

Offentlige legemiddelutgifter

En oversikt over utviklingen i Norge i perioden 2013–2025

Publiseringsår: 2026

oslo**economics**

Forord

Ulike beskrivelser av utviklingen i offentlige legemiddelutgifter

Hvor mye det offentlige bruker på legemidler, og hvordan utgiftene utvikler seg over tid, er av stor interesse for både ulike samfunnsaktører og allmennheten. Samtidig benyttes ulike datakilder og beregningsgrunnlag for å beskrive utviklingen. Dette kan føre til ulike fremstillinger av utgiftsnivået og til dels ulike konklusjoner om den faktiske utviklingen, noe som kan skape misforståelser.

Dette er den andre rapporten i en rapportserie om offentlige legemiddelutgifter. Rapporten er en oppdatering av den første kartleggingen, som omfattet perioden 2013 til 2024, og inkluderer nå også 2025 etter at data for dette året er blitt tilgjengelig. Den første rapporten ble finansiert av BMS. Årets rapport er finansiert av Legemiddelindustrien (LMI.) Vår ambisjonen er at rapporten skal oppdateres årlig, slik at det foreligger et transparent og tilgjengelig datagrunnlag for utviklingen i offentlige utgifter til legemidler over tid.

Vi har i arbeidet med rapportserien identifisert offentlige tilgjengelige kilder til statistikk om legemiddelutgiftene i Norge. Videre har vi sammenlignet disse med hverandre og undersøkt hvilke utgifter de ulike kildene inkluderer og hvordan tallgrunnlaget er rapportert og formidlet over tid.

Formålet med rapporten

Formålet med rapporten er å presentere så presise data for utviklingen av offentlige legemiddelutgifter i Norge som mulig. Vi forsøker ikke å svare på hva som er riktig eller hensiktsmessig bruksmønster, hva legemiddelutgiftene burde være eller hva som er en høy eller lav vekst i utgiftene.

Utgiftene til legemidler presenteres ofte som en andel av totale helseutgifter. Dette er en relevant tallstørrelse blant annet for å undersøke utvikling over tid og ved sammenligninger på tvers av land. Ved slike sammenligninger er det flere forhold som er viktig å ta hensyn til. Dette kan være håndtering av avgifter eller justering for ikke- offentlige rabatter. Videre har innretningen av (for eksempel andel offentlig/privat finansierings-ansvar, grad av formell versus uformell pleie mv.) betydning for de totale offentlige helseutgiftene, og dermed også for legemiddelutgiftenes andel av totalen. Vi presenterer ikke sammenligninger på tvers av land i denne rapporten.

Data som utgangspunkt for videre diskusjon

Hensikten med rapporten er å gi et bilde av de samlede offentlige utgiftene til legemidler, basert på offentlig tilgjengelige data. Vårt mål har vært å gi en transparent og korrekt gjengivelse av den faktiske utviklingen i utgiftene.

Dersom leseren har innspill til forbedringer eller andre datakilder som kan bidra til å øke nøyaktigheten i analysene, ta gjerne kontakt med ansvarlig partner i Oslo Economics, Christoffer Bugge (cbu@osloeconomics.no).

Datakilder benyttet i rapporten

I denne rapporten oppsummerer vi statistikk fra en rekke offentlige kilder. Vi benytter hovedsakelig data fra **Statistisk Sentralbyrå (SSB)**, **Helsedirektoratet (Hdir)** og **statsregnskapet**.

Vi har vært i kontakt med samtlige dataeiere for å forstå hva som inngår i statistikken, hvor dataen er hentet fra og hvordan rapporteringen har endret seg over tid. Dette er gjort for å sikre at vi fremstiller dataene på samme format.

Videre har vi sett hen til SSB for statistikk på konsumprisindeksen og prisindeks for legemidler i samme periode som dataene vi presenterer, og til **legemiddelregisteret** for statistikk på utvikling i legemiddelforbruk (antall definerte døgndoser (DDD), antall individ som får foreskrevet minst ett reseptbelagt legemiddel, mv.).

Se rapportens vedlegg for en nærmere beskrivelse av fremgangsmåte, datakilder og forutsetninger.

Sammendrag

Legemiddelutgiftene har utgjort en stabil andel av totale offentlige helseutgifter siden 2017 – bildet i 2025 er relativt likt som i 2024

Som andel av totale offentlige helseutgifter, har legemidler holdt seg relativt stabilt de siste årene – mellom 5,4 og 5,7 prosent. Det betyr at de offentlige legemiddelutgiftene har økt omtrent like mye som de totale offentlige helseutgiftene siden 2017. I 2025 var utgiftene 25,1 milliarder kroner, som innebærer en liten reduksjon fra 2024, da de var 25,7 milliarder kroner (målt i inflasjonsjusterte 2025-kroner). Folketrygden og spesialisthelsetjenesten står for omtrent halvparten av legemiddelutgiftene hver.

Utgifter til legemidler utgjør rundt 2,5 prosent av folketrygdens samlede utgifter. Andelen har økt fra 1,3 prosent i 2013 korrigert for budsjettoverføringer som følge av endret finansieringsansvar i perioden. I spesialisthelsetjenesten har legemiddelutgiftene som andel av spesialisthelsetjenestens samlede driftsutgifter gått ned siden 2013. Dette er når vi korrigerer for budsjettoverføringer. Mellom 2019 og 2024 holdt andelen seg rundt 6 prosent, og i 2025 falt andelen til 5,4 prosent. Sistnevnte skyldes i hovedsak endringer i regnskapsførte pensjonsutgifter. Lønnsutgifter er den klart viktigste utgiften i spesialisthelsetjenester.

Kommunenes utgifter til legemidler og offentlige utgifter til vaksiner utenom blåreseptordningen (inkl. covid-19-vaksiner) er ikke inkludert i denne statistikken. Det finnes i dag lite tilgjengelig data om kommunenes legemiddelutgifter, men ifølge SSB utgjør dette i underkant av én milliard kroner per år.

Befolkningsendringer og endret forbruk er viktige drivere for utviklingen

Utgiftsveksten utover prisvekst (inflasjon), er i stor grad drevet av befolkningsendringer og endret forbruk av legemidler. Både som følge av at befolkningen generelt vokser, og som følge av at en større andel av befolkningen er eldre.

Fra 2013 til 2025 har den samlede befolkningen vokst med 11 prosent fra 5,1 til 5,6 millioner personer. I samme periode har personer over 70 år har gått fra å utgjøre 11 prosent av befolkningen til 15 prosent av befolkningen. Samtidig ser vi en økning i både antall personer som henter ut reseptbelagte legemidler, og antall definerte døgndoser (DDD) hver enkelt henter ut.

Befolkningen har tilgang til flere legemidler og økt forbruk gir høyere utgifter

Når flere personer henter ut reseptbelagte legemidler og befolkningen vokser, innebærer dette en økning i antall utleverte døgndoser. Mellom 2013 og 2025 har totalt antall utleverte DDD økt med 57 prosent. Dette inkluderer alle reseptbelagte legemidler, også legemidler som ikke betales av det offentlige.

I tillegg til demografiske endringer skyldes veksten i utgiftene at det i dag finnes flere legemidler. Når et nytt legemiddel kommer på markedet, er dette ofte til en høyere pris enn eksisterende behandlinger. Tilsvarende, når et legemiddel går av patent, blir det generisk eller biotilsvarende konkurranse, og prisene faller markant.



Stabile utgifter til legemidler som andel av helseutgiftene siden 2017

Legemidler sto for 5,5 prosent av de totale offentlige helseutgiftene i 2025, og har holdt seg rundt dette nivået siden 2017. Mellom 2013 og 2017 økte legemiddelutgiftene noe mer enn de totale helseutgiftene. Fra 2017 har veksten vært relativt lik – i løpende priser økte legemiddelutgiftene 54 prosent, mens de totale helseutgiftene økte 59 prosent.



Befolkningsendringer er en viktig driver for utviklingen

Utgiftsveksten utover prisvekst (inflasjon) drives i stor grad av befolkningsendringer og endret forbruk av legemidler. Befolkningen vokser, og en stadig større andel er eldre. I 2013 hentet 69 prosent av befolkningen ut minst ett reseptbelagt legemiddel, mot 75 prosent i 2025.



Flere legemidler er tilgjengelig, og hver enkelt bruker mer enn før

En rekke nye behandlingsalternativer blir tilgjengelig til pasienter hvert år. I tillegg til at større andel av befolkningen tar legemidler nå enn før, bruker den enkelte mer legemidler enn tidligere. Mellom 2013 og 2025 har totalt antall utleverte døgndoser økt med 57 prosent.

Endringer ved årets kartlegging

Budsjettoverføring – endret finansieringsansvar per 1. januar 2025

Fra 1. januar 2025 fikk de regionale helseforetakene finansieringsansvaret for parenteral ernæring (ernæring direkte i blodet), legemidler mot infeksjon til bruk ved infusjon eller injeksjon og legemidler mot tuberkulose (Hdir, 2024). Tidligere var det folketrygden som hadde finansieringsansvar for dette, gjennom blåreseptordningen.

Denne rapporten viser utgifter korrigert for budsjettoverføringer med hensyn til fordeling av finansieringsansvar per 2025. Endringer i finansieringsansvaret påvirker justeringene vi gjør bakover i tid. Utgiftene til hhv. folketrygden og spesialisthelsetjenesten korrigert for budsjettoverføring i denne rapporten skiller seg derfor noe fra korrigerte utgifter i kartleggingen fra 2025.

Inflasjonsjustering

I kartleggingen av offentlige utgifter til legemidler i 2025 benyttet vi den generelle prisveksten for å justere for inflasjon, basert på SSB tabell 03014. Vi benyttet dette KPI-målet ettersom det ble benyttet av Vista Analyse i deres områdegjennomgang av legemidler under folketrygden (2021). I årets kartlegging har vi i stedet benyttet SSBs prisindeks for legemidler til å beregne legemiddelutgiftene i 2025-kroner, etter innspill til rapporten. Det er også dette KPI-målet Helsedirektoratet benytter i sine kartlegginger av kostnader til legemidler i helseforetak.



Finansieringsansvar per 1. januar 2025



Annen prisindeks for inflasjonsjustering

Innhold

Kapittel 1: Utvikling i offentlige utgifter til legemidler

- Finansiering av legemidler i Norge
- Utvikling i offentlige utgifter til legemidler
- Utgifter som andel av totale offentlige helseutgifter
- Drivere bak utviklingen i legemiddelutgiftene

Kapittel 2: Utvikling i folketrygdens legemiddelutgifter

- Legemidler finansiert av folketrygden
- Folketrygdens samlede utgifter

Kapittel 3: Utvikling i spesialisthelsetjenesten legemiddelutgifter

- Legemidler finansiert av spesialisthelsetjenesten
- Spesialisthelsetjenestens samlede utgifter
- Legemiddelutgifter etter bruksområde
- Utvikling i utgifter fordelt på bruksområder

Vedlegg

- Datakilder, forutsetninger og fremgangsmåte
- Supplerende tabeller

Finansiering

Arbeidet med denne rapporten er finansiert av bransjeforeningen for legemiddelindustrien i Norge (LMI).

Oslo Economics er alene ansvarlige for innholdet som presenteres i rapporten.

oslo**economics**



KAPITTEL 1

Utvikling i offentlige utgifter til legemidler

oslo**economics**

Finansiering av legemidler i Norge

Bakgrunn og formål

Formålet med denne rapportserien er å presentere data om **offentlige utgifter** til legemidler, herunder hvordan disse har utviklet seg over tid, hvordan utgiftene fordeler seg på ulike finansieringskilder og sentrale drivere for utviklingen.

Dette er den andre rapporten i serien. Rapporten bygger videre på den første kartleggingen, som omfattet perioden 2013–2024, og inkluderer nå også 2025 etter at data for dette året er blitt tilgjengelig. Ambisjonen er at rapporten skal oppdateres årlig, slik at det foreligger et transparent og tilgjengelig datagrunnlag for utviklingen i offentlige utgifter til legemidler over tid.

Offentlige utgifter forbundet med vaksinering mot covid-19 er ikke inkludert i rapporten. Basert på tall fra FHI utgjorde disse kostnadene henholdsvis 2,8 milliarder i 2021, 2,9 milliarder i 2022 og 137 millioner i 2023 (FHI, 2024).

Tredelt offentlig finansieringsansvar

I Norge er det et tredelt finansieringsansvar for legemidler, utover husholdningenes egenbetaling (Hdir, 2019). Legemidler som finansieres av det offentlige fordeles på folketrygden, kommunene og spesialisthelsetjenesten (de regionale helseforetakene).

Folketrygden yter stønad til legemidler etter forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (blåreseptforskriften). Stønad fra folketrygden er begrenset til legemidler hvor primærhelsetjenesten har behandlingsansvaret. I 2025 hadde folketrygden legemiddelutgifter på 12,8 milliarder kroner ekskludert merverdiavgift.

Kommunene har finansieringsansvar for legemidler brukt i kommunale institusjoner, og skal tilby og gjennomføre vaksinering i henhold til nasjonale vaksinasjonsprogram. Det finnes ingen offentlig tilgjengelig statistikk over kommunenes legemiddelutgifter, men vi har fått oppgitt fra SSB at disse var «*mindre enn én milliard*» i 2024.

Spesialisthelsetjenesten består av de regionale helseforetakene (RHFene), og har finansieringsansvar for legemidler som faller inn under spesialisthelsetjenestens behandlingsansvar, herunder legemidler brukt i sykehus (inkl. poliklinikk), H-resept og legemidler som benyttes i legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Spesialisthelsetjenestens utgifter til legemidler var 12,2 milliarder kroner ekskludert merverdiavgift i 2025.

I tillegg kommer **husholdningenes egenbetaling** for reseptbelagte legemidler. Dette gjelder hovedsakelig for legemidler på hvit resept og egenandeler ved blå resept. Det finnes ingen oppdatert statistikk over husholdningenes legemiddelutgifter, men i 2023 var disse 12,2 milliarder kroner ekskludert merverdiavgift i følge SSB. I denne rapportserien ser vi ikke på husholdningers legemiddelutgifter.

