

Avdelningen för analys
socialstyrelsen@socialstyrelsen.se

Uppdaterad prognos av läkemedelsförsäljningen i Sverige 2025–2028

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 (vårprognosen) publicerades i april 2025 och omfattar 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 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 granskas närmare.

Jämfört med vårprognosen 2025 har denna prognos justerats ned. Det beror främst på det ändrade högkostnadsskyddet som började gälla den 1 juli 2025 och som innebär att patienterna betalar en större andel av kostnaden än tidigare.

Kostnaderna för läkemedel och handelsvaror inom förmånerna förväntas nu öka från 38,7 miljarder kronor 2024 till 43,7 miljarder kronor 2028, en ökning på 13 procent. Kostnadsökningen drivs främst av vissa diabetes-läkemedel, biologiska läkemedel för inflammatoriska sjukdomar, läkemedel vid ovanliga sjukdomar och vissa hjärt- och kärl-läkemedel. De prognostiserade kostnaderna är förenade med vissa osäkerhetsfaktorer, som patentutgångar, nya läkemedel och indikationsutvidgningar i förmånerna samt omvärldsfaktorer som möjliga förändringar av regelverket.

Den totala kostnaden för hepatit C-läkemedel och hivläkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagen uppgick 2024 till 1,1 miljarder kronor och prognosticeras att ligga relativt stabilt till 2028.

Kostnaderna för rekvisitionsläkemedel förväntas öka från 13,6 miljarder kronor 2024 till 15,3 miljarder kronor 2028, en ökning på 13 procent.

Bakgrund

Socialstyrelsen har sedan 2003 i uppdrag att analysera läkemedelsförsäljningen i Sverige. Myndigheten ska även redovisa en bedömning av kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånerna och rekvisitions- och smittskyddsläkemedel. Socialstyrelsen lämnar två rapporter per år, en längre och mer ingående under våren samt en uppdatering av prognosen under hösten. Den senaste prognosen publicerades i april 2025 (refereras här efter till som vårprognosen) [1]. Denna rapport innehåller en kortfattad redogörelse för den prognosen samt en uppdatering av prognosen för åren 2025–2028. Uppdateringen fokuserar främst på kostnader för förmånsläkemedel samt smittskyddsläkemedel. I bilaga 1 finns en uppföljning av prognoserna från hösten 2024 jämfört med utfall för de tre första kvartalen 2025.

Bedömningen av kostnadsutvecklingen grundas på analyser av den underliggande kostnadstrenden samt en rad faktorer som kan ha en kostnadsökande eller kostnadsminskande effekt. Exempel på sådana faktorer är:

- introduktion av nya läkemedel
- ändrade indikationer för läkemedel
- förändrad läkemedelsanvändning, till exempel förändringar i antal personer som hämtar ut läkemedel över tid
- patentutgångar och efterföljande introduktion av generiska läkemedel eller biosimilarer
- faktorer av engångskaraktär, till exempel omprövningar av subventionsstatus, regelförändringar, samt
- avtal mellan regioner och företag om återbäring av kostnader för läkemedel som kan påverka val av läkemedel och volym av användningen.

De redovisade uppgifterna i denna rapport gäller hela riket om inget annat anges. Prognosen baseras på information och försäljningsdata fram till och med det tredje kvartalet 2025. För att bättre förstå utvecklingen av läkemedelskostnaderna inom förmånerna och därigenom göra bättre avvägningar för prognosantaganden om utvecklingen framåt delar vi upp läkemedel inom förmånerna i sex läkemedelsområden, samt en grupp för

övrigt (bilaga 2).¹ Ytterligare information om metod och statistikuttag (för bland annat antal patienter och nyinsättningar) finns att läsa i den längre rapporten publicerad i april 2025.

Två referensgrupper har varit knutna till prognosarbetet. Den ena referensgruppen har bestått av representanter från TLV, Läkemedelsverket, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Region Stockholm, Västra Götalandsregionen, Region Skåne, Region Östergötland samt Region Västernorrland. I den andra referensgruppen har representanter för Läkemedelsindustri-föreningen, Läkemedelshandlarna samt Sveriges Apoteksförening deltagit. Se bilaga 3 för mer detaljer. Till prognosarbetet har även den nationella arbetsgruppen för cancerläkemedel (NAC) bidragit med synpunkter på utvecklingen och prognosantaganden för onkologiområdet.

För vissa läkemedel har regioner och företag tecknat avtal om återbäring av en del av kostnaderna. Nivåer i återbäringsavtalen är sekretessbelagda och inte kända för Socialstyrelsen.² Denna rapport redovisar därför kostnader, exklusive återbäringar från företag. TLV summerade det slutliga utfallet för nationellt hanterade återbäringsavtal för receptförskrivna förmåns- och smittskyddsläkemedel för 2024 till cirka 3,9 miljarder kronor. De prognostiserar återbäringen baserat på de återbäringsavtal som finns vid tillfället. Senaste rapporten publicerades i juni 2025 [2].

Prognoserna har tagits fram av Moa Ivergård (projektledare), Zara Daghbashyan, Marcelina Kadziela och Annika Johansson Ensjo på Socialstyrelsen.

Prognos våren 2025

Våren 2025 prognostiserades kostnaderna för läkemedel och handelsvaror inom läkemedelsförmånerna (inklusive moms och exklusive egenavgiften) öka från 38,7 miljarder kronor 2024 till 46,4 miljarder kronor 2028, en ökning på cirka 7,7 miljarder kronor (20 procent).³ Detta kan jämföras med 31 procents ökning i förmånskostnaden mellan 2020 och 2024, motsvarande 9,2 miljarder kronor.

I vårens prognos förväntades kostnadsökningar inom de flesta områden, även om orsakerna till dem och tillväxttakten för områdena skilde sig åt. Den prognostiserade tillväxttakten var högst för området Diabetesläkemedel, framför allt till följd av utökade indikationer för icke-insuliner. Öknings-takten förväntades att vara hög även för Utvalda läkemedel vid ovanliga

¹ Grupperna är löst baserade på det internationella klassifikationssystemet Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC-koder). Detaljer om vilka läkemedel som ingår i vilken grupp anges i bilaga 2.

