



Prognosrapport

**Kostnadsutvecklingen för läkemedel i
Västra Götalandsregionen 2026–2028**

Datum: 2026-04-01

Dokumentnamn: Prognosrapport – kostnadsutvecklingen för läkemedel i Västra Götalandsregionen 2026–2028

Dokument-ID: OSN12114-489285722-148

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 2025	2
Prognos över kostnadsutveckling för läkemedel 2026–2028	2
Inledning	4
Prognos över kostnadsutveckling för läkemedel 2026–2028.....	6
Faktorer som kan påverka prognosen av kostnadsutvecklingen	8
Justering av högkostnadsskydd för läkemedel	8
Kostnadsdrivande	9
Kostnadsdämpande.....	10
Effekter av patentutgångar och biosimilarer	11
Prognostiserad kostnadsutveckling för olika läkemedelsgrupper	13
Avancerade terapiläkemedel (ATMP)	21
Bilaga 1. Tillbakablick på läkemedelskostnaderna 2025.....	22
Bilaga 2. Patentutgångar	28
Bilaga 3. Läkemedel med avtal om återbäring.....	30

Sammanfattning

Läkemedel är en central del i både behandling och prevention av sjukdomar och bidrar till betydande hälsovinster för patienter. Samtidigt utgör läkemedel en väsentlig kostnad inom hälso- och sjukvården. Läkemedelskostnaderna utgjorde 2025 10,8 procent av Västra Götalandsregionens (VGR:s) totala hälso- och sjukvårdskostnader. En väl avvägd balans mellan medicinsk nytta och kostnad är avgörande för att säkerställa en effektiv resursanvändning och undvika att annan prioriterad vård trängs undan. Jämfört med övriga regioner har VGR en av de lägsta läkemedelskostnaderna per invånare.

Denna rapport redovisar den prognostiserade kostnadsutvecklingen för läkemedel i Västra Götalandsregionen 2026–2028.

Tillbakablick på kostnadsutveckling för läkemedel 2025

Kostnadsökningstakten för läkemedel avtog under 2025, efter att ha varit hög 2024. De totala läkemedelskostnaderna fortsatte att öka till följd av ökande volymer, nya behandlingar och demografiska faktorer. Förändringen av högkostnadsskyddet för läkemedel under andra delen av året försköt en del av kostnaden till patienterna.

Bruttokostnaderna för läkemedel i VGR uppgick till 8,23 miljarder kronor under 2025. Nettokostnaderna, efter återbäring i efterhand från avtal med läkemedelsföretag, uppgick till 7,06 miljarder kronor. För 2025 prognostiserades en nettokostnadsökning med 5,4 procent jämfört med föregående år, motsvarande 370 miljoner kronor. Det reella utfallet blev en höjning med enbart 2,6 procent, motsvarande 176 miljoner kronor.

Prognos över kostnadsutveckling för läkemedel 2026–2028

Prognosen bygger på en analys av historiska kostnader från 2020 till och med 2025, där en linjär trend justeras utifrån bedömning av effekter av väntade händelser inom läkemedelsområdet. Dessa kan vara introduktion av nya läkemedel, patentutgångar, förändring av behandlingsriktlinjer samt övriga händelser som exempelvis förändringar av subvention. Förändringar är svårbedömda och därmed innehåller prognosen flera inslag av osäkerhet. Svårvärderat är även det osäkra omvärldsläget med konflikter och ekonomisk instabilitet. Politiska förändringar i USA, som höjda tullar och prissänkningar för den amerikanska läkemedelsmarknaden skapar en risk för stigande läkemedelspriser och minskad tillgång. Ytterligare osäkerheter är restnoteringar, utfallet av upphandlingar och förhandlingar samt förändringar i regelverk om prissättning från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV).

Prognosen för kostnadsutvecklingen för läkemedel i Västra Götalandsregionen 2026–2028 redovisas i tabell 1. Kostnaderna avser regionens kostnader för receptläkemedel (förmånskostnad och smittskyddsläkemedel) samt rekvisitionsläkemedel.

Tabell 1. Prognos nettokostnadsutveckling i miljoner kronor samt procentuell årsändring, med beräknat avdrag för ändrat högkostnadsskydd för läkemedel*.

	Utfall (mnkr)	Prognos (mnkr) och procentuell årsändring		
	2025	2026	2027	2028
Nettokostnad	7 064 (2,56%)	7 045 (-0,27%)	7 269 (3,18%)	7 379 (1,51%)
Återbäring	1 165 (21,1%)	1 286 (10,4%)	1 396 (8,55%)	1 489 (6,66%)
Fördelat per typ				
Recept inkl. smittskydd	5 287 (3,46%)	5 063 (-4,24%)	5 212 (2,94%)	5 243 (0,59%)
Rekvisition	1 776 (-0,11%)	1 981 (11,5%)	2 056 (3,79%)	2 136 (3,89%)
Fördelat per vårdform				
Sjukhus	4 848 (1,83%)	4 995 (3,03%)	5 174 (3,58%)	5 269 (1,84%)
Vårdval Vårdcentral	1 487 (1,16%)	1 324 (-11,0%)	1 327 (0,23%)	1 328 (0,08%)
Övrigt	729 (11,0 %)	725 (-0,55%)	769 (6,07%)	782 (1,69%)

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

Den totala nettokostnaden för VGR förväntas ha en relativt låg kostnadsökning per år under prognosperioden. Rekvisitionsläkemedel ökar med 11,5 procent under 2026 och har sedan en ökning på runt 4 procent per år. Förändrat högkostnadsskydd och patentutgångar minskar kostnaderna för receptläkemedel. För Vårdval Vårdcentral, som främst nyttjar receptläkemedel, prognosticeras en väsentlig kostnadsminskning under 2026 (-11 procent). Sjukhusens kostnadsökning på 3,0 procent, drivs av rekvisitionsläkemedel.

De terapiområden som har höga läkemedelskostnader och som fortsätter att öka är cancer och blodsjukdomar, inflammatoriska sjukdomar, hjärt-kärlsjukdom, diabetes, kronisk njursjukdom, vacciner och läkemedel vid sällsynta sjukdomar. Eventuell introduktion av nya läkemedel mot obesitas och Alzheimers skulle innebära betydande tillkommande läkemedelskostnader. Då utvecklingen är osäker är dessa inte beaktade i prognosen.

Patentutgångar bedöms bidra till kostnadsdämpning. Störst effekt väntas från patentutgångar 2026 för strokeprofylax vid förmaksflimmer (DOAK) som bedöms leda till kraftigt sänkta kostnader, vilket är en stor bidragande anledning till den stora kostnadsdämpningen för Vårdval Vårdcentral under 2026 och 2027. 2028 väntas patentutgång för lisdexamfetamin (Elvanse) som används vid behandling av adhd. Detta minskar kostnaden för receptläkemedel för sjukhusen.

I juli 2025 genomfördes en större justering av högkostnadsskyddet för läkemedel. När patienterna betalar en större del av läkemedelskostnaden, dämpas förmånskostnaden för utförarna, framför allt inom Vårdval Vårdcentral. Statsbidraget till regionerna för receptläkemedel sänks med motsvarande belopp, för regionen blir därmed effekten kostnadsneutral.

Advanced therapy medicinal products (ATMP), som används vid exempelvis blodcancer och vissa sällsynta, ärftliga sjukdomar, utgör höga kostnader för enskilda behandlingar när de används. ATMP är inte inräknade i huvudprognosen men redovisas separat på sidan 21.

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 stor 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 2026 till och med 2028. I prognosen redovisas nettokostnaderna, det vill säga kostnader med hänsyn tagen till återbäring i efterhand enligt avtal med läkemedelsföretag.

I prognosen ingår:

- förmånskostnad för receptläkemedel
- smittskyddsläkemedel (SML)
- rekvisitionsläkemedel

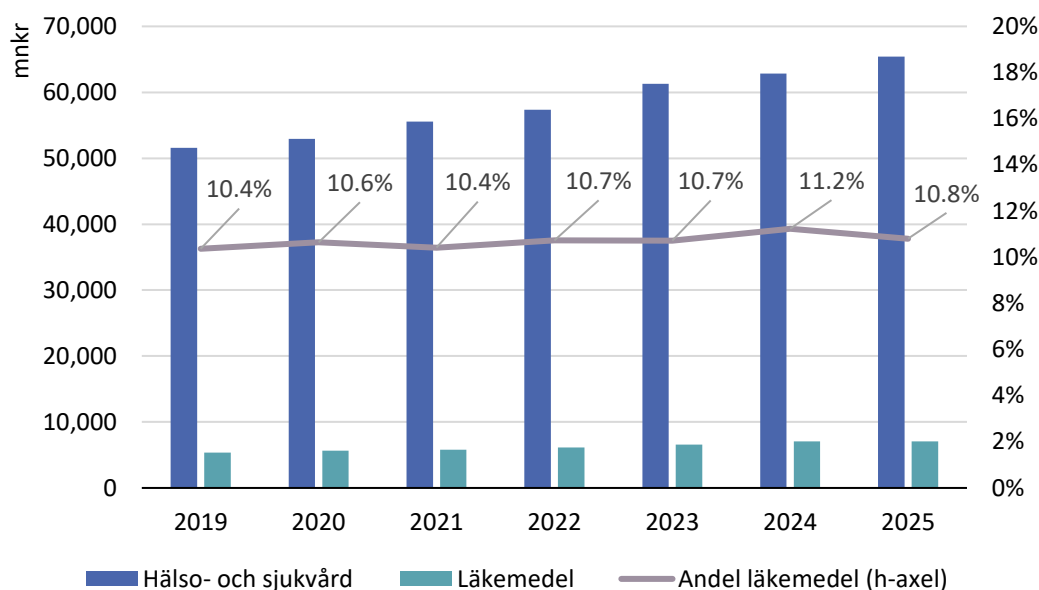
I prognosen ingår inte:

- receptläkemedel som hanteras utanför läkemedelsförmånen
- handelsvaror inom läkemedelsförmånen, t.ex. diabeteshjälpmiddel
- 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. 21.