Overføring av budsjettansvar

I perioden 2012 til 2025 har ansvaret for flere legemiddelområder blitt overført fra folketrygden til H-reseptordningen i spesialisthelsetjenesten. I rapporten presenteres både de reelle utgiftene og utgifter hensyntatt budsjettoverføringer. Når vi presenterer utgifter korrigert for budsjettoverføringer, har vi korrigert for dette bakover i tid. Utgifter korrigert for budsjettoverføringer tar dermed for seg de legemiddelområdene som hhv. folketrygden og spesialisthelsetjenesten har finansieringsansvar for i dag.



Folketrygdens legemiddelutgifter var **12,8 milliarder** kroner i 2025



Spesialisthelsetjenestens legemiddelutgifter var **12,2 milliarder** kroner i 2025



Det finnes ingen statistikk over kommunenes legemiddelutgifter. SSB opplyser at disse var **under én milliard** i 2024



Siste tilgjengelige tall viser at husholdningenes egenbetaling av legemidler var **12,2 milliarder** kroner i 2023

Kilde: SSB (2026a og 2026b), Statsregnskapet (2026) og Hdir (2026b). Alle tall er ekskludert merverdiavgift.

Utvikling i offentlige utgifter til legemidler

4 % I faste priser har offentlige utgifter til legemidler i gjennomsnitt økt med rundt 4 prosent per år fra 2013 til 2025

Veksten i utgiftene skyldes blant annet økt forbruk som følge av demografiske endringer

De siste fem årene har utgiftene holdt seg relativt stabile mellom 24 og 26 milliarder kroner årlig, korrigert for inflasjon

Offentlige utgifter til legemidler fordeler seg omtrent likt på spesialisthelsetjenesten og folketrygden

Figur 1 viser hvordan de offentlige utgiftene til legemidler fordeler seg på hhv. folketrygden (blå) og spesialisthelse-tjenesten (lilla), når vi korrigerer for budsjettoverføringer. Det vil si at grafen viser utgiftene med utgangspunkt i dagens finansieringsansvar. Figur 1 viser løpende utgifter, og det er dermed ikke korrigert for endringer i forbruk eller prisvekst (inflasjon).

Utgiftsøkningen skyldes i hovedsak økt forbruk, som følge av endret demografi

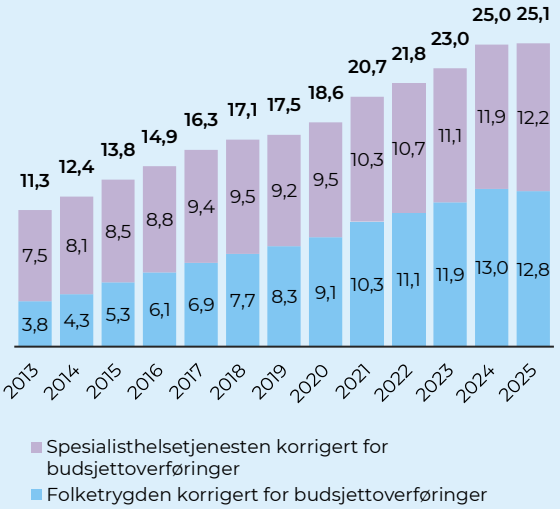
Figur 2 viser samlede legemiddelutgifter korrigert for prisvekst på legemidler i samme periode (inflasjon). Figuren viser utgiftene i 2025-kroner.

Justert for inflasjon finner vi en gjennomsnittlig årlig vekst på 4,3 prosent og en årlig vekstrate på 3,9 prosent. Gjennomsnittlig årlig vekst beregnes ved å ta den totale prosentvise økningen og dele den jevnt over antall år – som om veksten var lik hvert år. Årlig vekstrate tar hensyn til at veksten skjer kumulativt, altså at hvert års vekst bygger på nivået fra året før.

Med dagens prisnivå ser vi at veksten i utgiftene var størst mellom 2013 og 2017, i tillegg til at det var et hopp i utgiftene fra 2020 til 2021. De siste fem årene har utgiftene holdt seg relativt stabile rundt 25 milliarder kr (mellom 23,9 og 25,7 milliarder). Utgiftene var noe høyere i 2024, enn i 2021-2023 og i 2025.

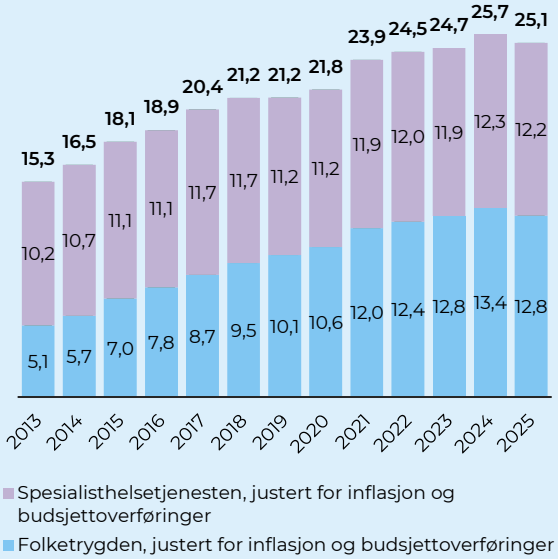
Veksten i utgiftene er blant annet drevet av at det har vært en økning i forbruket av reseptbelagte legemidler i perioden, som har økt med 57 prosent fra 2013 til 2025 (målt i antall DDD). Dette skyldes flere forhold, herunder at det er kommet flere nye legemidler i perioden, endret demografi (større befolkning og flere eldre), at en større andel av befolkningen får foreskrevet reseptbelagte legemidler og at forbruket blant disse har økt.

Figur 1: Samlede utgifter til legemidler i løpende priser



Kilde: Hdir (2026b), Statsregnskapet (2026) og SSB (2026a). Milliarder kroner i løpende priser ekskl. mva. Utgiftene til folketrygden i 2024 og 2025 er delvis estimert, da vi kun har data for direkte refusjoner. Refusjoner ved frikort er estimert basert på tall før 2024. Se Vedlegg 1 for nærmere redegjørelse.

Figur 2: Samlede utgifter til legemidler korrigert for inflasjon



Kilde: Hdir (2026b), Statsregnskapet (2026) og SSB (2026a). Milliarder 2025-kroner ekskl. mva. Inflasjons-justering er basert på prisindeksen for legemidler iht. SSB (2026c).

oslo**economics**

Legemiddelutgifter som andel av totale offentlige helseutgifter

5,5 %

Offentlige legemiddelutgifter som andel av totale offentlige helseutgifter har ligget stabilt mellom 5 og 6 prosent mellom 2014 og 2025. I 2025 var andelen 5,5 prosent.

Legemiddelutgiftene har vokst i takt med de totale helseutgiftene.

Tidligere sto spesialisthelsetjenesten for finansiering av en større andel av legemiddelutgiftene enn folketrygden. I dag står folketrygden og spesialisthelsetjenesten for omtrent like stor andel av utgiftene.

Stabile offentlige utgifter til legemidler

Offentlige utgifter til legemidler utgjør en relativt stabil andel av totale offentlige helseutgifter (Figur 3). I perioden fra 2013 til 2017 vokste andelen noe, fra 4,8 til 5,6 prosent, og siden 2017 har andelen ligget stabilt mellom 5,4 og 5,8 prosent.

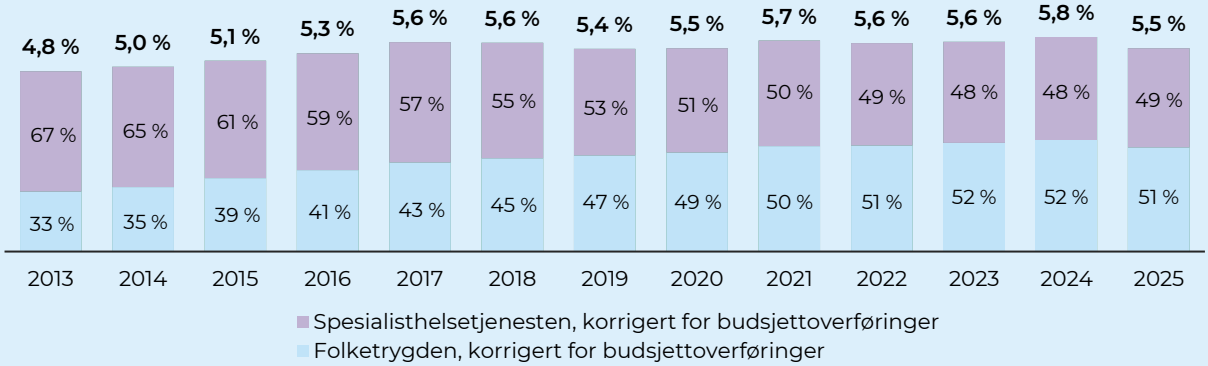
Det betyr at legemiddelutgiftene økte noe mer enn de totale helseutgiftene mellom 2013 og 2017, og at legemiddelutgiftene og de totale helseutgiftene har vokst omtrent likt etter dette. Fra 2017 har legemiddelutgiftene økt 23 prosent, mens de totale helseutgiftene har økt 22 prosent (korrigert for inflasjon).

Folketrygden og spesialisthelsetjenesten står i dag for omtrent like stor andel av utgiftene

I 2013 utgjorde de legemiddelområdene spesialisthelsetjenesten har ansvar for i dag 67 prosent av totale offentlige utgifter til legemidler. Dette er altså spesialisthelsetjenestens utgifter korrigert for budsjettoverføringer, og representerer derfor dagens ansvarsområder. Samme år sto folketrygden for 33 prosent av utgiftene til legemidler.

Fordelingen har gradvis endret seg, og i dag står folketrygden og spesialisthelsetjenesten omtrent for halvparten av utgiftene til legemidler hver. Det betyr at det har skjedd en økning i utgiftene til legemidlene som finansieres av folketrygden, relativt til legemidlene som finansieres av spesialisthelsetjenesten. Dette skyldes trolig en kombinasjon av økte priser, økt forbruk, og at flere legemidler har blitt en del av blåreseptordningen i løpet av perioden vi ser på.

Figur 3: Utgifter til legemidler finansiert av folketrygden og spesialisthelsetjenesten som andel av totale offentlige helseutgifter



Kilde: Hdir (2026b), Statsregnskapet (2026) og SSB (2026a). Utgiftene til folketrygden og totale helseutgifter i 2024 og 2025 er delvis estimert basert historiske data, se vedlegg. Merk: Noen av utgiftspostene i Helseregnskapet til SSB (2026a) inkluderer merverdiavgift (mva.). Siden mva. ikke er en reell kostnad for staten, har vi ikke inkludert mva. i telleren når vi beregner andelen. Dette betyr at den faktiske andelen kan være noe høyere, fordi nevneren blir noe lavere når mva. tas ut. Det er imidlertid vanskelig å identifisere nøyaktig hvilke poster som inkluderer eller ekskluderer mva., og derfor ikke mulig å skille ut dette presist. Se merknad om dette i vedlegget.

Drivere bak utviklingen i legemiddelutgiftene

Veksten i offentlige legemiddelutgifter utover prisvekst skyldes i hovedsak økt bruk av legemidler. Totalforbruket øker både som følge av en større befolkning, at en større andel av befolkningen er eldre, og av at det utleveres flere resept-belagte legemidler per pasient enn tidligere.

Antall utleverte døgndoser i Norge har økt med 57 prosent fra 2013 til 2025. Det er både flere pasienter som får reseptbelagte legemidler i dag, og antall doser per pasient har økt.

Det har vært en økning i antall utleverte doser i samtlige aldersgrupper, men veksten er størst blant personer over 70 år, i hovedsak som følge av at denne gruppen er blitt større.

Endret legemiddelforbruk er en viktig driver bak veksten i legemiddelutgiftene

Vi har hentet ut statistikk på utlevering av resept-belagte legemidler fra Legemiddelregisteret til FHI (LMR). Statistikken inkluderer både offentlig finansierte legemidler og egenfinansierte legemidler (hvit resept). Målt i *definerte døgndoser* (DDD) – en måleenhet fastsatt av WHO – har utleveringene økt med 57 prosent, fra 2,3 til 3,5 milliarder doser mellom 2013 og 2025 (Figur 4). Antall utleverte DDD har vokst hvert år mellom 2013 og 2025.

Om vi antar at det er en direkte sammenheng mellom økning i forbruk og utgifter, kan vi beregne hva legemiddelutgiftene bakover i tid ville vært med dagens nivå på forbruk (antall DDD). Dette innebærer en antakelse om at det har vært lik vekst i forbruket av offentlig finansierte legemidler og egenfinansierte legemidler, hvilket ikke nødvendigvis er gitt. Med dagens forbruk, er dette beløpet 21,7 milliarder kroner målt i 2025-kroner (Figur 5). Til sammenligning var de faktiske legemiddelutgiftene 25,1 milliarder kroner i 2025. Dermed finner vi en økning på 15,9 prosent totalt over perioden, når vi korrigerer for endret forbruk. Som Figur 5 viser, finner vi også en reduksjon i utgiftene fra 2021 til 2025 når vi korrigerer for forbruk. Tallene bør imidlertid tolkes med forsiktighet.

Flere pasienter henter ut legemidler og hver pasient henter ut mer enn tidligere

Det har vært en vekst i andelen av befolkningen som henter ut minst ett reseptbelagt legemiddel per år (Figur 6). Videre har gjennomsnittlig antall DDD per person som bruker minst ett legemiddel økt fra 646 i 2013 til 839 i 2025 (Figur 7). Dermed har det både vært en økning i antall personer som bruker reseptbelagte legemidler, og forbruket til disse. Veksten i antall pasienter har relativt sett vært størst blant de yngre aldersgruppene, men disse står samtidig for en relativt lav andel av det totale forbruket av reseptbelagte legemidler (Figur 9).

I tillegg har befolkningssammensetningen endret seg, og en større andel av befolkningen er eldre i 2025 enn i 2013. Ved å holde befolkningen lik som i 2013, kan vi beregne hvor mye av veksten i forbruket som skyldes endret forbruk per innbygger og hvor mye som skyldes demografi. Vi finner at 28 prosentpoeng av veksten i antall DDD mellom 2013 og 2025 (på 57 prosent) skyldes befolkningsvekst og flere eldre, mens resterende 29 prosentpoeng skyldes økt bruk per innbygger (Figur 8). Sistnevnte skyldes trolig en blanding av at det generelt er flere som henter ut reseptbelagte legemidler og at det er kommet flere nye legemidler i løpet av perioden.