² Nivåerna i återbäringsavtalen är av TLV sekretessbelagda med hänvisning till av 30 kap 23 § i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL.

³ Den då föreslagna ändringen av högkostnadsskyddet var inte medräknad i vårens prognos.

sjukdomar, som bland annat drivits av att ett nytt läkemedel för behandling av spinal muskelatrofi (SMA) ingår i förmånerna sedan februari 2025.

Trots fortsatt ökad förskrivning förväntades en viss avmattning i kostnadsökningarna för områdena Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar samt för Onkologiläkemedel. För Hjärt- och kärl-läkemedel förväntades kostnaderna att börja avta under 2025 och därefter minska ytterligare, i huvudsak på grund av sjunkande priser efter patentutgångar och ökad konkurrens från generiska alternativ.

För Övriga läkemedel och Nervsystemets läkemedel prognosticerades en något lägre ökningstakt än under de föregående åren. Det beror främst på antagandet att prisnivån för utbytbara läkemedel inom periodens varusystemet inte kommer att öka lika mycket under prognosperioden. Samma antagande gjordes även för hjärt- och kärl-läkemedel.

Kostnaden för hepatit C- och hiv-läkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagen förväntades ligga relativt stabilt under prognosperioden, omkring 1,1 miljarder kronor årligen, fram till 2028.

För rekvisitions-läkemedel förväntades kostnaderna öka från 13,5 miljarder kronor 2024 till 15,6 miljarder kronor 2028, en ökning på cirka 2,1 miljarder kronor eller 15 procent. Detta kan jämföras med 32 procent ökning i kostnaden för rekvisitions-läkemedel mellan 2020 och 2024, motsvarande 3,3 miljarder kronor.

Socialstyrelsen identifierade flera osäkerheter som kan påverka kostnadsutvecklingen framöver. Bland annat lyftes den planerade ändringen av högkostnadsskyddet för förmåns-läkemedel, TLV:s arbete med att utveckla ett mer dynamiskt takprissystem för utbytbara läkemedel samt införandet av nya modeller för att utvärdera läkemedel vid sällsynta sjukdomar. Därtill nämndes andra omvärldsfaktorer, såsom det säkerhetspolitiska läget, makroekonomiska faktorer och restsituationer för vissa läkemedel. Även utvidgade indikationer och ändrade subventionsbegränsningar identifierades som osäkerhetsfaktorer. Ytterligare faktorer som bedöms kunna påverka utvecklingen är introduktion av nya läkemedel, regeländringar och patentutgångar.

Uppdaterad prognos

I denna uppdatering har prognosen fram till och med det tredje kvartalet 2025 ersatts med faktiskt utfall. Dessutom har både antaganden och prognos uppdaterats för kvartal fyra 2025 samt för åren 2026 till och med 2028.

I den uppdaterade prognosen förväntas förmånskostnaderna (inklusive moms)⁴ för läkemedel och handelsvaror fortsätta öka under prognosperioden, från 38,7 miljarder kronor 2024 till 40,4 miljarder kronor 2025 (4 procents ökning jämfört med föregående år), 41,5 miljarder kronor 2026 (3 procents ökning), 42,5 miljarder kronor 2027 (2 procents ökning) och 43,7 miljarder kronor 2028 (2 procents ökning) (Tabell 1).

Kostnaderna för hepatit C- och hivläkemedel, som står för omkring 95 procent av den totala kostnaden för smittskyddsläkemedel⁵, uppgick 2024 till 1,1 miljarder kronor och förväntas att ligga relativt stabilt till 2028.

Kostnaderna för rekvisitionsläkemedel förväntas öka från 13,6 miljarder kronor 2024 till 13,9 miljarder kronor 2025 (2 procents ökning jämfört med föregående år), 14,4 miljarder kronor 2026 (4 procents ökning), 14,9 miljarder kronor 2027 (3 procents ökning) och 15,3 miljarder kronor 2028 (3 procents ökning).

⁴ Förmånskostnad är den del av kostnaden för varor inom förmåner som är subventionerad. Patienternas kostnader (dvs. egenavgifter och merkostnader) ingår inte. Det är moms på handelsvaror och redovisade kostnader som inkluderar handelsvaror är inklusive moms.

⁵ Läkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagen.

Tabell 1. Läkemedelskostnader 2024 och prognoser 2025–2028, miljoner kronor. Förändring från föregående år inom parentes.

Segment	Utfall 2024	Prognos 2025	Prognos 2026	Prognos 2027	Prognos 2028
Total förskrivning inom förmånerna inklusive moms*	38 662 (10 %)	40 390 (4 %)	41 536 (3 %)	42 521 (2 %)	43 695 (2 %)
Varav läkemedel	37 129 (11 %)	38 866 (5 %)	39 967 (3 %)	40 925 (2 %)	42 071 (2 %)
Varav handelsvaror (inklusive moms)	1 533 (5 %)	1 524 (-1 %)	1 569 (3 %)	1 596 (2 %)	1 624 (2 %)
Rekvision**	13 581 (1 %)	13 881 (2 %)	14 438 (4 %)	14 859 (3 %)	15 291 (3 %)
Smittskydds-läkemedel***	1 071 (-6 %)	1 054 (-2 %)	1 093 (4 %)	1 118 (2 %)	1 144 (2 %)
Varav hepatit C-läkemedel	401 (-20 %)	356 (-11 %)	379 (7 %)	379 (0 %)	379 (0 %)
Varav hivläkemedel	670 (5 %)	698 (4 %)	714 (2 %)	740 (4 %)	766 (4 %)

Källa: E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsens prognos

* Exklusive patienternas kostnader (dvs. egenavgifter och merkostnader). Kostnaderna är innan återbäringsavtal.

** Vissa läkemedel (så som ATMP) registreras som partihandelsförsäljning och historiska data inkluderar inte dessa kostnader.

