



Prognosrapport

**Kostnadsutvecklingen för läkemedel i
Västra Götalandsregionen 2025–2027**

Datum: 2025-04-01

Dokumentnamn: Prognosrapport – kostnadsutvecklingen för läkemedel i Västra Götalandsregionen 2025–2027

Dokument-ID: OSN12114-489285722-117

Rapporten framtagen av: Anna Stoopendahl, Klinisk farmakologi SU/Sahlgrenska, Anna Lindhé, Annika Johansson och Emma Lindhardt, Avdelning specialiserad vård, läkemedel och medicintekniska produkter, Koncernkontoret, Västra Götalandsregionen.

Innehåll

Sammanfattning.....	2
Tillbakablick på kostnadsutveckling för läkemedel 2024.....	2
Prognos över kostnadsutveckling för läkemedel 2025–2027.....	2
Inledning	4
Prognos över kostnadsutveckling för läkemedel 2025–2027.....	6
Faktorer som kan påverka prognosen av kostnadsutvecklingen	8
Justering av högkostnadsskydd för läkemedel	8
Kostnadsdrivande	9
Kostnadsdämpande.....	9
Effekter av patentutgångar och biosimilarer	10
Prognostiserad kostnadsutveckling för olika läkemedelsgrupper	12
Avancerade terapiläkemedel (ATMP).....	20
Bilaga 1. Tillbakablick på läkemedelskostnaderna 2024	21
Bilaga 2. Patentutgångar	27
Bilaga 3. Läkemedel med avtal om återbäring.....	29

Sammanfattning

Läkemedel spelar en viktig roll vid behandling och förebyggande av sjukdomar och kan leda till hälsovinster för patienter, men läkemedel utgör också en hög kostnad för hälso- och sjukvården. Läkemedelskostnaderna utgör 11 procent av Västra Götalandsregionens (VGR:s) totala kostnader för hälso- och sjukvård. VGR:s läkemedelskostnad per invånare är dock bland de lägsta i landet jämfört med andra regioner. Att hitta en balans mellan nytta i relation till kostnad är avgörande för att undvika undanträngning av annan prioriterad vård. Denna rapport redovisar prognosen för kostnadsutvecklingen för läkemedel i Västra Götalandsregionen 2025–2027.

Tillbakablick på kostnadsutveckling för läkemedel 2024

Bruttokostnaderna för läkemedel i VGR uppgick till 7,85 miljarder kronor under 2024. Nettokostnaderna, efter återbäring i efterhand från avtal med läkemedelsföretag, uppgick till 6,89 miljarder kronor. Kostnadsökningstakten var hög under 2024. För 2024 prognostiserades en nettokostnadsökning med 5,6 procent jämfört med föregående år, motsvarande 365 miljoner kronor. Det reella utfallet blev en höjning med 5,5 procent, motsvarande 320 miljoner kronor. Störst procentuell ökning sågs för primärvården. Hög inflation, låg kronkurs och höjningen av apotekens handelsmarginal bidrog till att läkemedel ökade i pris. Se bilaga 1 för mer information om läkemedelskostnader 2024.

Prognos över kostnadsutveckling för läkemedel 2025–2027

Prognosen bygger på en analys av historiska kostnader från 2019 till och med 2024, där en trend justeras utifrån bedömning av effekter av väntade händelser inom läkemedelsområdet, såsom nya läkemedel som kommer att tas i bruk, patentutgångar, förändring av behandlingsriktlinjer samt övriga händelser som exempelvis förändringar av subvention. Förändringar är svårbedömda och därmed innehåller prognosen flera inslag av osäkerhet. Svårbedömt är även omvärldsfaktorer såsom påverkan från inflation, kostnader i samband med restsituationer för läkemedel, utfallet av upphandlingar och förhandlingar som kan påverka priser samt förändringar i regelverk om prissättning från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV).

Prognosen för kostnadsutvecklingen för läkemedel i Västra Götalandsregionen 2025–2027 redovisas i tabell 1. Kostnaderna avser regionens kostnader för receptläkemedel (förmånskostnad och smittskyddsläkemedel) samt rekvisitionsläkemedel. Läkemedelskostnaden väntas öka för sjukhusen under prognosperioden och för Vårdval Vårdcentral under 2025. För Vårdval Vårdcentral prognosticeras en kostnadsminskning under 2026 och 2027.

Tabell 1. Prognos nettokostnadsutveckling i miljoner kronor samt procentuell årsändring.*

	Utfall (mnkr)	Prognos (mnkr) och procentuell årsändring		
	2024	2025	2026	2027
Nettokostnad	6 888 (5,5%)	7 258 (5,4%)	7 402 (2,0%)	7 530 (1,7%)
Återbäring	962 (23,2%)	1 008 (4,8%)	1 109 (10,0%)	1 204 (8,6%)
Fördelat per typ				
Recept inkl. smittskydd	5 110 (5,7%)	5 307 (3,9%)	5 322 (0,3%)	5 329 (0,1%)
Rekvisition	1 778 (4,1%)	1 952 (9,8%)	2 080 (6,6%)	2 201 (5,8%)
Fördelat per vårdform				
Sjukhus	4 761 (3,4%)	5 049 (6,0%)	5 286 (4,7%)	5 617 (4,4%)
Vårdval Vårdcentral	1 470 (11,3%)	1 502 (2,2%)	1 356 (-9,7%)	1 205 (-11,1%)
Övrigt	657 (13,1%)	707 (7,7%)	760 (7,4%)	808 (6,3%)

* I nettokostnadsutvecklingen är hänsyn tagen till återbäring i efterhand från avtal med läkemedelsföretag, samt beräknad förändring av högkostnadsskyddet för läkemedel.

De terapiområden som har höga läkemedelskostnader och som fortsätter att öka är cancer och blodsjukdomar, inflammatoriska sjukdomar, adhd, hjärtkärlsjukdom, diabetes, kronisk njursjukdom, vacciner och läkemedel vid ovanliga sjukdomar. Introduktion av nya läkemedel mot Alzheimers sjukdom och obesitas skulle innebära betydande tillkommande läkemedelskostnader. Då utvecklingen är osäker är dessa inte beaktade i prognosen.

Advanced therapy medicinal products (ATMP, en typ av precisionsmedicin), som används vid exempelvis blodcancer och vissa sällsynta, ärftliga sjukdomar, kan på enskilda områden innebära höga kostnader. ATMP är inte inräknade i huvudprognosen men redovisas separat på sidan 20.

Högre priser på generika bland annat beroende på höjning av apotekens handelsmarginal och TLV:s takpriser för utbytbara läkemedel under 2024 bidrar till fortsatt ökade kostnader för receptläkemedel.

Patentutgångar bedöms bidra till kostnadsdämpning. Störst effekt väntas från patentutgångar 2026 för strokeprofylax vid förmaksflimmer (NOAK) som bedöms leda till kraftigt sänkta kostnader, vilket är den största anledningen till den stora kostnadsdämpningen för Vårdval Vårdcentral under 2026 och 2027.

Regeringen har föreslagit en justering av högkostnadsskyddet för läkemedel för att dämpa statens kostnad för receptläkemedel inom läkemedelsförmånerna. Det innebär att patienterna kommer betala en större del av läkemedelskostnaden och förmånskostnaden dämpas för regionen, framför allt inom Vårdval Vårdcentral. Statsbidraget till regionerna för receptläkemedel sänks med motsvarande belopp. För regionen blir därmed effekten neutral. I prognosen förutsätts att förändringen av högkostnadsskyddet införs som planerat 1 juli 2025. Om förutsättningarna för justeringen av högkostnadsskyddet förändras behöver prognosen korrigeras.

Inledning

Läkemedel spelar en avgörande roll vid behandling och förebyggande av sjukdomar. Effektiva läkemedel leder till hälsovinster för patienter samt kan minska behovet av andra vårdinsatser, men läkemedel utgör också en hög kostnad för hälso- och sjukvården.

Prognosrapport över kostnadsutvecklingen för läkemedel i Västra Götalandsregionen syftar till att ge en bild av den förväntade utvecklingen av läkemedelskostnaderna. Rapporten utgör ett underlag för arbetet med budget, uppdrag till hälso- och sjukvårdsförvaltningar samt vårdavtal. Aktuell prognosperiod omfattar 2025 till och med 2027. I prognosen redovisas kostnaderna med hänsyn tagen till återbäring i efterhand enligt avtal med läkemedelsföretag (nettokostnad).

I prognosen ingår:

- förmånskostnad för receptläkemedel
- smittskyddsläkemedel (SML)
- rekvisitionsläkemedel

I prognosen ingår inte:

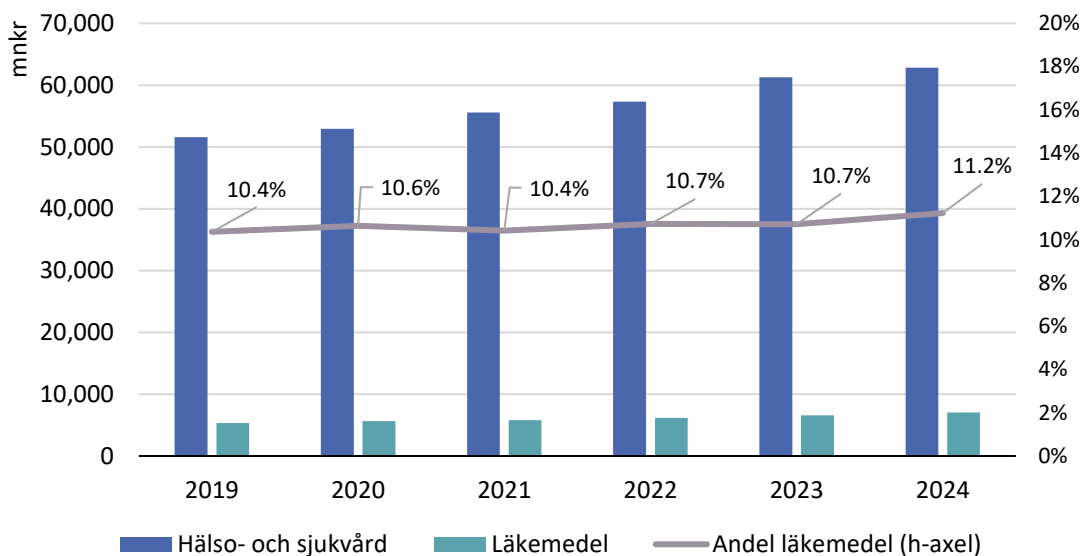
- receptläkemedel som hanteras utanför läkemedelsförmånen
- handelsvaror inom läkemedelsförmånen, t.ex. diabeteshjälpmedel
- vacciner som inte distribueras via apotek
- radiofarmaka som inte distribueras via apotek
- avancerade terapiläkemedel (ATMP) med särskild distribution till vården, t.ex. CAR-T. Prognos för ATMP redovisas separat, se sid 20.

Prognosen bygger på en analys av historiska kostnader från 2019 till och med 2024, där en trendframskrivning justeras utifrån bedömning av effekter av väntade händelser inom läkemedelsområdet. Komponenter som arbetsgruppen bedömer i sin prognostisering av kostnadsutvecklingen är vilka nya läkemedel som kommer att tas i bruk, patentutgångar, förändring av behandlingsriktlinjer samt övriga händelser som exempelvis förändringar av subvention. I bedömningen har arbetsgruppen inhämtat underlag från Läke-medelskommitténs terapigrupper. Förändringar är svårbedömda och därmed innehåller prognosen flera inslag av osäkerhet.