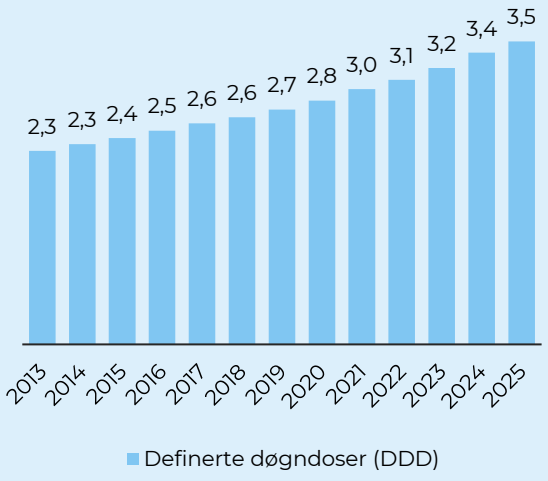
Bruksområde varierer på tvers av aldersgrupper

Det er noe variasjon mellom aldersgruppene i hvilke ATC-grupper som står for flest DDD per år (Figur 10). For eksempel øker utleveringen av legemidler i ATC-gruppen for hjerte og kretsløp med alderen. Denne gruppen er ikke blant de fem største for personer under 30 år, men er den største blant personer over 50 år. Motsatt utgjør legemidler i ATC-gruppen for nerve-systemet en større andel av utleverte DDD-er blant personer under 50 år enn blant personer over 50 år.

I alle aldersgrupper har antall DDD innenfor hver av de fem største ATC-hovedgruppene økt fra 2013 til 2025. Den største veksten har vært innen ATC-gruppen for fordøyelsesorganer og stoffskifte, der antall DDD er mer enn doblet i samtlige aldersgrupper.

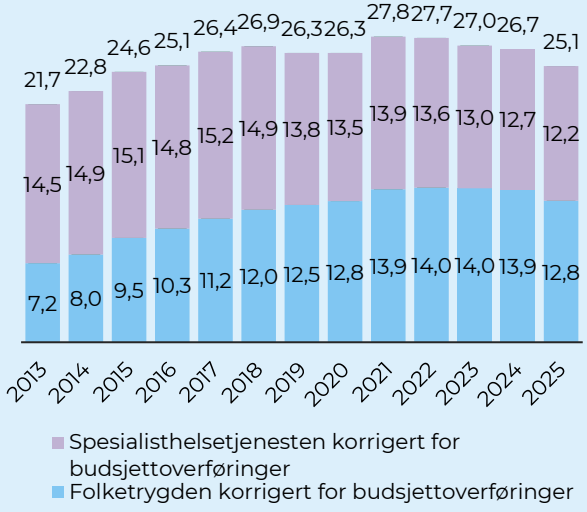
Drivere bak utviklingen i utgiftene 2013-2025

Figur 4: Utvikling i antall definerte døgndoser (DDD)



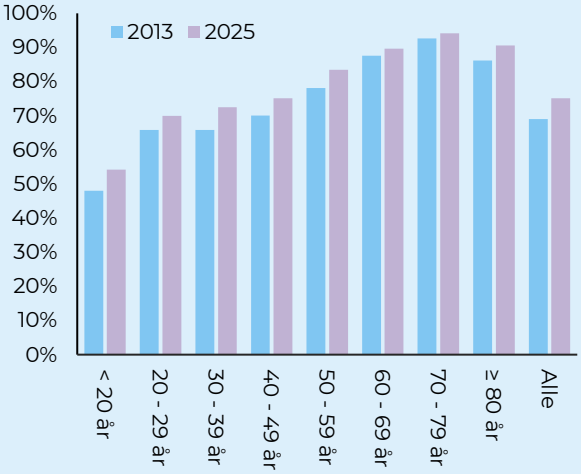
Kilde: FHI (2026). Milliarder DDD. Merk: Statistikken inkluderer alle reseptbelagte legemidler, også legemidler som ikke finansieres av det offentlige (egenfinansierte reseptbelagte legemidler).

Figur 5: Samlede legemiddelutgifter korrigert for inflasjon og endret legemiddelforbruk

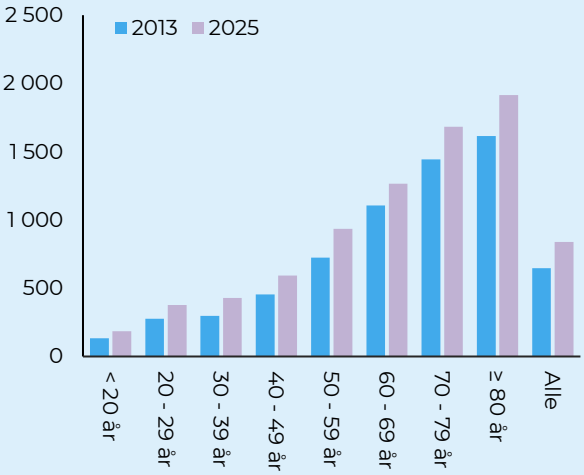


Kilde: Hdir (2026), Statsregnskapet (2026) og SSB (2026a). Milliarder 2025-kroner med utgangspunkt i 2025-DDD, ekskl. mva. Vekst i forbruk (DDD) er basert på FHI (2026), og inflasjon (KPI) basert på SSB (2026c).

Figur 6: Andel av befolkningen som tar ut minst ett reseptbelagt legemiddel



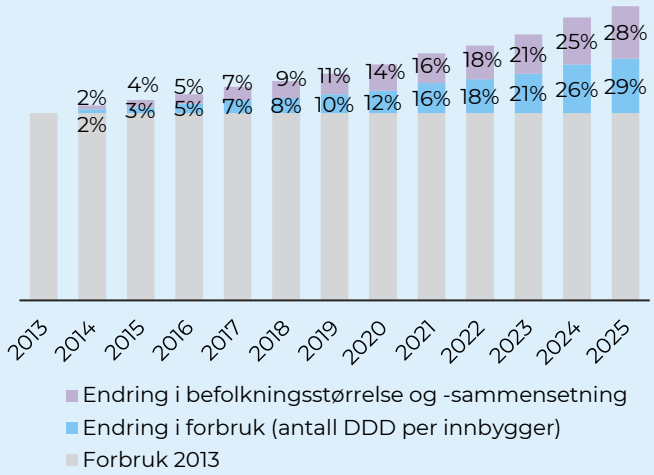
Figur 7: Gjennomsnittlig antall DDD utlevert per år per pasient*



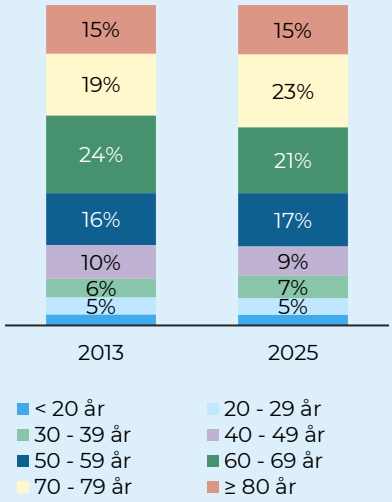
Kilde: FHI (2026). *Pasient defineres her som alle som henter ut minst et reseptbelagt legemiddel per år. Merk: Statistikken inkluderer alle reseptbelagte legemidler, også legemidler som ikke finansieres av det offentlige (egenfinansierte reseptbelagte legemidler).

Drivere bak utviklingen i utgiftene 2013-2025

Figur 8: Forklaringer av utvikling i forbruk (DDD)

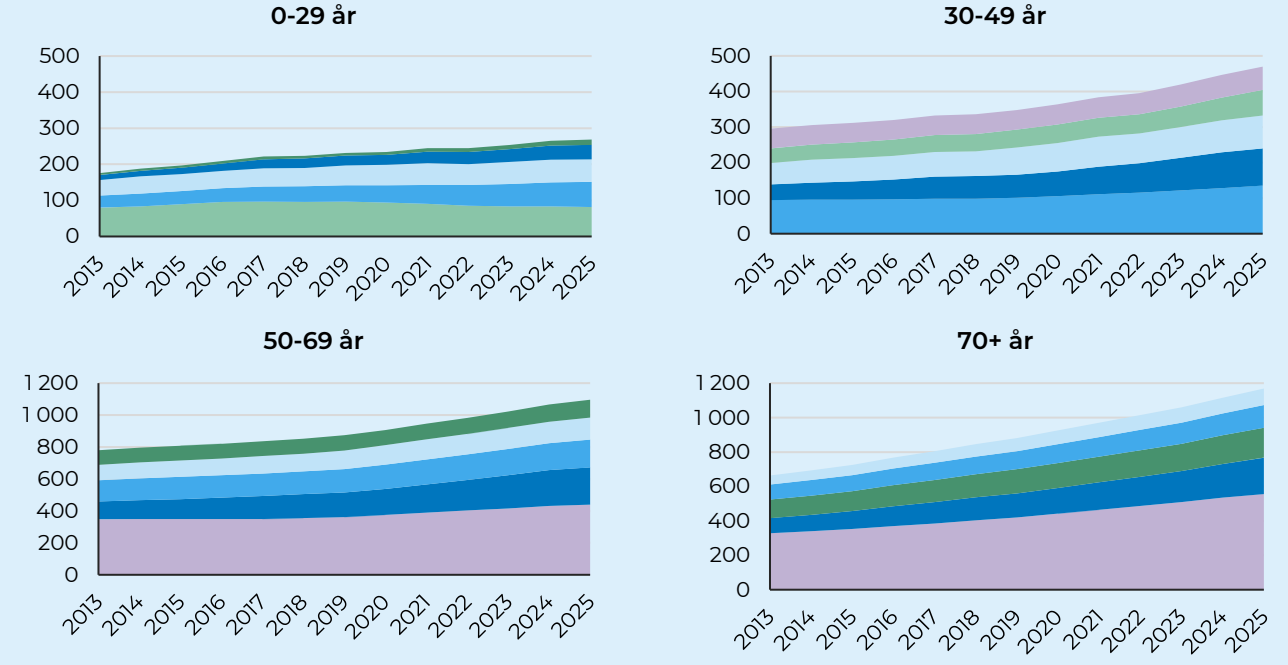


Figur 9: Fordeling av DDD etter alder



Kilde: FHI (2026). Merk: Statistikken inkluderer alle reseptbelagte legemidler, også legemidler som ikke finansieres av det offentlige (egenfinansierte reseptbelagte legemidler). Figur 8: Summen av lilla og blå stolpe gir samlet vekst i antall DDD siden 2013. Veksten er dekomponert i vekst som kan forklares av endret forbruk (antall DDD per innbygger) og vekst som kan forklares av endret befolknings-størrelse og -sammensetning. Endring i forbruk er beregnet ved å holde befolkningen konstant som i 2013, og undersøke endring i antall DDD per innbygger etter alder (5-årige aldersgrupper) og kjønn. Deretter antar vi at resterende vekst forklares av endring i befolkningsstørrelse og -sammensetning. I forbindelse med oppdatering av denne rapporten, oppdaget vi en mindre regnefeil i Figur 8, som er rettet i denne rapporten. Figur 9: Viser hvordan antall døgndoser fordeler seg på ulike aldersgrupper. Dataetiketter mindre eller lik 3 % er utelatt for å øke lesbarheten.

Figur 10: Utvikling i utleverte DDD for de fem ATC-gruppene med flest DDD i 2025 per aldersgruppe



Kilde: FHI (2026). Antall millioner DDD. Grafene viser utvikling for de fem ATC-gruppene med flest DDD i 2026 per aldersgruppe. Ulike verdier på aksene for hhv. 0-29 og 30-49 år, og for 50-69 og 70+ år. Merk: Statistikken inkluderer alle reseptbelagte legemidler, også legemidler som ikke finansieres av det offentlige (egenfinansierte reseptbelagte legemidler). Se Tabell 3 i vedlegg 2 for detaljerte tall.



KAPITTEL 2

Utvikling i folketrygdens legemiddelutgifter

oslo**economics**

Legemidler finansiert av folketrygden

12,8 mrd. Folketrygden finansierte legemidler for 12,8 milliarder kroner i 2025

Med utgangspunkt i legemidlene folketrygden finansierer i dag, har utgiftene mer enn doblet seg siden 2013

Utgiftene har økt som følge av endret forbruk, inflasjon og endringer i hvilke legemidler ordningen dekker

Økte utgifter til legemidler finansiert av folketrygden

Som Figur 11 og 12 viser, har folketrygdens utgifter til legemidler gjennom blåreseptordningen vokst hvert år mellom 2013 og 2024 i både løpende priser og faste 2025-kroner. Fra 2024 til 2025 falt utgiftene noe. Dette er når vi ser på legemiddelutgifter korrigert for budsjettoverføringer, som hensyntar at folketrygden har fått redusert budsjettansvar – det vil si at enkelte av legemidlene folketrygden tidligere finansierte er blitt overført til spesialisthelsetjenesten. Justert for prisvekst (Figur 12) har utgiftene økt fra 5,1 til 12,8 milliarder kroner mellom 2013 og 2025 – og dermed mer enn doblet seg i denne perioden. Selv om folketrygden har fått redusert budsjettansvar, har også en rekke nye legemidler blitt omfattet av blåreseptordningen i denne perioden, som forklarer noe av veksten i utgiftene.

