RAPPORT

Prispressens pris

Om läkemedlets fyra värden – och vad Sverige förlorar på att bara se ett av dem

Synaps

Synaps

INNEHÅLL

OM RAPPORTEN 5
SAMMANFATTNING 7
1. DET SOM VAR EN STOLTHET 13
2. LÄKEMEDLETS FYRA VÄRDEN 21
3. VAD TILLGÄNGLIGHETSDATA FAKTISKT VISAR 27
4. TOMMA HYLLOR 31
5. LÄKEMEDEL SOM STRATEGISK FÖRSÖRJNINGSVARA 37
6. DEN PRIVATA MILJARDMARKNADEN 43
7. TVÅ FALLSTUDIER 49
8. PRODUKTIONSVÄRDET OCH DET EKONOMISKA VÄRDET 55
9. BETALNINGSVILJAN SOM REDAN FINNS 61
10. MEN TAS BEHOVSPRINCIPEN PÅ ALLVAR? 65
11. SCENARIO 2030 71
12. REFORMAGENDAN 77
13. SLUTSATSER 87
OM UNDERLAGET 91
REFERENSER 93

©Tankesmedjan Synaps
November 2026
www.tankesmedjansynaps.se
Sättning: Erik Johnsson
Omslag: Erik Johnsson

FÖRFATTARE

ISAC RIDDARSPARRE



Isac Riddarsparre är ST-läkare i allmänmedicin, verksam vid en vårdcentral i nordvästra Skåne, och medarbetare vid tankesmedjan Synaps. Han har skrivit om primärvårdens förutsättningar samt om frågor rörande subventionering av GLP-1-läkemedel och andra hälsoekonomiska utmaningar inom svensk sjukvård.

OM RAPPORTEN

Synaps är en fristående tankesmedja inom sjukvård och omsorg. Rapporten har tagits fram självständigt av Synaps och är författad av läkaren Isac Riddarsparre med stöd av Sirona. Den prövar om den svenska modellen för läkemedelsprissättning fortfarande fungerar och vad det kostar om den inte gör det.

Synaps tackar Lif, branschorganisationen för de forskande läkemedelsföretagen, för det finansiella stöd som möjliggjort Sironas medverkan.

SAMMANFATTNING

Förmågan att pressa läkemedelspriser har i decennier kunnat betraktas som en nationell styrka. Låga priser, en internationellt respekterad myndighetsprocess och god tillgång för patienterna gick länge hand i hand. Den ordningen går inte längre att ta för given. Det som var en styrka har blivit en risk, med konsekvenser på tre områden.

På apotekshyllorna. Kvinnor i klimakteriet möter tomma lager på i princip samtliga östrogenpreparat som tas upp via huden. Fram till början av augusti 2026 hade Läkemedelsverket tagit emot 883 licensansökningar för östrogenpreparat, nästan en fördubbling jämfört med hela 2025. Bakom siffran finns en global kapacitetsbrist som drabbar även länder med högre priser. Men vilka länder som får de volymer som finns avgörs av vad de är beredda att betala, och Sverige saknar i dag en ordning för att köpa sig leveranssäkerhet.

I sjukvården. Av de läkemedel som EU-kommissionen godkände 2021–2024 efter rekommendation från EU:s läkemedelsmyndighet EMA var 49 procent tillgängliga för svenska patienter genom de offentliga systemen i januari 2026. Det är strax över EU-genomsnittet på 45 procent, men fjorton europeiska länder ligger högre, och andelen har sjunkit från 63 procent för perioden 2015–2018. För nya särläkemedel utanför cancerområdet är den svenska andelen 22 procent, mot ett EU-genomsnitt på 39 procent. I Tyskland är 43 av 45 läkemedel tillgängliga.

I hushållens plånböcker. Svenskar betalade under första halvåret 2026 över två miljarder kronor ur egen ficka för obesitasläkemedel som inte ingår i förmånen, antingen efter ett avslag från TLV eller för att företag inte har lämnat någon

ansökan.[1] Mounjaro är i dag Sveriges mest sålda läkemedel, helt utan subvention. En stor privat betalningsmarknad, så kallad *out of pocket-marknad*, för läkemedel finns därmed redan, men den har vuxit fram utan något beslut om hur den ska fungera och saknar styrning och fördelningsprincip. Ingen följer heller upp vilka patienter som behandlas, vilken effekt behandlingen får för dem eller vad den betyder för vårdens kostnader i övrigt. SKR:s egen beskrivning är att det råder ett systemfel där plånboken styr tillgången.

