Promemoria 2026-10-29
Artikelnr: 2026-10-10505
Dnr: 15 540/2026

Analysavdelningen
socialstyrelsen@socialstyrelsen.se

Uppdaterad prognos av läkemedelsförsäljningen i Sverige 2026–2029

Sammanfattning

Socialstyrelsen analyserar och prognostiserar sedan 2003 läkemedelsförsäljningen och kostnadsutvecklingen för läkemedel inom läkemedelsförmånerna, smittskyddsläkemedel och rekvisitionsläkemedel i Sverige. Myndigheten lämnar varje år en mer omfattande prognos på våren och en uppdatering på hösten. Denna rapport uppdaterar vårprognosen från april 2026 för perioden 2026–2029.

Prognosen bygger på utfall till och med tredje kvartalet 2026 samt uppdaterade antaganden för återstoden av 2026 och för åren 2027–2029. Bedömningen utgår från den underliggande kostnadstrenden och från faktorer som kan påverka kostnaderna, bland annat ändringar i regelverket, 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.

Prognosen för läkemedel och handelsvaror inom läkemedelsförmånerna har justerats ned jämfört med vårprognosen. Förmånskostnaderna för läkemedel och handelsvaror prognostiseras nu minska från 40,1 miljarder kronor 2025 till 39,4 miljarder kronor 2026. Därefter prognostiseras kostnaderna öka till 40,2 miljarder kronor 2027, 41,3 miljarder kronor 2028 och 42,5 miljarder kronor 2029. Sammantaget beräknas kostnaderna öka med 2,4 miljarder kronor eller 6 procent, under perioden 2025–2029.

I vårens prognos bedömdes kostnaderna öka till 47,3 miljarder kronor 2029, vilket motsvarade en ökning med cirka 7,2 miljarder kronor jämfört med 2025, eller 18 procent.

Nedjusteringen har tre huvudsakliga orsaker:

1. Uppdaterade antaganden om prisutvecklingen efter patentutgångar för vissa kostnadsdrivande läkemedel
2. Långsammare insättningstakt och prissänkning för vissa kostnadsdrivande läkemedel för ovanliga sjukdomar
3. En viss inbromsning i pris- och volymutvecklingen för läkemedel som säljs i stora volymer, men som inte är kostnadsdrivande.

Trots att vårprognosen har justerats ned på totalen väntas kostnaderna öka under prognosperioden. Kostnadsökningen drivs främst av nya läkemedel vid ovanliga sjukdomar och av att fler patienter förväntas behandlas med relativt dyra läkemedel, bland annat inom områdena Utvalda, främst biologiska, läkemedel för inflammatoriska sjukdomar och Onkologiläkemedel. Kostnadsökningen förväntas samtidigt dämpas av prisutvecklingen för läkemedel vars patent har löpt ut eller förväntas att löpa ut under prognosperioden. Detta avser främst läkemedel som används av stora patientgrupper, däribland NOAK-läkemedel, adhd-läkemedel, diabetes- och hjärtsviktsläkemedel.

Kostnaderna för hepatit C- och hivläkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagen prognostiseras öka från 1,0 miljarder kronor 2025 till 1,1 miljarder kronor 2029, en ökning med cirka 102 miljoner kronor eller 10 procent. Detta är en nedjustering jämfört med vårprognosen; då bedömdes kostnaderna öka med 130 miljoner (12 procents ökning) mellan 2025 och 2029.

Kostnaderna för rekvisitionsläkemedel prognostiseras öka från 14,1 miljarder kronor 2025 till 17,6 miljarder kronor 2029, en ökning med 3,5 miljarder kronor eller 25 procent. Jämfört med vårprognosen är detta en uppjustering; då bedömdes kostnaderna uppgå till 17,1 miljarder kronor 2029 (22 procents ökning).

Prognosen är förenad med osäkerheter, särskilt när det gäller tidpunkten för och effekten av patentutgångar, introduktion av nya läkemedel och indikationsutvidgningar i förmånerna samt omvärldsfaktorer som effekterna av förändrade regelverk. Osäkerheterna ökar ju längre fram i tiden prognosen sträcker sig.

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 föregående prognosen publicerades i april 2026 och benämns fortsättningsvis vårprognosen [1]. Denna rapport sammanfattar vårprognosen och presenterar en uppdaterad prognos för 2026–2029, med fokus på kostnaderna för förmånsläkemedel och smittskyddsläkemedel. I bilaga 1 jämförs prognosen från hösten 2025 med utfallet för de tre första kvartalen 2026.

Bedömningen av kostnadsutvecklingen bygger på analyser av den underliggande kostnadstrenden och 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 2026. För att analysera utvecklingen av läkemedelskostnaderna inom förmånerna delar Socialstyrelsen in läkemedlen i sex läkemedelsområden och en grupp för övriga läkemedel (bilaga 2).[1] Indelningen används som underlag för prognosantaganden om den framtida utvecklingen. Ytterligare information om metod och statistikuttag (för bland annat antal patienter och nyinsättningar) finns att läsa i den längre rapporten publicerad i april 2026.

Två referensgrupper har varit knutna till prognosarbetet och har bidragit med kunskap, relevanta perspektiv och synpunkter i syfte att kvalitetssäkra

[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.

och vidareutveckla arbetet. 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 Läkemedelsindustriföreningen, Läkemedelshandlarna samt Sveriges Apoteksförening deltagit. Bilaga 3 innehåller en förteckning över deltagarna i referensgrupperna. 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] I denna rapport redovisas därför kostnader exklusive återbäringar från företag. Det innebär att en kostnadsförändring som redovisas i rapporten inte nödvändigtvis motsvarar en faktisk förändring av regionernas kostnader. TLV summerade det slutliga utfallet för nationellt hanterade återbäringsavtal för receptförskrivna förmåns- och smittskyddsläkemedel för 2025 till cirka 4,4 miljarder kronor. De prognostiserar återbäringen baserat på de återbäringsavtal som finns vid tillfället. Senaste rapporten publicerades i maj 2026 [2].

Prognosen har tagits fram av utredarna Zara Daghbashyan (projektledare), Marcelina Kadziela, Annika Johansson Ensjö och Anna Gustafsson på Socialstyrelsen. Ansvarig enhetschef för uppdraget har varit Petra Rinman.

Prognos våren 2026

Våren 2026 prognostiserades kostnaderna för läkemedel och handelsvaror inom läkemedelsförmånerna (inklusive moms och exklusive egenavgift) öka från 40,1 miljarder kronor 2025 till 47,3 miljarder kronor 2029, en ökning på cirka 7,2 miljarder kronor (18 procent) [1]. Detta kan jämföras med 34 procents ökning i förmånskostnaden mellan 2021 och 2025, motsvarande 10,1 miljarder kronor.