Legemidler utgjør 2,3 prosent av folketrygdens samlede utgifter

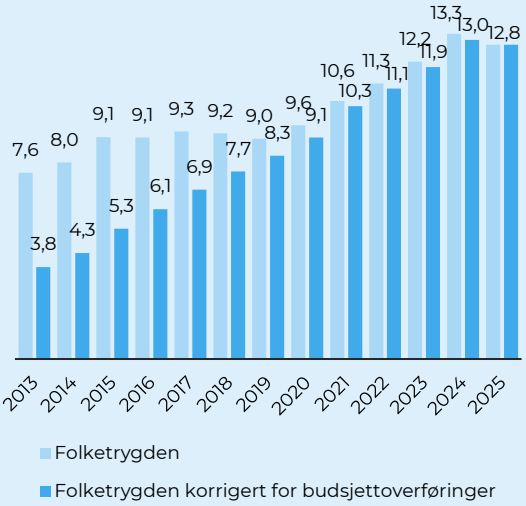
Legemiddelutgifter utgjorde 2,3 prosent av folketrygdens utgifter i 2025. Dette er en svak reduksjon fra 2,5 prosent som har vært andelen de siste årene. Om vi ser på utgifter korrigert for budsjettoverføringer har det vært en økning i andelen av folketrygdens utgifter til legemidler, fra 1,3 prosent i 2013 til 2,2 prosent i 2020 (Figur 14). Det betyr at legemiddelutgiftene har vokst mer enn de samlede utgiftene til folketrygden.

Målt i dagens prisnivå har folketrygdens samlede utgifter økt fra 541 til 703 milliarder kroner mellom 2014 og 2025 (Figur 13). Dette tilsvarer en økning på 30 prosent. Alderspensjon er den største utgiftsposten til folketrygden, og utgjør nesten halvparten av folketrygdens utgifter.

Nytt finansieringsansvar i 2025

Fra 1. januar 2025 fikk RHFene finansieringsansvar for parenteral ernæring, legemidler mot infeksjon til bruk ved infusjon eller injeksjon og legemidler mot tuberkulose (Hdir, 2024). Dette er hensyntatt i denne rapporten, og fører til at budsjettkorrigerte utgifter ikke er sammenlignbare med tidligere rapporter.

Figur 11: Samlede utgifter til legemidler finansiert av folketrygden i løpende priser



Kilde: Statsregnskapet (2026) og SSB (2026a). Milliarder kroner i løpende priser ekskl. mva. Utgifter i 2024 og 2025 er delvis estimert, da vi kun har data for direkte refusjoner for disse årene. Refusjoner av egenandel ved frikort er estimert basert på tall før 2024, se vedlegg 1.

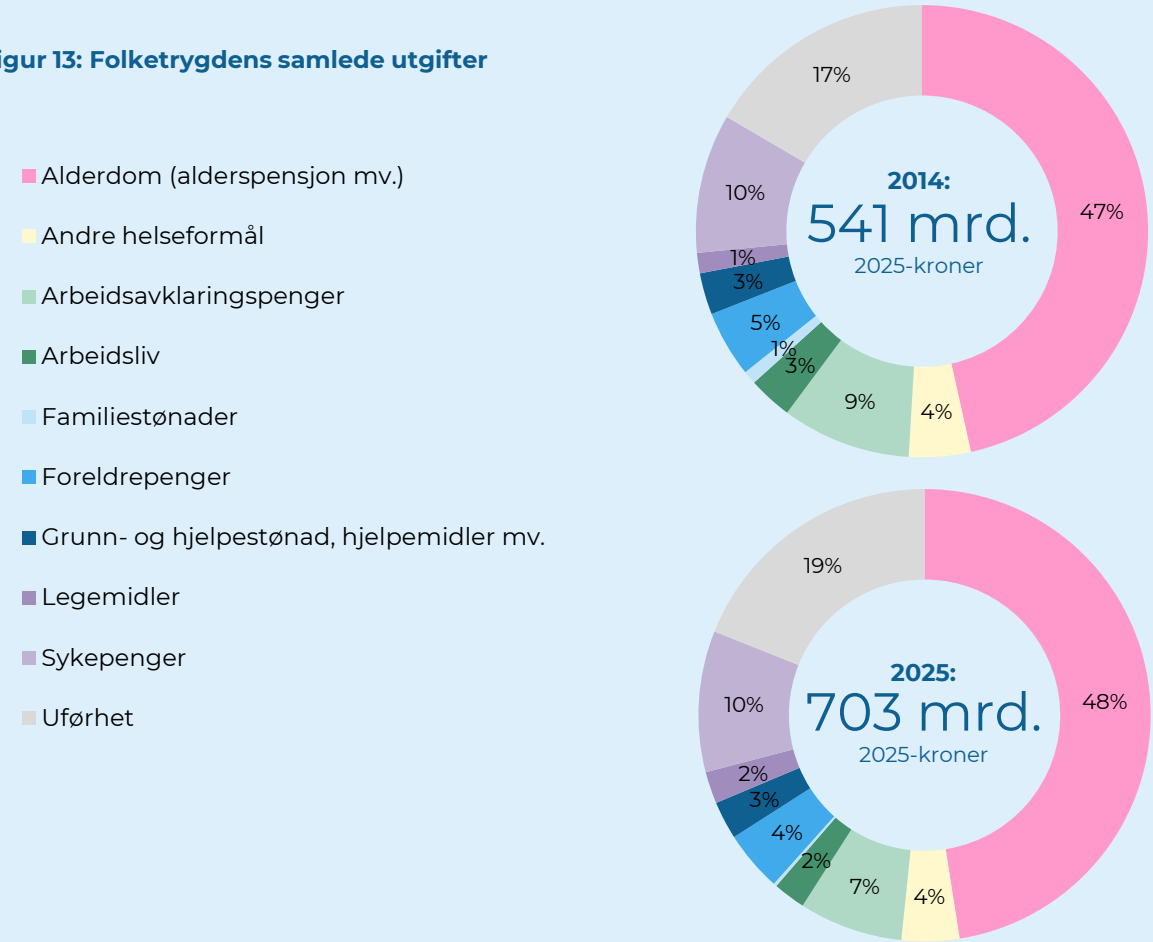
Figur 12: Folketrygdens samlede utgifter til legemidler, justert for inflasjon og budsjettoverføringer



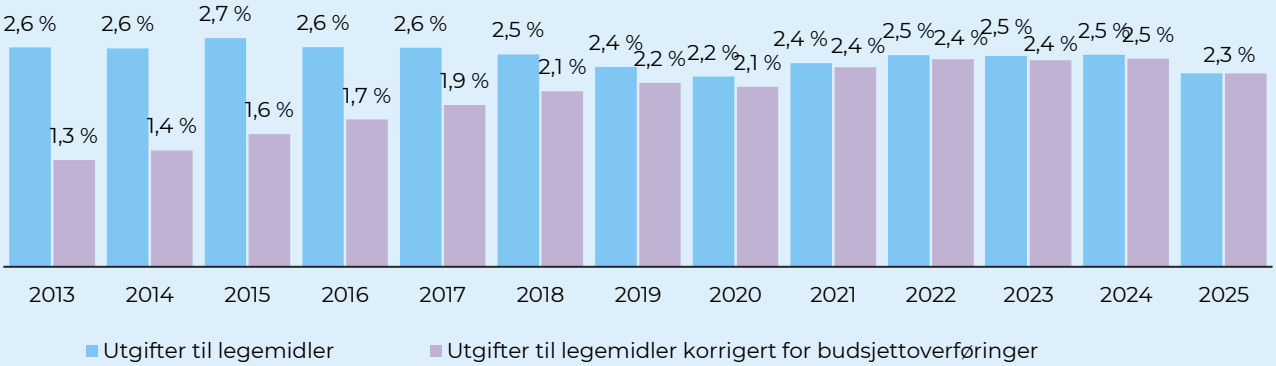
Kilde: Statsregnskapet (2026) og SSB (2026a). Milliarder 2025-kroner ekskl. mva. Justering av inflasjon er basert på SSB (2026c).

Folketrygdens samlede utgifter

Figur 13: Folketrygdens samlede utgifter



Figur 14: Utgifter til legemidler som andel av folketrygdens samlede utgifter



Kilde: Statsregnskapet (2026). Merk at vi sammenligner 2014 og 2025, siden 2014 er eldste tilgjengelige versjon av statsregnskapet. I Figur 13 er folketrygdens samlede utgifter inkludert korrigering for budsjettoverføringer på legemiddelområdet i 2014. Dette påvirker andelene noe, sammenlignet med om man ikke inkluderer denne korrigeringen. Figuren viser dermed hvordan utgiftene fordeler seg med utgangspunkt i de legemidlene folketrygden har budsjettansvar for i dag. Figur 14 viser folketrygdens utgifter til legemidler som andel av folketrygdens samlede utgifter. Blant folketrygdens samlede utgifter, er det hovedsakelig kun legemidler som rapporteres inklusive merverdiavgift. For å beregne denne andelen, har vi derfor brukt legemiddelutgifter inklusive merverdiavgift som teller, og folketrygdens samlede utgifter som nevner.



KAPITTEL 3

Utvikling i spesialisthelse-tjenestens legemiddelutgifter

oslo**economics**

Legemidler finansiert av spesialisthelsetjenesten

12,2 mrd. Spesialisthelsetjenesten finansierte legemidler for 12,2 milliarder kroner i 2025 – omtrent på samme nivå som i 2024

Korrigert for budsjettoverføringer og inflasjon har utgiftene holdt seg relativt stabile over tid

5,4 % Legemidler utgjorde 5,4 prosent av helseforetakenes samlede drifts-kostnader i 2025

Spesialisthelsetjenesten finansierte legemidler for 12,2 milliarder kroner i 2025

Spesialisthelsetjenesten har fått økt budsjettansvar i perioden mellom 2013 og 2025. Uten å korrigere for denne endringen, kan det derfor se ut som at helseforetakenes utgifter til legemidler har økt betydelig (lyselilla stolpe i Figur 15).

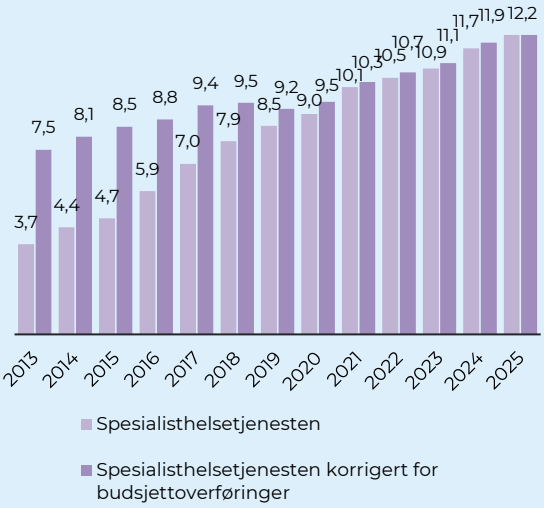
Når vi hensyntar endret budsjettansvar og inflasjon finner vi at helseforetakenes utgifter til legemidler har økt fra 10,2 til 12,2 milliarder kroner i dagens prisnivå (Figur 16). Det tilsvarer en vekst på 20 prosent. Veksten er i hovedsak drevet av økte utgifter til legemidler på H-resept. Utgifter til legemidler brukt i sykehus har holdt seg relativt stabilt siden 2013. Særlig de siste fem årene har utgiftene holdt seg relativt stabile rundt 12 milliarder kroner (variasjon mellom 11,9 og 12,3 milliarder).

Spesialisthelsetjenestens utgifter til legemidler utgjør en relativt stabil andel av totale driftskostnader

Korrigert for budsjettoverføringer har helseforetakenes legemiddelutgifter som andel av totale driftsutgifter ligget relativt stabilt rundt 6 prosent siden 2015 (Figur 18). I 2025 er denne andelen noe lavere, og ligger på 5,4 prosent. Samtidig har de regnskapsførte pensjonskostnadene til helseforetakene økt betydelig fra 2024 til 2025, fra 17 til 32 milliarder kroner – nesten en dobling. Dermed har pensjonskostnadene gått fra å utgjøre 8 prosent av de samlede driftsutgiftene, til 14 prosent. Dette forklarer hvorfor legemiddelandelen faller fra 2024 til 2025, til tross for at legemiddelutgiftene i 2024 og 2025 er omtrent på samme nivå.

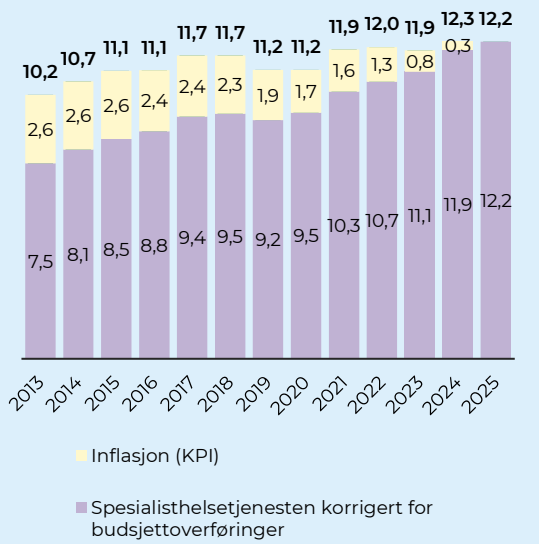
Lønn og pensjon er de største kostnadsdriverne i spesialist-helsetjenesten, og utgjør to tredeler av de totale drifts-kostnadene til helseforetakene. Videre utgjør kjøp av private og offentlige helsetjenester en større andel av utgiftene, enn det legemidler gjør.

Figur 15: Samlede utgifter til legemidler finansiert av spesialist-helsetjenesten, løpende priser



Kilde: Hdir (2026b). Milliarder kroner ekskl. mva.

