

Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2026–2029

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2026-4-10244

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, april 2026

Förord

Sedan 2003 lämnar Socialstyrelsen en årlig uppföljning och analys av förändringar i läkemedelsförsäljningen i Sverige samt en bedömning av den framtida kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånerna. Rapporterna vänder sig till regeringen. Även regioner och deras läkemedelskommittéer samt kommuner och övriga intressenter kan dra nytta av rapporten.

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att årligen analysera orsakerna bakom förändringar i läkemedelsförsäljningen i Sverige. Analysen ska omfatta eventuella skillnader mellan kostnader för kvinnors och mäns läkemedel. Myndigheten ska även redovisa en bedömning av kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmåner, rekvisitionsläkemedel och smittskyddsläkemedel. Socialstyrelsen har löpande dialog och informationsutbyte med Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) under genomförandet av uppdraget.

Uppgifterna redovisas på nationell nivå och innehåller inga fördjupade analyser av exempelvis skillnader i läkemedelsanvändningen på regional nivå. Prognosen gäller 2026–2029.

En referensgrupp bestående av representanter för Västra Götalandsregionen, Region Skåne, Region Stockholm, Region Västernorrland, Region Östergötland, Sveriges Kommuner och Regioner, Läkemedelsverket och TLV har bidragit i arbetet. En andra referensgrupp med representanter för Läkemedelsindustriföreningen (Lif), Sveriges Apoteksförening och Läkemedelshandlarna har också bidragit i prognosarbetet.¹ Till prognosarbetet har även den nationella arbetsgruppen för cancerläkemedel (NAC) kommit med synpunkter på antaganden inom onkologiområdet. Socialstyrelsen vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunnande har deltagit i arbetet med denna rapport.

Projektledare på Socialstyrelsen har varit Moa Ivergård. I projektgruppen har även Zara Daghbashyan, Annika Johansson Ensjö och Marcelina Kadziela ingått. Ansvarig enhetschef har varit Petra Rinman.

Natalia Borg

Tf. verksamhetsområdesdirektör

Verksamhetsområde behörighet, analys och statistik

¹ Se Bilaga 1 för deltagare i referensgrupperna.

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	5
Summary	6
Den svenska läkemedelsmarknaden	7
Förmånsläkemedel	11
Historisk kostnadsutveckling.....	11
Kostnaderna inom förmånerna prognostiseras fortsätta öka men i långsammare takt.....	25
Smittskyddsläkemedel	46
Hepatit C-läkemedel	46
Hivläkemedel	47
Rekvissionsläkemedel	50
Osäkerhetsfaktorer i prognoserna	54
Hög osäkerhet	55
Medelhög osäkerhet.....	56
Referenser	58
Bilaga 1. Referensgrupper	63
Bilaga 2. Metod.....	64
Datakällor	64
Prognos av kostnader för läkemedelsförmånerna, rekvisitionsläkemedel och smittskyddsläkemedel	65
Specifika analyser baserade på registerdata	67
Analys av drivande faktorer bakom kostnadsutvecklingen.....	68
Bilaga 3. Utfall 2025 och de tre senaste prognoserna	70
Bilaga 4. Specifikation av läkemedelsområden	73

Sammanfattning

Socialstyrelsen analyserar sedan 2003 läkemedelsförsäljningen och kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmåner, smittskyddsläkemedel och rekvisitionsläkemedel i Sverige. Myndigheten publicerar årligen två rapporter: en omfattande rapport på våren och en prognosuppdatering på hösten. Den senaste rapporten (höstprognosen) publicerades i oktober 2025 och omfattade kostnadsprognos för åren 2025–2028.

Kostnadsutvecklingen bedöms utifrån analyser av den underliggande kostnadstrenden samt en rad faktorer som kan ha kostnadspåverkan, exempelvis introduktion av nya läkemedel, ändrade indikationer, regeländringar och patentutgångar. För att visa utvecklingen på en mer detaljerad nivå har läkemedlen inom läkemedelsförmånerna delats in i sex områden samt en övrigt-grupp. Läkemedel och läkemedelsgrupper med stor kostnadspåverkan inom dessa områden har analyserats närmare.

Jämfört med höstprognosen 2025 har årets vårprognos justerats ned för 2026 och 2027, och uppjusterats för 2028. Kostnaderna för läkemedel och handelsvaror inom förmånerna förväntas öka från 40,1 miljarder kronor 2025 till 47,3 miljarder kronor 2029, en ökning på 18 procent.

Kostnadsökningen drivs främst av att det tillkommit fler nya läkemedel för bland annat ovanliga sjukdomar inom förmånerna, och av att antalet patienter som behandlas med relativt dyra läkemedel inom områdena Diabetesläkemedel och Utvalda biologiska läkemedel för inflammatoriska sjukdomar förväntas fortsätta öka. De prognostiserade kostnaderna är förenade med vissa osäkerhetsfaktorer, som patentutgångar, nya läkemedel och indikationsutvidgningar i förmånerna samt omvärldsfaktorer som det ändrade högkostnadsskyddet och andra möjliga förändringar av regelverket.

Den totala kostnaden för hepatit C-läkemedel och hivläkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagen uppgick 2025 till 1,0 miljarder kronor och prognosticeras att öka till 1,2 miljarder kronor 2029.

Kostnaderna för rekvisitionsläkemedel förväntas öka från 14,1 miljarder kronor 2025 till 17,1 miljarder kronor 2029, en ökning med 22 procent.

Summary

Since 2003, the National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen) has been analysing and forecasting the cost development for pharmaceutical products prescribed within the national benefit scheme, pharmaceutical products prescribed under the Swedish Communicable Diseases Act (Smittskyddslagen), as well as hospital medicines in Sweden. The authority publishes two reports annually: a comprehensive report in the spring and an update in the autumn. The most recent report, the autumn forecast, was published in October 2025 and included cost forecasts for the years 2025–2028.

The cost development is estimated based on the underlying cost trends and various cost-altering factors, such as the introduction of new medicines, changes in subsidised indications and laws as well as patent expirations. To show the development at a more detailed level, the medicines within the national benefit scheme have been divided into six areas and one "other" group. The latter is analysed on an aggregated level, whereas medicines and medicine groups with significant cost impact are analysed in more detail.

Compared to the forecast from autumn 2025, the spring forecast has been decreased for the years 2026 and 2027 and increased for 2028. The costs of medicines and commodities within the national benefit scheme are expected to increase from SEK 40.1 billion in 2025 to SEK 47.3 billion in 2029, an increase of 18 percent. This increase in costs is mainly driven by the introduction within the benefit scheme of new medicines for, among other indications, rare diseases, and by the expected continued increase in the number of patients treated with relatively expensive medicines in the areas Diabetes medicines and Selected biological medicines for inflammatory diseases. The forecast is associated with certain uncertainties, such as patent expirations, new medicines and indication expansions within the benefit scheme, as well as external factors such as the changed high-cost protection threshold and other possible regulatory changes.

The total cost of hepatitis C and HIV medicines prescribed under the Swedish Communicable Diseases Act amounted to SEK 1.0 billion in 2025 and is forecast to increase to SEK 1.2 billion in 2029.

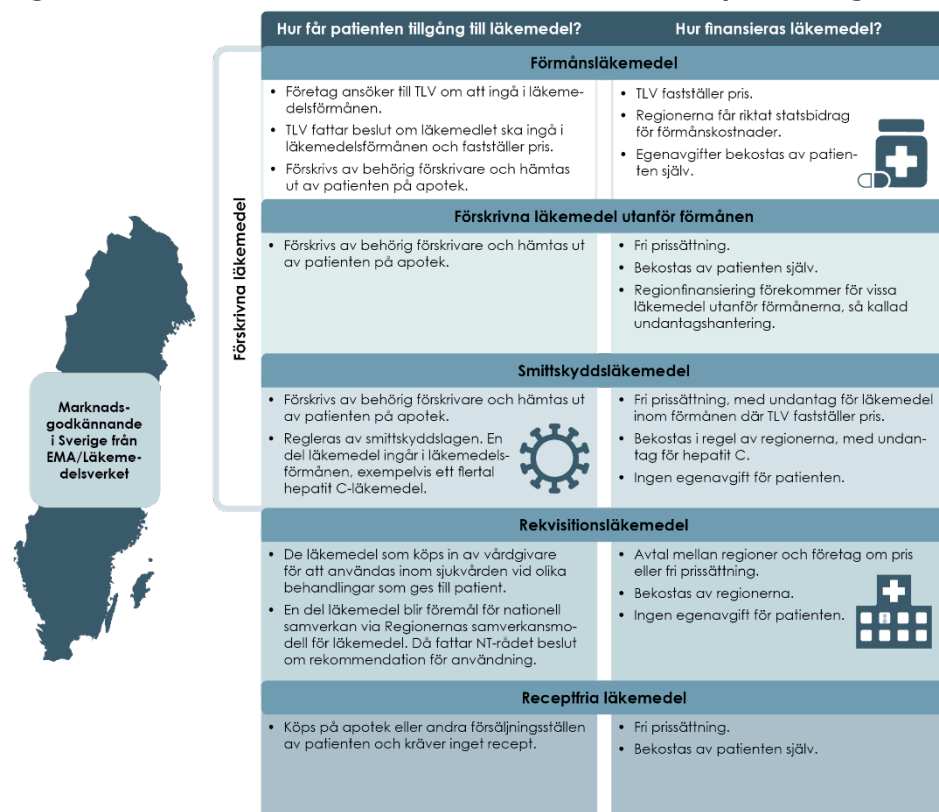
The cost for hospital medicines is expected to increase from SEK 14.1 billion in 2025 to SEK 17.1 billion in 2029, an increase of 22 percent.

Den svenska läkemedelsmarknaden

För att ett läkemedel ska få säljas i Sverige krävs ett marknadsgodkännande.² Läkemedelsföretag ansöker om godkännande hos antingen den nationella myndigheten, Läkemedelsverket, eller den europeiska läkemedelsmyndigheten, EMA.³ Ett grundläggande krav för godkännande är att läkemedlet är av god kvalitet och ändamålsenligt.⁴

Förenklat kan man dela upp den svenska marknaden för humanläkemedel i fem segment: läkemedel som förskrivs inom förmånerna, läkemedel som förskrivs utanför förmånerna, smittskyddsläkemedel, rekvisitionsläkemedel och receptfria läkemedel (Figur 1).

Figur 1. Den svenska läkemedelsmarknaden fördelad på fem segment



² Med undantag för licensläkemedel, där Läkemedelsverket lämnar ett särskilt tillstånd för försäljning, vanligtvis för en enskild patient, och extemporeläkemedel, som tillverkas av ett apotek för en viss patient.

³ Europeiska läkemedelsmyndigheten ansvarar för centrala ansökningar om godkännande för försäljning. När godkännandet har beviljats av Europeiska kommissionen är det giltigt i alla EU:s medlemsländer samt Island, Liechtenstein och Norge. Det finns även andra processer för godkännande. Mer information om på vilka sätt ett läkemedel kan få marknadsgodkännande finns på Läkemedelsverkets webbplats.

⁴ Läkemedlet är ändamålsenligt om det är verksamt för sitt ändamål och vid normal användning inte har skadeverkningar som står i missförhållande till den avsedda effekten (4 kap. 1–2 § läkemedelslagen [2015:315]).

Läkemedelsmarknaden omsatte 72,8 miljarder kronor i Sverige 2025 (Figur 2), en ökning på 6 procent från föregående år. Alla kostnader i denna rapport redovisas i löpande priser, vilket är i enlighet med tidigare års rapporter. Försäljningsvärdet presenteras i apotekens utförsäljningspris (AUP) exklusive moms.

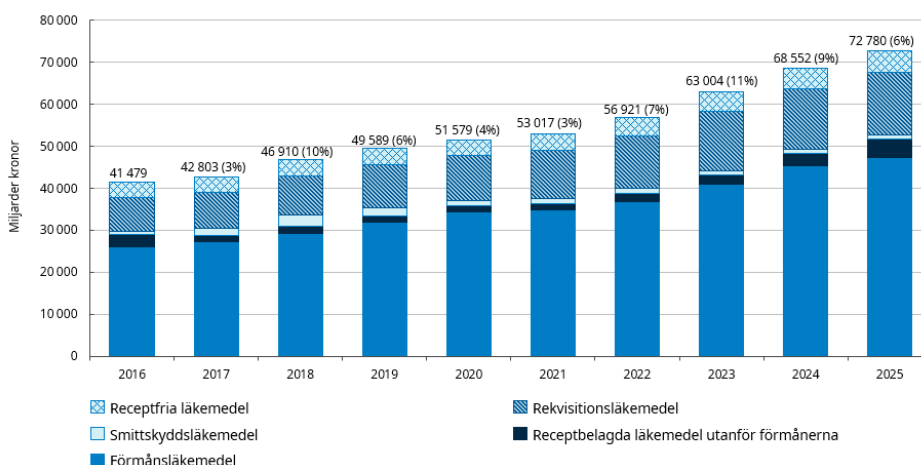
Över tid har den totala läkemedelsförsäljningen i Sverige ökat i varierande takt, med sammanlagt över 75 procent sedan 2016. Den förhållandevis låga ökningstakten under 2020–2021 förklaras av bland annat covid-19-pandemin, medan den större ökningen under 2022–2024 är en följd av bland annat den höga inflationen.

Det totala försäljningsvärdet är uppdelat i fem olika segment (Figur 1), där förmånsläkemedel står för den största andelen, följt av rekvisition, receptfria läkemedel, förskrivna läkemedel utan förmån och smittskyddsläkemedel. Fördelningen av kostnaderna mellan segmenten har varit relativt stabil de senaste tio åren. I snitt har förmånsläkemedel stått för 65 procent av marknaden, rekvisitionsläkemedel för 21 procent, receptfria läkemedel för 8 procent, smittskyddsläkemedel för 3 procent och receptbelagda läkemedel utanför förmånerna för 4 procent.

Dock har den sistnämnda gruppen (receptbelagda läkemedel utanför förmånerna) under de senaste åren haft högst årlig ökningstakt av de fem segmenten. Mellan 2022 och 2023 ökade kostnaderna för receptbelagda läkemedel utanför förmånerna med 15 procent, och mellan 2024 och 2025 var ökningen 53 procent. Under samma period ökade marknadsandelen för dessa läkemedel från 3 till 6 procent.

Figur 2. Läkemedelsförsäljning i Sverige över tid (AUP exklusive moms)

Kostnaderna presenteras i löpande priser och har inte justerats för inflation.



Not: Procentuell förändring jämfört med föregående år visas i parentes. Figuren redovisar endast försäljning av läkemedel, ej handelsvaror.

Källa: E-hälsomyndigheten.

Förmånsläkemedel omfattar de läkemedel som förskrivs och expedieras inom förmånerna på öppenvårdsapotek. Kostnaden för förmånsläkemedel delas mellan regionen och patienten. År 2025 stod regionerna för 82 procent av kostnaderna för förmånsläkemedel, medan patienterna stod för 18 procent. Regionerna får ett statsbidrag för läkemedel och handelsvaror inom förmånerna enligt en årlig överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) [1].

Försäljningen av förmånsläkemedel uppgick 2025 till 47,4 miljarder kronor⁵, vilket är 82 procents ökning jämfört med 2016. Kostnadsutvecklingen för förmånsläkemedel beskrivs mer utförligt i kapitlet Förmånsläkemedel.

Patienterna betalar en egenavgift för läkemedel och handelsvaror inom förmånerna. När företag förlorar ensamrätten att få sälja originalläkemedlet kan andra företag sälja likvärdiga, så kallade generiska läkemedel. Varje månad utser Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) det billigaste läkemedlet till periodens vara. Apoteken måste erbjuda patienten att byta till periodens vara eller någon av reserverna.⁶ Det finns dock en möjlighet för patienten att i vissa fall välja ett dyrare utbytbart läkemedel, och då betalar patienten mellanskillnaden, vilket kallas för merkostnad.⁷ Merkostnaden stod för 168 miljoner kronor 2025, vilket var 0,2 procent av kostnaderna för förmånsläkemedel.

Förskrivna läkemedel utanför förmånerna (utom smittskyddsläkemedel) bekostas i regel av patienten själv och köps på apotek. Regionfinansiering förekommer för vissa av dessa läkemedel utanför förmånerna, så kallad undantagshantering. Kostnaderna för receptbelagda läkemedel utanför förmånerna uppgick 2025 till 4,3 miljarder kronor, vilket är 37 procent mer än 2016. Dessa kostnader utgör cirka 6 procent av totalmarknaden. Försäljningen av receptbelagda läkemedel utanför förmånerna har ökat kraftigt under senaste åren, med en ökningstakt på 53 procent under 2025, något som till stor del kan förklaras av ökad användning av läkemedel indicerade för obesitas och diabetes typ 2 (se Ökade kostnader för icke-insuliner driver kostnadsutvecklingen). Antalet personer som har hämtat ut läkemedel utanför förmånerna har ökat svagt över tid med undantag för pandemiåren. Även om antalet patienter som behandlas med läkemedel utanför förmånssystemet är relativt litet, kan kostnaden för den enskilda patienten bli hög [2].

Rekviritionsläkemedel är läkemedel som rekvireras av och används inom sjukvården, främst på sjukhus, men även inom andra vårdformer. Dessa

⁵ I AUP exklusive moms. Inkluderar förmånskostnad, egenavgifter, och merkostnad.

⁶ <https://www.tlv.se/privatperson/utbyte-av-lakemedel-pa-apotek.html>

⁷ Patienter måste alltid erbjudas utbyte av det läkemedel som hen fått förskrivet på recept om det finns billigare utbytbara alternativ i periodens vara-systemet. Utbyte ska göras till det läkemedel som TLV bestämt. Om patienten väljer att inte byta till det billigare utbytbara alternativet betalar patienten mellanskillnaden mellan det läkemedel som hämtas ut och det billigaste läkemedlet på marknaden.

läkemedel bekostas främst av regionerna. Det finns ingen nationell process för prissättning av rekvisitionsläkemedel på det sätt som det gör för förmånsläkemedel. I stället kan priserna förhandlas mellan regioner och företag och kan därför skilja sig åt mellan olika regioner. Inom regionernas samverkansmodell för läkemedel hanteras dock ett antal nationellt förhandlade avtal gällande rekvisitionsläkemedel. Om en region inte har avtalat om ett pris råder fri prissättning på läkemedlen. Kostnaderna för rekvisitionsläkemedel⁸ uppgick 2025 till 14,9 miljarder kronor (85 procent ökning jämfört med år 2016) och utgör cirka 20 procent av totalmarknaden.

Smittskyddsläkemedel är läkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagen (2004:168) och subventioneras helt för patienten och bekostas av regionerna. Det gäller för alla läkemedel som förskrivits av läkare mot en allmänfarlig sjukdom och där läkaren har bedömt att behandlingen minskar risken för smittspridning. Detta innebär att ett och samma läkemedel både kan ingå i läkemedelsförmånerna och förskrivas som smittskyddsläkemedel.

Staten och regionerna har kommit överens om en fördelning av kostnaderna för hepatit C-läkemedel, vilka står för en stor andel av kostnaden för smittskyddsläkemedel. Denna överenskommelse innebär att staten ersätter regionerna för en del av kostnaden för behandling av hepatit C [1]. Detta bidrog till att kostnadsökningen för staten mellan år 2016 och 2025 uppgick till 113 procent. Kostnaderna för smittskyddsläkemedel under 2025 stannade på liknande nivå som året innan – 1,1 miljarder kronor, vilket utgör cirka 2 procent av totalmarknaden.

Receptfria läkemedel som säljs på apotek och i detaljhandel bekostas av patienten. Kostnaderna för de receptfria läkemedel som säljs på apotek uppgick 2025 till 5,0 miljarder kronor exklusive moms, vilket utgör cirka 7 procent av totalmarknaden och är 35 procent mer än 2016. Läkemedel som säljs i detaljhandeln, till exempel i livsmedelsaffärer, ingår inte i denna redovisning men uppgick till 0,9 miljarder kronor 2025.

⁸ Inkluderar öppenvårdsrekvisition, liksom skolhälsovård, apoteksombud, skeppsapotek, Försvarsmakten, fristående vårdmottagningar, veterinärstationer m.m.

Förmånsläkemedel

Det här kapitlet presenterar försäljning inom läkemedelsförmånerna i mer detalj. Kostnaderna redovisas som så kallade förmånskostnader, utan egenavgifter och merkostnader, om inte annat anges. I rapporten avser ordet *patient* någon som har hämtat ut läkemedel.

Patienter som hämtar ut läkemedel inom förmånerna har rätt till en stegvis ökande kostnadsreduktion, enligt den så kallade högkostnadstrappan. För några patientgrupper är vissa läkemedel kostnadsfria:

- läkemedel inom förmånerna till barn under 18 år
- preventivmedel till personer under 21 år
- insulin till patienter med diabetes.

Även förbrukningsartiklar för tillförsel av läkemedel eller egenkontroll av medicinering är kostnadsfria inom förmånssystemet. De redovisade kostnaderna inkluderar all förbrukning inom förmånerna oavsett ålder.

Flera läkemedel har återbäringsavtal som innebär att företaget betalar tillbaka en del av kostnaden för läkemedlet. Avtalen gör att läkemedel kan bedömas vara kostnadseffektiva och möjliggör att läkemedel som inte skulle subventioneras givet de officiella priserna, ändå kan ingå i förmånerna. Återbäringsavtalen är sekretessbelagda och därför presenteras kostnaderna i denna rapport före avdragen återbärning, vilket innebär att de faktiska kostnaderna är lägre. TLV har i uppdrag att ta fram en långsiktig prognos för besparingen från återbäringsavtal för innevarande år och tre år framåt, vilket tillsammans med prognosen i denna prognos visar den faktiska kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånerna.⁹ TLV:s prognos uppdateras i juni och november varje år och publiceras på TLV:s webbplats.

Historisk kostnadsutveckling

Under de senaste åren har kostnaderna för läkemedel inom förmånerna ökat, framför allt genom att nya och dyra läkemedel har lanserats. Många av dessa läkemedel tillför stor nytta, exempelvis genom bättre behandlingsresultat än tidigare eller genom att de fyller ett behov där det tidigare har saknats behandlingsalternativ. De kan förbättra patientens hälsa och leda till lägre behov av och kostnader för andra vårdåtgärder. Läkemedelsförsäljningen påverkas även av andra faktorer, som bland annat innefattar:

- ändrade indikationer för läkemedel
- förändrad läkemedelsanvändning, till exempel till följd av nya behandlingsrekommendationer eller förändrad praxis

⁹ TLV:s prognos inkluderar även återbärning för hepatit C-läkemedel inom smittskyddet.

- patentutgångar och efterföljande introduktion av generiska läkemedel eller biosimilarer¹⁰
- faktorer av engångskaraktär, till exempel omprövningar av subventionsstatus, regelförändringar och prisförändringar
- avtal mellan regioner och företag om återbäring av kostnader för läkemedel, som kan påverka val av läkemedel och volym av användningen
- förändringar i systemet för beslut av pris- och subvention av läkemedel
- demografi och befolkningsförändringar
- omvärldsfaktorer så som inflation, kronkurs, restsituationer, säkerhetspolitiska läget etc.

Den totala försäljningen inom läkemedelsförmånerna uppgick 2025 till 48,9 miljarder kronor inklusive egenavgifter, eller till 40,1 miljarder kronor när egenavgifter exkluderats (Tabell 1). Detta innebär en ökning på 4 procent, oavsett om egenavgifter inkluderas eller ej. Kostnaderna för läkemedel utgjorde en majoritet av kostnaderna inom förmånerna och uppgick 2025 till 38,6 miljarder kronor exklusive egenavgifter. Handelsvaror som förskrevs inom förmånerna utgjorde en liten del av kostnaderna och uppgick 2025 till 1,5 miljarder exklusive egenavgifter.

Tabell 1. Total försäljning inom läkemedelsförmånerna

Miljoner kronor och årlig ökningstakt (%).