*** Inkluderar hivläkemedel och hepatit C-läkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagen.

Vårens prognos för förmånskostnaderna har justerats ned

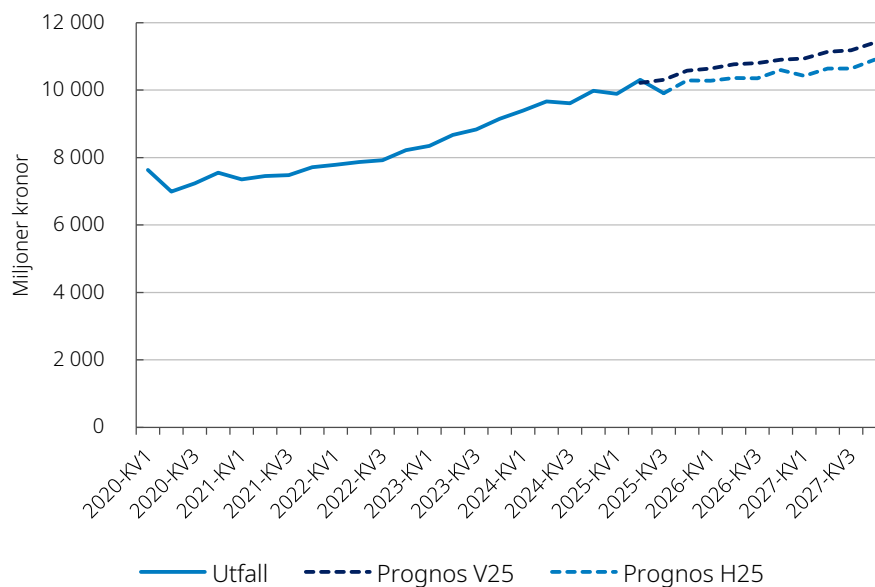
I denna prognos görs en nedjustering av kostnadsutvecklingen inom förmånerna för åren 2025 till 2028 jämfört med vårprognosen, och ökningstakten förväntas bli lägre än tidigare prognostiserat (Figur 1).

Nedjusteringen beror främst på ändringen av högkostnadsskyddet för läkemedel som trädde i kraft den 1 juli 2025. Denna ändring beslutades efter att vårprognosen hade publicerats och påverkan på förmånskostnaderna var därför inte inkluderad. Det bör också noteras att det finns vissa läkemedelsgrupper där prognosen har justerats upp trots kostnadsdämpande faktorer, vilket bland annat beror på att användningen av kostnadsdrivande läkemedel förväntas bli högre än vad som tidigare antagits. Även om prognosen justerats ned jämfört med vårprognosen väntas kostnaderna inom förmånerna att öka under prognosperioden.

Sammantaget innebär det att förmånskostnaderna för läkemedel och handelsvaror nu förväntas öka med 5,0 miljarder kronor mellan 2024 och

2028 (13 procent), jämfört med 7,7 miljarder kronor (20 procent) i vårprognosen.

Figur 1. Total förmånskostnad inklusive moms, per kvartal



Källa: E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsens prognos

Kostnaderna för hepatit C och hivläkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagen förväntas öka med 74 miljoner kronor mellan 2024 och 2028 (7 procents ökning), jämfört med de 99 miljoner kronor (9 procents ökning) antagna i vårprognosen.

Kostnaderna för rekvisitionsläkemedel förväntas öka med 1,7 miljarder kronor mellan 2024 och 2028 (13 procents ökning), jämfört med de 2,0 miljarder kronor (15 procents ökning) som antogs i vårprognosen.

Prognostiserad kostnadsutveckling för läkemedel inom förmåner

Kostnadsutvecklingen för läkemedel inom förmåner analyseras per läkemedelsområde. Inom dessa områden finns läkemedel och läkemedelsgrupper som har haft eller förväntas få en stor kostnadspåverkan och dessa granskas närmare.

I maj 2025 beslutade riksdagen att uppdatera högkostnadsskyddet för läkemedel inom läkemedelsförmåner. De nya reglerna började gälla den 1 juli 2025. Taket i högkostnadsskyddet och nivåerna i kostnadstrappan regleras i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. och beräknas utifrån prisbasbeloppet. Den nya lagändringen (2025:578) innebär följande:

- Taket i högkostnadsskyddet har höjts och som mest betalar patienten 900 kronor mer per period.
- Patienter betalar nu hela läkemedelskostnaden upp till en högre nivå än tidigare.
- Det första trappsteget har ändrats så att patienten står för en större andel av kostnaden än tidigare (75 procent jämfört med 50 procent).

Personer som redan befinner sig i en pågående högkostnadsperiod omfattas av de gamla reglerna. De nya reglerna börjar gälla först när en ny period inleds.

Det ändrade högkostnadsskyddet väntas leda till högre patientavgifter och därmed lägre kostnader för läkemedelsförmåner. Enligt Socialstyrelsens beräkningar minskar de totala förmånskostnaderna med cirka 0,4 miljarder kronor 2025, 1,8 miljarder kronor 2026 och 2,2 miljarder kronor 2027, jämfört med om ändringen inte hade genomförts.⁶ Effekten varierar mellan olika läkemedelsområden. Ju högre läkemedelskostnader en individ har, desto större andel av kostnaden subventioneras. Därför påverkas kostnaderna för läkemedel med höga priser (till exempel området Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar) i liten utsträckning. Inte heller påverkas kostnaderna för läkemedel som helt subventioneras, såsom läkemedel till barn eller insulin för personer med diabetes typ 1.

Däremot minskar förmånskostnaderna framför allt inom områden där många patienter behandlas med läkemedel som har förhållandevis låga priser, till exempel Diabetesläkemedel, Nervsystemets läkemedel, Hjärt- och kärl läkemedel samt Övriga läkemedel. Det är framför allt för dessa områden

⁶ Effekten på förmånskostnaderna har beräknats utifrån 2024 års läkemedelsuttag. Baserat på uttag under 2024 förväntas patienter flyttar över till det nya systemet jämnt fördelat över året.

som kostnadsprognosen har justerats ned till följd av det ändrade högkostnadsskyddet.

Även om de prognostiserade kostnaderna har justerats ned på totalen, har kostnadsutvecklingen för vissa läkemedelsgrupper justerats upp, eftersom en högre användning förväntas än vad som antogs i vårprognosen. Det berör bland annat läkemedel vid hemofili A och SMA, vissa biologiska läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar, onkologiläkemedel som används vid bland annat kronisk lymfatisk leukemi (KLL) och en grupp läkemedel som används vid migrän (CGRP-hämmare) inom området Nervsystemets läkemedel.