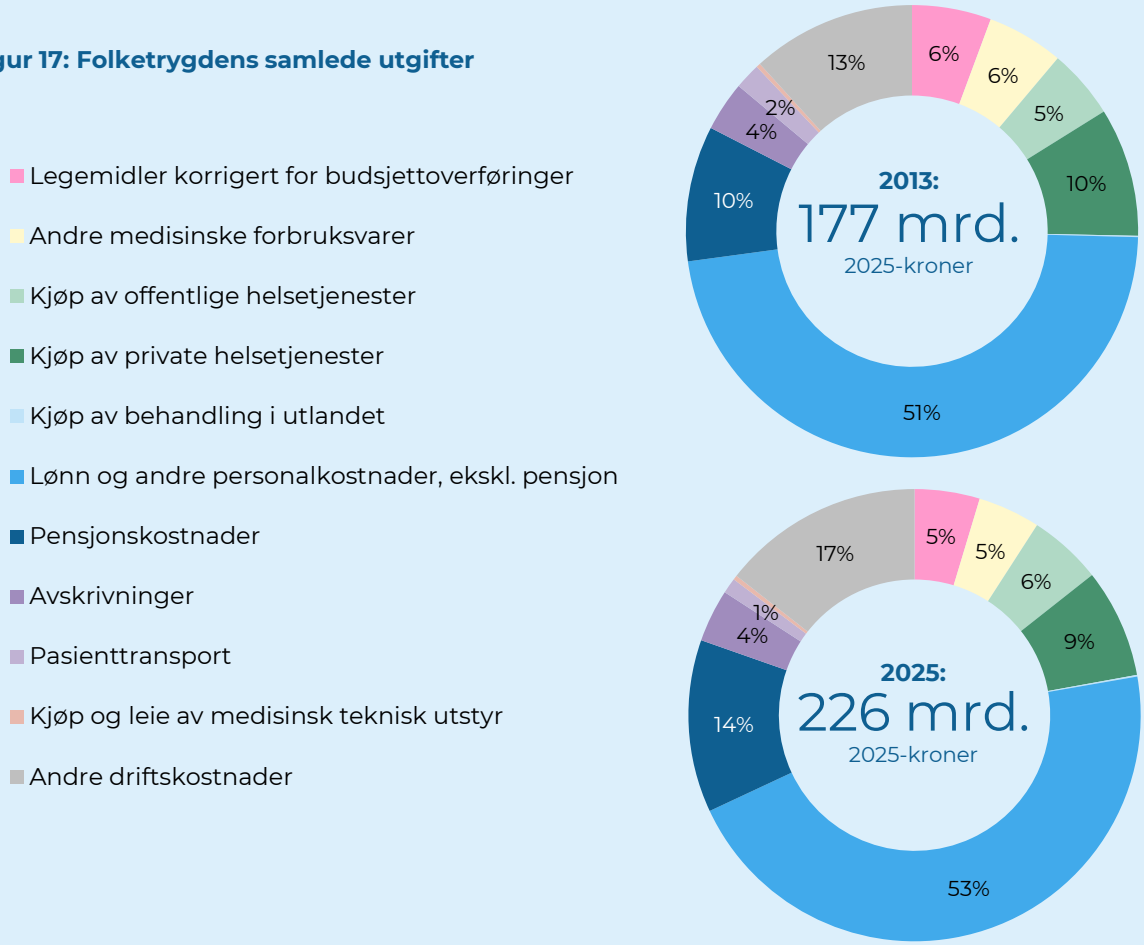
Figur 16: Samlede utgifter til legemidler korrigert for inflasjon



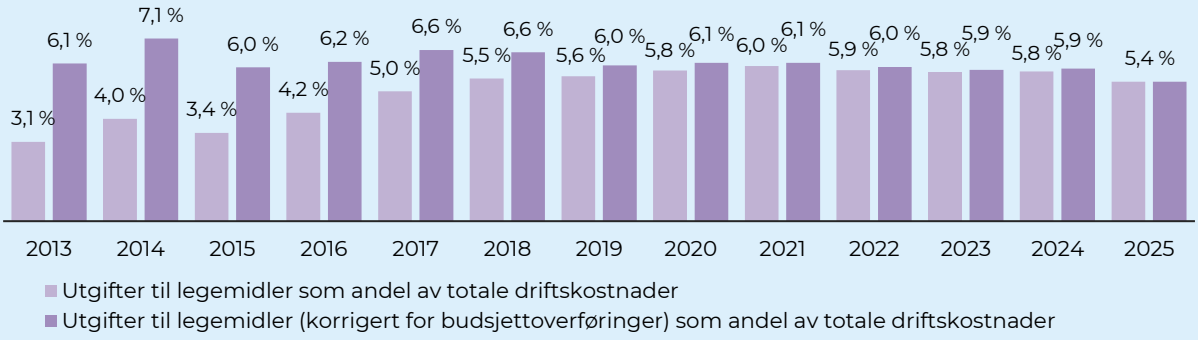
Kilde: Hdir (2026b). Milliarder 2025-kroner, ekskl. mva. Justering av inflasjon er basert på SSB (2026c).

Spesialisthelsetjenestens samlede utgifter

Figur 17: Folketrygdens samlede utgifter



Figur 18: Utgifter til legemidler som andel av totale driftskostnader



Kilde: Hdir (2026a og 2026b) og SSB (2026b). I Figur 17 er totale driftskostnader inkludert korrigering for budsjettoverføringer på legemiddelområdet i 2013. Dette påvirker andelene noe, sammenlignet med om man ikke inkluderer denne korrigeringen. Figuren viser dermed hvordan utgiftene fordeler seg med utgangspunkt i de legemidlene spesialisthelsetjenesten har budsjettansvar for i dag. Merk at andelene summerer seg til mer enn 100. Dette skyldes at totale driftskostnader (nevneren) inkluderer korrigeringer for salg til andre foretak i spesialisthelsetjenesten, uten at de enkelte kostnadskomponentene er korrigert for dette.

Merknad til Figur 18: Noen av utgiftspostene som inngår i spesialisthelsetjenestens totale driftsutgifter (SSB, 2026b) er inkl. mva., mens andre er ekskl. mva. Siden mva. ikke er en reell kostnad for staten, har vi ikke inkludert mva. i telleren når vi beregner andelen. Dette betyr at den faktiske andelen kan være noe høyere, fordi nevneren blir noe lavere når mva. tas ut. Det er imidlertid vanskelig å identifisere nøyaktig hvilke poster i statistikken som er inkl./ekskl. mva., og derfor ikke mulig å skille ut dette presist. Se merknad om dette i vedlegget.

Legemiddelutgifter etter bruksområde

Om lag halvparten av spesialisthelsetjenestens legemiddelutgifter knytter seg til legemidler brukt i sykehus, mens den andre halvparten gjelder H-resept

Legemidler mot sjeldne sykdommer står for en stadig større andel av H-reseptutgiftene, fra 4 prosent i 2017 til 21 prosent i 2024

Blant legemidler brukt i sykehus har kreftlegemidler vært den største utgiftsposten siden 2013

Helseforetaksfinansierte legemidler brukt utenfor sykehus

Justert for inflasjon og budsjettoverføringer, har utgiftene i H-reseptordningen gått ned fra 7,2 milliarder i 2015 til 6,2 milliarder i 2025 (Figur 19). Som påpekt av Helsedirektoratet har veksten i utgiftene vært lavere enn overføringene av finansieringsansvaret (Hdir, 2025). Dette kan skyldes både lavere forbruk og lavere pris enn forutsatt i budsjettoverføringene.

Det har skjedd en endring i sammensetningen av H-reseptutgiftene siden 2017 (Figur 21 og 22). Legemidler mot sjeldne sykdommer økte fra 4 til 21 prosent av utgiftene i perioden, mens andelen til behandling av multippel sklerose falt fra 14 til 6 prosent. TNF-hemmere utgjør den største utgiftsandelen, selv om denne andelen har falt fra 34 til 25 prosent. Kreft-legemidler har samtidig utgjort en relativt stabil andel av utgiftene mellom 2017 og 2024, rundt 23 prosent.

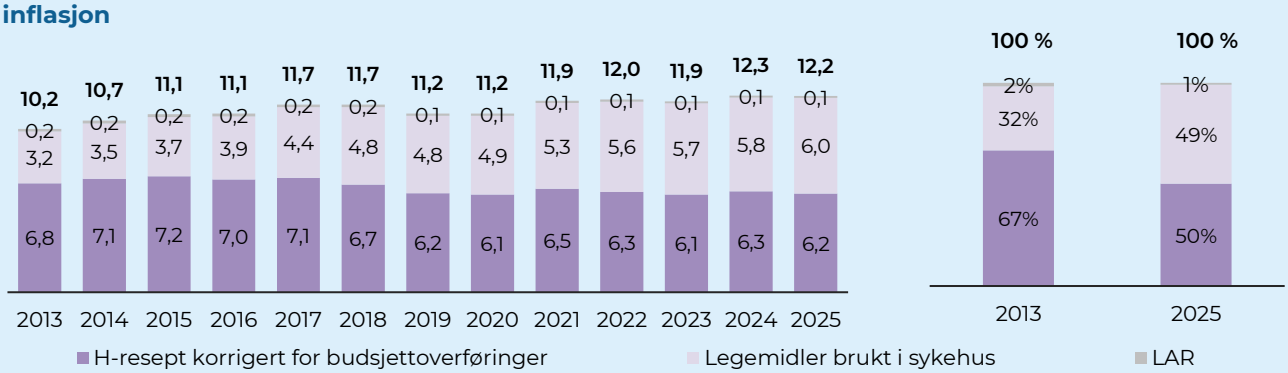
Legemidler brukt i sykehus

Legemidler brukt i sykehus utgjør en større andel av spesialisthelsetjenestens utgifter til legemidler i dag enn for ti år siden, og disse har vokst hvert år siden 2013.

Kreft har vært den største utgiftsposten siden 2013, og andelen av utgiftene som går til kreftlegemidler har økt fra 26 prosent i 2013 til 40 prosent i 2024 (inkludert PD1/PDL1-hemmere). Veksten er særlig drevet av innføringen av PD1/PDL1-hemmere, der utgiftsveksten var betydelig i perioden 2016 til 2021. Fra 2021 til 2024 har utgiftene vært relativt stabile, selv om flere pasienter har fått tilgang.

Samtidig har utgiftene til TNF-hemmere og legemidler mot multippel sklerose gått ned, både i andel og i kroner. Det er også en betydelig andel av utgiftene som er uten kodet bruksområde.

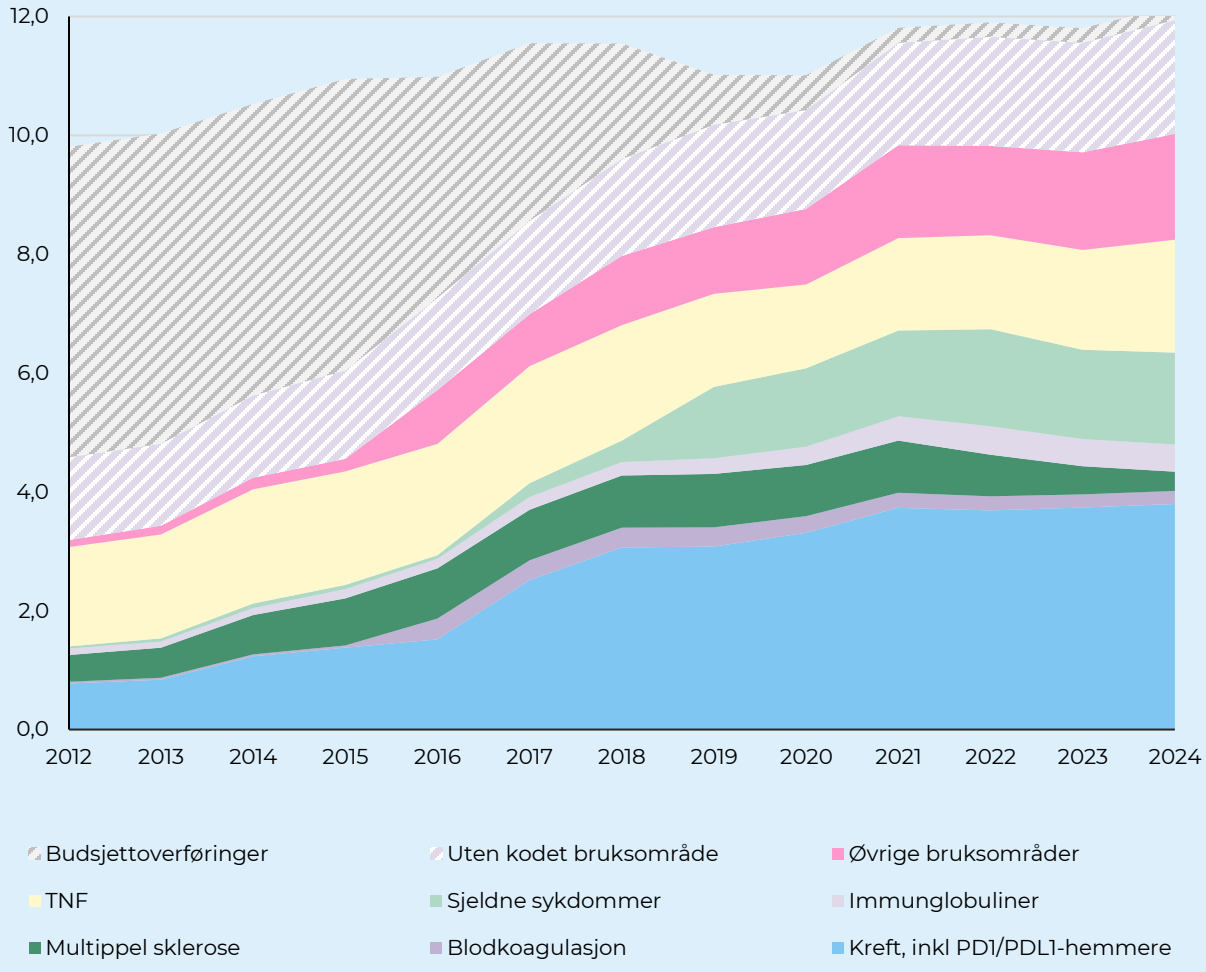
Figur 19: Spesialisthelsetjenestens legemiddelutgifter, med korrigering for budsjettoverføring og inflasjon



Kilde: Hdir (2026b). Figuren til venstre viser milliarder 2025-kroner ekskl. mva. Justering av inflasjon er basert på SSB (2026c). Figuren til høyre viser hvordan utgiftene fordelte seg på de tre bruksområdene i hhv. 2013 og 2025. Begge figurer er korrigert for budsjettoverføringer.