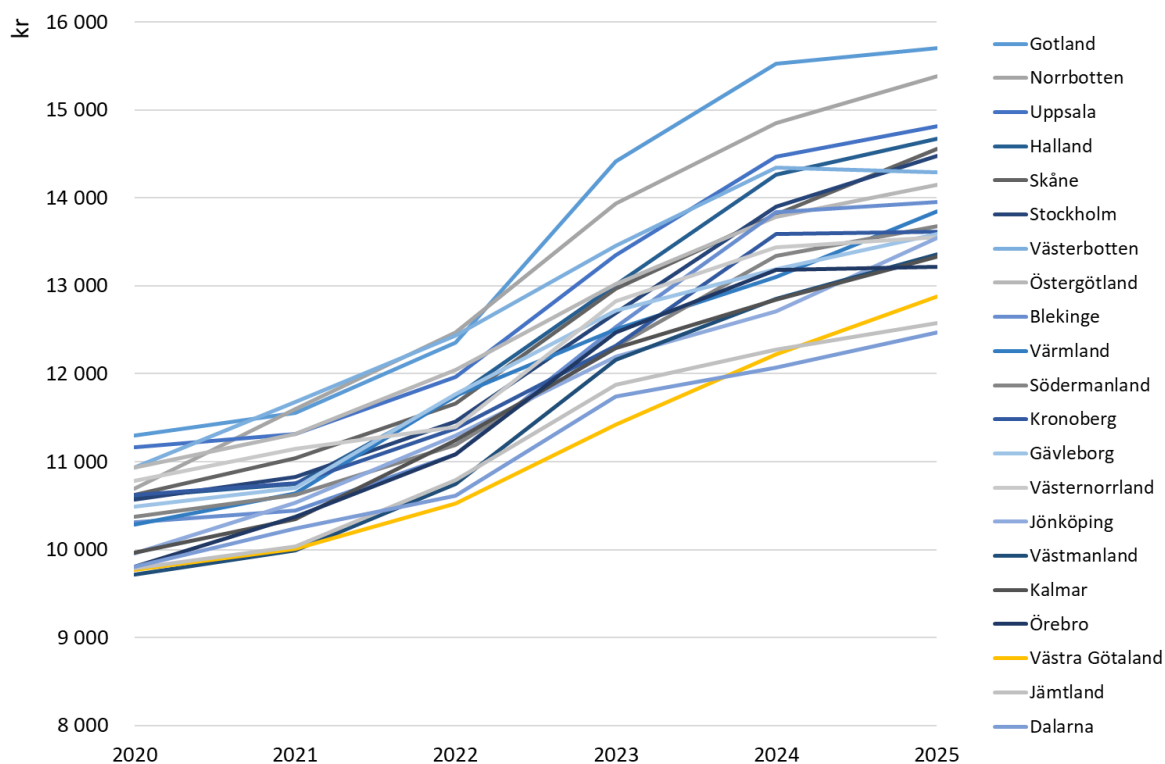
Prognosen bygger på en analys av historiska kostnader från 2020 till och med 2025, där en trendframskrivning justeras utifrån bedömning av effekter av väntade händelser inom läkemedelsområdet. Komponenter som arbetsgruppen bedömer i sin prognostisering av kostnadsutvecklingen är vilka nya läkemedel som 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, se figur 1. 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) 2019–2025.



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 2026–2028

Läkemedelskostnaderna i Sverige och VGR bedöms fortsätta att öka. Under prognosperioden prognosticeras en högre ökning för läkemedel på rekvisition, medan receptläkemedel prognosticeras minska under 2026 för att sedan öka med en relativt låg takt. Den höga kostnadsökningstakten från 2024 har bromsat in under 2025.

För 2025 prognostiserades en nettokostnadsökning med 5,4 procent, motsvarande 370 miljoner kronor. Det reella utfallet blev en höjning med endast 2,6 procent, motsvarande 176 miljoner kronor. Se bilaga 1 för mer information om läkemedelskostnader 2025.

Regeringen beslutade att göra en större justering av högkostnadsskyddet för läkemedel under 2025, för att dämpa statens kostnader för receptläkemedel inom läkemedelsförmånerna. Det innebär att patienterna betalar en större del av läkemedelskostnaden. Statsbidraget till regionerna för receptläkemedel sänks med motsvarande belopp, för regionen blir därmed effekten kostnadsneutral. Ändringen trädde i kraft i juli 2025 och enligt simulering från VGR:s enhet för analys och BI kommer utfallen för receptläkemedel i VGR att sänkas med 80 miljoner kr 2025, 288 miljoner kr 2026 samt 302 miljoner kr 2027. I beräkningen av årets prognos används dessa belopp. Det finns en nationell beräkning som ger högre belopp, se mer på sid. 8.

Tabell 1. Prognos nettokostnadsutveckling i miljoner kronor samt procentuell årsändring, med beräknat avdrag för ändrat högkostnadsskydd för läkemedel*.

	Utfall (mnkr)	Prognos (mnkr) och procentuell årsändring		
	2025	2026	2027	2028
Nettokostnad	7 064 (2,56%)	7 045 (-0,27%)	7 269 (3,18%)	7 379 (1,51%)
Återbäring	1 165 (21,1%)	1 286 (10,4%)	1 396 (8,55%)	1 489 (6,66%)
Fördelat per typ				
Recept inkl. smittskydd	5 287 (3,46%)	5 063 (-4,24%)	5 212 (2,94%)	5 243 (0,59%)
Rekvisition	1 776 (-0,11%)	1 981 (11,5%)	2 056 (3,79%)	2 136 (3,89%)
Fördelat per vårdform**				
Sjukhus	4 848 (1,83%)	4 995 (3,03%)	5 174 (3,58%)	5 269 (1,84%)
Vårdval Vårdcentral	1 487 (1,16%)	1 324 (-11,0%)	1 327 (0,23%)	1 328 (0,08%)
Övrigt	729 (11,0%)	725 (-0,55%)	769 (6,07%)	782 (1,69%)

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

**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 utomlänförskrivning.

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

	Utfall (mnkr)	Prognos (mnkr) och procentuell årsändring		
	2025	2026	2027	2028
Bruttokostnad	8 229 (4,83%)	8 331 (1,24%)	8 665 (4,01%)	8 868 (2,34%)
Fördelat per typ				
Recept inkl. smittskydd	5 896 (4,35%)	5 784 (-1,90%)	5 987 (3,51%)	6 064 (1,29%)
Rekvision	2 332 (6,00%)	2 546 (9,18%)	2 677 (5,15%)	2 804 (4,74%)
Fördelat per vårdform*				
Sjukhus	6 013 (5,07%)	6 281 (4,46%)	6 570 (4,60%)	6 758 (2,86%)
Vårdval Vårdcentral	1 487 (1,16%)	1 324 (-11,0%)	1 327 (0,23%)	1 328 (0,08%)
Övrigt	729 (11,0%)	725 (-0,55%)	769 (6,07%)	782 (1,69%)

*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.

Sjukhusens kostnad ökar något under prognosperioden. 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. För att främja introduktionen av nya läkemedel introduktionsfinansieras dessa ibland de första två åren med centrala medel från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden inom ramen för ordnat införande, därefter överförs kostnadsansvaret till utförarna. Patentutgång för lisdexamfetamin (Elvanse), som används vid behandling av adhd, väntas 2028. Detta minskar kostnad på receptläkemedel för sjukhusen.

För Vårdval Vårdcentral prognosticeras en kostnadsminskning under 2026 och därefter förväntas en stabil kostnadsnivå under 2027 och 2028. Kostnadsdämpningen till följd av justeringen av högkostnadsskyddet för läkemedel får störst genomslag i primärvården. Patentutgångar för apixaban och rivaroxaban i kategorin DOAK (direktverkande orala 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 stor osäkerhet är om läkemedel för behandling av obesitas kommer att inkluderas i läkemedelsförmåner. Det skulle öka kostnaderna väsentligt inom samtliga vårdnivåer. TLV har avslagit förmånsansökan för Wegovy., men beslutet är överklagat av företaget. Utredning av förmånsansökan för Mounjaro pågår. 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. I bakgrunden finns en volymökning, i och med att behandlingsmöjligheterna ökar och allt fler lever längre med kroniska sjukdomar. De nya läkemedel, behandlingsriktlinjer och patentutgångar som bedöms få störst betydelse tas upp under rubrikerna ”Effekter av patentutgångar och biosimilarer” sid. 11 respektive ”Prognostiserad kostnadsutveckling för olika läkemedelsgrupper” sid. 13. Några mer övergripande kostnadsdrivande respektive kostnadsdämpade faktorer beskrivs nedan. Dessutom kan det också ske förändringar i regleringen av läkemedelssystemet under prognosperioden som inte kan förutses i nuläget.

Justering av högkostnadsskydd för läkemedel

Den 1 juli 2025 genomfördes en ändring av högkostnadsskyddet för läkemedel. Högkostnadstrappan ändrades och gränsen för frikort höjdes väsentligt. Förändringen innebär att patienterna betalar mer, egenavgiften höjs. Därmed dämpas förmånskostnaden för regionen. Statsbidraget till regionen för receptläkemedel sänks med motsvarande belopp. För regionen är effekten därmed kostnadsneutral.

Inför förändringen beräknades, på nationell nivå, att patienternas egenavgifter skulle öka med cirka 540 miljoner kronor för 2025, 2,16 miljarder för 2026 och 2,7 miljarder från och med 2027. En beräkning av VGR:s andel av dessa belopp redovisas i tabell 3 nedan (modell B). I samband med framtagandet av årets prognos har enheten för analys och BI gjort en egen simulering av effekten baserat på historiska transaktioner för VGR:s patienter (modell A). Resultatet av simuleringen för hösten 2025 överensstämmer väl med de nationellt beräknade beloppen. Effekten för 2026 och 2027 blir dock en mindre besparing med vår egen simulering jämfört med det som beräknades nationellt. Det finns en osäkerhet i beräkningarna och simuleringen. I den samlade prognosen har därför de lägre beloppen från vår egen simulering använts, det vill säga ett konservativ antagande om storleken på besparingen.

Den kostnadsdämpande effekten blir större för Vårdval Vårdcentral än för sjukhusen. Effekten varierar också mellan olika läkemedelsgrupper. Förmånskostnaden sjunker mest för läkemedel med låg kostnad medan effekten på dyrare läkemedel, t.ex. för behandling av cancer, är liten.

Andra effekter av förändringen av högkostnadsskyddet på beteende såsom hamstring, senare start av ny högkostnadsperiod och/eller total minskad nyttjandegrad av läkemedel, ingår inte i prognosen.

Tabell 3. Beräknad besparingseffekt på VGR:s receptkostnader vid höjt högkostnadsskydd för läkemedel, fördelat per vårdform, i mnkr, för 2026–2028.

Modell för beräkning: A=ny simulering i VGR, B=baserat på tidigare nationellt beräknade belopp.

Årtal	2025		2026		2027		2028	
Modell för beräkning	A	B	A	B	A	B	A	B
Vårdval Vårdcentral	42	48	164	184	172	231	172	231
Sjukhus	27	22	83	94	86	116	86	116
Övriga	11	11	41	46	43	58	43	58
Total	80	81	288	324	302	405	302	405

Kostnadsdrivande

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

Det oroliga omvärldsläget med pågående konflikter i Ukraina och Mellanöstern som också påverkar de finansiella marknaderna globalt, är en stor osäkerhetsfaktor i prognosen. Under perioden med hög inflation och svag svensk krona 2023-2024 observerades stigande läkemedelspriser framför allt på generikamarknaden, som huvudsakligen består av läkemedel som används i stora volymer. Tillverkningskostnader kan öka, och störningar i tillgången på aktiva substanser, råvaror och logistik kan bidra till ökade priser men också leda till risk för restnoteringar.

Trumpadministrationen har aviserat omfattande förändringar i politiken kopplad till läkemedel. Det handlar om höjda tullar samt prissänkningar för den amerikanska marknaden (most favored nation, MFN), vilket i förlängningen kan få konsekvenser för prissättning och tillgänglighet i Sverige. Sammantaget är konsekvensen sannolikt högre läkemedelskostnader, och förutsägbarheten i läkemedelsföretagens leverans- och prissättningsstrategier har minskat. Det kan också innebära att lanseringen av nya läkemedel i Sverige dröjer, eller till och med att läkemedel dras tillbaka från marknaden. TLV har i sitt senaste regleringsbrev fått i uppdrag att analysera hur förändringar på den internationella läkemedelsmarknaden påverkar det svenska prissättningsystemet och att identifiera risker, möjligheter och konsekvenser för läkemedelstillgången i Sverige.

