nivåflyttingsposisjonen:* den eneste tallfestede flyttegevinsten har et tak på ~3 mrd/år — under 3 % av 2040-regningen. Volumtjenestene, der pengene ligger, viser ingen smådriftsulempe å høste.
 - *For effektiviserings-/KI-posisjonen:* selv full fjerning av alle målte tidstyver pluss full utligning av sykefraværsgapet dekker om lag en tredjedel eller mindre av 2040-regningen, og det belagte KI-bidraget er i dag marginalt. Målt somatikk-produktivitet har vært om lag flat 2017–2024 (S4, avstemt) — en antakelse om at produktivitetsvekst «tar resten», har ikke støtte i de siste sju årenes tall.
 - *For «mer penger»-posisjonen:* regningen er ikke bare kroner, men hender — ~63 000 PLO-årsverk i 2040, mens aldersbæreevnen faller til 7,6 og Sverige og Danmark aldres parallelt og konkurrerer om samme arbeidskraft. Arbeidskraften finnes ikke å kjøpe i det omfanget, uavhengig av bevilgningsvilje.
 - *Det som gjenstår,* må komme fra standard- og dekningsgradsvalg, prioritering mellom sektorer (synkende barnekull gir beregnede mindreutgifter i barnehage/skole), økt arbeidstilbud eller produktivitet utover historisk trend. Tallene avgjør ikke kombinasjonen — men de viser at NOU-debatten må handle om restgapet, ikke bare om grepene.
-

10. Handlingsrommet: tre lag

Handlingsromskartet (fase 4, [analyse/fase4_handlingsrom.md](#)) deler det nasjonale handlingsrommet i tre lag. Ingen kategori er en dom; intet tiltak anbefales.

10.1 Lag 1 – de bundne gulvene

Forsvarlighetskravet, pasient- og brukerrettighetene, Grunnloven § 49 (kommunalt selvstyre) og EØS-forpliktelsene (sistnevnte ikke claim-verifisert – deklarerert hull). Gulvene binder tjenestens *innhold*, ikke *organiseringen* – derfor er nesten hele NOU-mandatet reelt valgbart. Det empiriske trykket på gulvene er målbart, men de to målingene må holdes adskilt: fristbrudd har økt fra 2,1 til 10,5 % siden 2017 (tidsserie; S4, avstemt – pandemikonfunder deklarerert), og gjennomførte tilsyn finner lovbrudd i 71,2 % av tilfellene (nivå fra risikobasert utvalg – kan ikke generaliseres; S7, avstemt). Ingen av delene sier noe om årsak eller modell.

10.2 Lag 2 – lovpålagt oppgave, valgfri organisering (her bor NOU-debatten)

Elleve tiltak i fire dimensjoner; intervallene er maksimaltak, ikke anslag (full tabell med hjemmel/presedens/friksjon/reverserbarhet i fase 4-notatet og [site/data/handlingsrom.json](#)):

Dimensjon	Tiltak (utvalg)	Belagt størrelse
Nivåplassering	Legevakt/allmennlege (T1)	tak 0–2,9 mrd/år (teoretisk 5,6)
	Volumtjenestene (T3)	≈ 0 belagt gevinst – juridisk åpent, empirisk tomt
	Gråsonekapasiteten KAD/UKP (T2)	omfordelingsmasse ≈ 1,1 + 0,5 mrd/år; samordnings-, ikke kuttspotensial
Finansiering	ISF-andelen (T5)	post 76 = 33,5 mrd (2026) mot basis 173,4 mrd; lav hjemmelsterskel, høy reverserbarhet
	Skille investering/drift (T6)	berørt balanse 2024: 63,0 mrd HOD-gjeld + 20,2 mrd driftskreditt; investeringer 23,3 mrd/år (S4, avstemt). Stortinget har alt bundet retning (Innst. 102 S (2025–2026), flertallsvedtak)
	Betalingsinstrumenter mellom nivåene (T8)	berørt strøm ≈ 0,5 mrd/år; reversering empirisk demonstrert (KMF)
Struktur	Antall RHF/HF (T9)	omstillingskostnad udekket; «avvikle»-blokken har uforenlige alternativer (KONTEKST, S15)
	Helsefelleskapene (T10)	publiserer ikke styringsdata; dansk skala-referanse 6,8 mrd DKK/8 år
Tilskudd	Konsolidering av HOD-tilskuddsporteføljen (T11)	poster med utbetaling 96 (2021) → 84 (2025); post-telling er nedre grense for antall ordninger

Presedensene er tallfestet (kap. 6): kemner-flyttingen (gevinst 370 mill./år – forhåndskalkyle, aldri etterprøvd; friksjon 190 årsverk/5 mnd/130 mill.), 2002 (sporbar, kostnadsnøytral i konsolidert regnskap), KMF Norge og Danmark (begge forlatt), oppvekstreformen (+12,5 % reelt etter flytting), Danmarks budgetlov og 2027-struktur (sekundærkilder, flagget), Sveriges SOU 2025:62 (fraråder delvis statlig huvudmannskap).