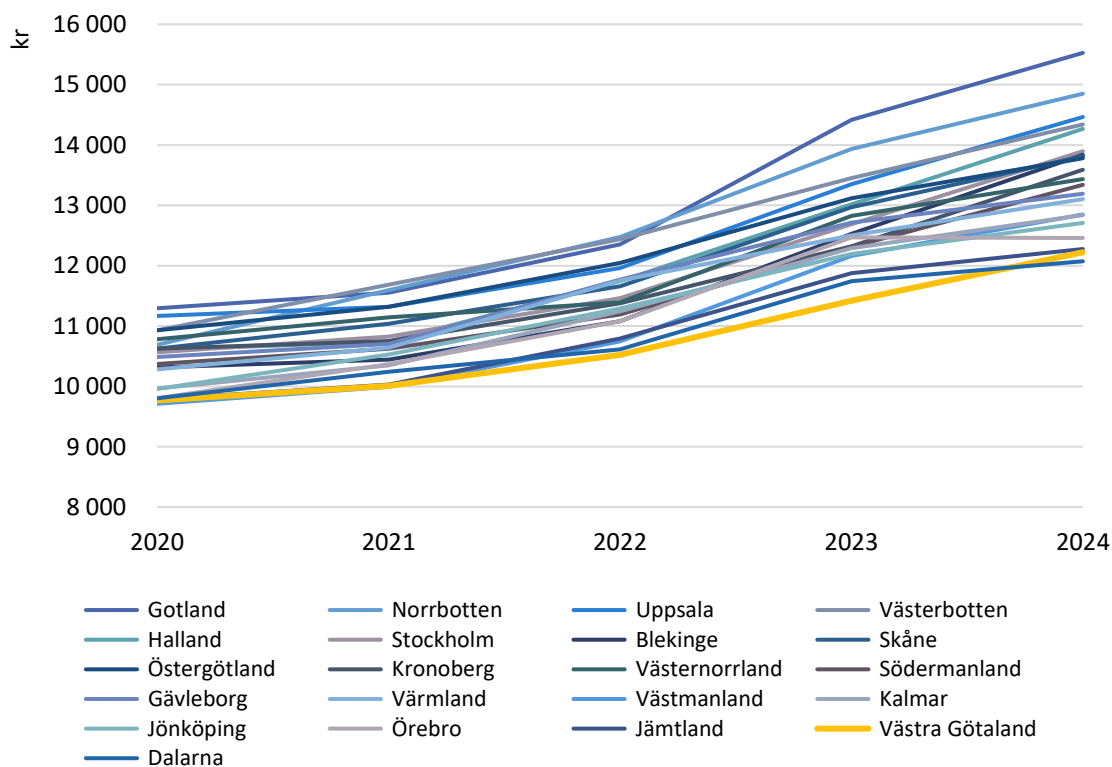
Läkemedelskostnaderna utgör ca 11 procent av VGR:s totala kostnader för hälso- och sjukvård, och har ökat något under 2024, från 10,7 procent till 11,2 procent, se figur 1. Sjukvården har arbetat för att få ekonomi i balans, men har fortfarande ökad totalkostnad. I kombination med en hög kostnadsökning för läkemedel har detta gjort läkemedelskostnadernas andel höjts något. VGR:s läkemedelskostnad per invånare är låg jämfört med andra regioner i landet, se figur 2.

För mer information kring kostnadsansvar, läkemedel och ekonomi hänvisas till

[Kostnadsansvar för läkemedel i Västra Götalandsregionen.](#)



Figur 1. Västra Götalandsregionens totala kostnader för hälso- och sjukvård jämfört med läkemedelskostnader (data från VGR:s årsredovisningar) 2019–2024.



Figur 2. Kostnadsjämförelse (brutto) mellan regioner för läkemedel per 1000 invånare och dag (TIND), inkluderar kostnader för läkemedel inom förmån och smittskydd (åldersstandardiserat mot riket) samt läkemedel på rekvisition.

Prognos över kostnadsutveckling för läkemedel 2025–2027

Läkemedelskostnaderna i Sverige och VGR bedöms fortsätta att öka. Kostnadsökningstakten var hög under 2024. Hög inflation, låg kronkurs och höjningen av apotekens handelsmarginal bidrog till att läkemedel ökade i pris.

För 2024 prognostiserades en nettokostnadsökning med 5,6 procent, motsvarande 365 miljoner kronor. Det reella utfallet blev en höjning med 5,5 procent, motsvarande 320 miljoner kronor. Se bilaga 1 för mer information om läkemedelskostnader 2024.

Regeringen har föreslagit en justering av högkostnadsskyddet för läkemedel för att dämpa statens kostnader för receptläkemedel inom läkemedelsförmånerna. Det innebär att patienterna kommer betala en större del av läkemedelskostnaden och förmånskostnaden dämpas, framför allt inom Vårdval vårdcentral. Statsbidraget till regionerna för receptläkemedel sänks med motsvarande belopp. För regionen blir därmed effekten neutral. Förändringen skulle enligt nationell beräkning sänka utfallen för receptläkemedel i VGR med 81 miljoner kr för 2025, 324 miljoner kr för 2026 samt 405 miljoner kr för 2027, förutsatt att ändringen införs som planerat, i juli 2025. Om ändringen inte genomförs påverkar det prognosen väsentligt.

Tabell 12. Prognos nettokostnadsutveckling i miljoner kronor samt procentuell förändring, med avdrag för ändrat högkostnadsskydd för läkemedel.

	Utfall (mnkr)	Prognos (mnkr) och procentuell årsändring		
	2024	2025	2026	2027
Nettokostnad	6 888 (5,5%)	7 258 (5,4%)	7 402 (2,0%)	7 530 (1,7%)
Återbäring	962 (23,2%)**	1 008 (4,8%)	1 109 (10,0%)	1 204 (8,6%)
Fördelat per typ				
Recept inkl. smittskydd	5 110 (5,7%)	5 307 (3,9%)	5 322 (0,3%)	5 329 (0,13%)
Rekvision	1 778 (4,1%)	1 952 (9,8%)	2 080 (6,6%)	2 201 (5,8%)
Fördelat per vårdform*				
Sjukhus	4 761 (3,4%)	5 049 (6,0%)	5 286 (4,7%)	5 617 (4,4%)
Vårdval Vårdcentral	1 470 (11,3%)	1 502 (2,2%)	1 356 (-9,7%)	1 205(-11,1%)
Övrigt	657 (13,1%)	707 (7,7%)	760 (7,4%)	808 (6,3%)

* Prognosen baseras på inom vilken vårdform kostnaden genererats, inte utifrån kostnadsansvar. Exempelvis finansieras en del av sjukhusens kostnader direkt från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden (OSN). I kategorin övrigt ingår t.ex. övriga förvaltningar, förskrivning från privata vårdgivare och utomlänsförskrivning.

** Förändrad hantering av statens andel av återbäringen under 2024 ger sken av stor procentuell förändring.

Tabell 2. Prognos bruttokostnadsutveckling i miljoner kronor samt procentuell årsändring, med avdrag för ändrat högkostnadsskydd för läkemedel.

	Utfall (mnkr)	Prognos (mnkr) och procentuell årsändring		
	2024	2025	2026	2027
Bruttokostnad	7 850 (7,7%)	8 266 (5,3%)	8 511 (3,0%)	8 734 (2,6%)
Fördelat per typ				
Recept inkl. smittskydd	5 650 (9,4%)	5 892 (4,3%)	5 961 (1,2%)	6 027 (1,1%)
Rekvisition	2200 (3,7%)	2 374 (7,9%)	2 550 (7,4%)	2 707 (6,2%)
Fördelat per vårdform*				
Sjukhus	5 723 (6,3%)	6 056 (5,8%)	6 395 (5,6%)	6 721 (5,1%)
Vårdval Vårdcentral	1 470 (11,3%)	1 502 (2,2%)	1 627 (-9,7%)	1 205 (-11,1%)
Övrigt	657 (13,1%)	707 (7,7%)	762 (7,4%)	808 (6,3%)

*Prognosen baseras på inom vilken vårdform kostnaden genererats, inte utifrån kostnadsansvar. Exempelvis finansieras en del av sjukhusens kostnader direkt från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden (OSN). I kategorin övrigt ingår t.ex. övriga förvaltningar, förskrivning från privata vårdgivare och utomlänsförskrivning.

Kostnadsökningar väntas för sjukhusen under prognosperioden och för Vårdval Vårdcentral under 2025. För Vårdval Vårdcentral prognosticeras en kostnadsminskning under 2026 och 2027. Det som främst driver kostnaderna för sjukhusen är förändrade behandlingsriktlinjer och nya läkemedel, ofta med ett högt pris per patient. Exempel är läkemedel inom cancerområdet, inflammatoriska sjukdomar och vid sällsynta sjukdomar. Nya läkemedel introduktionsfinansieras ibland de första två åren med centrala medel från OSN inom ramen för ordnat införande, därefter överförs kostnadsansvaret till utförarna.

Inom Vårdval Vårdcentral kommer marginalhöjningen för öppenvårdsapoteken och prisökning på volymläkemedel fortsatt ge högre kostnad. När det gäller nya läkemedel och behandlingsriktlinjer är det främst diabetesmedel och läkemedel vid hjärtkärlsjukdom som bidrar till kostnadsökningen.

Omställningen till nära vård syftar delvis till att flytta vård inklusive läkemedel, till en vårdnivå närmre patienten. En sådan förflyttning kan ge ökad kostnad för Vårdval Vårdcentral. Om kostnadsansvaret för nyare lipidsänkande läkemedel, s.k. PCSK9-hämmare, flyttas från specialistvård till primärvård leder det till ökade kostnader inom vårdvalet.

Kostnadsdämpningen till följd av den kommande justeringen av högkostnadsskyddet för läkemedel kommer få störst genomslag i primärvården. Kommande patentutgångar för apixaban och rivaroxaban i kategorin NOAK (antikoagulantia som bland annat används som strokeprofylax vid förmaksflimmer) är den största anledningen till den stora kostnadsdämpningen för Vårdval Vårdcentral under 2026 och 2027.

En osäkerhet är om läkemedel för behandling av obesitas kommer inkluderas i läkemedelsförmånerna. Det skulle öka kostnaderna väsentligt på samtliga vårdnivåer.

Ytterligare en osäkerhet är om läkemedel mot Alzheimers sjukdom kommer att nå rutinvården under prognosperioden.

Faktorer som kan påverka prognosen av kostnadsutvecklingen

Flera faktorer kan påverka utvecklingen av läkemedelskostnaderna, framför allt introduktion av nya läkemedel, nya behandlingsriktlinjer samt patentutgångar. De nya läkemedel, behandlingsriktlinjer och patentutgångar som bedöms få störst betydelse tas upp under rubrikerna ”Effekter av patentutgångar och biosimilarer” sid 10 respektive ”Prognostiserad kostnadsutveckling för olika läkemedelsgrupper” sid 12. Några mer övergripande kostnadsdrivande respektive kostnadsdämpande faktorer beskrivs nedan. Det kan också ske förändringar i regleringen av läkemedelssystemet under prognosperioden som inte kan predikteras i nuläget.

Justering av högkostnadsskydd för läkemedel

Regeringen har lagt ett förslag om en större förändring av högkostnadsskyddet med start 1 juli 2025 men beslut är inte fattat i skrivande stund. Förslaget innebär att gränsen för frikort höjs till 3 800 kr. Beloppen inom den så kallade högkostnadstrappan höjs också i varje steg. I och med att patienten betalar mer dämpas förmånskostnaden för regionen. I de beräkningar som gjorts för hela riket, med antagande om ett ikraftträdande 1 juli 2025, beräknas patienternas egenavgifter öka nationellt med cirka 540 miljoner kronor för 2025, 2 160 miljoner kronor för 2026 och 2 700 miljoner kronor från och med 2027. I prognosen har dessa beräkningar applicerats på VGR totalt och fördelats per vårdform. Störst kostnadsdämpande effekt ses för Vårdval Vårdcentral. Statsbidraget för receptläkemedel sänks med motsvarande belopp. För regionen blir därmed effekten neutral.

Höjningen av högkostnadsskyddet kan även leda till andra effekter, exempelvis hamstring eller att patienter väljer att inte hämta ut dyra läkemedel från apotek. Prognosen tar inte hänsyn till detta då effekterna är svåra att skatta.

Tabell 3. Beräknad besparingseffekt på VGR:s receptkostnader vid höjt högkostnadsskydd för läkemedel, fördelat per vårdform, i mnkr.

	2025	2026	2027
Vårdval Vårdcentral	68	271	339
Sjukhus	13	51	64
Övriga	0,5	2	2

Den 1 januari 2025 höjdes patientens egenavgift inom högkostnadsskyddet för receptläkemedel från max 2 800 kr till 2 900 kr per 12 månader. Detta ger en mindre effekt på regionens läkemedelskostnader.