Dessa konsekvenser av systemet har till stor del en gemensam rot. Den svenska styrningen behandlar i huvudsak läkemedel som en behandlingskostnad, trots att läkemedel bär fyra olika värden för samhället: ett medicinskt värde för patienten, ett produktionsvärde för vården och arbetsmarknaden, ett strategiskt värde som försörjningsvara i kris och krig och ett ekonomiskt värde som en av landets mest kunskapsintensiva tillväxtnäringar. Det medicinska värdet står inte i motsats till de övriga, men när det är det enda som vägs mot kostnaden räknas de tre andra inte in, och då riskerar besluten att undergräva dem.

Vår slutsats är att Sverige behöver dels värdera läkemedlens samhällsnytta bättre i den offentliga finansieringen, dels stärka människors möjlighet att investera i sin egen hälsa. Privat

betalning ska inte bara betraktas som en nödlösning när det offentliga säger nej. Patient och läkare bör ha utrymme att fatta egna, medicinskt välgrundade beslut med tydlig information om effekt, säkerhet och kostnader. Rapporten föreslår därför att patienter får tillgång från dag ett med företagets pris som tak, att staten köper leveranssäkerhet för kritiska läkemedel i stället för att bara lagstifta om lager, att det inrättas en reglerad privat kanal där läkemedlet korsar gränsen i stället för patienten, att varje nej ska ange det pris som hade gett ja och att staten blir avtalspart med ett tak för hur fort läkemedelsnotan får växa. Principen är att varken svenska beslutsprocessers väntetider eller nationella gränser ska vara onödiga hinder för patientens handlingsfrihet.



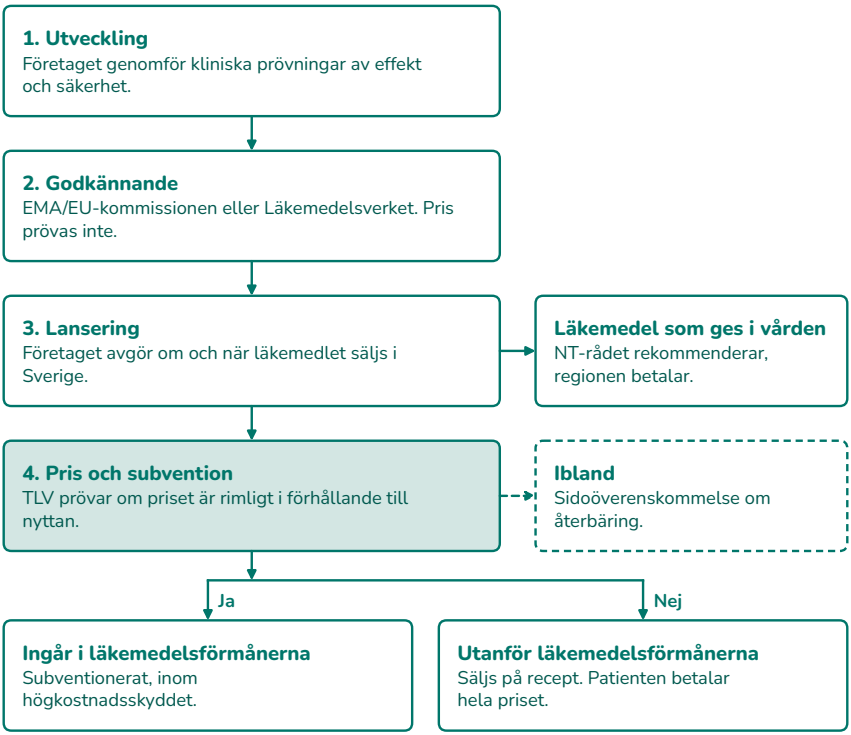
1. DET SOM VAR EN STOLTHET

Den svenska modellen för läkemedelsprissättning byggdes skickligt, men i en annan tid. Generikareformen 2002, systemet med periodens vara och den värdebaserade prissättningen genom Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) gav Sverige några av Europas lägsta priser på utbytbara läkemedel, samtidigt som tillgången för patienterna länge förblev god. TLV:s internationella prisjämförelse för 2025 visar att de svenska listpriserna hör till de lägsta av 20 jämförda europeiska länder, tredje lägst för läkemedel utan generisk konkurrens och lägst för läkemedel med sådan konkurrens.[2] TLV pekar själv ut kronans försvagning som den främsta förklaringen, så en del av prispressen beror på valutan snarare än policyutfall. TLV:s nya riktlinjer säger samtidigt att myndigheten inte ska ta hänsyn till normala valutafluktuationer när ett företag begär höjt pris.[3] Den del av prispressen som beror på valutan får alltså inte kompenseras.