Kopplat till omvärldsläget, klimatpåverkan med mera, finns en problematik med restnoteringar. Även om myndigheters och regioners arbetssätt för att hantera de situationer som uppstår har förbättrats så antas problemen fortgå även framöver. Restnoterade läkemedel kan leda till ökade kostnader i form av förskrivning av licensläkemedel eller andra dyrare ersättningspreparat. 2023 gjorde TLV en höjning av takpriser för vissa läkemedel inom systemet för periodens vara, bland annat med syfte att säkerställa en god tillgång. För att minska risken för brister framöver kommer TLV att utveckla takprissystemet ytterligare. Dessa faktorer är svåra att fullt ut beakta i prognosen.

Som ett resultat av TLV:s utredning om stärkt tillgång till läkemedel vid sällsynta hälsotillstånd, har TLV och NT-rådet börjat tillämpa ett nytt arbetssätt för högre betalningsvilja. Det innebär att en högre kostnad i förhållande till nyttan accepteras för vissa läkemedel vid mycket sällsynta sjukdomar. För att dämpa kostnadspåverkan planerar TLV att successivt införa prissänkningar på storsäljande receptläkemedel, men det är osäker om det får något betydande genomslag under prognosperioden. Regionerna kompenseras för en kostnadsökning genom statsbidraget för receptläkemedel, men förändringen kan bli kostnadsdrivande för rekvisitionsläkemedel.

Receptläkemedel som förskrivs genom öppenvårdsdos har i många fall ett högre pris jämfört med receptläkemedel i allmänhet. Det gäller framför allt generika inom periodens varusystemet, där konkurrensen är sämre för förpackningar avsedda för dos. En ökad användning av öppenvårdsdos, exempelvis vid ett mer omfattande införande av läkemedelsautomater i hemmet, skulle därmed vara kostnadsdrivande. Patentutgångar för läkemedel som till stor del förskrivs inom öppenvårdsdos får, mot bakgrund av det högre prisläget för dosförpackningar, en mindre besparande effekt.

Kostnadsdämpande

TLV har under flera år haft ett regeringsuppdrag att identifiera och genomföra kostnadsdämpande åtgärder. Besparingarna kan uppnås bland annat genom omprövningar av subvention och prisändringar för etablerade läkemedel. Då utfallet av framtida åtgärder inte är känt bidrar det till osäkerhet i prognosen. Vidare kan TLV:s kartläggning av licens- och extemporeläkemedel bidra till tydligare regelverk och stärkt kostnadskontroll.

Läkemedelsverket slutredovisade i april 2024 ett regeringsuppdrag som visade att utbytbarhet av biologiska läkemedel på apotek är möjlig men kräver vidare utredning. Eftersom det inte finns något beslut i frågan är införandet fortsatt osäkert. Regionen arbetar redan aktivt med kostnadseffektiv användning av biologiska läkemedel men utbyte på apotek skulle sannolikt bidra till ytterligare besparingar.

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 2026–2028 prognosticeras återbäring från ingångna avtal till ca 14 procent av bruttokostnaden för läkemedel i VGR. Framtida nationella rekommendationer om nya läkemedel samt utfallet av kommande avtalsförhandlingar kan komma att påverka kostnadsutvecklingen.

I [handlingsplanen för 2026-2027](#), som finns kopplad till den [strategiska planen för läkemedelsarbetet i VGR](#), finns ett antal aktiviteter som syftar till att ytterligare stärka arbetet med kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. Bland annat att utveckla beslutsstöd som underlättar för förskrivarna att göra kostnadseffektiva val, aktiviteter från Läkemedelskommittén med fokus på att avstå och avsluta/sätta ut läkemedelsbehandling samt benchmarking mellan verksamheter i VGR kring läkemedelsanvändning och kostnadseffektiva

val. Intentionen är att aktiviteterna ska kunna vara kostnadsdämpande med en bibehållen medicinsk kvalitet.

Under hösten 2026 kommer VGR påbörja övertag av 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.

De patentutgångar som bedöms få störst påverkan på läkemedelskostnaderna 2026–2028 anges i tabell 4. En utökad lista över patentutgångar återfinns i bilaga 2.

Generiskt dabigatran och rivaroxaban har lett till kostnadsminskningar för DOAK (direktverkande orala antikoagulantia). Ytterligare en patentutgång för DOAK, apixaban (Eliquis), väntas inträffa i november 2026 med en stor kostnadsminskning som följd.

Biosimilarer till denosumab (Prolia och Xgeva) vid osteoporos blev tillgängliga i början av 2026 och en kostnadsminskning väntas under året. Patentutgång för lisdexamfetamin (Elvanse) som används vid behandling av adhd väntas 2028. Detta ger en stor kostnadsminskning på receptläkemedel för sjukhusen. Även patentutgång för dapagliflozin (Forxiga) vid diabetes, hjärtsvikt och kronisk njursjukdom väntas 2028.

Andra patentutgångar som eventuellt kan förväntas ha effekter på kostnaderna under prognosperioden är bland annat sakubitril och valsartan (Entresto) vid hjärtsvikt, mirabegron (Betmiga) vid överaktiv blåsa och ruxolitinib (Jakavi) vid myelofibros. Effekt av patentutgångar för flera läkemedel vid immunologiska sjukdomar och cancer väntas under prognosperioden.

Uppskattad effekt från patentutgångar är inräknad i prognosen.

Tabell 4. Några betydelsefulla patentutgångar som kan påverka läkemedelskostnaderna 2026–2028. Uppgifterna är osäkra och ska tolkas med försiktighet.

ATC-kod	Substans	Handelsnamn	Huvudsakligt användningsområde	Datum patentutgång	Kostnad 2025 (mnkr)	Uppskattad effekt helår ¹ (mnkr)
A10BK01	dapagliflozin	Forxiga	diabetes, hjärt-, njursvikt	2028-05	74	-80
B01AF01	rivaroxaban	Xarelto 10, 15, 20 mg	trombosprofylax	2026-01	77	-48
B01AF02	apixaban	Eliquis	trombosprofylax	2026-11	198	-120
C02AC02	guanfacin	Intuniv	adhd	2025-09	29	-23
C09DX04	sakubitril valsartan	Entresto	hjärtsvikt	2026-11	41	-39
G04BD12	mirabegron	Betmiga	överaktiv blåsa	2028-01	20	-20
L01EF01	palbociklib	Ibrance	cancer	2028-07	20	Ej bedömt ²
L01EJ01	ruxolitinib	Jakavi	myelofibros	2028-03	42	-45
L01EX09	nintedanib	Vargatef, Ofev	idiopatisk lungfibros	2026-04	24	-20
L01FX04	ipilimumab ³	Yervoy	melanom	2026-02	51	Ej bedömt ²
L01FX05	brentuximab vedotin ³	Adcetris	cancer	2027-10	19	Ej bedömt ²
L02BB04	enzalutamid	Xtandi	cancer	2028-06	66	Ej bedömt ²
L04AA24	abatacept ³	Orencia	reumatoid artrit	2026-06	32	Ej bedömt ²
L04AB06	golimumab ³	Simponi	inflammatoriska sjukd.	2025-04	14	-8
L04AC05	ustekinumab ³	Stelara	inflammatoriska sjukd.	2024-07	43	-10
L04AC07	tocilizumab ^{3,4}	Roactemra	reumatoid artrit	2020-03	37	-8
L04AG05	vedolizumab ^{3,5}	Entyvio	ulcerös kolit, Crohns sjukd.	2026-04	93	Ej bedömt ²
L04AX07	dimetylfumarat	Tecfidera	multipel skleros	2025-02	24	-10
M05BX04	denosumab ³	Prolia, Xgeva	osteoporos	2025-11	33	-24
N06BA12	lisdexamfetamin	Elvanse	adhd	2028-01	149	-160
R03DX05	omalizumab ³	Xolair	astma	2024-03	32	-10
R03DX09	mepolizumab ^{3,5}	Nucala	astma	2026-06	16	Ej bedömt ²
S01LA05	aflibercept ³	Eylea 40 mg/ml	ögonsjukdom	2025-11	-	Ej bedömt ²

¹ Uppskattad effekt kommande 12 månader efter patentutgång baserat på prognosticerad volym- och kostnadsutveckling

² Ej bedömt p.g.a. osäkra faktorer som datum för patentutgång eller för lansering av generika eller biosimilarer

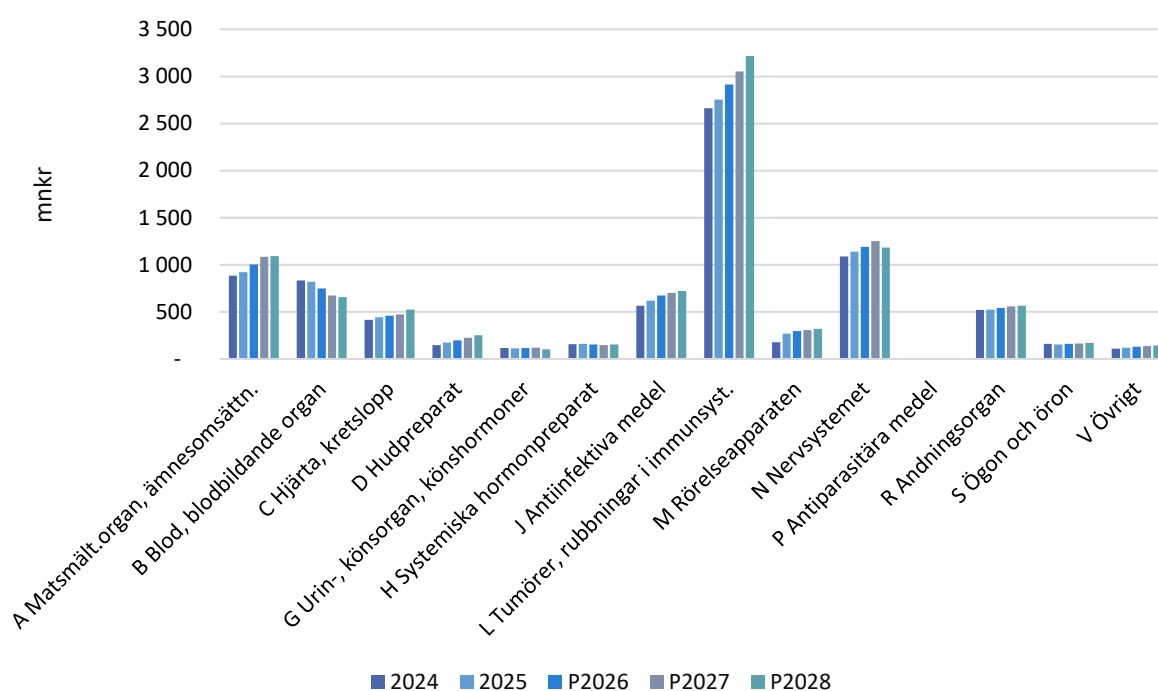
³ Biologiskt läkemedel

⁴ Biosimilar tillgänglig 2024

⁵ Osäkert datum

Prognostiserad kostnadsutveckling för olika läkemedelsgrupper

Kostnaderna är högst inom ATC-grupp L – tumörer och rubbningar i immunsystemet (se figur 3). Denna grupp omfattar läkemedel för behandling av cancersjukdomar, men även läkemedel mot olika inflammatoriska tillstånd såsom reumatiska sjukdomar, psoriasis, inflammatoriska tarmsjukdomar och multipel skleros (MS). I ATC-grupp N finns läkemedel för sjukdomar som påverkar nervsystemet, inklusive psykofarmaka, smärtbehandlingar, läkemedel vid adhd och anti epileptika. Inom ATC-grupp A, som omfattar matsmältningsorgan och ämnesomsättning, är det främst diabetesläkemedel som står för de största kostnaderna. I ATC-grupp B, blod och blodbildande organ, domineras kostnaderna av antikoagulantia och läkemedel vid blödarsjuka.