Kostnadsdrivande

Den demografiska utvecklingen med en ökande och åldrande befolkning är en bakomliggande faktor som bidrar till ökade läkemedelskostnader de kommande åren. Den genomsnittliga läkemedelskostnaden per person ökar med stigande ålder upp till 80-årsåldern.

Hög inflation och en svag svensk krona har sedan hösten 2023 bidragit till stigande läkemedelpriser. För receptläkemedel har prisökningar bland annat setts på generikamarknaden, som huvudsakligen består av läkemedel som används i stora volymer. Dessa prisökningar har nu generellt avstannat något men hur det kommer utveckla sig i framtiden är osäkert. Allmänt så bedöms det oroliga omvärldsläget, med risk för handelshinder, påverka läkemedelstillverkning med mera, kunna leda till högre läkemedelspriser. Även it-säkerhet är en faktor. En it-attack drabbade i början av 2024 en av TLV:s it-leverantörer vilket påverkade systemet för periodens vara stort. Enligt myndighetens årsredovisning ledde attacken till ökade kostnader för läkemedelsförmånen med cirka 110 miljoner kronor (riket).

I två omgångar, med start 1 mars 2024, höjdes ersättningen till apoteken för att hantera receptbelagda läkemedel, handelsmarginalen. Höjningen kommer fortsätta att ha effekt och bidra till kostnadsökning under 2025. Särskilt uttalat blir det för läkemedel med lägre pris men som används i stora volymer, och som är generiskt utbytbara på apotek. Enligt de beräkningar TLV gjort för hela riket är effekten av höjningen av marginalen 658 miljoner per helår. Effekten för VGR är inräknad i prognosen.

Problematiken med restnoteringar har fortsatt under 2024 och kan antas fortgå även framöver. Restnoterade läkemedel kan leda till ökade kostnader i form av förskrivning av licensläkemedel eller andra dyrare ersättningspreparat.

TLV gjorde 2023 en höjning av takpriser för vissa läkemedel inom systemet för periodens vara. Syftet var bland annat att säkerställa en god tillgång till läkemedel för patienterna. För att minska risken för brister framöver kommer TLV att utveckla takprissystemet ytterligare. Dessa faktorer är svåra att fullt ut beakta i prognosen.

Kostnadsdämpande

TLV ska arbeta med att säkerställa hållbar finansiering och prissättning av läkemedel inom läkemedelsförmåner. Bland annat finns ett regeringsuppdrag som syftar till att genomföra kostnadsdämpande åtgärder som ska leda till besparingar för staten eller regionerna på minst 800 miljoner kronor under fyra år. Uppdraget ska redovisas 2025. Besparingarna kan uppnås bland annat genom omprövningar av subvention och prisändringar. Då utfallet av framtida åtgärder inte är känt bidrar det till osäkerhet i prognosen.

Läkemedelsverket har inom ramen för ett regeringsuppdrag utrett möjlighet till utbytbarhet av biologiska läkemedel på apotek. I slutrapporten för uppdraget, från april 2024, konstateras att flera aspekter bör utredas vidare. Utbytbarhet av biologiska läkemedel på apotek skulle kunna leda till minskade kostnader men det är osäkert om, när och för vilka läkemedel detta skulle

kunna börja tillämpas. Regionen arbetar redan aktivt med kostnadseffektiv användning av biologiska läkemedel.

I Regionernas samverkansmodell för läkemedel förhandlar regioner gemensamt avtal för både recept- och rekvisitionsläkemedel, vilket kan resultera i konfidentiella avtalspriser och återbäring i efterhand, se bilaga 3. I perioden 2025–2027 prognosticeras återbäring från ingångna avtal till ca 12-13 procent av bruttokostnaden för läkemedel i VGR. Framtida nationella rekommendationer om nya läkemedel samt utfallet av kommande avtalsförhandlingar kan komma att påverka kostnadsutvecklingen.

Under prognosperioden planerar VGR att ta över sin läkemedelsförsörjning till sjukhusen i egen regi. Initialt innebär det en kostnad för VGR för lageruppbyggnad, men på sikt ger egen regi bättre varustyrning och kostnadskontroll. Merkostnad för lageruppbyggnad för läkemedelsförsörjning i egen regi eller för att bygga upp beredskapslager är inte inkluderat i prognosen.

Effekter av patentutgångar och biosimilarer

Patentutgångar är enskilda händelser som ofta får stor påverkan på utvecklingen av läkemedelskostnaderna. Störst effekt ses när originalläkemedel och generika blir utbytbara på apotek. För läkemedel med stor försäljningsvolym och stor konkurrens, med flera generikapreparat på marknaden, ses inte sällan prissänkningar på över 90 procent. För biologiska läkemedel kan det finnas en viss tröghet för att få genomslag för patentutgångar. Det är i många fall svårt att bedöma om och när biosimilarer lanseras, konkurrensen är ofta lägre och det sker inget automatiskt utbyte på apoteket vilket ger lägre kostnadsreduktion. Om biologiska läkemedel blir utbytbara på apotek kommer det att leda till minskade kostnader.

De patentutgångar som bedöms få störst påverkan på läkemedelskostnaderna 2025–2027 anges i tabell 4. En utökad lista över patentutgångar återfinns i bilaga 2.

Under 2023 gick patentet ut för dabigatran (Pradaxa), som den första substansen bland nya antikoagulantia (NOAK). Även generiskt rivaroxaban (Xarelto, 15 och 20 mg) lanserades under 2024. Detta har lett till kostnadsminskningar för NOAK under 2024. På grund av patentstrid för rivaroxaban har generikan nu dragits tillbaka från marknaden men förväntas återintroduceras i januari 2026. Ytterligare en stor patentutgång för NOAK förväntas inträffa i november 2026, för apixaban (Eliquis), med en kostnadsminskning som följd.

Patentet för ustekinumab (Stelara) vid psoriasis och Crohns sjukdom gick ut under 2024 och lansering av flera biosimilarer har bidragit till prispress. Ytterligare kostnadsbesparingar väntas som följd under 2025. Effekt av patentutgångar för flera läkemedel vid immunologiska sjukdomar väntas under prognosperioden, t.ex. golimumab (Simponi) och abatacept (Orencia) vid reumatologiska sjukdomar och omalizumab (Xolair) vid behandling av astma och kronisk spontan urtikaria.

Övriga patentutgångar som eventuellt kan förväntas ha effekter på kostnaderna under prognosperioden är bland annat sakubitril och valsartan (Entresto) vid hjärtsvikt, ruxolitinib (Jakavi) vid myelofibros, pomalidomid (Imnovid) vid multipelt myelom, ipilimumab (Yervoy) vid melanom, dimetylfumarat (Tecfidera) vid multipel skleros (MS) och denosumab (Prolia) vid osteoporos.

Uppskattad effekt från patentutgångar är inräknad i prognosen.

Tabell 4. Några betydelsefulla patentutgångar som kan påverka läkemedelskostnaderna 2025–2027. Uppgifterna är osäkra och ska tolkas med försiktighet.

ATC-kod	Substans	Handelsnamn	Huvudsakligt användningsområde	Datum patentutgång	Kostnad 2024 (mnkr)	Uppskattad effekt helår (mnkr)
B01AF01	rivaroxaban	Xarelto 2,5 mg	trombosprofylax	2024-06	2	-1,8
B01AF01	rivaroxaban	Xarelto 10, 15, 20 mg	trombosprofylax	2026-01	50	-40
B01AF02	apixaban	Eliquis	trombosprofylax	2026-11	243	-219
C02AC02	guanfacin ¹	Intuniv	adhd	2025-09	24	-22
C09DX04	sakubitril och valsartan	Entresto	hjärtsvikt	2026-01	39	-35
L01EJ01	ruxolitinib	Jakavi	myelofibros	2027-08	39	Ej bedömt
L01EX09	nintedanib	Vargatef/Ofev	lungcancer	2026-04	20	-18
L01FX04	ipilimumab ²	Yervoy	melanom	2026-02	36	Ej bedömt
L04AA24	abatacept ²	Orencia	reumatoid artrit	2026-06	30	-9
L04AB06	golimumab ²	Simponi	infammatoriska sjukd.	2025-04	20	-10
L04AC05	ustekinumab ²	Stelara	infammatoriska sjukd.	2024-07	69	-35
L04AC07	tocilizumab ^{2,3}	Roactemra	reumatoid artrit	2020-03	39	-8
L04AG03	natalizumab ^{2,4}	Tysabri	multipel skleros	2024	51	-9
L04AX06	pomalidomid	Imnovid	multipelt myelom	2024-08	23	-21
L04AX07	dimetylfumarat	Tecfidera	multipel skleros	2025-02	27	-14
M05BX04	denosumab ²	Prolia	osteoporos	2025-11	20	-6
R03DX05	omalizumab ²	Xolair	astma	2024-03	29	-15
R03DX09	mepolizumab ²	Nucala	astma	2026-06	16	Ej bedömt
S01LA05	aflibercept ²	Eylea 40 mg/ml	ögonsjukdom	2025-11	-	Ej bedömt

¹ Osäkert datum

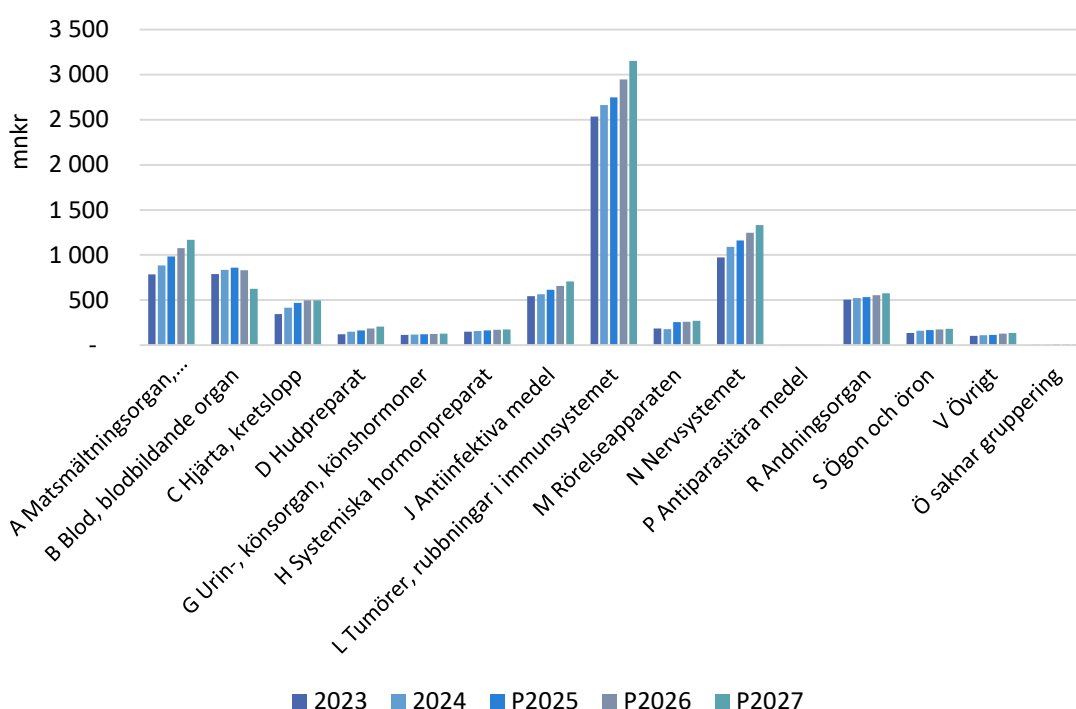
² Biologiskt läkemedel

³ Biosimilar tillgänglig 2024

⁴ Patentutgång avser endast intravenös beredning

Prognostiserad kostnadsutveckling för olika läkemedelsgrupper

Kostnader är störst för ATC-grupp L – tumörer och rubbningar i immunsystem (se figur 3). Inom denna grupp finns läkemedel för behandling av cancersjukdomar, men även läkemedel för olika inflammatoriska tillstånd, t.ex. reumatologiska sjukdomar, psoriasis, inflammatoriska tarmsjukdomar och multipel skleros (MS). Inom ATC-grupp N återfinns läkemedel som påverkar sjukdomar i nervsystemet vilket inkluderar psykofarmaka, smärtläkemedel, läkemedel vid adhd och antiepileptika. I ATC-grupp A, matsmältningsorgan och ämnesomsättning, är det främst läkemedel vid diabetes som står för höga kostnader och i grupp B, blod och blodbildande organ, är det kostnader för antikoagulantia som dominerar.