I tabell 3 visas den uppdaterade kostnadsprognosen per område. Områdena Nervsystemets läkemedel, Hjärt- och kärllekemedel och Övriga läkemedel innehåller stora grupper av läkemedel som enskilt inte är kostnadsdrivande men som säljs i stora volymer. I linje med vårprognosen förväntas kostnaden för dessa läkemedel att fortsätta öka under prognosperioden men i lägre takt och främst drivet av volymökningar.

Totala kostnadsökningen för förmånsläkemedel beror främst på ökad användning av vissa kostnadsdrivande diabetesläkemedel, biologiska läkemedel för inflammatoriska sjukdomar, läkemedel vid ovanliga sjukdomar och hjärt- och kärllekemedel. De prognostiserade kostnadsökningarna dämpas av kommande patentutgångar och förväntad pris-konkurrens. Nedan följer beskrivningar av förväntad kostnadsutveckling för respektive område med störst fokus på kostnadsdrivande läkemedel, samt förändringar sedan vårprognosen.

Tabell 2. Förmånskostnad för läkemedel 2024 och prognoser 2025–2027, miljoner kronor. Förändring från föregående år inom parentes.

Läkemedelsområde	Utfall 2024	Prognos 2025	Prognos 2026	Prognos 2027
Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar	3 238 (24 %)	3 882 (20 %)	4 312 (11 %)	4 441 (3 %)
Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar	4 952 (12 %)	5 232 (6 %)	5 581 (7 %)	5 998 (7 %)
Diabetesläkemedel	3 685 (14 %)	4 057 (10 %)	4 416 (9 %)	4 827 (9 %)
Onkologiläkemedel	4 950 (9 %)	4 989 (1 %)	5 270 (6 %)	5 499 (4 %)
Hjärt- och kärlläkemedel	4 954 (10 %)	5 105 (3 %)	4 884 (-4 %)	4 210 (-14 %)
varav NOAK*	1 970 (-2 %)	1 927 (-2 %)	1 692 (-12 %)	865 (-49 %)
Nervsystemets läkemedel	6 039 (9 %)	6 110 (1 %)	6 126 (0 %)	6 316 (3 %)
varav adhd-läkemedel	1 463 (13 %)	1 471 (1 %)	1 520 (3 %)	1 617 (6 %)
Övriga läkemedel	9 311 (8 %)	9 491 (2 %)	9 378 (-1 %)	9 634 (3 %)
Totalt förmånskostnad exkl. handelsvaror	37 129 (11 %)	38 866 (5 %)	39 967 (3 %)	40 925 (2 %)

Källa: E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsens prognos

* Non-vitamin K Orala Antikoagulantia är en grupp med orala blodförtunnande läkemedel.

Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar

Få patienter får behandling med läkemedel som används vid ovanliga sjukdomar⁷, men dessa läkemedel kan ha en stor kostnadspåverkan på grund av att de ofta har ett högt pris. I området ingår bland annat läkemedel vid cystisk fibros, spinal muskelatrofi (SMA), hemofili A och B (blödarsjuka) samt ärftlig transtyretinamyloidosis (Skelleftesjukan). Vissa läkemedel vid transtyretinamyloidosis används även vid en förvärvad och åldersrelaterad form av sjukdomen vars förekomst inte är känd. Kostnaderna för området har ökat kraftigt under senare år eftersom nya läkemedel och indikationsutvidgningar har omfattats av förmåner. Under 2025 har risdiplam (Evrysdi) vid SMA fått subvention och en kombinationsbehandling vid cystisk fibros med generell subvention har fått en bredare indikation. Detta, tillsammans med att allt fler patienter får kostnadsdrivande läkemedel mot hemofili A och transtyretinamyloidosis, förväntas leda till ökade kostnader framöver.

⁷ 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.

Förmånskostnaderna väntas därför öka från 3,2 miljarder kronor 2024, 3,9 miljarder kronor 2025, 4,3 miljarder kronor 2026 och 4,4 miljarder kronor 2027. Det är en betydlig uppjustering jämfört med vårprognosen, vilket bland annat beror på att kostnaderna och antalet patienter ökat mer än väntat för läkemedel vid SMA och hemofili A. Sedan våren 2025 omfattas nya läkemedel för behandling av transtyretinamyloidos och hemofili A av förmånerna. Då det redan finns alternativ inom förmånerna med jämförbar effekt och kostnad bedömer vi att det inte kommer att påverka de totala kostnaderna nämnvärt. För övriga läkemedel i området antas kostnadsutvecklingen under prognosperioden i stort följa vårprognosen.

Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar (UFBLI)

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 och astma.

Liksom i vårens prognos förväntas förmånskostnaderna öka i en långsammare takt under prognosperioden jämfört med tidigare perioder. Förmånskostnaderna prognostiseras att öka med cirka 7 procent per år - från 5,0 miljarder kronor 2024 till 5,2 miljarder kronor 2025, 5,6 miljarder kronor 2026 och 6,0 miljarder kronor 2027.

Läkemedlen i området delas in i fyra grupper: IL-hämmare, JAK-hämmare, TNF-hämmare och övriga UFBLI. IL-hämmarna står för den största kostnadsökningen inom området, men liksom i våras förväntas ökningen ske i något långsammare takt än under de föregående åren. Vårens prognos för IL-hämmarna har nedjusterats något, främst till följd av något långsammare ökning i antal patienter samt större prisnedgång på grund av priskonkurrens än vad som antogs i våras. JAK-hämmarna förväntas att ha den högsta årliga ökningstakten i området, följt av gruppen övriga UFBLI. Kostnadsutvecklingen för JAK-hämmarna väntas fortsätta på grund av ökad användning, delvis till följd av indikationsutvidgning i förmånerna [3]. För gruppen Övriga UFBLI väntas ett läkemedel gå av patent under prognosperioden men kostnadspåverkan bedöms ännu som ringa på grund av få godkända biosimilarer.