Vägen från godkännande till subventionerat läkemedel har flera steg (figur 1). De flesta nya läkemedel godkänns centralt i EU, där EMA lämnar en rekommendation och EU-kommissionen fattar beslutet. Andra godkänns nationellt av Läkemedelsverket. Godkännandet gäller effekt, säkerhet och kvalitet, men det sker ingen bedömning av priset. Därefter avgör företaget om och när läkemedlet ska säljas i Sverige. För receptläkemedel som ska ingå i läkemedelsförmånerna och därmed subventioneras, prövar TLV ärendet. Prövningen utgår från den etiska plattformens tre principer: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen, i den ordningen. Det svenska sjukvårdssystemet ska vara universellt och solidariskt, varför läkemedelsförsörjningen behöver ta hänsyn till alla människors lika värde, och deras olika behov av vård. I frågan om kostnadseffektivitet har TLV tidigare tagit hänsyn till samhällsekonomiska effekter när ett läkemedel ingår i förmånen, men i dag räknas den i regel inte med. I stället jämförs läkemedlets kostnad mot dess nytta, vilken uppskattas som kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs). Ibland sker sidoöverenskommelser, om återbäring mellan företaget och regionerna. Blir svaret ja till subvention omfattas läkemedlet av högkostnadsskyddet. Blir svaret nej, eller om företaget aldrig söker, kan läkemedlet ändå säljas på recept, men då betalar patienten hela priset. Läkemedel som ges i vården går en annan väg. Där lämnar Rådet för nya terapier (NT-rådet) en

rekommendation till regionerna, som sedan betalar.

FIGUR 1. VÄGEN FRÅN GODKÄNNANDE TILL SUBVENTIONERAT LÄKEMEDEL PÅ APOTEK



Anm.: Förenklad bild. Generika, periodens vara, omprövningar och licensförskrivning ingår inte. Källa: Egen bearbetning utifrån Läkemedelsverket, TLV och lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

Prispressen förutsatte dock att Sverige alltid skulle vara en marknad som läkemedelsföretagen prioriterade, oavsett

prisnivå. Så länge de globala leveranskedjorna hade överkapacitet och lanseringsbesluten fattades land för land utan större samordning, höll antagandet.

I dag har leveranskedjorna blivit en flaskhals. Läkemedel tillverkas och distribueras globalt, ofta med koncentrerad produktion till ett fåtal anläggningar. När produktionen inte räcker till alla marknader, vilket sker för allt fler produktkategorier, fördelas volymerna i praktiken till marknaderna med bäst avkastning. Att TLV på senare år tvingats höja priset på enskilda läkemedel, som östrogenplåstret Estradot, uttryckligen för att säkra tillgången, är ett bevis på att mekanismen finns.[4] Sedan den 1 oktober 2026 står den också i TLV:s egna riktlinjer, som anger att ett konkurrenskraftigt svenskt pris krävs för att ett läkemedel som bara finns i begränsad mängd på världsmarknaden ska finnas i tillräcklig mängd här.[5] Ett land med låga priser riskerar därmed att hamna längre bak i kön när det blir ont om varor.

Även lanseringslogiken har förändrats. För ett läkemedelsföretag är varje nationell lansering en investering bestående av ansökningar, prisförhandlingar och uppbyggnad av organisation. Sverige är en liten marknad, och när de förväntade intäkterna pressas under en viss nivå blir kalkylen negativ, och lanseringen skjuts upp eller uteblir. Det är inga slumpmässiga beslut. Företagen väger in hur lång tid processen tar, hur stor

chansen är att få subvention och vilket pris som är möjligt. När samma system ger samma signaler blir utfallet också systematiskt. Det drabbar särskilt mindre företag utan etablerad nordisk organisation och läkemedel för små patientgrupper, där intäktsbasen redan är smal.