Figur 3. Kostnadsutvecklingen (mnkr) för de senaste två åren samt en prognos för 2025–2027 per terapiområde/ATC-grupp. Recept (förmånskostnad + kostnad för SML) och rekvisition.

Läkemedel för behandling av olika **cancersjukdomar** (ATC-kod L01 och L02, se figur 4) prognostiseras även fortsatt ha höga kostnader även om kostnadsökningstakt för vissa dyra läkemedel inom gruppen har planat ut. Användningen styrs till stor del av rekommendationer i nationella vårdprogram och många av de nya läkemedlen hanteras i den nationella och/eller regionala processen för ordnat införande. Allmänt ökar behandlingsmöjligheterna, fler behandlingslinjer läggs till och den totala tiden patienterna behandlas blir längre. Att indikationerna utvidgas för behandling av tidigare stadier av cancersjukdom eller som återfallsförebyggande behandling (adjuvant behandling), medför också ofta större patientpopulationer. Ofta kombineras olika cancerläkemedel med varandra för att förbättra

effekten och/eller minska risken för biverkningar. Vissa läkemedel som är skraddarsydda utifrån patientens eller cancersjukdomens specifika egenskaper, s.k. precisionsmedicin, ställer krav på ökad diagnostik. Många cancerläkemedel omfattas av avtal med återbäring vilket medför att nettokostnaden är lägre än vad som redovisas i figur 4.

Störst kostnad har gruppen monoklonala antikroppar (LO1F, se fig. 4). I denna grupp ingår bland annat immunterapi vid cancer, varav PD1-/PD-L1- hämmare (LO1FF) nivolumab (Opdivo) och pembrolizumab (Keytruda) är de dominerande preparaten. PD1-/PD-L1- hämmare används vid flera olika cancerdiagnoser, främst solida tumörer. Indikationerna har de senaste åren utvidgats och läkemedlen används numera ofta i tidiga cancerstadier, många gånger i kombination med andra läkemedel. Bruttokostnaden för gruppen PD1-/PD-L1- hämmare var 457 mnkr 2024 och under året ses ett tydligt trendbrott där kostnadsökningstakten för dessa läkemedel har avstannat. Orsaker till detta är besparingar genom ändrade doseringsregimer, priskonkurrens mellan preparat för en del indikationer samt ändrade rekommendationer inom hudcancerområdet. Nya avtalspriser 2025 har inte förändrat prisläget men genom följsamhet till regionala rekommendationer kan kostnaderna eventuellt pressas ytterligare.

Inom området för **blodcancer** är daratumumab (Darzalex) det enskilt dyraste läkemedlet. Läkemedlet används i tidiga behandlingslinjer vid **multipelt myelom**. Läkemedlet har haft ökat kraftig i kostnad de senaste åren, men under 2024 minskade kostnaden med 10 procent p.g.a. ett sänkt bruttopris. Prognosen talar för en fortsatt minskad kostnad under 2025 varefter kostnaden planar ut. Ytterligare kostnadsdämpande effekt för terapiområdet ses till följd av patentutgången för pomalidomid (LO4AX) i december 2024. Nya läkemedel, s.k. bispecifika antikroppar, tex teklistamab (Tecvayli), glofitamab (Columvi) och mosunetuzumab (Lunsumio), bedöms få en ökade användning under prognosperioden vid behandling av **multipelt myelom** och **andra hematologiska maligniteter**. Utvecklingen av avancerade immunterapi, s.k. CAR-T, fortsätter, nya läkemedel registreras, indikationsområdet vidgas och terapierna flyttas fram i linjerna. Kostnad och prognos för denna typ av läkemedel redovisas separat under rubriken Avancerade terapiläkemedel ATMP.

Trastuzumab deruxtekan (Enhertu) bedöms fortsätta öka i användning under prognosperioden med nya indikationer, bl.a. i tidigare linjer för vissa typer av **bröstcancer**. Andra nya läkemedel eller indikationer som kan introduceras under prognosperioden är t.ex tebentafusp (Kimmtrak) vid **uvealt melanom**, amivantamab (Rybrevant) en bispecifik antikropp vid **lungcancer** och enfortumab vedotin (Padcev) vid **uroterialcancer**.

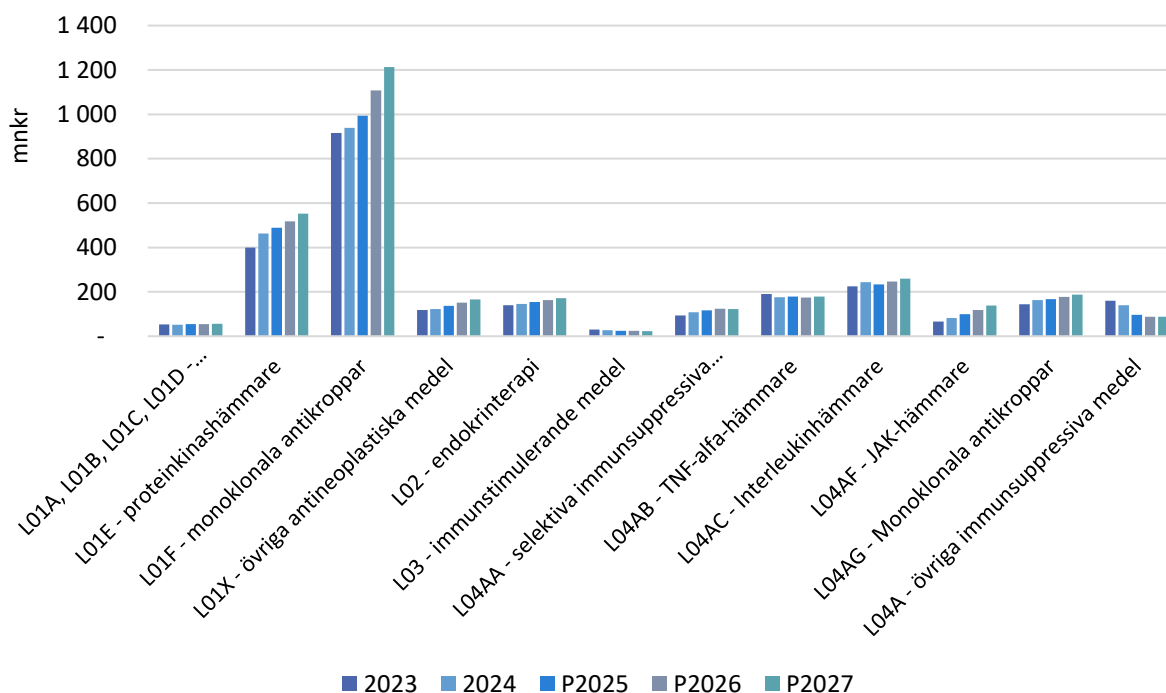
Patentutgång för ipilimumab (Yervoy) under 2026 kan eventuellt ge minskade kostnaderna under slutet av prognosperioden om biosimilarer introduceras.

Inom gruppen proteinkinashämmare (LO1E, se fig. 4) återfinns precisionsläkemedlen som används vid många olika typer av cancer. Den totala bruttokostnaden var 464 mnkr 2024. Osimertinib (Tagrisso) har högst kostnad i gruppen och används vid **lungcancer**. En ny indikation, adjuvant behandling efter radiokemoterapi, bedöms leda till fortsatt ökad kostnad.

Behandling med s.k. CDK4/6-hämmare, palbociklib (Ibrance), ribociklib (Kisqali), och abemaciclib (Verzenios), vid **bröstcancer** ökar. En utvidgad indikation för ribociklib (Kisqali) kan leda till kraftigt ökad användning och ökade kostnader. Det råder en viss konkurrens som lett till sänkta priser vilket ger en viss dämpning i kostnadsutvecklingen under 2025.

Patentutgångar för axitinib (Inlyta) och nintedanib (Ofev, Vargatef) är att vänta under prognosperioden men detta ger inga stora effekter på den totala kostnaden i för läkemedelsgruppen

Inom gruppen övriga antineoplastiska medel (L01X, se fig. 4) utgör venetoklax (Venclyxto) och de s.k. PARP-hämmarna, olaparib (Lynparza), niraparib (Zejula) och talazoparib (Talzenna) förhållandevis höga kostnader. Venetoklax används vid vissa typer av **blodcancer** och nya indikationer inom området kan ev. ge ökad användning. PARP-hämmare används främst vid **gynekologisk cancer**. Behandling vid vissa typer av **bröstcancer** och **prostatacancer** har introducerats under 2024 men detta har ännu inte fått så stort genomslag.



Figur 4. Kostnadsutvecklingen (mnkr) för de senaste två åren samt en prognos för 2025–2027 per terapiområde tumörer och rubbningar i immunsystemet (ATC L). Recept (förmånskostnad) + rekvisition.

Inom området för **inflammatorisk reumatisk sjukdom, tarmsjukdom och psoriasis** bedöms antalet patienter som behandlas med biologiska läkemedel och JAK-hämmare (L04AF, se fig. 4) fortsätta att öka. Förstahandsmedel är ofta TNF-hämmare, adalimumab, infliximab m.fl. (L04AB, se fig. 4). Tröskeln för att sätta in behandling har sänkts i och med att det finns biosimilarer med betydligt lägre priser än originalläkemedlen. Som en följd av att antalet

patienter som behandlas med TNF-hämmare ökar kommer också de läkemedel som används vid behandlingssvikt på TNF-hämmare att öka. Exempel på sådana läkemedel är JAK-hämmare (LO4AF, se fig. 4), exempelvis upadacitinib (Rinvoq), interleukinhämmare (LO4AC, se fig. 4), så som risankizumab (Skyrizi) och bimekizumab (Bimzelx), samt vedolizumab, Entyvio (LO4AG, se fig. 4). Att byta från en biosimilar till en annan, eller från en substans till en annan, för en enskild patient av kostnadsskäl, tillämpas allt mera inom de aktuella terapiområdena. När det gäller kontrollerad psoriasis i huden görs försök att glesa ut doseringarna med biologiska läkemedel för att dämpa kostnadsökningen.

Volymen för TNF-hämmare prognostiseras fortsätta öka, om än i en lägre takt. En fortsatt prispress samt byten till billigare läkemedel gör dock att kostnaderna för TNF-hämmare bedöms bli relativt oförändrade under prognosperioden. I början av 2024 presenterade TLV resultatet av en genomgång av läkemedel med adalimumab och etanercept inom förmånen. Genomgången ledde till prissänkningar för flera läkemedel och i augusti ska vissa styrkor av originalläkemedlen Enbrel och Humira uteslutas ur förmånen. Flera biosimilarer med golimumab utvärderas av EMA och när dessa blir tillgängliga kan de bidra till ytterligare kostnadsdämpning. Det görs även aktiva byten från det patentskyddade golimumab (Simponi) till andra TNF-hämmare med lägre pris.

Effekter ses efter patentutgångar för interleukinhämmare, även om flera substanser fortfarande är patentskyddade. Att biosimilarer med ustekinumab (Stelara) kom ut på marknaden ledde till att priserna sänktes och det dämpar kostnaderna betydligt under 2025. Om biosimilarer med tocilizumab (Roactemra) finns att tillgå i större utsträckning framöver kan det också bidra till lägre kostnader. Under senare delen av prognosperioden bedöms dock kostnaderna för interleukinhämmare öka igen på grund av volymökning. Ytterligare nya indikationer för interleukinhämmare, t.ex. hidradenitis suppurativa, driver också kostnaderna.