I våras prognostiserades kostnadsökningar inom de flesta områdena, även om orsakerna till dem och tillväxttakten för områdena skilde sig åt. Den prognostiserade tillväxttakten var högst för området Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar, eftersom flera nya läkemedel för ovanliga sjukdomar introducerats i förmånerna. Även för områdena Utvalda, främst biologiska, läkemedel för inflammatoriska sjukdomar (UFBLI), Diabetesläkemedel och

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

Onkologiläkemedel förväntades fortsatt hög tillväxttakt under prognosperioden, i huvudsak på grund av ökning i antal patienter som behandlas med relativt dyra läkemedel.

För Övriga läkemedel och Nervsystemets läkemedel prognostiserades en något lägre ökningstakt än under de föregående åren. Det berodde främst på antagandet om effekten av det ändrade högkostnadsskyddet som trädde i kraft 1 juli 2025. För Hjärt- och kärlläkemedel prognostiserades en lägre ökningstakt till följd av bland annat patentutgångar och ökad priskonkurrens.

Kostnaden för hepatit C- och hivläkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagen uppgick till 1,0 miljarder kronor 2025 och prognostiserades att öka till 1,2 miljarder kronor 2029, en ökning på cirka 130 miljoner eller 12 procent.

För rekvisitionsläkemedel förväntades kostnaderna öka från 14,1 miljarder kronor 2025 till 17,1 miljarder kronor 2029, en ökning på cirka 3,0 miljarder kronor eller 22 procent. Detta kan jämföras med 28 procent kostnadsökning för rekvisitionsläkemedel mellan 2021 och 2025, motsvarande 3,0 miljarder kronor.

I vårprognosen beskrev vi flera osäkerheter som kan påverka kostnadsutvecklingen framöver. Det ändrade högkostnadsskyddet var en av faktorerna som bedömdes att ha en hög osäkerhet och hög påverkan. Även om prognosen justerades för den direkta effekten på förmånskostnaderna kvarstod viss osäkerhet, framför allt kring hur förändringen skulle påverka förskrivning och läkemedelsuttag. I rapporten lyftes även 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 geopolitiska läget, makroekonomiska faktorer och restsituationer för vissa läkemedel. Även utvidgade indikationer och ändrade subventionsbegränsningar identifierades som osäkerhetsfaktorer. Ytterligare faktorer som bedömdes kunna påverka utvecklingen var introduktion av nya läkemedel, regeländringar och patentutgångar.

Uppdaterad prognos

I den uppdaterade prognosen ersätts prognosuppgifter för andra och tredje kvartalen 2026 med faktiskt utfall. Dessutom har både antaganden och prognos uppdaterats för kvartal fyra 2026 samt för åren 2027 till och med 2029.

I den uppdaterade prognosen förväntas förmånskostnaderna (inklusive moms)[3] för läkemedel och handelsvaror minska under 2026 för att sedan öka från och med 2027. Förmånskostnaden prognostiseras till 39,4 miljarder kronor 2026 (2 procents minskning jämfört med föregående år), 40,2 miljarder kronor 2027 (2 procents ökning), 41,3 miljarder kronor 2028 (3 procents ökning) och 42,5 miljarder kronor 2029 (3 procents ökning) (Tabell 1).

Kostnaderna för hepatit C- och hivläkemedel, som står för omkring 94 procent av den totala kostnaden för smittskyddsläkemedel[4], förväntas öka från 1,0 miljarder kronor 2025 till cirka 1,1 miljarder kronor 2029. Detta motsvarar en ökning med 10 procent.

Kostnaderna för rekvisitionsläkemedel förväntas öka från 14,1 miljarder kronor 2025 till 15,3 miljarder kronor 2026, vilket motsvarar en ökning med 9 procent. Därefter beräknas kostnaderna öka med 5 procent per år och uppgå till 16,0 miljarder kronor 2027, 16,8 miljarder kronor 2028 och 17,6 miljarder kronor 2029.

[3] Förmånskostnad är den del av kostnaden för varor inom förmånerna 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.

[4] Läkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagen.

Tabell 1. Läkemedelskostnader 2025–2029, miljoner kronor. Förändring från föregående år inom parentes.

Tabellen visar utfallet av läkemedelskostnader för 2025 och prognoser av läkemedelskostnader för 2026–2029.

Segment	Utfall 2025	Prognos 2026	Prognos 2027	Prognos 2028	Prognos 2029
Total förskrivning inom förmånerna inklusive moms*	**40 128 (4 %)**	**39 445 (-2 %)**	**40 228 (2 %)**	**41 290 (3 %)**	**42 483 (3 %)**
Varav läkemedel	38 626 (4 %)	37 971 (-2 %)	38 723 (2 %)	39 762 (3 %)	40 931 (3 %)
Varav handelsvaror (inklusive moms)	1 502 (-2 %)	1 474 (-2 %)	1 505 (2 %)	1 528 (2 %)	1 552 (2 %)
Rekvisition**	**14 096 (4 %)**	**15 344 (9 %)**	**16 031 (5 %)**	**16 782 (5 %)**	**17 569 (5 %)**
Smittskyddsläkemedel ***	1 045 (-2 %)	1 036 (-1 %)	1 101 (6 %)	1 123 (2 %)	1 146 (2 %)
Varav hepatit C-läkemedel	346 (-14 %)	302 (-13 %)	349 (15 %)	349 (0 %)	349 (0 %)
Varav hivläkemedel	698 (4 %)	734 (5 %)	752 (2 %)	774 (3 %)	797 (3 %)

Källa: E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsens prognos.

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

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

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

Förändringar sedan vårens prognos

Jämfört med vårprognosen har kostnadsutvecklingen inom läkemedelsförmånerna justerats ned för åren 2026–2029 (Figur 1).

Nedjusteringen har tre huvudsakliga orsaker:

1. Uppdaterade antaganden om prisutvecklingen efter patentutgångar för vissa kostnadsdrivande läkemedel
2. Långsammare insättningstakt och prissänkningar för vissa kostnadsdrivande läkemedel för ovanliga sjukdomar
3. En viss inbromsning i pris- och volymutvecklingen för läkemedel som säljs i stora volymer, men som inte är kostnadsdrivande

Den främsta orsaken till nedjustering av vårprognosen är uppdaterade antaganden om prisutvecklingen för vissa kostnadsdrivande läkemedel. Detta avser exempelvis prisutvecklingen för två NOAK[5]-läkemedel vars patent löper ut 2026 och för vilka en större prisnedgång förväntas under 2027 än vad som tidigare antagits. I denna prognos har även förväntade patentutgångar under 2028 inkluderats, vilket medför en lägre prisnivå under de efterföljande åren. Det gäller bland annat ett adhd-läkemedel, ett läkemedel mot hjärtsvikt samt en SGLT2-hämmare[6], som används vid diabetes men även vid hjärtsvikt och kronisk njursjukdom. Eftersom dessa läkemedel används av många patienter bedöms patentutgångarna få en betydande påverkan på kostnadsutvecklingen.