Kartets viktigste enkeltpunkt: Lag 2-debatten om nivåplassering handler maksimalt om ~3 mrd/år av en 2040-regning på ~102 mrd/år. Finansierings- og strukturvalgene er reelle og store i *omfordeling*, men ingen kilde tallfester at de bøyer totalkostnadsbanen – de fire norske presedensene viser det motsatte.

Friksjon og reverserbarhet er asymmetriske: budsjettvedtak og forskrifter er lavfriksjon og er blitt reversert; strukturgrep er høyfriksjon og i praksis irreversible (ingen nordisk strukturreform i materialet er reversert). Et kartnøytralt faktum: jo større omstilling, desto svakere er det empiriske belegget for gevinst i vårt materiale.

10.3 Lag 3 — politisk frie valg

Her setter tallene priser, ikke grenser: standard og dekningsgrad over minstegulvet (restgapet 67–86 mrd bor her), bruk av private (kap. 8), egenandeler (udekket i faktalageret), prioritering mellom sektorer, og lønn/arbeidsvilkår/arbeidstilbud. Hvor stor andel av demografiregningen som er gulvbundet minstenivå kontra politisk valgt standard, finnes ikke i noen kilde — et sentralt udekket databehov for hele NOU-debatten.

Nøytralitetstest, eksplisitt: kartet gir belegg for å sitere både at dagens modell har målbare, voksende fristbrudd (et reformargument) og at ingen dokumentert reform har redusert totalkostnaden (et varsomhetsargument). Begge deler er sanne samtidig; rapporten velger ikke mellom dem.

11. Metode og forbehold

Dette kapitlet samler alle deklarererte avvik og svakheter. Det er skrevet for å bli angrepet.

11.1 Faktalager og statuspolitikk

`fakta.db` inneholder 257 143 claims fra 16 kildeagenter (0 parsefeil, 0 kryssagent-kollisjoner med ulik verdi; siste innlastingsbatch var 255 090 claims — S1s 2 053 lå allerede i basen). Statusfordeling: avstemt 254 338 · validert 969 · raa 1 701 · forkastet 135. Den opprinnelige arbeidsregelen krevde «analyse kun på validerte claims». Fase 2 omdefinerte dette til validering på *serienivå*: `avstemt` = kildeagentens valideringsanker reproduisert + intern konsistens; `validert` = i tillegg kryss-kilde-kontroll < 1 % (oppnådd for SHA Norge mot Eurostat — 167 celler, 0 avvik; Eurostat-COFOG for DK/FI mot nasjonale byråer; befolkning SSB=Eurostat). Bare 0,4 % av claims er validert i streng forstand; praktisk talt hele analysen hviler på avstemt. Det er et dokumentert metodevedtak — og en reell senking av det opprinnelige valideringskravet. Beregnede claims forblir maksimalt avstemt.

`naa`-claims er brukt ett sted: A2s COFOG-tabeller (Norges 07/total-celler, alle Sverige-celler og alle %-av-BNP-tall) — flagget per rad i tekst og JSON, med robusthetsargument: minste konklusjonsbærende avstand er 17 %, mot maksimal måleusikkerhet 2,8 %. `forkastet` (135 celler fra avslutta SSB-serie 10725 i S1s kontroll) er ikke brukt av noen analyse.