Kostnaderna för läkemedelsgruppen JAK-hämmare bedöms fortsätta stiga då användningen ökar och JAK-hämmare får allt fler nya användningsområden. Till exempel finns godkända utvärtes läkemedel, som dock ännu inte omfattas av läkemedelsförmånen, för behandling av **alopecia areata** (fläckvis håravfall) och **vitaligo**. Ett läkemedel för svårare former av **kroniskt handeksem**, delgocitinib (Anzupgo), är godkänt av europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA) men tillhandahålls ännu inte i Sverige. Inom området **atopisk dermatit** prognostiseras kostnaderna för JAK-hämmare och biologiska läkemedel, framför allt dupilumab (Dupixent, D11AH05), öka väsentligt.

I läkemedelsgruppen **diabetesmedel** (A10, se fig. 3) bedöms kostnaderna för gruppen "Blodglukossänkande medel, exkl insuliner" (A10B, 337 mnkr 2024) fortsätta öka kraftigt. Behandling med SGLT2-hämmare förväntas fortsatt öka, både för indikationen diabetes, för patienter med **hjärtsvikt** och **kronisk njursjukdom**. Det rör stora patientgrupper och bidrar därmed till betydliga kostnadsökningar. Dapagliflozin (Forxiga) har troligen patentutgång 2027.

För GLP-1 analoger verkar produktionen av läkemedel vara i fas med ökat nyttjade och tillgängligheten av läkemedel förväntas vara stabilare framöver. Förskrivningen ökade under 2024 och förväntas öka även framåt under hela prognosperioden. GLP1/GIP-agonisten tirzepatid (Mounjaro) och GLP-1-receptoragonisten semaglutid (Wegovy) har lämnat in ansökningar till TLV om att ingå i förmånen för behandling av **obesitas**. Om läkemedel inom gruppen GLP1-analoger och/eller GLP1/GIP skulle inkluderas i läkemedelsförmånerna på indikation obesitas skulle kostnaderna öka mycket kraftfullt. Detta är inte inräknat i nuvarande prognos.

Enligt prognos kommer kostnaden för insulin (A10B) vara relativt oförändrad. Enbart en leverantör av NPH-insulin finns kvar globalt, vilket ger ökad risk för restsituationer. Byte från NPH till glargin-insuliner skulle leda till en viss kostnadsökning.

För flera läkemedelsgrupper vid **hjärtkärlsjukdom** (C, se fig. 3) finns en bakomliggande volymökning till följd av mer intensiv behandling, till exempel för angiotensin II-receptorblockerare (ARB), mineralreceptorantagonist (MRA) och blodfettsänkande medel. En del vanliga generika t.ex. metoprolol ökade i pris under 2024, vilket har effekter in i 2025. Kostnaderna för PCSK9-hämmare, evolocumab (Repatha) och alirokumab (Praluent), fortsätta att öka då det fortfarande finns fler patienter i behov av läkemedel. Tafamidis (Vyndaquel) som används mot **kardiomyopati vid transtyretinamyloidos** ges till få patienter, men är kostsamt och kommer öka.

Patentutgångar för **blodförtunnande läkemedel**, s.k. NOAK, dabigatran, rivaroxaban, apixaban (Eliquis) (B01A, se fig. 3), bedöms leda till kraftigt sänkta kostnaderna under senare delen av prognosperioden. Regionens kostnad för dessa läkemedel var 315 mnkr under 2024, och förskrivningen sker i huvudsak i primärvården. Användningen ökar men trots detta minskade kostnaden 2024. Detta berodde på att generika tillfälligt funnits tillgängligt för både dabigatran och rivaroxaban under 2024 med en prispress som följd. Domslut i en patentstrid gjorde att dock att de flesta rivaroxabangenerika drogs tillbaka i början av 2025. Dessa bedöms nu inträffa under 2026, i januari för rivaroxaban (Xarelto) och november för apixaban (Eliquis).

Koagulationsfaktorer (B02, se fig. 3) som används vid **blödarsjuka** och förskrivs på recept finansieras av Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden. Fler patienter behandlas numera med mer långverkande preparat, framför allt emicizumab (Hemlibra), men användningen har nu stabiliserats. Det kommer fler långverkande konkurrerande läkemedel efanesoctog alfa (Altuvoct) och koncizumab (Alhemo) vilket innebära fler behandlingsalternativ men troligtvis inte ökade kostnader. Genterapier, t.ex. etranakogen-dezaparvovek (Hemgenix) vid blödarsjuka kan bli framtida behandlingsalternativ och innebär då hög initial kostnad men minskat behovet av faktorläkemedel. Det råder fortfarande osäkerheter kring när dessa blir tillgängliga för svenska patienter.

Ökningen av läkemedelsbehandling vid **adhd** (N06B se fig. 3, 215 mnkr 2024, varav N06BA12, lisexamfetamin (Elvanse) 144 mnkr). Priset för lisexamfetamin minskade något i slutet av

2024, men ökade patientmängder (framförallt kvinnor och vuxna) och långa behandlingstider kommer driva volymen. En viss ökad kostnad för **medel vid opioidberoende** förutses.

Det finns ett stort behov av effektiva läkemedel vid **Alzheimers sjukdom**. Ett sjukdomsmodifierande läkemedel, lecanemab (Leqembi), väntas inom kort godkännas för försäljning i EU, och ytterligare två, donanemab och blarkamesin, finns hos EMA för utredning. Även om marknadsgodkännande kommer under 2025 finns det en rad frågor att beakta innan introduktion i vården. Patientgruppen är potentiellt stor och läkemedlen kommer sannolikt betinga ett högt pris. En introduktion skulle också innebära stor påverkan på sjukvården avseende t.ex. diagnostik för att hitta patienter med tidig sjukdom, monitorering av biverkningar och utvärdering av effekt. Det finns en påtaglig risk för undanträngning av andra patientgrupper och anpassningen för vården kommer troligen att ta tid. Eftersom utvecklingen är osäker är kostnaden för dessa nya läkemedel inte beaktad i prognosen.

Användningen av **MS-läkemedel** har minskat något och kostnaderna har dämpats de senaste åren till följd av ”off label”-användningen av rituximab samt patentutgångar. En biosimilar med natalizumab för infusion finns upphandlad från 2025. Möjligheten till besparingen begränsas av att vården idag framför allt använder den patentskyddade subkutan beredningsform av originalläkemedlet Tysabri. För dimetylfumarat (Tecfidera) finns uppgifter om att patentstriden nu är över vilket kan bidra med en betydande kostnadsminskning under 2025 och 2026. Kostnadsökning för cladribin (Mavenclad) väntas avta men ändå ge viss kostnadsökning. Även ofatumumab (Kesimta) prognostiseras vara kostnadsdrivande. Om BTK-hämmare specifikt utvecklade för att behandla MS skulle introduceras bidrar det sannolikt till ökade kostnader men det ligger i så fall i slutet av prognosperioden.

En kostnadsökning för läkemedel inom **Parkinsons sjukdom** (NO4) förväntas då befolkningen blir allt äldre och fler behöver avancerad behandling. Nya läkemedel med L-dopa (Produodopa) med enklare administrationssätt, subkutan pump istället för tillförsel via tunntarmen, introduceras. Det väntas ge en kostnadspuckel, men utvecklingen på sikt är osäker. Ytterligare nya läkemedel vid Parkinson finns också under utveckling. CGRP-hämmare (NO2C), biologiska läkemedel för profylaktisk behandling av kronisk **migrän**, kan öka ytterligare något i användning och kostnad. Nya behandlingsalternativ vid akut migrän, när triptaner inte kan användas, kan också bidra till viss kostnadsökning.

De mycket höga kostnaderna för **immunglobuliner** (JO6) väntas bestå även om användningen inom neurologin prognostiseras vara relativt oförändrad. En ökad användning förutses inom hematologin som en följd av att man använder allt fler nya läkemedel som slår ut immunsystemet.

Från 1 februari ingår risdiplam (Evrysdi) för behandling av **spinal muskelatrofi, SMA** (MO9), i läkemedelsförmånen med begränsning. Det innebär att även vissa vuxna patienter kommer att behandlas. Kostnaderna bedöms därför öka. För behandling av barn flyttas kostnaderna för risdiplam från rekvisition till recept. Nya läkemedel vid **ALS** kan komma ut på marknaden. Ett, tofersen (Qalsody, NO7XX22), utreds för närvarande av NT-rådet, men den

godkända indikationen för det läkemedel avser en mycket liten patientgrupp. Nya läkemedel vid **myastenia gravis**, en autoimmun neuromuskulär sjukdom, kan bidra till kostnadsökningar då dessa läkemedel sannolikt är dyra per patient. Det första läkemedlet som utvärderats av NT-rådet resulterade dock in en rekommendation till regionerna om att inte använda.

Användningen av **antibiotika** (J01, se fig. 3) ökar igen efter pandemiåren men detta får en liten påverkan på kostnaderna eftersom antibiotika ofta har korta behandlingstider och lågt pris. Tillgången är ett bekymmer då många viktiga antibiotika drabbas av långa restnoteringar eller avregistreringar. Det finns flera initiativ och samverkan både nationellt och internationellt för att förbättra och säkerställa tillgången, vilket delvis kan leda till högre priser för vissa äldre antibiotika. För antibiotika som används på sjukhus är kostnaderna beroende på utfallet av upphandlingar. Nyare antibiotika, som tillkommit de senare åren, är viktiga men ska användas restriktivt och påverkar inte kostnaderna på kort sikt i så stor omfattning. Antibiotikaresistens är ett ökande problem och kan få stora kostnadskonsekvenser för sjukvården i framtiden.

Kostnadsökningar för **vacciner** (J07) kan förväntas under prognosperioden. Observera att kostnader för vaccin som inte distribueras via apotek inte är inräknade i prognosen.

Avgiftsfri vaccination mot **TBE** för en årskull barn är under beslut i regionen.

Folkhälsomyndigheten rekommenderar sedan december 2024 vaccination mot **HPV** till alla under 27 år, oavsett kön, som inte tidigare vaccinerat sig mot HPV. Ett regionalt beslut om en eventuell avgiftsfrihet kan komma under 2025.

Ett nytt läkemedel för prevention av **RS-virussjukdom**, nirsevimab (Beyfortus), rekommenderas för RS-virussäsongen 2025/2026 att ges till barn 0–3 månader. Det innebär tillkommande läkemedelskostnader. Två vaccin mot RS-virussjukdom är godkända. Folkhälsomyndigheten rekommenderar vaccination till personer som är 75 år och äldre, och till personer från 60 år inom vissa riskgrupper. Regionerna inväntar NT-rådets utredning och hälsoekonomisk analys avseende vaccination till äldre. Vaccination till gravida för skydd för den nyfödda ska utredas av Folkhälsomyndigheten. Ett införande skulle kunna innebära betydande kostnader. Även vaccin mot **covid-19** väntas ge ökad kostnad för regionen från 1 januari 2027 när regionen övertar kostnadsansvar från staten. Antivirala läkemedel mot covid-19 (J05, se fig. 3), remdesivir (Veklury) och nirmatrelvir+ritonavir (Paxlovid) förutspås få en kraftigt minskad användning.

Folkhälsomyndigheten har utrett förutsättningarna för att införa vaccination mot **vattkoppor** i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn och konstaterar att vattkoppsvaccin uppfyller samtliga kriterier för att ingå i ett vaccinationsprogram. Ett förslag om att införa vattkoppsvaccination i det svenska barnvaccinationsprogrammet lämnades till regeringen september 2024. Nationella vaccinationsprogram finansieras av staten.

Kostnaderna för smittskyddsläkemedel utgörs huvudsakligen av kostnader för läkemedel mot **hepatit C** och **HIV** (J05, se fig. 3). Antalet personer som får behandling med hepatit C läkemedel minskar, så också kostnaderna. Riktlinjer för HIV-behandling uppdateras vilket kan

innebära vissa ändringar i preparatval men bedöms inte ha stora konsekvenser för kostnaderna. Under senare delen av prognosperioden kan ett nytt läkemedel, lenacapavir, som visa goda effekter för prevention av hiv, ge ökade kostnader för gruppen.