En annan orsak till nedjusteringen är ändrade antaganden om insättningstakten och prissänkningar för vissa kostnadsdrivande läkemedel vid ovanliga sjukdomar. Antagandet om insättningstakten för läkemedel mot ovanliga leversjukdomar har justerats ned, eftersom utfallet under de senaste kvartalen var betydligt lägre än förväntat. Till detta har även prissänkningar för läkemedel mot transtyretinamyloidos (ATTR), som skett efter vårens publicering, bidragit.

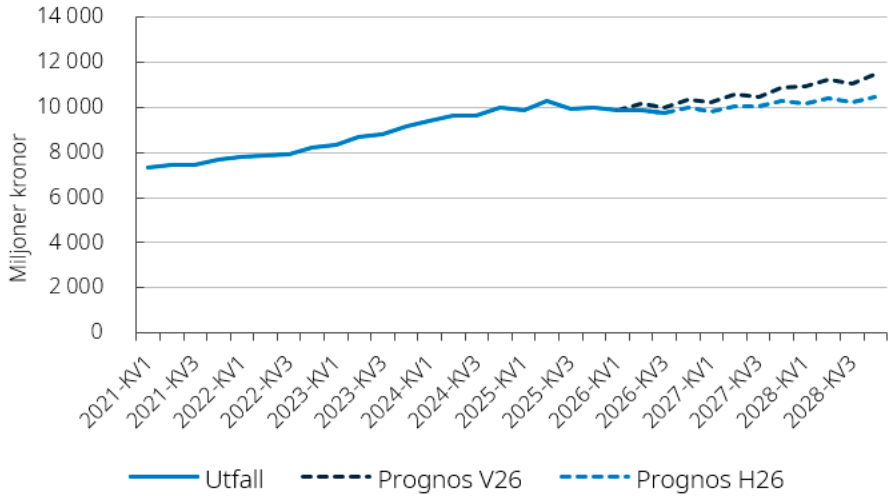
En tredje orsak är kostnadsutvecklingen av läkemedel som säljs i stora volymer, men som inte är kostnadsdrivande. Förmånskostnaderna för dessa läkemedel påverkades i hög grad av det ändrade högkostnadsskyddet som trädde i kraft i juli 2025. Utfallet för andra och tredje kvartalet 2026 var lägre än väntat, vilket bland annat beror på att pris- och volymutvecklingen har bromsat in mer än vad som förutsågs i vårprognosen.

Även om prognosen justerats ned jämfört med vårprognosen väntas kostnaderna inom förmånerna öka med cirka 2–3 procent per år framöver, efter en minskning med 2 procent 2026.

Sammantaget innebär det att förmånskostnaderna för läkemedel och handelsvaror nu väntas öka med 2,4 miljarder kronor mellan 2025 och 2029 (6 procent), jämfört med 7,2 miljarder kronor (18 procent) i vårprognosen (Figur 1).

[5] NOAK, Non-vitamin K Orala Antikoagulantia, är en grupp orala blodförtunnande läkemedel.
[6] SGLT2 står för sodium-glucose co-transporter 2, på svenska natrium-glukostransportör 2, och SGLT2-hämmare är läkemedel som används för att behandla typ 2-diabetes, hjärtsvikt och kronisk njursjukdom.

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 102 miljoner kronor mellan 2025 och 2029, vilket motsvarar en ökning med 10 procent. I vårprognosen beräknades ökningen till 130 miljoner, motsvarande 12 procent. Nedjusteringen beror på ett reviderat antagande om hur många patienter som kommer behandlas med hepatit C-läkemedel.

Kostnaderna för rekvisitionsläkemedel förväntas öka med 3,5 miljarder kronor mellan 2025 och 2029 (25 procents ökning), jämfört med de 3,0 miljarder kronor (22 procents ökning) som antogs i vårprognosen.

Prognostiserad kostnadsutveckling för läkemedel inom förmånerna

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

I tabell 2 visas den uppdaterade kostnadsprognosen per område. Trots att vårprognosen har justerats ned på totalen väntas kostnaderna öka inom de flesta områden. Ökningstakten varierar dock mellan områdena, bland annat till följd av skillnader i förväntad volym- och prisutveckling samt kommande patentutgångar.

Förmånskostnaderna för utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar förväntas fortsätta öka i snabb takt under prognosperioden. Detta beror på att flera nya läkemedel för ovanliga sjukdomar introduceras i förmånerna och behandlingarna väntas nå fler patienter framöver. Även för områdena UFBLI och Onkologiläkemedel förväntas en hög tillväxttakt under prognosperioden, vilket främst beror på fortsatt ökning av antalet patienter som behandlas med relativt dyra läkemedel. Kostnadsökningen för Onkologiläkemedel väntas avta något under 2028, bland annat till följd av en förväntad patentutgång för ett läkemedel mot prostatacancer.

Ökningstakten för Diabetesläkemedel väntas vara fortsatt hög i början av prognosperioden, men därefter avta. Detta beror främst på den priskonkurrens som väntas uppstå efter patentutgången för ett kostnadsdrivande diabetesläkemedel i mitten av 2028.

Kostnaderna inom området Hjärt- och kärlläkemedel förväntas fortsätta minska under 2027 för att sedan öka svagt under 2028. Minskningen beror främst på förväntade patentutgångar och efterföljande priskonkurrens för NOAK-läkemedel och ett läkemedel mot hjärtsvikt. Även kostnaderna inom området Nervsystemets läkemedel väntas minska under 2028, främst till följd av en förväntad patentutgång för ett kostnadsdrivande adhd-läkemedel men även en något långsammare volymökning.

För området Övriga läkemedel förväntas kostnaderna öka svagt från och med 2027. Detta beror bland annat på att effekten av det ändrade högkostnadsskyddet, som främst bidrog till att kostnaderna minskade under 2026, bedöms ha fått fullt genomslag. Kostnadsutvecklingen av Övriga läkemedel antas följa den historiska trenden, justerad för påverkan av det ändrade högkostnadsskyddet. För dessa läkemedel har en viss inbromsning i

volymökning noterats under det senaste året. Även de genomsnittliga priserna har sjunkit inom vissa läkemedelsgrupper. Det råder dock stor osäkerhet om denna utveckling kommer att fortsätta framöver.

Tabell 2. Förmånskostnad för läkemedel 2025 och prognoser 2026–2028, miljoner kronor. Förändring från föregående år inom parentes.