Figur 3. Bruttokostnadsutvecklingen (mnkr) de senaste två åren samt en prognos för 2026–2028 per terapiområde/ATC-grupp. Recept (förmånskostnad exkl. justering av ny högkostnadstrappa + kostnad för SML) och rekvisition.

Läkemedel som används för att behandla olika **cancersjukdomar** (ATC-kod L01 och L02, se figur 4) förväntas fortsatt stå för höga kostnader även om kostnadsökningstakt för flera av de dyrare läkemedel i gruppen har stabiliserats. Användningen styrs i stor utsträckning av rekommendationer i nationella vårdprogram och många av de nya läkemedlen hanteras i nationella och/eller regionala processen för ordnat införande. Generellt ökar behandlingsmöjligheterna, fler behandlingslinjer tillkommer och patienterna behandlas under längre tidsperioder. När läkemedel godkänns för tidigare stadier av cancersjukdomar eller används i återfallsförebyggande syfte (adjuvant behandling) omfattas dessutom större

patientgrupper. Det är också vanligt att flera cancerläkemedel kombineras för att förbättra effekten eller minska risken för biverkningar. Vissa behandlingar är individanpassade utifrån patientens eller tumörens specifika egenskaper, så kallad precisionsmedicin, vilket ställer högre krav på diagnostik. Många cancerläkemedel omfattas av avtal med återbäring vilket medför att nettokostnaden är lägre än vad som redovisas i figur 4.

Den största kostnaden inom cancerläkemedel återfinns i gruppen monoklonala antikroppar (L01F, se figur 4), som tillsammans stod för en bruttokostnad på 1 030 mnkr år 2025. Till denna grupp hör bland annat immunterapier, där PD1-/PDL1-hämmarna (L01FF) nivolumab (Opdivo) och pembrolizumab (Keytruda) är de mest använda. Dessa läkemedel används idag vid ett brett spektrum av cancerdiagnoser, främst solida tumörer, ofta i tidiga sjukdomsstadier och inte sällan i kombination med andra behandlingar. Bruttokostnaden för PD1-/PDL1-hämmare uppgick 2025 till 444 miljoner kronor. Under prognosperioden kan konkurrensen komma att öka i och med att nya likvärdiga läkemedel introduceras på den svenska marknaden.

Inom området för **blodcancer** är daratumumab (Darzalex) det enskilt dyraste läkemedlet. Läkemedlet används i tidiga behandlingslinjer vid **multipelt myelom**. Kostnaden för daratumumab ökar då behandlingen kan pågå under lång tid. Under prognosperioden kan ev. isatuximab (Sarclisa) bli ett behandlingsalternativ, vilket ger konkurrens och kan påverka i första hand nettokostnaden. Nyare läkemedel, s.k. bispecifika antikroppar, tex teklistamab (Tecvayli), glofitamab (Columvi) och mosunetuzumab (Lunsumio), ökar i användning under prognosperioden vid behandling av **multipelt myelom** och **andra hematologiska maligniteter** då de lyfts upp för behandling i allt tidigare linjer. Användningen av blinatumomab (Blinicyto) ökar också, eftersom läkemedlet nu har en utvidgad indikation som behandling för att förebygga återfall vid **akut lymfatisk leukemi (ALL)**. Avancerade immunterapier, s.k. CAR-T ges som en engångsbehandling, är effektiva men kostsamma och kräver betydande sjukvårdsresurser. Användningen förväntas öka, då indikationsområdet vidgas och terapierna flyttas fram i linjerna. Kostnad och prognos för denna typ av läkemedel redovisas separat under rubriken Avancerade terapiläkemedel ATMP sid. 21.

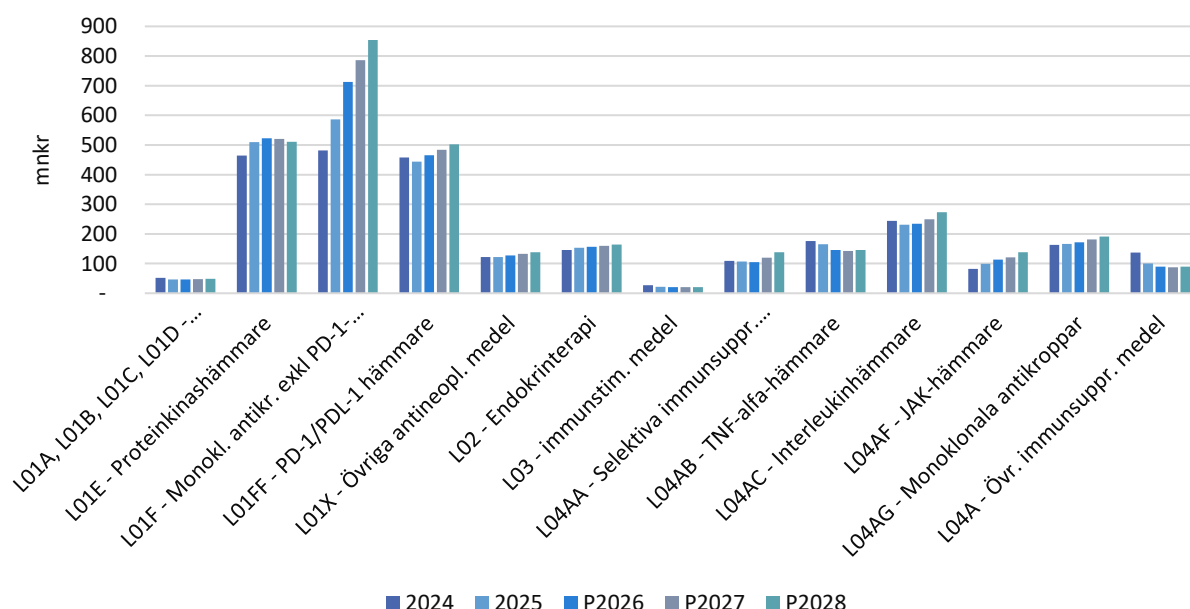
Så kallade bispecifika antikroppar har även introducerats vid **solida tumörer** såsom amivantamab (Rybrevant) som förväntas öka i användning vid **lungcancer**. Trastuzumab deruxtekan (Enhertu), ett antikropps-läkemedelskonjugat (ADC), fortsätter att öka i användning med bredare indikationer inom **bröstcancer** men även för andra cancerformer, t.ex. vissa typer av **magsäckscancer** och **lungcancer**.

Patentutgången för pertuzumab (Perjeta) kan innebära att biosimilarer blir tillgängliga mot slutet av 2026. Det är dock osäkert hur detta kommer att påverka kostnaderna. I dag ges behandlingen ofta som den subkutana kombinationsprodukten pertuzumab/trastuzumab (Phesgo). I vilken grad vården kommer att övergå till intravenösa biosimilarer beror delvis på tillgängliga resurser, eftersom intravenös behandling är mer tids- och personalintensiv. Även ipilimumab (Yervoy) har patentutgång under 2026. Det finns dock ännu inga biosimilarer inskickade till EMA för godkännande, vilket innebär att konkurrensen, och därmed eventuell kostnadsminskning, sannolikt dröjer.

Inom gruppen proteinkinashämmare (L01E, se figur 4) ingår flera precisionsläkemedel som används vid många olika cancerdiagnoser. Den totala bruttokostnaden uppgick 2025 till 510 miljoner kronor. Osimertinib (Tagrisso), som används vid **lungcancer**, står för de största kostnaderna i gruppen. Ett nytt alternativ är lazertinib (Lazcluze), som har indikation för förstahandsbehandling i kombination med amivantamab (Rybrevant). Kombinationen kan utgöra ett alternativ till osimertinib, men innebär en avsevärt högre behandlingskostnad. Lazertinib är för närvarande under förmånsbedömning hos TLV. För behandling med CDK4/6-hämmare, palbociklib (Ibrance), ribociklib (Kisqali) och abemaciclib (Verzenios), vid **bröstcancer** förväntas kostnadsökningen mattas av under prognosperioden. Eventuellt kan nya läkemedel, som inavolisib (Itovebi) och kapivasertib (Truqap), introduceras vid bröstcancer under prognosperioden.

Patentutgång förväntas för nintedanib (Ofev), **idiopatisk lungfibros**, våren 2026 och ruxolitinib (Jakavi), bl.a **myelofibros**, hösten 2027 vilket dämpar kostnadsutvecklingen något för gruppen.

Kostnaden för endokrin behandling (L02) vid **prostatacancer** bedöms stabil. Det nya läkemedlet leuprorelin (Camcevi) som används för hormonell kastrationsbehandling, s.k. androgen deprivation terapi (ADT) har ett lägre pris än motsvarande läkemedel. Med stöd av nya regionala rekommendationer förväntas därför kostnaderna i denna läkemedelsgrupp minska något. I slutet av prognosperioden kan även en patentutgång för enzalutamid (Xtandi) komma. Inom bröstcancer kan nya läkemedel för endokrin behandling, s.k. oral SERD, elacestrant (Orserdu) och imlunestrant (Inluriyo) introduceras under prognosperioden.



Figur 4. Kostnadsutvecklingen (mnkr) de senaste två åren samt en prognos för 2026–2028 per terapiområde tumörer och rubbningar i immunsystemet (ATC L). Recept (förmånskostnad exkl justering av högkostnadstrappan) + rekvisition.

Inom området för **inflammatorisk reumatisk sjukdom, tarmsjukdom och psoriasis** bedöms antalet patienter som behandlas med biologiska läkemedel och JAK-hämmare (LO4AF, se figur 4) fortsätta att öka. Förstahandsbehandling utgörs i regel av TNF-hämmare, såsom adalimumab och infliximab (LO4AB, se figur 4). Tillgången till biosimilarer med lägre priser än originalläkemedlen har sänkt tröskeln för att initiera behandling, vilket driver på volymökningen. 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 figur 4), exempelvis upadacitinib (Rinvoq), interleukinhämmare (LO4AC, se figur 4), så som risankizumab (Skyrizi) och bimekizumab (Bimzelx), samt vedolizumab (Entyvio) (LO4AG, se figur 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.

Användningen av TNF-hämmare bedöms fortsätta att öka, men i en något avtagande takt jämfört med tidigare år. Volymtillväxten drivs främst av adalimumab-läkemedlen, där en fortsatt prispress bidrar till ett lägre behandlingspris per patient. Golimumab (Simponi) har hittills varit ett av de dyrare alternativen inom gruppen och aktiva byten har gjorts till mer kostnadseffektiva preparat. I början av 2026 lanserades dock den första biosimilaren till golimumab, vilket bedöms sänka kostnadsnivån inom gruppen ytterligare under 2026–2027. Givet att volymerna fortsätter öka i en måttligare takt förväntas de totala kostnaderna för TNF-hämmare därefter stabiliseras mot slutet av prognosperioden.

Effekter av patentutgångar ses inom gruppen interleukinhämmare. För ustekinumab bedöms kostnaderna minska trots fortsatt volymökning, till följd av konkurrens från biosimilarer. Även för tocilizumab förväntas en ökande prispress. Flera interleukinhämmare är dock fortsatt patentskyddade, samtidigt som användningsområdena breddas. Nya indikationer, såsom hidradenitis suppurativa och polymyalgia reumatika, kan vara kostnadsdrivande. Under senare delen av prognosperioden väntas därför kostnaderna för interleukinhämmare åter öka, trots de initiala effekterna av patentutgångarna. Eventuellt kan biosimilarer med vedolizumab (Entyvio, LO4AG), för behandling av inflammatorisk tarmsjukdom, komma ut på marknaden under prognosperioden men uppgifterna är osäkra.

Kostnaderna för läkemedelsgruppen JAK-hämmare bedöms fortsätta att öka i takt med att användningen stiger och indikationerna breddas. Det finns flera läkemedel i gruppen som ännu inte omfattas av läkemedelsförmånerna, för behandling av **alopecia areata** (fläckvis håravfall) och **vitiligo**. Likaså ett läkemedel för svårare former av **kroniskt handeksem**, delgocitinib (Anzupgo) som riktar sig till en potentiellt stor patientgrupp. Därtill finns ytterligare JAK-hämmare i pipeline som kan tillkomma under prognosperioden. En kommande patentutgång för tofacitinib (Xeljanz) 2027 väntas dock dämpa kostnadsökningen, men kostnadsminskningen förväntas inte fullt ut motverka den samlade volymökningen. Inom området **atopisk dermatit** prognostiseras kostnaderna för både JAK-hämmare och biologiska läkemedel fortsätta att öka markant, särskilt för dupilumab (Dupixent, D11AH05), där användningen bedöms stiga ytterligare.

Inom **diabetesmedel** (A10, se figur 3) förväntas fortsatt stor ökning som drivs av läkemedel inom undergruppen ”Blodglukossänkande medel, exkl. insuliner” (A10B, 417 mnkr 2025). Förskrivningen av GLP1-analoger (t.ex. semaglutid) ökade under 2025 (144 mnkr) och förväntas få större nyttjande under hela prognosperioden. Behandling med SGLT2-hämmare blir vanligare, både för indikationen **diabetes** och för patienter med **hjärtsvikt** och **kronisk njursjukdom**. Stora patientgrupper håller upp kostnaden fram till patentutgång för dapagliflozin (Forxiga) under 2028. Patentutgång för empagliflozin (Jardiance) förväntas 2029. Insulin (A10B) fortsätter vara relativt oförändrat, möjligen något ökande beroende på byte mellan preparat och upphandlingseffekter.

GLP1-receptoragonisten semaglutid (Wegovy) och GLP1/GIP-agonisten tirzepatid (Mounjaro) har utretts eller utreds av TLV för eventuell inkludering i läkemedelsförmånerna för behandling av **obesitas**. TLV har avslagit förmånsansökan för Wegovy. Beslutet är överklagat av företaget. Utredning av förmånsansökan för Mounjaro pågår. Om dessa läkemedel skulle omfattas av läkemedelsförmånerna på indikationen obesitas bedöms kostnaderna öka mycket kraftigt. Detta scenario ingår inte i nuvarande prognos. Ytterligare läkemedel för behandling av obesitas kan nå marknaden under prognosperioden. Sammantaget finns en betydande osäkerhet i den långsiktiga kostnadsutvecklingen för området.

Ett läkemedel med substansen semaglutid utvecklas även för behandling av **MASH** (Metabolic Dysfunction-Associated Steatohepatitis), en inflammatorisk form av icke-alkoholorsakad fettlevversjukdom. Ett läkemedel med samma användningsområde godkändes 2025, resmetirom (Rezdiffra). Det finns i dag ingen tillgänglig läkemedelsbehandling för tillståndet, och den potentiellt behandlingsbara populationen är stor vilket kan medföra kostnadsökningar vid en eventuell introduktion av behandlingen. Två läkemedel som nyligen inkluderats i läkemedelsförmånerna och som kan medföra betydande kostnader är seladelpar (Lyvdelzi) och elafibranor (Iqirvo). De används vid behandling av **primär biliär kolangit**, en leversjukdom där de små gallgångarna successivt förstörs.

De högsta kostnaderna inom läkemedelsgruppen **hjärt-kärlsjukdom** utgörs både av läkemedel som har en relativt hög kostnad per behandling, och läkemedel som nyttjas av stora patientgrupper, t.ex. metoprolol, bisoprolol, atorvatsatin och rosuvastatin. Valsartan och sakubitril (Entresto) som används vid **hjärtsvikt** har patentutgång i slutet av 2026. Kostnaderna för PCSK9-hämmare, evolocumab (Repatha) och alirokumab (Praluent), ökar då fler patienter behöver behandling. Även tafamidis (Vyndaqel) mot **kardiomyopati vid transtyretinamyloidosis** ges till få patienter, men är kostsamt och kommer öka genom hela prognosperioden. Om sotatercept (Winrevair), ett nytt läkemedel vid **pulmonell arteriell hypertension (PAH)** börjar användas, kan det potentiellt innebära höga kostnader.

Patentutgångar för **blodförtunnande läkemedel**, s.k. DOAK, dabigatran, rivaroxaban, apixaban (Eliquis), minskar den totala kostanden för receptläkemedel väsentligt, med mest påverkan på Vårdval Vårdcentral. Patent för rivaroxaban gick ut under 2025 och januari 2026. Den kommande patentutgången för apixaban (Eliquis) under november 2026 förväntas ha stora effekter under 2027 och 2028.

Koagulationsfaktorer (Bo2, se figur 3) används vid **blödarsjuka**. Flera patienter behandlas numera med mer långverkande preparat, framför allt emicizumab (Hemlibra), men användningen har stabiliserats. Fler långverkande läkemedel, efanesoktokog alfa (Altuvoct) och koncizumab (Alhemo) finns tillgängliga men har än så länge en begränsad subvention vilket begränsar dess användning. Kostnaderna har tidigare finansierats av Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, men budget och finansieringen har från årsskiftet 2026 överförts till förskrivande förvaltning.

Ökningen av läkemedelsbehandling vid **adhd** bromsade in under 2025. Lisdexamfetamin (Elvanse) som låg på 144 mnkr under 2024 ökade bara till 149 mnkr under 2025. Trenden förväntas vara stabil fram till 2028 då patentutgång ger lägre kostnad.

Det finns ett stort behov av effektiva läkemedel vid **Alzheimers sjukdom**. Två sjukdomsmodifierande läkemedel, lekanemab (Leqembi) och donanemab (Kisunla) är godkända för försäljning. Trots marknadsgodkännande finns det en rad frågor att beakta innan introduktion i vården och NT-rådet har ännu inte kommit med någon rekommendation till regionerna om hur man ska förhålla sig till de två läkemedlen. 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.

Patentutgångar väntas dämpa kostnaderna för **MS-läkemedel**. En biosimilar med natalizumab för infusion finns upphandlad från 2025. Eventuellt kan ytterligare en mindre besparing göras men den begränsas av att vården idag framför allt använder den patentskyddade subkutan beredningsform av originalläkemedlet Tysabri. Generisk konkurrens prognostiseras även bidra med kostnadsminskningar för dimetylfumarat (Tecfidera). Ofatumumab (Kesimta) har varit kostnadsdrivande men nu väntas en mer restriktiv användning. Användningen av kladribin (Mavenclad) väntas stabilisera sig och genom att det är en begränsad behandlingstid, som i vissa fall kan göra att ytterligare behandling inte behövs, kan det minska behovet av andra MS-läkemedel på sikt. Om BTK-hämmare specifikt utvecklade för att behandla MS skulle introduceras bidrar det sannolikt till ökade kostnader. Ett sådant läkemedel utvärderas nu av EMA, tolebrutinib för behandling icke-skovvis sekundärprogressiv multipel skleros.

En fortsatt kostnadsökning för läkemedel vid **Parkinsons sjukdom** (No4) bedöms i takt med att 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, har introducerats. Det väntas ge en temporär kostnadsökning men den långsiktiga kostnadsutvecklingen är ännu osäker. Ytterligare nya läkemedel vid Parkinson finns också under utveckling. CGRP-hämmare (No2C), biologiska läkemedel för profylaktisk behandling av kronisk **migrän**, kan öka ytterligare i användning och kostnad. Bland annat barnindikation

under utveckling avseende fremanezumab (Ajovy). Nya behandlingsalternativ vid akut migrän, när triptaner inte kan användas, kan också bidra till viss kostnadsökning.

De mycket höga kostnaderna för **immunglobuliner** (J06) 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 nyare läkemedel (bispecifika antikroppar) som slår ut immunsystemet.

Från 1 februari 2025 ingår risdiplam (Evrysdi) för behandling av **spinal muskelatrofi, SMA** (M09), i läkemedelsförmånen med begränsning. Det innebär att kostnaderna för risdiplam för behandling av barn flyttades från rekvisition till recept samt att även vissa vuxna patienter kommer att behandlas. Konsekvensen blir en kostnadsökning även 2026 men därefter prognosticeras kostnaderna öka i en lägre takt. En annan form av genterapi vid SMA kan komma att börja användas men hur det påverkar kostnaderna jämfört med den befintliga genterapin Zolgensma är oklart. Nya läkemedel vid **ALS** kan komma ut på marknaden. Ett, tofersen (Qalsody, N07XX22), utreds 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 i en rekommendation till regionerna om att inte använda.

Det pågår ett kontinuerligt arbete för att minska och optimera användningen av **antibiotika** (J01, se figur 3) i syfte att motverka antibiotikaresistens. Effekten på de totala läkemedelskostnaderna är dock begränsad, eftersom antibiotika oftast ges under korta behandlingsperioder och generellt har låga priser. För de antibiotika som används inom slutenvården styrs kostnaderna till stor del av utfallet i upphandlingar. Tillgången är ett återkommande problem, då flera centrala antibiotika drabbas av långvariga restnoteringar eller avregistreringar. Ett flertal nationella och internationella insatser pågår för att förbättra och säkra tillgången, vilket delvis kan innebära högre priser för vissa äldre preparat. Nyare antibiotika, som introducerats under senare år, är viktiga men ska användas restriktivt och har därför begränsad kostnadspåverkan på kort sikt. Antibiotikaresistens är ett växande globalt problem och kan på längre sikt medföra betydande kostnadskonsekvenser för hälso- och sjukvården.

Kostnadsökningar för **vacciner** (J07) kan förväntas under prognosperioden. Observera att kostnader för vaccin som inte distribueras via apotek inte är inräknade i prognosen. I januari 2026 startade avgiftsfri vaccination mot **TBE** för treåringar samt mot **HPV** till alla som är mellan 18 och 26 år och folkbokförda i Västra Götaland.

Ett nytt läkemedel för prevention av **RS-virusjukdom**, nirsevimab (Beyfortus), började användas för RS-virusäsongen 2025/2026 till barn 0–3 månader. Det innebär tillkommande läkemedelskostnader. Rekommendationen kvarstår under säsongen 2026/2027. Två vaccin mot RS-virusjukdom 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.

Vaccin mot **vattkoppor** införs i det nationella allmänna vaccinationsprogrammet för barn från och med 2027. Detta kompletteras med en tillfällig insats för att erbjuda ikappvaccinering till barn upp till 18 år som ännu inte fått skydd mot vattkoppor. Nationella vaccinationsprogram finansieras av staten.

Kostnaderna för smittskyddsläkemedel utgörs huvudsakligen av kostnader för läkemedel mot **hepatit C** och **HIV** (J05, se figur 3). Antalet personer som får behandling med hepatit C läkemedel minskar, så också kostnaderna. Kostnaderna för HIV-läkemedel förväntas vara stabila. Flera kombinationsläkemedlen vid HIV har generisk konkurrens och låga priser. Kostnaden ökar för lamivudin och dolutegravir (Dovato) som lyftes upp som ett av förstahandsvalen vid obehandlad HIV i nya nationella rekommendationer från referensgrupp för antiviral terapi (RAV) 2025.

Behandlingsriktlinjerna för **astma** och **KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom)** är oförändrade sedan ett par år tillbaka. Det förväntas en fortsatt ökning för inhalationsläkemedel i fast kombination (t.ex. budesonid + formoterol) vid astma och fast trippelkombination t.ex. formoterol, glykopyrroniumbromid och beklometason) vid behandling av KOL. Även behandling med biologiska läkemedel (R03DX, se figur 3) av **svår astma** t.ex. mepolizumab (Nucala) och omalizumab (Xolair) fortsätter att öka. Kostnadsökningen dämpas dock av patentutgång och introduktion av biosimilarer för omalizumab under senare halvåret 2026, där Omlyclo är först ut men flera biosimilarer är på gång. Användning av sublingual immunterapi (V01AA, se figur 3), framför allt vid svåra besvär av **gräs- och björkpollen** har ökat succesivt och förväntas fortsätta öka.

Vanzakaftor, tezakaftor och deutivakaftor (Alyftrek) ingår nyligen i förmånen vid behandling av **cystisk fibros**. Patienter som är aktuella för behandling är de som behandlas med kombinationsbehandlingen Kaftrio och Kalydeco. Bruttopriset för Alyftrek är högre men det finns sidoöverenskommelser som innebär att Alyftrek är kostnadseffektivt i jämförelse med övriga läkemedel.

EMA (den europeiska läkemedelsmyndigheten) har nyligen godkänt brensokatib (Brinsupri). Läkemedlet som ännu inte finns tillgängligt i Sverige är den första behandlingen specifikt mot en svår lungsjukdom, **bronkiektasier utan cystisk fibros**. Ett annat läkemedel, nerandomilast för behandling av **idiopatisk lungfibros (IPF)** kan bli ett alternativ för ett begränsat antal patienter, är under granskning hos EMA.

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 figur 3). Patentutgång för denosumab (Prolia och Xgeva) under senhösten 2025 förväntas dämpa kostnadsökningen något.

För behandling av **våt makuladegeneration**, sjukdom i gula fläcken i ögat finns flera alternativa läkemedel, aflibercept (Eylea) och faricimab (Vabrysmo) (S01LA, se figur 3) att tillgå och rekommendationen är att använda det mest kostnadseffektiva. Kostnaden för läkemedlen var 73 mnkr 2025. Volymerna förväntas fortsätta att öka då patientgruppen som får behandling växer.

Det lanseras allt fler läkemedel för behandling av **sällsynta sjukdomar**. Trots att varje läkemedel riktar sig till en liten patientgrupp så kan det sammantaget blir relativt många patienter och läkemedlen har ofta höga priser. Kostnaderna för läkemedel vid sällsynta sjukdomar bedöms sammantaget fortsätta att öka.

Som exempel på genterapier vid sällsynta sjukdomar som skulle kunna börja användas under prognosperioden kan nämnas eladokagen-exuparvovek (Upstaza) vid **AADC-brist**, exagamglogen-autotemcel (Casgev) vid **sicklecellanemi** och **beta-thalassaemi** samt beremagen-geparpavek (Vyjuvek) vid **dystrofisk epidermolysis bullosa**. Ytterligare läkemedel vid ovanliga sjukdomar som eventuellt kan komma att börja användas under prognosperioden är iptakopan (Fabhalta) vid **C3 glomerulopati**, asfotas alfa (Strensiq) som enzymsättning vid **hypofosfatasi** och givinostat vid **Duchennes muskelatrofi**.

Avancerade terapiläkemedel (ATMP)

Avancerade terapiläkemedel (ATMP) är biologiska läkemedel som bygger på celler, vävnader eller gener. Exempel på sådana behandlingar är CAR-T 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 kan vara 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.

Vissa genterapier syns numera i läkemedelsstatistiken, men det gäller inte till exempel CAR-T-behandlingar eftersom de är bundna till enskilda patienter när de levereras. När kostnader för genterapier registreras går det heller inte att se om de gäller patienter från VGR eller patienter från andra regioner. Kostnader för ATMP ingår därför inte i grundprognosen utan redovisas separat.

Införande av ATMP har hittills gått långsammare än väntat men det finns ett stort antal nya läkemedel under utveckling. Enstaka behandlingar kan påverka kostnaderna kraftigt vilket bidrar till osäkerhet i prognosen. En mycket grov prognos talar för kostnader på ungefär 70 miljoner kronor 2026, 90 miljoner kronor 2027 och 120 miljoner kronor 2028. De enskilda läkemedel som bedöms få störst påverkan på kostnadsutvecklingen nämns under prognosen för olika läkemedelsgrupper ovan.

Bilaga 1. Tillbakablick på läkemedelskostnaderna 2025

Bruttokostnaderna för läkemedel uppgick till 8,23 miljarder kronor under 2025, jämfört med 7,85 miljarder kronor under 2024, en ökning med 4,8 procent. Bruttoutfallet för 2025 överensstämmer väl med prognosen för 2025, som estimerade ökningen till 5,3 procent och ett utfall på 8,27 miljarder kronor.

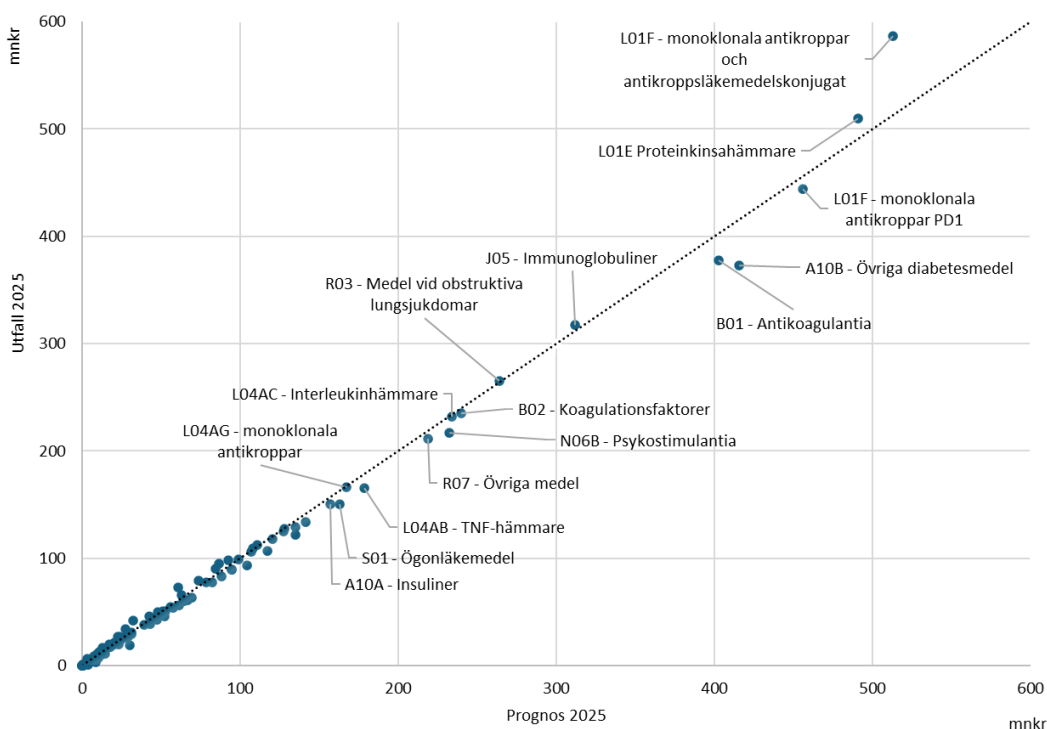
Nettokostnaderna för läkemedel ökade under 2025 med 2,6 procent (176 mnkr), jämfört med 2024. Prognos var en ökning på 5,4 procent. En viss överskattning från hög linjär trend, förändring av högkostnadsskyddet som infördes under 2025 samt tidigare patentutgång än väntat för vissa antikoagulantia med omfördelning mellan preparat som följd är några av anledningarna till att utfall avvek ifrån prognos.

För de olika vårdformerna har prognosen överskattat utvecklingen (netto).

I prognosen för 2025 förväntades en kostnadsökning på 5,8 procent (278 mnkr) för sjukhus och 3,5 procent (52 mnkr) för Vårdval Vårdcentral. Det faktiska utfallet blev 1,8 procent (87 mnkr) på sjukhusen respektive 1,2 procent (17 mnkr) för Vårdval Vårdcentral.

Förändringen av högkostnadsskyddet som innebar ett höjt tak den 1 juli 2025, har en succesivt dämpande effekt på receptkostnaderna, då en större del bekostas av patienten. Effekten fortsätter in i 2026 och får fullt genomslag den 1 juli 2026.

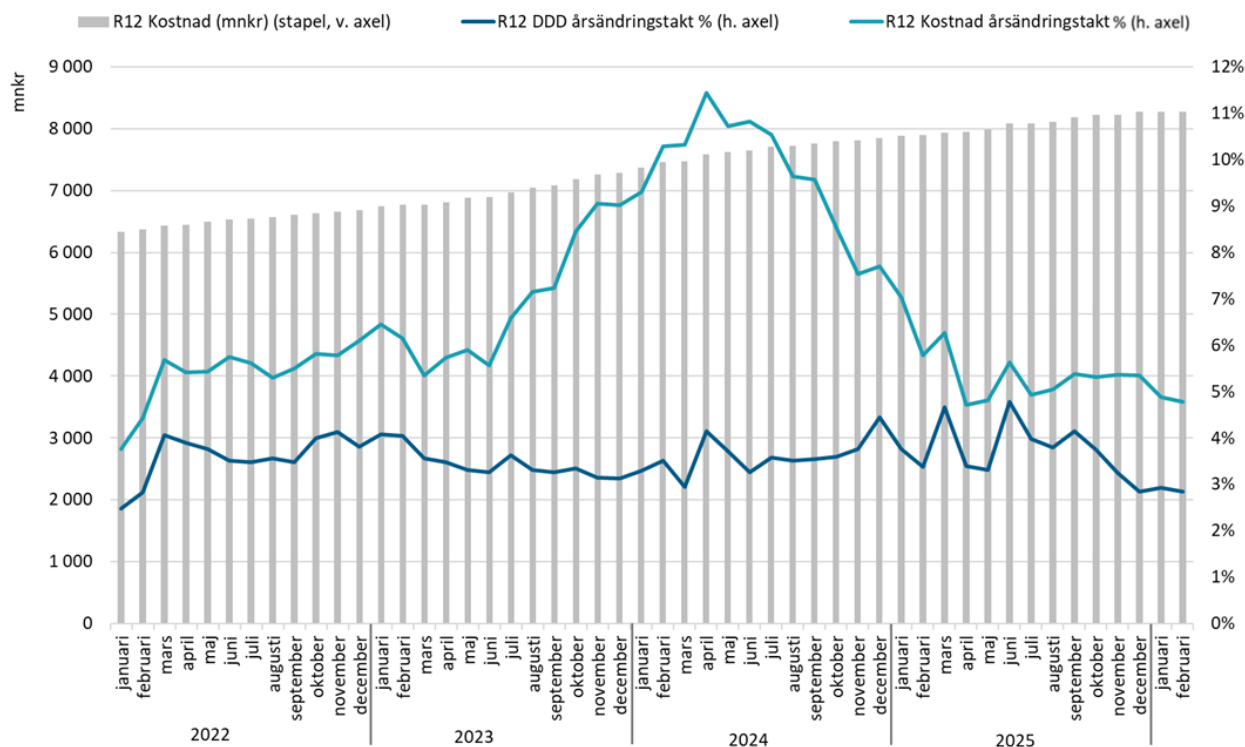
Figur 1 illustrerar hur väl prognosen för 2025 stämde med utfallet för olika läkemedelsgrupper.



Figur 1. Prognos inför 2025 jämfört med faktiskt utfall 2025.

Kostnadsökningstakten som tog fart under andra halvåret 2023 och höll i sig under första delen av 2024 (se figur 2) bromsade in under 2025. Bakgrunden till prisökningarna under 2023 och 2024 var flera, till exempel hög inflation, höjning av apotekens handelsmarginal och TLV:s justeringar av takpriset för vissa utbytbara läkemedel.

I figur 2 nedan visas utvecklingen för bruttokostnader och volym.



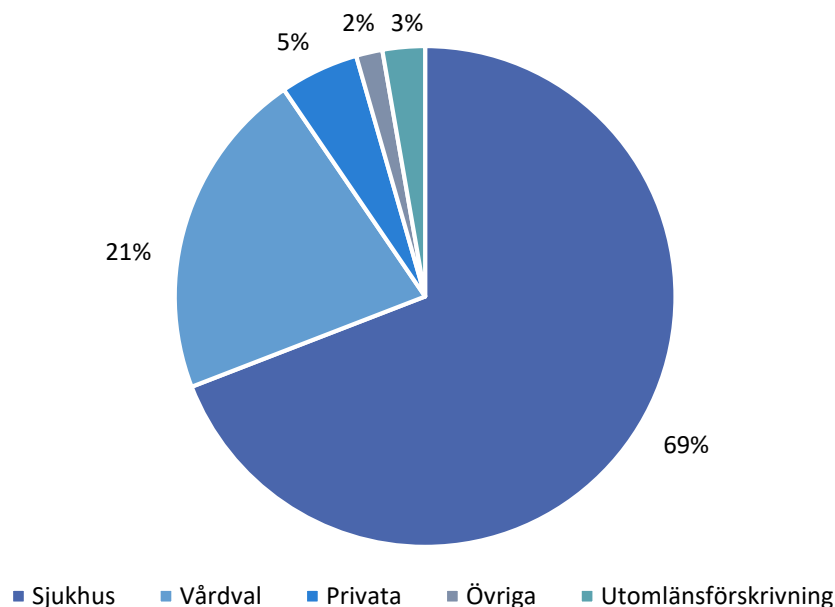
Figur 2 Rullande 12 månaders kostnadsutveckling och 12 månaders procentuell ändring för kostnader och volym, DDD (definierad dygnsdos). Observera att alla läkemedel inte har en DDD.

Bruttokostnaden för receptläkemedel inklusive smittskyddsläkemedel uppgick 2025 till 5,9 miljarder kronor och för rekvisitionsläkemedel till 2,3 miljarder kronor. Kostnaderna för receptläkemedel ökade med 4,4 procent och för rekvisitionsläkemedel med 6,0 procent jämfört med 2024. Från detta avgår återbäring i efterhand från avtal för receptläkemedel med 609 mnkr och för rekvisitionsläkemedel med 556 mnkr. Total återbäring under 2025 var 1165 miljoner kronor.

Tabell 1. Kostnadsutveckling 2023–2025 före och efter återbäring i miljoner kronor.

	2023	2024	2025
Kostnad före återbäring	7 289 (9,0%)	7 850 (7,7%)	8 229 (4,8%)
Nettokostnad VGR	6 508 (5,9%)	6 888 (5,5%)	7 064 (2,6%)

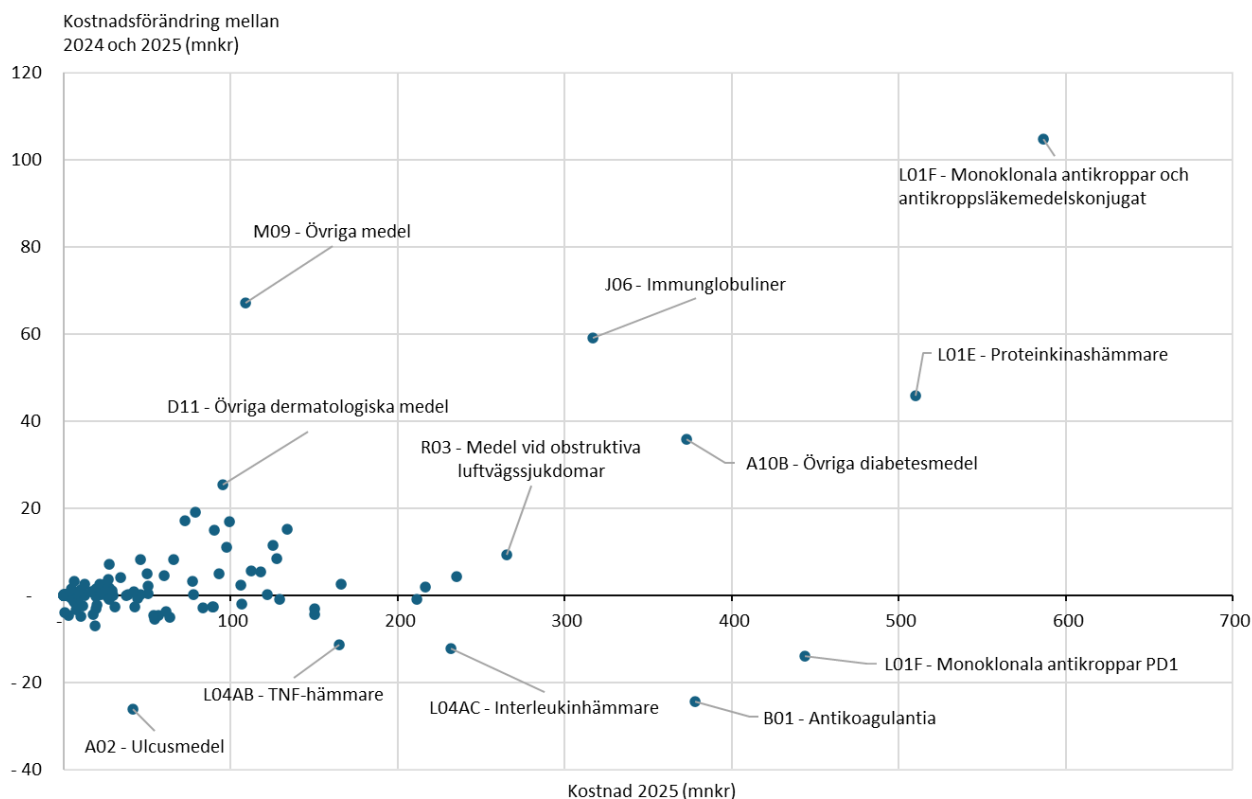
Sjukhusen står för 69 procent av de totala läkemedelskostnaderna efter justering för återbäring. Kostnadsandel för sjukhus, Vårdval Vårdcentral, utomlänsförskrivning och övrigt (t.ex. övriga förvaltningar, förskrivning från privata vårdgivare) ses i figur 3 nedan.



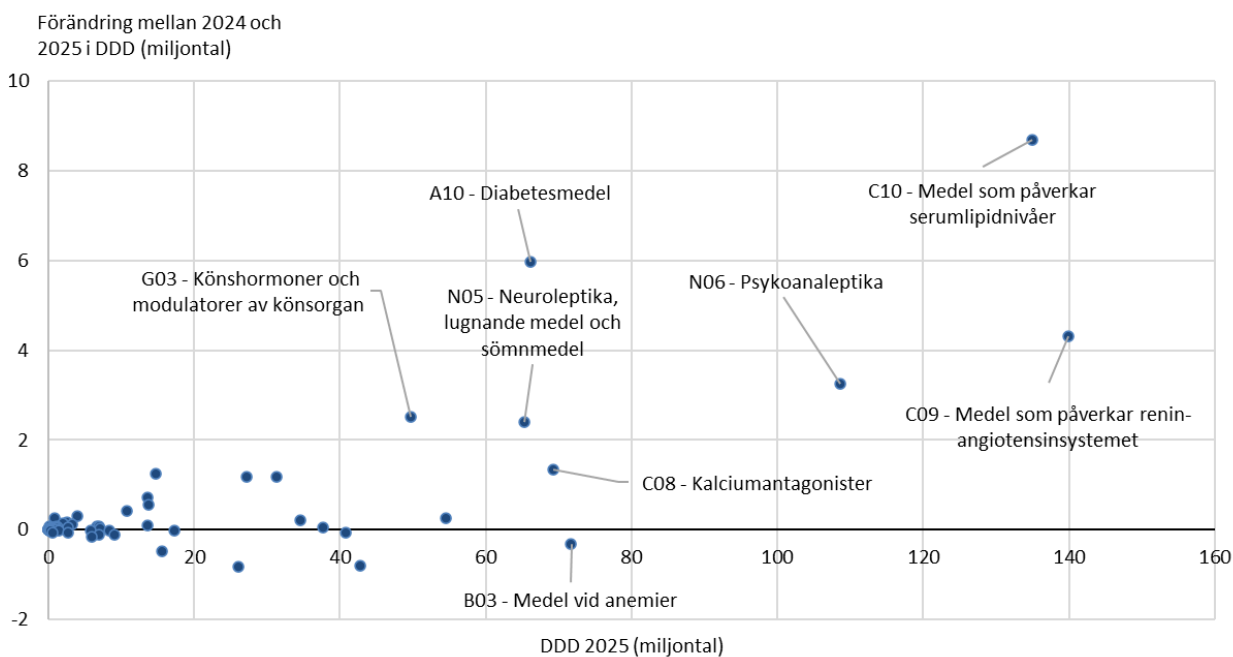
Figur 3. Kostnadsandel 2025 justerad för återbäringar.