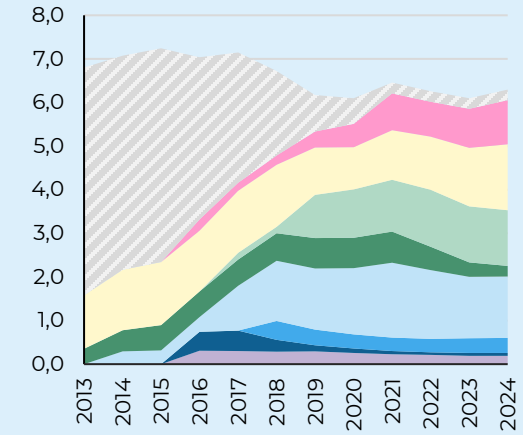
Legemiddelutgifter etter bruksområde

Figur 20: Utvikling i fordeling av utgifter til legemidler i spesialisthelsetjenesten etter bruksområde, 2025-kroner

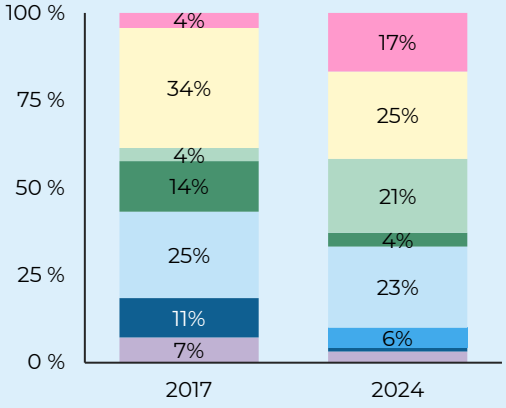


Kilde: Hdir (2026a). Tall i milliarder 2025-kroner. I figuren har vi slått sammen to tabeller, hhv. utgifter til legemidler gjennom H-resept per bruksområde og utgifter til legemidler brukt i sykehus etter bruksområde. Klassifiseringen av bruksområder følger Hdirs inndeling. Øvrige bruksområder inkluderer bl.a. veksthormoner, narkolepsi, transtyretin amyloidose, kolonistimulerende, alvorlig astma, nevroendokrine svulster, anemi, øye, HIV-forebygging og -infeksjon, hepatitt B og C, LAR/Opioidavhengighet, kronisk nyresykdom og transplantasjoner.

Figur 21: Utvikling i fordeling av utgifter til legemidler på H-resept etter bruksområde, milliarder 2025-kroner



Figur 22: Andel av utgifter til legemidler på H-resept per bruksområde, 2017 vs. 2024

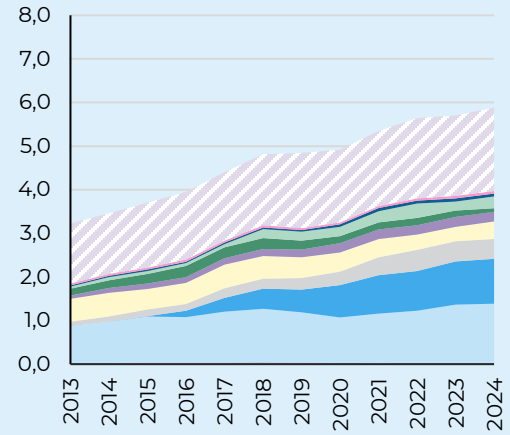


Bruksområder

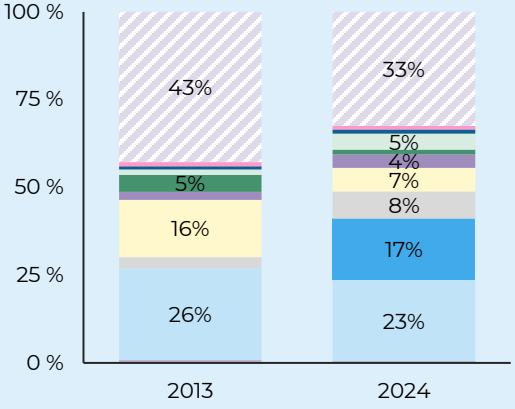
- Budsjettoverføringer
- Øvrige bruksområder
- TNF
- Sjeldne sykdommer + SMA + PAH
- Multippel sklerose (MS)
- Kreft
- HIV-forebygging + HIV-infeksjon
- Hepatitt B og C
- Blodkoagulasjon

Kilde: Hdir (2026a). Utgifter til legemidler gjennom H-resept per bruksområde. Klassifiseringen av bruksområder følger Hdirs inndeling. Øvrige bruksområder inkluderer veksthormoner, narkolepsi, transtyretin amyloidose, kolonistimulerende, alvorlig astma, nevroendokrine svulster, immunglobuliner, anemi og kronisk nyresykdom. I den nederste figuren er dataetiketter mindre eller lik 3 % utelatt for å øke lesbarheten.

Figur 23: Utvikling i fordeling av utgifter til legemidler brukt i sykehus etter bruksområde, milliarder 2025-kroner



Figur 24: Andel av utgifter til legemidler brukt i sykehus per bruksområde, 2013 vs. 2024



Bruksområder

- Uten kodet bruksområde
- Øvrige bruksområder
- LAR / Opiodavhengighet
- Sjeldne sykdommer
- Multippel sklerose
- Øye
- TNF
- Immunglobuliner
- PD1/PDL1-hemmere
- Kreft
- Blodkoagulasjon

Kilde: Hdir (2026a). Utgifter til legemidler brukt i sykehus per bruksområde. Klassifiseringen av bruksområder følger Hdirs inndeling. I den nederste figuren er dataetiketter mindre eller lik 3 % utelatt for å øke lesbarheten.



VEDLEGG 1

Datakilder, forutsetninger og fremgangsmåte

oslo**economics**

Folketrygdens utgifter

Beskrivelsen av folketrygdens utgifter til legemidler er basert på data fra to informasjonskilder:

- SSB tabell 10811
- Statsregnskapet

SSB tabell 10811 gir en oversikt over helseutgifter i millioner kroner etter finansieringskilde, type tjeneste, statistikkvariabel og år. Når vi filtrerer etter finansieringskilde (offentlig forvaltning) og type tjeneste (HC.5.1.1-5.1.2 Medisiner), finner vi folketrygdens utgifter til legemidler. Denne posten består igjen av to komponenter. Den ene er folketrygdens utgifter til legemidler gjennom blåreseptordningen, og den andre er folketrygdens utgifter til refusjon av egenbetaling ved nådd frikort.

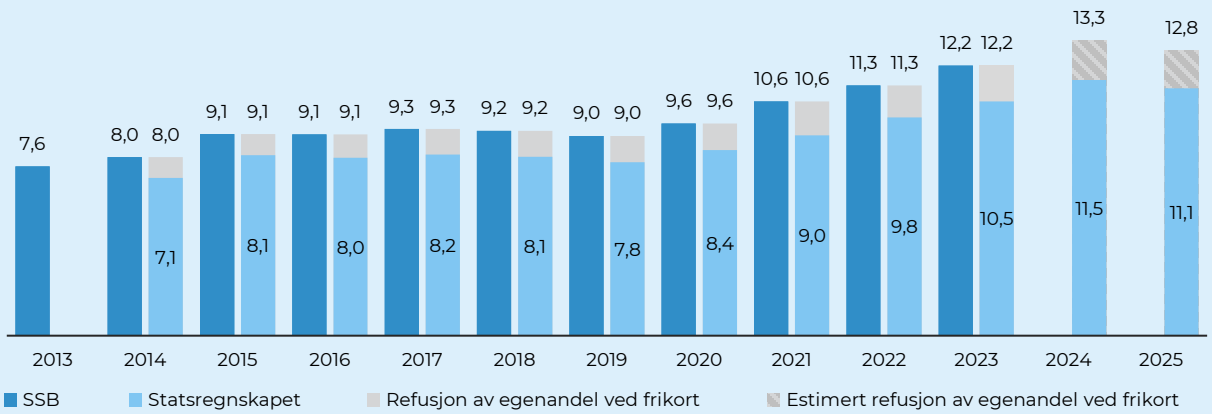
I **statsregnskapet** finner vi utgiftspost 275170 (legemidler) som angir folketrygdens utgifter til legemidler gjennom blåreseptordningen. Her er ikke refusjoner av egenbetaling ved nådd frikort inkludert, da det utgjør en del av kapittel 2752 i statsregnskapet. Kapittel 2752 omtales i Gul bok som følgende: «*Utgiftstaket for egenandeler (egenandelstak) omfatter egenandeler til legehjelp (inkl. laboratorieprøver og røntgen), psykologhjelp, poliklinikk,* ***legemidler*** *og medisinsk forbruksmateriell på blå resept samt pasientreiser, fysioterapi, enkelte former for refusjonsberettiget tannbehandling, opphold ved opptreningsinstitusjoner og private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionale helseforetak og behandlingsreiser til utlandet».*

Differansen mellom beløpene i SSB tabell 10811 og i utgiftspost 275170 i statsregnskapet tilsvarer dermed folketrygdens utgifter til refusjon av egenbetaling for personer med frikort. Dermed finner vi den samlede utgiften til legemidler som finansieres av folketrygden ved å se hen til dataene rapportert av SSB.

Både hos SSB og i statsregnskapet er folketrygdens utgifter til legemidler rapportert inkludert merverdi-avgift. Ettersom merverdiavgift ikke er en reell kostnad for det offentlige, men en avgift som tilbakeføres til staten, oppgir vi i denne rapporten utgifter ekskludert merverdiavgift. Korrigeringen gjøres ved å dele de rapporterte beløpene på 1,25, da merverdiavgiften på legemidler er 25 prosent.

Siste oppdatering av SSBs tabell 10811 er tom. 2023. Vi har derfor estimert utgiften i 2024 og 2025 ved å ta utgangspunkt i utgiftspost 275170 i statsregnskapet og deretter lagt til et anslag for refusjoner basert på gjennomsnittlig andel (15 prosent) i perioden 2019–2023. I perioden 2019-2023 utgjorde refusjoner mellom 14 og 17 prosent av utgiftspost 275170.

Figur 25: Folketrygdens utgifter til legemidler – to potensielle datakilder



Kilde: Statsregnskapet (2026) og SSB (2026a). Milliarder kroner ekskludert mva. Løpende priser. Utgifter i 2024 og 2025 er delvis estimert (grå stiplet søyle), da vi kun har data for direkte refusjoner. Refusjoner ved frikort for disse årene er estimert basert på tall før 2024.

Spesialisthelsetjenestens utgifter

For å identifisere spesialisthelsetjenestens utgifter til legemidler har vi i hovedsak sett hen til:

- SSB tabell 14022: Spesialisthelsetjenesten og underlagsdata til denne statistikken mottatt per e-post fra SSB
- Helsedirektoratet: Kostnadsutvikling 2012-2024 (rapport), samt tall for 2025 mottatt per e-post

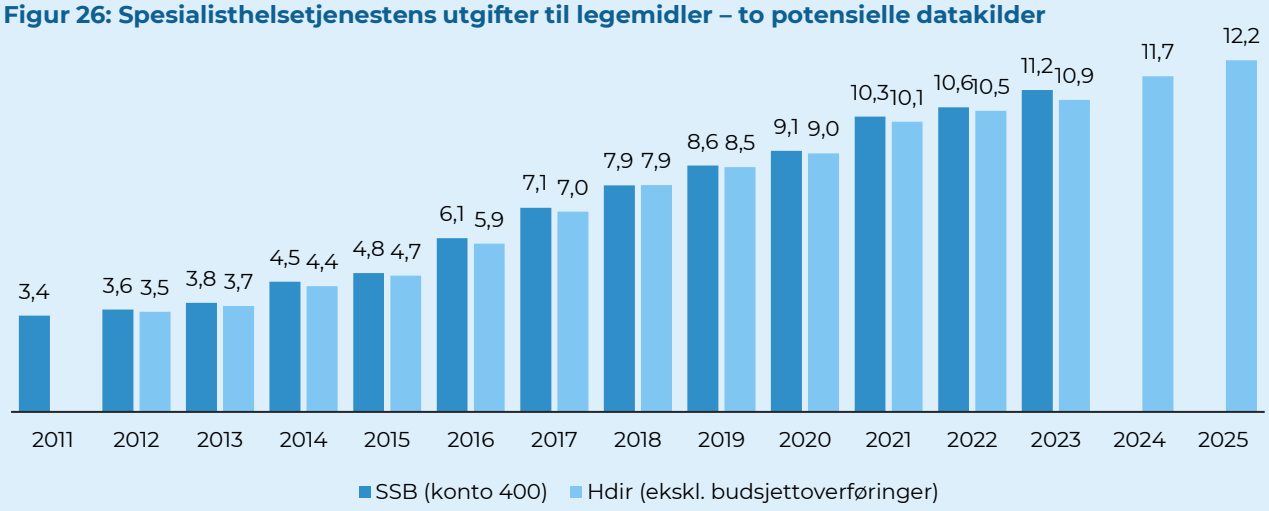
SSB tabell 14022 gir en oversikt over kostnader og inntekter i spesialisthelsetjenesten etter tjenesteområde i perioden 2006-2024. Her finner vi RHFenes utgifter til *legemidler og andre medisinske forbruksvarer*. Ettersom vi kun er interessert i utgifter til legemidler, tok vi i forbindelse med kartleggingen i 2025 kontakt med SSB og fikk tilsendt dette (konto 400). Videre fikk vi opplyst at utgiftene i tabell 14022 er inklusive merverdiavgift til og med 2016 og eksklusive merverdiavgift fra 2017, som følge av en regelendring som innebærer at helseforetakene ikke lenger betaler merverdiavgift når de kjøper varer og tjenester (SSB, 2018).

Helsedirektoratet publiserer årlig en rapport som viser kostnadsutviklingen i spesialisthelsetjenesten. Den nyeste rapporten dekker perioden fra 2012 til 2024 (Hdir, 2026a). Rapporten viser kostnader til legemidler i helseforetak med og uten korreksjon for budsjettoverføringer. Tallene som rapporteres er inkludert merverdiavgift. Det oppgis også hvordan utgiftene fordeles mellom hhv. H-resept, legemidler brukt i sykehus og legemiddelassistert rusbehandling (LAR). For H-resept og legemidler brukt i sykehus finnes det også informasjon om hvordan utgiftene fordeler seg på ulike bruksområder (sykdomsområder). Ettersom den nyeste rapporten kun inneholder tall til og med 2024, har vi fått innsyn i tall for 2025 hos Helsedirektoratet. Budsjettoverføringer er også basert på tall mottatt fra Helsedirektoratet per e-post, ettersom det var nye budsjettoverføringer fra og med 1. januar 2025.

