

Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2025–2028

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

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

Korrigerad: En mening om behandlingstid för CDK4/6 hämmare har tagits bort eftersom jämförelse mellan läkemedel inte är relevant (s. 37). Augusti 2025.

Artikelnummer: 2025-4-9565

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, april 2025

Förord

Sedan 2003 lämnar Socialstyrelsen en årlig uppföljning och analys av förändringar i läkemedelsförsäljningen i Sverige samt en bedömning av den framtida kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånerna. Rapporterna vänder sig till riksdag, regering, regioner, kommuner, läkemedelskommittéer och övriga intresserade.

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

Uppgifterna redovisas på nationell nivå och innehåller inga fördjupade analyser av exempelvis skillnader i läkemedelsanvändningen på regional nivå. Prognosen gäller 2025–2028.

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

Projektledare på Socialstyrelsen har varit Annika Johansson Ensjö. I projektgruppen har även Moa Ivergård, Zara Daghbashyan, Michael Törnblom och Katja Åman ingått. Ansvarig enhetschef har varit Björn Nilsson.

Natalia Borg
Avdelningschef
Avdelningen för analys

¹ Se Bilaga 1 för deltagare i referensgrupperna.

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	5
Summary	6
Den svenska läkemedelsmarknaden	7
Förmånsläkemedel	10
Historisk kostnadsutveckling.....	10
Prognos.....	21
Smittskyddsläkemedel.....	45
Hepatit C-läkemedel	45
Hivläkemedel	47
Rekvissionsläkemedel	49
Osäkerhetsfaktorer i prognoserna	53
Hög osäkerhet	54
Medelhög osäkerhet.....	55
Referenser.....	57
Bilaga 1. Referensgrupper	62
Bilaga 2. Metod.....	63
Datakällor	63
Prognos av kostnader för läkemedelsförmåner, rekvisitionsläkemedel och smittskyddsläkemedel	64
Specifika analyser baserade på registerdata	65
Analys av drivande faktorer bakom kostnadsutvecklingen.....	65
Bilaga 3. Utfall 2024 och de tre senaste prognoserna	68
Bilaga 4. Specifikation av läkemedelsområden.....	70

Sammanfattning

Socialstyrelsen analyserar sedan 2003 läkemedelsförsäljningen och kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmåner, smittskyddsläkemedel och rekvisitionsläkemedel i Sverige. Myndigheten publicerar årligen två rapporter: en omfattande rapport på våren och en prognosuppdatering på hösten. Den senaste rapporten, höstprognosen, publicerades i oktober 2024 och omfattade kostnadsprognos för åren 2024–2027.

Kostnadsutvecklingen bedöms utifrån analyser av den underliggande kostnadstrenden samt olika faktorer som kan påverka kostnaderna, exempelvis introduktion av nya läkemedel, ändrade indikationer och patentutgångar. Läkemedel och läkemedelsgrupper med stor kostnadspåverkan granskas närmare.

Denna prognos ligger i linje med höstens prognos. De två senaste årens ökade priser för generika har haft en relativt stor kostnadspåverkan eftersom dessa läkemedel ofta säljs i stora volymer. Denna kostnadsdrivande effekt förväntas avta under prognosperioden och i större utsträckning än vad som tidigare har prognostiserats. Det kompenseras dock av att nya läkemedel har inkluderats i förmånerna och att antalet patienter som behandlas med befintliga läkemedel ökar mer än prognostiserats i höstas. De osäkerhetsfaktorer som beskrevs i höstprognosen kvarstår.

Förmånskostnaderna för läkemedel och handelsvaror inklusive moms förväntas nu öka från 38,7 miljarder kronor 2024 till 41,0 miljarder kronor 2025, 43,1 miljarder kronor 2026, 44,7 miljarder kronor 2027 och 46,4 miljarder kronor 2028, vilket motsvarar en ökning på 20 procent mellan 2024 och 2028. Kostnadsökningen drivs främst av diabetesläkemedel, biologiska läkemedel för inflammatoriska sjukdomar, läkemedel vid ovanliga sjukdomar och vissa hjärt- och kärlläkemedel. Kostnaderna för smittskyddsläkemedel förväntas ligga stabilt kring 1,1 miljarder kronor mellan 2024 och 2028. Kostnaderna för rekvisitionsläkemedel förväntas öka från 13,5 miljarder kronor 2024 till 15,6 miljarder kronor 2028, vilket är en ökning på 15 procent.

Regeringen har föreslagit en justering av trappan i högkostnadsskyddet för läkemedelsförmånerna. Taket i högkostnadsskyddet och nivåerna i högkostnadstrappan regleras i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. och beräknas utifrån prisbasbeloppet. Om den föreslagna ändringen genomförs som planerat, skulle det, baserat på data från 2024, innebära att egenavgifterna höjs och förmånskostnaden därmed minskar med cirka 2 miljarder årligen 2026–2028. Prognosen har inte justerats för den föreslagna ändringen.

Summary

Since 2003, the National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen) has been analysing and forecasting the cost development for pharmaceutical products prescribed within the national benefit scheme, pharmaceutical products prescribed under the Swedish Communicable Diseases Act (Smittskyddslagen), as well as hospital medicines in Sweden. The authority publishes two reports annually: a comprehensive report in the spring and an update in the autumn. The most recent report, the autumn forecast, was published in October 2024 and included cost forecasts for the years 2024–2027.

The cost development during the current and upcoming three years is estimated based on an analysis of the underlying cost trends, as well as various factors that may impact costs, such as the introduction of new medicines, changes in indications, and patent expirations. Medicines and medicine groups with significant cost impacts are examined in more detail.

This forecast is in line with the autumn forecast. Higher prices for generic medicines over the past two years have had a fairly large cost impact, as these medicines are often sold in large volumes. This cost-increasing effect is expected to diminish during the forecast period and to a greater extent than previously forecasted. However, this is balanced by the addition of new medicines to the national benefit scheme and by more patients being treated with existing medicines than was forecasted in the autumn. The uncertainties described in the autumn forecast remain.

The costs for medicines and medical products reimbursed within the national benefits scheme are expected to increase from SEK 38.7 billion in 2024 to 41.0 billion in 2025, 43.1 billion in 2026, 44.7 billion in 2027 and 46.4 billion in 2028, corresponding to a 20 percent increase 2024–2028. The cost increase is primarily driven by diabetes medicines, biological medicines for inflammatory diseases, medicines for some rare diseases, and certain cardiovascular medicines. The costs for pharmaceutical products prescribed under the Swedish Communicable Diseases Act are expected to remain stable at approximately 1.1 billion between 2024 and 2028. The costs for hospital medicines are expected to rise from 13.5 billion in 2024 to 15.6 billion in 2028, an increase of 15%.

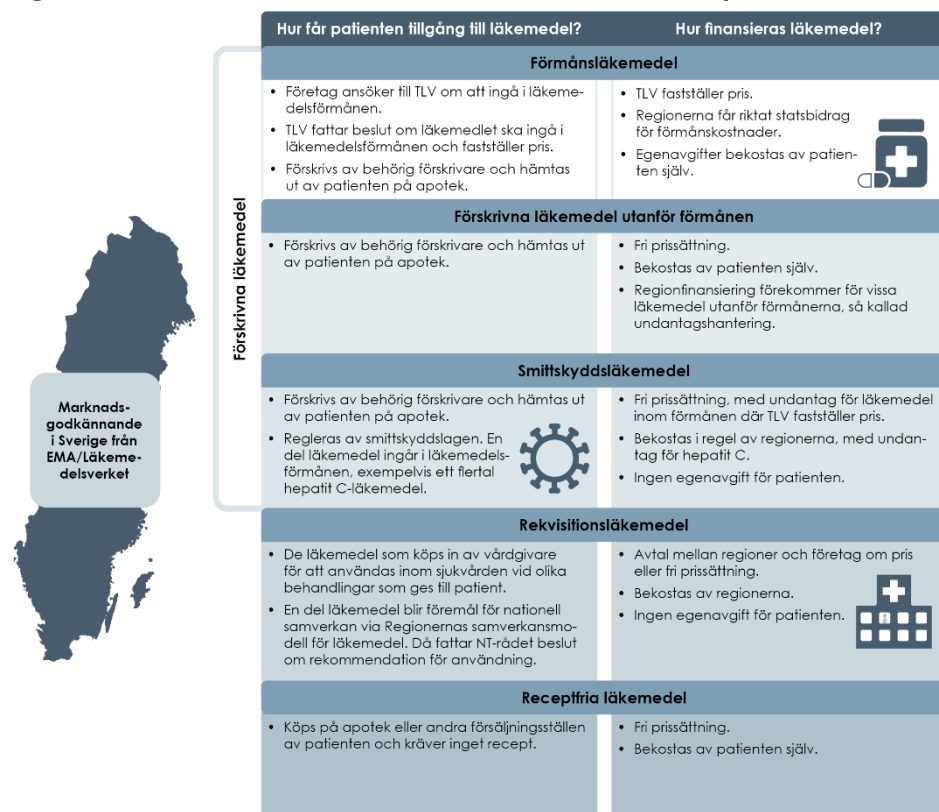
The government has recently proposed an adjustment to the high-cost threshold in the national benefits scheme. If the proposed adjustment is implemented as planned, and based on 2024 data, this would result in increased patient co-payments and, consequently, a reduction in benefit-related costs by approximately SEK 2 billion annually during the period 2026–2028. The forecast has not been adjusted for the proposed change.

Den svenska läkemedelsmarknaden

För att ett läkemedel ska få säljas i Sverige krävs² ett marknads-godkännande. Läkemedelsföretag ansöker om godkännande hos antingen den nationella myndigheten, Läkemedelsverket, eller den europeiska läkemedelsmyndigheten, EMA.³ Ett grundläggande krav för godkännande är att läkemedlet är av god kvalitet och ändamålsenligt⁴.

Lite förenklat kan man dela upp den svenska läkemedelsmarknaden i fem områden: förmånsläkemedel, förskrivna läkemedel utanför förmånen, smittskyddsläkemedel, rekvisitionsläkemedel och receptfria läkemedel (Figur 1).

Figur 1. Den svenska läkemedelsmarknaden fördelad på fem områden



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

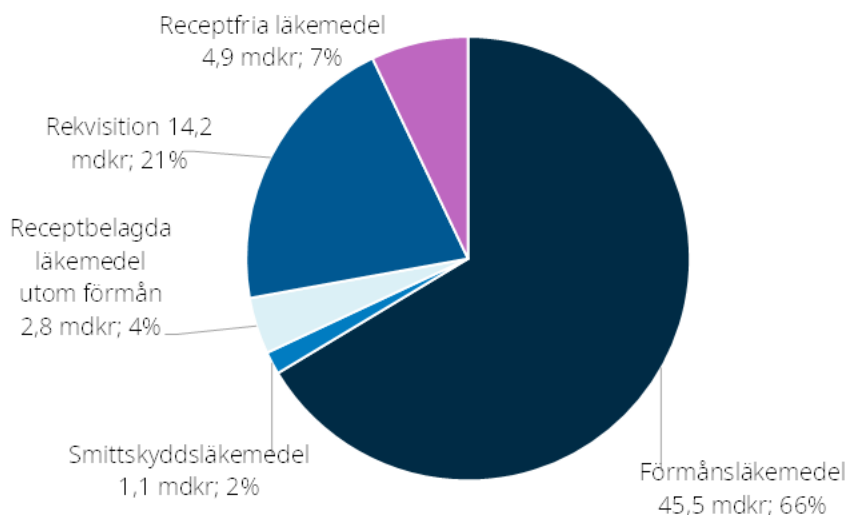
³ Europeiska läkemedelsmyndigheten ansvarar för centrala ansökningar om godkännande för försäljning. När godkännandet har beviljats av Europeiska kommissionen är det giltigt i alla EU:s medlemsländer samt Island, Liechtenstein och Norge. Det finns även andra processer för godkännande. Mer information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

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

Läkemedelsmarknaden omsatte 68,5 miljarder kronor i Sverige 2024 (figur 2). Försäljningen presenteras i apotekens utförsäljningspris (AUP) exklusive moms. Läkemedel som förskrivs inom förmånerna står för den största andelen av dessa kostnader, motsvarande 66 procent av den totala omsättningen.

Figur 2. Läkemedelsförsäljningen i Sverige 2024 (AUP exklusive moms)

Figuren visar endast försäljning av läkemedel, ej handelsvaror.



Källa: E-hälsomyndigheten

Förmånsläkemedel omfattar de läkemedel som förskrivs på recept och som expedieras inom förmånerna på öppenvårdsapotek. Kostnaden för förmånsläkemedel delas mellan regionen och patienten. År 2024 stod regionerna för 82 procent av kostnaderna för förmånsläkemedel medan patienterna stod för 18 procent. Regionerna får ett riktat statsbidrag för läkemedel och handelsvaror inom förmånerna enligt en årlig överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) [1].

Försäljningen av förmånsläkemedel uppgick 2024 till 45,5 miljarder kronor⁵ och utgör cirka 66 procent av läkemedelsmarknaden. Patienterna betalar en egenavgift för läkemedel och handelsvaror inom förmånerna. När företag förlorar ensamrätt över att få sälja originalläkemedlet kan andra företag sälja likvärdiga läkemedel (generiska läkemedel). Det läkemedel som har lägst pris varje månad utses till periodens vara. Apoteken måste erbjuda att byta till periodens vara eller någon av reserverna.⁶ Det finns dock en möjlighet för patienten att i vissa fall välja ett dyrare utbytbart läkemedel, och då

⁵ I AUP och inkluderar förmånskostnad, egenavgifter, och merkostnad.

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

betalar patienten mellanskillnaden. Denna kostnad kallas för merkostnad⁷ och stod för 0,3 procent av kostnaderna för förmånsläkemedel 2024.

Förskrivna läkemedel utanför förmånerna (utom smittskyddsläkemedel) bekostas i regel av patienten själv och köps på apotek. Regionfinansiering förekommer för vissa av dessa läkemedel utanför förmånerna, så kallad undantagshantering. Kostnaderna för receptbelagda läkemedel utanför förmånerna uppgick 2024 till 2,8 miljarder kronor, vilket utgör cirka 4 procent av totalmarknaden.

Rekvissionsläkemedel är läkemedel som rekvireras av och används inom sjukvården, främst på sjukhus, men även inom andra vårdformer. Dessa läkemedel bekostas främst av regionerna. Det finns ingen nationell process för prissättning av rekvisitionsläkemedel på det sätt som det gör för förmånsläkemedel. I stället kan priserna förhandlas mellan regioner och företag och kan därför skilja sig åt mellan olika regioner. Inom regionernas samverkansmodell för läkemedel hanteras dock ett antal nationellt förhandlade avtal gällande rekvisitionsläkemedel. Om en region inte har avtalat om ett pris råder fri prissättning på läkemedlen. Kostnaderna för rekvisitionsläkemedel uppgick 2024 till 14,2 miljarder kronor, vilket utgör cirka 21 procent av totalmarknaden⁸.

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

Staten och regionerna har kommit överens om en fördelning av kostnaderna för hepatit C-läkemedel, som står för en stor andel av kostnaden för smittskyddsläkemedel. Denna överenskommelse innebär att staten ersätter regionerna för en del av kostnaden för behandling av hepatit C [1]. Kostnaderna för smittskyddsläkemedel uppgick 2024 till 1,1 miljarder kronor, vilket utgör cirka 2 procent av totalmarknaden.

Receptfria läkemedel som säljs på apotek och i detaljhandel bekostas direkt av patienten. Kostnaderna för de receptfria läkemedel som säljs på apotek uppgick 2024 till 4,9 miljarder kronor exklusive moms, vilket utgör cirka 7 procent av totalmarknaden. Läkemedel som säljs i detaljhandeln ingår inte i denna redovisning.

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

⁸ Inkluderar öppenvård-rekvosition, liksom skolhälsovård, apoteksombud, skeppsapotek, försvarsmakten, fristående vårdmottagningar, veterinärstationer mm.

Förmånsläkemedel

Alla kostnader i denna rapport redovisas i löpande priser, vilket är i enlighet med tidigare års rapporter. Kostnaderna redovisas som så kallade förmåns-kostnader, utan egenavgifter och merkostnader, om inte annat anges. Flera läkemedel har återbäringsavtal som innebär att företaget betalar tillbaka en del av kostnaden för läkemedlet. Avtalen gör att läkemedel kan bedömas vara kostnadseffektiva och möjliggör att läkemedel som troligen inte skulle subventioneras givet de officiella priserna, ändå kan ingå i förmånerna. Återbäringsavtalen är sekretessbelagda och därför presenteras kostnaderna i denna rapport före avdragen återbärning, vilket innebär att de faktiska kostnaderna är lägre. TLV har i uppdrag att ta fram en långsiktig prognos för besparingen från återbäringsavtal för innevarande år och tre år framåt, vilket tillsammans med denna prognos visar den faktiska kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånerna.⁹ Kostnaderna presenteras också utan justering för regeringens föreslagna uppdatering av högkostnadsskyddet [2], som istället hanteras under rubriken *Föreslagen justering av högkostnadsskyddet för läkemedel* i avsnittet *Prognos*.

Historisk kostnadsutveckling

Läkemedelsförsäljningen påverkas av flera olika faktorer. Exempel på sådana faktorer är:

- introduktion av nya läkemedel
- ändrade indikationer för läkemedel
- förändrad läkemedelsanvändning, till exempel till följd av nya behandlingsrekommendationer eller förändrad praxis.
- patentutgångar och efterföljande introduktion av generiska läkemedel eller biosimilarer¹⁰
- faktorer av engångskaraktär, till exempel omprövningar av subventionsstatus, TLV:s regelförändringar, prispförändringar
- avtal mellan regioner och företag om återbärning av kostnader för läkemedel som kan påverka val av läkemedel och volym av användningen
- omvärldsfaktorer så som inflation, kronkurs, restsituationer etcetera.

Under de senaste åren har kostnaderna för läkemedel ökat, framför allt genom att nya och mer kostsamma läkemedel har lanserats. Många av dessa nya läkemedel tillför stor nytta, exempelvis genom bättre behandlingsresultat än tidigare eller genom att de fyller ett behov där det tidigare har saknats behandlingsalternativ. De kan förbättra patientens hälsa, och leda till kostnadsbesparingar inom annan vård. Däremot visar en studie att införandet

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

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

av nya läkemedel i England har minskat hälsan hos befolkningen i stort, vilket beror på att annan vård trängs undan när nya kostsamma läkemedel introduceras [3]. Denna redovisning är avgränsad till endast kostnader för läkemedelsförsäljningen.

Total försäljning inom läkemedelsförmånerna uppgick 2024 till 46,9 miljarder kronor inklusive egenavgifter, eller till 38,7 miljarder kronor när egenavgifter exkluderats (Tabell 1). Detta innebär en ökning på 11 respektive 10 procent. Egenavgiften som andel av försäljningen inom förmånerna av läkemedel och handelsvaror har minskat över tid. Detta kan bland annat bero på att nya dyra läkemedel används av patienter som redan ligger högt i högkostnadstrappan. Under 2023 och 2024 ökade dock egenavgifterna, både totalt sett och som andel av försäljningen inom förmånerna. Detta är troligen en följd av att taket i högkostnadsskyddet för läkemedel och handelsvaror inom förmånerna höjdes betydande dessa år, i förhållande till tidigare år.¹¹

Tabell 1. Total försäljning inom läkemedelsförmånerna

Miljoner kronor och årlig ökningstakt (%)

Segment	2021	2022	2023	2024
Total förskrivning inom förmånerna samt egenavgifter inklusive moms	36 230 (1 %)	38 383 (6 %)	42 422 (11 %)	46 924 (11 %)
Total förskrivning inom förmånerna inklusive moms	29 999 (2 %)	31 799 (6 %)	35 008 (10 %)	38 662 (10 %)
<i>varav läkemedel</i>	28 529 (2 %)	30 338 (6 %)	33 545 (11 %)	37 129 (11 %)
<i>varav handelsvaror</i>	1 470 (-6 %)	1 461 (-1 %)	1 463 (0 %)	1 533 (5 %)

Källa: E-hälsomyndigheten

Kostnaderna för endast läkemedel inom läkemedelsförmånerna exklusive egenavgifter utgjorde en majoritet av kostnaderna inom förmånerna 2024 och uppgick till 37,1 miljarder kronor. Det innebar en ökning med 11 procent jämfört med föregående år. Handelsvaror som förskrevs inom förmånerna utgjorde en liten del av kostnaderna och uppgick 2024 till 1,5 miljarder. Det var en marginell ökning jämfört med föregående år.

Eftersom flera läkemedel har återbäringsavtal var den faktiska kostnaden lägre. TLV har beräknat återbäringen till 3,8 miljarder kronor för 2024 (inkluderar även vissa hepatit C-läkemedel) [4].

Kostnaderna för läkemedel inom förmånerna har ökat med 190 procent sedan år 2000, eller i genomsnitt knappt 5 procent per år. Det är framför allt

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

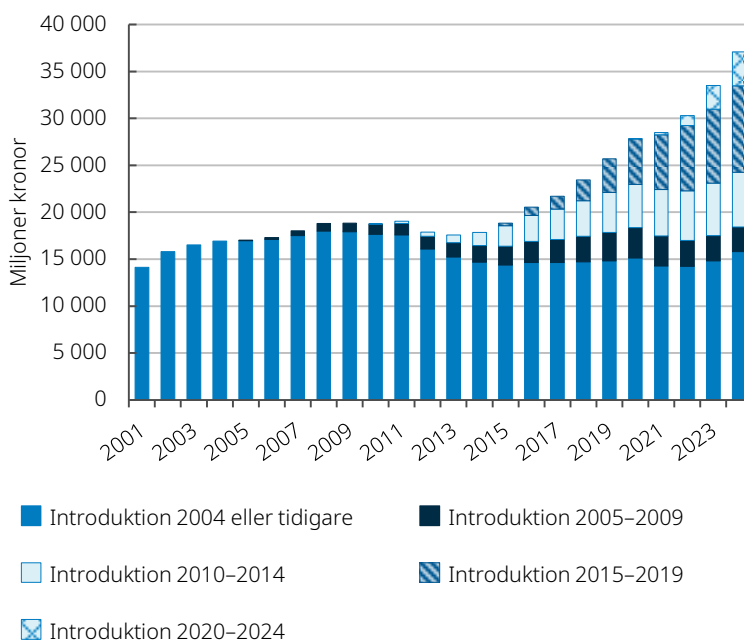
under den senaste tioårsperioden som kostnadsökningarna skett i högre takt – i genomsnitt nästan 8 procent per år. Kostnadsökningen på 11 procent årligen under 2023 och 2024 är hög ur ett historiskt perspektiv. Det kan dels härledas till nya läkemedel för ovanliga sjukdomar vid bland annat cystisk fibros, Skelleftesjukan och hemofili A, dels prisförändringar till följd av engångshöjningar av takpriser för vissa läkemedel i periodens vara-systemet under 2023 samt höjningen av handelsmarginalen 2024 [5, 6]. Den höga inflationen och svaga svenska kronan tros ha påverkat priserna på läkemedel både inom och utanför periodens vara-systemet.

Figur 3 visar kostnadsutvecklingen för läkemedel inom förmånerna och andelen av försäljningen uppdelad på när läkemedlet introducerades i förmånerna.¹² Introduktion i förmånerna definieras som det år då läkemedelsuttag inom förmånerna först gjordes. Det bör noteras att licensläkemedel kan ha försäljning inom förmånerna innan TLV fattar beslut om att ett godkänt läkemedel med samma substans ska ingå i förmånerna. Nyligen introducerade läkemedel står under de första åren efter introduktion i regel för en allt större andel av de totala kostnaderna. Över tid minskar dock dessa läkemedels påverkan på de totala kostnaderna. Under 2023 och 2024 ökade kostnaderna även för äldre läkemedel som introducerades 2004 eller tidigare. Det kan bland annat bero på att dessa läkemedel påverkades i stor utsträckning av de takprishöjningar och den höjning av handelsmarginalen som TLV genomförde under 2023 och 2024. Läkemedel som introducerats de senaste tio åren står för majoriteten av kostnadsökningarna under 2024 (68 procent).

¹² Sett till år med första registrerad försäljning per substans på ATC-nivå 5 (7-ställig kod). Kostnader för läkemedel utan gruppering och som saknas i varuregistret, enligt Concise, kategoriseras som introducerade före 2003 eftersom substansnamn på ATC-nivå 5 saknas. Detta påverkar främst äldre kostnadsdata. Efter 2005 står dessa två kategorier för en mycket liten andel av den totala försäljningen (mindre än 1 procent).

Figur 3. Total försäljning förmånläkemedel 2001–2024 fördelat på när försäljning inom förmånerna först gjordes

Exklusive egenavgifter och merkostnader, i löpande priser



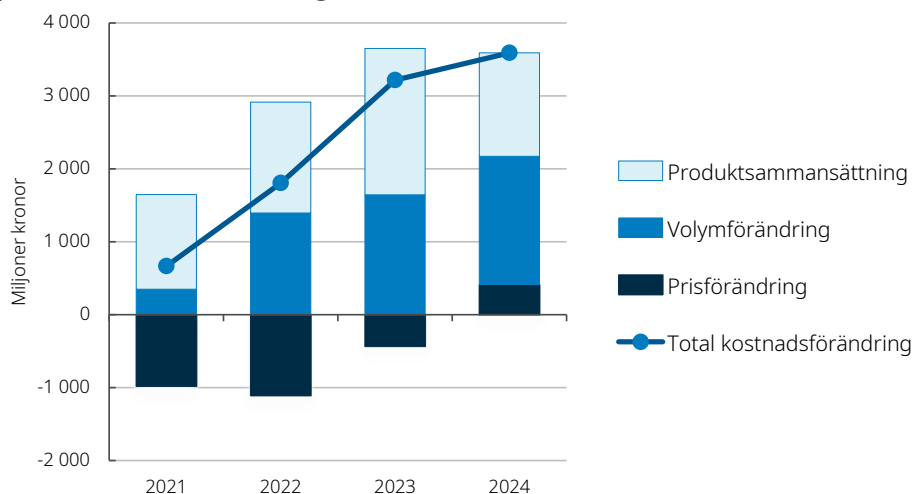
Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsen

Den höga takten på kostnadsökningen under 2024 drevs av volymändringar samt introduktion av nya läkemedel

För att kategorisera kostnadsutvecklingen har tre viktiga kostnadsdrivande faktorer analyserats: volymförändringar, prisförändringar och förändringar i produktsammansättningen. Metodiken är beskriven i bilaga 2.¹³ I Figur 4 illustreras hur de tre faktorerna påverkade kostnadsutvecklingen under tidsperioden 2021–2024.

¹³ Obs! Metodändring från och med denna publicering.

Figur 4. Årlig kostnadsförändring för förmånsläkemedel 2021–2024 uppdelat på volymförändringar, prisförändringar och förändringar i produktsammansättning



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

Med årlig förändring i produktsammansättning menas kostnader för enskilda produkter som har tillkommit (ökar kostnaderna) eller försvunnit (minskar kostnaderna)¹⁴. Historiskt sett har nettoeffekten av produktsammansättningen inneburit ökade kostnader. Detta beror på att fler läkemedel introduceras än vad som slutar säljas, och att nya läkemedel ofta har ett högre pris. Bland annat har nya läkemedel vid cystisk fibros och Skelleftesjukan haft stor påverkan på kostnadsutvecklingen under senaste åren. Förändringen i produktsammansättningen har varit den mest kostnadsdrivande faktorn under de senaste åren med undantag för 2024, då volymförändringens effekt var störst.

Med volymförändringar avses årlig förändring i kostnad, som beror på variationer i volym samtidigt som priset hålls konstant. Volymförändringen uttrycks som kostnadsökning till följd av ökad volym, vilket gör att förhållandevis små volymökningar av dyra läkemedel får stor kostnadspåverkan. Volymförändringarnas effekt på kostnadsförändringen var som störst 2024, men den har varit en stor bidragande faktor även under 2022–2023.

Med prisförändringar avses hur ändrade priser från ett år till ett annat påverkar kostnaderna givet att volymen hålls konstant. Priser kan öka för vissa produkter och minska för andra. I Figur 4 presenteras nettoeffekten av prisförändringarna. Under 2021–2023 dämpade prisförändringarna kostnadsökningarna, vilket tros vara en kombination av prissättningsmekanismen inom periodens vara-systemet, stora patentutgångar med efterföljande priskonkurrens samt pandemins påverkan. Under 2023

¹⁴ Obs! Ändring i definitionen från och med denna publicering, se bilaga 2.

mattades prispförändringens kostnadsdämpande effekt av. Det förklaras av påverkan från en del prisdrivande faktorer, liksom den höga inflationen i Sverige och omvärlden, den svaga svenska kronan och det osäkra säkerhetsläget som tros ha bidragit till ökade läkemedelspriser genom högre kostnader för produktion och distribution av läkemedel. Den kostnadsdämpande effekten under 2021–2023 övergick till en kostnadsdrivande effekt under 2024. En förklaring till denna förändring är engångshöjningar av takpriset för utbytbara läkemedel inom periodens vara-systemet och den höjning av handelsmarginalen som TLV genomförde under 2023 och 2024. Dessa justeringar minskade prissättningsmekanismens påverkan inom periodens vara-systemet, vilket i sin tur bidrog till kostnadsökningen.

Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar stod 2024 för störst andel av kostnadsökningarna

För att bättre förstå utvecklingen av läkemedelskostnaderna och därav göra bättre avvägningar för prognosantaganden om utvecklingen framåt, delar vi upp läkemedel inom förmånerna i sex läkemedelsområden, samt ett område för övriga läkemedel (Tabell 2 och Bilaga 4).¹⁵ Området Övriga läkemedel omfattar många olika läkemedel som inte är kostnadsdrivande enskilt, men som säljs i stora volymer, vilket gör att detta område har den största försäljningen. Bland läkemedelsområdena var Nervsystemets läkemedel det område som hade högst förmånskostnad under 2024. Därefter följde Hjärt- och kärlläkemedel, Onkologiläkemedel samt läkemedel inom området Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar (UFBLI), som hade nästan lika stora förmånskostnader. Sett till ökningstakten är dock andra områden mer kostnadsdrivande. Exempelvis ökade kostnaden för Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar med 24 procent 2024. Även områdena UFBLI och Diabetesläkemedel hade en hög ökningstakt.

Tabell 2. Förmånskostnad per läkemedelsområde 2020–2024

Miljoner kronor och årlig ökningstakt (%)

Läkemedelsområde	2020	2021	2022	2023	2024
Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar	1 105 (12 %)	1 136 (3 %)	1 550 (36 %)	2 621 (69 %)	3 238 (24 %)
Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar	3 466 (7 %)	3 637 (5 %)	3 854 (6 %)	4 440 (15 %)	4 952 (12 %)
Diabetesläkemedel	2 290 (11 %)	2 543 (11 %)	2 944 (16 %)	3 221 (9 %)	3 685 (14 %)

¹⁵ 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 4.

Läkemedelsområde	2020	2021	2022	2023	2024
Onkologiläkemedel	4 079 (18 %)	4 434 (9 %)	4 456 (0 %)	4 558 (2 %)	4 951 (9 %)
Hjärt- och kärl-läkemedel	3 623 (12 %)	3 766 (4 %)	4 088 (9 %)	4 514 (10 %)	4 954 (10 %)
Nervsystemets läkemedel	5 347 (5 %)	5 019 (-6 %)	5 177 (3 %)	5 545 (7 %)	6 039 (9 %)
Övriga läkemedel	7 953 (4 %)	7 994 (1 %)	8 270 (3 %)	8 646 (5 %)	9 311 (8 %)
Totalt läkemedel	27 863 (8 %)	28 529 (2 %)	30 338 (6 %)	33 545 (11 %)	37 129 (11 %)

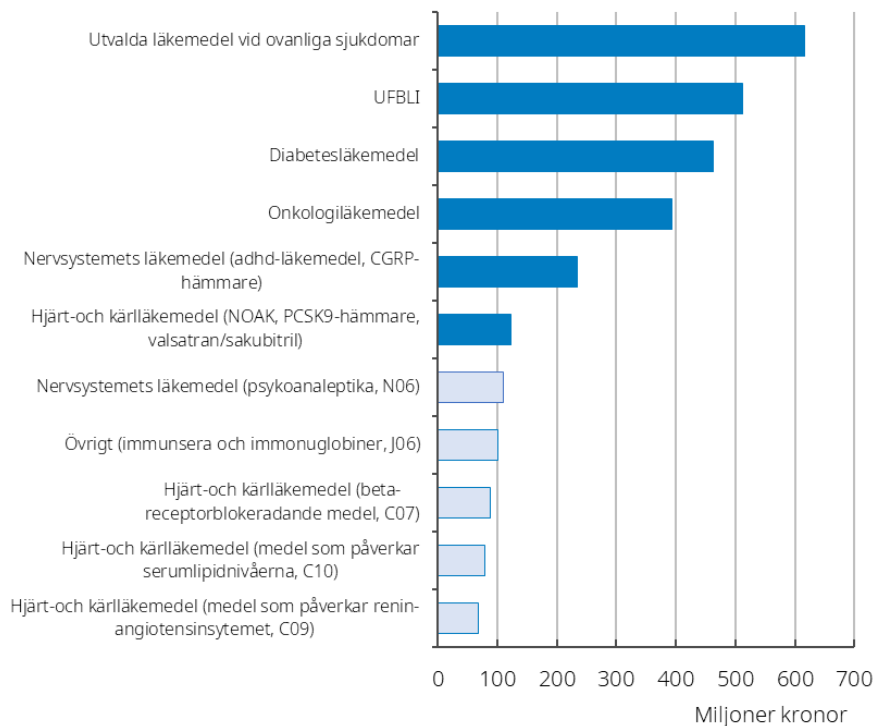
Källa: E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsens prognos

Inom dessa områden finns läkemedel och läkemedelsgrupper som har haft stor kostnadspåverkan och dessa granskas närmare i denna rapport. För att bättre kunna prognostisera kostnaderna analyseras i viss utsträckning även läkemedel och läkemedelsgrupper som förväntas avvika från historisk försäljningsutveckling och medföra stor påverkan på kostnaderna. För läkemedelsområdena Nervsystemets läkemedel och Hjärt- och kärl-läkemedel finns stora grupper av läkemedel som inte granskas närmare utan antas följa den historiska försäljningstrenden. Detsamma gäller området Övriga läkemedel.

I Figur 5 presenteras läkemedel och läkemedelsgrupper som i hög grad drev kostnadsförändringen 2023–2024. Mörkblå staplar visar läkemedelsgrupper och läkemedel som granskas närmare. Ljusblå staplar visar de fem grupper på ATC-nivå 2 med störst kostnadsförändring bland de läkemedel som inte har granskats närmare.

Figur 5. Kostnadsdrivande grupper av läkemedel 2024

Varje stapel visar kostnadsförändringen 2023–2024 i miljoner kronor. Mörkblå staplar visar kostnadsförändringen för läkemedel som granskas närmare i denna rapport. De ljusblå staplarna representerar de fem grupperna på ATC-nivå 2 med störst kostnadsförändring bland de läkemedel som ej granskas i detalj, inom nervsystemet, hjärt- och kärl samt gruppen Övriga läkemedel.



Förklaring: UFBLI = utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar

Källa: E-hälsomyndigheten

Bland granskade läkemedel och läkemedelsgrupper var kostnadsökningarna störst för Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar, där bland annat nya läkemedel vid Skelleftesjukan påverkade kostnadsutvecklingen, men även andra läkemedel med hög kostnadspåverkan ingår i detta område. Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar, särskilt IL-hämmare, stod för en betydande kostnadsökning under 2024, till följd av ökad användning. Dock mildrades denna ökning av prisnedgångar, främst till följd av en patentutgång med stor påverkan under 2024 samt till följd av fortsatt priskonkurrens bland TNF-hämmarna. Även området Diabetesläkemedel ökade mycket och kostnadsutvecklingen drevs främst av en ökad användning av läkemedel vid typ 2-diabetes (GLP1-analoger och SGLT2-hämmare). Kostnadsökningen för Onkologiläkemedel mildrades något av patentutgången för pomalidomid under hösten 2023. Inom Nervsystemets läkemedel drevs kostnadsökningen främst av ökad användning av adhd- och migränläkemedel. För Hjärt- och kärläkemedel bidrog ett ökande antal patienter behandlade med PCSK9-hämmare, valsartan/sakubitril och NOAK till kostnadsökningarna, men denna ökning dämpades av prissänkningar efter att generika introducerats för vissa NOAK-läkemedel.

För övriga läkemedel med stor kostnadspåverkan, uppdelat på ATC-nivå 2, var det främst psykoanaleptika (ingår i Nervsystemets läkemedel) som bidrog till kostnadsökningar under 2024, och däribland antidepressiva läkemedel. För övriga Hjärt- och kärlläkemedel kan ökade kostnader för betablockerare, som bland annat används vid högt blodtryck, och statiner, som används vid höga blodfetter, nämnas. Inom området Övriga läkemedel ökade humant immunglobulin mycket, till följd av både pris- och volymökningar. Ökningen av de genomsnittliga prisnivåerna för läkemedel som inte granskas närmare i denna rapport, som började under 2023, fortsatte även under 2024. Dessa läkemedel är inte enskilt kostnadsdrivande men säljs i stora volymer, vilket gör att även små prisförändringar kan ha en betydande kostnadspåverkan. Prisökningen beror bland annat på engångshöjningar av takpriset för utbytbara läkemedel inom periodens vara-systemet och höjningen av handelsmarginalen, men även yttre faktorer såsom hög inflation och den svaga svenska kronan tros ha bidragit.

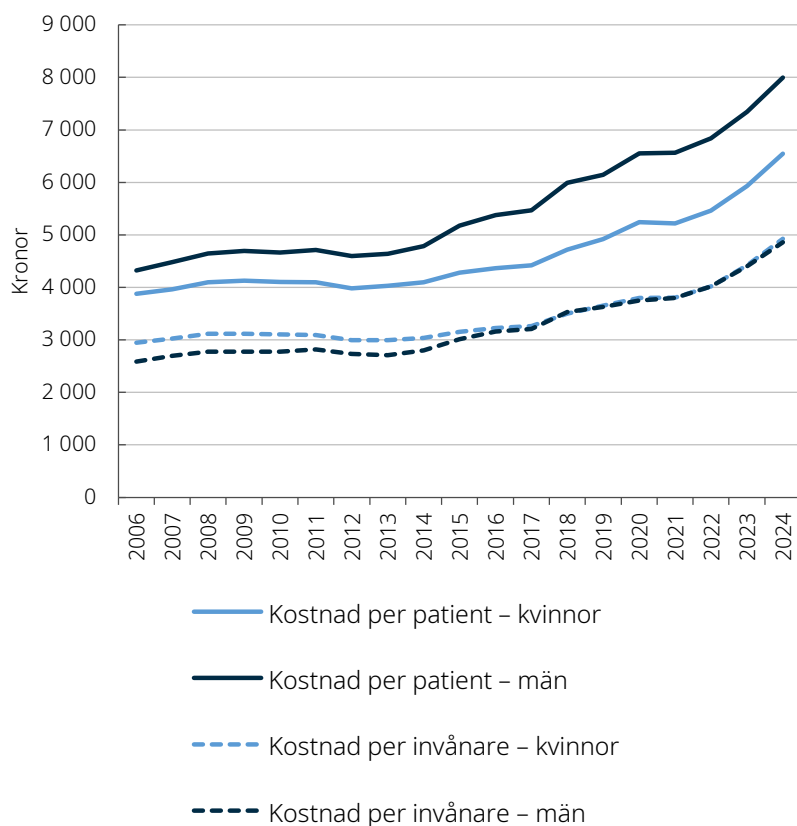
Skillnader i läkemedelskostnader mellan kvinnor och män

Kostnaden per invånare och patient ökar för både kvinnor och män

Kostnaden per invånare och kostnaden per patient har ökat sedan 2014 (Figur 6).¹⁶ Kvinnor har historiskt stått för en något högre andel av kostnaden per invånare, men kostnadsökningen har varit snabbare för män, vilket har gjort att skillnaderna mellan kvinnor och män har minskat över tid. En större andel kvinnor hämtar ut läkemedel jämfört med män – 75 procent av kvinnorna och 61 procent av männen 2024 – vilket gör att mönstret ser annorlunda ut för kostnaden per patient: kostnaden per patient är högre för män än kvinnor. År 2014 var kostnaden per patient cirka 4 100 kronor för kvinnor och 4 800 kronor för män, och ökade till 6 500 kronor respektive 8 000 kronor 2024. De senaste tre åren har dock skillnaden minskat något. Mellan 2023 och 2024 var ökningstakten per patient 10,3 procent för kvinnor och 8,8 procent för män.

¹⁶ Kostnaden inkluderar alla läkemedel uthämtade på recept och är inte begränsad till förmånerna. Antalet patienter omfattar alla personer med minst ett uttag av receptläkemedel under året.

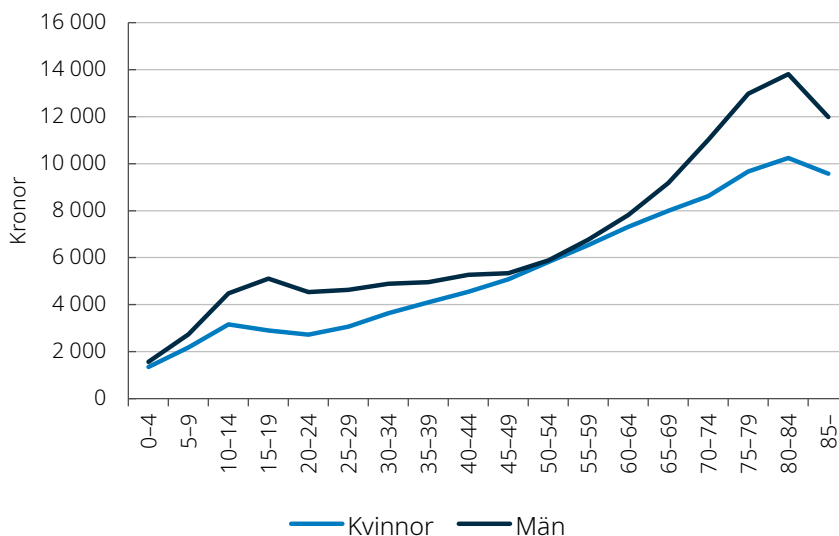
Figur 6. Försäljningskostnad för receptläkemedel (AUP) per patient och per invånare, för kvinnor respektive män, 2006–2024



Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsen

Läkemedelskostnaden för receptbelagda läkemedel i olika åldersgrupper skiljer sig åt mellan könen (Figur 7). Under 2024 var läkemedelskostnaden per patient högre för män än för kvinnor i alla åldrar. Skillnaden är som störst i åldern 10–34 år och från 65-årsåldern och uppåt.

Figur 7. Försäljningskostnad för receptläkemedel per patient för kvinnor respektive män, 2024



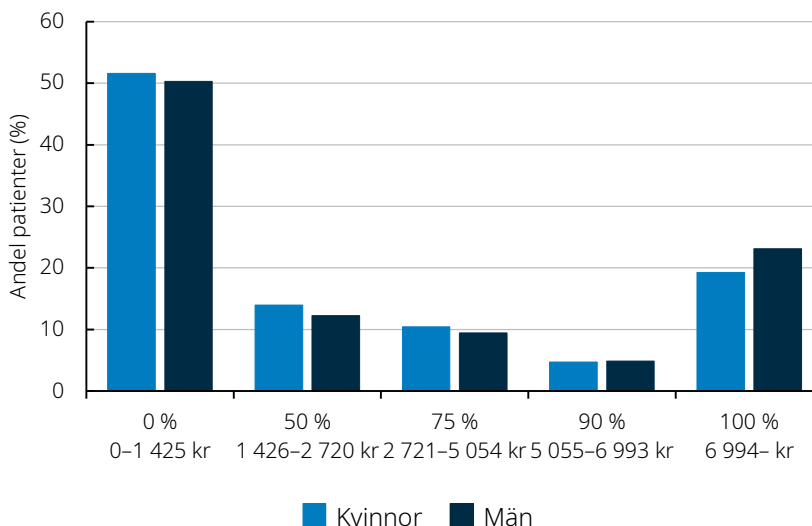
Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsen

Skillnader i egenavgift för förmånsläkemedel mellan könen

Under 2024 hämtade en högre andel kvinnor ut förmånsläkemedel inom de lägre rabattnivåerna¹⁷ i högkostnadstrappan, medan en högre andel män befann sig på den högsta nivån (Figur 8).

Figur 8. Andel patienter per rabattnivå i högkostnadstrappan.

Diagrammet visar andelen kvinnor och män över 18 år som har hämtat ut läkemedel inom respektive rabattnivå (0–100 %) i högkostnadstrappan.



Källa: Läkemedelsregistret

¹⁷ Rabattnivåer har beräknats utifrån patienters läkemedelsuttag under 2024 och inte efter respektive patients högkostnadsperiod.

En konsekvens av att kvinnors läkemedelskostnader är lägre är att de betalar en större andel av kostnaderna för förmånsläkemedel själva, som egenavgift. Under 2024 betalade kvinnor i snitt 19,8 procent av läkemedelskostnaden som egenavgift, jämfört med männens 15,4 procent.¹⁸ Männerna betalade dock en något högre egenavgift i kronor, i snitt 1 437 kr per manlig patient jämfört med 1 414 kr per kvinnlig patient.¹⁹

Svårt att utvärdera skillnaderna

Skillnader i läkemedelsanvändning kan, men behöver inte, tyda på ojämlikhet. Vissa sjukdomar drabbar endast det ena könet eller har högre förekomst hos det ena könet. Skillnader kan också vara ett uttryck för att vården är behovs- och individanpassad. Förskrivarens medicinska bedömning, som ligger till grund för val av behandling, ska utgå från patientens individuella behov. Hänsyn tas bland annat till sjukdomens svårhetsgrad och till samsjuklighet. Läkemedel kan ha egenskaper som gör dem olämpliga för vissa patienter, till exempel interaktioner med andra läkemedel eller biverkningar som inte kan tolereras. Utifrån våra data kan vi dock inte säga vad som är en jämlik fördelning av kostnaderna.

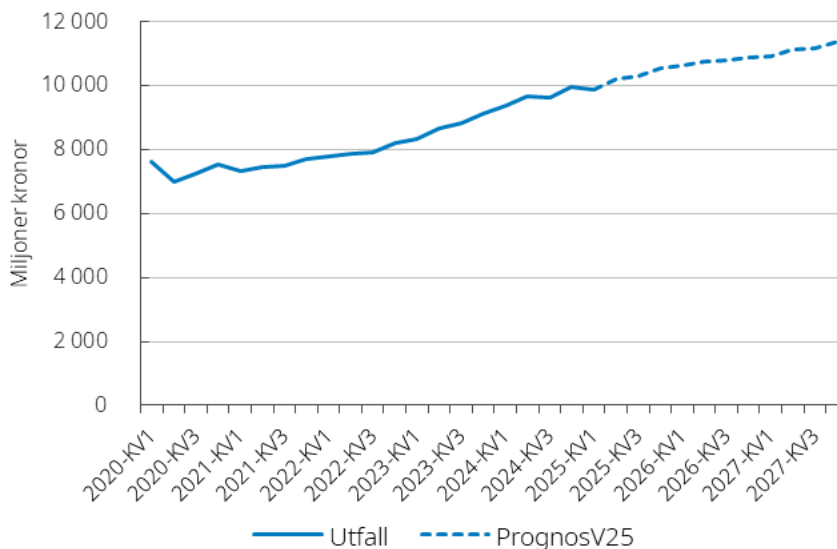
Prognos

Totala kostnader inom förmånerna väntas fortsätta öka men i långsammare takt

Socialstyrelsen bedömer att kostnaderna inom förmånerna kommer att fortsätta öka, men i långsammare takt (Figur 9). Tabell 3 visar total prognostiserad utveckling 2025–2028. Prognosen bygger på data till och med första kvartalet 2025. Bedömningen av kostnadsutvecklingen grundas främst på analyser av den underliggande kostnadstrenden samt en rad faktorer som kan ha en kostnadsökande eller kostnadsdämpande effekt. Förmånskostnaderna inklusive moms och egenavgifter prognostiseras öka från 46,9 miljarder kronor 2024 till 49,5 miljarder kronor 2025, 52,1 miljarder kronor 2026, 54,1 miljarder kronor 2027, och 56,2 miljarder kronor 2028.

¹⁸ Data från Concise, E-hälsomyndigheten.

¹⁹ Data från Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Figur 9. Total förmånskostnad och prognos för läkemedel och handelsvaror inom läkemedelsförmånerna

Källa: E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsens prognos

Tabell 3. Total förmånskostnad och prognos 2024–2028

Miljoner kronor och årlig ökningstakt (%)

Segment	Utfall 2024	Prognos 2025	Prognos 2026	Prognos 2027	Prognos 2028
Total förskrivning inom förmånerna samt egenavgifter, inklusive moms	46 924 (11 %)	49 509 (6 %)	52 119 (5 %)	54 094 (4 %)	56 201 (4 %)
Total förskrivning inom förmånerna inklusive moms	38 662 (10 %)	40 989 (6 %)	43 123 (5 %)	44 675 (4 %)	46 405 (4 %)
<i>varav läkemedel</i>	37 129 (11 %)	39 446 (6 %)	41 534 (5 %)	43 054 (4 %)	44 750 (4 %)
<i>varav handelsvaror</i>	1 533 (5 %)	1 543 (1 %)	1 589 (3 %)	1 622 (2 %)	1 655 (2 %)

Källa: E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsens prognos

Förmånskostnaderna inklusive moms, men exklusive egenavgifter, väntas öka från 38,7 miljarder kronor 2024 till 41,0 miljarder kronor 2025, 43,1 miljarder kronor 2026 och 44,7 miljarder kronor 2027. År 2028 förväntas förmånskostnaderna öka till 46,4 miljarder kronor.

Denna prognos innebär en marginell ändring jämfört med den prognos som publicerades hösten 2024²⁰. Liksom i höstas förväntas den höga ökningstakten av förmånskostnaderna, som observerades under 2024, avta successivt under prognosperioden. Det finns flera övergripande faktorer

²⁰ Se bilaga 4 för utförligare utvärdering av tidigare prognoser gentemot utfallet 2024.

bakom denna avmattning. En bidragande faktor är att de kostnadsdrivande effekterna av TLV:s regeländringar, såsom takprishöjningarna under 2023 och höjningen av handelsmarginalen våren 2024, bedöms minska över tid. Samtidigt bör det understrykas att även om ökningstakten dämpas, väntas de höga prisnivåerna i stor utsträckning att bestå under hela prognosperioden. Bland andra faktorer som påverkar utvecklingen kan man exempelvis nämna TLV:s beslut att utesluta samtliga läkemedel för Fabrys sjukdom från läkemedelsförmånerna från och med augusti 2026²¹. Även kommande patentutgångar, exempelvis inom läkemedelsområdet hjärt- och kärlsjukdomar, kommer att ha en dämpande effekt på kostnadsutvecklingen.

Även påverkan från externa faktorer, såsom inflation och kronkurs som bidrog till kostnadsökningen under 2024, förväntas avta under prognosperioden. Det innebär att de faktorer som tidigare drev upp förmånskostnaderna inte längre har samma genomslag, vilket bidrar till att en mer dämpad kostnadsutveckling väntas framöver och i större utsträckning än vad som prognostiserades i höstas. Det kompenseras dock av att nya läkemedel har inkluderats i förmånerna och att antalet patienter som behandlas med befintliga läkemedel ökar mer än prognostiserats i höstas.

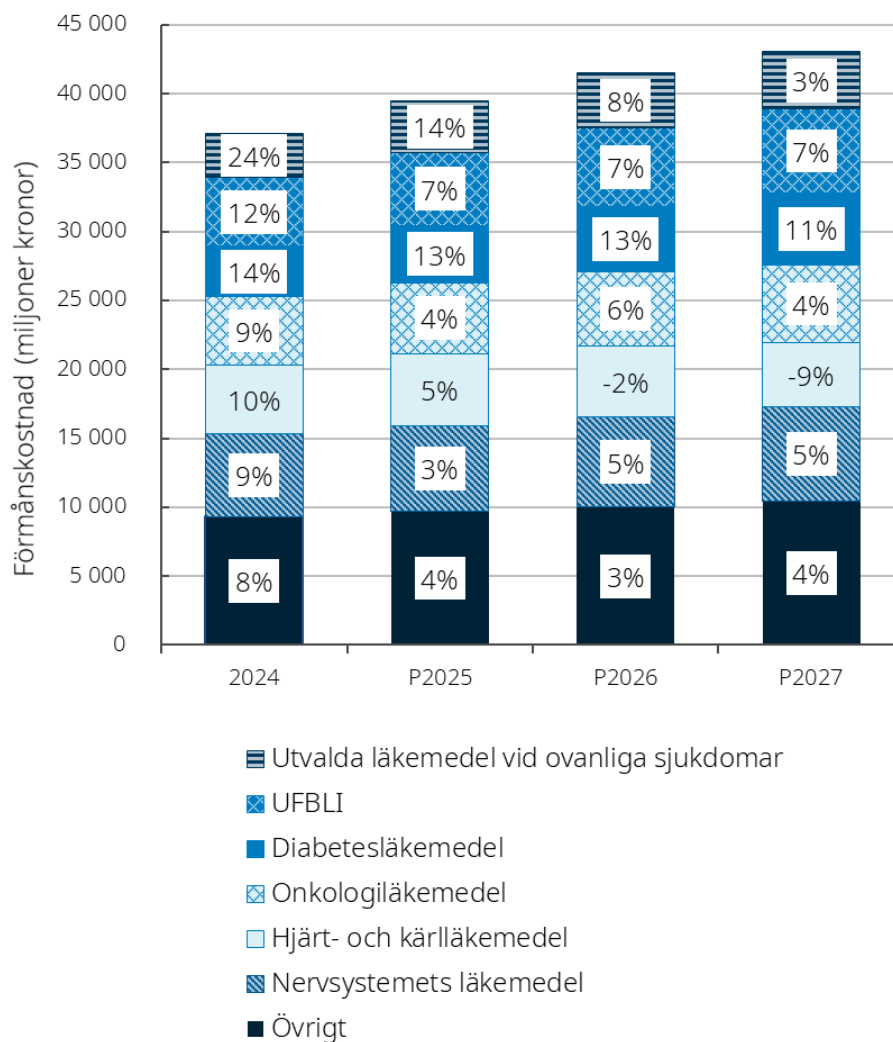
Kostnaden för handelsvaror antas öka svagt under prognosperioden och ha liten påverkan på de totala förmånskostnaderna.

Bakom den totala prognosen ligger prognoser och antaganden för de granskade läkemedel och läkemedelsgrupperna inom de sju läkemedelsområden som tidigare beskrivits. Det är tydligt att kostnadsökningar förväntas inom de flesta områden, även om orsakerna till dem och tillväxttakten för områdena skiljer sig åt. Detta illustreras i Figur 10, vilken visar prognostiserad förmånskostnad per år och område.

²¹ <https://www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/avslag-och-uteslutningar/arkiv/2025-01-30-samtliga-lakemedel-for-behandling-av-fabrys-sjukdom-utesluts-ur-hogkostnadsskyddet-efter-omprovning.html>

Figur 10. Prognos över kostnader för förmånsläkemedel uppdelat på läkemedelsområde

Procent i stapel anger årlig ökningstakt per läkemedelsområde



Källa: E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsens prognos

Här kan framför allt den höga ökningstakten för Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar lyftas. En av orsakerna till att området förväntas fortsätta öka i hög takt är att ett nytt läkemedel ingår i förmånerna för behandling av spinal muskelatrofi (SMA) från februari 2025. Även för Diabetesläkemedel förväntas en hög tillväxttakt under prognosperioden, vilket förklaras av bland annat utökade indikationer för icke-insuliner.

En viss avmattning förväntas i kostnadsökningen av Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar och Onkologiläkemedel. Kostnadsökningen för området Hjärt- och kärl läkemedel tros avta under 2025 och därefter minska till följd av sjunkande prisnivåer efter patentutgångar och efterföljande konkurrens. Att ökningstakten förväntas bli något lägre under prognosperioden inom områdena Övriga läkemedel och

Nervsystemets läkemedel beror framförallt på antagandet att ökningen av den genomsnittliga prisnivån för läkemedel, som enskilt inte är kostnadsdrivande men har stor kostnadspåverkan på grund av stora volymer, kommer att mattas av under prognosperioden.

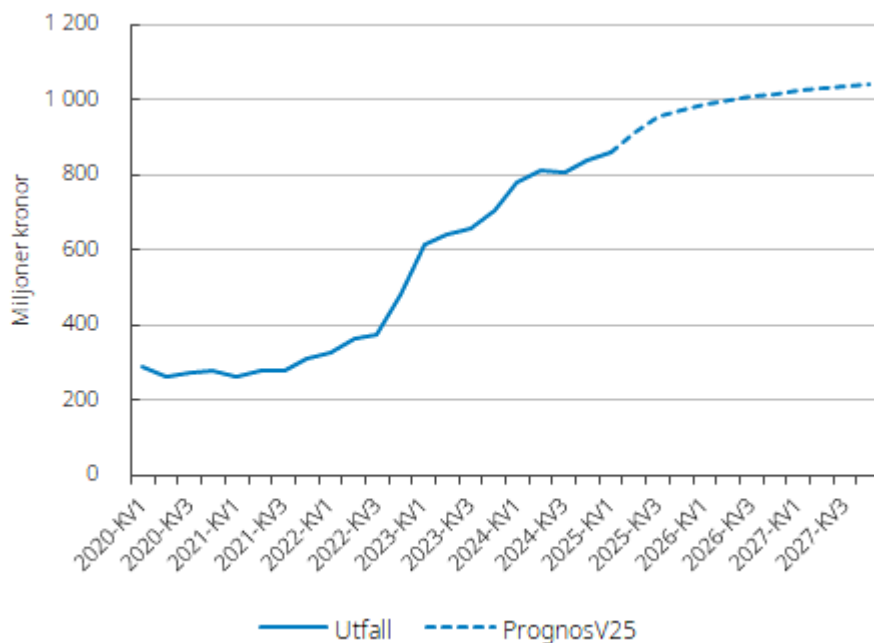
Föreslagen justering av högkostnadsskyddet för läkemedel

Regeringen har föreslagit en justering av trappan i högkostnadsskyddet för läkemedelsförmånerna [7]. Taket i högkostnadsskyddet och nivåerna i högkostnadstrappan regleras i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. och beräknas utifrån prisbasbeloppet. Om den föreslagna ändringen genomförs som planerat, skulle det, baserat på data från 2024, innebära att egenavgifterna höjs och förmånskostnaden därmed minskar med cirka 2 miljarder årligen 2026–2028. Prognosen har inte justerats för den föreslagna ändringen.

Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar

Ett begränsat antal patienter är aktuella för behandling med läkemedel mot ovanliga sjukdomar, men läkemedlen kan ha en stor kostnadspåverkan på grund av höga priser. I området ingår bland annat läkemedel vid SMA, hemofili A och B samt Skelleftesjukan (se bilaga 4 för en lista över de läkemedel som ingår i området). Ett antal av dessa läkemedel granskas mer detaljerat i prognosarbetet eftersom de har, eller förväntas få, en stor påverkan på kostnadsutvecklingen. I området finns också läkemedel vid cystisk fibros, där en nyligen rekommenderad indikationsutvidgning förväntas öka patientantalet inom den generella subventionen för dessa läkemedel [8].

Förmånskostnaderna för Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar uppgick till 3,2 miljarder kronor 2024. Fler patienter förväntas behandlas med dessa läkemedel, bland annat till följd av att nya läkemedel samt indikationsutvidgningar tillkommit i förmånerna, vilket gör det troligt att kostnaderna kommer att fortsätta öka. Socialstyrelsen prognostiserar att kostnaderna ökar till 3,7 miljarder kronor 2025, 4,0 miljarder kronor 2026 och 4,1 miljarder kronor 2027 (Figur 11 och Tabell 4).

Figur 11. Förmånskostnad och prognos för Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar

Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos

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

Miljoner kronor och årlig ökningstakt (%)

Läkemedelsområde	Utfall 2024	Prognos 2025	Prognos 2026	Prognos 2027
Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar	3 238 (24 %)	3 701 (14 %)	4 012 (8 %)	4 133 (3 %)

Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos

SMA – risdiplam (Evrysdi)

Spinal muskelatrofi (SMA) är en ovanlig, ärftlig sjukdom som påverkar nervcellerna i ryggmärgen och leder till att musklerna blir svagare och förlorar sin funktion. Sjukdomen har varit en del av nyföddhetscreeningen sedan 2023 och delas in i fyra svårighetsgrader. Risdiplam (Evrysdi) godkändes 2021 och ingår sedan 1 februari 2025 i förmånerna för behandling av 5q spinal muskelatrofi (SMA) hos patienter med SMA typ 1, typ 2 eller typ 3. De patienter som tidigare har behandlats med risdiplam som rekvisitionsläkemedel och vuxna som inte tidigare har behandlats prognostiseras sättas över till receptförskrivning i snabb takt.

Transtyretinamyloidos – tafamidis (Vyndaqel 61 mg) och vutrisiran (Amvuttra)

Det finns runt 450 personer i Sverige med ärftlig transtyretinamyloidos och en andel av dessa är aktuella för behandling med tafamidis och vutrisiran enligt nuvarande subventionsbegränsningar. Tafamidis subventioneras även för behandling av den förvärvade varianten av transtyretinamyloidos, också kallad vildtyp. Förekomsten av vildtyp är inte klarlagd och uppskattningar har visat att drygt 2 000 patienter kan ha sjukdomen i Sverige, men det är osäkert hur stor andel som har nytta av behandlingen [9]. Hur många personer som kan förväntas vara aktuella för behandling med tafamidis är därför okänt och priset för behandlingen är högt, vilket medför att osäkerheten i prognosen för förmånskostnaderna bedöms som hög. Cirka 460 patienter hämtade ut tafamidis vid ett eller flera tillfällen under 2024 – en ökning med 18 procent jämfört med 2023. En lägre ökningstakt prognostiseras framöver.

Introduktionen av vutrisiran har varit snabb och under 2024 stabiliserades antalet patienter som behandlas. Framöver prognostiseras därför en stabil användning.

Flera nya läkemedel kan bli aktuella för behandling av transtyretinamyloidos, till exempel akoramidis (Beyonttra) och eplontersen (Wainzua).

Hemofili A – emicizumab (Hemlibra)

Patienter med hemofili A (blödarsjuka typ A) har brist på koagulationsfaktor VIII, ett utav de protein som blodet behöver för att kunna koagulera. Ungefär 1 000 personer lever med hemofili A och B i Sverige. Behandling av hemofili A sker i huvudsak med koagulationsfaktor VIII-läkemedel. Sedan våren 2022 ingår förebyggande behandling med emicizumab (Hemlibra) i läkemedelsförmånerna med generell subvention.²² Antalet personer som hämtade ut emicizumab vid minst ett tillfälle ökade med 110 procent 2023 och 26 procent 2024. Fler patienter antas tillkomma under prognosperioden men med avtagande ökningstakt. Kostnaderna kommer även att öka i takt med att den yngre delen av patientpopulationen blir äldre, eftersom doseringen baseras på vikt. Ett ultralångverkande koagulationsfaktor VIII-läkemedel, efanesoktokog alfa (Altuvoct), har godkänts och kan tänkas ta över patienter och/eller nyinsättningar från emicizumab. Eftersom läkemedlet inte ingår i förmånerna och priset inte är känt är eventuell kostnadspåverkan oklar. Sammantaget prognostiserar Socialstyrelsen att kostnaderna kommer att fortsätta öka men i långsammare takt.

²² Tidigare subvention var begränsad till patienter med antikroppar mot faktor VIII-koncentrat, vilket inte hävts med upprepade immuntoleransbehandlingar (ITI).

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

I området Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar ingår såväl TNF-hämmare som flera andra läkemedelsgrupper med det gemensamt att de används vid kroniska inflammatoriska sjukdomar (se bilaga 4 för en lista över de läkemedel som ingår i området).

TNF-hämmare, som är den största läkemedelsgruppen mätt i antal patienter, används mestadels för ledsjukdomar²³ men även hud-²⁴ och tarmsjukdomar²⁵ är vanligt förekommande hos behandlade patienter. IL-hämmare är den näst största gruppen och utgör, liksom andra UFBLI, alternativ vid behandlings-svikt med TNF-hämmare eller när behandling med TNF-hämmare inte är lämplig. IL-hämmare hämtas ut även av patienter som har luftvägs-sjukdomar. JAK-hämmare används inte lika ofta som de andra grupperna och är vanligast för ledsjukdomar. Läkemedlen som ingår i gruppen övriga UFBLI²⁶ hämtas ofta ut av patienter som har hudsjukdomar men även led- och tarmsjukdomar.

Total kostnadsutveckling för Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar

Förmånskostnaderna för UFBLI uppgick 2024 till cirka 5 miljarder kronor, vilket är en ökning med 12 procent jämfört med 2023. Trots fortsatt volymtillväxt dämpades förmånskostnaderna något till följd av prisnedgångar efter en omfattande patentutgång hösten 2024. Volymtillväxten förklaras av både ökad användning av läkemedel som ingår i området samt indikationsutvidgningar.

Förmånskostnaderna inom området förväntas öka i en långsammare takt under prognosperioden jämfört med tidigare perioder. Detta beror främst på förväntade prisnedgångar till följd av priskonkurrens mellan biosimilarer, men även på en avmattning i tillväxten av antalet patienter. Patentutgångens effekt på kostnadsutvecklingen är dock mycket osäker.

Förmånskostnaderna prognostiseras att öka från 5 miljarder kronor 2024 till 5,3 miljarder kronor 2025, 5,7 miljarder kronor 2026 och 6,1 miljarder kronor 2027 (Figur 12 och Tabell 5). Även om IL-hämmarna står för den största kostnadsökningen inom området, förväntas JAK-hämmarna ha den högsta årliga ökningstakten, följt av gruppen övriga UFBLI – en utveckling som i hög grad drivs av ökad användning. Den kostnadsminskning som har observerats för TNF-hämmare under flera år, främst med anledning av

²³ Reumatoid artrit, psoriasisartrit, axial spondylartrit med flera.

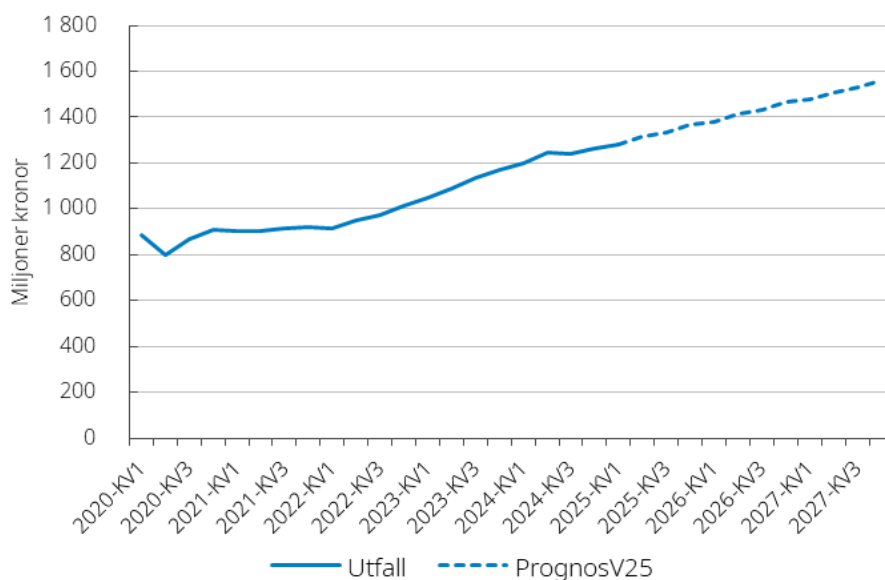
²⁴ Psoriasis, plurigo nodularis, atopisk dermatit med flera.

²⁵ Ulcerös kolit, Crohns sjukdom med flera.

²⁶ Abatacept, belimumab, apremilast, vedolizumab, omalizumab, ozanimod och tezepelumab.

användningen av biosimilarer till lägre kostnad än originalläkemedlen, förväntas under prognosperioden att övergå till en svag kostnadsökning.

Figur 12. Förmånskostnad och prognos för Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar (UFBLI)



Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos

Tabell 5. Förmånskostnad och prognos för Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar (UFBLI)

Miljoner kronor och årlig ökningstakt (%)

Läkemedelsområde	Utfall 2024	Prognos 2025	Prognos 2026	Prognos 2027
Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar	4 952 (12 %)	5 301 (7 %)	5 691 (7 %)	6 074 (7 %)
<i>varav TNF-hämmare</i>	1 218 (-6 %)	1 190 (-2 %)	1 190 (0 %)	1 228 (3 %)
<i>varav IL-hämmare</i>	2 273 (17 %)	2 404 (6 %)	2 608 (8 %)	2 764 (6 %)
<i>varav JAK-hämmare</i>	578 (26 %)	683 (18 %)	766 (12 %)	850 (11 %)
<i>varav övriga UFBLI</i>	883 (17 %)	1 024 (16 %)	1 128 (10 %)	1 233 (9 %)

Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos

Höstprognosen har uppjusterats eftersom volymökningen tros bli större än vad som antogs i höstas.

TNF-hämmare

År 2024 behandlades cirka 53 300 patienter med minst en TNF-hämmare inom förmånerna – en ökning med 7 procent jämfört med föregående år. Ökningen beror främst på att fler patienter behandlas med adalimumab, även om ökningstakten är något lägre än under tidigare år. Även infliximab har haft en betydande tillväxt under 2024, främst till följd av att en ny beredningsform (subkutan injektion) inkluderades i förmånerna i början av 2024. Kostnadspåverkan av infliximab är dock fortfarande begränsad.

Trots en fortsatt ökad användning av TNF-hämmare påverkas förmåns-kostnaderna fortsättningsvis av den prispress som biosimilarer orsakar för substanserna adalimumab och etanercept. Prisnedgången för dessa substanser kommer att påverkas något av TLV:s omprövningar, där vissa styrkor av originalläkemedlen Enbrel (etanercept) och Humira (adalimumab) utesluts ur högkostnads skyddet från första augusti 2025, samtidigt som biosimilaren Hukyndra (adalimumab) beviljas ett högre pris från februari 2025 [10, 11]. Utöver detta förväntas två patentutgångar under prognosperioden: golimumab (Simponi) och certolizumabpegol (Cimzia). Deras påverkan på kostnadsutvecklingen bedöms dock vara relativt liten.

För TNF-hämmarna som grupp förväntas en fortsatt volymökning, men i avtagande takt. Denna utveckling kommer delvis att kompenseras av prisnedgångar till följd av priskonkurrens mellan biosimilarer. Förmåns-kostnaderna för TNF-hämmare tros ändras marginellt under prognosperioden (Tabell 5). Uppskattningarna innehåller dock osäkerheter, exempelvis vad gäller antalet patienter, hur många som övergår till biosimilarer, samt eventuell prisutveckling till följd av TLV:s omprövningar.

IL-hämmare

Förmåns-kostnaden för läkemedel som ingår i gruppen IL-hämmare ökade med 17 procent mellan 2023 och 2024, vilket kan jämföras med 28 procent året innan. Detta förklaras av fortsatta volymökningar som dämpades av patentutgången för ustekinumab – det mest kostnadsdrivande läkemedlet i gruppen innan patentutgången. Priset för ustekinumab halverades sedan patentet gick ut, samtidigt som volymen ökade kraftigt under kvartal 4, 2024.

Ökningstakten för dupilumab (Dupixent), den mest kostnadsdrivande substansen i gruppen, som ingår i förmånerna för behandling vid svår astma och svår atopisk dermatit samt behandling av vuxna patienter med måttlig till svår prurigo nodularis, har mattats av något men är fortfarande hög. Antalet patienter som behandlades med dupilumab ökade med 40 procent under 2024 och tros få en högre ökningstakt om läkemedlet beviljas

subvention för andra indikationer²⁷. Enligt EMA kan dupilumab användas som tillägg till underhållsbehandling vid okontrollerad kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL).

Även risankizumab (Skyrizi), som har utvidgad subvention sedan augusti 2023, och nu subventioneras även för måttlig till svår aktiv Crohns sjukdom, samt bimekizumab (Bimzlex) som subventioneras med begränsning för patienter med måttlig till svår plackpsoriasis, har ökat mycket i volym under 2024.

Ett nytt läkemedel, IL-hämmaren lebrikizumab (Ebglyss), ingår i förmånerna sedan februari 2025 för patienter med svår atopisk dermatit som på grund av otillräcklig effekt eller andra medicinska skäl saknar ytterligare behandlingsalternativ. Enligt TLV:s bedömning är både dupilumab (Dupixent) och tralokinumab (Adtralza) kliniskt relevanta behandlingsalternativ, medan behandling med Ebglyss medför en lägre kostnad än behandling med Dupixent [12]. Återbäringsavtal har tecknats mellan läkemedelsföretag och regioner för Ebglyss.

Sammantaget väntas volymen av IL-hämmarna fortsätta öka i avtagande takt till följd av ökad användning av läkemedlen i gruppen. Kostnadsökningen kommer att dämpas av patentutgången för ustekinumab, men även av tocilizumab i viss utsträckning. Två ytterligare patentutgångar förväntas i gruppen under prognosperioden: mepolizumab (Nucala) och benralizumab (Fasenra). Deras påverkan på kostnadsutvecklingen bedöms dock vara relativt liten.

Utvecklingen i pris och antal patienter är förknippad med hög grad av osäkerhet för substanserna i denna grupp. Det är oklart om introduktion av biosimilarer kommer att påverka användningen av nya IL-hämmare, som generellt sett har en bättre marginalnytta och högre kostnad.

JAK-hämmare och övriga Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar

Förmånskonstanterna för läkemedel inom grupperna JAK-hämmare och övriga UFBLI ökade med cirka 26 respektive 17 procent under 2024. Detta förklaras framförallt av volymökningar för de mest kostnadsdrivande substanserna i dessa grupper.

Bland JAK-hämmarna är det främst upadacitinib (Rinvoq) som ökat kraftigt i användning under 2024, men kostnaden påverkades även av ökade volymer för filgotinib (Jyseleca). Den sistnämnda ökningen tros bero på en uppdaterad rekommendation från Region Stockholms läkemedelskommitté för behandling av måttlig till svår reumatoid artrit, där filgotinib rekommenderas i första hand och tofacitinib i andra hand bland JAK-

²⁷ Har en pågående ansökan hos TLV.

hämmarna [13]. Återbäringsavtalen som finns för de flesta JAK-hämmarna, löper ut i september 2025 men det finns möjlighet för förlängning [14].

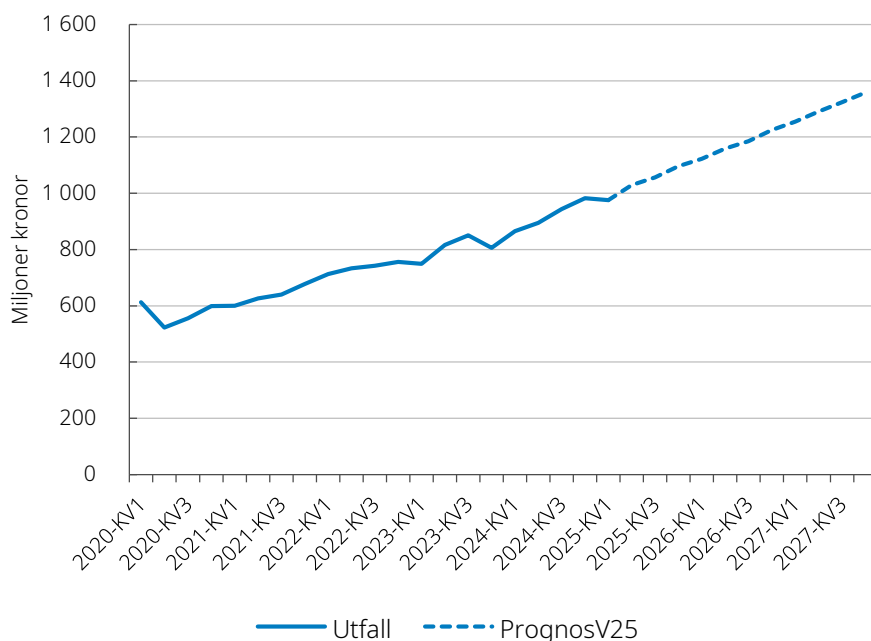
I gruppen övriga UFBLI drevs kostnadsökningen under 2024 av vedolizumab (Entyvio) och omalizumab (Xolair). En biosimilar med omalizumab (Omlyclo) är godkänd sedan maj 2024, men ingår ännu inte i förmånerna [15]. Ett nytt läkemedel, etrasimod (Velsipity), omfattas av förmånerna sedan mars 2025 vid behandling av måttlig till svår ulcerös kolit där behandling med TNF-hämmare gett otillräcklig effekt eller inte är lämplig. Återbäringsavtal har tecknats för Velsipity [16].

För grupperna JAK-hämmare och övriga UFBLI förväntas volymen fortsätta öka med något avtagande takt under prognosperioden. En svag prisnedgång antas för omalizumab på grund av förväntad patentutgång under prognosperioden. Det råder dock stor osäkerhet kring biverkningar av JAK-hämmare och hur detta påverkar fortsatt användning.

Diabetesläkemedel

Antalet patienter med diabetes typ 1 och 2 ökar, och cirka 5 procent av Sveriges vuxna befolkning uppskattas ha en diabetesdiagnos [17]. Under senare år har vissa blodglukossänkande läkemedel, som främst används vid typ 2-diabetes, fått utvidgade indikationer och är numera godkända för behandling av patienter med hjärtsvikt, kronisk njursjukdom och obesitas utan samtidig diabetes. Diabetesläkemedel för behandling av obesitas ingår inte i läkemedelsförmånerna.

Förmånskostnaderna för Diabetesläkemedel (se bilaga 4 för en lista över de läkemedel som ingår i området) uppgick 2024 till 3,7 miljarder kronor. Kostnadsutvecklingen för insuliner är relativt stabil men för andra blodglukossänkande läkemedel än insuliner (icke-insuliner) har kostnaden ökat i hög takt de senaste åren. Förmånskostnaden för området prognostiseras öka till 4,2 miljarder kronor 2025, 4,7 miljarder kronor 2026 och 5,2 miljarder kronor 2027 (Figur 13 och Tabell 6).

Figur 13. Förmånskostnad och prognos för Diabetesläkemedel

Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos

Tabell 6. Förmånskostnad och prognos för Diabetesläkemedel

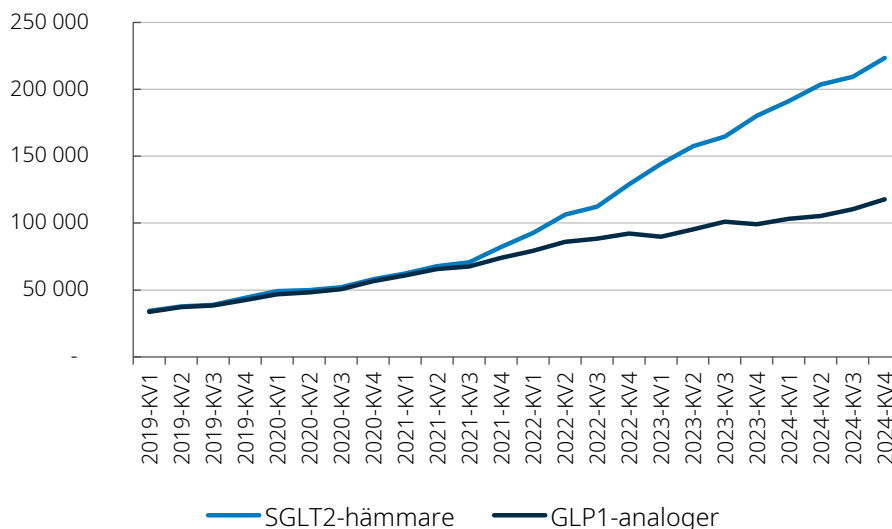
Miljoner kronor och årlig ökningstakt (%)

Läkemedelsområde	Utfall 2024	Prognos 2025	Prognos 2026	Prognos 2027
Diabetesläkemedel	3 685 (14 %)	4 157 (13 %)	4 692 (13 %)	5 227 (11 %)
<i>varav icke-insuliner</i>	2 696 (20 %)	3 183 (18 %)	3 708 (17 %)	4 222 (14 %)

Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos

Ökade kostnader för icke-insuliner driver kostnadsutvecklingen

Det är framför allt läkemedelsgrupperna GLP1-analoger och SGLT2-hämmare som driver kostnadsutvecklingen för området. Antalet patienter som behandlas med dessa läkemedel ökar (Figur 14). I riktlinjer för behandling av typ 2-diabetes [18-21] läggs stor vikt vid läkemedel som tillhör läkemedelsgrupperna GLP1-analoger och SGLT2-hämmare. Dessa läkemedel rekommenderas vid exempelvis samtidigt etablerad hjärt-kärlsjukdom, kronisk njursjukdom, nedsatt njurfunktion och obesitas.

Figur 14. Antal unika patienter som hämtat ut läkemedel i respektive läkemedelsgrupp

Källa: Läkemedelsregistret Socialstyrelsen

SGLT2-hämmare subventioneras även för behandling av kronisk njursjukdom och hjärtsvikt utan samtidig diabetes. Andelen patienter som får dessa läkemedel utan att ha diabetes har ökat över tid. Under det sista kvartalet 2024 saknade ungefär hälften av alla nya användare en diabetesdiagnos²⁸. SGLT2-hämmare rekommenderas numera som en del av basbehandlingen vid kronisk hjärtsvikt med nedsatt, eller milt nedsatt, vänsterkammarmfunktion i regionsgemensamma behandlingsrekommendationer [22]. Behandlingsrekommendationerna uppdaterades i september 2024 och rekommenderar nu också, i linje med europeiska riktlinjer, SGLT2-hämmare även vid symtomatisk kronisk hjärtsvikt med bevarad vänsterkammarmfunktion. Det talar för en fortsatt ökning av antalet patienter.

Kostnadsutvecklingen för icke-insuliner har dämpats av en tidigare patentutgång med efterföljande generisk konkurrens, och av restsituationer för läkemedel i gruppen GLP1-analoger, främst semaglutid (Ozempic och Rybelsus) och liraglutid (Victoza). Restsituationerna beror på oväntat stor efterfrågan men förväntas vara upplärade under våren 2025 [23, 24].

Antalet personer som behandlas med icke-insuliner förväntas öka till följd av de utvidgade indikationerna som omfattas av läkemedelsförmånerna (hjärtsvikt och kronisk njursjukdom), men även av att fler diabetespatienter behandlas. Volymerna förväntas även öka eftersom patienter kan behandlas med flera av dessa läkemedel samtidigt för att uppnå behandlingsmålen. Dessutom ökar användningen av läkemedel med relativt höga priser, vilket

²⁸ Läkemedelsregistret och patientregistret, Socialstyrelsen

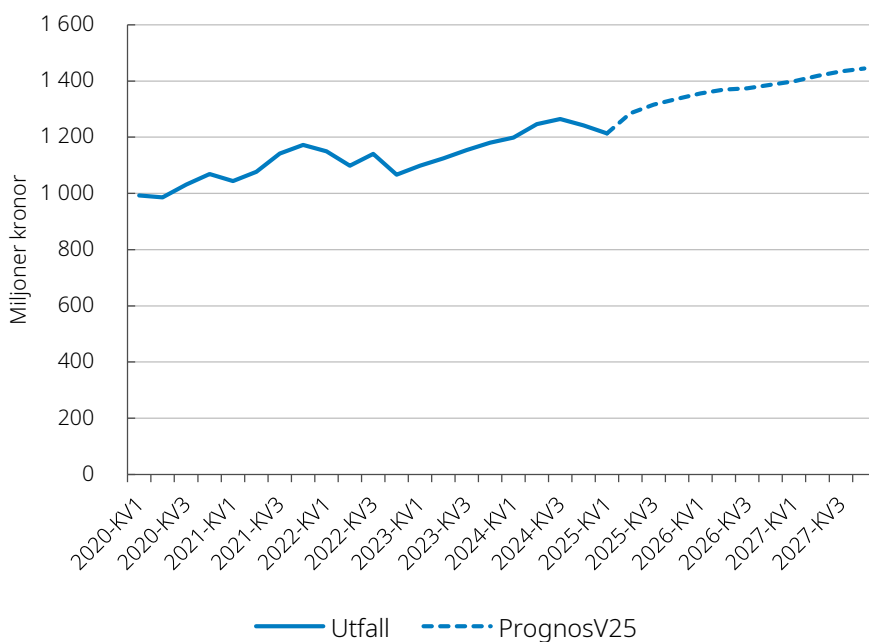
sammantaget gör att kostnaden per patient förväntas stiga. Kostnaderna för icke-insulinerna förväntas därför öka under prognosperioden.

Det finns osäkerhetsfaktorer relaterade till både antalet patienter som förväntas behandlas framöver och till nya läkemedel. Fler läkemedel med syntetiskt liraglutid har godkänts, vilket kan leda till priskonkurrens på området under prognosperioden. Men med tanke på bristsituationen som varit är det svårt att avgöra vad nettoeffekten på de totala kostnaderna blir. Prognosen omfattar indikationer enligt nuvarande subventionsbegränsningar, men flera av icke-insulinerna är även godkända för behandling av obesitas oberoende av samtidig typ 2-diabetes. En eventuell framtida subvention för behandling av obesitas kan omfatta en potentiellt stor patientpopulation. Det nya läkemedlet tirzepatid (Mounjaro), som är godkänt för typ 2-diabetes och obesitas, har börjat säljas i Sverige men ingår inte i förmånerna.

Onkologiläkemedel

Onkologiläkemedel är samlingsnamnet för läkemedel som används vid behandling av cancer (se bilaga 4 för en lista över de läkemedel som ingår i området). Under 2024 uppgick förmånskostnader för Onkologiläkemedel till 5,0 miljarder kronor – en ökning med 8,6 procent jämfört med föregående år. Fortsatta kostnadsökningar för Onkologiläkemedel väntas under prognosperioden (se Figur 15).

Figur 15. Förmånskostnad och prognos för Onkologiläkemedel



Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos

I slutet av 2024 ledde patentutgången för pomalidomid (används vid behandling av multipelt myelom) till lägre priser som väntas fortsätta sjunka. Patentutgången väntas ha en märkbar kostnadsdämpande effekt under 2025 (se gruppen myelom i Figur 16).

Under första halvan av 2026 väntas en patentutgång för nintedanib (används vid behandling av lungcancer och idiopatisk lungfibros) som kan dämpa kostnaderna något. Mot slutet av prognosperioden väntas flera patentutgångar som tillsammans tros dämpa förmånskostnaderna i större utsträckning, däribland enzalutamid (Xtandi) som används vid behandling av prostatacancer.

Trots den kostnadsdämpande effekten från patentutgångar väntas förmånskostnaderna för Onkologiläkemedel öka till 5,2 miljarder kronor 2025, 5,5 miljarder kronor 2026 och 5,7 miljarder 2027 (Tabell 7). Ökningen antas framförallt bero på att allt fler patienter sätts in på behandlingar med kostnadsdrivande läkemedel.

Tabell 7. Förmånskostnad och prognos för Onkologiläkemedel

Miljoner kronor och årlig ökningstakt (%)

Läkemedelsområde	Utfall 2024	Prognos 2025	Prognos 2026	Prognos 2027
Onkologiläkemedel	4 951 (9 %)	5 151 (4 %)	5 486 (6 %)	5 696 (4 %)

Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos

För ett antal onkologiläkemedel löper återbäringsavtalen ut under prognosperioden [14], vilket i vissa fall kan påverka subventionsstatusen.

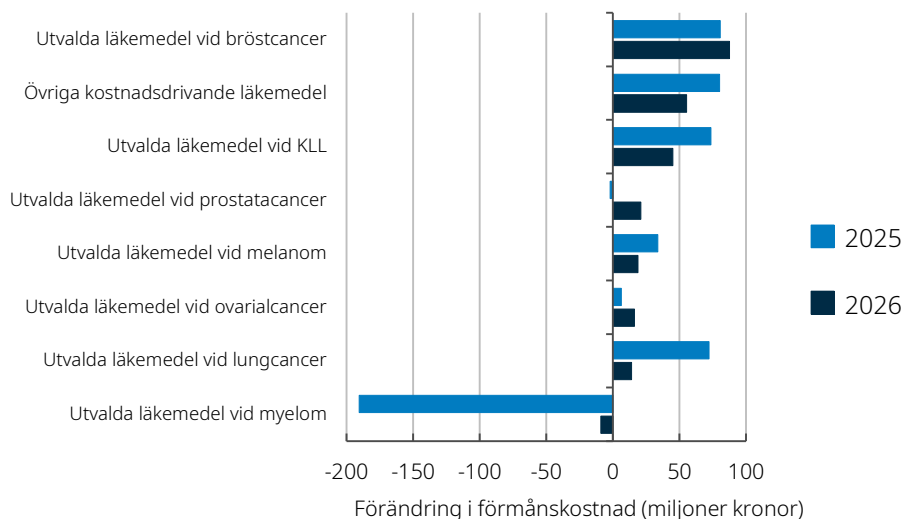
Prognosens främsta osäkerheter för Onkologiläkemedel gäller framtida indikationsutvidgningar och nya läkemedel inom förmånerna. Förflyttningar mellan rekvisitionsläkemedel och förmånsläkemedel är en annan osäkerhetsfaktor som kan ha en stor effekt på förmånskostnader för området. Som exempel utvecklas flera PD-1-hämmare även i subkutana former, varav en hittills har rekommenderats av EMA [25], vilket kan leda till att kostnader flyttas från rekvisition till förmån om dessa inkluderas i förmånerna. Kostnaderna för PD-1-hämmare var över 2,5 miljarder kronor inom rekvisition under 2024.

Kostnadsdrivande grupper inom Onkologiläkemedel

Av de kostnadsdrivande områden som undersöks närmare inom onkologi är det vissa som särskilt utmärker sig när det gäller utvecklingen av förmånskostnader framöver (Figur 16). Nedan följer nedslag i utvalda läkemedelsgrupper inom onkologi.

Figur 16. Prognostiserad årlig kostnadsförändring för kostnadsdrivande läkemedelsgrupper inom Onkologiläkemedel

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



Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos

Bland utvalda läkemedel vid bröstcancer ingår CDK 4/6-hämmare (abemaciclib, palbociclib, ribociclib). I februari uppdaterade regionala cancercentrum i samverkan (RCC) vårdprogrammet för bröstcancer, efter att ribociclib fått godkänd indikation för adjuvant behandling av vissa patienter med tidig bröstcancer [14]. Sedan tidigare har abemaciclib indikation för adjuvant behandling, men endast för en del av den patientgrupp som ribociclib nu har fått godkänd indikation för. Det här innebär att fler patienter kan behandlas med CDK 4/6-hämmare framöver. Denna förändring tillsammans med den stigande trenden, talar för ytterligare ökning av förmånskostnaderna för CDK 4/6-hämmare framöver.

För övriga kostnadsdrivande onkologiläkemedel väntas fortsatta volymökningar driva kostnaderna. Bland de mest kostnadsdrivande läkemedlen i gruppen kan nämnas ruxolitinib för behandling av myelofibros, där volymen har en relativt jämn ökning de senaste åren. Sedan december 2024 ingår även momelotinib (Omjjara) i högkostnadsskyddet med samma begränsning, vilket kan leda till att prisnivån sjunker något. Patentutgång för ruxolitinib väntas dock mot slutet av prognosperioden.

Utvalda läkemedel vid kronisk lymfatisk leukemi (KLL) innehåller BTK-hämmare (ibrutinib, akalabrutinib, zanubrutinib) och venetoklax. En ökning i antal patienter och kostnader har observerats under flera års tid och väntas fortsätta att öka.

För utvalda läkemedel vid lungcancer (osimertinib, nintedanib och alektinib) väntas en fortsatt ökning i antal patienter, men med viss avmattning under

prognosperioden. Patentutgång väntas för nintedanib under 2026. I dagsläget är nio generika godkända och prisnivån för substansen antas därför sjunka när dessa når marknaden [26].

Gruppen utvalda läkemedel vid myelom (pomalidomid, lenalidomid, ixazomib) står för en allt mindre andel av förmånskostnaderna efter patentutgång av lenalidomid under 2022 och pomalidomid under slutet av 2024. Patentutgången av pomalidomid har lett till en lägre prisnivå och antas fortsätta sjunka under 2025.

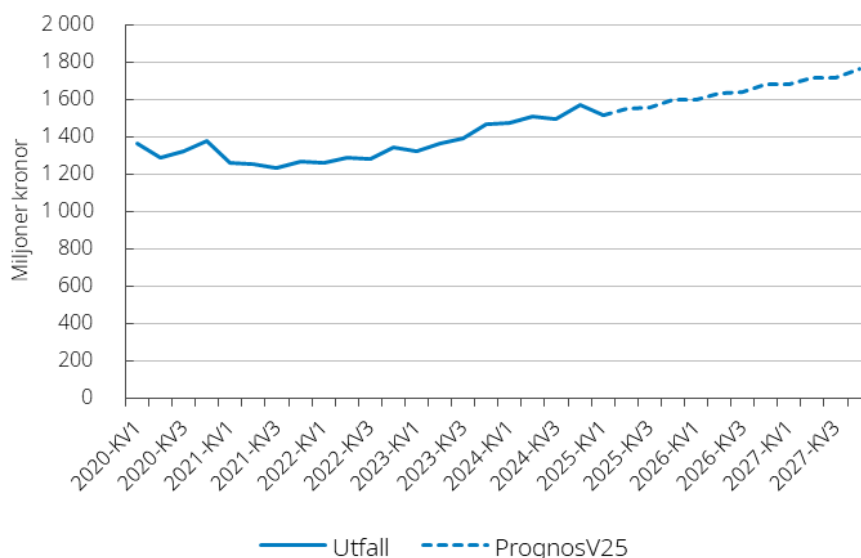
Nervsystemets läkemedel

I området ingår över 300 läkemedel, där adhd-läkemedel och CGRP-hämmare, som används vid behandling av migrän, är kostnadsdrivande och granskas närmare. Resterande läkemedel som ingår i området är inte enskilt kostnadsdrivande men säljs i stora volymer, vilket gör att Nervsystemets läkemedel är det område med näst störst försäljning under 2024 (se bilaga 4 för en lista över de läkemedel som ingår).

Förmånskostnaderna för Nervsystemets läkemedel uppgick 2024 till drygt 6,0 miljarder kronor – en ökning med 9 procent jämfört med 2023 (Tabell 8). Kostnadsökningen har varit ovanligt hög under senaste två åren vilket förklaras av prisförändringar för de läkemedlen som enskilt inte är kostnadsdrivande men som säljs i stora volymer (Figur 17).

Figur 17. Förmånskostnad och prognos för Nervsystemets läkemedel

Kostnad och prognos i miljoner kronor



Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos

Tabell 8. Förmånskostnad och prognos för Nervsystemets läkemedel

Miljoner kronor och årlig ökningstakt (%)

Läkemedelsområde	Utfall 2024	Prognos 2025	Prognos 2026	Prognos 2027
Totalt Nervsystemets läkemedel	6 039 (9 %)	6 219 (3 %)	6 546 (5 %)	6 871 (5 %)
<i>varav adhd-läkemedel</i>	1 463 (13 %)	1 479 (1 %)	1 587 (7 %)	1 713 (8 %)
<i>varav CGRP-hämmare</i>	325 (23 %)	385 (18 %)	434 (13 %)	473 (9 %)

Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos

Nervsystemets läkemedel prognostiseras öka till 6,2 miljarder kronor 2025, 6,6 miljarder kronor 2026 och 6,9 miljarder kronor 2027 (Tabell 8). Inom läkemedelsområdet är adhd-läkemedel och migränprofylax särskilt kostnadsdrivande och väntas ha fortsatt hög kostnadspåverkan.

Adhd-läkemedel

Förmånskostnaderna för adhd-läkemedel fortsätter att öka i hög takt, främst på grund av en växande patientpopulation. Antalet patienter har ökat med cirka 13 procent per år sedan 2020 och uppgick år 2024 till 248 000.

De två läkemedel som används av flest patienter och har flest nyinsättningar är även de som är de mest kostnadsdrivande: lisdexamfetamin (Elvanse) och metylfenidat. Något fler patienter behandlades med metylfenidat än lisdexamfetamin under 2024, men användningen av lisdexamfetamin ökar snabbare. Kostnadsökningen för lisdexamfetamin väntas dämpas något under prognosperioden, då priset har sänkts med 9,5 procent från och med december 2024, efter TLV:s omprövning [27].

Bristsituationen med adhd-läkemedel kommer att fortsätta under 2025. Under 2024 förekom restsituationer för lisdexamfetamin (Elvanse) och guanfacin (Intuniv), medan metylfenidat och atomoxetin är restanmälda när rapporten skrivs. Det är oklart om de restanmälda produkterna kommer att kunna ersättas med andra utbytbara förpackningar med samma substans eller om dyrare alternativ måste förskrivas. I dagsläget är lisdexamfetamin dyrare än metylfenidat och utgör den substans med högst förmånskostnad utav adhd-läkemedlen. Enligt regionala rekommendationer ska metylfenidat förskrivas i första hand [28], men lisdexamfetamin föredras ofta, möjligtvis på grund av bättre effekt [29].

På gruppnivå förväntas antalet patienter fortsätta öka i hög grad, i linje med tidigare år. Kostnadsökningen antas dock avstanna under 2025, då priset för den mest kostnadsdrivande substansen sänktes efter TLV:s omprövning. Det finns dock risk för att effekten av denna prissänkning blir mindre märkbar, eftersom vissa förpackningar av det mest använda läkemedlet i gruppen, metylfenidat, är restanmälda under 2025. Kostnaderna tros att fortsätta öka igen från 2026 på grund av volymökningar.

En generell osäkerhet i prognosen för adhd-läkemedel som grupp är om den höga ökningstakten kommer att fortsätta, då vissa grupper fortfarande är underdiagnostiserade medan andra källor pekar på en generell överdiagnostisering i Sverige [30] [31]. Inspektionen för Vård och Omsorg samt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys fick nyligen regeringsuppdrag att undersöka konsekvenserna och följa upp privat finansierad vård som erbjuder adhd- och autismutredningar [32, 33], eftersom privat finansierad vård kan vara en av orsakerna bakom den ökade diagnostiseringen. En nyligen publicerad svensk studie visar att adhd-diagnos i sig inte automatiskt bör leda till läkemedelsbehandling med tanke på den osäkra effekten och risken för biverkningar [34]. Läkemedelsverkets uppdrag att öka kunskapen om användningen av adhd-läkemedel kan också påverka förskrivningen av adhd-läkemedel mer allmänt på längre sikt [35].

CGRP-hämmare vid behandling av migrän

Antalet patienter som hämtade ut minst en CGRP-hämmare ökade markant under 2024, från cirka 8 000 år 2023 till 11 000 år 2024 – en ökning med 40 procent. Främst är det antalet patienter som behandlas med fremanezumab som ökar, men även användningen av atogepant (Aquipta) och rimegepant (Vydura) har ökat avsevärt. De sistnämnda läkemedlen ingår i förmånerna med begränsning sedan december 2023, för förebyggande respektive akut behandling av migrän.

Det råder stor osäkerhet kring hur många patienter som är aktuella för behandling med CGRP-hämmare. Läkemedlen subventioneras bara om de förskrivs av neurologer och läkare som är verksamma vid klinik eller enhet specialiserad på behandling av kronisk migrän. Tillgången till neurologer varierar över landet liksom förskrivningen av CGRP-hämmare.

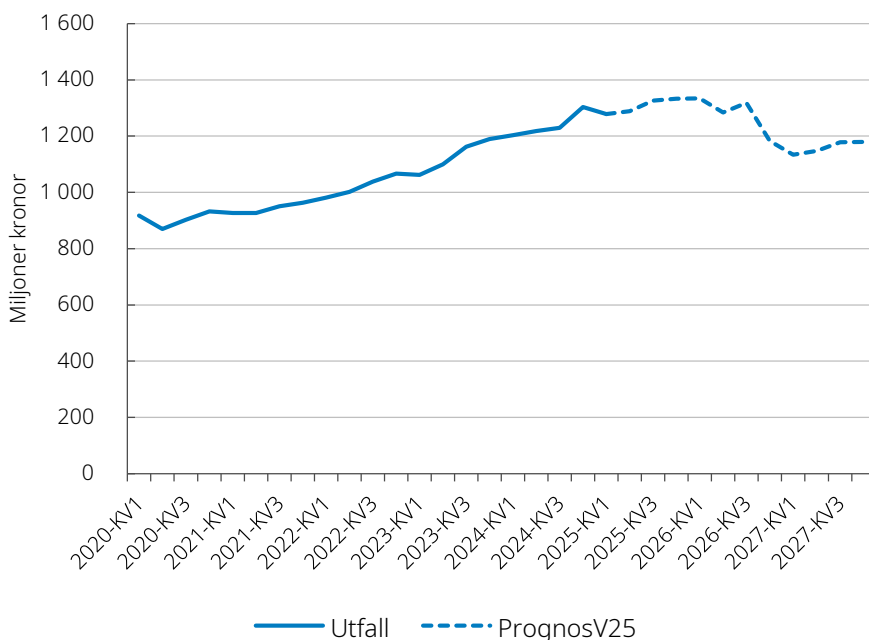
Antalet patienter som förskrivs CGRP-hämmare förväntas fortsätta öka i något avtagande takt under de kommande åren. Sammantaget gör vi antagandet att runt 16 000 patienter kommer att behandlas med CGRP-hämmare år 2027.

Hjärt- och kärlläkemedel

I området Hjärt- och kärlläkemedel ingår läkemedel som används för att behandla och förebygga hjärt- och kärlsjukdomar, såsom stroke och hjärtinfarkt, samt andra läkemedel som påverkar hjärta och kretslopp (se bilaga 4 för en lista över de läkemedel som ingår i området). Exempelvis ingår blodförtunnande läkemedel, blodtryckssänkande läkemedel samt statiner och andra läkemedel som används vid höga blodfetter. I Sverige lever över 2 miljoner med hjärt- och kärlsjukdom, som i dagsläget är den ledande dödsorsaken i landet [36]. Förmånskostnaderna för Hjärt- och kärlläkemedel uppgick till 5,0 miljarder kronor 2024 – en ökning med cirka 10 procent jämfört med 2023 (Tabell 9). Socialstyrelsen prognostiserar att

förmånskostnaderna för läkemedelsområdet förväntas öka till 5,2 miljarder kronor 2025, för att därefter sjunka till 5,1 miljarder kronor 2026 och 4,6 miljarder kronor 2027 (Figur 18).

Figur 18. Förmånskostnad och prognos för Hjärt- och kärlläkemedel



Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos

Tabell 9. Förmånskostnad och prognos för Hjärt- och kärlläkemedel

Miljoner kronor och årlig ökningstakt (%)

Läkemedelsområde	Utfall 2024	Prognos 2025	Prognos 2026	Prognos 2027
Totalt Hjärt- och kärlläkemedel	4 954 (10 %)	5 225 (5 %)	5 118 (-2 %)	4 638 (-9 %)
varav NOAK	1 970 (-2 %)	1 989 (1 %)	1 806 (-9 %)	1 157 (-36 %)
varav övrigt kostnadsdrivande*	842 (24 %)	1 021 (21 %)	1 056 (3 %)	1 172 (11 %)

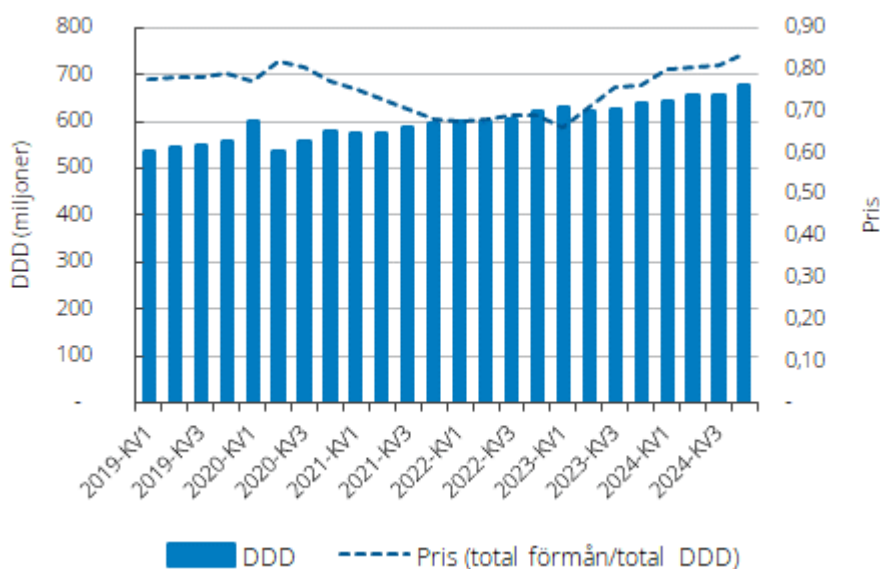
* valsartan/sakubitriil samt PCSK9-hämmarna evolokumab och alirokumab

Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos

Några läkemedelsgrupper har eller förväntas ha en stor kostnadspåverkan och dessa har granskats mer detaljerat: en grupp blodförtunnande läkemedel, NOAK, de kolesterolsänkande läkemedlen evolokumab (Repatha) och alirokumab (Praluent), samt valsartan/sakubitriil (Entresto) som används vid hjärtsvikt. Dessa läkemedel stod 2024 för 57 procent av de totala kostnaderna för området och de redogör vi för senare i avsnittet. För övriga läkemedel har kostnadsökningstakten under 2023 och 2024 varit hög,

jämfört med 2021 och 2022. Det beror främst på en ökning i genomsnittliga prisnivåer²⁹ under 2023 och 2024 (Figur 19. Volym- och prisutveckling för övriga Hjärt- och kärlläkemedel*). Socialstyrelsen antar att kostnaden för dessa läkemedel kommer att fortsätta öka under prognos-perioden men i lägre takt eftersom ökningen i huvudsak förväntas drivas av volymökningar.

Figur 19. Volym- och prisutveckling för övriga Hjärt- och kärlläkemedel*



*B01 och C exklusive NOAK, valsartan/sakubitril, och PCSK9-hämmarna evolokumab och alirokumab
Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens analys

NOAK

Non-vitamin K-beroende orala antikoagulantia (NOAK) används bland annat för att förebygga stroke vid icke-valvulärt förmaksflimmer. I dag finns det fyra substanser i Sverige: apixaban (Eliquis), rivaroxaban (Xarelto), dabigatranetexilat och edoxaban (Lixiana). NOAK-läkemedlen har flera andra godkända indikationer och används även som korttidsbehandling exempelvis för att förebygga venös tromboembolism hos patienter som genomgår vissa kirurgiska ingrepp.

Antalet personer som hämtar ut NOAK inom förmånerna fortsätter att öka och under 2024 var det cirka 432 000 patienter. Ökningstakten har dock minskat över tid. Förekomsten av förmaksflimmer ökar med stigande ålder och antalet äldre i befolkningen förväntas öka. Detta talar för att det finns fortsatt utrymme för ökning av antalet patienter även om ökningstakten mattas av.

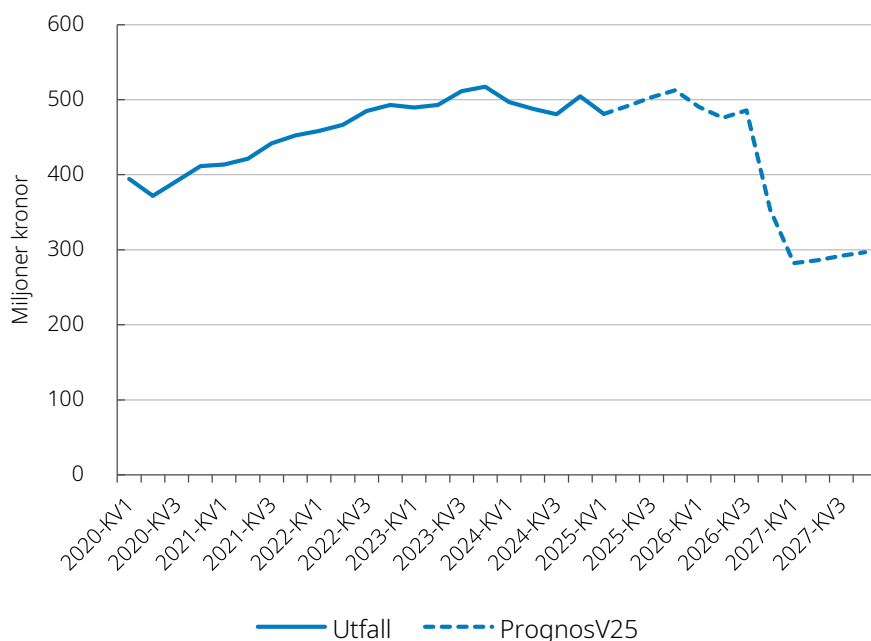
Förmånskostnaderna för NOAK uppgick till 2,0 miljarder kronor 2024, vilket är en minskning med 2 procent jämfört med föregående år. Det beror bland

²⁹ Här avses förmånskostnad per DDD (definierad dygnsdos).

annat på en avmattning i volymtillväxten och priskonkurrens från generika-försäljning. Även höjningen av taket i högkostnadsskyddet förmodas ha haft en viss dämpande effekt. Generiskt dabigatranetexilat och generiskt rivaroxaban säljs vilket gör att kostnaderna sjönk under 2024. Genomsnittliga prisnivåer för dessa substanser har ännu inte stabiliserats och därför är kostnadsutvecklingen något osäker. Antalet patienter som behandlas med generika ökar och förväntas fortsätta öka under prognosperioden.

Apixaban, som är den mest sålda NOAK, går av patent mot slutet av 2026, och Socialstyrelsen prognostiserar att priserna faller till följd av konkurrens från generika, vilket gör att kostnaderna prognostiseras minska kraftigt under 2027 (Figur 20. Förmånskostnad och prognos för NOAK och Tabell 9). Redan idag finns fler än tio generika godkända, vilket kan tala för en kraftig prisnedgång när dessa når marknaden. Bedömningen är förenad med osäkerheter, dels vad gäller den förväntade avmattningen i volymutveckling, dels framtida prisnivåer samt andelen patienter som kommer behandlas med generika.

Figur 20. Förmånskostnad och prognos för NOAK



Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos

Övrigt kostnadsdrivande

PCSK9-hämmarna evolokumab (Repatha) och alirokumab (Praluent) används för behandling av höga kolesterolvärden. Subventionsbegränsningen har successivt utvidgats sedan de introducerades i förmånerna, senast i slutet av 2023. Den senaste förändringen möjliggör behandling med PCSK9-hämmare vid lägre nivåer av LDL-kolesterol hos patienter med aterosklerotisk kardiovaskulär sjukdom samt behandling av

vissa patienter med diabetes mellitus och hög kardiovaskulär risk. Sänkningen av gränsvärdena är i linje med europeiska behandlingsrekommendationer, där målnivåerna sänkts på senare år [37]. Antalet patienter som behandlats med något av dessa läkemedel uppgick 2024 till drygt 13 500, vilket är en ökning med cirka 32 procent jämfört med året innan och en avmattning i ökningstakten jämfört med tidigare år. Antalet som behandlas med PCSK9-hämmare förväntas fortsätta öka under prognosperioden till följd av utvidgad subvention.

Sakubitril/valsartan (Entresto) används för behandling av hjärtsvikt med nedsatt ejektionsfraktion. Det förväntas gå av patent under 2026. Ännu finns inget generikum godkänt i Sverige, men i exempelvis USA finns flera godkända generika. Socialstyrelsen antar i prognosen att priset kommer att sjunka efter patentutgången till följd av konkurrens.

Smittskyddsläkemedel

Smittskyddsläkemedel för behandling av hepatit C och hiv stod för omkring 95 procent av kostnaderna för smittskyddsläkemedel 2024. I detta avsnitt analyseras och redovisas kostnadsutvecklingen och prognos för hepatit C- och hivläkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagen. Vilka läkemedel som ingår redovisas i bilaga 4.

I Tabell 10 presenteras utfall för 2024 och prognos för hepatit C- och hivläkemedel. Kostnaden för smittskyddsläkemedel uppgick 2024 till 1,1 miljarder kronor och förväntas ligga relativt stabilt till 2028.

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

Miljoner kronor och årlig ökningstakt (%)

Läkemedelsområde	Utfall 2024	Prognos 2025	Prognos 2026	Prognos 2027	Prognos 2028
Totalt smittskydds-läkemedel – hepatit C och hiv	1 071 (-6 %)	1 082 (1 %)	1 118 (3 %)	1 144 (2 %)	1 170 (2 %)
<i>varav hepatit C-läkemedel</i>	401 (-20 %)	392 (-2 %)	407 (4 %)	407 (0 %)	407 (0 %)
<i>varav hivläkemedel</i>	670 (5 %)	690 (3 %)	710 (3 %)	736 (4 %)	763 (4 %)

Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos

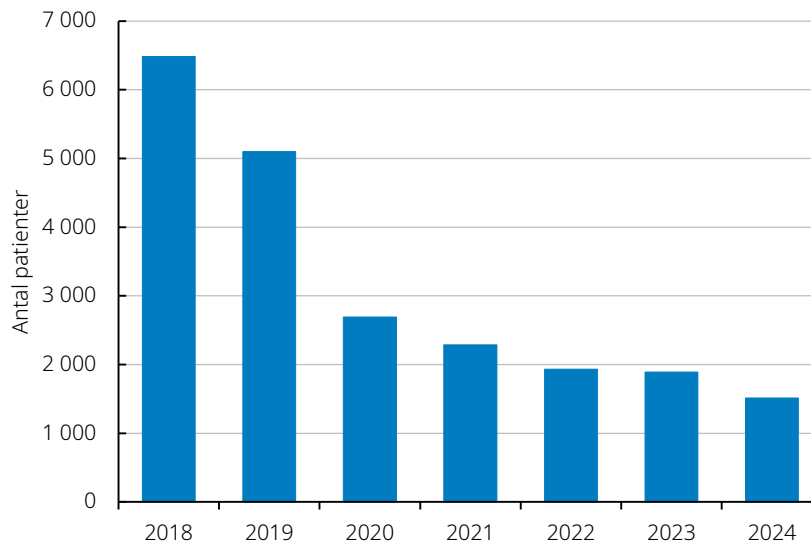
Hepatit C-läkemedel

År 2018 hämtade omkring 6 500 personer ut hepatit C-läkemedel. Sedan dess har antalet patienter som årligen behandlas med hepatit C-läkemedel sjunkit och 2024 hämtade cirka 1 550 personer ut hepatit C-läkemedel inom smittskydd (Figur 21. Figur 21).

Nuvarande återbäringsavtal för hepatit C-läkemedel, mellan regioner och läkemedelsföretag, gäller till och med den 31 december 2025.

Figur 21. Antal patienter 2018–2024 – hepatit C-läkemedel*

Unika patienter per kvartal som hämtat ut minst ett hepatit C-läkemedel inom smittskydd.



*Notera: Bortfall av personnummer/samordningsnummer påverkar uppskattningarna av antal patienter. Därför bör dessa data tolkas med viss försiktighet.
Källa: Socialstyrelsen, Läkemedelsregistret

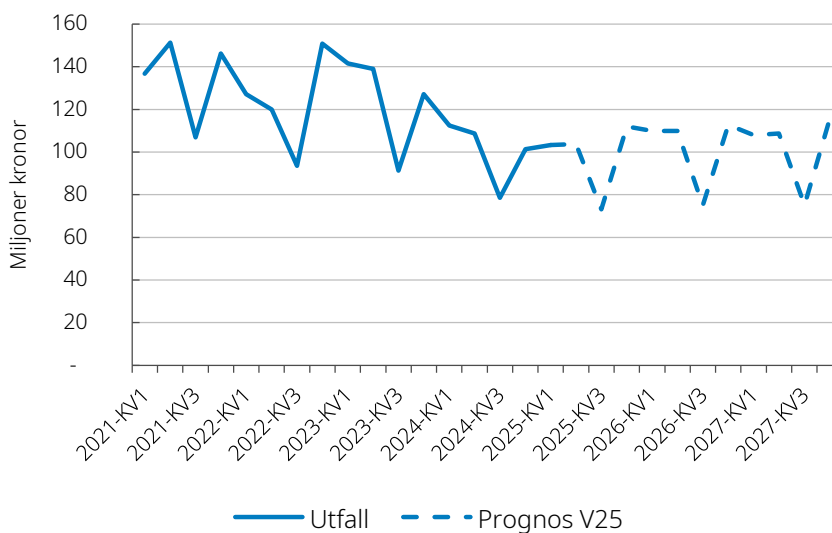
Prognosen över framtida kostnader för hepatit C-läkemedel inom smittskydd påverkas stort av förväntat antal patienter, vilket är mycket osäkert. Antalet patienter har minskat sedan 2018 och flera faktorer kan bidra till att antalet patienter fortsätter *minska*: hepatit C-läkemedel är oftast en botande behandling, så den relevanta patientpoolen bör minska ju fler som behandlats. Det kan också antas att färre smittade utomlands kommer till Sverige i framtiden på grund av rådande omvärldssituation.

Å andra sidan finns flera viktiga faktorer som tyder på att antalet patienter kan tänkas *öka* framåt. Den nationella elimineringsplanen bör göra att ökad screening och medvetenhet kring hepatit C fångar upp en större andel av smittade patienter som hittills inte fått behandling. Det är också osäkert hur stor andel av den faktiska populationen med hepatit C som de behandlade individerna utgör, och hur många personer som lever med odiagnostiserad hepatit C i Sverige. I Sverige är personer som injicerar narkotika den dominerande riskgruppen för hepatit C. Det är svårt att bedöma hur stor risken är att dessa personer smittas, eller efter genomgången behandling blir smittade på nytt. Risken för exponering av hepatit C-virus vid injektion av narkotika beror dels på tillgång till egen injektionsutrustning (framför allt genom sprutbytesverksamhet), dels på hur väl behandling av hepatit C lyckas i hela populationen av personer som injicerar narkotika.

Socialstyrelsen bedömer att antalet personer som kan bli aktuella för behandling av hepatit C kommer att vara relativt stabilt under de kommande åren. Kostnaderna för hepatit C-läkemedel inom smittskydd kommer att minska måttligt under prognosperioden (Figur 22). Kostnaderna uppgick

2024 till 401 miljoner kronor och prognostiseras till 392 miljoner kronor 2025, 407 miljoner kronor 2026 och 407 miljoner kronor 2027.

Figur 22. Kostnader och prognos inom smittskydd — hepatit C-läkemedel



Källa: E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsens prognos

Hivläkemedel

Under 2023 rapporterades 304 fall av hivinfektion i Sverige, vilket motsvarar en incidens på 2,9 fall per 100 000 invånare. Det är den lägsta nivån sedan början av 2000-talet enligt Folkhälsomyndigheten. Vid slutet av 2023 stod nästan alla av 8 600 personer med känd hivinfektion i Sverige på behandling, varav 95 procent nådde behandlingsmålet och klassificerades som välbehandlade [38].

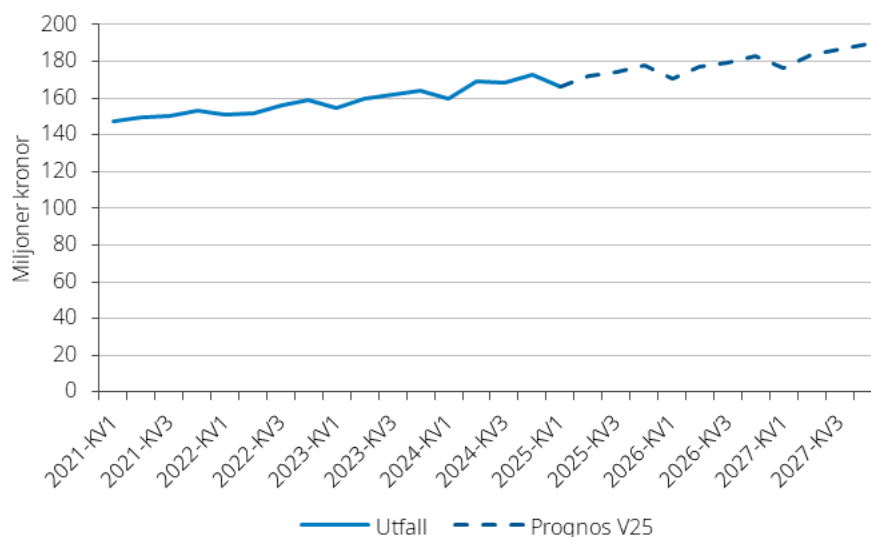
Kostnaderna för hivläkemedel har ökat med 5 procent under 2024 jämfört med en årlig ökningstakt på 3 procent under både 2022 och 2023. Kostnadsökningen tros främst bero på prisökningar för enskilda substanser (AUP/DDD) samt ökad förskrivning av vissa kombinationsläkemedel. Volymökningen har varit relativt liten på gruppnivå.

De två substanskombinationer som haft störst påverkan på kostnadsökningen är emtricitabin/tenofoviralfenamid (J05AR20) och lamivudin/dolutegravir (J05AR25), vilket förklaras av både pris- och volymförändringar. Detta kompenseras delvis av volymminskningar för kombinationen lamivudin/abakavir/dolutegravir (J05AR13).

Kostnaden för hivläkemedel antas fortsätta öka svagt under prognosperioden. Prisökningen som har observerats under senaste två åren tros ha mattats av. Den prognostiserade kostnaden beräknas uppgå till 690 miljoner

kronor 2025, 710 miljoner kronor 2026 och 736 miljoner kronor 2027 (Figur 23).

Figur 23. Förmånskostnad och prognos för hivläkemedel inom smittskydd



Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos

Antalet nydiagnostiserade hivpatienter kan minska på längre sikt om fler personer med förhöjd risk att smittas av hiv får tillgång till preexpositionsprofylax (PrEP) i förebyggande syfte. Folkhälsomyndigheten har nyligen publicerat en nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra sexuellt överförbara infektioner för perioden 2024–2035. Strategin ska kompletteras med en handlingsplan som fokuserar på kunskapsframtagning, kunskaps-spridning, samordning och uppföljning och som inkluderar hela kedjan från prevention till vård [38].

Rekvissionsläkemedel

Kostnadsutvecklingen för rekvissionsläkemedel analyseras på mer övergripande nivå än för förmånsläkemedel och smittskyddsläkemedel.

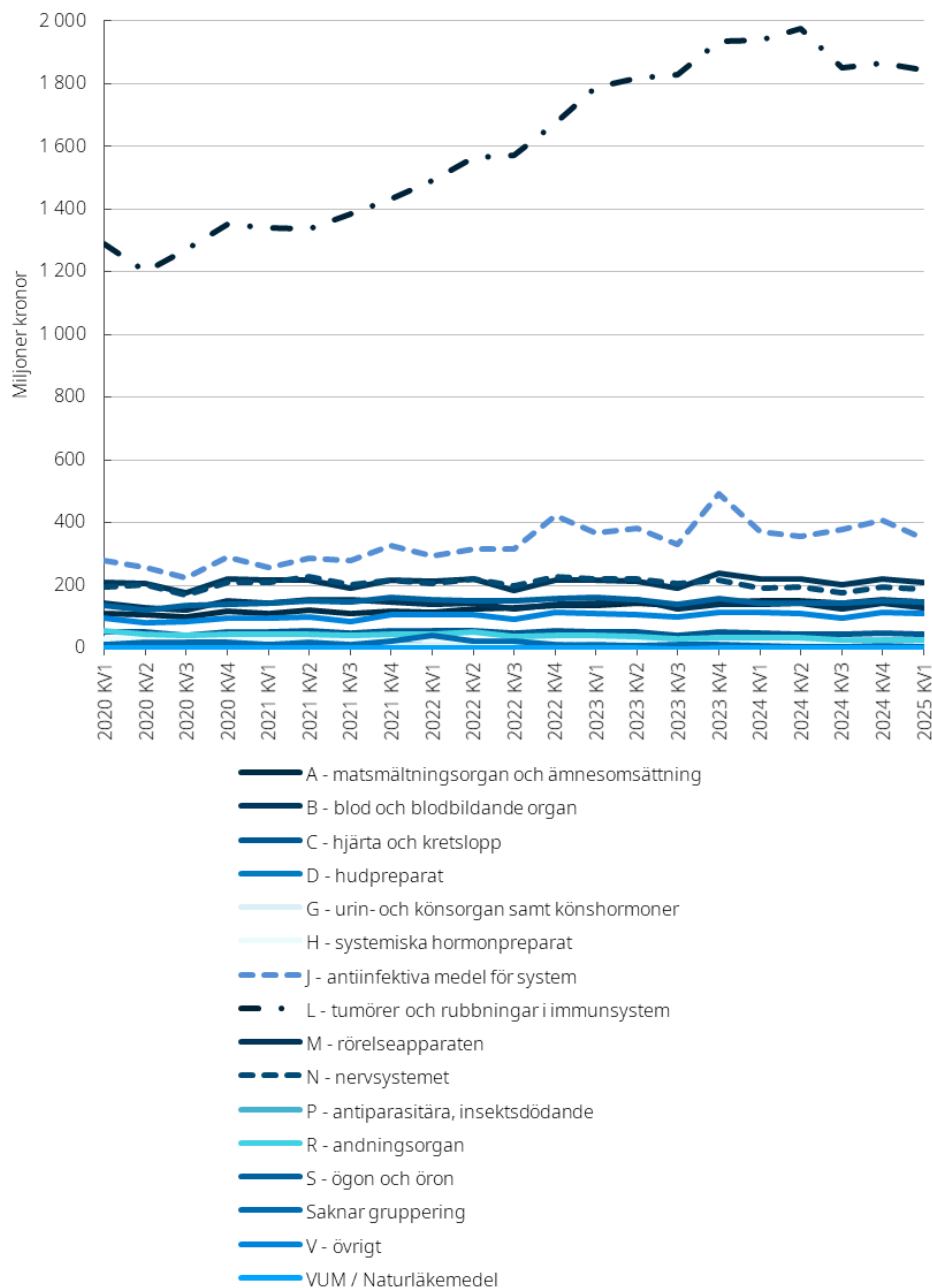
Kostnaderna för rekvissionsläkemedel ökade marginellt under 2024. Den totala kostnaden uppgick till 13,5 miljarder kronor – en ökning med 0,4 procent jämfört med 2023. Detta kan ställas i relation till den kraftigare kostnadsökningen på 10,7 procent under 2023 och 10,0 procent under 2022 (Tabell 11).

Den avvikande utvecklingstakten förklaras delvis av minskade kostnader inom området tumörer och rubbningar i immunsystemet (L) sedan tredje kvartalet 2024 (Figur 24). Detta resulterade i en ökningstakt på 3,5 procent för hela området mellan 2023 och 2024, jämfört med 17 procent föregående år. En närmare analys visar att kostnadsminskningen främst beror på reducerade kostnader för pembrolizumab (Keytruda). Även kostnaderna för rituximab, ravulizumab (Ultomiris) och natalizumab minskade avsevärt under 2024. Minskningen av kostnaderna för pembrolizumab (Keytruda) och vissa andra cancerläkemedel bedöms vara en följd av en övergång från fast till viktbaserad dosering. Det är värt att notera att detta område fortfarande stod för mer än hälften av den totala kostnaden för rekvissionsläkemedel under 2024.

En kostnadsminskning skedde även inom området antiinfektiva medel för systemiskt bruk (J), främst till följd av minskad användning av remdesivir (Veklury). Detta läkemedel, som används vid behandling av covid-19, hade en hög försäljning under 2023.

Utöver detta minskade även kostnaderna inom nervsystemets läkemedel (N). Den främsta anledningen är att patienter med Skelleftesjukan, som tidigare behandlades med patisiran (Onpattro) inom slutenvården, nu behandlas med vutrisiran (Amvuttra), som sedan oktober 2023 ingår i läkemedelsförmånerna.

Figur 24. Kostnadsutveckling för rekvisitionsläkemedel fördelat på ATC-nivå 1



Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos

Under prognosperioden förväntas flera förändringar påverka kostnaderna för rekvisitionsläkemedel, bland annat TLV:s beslut om läkemedel för behandling av Fabrys sjukdom samt spinal muskelatrofi. Från och med augusti 2026 kommer samtliga läkemedel för behandling av Fabrys sjukdom att uteslutas från läkemedelsförmånerna enligt TLV:s beslut [39] och troligtvis administreras inom slutenvård. Risdiplam (Evrysdi) för behandling

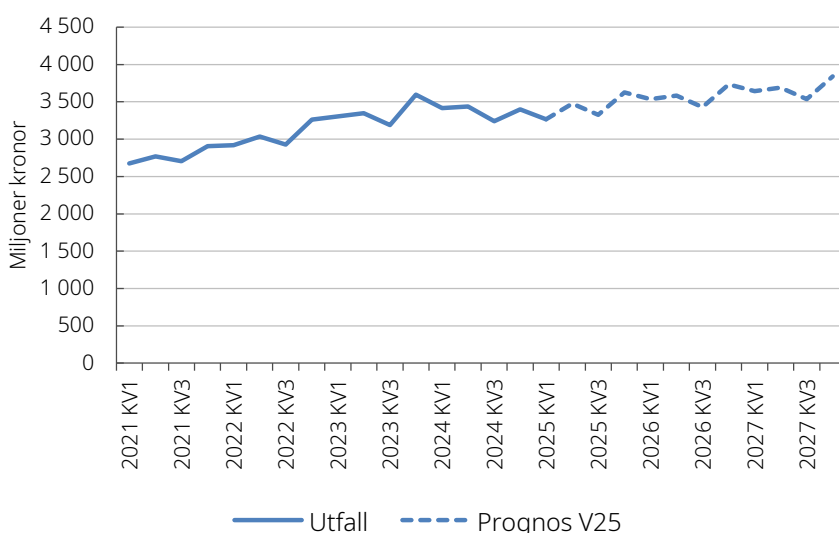
av spinal muskelatrofi, som tidigare administrerades inom slutenvården, ingår i förmånerna med begränsning sedan februari 2025 [40].

Under prognosperioden förväntas kostnaderna för vacciner att öka. I mars 2025 kom NT-rådets rekommendation om nirsevimab (Beyfortus) mot RS-virus under säsongen 2025/2026 [41]. Rekommendationen gäller spädbarn under 3 månaders ålder samt barn under 12 månaders ålder, med tillstånd som ökar risken för allvarlig RSV-infektion. Vidare har Folkhälsomyndigheten publicerat rekommendationer om såväl bältrosvaccin till vuxna med ökad risk för sjukdom [42], som utökad rekommendation av vaccination mot humant papillomvirus (HPV) [43].

Trots en relativt liten kostnadsökning inom onkologi under 2024, som främst berodde på ändrad dosering av vissa kostnadsdrivande läkemedel, är onkologi, liksom tidigare, det område som förväntas ha störst påverkan på kostnadsutvecklingen framöver. Det finns en tydlig trend mot fler läkemedel inom onkologi, och det blir också allt vanligare att kombinera olika läkemedel. Det pågår även kliniska studier med ett flertal olika preparat och kombinationer inom ett stort antal cancerformer. Det är därför sannolikt att terapiområdet onkologi som helhet kommer att fortsätta öka framöver. Även TLV:s pågående uppdrag att genomföra hälsoekonomiska bedömningar av cancerläkemedel som ska användas vid klinik, kan leda till att fler cancerläkemedel rekommenderas av NT-rådet inom en nära framtid. Uppdraget ska slutredovisas i januari 2026 [44].

Kostnaderna för rekvisitionsläkemedel, förväntas öka från 13,5 miljarder kronor 2024 till 13,6 miljarder kronor 2025, 14,4 miljarder kronor 2026 och 15,0 miljarder 2027 (Figur 25). För 2028 uppskattas kostnaderna fortsätta öka till 15,6 miljarder kronor.

Figur 25. Läkemedelskostnad och prognos för rekvisitionsläkemedel



Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos

Tabell 11. Kostnad och prognos för rekvisitionsläkemedel

Miljoner kronor och årlig ökningstakt (%)

Läkemedelsområde	Utfall 2024	Prognos 2025	Prognos 2026	Prognos 2027	Prognos 2028
Rekvisitionsläkemedel	13 498 (0,4 %)	13 614 (0,9 %)	14 388 (5,7 %)	14 964 (4,0 %)	15 564 (4,0 %)

Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos

I E-hälsomyndighetens databas Concise, som ligger till grund för Socialstyrelsens prognos, saknas historiska data för de flesta avancerade terapier (ATMP). För att prognostisera kostnadsutvecklingen för ATMP utgår Socialstyrelsen istället från listpriser och gör en bedömning om antal patienter som är aktuella för behandlingen. Detta bidrar till att osäkerheten kring denna prognos är mycket stor. I regel är patientgrupperna som behandlas med ATMP små och priset per behandling högt.

I dagsläget finns 19 godkända ATMP i EU [45]. Av dessa har sju hittills fått rekommendationerna ”Bör användas” eller ”Kan användas” av NT-rådet, för minst en indikation³⁰. Under prognosperioden förväntas kostnaden för ATMP uppgå till cirka 460 miljoner kronor per år. Denna kostnad är inte medräknad i prognosen som redovisas i Tabell 11.

³⁰ Tisagenlecleucel (Kymriah), axikabtagen-ciloleucel (Yescarta), brexukabtagen autoleucel (Tecartus), voretigen-neparvovek (Luxturna), onasemnogen-abeparvovek (Zolgensma), atidarsagen-autotemcel (Libmeldy), lisokabtagen-maraleucel (Breyanzi)

Osäkerhetsfaktorer i prognoserna

Som tidigare nämnts i denna rapport är kostnadsprognoserna för förmåns-, smittskydds- och rekvisitionsläkemedel förenade med höga osäkerheter. Detta gör att de faktiska kostnaderna kan bli högre eller lägre än prognostiserat. Dessutom ökar osäkerheten ju längre fram i tiden prognosen sträcker sig. De osäkerheter som diskuteras i detta kapitel avser främst kostnader för läkemedel som förskrivs inom läkemedelsförmånerna och enligt smittskyddslagen. Flera av dessa osäkerheter är dock relevanta även för rekvisitionsläkemedel.

Identifierade osäkerheter beskrivs utifrån en tregradig skala: låg, medel och hög. Fokus ligger på osäkerheter med störst förväntad kostnadspåverkan. Många av de osäkerheter som beskrivs överlappar till viss del varandra. I Tabell 12 ges en översikt utifrån storleken på osäkerheten och dess potentiella inverkan på prognosen. Höga och medelhöga osäkerheter beskrivs mer detaljerat nedan.

Tabell 12. Osäkerhet och kostnadspåverkan i prognoserna

Osäkerhet	Hög	Patentutgångar*	Övriga omvärldsfaktorer** Diabetesläkemedel Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar Introduktion av nya läkemedel	
	Medel	Hepatit C-läkemedel (smittskydd) Hjärt- och kärlläkemedel Nervsystemets läkemedel	Onkologiläkemedel Omprövningar och förnyade återbäringsavtal Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar	
	Låg	Demografiska förändringar Hivläkemedel (smittskydd)		
		Låg	Medelhög	Hög
		Påverkan		

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 inflationstakt, kronkurs, det osäkra säkerhetspolitiska läget, restnoteringar och regelförändringar.

Hög osäkerhet

Den främsta osäkerheten som identifierats kategoriseras som ”Övriga omvärldsfaktorer”. Exempel på omvärldsfaktorer inkluderar bland annat makroekonomiska faktorer som kronkursen och inflationstakten, som hösten 2024 sjunkit kraftigt men vars effekt och framtida nivå fortfarande utgör en stor osäkerhet. Restnoteringar av läkemedel med stor kostnadspåverkan är också en stor osäkerhet. Det säkerhetspolitiska läget och den höjda beredskapen utgör också en osäkerhet, exempelvis genom ökad lagerhållning av läkemedel i eller utanför Sverige [46-50].

Andra typer av mer övergripande förändringar inom läkemedelsområdet, däribland regel- och föreskriftsändringar, kan också komma att ha hög kostnadspåverkan under prognosperioden, och har inte inkluderats i prognosen. Regeringen har föreslagit en justering av trappan i högkostnads-skyddet för läkemedelsförmånerna [7], vilket kan leda till lägre förmåns-kostnader eftersom patienterna förväntas stå för en större andel av kostnaden, och det går inte att utesluta sekundära effekter på förskrivning och läkemedelsuttag som bidrar till osäkerheten. TLV arbetar med att utveckla ett mer dynamiskt takprissystem för utbytbara läkemedel med syfte att bidra till god tillgång till läkemedel [51]. Det är dock i nuläget svårt att förutse hur ett nytt takprissystem kan se ut och hur det kan påverka kostnadsutvecklingen för läkemedel framöver. En ytterligare förändring som kan påverka introduktionen av nya dyra läkemedel i förmånerna, är TLV:s beslut att acceptera en högre kostnad för mycket svåra hälsotillstånd som drabbar färre än omkring 100 patienter [52].

Förändrad prisutveckling av läkemedel på grund av tidigare omvärldsfaktorer (bland annat höjd handelsmarginal) och nya omvärldsfaktorer (exempelvis fallande inflation) skapar en ytterligare typ av osäkerhet. För prognoser som helt eller delvis baseras på historisk kostnadsutveckling leder ett svagare förhållande mellan historiska och framtida priser till en mer osäker prognos. Det gäller främst för läkemedel som enskilt inte är kostnadsdrivande och därför inte granskas närmare i denna prognos.

En ytterligare osäkerhet är nya läkemedel eller ändrade subventions-begränsningar och indikationer inom förmånerna. Under 2024 rekommenderade EMA 46 läkemedel med nya verksamma ämnen, vilket kan jämföras med 39 året innan [53]. Det är ofta svårt att bedöma pris och förväntad volym för nya läkemedel, och även vid indikationsutvidgningar för läkemedel inom förmånerna kan den förväntade volymen vara svår att uppskatta. Exempel på nya läkemedel som kan få stor kostnadspåverkan

inom förmånerna är läkemedel vid obesitas och läkemedel vid ovanliga sjukdomar, och inom rekvisition alzheimerläkemedel. Osäkerheten bedöms vara hög, och tidigare år har nya läkemedel och indikationsutvidgningar haft betydande kostnadspåverkan. En annan av de faktorer som påverkar kostnadsutvecklingen framöver är introduktion av generika och biosimilarer. Ett antal läkemedel har nyligen gått av patent och fler förväntas gå av patent under prognosperioden. Tidpunkten för patentutgångar kan vara svår att bedöma, och det är ofta mycket osäkert i vilken utsträckning konkurrens uppstår och vad effekten på prisnivåerna blir.

För områdesspecifika faktorer med hög osäkerhet och potentiellt hög kostnadspåverkan, kan först nämnas Diabetesläkemedel. Här råder stor osäkerhet relaterat till försäljningen av GLP1-analoger när restsituationen upphör samt om nya läkemedel, så kallade GIP/GLP1-analoger, kommer introduceras inom förmånerna. Det är också svårt att förutse om nya indikationer, såsom obesitas, kommer att omfattas av förmånerna under prognosperioden.

För läkemedelsområdet Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar, observeras en fortsatt volym- och kostnadsökning som helhet. Hur ökningstakten utvecklas är en betydande osäkerhetsfaktor. Utöver volymökning finns också osäkerheter kring prisutveckling vid patentutgångar. Även om kostnadsökningen dämpas något till följd av en större patentutgång under 2024, råder det stor osäkerhet kring hur detta kommer att påverka de framtida kostnaderna. Sammantaget bedöms osäkerheten kring både volym- och prisutvecklingstakten vid patentutgångar vara fortsatt hög.

Medelhög osäkerhet

Omprövningar kan i flera fall leda till prissänkningar och därmed sänkta förmånskostnader. Omprövningar kan också leda till att exempelvis subventionsbegränsningar ändras eller att trepartsöverläggningar inleds och resulterar i återbäringsavtal. Det är svårt att förutse kommande trepartsöverläggningar och hur dessa kan påverka kostnadsutvecklingen för läkemedel inom förmånerna. Utfallet av dessa överläggningar är osäkert och förväntas ha stor inverkan på användning och kostnader.

Prognosen för Onkologiläkemedel bedöms ha en medelhög osäkerhet, framförallt gällande volym. Det finns även viss osäkerhet kopplat till eventuella omfördelningar av marknadsandelar för läkemedel med överlappande indikationer, stor prisskillnad och förändrade subventionsbegränsningar. Osäkerheter finns också för läkemedel som nyligen introducerats och som kan komma att introduceras under prognosperioden samt förflyttningar från rekvisition till förmån.

Bedömningen av utvecklingen av antalet patienter som kommer behandlas med NOAK, valsartan/sakubitril och PCSK9-hämmare är förknippad med viss osäkerhet. För NOAK och valsartan/sakubitril råder även osäkerhet relaterad till patentutgångar och antaganden om generisk konkurrens. Sammantaget bedöms dessa osäkerheter och den möjliga påverkan på kostnadsutvecklingen vara medelhög.

För vissa läkemedel inom området Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar råder stor osäkerhet eftersom storleken på patientpopulationerna inte är kända och utvecklingen i antalet patienter är därför mycket osäker. För andra läkemedel finns god kännedom om storleken på aktuell patientpopulation och antagandet om antalet patienter är mer säkert. Men, eftersom priset för dessa läkemedel ofta är mycket högt, kan även mindre osäkerheter få stora kostnadsmässiga konsekvenser. Det finns flera nya läkemedel godkända inom området som kan påverka kostnadsutvecklingen. TLV har slutrapporterat regeringsuppdraget om att stärka tillgången till läkemedel vid sällsynta hälsotillstånd [54]. TLV kommer framåt ta större hänsyn till volym, det vill säga storlek på aktuell patientpopulation, och försäljningsvärde i myndighetens pris- och subventionsbeslut. Det skulle kunna leda till att fler läkemedel vid sällsynta hälsotillstånd får subvention framöver men också till lägre priser för läkemedel med högt försäljningsvärde.

För adhd-läkemedel råder viss osäkerhet kring i hur länge den förhållandevis höga ökningstakten i antalet patienter med adhd kommer att fortgå, och därmed hur kostnaderna kommer att utvecklas på längre sikt. Även restsituationerna bidrar till osäkerheter.

Kostnadsutvecklingen för hepatit C-läkemedel drivs i hög utsträckning av antalet patienter som behandlas. Utvecklingen i antal patienter kännetecknas dock av osäkerheter, eftersom det är en botande behandling med en svårnådd patientpopulation. Det därför svårt att avgöra i hur stor utsträckning det sjunkande patientantalet reflekterar en sann minskning i prevalensen av hepatit C.

Referenser

1. Socialdepartementet, *Statens bidrag till regionerna för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m.* 2025. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad 2025-03-27 från: <https://www.regeringen.se/contentassets/683b9ee08c1443f5ba0b81057ce9f576/statens-bidrag-till-regionerna-for-kostnader-for-lakemedelsformanerna-m.m.-2025.pdf>. 2024.
2. Socialdepartementet, *Proposition 2024/25:144, Uppdaterat högkostnadsskydd för läkemedel.* Hämtad 2025-03-37 från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/proposition/uppdaterat-hogkostnadsskydd-for-lakemedel_hc03144/. 2025.
3. Naci, H. et al. *Population-health impact of new drugs recommended by the National Institute for Health and Care Excellence in England during 2000-20: a retrospective analysis.* Lancet, 2025. **405**(10472): s. 50–60.
4. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Beräknat utfall av återbäring 2024.* Hämtad 2025-04-23 från: <https://www.tlv.se/publikationer/publikationer/2025-04-04-beraknat-utfall-av-aterbaring-2024.html>. 2025.
5. Socialstyrelsen, *Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos 2024–2027.* Hämtad 2024-09-27 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-5-9054.pdf>. 2024.
6. 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.
7. Finansdepartementet, *Budgetpropositionen för 2025 (Prop. 2024/25:1). Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.* Hämtad 2025-03-30 från: <https://www.regeringen.se/contentassets/bfe4593f9b0d462f834bc8bbd052a921/utgiftsomrade-9-halsovard-sjukvard-och-social-omsorg.pdf>. 2024.
8. European Medicines Agency, *Kaftrio – opinion on variation to marketing authorisation.* Hämtad 2025-04-22 från: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/variation/kaftrio-0>. 2025.
9. NT-rådet, *NT rådets yttrande gällande Vyndaqel 61mg (tafamidis) vid vildtyp (ATTRwt) eller ärftlig (ATTRv) transtyretinamyloidos hos vuxna med kardiomyopati.* Hämtad 2024-04-02 från: [https://janusinfo.se/download/18.541c9dae18b5b191c47b1b/1698041948717/Vyndaqel%20\(tafamidis\)%202023-10-23.pdf](https://janusinfo.se/download/18.541c9dae18b5b191c47b1b/1698041948717/Vyndaqel%20(tafamidis)%202023-10-23.pdf). 2023.
10. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Efter omprövning subventionerar TLV fortfarande TNF-hämmare.* Hämtad 2025-03-30 från: <https://www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/avslag-och-uteslutningar/arkiv/2025-01-24-efter-omprovning-subventionerar-tlv-fortfarande-tnf-hammare.html>. 2025.

11. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Hukyndra får ett högre pris. Hämtad 2025-03-30 från:*
https://www.tlv.se/download/18.13db8b821947327e31961ef7/1738152493316/bes250129_hukyndra_4125-2024.pdf. 2025.
12. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Ebglyss ingår i högkostnadsskyddet med begränsning. Hämtad 2025-03-30 från:*
https://www.tlv.se/download/18.318e28e1194738aac3b32d3e/1737703627174/bes250123_ebglyss_3102-2024.pdf. 2025.
13. Region Stockholm, *JAK-hämmare för behandling av måttlig till svår reumatoid artrit. Hämtad 2025-03-30 från:*
<https://janusinfo.se/behandling/expertgruppsutlatanden/smartaochreumatologiskasjukdomar/smartaochreumatologiskasjukdomar/jakhammareforbehandlingavmattligtillsvarreumatoidartrit.5.65a861c21832ecdd5853a0e1.html>. 2024.
14. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Uppdaterad prognos av besparingar från sidoöverenskommelser 2024–2027. Hämtad 2025-03-30 från:*
https://www.tlv.se/download/18.7df290ec193243ba5e722400/1731913787088/uppdaterad_aterbaringsprognos_2024-2027_403-2024.pdf. 2024.
15. European Medicines Agency, *12 new medicines recommended for approval. Hämtad 2025-03-30 från:*
<https://www.ema.europa.eu/en/news/meeting-highlights-committee-medicinal-products-human-use-chmp-18-21-march-2024>. 2024.
16. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Velsipity ingår i högkostnadsskyddet med begränsning. Hämtad 2025-03-30 från:*
https://www.tlv.se/download/18.496981a0194d31bf04277493/1740133550745/bes250220_velsipity_3438-2024.pdf. 2025.
17. Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för diabetesvård*. 2018.
18. Davies, M.J. et al. *Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2022. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD)*. Diabetes Care, 2022.
19. Läkemedelsrådet i Region Skåne, *Typ 2-diabetes – Skånelistans rekommenderade läkemedel och bakgrundsmaterial. Hämtad 2025-03-23 från:*
<https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/lakemedel/skanelistan-med-bakgrundsmaterial/endokrinasjukdomar/diabetes-typ-2/>. 2025.
20. Marx, N. et al. *2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes*. Eur Heart J, 2023.
21. Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för hjärt- och kärlsjukdomar, *SGLT2-hämmare vid diabetes mellitus typ 2, hjärt- kärl- eller njursjukdom. Hämtad 2025-03-20 från:*
<https://janusinfo.se/behandling/expertgruppsutlatanden/endokrinasyjukdomar/endokrinasyjukdomar/sgli2hammareviddiabetesmellitustyp2hjarthartkarellernjursjukdom>. 2025.
22. Nätverket för Sveriges läkemedelskommittéer, *Läkemedelsbehandling vid kronisk hjärtsvikt. Hämtad 2025-03-15 från:*
<https://samverkanlakemedel.se/natverket-lok/rekommendationer-fran-lok/rekommendationer/lakemedelsbehandling-vid-kronisk-hjartsvikt>. 2024.

23. Läkemedelsverket, *Uppdatering angående Ozempic (semaglutid) och Victoza (liraglutid): bristsituation*. Hämtad 2024-09-30 från: <https://www.lakemedelsverket.se/sv/nyheter/uppdatering-angaende-ozempic-semaglutid-och-victoza-liraglutid-bristsituation>. 2024.
24. Läkemedelsverket, *Restsituationer*. Hämtad 2025-03-27 från: <https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/forskrivning/restsituationer>.
25. European Medicines Agency, *Opdivo – opinion on variation to marketing authorisation*. Hämtad 2025-04-23 från: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/variation/opdivo-4> 2025.
26. Läkemedelsverket, *Sök läkemedelsfakta*. Hämtad 2025-03-31 från: <https://www.lakemedelsverket.se/sv/sok-lakemedelsfakta?substName=nintedanib&activeTab=1>. 2025.
27. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Elvanse kvarstår i högkostnadsskyddet med oförändrad förmånsbegränsning till sänkt pris*. Hämtad 2025-03-30 från: https://www.tlv.se/download/18.16757a31939024aed13fd70/1734073395577/bes241212_elvanse_3258-2024.pdf. 2024.
28. Region Stockholm, *Kunskapsstöd för vårdgivare: ADHD*. Hämtad 2025-03-25 från: <https://kunskapsstodforvardgivare.se/omraden/psykisk-halsa/regionala-varldprogram/adhd>. 2019.
29. Läkartidningen, *Behandling av ADHD hos vuxna*. Hämtad 2025-03-24 från: <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/temaartikel/2022/02/behandling-av-adhd-hos-vuxna/>. 2022.
30. Karolinska Institutet Nyheter, *Nya rön om långtidsbehandling vid adhd och kopplingen till hjärt-kärlsjukdom*. Hämtad 2025-03-30 från: <https://nyheter.ki.se/nya-ron-om-langtidsbehandling-vid-adhd-och-kopplingen-till-hjart-karlsjukdom>. 2023.
31. Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism*. Hämtad 2025-03-30 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/adhd-och-autism/>. 2024.
32. Socialdepartementet, *Uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att kartlägga och analysera risker och nyttor med viss vård*. Hämtad 2025-03-30 från: <https://www.regeringen.se/contentassets/c18bff9608924e98afdf56f5d36ef090/uppdrag-till-myndigheten-for-varld--och-omsorgsanalys-att-kartlagga-och-analysera-risker-och-nyttor-med-viss-varld.pdf>. 2025.
33. Socialdepartementet, *Regleringsbrev för budgetåret 2025 avseende Inspektionen för vård och omsorg*. Hämtad 2025-03-30 från: <https://www.esv.se/statsliggaren/regleringsbrev/Index?rbId=24772>. 2024.
34. Lilja MM, L.P., Serlachius E, Bhagia J, Malmberg K, Malm C, Lenhard F, Halldner L., *Can response to ADHD medication be predicted?* Eur Child Adolesc Psychiatry, 2025.
35. Socialdepartementet, *Uppdrag att öka kunskapen om användningen av adhdläkemedel med fokus på att främja en jämlik, säker och ändamålsenlig användning*. Hämtad 2025-03-30 från:

- <https://www.regeringen.se/contentassets/788df38902df4add94c25fda7e0ccaf1/uppdrag-att-oka-kunskapen-om-anvandningen-av-adhd-lakemedel-med-fokus-pa-att-framja-en-jamlik-saker-och-andamalsenlig-anvandning.pdf>. 2024.
36. Socialstyrelsen, *Statistik om dödsorsaker år 2023*. Hämtad 2025-03-18 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2024-6-9170.pdf>. 2024.
37. Mach, F. et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J*, 2020. **41**(1): s. 111–188.
38. Folkhälsomyndigheten, *Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra sexuellt överförbara infektioner*. Hämtad 2025-03-30 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/c1d9794fd9c74710b19cea8bbe31e2f5/nationell-strategi-mot-hiv-aids-andra-sexuellt-overforbara-infektioner-24175.pdf>. 2024.
39. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Samtliga läkemedel för behandling av Fabrys sjukdom utesluts ur högkostnadsskyddet efter omprövning*. Hämtad 2025-03-30 från: <https://www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/avslag-och-uteslutningar/arkiv/2025-01-30-samtliga-lakemedel-for-behandling-av-fabrys-sjukdom-utesluts-ur-hogkostnadsskyddet-efter-omprovning.html>. 2025.
40. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Evrysdi ingår i högkostnadsskyddet med begränsning*. Hämtad 2025-03-30 från: <https://www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/begransad-subvention/arkiv/2025-01-24-evrysdi-ingar-i-hogkostnadsskyddet-med-begransning.html>. 2025.
41. Regionernas samverkansmodell för läkemedel och medicintekniska produkter, *Beyfortus rekommenderas till spädbarn*. Hämtades 2025-03-30 från: <https://samverkanlakemedel.se/download/18.7292b2c31959113b7c5226e/1742479240136/Beyfortus%20nirsevimab%202025-03-17.pdf>. 2025.
42. Folkhälsomyndigheten, *Vägledning om vaccination mot bältros till vuxna med ökad risk för sjukdomen — Ett beslutsunderlag*. Hämtad 2025-03-30 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/v/vagledning-om-vaccination-mot-baltros-till-vuxna-med-okad-risk-for-sjukdomen-ett-beslutsunderlag/>. 2024.
43. Folkhälsomyndigheten, *Rekommendationer om vaccination mot HPV – ett till steg mot färre cancerfall*. Hämtad 2025-03-30 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2024/december/rekommendationer-om-vaccination-mot-hpv--ett-till-steg-mot-farre-cancerfall/>. 2024.
44. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Hälsoekonomiska bedömningar av nya klinikläkemedel med fokus på cancer, delrapport 2*. Hämtad 2025-03-30 från: <https://www.tlv.se/publikationer/publikationer/2025-01-31-halsoekonomiska-bedomningar-av-nya-kliniklakemedel-med-fokus-pa-cancer-delrapport-2.html>. 2025.
45. European Medicines Agency, *CAT quarterly highlights and approved ATMPs*. Hämtad 2025-03-30 från:

- https://www.ema.europa.eu/en/documents/committee-report/cat-quarterly-highlights-approved-atmps-february-2025_en.pdf. 2025.
46. Socialstyrelsen, Försörjningsberedskap. Hämtad 2025-03-30 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/beredskap/forsorjningsberedskap/>. 2024.
47. Forsvarsmakten, Så ska beredskapslager för läkemedel säkerställas. Hämtad 2024-09-30 från: <https://www.forsvarsmakten.se/sv/aktuellt/2024/05/sa-ska-beredskapslager-for-lakemedel-sakerstallas/>. 2024.
48. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Omsättningslagring av vissa läkemedel för en stärkt försörjningsberedskap. Hämtad 2024-09-30 från: <https://www.tlv.se/publikationer/publikationer/2024-06-10-omsattningslagring-av-vissa-lakemedel-for-en-starkt-forsorjningsberedskap.html>. 2024.
49. Sveriges kommuner och regioner, Överenskommelse försörjningsberedskap för läkemedel 2025. Hämtad 2025-03-30 från: <https://skr.se/skr/omskr/styrelseochberedningar/handlingarfranskr/andringsoverenskommelseforsorjningsberedskapforlakemedel2025.86282.html>. 2025.
50. European Medicines Agency, MSSG recommendations to strengthen supply chains of critical medicinal products. Hämtad 2024-09-30 från: https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/mssg-recommendations-strengthen-supply-chains-critical-medicinal-products_en.pdf. 2024.
51. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV:s takprisöversyn. Hämtad 2025-03-19 från: <https://www.tlv.se/lakemedelsforetag/takpriser/tlvs-takprisoversyn.html>. 2023.
52. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV inför nya arbetssätt för att öka tillgången till läkemedel för patienter med sällsynta hälsotillstånd. Hämtad 2025-03-30 från: <https://www.tlv.se/press/nyheter/arkiv/2025-01-02-tlv-infor-nya-arbetssatt-for-att-oka-tillgangen-till-lakemedel-for-patienter-med-sallsynta-halsotillstand.html>. 2025.
53. European Medicines Agency, Human medicines in 2024. Hämtad 2025-03-30 från: <https://www.ema.europa.eu/en/news/human-medicines-2024>. 2025.
54. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Praktiska förutsättningar för stärkt tillgång till läkemedel vid sällsynta hälsotillstånd. Hämtad 2025-02-30 från: <https://www.tlv.se/publikationer/publikationer/2025-01-02-praktiska-forutsattningar-for-starkt-tillgang-till-lakemedel-vid-sallsynta-halsotillstand.html>. 2025.
55. Socialstyrelsen, Uppdaterad prognos av läkemedelsförsäljningen i Sverige 2023–2026 Hämtad 2024-09-27 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-10-8808.pdf>. 2023.

Bilaga 1. Referensgrupper

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

Referensgrupp från myndigheter, regioner samt Sveriges Kommuner och Regioner:

- Maj Carlsson, Region Skåne
- Jonas Eriksson, Sveriges Kommuner och Regioner
- Johanna Glad, Region Skåne
- Daniel Högborg, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
- Annika Johansson, Västra Götalandsregionen
- Kani Khalif, Region Skåne
- Eva-Christin Kjellman, Region Skåne
- Johan Lidman, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
- 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 för industriföreningarna:

- Karolina Antonov, Läkemedelsindustriföreningen
- Björn Falkenhall, Sveriges Apoteksförening
- Kenneth Nyblom, Föreningen för Generiska Läkemedel och Biosimilarer
- Andreas Rosenlund, Läkemedelshandlarna

Bilaga 2. Metod

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

Datakällor

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

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

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

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

Patientregistret och Cancerregistret tillhandahålls också av Socialstyrelsen. Patientregistret innehåller information om besök gjorda i öppen specialistvård samt slutenvård. Eftersom det saknas information om indikation i läkemedelsregistret, kan patientregistret användas för att identifiera patienters historiska diagnoser, för antaganden om indikation vid läkemedelsuttag. Även antal patienter som är potentiella för läkemedelsbehandling kan skattas genom estimat om populationsstorlek. Cancerregistret innehåller information om rikets maligna cancerfall inklusive tumörtyp och tumörutbredning.

Prognos av kostnader för läkemedelsförmånerna, rekvisitionsläkemedel och smittskyddsläkemedel

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

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

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

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

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

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

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

Definitioner av områden och grupper kan skiljas åt jämfört med tidigare publikationer

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

Specifika analyser baserade på registerdata

Antal patienter och nyinsättningar

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

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

Analys av drivande faktorer bakom kostnadsutvecklingen

I analyser av vilka drivande faktorer som ligger bakom kostnadsutvecklingen inom förmånerna, delas kostnadsutvecklingen in i tre komponenter: prisförändring, volymförändring och produktsammansättning. Analyserna avser förmånskostnader för läkemedel inom förmånerna.

Metodiken är i stora delar hämtad från rapporter av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, men modifierad för att passa våra syften.

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

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

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

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

Produktsammansättningen avser nya produkter som tillkommit i förmånerna under de senaste tre åren eller försvunnit det senaste året.³¹ Det vill säga om ett läkemedel börjar ha förmånskostnader inom de föregående tre åren eller slutar ha förmånskostnader mellan jämförelseåren räknas förändring i produktsammansättning istället för volym och pris.³²

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

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

³¹ Obs! I våra tidigare publiceringar var det endast produkter som tillkommit eller försvunnit under en ettårsperiod som ingick i produktsammansättningen.

³² Manuell justering har gjorts i fall med särskilt stor påverkan på resultaten, enzalutamid (Xtandi) och ibrutinib (Imbruvica). Vad gäller enzalutamid (Xtandi) förskrevs tidigare beredningsformen mjuk kapsel (40 mg). Beredningsformen tillhandahålls inte längre, istället tillhandahålls filmdragerad tablett (40 mg). Dessa räknas som en och samma produkt i analysen.

volymökningar att bidra till kostnadsökningar. Samtidigt pressas priserna nedåt på grund av konkurrerande behandlingsalternativ och regleringar.

Data om förmånskostnader, antal sålda förpackningar, doser och förpackningsstorlek är hämtade från E-hälsomyndigheten.³³ Produkt definieras genom Läkemedelsverkets klassificering av utbytbarhet (utifrån substans, beredningsform och styrka).³⁴ I de fall utbytesgrupp saknas definieras produkt utifrån NPL-id.³⁵

³³ Korrigeringar har gjorts för de fall där utbytesgrupper har förpackningsstorlek angivet i olika enheter.

³⁴ Listor med periodens vara-produkter har hämtats från TLV för januari och juli varje år under analysperioden.

³⁵ NPL-id är produktens ID-nummer i nationella produktregistret för läkemedel, förvaltat av Läkemedelsverket.

Bilaga 3. Utfall 2024 och de tre senaste prognoserna

I Socialstyrelsens uppdaterade prognos hösten 2023, beräknades att förmånskostnaderna inklusive handelsvaror för prognosåret 2024 skulle bli 37,9 miljarder kronor exklusive återbäringsavtal [55]. Förmånskostnaderna för helåret 2024 blev 38,7 miljarder kronor, vilket innebär att prognosen underskattade kostnaden med 1,9 procent (Tabell B3.1).

Underskattningen var störst för området Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar, vilket främst berodde på att ett nytt läkemedel mot Skelleftesjukan (vutrisiran) beslutades ingå i förmånerna, samt att andra läkemedel inom området fick utökad subvention under 2024. Även kostnaderna för Hjärt- och kärlläkemedel underskattades, där det under 2024 skedde en prisuppgång för basläkemedel samt att PCSK-9-hämmarna fick utökad subvention. Området Diabetesläkemedel överskattades istället, då osäkerheterna med rådande bristsituationer var stora.

Avvikelsen mellan utfall och prognos var mindre för de prognoser som gjordes under 2024.

De totala kostnaderna för smittskyddsläkemedel (hepatit C och hiv) uppgick till 1,1 miljarder kronor 2024 och överskattades med cirka 16 procent i prognosen från hösten 2023 jämfört med faktiskt utfall 2024 (Tabell B3.2). Detta beror i hög grad på att färre patienter än förväntat behandlades med hepatit C-läkemedel under 2024.

Tabell B3.1. Jämförelse av kostnader för förmånsläkemedel 2024 med prognoser från 2024 och 2023

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

Område	Utfall 2024	Höstprognos 2024 för 2024 (avvikelse)	Vårprognos 2024 för 2024 (avvikelse)	Höstprognos 2023* för 2024 (avvikelse)
Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar	3 238	3 246 (0,3 %)	3 246 (0,3 %)	2 917 (-9,9 %)
UFBLI	4 952	4 909 (-0,9 %)	5 008 (1,2 %)	4 904 (-1,0 %)
Diabetesläkemedel	3 685	3 664 (-0,6 %)	3 737 (1,4 %)	3 862 (4,8 %)
Onkologiska läkemedel	4 951	4 968 (0,3 %)	4 991 (0,8 %)	4 939 (-0,2 %)

Område	Utfall 2024	Höstprognos 2024 för 2024 (avvikelse)	Vårprognos 2024 för 2024 (avvikelse)	Höstprognos 2023* för 2024 (avvikelse)
Hjärt- och kärlsjukdomar	4 954	4 916 (-0,8 %)	5 025 (1,4 %)	4 757 (-4,0 %)
Nervsystemets läkemedel	6 039	6 013 (-0,4 %)	6 041 (0,1 %)	5 903 (-2,2 %)
Övriga läkemedel	9 311	9 260 (-0,5 %)	9 308 (0,0 %)	9 153 (-1,7 %)
Handelsvaror	1 533	1 528 (-0,3 %)	1 543 (0,7 %)	1 483 (-3,2 %)
Totalt	38 662	38 503 (-0,4 %)	38 900 (0,6 %)	37 918 (-1,9 %)

*estimering för en ny områdesindelning

Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsens prognos

Tabell B3.2. Jämförelse av kostnader för smittskyddsläkemedel 2024 med prognoser från 2024 och 2023

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

Område	Utfall 2024	Höstprognos 2024 för 2024 (Avvikelse)	Vårprognos 2024 för 2024 (Avvikelse)	Höstprognos 2023 för 2024 (Avvikelse)
Hepatit C- läkemedel	401	428 (7 %)	505 (26 %)	574 (43 %)
Hivläkemedel	670	668 (0 %)	662 (-1 %)	663 (-1 %)
Totalt	1 071	1 097 (2 %)	1 168 (9 %)	1 237 (16 %)

Källa: E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsens prognos

Bilaga 4. Specifikation av läkemedelsområden

Läkemedel inom förmånerna är uppdelade i sex läkemedelsområden enligt tabell B4.1–6, samt ett område för övriga läkemedel. Inom dessa områden finns läkemedel och läkemedelsgrupper som har haft stor kostnadspåverkan och/eller läkemedel och läkemedelsgrupper som förväntas avvika från historisk försäljningsutveckling och medföra stor påverkan på kostnaderna. I området Övriga läkemedel ingår alla läkemedel som haft försäljning inom läkemedelsförmånerna och som inte hör till något av de andra sex specificerade områdena.

I tabell B4.7 och tabell B4.8 redovisas också vilka läkemedel som ingår i grupperna hepatitis C-läkemedel respektive hivläkemedel inom smittskydd.

Tabell B4.1. ATC-koder för läkemedelsområdet Utvalda läkemedel vid ovanliga sjukdomar

ATC-kod	
A16AX16 Givosiran	N07XX08 Tafamidis
B02BD02 Koagulationsfaktor VIII	N07XX18 Vutrisiran
B02BD04 Koagulationsfaktor IX	R07AX02 Ivakaftor
B02BX06 Emicizumab	R07AX30 Ivakaftor och lumakaftor
B06AC05 Lanadelumab	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-amyloidos utgörs av N02BA11 Diflunisal, N07XX08 Tafamidis samt N07XX18 Vutrisiran.
- Undergruppen Hemofili A utgörs av B02BD02 Koagulationsfaktor VIII samt B02BX06 Emicizumab.

Tabell B4.2. ATC-koder för läkemedelsområdet Utvalda, främst biologiska, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar (UFBLI)

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.
L04AC16 Guselkumab	R03DX07 Roflumilast

- 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 B4.3. 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 B4.4. ATC-koder för läkemedelsområdet Onkologiläkemedel

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 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 Selperkatiniib samt L01EX23 Prasetinib.

Tabell B4.5. ATC-koder för läkemedelsområdet Nervsystemets läkemedel

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

ATC-kod	
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 B4.6. ATC-koder för läkemedelsområdet Hjärt- och kärl läkemedel

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 B4.7. ATC-koder för hepatit C inom smittskydd

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

Tabell B4.8. ATC-koder för hivläkemedel inom smittskydd

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



Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2025–2028 (artikelnr 2025-4-9565)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.