Användning av TNF-hämmare fortsätter att öka men samtidigt hålls kostnaderna nere av den prispress som biosimilarer skapar. Vårens prognos justeras ned något, främst på grund av större prisminskning än vad som antogs i våras. En kraftig volymökning har observerats för infliximab, som numera ingår i förmånerna med en ny beredningsform. Infliximabs påverkan

på förmånskostnaderna är dock fortfarande begränsad, då det huvudsakligen används inom rekvisition.

Diabetesläkemedel

Förmånskostnaderna för området Diabetesläkemedel uppgick under 2024 till 3,7 miljarder kronor. Förmånskostnaderna prognostiseras till 4,1 miljarder kronor 2025, 4,4 miljarder kronor 2026 och 4,8 miljarder kronor 2027.

Kostnadsutvecklingen för insuliner är relativt stabil och bedöms fortsätta så. För andra blodglukossänkande läkemedel än insuliner (i prognosen kallat icke-insuliner), som främst används vid typ 2-diabetes, har kostnaden ökat i hög takt de senaste åren. Detta trots att kostnadsökningarna har dämpats på grund av bristsituationer för vissa av dessa läkemedel i kombination med en förhållandevis stor användning utanför läkemedelsförmånerna. Under senare år har vissa av dessa läkemedel, så kallade GLP-1-analoger och SGLT2-hämmare, 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 omfattas inte av läkemedelsförmånerna.

Antalet patienter som behandlas med icke-insulinerna förväntas, i linje med vårprognosen, att fortsätta öka i hög takt men kostnadsutvecklingen dämpas av det ändrade högkostnadsskyddet. Prognosen omfattar indikationer enligt nuvarande subventionsbegränsningar, men eventuell framtida subvention för behandling av obesitas kan omfatta en potentiellt stor patientpopulation och därmed få en stor påverkan på förmånskostnaderna. Användningen av läkemedlen godkända vid obesitas utanför förmånerna har ökat kraftigt och uppgick till cirka 130 tusen patienter kvartal 3 2025.⁸ Om behandlingen av dessa patienter skulle omfattas av förmånerna skulle det kunna innebära ytterligare kostnadsökningar om cirka 1,6 miljarder kronor för ett år. I beräkningen har vi antagit ett genomsnittligt pris baserat på de läkemedel med indikation obesitas som ingår i förmånen idag för behandling av typ 2-diabetes.⁹ Beräkningen är mycket osäker och vid en introduktion i förmånerna kan resultatet bli både högre och lägre. Läkemedlet tirzepatid (Mounjaro), som är godkänt för typ 2-diabetes och obesitas, säljs i Sverige men ingår inte i förmånerna. Efter patentutgången för liraglutid har flera läkemedel med syntetiskt liraglutid godkänts, vilket kan leda till priskonkurrens på området under prognosperioden och därmed få en kostnadsdämpande effekt.

⁸ Antalet patienter som hämtat ut minst ett uttag av liraglutid, semaglutid och/eller tirzepatid.

⁹ Genomsnittlig pris (liraglutid och semaglutid) = total förmånskostnad /antal patienter i förmånerna (kvartal 2 2025). En nedjustering av priset har gjorts till följd av det ändrade högkostnadsskyddet. Kostnad per kvartal = justerat pris * antalet patienter som hämtade ut liraglutid, semaglutid och/eller tirzepatid utan förmån kvartal 3 2025.

Onkologiläkemedel

Förmånskostnaderna för området Onkologiläkemedel uppgick under 2024 till 5,0 miljarder kronor. Förmånskostnaden prognostiseras till 5,0 miljarder kronor 2025, 5,3 miljarder kronor 2026 och 5,5 miljarder kronor 2027.

Prognosen för onkologiläkemedel har justerats ned något jämfört med vårprognosen, främst på grund av lägre kostnader än förväntat för gruppen som innehåller flest läkemedel men vilka enskilt inte är kostnadsdrivande. Gruppen CDK4/6-hämmare används vid bröstcancer och indikationen utvidgades i början av året till att omfatta en bredare patientgrupp med bröstcancer. Antalet nya patienter ökar dock långsammare än förväntat, varför vårprognosen har justerats ned. Därtill har kostnadsprognosen för BTK-hämmare och venetoklax, som används vid bland annat kronisk lymfatisk leukemi (KLL), justerats upp eftersom användningen väntas fortsätta öka under hela prognosperioden. Det beror bland annat på både nya läkemedel inom förmåner och indikationsutvidgningar på senare år.

Under prognosperioden drivs kostnadsutvecklingen för onkologiläkemedel av en ökad användning av de nämnda läkemedlen vid KLL och bröstcancer, och av vissa läkemedel vid icke-småcellig lungcancer. Den ökade användningen beror på att antal patienter som behandlas med kostnadsdrivande läkemedel blir fler både till följd av indikationsutvidgningar, nya läkemedel och att vissa läkemedel används under längre tid. Under prognosperioden väntas både inträffade och kommande patentutgångar med efterföljande priskonkurrens dämpa kostnadsökningarna.

Hjärt- och kärlläkemedel

Förmånskostnaderna för området Hjärt- och kärlläkemedel uppgick under 2024 till 5,0 miljarder kronor. Förmånskostnaden prognostiseras till 5,1 miljarder kronor 2025, 4,9 miljarder kronor 2026 och 4,2 miljarder kronor 2027.

Prognosen för förmånskostnaderna har justerats ned jämfört med vårprognosen främst på grund av det ändrade högkostnadsskyddet. Några läkemedelsgrupper har eller förväntas ha en stor kostnadspåverkan och dessa har granskats mer detaljerat: en grupp blodförtunnande läkemedel (så kallade NOAK), de kolesterolsänkande läkemedlen evolokumab (Repatha) och alirokumab (Praluent), samt valsartan/sakubitril (Entresto) som används vid hjärtsvikt. De prognostiserade kostnaderna för valsartan/sakubitril har höjts jämfört med vårprognosen på grund av att den förväntade patentutgången väntas ske senare än vad som tidigare antagits. Vissa NOAK-läkemedel har gått av patent under det senaste året, vilket har lett till priskonkurrens som har dämpat kostnadsutvecklingen för området. Under 2026 går fler NOAK-läkemedel av patent och priskonkurrens kan då komma att kraftigt sänka kostnaderna för senare delen av prognosperioden. För

övriga läkemedel väntas kostnadsutvecklingen vara i linje med det som prognostiserades i våras.