Behandling av **svår astma** med biologiska läkemedel (R03DX, se fig. 3), exempelvis mepolizumab (Nucala) och omalizumab (Xolair) ökar i användning. Här kan dock patentutgångar och eventuell introduktion av biosimilarer under prognosperioden ha en kostnadsdämpande effekt. Behandlingsalternativ vid **kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)** ökar. Biologiska läkemedel, dupilumab (Dupixent) (D11AH), har numera indikation för KOL och ett nytt inhalationsläkemedel ensifentrin, kan eventuellt introduceras för de svårast sjuka KOL-patienterna under prognosperioden. Kostnader för förebyggande behandling mot **hereditärt angioödem** ökar, främst lanadelumab (Takhzyro). Nya läkemedel, t.ex. garadacimab, kan introduceras under prognosperioden men bedöms inte ha någon stor påverkan på kostnadsutvecklingen. Användning av sublingual immunterapi (V01AA, se fig. 3), framför allt vid svåra besvär av **gräs- och björkpollen** har ökat succesivt och förväntas fortsätta öka.

Nya rutiner har införts för att identifiera fler kotfrakturer och högriskpatienter för **osteoporos**. Detta bör leda till ökade patientvolym och ökade kostnader för osteoporosbehandling (M05B, se fig. 3). Patentutgång för denosumab (Prolia) under senhösten 2025 förväntas dämpa kostnadsökningen något.

För behandling av **våt makuladegeneration**, sjukdom i gula fläcken i ögat finns flera alternativa läkemedel (S01LA, se fig. 3) att tillgå och rekommendationen är att använda det mest kostnadseffektiva. Kostnaden för läkemedlen var 76 mnkr 2024. Volymerna förväntas öka då patientgruppen som får behandling växer. Användningen av faricimab (Vabrysmo) har ökat mycket under 2024. Patentutgång för aflibercept (Eylea) under mitten av 2025 innefattar den lägre styrka, 40 mg, kan leda till priskonkurrens och en viss minskad i kostnad för läkemedlet. Sammantaget innebär det fortsatt ökade kostnader för gruppen.

Kostnader för infusionsvätskor (B05, se fig. 3) ökar då upphandling gett ökade avtalspriser för t.ex. Ringer Acetat som används i stora volymer på regionens sjukhus. Ett läkemedel, kalciumglukonat, som tidigare erhållits på licens har nyligen registrerats vilket innebär ett kraftigt ökat pris. Läkemedlet används fram för allt på regionens intensivvårdsenheter.

Allt fler läkemedel vid **sällsynta sjukdomar** kommer ut på marknaden. Även om målgruppen för varje enskilt läkemedel är liten så kan det sammantaget blir relativt många patienter och läkemedlen har ofta höga priser. Vid årsskiftet redovisade TLV del 2 av regeringsuppdrag om stärkt tillgång till läkemedel vid sällsynta hälsotillstånd. Resultatet av utredningen är att TLV kommer att börja tillämpa en högre betalningsvilja, det vill säga att en högre kostnad i förhållande till nyttan accepteras, för vissa läkemedel vid mycket sällsynta sjukdomar.

Som exempel på genterapier vid sällsynta sjukdomar som finns i pipeline kan nämnas eladokagen-exuparvovek (Upstaza) vid **AADC-brist**, exagamglogen-autotemcel vid

sicklecellanemi och **beta-thalassaemi** samt delandistrogen-moxeparvovek vid **Duchennes muskeldystrofi**. Ytterligare läkemedel vid ovanliga sjukdomar som eventuellt kan komma att börja användas under prognosperioden är asfotas alfa (Strensiq) som enzymsättning vid **hypofosfatasi**, givinostat vid Duchennes muskelatrofi och sutimlimab (Enjaymo) vid **köldhemolys** (cold agglutinin disease).

Regionerna har under 2024 i samverkan upphandlat läkemedel för behandling av den sällsynta ämnesomsättningsjukdomen **Pompes sjukdom**. Avtalen kan dämpa kostnaderna något. Nyligen har TLV också genomfört en omprövning av subventionen för läkemedel vid **Fabrys sjukdom**. Resultatet blev att läkemedlen ska uteslutas ur förmånen 1 februari 2026. Regionerna planerar för en gemensam upphandling men hur användningen och priserna kommer att påverkas är i nuläget osäkert.

Avancerade terapiläkemedel (ATMP)

Flera avancerade terapiläkemedel (advanced therapy medicinal products, ATMP) finns bland nyligen introducerade läkemedel och i utveckling. ATMP är biologiska läkemedel som baseras på celler, vävnader och gener. Aktuella exempel är CAR-T-behandling vid cancer och genterapier vid sällsynta sjukdomar. Det finns en potential till stor nytta med ATMP men också många utmaningar kring introduktionen i rutinsjukvård. Genterapier ges ofta som en engångsbehandling med förhoppning om att bota eller radikalt påverka ett sjukdomstillstånd under resten av livet. Engångskostnaden är mycket hög samtidigt som de kliniska underlagen för nyttan av behandlingarna i många fall är mycket osäkra vid godkännandet, t.ex. avseende långtidseffekt. Avancerade terapier ställer också stora krav på infrastruktur, vårdens organisation och resurser samt distributionen av läkemedlen.

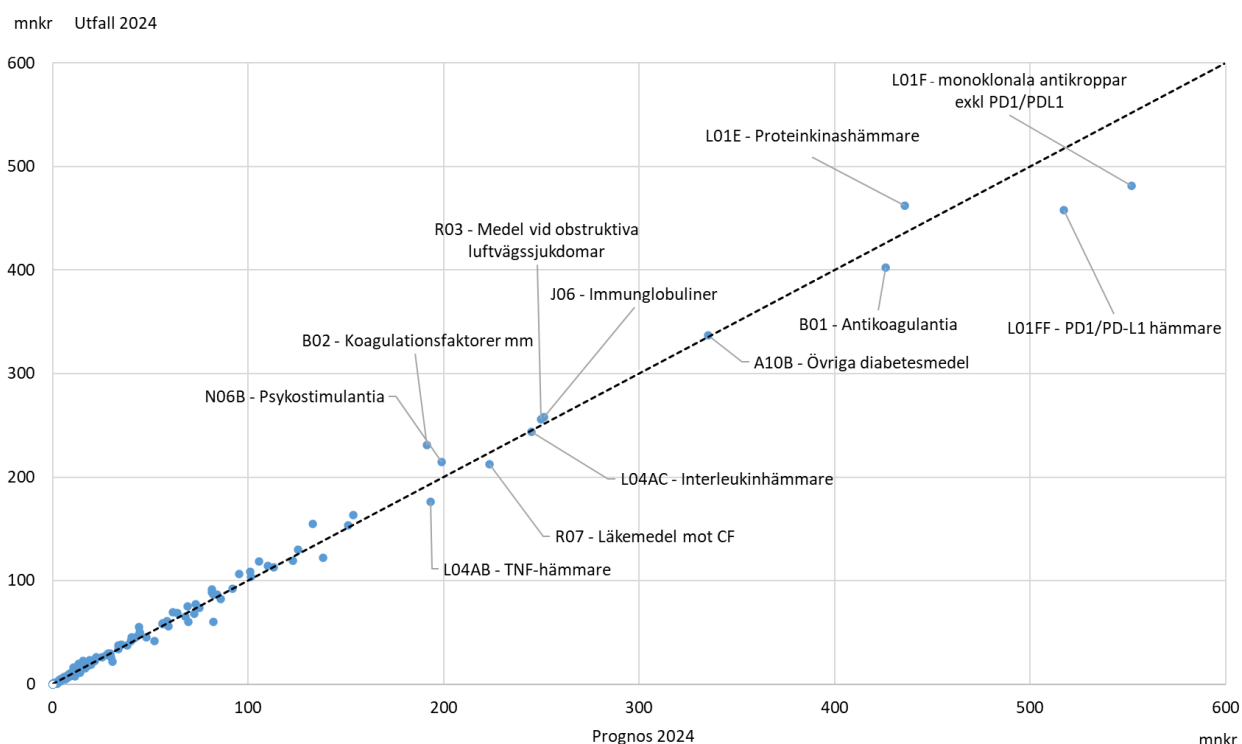
I nuläget fångas inte kostnader för ATMP i den vanliga läkemedelsstatistiken eftersom distributionen inte sker genom beställning via apotek, men det pågår ett arbete för att kostnaderna ska inkluderas i statistiken. Därför redovisas kostnaden för ATMP som en separat prognos. De läkemedel som bedöms få störst påverkan på kostnaden nämns under prognosen för olika läkemedelsgrupper ovan. Hittills har introduktionen gått långsammare än väntat och de totala kostnaderna varit relativt låga. Det är svårbedömt när området tar fart. Enstaka behandlingar med genterapier kan påverka utfallet mycket. En mycket grovt beräknad prognos skulle kunna innebära kostnader (netto) på ca 70 mnkr 2025, 110 mnkr 2026 och 140 mnkr 2027.

Bilaga 1. Tillbakablick på läkemedelskostnaderna 2024

Bruttokostnaderna för läkemedel uppgick till 7,85 miljarder kronor under 2024, jämfört med 7,29 miljarder kronor 2023 och 6,69 miljarder kronor 2022. Nettokostnaderna för läkemedel ökade under 2024 med 5,5 procent (380 mnkr), jämfört med 2023.

Utfallet för 2024 överensstämmer i stort med prognosen, men fördelningen mellan vårdformerna, sjukhus och Vårdval Vårdcentral, skilde sig. I prognosen för 2024 förväntades en kostnadsökning på 6,4 procent (222 mnkr) för sjukhus och 6,6 procent (102 mnkr) för Vårdval Vårdcentral, men det faktiska utfallet blev 3,4 procent (156 mnkr) på sjukhusen respektive 11,3 procent (149 mnkr) för Vårdval Vårdcentral. Det finns flera faktorer som ligger bakom dessa skillnader. Sjukhusen arbetade medvetet med sina kostnader under 2024, där bl.a. vissa cancerläkemedel (monoklonala antikroppar) gav ett lägre utfall än förväntat (se fig. 1 och tabell 2-4), vilket kan ha bidragit till lägre kostnadsökningstakt.

Figur 1 illustrerar hur väl prognosen för 2024 stämde överens med utfallet för olika läkemedelsgrupper.

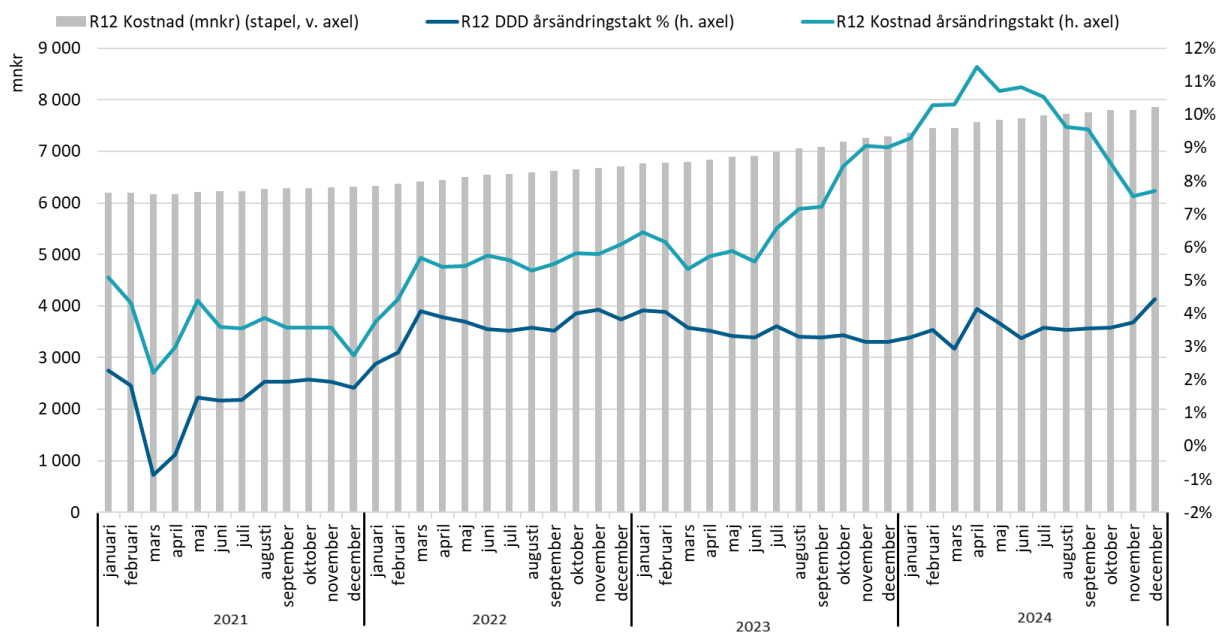


Figur 1. Prognos inför 2024 jämfört med faktiskt utfall 2024.