Den amerikanska prispolitiken har vänt upp och ned på industrins europeiska lanseringskalkyler. Enligt den så kallade Most Favoured Nation-principen (MFN) ska USA inte betala mer än jämförbara länder. När europeiska priser riskerar att bli referenspriser för den amerikanska marknaden ökar företagens incitament att avstå från lansering i lågprisländer helt. Enligt analysföretaget GlobalData, i en sammanställning som Lif publicerade i april 2026, minskade antalet läkemedelslanseringar i Europa med 35 procent under de tio månaderna efter att den amerikanska MFN-politiken presenterades i maj 2025, jämfört med tio månader dessförinnan. I Sverige var nedgången 56 procent.[6] Sverige har alltså tappat mer än jämförbara länder.

Lif har genom sin vd Sofia Wallström sammanfattat situationen. Sverige har ett system med lägre läkemedelspriser än jämförbara länder, och kan då inte heller förvänta sig samma tillgång som länder som är beredda att betala mer.[7] Det är en partsinlaga, men den beskriver en rimlig mekanism som kapitel 3 prövar mot data.

Att systemet behöver göras om är i dag ingen kontroversiell uppfattning. Regeringen tillsatte i mars 2026 en utredning om ett utökat och stärkt statligt ansvar för läkemedel (Dir. 2026:23), och socialminister Jakob Forssmed konstaterade då att det svenska läkemedelssystemet "har nått vägs ände" och blivit "ett lapptäcke, som tyvärr vare sig håller ihop i sömmarna eller täcker de områden det ska".[8] Diagnosen är alltså inte längre ny, och den här rapportens bidrag är förslagen.



2. LÄKEMEDLETS FYRA VÄRDEN

Den svenska styrningen av läkemedel är i allt väsentligt organiserad kring en enda fråga, nämligen: vad kostar behandlingen, och är hälsovinsten för den enskilda patienten värd priset? Det är en nödvändig fråga, men den fångar bara en del av vad ett läkemedel är. Vår analys utgår från att läkemedel bär fyra olika värden, som uppstår på olika ställen i samhället, bokförs på olika konton och styrs av olika politikområden.

Värdet i hälsa, funktion, livskvalitet och överlevnad för den patient som behandlas är uppenbart. Det är främst detta värde som dagens hälsoekonomiska värdering fångar, även om TLV tidigare gjort bredare analyser, och förmånslagen dessutom kräver att kostnaden är rimlig utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv.[9]

Men det samhällsekonomiska värdet sträcker sig bortom bara läkemedelskostnader. Det finns ett produktionsvärde som skapas inom vården och på arbetsmarknaden. En behandling som ersätter slutenvård med tablettbehandling i hemmet frigör vårdplatser och personal. En behandling som återställer arbetsförmåga flyttar människor från sjukskrivning, och informell vård från anhöriga, tillbaka till arbete. Detta värde tillfaller regionernas övriga budgetposter, statens socialförsäkringssystem och samhällsekonomin, men syns inte på läkemedelskontot. Läkemedelskontot är dessutom delat. Receptläkemedel inom förmånen betalas av regionerna med statligt stöd genom läkemedelsbidraget, medan läkemedel som ges i vården betalas direkt ur regionernas egna budgetar. Att ta dessa bredare samhällsekonomiska aspekter i beaktande strider inte mot den etiska plattformens princip om vård efter behov. Principen finns trots allt till för att vården ska bli bättre för alla, och att alla ska ha det lika dåligt kan knappast vara meningen. TLV:s nya riktlinjer går ändå åt motsatt håll. Utgångspunkten är att värdet av

minskad sjukfrånvaro inte ska räknas med. Undantag medges bara om det är visat att det ger en snar och bestående nettobesparing för samhället. Det är ett krav som i praktiken utesluter det mesta av produktionsvärdet. Vinsterna av kortare sjukskrivningar, avlastad anhörigvård och frigjorda vårdplatser kommer sällan snabbt, går sällan att belägga i förväg och hamnar nästan aldrig hos den som betalar för läkemedlet. Det är fel. Undantaget borde vara regel.[10]

Det strategiska värdet är läkemedlets roll som försörjningsvara. Ett fungerande samhälle förutsätter tillgång till läkemedel även vid kris och krig, vilket den svenska totalförsvarsplaneringen numera erkänner i lag.[11] Oavsett hur mycket pengar som sparas på billiga läkemedel i fredstid, är prispressens värde tillintetgjort om lagren står tomma i krig.