11.2 Eurostat/SSB-avviket og metodevedtakene R1–R4

S1s kontroll av Eurostat mot SSB 10725 ga 45 avvik (GF07 -9 %, GF10 +5 %, systematisk). Diagnosen (`diagnose-avvik.md`) viste at hovedårsaken var årgang/serieskifte hos SSB selv: 10725 er avslutta; etterfølgeren 14669 (hovedrevidert nasjonalregnskap, publisert juni 2026) flyttet ~36 mrd kr UT av COFOG 07 og ~33 mrd INN i COFOG 10 (2024) — altså skjedde langtidspleie-grensedragningen i SSBs egen revisjon. Gjenstående residual: Eurostat ligger +2,4–2,8 % over SSB 14669 på GF07 (+9,1 mrd i 2024), stabilt 2010–2024, så godt som alt i statsforvaltningen, fordelt på lønnskostnader og produktinnsats; GF10 matcher (+0,09 %). Hypoteser (uavklart): pensjonskostnadsføring i helseforetakene, FoU-grensen, eller at Eurostat-transmisjonen ligger én revisjon bak. Konsekvens: R1–R4 (kap. 2). NO-COFOG-cellene står som `naa` til residualen er avklart.

11.3 10725-avviket i reformregnskapet (A4)

A4s 2002-baner bruker SSB 10725 — en avslutta serie som metodevedtak R2 ellers forbyr — fordi etterfølgeren ikke dekker COFOG-undergruppe 07.3 per delsektor 1995–2024. Avviket er deklarerert, og konsekvensen skjerpet etter rødt lags krav: realvekst-CAGR-ene (7,3 → 1,9 %/år) er beregnet i 10725-årgangen og er revisjonsfølsomme — 2026-revisjonen endret COFOG 07-nivået med ~2,5 % og kan flytte banene noe. Retningen er robust (samme årgang på begge sider av reformgrensen); nivåtallene skal ikke siteres mot andre COFOG-kilder. I tillegg: 1995 er utelatt (ikke compilert), 2001 er utelatt fra alle vekstvinduer (uavklart nivåhopp, åpen konflikt nr. 6), og KPI-deflatoren undervurderer kostnadsvekst i arbeidsintensive tjenester (kommunal deflator er udekket).

11.4 PPP-basis

To PPP-baser med ~14 % nivåforskjell for Norge finnes i faktalageret: S1s BNP-PPP og A2/S2s AIC-PPP (Eurostats egen PPS_HAB-metode, reproduisert mot Eurostats publiserte celler med maks avvik 0,01 %). Alle PPS-tall i denne rapporten bruker AIC-PPP og snittbefolkning; basisen deklarereres per figur i JSON-leveransene, og v0-tall (BNP-PPP) kan ikke sammenlignes med rapportens nivåer.

11.5 Sentralitetskontrollens grovhet (A3)

Smådriftskurvene er kontrollert med SSB KLASSE 1417 kollapset til tre bånd ($n = 26/119/212$); celler med $n < 5$ er undertrykt. Det er en *grov* kontroll: sentralitetsklasse er en proxy, og båndet «minst sentral» rommer alt fra øykommuner til innlandsbygder. Reiseavstand og behovssammensetning innen bånd er ikke kontrollert — en del av f241-gradienten $G_s = 1,85$ kan være geografi/beredskap, ikke smådrift. Per-innbygger-mål uten aktivitetsnevner er proxyer; tverrsnitt 2024 viser samvariasjon, ikke årsak. Legevakt-temaets lovbruddsrate 100 % bygger på 14 rapporter og skal aldri siteres uten n. Folketalls-årgang (v2-funn): f241-medianene bruker 2024-utgifter mot befolkning 1.1.2025 (SSBs KOSTRA-konvensjon for per-innbygger-tall). Den uavhengige reproduksjonen (kap. 11.10) bekreftet 11 147 / 3 386 kr og $G_u = 3,29$ eksakt med denne årgangen; med 1.1.2024-befolkning blir $G_u = 3,11$. Gradienten er altså noe årgangsfølsom (3,11–3,29), men konklusjonen (bratteste kurve, $\sim 3\times$, eneste kandidat for nivåflytting) er robust for begge.

11.6 Tilsyns- og organisasjonsdataenes skjevheter (S7/S8)

S7: Tilsyn er risikobasert utvalgt; ratene er nedre grenser for funn i *gjennomførte* tilsyn og kan ikke generaliseres til forekomst; det finnes ingen tidstrend i tilsynsdataene. 709 av 896 rapporter lot seg koble til kommune; 368 til kommunistørrelse i sektoren helse/omsorg. S8: Enhetsregisteret måler «bunnen av samarbeids-isfjellet» — samarbeidsandelene har motstridende skjevheter (vertskommuneavtaler uten registerenhet usynlige → trekker ned; undertalt egenregi i nevneren → trekker opp) og er størrelsesordener. Nasjonal fasit for legevaktsamarbeid (NKLM/legevaktregisteret) er udekket.