Nervsystemets läkemedel

Förmånskostnaderna för området Nervsystemets läkemedel uppgick till 6,0 miljarder kronor 2024. Kostnaderna förvänts att ligga relativt stabilt, omkring 6,1 miljarder kronor under 2025 och 2026 för att öka sedan till 6,3 miljarder kronor 2027. Prognosen har justerats ned jämfört med vårprognosen, främst till följd av det ändrade högkostnadsskyddet.

Några mindre justeringar har gjorts för CGRP-hämmare och adhd-läkemedel, som är de mest kostnadsdrivande grupperna inom området och som därför granskas närmare. Prognosen har justerats upp avseende antalet patienter som behandlas med CGRP-hämmare, på grund av kraftig volymökning under de senaste åren. Prognosen för adhd-läkemedel har justerats ned jämfört med vårprognosen, främst på grund av det ändrade högkostnadsskyddet. Antalet patienter som behandlas med adhd-läkemedel ökar, framför allt lisdexamfetamin och metylfenidat. Liksom i vårprognosen prognostiseras ökningen fortsätta. Dock väntas kostnadsökningarna dämpas av priskonkurrens från generika.

Prognostiserad kostnadsutveckling för smittskyddsläkemedel

Smittskyddsläkemedel för behandling av hepatit C och hiv stod för omkring 95 procent av kostnaderna för smittskyddsläkemedel 2024. Den prognostiserade kostnaden för hepatit C- och hivläkemedel nedjusteras något jämfört med vårprognosen. Liksom i vårens prognos utgår vi från antagande att antalet patienter som behandlas med hepatit C-läkemedel har stabiliserats men nedjusterar det förväntade antalet på grund av utfallet under första tre kvartalen 2024. För hivläkemedel förväntas en svag kostnadsökning under prognosperioden. Vårens antagande om att prisökningen som har observerats under senaste två åren på gruppnivå kommer att mattas av ligger kvar.

Kostnaderna för smittskyddsläkemedel förväntas att öka med 73 miljoner kronor mellan 2024 och 2028 (7 procents ökning), jämfört med de 99 miljoner kronor (9 procents ökning) antagna i vårprognosen (se tabell 1).

Prognostiserad kostnadsutveckling för rekvisitionsläkemedel

Kostnadsutvecklingen för rekvisitionsläkemedel har inte analyserats i detalj och diskuteras därför inte ingående i denna rapport. Detta är i enlighet med tidigare års uppdateringar av läkemedelskostnadsprognosen under hösten. En uppdaterad kostnadsprognos för rekvisitionsläkemedel redovisas i tabell 1.

Kostnadsökningen, som bromsade in under 2024 till följd av bland annat utvecklingen inom tumörer och rubbningar i immunförsvaret (ATC-kod L), fortsätter och liksom i vårprognosen förväntas kostnaderna för rekvisitionsläkemedel öka med cirka 3–4 procent per år under hela prognosperioden.¹⁰

Bland nya läkemedel med potentiellt stor kostnadspåverkan kan läkemedel mot Alzheimers sjukdom nämnas. Både lekanemab (Leqembi) och donanemab (Kisunla) ingår i processen för nationellt ordnat införande.

Osäkerheter i prognosen

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

Identifierade osäkerheter beskrivs utifrån en tregradig skala: låg, medelhög och hög. I Tabell 3 ges en översikt utifrån storleken på osäkerheten och dess potentiella inverkan på prognosen. De osäkerheter som visas i tabellen avser främst kostnader för läkemedel som förskrivs inom läkemedelsförmånerna och enligt smittskyddslagen, men kan även vara relevanta för rekvisitionsläkemedel. Många av osäkerheterna överlappar till viss del varandra. De osäkerheterna och dess påverkan som identifierades i vårens rapport bedöms i stort sett vara oförändrade under denna prognosperiod, med undantag för läkemedelsområdet UFBLI där osäkerheten och påverkan nu bedöms som medelhög jämfört med hög osäkerhet och påverkan i våras. Dessa beskrivs nedan kortfattat, med särskilt fokus på de områden som präglas av hög osäkerhet¹¹.

¹⁰ Kostnaden för de flesta avancerade terapier (ATMP) som saknas i E-hälsomyndighetens databas Concise, som ligger till grund för Socialstyrelsens prognos, ingår inte.

¹¹ En mer utförlig beskrivning finns i den längre rapporten publicerad i april 2025.

Tabell 3. Osäkerheter och kostnadspåverkan i prognoserna

	Låg påverkan	Medelhög påverkan	Hög påverkan
Hög osäkerhet		Patentutgångar*	Övriga omvärlds-faktorer** Introduktion av nya läkemedel/indikations-utvidgningar Diabetesläkemedel
Medelhög osäkerhet		Hepatit C-läkemedel (smittskydd) Hjärt- och kärlläkemedel Nervsystemets läkemedel Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar	Onkologiläkemedel Omprövningar och förnyade återbäringsavtal Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar
Låg osäkerhet	Demografiska förändringar Hivläkemedel (smittskydd)		

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.

Liksom i våras bedöms ”Övriga omvärldsfaktorer”, som omfattar genomförda och kommande regelförändringar, makroekonomiska faktorer och det osäkra geopolitiska läget, medföra hög osäkerhet och stor påverkan. Ändringen i högkostnadsskyddet från 1 juli 2025 leder till lägre förmåns-kostnader eftersom patienterna förväntas stå för en större andel av kostnaden. Detta kan innebära sekundära effekter på förskrivning och läkemedelsuttag som bidrar till osäkerheten. Genomförda förändringar ger dessutom högre grad av osäkerhet eftersom prognosen av förmåns-kostnaderna till viss del baseras på historiska data och länken mellan historisk kostnadsutveckling och framtida kostnadsutveckling försvagats.