Segment	2022	2023	2024	2025
Total förskrivning inom förmånerna samt egenavgifter, inklusive moms	38 383 (6 %)	42 422 (11 %)	46 923 (11 %)	48 872 (4 %)
Varav egenavgifter	6 584 (6 %)	7 413 (13 %)	8 262 (11 %)	8 743 (6 %)
Total förskrivning inom förmånerna inklusive moms	31 799 (6 %)	35 008 (10 %)	38 661 (10 %)	40 128 (4 %)
<i>varav läkemedel</i>	30 338 (6 %)	33 545 (11 %)	37 128 (11 %)	38 627 (4 %)
<i>varav handelsvaror</i>	1 461 (-1 %)	1 463 (0 %)	1 533 (5 %)	1 502 (-2 %)

Källa: E-hälsomyndigheten.

Kostnaderna för läkemedel inom förmånerna har ökat med 111 procent sedan år 2006, eller i genomsnitt knappt 6 procent per år (Figur 3). Under samma tid har antalet sålda förpackningar ökat med 40 procent, i genomsnitt cirka 2 procent per år. Det är framför allt under den senaste tioårsperioden som kostnadsökningarna skett i högre takt – i genomsnitt cirka 9 procent per år. Kostnadsökningen på 11 procent årligen under 2023 och 2024 är hög ur

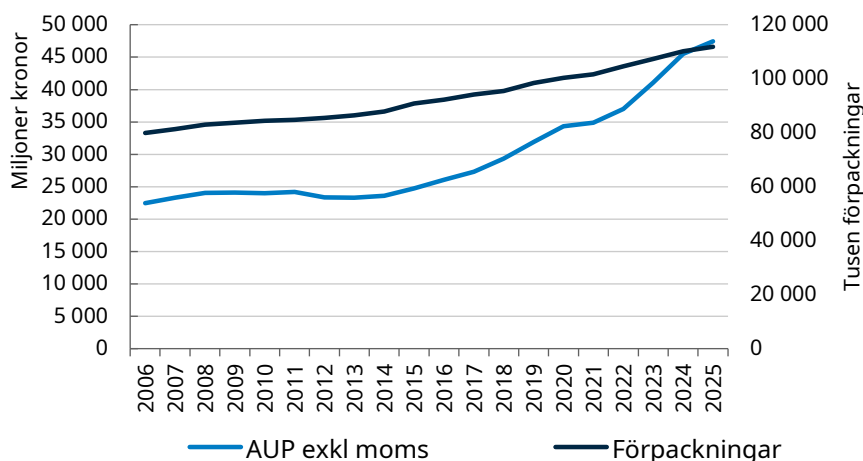
¹⁰ Biosimilarer är kopior av biologiska läkemedel, men till skillnad från generiska läkemedel är de inte utbytbara på apotek.

ett historiskt perspektiv. Den kan dels härledas till kostnader för nya läkemedel för ovanliga sjukdomar, och dels till prisförändringar till följd av engångshöjningar av takpriser för vissa läkemedel i periodens vara-systemet samt till höjningen av handelsmarginalen [3, 4]. Kostnadsutvecklingen det senaste året har dock varit lägre, till viss del på grund av att prisökningarna inte har fortsatt men också på grund av patentutgångar samt en lägre volymökning. Antalet sålda förpackningar ökade med knappt 2 procent 2025, vilket kan jämföras med cirka 3 procent årligen 2022–2024.

Egenavgifterna har ökat i varierad takt de senaste åren. Under 2025 ökade de med 6 procent, vilket var högre än volym- och kostnadsutvecklingen. De tre senaste åren har egenavgifterna som andel av de totala kostnaderna ökat (se även avsnittet Kostnaden per patient ökar men mäns läkemedel kostar mer än kvinnors). Andelarna var ovanligt höga 2023 och 2024 till följd av att maxbeloppet i högkostnadsskyddet för läkemedel och handelsvaror höjdes betydligt, i jämförelse med tidigare år, på grund av hög inflation.¹¹ Inflationen har sedan dess minskat och höjningen av maxbeloppet var relativt liten 2025. Nya regler för högkostnadsskyddet infördes dock i juli 2025, vilket bidrog till att egenavgifterna stod för en allt större andel av totala kostnaderna även detta år.

Figur 3. Volym- och kostnadsutveckling för läkemedel inom förmånerna

Kostnad presenteras i apotekets utförsäljningspris (AUP) exklusive moms och volym i antal förpackningar.



Källa: E-hälsomyndigheten.

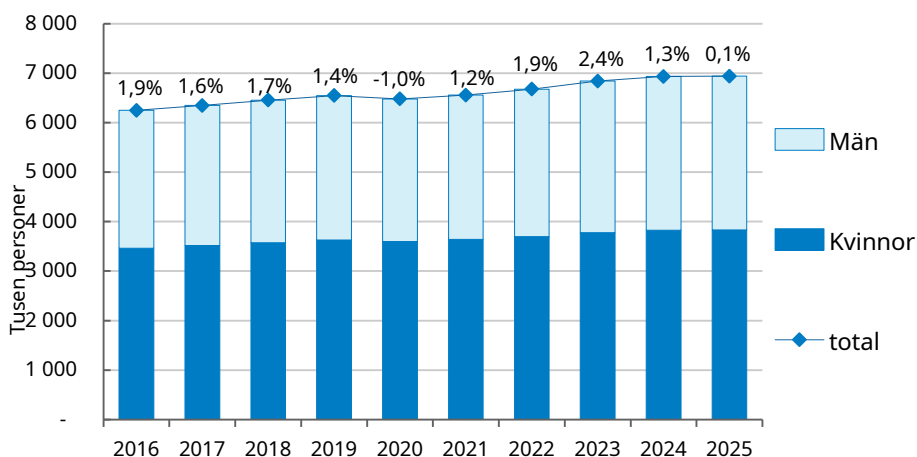
¹¹ Taket i högkostnadsskyddet utgår ifrån prisbasbeloppet, vilket i sin tur justeras utifrån inflationstakten.

Fler hämtar ut läkemedel och handelsvaror inom förmånerna

År 2025 hämtade 6,9 miljoner patienter ut läkemedel inom förmånerna (Figur 4), motsvarande en ökning om 13 procent på tio år. Under samma tid har däremot befolkningen ökat med endast 8 procent, vilket innebär att en allt större andel av befolkningen hämtar ut läkemedel inom förmånerna. Andelen var cirka 65 procent 2025. Det kan jämföras med 62 procent för tio år sedan, vilket innebär en långsam ökning över tid. Antalet patienter har ökat varje år de senaste tio åren, förutom 2020 då färre patienter hämtade ut läkemedel, troligen som en effekt av covid-19-pandemin. Det senaste året har ökningen varit förhållandevis liten vilket delvis kan förklara den långsammare ökningstakten i kostnad och volym som observerats för läkemedelsförmånerna. Det är fler kvinnor än män som hämtar ut läkemedel inom förmånerna. Fördelningen mellan kvinnor (runt 55 procent) och män (runt 45 procent) har varit relativt stabil över tid.

Figur 4. Antal patienter som hämtar ut läkemedel inom förmånerna

Procentuell förändring jämfört med föregående år ovanför staplarna.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Kostnaden per patient ökar men mäns läkemedel kostar mer än kvinnors

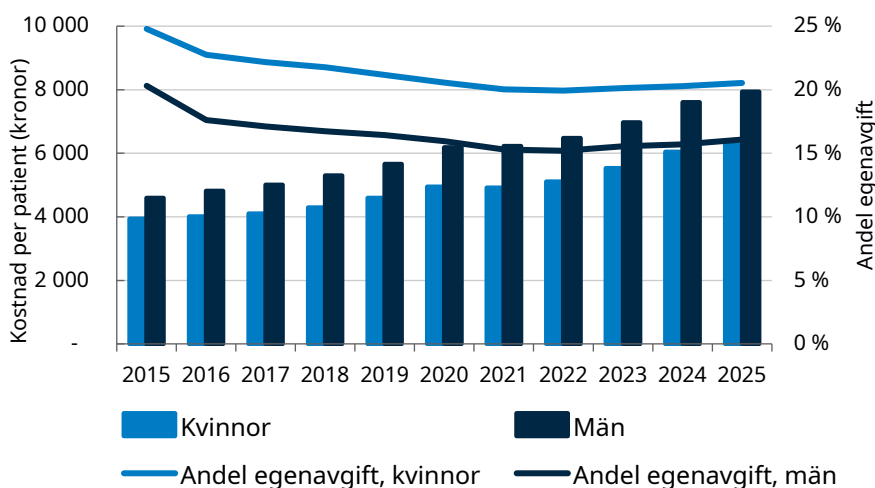
Den totala kostnaden (inklusive egenavgifter och merkostnad) per patient för läkemedel inom förmånerna har ökat sedan 2015 för både män och kvinnor (Figur 5). Mäns läkemedel kostar i genomsnitt mer än kvinnors läkemedel. År 2015 var kostnaden per patient cirka 3 900 kronor för kvinnor och 4 600 kronor för män, och den ökade till cirka 6 300 kronor respektive 7 900 kronor 2025. Skillnaderna i läkemedelskostnad mellan kvinnor och män beror bland annat på skillnader i sjukdomsmönster, som påverkas av både biologiska, fysiologiska och sociala faktorer, och på vilken typ av läkemedel de har behov av. Prisnivåerna på tillgängliga läkemedelsbehandlingar kan förstärka skillnaderna. Exempelvis har det på

senare tid introducerats nya dyra läkemedel för flera ovanliga sjukdomar som är vanligare hos män än hos kvinnor, bland annat blödarsjuka och ärftlig transtyretinamyloidos. Andra faktorer som kan spela in är exempelvis skillnader i vårdsökande och utvecklingen av nya läkemedel. På en aggregerad nivå är det dock svårt att säga vad skillnaderna i kostnad mellan könen beror på.

Kvinnor betalar en större andel av sina läkemedelskostnader jämfört med män, 21 procent respektive 16 procent. Att de som har högre kostnader betalar en lägre andel av kostnaderna själva är förväntat eftersom högkostnadsskyddet ska skydda patienter mot höga läkemedelskostnader. I genomsnitt betalade män 1 275 kronor och kvinnor 1 289 kronor för sina läkemedel i inom förmånerna 2025, vilket motsvarar en ökning på 37 procent respektive 32 procent sedan 2015.

Figur 5. Läkemedelskostnader per patient samt andel som betalas av patienten

Kostnad presenteras i apotekets utförsäljningspris (AUP) exklusive moms.



Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens läkemedelsregister.

Allt fler patienter uppskattas nå det högsta steget i högkostnadstrappan

Maxbeloppet – det så kallade taket – i högkostnadsskyddet baseras på prisbasbeloppet, vilket justeras varje år utifrån inflationen. Gränserna för trappstegen anges som andelar av maxbeloppet. Dessa gränser ändrades under 2025, och ändringen¹² gäller för högkostnadsperioder¹³ som har startat efter 1 juli 2025. Innan dess var gränserna oförändrade under många år. När en patient når maxbeloppet, steg 5 i högkostnadstrappan, blir patientens

¹² Gränsen för andra steget justerades från 1 450 kr till 2 000 kr och maxbeloppet höjdes från 2 900 kr till 3 800 kr.

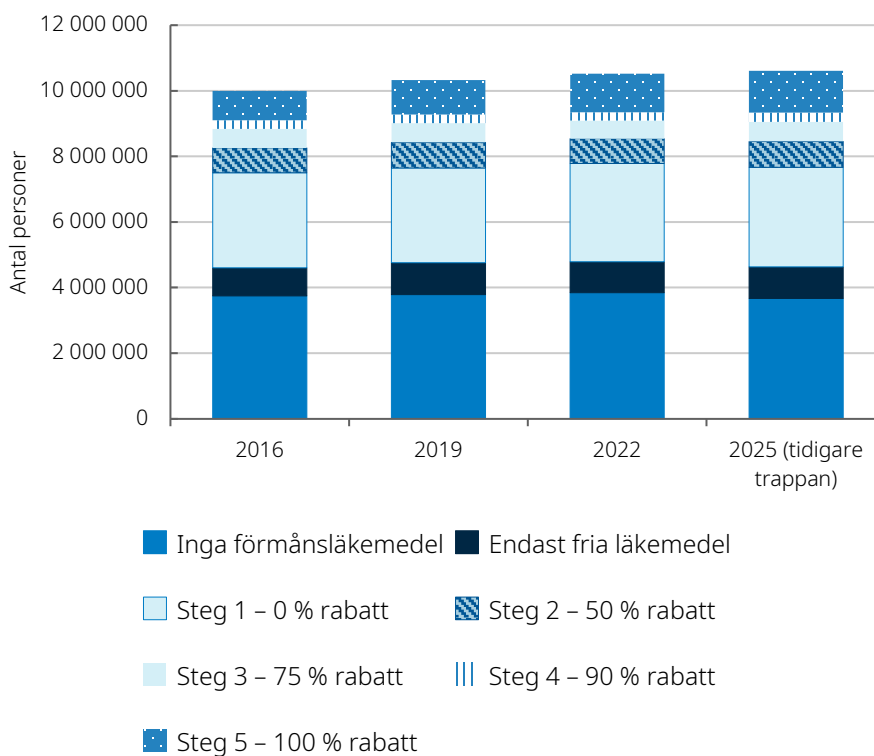
¹³ En högkostnadsperiod är en tolv månadersperiod som startar vid patientens första uttag.

fortsatta uttag av förmånsläkemedel kostnadsfria under den pågående högkostnadsperioden.

Figur 6 visar en beräkning av hur personer har varit fördelade i förmånstrappan över tid. Mellan 2016 och 2025 ökade, enligt denna beräkning, antalet patienter i steg 5 med 374 000 personer. Under samma period minskade, enligt samma beräkning, antalet personer som inte hämtar ut några förmånsläkemedel med 79 000 personer. Notera att uppskattningen för 2025 baseras på den trappa som gällde innan ändringen 2025.

Figur 6. Fördelning av personer i högkostnadstrappan över tid

Uppskattad fördelning av Sveriges invånare mellan trappstegen utifrån helårsförsäljningen av läkemedel 2016–2025. Beräkningen för 2025 utgår ifrån den förmånstrappa som gällde fram till 30 juni 2025. Personer i gruppen "Inga förmånsläkemedel" kan ha hämtat ut läkemedel utanför förmånerna och personer i gruppen "Endast fria läkemedel" har endast hämtat ut kostnadsfria läkemedel inom förmånerna, såsom förmånsläkemedel till barn och vissa diabetesläkemedel.



Källa: Läkemedelsregistret och Statistiska centralbyrån.

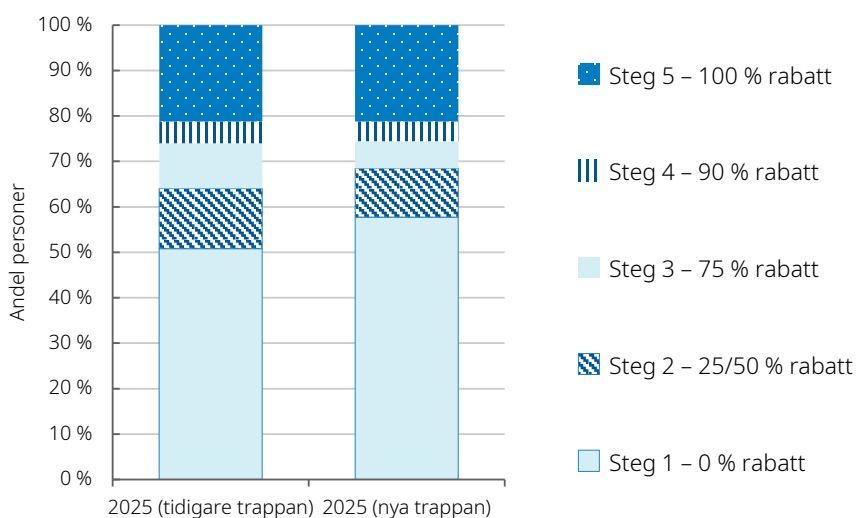
Ändringen av trappan 2025 innebär att gränsen till det andra steget höjdes, från 1 450 kr till 2 000 kr, samtidigt som rabatten i det andra steget sänktes från 50 till 25 procent. Gränserna för steg 3–5 höjdes också, eftersom maxbeloppet ökade.¹⁴ En jämförelse mellan de tidigare och de nya trappstegen, där båda fördelningarna är beräknade utifrån 2025 års försäljning och patienter, visar att fler patienter beräknas hamna på det första

¹⁴ Maxbeloppet höjdes från 2 900 kr till 3 800 kr.

steget i den nya trappan (Figur 7). Enligt denna uppskattning ökade andelen på det första steget med 4 procent, vilket motsvarar 411 000 personer. Samtidigt minskade andelarna på steg 2, 3 och 4, med störst minskning i steg 3 med 2 procent. Andelen personer på steg 5 var oförändrad i beräkningen.

Figur 7. Fördelning av patienter i högkostnadstrappan utifrån de tidigare och nya trappstegen

Uppskattad fördelning mellan trappstegen av patienter som har hämtat ut minst ett förmånsläkemedel, utifrån helårsförsäljningen av läkemedel för 2025. I steg 2 är rabatten 50 procent för högkostnadsperioder påbörjade innan 1 juli 2025 och 25 procent för högkostnadsperioder startade 1 juli 2025 eller senare.



Källa: Läkemedelsregistret och Statistiska centralbyrån.

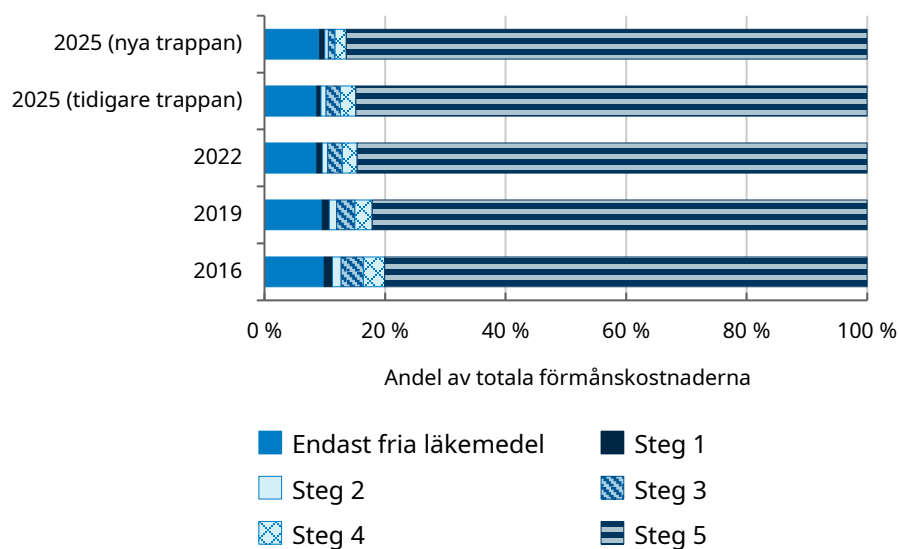
Med den nya trappan beräknades 3,5 miljoner invånare i befolkningen (33 procent) få någon form av rabatt på förmånsläkemedel (patienter på trappans steg 2–5 samt patienter med endast fria läkemedel), jämfört med 3,9 miljoner (37 procent) med den tidigare trappan. Vidare beräknades 1,3 miljoner (12 procent) nå högkostnadsskyddets maxbelopp och få kostnadsfria läkemedel, baserat på 2025 års uthämningsdata.

Läkemedelsförmånerna skyddar patienter från de högsta kostnaderna

Kostnaden för de förmånsläkemedel som hämtades ut av patienter som beräknas befinna sig på steg 5 står för merparten av de totala beräknade förmånskostnaderna (Figur 8). Kostnadsandelen har ökat från 2016, vilket troligen beror på en kombination av större försäljningsvolym och introduktion av nya dyrare läkemedel. Rabatten på de lägre stegen kan vara viktig för den enskilda patienten, men utgör en liten del av de totala beräknade förmånskostnaderna. Kostnaderna för personer som endast har hämtat ut fria läkemedel utgörs främst av barn och ungas läkemedelskostnader.

Figur 8. Andel av de totala beräknade förmånskostnaderna utifrån patienternas steg i förmånstrappan

Fördelning av beräknade förmånskostnader utifrån patienternas beräknade förmånskostnader på respektive beräknat trappsteg, baserat på helårsförsäljningen av läkemedel för 2025. Steget "Endast fria läkemedel" visar kostnader för patienter som endast har hämtat ut kostnadsfria läkemedel inom förmånerna, såsom förmånsläkemedel till barn och vissa diabetesläkemedel. För patienter på steg 1-5 inkluderas även kostnader för dessa patienters fria läkemedel.



Källa: Läkemedelsregistret.

Ändringen av högkostnadstrappan 2025 innebär att en större andel (86,4 procent) av de totala beräknade förmånskostnaderna avser patienter som beräknades stå på steg 5, jämfört med 84,8 procent beräknat på den tidigare trappan för 2025. Det beror på att patienter på de lägre trappstegen betalar en större del av sina kostnader själva än tidigare med den nya trappan.

Kostnadsökningen under 2025 drevs av volymändringar samt introduktion av nya läkemedel

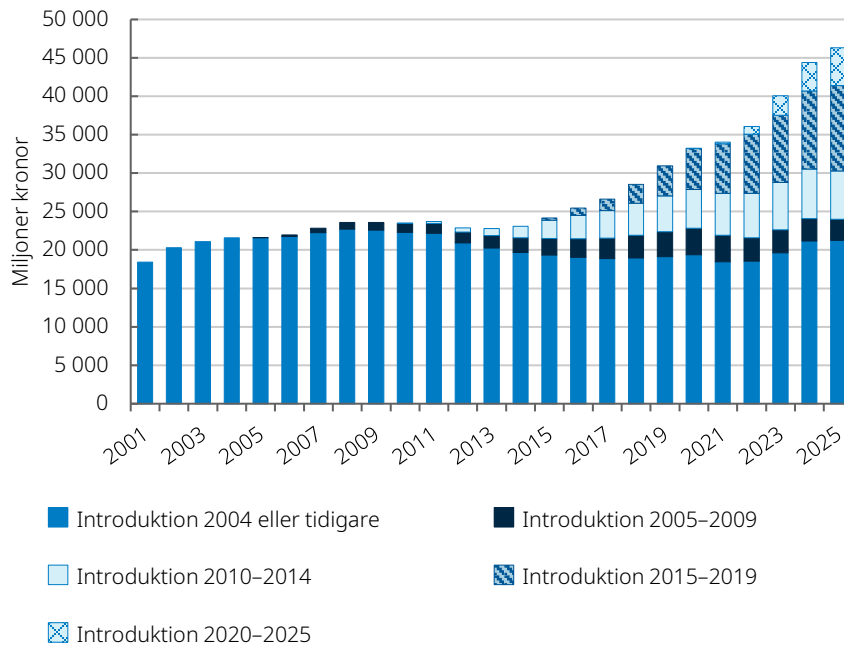
Läkemedel som nyligen har introducerats står i regel för en allt större andel av de totala kostnaderna under de första åren efter introduktion. Över tid minskar dock dessa läkemedels påverkan på de totala kostnaderna. Figur 9 visar kostnadsutvecklingen för läkemedel inom förmånerna och andelen av försäljningen uppdelad på när läkemedlet introducerades i förmånerna.¹⁵ Under 2023 och 2024 ökade kostnaderna även för äldre läkemedel som introducerades 2004 eller tidigare. Det kan bland annat bero på att dessa läkemedel påverkades i stor utsträckning av takprishöjningar och höjning av

¹⁵ Introduktion i förmånerna definieras som det år då läkemedelsuttag inom förmånerna först gjordes. Det bör noteras att licensläkemedel kan ha försäljning inom förmånerna innan TLV fattar beslut om att ett godkänt läkemedel med samma substans ska ingå i förmånerna. Med läkemedel avses substans på ATC-nivå 5 (7-ställig kod).

handelsmarginalen som genomfördes under dessa år. Kostnaderna för läkemedel som introducerats de senaste tio åren ökade 2025 jämfört med året innan, medan läkemedel som introducerats innan 2015 minskade i kostnad.