Som det fremgår av figuren under er det en liten forskjell mellom SSBs tall og tall fra Helsedirektoratet. Det skyldes at tallgrunnlaget til SSB er hentet fra SLS-databasen (Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk) og viser apotekenes salg av legemidler til helseforetakene – altså utgifter til forbrukte legemidler. Hdirs statistikk er på sin side basert på RHFenes regnskap og viser helseforetakenes innkjøp av legemidler.

I denne rapporten benytter vi statistikken til Hdir for å finne spesialisthelsetjenestens utgifter til legemidler. Denne statistikken gir i tillegg oversikt over utgiftstype og bruksområde. I likhet med øvrig statistikk i denne rapporten, oppgir vi utgifter ekskludert merverdiavgift.

Figur 26: Spesialisthelsetjenestens utgifter til legemidler – to potensielle datakilder



Kilde: Hdir (2026a, 2026b), SSB (2026a). Milliarder kroner ekskludert mva. Løpende priser.

Samlede offentlige helseutgifter

I denne rapporten viser vi hvor mye de offentlige utgiftene til legemidler utgjør av totale offentlige helseutgifter. For å finne samlede offentlige helseutgifter har vi sett hen til SSBs helseregnskap (tabell 10811). I statistikken er det mulig å hente ut offentlig forvaltning sine helseutgifter hvert år i perioden fra 2008 til 2023. Dette inkluderer utgifter til:

- Medisinsk behandling (sykehustjenester, legetjenester, allmennlegetjenester, tannlegetjenester, legetjenester fra spesialister, mv.)
- Rehabilitering
- Sykehjemstjenester og hjemmesykepleie
- Støttetjenester (røntgen og laboratorietjenester, ambulanse, mv.)
- Medisinske produkter for pasienter uten innleggelse
- Forebygging og helsefremmende arbeid
- Helseadministrasjon

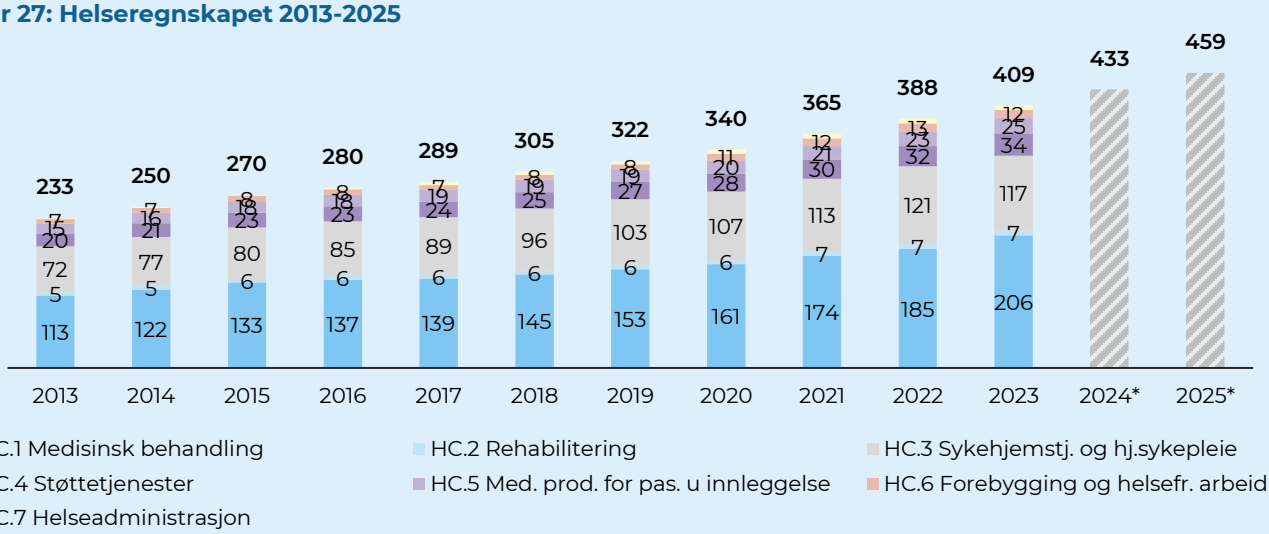
Utgifter til legemidler er en del av disse utgiftene. Folketrygdens utgifter til legemidler inngår under *HC.5.1.1-5.1.2 Medisiner*. Spesialisthelsetjenestens utgifter til legemidler er en del av tjenesten spesialist-helsetjenesten leverer, og rapporteres derfor ikke som et eget punkt i helseregnskapet, men som en del av tjenestene under *HC.1 Medisinsk behandling*.

Helseregnskapet er basert på et system for helse-regnskap utviklet av OECD («A System of Wealth Accounts»). Systemet er laget for å gi sammenlignbare tall for land uavhengig av organisering av helsetjeneste.

SSB gjennomførte i 2025 en revisjon av helse-regnskapet, som dekker perioden til og med 2023. Ettersom vi ikke har tilgjengelige tall for 2024 og 2025, har vi estimert totale offentlige helseutgifter for disse årene ved å legge til grunn gjennomsnittlig årlig vekst i perioden 2019 til 2023. I disse årene har den årlige veksten vært mellom 5,2 og 7,2 prosent, med et gjennomsnitt på 6,0 prosent.

Noen av utgiftspostene i helseregnskapet inkluderer merverdiavgift. Siden merverdiavgift ikke er en reell kostnad for staten, har vi ikke inkludert merverdiavgift i telleren når vi beregner hvilken andel utgifter til legemidler utgjør av det totale helseregnskapet. Dette betyr at den faktiske andelen kan være noe høyere, fordi nevneren blir noe lavere om merverdiavgift tas ut. Det er imidlertid vanskelig å identifisere nøyaktig hvilke poster som inkluderer eller ekskluderer mer-verdiavgift, og derfor ikke mulig å skille ut dette presist. Effekten er trolig begrenset da det ikke påløper merverdiavgift på de viktigste utgiftkomponentene.

Figur 27: Helseregnskapet 2013-2025



Kilde: SSB (2026a). Utgifter i milliarder kroner i løpende priser. Helseutgifter 2024 og 2025 er estimert ved å legge til grunn gjennomsnittlig årlig vekst i perioden 2019 til 2023. Etiketter mindre enn 5 er fjernet fra figuren.

Korrigering av data og analyse av drivere

Korreksjon for inflasjon

For å presentere sammenlignbare tall, justerer vi løpende utgifter til inflasjonsjusterte 2025-kroner. Denne justeringen gjør det mulig å sammenligne utgifter over hele perioden vi ser på. Vi benytter SSBs prisindeks for legemidler (tabell 14701, undergruppe 06.1.1. Legemidler) til korrigering av legemiddelutgifter og den generelle prisindeksen (tabell 14701, undergruppe 00 I alt) til korrigering av øvrige utgifter. Som beskrevet innledningsvis i rapporten, innebærer dette en endring fra fjorårets kartlegging, der vi brukte den generelle prisveksten til all inflasjonsjustering.

I Hdirs rapport om kostnader til legemidler i helseforetak (2026a), benyttes prisindeks for legemidler til å korrigere for prisutvikling. Som det fremgår av Figur 28, har indeksene jevnt over utviklet seg likt, men legemiddelindeksen har i perioden fra 2013 til 2025 hatt noe lavere vekst enn den generelle konsumprisindeksen. Mellom 2013 og 2025 har den generelle prisindeksen økt 44 prosent, mens legemiddelindeksen har økt 35 prosent.

Analyse av drivere basert på utvikling i antall definerte døgndoser (DDD)

Vi benytter FHIs legemiddelregister (LMR) (2026) til å analysere endringer i forbruket av legemidler. LMR inneholder informasjon om hvilke legemidler som har blitt utlevert fra apotek, på resept eller rekvisisjon, fra 2004 og fremover. Registeret inkluderer både legemidler på resept som er finansiert offentlig og legemidler på resept som er brukerfinansiert. Det betyr at statistikken gir en oversikt over utleveringer av alle reseptbelagte legemidler, også de som ikke er en del av denne rapportens søkelys.

Når vi korrigerer utgiftene for økt legemiddelforbruk basert på utvikling i DDD (Figur 5 i rapporten), innebærer dette en forutsetning om at utlevering av brukerfinansierte legemidler og legemidler finansiert av staten har utviklet seg likt.

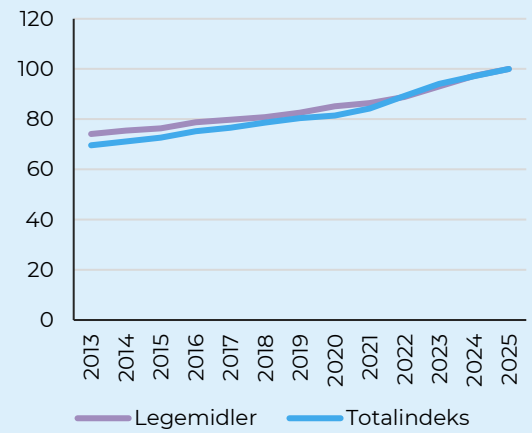
Håndtering av merverdiavgift

I denne rapporten presenterer vi utgifter ekskludert merverdiavgift. Det skyldes at merverdiavgift ikke er en reell kostnad for det offentlige, men en avgift som tilbakeføres til staten.

Korreksjon for budsjettoverføringer

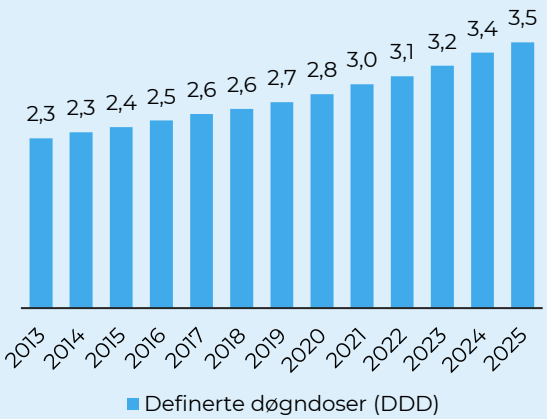
I perioden 2012-2025 har ansvaret for flere legemiddelområder blitt overført fra folketrygden til H-resept-ordningen i spesialisthelsetjenesten. Vi har hensyntatt budsjettoverføringer i rapporten, basert på informasjon om årlige budsjettoverføringer fra Hdir (2026b). Rapporten tar dermed for seg de legemiddelområdene som hhv. folketrygden og spesialisthelsetjenesten har finansieringsansvar for i dag. Se Tabell 1 i Vedlegg 2 for tall på budsjettoverføringene.

Figur 28: Konsumprisindeksen, 2013-2024



Kilde: SSB (2026c). 2025=100.

Figur 29: Utvikling i antall definerte døgndoser (DDD), 2013-2024



Kilde: FHI (2026). Milliarder DDD.

Merknad om merverdiavgift

I denne rapporten presenterer vi utgifter til legemidler ekskludert merverdiavgift. Det skyldes at merverdiavgift ikke er en reell kostnad for det offentlige, men en avgift som tilbakeføres til staten. For å identifisere de *faktiske* offentlige utgiftene til legemidler, er det derfor kostnader ekskludert merverdiavgift vi er interessert i.

Hvordan merverdiavgift er håndtert i de ulike statistikkildene varierer. Eksempelvis er spesialisthelsetjenestens utgifter til legemidler i SSB (tabell 14022) inklusive merverdiavgift til og med 2016 og eksklusive merverdiavgift fra 2017. Videre har vi fått opplyst fra SSB at folketrygdens utgifter til legemidler (SSB tabell 10811, helseregnskapet) er rapportert inklusive merverdiavgift i hele perioden.

Andre offentlige helseutgifter, slik som utgifter til helsetjenester, er på sin side unntatt merverdiavgift, jf. § 3-2 i merverdiavgiftsloven. Dermed inneholder helseregnskapet til SSB (tabell 10811) komponenter både *med* og *uten* merverdiavgift, men vi vet ikke hvor stor andel som inkluderer merverdiavgift. Når vi skal beregne hvilken *andel* utgifter til legemidler utgjør av de samlede offentlige helseutgiftene, får vi dermed et måleproblem – fordi kun deler av totalen er inkludert mva.

Ettersom det ikke er mulig å identifisere hvilke komponenter i totalen som inkluderer merverdiavgift, har vi valgt å ikke justere nevneren (totalen) i beregningen av legemiddelandelen. Nevneren er derfor det samme tallet som kan hentes fra SSB-tabell 10811. I telleren har vi derimot benyttet legemiddelutgifter ekskludert merverdiavgift.

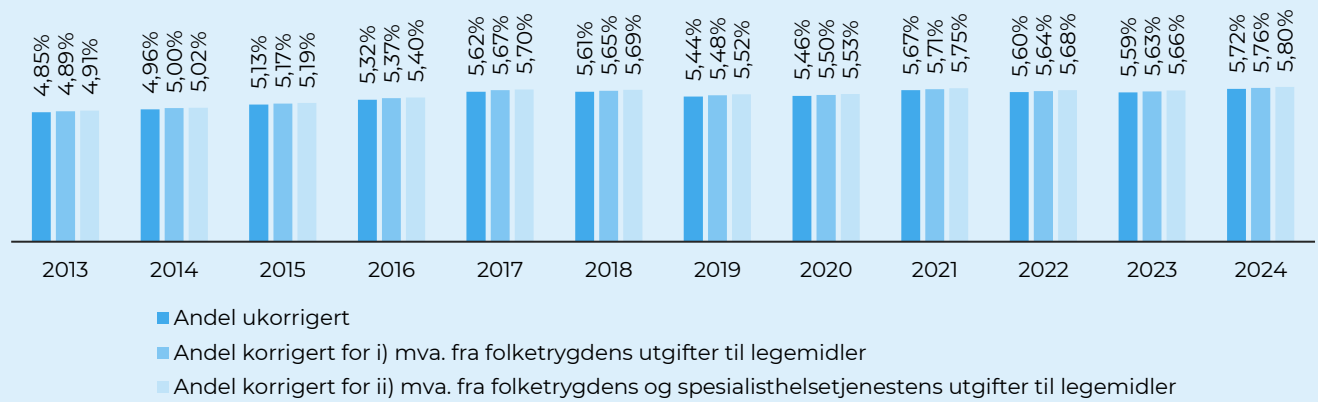
Det er en viss utfordring ved denne fremgangsmåten, ettersom vi vet at folketrygdens utgifter til legemidler i SSB-tabell 10811 er inklusive merverdiavgift i totalen. For spesialisthelsetjenesten vet vi ikke hvordan merverdiavgift er håndtert i totalen, da disse utgiftene inngår som en del av medisinsk tjenesteyting og ikke som en egen post.