Läkemedelsområde	Utfall 2025	Prognos 2026	Prognos 2027	Prognos 2028
Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar	3 884 (20 %)	4 090 (5 %)	4 418 (8 %)	4 883 (11 %)
Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar	5 220 (5 %)	5 487 (5 %)	5 973 (9 %)	6 467 (8 %)
Diabetesläkemedel	4 006 (9 %)	4 199 (5 %)	4 608 (10 %)	4 740 (3 %)
varav SGLT2-hämmare	1 107 (14 %)	1 163 (5 %)	1 321 (14 %)	1 195 (-10 %)
Onkologiläkemedel	4 967 (0 %)	5 165 (4 %)	5 475 (6 %)	5 662 (3 %)
Hjärt- och kärlläkemedel	5 066 (2 %)	4 508 (-11 %)	3 462 (-23 %)	3 530 (2 %)
varav NOAK*	1 899 (-4 %)	1 463 (-23 %)	260 (-82 %)	266 (2 %)
Nervsystemets läkemedel	6 087 (1 %)	5 802 (-5 %)	6 008 (4 %)	5 604 (-7 %)
varav adhd-läkemedel	1 462 (0 %)	1 429 (-2 %)	1 464 (2 %)	822 (-44 %)
Övriga läkemedel	9 395 (1 %)	8 719 (-7 %)	8 779 (1 %)	8 876 (1 %)
Total förmånskostnad exkl. handelsvaror	38 626 (4 %)	37 971 (-2 %)	38 723 (2 %)	39 762 (3 %)

Källa: E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsens prognos.

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

Nedan följer beskrivningar av den förväntade kostnadsutvecklingen för respektive område, med störst fokus på kostnadsdrivande läkemedel, samt förändringar sedan vårprognosen.

Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar

Ett begränsat antal patienter får behandling med läkemedel som används vid ovanliga sjukdomar[7], men dessa läkemedel kan ha en stor kostnadspåverkan på grund av höga priser. I området ingår bland annat läkemedel vid cystisk fibros, spinal muskelatrofi (SMA), hemofili A och B (blödarsjuka), förärvd och ärftlig transtyretinamyloidos (Skelleftesjukan) samt några ytterligare ovanliga sjukdomar. Alla inkluderade läkemedel i området presenteras i Bilaga 2. Specifikation av läkemedelsområden.

Prognosen för området utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar nedjusteras jämfört med vårprognosen. Förmånskostnaderna väntas öka från 3,9 miljarder kronor 2025 till 4,1 miljarder kronor 2026, 4,4 miljarder kronor 2027 och 4,9 miljarder kronor 2028. De faktiska kostnaderna för regionerna förväntas dock bli lägre, eftersom de flesta av dessa läkemedel har återbäringsavtal.

Insättningstakten för läkemedel som inkluderades i förmånerna enligt TLV:s nya kriterier för sällsynta sjukdomar är svårprognostiserad och tenderar att vara långsam, vilket gör prognosen osäker. Ett exempel på det och ett av skälen till nedjusteringen är att insättningstakten för patienter med en kronisk autoimmun leversjukdom (primär biliär kolangit) har varit långsammare än vad som antogs i vårprognosen [3, 4].

Förutom den långsammare insättningstakten för vissa läkemedel vid ovanliga sjukdomar har prognosen nedjusterats på grund av prissänkningar för läkemedel mot transtyretinamyloidos (vutrisiran och tafamidis) som skedde mellan april och oktober 2026 [5, 6]. Antalet patienter som behandlas med dessa läkemedel fortsätter öka vilket förväntas medföra ökade förmånskostnader under prognosperioden trots prissänkningen.

Sedan vårens prognos har två nya läkemedel vid sällsynta sjukdomar inkluderats i förmånerna [7, 8] och ett läkemedel har fått subventionsutvidgning [9]. För dessa beslut bedöms i nuläget kostnadspåverkan som måttlig.

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

[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.

artrit, hudsjukdomar som psoriasis och atopisk dermatit, inflammatoriska tarmsjukdomar, astma och KOL. Läkemedlen i området delas in i fyra grupper: IL-hämmare, JAK-hämmare, TNF-hämmare och övriga UFBLI (se Bilaga 2, Specifikation av läkemedelsområden).

Förmånskostnaderna prognostiseras öka från 5,2 miljarder kronor 2025 till 5,5 miljarder kronor 2026. Därefter beräknas kostnaderna uppgå till 6,0 miljarder kronor 2027 och 6,5 miljarder kronor 2028, vilket är i linje med vårprognosen.

Sedan vårprognosen publicerades har flera läkemedel fått utökade indikationer eller inkluderats i förmånerna. Dupilumab och mepolizumab har fått utökad subvention vid KOL, och ritlecitinib (Litfulo) omfattas nu av förmånerna vid omfattande håravfall [10-12]. Detta väntas öka antalet behandlade patienter för IL- respektive JAK-hämmare. För KOL är dock användningen osäker, bland annat eftersom behandling enligt Region Stockholms läkemedelskommitté bör initieras inom högspecialiserad vård, vilket kan begränsa användningen [13].

Två nya läkemedel som används för behandling av svår astma och systemisk lupus erythematosus (SLE) ingår i förmånerna sedan i våras [14, 15]. Dessa väntas främst ta marknadsandelar från befintliga behandlingar och påverkar därför inte prognosen på gruppnivå.

Priskonkurrensen från biosimilarer har den senaste tiden lett till större prissänkningar än väntat, bland annat för IL-hämmaren ustekinumab och TNF-hämmaren golimumab. De förväntade kostnaderna för dessa läkemedel har därför justerats ned jämfört med vårprognosen.

Sammantaget är prognosen för UFBLI i linje med vårprognosen på gruppnivå, eftersom uppjusteringar till följd av indikationsutökningar i stort sett balanseras av nedjusteringar till följd av priskonkurrens.

Utvecklingen av antalet patienter som behandlas med IL- och JAK-hämmare är fortsatt osäker. Nya nationella riktlinjer för allergi samt möjlig ökad användning av IL-hämmare vid KOL kan få betydande kostnadspåverkan, men det är osäkert i vilken omfattning och hur snabbt rekommendationerna kommer att påverka användningen [13, 16].

Diabetesläkemedel

Förmånskostnaderna för området Diabetesläkemedel uppgick under 2025 till 4,0 miljarder kronor. Förmånskostnaderna prognostiseras till 4,2 miljarder kronor 2026, 4,6 miljarder kronor 2027 och 4,7 miljarder kronor 2028.

Vårens prognos för området i stort ligger kvar för år 2026 och 2027, medan prognosen för 2028 justeras ned. Kostnaderna för området bedöms fortsätta öka under prognosperioden. Kostnadsökningen väntas dock dämpas av att patentet för SGLT2-hämmaren dapagliflozin förväntas löpa ut 2028, med generiskt utbyte och lägre kostnader som följd. SGLT2-hämmare används bland annat vid diabetes, hjärtsvikt och kronisk njursjukdom.

Prognosen omfattar indikationer enligt nuvarande subventionsbegränsningar. Inom området sker också en stor förskrivning utanför förmånerna för framför allt obesitas. I överenskommelsen mellan staten och SKR om kostnader för läkemedelsförmånerna mm. för 2026 finns en särskild klausul som beskriver att parterna är överens om att förhandla vinst- och förlustdelningsmodellen för innevarande år om TLV under året fattar beslut om att inkludera läkemedel för viktreduktion i förmånerna [17].