Figur 9. Total försäljning förmånläkemedel 2001–2025 fördelat på när försäljning inom förmånerna först gjordes

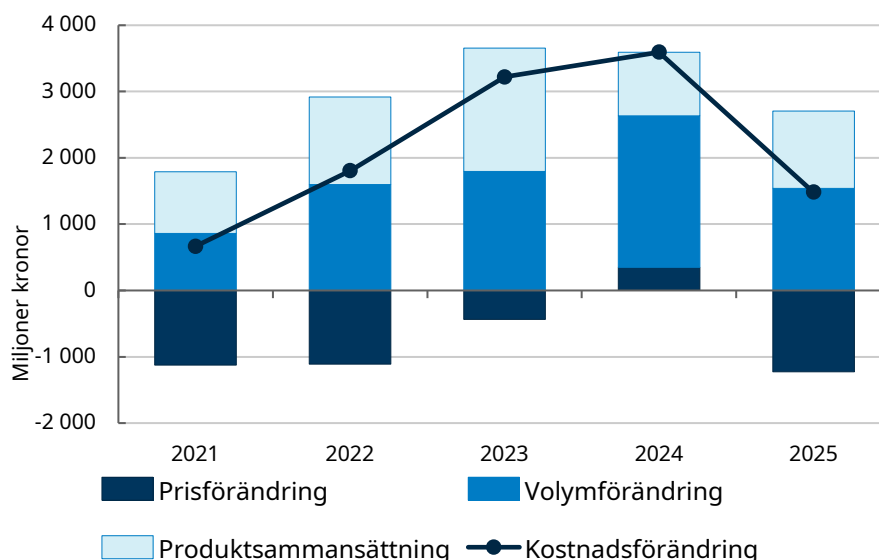
Exklusive egenavgifter och merkostnader, i löpande priser.



Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsen.

För att kategorisera kostnadsutvecklingen har tre viktiga kostnadsdrivande faktorer analyserats: volymförändringar, prisförändringar och förändringar i produktsammansättningen. Metodiken är beskriven i bilaga 2. I Figur 10 illustreras hur de tre faktorerna påverkade kostnadsutvecklingen under tidsperioden 2021–2025.

Figur 10. Årlig kostnadsförändring för förmånsläkemedel 2021–2025 uppdelat på volymförändringar, prisförändringar och förändringar i produktsammansättning



Källa: E-hälsomyndigheten och TLV:s periodens vara-listor, Socialstyrelsens uppdelning.

Med *årlig förändring i produktsammansättning* menas kostnader för enskilda produkter som har tillkommit (vilket ökar kostnaderna) eller försvunnit (vilket minskar kostnaderna). Historiskt sett har nettoeffekten av produktsammansättningen inneburit ökade kostnader. Detta beror på att fler läkemedel introduceras än vad som slutar säljas, att nya läkemedel ofta har ett högre pris och att de ofta säljs i större volymer. Bland annat har nya läkemedel vid ovanliga sjukdomar haft stor påverkan på kostnadsutvecklingen under senaste åren. Nya onkologiska läkemedel har också varit kostnadsdrivande men ofta har de ersatt äldre läkemedel med liknande verkningsmekanism och har därför inte haft någon effekt på den totala kostnadsförändringen. Förändringar i produktsammansättningen har varit mycket kostnadsdrivande under de senaste åren, framför allt 2023 efter att läkemedel vid cystisk fibros introducerats i förmånerna.

Med *volymförändring* avses årlig förändring i kostnad som beror på variationer i volym samtidigt som priset hålls konstant. Om priset är högt kan förhållandevis små förändringar i försäljningsvolym få stor kostnadspåverkan. Förändringar i volym har varit den mest kostnadsdrivande faktorn under de senaste åren med undantag för 2021 och 2023, då produktsammansättningens effekt var större. Bland de produkter som bidrog mest till volymeffekten 2025 ingår läkemedel vid diabetes och läkemedel som bland annat används vid atopisk dermatit och svår astma.

Med *prisförändring* avses hur ändrade priser, från ett år till ett annat, påverkar kostnaderna givet att volymen hålls konstant. Priser kan öka för vissa produkter och minska för andra. I Figur 4 presenteras nettoeffekten av

prisförändringarna. Under 2021–2023 dämpade prisförändringarna kostnadsökningarna, vilket tros bero på en kombination av prissättningsmekanismen för utbytbara läkemedel inom periodens vara-systemet, stora patentutgångar med efterföljande priskonkurrens samt pandemins påverkan. Under 2023 mattades prisförändringens kostnadsdämpande effekt av och övergick sedan i en kostnadsdrivande effekt under 2024. Det förklaras av påverkan från en del prisdrivande faktorer, liksom av den höga inflationen i Sverige och omvärlden, den svaga svenska kronan och det osäkra säkerhetsläget, som tros ha bidragit till ökade läkemedelspriser genom högre kostnader för produktion och distribution av läkemedel. Ytterligare förklaringar är engångshöjningar av takpriset för vissa utbytbara läkemedel inom periodens vara-systemet samt höjningen av handelsmarginalen som TLV genomförde under 2023 och 2024. Prisökningarna har avtagit och under 2025 har prisförändringar återigen haft en prisdämpande effekt, vilket flera patentutgångar och efterföljande priskonkurrens har bidragit till.

Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar stod 2025 för störst andel av kostnadsökningarna

För att bättre förstå utvecklingen av läkemedelskostnaderna och därmed kunna göra bättre avvägningar för prognosantaganden om utvecklingen framåt, delar vi upp läkemedel inom förmånerna i sex läkemedelsområden, samt ett område för övriga läkemedel:¹⁶

- Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar
- Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar (UFBLI)
- Diabetesläkemedel
- Onkologiläkemedel
- Hjärt- och kärlläkemedel
- Nervsystemets läkemedel
- Övriga läkemedel.

I Tabell 2 redovisas kostnadsutvecklingen inom respektive läkemedelsområde under de senaste åren. Området Övriga läkemedel omfattar många olika läkemedel som inte är kostnadsdrivande enskilt, men som säljs i stora volymer, vilket gör att detta område hade den största försäljningen 2025. Därefter följde Nervsystemets läkemedel, UFBLI och Hjärt- och kärlläkemedel. Även områdena Nervsystemets läkemedel och Hjärt- och kärlläkemedel innehåller många läkemedel som inte enskilt är kostnadsdrivande, men som säljs i stora volymer.

Det var kostnaden för området Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar som ökade mest under 2025 (20 procent). Även områdena Diabetesläke-

¹⁶ Se Bilaga 4 för vilka läkemedel som ingår i respektive läkemedelsområde.

medel och UFBLI uppvisade en hög ökningstakt på 9 respektive 5 procent. Jämfört med året innan är ökningstakten dock lägre för dessa områden.

Under 2025 var kostnadsökningen relativt låg inom områden som omfattar många icke kostnadsdrivande läkemedel, men som säljs i stora volymer, såsom Övriga, Nervsystemets läkemedel samt Hjärt- och kärlläkemedel. Den dämpade utvecklingen förklaras främst av att de prishöjningar som uppstod till följd av regeländringar och hög inflation successivt har avtagit. Därtill har det förändrade högkostnadsskyddet bidragit till ökade patientavgifter, vilket i sin tur har haft en dämpande effekt på förmånskostnaderna för dessa läkemedel.

Tabell 2. Förmånskostnad per läkemedelsområde 2021–2025

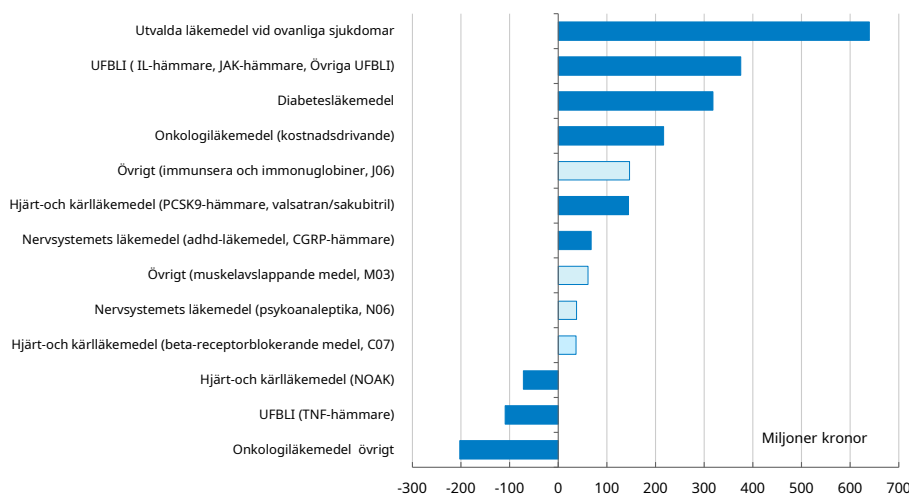
Miljoner kronor och årlig ökningstakt (%).

Läkemedelsområde	2021	2022	2023	2024	2025
Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar	1 136 (3 %)	1 550 (36 %)	2 622 (69 %)	3 238 (23 %)	3 884 (20 %)
Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar (UFBLI)	3 637 (5 %)	3 854 (6 %)	4 440 (15 %)	4 952 (12 %)	5 220 (5 %)
Diabetesläkemedel	2 543 (11 %)	2 944 (16 %)	3 221 (9 %)	3 685 (14 %)	4 006 (9 %)
Onkologiläkemedel	4 434 (9 %)	4 456 (0 %)	4 558 (2 %)	4 951 (9 %)	4 967 (0 %)
Hjärt- och kärlläkemedel	3 766 (4 %)	4 088 (9 %)	4 514 (10 %)	4 954 (10 %)	5 066 (2 %)
Nervsystemets läkemedel	5 019 (-6 %)	5 176 (3 %)	5 545 (7 %)	6 039 (9 %)	6 087 (1 %)
Övriga läkemedel	7 994 (1 %)	8 270 (3 %)	8 645 (5 %)	9 310 (8 %)	9 396 (1 %)
Totalt läkemedel	28 529 (2 %)	30 338 (6 %)	33 545 (11 %)	37 128 (11 %)	38 627 (4 %)

Källa: E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsens prognos.

För att bättre förstå utvecklingen av kostnader inom varje område studerar vi mer ingående de läkemedel och läkemedelsgrupper som har haft, eller bedöms få, stor påverkan på kostnaderna. I Figur 11 presenteras läkemedelsgrupper som i hög grad drev kostnadsförändringen 2024–2025. Mörkblå staplar visar läkemedelsgrupper som analyseras närmare. Ljusblå staplar visar de fyra grupper på ATC-nivå 2 som hade störst kostnadsförändring bland de läkemedel som inte har analyserats närmare.¹⁷

¹⁷ Inom områdena Nervsystemets läkemedel och Hjärt- och kärlläkemedel finns stora grupper av läkemedel som inte analyseras närmare utan antas följa den historiska försäljningstrenden. Det gäller också området Övriga läkemedel.

Figur 11. Läkemedelsgrupper som haft stor kostnadspåverkan 2025

Förklaring: Mörkblå staplar visar läkemedelsgrupper som analyseras närmare. Ljusblå staplar visar de fyra grupper på ATC-nivå 2 som hade störst kostnadsförändring bland de läkemedel som inte har analyserats närmare. UFBLI = Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar. Kostnadsdrivande onkologiläkemedel = Utvalda bröstcancer- och leukemiläkemedel samt övrigt kostnadsdrivande (se Bilaga 4).

Källa: E-hälsomyndigheten.

Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar stod för störst kostnadsökning 2025, där bland annat läkemedel vid spinal muskelatrofi (SMA) påverkade kostnadsutvecklingen. Även kostnaden för UFBLI som används som behandlingsalternativ vid behandlingssvikt med TNF-hämmare eller när behandling med TNF-hämmare inte är lämplig ökade mycket. Dock dämpades denna ökning av prisnedgångar, främst till följd av fortsatt priskonkurrens bland IL-hämmare. Samtidigt minskade kostnaderna för TNF-hämmare på grund av fortsatt priskonkurrens.

Diabetesläkemedel stod för en betydande kostnadsökning under 2025, som drevs främst av en ökad användning av glukossänkande läkemedel vid bland annat typ 2-diabetes (GLP-1-analoger och SGLT2-hämmare). För Hjärt- och kärl läkemedel bidrog ett ökande antal patienter behandlade med PCSK9-hämmare samt valsartan/sakubitritil till kostnadsökningarna. Samtidigt minskade kostnaderna för NOAK-läkemedel, efter introduktion av generika för vissa NOAK-läkemedel. Inom onkologi drevs kostnadsökningen bland annat av ett ökat antal patienter efter indikationsutvidgningar för bröstcancer- och leukemiläkemedel. Dock dämpades kostnadsutvecklingen för onkologiläkemedel bland annat av en patentutgång. Kostnadsökningen inom Nervsystemets läkemedel förklaras främst av ökad användning av CGRP-hämmare mot migrän.

För övriga läkemedel med relativt stor kostnadspåverkan, som inte analyseras närmare, var det främst humant immunglobulin och botulinumtoxin som ökade mycket i volym inom området Övriga läkemedel. Även psykoanaleptika (ingår i Nervsystemets läkemedel) bidrog till kostnadsökningen, främst på grund av högre priser på vissa Alzheimerläkemedel. Därtill har kostnaderna för betablockerare (inom Hjärt- och kärlläkemedel), som bland annat används vid högt blodtryck, ökat till följd av prisuppgångar under 2025. Sammantaget utgör dock läkemedel som inte analyseras närmare endast 7 procent av den totala kostnadsökningen 2025.

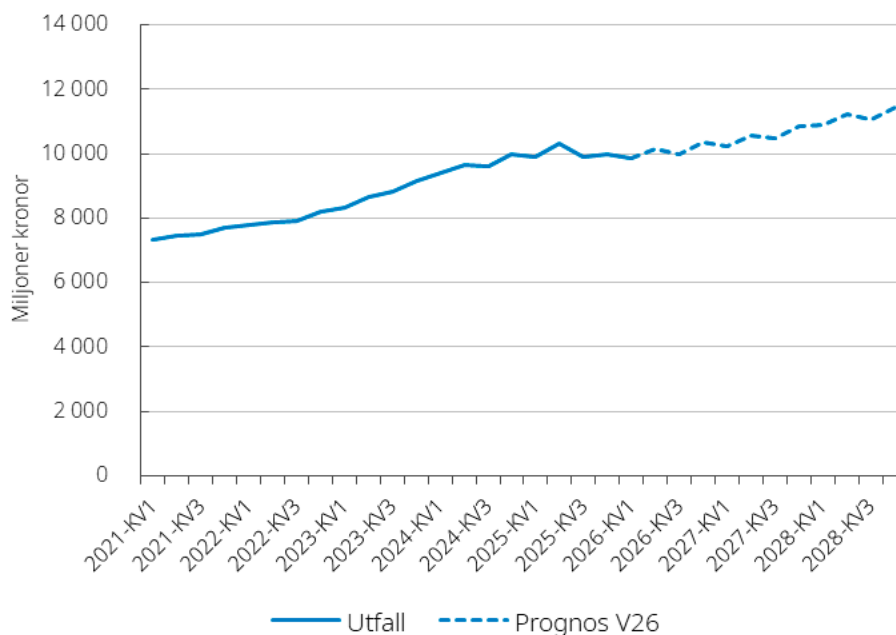
Kostnaderna inom förmånerna prognostiseras fortsätta öka men i långsammare takt

Socialstyrelsen bedömer att kostnaderna inom förmånerna kommer att fortsätta öka under prognosperioden (Figur 12). Tabell 3 visar total prognostiserad utveckling 2026–2029. Prognosen bygger på data till och med första kvartalet 2026. Bedömningen av kostnadsutvecklingen grundas främst på analyser av den underliggande kostnads- och volymtrenden samt en rad faktorer som kan ha en kostnadsökande eller kostnadsdämpande effekt, så som beskrivs tidigare i rapporten¹⁸.

Förmånskostnaderna inklusive moms och egenavgifter prognostiseras öka från 48,9 miljarder kronor 2025 till 50,9 miljarder kronor 2026, 52,8 miljarder kronor 2027, 55,6 miljarder kronor 2028 och 58,5 miljarder kronor 2029.

Egenavgifterna inom förmånerna prognostiseras att öka från 8,7 miljarder 2025 till 10,5 miljarder 2026, 10,7 miljarder 2027, 10,9 miljarder 2028 och 11,2 miljarder 2029. Den höga ökningstakten under 2026 förklaras av det ändrade högkostnadsskyddet som leder till högre patientavgifter.

¹⁸ Se bilaga 2 för metodbeskrivning.

Figur 12. Total förmånskostnad och prognos för läkemedel och handelsvaror inom läkemedelsförmånerna

Källa: E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsens prognos.

Tabell 3. Total förmånskostnad och prognos 2025–2029

Miljoner kronor och årlig ökningstakt (%).

Segment	Utfall 2025	Prognos 2026	Prognos 2027	Prognos 2028	Prognos 2029
Total förskrivning inom förmånerna samt egenavgifter, inklusive moms	48 872 (4 %)	50 875 (4 %)	52 834 (4 %)	55 606 (5 %)	58 545 (5 %)
Egenavgifter	8 743 (6 %)	10 522 (20 %)	10 662 (1 %)	10 939 (3 %)	11 224 (3 %)
Total förskrivning inom förmånerna inklusive moms	40 128 (4 %)	40 351 (1 %)	42 172 (5 %)	44 667 (6 %)	47 320 (6 %)
<i>varav läkemedel</i>	38 627 (4 %)	38 858 (1 %)	40 636 (5 %)	43 093 (6 %)	45 709 (6 %)
<i>varav handelsvaror</i>	1 502 (-2 %)	1 493 (-1 %)	1 536 (3 %)	1 573 (2 %)	1 611 (2 %)

Källa: E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsens prognos.

Förmånskostnaderna för läkemedel och handelsvaror, inklusive moms men exklusive egenavgifter, väntas öka från 40,1 miljarder kronor 2025 till 40,4 miljarder kronor 2026, 42,2 miljarder kronor 2027 och 44,7 miljarder kronor 2028. År 2029 förväntas förmånskostnaderna öka till 47,3 miljarder kronor. Det är främst läkemedel som driver kostnadsutvecklingen.

Kostnaden för endast handelsvaror antas öka svagt under prognosperioden och ha liten påverkan på de totala förmånskostnaderna.

Jämfört med höstprognosen 2025 har årets vårprognos justerats ned för 2026 och 2027, och uppjusterats för 2028 [5]. Nedjusteringen har två huvudsakliga orsaker. För det första överskattades utfallet för 2025 och första kvartalet 2026 i höstprognosen, främst för vissa läkemedel som säljs i stora volymer men som inte är kostnadsdrivande och förväntas följa trend. För det andra bygger nedjusteringen på uppdaterade antaganden om pris- och volymutvecklingen för vissa kostnadsdrivande läkemedel. Detta omfattar bland annat reviderade antaganden om prisutvecklingen för NOAK-läkemedel som förväntas att gå av patent under prognosperioden, en nedjusterad prognos för patienttillväxten för vissa biologiska läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar och för diabetesläkemedel samt en kraftig prissänkning för ett läkemedel vid ovanliga sjukdomar.

Liksom i höstens prognos förväntas förmånskostnadernas årliga ökningstakt avta i början av prognosperioden, för att sedan öka successivt. Avmattningen beror främst på det ändrade högkostnadsskyddet, kommande patentutgångar, som tros leda till en betydande kostnadsminskning, samt en inbromsning i volymutvecklingen inom vissa läkemedelsområden. Bland andra faktorer som påverkar utvecklingen vill vi nämna TLV:s beslut att utesluta samtliga läkemedel för Fabrys sjukdom från läkemedelsförmånerna från och med februari 2026 [6].

Samtidigt bör det understrykas att även om ökningstakten dämpas något av ovannämnda faktorer, väntas flera faktorer leda till ökade förmånskostnader. Introduktion av nya kostsamma läkemedel i förmånerna, indikationsutvidgningar samt ett ökat antal patienter som behandlas med relativt dyra läkemedel bedöms sammantaget driva kostnadsökningen och därmed motverka de dämpande effekterna.

Externa faktorer såsom framtida restsituationer, inflation och växelkursutveckling, som i stor utsträckning kan påverkas av det rådande omvärldsläget, har inte tagits med i prognosen. Effekterna av det rådande omvärldsläget är svåra att förutse och bidrar till osäkerhet. Dessa aspekter diskuteras närmare i avsnittet Osäkerhetsfaktorer i prognoserna.

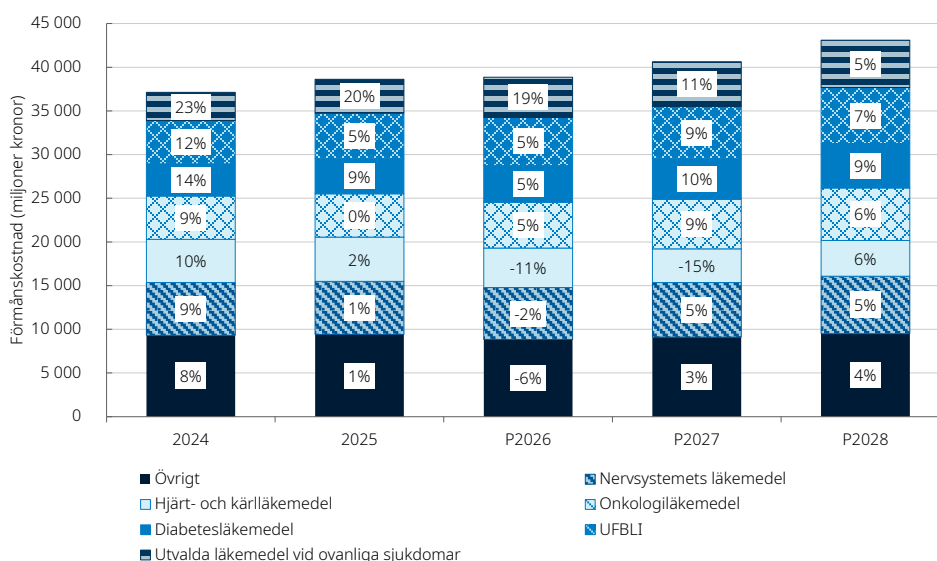
Bakom den totala prognosen ligger prognoser och antaganden för de läkemedel och läkemedelsgrupper inom de sju läkemedelsområden som tidigare beskrivits. Även om kostnadsökningar väntas på totalen ser det olika ut inom respektive område. Detta illustreras i Figur 13.

Området Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar förväntas ha en fortsatt hög ökningstakt eftersom fler nya läkemedel för ovanliga sjukdomar introduceras i förmånerna. Även för områdena UFBLI, Diabetesläkemedel och Onkologiläkemedel förväntas en hög tillväxttakt under prognosperioden, vilket främst beror på fortsatt ökning av det antal patienter

som behandlas med relativt dyra läkemedel. Många läkemedel, främst inom områdena Onkologiläkemedel och Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar, omfattas av avtal mellan företag och regioner. Företagen betalar då tillbaka en del av läkemedelskostnaden som återbäring, vilket sänker de faktiska kostnaderna. Eftersom innehållet i dessa avtal inte är offentligt presenteras de prognostiserade kostnaderna utan återbäring.

Figur 13. Prognos över kostnader för förmånsläkemedel uppdelat på läkemedelsområde

Procent i staplarna anger årlig ökningstakt per läkemedelsområde.



Källa: E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsens prognos.

Effekten av det ändrade högkostnadsskyddet varierar mellan olika områden och har stor påverkan på områden där många patienter behandlas med läkemedel som har förhållandevis låga priser. Bland områden där det ändrade högkostnadsskyddet förväntas ha en kostnadsdämpande effekt kan Diabetesläkemedel, Nervsystemets läkemedel, Övriga läkemedel samt Hjärt- och kärlläkemedel nämnas. En bidragande faktor till kostnadsminskning i det sistnämnda området är också en nyligen inträffad, samt en kommande, patentutgång för NOAK-läkemedel.

Nedan följer beskrivningar av förväntad kostnadsutveckling för respektive område, med störst fokus på läkemedel och läkemedelsgrupper med stor kostnadspåverkan. För läkemedel som inte förväntas ha någon större kostnadspåverkan, men som säljs i stora volymer, baseras prognosen främst på volymutvecklingen under de senaste två åren.¹⁹ För dessa läkemedel har en viss inbromsning i volymökning noterats under det senaste året, men det råder stor osäkerhet om denna utveckling kommer att fortsätta framöver. En minskning i genomsnittliga prisnivåer (AUP/DDD) har noterats för vissa

¹⁹ Se bilaga 2 för metodbeskrivning.