Vårdval Vårdcentral har i stor utsträckning påverkats av de stora prisökningarna för receptläkemedel, främst generiska läkemedel, som har varit svåra att prognosticera. Kostnadsökningstakten tog fart under andra halvåret 2023 och höll i sig under första delen av

2024 (se fig. 2). Bakgrunden till prisökningarna var flera, höjning av apotekens handelsmarginal, TLV:s justeringar av takpriset för vissa utbytbara läkemedel, en it-attack mot TLV som ledde till att systemet för generiskt utbyte på apoteken delvis slogs ut.

I figur 2 nedan visas utvecklingen för bruttokostnader och volym.



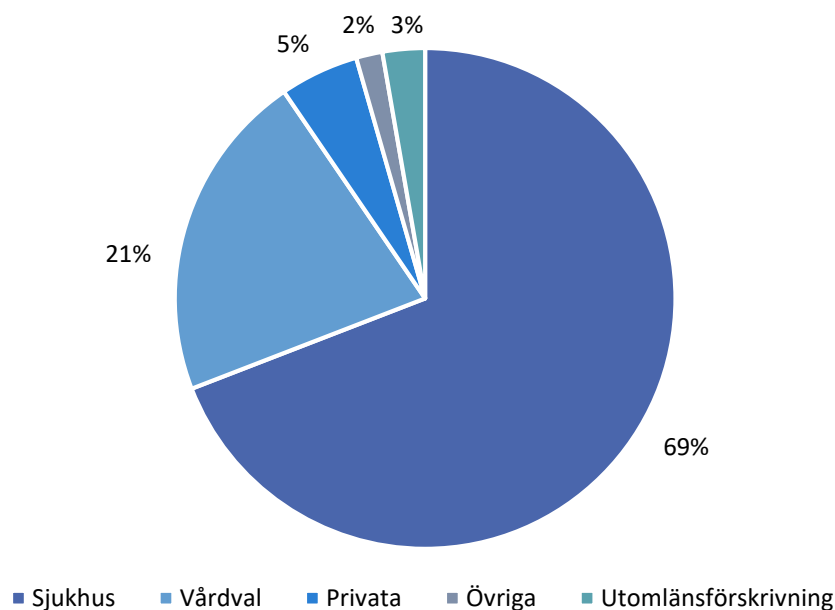
Figur 2 Rullande 12 månaders kostnadsutveckling och 12 månaders procentuell ändring för kostnader och volym, DDD (definierad dygnsdos). Observera att alla läkemedel inte har en DDD.

Bruttokostnaden för receptläkemedel inklusive smittskyddsläkemedel uppgick 2024 till 5,6 miljarder kronor och för rekvisitionsläkemedel till 2,2 miljarder kronor. Kostnaderna för receptläkemedel ökade med 9,4 procent och för rekvisitionsläkemedel med 3,7 procent jämfört med 2023. Från detta avgår återbäring i efterhand från avtal för receptläkemedel med 540 mnkr och för rekvisitionsläkemedel med 422 mnkr. Total återbäring under 2024 var cirka 962 miljoner kronor.

Tabell 1. Kostnadsutveckling 2022–2024 före och efter återbäring i miljoner kronor.

	2022	2023	2024
Kostnad före återbäring	6 687 (6,1%)	7 289 (9,0%)	7 850 (7,7%)
Nettokostnad VGR	6 117 (7,6%)	6 508 (5,9%)	6 888 (5,5%)

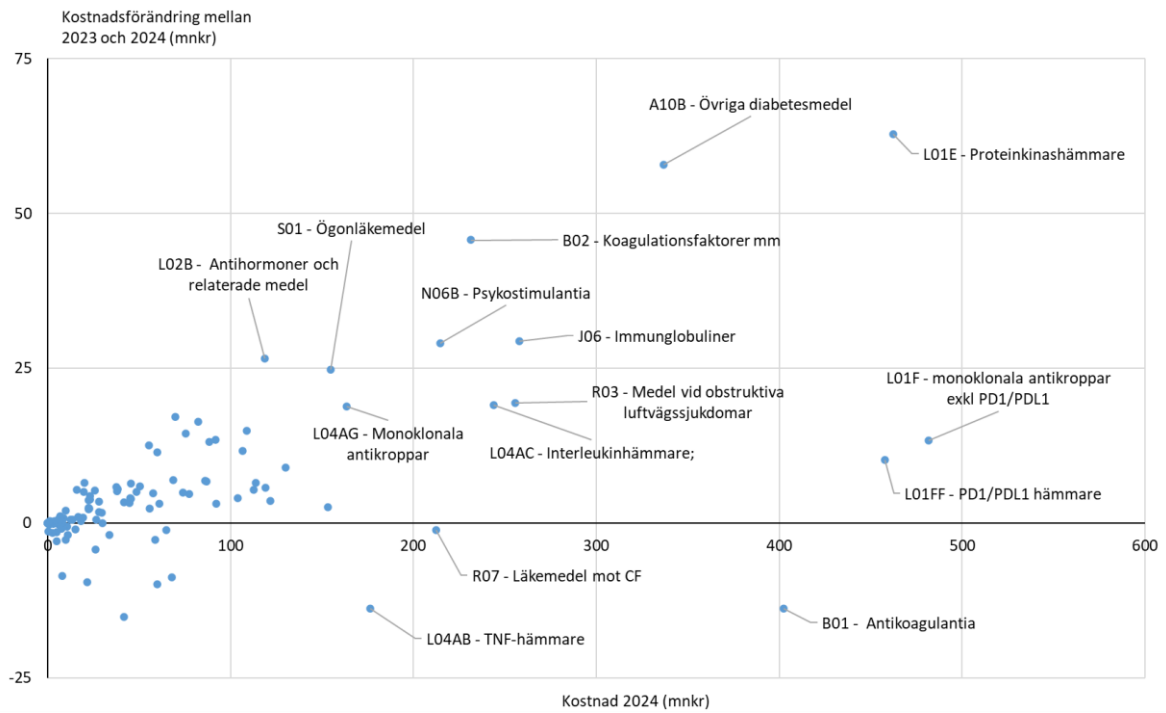
Sjukhusen står för 69 procent av de totala läkemedelskostnaderna efter justering för återbäring. Kostnadsandel för sjukhus, Vårdval Vårdcentral, utomlänsförskrivning och övrigt (t.ex. övriga förvaltningar, förskrivning från privata vårdgivare) ses i figur 3 nedan.



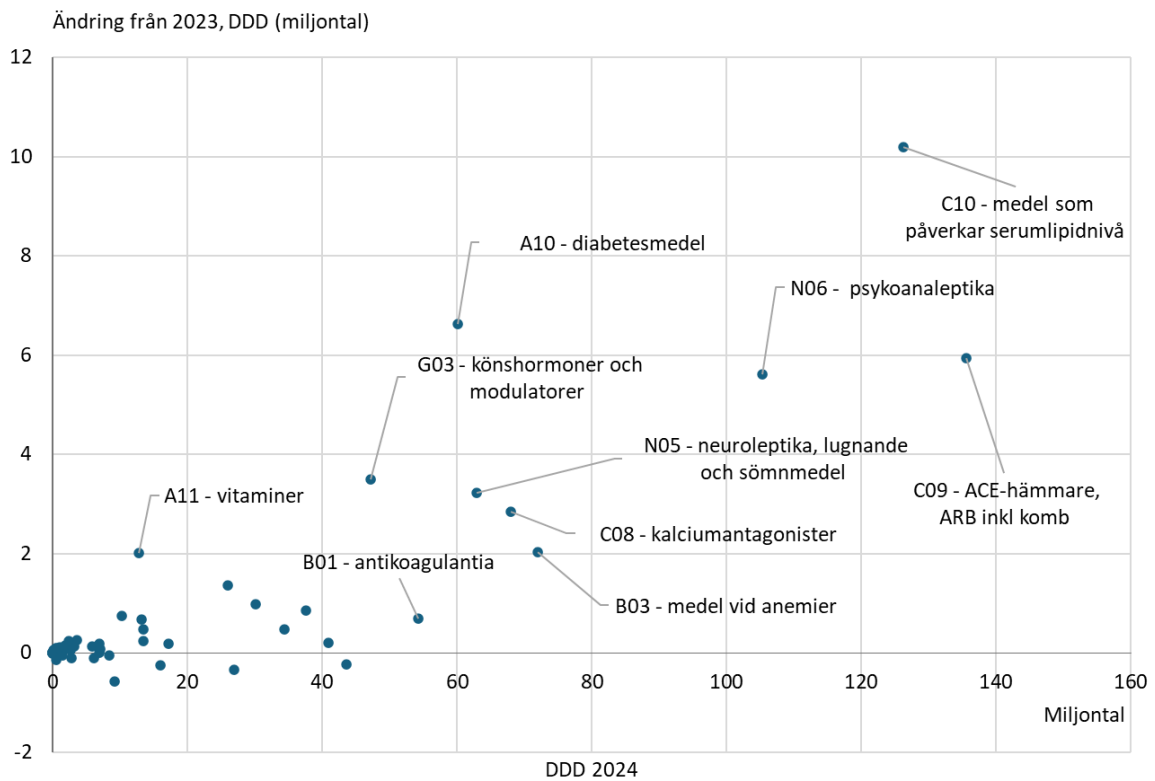
Figur 3. Kostnadsandel 2024 justerad för återbäringar.

Figur 4 och 5 illustrerar hur olika läkemedelsgrupper förändrats under 2024 i jämförelse med 2023. Figur 4 visar förändring i bruttokostnaden (mnkr) medan figur 5 visar på volymförändringar mätt i antal dygnsdoser (DDD). Observera att en del läkemedel, främst läkemedel använda på sjukhusen, saknar fastställd DDD och finns således inte med i volymdiagrammet.

De grupper som återfinns i övre högra hörnet i figur 4 representerar både höga kostnader och stora kostnadsökningar och har därmed varit mest kostnadsdrivande. Läkemedelsgrupper med negativa tal har minskat i kostnad.



Figur 4. Analys förändring av bruttokostnader för rekvisition och receptläkemedel (förmånskostnad) i mnkr 2024 jämfört med 2023.



Figur 5. Analys av volym 2024 jämfört med 2023. Definierad dygnsdos (DDD) i miljontal. Obs! Omfattar endast läkemedel med fastställd DDD.

Tabeller 2–4 visar topplistor över läkemedelssubstanser med högst kostnad, störst kostnadsökning respektive störst kostnadsminskning 2024.