Onkologiläkemedel

Förmånskostnaderna för området Onkologiläkemedel uppgick under 2025 till 5,0 miljarder kronor. Förmånskostnaderna prognostiseras öka till 5,2 miljarder kronor 2026, 5,5 miljarder kronor 2027 och 5,7 miljarder kronor 2028.

Prognosen för onkologiläkemedel har justerats ned något jämfört med vårprognosen, främst till följd av lägre kostnader än väntat för gruppen Övriga onkologiläkemedel. Patentutgångar för kostnadsdrivande läkemedel väntas också dämpa kostnadsutvecklingen mot slutet av prognosperioden.

Bland utvalda läkemedel vid bröstcancer ingår så kallade CDK4/6-hämmare. Indikationen för dessa läkemedel har successivt utökats, vilket innebär att behandlingen omfattar en allt bredare patientgrupp. Sedan hösten 2026 har även ett nytt läkemedel som ges i kombination med en CDK4/6-hämmare inkluderats i läkemedelsförmånerna [18]. Antalet patienter fortsätter att öka, framför allt för läkemedel med relativt höga priser, vilket driver kostnaderna.

BTK-hämmare och venetoklax, som bland annat används för behandling av kronisk lymfatisk leukemi (KLL), är fortsatt kostnadsdrivande och användningen väntas öka under prognosperioden. Antalet patienter som behandlas med dessa läkemedel fortsätter att öka. Under hösten fick ett av läkemedlen i gruppen dessutom en utökad indikation [19].

Sedan vårens prognos har ytterligare två läkemedel inkluderats i förmånerna, ett för behandling av bröstcancer [20] och ett för lungcancer [21]. Dessa läkemedel bedöms inte ha någon större påverkan på de totala

förmånskostnaderna, eftersom de främst väntas ta marknadsandelar från andra läkemedel som redan ingår i förmånerna.

Sammantaget drivs kostnadsutvecklingen under prognosperioden av ökad användning av läkemedel vid KLL, bröstcancer och av vissa läkemedel vid lungcancer. Den ökade användningen beror på att antalet patienter som behandlas med kostnadsdrivande läkemedel ökar både till följd av indikationsutvidgningar, nya läkemedel och att vissa läkemedel används under längre tid. Under prognosperioden väntas priskonkurrens till följd av patentutgångar dämpa kostnadsökningen. Effekten gäller både patent som redan löpt ut och patent som väntas löpa ut under perioden.

Hjärt- och kärlläkemedel

Inom området Hjärt- och kärlläkemedel granskas några grupper mer detaljerat: en grupp blodförtunnande läkemedel (så kallade NOAK), kolesterolsänkande läkemedel samt kombinationsläkemedlet valsartan/sakubitril som används vid hjärtsvikt.

Förmånskostnaderna för Hjärt- och kärlläkemedel uppgick under 2025 till 5,1 miljarder kronor och prognostiseras minska till 4,5 miljarder kronor 2026 och 3,5 miljarder kronor 2027 och 2028.

Prognosen för förmånskostnaderna har justerats ned jämfört med vårens prognos främst på grund av ändrade antaganden om prisutvecklingen för läkemedel vars patent har löpt ut eller förväntas löpa ut.

Prisnedgången efter patentutgången för rivaroxaban, ett kostnadsdrivande NOAK-läkemedel, i början av året blev större än väntat. Prognosen justeras därför ned jämfört med vårprognosen. Inför patentutgången för ett annat kostnadsdrivande NOAK-läkemedel, apixaban (Eliquis), som väntas inträffa i slutet av 2026, har prognosantagandena justerats ned ytterligare utifrån erfarenheterna av patentutgången för rivaroxaban. I antagandena ingår också att en relativt stor andel av patienterna som använder rivaroxaban och apixaban får sina läkemedel dosdispenserade. Prisutvecklingen efter en patentutgång kan skilja sig mellan dosdispenserade läkemedel och läkemedel som förskrivs på vanligt sätt. Patentutgången för apixaban väntas dessutom minska förmånskostnaderna för andra läkemedel, särskilt inom området Övrigt. Detta beskrivs närmare i avsnittet om osäkerheter.

Även prognosen för valsartan/sakubitril, som används vid hjärtsvikt, har sänkts jämfört med vårprognosen. Nedjusteringen baseras på att patentet förväntas löpa ut i början av 2028.

För övriga läkemedel inom området som inte är kostnadsdrivande var för sig, baseras prognosen på den historiska pris- och volymutvecklingen, justerad för effekterna av det ändrade högkostnadsskyddet. Det finns dock en viss osäkerhet kring utvecklingen av antalet behandlade patienter, bland annat till följd av indikationsutvidgningar för läkemedel som inte är kostnadsdrivande var för sig, men som kan komma att användas i stora patientpopulationer [22].

Nervsystemets läkemedel

Förmånskostnaderna för området Nervsystemets läkemedel väntas minska från 6,1 miljarder kronor 2025 till 5,8 miljarder kronor 2026, för att sedan öka igen till 6,0 miljarder kronor 2027. Därefter förväntas kostnaderna minska till 5,6 miljarder kronor 2028.

Prognosen har justerats ned jämfört med vårens prognos främst på grund av långsammare volymökning än väntat samt ändrade antaganden om prisutvecklingen för ett läkemedel vars patent förväntas löpa ut under 2028.

Inom läkemedelsområdet är adhd-läkemedel och CGRP-hämmare särskilt kostnadsdrivande och väntas ha fortsatt hög kostnadspåverkan.

Prognosen för adhd-läkemedel justeras ned, huvudsakligen till följd av den förväntade patentutgången för lisdexamfetamin under första kvartalet 2028. Lisdexamfetamin är det mest kostnadsdrivande läkemedlet i gruppen, och patentutgången förväntas få stor påverkan på kostnadsutvecklingen. Nedjusteringen beror även på en avtagande volymökning för adhd-läkemedel.

Prognosen för CGRP-hämmare, som används för behandling av migrän, justeras upp i denna uppdatering. Det beror främst på ökad användning av fremanezumab och rimegepant.

För övriga läkemedel, som inte är kostnadsdrivande var för sig och inte granskas närmare, utgår prognosen från den historiska pris- och volymutvecklingen och justeras för effekterna av det ändradehögkostnadsskyddet.

Prognostiserad kostnadsutveckling för smittskyddsläkemedel

Den prognostiserade kostnaden för hepatit C- och hivläkemedel är något lägre än i vårens prognos.[8] Prognosen utgår från en reviderad bedömning att antalet patienter som behandlas med hepatit C-läkemedel kommer ligga stabilt på cirka 1 300 personer per år under prognosperioden. För hivläkemedel väntas en svag kostnadsökning under prognosperioden. Vårens antagande om att de senaste årens prisökning på gruppnivå mattas av i slutet av prognosperioden kvarstår.