11.7 Analytikernes supplerende uttrekk

Utenom S-agent-løypa gjorde analytikerne ~ 10 egne småuttrekk, alle med full proveniens (kilde-URL, spørring, hentetidspunkt, cache) men ikke gjennom Fase 2-krysskontroll: A1 (SSB 10814, HC.1-undergrupper), A2 (SSB 09189, BNP-nevner), A3 (KLASSE 1417; SSB 07459 befolkning — ankervalidert eksakt mot S12), A4 (KPI 14711), A5 (SSB 09174 lønn — stikkprøveverifisert mot SSB live; to PDF-er sitatkontrollert programmatisk), A6 (SSB 10261/07459/14282 — ankervalidert mot tabelltotaler og S12-claims), fase 4 (Lovdata-datering, regjeringen.no; to sekundærkilder flagget: da.wikipedia om Danmarks budgetlov og snl.no om RHF-sammenslåingen 2007).

11.8 Åpne definisjonskonflikter

Seks konflikter er klassifisert og holdt åpne (full tabell i vedlegg C): GF07-residualen; to liggedagsserier med $\sim 6\%$ avvik; to private-kjøp-serier med $+0,6$ – $2,5\%$ avvik; årsverksdefinisjoner NR vs. NOU 2023:4; PPP-basene; nivåhoppet 2000→2001 i sykehusserien. Ingen er «feil i kildene» — de er definisjonsforskjeller som deklarerer i stedet for å skjules.

11.9 Øvrige bindende forbehold

- **Konsolidering:** alle internasjonale tall er offentlig forvaltning konsolidert (S13); delsektortall over 2002-grensen skjøtes aldri; KOSTRA-, statsregnskaps- og SHA-rammene summeres aldri på tvers.
- **Strukturbrudd versjonert:** UKP-registrering 2012/2019, KOSTRA 254→257/258 (2024), ISF 2025, ventetidsdefinisjon 2015, FBV-avvikling 2023 — vekstrater beregnes aldri over brudd uten flagg.
- **Pensjons- og kapitalkostnader** føres ulikt mellom land og mellom foretak/kommune — flagget, ikke korrigert.
- **Kausalitet:** før/etter er ikke effekt; kemner-gevinsten er forhåndskalkyle; 2025-ISF har ingen etter-bane; alle «hva grepene kan dekke»-tall er maksimaltak under urealistiske forutsetninger og overlapper.
- **Prisår:** A6-summen blander 2025-kr (TBU) og 2024-kr (somatikk) — konservativt; A1/S10-tall er løpende priser.
- **Rødt lags etterregning:** 40+ sentrale tall ble uavhengig reproduisert direkte fra fakta.db; tre avvik ble funnet og er rettet i denne rapporten og underlagsnotatene (KAD-nullandeler beregnet på utgiftsbeløp i stedet for avrundet indikator; «fristbrudd $\times 5$ » datert til 2017, ikke 2019; restgap-formuleringen «om lag en tredjedel eller mindre (16–35 %)»). Alle A3-hovedkurver reproduserte eksakt.

- **Dekningshull deklarerert:** bruk av private har ingen egen analytiker (kap. 8); PHV/TSB-kostnader i SAMDATA er ikke hentet (spesialistledet underestimert); EØS-gulvene er ikke claim-festet; harmoniserte nordiske resultatmål utover ventetid (overlevelse, unngåelige dødsfall) mangler i faktalageret.

11.10 Uavhengig kvalitetssikring (v2)

Før denne versjonen ble de tolv bærende tallene kjørt gjennom en verifikasjonssjekkliste (`verifikasjon-sjekkliste.md`) med tre uavhengige spor: (a) maskinell reproduksjon mot rå primærkilde (ferske API-kall til Eurostat/SSB, uavhengig av faktalageret), (b) aritmetisk etterregning, og (c) en dekorrelert andre analysemotor (Codex/GPT-5.4) som re-deriverte tallene fra rådata uten tilgang til de opprinnelige skriptene. Full logg: `verifikasjon.md` og `codex-verifikasjon.md`.