Figur 4 och 5 illustrerar hur olika läkemedelsgrupper förändrats under 2025 i jämförelse med 2024. 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 mnr 2025 jämfört med 2024.



Figur 5. Analys av volym 2025 jämfört med 2024. 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 2025.

Tabell 2. Läkemedelssubstanser med högst bruttokostnad 2025

ATC - Läkemedelssubstans (preparat)	Totalt utfall 2025 (mnkr)	Diff (mnkr)	Diff (%)
L01FC01 – daratumumab (Darzalex)*	275	32	13%
L01FF02 – pembrolizumab (Keytruda)*	199	-20	-9%
B01AF02 – apixaban (Eliquis)	198	-45	-18%
J06BA02 – humant, normalt immunglobulin (Privigen, Kiovig m.fl.)	164	10	6%
N06BA12 – lisdexamfetamin (Elvanse)	149	6	4%
A10BJ06 – semaglutid (Ozempic)	144	19	15%
R07AX32 – ivakaftor, tezakaftor och elexakaftor (Kaftrio)*	133	3	2%
J06BA01 – humant, normalt immunglobulin (Hizentra m.fl)	124	28	29%
L01FF01 – nivolumab (Opdivo)*	121	-7	-6%
M09AX10 – risdiplam (Evrysti)*	107	71	199%
L04AA33 – vedolizumab (Entyvio)	93	5	6%
B02BD02 – koagulationsfaktor viii*	93	-6	-6%
A10BK03 – empagliflozin (Jardiance)	89	4	4%
B01AF01 – rivaroxaban	79	26	49%
L04AB04 – adalimumab (Humira m.fl)	78	-3	-4%

*Läkemedel omfattas av återbäringsavtal hela eller delar av 2025

Tabell 3. Läkemedelssubstanser med störst bruttokostnadsökning 2025

ATC - Läkemedelssubstans (preparat)	Totalt utfall 2025 (mnkr)	Diff (mnkr)	Diff (%)
M09AX10 – risdiplam (Evrysti) *	107	71	199%
L01FC01 – daratumumab (Darzalex)*	275	32	13%
J06BA01 – humant, normalt immunglobulin (Hizentra m.fl)	124	28	29%
B01AF01 – rivaroxaban	79	26	49%
J06BD08 – nirsevimab (Beyfortus)*	23	23	100%
A10BJ06 – semaglutid (Ozempic)	144	19	15%
D11AH05 – dupilumab (Dupixent)*	78	18	30%
A16AB23 – cipaglukosidas alfa (Pombiliti)*	17	17	100%
A10BK01 – dapagliflozin (Forxiga)	74	17	30%
L01XX75 – tebentafusp (Kimmtrak)*	16	16	100%
N07XX08 – tafamidis (Vyndaqel)*	68	16	30%
L01FX04 – ipilimumab (Yervoy)*	51	15	42%
L04AF03 – upadacitinib (Rinvoq)*	58	14	31%
L01EL03 – zanubrutinib (Brukinsa)*	29	13	78%

*Läkemedel omfattas av återbäringsavtal hela eller delar av 2025

Tabell 4. Läkemedelssubstanser med störst bruttokostnadsminskning 2025

ATC - Läkemedelssubstans (preparat)	Totalt utfall 2025 (mnkr)	Diff (mnkr)	Diff (%)
B01AF02 – apixaban (Eliquis)	198	-45	-18%
L04AC05 – ustekinumab (Stelara m.fl)	43	-26	-38%
L01FF02 – pembrolizumab (Keytruda)*	199	-20	-9%
L04AG03 – natalizumab (Tysabri m.fl)	44	-7	-14%
L01FF01 – nivolumab (Opdivo)*	121	-7	-6%
L01EF01 – palbociklib (Ibrance)	20	-7	-26%
L04AB06 – golimumab (Simponi m.fl)	14	-6	-32%
B02BD02 – koagulationsfaktor viii	93	-6	-6%
L04AB01 – etanercept (Benepali, Enbrel m fl.)	33	-5	-12%
L04AA40 – kladribin	31	-4	-12%
A10BJ05 – dulaglutid	16	-4	-20%
J05AP55 – sofosbuvir och velpatasvir	30	-4	-12%
L04AX07 – dimetylfumarat	24	-4	-14%
N05AH03 – olanzapin	18	-4	-18%

* Läkemedel omfattas av återbäringsavtal hela eller delar av 2025

För sjukhusen har läkemedelsgruppen monoklonala antikroppar (L01F) höga kostnader. Daratumumab (Darzalex) används inom hematologi vid multipelt myelom och användningen av daratumumab som underhållsbehandling ökar. Gruppen PD1/PDL1-hämmare med bl.a. pembrolizumab (Keytruda) och nivolumab (Opdivo) som används vid olika typer av cancersjukdomar har höga kostnader, men kostnaden minskade något bl.a. genom mer kostnadseffektiv användning samt ändrade behandlingsriktlinjer för vissa indikationer. Även lisdexamfetamin (Elvanse), är en hög kostnad för sjukhusen, som stabiliserats i kostnad mellan 2024 och 2025.

Inom Vårdval Vårdcentral är kostnaderna höga för antikoagulantia (B01AF), där apixaban (Eliquis) utgör den högsta kostnaden. När generika för rivaroxaban lanserades ökade förskrivning av detta. Rivaroxaban är det preparat som har den fjärde högsta ökningen under 2025. Samtidigt minskade apixaban.

Läkemedel vid diabetes, främst semaglutid (Ozempic), empagliflozin (Jardiance), dapagliflozin (Forxiga) och insulin glargin, är bland de tio mest kostsamma läkemedlen för Vårdval Vårdcentral.

Övriga läkemedel som har hög kostnad för Vårdval Vårdcentral är smärtstillande, paracetamol, inhalation mot KOL, formoterol och budesonid, läkemedel mot höga blodfetter, atorvastatin, samt medel mot högt blodtryck, metoprolol.

Bilaga 2. Patentutgångar

I tabell 1 listas några patentutgångar med möjlig kostnadspåverkan i VGR under 2026–2028. 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. Om biologiska läkemedel blir utbytbara på apotek kommer det att leda till ytterligare minskade kostnader. För bedömning av effekt av några betydelsefulla patentutgångar, se kapitel Prognos över kostnadsutveckling för läkemedel 2026–2028, tabell 4.

Tabell 1. Patentutgångar med möjlig kostnadspåverkan under 2026–2028. Uppgifterna är osäkra och ska tolkas med försiktighet.

ATC-kod	Substans	Handelsnamn	Huvudsakligt användningsområde	Datum patentutgång	Kostnad 2025 (mnkr)
A10BH05	linagliptin	Trajenta	diabetes	2027-03	9,6
A10BK01	dapagliflozin	Forxiga	diabetes, hjärtsvikt, njursvikt	2028-05	74
B01AF01	rivaroxaban	Xarelto 10, 15, 20 mg	trombosprofylax	2026-01	77
B01AF02	apixaban	Eliquis	trombosprofylax	2026-11	198
C02AC02	guanfacin	Intuniv	adhd	2025-09	29
C09DX04	sakubitril valsartan	Entresto	hjärtsvikt	2026-11	41
G04BD12	mirabegron	Betmiga	överaktiv blåsa	2028-01	20
L01EF01	palbociclib	Ibrance	cancer	2028-07	20
L01EJ01	ruxolitinib	Jakavi	myelofibros	2028-03	42
L01EX09	nintedanib	Vargatef, Ofev	idiopatisk lungfibros	2026-04	24
L01FD02	pertuzumab ¹	Perjeta	cancer	2025-06	3
L01FX04	ipilimumab ¹	Yervoy	melanom	2026-02	51
L01FX05	brentuximab vedotin ¹	Adcetris	cancer	2027-10	19
L02BB04	enzalutamid	Xtandi	cancer	2028-06	66
L04AA24	abatacept ¹	Orencia	reumatoid artrit	2026-06	32
L04AB06	golimumab ¹	Simponi	inflammatoriska sjukd.	2025-04	14
L04AC05	ustekinumab ¹	Stelara	inflammatoriska sjukd.	2024-07	43
L04AC07	tocilizumab ^{1,3}	Roactemra	reumatoid artrit	2020-03	37
L04AF01	tofacitinib	Xeljanz	reumatoid artrit	2027-05	11
L04AG03	natalizumab ^{1,4}	Tysabri	multipel skleros	2024	51

L04AG04	belimumab ¹	Benlysta	SLE	2026-12	9
L04AG05	vedolizumab ^{1,2}	Entyvio	ulcerös kolit, Crohns sjukdom	2026-04	93
L04AX07	dimetylfumarat	Tecfidera	multipel skleros	2025-02	24
M05BX04	denosumab ¹	Prolia	osteoporos	2025-11	25
M05BX04	denosumab ¹	Xgeva	osteoporos	2025-11	8
N06AX26	vortioxetin	Brintellix	depression	2027-10	12
N06BA12	lisdexamfetamin	Elvanse	adhd	2028-01	149
R03DX05	omalizumab ¹	Xolair	astma	2024-03	32
R03DX09	mepolizumab ^{1,2}	Nucala	astma	2026-06	15
R03DX10	benralizumab ^{1,2}	Fasenra	astma	2025-06	9
S01LA05	aflibercept ¹	Eylea 40 mg/ml	ögonsjukdom	2025-11	-

¹ Biologiskt läkemedel

² Osäkert datum

³ Biosimilar tillgänglig 2024

⁴ 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 rådet för nya terapier (NT-rådet).

Antalet avtal ökar, i början av 2026 finns ungefär 130 avtal. Ungefär 70 är för receptläkemedel och drygt 60 för rekvisitionsläkemedel. Alla nationellt förhandlade avtal finns listade på [Avtal - Samverkanläkemedel](#).

Under 2025 gav dessa ca 1 145 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, med ett kvartals fördröjning.

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 2026 till 2028 förväntas öka i takt med ökad användning av läkemedel.

Tabell 1. Utfall för återbäringen 2025 och prognos för 2026–2028 i miljoner kronor.

	Utfall	Prognos		
	2025	2026	2027	2028
Receptläkemedel	609	721	775	821
Rekvistionsläkemedel	556	565	621	668
Total återbäring	1145	1286	1396	1489
Andel av bruttokostnaden	14,2%	14,9%	15,6%	16,2%