Kostnaderna för smittskyddsläkemedel väntas öka med 102 miljoner kronor mellan 2025 och 2029 (10 procents ökning) (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.

I den uppdaterade prognosen förväntas kostnaderna för rekvisitionsläkemedel[9] öka från 14,1 miljarder kronor 2025 till 17,6 miljarder kronor 2029, en ökning med 3,5 miljarder kronor eller 25 procent (se Tabell 1). Jämfört med vårprognosen är detta en uppjustering; då bedömdes kostnaderna uppgå till 17,1 miljarder kronor 2029 (22 procents ökning jämfört med 2025). Vårprognosen uppjusteras främst på grund av ökade kostnader för behandling av tumörer och rubbningar i immunsystemet, som bromsade in under 2024.

Osäkerheter i prognosen

Kostnadsprognosen för förmåns-, rekvisitions- och smittskyddsläkemedel är förenade med osäkerheter, vilket innebär att de faktiska kostnaderna kan bli högre eller lägre än prognostiserat. Osäkerheterna ökar ju längre fram i tiden prognosen sträcker sig.

[8] Smittskyddsläkemedel för behandling av hepatit C och hiv stod för omkring 94 procent av kostnaderna för smittskyddsläkemedel 2025.

[9] Prognosen bygger på uppgifter från E-hälsomyndighetens databas Concise. Flera avancerade terapier (ATMP) saknas i databasen, och kostnaderna för dessa ingår därför inte i prognosen.

Identifierade osäkerheter klassificeras enligt en tregradig skala: låg, medelhög och hög. Tabell 3 ger en översikt utifrån grad av osäkerhet och potentiell inverkan på prognosen.

Tabell 3. Osäkerheter och kostnadspåverkan i prognosen.

Osäkerheter markerade med kursiv stil har fått en ny bedömning jämfört med vårens prognos.

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

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.

De flesta av de osäkerheter som beskrevs i vårprognosen gäller ännu. För en komplett beskrivning av dessa hänvisar vi till vårens publikation [1].

Den av ”Övriga omvärldsfaktorer” som bedömdes få störst påverkan på kostnadsutvecklingen i vårens prognos var det ändrade högkostnadsskyddet. Sedan 1 juli 2026 omfattas alla patienter av det nya regelverket, men vilka effekter på förskrivning och uthämtning som den ändrade trappan kan ha orsakat, både initialt och på sikt, är fortfarande för tidigt att avgöra. Därför kvarstår osäkerheten.

Andra omvärldsfaktorer som kan påverka kostnadsutvecklingen på sikt är konsekvenser av det tilläggsuppdrag som TLV fick i juni 2026 om att

analysera Sveriges betalningsvilja för läkemedel, som ska slutredovisas i december 2026 [23]. Även TLV:s nya allmänna riktlinjer för subvention och prissättning av läkemedel, som började gälla den 1 oktober 2026, kan nämnas. Förändringen innebär ett mer flexibelt takprissystem för utbytbara läkemedel i periodens vara-systemet. TLV bedömde i konsekvensutredningen att förändringen kan ge minskade kostnader initialt, men att kostnaderna på längre sikt sannolikt blir högre än med tidigare regelverk [24].

Patentutgångar bedöms i denna rapport ha hög osäkerhet, jämfört med medelhög osäkerhet i vårens rapport. Skälet är att flera läkemedel som används av stora patientgrupper väntas förlora patentskydd under prognosperioden. När dessa läkemedel får generisk konkurrens kan priserna sjunka kraftigt. Prisfallen påverkar då också förmånskostnaderna för patienternas andra läkemedel. När patientens samlade läkemedelskostnader minskar, minskar också förmånskostnadens andel av totalkostnaden för andra läkemedel som patienten använder. Det är komplext att prognostisera vilka läkemedelsgrupper som påverkas och i vilken omfattning, men ju fler patienter och större kostnadssänkning desto större påverkan även på förmånskostnaden för andra läkemedel. Det ändrade högkostnadsskyddet bedöms dessutom förstärka dessa effekter ytterligare eftersom egenavgiftens andel av läkemedelskostnaderna har blivit större.

Slutligen har osäkerheten kring kostnadsutvecklingen av Nervsystemets läkemedel flyttats från låg osäkerhet och medelhög påverkan i vårens publicering till medelhög osäkerhet och hög påverkan i denna uppdatering på grund av en kommande patentutgång som väntas ha stora effekter.

Referenser

1. Socialstyrelsen, *Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2026–2029*. 2026.
2. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Prognos av besparingar från sidoöverenskommelser 2026-2029*. 2026.
3. 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.
4. 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.
5. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Sök priser och beslut i databasen - Beslut läkemedel - Vyndaqel. Hämtad 2026-09-21 från: https://www.tlv.se/beslut/sok-priser-och-beslut-i-databasen.html?product=vyndaqel&tab=3*. 2026.
6. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Sök priser och beslut i databasen - Beslut läkemedel - Amvuttra. Hämtad 2026-09-21 från: https://www.tlv.se/beslut/sok-priser-och-beslut-i-databasen.html?product=amvuttra&tab=3*. 2026.
7. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Dawnzera ingår i högkostnadsskyddet med begränsning. Hämtad 2026-09-21 från: https://www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/begransad-subvention/arkiv/2026-06-22-dawnzera-ingar-i-hogkostnadsskyddet-med-begransning.html*. 2026.
8. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Fabhalta ingår i högkostnadsskyddet med begränsning. Hämtad 2026-09-21 från: https://www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/begransad-subvention/arkiv/2026-04-28-fabhalta-ingar-i-hogkostnadsskyddet-med-begransning.html*. 2026.
9. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Alhemo ingår i högkostnadsskyddet med utökad subvention. Hämtad 2026-10-20 från: https://www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/begransad-subvention/arkiv/2026-10-02-alhemo-ingar-i-hogkostnadsskyddet-med-utokad-subvention.html*. 2026.
10. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Litfulo ingår i högkostnadsskyddet. Hämtad 2026-09-28 från: https://www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/generell-subvention/arkiv/2026-05-26-litfulo-ingar-i-hogkostnadsskyddet.html*. 2026.
11. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Nucala får utökad subvention. Hämtad 2026-09-28 från: https://www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/begransad-subvention/arkiv/2026-07-07-nucala-far-utokad-subvention.html*. 2026.
12. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Dupixent får utökad subvention. Hämtad 2026-09-28 från: https://www.tlv.se/beslut/beslut-*

lakemedel/begransad-subvention/arkiv/2026-07-07-dupixent-far-utokad-subvention.html. 2026.

13. Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för lung-och allergisjukdomar, *Ställningstagande till monoklonala antikroppar vid KOL bör göras inom högspecialiserad vård, Hämtad 2028-09-28 från: https://janusinfo.se/behandling/expertgruppsutlatanden/lung--och-allergisjukdomar/lung--och-allergisjukdomar/2026-08-27-stallningstagande-till-monoklonala-antikroppar-vid-kol-bor-goras-inom-hogspecialiserad-vard*. 2026.
14. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Exdensur ingår i högkostnadsskyddet med begränsning, Hämtad 2026-09-28 från: https://www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/begransad-subvention/arkiv/2026-08-25-exdensur-ingar-i-hogkostnadsskyddet-med-begransning.html*. 2026.
15. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Saphnelo ingår i högkostnadsskyddet med generell subvention, Hämtad 2026-09-28 från: https://www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/generell-subvention/arkiv/2026-05-26-saphnelo-ingar-i-hogkostnadsskyddet-med-generell-subvention.html*. 2026.
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. Socialdepartementet, *Statens bidrag till regionerna för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. 2026. Hämtad 2026-09-28 från: https://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2026/02/statens-bidrag-till-regionerna-for-kostnader-for-lakemedelsformanerna-m.m.-2026*. 2026.
18. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. *Itovebi ingår i högkostnadsskyddet med generell subvention, Hämtad 2026-09-28 från: https://www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/generell-subvention/arkiv/2026-08-25-itovebi-ingar-i-hogkostnadsskyddet-med-generell-subvention.html*. 2026.
19. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. *Jaypirca ingår i högkostnadsskyddet med begränsning, Hämtad 2026-10-19 från: https://www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/begransad-subvention/arkiv/2026-09-30-jaypirca-ingar-i-hogkostnadsskyddet-med-begransning.html*. 2026.
20. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. *Truqap ingår i högkostnadsskyddet, Hämtad 2026-09-28 från: https://www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/generell-subvention/arkiv/2026-08-24-truqap-ingar-i-hogkostnadsskyddet.html*. 2026.
21. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. *Lazcluze ingår i högkostnadsskyddet, Hämtad 2026-09-28 från: https://www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/generell-subvention/arkiv/2026-08-25-lazcluze-ingar-i-hogkostnadsskyddet.html*. 2026.

22. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Kerendia ingår i högkostnadsskyddet för ytterligare ett användningsområde. Hämtad 2026-10-20 från: https://www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/begransad-subvention/arkiv/2026-09-28-kerendia-ingar-i-hogkostnadsskyddet-for-ytterligare-ett-anvandningsomrade.html*. 2026.
23. Socialdepartementet, *Regeringen ändrar TLV:s uppdrag – ska även analysera betalningsvilja för läkemedel, Hämtad 2026-09-28 från: https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2026/06/regeringen-andrar-tlvs-uppdrag--ska-aven-analysera-betalningsvilja-for-lakemedel/*. 2026.
24. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Remiss om nya föreskrifter för ansökan om subvention och prissättning av läkemedel, Hämtad 2026-09-28 från: https://www.tlv.se/press/nyheter/arkiv/2026-03-20-remiss-om-nya-foreskrifter-for-ansokan-om-subvention-och-prissattning-av-lakemedel.html*. 2026.
25. Socialstyrelsen, *Uppdaterad prognos av läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2025–2028 Hämtad 2025-09-28 från: https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/uppdaterad-prognos-av-lakemedelsforsaljning-i-sverige--analys-och-prognos-20252028-2025-10-9872/*. 2025.

Bilaga 1. Uppföljning av prognosen från hösten 2025 över kostnaderna för 2026

Under hösten 2025 publicerade Socialstyrelsen en prognos för åren 2025–2028 [25]. Denna prognos låg till grund för statens ersättning till regionerna för användning av läkemedel inom läkemedelsförmånerna 2026. Utfallet för de första tre kvartalen 2026 jämförs här med de prognostiserade kostnaderna för samma period i prognosen från hösten 2025.

De totala förmånskostnaderna under de första tre kvartalen 2026 överskattades med 1,5 miljarder kronor (5,0 procents avvikelse) i prognosen från hösten 2025 jämfört med faktiskt utfall för perioden (tabell B1.1).

För områden med många läkemedel som inte är kostnadsdrivande var för sig, men som säljs i stora volymer och där patienternas egenavgifter utgör en stor del av kostnaderna, medförde ändringen av högkostnadsskyddet som trädde i kraft i juli 2025 en ökad osäkerhet i prognostiseringen av förmånskostnaderna. Även volymtillväxten har varit lägre än väntat under den senaste tiden, bland annat eftersom antalet patienter ökade i långsammare takt än prognostiserat. Sammantaget bidrog detta till att kostnaderna överskattades. Överskattningen gällde framför allt grupperna övrigt inom områdena Hjärt- och kärlläkemedel, Nervsystemets läkemedel, Diabetesläkemedel, Handelsvaror samt området Övriga läkemedel. För Hjärt- och kärlläkemedel bidrog även en större prisnedgång efter patentutgången för ett NOAK-läkemedel än vad som antogs i prognosen.

Kostnaderna överskattades även för Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar, UFBLI samt Onkologiläkemedel, där patienternas egenavgifter utgör en mindre del av kostnaderna. För UFBLI förklaras överskattningen av att priserna på TNF-hämmare sjönk mer än vad som förväntades hösten 2025, samt av en långsammare ökning av antalet patienter i gruppen Övriga UFBLI. För Onkologiläkemedel beror överskattningen främst på läkemedel för behandling av lungcancer och idiopatisk lungfibros, där patentutgångarna medförde större prisnedgångar än förväntat. Överskattningen inom Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar förklaras främst av prissänkningen för vutrisiran som används vid behandling av Skelleftesjukan.

Tabell B1.1. Jämförelse av kostnader för förmånsläkemedel första tre kvartalen 2026 med prognos från hösten 2025, miljoner kronor.

Läkemedelsområde	Utfall kvartal 1–3* 2026	Höstprognos 2025 för kvartal 1–3* 2026 (avvikelse)
Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar*	3 058	3 218 (5,2 %)
Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar	4 078	4 145 (1,6 %)
Diabetesläkemedel	3 100	3 268 (5,4 %)
Onkologiläkemedel	3 852	3 933 (2,1 %)
Hjärt- och kärlläkemedel*	3 440	3 671 (6,7 %)
Nervsystemets läkemedel*	4 326	4 556 (5,3 %)
Övrigt*	6 513	6 995 (7,4 %)
Handelsvaror	1 103	1 171 (6,1 %)
Totalt	**29 469**	**30 957 (5,0 %)**

Källa: E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsen prognos.
*Ny områdesindelning sedan vårens publikation 2024.

De totala kostnaderna för smittskyddsläkemedel (hepatit C och hiv) under de första tre kvartalen 2026 överskattades med cirka 44 miljoner kronor (6,0 procent) i prognosen från hösten 2025 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 samt på att prisökningen för hivläkemedel blev större än väntat till följd av ökad förskrivning av vissa kombinationsläkemedel.