Tabell 2. Läkemedelssubstanser med högst kostnad 2024

ATC - Läkemedelssubstans (preparat)	Totalt utfall 2024 (mnkr)	Diff (mnkr)	Diff (%)
L01FC01 - daratumumab (Darzalex)*	243	-27	-9,8%
B01AF02 - apixaban (Eliquis)	243	-0,5	-0,2%
L01FF02 - pembrolizumab (Keytruda)*	219	-18	-8,%
J06BA02 - humant, normalt immunglobulin (Privigen, Kiovig m.fl)	154	10	7,4%
N06BA12 - lisdexamfetamin (Elvanse)	144	25	21%
R07AX32 - ivakaftor, tezakaftor och elexakaftor (Kaftrio)*	130	7	5,6%
L01FF01 - nivolumab (Opdivo*)	129	-21	-14%
A10BJ06 - semaglutid (Ozempic)	125	33	36%
B02BD02 - koagulationsfaktor viii*	98	10	12%
J06BA01 - humant, normalt immunglobulin	96	20	27%
L04AA33 - vedolizumab (Entyvio)	88	9	12%
A10BK03 - empagliflozin (Jardiance)	85	10	14%
L04AB04 - adalimumab	81	3	3,7%
R07AX02 - ivakaftor (Kalydeco)*	76	-1	-1,8%
L01EB04 - osimertinib (Tagrisso)*	69	10	16%

*Läkemedel omfattas av återbäringsavtal hela eller delar av 2024

Tabell 3. Läkemedelssubstanser med störst kostnadsökning 2024

ATC - Läkemedelssubstans (preparat)	Totalt utfall 2024 (mnkr)	Diff (mnkr)	Diff (%)
A10BJ06 - semaglutid (Ozempic)	125	33	35%
L01FF06 - cemiplimab (Libtayo)*	51	32	175%
B02BX06 - emicizumab (Hemlibra)*	68	31	85%
N06BA12 - lisdexamfetamin (Elvanse)	144	25	21%
A10BK01 - dapagliflozin (Forxiga)	57	21	57%
J06BA01 - humant, normalt immunglobulin	96	20	27%
L01EF03 - abemaciclib (Verzenios)	34	18	119%
L04AF03 - upadacitinib (Rinvoq)*	44	14	48%
D11AH05 - dupilumab (Dupixent)*	60	14	31%
L01EL03 - zanubrutinib (Brukinsa)*	16	14	665%
L01FX24 - teklistamab (Tecvayli)*	14	14	4790%
N07XX08 - tafamidis (Vyndaqel)*	52	13	34%
L01FD04 - trastuzumab deruxtecan (Enhertu)*	23	12	119%
L01FX13 - enfortumab vedotin (Padcev)*	15	11	320%
J06BA02 - humant, normalt immunglobulin	154	11	7,4%

*Läkemedel omfattas av återbäringsavtal hela eller delar av 2024

Tabell 4. Läkemedelssubstanser med störst kostnadsminskning 2024

ATC - Läkemedelssubstans (preparat)	Totalt utfall 2024 (mnkr)	Diff (mnkr)	Diff (%)
L01FC01 - daratumumab (Darzalex)*	243	-27	-9,8%
L01FF01 - nivolumab (Opdivo)*	128	-21	-14%
L04AB06 - golimumab (Simponi)	20	-21	-50%
L01FF02 - pembrolizumab (Keytruda)*	219	-19	-8,0%
M09AX03 - ataluren (Translarna)	3	-13	-84%
J05AP55 - sofosbuvir och velpatasvir (Epclusa)*	35	-12	-26%
J05AB16 - remdesivir (Verklury)	10	-12	-54%
L01EL01 - ibrutinib (Imbruvica)*	46	-11	-19%
L01EF01 - palbociclib (Ibrance)*	27	-9	-24%
L04AE01 - fingolimod	2	-9	-78%
M09AX07 - nusinersen (Spinraza)*	3	-8	-71%
L01FA01 - rituximab	12	-8	-39%
A10BJ02 - liraglutid (Saxenda)	4	-7	-67%
B01AF01 - rivaroxaban	53	-7	-12%
R07AX30 - ivakaftor och lumakaftor (Orkambi)*	5	-7	-60%

* Läkemedel omfattas av återbäringsavtal hela eller delar av 2024

För sjukhusen är det främst läkemedelsgruppen monoklonala antikroppar (L01F) som har höga kostnader men som även har haft stora kostnadsminskningar under 2024. Daratumumab (Darzalex) används inom hematologi vid multipelt myelom. 2024 sänktes priset (AIP) för läkemedlet vilket minskade bruttokostnaden. Gruppen PD1/PDL1-hämmare med bl.a. pembrolizumab (Keytruda) och nivolumab (Opdivo) som används inom onkologin vid olika typer av cancersjukdomar har höga kostnader men även här har kostnaderna minskat. Vissa läkemedel ökar dock i kostnaden för sjukhusen, t.ex. lisdexamfetamin (Elvance), vid adhd och emicizumab (Hemlibra) vid hemofili A.

Inom Vårdval Vårdcentral är kostnaderna höga för antikoagulantia (B01AF), där apixaban (Eliquis) utgör den högsta kostnaden, men där en minskning av kostnaden skett för rivaroxaban vid den tillfälliga lanseringen av generika under 2024. Läkemedel vid diabetes, främst semaglutid (Ozempic), empagliflozin (Jardiance) och dapagliflozin (Forxiga) utgör även dessa höga kostnader och semaglutid är det läkemedel som hade störst kostnadsökning under 2024.

Bilaga 2. Patentutgångar

I tabell 1 listas några patentutgångar med möjlig kostnadspåverkan i VGR under 2025–2027. Listan avser att ange tidpunkt för patentutgång i Sverige. Uppgifterna ska tolkas med försiktighet. Efter patentutgång kan det dröja innan generika godkänns eller får genomslag på marknaden. Detta av affärsmässiga skäl eller beroende på eventuella tilläggsopatent kopplat till administreringshjälpmedel, formulering, tillverkning eller dokumentation. Exempelvis kan dokumentation på användning till barn ge ytterligare 6 månaders patentskydd. Läkemedelsverkets bedömning av utbytbarhet mellan original och generika har betydande inverkan på den ekonomiska effekten av patentutgången. För biosimilarer, kopior på biologiska läkemedel, kan introduktionen ta längre tid och prisnedgången är vanligtvis mindre än vid patentutgång för syntetiska läkemedel. Biosimilarer tar längre tid att få godkända, konkurrensen är ofta lägre och det sker inget automatiskt utbyte på apoteket vilket ger lägre kostnadsreduktion. Läkemedelsverket har utrett möjlighet till utbytbarhet av biologiska läkemedel på apotek. I den slutrapport som publicerades i april 2024 konstaterar Läkemedelsverket att utbyte av biologiska läkemedel på apotek bör utredas vidare. Om biologiska läkemedel blir utbytbara på apotek kommer det att leda till minskade kostnader. För bedömning av effekt av några betydelsefulla patentutgångar, se kapitel Prognos över kostnadsutveckling för läkemedel 2025–2027, tabell 4.

Tabell 1. Patentutgångar med möjlig kostnadspåverkan under 2025–2027. Uppgifterna är osäkra och ska tolkas med försiktighet.

ATC-kod	Substans	Handelsnamn	Huvudsakligt användningsområde	Datum patentutgång	Kostnad 2024 (mnkr)
A10BH05	linagliptin	Trajenta	diabetes	2026-08	12
B01AC24	tikagrelor	Brilique	trombosprofylax	2025-06	6
B01AE07	dabigatran	Pradaxa	trombosprofylax	2023-08	12
B01AF01	rivaroxaban	Xarelto 2,5 mg	trombosprofylax	2024-06	2
B01AF01	rivaroxaban	Xarelto 10, 15, 20 mg	trombosprofylax	2026-01	50
B01AF02	apixaban	Eliquis	trombosprofylax	2026-11	243
C02AC02	guanfacin ¹	Intuniv	adhd	2025-09	24
C09DX04	sakubitril och valsartan	Entresto	hjärtsvikt	2026-01	39
L01EJ01	ruxolitinib	Jakavi	myelofibros	2027-08	39
L01EK01	axitinib	Inlyta	njurcancer	2025-06	7
L01EX03	pazopanib	Votrient	njurcancer	2025-12	3
L01EX09	nintedanib	Vargatef/Ofev	lungcancer	2026-04	20
L01FD02	pertuzumab ²	Perjeta	bröstcancer	2025-06	3
L01FX04	ipilimumab ²	Yervoy	melanom	2026-02	36
L01FX05	brentuximabvedotin ²	Adcetris	cancer	2027-10	11
L04AA24	abatacept ²	Orencia	reumatoid artrit	2026-06	30
L04AB05	certolizumabpegol ²	Cimzia	infammatoriska sjukd.	2024-10	5

L04AB06	golimumab ²	Simponi	infammatoriska sjukd.	2025-04	20
L04AC05	ustekinumab ²	Stelara	infammatoriska sjukd.	2024-07	69
L04AC07	tocilizumab ^{2,3}	Roactemra	reumatoid artrit	2020-03	39
L04AF01	tofacitinib	Xeljanz	reumatoid artrit	2027-05	11
L04AG03	natalizumab ^{2,4}	Tysabri	multipel skleros	2024	51
L04AG04	belimumab ²	Benlysta	SLE	2026-12	8
L04AX06	pomalidomid	Imnovid	multipelt myelom	2024-08	23
L04AX07	dimetylfumarat	Tecfidera	multipel skleros	2025-02	27
M05BX04	denosumab ²	Prolia	osteoporos	2025-11	20
M05BX04	denosumab ²	Xgeva	osteoporos	2025-11	8
N06AX26	vortioxetin	Brintellix	depression	2027-10	11
R03DX05	omalizumab ²	Xolair	astma	2024-03	29
R03DX09	mepolizumab ²	Nucala	astma	2026-06	16
R03DX10	benralizumab ²	Fasenra	astma	2025-06	8
S01LA05	aflibercept ²	Eylea 40 mg/ml	ögonsjukdom	2025-11	-

¹ Osäkert datum² Biologiskt läkemedel³ Biosimilar tillgänglig 2024⁴ Patentutgång avser endast intravenös beredning

Bilaga 3. Läkemedel med avtal om återbäring

Sedan 2015 har regionerna förhandlat om och tecknat avtal med företag om kostnaden för vissa läkemedel. För receptläkemedel kan så kallade trepartsöverläggningar genomföras mellan regionerna, läkemedelsföretag och TLV. Dessa överläggningar kan resultera i avtal med konfidentiella priser för läkemedlen. Kostnaden regleras genom återbäring i efterhand. Här sker regionernas samverkan framför allt via regionernas fullmaktspersoner för samverkan med TLV. Det finns även nationellt förhandlade avtal för huvudsakligen nya läkemedel som beställs via rekvisition, även här med konfidentiella avtalspriser och återbäring i efterhand. Här sker förhandling framför allt på uppdrag av NT-rådet.

Antalet avtal har under flera år ökat men har de senaste åren planat ut och är nu ca 110 avtal. Ungefär 60 är för receptläkemedel och 50 för rekvisitionsläkemedel. Alla nationellt förhandlade avtal finns listade på [Avtal - Samverkanläkemedel](#).

Under 2024 gav dessa ca 962 mnkr i återbäring för VGR, för de läkemedel som ingår i prognosen.

Avtal med sekretessbelagda priser och återbäringar i efterhand innebär en hel del merarbete och utmaningar. Hantering av återbäring i efterhand är administrativt belastande, men framför allt försvårar konfidentiella avtalsvillkor rak och tydlig kommunikation med verksamheterna. Det försvårar också tydlighet och transparens i budgetprocesser och prognosarbete samt i uppföljningsrapporter.

Inom VGR fördelas återbäringen för både recept- och rekvisitionsläkemedel till den verksamhet som haft kostnaderna för de aktuella läkemedlen.

Eftersom uppgifter om återbäringsnivåer och avtalspriser alltid är konfidentiella görs ingen detaljerad prognos på ATC-kodsnivå. Avtal som är svåra att prognosticera utfallet för, tillkommande avtal och avtal som avslutas under prognosperioden bidrar också till svårigheterna att prognosticera återbäringen. För att ge en mer sann bild av kostnadsutvecklingen har totalprognosen justerats för återbäringarna. Prognosen är beräknad med utgångspunkt i de avtalsförutsättningar som föreligger idag.

För de avtal som löper ut under prognosperioden har antagits att det blir nya avtal med samma förutsättningar som idag. Prognosen försvåras av att det är svårt att bedöma om det blir prisjusteringar som påverkar återbäringsnivåerna i avtalen. Det är också svårt att veta vilka nya läkemedel som det kommer att tecknas återbäringsavtal för.

Återbäringen 2025 till 2027 förväntas öka i takt med ökad användning av läkemedel.

Tabell 1. Utfall för återbäringen 2024 och prognos för 2025–2027 i miljoner kronor.

	Utfall	Prognos		
	2024	2025	2026	2027
Återbäring				
Receptläkemedel	540	468	156	565
Rekvisitionsläkemedel	422	540	953	639
Totalt	962	1008	1109	1204
Andel av bruttokostnaden	12,3%	12,1%	12,6%	13,2%