Resultat: alle tolv bærende tall reproduserte. Utvalgte:

- **HC.3-myteknuseren (V4):** HC.3-andelene reprodusert eksakt mot ferskt Eurostat-kall (NO 29,0 %, DK 20,8 %) — rapportens best validerte blokk.
- **f241-gradienten (V3):** reprodusert mot rå SSB 12362×07459 til $11\,147 / 3\,386$ kr / $G_u = 3,29$ (med KOSTRA-årgangskonvensjonen, se 11.5); rå SSB og faktalageret er identiske kommune for kommune. Codex bekreftet uavhengig $3,2921$ fra faktalageret.
- **Restgap-aritmetikken (V2):** Codex bekreftet $70,6 + 31,4 = 102$ og at KI-tiltaket er en *delmengde* av tidstyvene (ikke addert oppå) — ingen ulovlig dobbelttelling.
- **Prisår-blanding (kvantifisert):** den dekorrelerte sjekken tallfestet 2025-kr/2024-kr-blanding i 102-mrd-summen til $\sim 0,9$ mrd kr ($< 1\%$) og i konservativ retning — bekrefter forbeholdet i kap. 9.2 / 11.9 uten å rokke ved konklusjonen.

Fire sjekker gjenstår bevisst som *manuelle* fordi de krever lesning av primærdokument (PDF-regneeksempler) og ikke kan maskinkjøres: TBU-notatets PLO-bane (+70,6 mrd), Oslo Economics-rapportens dokumentasjonsandeler (V8), og to sekundærkildebytter (Danmarks budgetlov og RHF-sammenslåingen 2007 → primærkilde, X1–X2). Disse skal lukkes før sitering i NOU-høring eller bok; ingen av dem berører en hovedkonklusjon.

Hva v2-verifikasjonen ikke fant: ingen feil som endrer et tall, en klassifisering eller en konklusjon. Den sterkeste lærdommen er metodisk — f241-gradientens årgangsfølsomhet (11.5) — og den er nå dokumentert.

Vedlegg

Vedlegg A – Kontrollfakta-status

Alle kontrollfakta fra oppdragsprompten ble verifisert mot primærkilder av S13 (2026-06-12; full tabell med lenker i kontrollfakta.md):

Kontrollfaktum	Status	Verifisert verdi
NOU-frist Helsereformutvalget	REPRODUSERT	1. november 2026 (mandat; oppnevnt 29.08.2025, leder Gunnar Bovim)
ISF somatikk 40→30 % fra 2025	REPRODUSERT	ISF-regelverk 2026: 30 %; enhetspris 55 704 kr; marginalfinansiering 80→100 %
4 RHF	REPRODUSERT	4 RHF, 28 HF + 5 felleseide (30.09.2025)
19 helsefellesskap	REPRODUSERT	Helsedirektoratets liste (29.04.2025)
Helseforetaksmodellen 1.1.2002	REPRODUSERT	LOV-2001-06-15-93
Samhandlingsreformen 1.1.2012	REPRODUSERT	FOR-2011-11-18-1115
Oppvekstreformen 1.1.2022	REPRODUSERT	Bufdir
FBV avviklet 2023	REPRODUSERT	Prop. 5 L (2022–2023), fra 1.1.2023; også reproduert uavhengig av S10
Nytt inntektssystem kommuner 2025	REPRODUSERT	Prop. 102 S (2023–2024)
ROBEK-kommuner	REPRODUSERT, låst	28 kommuner (per 10.06.2026)
HOD-ramme Prop. 1 S	REPRODUSERT, låst	Rammeområde 15: 305,3 mrd kr utgifter (2026); netto vedtatt 300,4 mrd
Kommuneprosjektets 2024-tall (Lier/Drammen/Fredrikstad)	REPRODUSERT av S5	regresjonstest mot eksisterende pipeline bestått