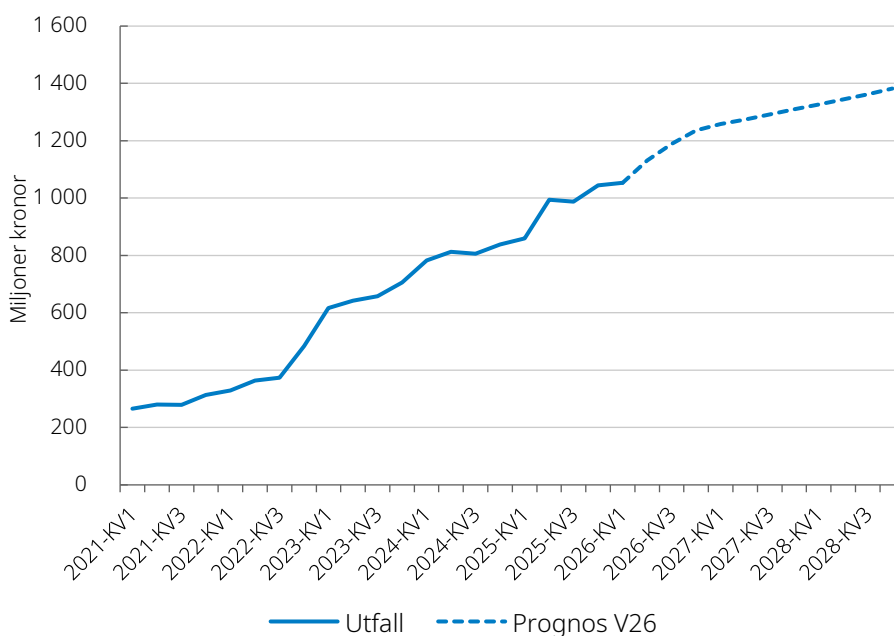
grupper av dessa läkemedel men även här råder stor osäkerhet om framtida utveckling.

Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar

Ett begränsat antal patienter behandlas med läkemedel mot ovanliga sjukdomar²⁰, men dessa läkemedel kan ha en stor kostnadspåverkan på grund av höga priser. Kostnaderna för området har ökat kraftigt under senare år eftersom nya läkemedel och indikationsutvidgningar har inkluderats i förmånerna. Här kan bland annat läkemedel vid cystisk fibros, SMA, hemofili A och B samt både ärftlig och förvärvad transtyretinamyloidosis nämnas (se Bilaga 4, Specifikation av läkemedelsområden).

Förmånskostnaderna för Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar uppgick till 3,9 miljarder kronor 2025. De läkemedelsgrupper som hade störst andel av den totala kostnaden är behandlingar mot cystisk fibros, hemofili A och transtyretinamyloidosis (ATTR). Socialstyrelsen prognostiserar att kostnaderna för området kommer att öka till 4,6 miljarder kronor 2026, 5,1 miljarder kronor 2027 och 5,4 miljarder kronor 2028 (Figur 14 och Tabell 4). De faktiska kostnaderna förväntas dock bli lägre eftersom de flesta av dessa läkemedel har återbäringsavtal.

Figur 14. Förmånskostnad och prognos för Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar



Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos.

²⁰ Med ovanliga sjukdomar avses sjukdomar med låg förekomst. Vissa av indikationerna i gruppen kan omfatta sjukdomar som har högre förekomst än vad som kan betraktas som ett sällsynt hälsotillstånd.

Tabell 4. Förmånskostnad och prognos för utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar

Miljoner kronor och årlig ökningstakt (%).

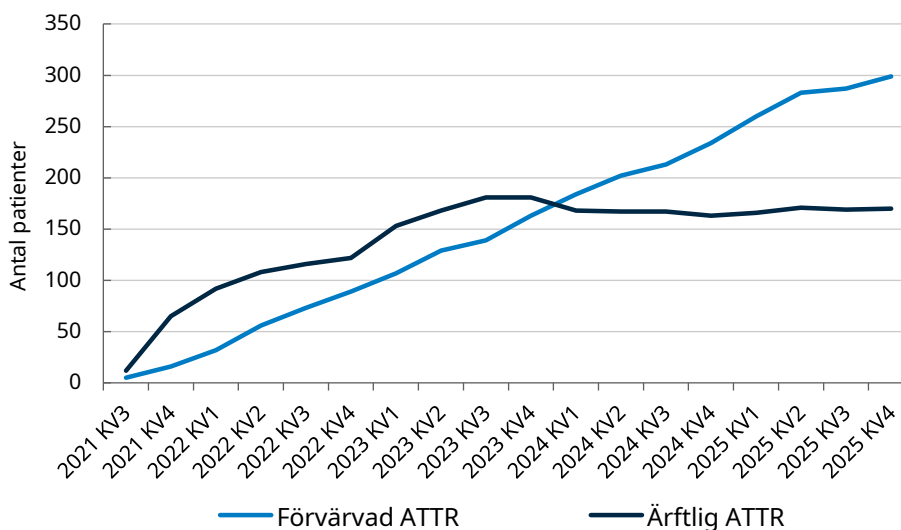
Läkemedelsområde	Utfall 2025	Prognos 2026	Prognos 2027	Prognos 2028
Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar	3 884 (20 %)	4 609 (19 %)	5 132 (11 %)	5 414 (5 %)

Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos.

Den prognostiserade kostnadsökningen för området kan förklaras av både ökat antal patienter behandlade med befintliga läkemedel och av introduktion av nya läkemedel i förmånerna (bland annat läkemedel vid sällsynta leversjukdomar) sedan senaste prognosen. För vissa av de nya läkemedlen finns redan befintliga behandlingar inom förmånerna med motsvarande indikationer, och dessa nya läkemedel väntas därför inte ha någon betydande kostnadspåverkan.

Ett exempel på en grupp där utveckling i patientantal är kostnadsdrivande är behandling mot transtyretinamyloidos (ATTR). Läkemedlet tafamidis (Vyndaqel) används både vid ärftlig och förvärvad ATTR. Förekomsten av den förvärvade sjukdomen är inte klarlagd, och det är osäkert hur stor andel av patienterna som har nytta av behandlingen [7]. Data från Patientregistret visar att antalet patienter med ärftlig ATTR (Skelleftesjukan) har stabiliserats (Figur 15). Patienter som troligen har förvärvad transtyretinamyloidos ökar fortfarande i antal, vilket driver på förmånskostnaden för gruppen. Dock prognostiseras den totala kostnaden för ATTR-läkemedel att minska under 2026 på grund av en kraftig prissänkning för vutrisiran (Amvuttra) [8].

Figur 15. Antal patienter med ärftlig transtyretinamyloidos och förvärvad transtyretinamyloidos som hämtat ut tafamidis 61 mg



Not: Ärftlig sjukdom definieras som diagnos E85.1 – neuropatisk heredofamiljär amyloidos i Patientregistret. Patienter utan den diagnosen uppskattas ha förvärvad sjukdom. Fördelningen mellan ärftlig och förvärvad ATTR är en uppskattning. Antal patienter färre än fyra visas inte i diagrammet.

Området Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar påverkas också av TLV:s nya kriterier för subvention av läkemedel, som trädde i kraft i slutet av 2025 [9, 10]. Det nya arbetssättet syftar till att öka tillgången till behandlingar mot sällsynta hälsotillstånd. Myndigheten accepterar högre behandlingskostnader för tillstånd med små patientgrupper, och fler läkemedel vid sällsynta sjukdomar kan komma att få subvention. Sedan förra rapporten har sammanlagt fem läkemedel fått subvention genom de nya kriterierna [11]. Dessa läkemedel förväntas få en betydande kostnadspåverkan under prognosperioden.

De läkemedel som väntas vara mest kostnadsdrivande av dem som har inkluderats sedan senaste prognosen är två läkemedel mot primär biliär kolangit, en kronisk autoimmun leversjukdom [12, 13]. Läkemedlen är indicerade för vuxna patienter som inte svarar på eller inte tolererar behandling med ursodexicholsyra. Socialstyrelsen antar att ett tusental personer i Sverige kan bli aktuella för behandling.

Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar

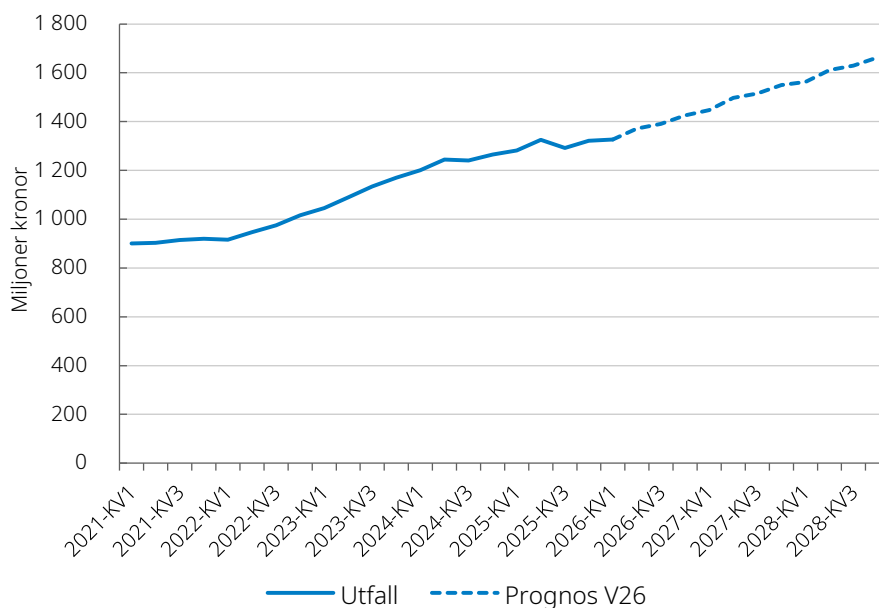
I området Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar (UFBLI), ingår flera läkemedel som är godkända för ett antal olika indikationer, däribland vissa reumatiska sjukdomar som reumatoid artrit, hudsjukdomar som psoriasis och atopisk dermatit, inflammatoriska tarmsjukdomar samt astma.

Antalet patienter som behandlas med UFBLI har ökat mycket under de senaste åren. År 2025 behandlades drygt 99 000 patienter med minst ett UFBLI inom förmånerna, vilket kan jämföras med cirka 30 000 patienter 2016. Den årliga ökningstakten har börjat avta något under 2025 men är fortfarande hög (12 procent mellan 2024 och 2025).

Förmånskostnaderna för UFBLI uppgick 2025 till cirka 5,2 miljarder kronor, vilket är en ökning med 5 procent jämfört med 2024. Trots fortsatt volymtillväxt dämpades förmånskostnaderna till följd av priskonkurrens efter en patentutgång med stor påverkan hösten 2024.

Under prognosperioden förväntas antalet patienter som behandlas med UFBLI fortsätta öka, men ökningstakten är förenad med stor osäkerhet. Kostnadsökningen kommer att dämpas av fortsatt priskonkurrens mellan biosimilarer. Förmånskostnaderna prognostiseras att öka från 5,2 miljarder kronor 2025 till 5,5 miljarder kronor 2026, 6,0 miljarder kronor 2027 och 6,4 miljarder kronor 2028 (Figur 16 och Tabell 5).

Figur 16. Förmånskostnad och prognos för UFBLI



Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos.

Tabell 5. Förmånskostnad och prognos för UFBLI

Miljoner kronor och årlig ökningstakt (%).

Läkemedelsområde	Utfall 2025	Prognos 2026	Prognos 2027	Prognos 2028
Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar	5 220 (5 %)	5 503 (5 %)	5 977 (9 %)	6 423 (7 %)
<i>varav TNF-hämmare</i>	1 109 (-9 %)	1 057 (-5 %)	1 076 (2 %)	1 096 (2 %)
<i>varav IL-hämmare</i>	2 375 (5 %)	2 578 (9 %)	2 826 (10 %)	3 091 (9 %)
<i>varav JAK-hämmare</i>	704 (22 %)	813 (16%)	945 (16 %)	1 063 (13 %)
<i>varav övriga UFBLI</i>	1 032 (17 %)	1 056 (2 %)	1 130 (7 %)	1 172 (4 %)

Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos.

Hög ökningstakt för IL- och JAK-hämmare

Läkemedlen i området UFBLI delas in i fyra grupper: TNF-hämmare, IL-hämmare, JAK-hämmare och Övriga UFBLI (se Bilaga 4. Specifikation av läkemedelsområden). TNF-hämmare är den största läkemedelsgruppen mätt i antal patienter. Läkemedlen i de övriga grupperna används främst som behandlingsalternativ vid behandlingssvikt med TNF-hämmare eller när behandling med TNF-hämmare inte är lämplig. Dessa grupper omfattar färre patienter men har samtidigt en betydande kostnadspåverkan.

Användningen av TNF-hämmare fortsätter att öka, men samtidigt hålls kostnaderna nere av den prispress som biosimilarer skapar. Kostnadsminskningen som har observerats de senaste åren förväntas under prognosperioden övergå till en svag kostnadsökning, eftersom volymökningen tros bli större än prisminskningen.

IL-hämmarna, som är den mest kostnadsdrivande gruppen, förväntas fortsätta öka under prognosperioden, vilket bland annat drivs av en ökad användning av dupilumab och ustekinumab. Samtidigt väntas volymökningen motverkas av fortsatt priskonkurrens för ustekinumab, som gick av patent hösten 2024 och där det nu finns många biosimilarer i förmånerna. Ökad priskonkurrens förväntas även för tocilizumab, som hittills haft en begränsad priskonkurrens, bland annat till följd av restsituationer för biosimilarer. Dessutom rekommenderar Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för smärta och reumatiska sjukdomar användning av biosimilarer till både ustekinumab och tocilizumab vid indikationer inom reumatologi, vilket tros leda till fler switchar till biosimilarer [14].

JAK-hämmarna förväntas att ha den högsta årliga ökningstakten i gruppen UFBLI. Kostnadsutvecklingen väntas fortsätta på grund av ökad användning, men även till följd av indikationsutvidgning i förmånerna [15]. För gruppen Övriga UFBLI har ökningstakten börjat avta och tros fortsätta öka i en mer dämpad takt. Inom denna grupp har ett läkemedel (omalizumab) gått av patent under hösten 2025, men kostnadspåverkan av patentutgången bedöms ännu som liten på grund av få biosimilarer.

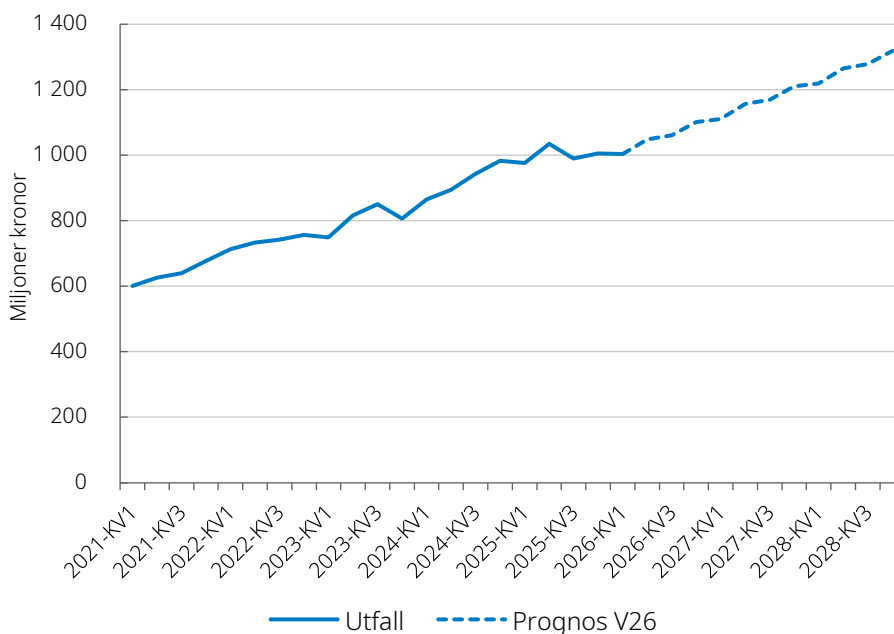
Prognosen avseende utvecklingen av antal patienter som behandlas med IL- och JAK-hämmare är mycket osäker. I Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer för allergi rekommenderas fler patienter behandling med IL- och JAK-hämmare vid atopiskt eksem. Enligt myndighetens konsekvensanalys kan förändringen medföra höga kostnader eftersom patientpopulationen är stor [16]. Samtidigt är det i nuläget osäkert i vilken utsträckning och hur snabbt effekterna av rekommendationen kommer att påverka kostnadsutvecklingen.

Diabetesläkemedel

Förekomsten av diabetes i Sverige ökar, från 5,6 procent 2019 till 6,6 procent 2025 enligt siffror från Svenska diabetesregistret [17]. I en nationell registerstudie beräknades köns- och ålderstandardiserad prevalens av diabetes typ 2 öka från 4,9 procent till 7,5 procent mellan 2006 och 2021 [18]. Under senare år har vissa blodglukossänkande läkemedel, som främst används vid typ 2-diabetes, fått utvidgade indikationer och är numera godkända för behandling av patienter med hjärtsvikt, kronisk njursjukdom och obesitas utan samtidig diabetes. Diabetesläkemedel för behandling av obesitas ingår inte i läkemedelsförmånerna.

Förmånskostnaderna för Diabetesläkemedel (se Bilaga 4, Specifikation av läkemedelsområden) uppgick 2025 till 4,0 miljarder kronor, en ökning om 9 procent jämfört med föregående år. Kostnadsutvecklingen för insuliner är relativt stabil, men för andra blodglukossänkande läkemedel än insuliner (icke-insuliner) har kostnaden ökat i hög takt de senaste åren.

Förmånskostnaden för området prognostiseras öka till 4,2 miljarder kronor 2026, 4,6 miljarder kronor 2027 och 5,1 miljarder kronor 2028 (Figur 17 och Tabell 6).

Figur 17. Förmånskostnad och prognos för Diabetesläkemedel

Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos.

Tabell 6. Förmånskostnad och prognos för Diabetesläkemedel

Miljoner kronor och årlig ökningstakt (%).

Läkemedelsområde	Utfall 2025	Prognos 2026	Prognos 2027	Prognos 2028
Diabetesläkemedel	4 006 (9 %)	4 215 (5 %)	4 646 (10 %)	5 080 (9 %)
<i>varav icke-insuliner</i>	3 045 (13 %)	3 235 (6 %)	3 657 (13 %)	4 093 (12 %)

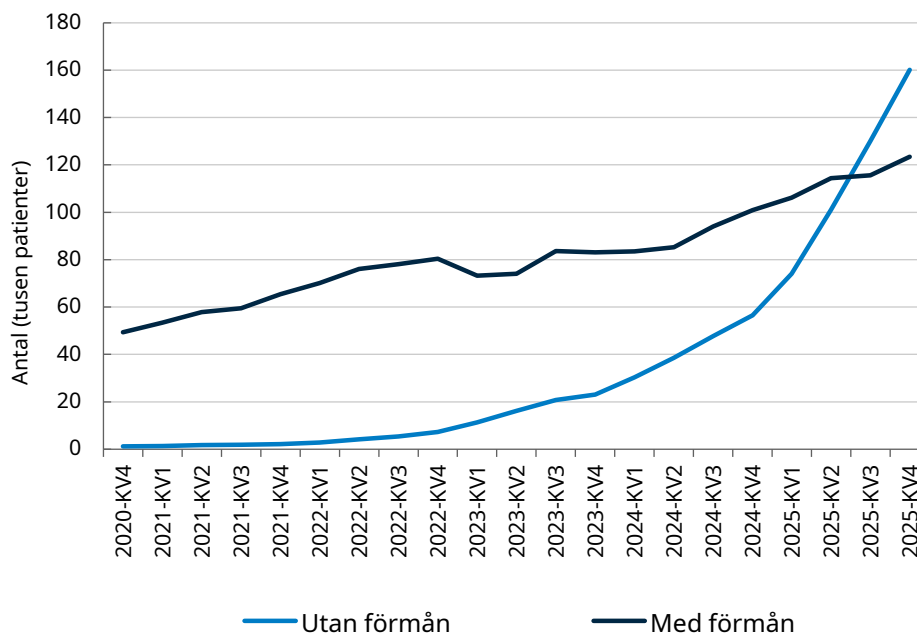
Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos.

Ökade kostnader för icke-insuliner driver kostnadsutvecklingen

Det är framför allt läkemedelsgrupperna GLP-1-analoger och SGLT2-hämmare som driver kostnadsutvecklingen för området. Antalet patienter som behandlas med dessa läkemedel ökar (Figur 18 och Figur 19). I riktlinjer för behandling av typ 2-diabetes [19-22] läggs stor vikt vid läkemedel som tillhör läkemedelsgrupperna GLP-1-analoger och SGLT2-hämmare. Dessa läkemedel rekommenderas vid exempelvis samtidig etablerad hjärt-kärlsjukdom, kronisk njursjukdom, nedsatt njurfunktion och obesitas. SGLT2-hämmare subventioneras även för behandling av kronisk njursjukdom och hjärtsvikt utan samtidig diabetes. GLP-1-analoger är även indicerat för obesitas utan samtidig diabetes men ingår inte i förmånerna.

Figur 18. Antal unika patienter som hämtat ut liraglutid, semaglutid eller tirzepatid, med och utan förmån, per kvartal

Liraglutid och semaglutid är GLP-1-analoger och ingår i förmånerna för behandling av typ 2-diabetes. Dessa läkemedel är godkända för behandling av övervikt och obesitas men ingår inte i förmånerna för det.

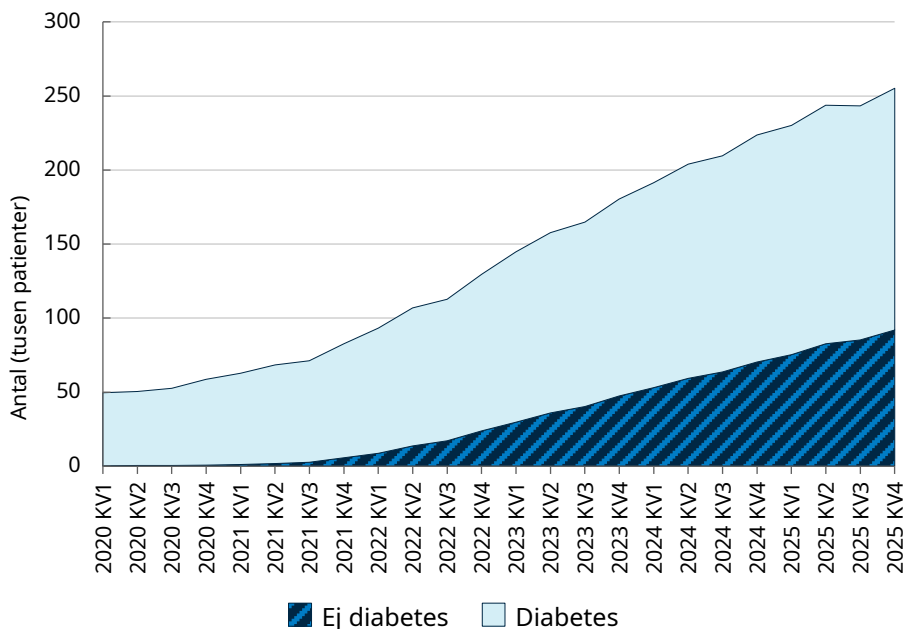


Källa: Läkemedelsregistret Socialstyrelsen.

Ökningen av patienter som behandlas med SGLT2-hämmare på senare tid beror troligen främst på behandling av kronisk njursjukdom och hjärtsvikt utan samtidig diabetes (Figur 19). Andelen patienter som hämtar ut SGLT2-hämmare utan att ha diabetes har ökat över tid och uppgick till drygt 35 procent mot slutet av 2025. Dock har det skett en viss inbromsning i ökningen av det totala antalet patienter som hämtar ut SGLT2-hämmare, inklusive nyinsatta patienter varför kostnadsprognosen justeras ned något.