Det ekonomiska värdet uppstår inte bara genom export och forskning. Läkemedelssektorn är också en strategisk produktionsnäring. Länder som uppfattas som attraktiva marknader för innovation har lättare att attrahera investeringar i tillverkning, logistik, kliniska prövningar och kompetensförsörjning. Ett system som konsekvent signalerar låg betalningsvilja riskerar därför att påverka inte bara vilka läkemedel som lanseras, utan också var framtidens produktion och investeringar lokaliseras. Produktion i landet är också den punkt där det

ekonomiska och det strategiska värdet möts. En fabrik i Sverige ger exportintäkter och högproduktiva jobb, men också kompetens och kapacitet som går att använda när leveranskedjorna brister.



3. VAD TILLGÄNGLIGHETSDATA FAKTISKT VISAR

Den mest omfattande återkommande mätningen av läkemedelstillgänglighet i Europa är EFPIA:s W.A.I.T.-indikator (Waiting to Access Innovative Therapies), som inbegriper 36 länder.[12] Eftersom EFPIA är industrins branschorganisation ska den läsas med förbehåll. Den har bland annat kritiserats av regionala kunskapsunderlag i Sverige, för att missa regional tillgång och individuell subvention i andra länder. Den är trots det den bästa tillgängliga jämförelsen.

Av de läkemedel som godkändes i EU 2021–2024 var 82 läkemedel eller 49 procent tillgängliga i Sverige i januari 2026, antingen genom TLV-subvention eller positiv rekommendation från regionernas NT-råd. Det är strax över EU-genomsnittet på 45 procent, men fjorton länder hade en högre andel. För perioden 2015–2018 var den svenska andelen 63 procent; andelen har alltså sjunkit mellan mätningarna, och Lifs analyschef Karolina Antonov beskriver en utveckling där det tar allt längre tid att få ett fastställt pris i Sverige.[13]

Läget är sämst för läkemedel mot sällsynta sjukdomar. Av 45 nya EU-godkända särläkemedel utanför cancerområdet klassas tio som tillgängliga i Sverige – 22 procent – mot ett EU-genomsnitt på 39 procent. Tyskland når 43 av 45, Österrike 35 och Italien 30. Den tyska siffran beror delvis på att Tyskland räknar läkemedel som tillgängliga från lanseringsdagen. Bland länder med mer snarlika system når Nederländerna 19 och Danmark 16 av 45.[14] Tjugo länder har bättre tillgång än Sverige.

Två förbehåll behöver göras.

För det första beror inte allt som saknas på prispressen. I en tidigare svensk genomgång tillhandahöll företagen svenska förpackningar för 92 av 141 EU-godkända läkemedel: 35 procent fanns alltså inte fysiskt i landet. Den överenskommelse

som rådet och parlamentet nådde i december 2025 ger för första gången ett skarpt verktyg mot denna begränsning. Ett medlemsland kan begära att ett godkänt läkemedel tillhandahålls, och uteblir leveransen inom tre år förlorar företaget sitt marknadsskydd i landet. Regeln gäller marknadsskyddet, inte patentet, och får verkan tidigast 2028.[15] Företagens val att inte lansera är dock ett svar på hur det svenska systemet värderar nya läkemedel.

För det andra innebär låg tillgänglighet inte automatiskt sämre vård. TLV menar att jämförelser mellan länder är vanskliga och att det är bättre att se till den faktiska läkemedelsanvändningen och vilket värde behandlingarna ger. Målet är enligt myndigheten en god och rättvis tillgång till bra läkemedel till rimliga kostnader.[16] Det är en legitim invändning i de fall där likvärdiga alternativ finns. Fallstudierna i kapitel 7 prövar därför vad som händer när de inte gör det.

4. TOMMA HYLLOR

Medan lanseringsstatistiken handlar om läkemedel som aldrig når Sverige, visar östrogenbristen vad som händer när leveranserna av ett etablerat läkemedel tryter.

Sedan flera år tillbaka råder brist på i princip samtliga östrogenpreparat som tas upp via huden och som används av kvinnor i klimakteriet. Under 2026 har situationen förvärrats till den grad att Läkemedelsverket rapporterar pågående restnoteringar för samtliga plåstertyper på den svenska marknaden, inklusive alla fem styrkor av det dominerande märket Estradot.