TLV:s arbete för att utveckla nya metoder för en långsiktigt hållbar prissättning och finansiering av läkemedel kan också innebära en viss kostnadspåverkan. Här kan bland annat ett mer dynamiskt takprissystem för

utbytbara läkemedel samt nya metoder för att beakta antal patienter och försäljningsvärde i beslut om pris och subvention nämns [4, 5]. Att patientantal beaktas i förmånsbeslut skulle kunna innebära att fler läkemedel vid sällsynta hälsotillstånd kan komma att ingå i förmånerna framöver.

Det finns viss osäkerhet kopplat till makroekonomiska faktorer, såsom inflation och kronkursens utveckling. Därtill gör det osäkra geopolitiska läget att osäkerheten för läkemedelsmarknaden ökar på kort och lång sikt, exempelvis gällande möjliga framtida förändringar av tullar på läkemedel, läkemedelsproduktion och globala leverenskedjor, samt utveckling av nya läkemedel. Hur den svenska läkemedelsmarknaden kommer påverkas och i synnerhet kostnaderna för läkemedelsförmånerna är svårt att avgöra och därför görs inga antaganden specifikt för dessa osäkerheter. Marknaden för förmånsläkemedel är i hög utsträckning reglerad men de gångna åren med hög inflation och svag kronkurs har ändå visat på att makroekonomiska faktorer kan få stort genomslag på kostnadsutvecklingen [1, 6].

Introduktion av nya läkemedel och indikationsutvidgningar inom förmånerna utgör som vanligt en stor osäkerhet då det ofta är svårt att bedöma tidpunkt för introduktion, pris och förväntad volym. Exempel på nya läkemedel som kan få stor kostnadspåverkan inom förmånerna är läkemedel vid obesitas och läkemedel vid ovanliga sjukdomar, och inom rekvisition alzheimerläkemedel.

Även patentutgångar och introduktion av generika eller biosimilarer är en osäkerhet. Detta då tidpunkten för patentutgång och i vilken utsträckning konkurrens uppstår och påverkar kostnader är svårt att förutspå. Ett antal läkemedel förväntas gå av patent under prognosperioden, men osäkerheter finns kring både tidpunkter för patentutgång och effekter på prisnivåerna.

Bland områdesspecifika faktorer med hög osäkerhet och potentiellt hög kostnadspåverkan, kan Diabetesläkemedel nämnas. Här råder stor osäkerhet relaterat till om nya läkemedel, så kallade GIP/GLP1-analoger, och nya indikationer, såsom obesitas, kan komma att omfattas av förmånerna under prognosperioden.

Osäkerheten och kostnadspåverkan, som tidigare bedömdes som hög, för läkemedelsområdet UFBLI har minskat något under denna prognosperiod. Det beror på att osäkerheten och effekterna av patentutgångar och eventuella volymökningar till följd av nya indikationer nu bedöms vara något mindre än tidigare. Därmed bedöms området nu ha medelhög osäkerhet och påverkan, jämfört med hög i vårens bedömning.

Referenser

1. 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.
2. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Återbäringsprognos 2025–2028*. Hämtad 2025-10-02 från: https://www.tlv.se/download/18.24ed99d1196f10bcba8698cd/1748862471990/aterbaringsprognos_2025-2028.pdf. 2025.
3. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Rinvoq (15 mg) ingår i högkostnadsskyddet med begränsning för ytterligare en patientgrupp*. Hämtad 2025-10-02 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=Rinvoq>. 2025.
4. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Långsiktigt hållbar finansiering av läkemedel*. Hämtad 2025-10-02 från: https://www.tlv.se/download/18.b67e1a11975d2fb8c237fe7/1750323239510/langsiktigt_hallbar_finansiering_av_lakemedel_2021-2024_slutredovisning.pdf. 2025.
5. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *TLV:s takprisöversyn*. Hämtad 2025-03-19 från: <https://www.tlv.se/lakemedelsforetag/takpriser/tlvs-takprisoversyn.html>. 2025.
6. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Uppföljning av läkemedelskostnaderna*. Hämtad 2025-10-02 från: https://www.tlv.se/publikationer/publikationer/2025-06-19-uppfoljning-av-lakemedelskostnaderna.html?query=*. 2025.
7. 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.

Bilaga 1. Uppföljning av prognosen från hösten 2024 över kostnaderna för 2025

Under hösten 2024 publicerade Socialstyrelsen en prognos för åren 2024–2027 [7]. Denna prognos låg till grund för statens ersättning till regionerna för användning av läkemedel inom läkemedelsförmånerna 2025. Utfallet för de första tre kvartalen 2025 jämförs här med de prognostiserade kostnaderna för samma period i prognosen från hösten 2024.

De totala förmånskostnaderna under de första tre kvartalen 2025 överskattades med 353 miljoner kronor (1,2 procents avvikelse) i prognosen från hösten 2024 jämfört med faktiskt utfall för perioden (tabell B1.1). Detta förklaras bland annat av det ändrade högkostnadsskyddet, som trädde i kraft den 1 juli 2025 och som ledde till en minskning av förmånskostnaderna. Denna regeländring var inte medräknad i prognosen eftersom den föreslagna ändringen inte var beslutad.

Områden med många läkemedel som inte enskilt är kostnadsdrivande, men som säljs i stora volymer, påverkades mest av det ändrade högkostnadsskyddet och blev därmed överskattade. Detta avser framför allt områdena Hjärt- och kärlläkemedel, Nervsystemets läkemedel, Diabetesläkemedel, Handelsvaror samt Övriga. Bland andra faktorer som bidrog till överskattningen i dessa områden kan prissänkningen för adhd-läkemedel efter TLV:s omprövning i slutet av 2024 nämnas.

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

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

Tabell B1.1. Jämförelse av kostnader för förmånsläkemedel första tre kvartalen 2025 med prognos från hösten 2024, miljoner kronor.

Läkemedelsområde	Utfall kvartal 1-3 2025	Höstprognos 2024 för kvartal 1-3 2025 (avvikelse)
Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar*	2 839	2 638 (-7,1 %)
Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar	3 898	3 807 (-2,3 %)
Diabetesläkemedel	2 998	3 085 (2,9 %)
Onkologiläkemedel	3 705	3 877 (4,6 %)
Hjärt- och kärlläkemedel*	3 835	3 989 (4,0 %)
Nervsystemets läkemedel*	4 569	4 724 (3,4 %)
Övrigt*	7 136	7 191 (0,8 %)
Handelsvaror	1 133	1 156 (2,1 %)
Totalt	30 114	30 466 (1,2 %)

Källa: E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsen prognos.