Figur 19. Antal unika patienter som hämtat ut SGLT2-hämmare per kvartal, uppdelat på om patienten har diabetesdiagnos eller ej

Diabetesdiagnos definieras som diagnos i Patientregistret och/eller uttag av läkemedel inom förmånerna tillhörande gruppen icke-insuliner (se Bilaga 2).



Källa: Läkemedelsregistret och Patientregistret.

Kostnaderna för icke-insulinerna prognostiseras öka under prognosperioden till följd av att antalet patienter som behandlas blir fler och den genomsnittliga kostnaden per patient stiger. Patienter kan behöva behandlas med flera av dessa läkemedel samtidigt för att uppnå behandlingsmålen och användningen av läkemedel med relativt höga priser ökar, vilket sammantaget gör att den genomsnittliga kostnaden per patient stiger. Det ändrade högkostnadsskyddet får dock en dämpande effekt på utvecklingen av förmånskostnaderna, främst under 2026, eftersom patienterna väntas betala en större andel av kostnaderna för dessa läkemedel än tidigare.

Prognosen omfattar läkemedel och indikationer enligt nuvarande subventionsbegränsningar, men en eventuell framtida subvention för behandling av obesitas kan omfatta en potentiellt stor patientpopulation och därmed få en stor påverkan på förmånskostnaderna. Användningen av icke-insuliner godkända vid obesitas har ökat kraftigt utanför förmånerna (Figur 18) och uppgick till cirka 200 000 patienter²¹ 2025. Övervikt och obesitas ökar i samhället och förekomsten av svår (BMI 35–39) och mycket svår obesitas (BMI 40 eller högre) hos vuxna uppskattades 2024 uppgå till 3,8 procent respektive 1,4 procent [23]. En stor andel av dessa har troligen även diabetes typ 2 och behandlas för det inom förmånerna. Om vi antar att hälften av patienterna med mycket svår obesitas skulle tillkomma för

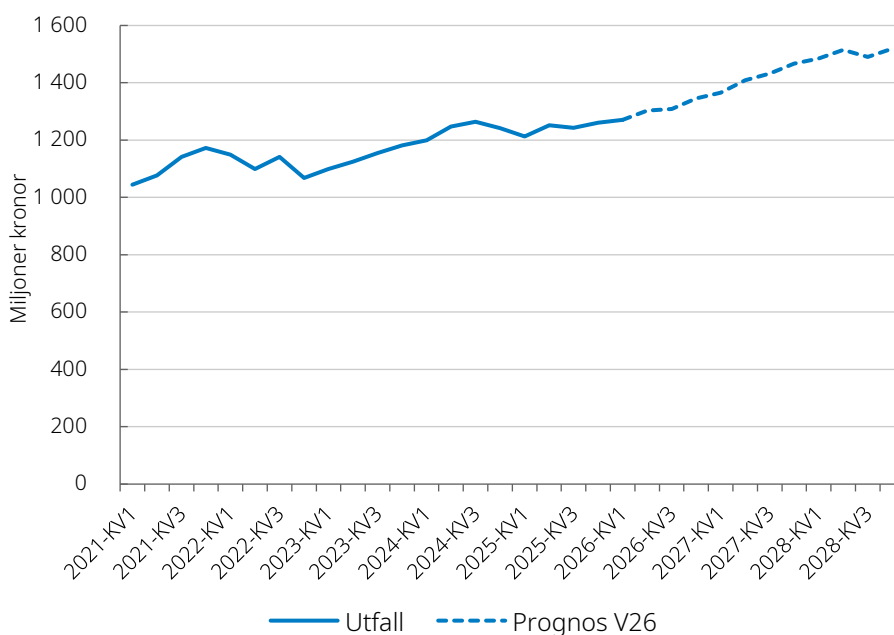
²¹ Antalet patienter som hämtat ut minst ett uttag av liraglutid, semaglutid eller tirzepatid.

behandling med icke-insuliner inom förmånerna skulle det kunna innebära ytterligare kostnadsökningar om cirka 1,1 miljarder kronor per år. Antar vi att även hälften av patienterna med svår obesitas tillkommer uppgår årskostnaden i stället till 4,1 miljarder kronor.²² Beräkningen är mycket osäker, och vid en introduktion i förmånerna kan resultatet bli både högre och lägre.

Onkologiläkemedel

Onkologiläkemedel är samlingsnamnet för läkemedel som används vid behandling av olika typer av cancersjukdomar (se Bilaga 4, Specifikation av läkemedelsområden). Under 2025 uppgick förmånskostnaderna för Onkologiläkemedel till 5,0 miljarder kronor. Fler patienter behandlas med onkologiska läkemedel inom förmånerna, bland annat på grund av subvention av nya läkemedel, nya indikationer för redan subventionerade läkemedel samt bättre överlevnad och därmed längre behandlingstider. Samtidigt har patentutgångar och generisk konkurrens dämpat kostnadsökningarna för området. Det har gjort att kostnadsutvecklingen varit förhållandevis ojämn de senaste åren. Fortsatta kostnadsökningar för Onkologiläkemedel väntas dock under prognosperioden (Figur 20).

Figur 20. Förmånskostnad och prognos för Onkologiläkemedel



Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos.

Under första halvan av 2026 väntas en patentutgång för ett läkemedel, som används för behandling av lungcancer och idiopatisk lungfibros, dämpa

²² Beräkningen har utgått från befolkningen i åldern 20–79 år 2025 (SCB), årlig kostnad med Wegovy 2 mg (TLV:s pris- och beslutsdatabas) samt ett högkostnadstak på 3 800 kronor.

kostnaderna något. Mot slutet av prognosperioden väntas flera patentutgångar, som tillsammans tros dämpa förmånskostnaderna i större omfattning, däribland enzalutamid (Xtandi) som används vid behandling av prostatacancer.

Trots den kostnadsdämpande effekten från patentutgångar väntas förmånskostnaderna för Onkologiläkemedel öka till 5,2 miljarder kronor 2026, 5,7 miljarder kronor 2027 och 6,0 miljarder 2028 (Tabell 7). Ökningen antas framför allt bero på att allt fler patienter sätts in på behandlingar med kostnadsdrivande läkemedel.

Tabell 7. Förmånskostnad och prognos för Onkologiläkemedel

Miljoner kronor och årlig ökningstakt (%).

Läkemedelsområde	Utfall 2025	Prognos 2026	Prognos 2027	Prognos 2028
Onkologiläkemedel	4 967 (0 %)	5 226 (5 %)	5 671 (9 %)	6 007 (6 %)

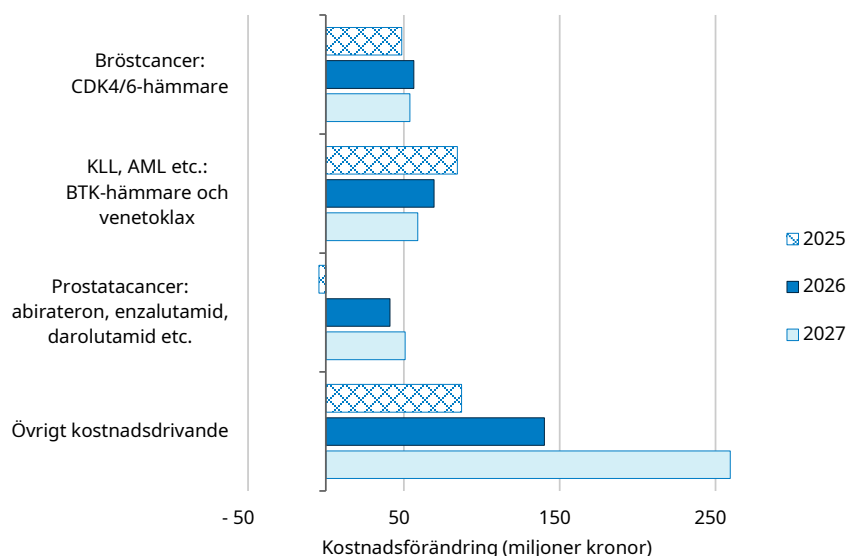
Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos.

Kostnadsdrivande grupper inom Onkologiläkemedel

Av de kostnadsdrivande läkemedelsgrupper som undersöks närmare inom området Onkologiläkemedel är det vissa som särskilt utmärker sig när det gäller utvecklingen av förmånskostnader framöver (Figur 21). Nedan följer nedslag i utvalda läkemedelsgrupper inom onkologi.

Figur 21. Kostnadsförändring 2025 och prognostiserad kostnadsförändring 2026 och 2027 för kostnadsdrivande läkemedelsgrupper inom Onkologiläkemedel

Läkemedel och läkemedelsgrupper som bedöms särskilt kostnadsdrivande är utvalda och har analyserats närmare än andra läkemedel i prognosarbetet.



Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos.

Bland utvalda läkemedel vid bröstcancer ingår läkemedel som benämns som CDK4/6-hämmare. Indikationen för dessa läkemedel har successivt utvidgats, senast i början av 2025, vilket innebär att den omfattar en bredare patientgrupp med bröstcancer. Antalet nyinsatta patienter ökar men prognostiseras stabiliseras under 2026. En förflyttning av patienter till billigare alternativ inom gruppen gör dock att kostnadsökningarna dämpas.

Antalet patienter behandlade med läkemedel mot prostatacancer inom förmånerna fortsätter att öka, men kostnaderna har sjunkit till följd av patentutgångar och ökad priskonkurrens. Antalet patienter väntas dock fortsätta öka, och främst för läkemedel med relativt högre priser, vilket gör att även kostnaderna prognostiseras öka till en början. Mot slutet av prognosperioden väntas dock en ytterligare patentutgång dämpa kostnadsökningarna.

En annan kostnadsdrivande läkemedelsgrupp inkluderar BTK-hämmare och venetoklax, som främst används vid leukemi. Den subventionerade indikationen har utökats flera gånger, vilket bidragit till att fler patienter behandlas. Majoriteten av patienterna behandlas för en kronisk leukemi, vilket gör att längre behandlingstider bidrar till kostnadsökningarna. Ökningen av antal patienter och av kostnaderna väntas fortsätta.

För övriga kostnadsdrivande onkologiläkemedel väntas fortsatta volymökningar efter tidigare indikationsutvidgningar driva kostnaderna. Gruppen inkluderar bland annat läkemedel vid icke-småcellig lungcancer. Därtill har ett nytt läkemedel fått subvention för behandling av en ovanlig form av cancer i mag-tarmkanalen samt en ovanlig form av blodcancer. Uppskattningen av antalet patienter som kan vara aktuella för behandling med läkemedlet är dock mycket osäker.

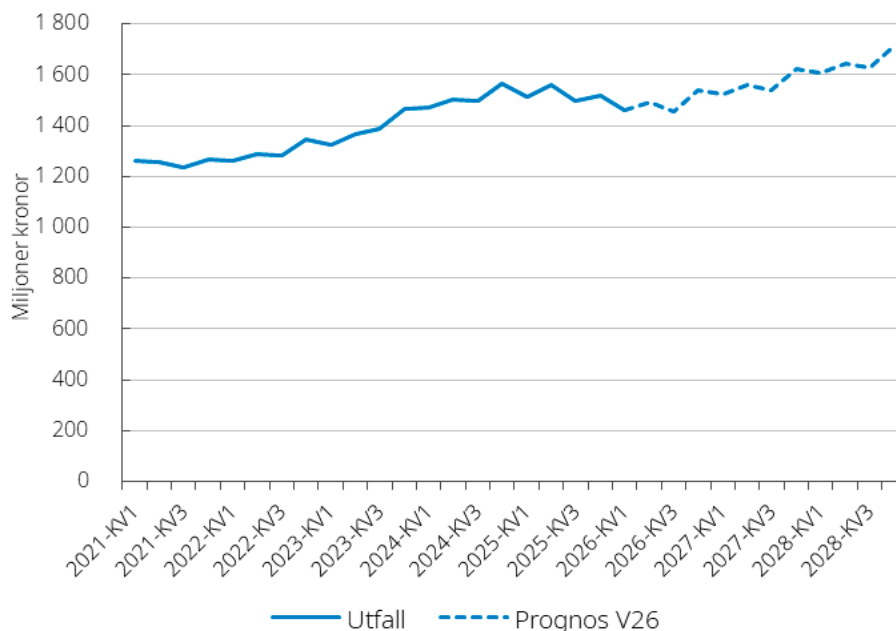
Nervsystemets läkemedel

I området Nervsystemets läkemedel ingår över 300 läkemedel, där adhd-läkemedel och CGRP-hämmare, som används vid behandling av migrän, är kostnadsdrivande och analyseras närmare. Resterande läkemedel som ingår i området är inte enskilt kostnadsdrivande men många säljs i stora volymer, vilket gör att Nervsystemets läkemedel är det område som har näst störst försäljning under 2025 (se Bilaga 4, Specifikation av läkemedelsområden).

Under 2025 ökade förmånskostnaderna för Nervsystemets läkemedel med 1 procent jämfört med 2024, till knappt 6,1 miljarder kronor (Tabell 8). Kostnaderna prognostiseras minska till drygt 6,0 miljarder kronor 2026, 6,3 miljarder kronor 2027 och 6,6 miljarder kronor 2028. Inom läkemedelsområdet är adhd-läkemedel och CGRP-hämmare särskilt kostnadsdrivande och väntas ha fortsatt hög kostnadspåverkan. Kostnadsökningen i gruppen dämpades från första kvartalet 2025 till följd av TLV:s omprövning av det mest använda adhd-läkemedlet –

lisdexamfetamin (Elvanse), och kostnaderna prognostiseras att öka i något lägre takt framöver på grund av det ändrade högkostnadsskyddet (Figur 22).

Figur 22. Förmånskostnad och prognos för Nervsystemets läkemedel



Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos.

Tabell 8. Förmånskostnad och prognos för Nervsystemets läkemedel

Miljoner kronor och årlig ökningstakt (%).

Läkemedelsområde	Utfall 2025	Prognos 2026	Prognos 2027	Prognos 2028
Totalt Nervsystemets läkemedel	6 087 (1%)	5 951 (-2%)	6 253 (5%)	6 590 (5%)
varav <i>adhd-läkemedel</i>	1 462 (0%)	1 515 (4%)	1 682 (11%)	1 847 (10%)
varav <i>CGRP-hämmare</i>	395 (21%)	451 (14%)	511 (13%)	570 (12%)

Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos.

Adhd-läkemedel

Den låga ökningen i förmånskostnader under 2025 i gruppen adhd-läkemedel förklaras främst av en prissänkning i december 2024 för lisdexamfetamin, som har störst försäljningsvärde bland adhd-läkemedel, till följd av TLV:s omprövning [24]. Även det ändrade högkostnadsskyddet har bidragit. Antalet patienter fortsätter att öka. Under 2025 behandlades cirka 277 000 personer, vilket var 12 procent fler än året innan. Dock var ökningstakten något lägre jämfört med de senaste fyra åren.

Sammantaget förväntas påverkan av det ändrade högkostnadsskyddet avta under prognosperioden, och kostnaderna tros fortsätta öka igen från 2026 på grund av volymökningar. Dock antas en framtid patentutgång av lisdexamfetamin påverka utvecklingen av förmånskostnader i gruppen från 2028.

De två läkemedel som används av flest patienter och har flest nyinsättningar är lisdexamfetamin och metylfenidat. Enligt rekommendationer för läkemedelsbehandling ska metylfenidat förskrivas först [25]. Detta gäller även barn [26]. I praktiken förskrivs dock ofta lisdexamfetamin i första hand, möjligtvis på grund av bättre effekt [27].

En generell osäkerhet i prognosen för adhd-läkemedel som grupp är ökningstakten framöver. Socialstyrelsen har nyligen utvärderat följsamheten till nationella riktlinjer för vård vid adhd [28]. Ojämligheter, svag följsamhet till riktlinjerna samt brister i behandlingen konstaterades. Det finns ett antal pågående regeringsuppdrag som kan påverka diagnostisering och läkemedelsanvändning framöver [29-31].

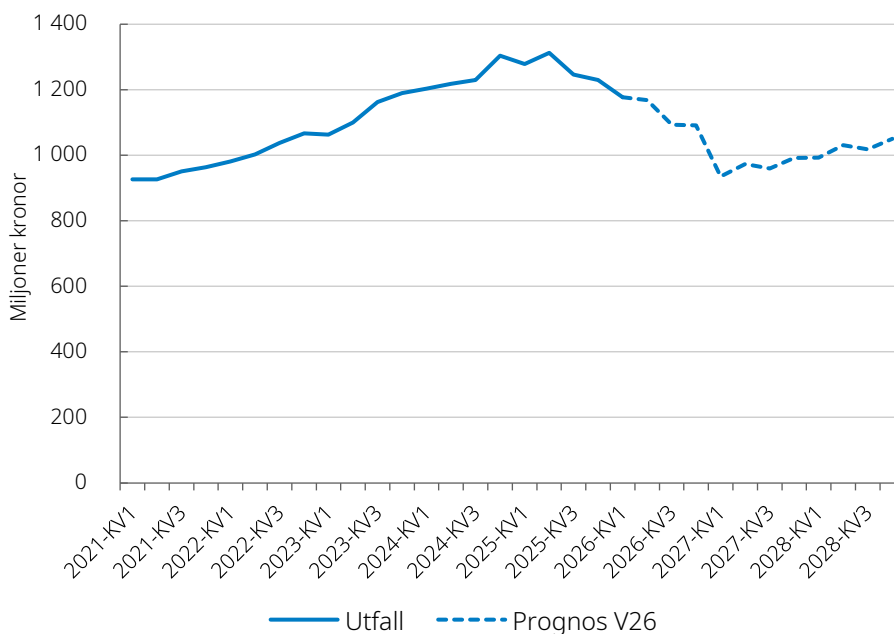
CGRP-hämmare vid behandling av migrän

CGRP-hämmare förskrivs av specialistläkare för behandling av kronisk migrän [32]. Användningen av dessa läkemedel fortsätter att öka. Under 2025 uppgick antalet patienter som hämtade ut minst en CGRP-hämmare till 13 000 – en ökning med 22 procent jämfört med 2024. Det är betydligt lägre än ökningen på 40 procent mellan 2023 och 2024.

Fremanezumab, den substans som har högst försäljning i gruppen, ökar fortsatt men i avtagande takt. Användningen av andra CGRP-hämmare ökar också och antas fortsätta öka men i något avtagande takt under de kommande åren.

Hjärt- och kärlläkemedel

I området Hjärt- och kärlläkemedel ingår läkemedel som används för att behandla och förebygga hjärt- och kärlsjukdomar, såsom stroke och hjärtinfarkt, samt andra läkemedel som påverkar hjärta och kretslopp (se Bilaga 4, Specifikation av läkemedelsområden). I området ingår exempelvis blodförtunnande läkemedel, blodtryckssänkande läkemedel samt statiner och andra läkemedel som används vid höga blodfetter. I Sverige lever över 2 miljoner personer med hjärt- och kärlsjukdom, och det är i dagsläget den ledande dödsorsaken i landet [33]. Förmånskostnaderna för Hjärt- och kärlläkemedel uppgick till 5,1 miljarder kronor 2025 – en ökning med cirka 2 procent jämfört med 2024 (Tabell 9). Socialstyrelsen prognostiserar att förmånskostnaderna för området kommer att minska till 4,5 miljarder kronor 2026 och 3,9 miljarder kronor 2027, för att därefter öka till 4,1 miljarder kronor 2028 (Figur 23).

Figur 23. Förmånskostnad och prognos för Hjärt- och kärlläkemedel

Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos.

Tabell 9. Förmånskostnad och prognos för Hjärt- och kärlläkemedel

Miljoner kronor och årlig ökningstakt (%).

Läkemedelsområde	Utfall 2025	Prognos 2026	Prognos 2027	Prognos 2028
Totalt Hjärt- och kärlläkemedel	5 066 (2 %)	4 529 (-11 %)	3 858 (-15 %)	4 092 (6 %)
varav NOAK	1 899 (-4 %)	1 446 (-24 %)	609 (-58 %)	625 (3 %)
varav övrigt kostnadsdrivande*	987 (17 %)	1 131 (15 %)	1 306 (15 %)	1 480 (13 %)

* valsartan/sakubitril samt PCSK9-hämmarna evolokumab och alirokumab

Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos.

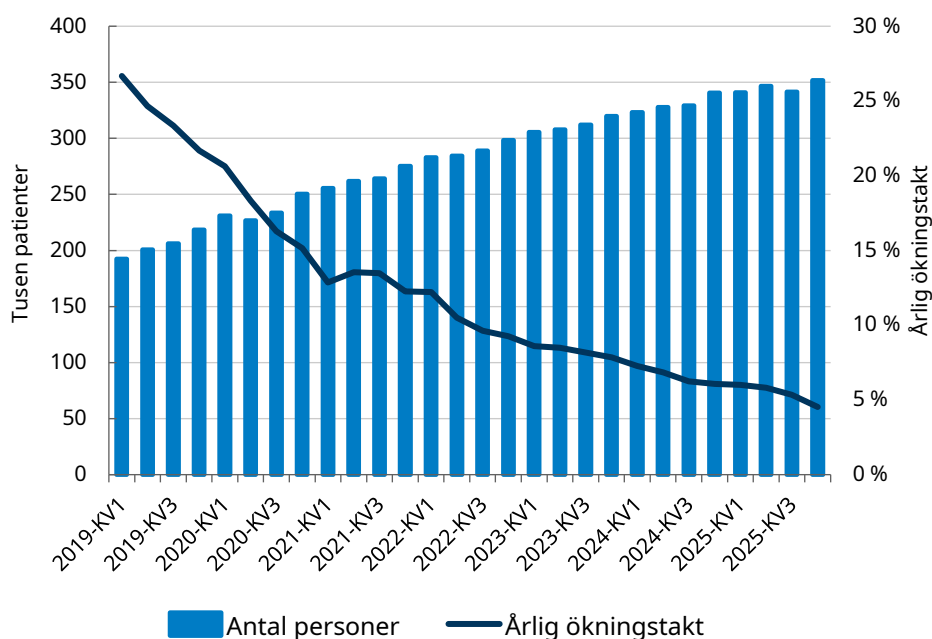
De läkemedelsgrupper som har eller förväntas ha en stor kostnadspåverkan analyseras mer detaljerat. Dessa är en grupp blodförtunnande läkemedel, NOAK, de kolesterolsänkande läkemedlen evolokumab (Repatha) och alirokumab (Praluent), samt valsartan/sakubitril (Entresto) som används vid hjärtsvikt. Dessa läkemedel stod 2025 för 57 procent av de totala kostnaderna för området, vilket redogörs senare i avsnittet.

NOAK används bland annat för att förebygga stroke hos patienter med förmaksflimmer. Antalet personer som hämtar ut NOAK inom förmånerna fortsätter att öka, och under 2025 var det cirka 450 000 patienter. Ökningstakten har dock minskat över tid (Figur 24). Förekomsten av förmaksflimmer ökar med stigande ålder, och antalet äldre i befolkningen

väntas öka, vilket talar för en fortsatt ökning av antalet patienter även om ökningstakten mattas av.

Flera NOAK-läkemedel har gått av patent under det senaste året, och i början av 2026 gick det näst mest sålda läkemedlet, rivaroxaban, av patent. Generikaförsäljning har lett till en priskonkurrens som har dämpat kostnadsutvecklingen för området. I slutet av 2026 går det mest sålda NOAK-läkemedlet, apixaban (Eliquis), av patent och priskonkurrens väntas då komma att kraftigt sänka kostnaderna. Innan dess sänks priset för originalläkemedlet enligt 15-årsregeln²³, vilket också får en kostnadsdämpande effekt. Sammantaget gör det att kostnaderna väntas sjunka 2026 och 2027, för att därefter öka i takt med volymökningar.

Figur 24. Antal unika patienter som hämtat ut NOAK-läkemedel



Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos.

PCSK9-hämmarna evolokumab och alirokumab används för behandling av höga kolesterolvärden. Subventionsbegränsningen har successivt utvidgats sedan de introducerades i förmånerna. Sakubitri/valsartan (Entresto) används för behandling av hjärtsvikt. Dessa läkemedel är kostnadsdrivande inom området och stod för en stor andel av kostnadsökningarna 2025. Kostnaderna förväntas fortsätta öka under prognosperioden, eftersom fler väntas behandlas.