Vedlegg B – Kildeoversikt per agent

Agent	Kilde(r)	Claims	Sentrale begrensninger (deklart i kildelogg)
S1	Eurostat gov_10a_exp (COFOG NO/SE/DK/FI 2010–2024)	2 053	NO 07/total + SE raa (residual/manglende TE-kontroll); 135 kontrollceller mot avslutta 10725 forkastet
S1B	Nasjonale byråer (SCB, DST, Statfin) som kontroll	183	SCB publiserer ikke totalutgifter etter COFOG – kun P3-konsum kontrollert for SE (perfekt match)
S2	Eurostat hlth_sha11 + SSB helseregnskap (SHA)	2 430	NO validert celle for celle (167 celler, 0 avvik); siste fellesår 2022
S3	DFØ statsregnskapet, åpne rådata (HOD-kapitlene, 2021–2025)	1 622	post ≠ ordning (post-telling nedre grense); post 76-andel ≠ formell ISF-sats
S4	SAMDATA/NKI via Helsedirektoratets Power BI-datasett; RHF-regnskap	10 167	Power BI-uttrekk skjørt for republisering; kun somatikk hentet (PHV/TSB udekket); DRG-spredning per HF må leses med case-mix-forbehold (ytterpunktene er rehabilitering og Finnmark)
S5	KOSTRA (SSB 12362 m.fl.), alle 357 kommuner, 2015–2025	220 456	2025 foreløpig; per-innbygger-mål er proxyer; 254→257/258-brudd håndtert; regresjonstest mot kommuneprosjektet bestått
S6	Helsedirektoratet (UKP/KAD/reinnleggelser), SSB 13942	5 715	kommunenivå kun i Power BI (ikke skriptbart); reinnleggelsesindikator avvirket etter 2019; UKP-døgn avrundet i kilden
S7	Helsetilsynets tilsynsrapportdatabase (896 rapporter 2020–2026) + NOU 2023:9	2 401	risikobasert utvalg; nedre grenser; 368 av 896 koblet til kommune størrelse i sektoren; lav n i flere temaer
S8	Enhetsregisteret/Brønnøysund (org.former per oppgave)	92	motstridende skjevheter (vertskommune usynlig ↓, undertalt egenregi-nevner ↑); «måler bunnen av samarbeids-isfjellet»
S9	SSB 12440/09174/07941/13979/08210 + NOU 2023:4 (sitatverifisert)	9 366	sykefraværsgap ikke sammensetningsjustert; Doffin-API utilgjengelig (401); NACE 86–88 bredere enn helsetjenesten
S10	KOSTRA art 370 (12367), SSB 14022/14045/06464, Hdir FBV-rapporter, Doffin	1 383	ingen egen analytiker i baselinen; art 370 fanger ikke alt privat innslag; FBV-tall manuelt transkribert (sumkontrollert); avtalespesialist-serien stopper 2022
S11	SSB 10725/03735/13953/05065/12279 + Prop. 1 S FIN/BFD	571	10725 avslutta (revisjonsfølsomt, kap. 11.3); årsverksgap 2008–2014; kemner-førkostnad umålbar
S12	TBU-notat mars 2025 (metodereprodusert), SSB 07459/14282/14288, SCB/DST	667	TBU dekker ikke spesialisthelsetjenesten; framskrivingsvintage 2024
S13	regjeringen.no, Lovdata, Stortinget, Helsedirektoratet (kontrollfakta + reformovervåking)	19	løpende overvåking frem mot 1.11.2026
S14	Danske Regioner, Folketinget, ISM, Socialstyrelsen, SOU (kvalitativt Norden-notat)	18	sekundærkilder for danske bruddandeler; ventetidsmål ikke harmonisert
S15	Medier/posisjonsdokumenter (partier, KS, Legeforeningen, Spekter m.fl.)	—	alt merket KONTEKST — posisjoner, ikke fakta; øyeblikksbilder nov. 2024–feb. 2026

Vedlegg C – Åpne definisjonskonflikter (fra avstemming.md)

#	Konflikt	Størrelse	Håndtering
1	GF07-residual Eurostat vs SSB 14669	+2,4–2,8 % (stat; lønn + produktinnsats)	R4-robusthetsbånd i alle internasjonale figurer; NO-celler raa til avklart
2	SSB 13942 vs 10261 «liggedager somatikk»	~6 %	separate indikatornavn; blandes aldri
3	SSB 06464 vs 14022 «kjøp private helsetjenester»	+0,6–2,5 % (ensidig, stabilt)	14022 valgt som primærserie; 06464 eget indikatornavn
4	NR-årsverk (NACE 86–88) vs NOU 2023:4 avtalte årsverk	ulike populasjoner/enheter	blandes aldri umerket; deklarerert i A5/A6
5	BNP-PPP (S1 v0) vs AIC-PPP (A2/S2)	~14 % nivåforskjell for NO	AIC-PPP i hele rapporten; basis deklarerer per figur
6	Nivåhopp 2000→2001 i konsolidert sykehusserie (COF073)	uavklart	2001 utelatt fra alle vekstvinduer i A4

Rapporten er leveranse 1 i statstall.no-baselinen. Underlag: analyse/A1–A6 + fase4 (alle med egne, bindende forbeholdslister), avstemming.md, diagnose-avvik.md, rodLag.md, kontrollfakta.md, kilder/S1–S15, site/data/*.json. **Hurtigrespons (L2) med lesning av NOU-en mot dette faktalageret følger innen 72 timer etter 1. november 2026 (nou-beredskap.md).**