Formålet med analysen er imidlertid å undersøke endringer over tid i andelen legemiddelutgifter. I denne sammenhengen er det derfor ikke avgjørende hvordan merverdiavgift er håndtert, så lenge fremgangsmåten er konsistent over hele perioden.

I tabellen under har vi likevel illustrert hvordan andelen påvirkes av om vi i) trekker ut folketrygdens andel av merverdiavgift fra nevneren (totalen) og ii) trekker ut både folketrygdens og spesialisthelsetjenestens andel av merverdiavgift fra nevneren (totalen).

Som figuren viser, er forskjellene marginale og har lite betydning for resultatene presentert i denne rapporten.

Figur 30: Illustrasjon av konsekvens av håndtering av merverdiavgift ved analyse av offentlige legemiddelutgifter som andel av totale offentlige helseutgifter



Kilde: Hdir (2025), Statsregnskapet (2025) og SSB (2023). Tall for folketrygden og totale helseutgifter i 2023 og 2024 er delvis estimert basert historiske data, se vedlegg.



VEDLEGG 2

Supplerende tabeller

oslo**economics**

Tabell 1: Legemiddelutgifter

Beskrivelse	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Legemiddelutgifter i løpende priser ekskludert merverdiavgift													
Folketrygden	7 618	8 035	9 071	9 058	9 304	9 228	8 998	9 552	10 550	11 270	12 160	13 287	12 847
Spesialist-helsetjenesten	3 683	4 380	4 743	5 858	6 972	7 895	8 523	9 005	10 107	10 490	10 864	11 690	12 243
Korrigering av budsjettoverføringer (løpende priser)													
Budsjett-overføringer	3 866	3 700	3 744	2 932	2 386	1 566	692	502	217	217	227	238	0
Folketrygden korrigert	3 752	4 335	5 327	6 126	6 918	7 662	8 306	9 050	10 334	11 054	11 933	13 049	12 847
Spesialisthelse-tjenesten korrigert	7 550	8 080	8 487	8 790	9 359	9 461	9 215	9 506	10 324	10 707	11 091	11 927	12 243
Legemiddelutgifter korrigert for budsjettoverføringer og inflasjon (2025-kroner)													
Folketrygden korrigert	5 067	5 748	6 979	7 769	8 664	9 486	10 056	10 624	11 958	12 429	12 824	13 418	12 847
Spesialist-helsetjenesten korrigert	10 196	10 714	11 118	11 147	11 721	11 715	11 157	11 159	11 947	12 040	11 919	12 264	12 243
Spesialisthelsetjenesten korrigert for budsjettoverføringer, fordelt på område (løpende priser)													
Spesialisthelse-tjenesten samlet	7 550	8 080	8 487	8 790	9 359	9 461	9 215	9 506	10 324	10 707	11 091	11 927	12 243
H-resept	*5 037*	*5 334*	*5 529*	*5 548*	*5 707*	*5 432*	*5 100*	*5 197*	*5 583*	*5 566*	*5 674*	*6 124*	*6 162*
Legemidler brukt i sykehus	*2 386*	*2 604*	*2 823*	*3 113*	*3 516*	*3 889*	*4 000*	*4 190*	*4 617*	*5 019*	*5 299*	*5 687*	*5 965*
LAR	*126*	*142*	*135*	*130*	*136*	*140*	*115*	*120*	*124*	*123*	*118*	*116*	*116*

Kilder: SSB (2026a, 2026b og 2026c), Hdir (2026b) og Statsregnskapet (2026). Millioner kroner ekskl. mva.

Tabell 2: Utgifter til legemidler som andel av total

Beskrivelse	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Legemiddelutgifter (folketrygden + RHFene) som andel av totale offentlige helseutgifter (løpende priser)													
Legemiddelutgifter ekskl. mva.	11 302	12 416	13 814	14 917	16 276	17 123	17 521	18 557	20 657	21 761	23 024	24 976	25 090
Totale offentlige helseutgifter	233 172	250 328	269 549	280 159	289 366	305 311	321 825	339 961	364 531	388 466	408 604	433 138	459 145
Legemidler som andel av total	4,85 %	4,96 %	5,12 %	5,32 %	5,62 %	5,61 %	5,44 %	5,46 %	5,67 %	5,60 %	5,63 %	5,77 %	5,46 %
Folketrygdens legemiddelutgifter som andel av folketrygdens samlede utgifter – *ikke* korrigert for budsjettoverføringer													
Legemiddelutgifter folketrygden, inkl. mva.	9 523	10 044	11 339	11 323	11 630	11 535	11 247	11 940	13 188	14 088	15 200	16 608	16 058
Totale utgifter folketrygden	368 100	389 928	420 461	437 087	450 000	460 219	477 454	532 396	548 867	564 215	611 998	663 702	703 411
Legemidler som andel av total	2,59 %	2,58 %	2,70 %	2,59 %	2,58 %	2,51 %	2,36 %	2,24 %	2,40 %	2,50 %	2,48 %	2,50 %	2,28 %
Folketrygdens legemiddelutgifter som andel av folketrygdens samlede utgifter – korrigert for budsjettoverføringer													
Legemiddelutgifter folketrygden korr. for budsjettoverf., inkl. mva.	4 690	5 419	6 659	7 658	8 647	9 577	10 382	11 313	12 917	13 817	14 916	16 311	16 058
Totale utgifter folketrygden, korr. for budsjettoverf.	372 933	394 553	425 141	440 752	452 983	462 177	478 319	533 023	549 138	564 486	612 282	663 999	703 411
Legemidler som andel av total, korr. for budsjettoverf.	1,26 %	1,37 %	1,57 %	1,74 %	1,91 %	2,07 %	2,17 %	2,12 %	2,35 %	2,45 %	2,44 %	2,46 %	2,28 %
Spesialisthelsetjenestens legemiddelutgifter som andel av spesialisthelsetjenestens samlede utgifter – *ikke* korrigert for budsjettoverføringer													
Legemiddelutgifter spesialisthelse-tjenesten, ekskl. mva.	3 683	4 380	4 743	5 858	6 972	7 895	8 523	9 005	10 107	10 490	10 864	11 690	12 243
Totale driftsutgifter spesialisthelse-tjenesten	119 577	110 447	138 357	139 412	138 600	142 757	151 745	154 211	167 895	178 966	188 638	201 473	226 165
Legemidler som andel av total	3,08 %	3,97 %	3,43 %	4,20 %	5,03 %	5,53 %	5,62 %	5,84 %	6,02 %	5,86 %	5,76 %	5,80 %	5,41 %
Spesialisthelsetjenestens legemiddelutgifter som andel av spesialisthelsetjenestens samlede utgifter – korrigert for budsjettoverføringer													
Legemiddelutgifter spesialisthelse-tjenesten, ekskl. mva.	7 550	8 080	8 487	8 790	9 359	9 461	9 215	9 506	10 324	10 707	11 091	11 927	12 243
Totale driftsutgifter spesialisthelse-tjenesten	123 443	114 147	142 101	142 344	140 986	144 323	152 437	154 713	168 112	179 183	188 865	201 711	226 165
Legemidler som andel av total	6,12 %	7,08 %	5,97 %	6,18 %	6,64 %	6,56 %	6,05 %	6,14 %	6,14 %	5,98 %	5,87 %	5,91 %	5,41 %

Kilder: SSB (2026a, 2026b og 2026c), Hdir (2026b) og Statsregnskapet (2026). Millioner kroner. Merk: Folketrygdens legemiddelutgifter oppgis inkl. merverdiavgift i tabellen.

Tabell 3: Legemiddelforbruk målt i antall DDD (etter alder og ATC-gruppe)

Beskrivelse	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0–29 år													
G	80 176	83 622	89 286	96 022	96 815	96 151	96 248	93 791	90 293	84 712	83 271	83 290	81 339
N	33 078	35 555	36 674	37 899	41 623	42 646	45 350	47 814	52 807	57 781	62 554	66 630	69 948
R	43 129	47 155	46 902	48 137	50 656	50 976	55 671	56 871	60 282	58 373	60 660	62 792	62 332
A	14 191	15 902	17 715	20 376	25 000	26 201	26 788	27 682	31 910	33 393	35 990	39 335	40 363
B	5 092	5 613	6 361	6 744	7 488	7 435	7 469	8 146	9 436	10 534	11 567	13 374	14 621
30–49 år													
N	94 486	95 874	95 995	96 426	97 955	98 275	101 217	105 789	110 794	115 536	121 314	128 247	135 580
A	43 939	47 479	51 297	55 721	62 423	63 584	64 946	68 702	77 184	82 753	92 203	100 714	104 382
R	60 411	64 365	65 222	66 546	69 372	69 962	75 779	80 632	85 083	83 576	86 587	90 202	92 398
G	41 231	42 673	44 103	45 775	47 311	48 662	50 439	51 925	52 682	54 187	57 693	64 145	72 046
C	55 688	54 799	54 651	54 945	55 127	55 230	55 529	57 089	58 170	59 225	61 755	63 777	65 341
50–69 år													
C	348 070	348 589	348 395	348 632	349 524	355 109	360 944	375 256	388 648	402 569	415 847	431 503	439 788
A	110 587	118 058	125 534	134 195	144 054	149 573	154 107	162 331	176 655	190 576	207 547	224 516	232 901
N	133 737	137 535	138 956	139 995	141 017	142 256	146 742	151 592	156 901	161 654	165 353	169 500	174 257
R	95 961	100 110	102 642	105 299	108 807	110 936	116 745	121 834	126 311	127 747	131 046	134 331	137 105
B	90 570	90 863	91 544	92 052	92 204	93 886	94 681	95 352	97 695	100 573	102 560	108 293	112 071
70+ år													
C	328 077	339 757	352 844	370 003	384 041	402 402	420 211	442 277	464 117	487 240	508 392	536 249	556 443
A	87 392	95 269	103 558	114 072	125 047	133 792	139 615	148 767	159 577	169 523	181 198	196 758	210 222
B	108 281	111 472	116 128	123 103	128 579	135 560	140 310	144 241	149 063	154 270	158 633	167 159	174 224
N	86 916	90 199	92 347	96 303	99 298	101 638	104 905	109 505	114 187	118 550	122 288	127 005	132 227
R	52 758	56 133	59 905	64 181	68 207	71 989	76 360	80 099	83 001	85 104	88 469	91 872	95 556

Kilde: FHI (2026). Antall i 1 000 DDD. Tabellen viser de fem ATC-gruppene med flest DDD per aldersgruppe i 2025.

A = Fordøyelsesorganer og stoffskifte. B = Blod- og bloddannende organer. C = Hjerte og kretsløp. G = Urogenitalsystem og kjønnshormoner. N = Nervesystemet. R = Respirasjonsorganer.

Referanser

- FHI (2024) *Data på utgifter til covid-19-vaksiner oversendt per epost fra FHI til Oslo Economics, 1. juli 2024.*
- Helsedirektoratet. (2019, 14. mars) *Tredelt finansieringsansvar for legemidler.* Helsedirektoratet.no. https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/diagnose-og-behandling/legemidler/legemiddelfinansiering/refusjon-av-legemidler
- Helsedirektoratet. (2024, 20.desember). *Overføring av finansieringsansvar for legemidler.* Helsedirektoratet.no. https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/overforing-av-finansieringsansvar-for-legemidler
- Helsedirektoratet. (2026a). *Kostnader til legemidler i helseforetak 2012-2024.* Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kostnader-til-legemidler-i-helseforetak-20122024
- Hove, I.H. (SSB) (2018, 22.juni). *Lavere kostnader for sykehusene på grunn av momsfritak.* SSB.no. https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/lavere-kostnader-pa-grunn-av-momsfritak
- Dalen, D.M; Holden, M.B; Lian, Ø; Rasmussen, I; & Skulstad, A. (2021). *Riktige legemidler til rett pris* (rapportnummer 2021/01). Vista Analyse & EY. https://www.regjeringen.no/contentassets/64131807ce574a6db6ccb5f321dd3629/riktige-legemidler-til-rett-pris.pdf

Datakilder

- FHI (2026). *Legemiddelregisteret.* FHI.no. https://www.fhi.no/he/legemiddelregisteret/. *[Lastet ned september 2026].*
- Hdir (2026a). *Kostnader til legemidler i helseforetak 2012-2024.* Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kostnader-til-legemidler-i-helseforetak-20122024
- Hdir (2026b). *Tabeller med oversikt over kostnader til legemidler i helseforetak 2012-2025 oversendt e-post fra Hdir til Oslo Economics 30. juli og 10. august 2026.*
- SSB (2026a). *Tabell 10811: Helseutgifter, etter finansieringskilde og type tjeneste (mill. kr) 2008 – 2023.* SSB.no. https://www.ssb.no/statbank/table/10811 *[Lastet ned juli 2026, sist endret 30.04.2026]*
- SSB (2026b). *Tabell 14022: Kostnader og inntekter i spesialisthelsetjenesten, etter tjenesteområde og helseforetak 2006–2025.* SSB.no https://www.ssb.no/statbank/table/14022 *[Lastet ned juli 2026, sist endret 23.06.2026]*
- SSB (2026c). *Tabell 14701: Konsumprisindeks, etter vare- og tjenestegruppe og år.* SSB.no https://www.ssb.no/statbank/table/14701 *[Lastet ned september 2026, sist endret 10.02.2026]*
- Statsregnskapet (2026). Statsregnskapet.dfo.no. Inntekter og utgifter | statsregnskapet.no *[Lastet ned juli 2026].*

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

E-post og telefon:
post@osloeconomics.no
+47 21 99 28 00

Besøksadresse:
Klingenberggata 7A
0161 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo