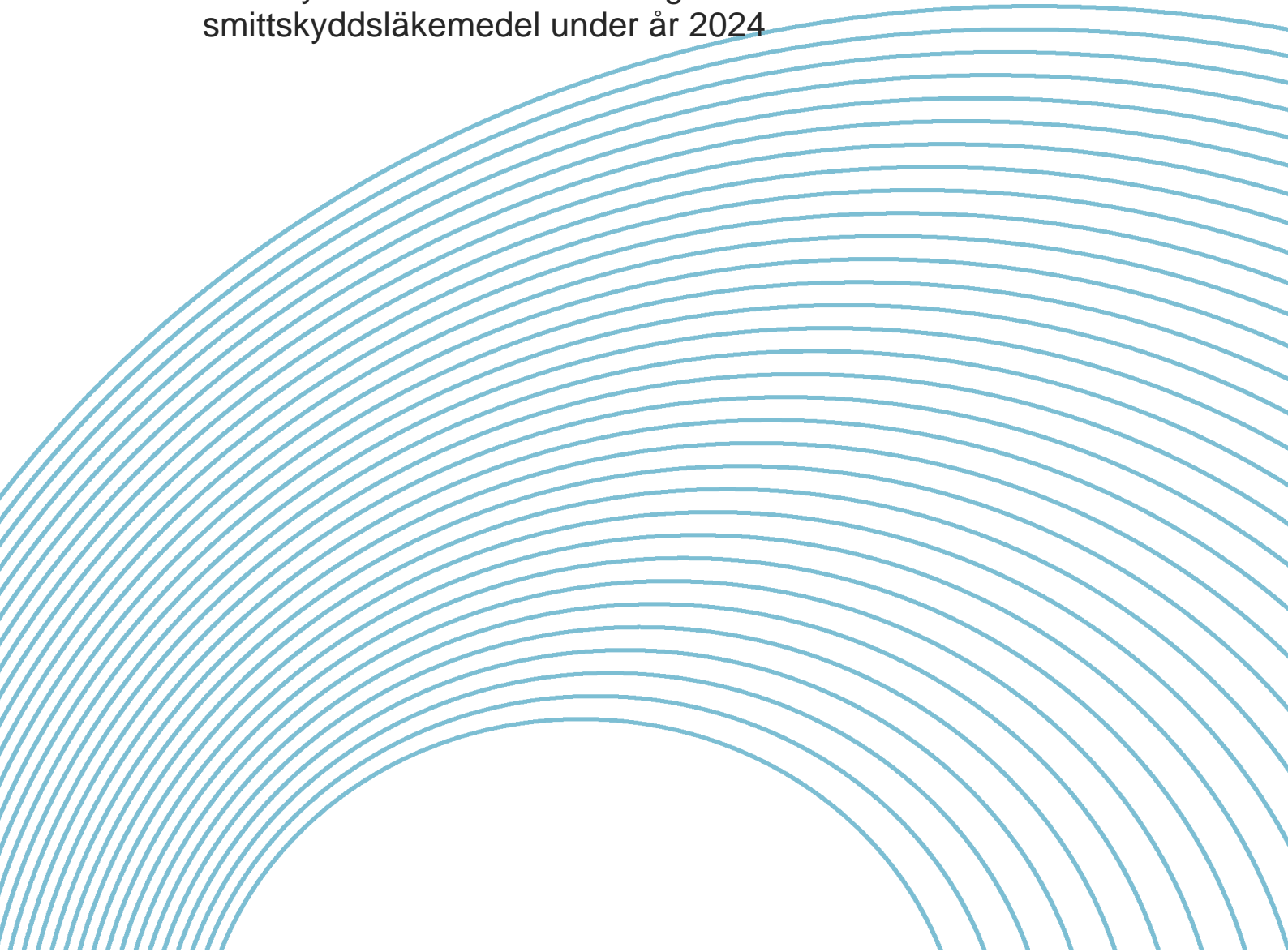


TLV

TANDVÅRDS- OCH
LÄKEMEDELSFÖRMÅNSVERKET

Uppföljning av läkemedelskostnaderna

– Analys av kostnadsutvecklingen för förmåns- och
smittskyddsläkemedel under år 2024



Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, är en statlig myndighet som beslutar om vilka läkemedel och förbrukningsartiklar som ska ingå i läkemedelsförmånerna, som i vardagligt tal kallas högkostnadsskyddet. TLV beslutar vilken tandvård som ska omfattas av högkostnadsskyddet i det statliga tandvårdsstödet och bedriver tillsyn över apoteksmarknaden.

TLV:s vision är mesta möjliga hälsa för skattepengarna.

Citera gärna Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets rapporter, men glöm inte att uppge källa: Rapportens namn, år, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, juni 2025
registrator@tlv.se

Darienummer: 01850/2025

Postadress: Box 22520, 104 22 Stockholm
Besöksadress: Fleminggatan 14, Stockholm
Telefon: 08 568 420 50
www.tlv.se

Förord

Vi har i uppdrag att löpande följa kostnadsutvecklingen för läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna. I det ingår att redovisa besparingar som genereras genom myndighetens arbete med att utveckla prissättningen – det vill säga besparingar som uppnåtts genom 15 års-regeln och omprövningar – samt hur dessa åtgärder påverkar kostnader för både patienter och läkemedelsförmånerna. Ett jämställdhetsperspektiv ska integreras där det är möjligt.

I rapporten analyserar vi kostnadsutvecklingen för förmåns- och smittskyddsläkemedel. Vi fokuserar på utvecklingen under det senaste året, och beskriver vad som ligger till grund för den utvecklingen. I vissa delar analyseras även ett längre tidsperspektiv.

Rapporten har tagits fram av Thea Enhörning (analytiker) och Johan Salomonsson (kvantitativ analytiker).

Agneta Karlsson
Generaldirektör, TLV

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Summary	7
1 TLV:s uppdrag om uppföljning av läkemedelskostnader	8
1.1 Fortsatt uppföljning av läkemedelskostnader	8
1.2 En kortfattad metodbeskrivning	8
1.3 Så har vi disponerat rapporten	11
2 Utveckling av läkemedelskostnaderna 2024	12
2.1 Läkemedelskostnaderna uppgick till 42,7 miljarder kronor år 2024	12
2.1.1 Drygt 37 miljarder kronor av läkemedelskostnaderna betalades med offentliga medel	15
2.2 Volymökningar driver årets resultat	17
2.2.1 Vissa läkemedel med höga kostnader förflyttades till periodens vara-systemet	19
2.2.2 Kostnaderna ökade mest för blodtryckssänkare, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar och läkemedel för nervsystemet	22
3 Historisk utveckling av läkemedelskostnaderna	25
3.1 En dygnsdos blir årligen dyrare, speciellt för läkemedel utan generisk konkurrens	25
3.2 Vissa läkemedelsgrupper står historiskt för en stor del av läkemedelskostnaderna	27
3.3 Andelen kostnader för nya läkemedel minskar	29
4 TLV:s arbete med kostnadsdämpande och tillgänglighetsstärkande åtgärder 2024	33
4.1 TLV:s arbete med kostnadsdämpande åtgärder	33
4.1.1 15-årsregeln genererade besparingar om 23 miljoner kronor	34
4.1.2 Omprövningar genererade besparingar om 33 miljoner kronor	35
4.2 TLV:s arbete för att stärka tillgängligheten till läkemedel	36
5 Fördelning av kostnader mellan kön, åldersgrupper och län	38
5.1 Kostnaderna var högst för kvinnor och personer över 65 år	38
5.2 Storstadslänen har högst totala kostnader och lägst kostnader per capita	41
Referenser	44
Bilaga 1. Kompletterande analyser	46
Bilaga 2. Termer och begrepp	51
Bilaga 3. Förklaring av vanligt förekommande begrepp	55
Bilaga 4. Metodbeskrivningar	59
Bilaga 5. Läkemedelsgrupperingar	61

Sammanfattning

Läkemedelskostnaderna ökade med 3,8 miljarder kronor

Kostnaderna för förmåns- och smittskyddsläkemedel har i snitt ökat med sex procent årligen under det senaste decenniet. Under år 2024 uppgick kostnaderna till knappt 43 miljarder kronor, vilket motsvarar en ökning med tio procent (3,8 miljarder) sedan året innan.

Kostnadsökningen beror främst på att läkemedelsanvändningen ökar, framför allt för läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar, onkologiläkemedel och läkemedel för behandling av diabetes typ 2. Vi höjde även handelsmarginalen under år 2024, vilket beräknas höja förmånskostnaderna med cirka 650 miljoner kronor per år.

Kostnaderna i periodens vara-systemet ökade med 18 procent (1,9 miljarder kronor) under år 2024, vilket är en något större ökning än tidigare år. Det beror främst på prisökningar inom periodens vara-systemet, vilka till viss del beror på de takprishöjningar som vi beslutade om under år 2023. Det har även skett större produktförflyttningar till periodens vara-systemet, exempelvis av NOAK-läkemedel. En sådan förflyttning innebär en kostnadsökning i periodens vara-systemet, men inte en kostnadsökning för läkemedelsförmånerna som helhet.

TLV genererade besparingar om 55 miljoner kronor

Som en del i arbetet med att dämpa kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånerna har vi under år 2024 avslutat sex omprövningar av läkemedel och sänkt priset på 220 läkemedelsförpackningar enligt 15-årsregeln. Under året genererades besparingar om drygt 55 miljoner kronor, varav 33 miljoner kronor var till följd av omprövningar och 23 miljoner kronor till följd av prissänkningar enligt 15-årsregeln.

Fler godkända prishöjningsansökningar för stärkt tillgänglighet till läkemedel

Enligt myndighetsinstruktionen ska vi bidra till en god tillgänglighet till läkemedel i samhället, något som blivit än mer aktuellt under senare år då antalet restsituationer av läkemedel har ökat. Förutom den takprisöversyn TLV arbetat med sedan år 2022 ser vi även att antalet prishöjningsansökningar över gällande takpris eller där ett takpris saknas har ökat under de senaste två åren. Under år 2024 godkändes 31 sådana prishöjningsansökningar (som kan omfatta flera läkemedelsförpackningar), jämfört med 16 år 2022.

Vi ser att antalet prishöjningsansökningar ökar i takt med att antalet rest- och bristsituationer ökar. TLV kan inte på eget initiativ höja priset för att säkra tillhandahållandet av en produkt, företag behöver ansöka om en prishöjning. TLV välkomnar dialog med läkemedelsföretag gällande produkter med bristande lönsamhet eller tillgänglighetsutmaningar.

Summary

The cost of pharmaceuticals increased by SEK 3.8 billion

The costs for reimbursable pharmaceuticals and drugs for infectious diseases have risen by an average of six percent annually over the past decade. In 2024, the total costs amounted to just under SEK 43 billion – a ten percent increase (SEK 3.8 billion) compared to 2023.

The cost increase is primarily due to rising medicine volumes – measured in units such as tablets or millilitres – mainly for medicines for inflammatory diseases, oncology medicines, and medicines for type 2 diabetes. We also increased the retail margin during 2024, which is expected to raise costs by approximately SEK 650 million per year.

Costs within the product of the month system rose by 18 percent (SEK 1.9 billion) in 2024, a somewhat greater increase than in previous years. This is mainly due to price increases within the system, partly driven by price ceiling adjustments decided in 2023. In addition, more products were moved into the system in 2024, such as NOAC medicines. Such transfers increase costs within the Product of the Month system but do not affect the overall costs of reimbursed medicines.

TLV generated savings of SEK 55 million

As part of our efforts to constrain expenditure growth within the pharmaceutical benefits scheme, six reassessments of medicines were completed in 2024, and the prices of 220 medicine packages were reduced according to the 15-year rule. Total savings amounted to SEK 55 million, of which SEK 33 million came from reassessments and SEK 23 million from price reductions according to the 15-year rule.

An increased number of approved price increase applications to enhance access to medicines

According to its mandate, TLV is to promote good availability of medicines in society – a task that has become increasingly relevant as medicine shortages have increased globally. Alongside the price ceiling review initiated in 2022, the number of price increase applications (above the current ceiling or in the absence of one) has risen over the past two years. In 2024, we approved 31 such applications (which may include several medicine packages), compared to 16 in 2022.

We are observing an increase in the number of price increase applications in line with the rising number of supply and shortage situations. TLV cannot – on its own initiative – raise the price to ensure the availability of a product; companies must submit a price increase application. TLV welcomes dialogue with pharmaceutical companies regarding product facing profitability issues or availability challenges.

1 TLV:s uppdrag om uppföljning av läkemedelskostnader

1.1 Fortsatt uppföljning av läkemedelskostnader

TLV har regeringens uppdrag att löpande följa utvecklingen gällande kostnader för läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna.¹ I det ingår att redovisa de besparingar som genereras genom myndighetens arbete med att utveckla prissättningen. I det ingår bland annat att redovisa besparingar till följd av prissänkingsbeslut enligt den så kallade 15-årsregeln samt att särredovisa besparingen från varje genomförd omprövning. Därutöver ska vi redovisa hur kostnaderna för patienterna och för läkemedelsförmånerna påverkas av vidtagna åtgärder. Ett jämställdhetsperspektiv ska finnas med där det är möjligt.

1.2 En kortfattad metodbeskrivning

1.2.1 Vi analyserar läkemedel som förskrivs inom förmånerna och enligt smittskyddslagen

Rapporten beskriver huvudsakligen kostnader under år 2024 för receptbelagda läkemedel som förskrivs inom läkemedelsförmånerna och enligt smittskyddslagen (Figur 1).

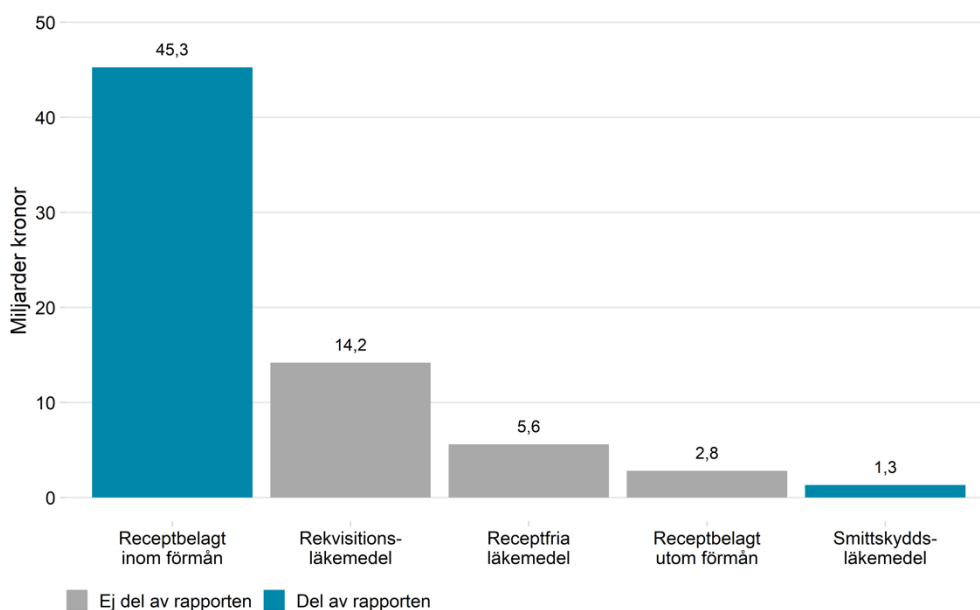
Förmånsläkemedel omfattar läkemedel som förskrivs på recept och hämtas ut på apotek. Ett läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna omfattas av högkostnadsskyddet, vilket innebär att en individ inte betalar hela kostnaden för sitt läkemedel.

Smittskyddsläkemedel omfattar läkemedel som förskrivits enligt smittskyddslagen (2004:168 SML). När dessa läkemedel förskrivs mot en allmänfarlig sjukdom och läkaren bedömer att det minskar risken för smittspridning är de kostnadsfria för patienten (7 kap. 1 § SML). Ett läkemedel kan därmed både ingå i läkemedelsförmånerna och förskrivas som smittskyddsläkemedel. Rapporten inkluderar därmed försäljning av smittskyddsläkemedel både inom och utom läkemedelsförmånerna. De två största läkemedelsgrupperna som förskrivs enligt smittskyddslagen är hepatit C-läkemedel och läkemedel mot hivinfektion. I analyserna definieras smittskyddsläkemedel som läkemedel som förskrivits enligt smittskyddslagen och ingår i ATC-gruppen J05 (virushämmande medel för systemiskt bruk).

¹ Regeringen (2024). Regleringsbrev för budgetåret 2025 avseende Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

Läkemedel som administreras direkt till patienter inom sluten- eller öppenvård, så kallade rekvisitionsläkemedel, ingår inte i rapporten. Detsamma gäller receptfria läkemedel och receptbelagda läkemedel som inte förskrivs inom läkemedelsförmånerna. Även kostnadsutvecklingen för förbrukningsartiklar, extemporeläkemedel, lagerberedningar och licensläkemedel exkluderas från de huvudsakliga analyserna.

Figur 1 Läkemedelskostnader år 2024, uppdelat per segment. Försäljning av läkemedel (AUP exkl. återbäring) år 2024.



Källa: E-hälsomyndigheten och TLV.

Not: En del av kostnaderna för smittskyddsläkemedel förskrivs inom förmånerna. Dessa är exkluderade från kolumnen "Receptbelagt inom förmån" och inkluderas i kolumnen "Smittskyddsläkemedel".

1.2.2 Kostnader redovisas med avdrag för återbäring i den mån det är möjligt

Kostnaderna som redovisas i rapporten inkluderar, om inget annat anges, förmånskostnader och patientens egenavgift. Kostnaderna beräknas som AUP (apotekens utförsäljningspris) som består av AIP (apotekens inköpspris) och apotekens handelsmarginal, och kan även benämnas fastställda priser. Kostnader kan även redovisas inklusive eller exklusive återbäring. Återbäring är en del av produkters läkemedelskostnad, som företag enligt avtal åtagit sig att betala tillbaka till regionerna (beskrivs mer detaljerat i [Bilaga 3](#)). För läkemedelskostnader som inkluderar produkter med avtal är kostnad inklusive återbäring lägre än kostnad exklusive återbäring (kostnad till fastställda priser). Kostnader inklusive återbäring redovisas i analyserna i den mån det är möjligt, det vill säga där det går utan att röja sekretessbelagd information i avtalen.

1.2.3 Analyserna görs på utbytesgrupps-nivå

En produkt definieras som en viss substans, beredningsform och styrka utifrån Läkemedelsverkets klassificering av utbytbarhet. Produkter som inte ingår i en utbytesgrupp klassificeras efter ”nplid”, vilket är en unik identifierare av en läkemedelsprodukt enligt Nationellt produktregister för läkemedel.

Parallellimporterade produkter läggs samman med originalprodukten. Indelningen innebär att olika förpackningsstorlekar slås ihop och att priser räknas som kostnad per enhet. Beräkningen sker per månad och produkt, men kan även aggregeras för att visa förändringen för en grupp av läkemedel och/eller en längre period.

I [Bilaga 4](#) finns en mer detaljerad beskrivning av hur kostnadsutvecklingen beräknats i rapportens analyser.

1.2.4 Vissa analyser delar upp kostnader för läkemedel utan generisk konkurrens och läkemedel i periodens vara-systemet

I vissa analyser delar vi upp kostnaderna för förmåns- och smittskyddsläkemedel i två olika kategorier:

- Periodens vara
- Utan generisk konkurrens

Läkemedel i kategorin periodens vara-systemet inkluderar kostnader för alla läkemedel med generisk konkurrens, och som ingår i det svenska periodens vara-systemet. Generisk konkurrens innebär att det finns minst två läkemedel med olika ursprung på marknaden som är utbytbara mot varandra. Periodens vara-systemet innebär att apoteken ska erbjuda sina kunder det läkemedel inom respektive förpackningsstorleksgrupp som har lägst pris varje månad. Periodens vara-systemet leder ofta till att prisnivån bland utbytbara läkemedel sjunker.

Läkemedel i kategorin Utan generisk konkurrens inkluderar kostnader för alla läkemedel som inte har generisk konkurrens, och därmed inte ingår i periodens vara-systemet. Det omfattar generellt alla läkemedel som funnits på marknaden i upp till cirka 15 år och vars patentskydd fortfarande gäller. Läkemedel i denna kategori kan ha konkurrens av biosimilarer, vilket dock inte innebär att de anses vara utbytbara på apotek i Sverige. Kategorin innehåller även generiska läkemedel som Läkemedelsverket bedömt inte är utbytbara, vilket innebär att generisk konkurrens i periodens vara-systemet aldrig kommer att uppstå. Det finns även konkurrensutsatta förpackningsstorleksgrupper genom parallellutbyte, vilket innebär att apoteken kan byta till en produkt med ett lägre fastställt pris än det som patienten förskrivits – trots att läkemedlet inte ingår i periodens vara-systemet.

I figurer eller tabeller kan kategorin ”Utan generisk konkurrens” förkortas till ”Utan konkurrens”, och ”Periodens vara” till ”PV” av platskäl.

1.3 Så har vi disponerat rapporten

- I kapitel 2 beskriver vi hur kostnaderna för förmåns- och smittskyddsläkemedel utvecklats under år 2024, och vilka läkemedel eller läkemedelsgrupper som påverkat kostnadsutvecklingen mest.
- I kapitel 3 beskriver vi vilka läkemedel som historiskt – under de senaste tio åren – stått för en stor andel av de totala läkemedelskostnaderna, samt hur nya läkemedel – max fem år sedan marknadsgodkännande – påverkar den totala kostnadsutvecklingen. Vi analyserar även hur kostnaderna per definierad dygnsdos utvecklats under de senaste tio åren, både för läkemedel utan generisk konkurrens och för läkemedel i periodens vara-systemet.
- I kapitel 4 beskrivs vårt arbete med kostnadsdämpande och tillgänglighetsstärkande åtgärder under år 2024, det vill säga hur stora besparingar som genererats till följd av omprövningar och 15 års-regeln, samt hur vi arbetat med att bidra till en god tillgänglighet till läkemedel som ingår i förmånerna.
- I kapitel 5 presenteras kostnadsutvecklingen för olika kön, åldersgrupper och län.

2 Utveckling av läkemedelskostnaderna 2024

2.1 Läkemedelskostnaderna uppgick till 42,7 miljarder kronor år 2024

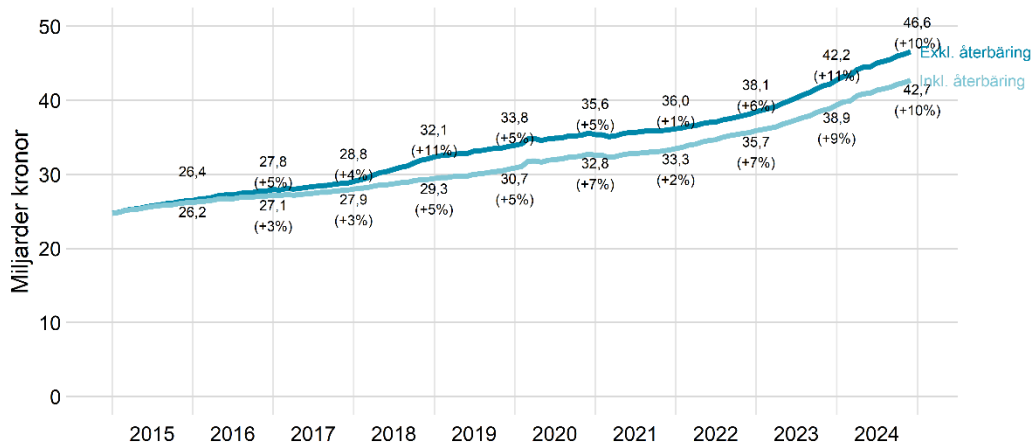
Totala kostnader för förmånsläkemedel och smittskyddsläkemedel uppgick till 42,7 miljarder kronor (inklusive återbäring) år 2024, vilket är en ökning med tio procent (3,8 miljarder kronor) jämfört med året innan. Det är den högsta procentuella och absoluta kostnadsökningen under de senaste tio åren, där genomsnittlig kostnadsutveckling varit cirka sex procent årligen.

Av de totala kostnaderna uppgick kostnader för smittskyddsläkemedel till 1,3 miljarder kronor (exklusive återbäring). Kostnaderna för smittskyddsläkemedel har minskat med tre procent sedan år 2023 (Figur 23 i Bilaga 1). Kostnaderna för extemporeläkemedel, lagerberedningar och licensläkemedel uppgick år 2024 till drygt 1,1 miljarder kronor, vilket motsvarar en ökning med 16 procent sedan år 2023 (Figur 24 i Bilaga 1).

Kostnaderna för läkemedelsförmånerna minskas av återbäringen från de avtal som regionerna tecknar med företagen. Under år 2024 betalade företagen tillbaka 3,9 miljarder kronor i återbäring till regionerna, vilket minskade de totala kostnaderna för förmåns- och smittskyddsläkemedel från 46,6 till 42,7 miljarder kronor.²

² TLV (2025). Beräknat utfall av återbäring 2024.

Figur 2 Kostnadsutveckling förmåns- och smittskyddsläkemedel 2015–2024. Läkemedelskostnader (AUP inkl. och exkl. återbäring) inom läkemedelsförmånerna samt smittskyddsläkemedel, lagerberedningar, extemporeläkemedel och licenser.



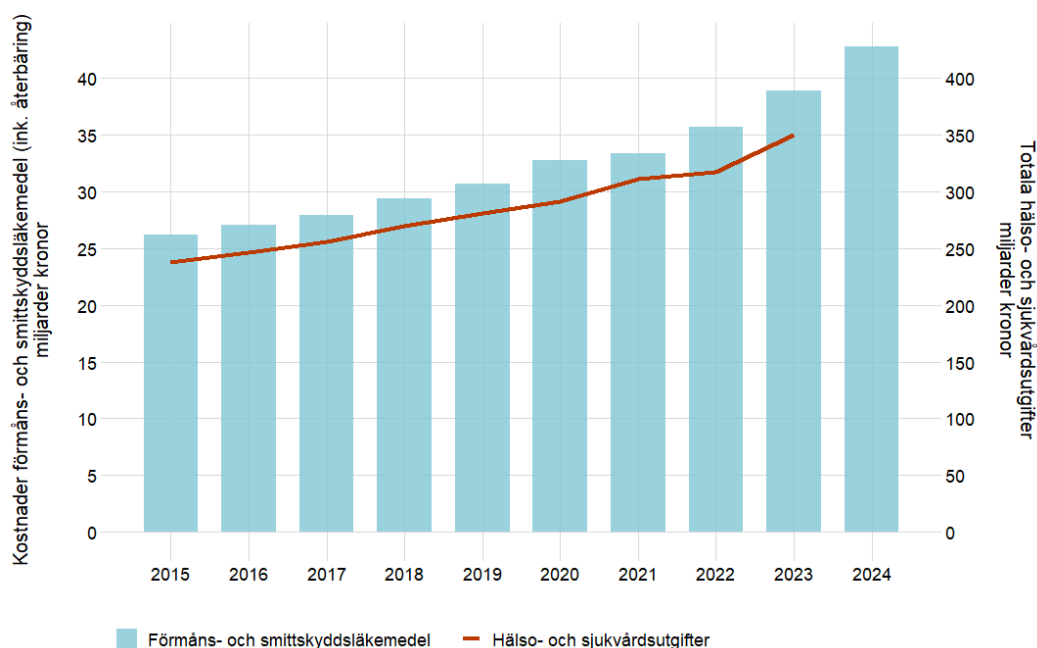
Källa: E-hälsomyndigheten och TLV.

Not: Kostnaderna inkluderar kostnader för läkemedelsförmånerna samt egenavgifter som bekostas av patienter.

Under de senaste tio åren har kostnaderna för förmåns- och smittskyddsläkemedel (inklusive återbäring) ökat med 63 procent. Som jämförelse har de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna ökat med 47 procent under motsvarande period (2015–2023 då data saknas för år 2024).³ Även dessa kostnader har ökat mer under de senaste åren, med tio procent år 2023 jämfört med ett årligt genomsnitt på fem procent under senaste tioårsperioden (Figur 3).

³ Statistiska Centralbyrån. Totala hälso- och sjukvårdsutgifter, mnkr efter hälso- och sjukvårdsändamål och år (2014–2023).

Figur 3 Kostnadsutveckling förmåns- och smittskyddsläkemedel (inkl. återbäring) och totala hälso- och sjukvårdsutgifter, 2015–2024.



Källa: E-hälsomyndigheten, TLV och Statistiska Centralbyrån.

Not: Data för totala hälso- och sjukvårdsutgifter år 2024 saknas vid tillfälle för publicering.

Delar vi upp de totala kostnaderna för läkemedel i periodens vara-systemet och läkemedel utan generisk konkurrens ser vi att kostnaderna ökat ungefär lika mycket i de båda systemen (1,9 miljarder respektive 1,8 miljarder kronor).

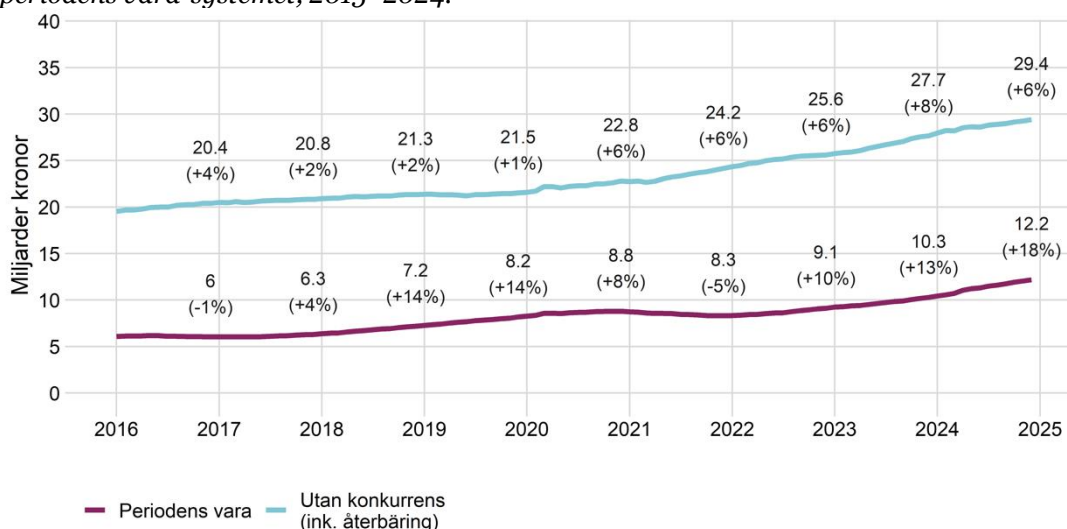
Under de senaste tio åren har den procentuella kostnadsökningen oftast varit större i periodens vara-systemet (18 procent år 2024) än för läkemedel utan generisk konkurrens (sex procent under 2024). Det beror delvis på att läkemedel utan generisk konkurrens förflyttas till periodens vara-systemet när generisk konkurrens uppstår. Dessa kostnadsökningar i periodens vara-systemet motsvarar inte en kostnadsökning för förmånsläkemedel som helhet, utan enbart en förflyttning från ett system till ett annat. När en produkt tillkommer i periodens vara-systemet bidrar det snarare till en kostnadsminskning för förmånsläkemedel i sin helhet – även om det visar sig som en kostnadsökning inom periodens vara-systemet. Priserna för produkterna minskar jämfört med när patentskyddet gällde, i genomsnitt med nästan 20 procent direkt vid första månaden efter inträde (Figur 31 i Bilaga 3). Läkemedel i periodens vara-systemet motsvarar cirka 70 procent av den totala försäljningsvolymen (antal sålda enheter) i läkemedelsförmånerna, men enbart cirka 24 procent av de totala läkemedelskostnaderna.

Under de senaste två åren har det även skett vissa ändringar som påverkat läkemedel inom periodens vara-systemet, och som gjort att kostnaderna ökat mer än tidigare år. En större förändring är att vi år 2022 inledde en översyn av takprissystemet, vilken hittills lett till två beslutade takprishöjningar under år

2023.⁴ Besluten innebar att det högsta tillåtna priset (takpriset) höjdes för vissa läkemedelsförpackningar. Detta gjorde att företagen kunde ansöka om ett högre pris på en läkemedelsförpackning i periodens vara-systemet än vad det tidigare takpriset medgav. Under mars år 2024 höjde vi även handelsmarginalen för att skapa förutsättningar för en väl fungerande apoteksmarknad, vilket beräknats öka de totala förmånskostnaderna med cirka 650 miljoner kronor årligen.⁵

Att kostnaderna procentuellt ökat mer i periodens vara-systemet beror även på att priserna kan variera inom en utbytesgrupp – exempelvis till följd av faktorer som inflation, konkurrens och förändrade produktionskostnader. För läkemedel utan generisk konkurrens fastställs ett pris vid inträde i läkemedelsförmånerna, vilket därefter är relativt konstant fram tills att patentskyddet upphör och generisk konkurrens uppstår.

Figur 4 Kostnadsutveckling (AUP) – läkemedel utan generisk konkurrens och läkemedel i periodens vara-systemet, 2015–2024.



Källa: E-hälsomyndigheten och TLV.

Not: Kostnaderna inkluderar inte lagerberedningar, extemporeläkemedel och licenser.

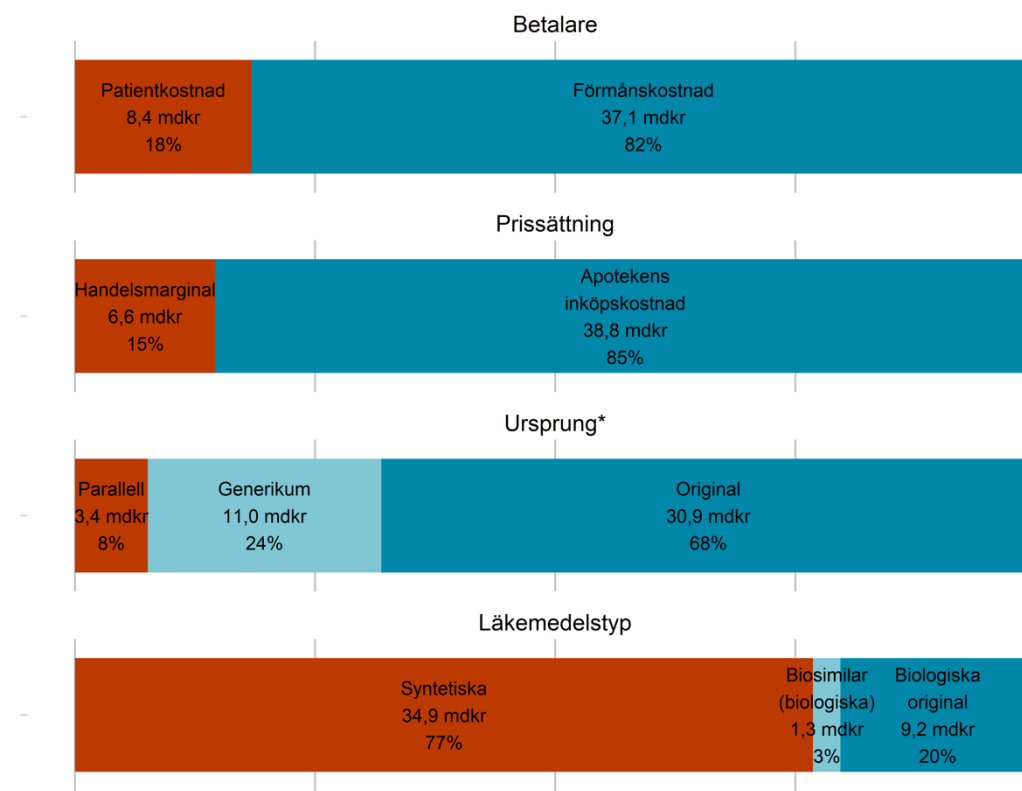
2.1.1 Drygt 37 miljarder kronor av läkemedelskostnaderna betalades med offentliga medel

Figur 5 visar fördelningen av 2024 års förmånskostnader – cirka 45,5 miljarder kronor – uppdelat mellan olika betalare, hur läkemedel prissätts, läkemedelsursprung samt läkemedelstyp. Kostnaderna inkluderar inte återbäring, smittskyddsläkemedel, lagerberedningar, licenser eller extempore.

⁴ TLV. TLV:s takprisöversyn.

⁵ TLV (2023). 2023 års uppföljning av apoteksmarknadens utveckling.

Figur 5 Uppdelning av läkemedelskostnader inom förmånerna 2024. Andel av försäljningssumma (AUP exkl. återbäring) inom läkemedelsförmånerna, exklusive smittskyddsläkemedel.



Källa: E-hälsomyndigheten, Läkemedelsverket och TLV.

Not 1: Kostnaderna inkluderar inte återbäring, smittskyddsläkemedel, lagerberedningar, licenser eller extempore.

Not 2: Patientkostnad (Betalar) inkluderar både egenavgift och merkostnad som uppstår vid motsättning av generiskt utbyte. Handelsmarginal för produkter med ett fastställt AIP (Prissättning) avser försäljning på samtliga apotek. Original (Ursprung) omfattar både läkemedel med och utan generisk konkurrens. Parallell (Ursprung) omfattar parallellimport av både original- och generikapreparat. Notera att summan av procentsatserna kan avvika från 100 procent på grund av avrundning.

Översta panelen – Betalar – visar att patienterna betalade 18 procent (8,4 miljarder kronor) av de totala läkemedelskostnaderna år 2024. Patientkostnaden utgörs av de egenavgifter som tas ut innan patienten uppnått taket i högkostnadsskyddet, samt av merkostnader som betalas av de patienter som motsätter sig generiskt utbyte på apotek. Resterande 82 procent (37,1 miljarder kronor) betalades av offentliga medel. Andel patientkostnad och förmånskostnad är oförändrad från föregående år. Regeringen har beslutat att taket i högkostnadsskyddet och nivåerna i högkostnadstrappan justeras upp från den 1 juli år 2025.⁶ Det beräknas medföra att patienternas egenavgifter höjs och förmånskostnaden minskar med cirka två miljarder kronor årligen 2026–2028.⁷

Panelen Prissättning visar att apotekens inköpskostnader utgjorde 85 procent av förmånskostnaderna för läkemedel, och 15 procent utgjordes av den

⁶ Finansdepartementet (2024). Budgetpropositionen för 2025 (Prop. 2024/25:1) Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.

⁷ Regeringskansliet (2025). Regeringen presenterar uppdaterat högkostnadsskydd.

handelsmarginal som apoteken tar ut vid försäljning av läkemedel. Handelsmarginalen fastställs av TLV och utgör skillnaden mellan apotekens inköpspris (AIP) och apotekens utförsäljningspris (AUP). Under 2023 års uppföljning av apoteksmarknadens utveckling bedömde vi att handelsmarginalen behövde höjas med cirka 650 miljoner kronor per år, för att skapa förutsättningar för en väl fungerande apoteksmarknad.⁸ Uppskattningen gjordes mot bakgrund av apoteksbranschens successivt minskande lönsamhet, kostnadsökningar över tid, minskad intjäning från parallellhandel och en påverkan av den svaga konjunkturen. Handelsmarginalens höjning infördes i huvudsak från och med mars 2024, och har ökat handelsmarginalens andel av förmånskostnaderna med en procentenhet under 2024 jämfört med år 2023.

Panelen Ursprung visar att 68 procent av förmånskostnaderna kommer från försäljning av direktdistribuerade originalläkemedel som är eller har varit patentskyddade. Direktdistribuerade generiska läkemedel, det vill säga läkemedel med samma aktiva substans, form och styrka som originalläkemedlet, utgjorde 24 procent av förmånskostnaderna. Under 2023 bestod 70 procent av kostnaderna av originalläkemedel, och 22 procent av generiska läkemedel. Resterande åtta procent av kostnaderna utgörs av parallellhandlade original- eller generiska läkemedel. Parallellhandlade läkemedel (parallellimporterade och parallelldistribuerade) är läkemedel som importerats till Sverige av en parallellimportör (som köpt upp läkemedel i ett annat europeiskt land), alternativt läkemedel som distribuerats till Sverige trots att det inte var tillverkat för den svenska marknaden.

Den sista panelen – Läkemedelstyp – visar att syntetiska läkemedel (där den aktiva substansen framställts kemiskt) utgör 77 procent av läkemedelskostnaderna år 2024. Biologiska läkemedel (där den aktiva substansen har producerats i eller renats fram ur material av exempelvis levande celler eller vävnad) utgör 20 procent av läkemedelskostnaderna. Resterande tre procent utgörs av biosimilarer (ett biologiskt läkemedel med liknande aktiv substans och egenskaper som det redan godkända biologiska originalläkemedlet). Andelen kostnader för biosimilarer har ökat över tid, vilket är positivt då biosimilarer ofta kommer in på marknaden till ett lägre pris än det biologiska originalläkemedlet. År 2014 bestod enbart 0,5 procent av totala läkemedelskostnader av biosimilarer, en andel som ökat med cirka 470 procent under de senaste tio åren (Figur 25 i Bilaga 1).

2.2 Volymökningar driver årets resultat

Totalt har läkemedelskostnaderna ökat med 3,7 miljarder kronor under 2024, varav 1,9 miljarder varit i periodens vara-systemet och 1,8 miljarder kronor för läkemedel utan generisk konkurrens (Figur 6).

Kostnadsförändringarna delas här upp i tre olika kostnadskomponenter: pris-, volym- och produktförändringar. Komponenterna beräknas månadsvis per utbytesgrupp där pris- och volymuppgifter innevarande månad jämförs mot samma

⁸ TLV (2023). 2023 års uppföljning av apoteksmarknadens utveckling.

månad året innan. Slutligen summeras alla månadsvisa jämförelser upp per år. Respektive kostnadskomponent beräknas så här:

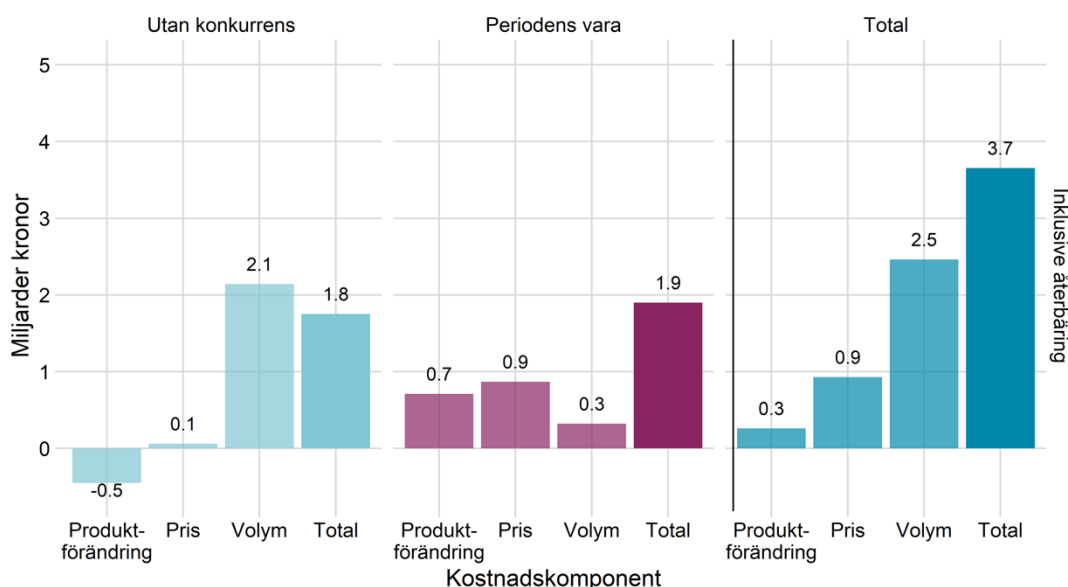
- Pris: består av skillnaden i enhetspris multiplicerat med försäljningsvolym samma månad ett år tidigare.
- Volym: utgörs av skillnaden i sålda enheter för månaden jämfört med samma månad föregående år, multiplicerat med innevarande månads enhetspris.
- Produktförändring: uppkommer när en utbytesgrupp tillkommer/försvinner och det saknas försäljning i någon av jämförelsemånaderna.

För läkemedel utan generisk konkurrens har den största kostnadsförändringen berott på volymökningar, vilket indikerar att antalet sålda enheter ökat (exempelvis tabletter eller milliliter). Kostnaderna för volymer har ökat mest för läkemedelsgrupper som GLP1-analoger (exempelvis semaglutid, Rybelsus), ADHD-läkemedel (exempelvis dexamfetamin, Elvanse) och SGLT2-hämmare (exempelvis dapagliflozin, Forxiga).

I periodens vara-systemet har den största kostnadsposten varit prisökningar. Prisökningarna drivs främst av läkemedelsgrupper som Blodtryckssänkare (exempelvis metoprolol), Analgetika (exempelvis paracetamol) och Ämnesomsättning matsmältning – övriga (exempelvis esomeprazol).

Vi ser även – till följd av produktförändringar – att kostnaderna minskat för läkemedel utan generisk konkurrens och ökat i periodens vara-systemet. En stor del av den kostnadsförändringen beror på att läkemedel – som tidigare kategoriserats som läkemedel utan generisk konkurrens – förflyttats till periodens vara-systemet. Vilka typer av läkemedel som förflyttats redovisar vi i nästa avsnitt.

Figur 6 Kostnadsförändringar för totala läkemedelskostnader (förmåns- och smittskyddsläkemedel) samt för läkemedel utan generisk konkurrens och läkemedel periodens vara-systemet. Skillnad i kostnader (AUP inkl. återbäring) per kostnadskomponent mellan år 2023 och 2024.



Källa: E-hälsomyndigheten och TLV.

Not: Pris beräknas som skillnad i enhetspris multiplicerat med försäljningsvolym samma månad ett år tidigare. Volym beräknas som skillnad i sålda enheter per månad jämfört med samma månad föregående år, multiplicerat med innevarande månads enhetspris. Produktförändring beräknas som att en utbytesgrupp tillkommer/försvinner och det saknas försäljning i någon av jämförelsemånaderna.

2.2.1 Vissa läkemedel med höga kostnader förflyttades till periodens vara-systemet

För fyra läkemedelsgrupper – NOAK, Sömnläkemedel, Könshormoner Övrigt och Allergiläkemedel – kan vi se att läkemedel förflyttats till periodens vara-systemet (Figur 7). Det har gjort att kostnaderna för dessa produkter förflyttats från kategorin ”Utan generisk konkurrens” till ”Periodens vara”. Ökade kostnader i periodens vara-systemet till följd av läkemedelsförflyttningar leder inte till en ökning av förmånskostnaderna som helhet – snarare en minskning. Konkurrensen gör att priserna för produkterna minskar jämfört med när patentskyddet gällde – i genomsnitt med cirka 20 procent under första månaden efter inträde (Figur 31 i Bilaga 3) – även om förflyttningen visar sig som en kostnadsökning inom periodens vara-systemet.

För läkemedelsgruppen NOAK har produkterna Pradaxa (dabigatranetexilat, används bland annat för prevention mot stroke) och Xarelto (rivaroxaban, används bland annat för att förebygga hjärtinfarkt) förflyttats till periodens vara-systemet. Kostnaderna för NOAK minskade totalt med nio miljoner kronor under 2024 jämfört med år 2023, vilket beror på prissänkningar för flera produkter, bland annat Eliquis (apixaban, används bland annat för att förebygga blodproppar).

Inom gruppen Sömnläkemedel har produkterna Melatonin AGB och Melatonin Unimedica Pharma – båda med den aktiva substansen melatonin, som används för insomni hos barn och ungdomar med ADHD - förflyttats till periodens vara-systemet. Totalt sett har kostnaderna ökat med 23 miljoner under 2024. Det beror även på att en del produkter (exempelvis zopiklon, Imovane) haft prisökningar i periodens vara-systemet under 2024.

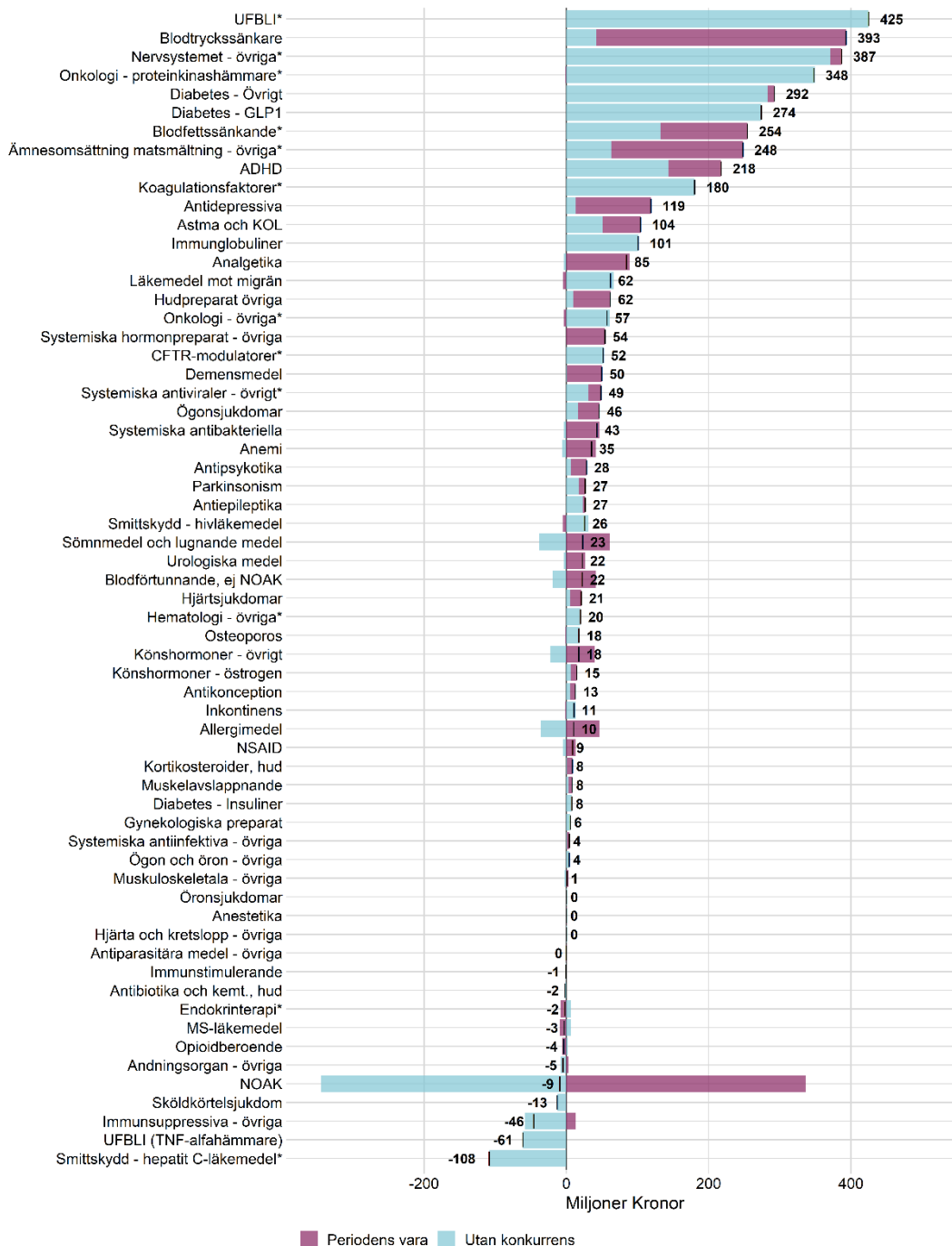
I Könshormoner Övrigt har bland annat produkten Nebido (testosteron, används för behandling mot manlig testosteronbrist) förflyttats till periodens vara-systemet. Totala kostnader för gruppen har ökat med 18 miljoner, vilket främst drivs av generella volymökningar för läkemedel utan generisk konkurrens i gruppen.

För gruppen Allergiläkemedel har bland annat produkten Dymista (azelastin och flutikasonpropionat, används för behandling vid måttlig till svår allergisk rinit – även kallat hösnuva) förflyttats till periodens vara-systemet. Totalt sett har kostnaderna ökat med 10 miljoner kronor i gruppen, vilket främst beror på volymökningar inom periodens vara-systemet för bland annat produkten Lergigan (prometazin, används bland annat för behandling av klåda samt korttidsbehandling av ångest och sömnrubbingar).

Inom gruppen Blodförtunnande (Ej NOAK) ser vi – likt grupperna ovan – en kostnadsminskning för läkemedel utan generisk konkurrens och en kostnadsökning för läkemedel i periodens vara-systemet. I denna grupp har det dock inte skett någon förflyttning mellan systemen. I stället har försäljningsvolymerna minskat för produkter utan generisk konkurrens – exempelvis Fragmin (dalteparin) och Brillique (tikagrelor) – samtidigt som priserna ökat för produkter i periodens vara-systemet, exempelvis Trombyl (acetylsalicylsyra).

Vi ser även kraftiga kostnadsförändringar för många läkemedelsgrupper - både för läkemedel utan generisk konkurrens och i periodens vara-systemet – exempelvis för grupper som UFBLI (utvalda, främst biologiska läkemedel, vid inflammatoriska sjukdomar), Blodtryckssänkare och Nervsystemet Övriga. Vad dessa kostnadsökningar beror på redovisas i nästa avsnitt.

Figur 7 Kostnadsförändring 2023–2024 per läkemedelsgrupp.
Totala kostnadsförändringar samt kostnadsförändringar (exklusive återbäring) uppdelat för läkemedel utan generisk konkurrens och läkemedel i periodens vara-systemet.



Källa: E-hälsomyndigheten och TLV.

Not 1: Urvalet i gruppen UFBLI (Utvalda, främst biologiska läkemedel, vid inflammatoriska sjukdomar) är baserad på Socialstyrelsens gruppering.⁹

Not 2: Asterix (*) vid läkemedelsgruppernas namn betyder att grupper innehöll produkter med avtal (lägre pris efter återbäring) under år 2024. Faktiska kostnader är därmed lägre än de som redovisas i figuren.

⁹ Socialstyrelsen (2025). Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2025–2028.

2.2.2 Kostnaderna ökade mest för blodtryckssänkare, läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar och läkemedel för nervsystemet

I Figur 8 nedan ser vi de läkemedelsgrupper med störst totala kostnadsförändringar (exklusive återbäring) – avgränsat till grupper med kostnadsförändringar på minst 180 miljoner kronor – under 2024 jämfört med år 2023. Alla kostnader i avsnittet redovisas som kostnad exklusive återbäring. Faktiska kostnader i respektive läkemedelsgrupp eller för enskilda produkter kan därmed vara lägre än de kostnader som redovisas. Alla produkter eller grupper som innehåller produkter med avtal (lägre pris efter återbäring) under 2024 markeras med en asterix (*).

Resultaten visar att volymökningar är den primära orsaken till de flesta läkemedelsgruppers kostnadsökningar. Det indikerar att fler patienter använder läkemedlen eller att patienter använder högre doser av läkemedlen. Detta stämmer väl överens med att vi tidigare visat att volymökningar bidrog till den största delen av de totala kostnadsökningarna år 2024 (Figur 6).

De grupper vars kostnader ökat mest under år 2024 är UFBLI*, Blodtryckssänkare och Nervsystemet – övriga*. Tillsammans har grupperna stått för en kostnadsökning om cirka 1,2 miljarder kronor (exklusive återbäring) under året.

För gruppen UFBLI* (utvalda, främst biologiska läkemedel, vid inflammatoriska sjukdomar) har kostnaderna ökat med totalt 425 miljoner kronor år 2024. Den största delen av kostnadsökningen beror på större volymer, exempelvis för produkten Dupixent* (dupilumab, används bland annat för behandling av atopisk dermatit och svår astma). Förutom större volymer har det även skett prisminskningar och kostnadsökningar till följd av produktförändringar (nya läkemedel som tillkommit i förmånerna). Dessa kostnadsförändringar beror på att det under år 2024 kom in flera biosimilarer – bland annat till läkemedlet Stelara (ustekinumab) och RoActemra (tocilizumab) – som bland annat används för inflammatoriska led-, hud- och tarmsjukdomar. Biosimilarerna kom in med lägre priser än referensprodukterna vilket bidrar till kostnadsminskningar i gruppen (speciellt på längre sikt när fler patienter behandlas med de billigare alternativen). Även priset på originalprodukten Stelara sänktes i samband med detta, vilket också leder till lägre kostnader i gruppen.

För gruppen Blodtryckssänkare har kostnaderna ökat med totalt 393 miljoner kronor under 2024, främst till följd av högre priser (exempelvis för produkter med substansen metoprolol, som används för behandling av högt blodtryck). Prisökningarna i gruppen beror på att flera utbytesgrupper fick höjt takpris under 2023, och många förpackningar har höjt sitt pris till det nya takpriset. Dock är inte hela prisökningen till följd av just takprishöjningarna. På grund av restsituationer – som minskat utbudet och konkurrensen i olika förpackningsstorleksgrupper – har flera produkter som tidigare legat långt under takpriset kunnat höja sitt pris. Eftersom flera produkter i läkemedelsgruppen har hög försäljning kan mindre prisförändringar ge stora kostnadseffekter.

I gruppen Nervsystemet – övriga* har kostnaderna ökat med 387 miljoner kronor under år 2024. Kostnadsökningen drivs främst av produktförändringar, vilket beror på att produkten Amvuttra* (vutrisiran) – som används för behandling av vuxna med ärftlig transtyretinamyloidos (ATTRv-amyloidos), även kallat Skelleftesjukan – kom in i förmånerna i november 2023.¹⁰ Amvuttra* har haft en snabb introduktion under 2024, vilket gjort att kostnadsökningen varit hög under året.

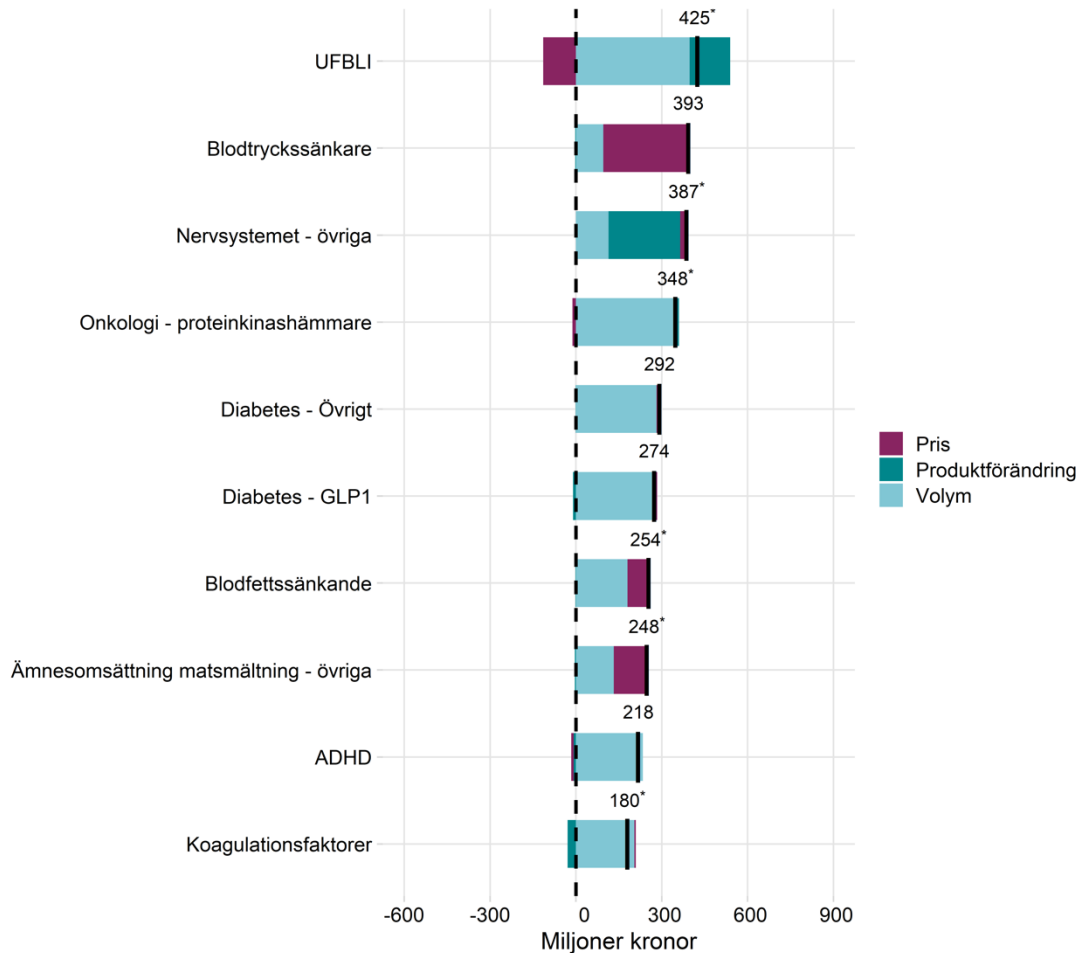
För gruppen Ämnesomsättning matsmältning – övriga har kostnaderna ökat med 248 miljoner kronor år 2024. Volymökningar driver den största delen av kostnadsökningen. Exempelvis har volymerna ökat för substanser som natriumfluorid (medel mot karies), migalastat (långtidsbehandling av Fabrys sjukdom) samt kalciumkarbonat och kolekalciferol (profylax och behandling vid brist på vitamin D och kalcium). Prisökningen inom gruppen drivs främst av att priserna ökat i samband med att det uppstått restsituationer inom vissa förpackningsstorleksgrupper för substansen esomeprazol (bland annat för behandling mot magsår) i periodens vara-systemet. Vissa förpackningsstorleksgrupper för substansen fick även höjt takpris under 2023, vilket möjliggjort ytterligare prisökningar inom gruppen.

För gruppen Koagulationsfaktorer* har kostnaderna ökat med totalt 180 miljoner kronor under 2024. Ökad försäljning av produkten Hemlibra* (emicizumab, för behandling och profylax mot blödarepisoder för patienter med hemofili A) driver volymökningen. Kostnadsökningen i gruppen har dämpats något till följd av produktförändringar, vilket beror på att försäljningen för vissa produkter (exempelvis turoktokog alfa, Novoeight* som används för behandling och profylax mot blödningar för patienter med hemofili A) minskat kraftigt eller inte sålts alls under 2024.

För grupperna Onkologi – Proteinkinashämmare*, Diabetes – Övrigt, Diabetes – GLP1, ADHD och Smittskyddsläkemedel – hepatit C* har det nästan enbart varit volymförändringar som drivit kostnadsförändringarna under år 2024. Inom Onkologi – Proteinkinashämmare* har kostnaderna ökat med 348 miljoner kronor, framför allt till följd av en ökad användning av målinriktade cancerläkemedel. För Diabetes – Övrigt har kostnaderna ökat med 292 miljoner kronor, vilket främst beror på ökad försäljning av produkter som Forxiga (dapagliflozin) och Jardiance (empagliflozin) – som båda används för behandling av diabetes typ 2, hjärtsvikt och kronisk njursjukdom. För Diabetes – GLP1 har kostnaderna ökat med 274 miljoner kronor, vilket beror på ökad försäljning av substansen semaglutid (Rybelsus och Ozempic). Den totala kostnadsökningen för gruppen dämpas av en lägre försäljning för produkten Victoza (liraglutid). Alla tre produkter används för behandling av diabetes typ 2. Kostnaderna för ADHD-läkemedel har ökat med 218 miljoner kronor under år 2024, vilket främst drivs av en ökad försäljning av Elvanse (dexamfetamin).

¹⁰ TLV (2023). Amvuttra ingår i högkostnadsskyddet med begränsning.

Figur 8 Läkemedelsgrupper med störst total kostnadsförändring. Skillnad i läkemedelskostnader (AUP exkl. återbäring) uppdelat på olika kostnadskomponenter, 2023–2024.



Källa: E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsen och TLV.

Not: Svart streck och siffran ovanför motsvarar total kostnadsförändring. Asterix (*) visar att gruppen innehåller produkter med avtal. Pris beräknas som skillnad i enhetspris multiplicerat med försäljningsvolym samma månad ett år tidigare. Volym beräknas som skillnad i sålda enheter per månad jämfört med samma månad föregående år, multiplicerat med innevarande månads enhetspris. Produktförändring beräknas som att en utbytesgrupp tillkommer/försvinner och det saknas försäljning i någon av jämförelsemånaderna.

Not 2: Urvalet i gruppen UFBLI (Utvalda, främst biologiska läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar) är baserad på Socialstyrelsens gruppering.¹¹

¹¹ Socialstyrelsen (2025). Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2025–2028.

3 Historisk utveckling av läkemedelskostnaderna

3.1 En dygnsdos blir årligen dyrare, speciellt för läkemedel utan generisk konkurrens

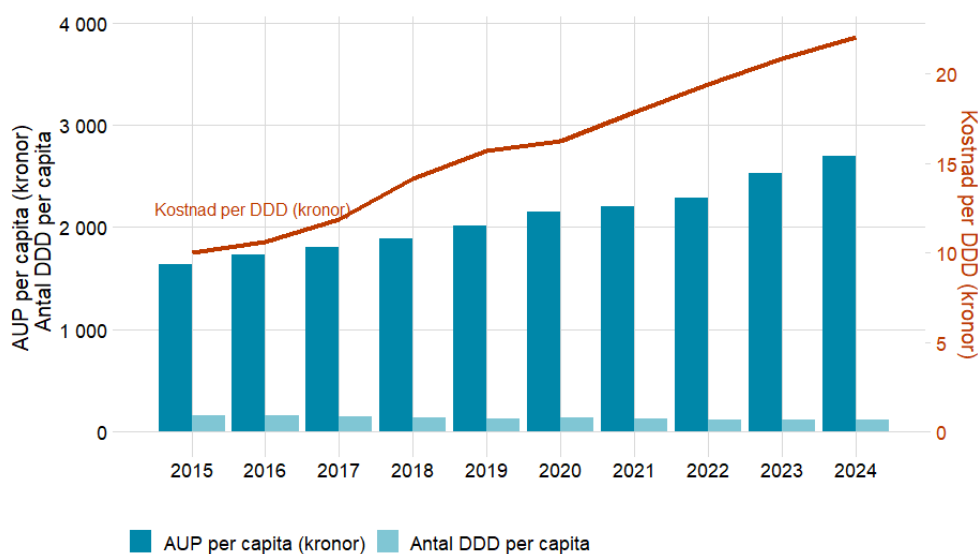
I Figur 9 nedan visas genomsnittlig kostnad per definierad dygnsdos (DDD) över tid. Kostnaden beräknas genom att dela årlig summa av apotekens utförsäljningspris (AUP) och årlig summa av antalet definierade dygnsdoser för sålda läkemedel inom förmånerna, som har ett DDD-mått under perioden 2015–2024. Definierad dygnsdos är ett tekniskt mått på den förmodade genomsnittliga dygnsdosen då ett läkemedel används av en vuxen vid läkemedlets huvudindikation.¹²

Analysen visar att genomsnittlig kostnad per dygnsdos årligen ökar för läkemedel utan generisk konkurrens (Figur 9). Det beror på att antalet dygnsdoser per capita har minskat något över tid, samtidigt som läkemedelskostnaderna per capita har ökat. Det indikerar att läkemedelsanvändningen blir dyrare för varje år. Under de senaste tio åren har kostnaden per dygnsdos ökat med 121 procent, från knappt tio kronor år 2015 till 22 kronor år 2024.

För år 2024 har vi sett att prisökningar för enskilda läkemedel endast förklarar en liten del av kostnadsökningen per dygnsdos (Figur 5). Däremot visar volymkomponenten i den analysen att kostnaderna för volymerna ökar, vilket kan betyda att patienter ökar användningen av mer kostsamma läkemedel utan generisk konkurrens (Figur 6). Att kostnaden per definierad dygnsdos ökar behöver inte nödvändigtvis vara en negativ effekt för samhället. En genomsnittlig dygnsdos för ett läkemedel år 2024 kan potentiellt vara mer effektiv och ge bättre hälsoeffekter än en dygnsdos för tio år sedan. Om varje dygnsdos ger större hälsofördelar kan ett högre pris per dygnsdos vara motiverat.

¹² Fastställs av WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology.

Figur 9 Summa AUP och DDD per capita samt kostnad per DDD per år, för läkemedel utan generisk konkurrens 2015–2024.



Källa: E-hälsomyndigheten och TLV.

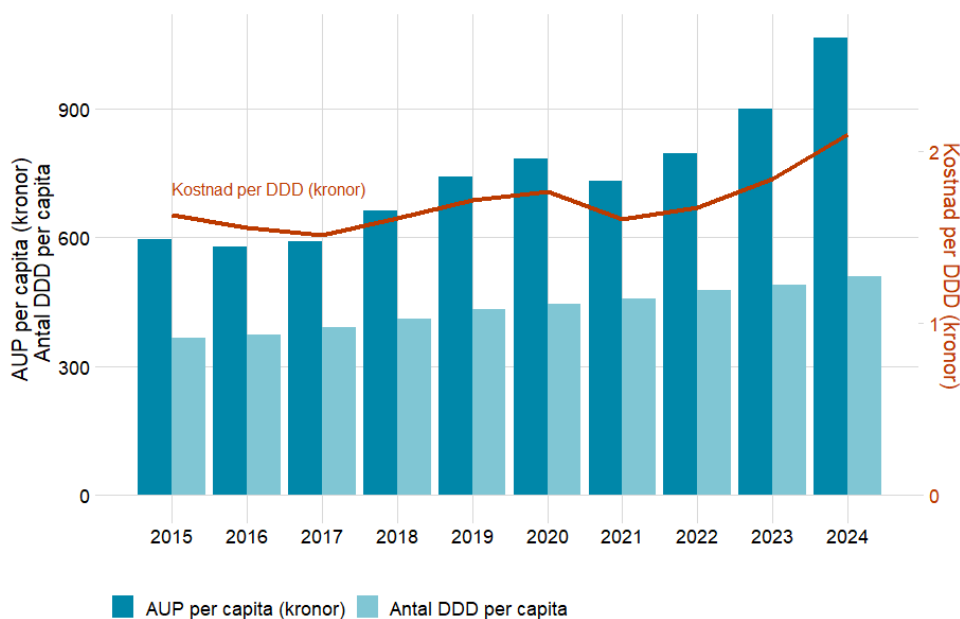
Not: Summa AUP per capita summerar enbart kostnader för läkemedel som har en definierad dygnsdos, vilket motsvarar cirka 90 procent av alla förpackningar inom förmånerna.

För läkemedel i periodens vara-systemet har ökningen av genomsnittlig kostnad per dygnsdos inte varit lika markant under de senaste tio åren som för läkemedel utan generisk konkurrens (Figur 10). I periodens vara-systemet har kostnaden per dygnsdos ökat med 29 procent under de senaste tio åren, från cirka 1,6 kronor år 2015 till cirka 2,1 kronor år 2024.

Att kostnaderna ökar inom periodens vara-systemet är delvis en konsekvens av att kostnaderna ökar för läkemedel utan generisk konkurrens (som tidigare visat i Figur 9 ovan), då en stor andel av dessa läkemedel senare i livscykeln inkommer i periodens vara-systemet. Under de senaste två åren är kostnadsökningen per dygnsdos i periodens vara-systemet högre än tidigare. Det beror delvis på 2024 års förflyttning av NOAK-läkemedel – med relativt höga kostnader – till periodens vara-systemet vi tidigare redovisat (Figur 7). Det beror även på prisökningar för enskilda produkter eller förpackningsstorleksgrupper som skett under år 2024, delvis till följd av beslutade takprishöjningar (Figur 4 och Figur 6).

Vid en jämförelse mellan systemen är genomsnittlig kostnad per dygnsdos cirka tio gånger högre för läkemedel utan generisk konkurrens än för läkemedel i periodens vara-systemet. Antal dygnsdoser per capita är även högre i periodens vara-systemet än för läkemedel utan generisk konkurrens, drygt 508 respektive 122 dygnsdoser per capita år 2024. Det tyder på att de generella kostnadsökningar vi tidigare visat på i periodens vara-systemet (kapitel 2) beror på att användningen av dessa läkemedel ökar, samtidigt som periodens vara-systemet fungerar effektivt för att pressa ner läkemedelspriser där generisk konkurrens uppstått (Figur 31 i Bilaga 3).

Figur 10 Summa AUP och DDD per capita samt kostnad per DDD per år, för läkemedel i periodens vara-systemet 2015–2024.



Källa: E-hälsomyndigheten och TLV.

Not: Summa AUP per capita summerar enbart kostnader för läkemedel som har en definierad dygnsdos, vilket motsvarar cirka 90 procent av alla förpackningar inom förmånerna.

Analyserna av kostnad per definierad dygnsdos ska tolkas med viss försiktighet, då DDD-måttet inte finns definierat för alla läkemedel inom förmånerna. Exempelvis saknas en definierad dygnsdos ofta för läkemedel med beredningsformer som exempelviskräm eller gel. Verklig dosering kan även skilja sig mot den definierade dygnsdosen för ett läkemedel, beroende av exempelvis patientens ålder, vikt, svårighetsgrad av sjukdom och förskrivarens bedömning.

Vi anser att DDD-måttet – trots dess begränsningar – är lämpligt att använda för en jämförelse över tid. Under de senaste tio åren har cirka 90 procent av den totala försäljningen inom förmånerna, mätt i antal unika förpackningar, haft ett DDD-mått (Figur 27 i Bilaga 1). I analyserna ovan ingår sex läkemedelsgrupper med 100 procent täckningsgrad av DDD mätt i unika förpackningar sålda 2024, 20 grupper med 90–99,9 procent täckningsgrad, elva grupper med 80–89,9 procent täckningsgrad, tio grupper med 60–79,9 procent täckningsgrad och åtta grupper med under 60 procent täckningsgrad. Det finns totalt nio läkemedelsgrupper som inte innehåller några DDD-uppgifter alls (Figur 26 i Bilaga 1). Kostnader och antal dygnsdoser beräknas per år för samtliga läkemedel med ett DDD-mått det året. Analysen följer därmed inte en fast uppsättning läkemedel över tid.

3.2 Vissa läkemedelsgrupper står historiskt för en stor del av läkemedelskostnaderna

Den historiska kostnadsutvecklingen har byggts upp av vissa läkemedelsgrupper som växer eller har en relativt konstant hög försäljning över tid. I Figur 11 visas de

läkemedelsgrupper som haft störst försäljning under de senaste tio åren, och årliga kostnader för respektive grupp. Alla produkter eller läkemedelsgrupper som innehåller produkter med avtal (lägre pris efter återbäring) under 2024 markeras med en asterisk (*). Det betyder att deras faktiska kostnader är lägre än de som redovisas i figuren.

UFBLI* (utvalda, främst biologiska läkemedel, vid inflammatoriska sjukdomar) är en stor läkemedelsgrupp med höga kostnader och många olika typer av läkemedel, exempelvis JAK-hämmare och IL-hämmare. Läkemedlen i gruppen används för behandling av exempelvis Crohns sjukdom, ulcerös kolit, reumatoid artrit, astma och psoriasis. Under de senaste tre åren har kostnaderna i gruppen ökat mer än tidigare, med knappt en halv miljard årligen (Figur 11). Kostnadsökningarna beror bland annat på att IL-hämmaren Dupixent* (dupilumab) fått utökad subvention för ytterligare patientgrupper år 2019¹³ och 2023¹⁴, vilket gör att antal patienter aktuella för behandling ökat. Under hela perioden har även användningen ökat för IL-hämmaren Stelara (ustekinumab).

Försäljningen för läkemedelsgruppen NOAK har ökat från 0,5 miljarder kronor år 2015 till 2,5 miljarder kronor år 2024, vilket motsvarade cirka sex procent av totala läkemedelskostnader år 2024 (Figur 11). Det beror framför allt på en kraftigt ökad användning av läkemedlet Eliquis (apixaban, används bland annat för behandling av djup ventrombos och lungemboli samt förebyggande av stroke). Antalet patienter med behandling av apixaban har gått från knappt 50 000 till drygt 330 000 under 2015–2024.¹⁵

Försäljningen för Onkologi – proteinkinashämmare* har ökat från 0,7 miljarder år 2015 till cirka tre miljarder år 2024. Kostnaderna i gruppen ökar – och är höga – för att många patienter behandlas med dessa läkemedel. Det tillkommer även många nya substanser löpande i läkemedelsgruppen. De produkter som säljer mest i gruppen är Tagrisso* (osimertinib), Imbruvica* (ibrutinib) och Jakavi (ruxolitinib). Tagrisso ingår i förmånerna med generell subvention sedan år 2017 och används framför allt vid lungcancer.¹⁶ BTK-hämmaren Imbruvica* används inom många blodcancersjukdomar. Under perioden 2015–2024 har även nya BTK-hämmare inkluderats i förmånerna. Likt Imbruvica* får dessa utökade indikationer och användningen och kostnaderna omfördelas på de olika produkterna inom läkemedelsgruppen. De senaste årens kostnadsökningar drivs även av CDK4/6-hämmare, exempelvis Verzenios (abemaciclib) och Kisqali (ribociklib) - båda med generell subvention för behandling av bröstcancer. Användningen har ökat till följd av att de nu är godkända för behandling av tidig bröstcancer med hög risk för återfall.

¹³ TLV (2019). Dupixent ingår i högkostnadsskyddet vid svår astma med begränsning

¹⁴ TLV (2023). Dupixent ingår i högkostnadsskyddet med begränsning för ytterligare en patientgrupp.

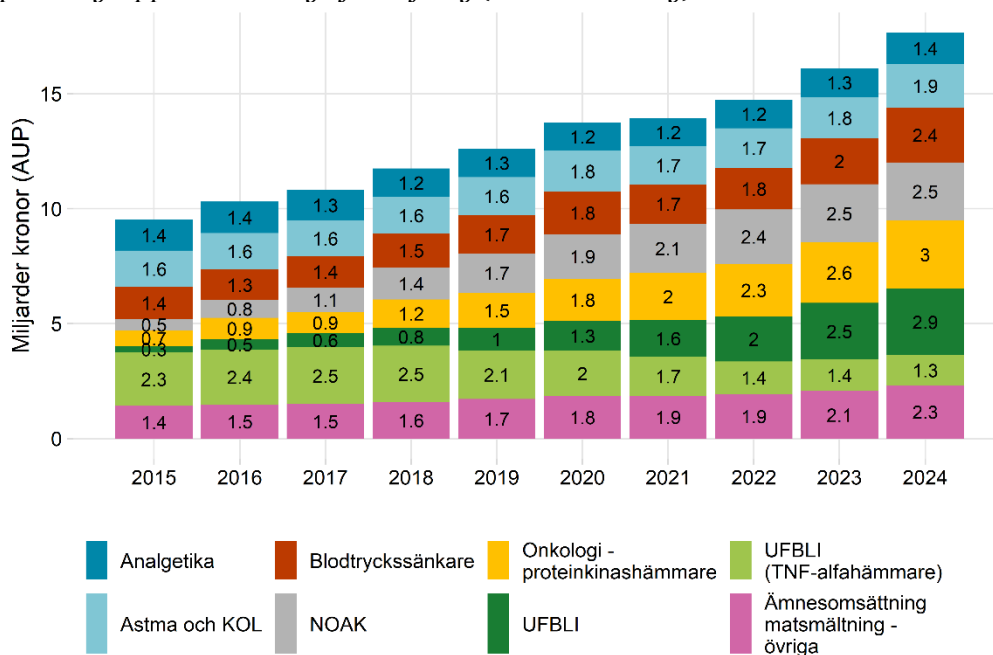
¹⁵ Socialstyrelsens statistikdatabas. Antal patienter med behandling av apixaban 2015–2024.

¹⁶ TLV (2017). Tagrisso ingår i högkostnadsskyddet

Läkemedelsgruppen UFBLI (TNF-alfahämmare) stod år 2015–2018 för nästan en tiondel av de totala läkemedelskostnaderna (cirka 2,4 miljarder kronor). Dock hade alla TNF-alfahämmare avtal (med ett lägre pris efter återbäring) fram till år 2021, så kostnaderna i figuren redovisar inte de faktiska kostnaderna för läkemedelsgruppen. Gruppens totala kostnader har sedan minskat successivt till 1,3 miljarder år 2024 (tre procent av totala läkemedelskostnader). Det beror framför allt på att många patienter påbörjat behandling med biosimilarer (framför allt adalimumab, används bland annat för behandling av reumatoid artrit) med ett lägre pris än originalen.

Astma och KOL, Ämnesomsättning matsmältning, Blodtryckssänkare och Analgetika är även läkemedelsgrupper som stått för en hög och kontinuerlig försäljning inom förmånerna under det senaste decenniet. Respektive grupp har haft en försäljning på cirka 1,2–2,4 miljarder kronor årligen, vilket motsvarar cirka 3–6 procent av totala årliga läkemedelskostnader.

Figur 11 Läkemedelsgrupper med störst försäljning under perioden 2015–2024 och respektive grupps totala årliga försäljning (exkl. återbäring).



Källa: E-hälsomyndigheten och TLV.

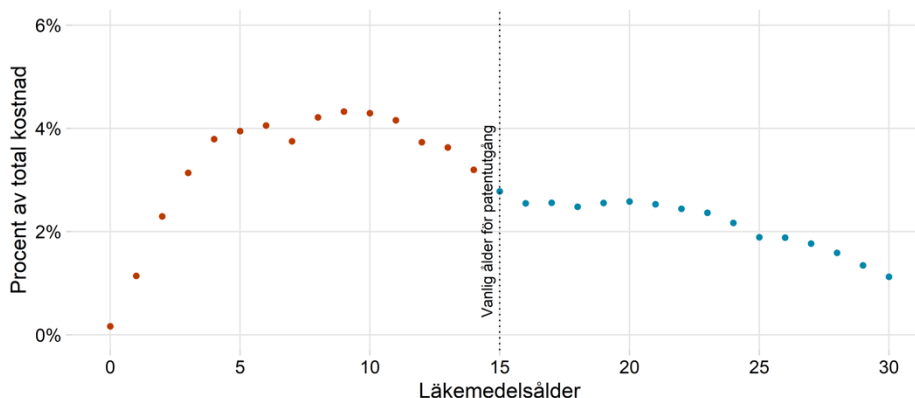
3.3 Andelen kostnader för nya läkemedel minskar

Kostnadsutvecklingen över tid varierar mycket mellan olika enskilda läkemedel och läkemedelsgrupper. En del nya läkemedel fyller ett stort medicinskt behov och får därför en snabb kostnadsutveckling redan under första året efter introduktion. Det kan bero på att läkemedlet börjar användas av många patienter eller att det har ett högt pris. För andra läkemedel sker en långsammare introduktion, vilket ger en mer långsam kostnadsutveckling.

Figur 12 nedan visar att andelen av totala kostnader för ett läkemedel ökar mest under 0–5 år efter marknadsintroduktion. Därefter är kostnadsandelen relativt konstant fram till tio år efter marknadsintroduktion. Efter att patentskyddet försvinner – efter ungefär 15 år på marknaden – minskar kostnaderna successivt i samband med att generisk konkurrens uppstår. I detta skede inkluderas läkemedel i periodens vara-systemet, vilket gör att de konkurrerar om att vara det billigaste alternativet per månad för försäljning på apoteken.

I analysen är kostnaderna per läkemedelsålder – för samtliga läkemedel inom förmånerna under de senaste tio åren – summerade per ålder de befunnit sig i under tidsperioden. Därefter beräknas varje ålders kostnadsandel av totala läkemedelskostnader för samtliga läkemedelsåldrar under hela perioden. Kostnadsandel per läkemedelsålder redovisas enbart upp till max 30 år på marknaden i figuren.

*Figur 12 Kostnad per läkemedelsålder som andel av totala läkemedelskostnader (inkl. återbäring).
Läkemedelsålder beräknat som antal år efter första marknadsgodkännande.*

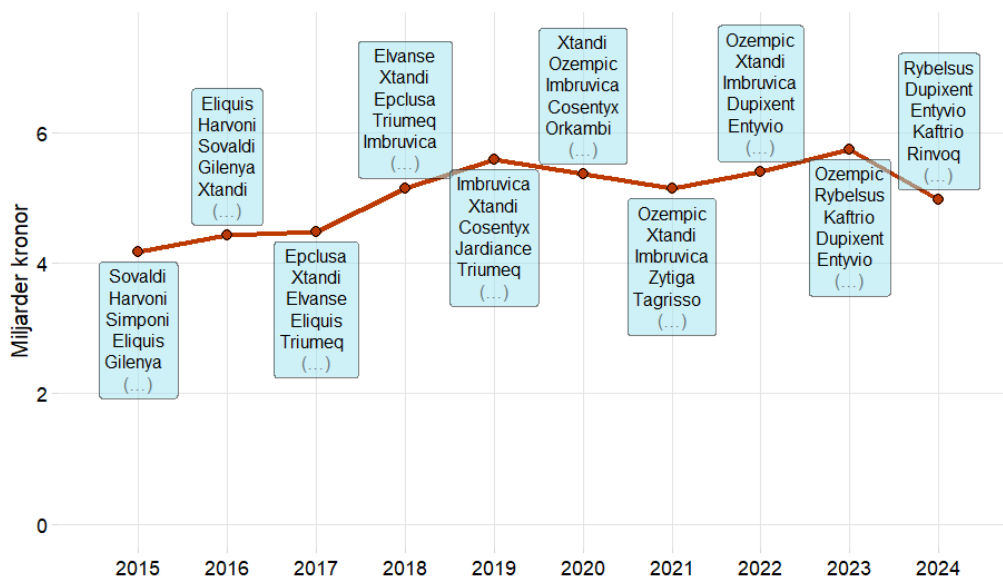


Källa: E-hälsomyndigheten och TLV.

I Figur 13 visas de fem nya läkemedel – max fem år sedan marknadsgodkännande – som varje år varit mest kostnadsdrivande i förhållande till samtliga nya läkemedel. Kostnaderna på figurens y-axel inkluderar samtliga nya läkemedel, inte enbart kostnader för de fem som visas i respektive blå ruta.

Under år 2024 var Rybelsus (Diabetes – GLP1), Dupixent* (UFBLI), Entyvio (Immunsuppressiva – övriga), Kaftrio* (CFTR-modulatorer) och Rinvoq* (UFBLI) de fem läkemedel som bidrog mest till kostnaderna för nya läkemedel (inklusive återbäring) (Figur 13).

Figur 13 Försäljning av nya läkemedel.
Läkemedelskostnader (AUP inkl. återbäring) för läkemedel som funnits på marknaden i fem år eller mindre (räknat från datum för första marknadsgodkännande).



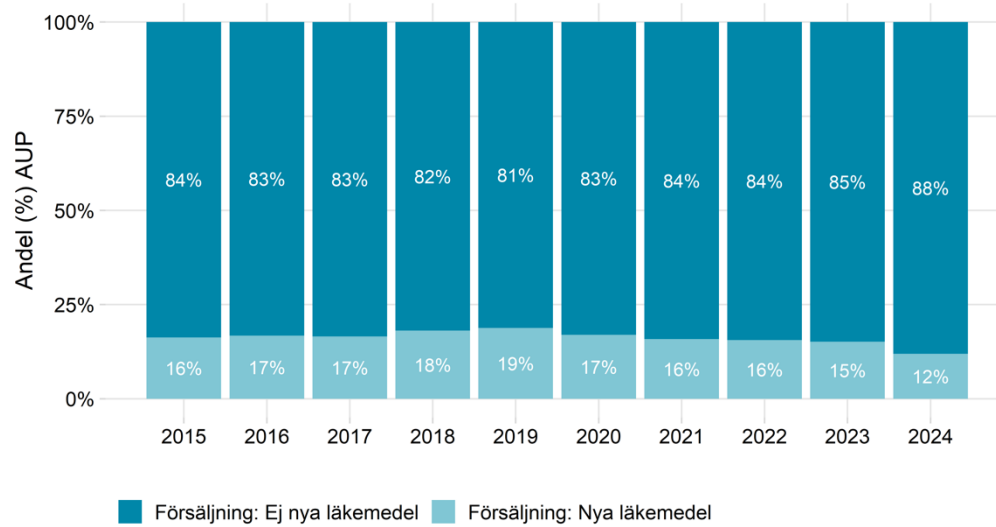
Källa: E-hälsomyndigheten och TLV.

Not: Figuren har gjorts om jämfört med hur den sett ut i tidigare rapporter. Tidigare fanns ett filter som gjorde att ett läkemedel enbart kunde vara med en gång. Detta filter har nu tagits bort, vilket gör att historiken för grafen förändras.

Som vi tidigare redovisat i Figur 12 uppnår nya läkemedel generellt en stabil försäljningsnivå efter fem år på marknaden. Kostnaderna för läkemedel som funnits på marknaden i maximalt fem år utgjorde 12 procent av de totala läkemedelskostnaderna år 2024 (Figur 14). Detta är en lägre nivå jämfört med tidigare år, då kostnader för nya läkemedel exempelvis utgjorde 19 procent av totala kostnader år 2019.

Variationerna mellan åren beror på vilka läkemedel som enligt vårt urval klassas som nya läkemedel. Under perioden 2015–2019 växte andelen kostnader för nya läkemedel med två procentenheter, vilket framför allt berodde på en växande andel nya läkemedel inom onkologi och UFBLI (utvalda, främst biologiska läkemedel, vid inflammatoriska sjukdomar). Sedan år 2019 har andelen kostnader för nya läkemedel successivt minskat med totalt sju procentenheter. Det drivs främst av en minskad andel kostnader för smittskyddsläkemedel (både för behandling av hepatit C och hivinfektion) och för UFBLI – TNF-alfahämmare. Under samma period har andelen kostnader ökat för grupper som UFBLI och Diabetes – GLP1.

Figur 14 Andel läkemedelskostnader för nya läkemedel (max 5 år på marknaden, räknat från första marknadsgodkännande) av totala läkemedelskostnader (inkl. återbäring).



Källa: E-hälsomyndigheten och TLV.

4 TLV:s arbete med kostnadsdämpande och tillgänglighetsstärkande åtgärder 2024

I TLV:s myndighetsinstruktion¹⁷ står det bland annat att vi ska medverka till:

- en ändamålsenlig och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning, och
- en god tillgänglighet till läkemedel i samhället.

För att uppnå detta arbetar vi både med kostnadsdämpande åtgärder för att minska läkemedelskostnaderna inom förmånerna, och prishöjande åtgärder för att värna om tillgängligheten på läkemedel.

4.1 TLV:s arbete med kostnadsdämpande åtgärder

För att bidra till en kostnadseffektiv och ändamålsenlig läkemedelsanvändning har vi ett antal tillvägagångssätt för att åstadkomma kostnadsdämpande effekter på läkemedel som ingår i förmånerna. Vi har under de senaste fyra åren haft ett regeringsuppdrag att genomföra kostnadsdämpande åtgärder för förmånsläkemedel, vilket gett oss möjligheter att stärka detta arbete. Resultaten av de åtgärder som genomfördes inom ramen för uppdraget redovisas i rapporten *Långsiktigt hållbar finansiering av läkemedel – slutredovisning*.¹⁸

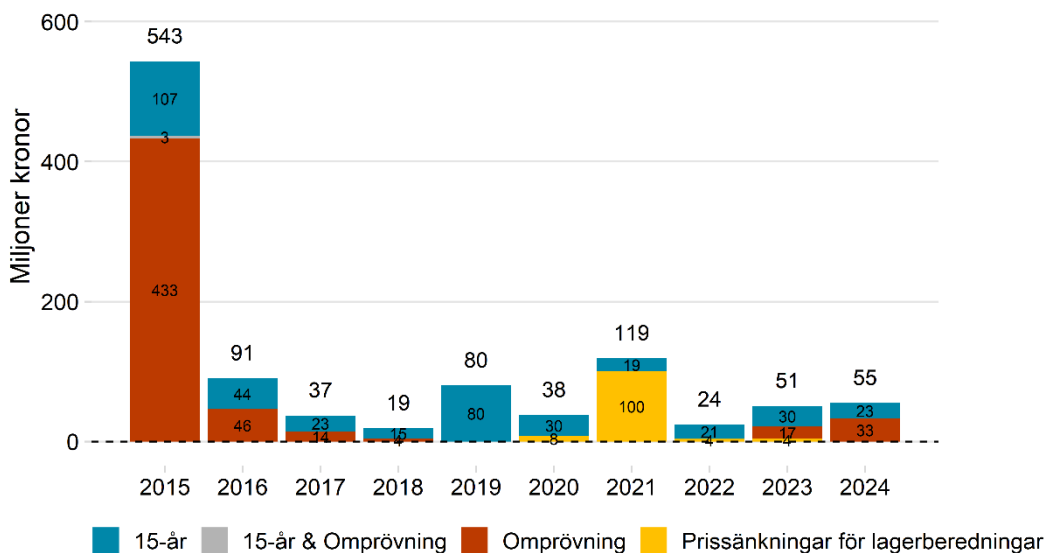
Ett tillvägagångssätt för att bidra till en kostnadseffektiv och ändamålsenlig läkemedelsanvändning är att genomföra omprövningar av tidigare pris- och subventionsbeslut. Genom omprövningar kan vi sänka priset där dessa inte bedöms vara rimliga, besluta om förmånsbegränsningar för enskilda varor eller utesluta varor ur förmånerna. Ett annat tillvägagångssätt är att vi regelmässigt sänker priset på äldre läkemedel genom den så kallade 15-årsregeln.

Vårt arbete med omprövningar och 15-årsregeln har under 2024 haft en kostnadsdämpande effekt på cirka 56 miljoner kronor. Prissänkningar inom ramen för 15-årsregeln har genererat 23 miljoner kronor av dessa besparingar, och prissänkningar inom ramen för omprövningar har genererat 33 miljoner kronor. Ett flertal omprövningar avslutades sent under år 2024 och i början av år 2025, och dess faktiska besparing kommer först beräknas i nästa års rapport.

¹⁷ Förordning (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

¹⁸ TLV (2025). Långsiktigt hållbar finansiering av läkemedel – slutredovisning.

Figur 15 Kostnadsminskningar av TLV:s verktyg 2015–2024.
Kostnadsbesparingar i AUP till följd av 15-årsregeln, prissänkningar för lagerberedningar och omprövningar.



Källa: E-hälsomyndigheten och TLV.

Not 1: Summa besparingar år 2022 och 2023 har korrigerats upp med tre respektive fyra miljoner kronor jämfört med tidigare publicerade versioner av figuren, med anledning av felaktiga beräkningar för prissänkningar för lagerberedningar.

Not 2: Besparingar för enskilda interventioner beräknas för den berörda utbytesgruppen, och fångar inte eventuella patientförflyttningar till läkemedel i andra utbytesgrupper. Det enda undantaget är för omprövningen av Elvanse (2024), där Elvanse Vuxen slutade marknadsföras och patienterna förväntades förflyttas till Elvanse.

4.1.1 15-årsregeln genererade besparingar om 23 miljoner kronor

Under 2024 omfattades 220 förpackningar av en prissänkning enligt 15-årsregeln, jämfört med 292 förpackningar under 2023.¹⁹ Prissänkningarna enligt 15-årsregeln har sammanlagt genererat besparingar om 23 miljoner kronor under 2024 (Figur 15).

15 års-regeln innebär att priset på vissa läkemedel – vars aktiva substans och form fått marknadsföringsgodkännande för mer än 15 år sedan utan att priskonkurrens har uppstått – sänks med 7,5 procent. De nya priserna träder i kraft i juni och december årligen.

Under 2024 gjorde vi enbart en prissänkning enligt 15-årsregeln i stället för två, som en konsekvens av den IT-attack som bland annat TLV drabbades av i januari 2024. Det gjorde att prissänkningar på knappt 100 förpackningar – som skulle trätt i kraft i juni 2024 – i stället trädde i kraft i december 2024. Uppskattningsvis blev besparingarna cirka 35 miljoner lägre än de kunde varit till följd av detta.

¹⁹ TLV Årsredovisning 2024.

4.1.2 Omprövningar genererade besparingar om 33 miljoner kronor

Under 2024 har vi avslutat sex omprövningar av enskilda läkemedel eller grupper av läkemedel. Totalt har omprövningar genererat besparingar i form av prissänkningar om 33 miljoner kronor under år 2024 (Figur 15).

Vi fattar beslut om subvention av läkemedel baserat på de förutsättningar som råder vid beslutstillfället. Med tiden kan förutsättningarna ändras och då kan en omprövning av subvention och pris för ett läkemedel eller för en grupp av läkemedel initieras. Omprövningar ger oss möjligheten att säkerställa att kostnaden för användningen inom läkemedelsförmånerna är rimlig under läkemedlets hela livscykel och att läkemedlen fortsatt uppfyller kraven för att omfattas av läkemedelsförmånerna.

Nedan redovisas de omprövningar som avslutats under år 2024 och genererat besparingar i form av sänkta fastställda priser:

- Elvanse (dexamfetamin) ingår sedan 2013 i läkemedelsförmånerna för behandling av ADHD med en begränsning till då behandling med metylfenidat är kliniskt otillräcklig. I en uppföljning konstaterade TLV att en stor andel av patienterna som hämtat ut Elvanse inte hade prövat metylfenidat innan och att det därmed fanns brister i följsamheten till begränsningen. I samband med en omprövning sänkte företaget priset på samtliga förpackningar. Med det nya priset bedömde vi att kostnaden för behandling var rimlig, trots att förmånsbegränsningen i många fall inte har följts. Elvanse har kvar samma förmånsbegränsning som fortfarande är en förutsättning för att kostnaderna ska vara rimliga.
- Läkemedlet Lumykras (sotorasib) ingår sedan augusti 2022 i läkemedelsförmånerna med begränsad subvention för behandling av en form av lungcancer. Vid tiden för beslut identifierade vi osäkerheter i den antagna medicinska effekten. Uppföljande studier visade att den antagna effekten var överskattad. I samband med en omprövning sänkte företaget priset på Lumykras. Tillsammans med det lägre priset och en ny förmånsbegränsning bedömde vi att Lumykras har en rimlig kostnad och därför kunde vara kvar i förmånerna.

Vi har under år 2024 även avslutat fyra omprövningar som genererat nya eller förändrade förmånsbegränsningar: för läkemedel med det verksamma ämnet prasugrel, för läkemedel med det verksamma ämnet botulinumtoxin A, för produkten Venclyxto (venetoklax) och för läkemedel med det verksamma ämnet ustekinumab.

Förändringar i förmånsbegränsningar leder inte till ett lägre försäljningspris för ett specifikt läkemedel, utan förtydligar vilken användning som bedöms vara kostnadseffektiv. Trots oförändrade priser kan dessa omprövningar skapa

kostnadsdämpande effekter på läkemedelskostnaderna, genom att förskrivare i högre utsträckning väljer mer kostnadseffektiva läkemedel.²⁰

4.2 TLV:s arbete för att stärka tillgängligheten till läkemedel

Vi arbetar aktivt för att uppfylla myndighetsinstruktionen om att bidra till en god tillgänglighet till läkemedel som ingår i förmånerna. Som en del av det här arbetet inledde vi under hösten år 2022 en översyn av takprissystemet i periodens vara-systemet. Den övergripande målsättningen är att utveckla ett dynamiskt takprissystem som är hållbart över tid. Det nya takprissystemet ska bidra till²¹:

- En kostnadseffektiv läkemedelsanvändning, genom att främja en god generisk konkurrens och därmed prispress där utrymme finns.
- En god tillgång till läkemedel för patienterna, genom att möjliggöra justering av takpriser och därigenom prishöjningar för utbytbara läkemedel vid behov.

Översynen har hittills lett till beslut om två takprishöjningar i april respektive augusti 2023. Besluten innebar att det högsta tillåtna priset (takpriset) – sett till apotekens inköpspris (AIP) – höjdes för vissa läkemedelsförpackningar. Under juni respektive oktober år 2023 kunde en förpackning som tidigast ha ett högre pris än vad det tidigare takpriset medgav.²² Vi har genom tidigare analyser sett att antibiotika – ett exempel på produkter som fick höjt takpris under 2023 – fått förbättrade förutsättningar för en god tillgänglighet och tillgång efter takprishöjningarna.²³ Tillgängligheten och tillgången förbättrades genom att antalet restsituationer minskade och färre antibiotikaförpackningar avregistrerades från den svenska marknaden. Förutom takprisöversynen har vi även utrett omsättningslagring av vissa läkemedel i syfte att säkerställa en god försörjningsberedskap.²⁴

Under år 2024 har företagens prisjusteringar upp till gällande takpris (inklusive prisökningar av beslutade takprishöjningar), över takpris eller där takpris saknas genererat kostnadsökningar inom periodens vara-systemet på cirka 900 miljoner kronor (Figur 6). Det inkluderar prisjusteringar som genomförts inom periodens vara-systemet – totalt cirka 36 000 prishöjningar eller minskningar – och godkända prishöjningar över takpris eller där takpris saknas på cirka 60 läkemedelsförpackningar.²⁵

Prisjusteringar under gällande takpris sker genom att företagen ansöker till oss i de fall de vill justera priset, vilket ofta sker vid ett flertal tillfällen varje år. För prishöjningar över tak eller där takpris saknas behöver företag ansöka till oss om att

²⁰ TLV (2025). Långsiktigt hållbar finansiering av läkemedel – slutredovisning.

²¹ TLV Årsredovisning 2024.

²² TLV:s takprisöversyn.

²³ TLV (2023). Slutsatser och bedömningar om högre takpriser för antibiotika.

²⁴ TLV (2024). Omsättningslagring av vissa läkemedel för en stärkt försörjningsberedskap.

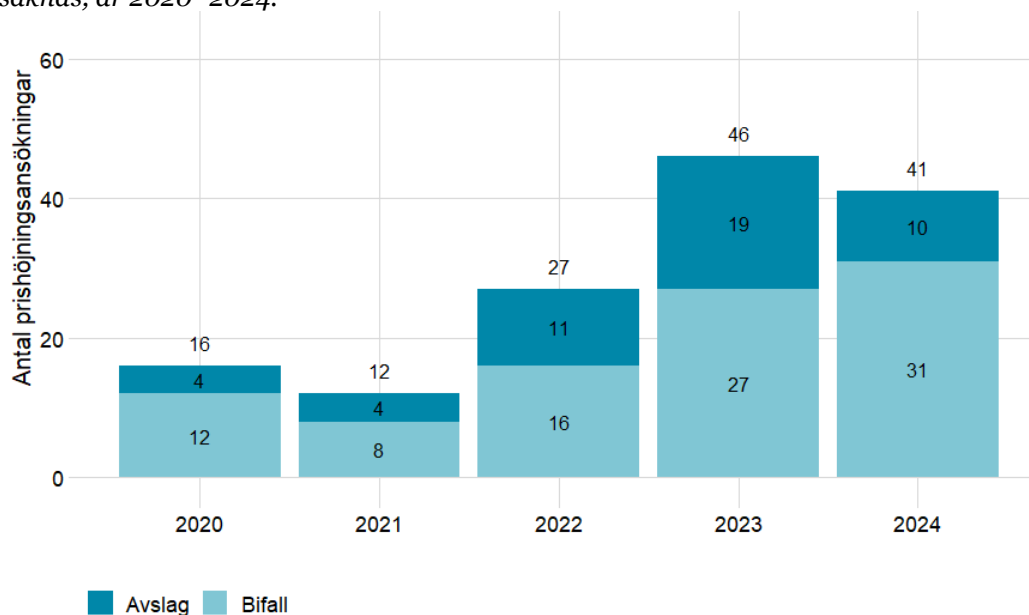
²⁵ TLV (2025). Årsredovisning.

få prishöjningar godkända, exempelvis till följd av ökade kostnader för produktion och tillhandahållande för företagen.

Prishöjningsansökningar över tak eller där tak saknas har ökat under de senaste två åren, med 41 ansökningar år 2024 och 46 ansökningar under 2023 (varav 31 respektive 27 beviljades). I ansökningar framkommer att företagen ofta möter ökade material-, produktions eller transportkostnader. TLV ser positivt på att antalet ansökningar ökar, speciellt i takt med att antalet rest- och bristsituationer ökat under de senaste två åren. Under år 2023 och 2024 har antalet restanmälda läkemedelsförpackningar i Sverige ökat med 102 respektive 74 procent jämfört med år 2022.²⁶

TLV kan inte på eget initiativ höja priset för att säkra tillhandahållandet av en produkt. Företag behöver ansöka om prishöjning för att vi ska ges möjlighet att bedöma om ett beviljande utifrån ansökt nivå och kostnadsunderlag är motiverat. Detta för att vi ska kunna säkerställa tillhandahållande och produktion, i stället för att företaget drar tillbaka produkten från marknaden utan att en sådan bedömning kan göras.

Figur 16 Antal prishöjningsansökningar och antal bifall/avslag, över tak eller där tak saknas, år 2020–2024.



Källa: TLV.

Not: En prishöjningsansökan kan omfatta flera förpackningar och det är på förpackningsnivå som beslut om prishöjningen sker. En prishöjningsansökan kan innehålla förpackningar som får bifall såväl som avslag.

²⁶ Läkemedelsverket (2025). Statistik om restsituationer.

5 Fördelning av kostnader mellan kön, åldersgrupper och län

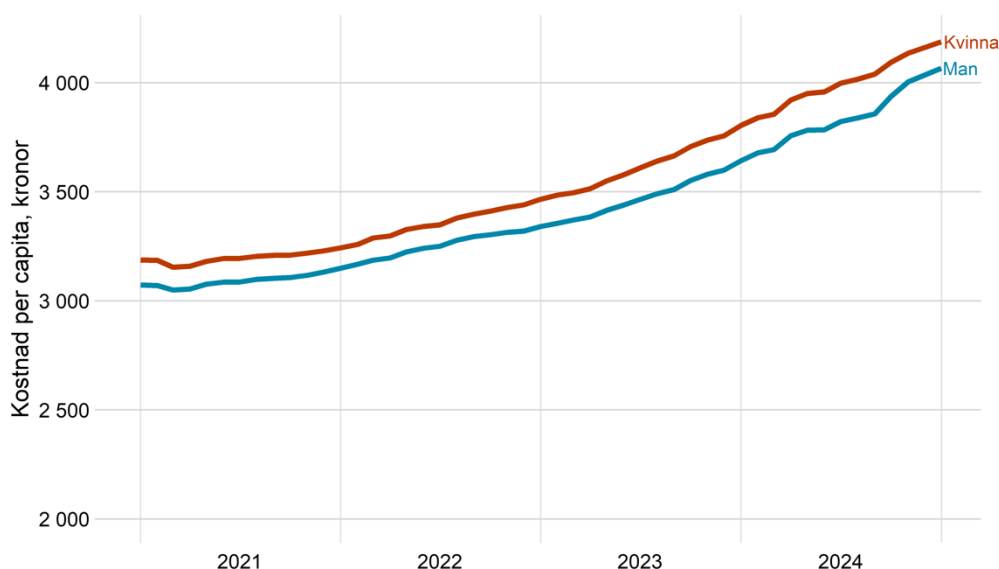
5.1 Kostnaderna var högst för kvinnor och personer över 65 år

Kostnaderna per capita för förmåns- och smittskyddsläkemedel är något högre för kvinnor än för män (alla åldersgrupper), cirka 4 200 kronor per capita jämfört med 4 100 kronor per capita (Figur 17). Kostnaderna ökade 11 procent för kvinnor och 13 procent för män under 2024 jämfört med år 2023.

Att kvinnors kostnader är högre än mäns beror delvis på att det finns fler läkemedel med avtal (med en lägre kostnad efter återbäring) för behandling av sjukdomar som män drabbas av i högre utsträckning än kvinnor, exempelvis hemofili A och B samt hepatit C.²⁷

Fördelningen och utvecklingen av kostnaderna ser likadan ut om man jämför de totala kostnaderna per kön i stället för kostnad per capita. Kvinnors totala kostnader för förmåns- och smittskyddsläkemedel år 2024 uppgick till 22 miljarder kronor, medan mäns totala kostnader uppgick till 21,7 miljarder kronor.

Figur 17 Läkemedelskostnader per capita, uppdelat för män och kvinnor. Kostnader (AUP inkl. återbäring) för förmåns- och smittskyddsläkemedel, 2024.



Källa: E-hälsomyndigheten, Statistiska Centralbyrån och TLV.

I Figur 18 nedan ser vi att kostnaderna per capita är högst för den äldsta åldersgruppen (65+ år) och lägst för den yngsta åldersgruppen (0–17 år).

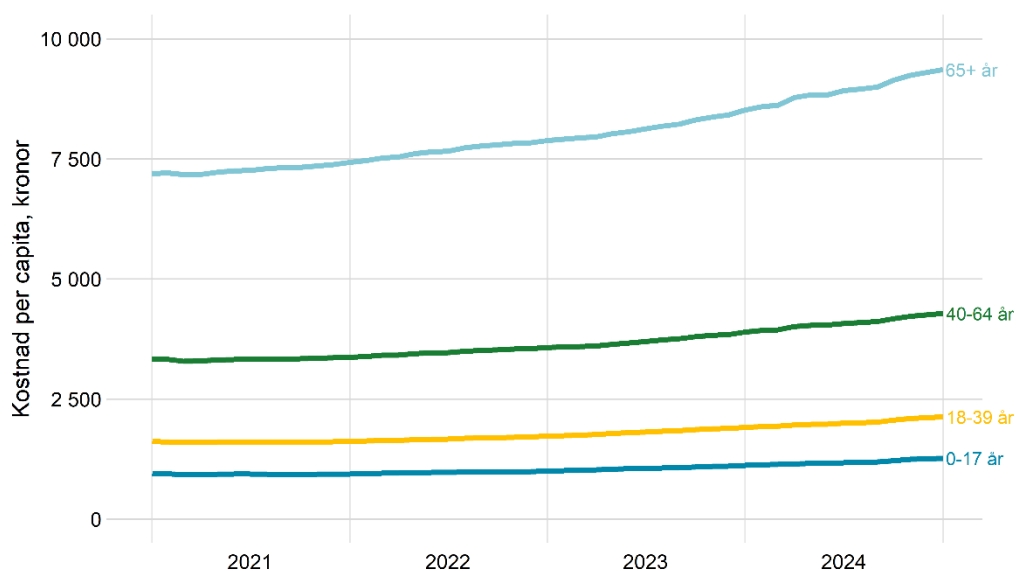
²⁷ TLV (2025). Återbäringsprognos 2025–2028.

Kostnaderna per capita uppgick år 2024 till cirka 1 300 kronor för åldersgruppen 0–17 år, 2 100 kronor för åldersgruppen 18–39 år, 4 300 kronor för åldersgruppen 40–64 år och 9 400 kronor för åldersgruppen 65+ år.

Under perioden 2021–2024 har kostnaderna per capita ökat mest för den äldsta åldersgruppen, med 27 procent. År 2024 var kostnaderna per capita för den äldsta åldersgruppen drygt sju gånger högre än för den yngsta åldersgruppen.

Skillnaderna i kostnaderna mellan åldersgrupperna beror främst på att den äldsta åldersgruppen använder mer läkemedel, sett till antalet definierade dygnsdoser per capita (Figur 29 i Bilaga 1). Antalet definierade dygnsdoser per capita för den äldsta åldersgruppen är cirka 18 gånger högre än för den yngsta åldersgruppen.

Figur 18 Läkemedelskostnader per capita, uppdelat för olika åldersgrupper. Kostnader (AUP inkl. återbäring) för förmåns- och smittskyddsläkemedel, 2024.



Källa: E-hälsomyndigheten, Statistiska Centralbyrån och TLV.

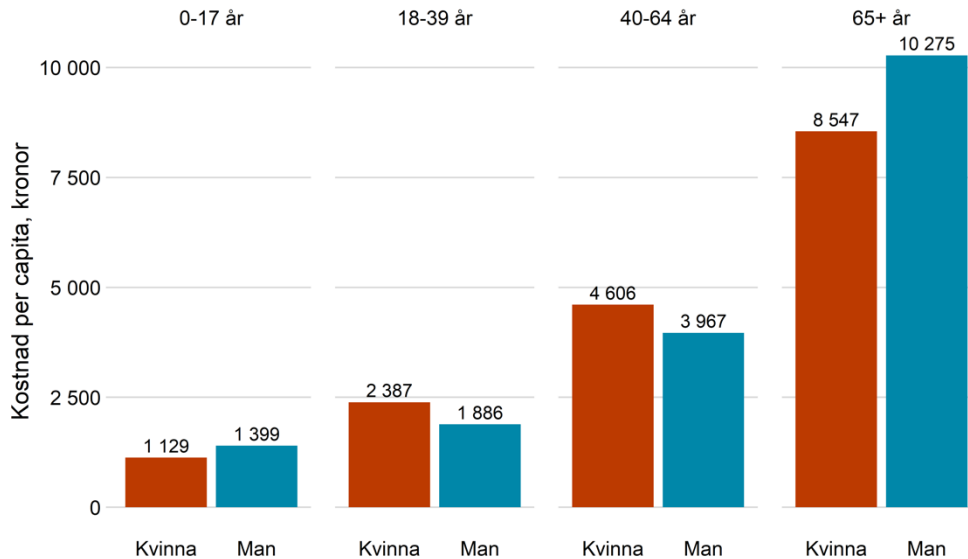
Figur 19 nedan visar att könsskillnaderna (räknat som kostnader per capita) är störst för den äldsta åldersgruppen, där kostnad per capita under 2024 uppgick till 10 275 kronor för män och 8 547 kronor för kvinnor. I den äldsta åldersgruppen kan skillnaden mellan kön främst förklaras av att män använder mer läkemedel än kvinnor, sett till antal dygnsdoser (Figur 29 i Bilaga 1).

I åldersgrupperna 18–39 år och 40–64 år är kostnader per capita högre för kvinnor än för män, vilket också förklaras av att de läkemedel kvinnor använder har ett högre antal definierade dygnsdoser än män i dessa åldersgrupper.

Det är enbart i den yngsta åldersgruppen som det finns ett motsatt förhållande. I åldersgruppen 0–17 år är kostnader per capita högst för män trots att antalet dygnsdoser per capita är högst för kvinnor, om än med relativt små skillnader

mellan kön både vad gäller kostnader (270 kronor per capita) och antal dygnsdoser (nio dygnsdoser per capita).

Figur 19 Läkemedelskostnader per capita, uppdelat för åldersgrupper och kön. Kostnader (AUP inkl. återbäring) för förmåns- och smittskyddsläkemedel, 2024.

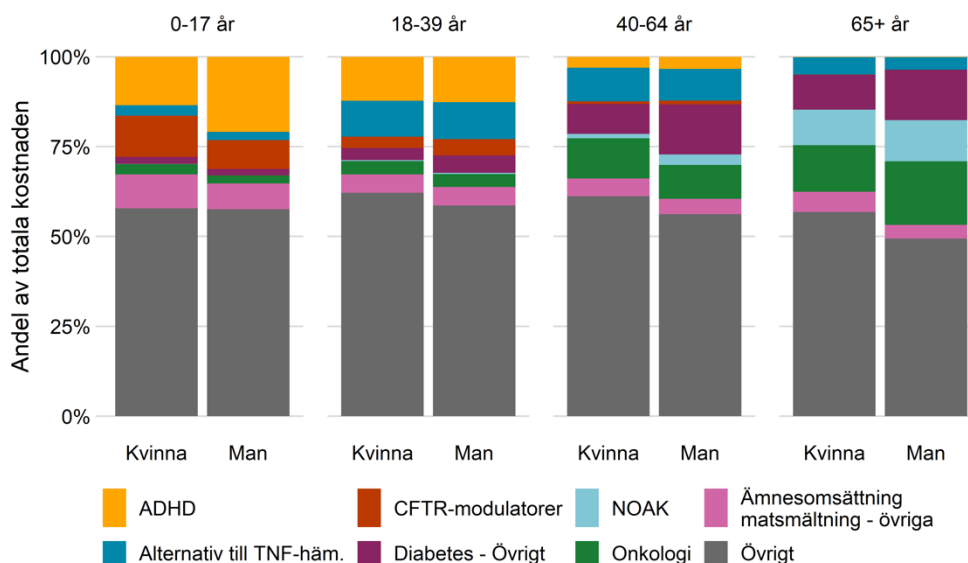


Källa: E-hälsomyndigheten, Statistiska Centralbyrån och TLV.

Vilka läkemedelsgrupper som har högst försäljning för respektive kön och åldersgrupp visas i Figur 20. För den äldsta åldersgruppen (65+ år) och 40–64 år utgör kostnader för läkemedel inom NOAK, Onkologi och Diabetes – Övrigt en större andel av totalkostnaderna än för alla de yngre åldersgrupperna.

I åldersgruppen 18–39 år utgör Alternativ till TNF-hämmare och ADHD-läkemedel störst del av kostnaderna, medan ADHD-läkemedel och CFTR-modulatorer utgör störst del av kostnaderna i åldersgruppen 0–17 år.

Figur 20 Läkemedelsgrupper med störst genomsnittlig kostnad per åldersgrupp och kön. Kostnader (AUP exkl. återbäring) för förmåns- och smittskyddsläkemedel, 2024.



Källa: E-hälsomyndigheten och TLV.

5.2 Storstadslänen har högst totala kostnader och lägst kostnader per capita

Läkemedelskostnaderna varierar mellan länen, både totala kostnader och kostnader per capita. Länet med störst befolkning hade högst totala läkemedelskostnader år 2024 (Figur 21 t.v.):

- Stockholm: 10 miljarder kronor (14 procent högre än 2023)
- Västra Götaland: 6,6 miljarder kronor (12 procent högre än 2023)
- Skåne: 5,7 miljarder kronor (13 procent högre än 2023).

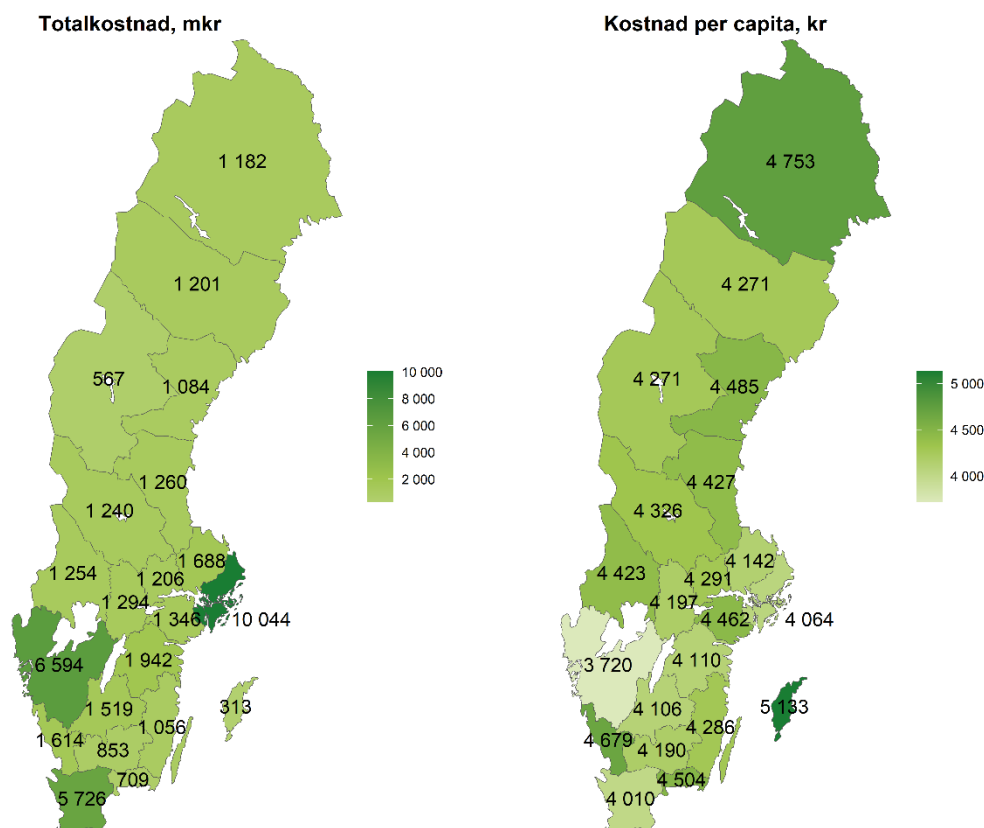
När vi i stället analyserar kostnader per capita i varje län har Gotland, Halland och Norrbotten högst kostnader, med cirka 4 700–5 100 kronor per capita (Figur 21 t.h.). Lägst kostnader per capita har Västra Götaland (3 700 kronor) och Skåne (4 000 kronor). I Gotland är kostnaderna per capita cirka 38 procent högre än i Västra Götaland.

De län med högst totala läkemedelskostnader har även högst läkemedelsanvändning i Sverige, definierat som antal sålda definierade dygnsdoser (Figur 30 i Bilaga 1). Norrbotten och Gotland, som har bland de högsta läkemedelskostnaderna per capita, har även högst antal definierade dygnsdoser per capita. Halland – som också låg topp tre i läkemedelskostnader per capita – har däremot inte mycket högre läkemedelsanvändning (antal DDD) per capita än resterande län, vilket indikerar att de använder något dyrare läkemedel än andra län (Figur 30 i Bilaga 1).

Skillnaderna i kostnaderna beror delvis på skillnader i åldersfördelningen i respektive län. I tidigare analyser har vi visat att åldersgruppen 65+ har högre

läkemedelskostnader och läkemedelsanvändning (antal definierade dygnsdoser) än de yngre åldersgrupperna. Gotland har högst kostnader per capita och även högst andel invånare över 65 år (27 procent) i landet.²⁸

Figur 21 Totala läkemedelskostnader (t.v.) och läkemedelskostnader per capita (t.h.) per län. Kostnader (AUP inkl. återbäring) för förmåns- och smittskyddsläkemedel 2024.

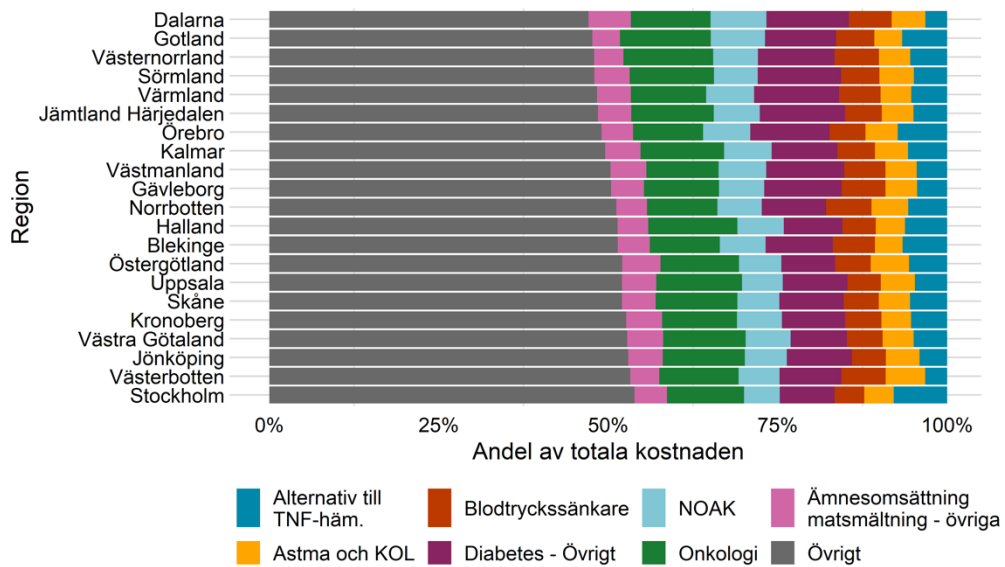


Källa: E-hälsomyndigheten och TLV.

För att ytterligare förstå vad kostnadsskillnaderna beror på har vi även analyserat vilka läkemedelsgrupper som förskrivits mest i varje län. Förutom den stora andelen övriga läkemedel (alla läkemedel förutom de specificerade läkemedelsgrupperna) så är det grupperna onkologi och diabetes – övrigt som utgör högst andel av de totala kostnaderna (11–15 respektive 7–12 procent) i samtliga regioner. Några större skillnader mellan länen i vilka läkemedelsgrupper som förskrivs mest kan inte utläsas, och kan därmed inte förklara de länsspecifika skillnaderna i totala läkemedelskostnader vi tidigare sett (Figur 22).

²⁸ SCB. Folkmängd efter region, civilstånd, ålder och kön.

Figur 22 Störst läkemedelsgrupper per region.
 Kostnader (AUP exkl. återbäring) för förmåns- och smittskyddsläkemedel år 2024.



Källa: E-hälsomyndigheten och TLV.

Referenser

Finansdepartementet. *Budgetpropositionen för 2025 (Prop. 2024/25:1) Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg* (Elektronisk). Tillgänglig: <https://www.regeringen.se/contentassets/bfe4593f9bod462f834bc8bbdo52a921/utgiftsomrade-9-halsovard-sjukvard-och-social-omsorg.pdf>

Förordning (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (Elektronisk). Tillgänglig: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-20071206-med-instruktion-for_sfs-2007-1206/

Regeringen. *Regleringsbrev för budgetåret 2025 avseende Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* (Elektronisk). Tillgänglig: <https://www.esv.se/statsliggaren/regleringsbrev/?RBID=24909>

Regeringskansliet. *Regeringen presenterar uppdaterat högkostnadsskydd* (Elektronisk). Tillgänglig: <https://regeringen.se/pressmeddelanden/2025/03/regeringen-presenterar-uppdaterat-hogkostnadsskydd/>

Statistiska Centralbyrån. *Folkmängd efter region, civilstånd, ålder och kön. År 1968–2024* (Elektronisk). Tillgänglig: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101A/BefolkningNy/

Statistiska Centralbyrån. *Totala hälso- och sjukvårdsuppgifter, efter hälso- och sjukvårdsändamål (HC). År 2001–2023* (Elektronisk). Tillgänglig: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_NR_NR0109/HC/

Socialstyrelsen. *Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2025–2028* (Elektronisk). Tillgänglig: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2025-4-9565.pdf>

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. *Återbäringsprognos 2025–2028* (Elektronisk). Tillgänglig: https://www.tlv.se/download/18.24ed99d1196f10bcba8698cd/1748862471990/aterbaringsprognos_2025-2028.pdf

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2025). *Långsiktigt hållbar finansiering av läkemedel – slutredovisning.*

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. *TLV:s takprisöversyn* (Elektronisk).

Tillgänglig:

<https://www.tlv.se/lakemedelsforetag/takpriser/tlvs-takprisoversyn.html>

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. *Slutsatser och bedömningar om högre takpriser för antibiotika – Slutrapport i TLV:s regeringsuppdrag att genomföra en fördjupad analys av takprissystemet avseende reglering för antibiotika*

(Elektronisk). Tillgänglig:

https://www.tlv.se/download/18.6eef4347193defb9de271d2/1734684175564/slutsatser_och_bedomningar_om_hogre_takpriser_for_antibiotika_slutrapport_2172-2023.pdf

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. *Omsättningslagring av vissa läkemedel för en stärkt försörjningsberedskap* (Elektronisk). Tillgänglig:

https://www.tlv.se/download/18.135500a318fe7adcaee2b15f/1718018476346/omsattningslagring_av_vissa_lakemedel_for_en_starkt_forsorjningsberedskap.pdf

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2023). *Amvuttra ingår i högkostnadsskyddet med begränsning* (Elektronisk). Tillgänglig:

<https://www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/begransad-subvention/arkiv/2023-10-20-amvuttra-ingar-i-hogkostnadsskyddet-med-begransning.html?query=amvuttra>

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2019). *Dupixent ingår i högkostnadsskyddet vid svår astma med begränsning* (Elektronisk). Tillgänglig:

<https://www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/begransad-subvention/arkiv/2019-12-19-dupixent-ingar-i-hogkostnadsskyddet-vid-svar-astma-med-begransning.html>

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2017). *Tagrisso ingår i högkostnadsskyddet* (Elektronisk). Tillgänglig:

<https://www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/generell-subvention/arkiv/2017-10-03-tagrisso-ingar-i-hogkostnadsskyddet.html?query=tagrisso>

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2023). *Kostnadsutveckling och långsiktigt hållbar finansiering av läkemedel* (Elektroniskt). Tillgänglig:

https://www.tlv.se/download/18.44f7b5b9188b9ee8d79186e9/1688720483937/rap230615_%20kostnadsutveckling_och_langsiktigt_hallbar_finansiering_av_lakemedel.pdf

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2025). *Beräknat utfall av återbäring 2024* (Elektronisk). Tillgänglig:

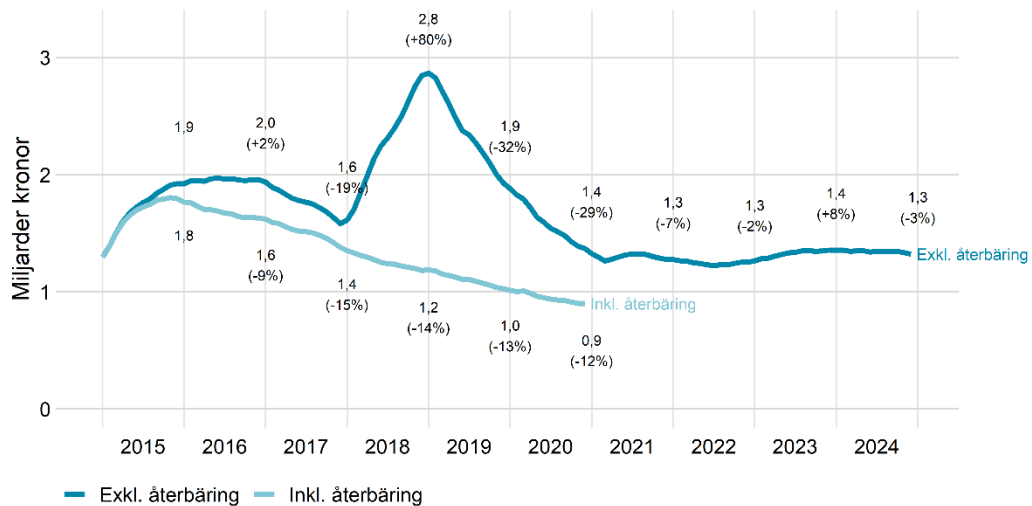
https://www.tlv.se/download/18.527a0f7a195ad962e477c237/1743766830333/beraknat_utfall_av_aterbaringen_for_2024.pdf

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2023). *2023 års uppföljning av apoteksmarknadens utveckling* (Elektronisk). Tillgänglig:

https://www.tlv.se/download/18.56557acb18a8d1da96d5cbf2/1695102422977/2023_uppfoljning_av_apoteksmarknadens_utveckling_860-2023.pdf

Bilaga 1. Kompletterande analyser

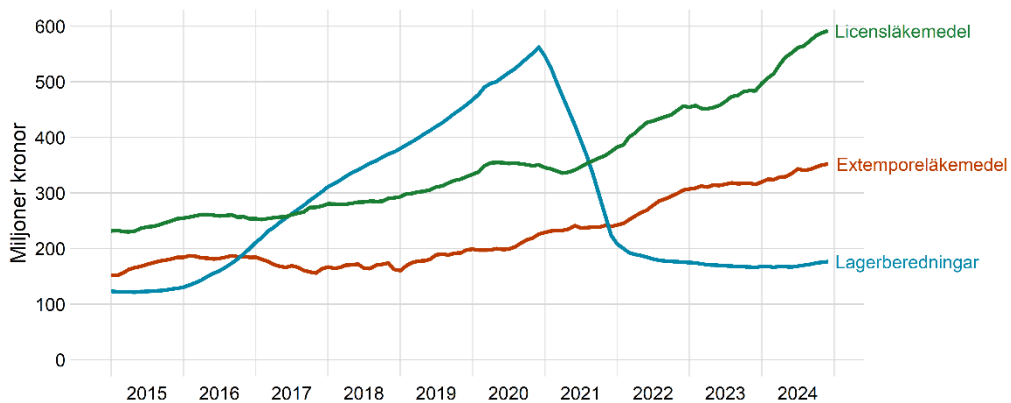
Figur 23 Kostnadsutveckling smittskyddsläkemedel.
Läkemedelskostnader (AUP exkl. och inkl. återbäring) inom förmån och utom förmån – smittskydd.



Källa: E-hälsomyndigheten och TLV.

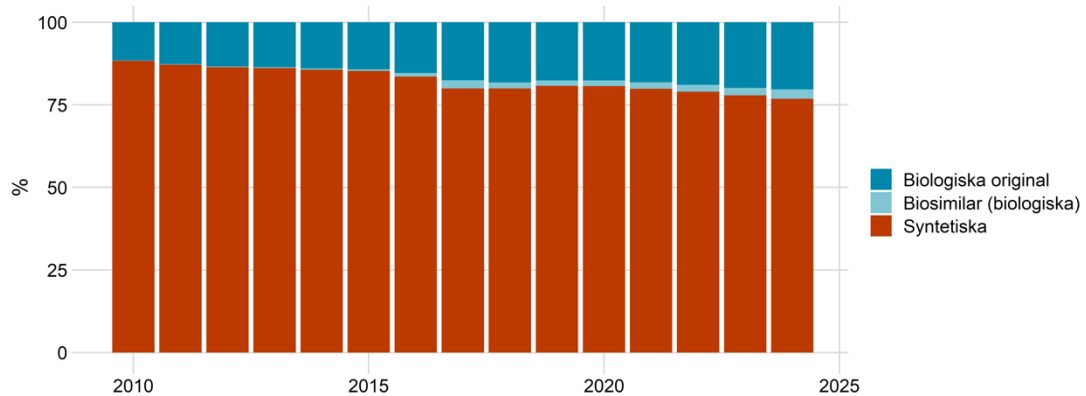
Not: Kostnader inklusive återbäring kan inte redovisas efter år 2020 då det enbart finns två företag med avtal för dessa läkemedel. Att redovisa kostnader både inklusive och exklusive återbäring skulle därför kunna röja sekretessbelagd information i avtalen mellan företagen och regionerna.

Figur 24 Kostnadsutveckling extemporeläkemedel, lagerberedningar och licensläkemedel.



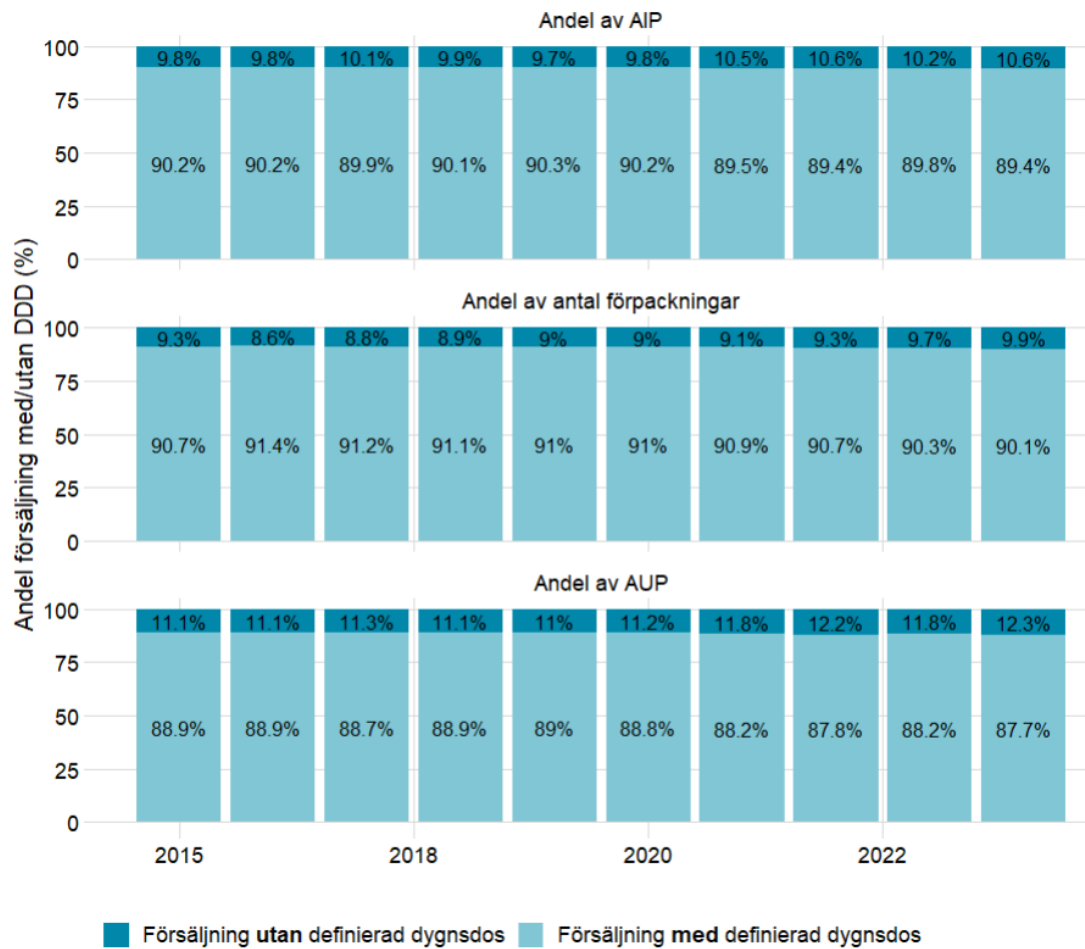
Källa: E-hälsomyndigheten och TLV.

Figur 25 Andel syntetiska läkemedel, biologiska original och biosimilarer (biologiska) av totala läkemedelskostnader under 2010–2024.



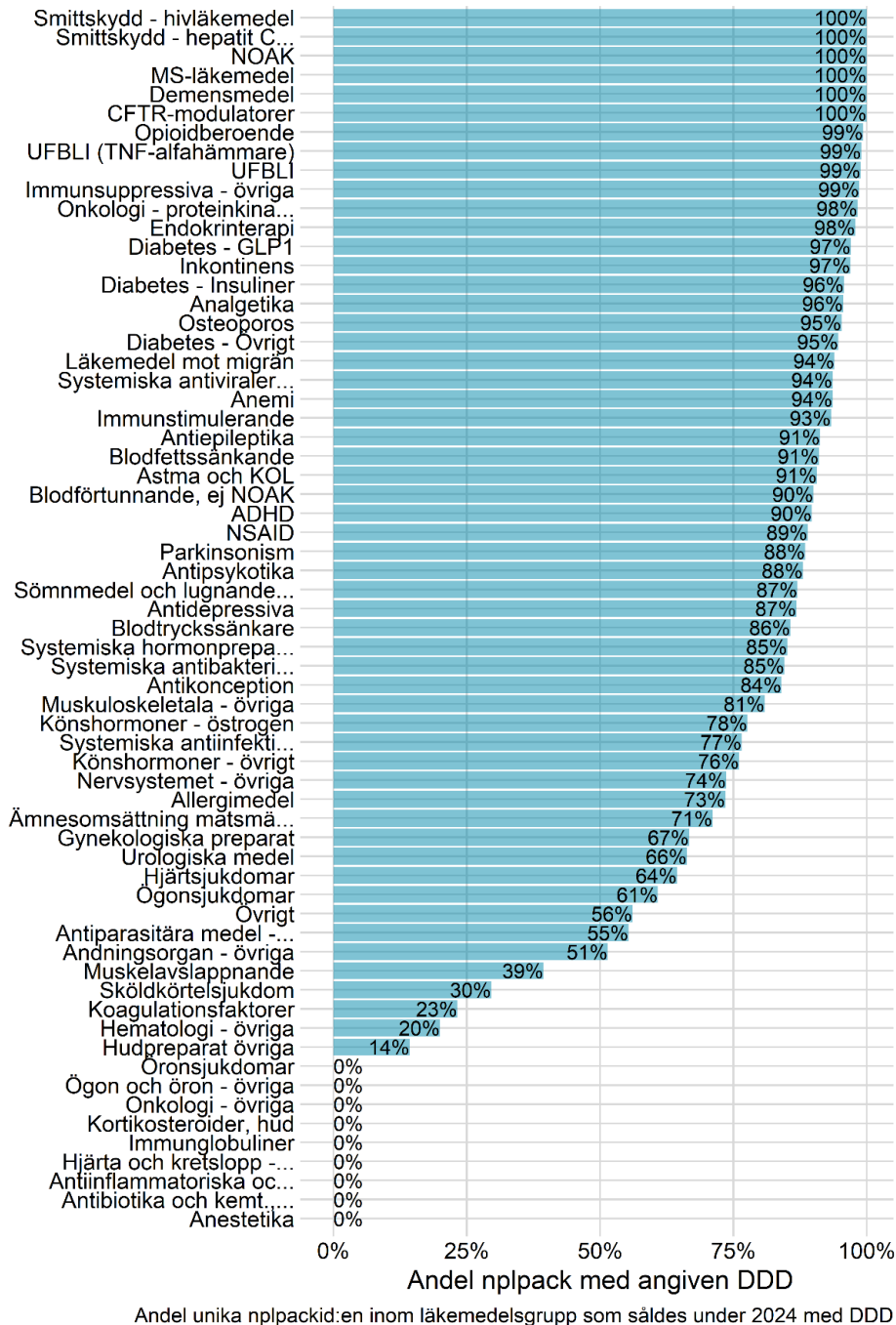
Källa: E-hälsomyndigheten och TLV.

Figur 26 Andel DDD av totala kostnader (AIP eller AUP) eller antal förpackningar per år.



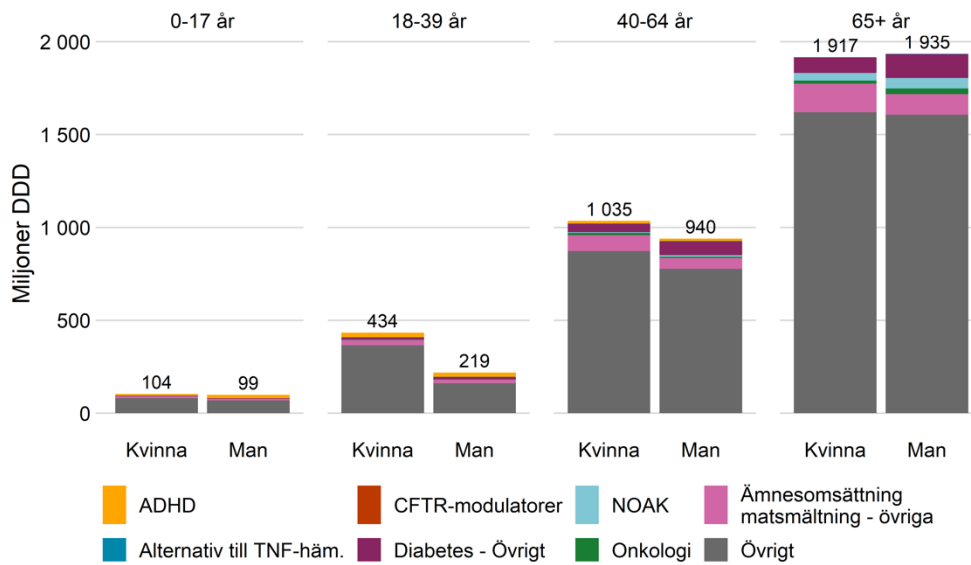
Källa: E-hälsomyndigheten och TLV.

Figur 27 Andel unika nplpackid med ett DDD-värde av totalt antal nplpackid i respektive läkemedelsgrupp år 2024.



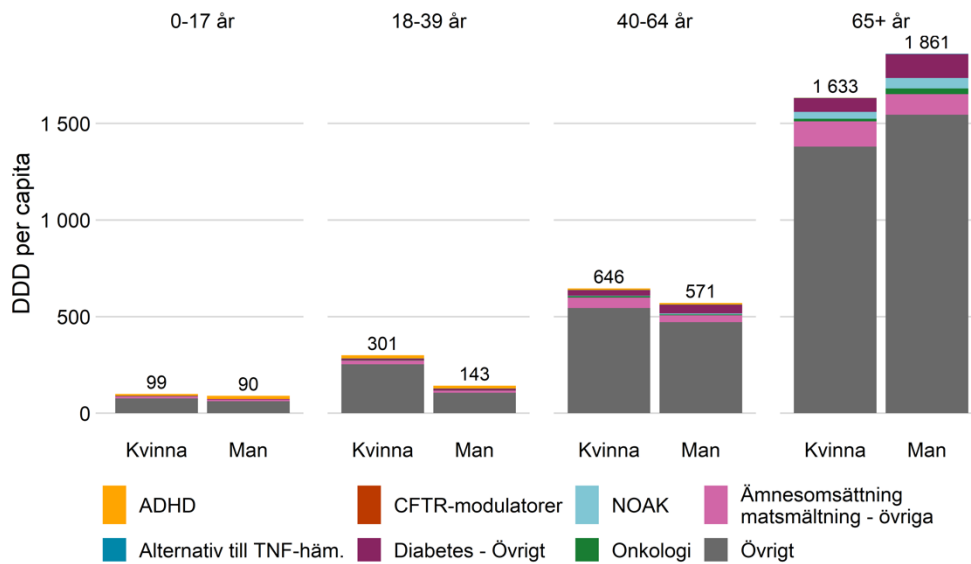
Källa: E-hälsomyndigheten och TLV.

Figur 28 Antal DDD (dagliga dygnsdoser) per åldersgrupp och kön.



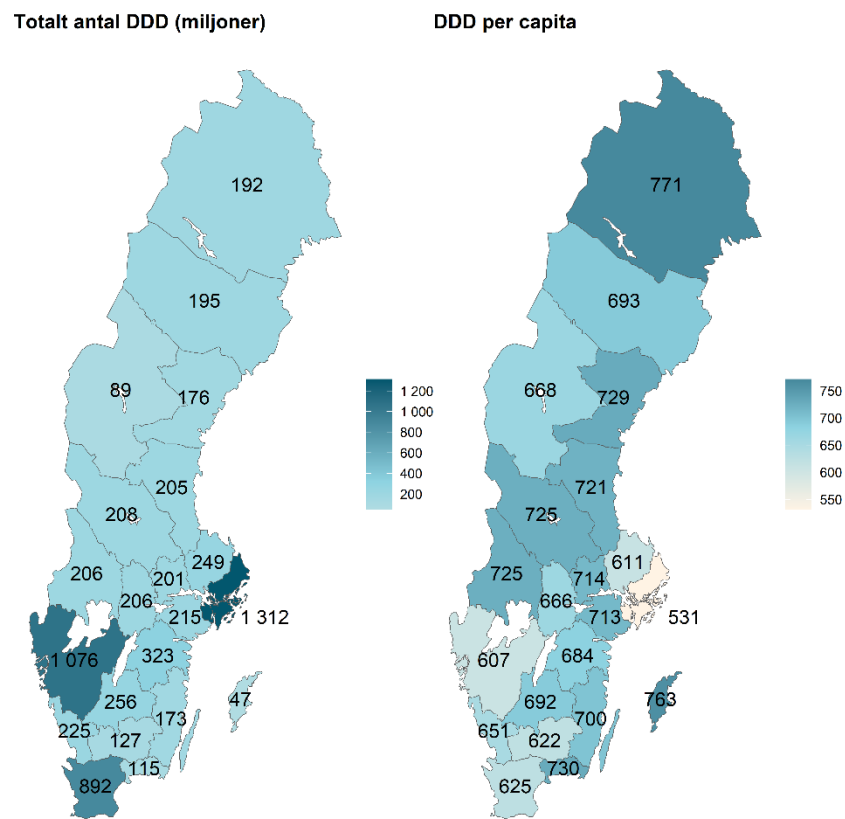
Källa: E-hälsomyndigheten och TLV.

Figur 29 Antal DDD per capita (definierade dygnsdoser) per åldersgrupp och kön.



Källa: E-hälsomyndigheten och TLV.

Figur 30 Totalt antal DDD och DDD per capita i respektive län år 2024.



Källa: E-hälsomyndigheten och TLV.

Bilaga 2. Termer och begrepp

Aktiv substans – det ämne/ämnen i ett läkemedel som ger den medicinska effekten.

ATC (Anatomical Therapeutic Chemical classification system) – är ett klassificerings-system för läkemedel som baseras på hur eller var i kroppen läkemedlet verkar.

AIP – Apotekens inköpspris för varor som ingår i läkemedelsförmånerna. Fastställs av TLV.

AUP – Apotekens försäljningspris för varor som ingår i läkemedelsförmånerna. Fastställs av TLV.

Förmånsbegränsning – subvention för endast ett visst användningsområde eller en viss patientgrupp.

Beredningsform – den form som ett läkemedel kan tillföras kroppen genom, till exempel via tablett, injektionsvätska eller plåster.

Biologiskt läkemedel – ett läkemedel där den aktiva substansen har tagits fram ur biologiskt material av exempelvis levande celler eller vävnad.

Biosimilar – ett biologiskt läkemedel som liknar den kemiska strukturen hos den aktiva substansen – och har likvärdiga egenskaper – som det redan godkända biologiska läkemedlet.

Läkemedelsbrist – när det företag som har godkännandet för försäljning av ett läkemedel under en period inte kan leverera läkemedlet och det inte finns några utbytbara läkemedel.

DDD – definierad dygnsdos - den förmodade genomsnittliga dosen av ett läkemedel som ska tas under ett dygn vid behandling.

Extemporeläkemedel –läkemedel som tillverkas efter beställning till en viss patient, eller i de fall apoteket vet att efterfrågan är stor, som en så kallad lagerberedning.

15-årsregeln – Den regel som gör att de fastställda priserna på läkemedel som är äldre än femton år från tidpunkten för marknadsgodkännande, sänks med 7,5 procent jämfört med det ursprungliga marknadsvärdet.

Förmånsberättigade läkemedel – läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna, det vill säga är subventionerade, ingår i högkostnadsskyddet och har ett fastställt pris av TLV.

Förpackningsstorleksgrupp – en gruppering av läkemedel utifrån storlek på förpackningar och generisk utbyttegrupp. Läkemedel inom sammaförpackningsstorleks-grupp kan bytas ut mot varandra på öppenvårdsapoteken.

Förskrivna läkemedel – läkemedel som förskrivs på recept till en patient och som patienten hämtar ut på öppenvårdsapotek.

Generiskt läkemedel – läkemedel som innehåller samma aktiva substans, i samma form och styrka som originalläkemedlet och där läkemedlen bedöms likvärdiga av Läkemedelsverket. Generiska läkemedel kan tillverkas då patentet för originalföretaget gått ut.

Generell subvention – när ett läkemedel subventioneras för alla sina användningsområden.

Generisk konkurrens - när minst två läkemedel av olika fabrikat är utbytbara mot varandra och börjar säljas uppstår generisk konkurrens. Det leder i regel till att prisnivån sjunker för läkemedlen och det kan bli stora prisskillnader mellan läkemedel.

Generiska utbytet – det utbytessystem som innebär att apoteken erbjuder utbyte till ett läkemedel som är tillgängligt och har lägre pris än det förskrivna läkemedlet och då ingår i högkostnadsskyddet fullt ut.

Godkänd indikation - det symptom, sjukdomstillstånd eller hälsoproblem som ett läkemedels godkännande gäller för.

Handelsmarginal - den reglerade ersättning som apoteken får när de säljer receptförskrivna läkemedel och andra varor inom läkemedelsförmånerna (högkostnadsskyddet). Handelsmarginalen är skillnaden mellan apotekens försäljningspris (AUP) och inköpspris (AIP).

Högkostnadsskydd - ett system för att begränsa de kostnader som den enskilda patienten betalar under ett års tid för förskrivna läkemedel och andra varor som ingår i läkemedelsförmånerna. Utöver högkostnadsskyddet inom läkemedelsförmånerna finns andra högkostnadsskydd, bland annat för att skydda individer mot höga tandvårdskostnader.

Indikation – det medicinska begreppet som används för att beskriva det specifika symptom, sjukdomstillstånd eller hälsoproblem som en viss behandling eller medicin är avsedd att användas för.

Lagerberedning – när förskrivningen av ett extemporeläkemedel (se extemporeläkemedel) blir mer omfattande, kan läkemedlet tillhandahållas som en lagerberedning, som inte tillverkas för en specifik patient.

Licensläkemedel – Läkemedelsverket beviljar en licens som ger apoteket tillstånd att sälja ett läkemedel som inte är godkänt för användning i Sverige.

Listpris – pris som betalas för ett läkemedel eller förbrukningsartikel, utan hänsyn taget till rabatter eller återbäring. I Sverige är listpriset det fastställda priset i form av Apotekens försäljningspris, AUP.

Läkemedelsförmån – läkemedel och andra varor som ingår i läkemedelsförmånerna är subventionerade. Genom att de förskrivs till en person som har rätt till läkemedelsförmåner begränsas de sammanlagda kostnaderna för sådana varor som patienten behöver betala under ett års tid.

Originalläkemedel – det första läkemedlet på marknaden som innehåller en viss aktiv/verksam substans. Dessa läkemedel har patentskydd i 20 år och utsätts därmed inte för konkurrens av generiska motsvarigheter under ett antal år.

Parallellimporterade läkemedel – ett godkänt läkemedel som importeras från ett EU/EES-land som det ursprungligen varit avsett för, och som med tillstånd från Läkemedelsverket får marknadsföras i Sverige. Både originalläkemedel och generiska läkemedel kan parallellimporteras.

Periodens vara (PV) – de tillgängliga och generiskt utbytbara läkemedel som har lägst pris som apoteken ska erbjuda sina kunder som utbytesläkemedel. Periodens vara uppdateras månadsvis av TLV.

PV-systemet – se periodens vara (PV).

Receptläkemedel - läkemedel som förskrivs på recept och hämtas ut av patienten på ett öppenvårdsapotek.

Rekvissionsläkemedel – läkemedel som köps in av vårdgivare och ges till patienten i samband med vård. Vanligast inom den vård som bedrivs på sjukhus. Kallas även sjukhusläkemedel eller klinikläkemedel.

Sidoöverenskommelse – ett avtal mellan läkemedelsföretag och enskilda regioner som tas fram inom ramen för eller som en följd av TLV:s ärendehandläggning. Sidoöverenskommelsen reglerar en eller flera omständigheter som rör användningen av ett läkemedel och kan exempelvis innebära att kostnaden för behandlingen sänks så att den hälsoekonomiska osäkerheten minskar.

Slutenvård - vård där patienten är inlagd på en sjukvårdsavdelning. Motsatsen är öppenvård.

Subvention – den del av kostnaden för ett läkemedel, en tandvårdsåtgärd eller en förbrukningsartikel som det offentliga betalar.

Syntetiska läkemedel – läkemedel som framställts kemiskt i ett laboratorium. Är vanligen mindre molekyler jämfört med biologiska läkemedel.

Takpris det högsta accepterade priset (AIP/enhet) på ett läkemedel i en förpackningsstorleksgrupp.

Trepartsöverläggning – innebär att både regioner och läkemedelsföretag vid ett och samma tillfälle överlägger med TLV i ett visst ärende.

Utbytbara läkemedel – läkemedel som ger samma medicinska effekt eftersom de innehåller samma aktiva/verksamma substans, och som Läkemedelsverket har bedömt är utbytbara med varandra.

Utbytesgrupp – en grupp av läkemedel som enligt Läkemedelsverkets lista över utbytbara läkemedel, är utbytbara med varandra.

Värdebaserad prissättning – en prissättning som utgår från en etisk plattform för prioritering som är beslutad av Sveriges riksdag. Plattformen har tre principer: människovärdes-principen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.

Återbäring – ersättning som betalas ut av läkemedelsföretagen till regionerna för läkemedel förskrivna på recept i öppenvården utifrån vad som anges i en sidoöverenskommelse i de fall det finns en sådan. Benämns internationellt ofta som rabatt.

Öppenvård – all vård där patienten inte är inlagd på sjukhus.

Bilaga 3. Förklaring av vanligt förekommande begrepp

Periodens vara-systemet

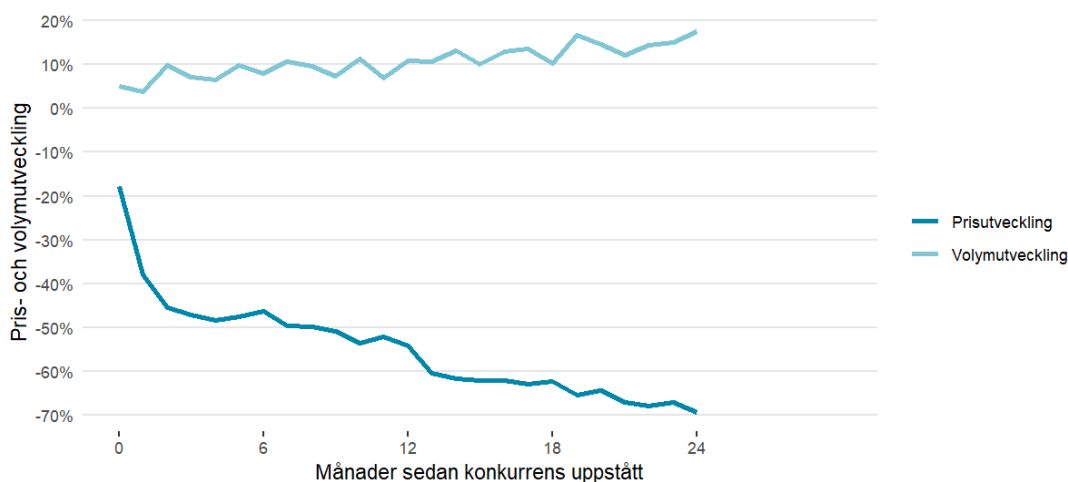
Sverige har sedan 2002 generiskt utbyte på apotek för läkemedel inom förmånerna med konkurrens. Sedan 2009 sker generiskt utbyte på apotek inom det så kallade periodens vara-systemet. Systemet innebär att apoteken är skyldiga att i första hand erbjuda sina kunder att byta ut det förskrivna läkemedlet mot det tillgängliga likvärdiga läkemedlet inom förpackningsstorleksgruppen som har lägst fastställt pris på marknaden. Förskrivare, farmaceut och patient kan motsätta sig utbytet. Om förskrivaren markerat på receptet att inget utbyte ska ske eller om farmaceuten vid expeditionstillfället motsätter sig utbytet ingår hela kostnaden för det förskrivna läkemedlet i högkostnadsskyddet. Om det i stället är patienten som motsätter sig utbytet ingår kostnaden för periodens vara i högkostnadsskyddet. Mellanskillnaden mellan det förskrivna läkemedlet och periodens vara betalas då av patienten.

Om produkten inte finns på lager på det enskilda apoteket ska varan beställas hem.²⁹ De företag vars produkt bekräftats tillgänglig och har lägst pris får därmed den största delen av marknaden under aktuell period. Den stora försäljningsvolym som genereras av att vara utsedd till periodens vara skapar incitament för företagen att sänka priserna. Periodens vara-systemet är mycket effektivt för att stimulera konkurrens och hålla nere de fastställda priserna på utbytbara läkemedel. När generisk konkurrens uppstår sjunker priserna på substansen vanligtvis snabbt, generellt med knappt 20 procent under första månaden efter att konkurrens uppstått.³⁰

²⁹ TLV (2016). Det svenska periodens vara-systemet – en analys av prisdynamiken på marknaden för utbytbara läkemedel.

³⁰ TLV (2023). Kostnadsutveckling och långsiktigt hållbar finansiering av läkemedel.

Figur 31 Pris- och volymutveckling för läkemedel som inkommer i periodens vara-systemet. Beräknat från månaden innan inträde i periodens vara-systemet.



Källa: E-hälsomyndigheten och TLV.

Not: Pris är i denna analys uttryckt i AIP per DDD (definierad dygnsdos).

Takpriser

När minst två läkemedel av olika fabrikat är utbytbara mot varandra och börjar säljas uppstår generisk konkurrens. Det leder i regel till att prisnivån sjunker i utbytesgrupperna och det kan bli stora prisskillnader mellan läkemedel. Läkemedlen som har de högsta priserna är då inte alltid längre kostnadseffektiva. När generisk konkurrens pågått en tid och priserna sjunkit till en viss nivå fastställer vi takpris, som gäller för alla förpackningsstorleksgrupper i den av Läkemedelsverket beslutade utbytesgruppen, och talar om vilket det högsta tillåtna priset i varje förpackningsstorleksgrupp är.³¹

Syftet med takpriser är att skapa lägre och jämnare priser för utbytbara läkemedel, vilket gynnar en mer kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. Reglerna för hur myndigheten sätter takpriser baseras på våra föreskrifter (TLVFS 2009:4) om prissättning av utbytbara läkemedel.³²

Trepartsöverläggningar, sidoöverenskommelser och återbäring

Regionerna och läkemedelsföretagen har rätt till överläggningar med oss i ärenden som gäller nyansökan eller prisändringar. Trepartsöverläggningar mellan oss, läkemedelsföretag och regioner har genomförts inom ramen för våra ärendehandläggningsprocesser sedan 2014. En trepartsöverläggning är en gemensam dialog där vi, regionerna och företag träffas tillsammans och diskuterar ett ärende. Överläggningen kan resultera i att regionerna och företaget träffar en sidoöverenskommelse, ett avtal, som innebär att företaget ger en viss återbäring av

³¹ TLV (2023). Takpriser.

³² TLVFS 2009:4.

vad läkemedlet kostar till regionerna. Staten reglerar därefter fördelningen av återbäringen mellan staten och regionerna via statsbidraget, vilket leder till sänkta kostnader eller på andra sätt minskar osäkerheten för om läkemedlet är kostnadseffektivt. Underlag till sidoöverenskommelsen tillförs det aktuella ärendet och utgör en del av vårt beslutsunderlag. Vid beslut om subvention beaktar vi kostnaden efter återbäring.

Såväl regionerna som företaget kan efterfråga en trepartsöverläggning i ett ärende. En trepartsöverläggning äger rum om regioner och företaget samtidigt är överens om att ingå i en trepartsöverläggning. Alla regioner är i dagsläget med och tar beslut om regionerna ska delta i en trepartsöverläggning. Besluten tas av den så kallade fullmaktgruppen, vilken har representation från varje region och som vi träffar varje månad. De flesta trepartsöverläggningar sker i samband med en nyansökan och vår roll är då att skapa förutsättningar för en trepartsöverläggning. Vi gör dock inte något urval beträffande vilka ärenden som är aktuella för en trepartsöverläggning.

Staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har ingått en överenskommelse som reglerar återbäringen från de avtal som tecknas mellan regioner och företagen (S2023/00375³³). Återbäringen fördelades så att regionerna fick 70 procent och staten 30 procent av de samlade återbäringarna under året 2023. Därmed erhåller varken regionerna eller staten fullt ut den kostnad efter återbäring som redovisas i rapporten, utan det är det offentliga sammantaget som erhåller återbäringen.

Omprovningar

Vi har möjlighet att genom omprovning sänka pris på läkemedel, begränsa subventionen för läkemedel och besluta att ett läkemedel eller annan vara inte längre ska ingå i läkemedelsförmånerna enligt 13 §, 11 § och 10 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. Det innebär att vi har möjlighet att ompröva om ett särskilt läkemedel eller olika läkemedelsgrupper ska fortsätta att subventioneras enligt fastställt pris. Vårt omprövningsarbete har över tid genererat sänkningar av fastställda priser och kostnader för läkemedel inom förmånerna.³⁴

Sedan 20 maj 2024 har regionerna också överläggningsrätt vid de omprövningsärenden som vi initierar. När överläggning enligt 13 § förmånslagen sker förs sekretessen över till regionerna, vilket medför att regionerna kan ta del av känsliga uppgifter som bedöms nödvändiga och möjliggör att avtal om återbäring kan tecknas i samband med en omprovning.

15-årsregeln

15-årsregeln innebär att de fastställda priserna på läkemedel som är äldre än 15 år från tidpunkten för marknadsgodkännande och som saknar eller har svag generisk

³³ Regeringen, Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Regioner (2023). Statens bidrag till regionerna för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. 2023.

³⁴ TLV årsredovisningar 2006–2016.

konkurrens sänks med 7,5 procent jämfört med det ursprungliga priset.³⁵ Prissättningsregeln är sedan den 1 november 2014 reglerad i våra föreskrifter om prissättning av vissa äldre läkemedel (TLVFS 2014:9). Från den 1 januari 2015 genomförs prissänkningar två gånger per år för de läkemedel som uppnår 15 år under perioden.

³⁵ TLV (2014). Rapport om besparingsbeting enligt budgetpropositionen för 2014.

Bilaga 4. Metodbeskrivningar

Den totala kostnadsutvecklingen för samtliga n läkemedel vid period t definieras enligt följande:

$$\text{kostnadsutveckling}_t = \sum_{i=1}^n (p_{it}q_{it} - p_{it-12}q_{it-12})$$

Där kostnaden för läkemedel i under månad t är läkemedlets pris (p_{it}) multiplicerat med läkemedlets volym (q_{it}). Kostnadsutvecklingen för läkemedel i är skillnaden i kostnad månad t jämfört med månad $t-12$. Den samlade kostnadsutvecklingen vid månad t är summan av kostnadsutvecklingen för samtliga n läkemedel under månad t .

Den totala kostnadsutvecklingen beskriven ovan kan delas in i olika komponenter som var och en påverkar förändringen över tid. Utvecklingen påverkas av förändring i:

- Volym
- Pris (och återbäring)
- Produktsammansättning

Med volymförändring avses den del av kostnadsförändringen som förklaras av ändrade volymer av befintliga produkter. Volymförändringen beräknas per produkt (i) som skillnaden mellan innevarande månads volym (q_{it}) och innevarande månads pris (p_{it}) jämfört med samma månads volym föregående år (q_{it-12}) till innevarande månads pris. Antalet produkter per kvartal är n . Volymförändringen kan beräknas till fastställda priser (p_{it}) eller till pris efter avdrag för eventuell återbäring (p_{it}^a). Skillnaden mellan de två prismåtten påverkar volymförändringen, och beskrivs nedan:

$$\text{volymförändring}_t = \sum_{i=1}^n (q_{it} - q_{it-12}) \times p_{it}$$

Kostnadsförändringen som beror av en prisförändring genom ändring av fastställda priser eller återbäring definieras som kostnaden inklusive återbäring för produkten för ett år sedan (p_{it-12}^a) jämfört med vad kostnaden hade varit innevarande månad för samma volym ($p_{it}^a q_{it-12}$). Har priset ökat blir kostnaden för innevarande månad högre, har priset minskat blir kostnaden lägre.

$$\text{prisförändring inklusive återbäring}_t = \sum_{i=1}^n (p_{it}^a - p_{it-12}^a) \times q_{it-12}$$

Produktsammansättningen påverkas av att nya produkter tillkommer och andra produkter faller bort. En produkt definieras som ny under de tolv första månaderna den finns inom läkemedelsförmånerna. Produktförändringen beräknas som den effekt som inte kan beskrivas av volym- eller prisförändring.

$$\text{produktförändring}_t = \sum_{i=1}^n (p_{it}q_{it} - p_{it-12}q_{it-12}) - \text{volymförändring}_t - \text{prisförändring inklusive återbäring}_t$$

En produkt definieras som en viss substans, beredningsform och styrka utifrån Läkemedelsverkets klassificering av utbytbarhet. Produkter som inte ingår i en utbytesgrupp klassificeras efter Nplid (unik identifierare av en läkemedelsprodukt enligt Nationellt produktregister för läkemedel). Parallelimporterade produkter läggs samman med originalprodukten. Denna indelning innebär att olika förpackningsstorlekar slås ihop och att priser räknas som kostnad per dos. Beräkningen sker per månad och produkt, men kan även aggregeras för att visa förändringen för en grupp av läkemedel och/eller en längre period.

Samtliga ovanstående mått kan beräknas med fastställda priser eller med priser med avdrag för återbäring, där $p_{it}^a = \frac{p_{it} - a_{it}}{q_{it}}$.

Bilaga 5. Läkemedelsgrupperingar

Läkemedelsgrupp	ATC-koder
ADHD	C02AC02, N06BA02, N06BA04, N06BA09, N06BA12
Allergimedel	R01AC02, R01AD05, R01AD08, R01AD09, R01AD11, R01AD12, R01AD58, R01AD59, R01BA01, R06AA04, R06AD01, R06AD02, R06AE05, R06AE07, R06AX13, R06AX22, R06AX26, R06AX27, S01GX01, S01GX02, S01GX06, S01GX08, S01GX09
Analgetika	N02AA01, N02AA03, N02AA05, N02AA55, N02AB01, N02AB03, N02AE01, N02AJ06, N02AJ09, N02AX02, N02AX06, N02BE01, N02BE51, N02BF01, N02BF02
Andningsorgan - övriga	R01AX03, R05CB01, R05CB02, R05CB13, R05CB16, R05DA04
Anemi	B03AA01, B03AB10, B03AC, B03BA01, B03BA03, B03BB01, B03XA01, B03XA02, B03XA05
Anestetika	N01BB02, N01BB20, N01BX04
Antibiotika och kemt., hud	D06AX09, D06BB04, D06BB10, D06BX01
Antidepressiva	N06AA04, N06AA09, N06AA10, N06AB03, N06AB04, N06AB05, N06AB06, N06AB10, N06AF04, N06AG02, N06AX03, N06AX11, N06AX12, N06AX16, N06AX18, N06AX21, N06AX22, N06AX26
Antiepileptika	N03AA02, N03AB02, N03AD01, N03AE01, N03AF01, N03AF02, N03AF03, N03AF04, N03AG01, N03AG04, N03AX09, N03AX10, N03AX11, N03AX14, N03AX15, N03AX17, N03AX18, N03AX22, N03AX23, N03AX25

Antikonception	G02BA03, G03AA07, G03AA11, G03AA12, G03AA16, G03AB03, G03AB08, G03AC06, G03AC08, G03AC09, G03AC10
Antiparasitära medel - övriga	P01AB01, P01AX06, P01BA01, P01BA02, P01BB51, P01BC01, P01BC02, P01BF01, P01CX01, P02CA01
Antipsykotika	N05AA02, N05AB03, N05AD01, N05AD03, N05AE03, N05AE04, N05AE05, N05AF01, N05AF03, N05AF05, N05AH02, N05AH03, N05AH04, N05AN01, N05AX08, N05AX12, N05AX13, N05AX15
Astma och KOL	R03AC02, R03AC03, R03AC12, R03AC13, R03AC18, R03AC19, R03AK06, R03AK07, R03AK08, R03AK10, R03AK11, R03AK14, R03AL02, R03AL03, R03AL04, R03AL05, R03AL06, R03AL07, R03AL08, R03AL09, R03AL11, R03AL12, R03BA01, R03BA02, R03BA05, R03BA07, R03BA08, R03BB01, R03BB04, R03BB05, R03BB06, R03BB07, R03CC02, R03CC03, R03DC03, R03DX07
Blodfettssänkande	C10AA01, C10AA03, C10AA05, C10AA07, C10AB02, C10AB04, C10AB05, C10AC01, C10AC04, C10AX06, C10AX09, C10AX13, C10AX14, C10BA02, C10BA05
Blodförtunnande, ej NOAK	B01AA03, B01AB01, B01AB04, B01AB05, B01AB10, B01AC, B01AC04, B01AC06, B01AC07, B01AC11, B01AC21, B01AC22, B01AC24, B01AC27, B01AX05
Blodtryckssänkare	C02AC05, C02CA04, C02DB02, C02KX01, C02KX02, C02KX04, C02KX05, C03AA01, C03AA03, C03AB01, C03BA04, C03BA08, C03CA01, C03CA02, C03CA04, C03DA01, C03DA04, C03DA05, C03EA01, C07AA05, C07AA07, C07AB02, C07AB03, C07AB07, C07AG02, C07FB02, C08CA01, C08CA02, C08CA05, C08CA06, C08CA13, C08DA01, C08DB01, C09AA01, C09AA02, C09AA03, C09AA05, C09BA02, C09BA03, C09BA05, C09BA06, C09CA01, C09CA02, C09CA03, C09CA04, C09CA06, C09CA07, C09DA01, C09DA02, C09DA03, C09DA04, C09DA06, C09DA07, C09DB01, C09DX04
CFTR-modulatorer	R07AX02, R07AX30, R07AX31, R07AX32

Demensmedel	N06DA02, N06DA03, N06DA04, N06DX01
Diabetes - GLP1	A10BJ01, A10BJ02, A10BJ03, A10BJ05, A10BJ06
Diabetes - Insuliner	A10AB01, A10AB04, A10AB05, A10AB06, A10AC01, A10AD01, A10AD04, A10AD05, A10AE04, A10AE05, A10AE06, A10AE54, A10AE56
Diabetes - Övrigt	A10BA02, A10BB12, A10BD05, A10BD07, A10BD08, A10BD10, A10BD11, A10BD15, A10BD19, A10BD20, A10BD21, A10BD23, A10BD24, A10BF01, A10BG03, A10BH01, A10BH02, A10BH03, A10BH05, A10BK01, A10BK02, A10BK03, A10BK04, A10BX02
Endokrinterapi	L02AB01, L02AB02, L02AE01, L02AE02, L02AE03, L02AE04, L02BA01, L02BA02, L02BA03, L02BB01, L02BB03, L02BB04, L02BB05, L02BB06, L02BG03, L02BG04, L02BG06, L02BX02, L02BX03, L02BX04
Gynekologiska preparat	G01AA10, G01AC05, G01AF01, G01AF02, G01AF05, G02CB01, G02CB03, G02CB04, G02CX
Hematologi - övriga	B02AA02, B05BA01, B05BA03, B05BA10, B05BB01, B05DA, B05DB, B05XA01, B05XA31, B05XC, B06AC01, B06AC02, B06AC05, B06AC06
Hjärta och kretslopp - övriga	C05AE01
Hjärtsjukdomar	C01AA05, C01BC03, C01BC04, C01BD01, C01BD07, C01CA01, C01CA17, C01CA24, C01DA02, C01DA14, C01DX22, C01EB17
Hudpreparat övriga	D01AC02, D01AC03, D01AC08, D01AC20, D01AE15, D01AE16, D01BA02, D02AE01, D02AE51, D02AX, D04AB01, D05AX52, D05BB02, D09AB01, D10AD03, D10AD53, D10AF01, D10AF51, D10AX03, D10BA01, D11AH01, D11AH02, D11AH04, D11AX18, D11AX22

Immunglobuliner	J06BA01, J06BD01
Immunstimulerande	L03AA02, L03AA10, L03AA13, L03AA14, L03AB11
Immunsuppressiva - övriga	L04AA06, L04AA10, L04AA13, L04AA18, L04AD01, L04AD02, L04AD03, L04AX01, L04AX02, L04AX03, L04AX04, L04AX05, L04AX06, L04AX09
Inkontinens	G04BD04, G04BD07, G04BD08, G04BD10, G04BD11, G04BD12
Koagulationsfaktorer	B02BA01, B02BD02, B02BD03, B02BD04, B02BD06, B02BD07, B02BD08, B02BD10, B02BX04, B02BX05, B02BX06, B02BX08
Kortikosteroider, hud	D07AA02, D07AB01, D07AB02, D07AC01, D07AC04, D07AC13, D07AC17, D07AD01, D07BC01, D07CA01, D07XC01
Könshormoner - östrogen	G03CX01, G03DA02, G03DA04, G03DC02, G03FA01, G03FA12, G03FB05, G03FB06
Könshormoner - övrigt	G03BA03, G03CA03, G03CA04, G03GA01, G03GA02, G03GA04, G03GA05, G03GA06, G03GA08, G03GA09, G03GA10, G03HA01, G03HB01, G03XB02, G03XC01
Läkemedel mot migrän	N02CA01, N02CC01, N02CC02, N02CC03, N02CC04, N02CC05, N02CC06, N02CD01, N02CD02, N02CD03, N02CD05, N02CD06, N02CD07
MS-läkemedel	L03AB07, L03AB08, L03AB13, L03AX13, L04AA23, L04AA27, L04AA31, L04AA40, L04AA42, L04AA50, L04AA52, L04AX07, N07XX07
Muskelavslappnande	M03AX01, M03BB03, M03BC01, M03BC51, M03BX01
Muskuloskeletala - övriga	M04AA01, M04AA03, M04AC01, M09AX03

NOAK	B01AE07, B01AF01, B01AF02, B01AF03
NSAID	M01AB05, M01AB55, M01AC01, M01AC02, M01AC06, M01AE01, M01AE02, M01AE03, M01AE14, M01AH01, M01AH05, M01AX01
Nervsystemet - övriga	N05BA01, N05BA04, N05BA06, N05BA12, N05BB01, N05BE01, N06BA07, N06BX03, N06BX13, N07AA02, N07AA30, N07AX01, N07BA03, N07BB01, N07BB03, N07BB04, N07CA01, N07CA52, N07XX02, N07XX06, N07XX08, N07XX18
Onkologi - proteinkinashämmare	L01EA01, L01EA02, L01EA03, L01EA04, L01EA05, L01EA06, L01EB01, L01EB02, L01EB03, L01EB04, L01EB07, L01EC01, L01EC02, L01EC03, L01ED01, L01ED02, L01ED03, L01ED04, L01ED05, L01EE01, L01EE03, L01EF01, L01EF02, L01EF03, L01EG02, L01EH01, L01EH02, L01EH03, L01EJ01, L01EK01, L01EK03, L01EL01, L01EL02, L01EL03, L01EM01, L01EM03, L01EX01, L01EX02, L01EX03, L01EX04, L01EX05, L01EX07, L01EX08, L01EX09, L01EX10, L01EX12, L01EX13, L01EX14, L01EX21, L01EX22, L01EX23
Onkologi - övriga	L01AA02, L01AA03, L01AA05, L01AB01, L01AX03, L01BB02, L01BB03, L01BB05, L01BC02, L01BC06, L01BC52, L01BC53, L01BC59, L01CA04, L01CB01, L01CE01, L01FA01, L01XD03, L01XD04, L01XE57, L01XF03, L01XG03, L01XH03, L01XK01, L01XK02, L01XK04, L01XX05, L01XX11, L01XX23, L01XX35, L01XX52, L01XX73
Opioidberoende	N07BC01, N07BC02, N07BC05, N07BC51
Osteoporos	H05AA02, M05BA03, M05BA04, M05BA06, M05BA07, M05BA08, M05BB03, M05BB05, M05BC01, M05BX04, M05BX06
Parkinsonism	N04AA02, N04BA02, N04BA03, N04BB01, N04BC04, N04BC05, N04BC06, N04BC07, N04BC09, N04BD01, N04BD02, N04BD03, N04BX01, N04BX02
Sköldkörtelsjukdom	H03AA01, H03AA02, H03BB02

Smittskydd - hepatit C-läkemedel	J05AP51, J05AP54, J05AP55, J05AP56, J05AP57
Smittskydd - hivläkemedel	J05AE03, J05AE08, J05AE10, J05AF01, J05AF05, J05AF06, J05AF07, J05AF09, J05AF13, J05AG01, J05AG03, J05AG04, J05AG05, J05AG06, J05AJ01, J05AJ03, J05AJ04, J05AR01, J05AR02, J05AR03, J05AR04, J05AR06, J05AR08, J05AR09, J05AR10, J05AR13, J05AR14, J05AR17, J05AR18, J05AR19, J05AR20, J05AR21, J05AR22, J05AR24, J05AR25, J05AX09
Systemiska antibakteriella	J01AA02, J01AA04, J01AA07, J01CA04, J01CA08, J01CE01, J01CE02, J01CF05, J01CR02, J01DB05, J01DD54, J01DF01, J01EA01, J01EE01, J01FA01, J01FA06, J01FA09, J01FA10, J01FF01, J01GB01, J01MA02, J01MA12, J01MA14, J01XA02, J01XB01, J01XC01, J01XE01, J01XX05, J01XX08, J01XX11
Systemiska antiinfektiva - övriga	J02AA01, J02AC01, J02AC02, J02AC03, J02AC04, J02AC05, J04AB02, J04AB04, J04AC01, J04AK02, J04AM02, J04AM06, J07AL02
Systemiska antiviraler - övrigt	J05AB01, J05AB09, J05AB11, J05AB14, J05AE30, J05AF08, J05AF10, J05AH01, J05AH02, J05AX18, J05AX28, J05AX29, J05AX31
Systemiska hormonpreparat - övriga	H01AA02, H01AB01, H01AC01, H01AC03, H01AC08, H01AX01, H01BA02, H01C, H01CA02, H01CB02, H01CB03, H01CB05, H01CC01, H01CC02, H02AA02, H02AB01, H02AB02, H02AB04, H02AB06, H02AB08, H02AB09, H02CA03, H04AA01, H05BX01, H05BX02, H05BX04
Sömnmedel och lugnande medel	N05CD08, N05CF01, N05CF02, N05CH01, N05CM02, N05CM06
UFBLI	D11AH05, D11AH07, D11AH08, L04AA24, L04AA26, L04AA29, L04AA32, L04AA33, L04AA37, L04AA38, L04AA44, L04AA45, L04AA56, L04AC03, L04AC05, L04AC07, L04AC10, L04AC12, L04AC13, L04AC14, L04AC16, L04AC17, L04AC18, L04AC21, R03DX05, R03DX09, R03DX10, R03DX11

UFBLI (TNF-alfahämmare)	L04AB01, L04AB02, L04AB04, L04AB05, L04AB06
Urologiska medel	G04BE01, G04BE03, G04BE08, G04BE30, G04BX01, G04CA01, G04CA03, G04CB01
Ämnesomsättning matsmältning - övriga	A01AA01, A01AA30, A01AD02, A02AH, A02BB01, A02BC01, A02BC02, A02BC03, A02BC05, A03AB02, A03AX13, A03BA03, A03FA01, A03FA03, A04AA01, A04AA02, A04AA55, A04AD12, A05AA02, A06AB02, A06AB08, A06AB58, A06AC01, A06AC03, A06AD, A06AD10, A06AD11, A06AD12, A06AD15, A06AD65, A06AG07, A06AG10, A06AG11, A06AH01, A06AH03, A06AX04, A06AX05, A07AA02, A07AA09, A07AA11, A07AA12, A07DA02, A07DA03, A07EA01, A07EA06, A07EB01, A07EC01, A07EC02, A07EC03, A07EC04, A07FA02, A07XA04, A08AB01, A09AA02, A11CC03, A11CC04, A11CC05, A11EA, A11HA02, A11HA03, A11HA08, A12AA04, A12AA06, A12AX, A12BA01, A12BA02, A12BA30, A12CA01, A12CB01, A12CC30, A16AA04, A16AA05, A16AA06, A16AB03, A16AB04, A16AB05, A16AX03, A16AX04, A16AX05, A16AX06, A16AX07, A16AX09, A16AX12, A16AX14, A16AX15, A16AX16
Ögon och öron - övriga	S03CA04
Ögonsjukdomar	S01AA01, S01AA12, S01AA13, S01AA26, S01AD03, S01AE03, S01AE05, S01AE07, S01BA01, S01BA02, S01BA04, S01BC03, S01BC10, S01CA01, S01EA03, S01EA05, S01EB01, S01EC01, S01EC03, S01EC04, S01EC54, S01ED01, S01ED02, S01ED51, S01EE01, S01EE03, S01EE04, S01EE05, S01EE51, S01LA04, S01XA18, S01XA20
Öronsjukdomar	S02AA15, S02BA08, S02CA02, S02CA05