För övriga läkemedel har den höga kostnadsökningstakten under 2023 och 2024, som bedömdes vara tillfällig, saktat in [5, 34, 35]. Det ändrade

²³ TLV sänker priserna på vissa läkemedel som saknar eller endast har svag generisk konkurrens, och som fick marknadsföringsgodkännande för mer än 15 år sedan. För ytterligare information se: [Prissänkning enligt 15-årsregeln - Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket TLV](#)

högkostnadsskyddet har dessutom en kostnadsdämpande effekt för hela området. Därför väntas förmånskostnaderna för dessa läkemedel sjunka under prognosperioden trots antagandet om en fortsatt volymökning.

Smittskyddsläkemedel

Läkemedel för behandling av hepatit C och hiv stod för omkring 94 procent av kostnaderna för smittskyddsläkemedel 2025. I detta avsnitt analyseras och redovisas kostnadsutveckling och prognos för hepatit C- och hivläkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagen. Vilka läkemedel som ingår redovisas i Bilaga 4, Specifikation av läkemedelsområden.

Kostnaden för smittskyddsläkemedel uppgick 2025 till 1,0 miljard kronor vilket är en minskning med 3 procent jämfört med föregående år (Tabell 10). Minskningen förklaras främst av minskade kostnader för hepatit C-läkemedel. Kostnaderna för hivläkemedel fortsätter att öka.

Under prognosperioden förväntas kostnaderna för smittskyddsläkemedel öka till cirka 1,2 miljarder kronor, därav cirka 370 miljoner för hepatit C-läkemedel och 810 miljoner för hivläkemedel.

Tabell 10. Kostnad och prognos för smittskyddsläkemedel — hepatit C och hiv

Miljoner kronor och årlig ökningstakt (%).

Läkemedelsområde	Utfall 2025	Prognos 2026	Prognos 2027	Prognos 2028	Prognos 2029
Totalt smittskydds-läkemedel – hepatit C och hiv	1 044 (-3 %)	1 069 (2 %)	1 124 (5 %)	1 149 (2 %)	1 174 (2 %)
<i>varav hepatit C-läkemedel</i>	346 (-14 %)	334 (-4 %)	365 (9 %)	365 (0 %)	365 (0 %)
<i>varav hivläkemedel</i>	698 (4 %)	735 (5 %)	760 (3 %)	784 (3 %)	810 (3 %)

Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos.

Hepatit C-läkemedel

Antalet rapporterade fall av hepatit C fortsätter att minska. Enligt den senaste statistiken från Folkhälsomyndigheten rapporterades 862 fall under 2024, vilket innebär en minskning med 13 procent jämfört med föregående år. I cirka 70 procent av fallen bedömdes personerna ha blivit smittade i Sverige. Antalet rapporterade fall har minskat, både bland personer som smittats i Sverige och bland dem som smittats utomlands [36].

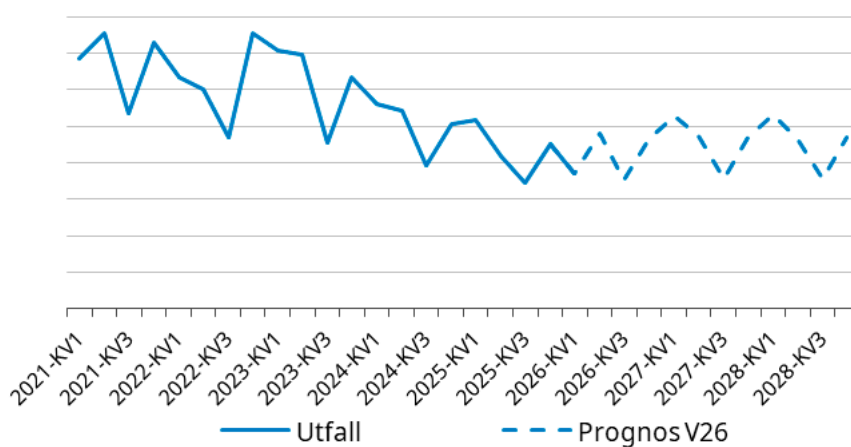
Enligt Socialstyrelsens läkemedelsregister hämtade 1 300 personer ut hepatit C-läkemedel under 2025, vilket kan jämföras med 6 500 personer år 2018.

Prognosen för framtida kostnader för hepatit C-läkemedel inom smittskyddet påverkas stort av det förväntade antalet patienter, vilket är mycket osäkert. Att antalet patienter har minskat under de senaste åren och fortsätter att minska beror främst på att hepatit C-läkemedel oftast innebär en botande behandling. Den relevanta patientgruppen bör minska ju fler som behandlas, under förutsättning att de inte återsmittas.

Å andra sidan finns flera viktiga faktorer som tyder på att antalet patienter kan tänkas öka framåt. Den nationella elimineringsplanen bör göra att ökad screening och medvetenhet kring hepatit C fångar upp en större andel av smittade patienter som hittills inte fått behandling [37]. Det planeras utbildningar inom både primär- och slutenvård för att stödja patienter med hepatit C och personer som löper risk för smitta [38].

Socialstyrelsen bedömer att antalet personer som kan bli aktuella för behandling av hepatit C kommer att stabiliseras kring 1 350 personer per år under de kommande åren. Kostnaderna för hepatit C-läkemedel inom smittskyddet prognostiseras att minska något under 2026 för att sedan ligga stabilt kring 365 miljoner kronor per år under prognosperioden (Figur 25).

Figur 25. Kostnader och prognos inom smittskydd — hepatit C-läkemedel



Källa: E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsens prognos.

Hivläkemedel

Enligt den senaste statistiken från Folkhälsomyndigheten rapporterades 296 nya fall av hivinfektion i Sverige under 2024. Detta motsvarar en incidens på 2,8 fall per 100 000 invånare, vilket är på samma nivå som året innan. Det är dock den lägsta nivån sedan början av 2000-talet enligt Folkhälsomyndigheten. I de flesta fall uppgavs att överföringen av hiv skett utanför Sverige [39].

Vid slutet av 2024 stod nästan alla av de 8 600 personerna med känd hivinfektion i Sverige på behandling, varav 95 procent nådde behandlingsmålet och klassificerades som välbehandlade [40].

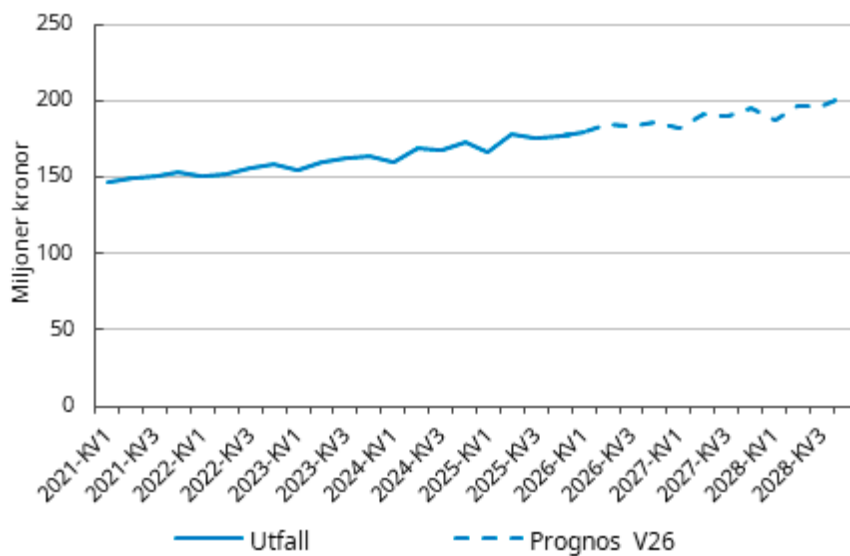
Kostnaderna för hivläkemedel har ökat med 4 procent under 2025 vilket är i nivå med ökningstakten under de senaste åren. Kostnadsökningen tros främst bero på prisökningar för enskilda substanser samt ökad förskrivning av vissa kombinationsläkemedel. Volymförändringen har på gruppnivå varit relativt liten.

De två substanskombinationer som fortsätter att öka mycket i volym är emtricitabin/tenofoviralfenamid och lamivudin/dolutegravir. Referensgruppen för Antiviral terapi lyfter upp lamivudin/dolutegravir som förstahandsbehandling vid obehandlad HIV i nya nationella rekommendationer vilket sannolikt bidrar till ökad förskrivning [41]. Detta kompenseras delvis av volymminskningar för kombinationen lamivudin/abakavir/dolutegravir.

Folkhälsomyndigheten har nyligen publicerat en nationell handlingsplan mot hiv/aids och vissa andra sexuellt överförbara infektioner för perioden 2025–2035. Handlingsplanens syfte är att Sverige ska nå det övergripande målet och delmålen i den nationella strategi mot hiv, aids och vissa andra sexuellt överförbara infektioner (STI) som presenterades 2024 [42]. Handlingsplanen och den utökade tillgången till förebyggande läkemedel (PrEP), som numera erbjuds på flera mottagningar inom vårdvalet, kan på sikt leda till en minskning i antalet nya fall.

Kostnaden för hivläkemedel antas fortsätta öka under prognosperioden. Den prognostiserade kostnaden beräknas uppgå till 735 miljoner kronor 2026, 760 miljoner kronor 2027 och 782 miljoner kronor 2028 (Figur 26).

Figur 26. Förmånskostnad och prognos för hivläkemedel inom smittskydd



Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos.

Rekvissionsläkemedel

Kostnadsutvecklingen för rekvissionsläkemedel²⁴ analyseras på en övergripande nivå, liksom i tidigare rapporter.

Efter en svagare utveckling under 2024 ökade kostnaderna för rekvissionsläkemedel under 2025. Den totala kostnaden uppgick till 14,1 miljarder kronor 2025, vilket motsvarar en ökning med 4 procent jämfört med 2024 (Tabell 11).

Tabell 11. Total försäljning inom rekvisition

Miljoner kronor och årlig ökningstakt (%).

Läkemedelsområde	2021	2022	2023	2024	2025
Rekvissionsläkemedel i AUP exkl. moms	11 054	12 143 (10 %)	13 424 (11 %)	13 581 (1 %)	14 096 (4 %)

Källa: E-hälsomyndigheten.

Läkemedel inom området tumörer och rubbningar i immunsystemet (ATC-kod L) står för mer än hälften av kostnaderna för rekvissionsläkemedel och förklarar den största delen av kostnadsökningen mellan 2024 och 2025. Kostnadsutvecklingen inom området mattades av något i början av 2024 till följd av en övergång från fast till viktbaserad dosering för vissa kostnadsdrivande cancerläkemedel. Under 2025 började kostnaderna dock öka igen (Figur 27). Ökningen drevs även av kostnader för nya läkemedel mot myelom. Samtidigt motverkades kostnadsökningen av priskonkurrens efter patentutgångar, exempelvis för substansen ustekinumab som gick av patent hösten 2024.

Bland de områden som ökade mycket under 2025 kan antiinfektiva medel för systemiskt bruk, nervsystemets läkemedel samt rörelseapparats läkemedel nämnas (ATC-kod J, N och M). Inom området antiinfektiva medel för systemiskt bruk var den ökade användningen av nirsevimab (Beyfortus), profylax mot infektion med respiratoriskt syncytialvirus (RSV) för nyfödda barn, samt användningen av bältrosvacciner, den främsta orsaken till kostnadsökningen. Detta till följd av NT-rådets rekommendation om nirsevimab mot RSV samt Folkhälsomyndighetens rekommendationer om bältrosvaccin till vuxna med ökad risk för sjukdom [43, 44]. Inom nervsystemets läkemedel (ATC-kod N) noterades en kostnadsökning för buprenorfin för behandling av opioidberoende.

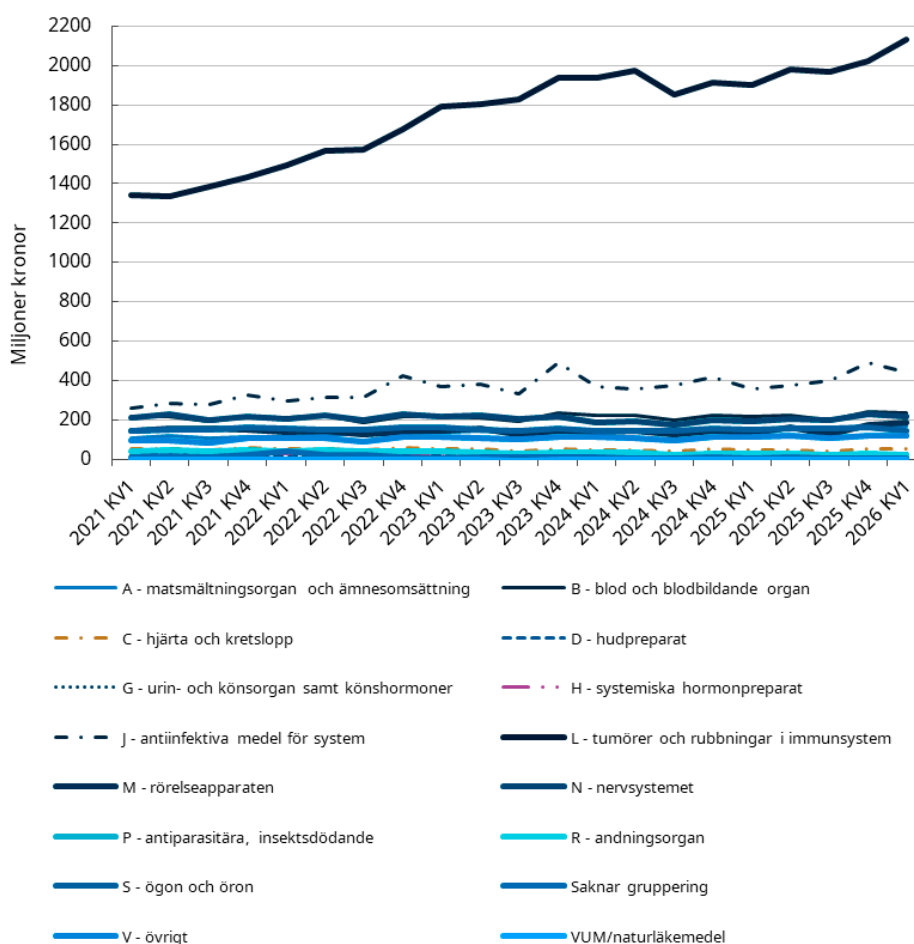
Kostnadsökningen för läkemedel inom rörelseapparaten (ATC-kod M) förklaras främst av ökade kostnader för botulinumtoxin och denosumab. En ytterligare förklaring är att kostnader för vissa avancerade terapiläkemedel (ATMP) har börjat rapporteras i systemet. Kostnadsökningen motverkades

²⁴ Endast slutenvård.

dock delvis av att risdiplom, mot SMA, flyttades från rekvisition till receptförskrivning inom läkemedelsförmånerna i början av 2025.

Även för läkemedel inom området ögon och öra (ATC-kod S) observerades en ovanligt hög kostnadsökning. Detta berodde främst på att kostnaderna för aflibercept, som minskade under 2024, började öka igen under 2025. Läkemedlet används vid behandling av synnedsättande ögonsjukdomar och rekommenderas som förstahandsval vid åldersrelaterad makuladegeneration (nAMD) och synnedsättning orsakad av diabetiskt makulaödem (DME) av Region Stockholms läkemedelskommitté sedan maj 2025 [45].

Figur 27. Kostnadsutveckling av rekvisitionsläkemedel per ATC-nivå 1



Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos

Kostnaderna för rekvisitionsläkemedel förväntas öka under prognosperioden. Kostnadsökningen för tumörer och rubbningar i immunsystem som bromsat in under 2024 har tagit fart igen och tros fortsätta framöver. Det finns en tydlig trend mot fler läkemedel inom onkologi, och det blir också allt vanligare att kombinera olika läkemedel. Det pågår även kliniska studier med ett flertal olika preparat och

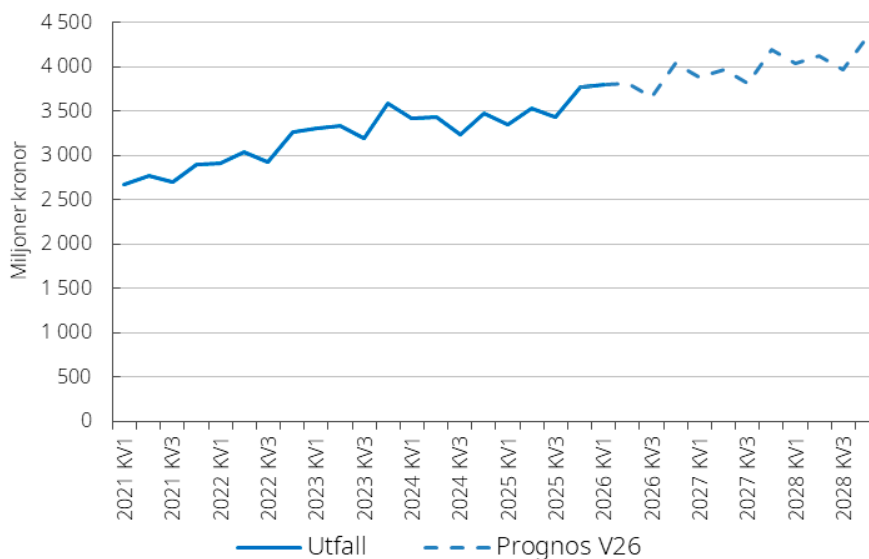
kombinationer inom ett stort antal cancerformer, vilket innebär att fler patientgrupper blir aktuella för nya behandlingar. Dessutom kan både den nya nationella cancerstrategin och TLV:s pågående uppdrag att genomföra hälsoekonomiska bedömningar av onkologiläkemedel vid klinik, leda till att fler onkologiläkemedel rekommenderas av NT-rådet inom en nära framtid [46, 47]. Det är därför sannolikt att området onkologiläkemedel kommer att fortsätta öka och ha störst påverkan på kostnadsutvecklingen framöver.

Bland andra icke-onkologiska läkemedel som tros fortsätta vara kostnadsdrivande under prognosperioden kan nirsevimab och aflibercept nämnas. NT-rådet rekommenderar för RSV-profylax med nirsevimab kvarstår under säsongen 2026-2027 [43]. Aflibercept tros fortsätta användas mycket som förstahandsval vid behandling av synnedläggande ögonsjukdomar enligt rekommendationen [45].

Under prognosperioden förväntas överföring av vissa kostnadsdrivande läkemedel mellan rekvisition och förmån, och vice versa, fortsätta påverka kostnadsutvecklingen inom respektive försäljningssätt. Exempelvis läkemedel för behandling av Fabrys sjukdom, som sedan februari 2026 inte längre omfattas av läkemedelsförmånerna [6].

Kostnaderna för rekvisitionsläkemedel förväntas öka från 14,1 miljarder kronor 2025 till 15,3 miljarder kronor 2026, 15,9 miljarder kronor 2027 och 16,5 miljarder 2028 (Figur 28). För 2029 uppskattas kostnaderna fortsätta öka till 17,1 miljarder kronor.

Figur 28. Läkemedelskostnad och prognos för rekvisitionsläkemedel



Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos.

Tabell 12. Kostnad och prognos för rekvisitionsläkemedel

Miljoner kronor och årlig ökningstakt (%). AUP exklusive moms.

Läkemedelsområde	Utfall 2025	Prognos 2026	Prognos 2027	Prognos 2028	Prognos 2029
Rekvisitionsläkemedel	14 095	15 317 (8,7 %)	15 876 (3,6 %)	16 494 (3,9 %)	17 137 (3,9 %)

Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos.

I E-hälsomyndighetens databas Concise, som ligger till grund för Socialstyrelsens prognos, saknas historiska data för de flesta avancerade terapiläkemedel (ATMP) som är rekommenderade av NT-rådet. För att prognostisera kostnadsutvecklingen för de ATMP:er som inte ingår i Concise utgår Socialstyrelsen från listpriser och gör en bedömning om antalet patienter aktuella för behandlingen. Detta bidrar till att osäkerheten kring denna prognos är mycket stor. I regel är patientgrupperna som behandlas med ATMP små samtidigt som priset per behandling högt.

I dagsläget finns 22 godkända ATMP:er i EU [48]. Av dessa har sju hittills fått rekommendationerna ”Bör användas” eller ”Kan användas” av NT-rådet för minst en indikation²⁵. Under prognosperioden förväntas kostnaden för ATMP:er som inte redovisas i Concise uppgå till cirka 200 miljoner kronor per år. Denna kostnad är inte medräknad i prognosen som visas i Tabell 12.

²⁵ Dessa är brexukabtagen autoleucel (Tecartus), voretigen-neparvovek (Luxturna), onasemnogen-abeparvovek (Zolgensma), atidarsagen-autotemcel (Libmeldy), lisokabtagen-maraleucel (Breyanzi), ciltakabtagen-autoleucel (Carvytki), tabelekleucel (Ebvallo).

Osäkerhetsfaktorer i prognoserna

Som tidigare nämnts i denna rapport är kostnadsprognosen för förmåns-, rekvisitions- och smittskyddsläkemedel förenad med osäkerheter. Det gör att de faktiska kostnaderna kan bli högre eller lägre än prognostiserat. Många av osäkerheterna överlappar varandra, i vissa delar. Dessutom ökar osäkerheterna ju längre fram i tiden prognosen sträcker sig.

Identifierade osäkerheter klassificeras enligt en tregradig skala: låg, medelhög och hög. Tabell 13 ger en översikt utifrån grad av osäkerhet och potentiell inverkan på prognosen. Dessa osäkerheter och deras påverkan beskrivs närmare nedan, med särskilt fokus på de områden som präglas av hög osäkerhet.

Tabell 13. Osäkerheter och kostnadspåverkan i prognoserna

	Låg påverkan	Medelhög påverkan	Hög påverkan
Hög osäkerhet			Övriga omvärldsfaktorer** Introduktion av nya läkemedel/indikationsutvidgningar Diabetesläkemedel Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar
Medelhög osäkerhet	Smittskyddsläkemedel	Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar (UFBLI)	Patentutgångar* Hjärt- och kärl-läkemedel Onkologiläkemedel
Låg osäkerhet	Demografiska förändringar Omprövningar av pris- och subventionsbeslut	Nervsystemets läkemedel	

Källa: Socialstyrelsen.

*Med patentutgångar avses såväl osäkerhet i tidpunkten för när priskonkurrens uppstår efter patentutgång, som hur stor den kostnadsdämpande effekten blir.

**Med övriga omvärldsfaktorer avses exempelvis makroekonomiska faktorer, det osäkra geopolitiska läget, restnoteringar, regelförändringar och behandlingsrekommendationer.

Hög osäkerhet

”Övriga omvärldsfaktorer” bedöms övergripande ha hög osäkerhet och hög påverkan. Den enskilda förändring som väntas få störst påverkan på kostnadsutvecklingen är det ändrade högstkostnadsskyddet. Den direkta effekten på förmånskostnaderna har justerats för i prognosen men är ändå förknippad med viss osäkerhet. Sekundära effekter på förskrivning och läkemedelsuttag däremot är svåra att överblicka och bidrar till den stora osäkerheten. Utöver denna förändring vill vi också nämna höjningarna i takpris för vissa läkemedel och höjningen av handelsmarginalen som genomfördes 2023–2024. Dessa genomförda förändringar ger än högre grad av osäkerhet eftersom prognosen för förmånskostnaderna till viss del baseras på historiska data och länken mellan historisk kostnadsutveckling och framtida kostnadsutveckling har försvagats.

TLV:s nya metoder för en långsiktigt hållbar prissättning och finansiering av läkemedel kan innebära en kostnadspåverkan [10, 49]. TLV accepterar högre behandlingskostnader för svåra eller sällsynta tillstånd med små patientgrupper [50], vilket kan leda till att fler läkemedel vid sällsynta sjukdomar inkluderas i förmånen och därmed påverka området Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar. Samtidigt kan en reglering av priser för

läkemedel med högt försäljningsvärde vara kostnadsdämpande inom andra områden.

Andra omvärldsfaktorer som bedöms ha hög osäkerhet är USA:s nya system för prissättning (Most Favoured Nation – MFN). Sverige är inkluderat som referensland i två MFN-prissättningsmodeller – GLOBE för rekvisitionsläkemedel och GUARD för läkemedel som säljs på apotek [51]. I dessa modeller används det lägsta priset i referensländerna, eller ett justerat viktat genomsnitt, för prissättningen i USA.

Det finns andra omvärldsfaktorer som kan påverka kostnadsutvecklingen. Här kan vi nämna EU:s nya avloppsvattendirektiv och regeringens förslag om ett så kallat farmaceutsortiment, där vissa tidigare receptbelagda läkemedel kan komma att säljas receptfritt på apotek efter rådgivning av farmaceut.

Det nuvarande geopolitiska läget bidrar till att osäkerheten kring läkemedelsmarknaden ökar. Möjliga framtida förändringar av tullar, produktionsmönster, globala leveranskedjor och utveckling av nya läkemedel kan påverka både tillgång och pris. Det geopolitiska läget kan också påverka makroekonomiska faktorer så som inflation och kronkurs. Även om marknaden för förmånsläkemedel är starkt reglerad kan makroekonomiska förändringar få stort genomslag på kostnadsutvecklingen [5, 52].

Regeringen har tillsatt en utredning om ett utökat och stärkt statligt ansvar för läkemedel och vaccin. Utredningens framtida förslag om finansiering kan påverka kostnadsutvecklingen och fördelningen av kostnader för läkemedel [53]. Det kan komma att ha en påverkan i slutet av prognosperioden men osäkerheten är hög.

Generellt utgör introduktion av nya läkemedel och indikationsutvidgningar inom förmånerna en stor osäkerhet. Det är ofta svårt att bedöma tidpunkt för introduktion, pris samt förväntad volym – inklusive storleken på patientpopulationen och utvecklingen i antal patienter över tid. Det här berör särskilt områdena Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar och Diabetesläkemedel.

Medelhög osäkerhet

Osäkerheter kopplade till patentutgångar och konkurrens, där tidpunkten för patentutgångar, omfattningen av generisk eller biosimilar konkurrens samt prisnivåerna efter inträdet är svåra att förutse. Patentutgångar och introduktion av generika eller biosimilarer kategoriseras som medelhög osäkerhet. Ett antal läkemedel förväntas gå av patent under prognosperioden. Det främsta exemplet är NOAK där kostnadspåverkan av

patentutgångarna kan bli mycket stor. Även inom området UFBLI finns viss osäkerhet förknippad med tidigare och kommande patentutgångar.

För flera läkemedelsområden bedöms utvecklingen av antalet patienter och behandlingsvolymerna vara förenad med medelhög osäkerhet. Detta gäller särskilt områden där nya behandlingsalternativ introducerats eller där nya behandlingsrekommendationer kan påverka utvecklingen. Exempelvis kan Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer för behandling av atopiskt eksem påverka antalet patienter som behandlas med läkemedel som ingår i området UFBLI [16]. Andra områden där utvecklingen av antal patienter bedöms att vara förenad med medelhög osäkerhet är områdena Hjärt- och kärl-läkemedel (valsartan/sakubitril och PCSK9-hämmare), Onkologi samt hepatit C inom smittskydd.

Referenser

1. Socialdepartementet, *Statens bidrag till regionerna för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. 2025*. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad 2025-03-27 från: <https://www.regeringen.se/contentassets/683b9ee08c1443f5ba0b81057ce9f576/statens-bidrag-till-regionerna-for-kostnader-for-lakemedelsformanerna-m.m.-2025.pdf>. 2024.
2. Socialstyrelsen, *Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvården - Lägesrapport 2026*. 2026.
3. Socialstyrelsen, *Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos 2024–2027*. Hämtad 2024-09-27 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-5-9054.pdf>. 2024.
4. Socialstyrelsen, *Uppdaterad prognos av läkemedelsförsäljningen i Sverige 2024-2027*. Hämtad 2025-03-31 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-10-9298.pdf>. 2024.
5. Socialstyrelsen, *Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos 2025–2028*. Hämtad 2025-10-02 från: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/lakemedelsforsaljning-i-sverige--analys-och-prognos-20252028-2025-4-9565/>. 2025.
6. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Samtliga läkemedel för behandling av Fabrys sjukdom utesluts ur högkostnadsskyddet efter omprövning*. Hämtad 2025-03-30 från: <https://www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/avslag-och-uteslutningar/arkiv/2025-01-30-samtliga-lakemedel-for-behandling-av-fabrys-sjukdom-utesluts-ur-hogkostnadsskyddet-efter-omprovning.html?query=Fabrys>. 2025.
7. NT-rådet, *NT rådets yttrande gällande Vyndaqel 61mg (tafamidis) vid vildtyp (ATTRwt) eller ärftlig (ATTRv) transtyretinamyloidosis hos vuxna med kardiomyopati*. Hämtad 2024-04-02 från: [https://janusinfo.se/download/18.541c9dae18b5b191c47b1b/1698041948717/Vyndaqel%20\(tafamidis\)%202023-10-23.pdf](https://janusinfo.se/download/18.541c9dae18b5b191c47b1b/1698041948717/Vyndaqel%20(tafamidis)%202023-10-23.pdf). 2023.
8. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Sök priser och beslut i databasen - Beslut läkemedel - Amvuttra*. Hämtad 2026-04-02 från: <https://www.tlv.se/beslut/sok-priser-och-beslut-i-databasen.html?product=amvuttra&tab=3>. 2026.
9. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *TLV föreslår förändringar för subvention och prissättning av läkemedel*. Hämtad 2026-04-24 från: <https://www.tlv.se/press/nyheter/arkiv/2025-12-22-tlv-foreslar-forandringar-for-subvention-och-prissattning-av-lakemedel.html>. 2025.
10. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *TLV förstärker arbetet för långsiktigt hållbar finansiering av läkemedel*. Hämtad 2026-04-24 från: <https://www.tlv.se/press/nyheter/arkiv/2025-11-28-tlv-forstarker-arbetet-for-langsiktigt-hallbar-finansiering-av-lakemedel.html>. 2025.
11. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *TLV subventionerar två nya läkemedel för sällsynta sjukdomar*. Hämtad 2026-04-24 från: <https://www.tlv.se/press/nyheter/arkiv/2026-02-24-tlv-subventionerar-tva-nya-lakemedel-for-sallsynta-sjukdomar.html>. 2026.

12. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Iqirvo ingår i högkostnadsskyddet med generell subvention*. Hämtad 2026-01-30 från: <https://www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/generell-subvention/arkiv/2025-10-29-iqirvo-ingar-i-hogkostnadsskyddet-med-generell-subvention.html>. 2025.
13. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Lyvdelzi ingår i högkostnadsskyddet med generell subvention*. Hämtad 2026-02-09 från: <https://www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/generell-subvention/arkiv/2026-01-27-lyvdelzi-ingar-i-hogkostnadsskyddet-med-generell-subvention.html>. 2026.
14. Region Stockholm, *Rekommendation för användning av biosimilarer inom reumatologi*. Hämtad 2026-04-16 från: <https://janusinfo.se/behandling/expertgruppsutlatanden/smartaochreumatiskasjukdomar/smartaochreumatiskasjukdomar/rekommendationforanvandningavbiosimilarerinomreumatologi.5.4e22b7941927054aecb440e2.html>. 2026.
15. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Rinvoq (15 mg) ingår i högkostnadsskyddet med begränsning för ytterligare en patientgrupp*. Hämtad 2026-04-16 från: <https://www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/begransad-subvention/arkiv/2025-08-26-rinvoq-15-mg-ingar-i-hogkostnadsskyddet-med-begransning-for-ytterligare-en-patientgrupp.html?query=Rinvoqhttps://www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/begransad-subvention/arkiv/2025-08-26-rinvoq-15-mg-ingar-i-hogkostnadsskyddet-med-begransning-for-ytterligare-en-patientgrupp.html?query=Rinvoq>. 2025.
16. Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer 2026 – Allergi – Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården*. Hämtad 2026-04-16 från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/nationella-riktlinjer-2026--allergi--prioriteringsstod-till-dig-som-beslutar-om-resurser-i-halso--och-sjukvarden-2026-4-10118/>. 2026.
17. Nationella diabetesregistret, *Årsrapport 2025*. Hämtad 2026-04-15 från: https://registercentrum.blob.core.windows.net/ndr/r-rsrapport-NDR-2025_kompr-ohyRvb7Gt.pdf. 2026.
18. Carlsson, S., et al., *Increasing incidence of early-onset type 2 diabetes in Sweden 2006-2021*. Eur J Public Health, 2025. **35**(6): p. 1258–1263.
19. Davies, M.J., et al., *Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2022. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD)*. Diabetes Care, 2022.
20. Läkemedelsrådet i Region Skåne, *Typ 2 diabetes - Skånelistans rekommenderade läkemedel och bakgrundsmaterial*. Hämtad 2025-03-23 från: <https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/lakemedel/skanelistan-med-bakgrundsmaterial/endokrinasjukdomar/diabetes-typ-2/>. 2025.
21. Marx, N., et al., *2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes*. Eur Heart J, 2023.
22. Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för hjärt- och kärlsjukdomar, *SGLT2-hämmare vid diabetes mellitus typ 2, hjärt- kärl- eller njursjukdom*. Hämtad 2025-03-20 från: <https://janusinfo.se/behandling/expertgruppsutlatanden/endokrinasyjukd>

- [omar/endokrinasjukdomar/sglit2hammareviddiabetesmellitustyp2hjärtk
arrellernjursjukdom. 2025.](#)
23. Folkhälsomyndigheten, *Övervikt och obesitas hos vuxna*. Hämtad 2026-04-10 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/vara-amnesomraden/overvikt-och-obesitas/overvikt-och-obesitas-i-befolkningen/overvikt-och-obesitas-hos-vuxna/> 2025.
 24. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *TLV omprövar subventionen för Elvanse*. Hämtad 2026-03-16 från: <https://www.tlv.se/lakemedelsforetag/omprovning-av-lakemedel/arkiv-pagaende-omprovningar-lakemedel/2024-09-04-tlv-omprovar-subventionen-for-elvanse.html>. 2024.
 25. Region Stockholm, *Kunskapsstöd för vårdgivare: ADHD*. Hämtad 2026-03-23 från: <https://kunskapsstodforvardgivare.se/omraden/psykisk-halsa/regionala-vardprogram/adhd>. 2025.
 26. Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, *Riktlinje - Adhd - 2025*. Hämtad 2026-03-30 från: <https://slf.se/sfbup/app/uploads/2025/08/riktlinje-adhd-2025-webb.pdf>. 2025.
 27. Läkartidningen, *Behandling av ADHD hos vuxna*. Hämtad 2026-03-23 från: <https://lakartidningen.se/vetenskap/behandling-av-adhd-hos-vuxna/>. 2022.
 28. Socialstyrelsen, *Nationell utvärdering av vård vid adhd och autism - Nationella riktlinjer 2026*. 2026.
 29. Socialdepartementet, *Uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att kartlägga och analysera risker och nyttor med viss vård*. Hämtad 2026-03-30 från: <https://www.regeringen.se/contentassets/c18bff9608924e98afdf56f5d36ef090/uppdrag-till-myndigheten-for-vard--och-omsorgsanalys-att-kartlagga-och-analysera-risker-och-nyttor-med-viss-vard.pdf>. 2025.
 30. Socialdepartementet, *Regleringsbrev för budgetåret 2025 avseende Inspektionen för vård och omsorg*. Hämtad 2026-03-30 från: <https://www.esv.se/statsliggaren/regleringsbrev/Index?rbId=24772>. 2024.
 31. Regeringskansliet, *Uppdrag att öka kunskapen om användning av adhd-läkemedel med fokus på att främja en jämlik, säker och ändamålsenlig användning*. Hämtad 2026-04-24 från: <https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2024/05/uppdrag-att-oka-kunskapen-om-anvandningen-av-adhd-lakemedel-med-fokus-pa-att-framja-en-jamlik-saker-och-andamalsenlig-anvandning/>. 2024.
 32. Janusinfo, *CGRP-hämmarbehandling – vid kronisk migrän*. Hämtad 2026-01-30 från: <https://janusinfo.se/behandling/expertgruppsutlatanden/nervsystemetssjukdomar/nervsystemetssjukdomar/cgrphammarbehandlingvidkroniskmigran.5.49ad13d018a82e14be630b5a.html>. 2025.
 33. Socialstyrelsen, *Statistik om dödsorsaker år 2023*. Hämtad 2025-03-18 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2024-6-9170.pdf>. 2024.
 34. Socialstyrelsen, *Uppdaterad prognos av läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2025–2028*. Hämtad 2025-04-09 från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/uppdaterad-prognos-av->

- [lakemedelsforsaljning-i-sverige--analys-och-prognos-20252028-2025-10-9872/](#). 2025.
35. Socialstyrelsen, *Den jämlika vårdens väntrum - läget nu och vägen framåt*. 2011.
 36. Folkhälsomyndigheten, *Hepatit C-statistik*. Hämtad 2026-04-16 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/statistik-och-data/hitta-statistik-och-data/hepatit-c-statistik/?tab=tab-report>. 2026.
 37. Folkhälsomyndigheten, *Rapport om hepatiteliminering i Sverige*. Hämtad 2024-09-27 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/r/rapport-om-hepatiteliminering-i-sverige/>. 2024.
 38. Life-time, *Målet för hepatit C inom räckhåll*. Hämtad 2026-04-16 från <https://www.life-time.se/varckvalitet/mal-for-hepatit-c-inom-rackhall/>. 2026.
 39. Folkhälsomyndigheten, *Hivinfektion-statistik*. Hämtad 2026-04-16 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/statistik-och-data/hitta-statistik-och-data/hivinfektion-statistik/>. 2026.
 40. InfCareHIV, *Årsrapport 2024 - InfCareHIV*. Hämtad 2026-04-16 från: Ref: <https://infcarehiv.se/arsrapporter>. 2026.
 41. Referensgruppen för Antiviral Terapi, *Antiretroviral behandling av hivinfektion - Rekommendation 2025*. Hämtad 2026-04-20 från: <https://forening.sls.se/rav/rekommendationer/hiv/antiretroviral-behandling-av-hivinfektion-2025>. 2026.
 42. Folkhälsomyndigheten, *Nationell handlingsplan blir stöd i arbetet mot hiv, aids och STI*. Hämtad 2026-04-16 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2025/juni/nationell-handlingsplan-blir-stod-i-arbetet-mot-hiv-aids-och-sti/>. 2026.
 43. Regionernas samverkansmodell för läkemedel och medicintekniska produkter, *Beyfortus (nirsevimab) för prevention av sjukdom orsakad av respiratoriskt syncytialvirus (RSV)*. Hämtad 2026-04-15 från: <https://samverkanlakemedel.se/produktinfo/beyfortus-nirsevimab>. 2026.
 44. Folkhälsomyndigheten, *Vägledning om vaccination mot bältros till vuxna med ökad risk för sjukdomen — Ett beslutsunderlag*. Hämtad 2025-03-30 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/v/vagledning-om-vaccination-mot-baltrors-till-vuxna-med-okad-risk-for-sjukdomen-ett-beslutsunderlag/>. 2024.
 45. Region Stockholm, *Regionalt ställningstagande av Region Stockholms läkemedelskommitté*. Hämtad 2026-04-16 från: https://janusinfo.se/lakemedelskommitten/kontaktaregionstockholmslakemedelskommitte/regionalastallningstaganden/antivegflakemedelvidaldersrelateradmakuladegenerationnamdochsynnedssattningorsakadavdiabetiskmakulaodemdme.5.13d8ff4f18ebd02b2ad1c224.html?utm_source=chatgpt.com. 2026.
 46. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Hälsoekonomiska bedömningar av nya klinikläkemedel med fokus på cancer*. Diarienummer: 04300/2025. Hämtad 2026-04-15 från: <https://www.tv.se/publikationer/publikationer/2026-01-27-halsoekonomiska-bedomningar-av-nya-kliniklakemedel-med-fokus-pa>

- [cancer---delrapport-fran-regeringsuppdrag--2026.html?query=*](#). 2026.
47. Regeringskansliet, S., *Ökad överlevnad och bättre livskvalitet – nationell cancerstrategi 2.0*, Hämtad 2026-04-21 från <https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2026/01/okad-overlevnad-och-battre-livskvalitet--nationell-cancerstrategi-2.0>. 2026.
 48. European Medicines Agency, *CAT quarterly highlights and approved ATMPs*. Hämtad 2026-04-15 från: <https://www.ema.europa.eu/system/files/documents/committee-report/2026-03-cat-quarterly-highlights-approved-atmps-dec-2025-feb-2026-en.pdf>. 2026.
 49. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *TLV föreslår förändringar för subvention och prissättning av läkemedel*. Hämtad 2026-04-20 från: <https://www.tlv.se/press/nyheter/arkiv/2025-12-22-tlv-foreslar-forandringar-for-subvention-och-prissattning-av-lakemedel.html>. 2025.
 50. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *TLV inför nya arbetssätt för att öka tillgången till läkemedel för patienter med sällsynta hälsotillstånd*. Hämtad 2026-01-30 från: <https://www.tlv.se/press/nyheter/arkiv/2025-01-02-tlv-infor-nya-arbetssatt-for-att-oka-tillgangen-till-lakemedel-for-patienter-med-sallsynta-halsotillstand.html>. 2025.
 51. Sean D. Sullivan, J.G., Kristi Martin, *International Reference Pricing Comes to America: The MFN Policies Explained*. ISPOR - Value & Outcomes Spotlight - An HEOR news magazine, 2026. **12**(1).
 52. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Uppföljning av läkemedelskostnaderna*. Hämtad 2026-04-24 från: https://www.tlv.se/publikationer/publikationer/2025-06-19-uppfoljning-av-lakemedelskostnaderna.html?query=*. 2025.
 53. Regeringskansliet, *Pressträff om ny utredning om ett utökat och stärkt statligt ansvar för läkemedel och vaccin*. Hämtad 2026-03-25 från: <https://regeringen.se/pressmeddelanden/2026/03/presstraff-om-ny-utredning-om-ett-utokat-och-starkt-statligt-ansvar-for-lakemedel-och-vaccin/>. 2026.

Bilaga 1. Referensgrupper

I arbetet med att ta fram prognosrapporten har två externa referensgrupper samt en referensgrupp på Socialstyrelsen bidragit med synpunkter. Följande personer har ingått i de två externa referensgrupperna.

Referensgrupp från myndigheter, regioner samt Sveriges Kommuner och Regioner:

- Maj Carlsson, Region Skåne
- Jonas Eriksson, Sveriges Kommuner och Regioner
- Johanna Glad, Region Skåne
- Joel Gunnarsson Wallin, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
- Amy Havenäng, Region Skåne
- Daniel Högberg, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
- Annika Johansson, Västra Götalandsregionen
- Kani Khalif, Region Skåne
- Eva-Christin Kjellman, Region Skåne
- Ulf Lindahl, Region Västernorrland
- Anna Lindhé, Västra Götalandsregionen
- Love Linnér, Region Stockholm
- Lena Alsén Melin, Region Östergötland
- Petter Otterdal, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
- Linda Staaf, Region Skåne
- Eva Stavenberg, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
- Anna Stoopendahl, Västra Götalandsregionen
- Harald Ström, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
- Mikael Svensson, Sveriges Kommuner och Regioner
- Björn Zethelius, Läkemedelsverket

Referensgrupp för industriföreningarna:

- Karolina Antonov, Läkemedelsindustriföreningen
- Björn Falkenhall, Sveriges Apoteksförening
- Andreas Rosenlund, Läkemedelshandlarna

Bilaga 2. Metod

Bedömningen av kostnadsutvecklingen baseras på uppgifter som samlats in från publika källor, E-hälsomyndighetens databas över läkemedelsförsäljning (Concise), Socialstyrelsens läkemedelsregister och prognosmöten med referensgrupper samt andra experter.

Datakällor

Concise är E-hälsomyndighetens nationella statistiksystem över läkemedelsförsäljning i Sverige. Det innehåller uthämtade läkemedel och handelsvaror (både inom och utanför förmånerna), rekvisitionsläkemedel och egenvårds-läkemedel. Data över förmånsläkemedel är heltäckande, eftersom Concise baseras på försäljningsdata som inkluderar varje apotekstransaktion av receptförskrivna läkemedel.

Även för smittskyddsläkemedel är data heltäckande i Concise. Sedan slutet av 2016 redovisas läkemedel som expedierats enligt smittskyddslagen som en särskild förmånstyp. Det är den definition på smittskyddsläkemedel som används i Socialstyrelsens prognoser sedan våren 2018.

Sedan 2022 rapporterar alla regioner in uppgifter om rekvisitionsläkemedel. Historiska data har uppdaterats och inkluderar numera alla regioner. De historiska kostnaderna i denna rapport skiljer sig därför jämfört med tidigare års rapporter, då inte alla regioner rapporterade in data. Viss försäljning registreras som partihandelsförsäljning och inkluderas inte i dessa data.

Läkemedelsregistret tillhandahålls av Socialstyrelsen och innehåller alla läkemedel som har hämtats ut mot recept på apotek, men även uppgifter om uthämtade förmånsberättigade förbrukningsartiklar, till exempel stomiprodukter. Registret innehåller också uppgifter om patienten, vilket möjliggör fler analyser än data från Concise. Med Läkemedelsregistret har analyser av förmånsläkemedel och smittskyddsläkemedel gjorts för denna rapport.

Patientregistret tillhandahålls också av Socialstyrelsen. Patientregistret innehåller information om besök gjorda i öppen specialistvård samt slutenvård. Eftersom det saknas information om ordinationsorsak i Läkemedelsregistret, kan Patientregistret användas för att identifiera patienters historiska diagnoser, för antaganden om indikation vid läkemedelsuttag. Även antal patienter som är potentiella för läkemedelsbehandling kan skattas genom estimat om populationsstorlek.

Prognos av kostnader för läkemedelsförmånerna, rekvisitionsläkemedel och smittskyddsläkemedel

Prognosen bygger i huvudsak på en framskrivning av historiska försäljningskostnader, vilket ger en övergripande bild av den kommande försäljningsutvecklingen. Som standard används data för de senaste tre åren och en linjär modell med säsongeffekter. Modellen som ligger till grund för prognosen togs fram 2018 i samarbete med Centre for Medical Technology Assessment i Linköping. Alla försäljningssiffror och prognoser redovisas i löpande priser och har inte inflationsjusterats.

I vissa fall kan framskrivning av historiska försäljningskostnader vara ett bristfälligt mått på hur framtida kostnader kommer att utvecklas. När sådana läkemedel eller läkemedelsgrupper tros ha stor kostnadspåverkan analyseras dessa närmare och vid behov gör vi särskilda analyser. Detta gäller även för nya läkemedel som förväntas få stor kostnadspåverkan.

Anledningar till att läkemedel eller läkemedelsgrupper med tidigare försäljning kan väntas avvika från en linjär trend, är exempelvis patentutgångar och efterföljande konkurrens, TLV:s omprövningar av förmånsstatus, förändrade riktlinjer, prispförändringar eller förändrade behandlingsrekommendationer. Påverkan av sådana förändringar analyseras genom att man granskar olika publika källor, bland annat relevanta beslut från TLV och rekommendationer från NT-rådet. För nya läkemedel gör vi en bedömning av förväntat antal patienter, priser eller doser.

Ett ytterligare exempel på när framtida kostnader väntas avvika från den historiska utvecklingen är när ett läkemedel förväntas ha en begränsad patientpopulation men där insättningstakten initialt varit hög. I dessa fall justeras antagandet om en konstant absolut ökningstakt, som prognostiseras av en linjär modell, till en avmattad absolut ökningstakt.

Vid behov analyseras även volymutveckling (DDD eller antal förpackningar) och prisutveckling (kostnad per DDD) för enskilda läkemedel eller grupper av läkemedel. Läkemedelsregistret används för att analysera utveckling av antal patienter som hämtar ut, eller patienter som påbörjar behandling med ett läkemedel eller grupper av läkemedel.

Osäkerheten i prognosen är större desto längre fram i tiden den ligger. För sista året i prognosperioden har därför ökningstakten från året innan använts för respektive övergripande läkemedelsområde.

Arbetsgruppen har tagit hjälp av intern och extern expertis för att förstå och förutse förändringar i läkemedelsförsäljningen, till exempel på grund av nya produkter, förändringar i användning, patentutgångar med påföljande prisdynamik och uppdateringar i behandlingsrekommendationer. Två externa referensgrupper (se bilaga 1) och en intern referensgrupp på Socialstyrelsen har bidragit i arbetet.

Prognosmetoden för läkemedel som inte analyseras närmare har ändrats från tidigare rapporter

Prognosen för de grupper av läkemedel som på gruppnivå förväntas följa trenden i kostnadsutvecklingen har tidigare baserats på historiska förmånskostnader. Detta gäller läkemedel i området Övriga läkemedel samt ej kostnadsdrivande grupper av läkemedel i områdena Nervsystemets läkemedel och Hjärt- och kärl läkemedel. På gruppnivå har därefter vissa justeringar gjorts baserat på att genomförda eller kommande förändringar väntas få en stor kostnadspåverkan. Ett exempel är prognoserna publicerade 2025 då justeringar gjordes för att vissa prisökningar som fanns i trenden inte förväntades fortsätta och att de ändrade högkostnadsskyddet väntades få en stor kostnadsdämpande effekt.

Prognosen som presenteras i denna rapport baseras på historiska data, som omfattar två olika system för högkostnadsskyddet samt en volatil prisutveckling. Detta gör att länken mellan historisk och framtida utveckling av förmånskostnaderna försvagats. Osäkerheten om framtida prisutvecklingen är dessutom hög (se Osäkerhetsfaktorer i prognoserna). Därför görs i stället en prognos baserat på senaste två årens volymutveckling (DDD), när tillgängligt, och multiplicerat med senaste kvartalets pris (kostnad/DDD). Eftersom det ändrade högkostnadsskyddet flyttar en del av kostnaderna från regionerna till patienterna väntas den totala kostnadsutvecklingen (inklusive egenavgifter) inte påverkas i större utsträckning av förändringen. Därför används den totala kostnaden dvs förmånskostnad och egenavgifter. I övrigt följer metoden i stort samma modell som tidigare dvs. prognosen görs på substansnivå och med en linjär framskrivning. För att erhålla en prognos över förmånskostnaderna subtraheras prognosen av egenavgifter (se Prognos av egenavgifter) för dessa läkemedel på totalen.

Prognos av egenavgifter

Prognosen av egenavgifter görs i två steg. I det första steget beräknas effekten av den nya högkostnadstrappan genom att jämföra beräknade egenavgifter enligt den gamla trappan (från 1 januari 2025) och den nya trappan (från 1 juli 2025). Beräkningarna bygger på data om

läkemedelsuttag från de två senaste åren (Läkemedelsregistret). Resultatet visar att den nya trappan ökar egenavgifterna med cirka 23–24 procent per år under prognosperioden. De beräknade egenavgifterna kan dock inte användas direkt i prognosen. Skälet är att beräkningarna utgår från uttag under en tolv månadersperiod, medan tiden mellan två högkostnadsperioder ofta är längre än 12 månader. Det gör att beräkningarna överskattar de faktiska egenavgifterna.

I det andra steget prognostiseras hur egenavgifterna skulle ha utvecklats utan förändringen i högkostnadsskyddet. Den prognosen bygger på faktiska egenavgifter till och med juni 2025.

Den slutliga prognosen kombinerar prognosen utan regeländring, och den beräknade effekten av den nya högkostnadstrappan. Prognosen gäller från och med kvartal 3 2026, som är det första kvartalet utan parallella system. För kvartal 2 2026 används ett medelvärde av utfallet i kvartal 1 och prognosen för kvartal 3. Eftersom egenavgiftens andel av kostnaderna varierar mellan olika områden fördelas sedan prognosen proportionellt mellan områdena.

Historiska data kan skilja sig jämfört med tidigare publikationer

Ibland sker uppdateringar av historiska data i de datakällor som används för den här rapporten. Det innebär att historiska data kan skilja sig från tidigare års rapporter.

Definitioner av läkemedelsområden uppdateras i vissa fall mellan prognostillfällena. Det gör att historiska data inom varje område också kan skilja sig åt från tidigare års rapporter.

Specifika analyser baserade på registerdata

Antal patienter och nyinsättningar

Antalet patienter och nyinsättningar baseras på data från Läkemedelsregistret. Nyinsättningar definieras i denna rapport som antalet patienter som hämtar ut ett läkemedel för första gången eller som inte har hämtat ut läkemedlet de senaste tre åren. Enbart data för patienter som hämtar ut läkemedel inom förmånerna inkluderas i det fall analyserna avser förmånsläkemedel. När patienter redovisas avses antalet unika patienter som hämtat ut läkemedel (eller en grupp av läkemedel) under en viss tidsperiod (exempelvis per år eller månad). I datauttag avseende antal patienter från

Socialstyrelsens läkemedelsmedelsregister inkluderas enbart patienter med personnummer och samordningsnummer i enlighet med tidigare års rapporter.

Av sekretesskäl presenteras inte uppgifter där färre än fyra patienter utgör underlaget, exempelvis patienter per kvartal och läkemedel. Om inget annat sägs redovisas detta som noll patienter.

Analys av drivande faktorer bakom kostnadsutvecklingen

I analyser av vilka drivande faktorer som ligger bakom kostnadsutvecklingen inom förmånerna, delas kostnadsutvecklingen in i tre komponenter: prisförändring, volymförändring och produktsammansättning. Analyserna avser förmånskostnader för läkemedel inom förmånerna. Metodiken är i stora delar hämtad från rapporter av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, men modifierad för att passa våra syften.

Volymförändring per produkt (i) visar hur stor del av kostnadsförändringen som beror på förändring i volym, om vi antar att prisnivån under föregående år är densamma som innevarande år. Volymförändring per produkt (i) beräknas som innevarande års volym (q_{it}) minus föregående års volym (q_{it-1}) multiplicerat med priset innevarande år (p_{it}). Antalet produkter i analysen är n . Volymen (eller kvantiteten) definieras som dosmängd (dosmängd motsvarar antal förpackningar multiplicerat med förpackningsstorlek).

$$\text{Volymförändring} = \sum_{i=1}^n (q_{it} - q_{it-1}) * p_{it}$$

Prisförändring definieras som priset under innevarande år minus priset under föregående år multiplicerat med volymen under föregående år. Den visar hur stor del av kostnadsförändringen som beror på förändring i pris, om vi antar att volymen är densamma som föregående år. Priset definieras som kostnad per enhet dosmängd, det vill säga kostnad per produkt dividerat med dosmängd.

$$\text{Prisförändring} = \sum_{i=1}^n (p_{it} - p_{it-1}) * q_{it-1}$$

Produktsammansättningen avser nya produkter som tillkommit i förmånerna under de senaste tre åren eller försvunnit det senaste året.²⁶ Det vill säga om ett läkemedel börjar ha förmånskostnader inom de föregående tre åren eller

²⁶ Obs! I våra tidigare publiceringar var det endast produkter som tillkommit eller försvunnit under en ettårsperiod som ingick i produktsammansättningen.

slutar ha förmånskostnader mellan jämförelseåren räknas förändring i produktsammansättning istället för volym och pris.²⁷

$$\text{Produktsammansättning} = \sum_{i=1}^n (pq_{it} - pq_{it-1})$$

Eftersom definitioner av produkter och komponenter kan få konsekvenser för resultaten, bör analysen tolkas med viss försiktighet. Vid tolkning av resultaten är det också viktigt att tänka på att förändring i respektive komponent uttrycks i kostnadsförändring, därför kommer produkter med högre kostnad få en större effekt i volym – respektive prisförändring för samma procentuella förändring. För nya läkemedel tar det ofta flera år innan höjdpunkten i volym nås. Innan de nått höjdpunkten fortsätter volymökningar att bidra till kostnadsökningar. Samtidigt pressas priserna nedåt på grund av konkurrerande behandlingsalternativ och regleringar.

Data om förmånskostnader, antal sålda förpackningar och doser är hämtade från E-hälsomyndigheten.²⁸ Produkt definieras genom Läkemedelsverkets klassificering av utbytbarhet (utifrån substans, beredningsform och styrka).²⁹ I de fall utbytesgrupp saknas definieras produkt utifrån NPL-id.³⁰ Pris beräknas som kostnad per dos. Därutöver har manuella justeringar gjorts för adalimumab, dupilumab, ibrutinib och palbociklib där vissa liknande beredningsformer har slagits ihop för att inte räknas som nya produkter och ingå som en förändring i produktsammansättningen. Dessa förändringar räknas i stället som en volymförändring.

²⁷ Manuell justering har gjorts i fall med särskilt stor påverkan på resultaten, enzalutamid (Xtandi) och ibrutinib (Imbruvica). Vad gäller enzalutamid (Xtandi) förskrevs tidigare beredningsformen mjuk kapsel (40 mg). Beredningsformen tillhandahålls inte längre, istället tillhandahålls filmdragerad tablett (40 mg). Dessa räknas som en och samma produkt i analysen.

²⁸ Korrigeringar har gjorts för de fall där utbytesgrupper har förpackningsstorlek angivet i olika enheter.

²⁹ Listor med periodens vara-produkter har hämtats från TLV för januari och juli varje år under analysperioden.

³⁰ NPL-id är produktens ID-nummer i nationella produktregistret för läkemedel, förvaltat av Läkemedelsverket.

Bilaga 3. Utfall 2025 och de tre senaste prognoserna

I Socialstyrelsens uppdaterade prognos hösten 2024, beräknades att förmånskostnaderna inklusive handelsvaror skulle motsvara 41,0 miljarder kronor exklusive återbäring för prognosåret 2025 [4]. Påverkan av det ändrade högkostnadsskyddet var inte medräknat i denna prognos eftersom den föreslagna ändringen inte var beslutad då. Denna prognos låg till grund för statens ersättning till regionerna för användning av läkemedel inom läkemedelsförmånerna 2025.

Förmånskostnaderna för helåret 2025 uppgick till 40,1 miljarder kronor, vilket innebar att prognosen överskattade kostnaden med 2,2 procent (Tabell B3.1). Detta förklaras bland annat av det ändrade högkostnadsskyddet, som trädde i kraft den 1 juli 2025 och som ledde till en minskning av förmånskostnaderna. Områden som omfattar många läkemedel som inte enskilt är kostnadsdrivande, men som säljs i stora volymer, påverkades mest av det ändrade högkostnadsskyddet och överskattades därmed i prognosen. Detta gäller framför allt områdena hjärt- och kärlläkemedel, nervsystemets läkemedel, diabetesläkemedel, handelsvaror samt övriga läkemedel. En ytterligare faktor som bidrog till överskattningen inom hjärt- och kärlläkemedel var större effekt från patentutgångar för vissa NOAK-läkemedel än prognostiserat. Inom nervsystemets läkemedel bidrog även prissänkningen på adhd-läkemedel efter TLV:s omprövning i slutet av 2024 som inträffade efter prognosen rapporterats. Dessutom var volymutvecklingen av diabetesläkemedel lägre än väntat.

Kostnaderna överskattades dock även för Onkologiska läkemedel, där påverkan av det ändrade högkostnadsskyddstrappan var mindre. Överskattningen beror främst på läkemedel mot multipelt myelom, där effekten av patentutgångar på prisnivåerna blev större än väntat.

Bland områden där kostnaderna underskattades kan Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar samt UFBLI nämnas. Underskattningen i det förstnämnda området beror bland annat på ett nytt läkemedel för behandling av SMA som kom i förmånerna i februari 2025. Underskattningen för UFBLI beror på att antalet patienter som behandlats med dessa läkemedel ökade mer än förväntat, bland annat på grund av en ökad förskrivning efter en stor patentutgång.

Den totala avvikelserna mellan utfall och prognos var på ungefär samma nivå i prognosen som togs fram våren 2025, men med en ökad precision områdesvis. Påverkan av det ändrade högkostnadsskyddet var först medräknad i höstprognosen 2025, där avvikelserna från utfallet blev 0,7 procent.

Tabell B3.1. Jämförelse av kostnader för förmånsläkemedel 2025 med prognoser från 2025 och 2024

Förmånskostnader i miljoner kronor exklusive återbäringsavtal. Avvikelse från utfall inom parentes.

Område	Utfall 2025	Höstprognos 2024 för 2025 (avvikelse)	Vårprognos 2025 för 2025 (avvikelse)	Höstprognos 2025 för 2025 (avvikelse)
Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar	3 884	3 547 (-8,7 %)	3 701 (-4,7 %)	3 883 (0,0 %)
Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar	5 220	5 122 (-1,9 %)	5 301 (1,6 %)	5 233 (0,2 %)
Diabetesläkemedel	4 006	4 177 (4,3 %)	4 157 (3,8 %)	4 059 (1,3 %)
Onkologiska läkemedel	4 967	5 218 (5,0 %)	5 151 (3,7 %)	4 990 (0,5 %)
Hjärt- och kärlsjukdomar	5 066	5 376 (6,1 %)	5 225 (3,1 %)	5 106 (0,8 %)
Nervsystemets läkemedel	6 087	6 358 (4,4 %)	6 219 (2,2 %)	6 111 (0,4 %)
Övriga läkemedel	9 396	9 652 (2,7 %)	9 693 (3,2 %)	9 494 (1,0 %)
Handelsvaror	1 502	1 551 (3,3 %)	1 543 (2,8 %)	1 525 (1,5 %)
Totalt	40 128	41 000 (2,2 %)	40 990 (2,1 %)	40 401 (0,7 %)

Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos

De totala kostnaderna för smittskyddsläkemedel (hepatit C och hiv) uppgick till 1,0 miljarder kronor 2025 och överskattades med cirka 10 procent i prognosen från hösten 2024 (Tabell B3.2). Detta beror i hög grad på att färre patienter än förväntat behandlades med hepatit C-läkemedel under 2025.

Tabell B3.2. Jämförelse av kostnader för smittskyddsläkemedel 2025 med prognoser från 2025 och 2024

AUP exklusive moms i miljoner kronor exklusive återbäringsavtal. Avvikelse från utfall inom parentes.

Område	Utfall 2025	Höstprognos 2024 för 2025 (avvikelse)	Vårprognos 2025 för 2025 (avvikelse)	Höstprognos 2025 för 2025 (avvikelse)
Hepatit C-läkemedel	346	462 (33 %)	392 (13 %)	356 (3 %)
Hivläkemedel	698	687 (-1 %)	690 (-1 %)	698 (0 %)
Totalt	1 044	1 149 (10 %)	1 082 (4 %)	1 054 (1 %)

Källa: E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsens prognos

Bilaga 4. Specifikation av läkemedelsområden

Läkemedel inom förmånerna är uppdelade i sex läkemedelsområden enligt tabell B2.1–6, samt en grupp för övrigt. Inom dessa områden finns läkemedel och läkemedelsgrupper som har haft en stor kostnadspåverkan och/eller förväntas avvika från historisk försäljningsutveckling och medföra stor påverkan på kostnader. I området Övriga läkemedel ingår alla läkemedel som haft försäljning inom läkemedelsförmånerna och som inte hör till något av de sex specificerade områdena.

I tabell B2.7 och tabell B2.8 redovisas också vilka läkemedel som ingår i grupperna hepatitis C-läkemedel respektive hivläkemedel inom smittskydd.

Tabell B2.1. ATC-koder för läkemedelsområdet Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar

ATC-kod	ATC-kod
A05AX05 Odevixibat	C01EB25 Akoramidis
A05AX06 Elafibranor	C10AX12 Lomitapid
A05AX07 Seladelpar	M09AX10 Risdiplam
A16AA07 Metreleptin	N02BA11 Diflunisal
A16AB13 Asfotas alfa	N07XX08 Tafamidis
A16AB15 Velmanas alfa	N07XX18 Vutrisiran
A16AX16 Givosiran	N07XX21 Eplontersen
B02BD02 Koagulationsfaktor VIII	R07AX02 Ivakaftor
B02BD04 Koagulationsfaktor IX	R07AX30 Ivakaftor och lumakaftor
B02BX06 Emicizumab	R07AX31 Ivakaftor och tezakaftor
B02BX10 Koncizumab	R07AX32 Ivakaftor, tezakaftor och elexakaftor
B06AC05 Lanadelumab	R07AX33 Deutivacaftor, tezacaftor och vanzacaftor
B06AC07 Garadacimab	

Undergrupper:

- Cystisk fibros: R07AX02 Ivakaftor, R07AX30 Ivakaftor och lumakaftor, R07AX31 Ivakaftor och tezakaftor, R07AX32 Ivakaftor, tezakaftor och elexakaftor samt R07AX33 Deutivacaftor, tezacaftor) och vanzacaftor
- ATTR-amyloidos: C01EB25 Akoramidis, N02BA11 Diflunisal, N07XX08 Tafamidis, N07XX18 Vutrisiran samt N07XX21 Eplontersen
- Hemofili A: B02BD02 Koagulationsfaktor VIII samt B02BX06 Emicizumab

- Hemofili B: B02BD04 Koagulationsfaktor IX samt B02BX10 Koncizumab
- SMA: M09AX10 Risdiplam
- Ovanliga sjukdomar – nya subventionskriterier: A16AA07 Metreleptin, A16AB13 Asfotas alfa, A16AB15 Velmanas alfa, C10AX12 Lomitapid samt A05AX05 Odevixibat

Tabell B2.2. ATC-koder för läkemedelsområdet Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar (UFBLI)

ATC-kod	ATC-kod
D11AH05 Duplumab	L04AC17 Tildrakizumab
D11AH07 Tralokinumab	L04AC18 Risankizumab
D11AH08 Abrocitinib	L04AC21 Bimekizumab
D11AH10 Lebrikizumab	L04AC24 Mirikizumab
L04AA24 Abatacept	L04AE02 Ozanimod
L04AA32 Apremilast	L04AE05 Etrasimod
L04AB Tumörnekrosfaktor alfa-(TNF)-hämmare	L04AF01 Tofacitinib
L04AC03 Anakinra	L04AF02 Baricitinib
L04AC05 Ustekinumab	L04AF03 Upadacitinib
L04AC07 Tocilizumab	L04AF04 Filgotinib
L04AC10 Sekukinumab	L04AF07 Deukravacitinib
L04AC12 Brodalumab	L04AG04 Belimumab
L04AC13 Ixekizumab	L04AG05 Velodixumab
L04AC14 Sarilumab	R03DX Övriga systemiska medel för obstruktiva lungsjukdomar, exkl. R03DX07 Roflumilast
L04AC16 Guselkumab	

Undergrupper:

- TNF-hämmare: L04AB01 Etanercept, L04AB02 Infliximab, L04AB04 Adalimumab, L04AB05 Certolizumabpegol samt L04AB06 Golimumab
- IL-hämmare: D11AH05 Dupilumab, D11AH07 Tralokinumab, D11AH10 Lebrikizumab, L04AC03 Anakinra, L04AC05 Ustekinumab, L04AC07 Tocilizumab, L04AC10 Sekukinumab, L04AC12 Brodalumab, L04AC13 Ixekizumab, L04AC14 Sarilumab, L04AC16 Guselkumab, L04AC17 Tildrakizumab, L04AC18 Risankizumab, L04AC21 Bimekizumab, L04AC24 Mirikizumab, R03DX08 Reslizumab, R03DX09 Mepolizumab samt R03DX10 Benralizumab
- JAK-hämmare: L04AF01 Tofacitinib, L04AF02 Baricitinib, L04AF03 Upadacitinib, L04AF04 Filgotinib, D11AH08 Abrocitinib samt L04AF07 Deukravacitinib
- Övriga UFBLI: L04AA24 Abatacept, L04AA32 Apremilast, L04AE02 Ozanimod, L04AE05 Etrasimod, L04AG04 Belimumab, L04AG05 Vedolizumab, R03DX05 Omalizumab samt R03DX11 Tezepelumab

Tabell B2.3. ATC-koder för läkemedelsområdet Diabetesläkemedel

ATC-kod
A10 Diabetesmedel

Undergrupper:

- Insuliner: A10A Insuliner och analoger
- Icke-insuliner: A10B Blodglukossänkande medel, exkl. insuliner). Bland dessa finns GLP1-analoger, A10BJ, samt SGLT2, A10BK.

Tabell B2.4. ATC-koder för läkemedelsområdet Onkologiläkemedel

ATC-kod	ATC-kod
L01 Antineoplastiska medel	L04AX03 Metotrexat
L02 Endokrinterapi	L04AX04 Lenalidomid
L04AX02 Talidomid	L04AX06 Pomalidomid

Undergrupper:

- Utvalda läkemedel leukemi, BTK-hämmare och venetoklax: L01EL01 Ibrutinib, L01EL02 Akalabrutinib, L01EL03 Zanubrutinib samt L01XX52 Venetoklax
- Utvalda läkemedel bröstcancer, CDK 4/6-hämmare utgörs av L01EF01 Palbociklib, L01EF02 Ribociklib samt L01EF03 Abemaciklib
- Utvalda läkemedel prostatacancer utgörs av L02BB04 Enzalutamid, L02BB05 apalutamid, L02BB06 darolutamid samt L02BX03 Abirateron
- Övriga kostnadsdrivande onkologiska läkemedel utgörs av L01EB04 Osimertinib, L01EJ01 Ruxolitinib, L01XX73 Sotorasib, L01EX18 Avapritinib, L01EX22 Selperkatnib samt L01EX23 Prasetinib

Tabell B2.5. ATC-koder för läkemedelsområdet Nervsystemets läkemedel

ATC-kod	ATC-kod
C02AC02 Guanfacin	L04AG03 Natalizumab
L03AB07 Interferon beta-1a	L04AG06 Alemtuzumab
L03AB08 Interferon beta-1b	L04AG08 Okrelizumab
L03AB13 Peginterferon beta-1a	L04AG12 Ofatumumab
L03AX13 Glatirameracetat	L04AK02 Teriflunomid
L04AE01 Fingolimod	L04AX07 Dimetylfumarat
L04AE03 Siponimod	L04AX09 Diroximelfumarat
L04AE04 Ponesimod	N Nervsystemet, exkl. N02BA11 Diflunisal, N07XX08 Tafamidis, N07XX18 Vutrisiran och N07XX21 Eplontersen

Undergrupper:

- Adhd: C02AC02 Guanfacin, N06BA01 Amfetamin, N06BA02 Dexamfetamin, N06BA04 Metylfenidat, N05BA09 Atomoxetin samt N06BA12 Lisdexamfetamin
- Migrän - CGRP-hämmare: N02CD01 Erenumab, N02CD03 Fremanezumab, N02CD02 Galkanezumab, N02CD05 Eptinezumab, N02CD06 Rimegepant samt N02CD07 Atogepant

Tabell B2.6. ATC-koder för läkemedelsområdet Hjärt- och kärl-läkemedel

ATC-kod	ATC-kod
B01 Antikoagulantia	C Hjärta och kretslopp, exkl. C01EB25 Akoramidis, C10AX12 Lomitapid och C02AC02 Guanfacin

Undergrupper:

- NOAK: B01AF01 Rivaroxaban, B01AF02 Apixaban, B01AF03 Edoxaban samt B01AE07 Dabigatranetexilat
- PCSK9-hämmare: C10AX13 Evolokumab samt C10AX14 Alirokumab

Tabell B2.7. ATC-koder för hepatit C inom smittskydd

ATC-kod
J05AP Virushämmande medel mot HCV-infektioner, exkl. J05AP01 Ribavirin

Tabell B2.8. ATC-koder för hivläkemedel inom smittskydd

ATC-kod	ATC-kod
J05AE Proteashämmare, exkl. J05AE30 Nirmatrelvir och ritonavir	J05AX07 Enfuvirtid
J05AF Nukleosider och nukleotider, hämmare av omvänt transkriptas, exkl. J05AF08 Adefovir dipivoxil och J05AF10 Entekavir	J05AX09 Maravirok
J05AG Ickenukleosider, hämmare av omvänt transkriptas	J05AX29 Fostemsavir
J05AJ Integrashämmare	J05AX31 Lenakapavir
J05AR Virushämmande medel mot hivinfektioner, kombinationer	



Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2026–2029
(artikelnr 2026-4-10244) kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.