Omfattningen syns i licensstatistiken. Fram till den 6 augusti 2026 hade Läkemedelsverket tagit emot 883 licensansökningar för östrogenpreparat, nästan dubbelt så många som under hela 2025, då 485 ansökningar kom in.[17] Bakom varje ansökan finns en patient vars fungerande behandling har avbrutits och en förskrivare som lägger arbetstid på att hitta alternativ. För alla de patienter där ingen ansökan görs, behöver apotekspersonal dagligen möta människor de inte kan hjälpa. Enligt Läkemedelsverket beror bristen på produktionsplanering och begränsad produktionskapacitet hos tillverkaren, vilket bekräftar att det är en global fördelningsfråga.

Efterfrågan växer strukturellt. Enligt Socialstyrelsen ökade andelen kvinnor över 45 år som hämtade ut systemiskt verkande östrogen från 5,1 procent 2021 till 8,4 procent 2025[18], en ökning med omkring 65 procent. Ökningen är ett resultat av ökad kunskap om klimakteriebehandling såväl hos kvinnor som i vården. Bristen är alltså ingen tillfällig störning som går

över av sig själv. Den beror på att efterfrågan varaktigt har ökat medan den globala produktionen inte hunnit ikapp.

Kostnaden bärs utanför läkemedelsbudgeten. Merarbetet för vårdgivare, apotek och Läkemedelsverkets rest- och licenshantering, liksom hälsokonsekvenserna för kvinnor med avbruten behandling, syns inte på det konto där prispressens besparingar bokförs. Att systemets kostnader och dess besparingar redovisas på olika ställen är ett återkommande mönster, vilket systematiskt får prispressen att framstå som mer lönsam än den är.

Slutsatsen av östrogenfallet är tvådelad. Bristen på Estradot är global och finns även i Storbritannien, och i USA råder brist på östrogenplåster i stort.[19] Ett högre svenskt pris kan inte i sig lösa en global kapacitetsbrist. Men priset påverkar vem som får de volymer som faktiskt finns. När produktionen inte räcker till alla sker en prioritering mellan marknader, och ett land som vill säkra tillgången till läkemedel måste vara berett att konkurrera om den. Sverige kan inte lösa bristen för alla länder, men kan se till att svenska kvinnor får sina läkemedel.

TLV:s nya riktlinjer erkänner detta samband. Prishöjningen på Estradot sommaren 2026 illustrerar resonemanget där tillverkaren hävdade att Sverige inte kunde prioriteras till dåvarande

priser, och TLV godtog en högre lönsamhet för att förbättra tillgången för svenska patienter.[20]

Samtidigt är möjligheten till prishöjningar fortsatt begränsad. Höjningar behandlas som undantag, beslutas i efterhand och ger inga leveransåtaganden i utbyte.[21] Sverige har därmed en modell för att hantera brist när den redan uppstått, men ingen tydlig modell för att i förväg stärka leveranssäkerheten. När den globala produktionen är knapp blir det en svaghet som riskerar att drabba svenska patienter.



5. LÄKEMEDEL SOM STRATEGISK FÖRSÖRJNINGSVARA

Läkemedlens strategiska värde har på kort tid gått från fotnot till lagstiftning. Mindre uppmärksammat är att beredskapspolitiken och prispolitiken riskerar att dra åt olika håll.

Från den 1 januari 2026 gäller nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som stärker vårdens beredskap för kris och krig, med krav på beredskapsplanering och skyldighet för kommuner och regioner att bistå varandra. Från den 1 januari 2027 införs en lagstadgad skyldighet för kommuner och regioner att lagerhålla sjukvårdsprodukter, däribland läkemedel. Staten och SKR har i en överenskommelse för 2026 avsatt 186 miljoner kronor med målet att lagerhållningen ska motsvara en månads normalförbrukning.[22] Den statliga utredningen om försörjningsberedskap har därutöver föreslagit en lagerhållningsskyldighet för läkemedelsföretag och importörer motsvarande sex månaders normalomsättning. Lagret ska enligt förslaget hållas som omsättningslagring i den ordinarie logistikkedjan. TLV har på regeringens uppdrag utrett den praktiska modellen och föreslagit en lägre nivå om tre månaders normalförbrukning.[23] I juni 2026 fick Folkhälsomyndigheten dessutom i uppdrag att fortsätta säkra tillgången till antibiotika genom sin modell med garanterad ersättning till företag som åtar sig att hålla lager i Sverige.[24] På europeisk nivå går utvecklingen åt samma håll. EU:s Critical Medicines Act, som parlamentet och rådet enades om i maj 2026, syftar uttryckligen till att göra det mer attraktivt att tillverka och leverera kritiska läkemedel. Avtalet innebär bland annat att leveranssäkerhet ska vägas in som krav vid offentlig upphandling av kritiska läkemedel och att tröskeln för gemensam EU-upphandling sänks från nio till

fem medlemsländer.[25]