Tabell B1.2. Jämförelse av kostnader för smittskyddsläkemedel första tre kvartalen 2026 med prognos från hösten 2025, miljoner kronor.

Läkemedelsområde	Utfall kvartal 1–3 2026	Höstprognos 2025 för kvartal 1–3 2026 (avvikelse)
Hepatit C-läkemedel	213	274 (29 %)
Hivläkemedel	548	531 (-3 %)
Totalt	**761**	**805 (6 %)**

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 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 hepatit 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 Deutivakaftor, tezakaftor och vanzakaftor
B06AC07 Garadacimab	L04AJ08 Iptakopan

Undergrupper:

- Cystisk fibros: R07AX02 Ivakaftor, R07AX30 Ivakaftor och lumakaftor, R07AX31 Ivakaftor och tezakaftor, R07AX32 Ivakaftor, tezakaftor och elexakaftor samt R07AX33 Deutivakaftor, tezakaftor och vanzakaftor
- ATTR: 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
- Övriga ovanliga: A05AX06 Elafibranor, A05AX07 Seladelpar, A16AX16 Givosiran, B06AC05 Lanadelumab, M09AX10 Risdiplam, B06AC07 Garadacimab, B06AC09 Donidalorsen
- Ovanliga sjukdomar – nya subventionskriterier: A16AA07 Metreleptin, A16AB13 Asfotas alfa, A16AB15 Velmanas alfa, C10AX12 Lomitapid, A05AX05 Odevixibat samt L04AJ08 Iptakopan

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

ATC-kod	ATC-kod
D11AH05 Dupliumab	L04AC18 Risankizumab
D11AH07 Tralokinumab	L04AC21 Bimekizumab
D11AH08 Abrocitinib	L04AC24 Mirikizumab
D11AH10 Lebrikizumab	L04AE02 Ozanimod
L04AA24 Abatacept	L04AE05 Etrasimod
L04AA32 Apremilast	L04AF01 Tofacitinib
L04AB Tumörnekrosfaktor alfa-(TNF-)hämmare	L04AF02 Baricitinib
L04AC03 Anakinra	L04AF03 Upadacitinib
L04AC05 Ustekinumab	L04AF04 Filgotinib
L04AC07 Tocilizumab	L04AF07 Deukravacitinib
L04AC10 Sekukinumab	L04AF08 Ritlecitinib
L04AC12 Brodalunab	L04AG04 Belimumab
L04AC13 Ixekizumab	L04AG05 Velodizumab
L04AC14 Sarilumab	L04AG11 Anifrolumab
L04AC16 Guselkumab	R03DX Övriga systemiska medel för obstruktiva lungsjukdomar, exkl. R03DX07 Roflumilast
L04AC17 Tildrakizumab	

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, R03DX12 Depemokimab

- JAK-hämmare: L04AF01 Tofacitinib, L04AF02 Baricitinib, L04AF03 Upadacitinib, L04AF04 Filgotinib, L04AF08 Ritlecitinib, D11AH08 Abrocitinib samt L04AF07 Deukravacitinib
- Övriga UFBLI: L04AA24 Abatacept, L04AA32 Apremilast, L04AE02 Ozanimod, L04AE05 Etrasimod, L04AG04 Belimumab, L04AG05 Vedolizumab, L04AG11 Anifrolumab, 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 GLP-1-analoger, A10BJ, samt SGLT2-hämmare, 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, L01EL05 Pirtobrutinib samt L01XX52 Venetoklax.
- Utvalda läkemedel, melanom: BRAF/MEK-hämmare: L01EC02 Dabrafenib, L01EC03 Encorafenib, L01EE01 Trametinib samt L01EE03 Binimetinib.
- Utvalda läkemedel, bröstcancer: CDK4/6-hämmare utgörs av L01EF01 Palbociklib, L01EF02 Ribociklib samt L01EF03 Abemaciklib.
- Utvalda läkemedel, myelom: L01XG03 Ixazomib, L04AX04 Lenalidomid samt L04AX06 Pomalidomid.
- Utvalda läkemedel, PARP-hämmare: L01XK01 Olaparib, L01XK02 Niraparib samt L01XK03 Rukaparib.
- Utvalda läkemedel, prostatacancer: L02BB04 Enzalutamid, L02BB05 Apalutamid, L02BB06 Darolutamid samt L02BX03 Abirateron.
- Övriga specialgranskade onkologiska läkemedel: L01EA02 Dasatinib, L01EA03 Nilotinib, L01EB04 Osimertinib, L01EB09 Lazertinib,

L01ED03 Alektinib, L01ED04 Brigatinib, L01ED05 Lorlatinib, L01EH03 Tukatinib, L01EJ01 Ruxolitinib, L01EM03 Alpelisib, L01EM06 Inavolisib, L01EX13 Gilteritinib, L01EX22 Selperkatinib, L01EX23 Pralsetinib, L01EX27 Kapivasertib, L01XK04 Talazoparib samt L01XX73 Sotorasib.

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

ATC-kod	ATC-kod
L03AB07 Interferon beta-1a	L04AG03 Natalizumab
L03AB08 Interferon beta-1b	L04AG06 Alemtuzumab
L03AB13 Peginterferon beta-1a	L04AG08 Okrelizumab
L03AX13 Glatirameracetat	L04AG12 Ofatumumab
L04AE01 Fingolimod	L04AK02 Teriflunomid
L04AE03 Siponimod	L04AX07 Dimetylfumarat
L04AE04 Ponesimod	L04AX09 Diroximelfumarat
N07XX07 Fampridin	N Nervsystemet, exkl. N02BA11 Diflunisal, N07XX08 Tafamidis, N07XX18 Vutrisiran och N07XX21 Eplontersen

Undergrupper:

- Adhd: C02AC02 Guanfacin, N06BA01 Amfetamin, N06BA02 Dexamfetamin, N06BA04 Metylfenidat, N06BA09 Atomoxetin samt N06BA12 Lisdexamfetamin
- CGRP-hämmare: 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. 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	

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:

- Jonas Eriksson, Sveriges Kommuner och Regioner
- Johanna Glad, Region Skåne
- Amy Havenäng, Region Skåne
- Daniel Högberg, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
- Pontus Johansson, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
- Kani Khalif, Region Skåne
- Eva-Christin Kjellman, Region Skåne
- Ulf Lindahl, Region Västernorrland
- Anna Lindhé, Västra Götalandsregionen
- Lena Alsén Melin, Region Östergötland
- Petter Otterdal, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
- Linda Staaf, Region Skåne
- Anna Stoopendahl, Västra Götalandsregionen
- Mikael Svensson, Sveriges Kommuner och Regioner
- Sofia Ygberg, Region Stockholm
- Björn Zethelius, Läkemedelsverket

Referensgrupp med industriföreningar:

- Björn Falkenhall, Sveriges Apoteksförening
- Andreas Rosenlund, Läkemedelshandlarna
- Ivar Veszelei, Läkemedelsindustriföreningen