* en ny områdesindelning sedan vårens publikation 2024.

De totala kostnaderna för smittskyddsläkemedel (hepatit C och hiv) under de första tre kvartalen 2025 överskattades med cirka 66 miljoner kronor (8,0 procent) i prognosen från hösten 2024 jämfört med faktiskt utfall för perioden (tabell B1.2). Detta beror till största del på att färre patienter än förväntat behandlades med hepatit C-läkemedel under året.

Tabell B1.2. Jämförelse av kostnader för smittskyddsläkemedel första tre kvartalen 2025 med prognos från hösten 2024, miljoner kronor.

Läkemedelsområde	Utfall kvartal 1-3 2025	Höstprognos 2024 för kvartal 1-3 2025 (avvikelse)
Hepatit C-läkemedel	256	331 (29,0 %)
Hivläkemedel	520	511 (-2,0 %)
Totalt	776	842 (8,0 %)

Källa: E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsen prognos.

Bilaga 2. 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 läkemedel och läkemedelsgrupper som 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
A16AX16 Givosiran	N07XX08 Tafamidis
B02BD02 Koagulationsfaktor VIII	N07XX18 Vutrisiran
B02BD04 Koagulationsfaktor IX	N07XX21 Eplontersen
B02BX06 Emicizumab	R07AX02 Ivakaftor
B06AC05 Lanadelumab	R07AX30 Ivakaftor och lumakaftor
C01EB25 Akoramidis	R07AX31 Ivakaftor och tezakaftor
M09AX10 Risdiplam	R07AX32 Ivakaftor, tezakaftor och elexakaftor
N02BA11 Diflunisal	

- Undergruppen cystisk fibros utgörs av R07AX02 Ivakaftor, R07AX30 Ivakaftor och lumakaftor, R07AX31 Ivakaftor och tezakaftor samt R07AX32 Ivakaftor, tezakaftor och elexakaftor.
- Undergruppen ATTR-amyloidosis utgörs av C01EB25 Akoramidis, N02BA11 Diflunisal, N07XX08 Tafamidis, N07XX18 Vutrisiran samt N07XX21 Eplontersen.
- Undergruppen Hemofili A utgörs av B02BD02 Koagulationsfaktor VIII samt B02BX06 Emicizumab.

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

ATC-kod	ATC-kod
D11AH05 Dupilumab	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	

- Undergruppen TNF-hämmare utgörs av L04AB01 Etanercept, L04AB02 Infliximab, L04AB04 Adalimumab, L04AB05 Certolizumabpegol samt L04AB06 Golimumab.
- Undergruppen IL-hämmare utgörs av 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.
- Undergruppen JAK-hämmare utgörs av L04AF01 Tofacitinib, L04AF02 Baricitinib, L04AF03 Upadacitinib, L04AF04 Filgotinib, D11AH08 Abrocitinib samt L04AF07 Deukravacitinib.
- Undergruppen övriga UFBLI utgörs av 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

- Undergruppen insuliner utgörs av A10A Insuliner och analoger.
- Undergruppen icke-insuliner utgörs av A10B Blodglukossänkande medel, exkl. insuliner samt A10X Övriga diabetesmedel (för närvarande ingen försäljning).

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

- Undergruppen BTK-hämmare och venetoklax utgörs av L01EL01 Ibrutinib, L01EL02 Akalabrutinib, L01EL03 Zanubrutinib, L01EL05 Pirtobrutinib, samt L01XX52 Venetoklax.
- Undergruppen CDK 4/6-hämmare utgörs av L01EF01 Palbociklib, L01EF02 Ribociklib samt L01EF03 Abemaciklib.
- Undergruppen BRAF/MEK-hämmare utgörs av L01EC02 Dabrafenib, L01EC03 Enkorafenib, L01EE01 Trametinib samt L01EE03 Binimetinib.
- Undergruppen PARP-hämmare utgörs av L01XK01 Olaparib, L01XK02 Niraparib samt L01XK03 Rukaparib.
- Undergruppen immunomodulerande medel och ixazomib utgörs av L04AX04 Lenalidomid, L04AX06 Pomalidomid samt L01XG03 Ixazomib.
- Undergruppen övriga utvalda onkologiska läkemedel utgörs av L01EB04 Osimertinib, L01EJ01 Ruxolitinib, L01XX73 Sotorasib, L01EX22 Selperkatib 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 och N07XX18 Vutrisiran

- Undergruppen adhd utgörs av C02AC02 Guanfacin, N06BA01 Amfetamin, N06BA02 Dexamfetamin, N06BA04 Metylfenidat, N05BA09 Atomoxetin samt N06BA12 Lisdexamfetamin.
- Undergruppen migrän, CGRP-hämmare utgörs av N02CD01 Erenumab, N02CD03 Fremanezumab, N02CD02 Galkanezumab, N02CD05 Eptinezumab, N02CD06 Rimegepant samt N02CD07 Atogepant.

Tabell B2.6. ATC-koder för läkemedelsområdet Hjärt- och kärlläkemedel

ATC-kod	ATC-kod
B01 Antikoagulantia	C Hjärta och kretslopp, exkl. C02AC02 Guanfacin

- Undergruppen NOAK utgörs av B01AF01 Rivaroxaban, B01AF02 Apixaban, B01AF03 Edoxaban samt B01AE07 Dabigatranetexilat.
- Undergruppen PCSK9-hämmare utgörs av 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	

Bilaga 3. 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 med myndigheter, regioner samt Sveriges Kommuner och Regioner:

- Maj Carlsson, Region Skåne
- Jonas Eriksson, Sveriges Kommuner och Regioner
- Johanna Glad, 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
- Mikael Svensson, Sveriges Kommuner och Regioner
- Björn Zethelius, Läkemedelsverket

Referensgrupp med industriföreningar:

- Fredrik Ax, Läkemedelsindustriföreningen
- Björn Falkenhall, Sveriges Apoteksförening
- Andreas Rosenlund, Läkemedelshandlarna