Allt detta är rimligt, men lagstiftningen vilar på antagandet att det kommer finnas läkemedel att lagra. Ett omsättningslager är per definition ett lager som fylls på av den löpande kommersiella försäljningen och förutsätter därför en fungerande, prioriterad leveransmarknad. Östrogenfallet visar vad som händer när antagandet faller, det vill säga ingen lagerhållningsskyldighet kan lagra produkter som aldrig levereras. Samma sak gäller läkemedel som aldrig börjar användas. I TLV:s förslag beräknas hur mycket ett företag ska lagerhålla utifrån försäljningen de senaste tolv månaderna.[26] Ett läkemedel som inte lanseras eller subventioneras i Sverige har ingen försäljning att räkna på och hamnar därför aldrig i beredskapslagret. Bara det som används i vardagen kan lagras, och därmed finnas tillgängligt i en kris.

Därtill finns en andra konflikt. En lagerhållningsskyldighet är en kostnad för företagen i form av kapitalbindning, logistik och administration. TLV har föreslagit att staten årligen och i efterhand ska ersätta företagen för kostnaden, beräknad utifrån anskaffningskostnad och lagerhållning, till en uppskattad kostnad av 204–245 miljoner kronor per år.[27] Förslaget är ännu inte beslutat, och utredningen om nationell samordning av försörjningsberedskapen utgick tidigare från att företagen själva skulle finansiera lagren.[28] Blir ersättningen av, och täcker de faktiska

kostnaderna minskar konflikten. Uteblir ersättningen, eller om den blir för låg, kvarstår motstridigheten. För äldre läkemedel med pressade priser, ofta just de basprodukter som beredskapen gäller, kan tillkommande beredskapskostnader tippa en redan marginell kalkyl. För företagen kan då det rationella beslutet bli att avregistrera produkten från den svenska marknaden snarare än att uppfylla lagerkravet. Prispress och beredskapskrav kan alltså tillsammans bli en dubbel kostnadspress, där beredskapskravet riskerar att påskynda den marknadsflykt som lagstiftningen ska skydda mot. Även full ersättning för lagret täcker bara lagrets kostnad. Försäljningskalkylen för den aktuella produkten ändras inte.

Beredskapspolitiken är alltså ofullständig. Sverige har lagstiftat om lagren men inte om förutsättningen för lagren, det vill säga en marknad dit företagen vill leverera. Samma sak gäller tillverkningen. Ett läkemedel som tillverkas i Sverige är inte automatiskt tillgängligt för svenska patienter i en kris, eftersom produktionen styrs av global efterfrågan. Men tillverkning i landet ger kompetens, anläggningar och kontakter som gör det möjligt att ställa om, prioritera och skala upp, och det kan inget lager ersätta. TLV har höjt priser för att säkra tillgången, till exempel för Estradot, men det saknas en samlad modell för att köpa leveranssäkerhet. Utredningen om säkrare tillgång till läkemedel föreslår i sitt delbetänkande från mars 2026 (SOU

2026:22) en nationell inköpscentral[29] och tvingande omfördelning vid brist. Det är rätt verktyg för att fördela knappa volymer, men det skapar inga volymer. Ingen instans har i dag vare sig mandat eller pengar att betala för att leveranserna över huvud taget kommer hit, och det är beredskapens blinda fläck.

6. DEN PRIVATA MILJARDMARKNADEN

Obesitasläkemedlen belyser två av rapportens påståenden dels att många svenskar är beredda att betala för sin egen hälsa dels att det offentliga systemet i dag saknar ett sätt att kanalisera den betalningsviljan.

GLP-1-baserade läkemedel som Wegovy (semaglutid) och Mounjaro (tirzepatid) har i kliniska studier visat sig vara mycket kraftiga viktminskningspreparat och lanserades i Sverige utan subvention. I februari 2026 avslog TLV Novo Nordisks ansökan om begränsad subvention av Wegovy för tre avgränsade patientgrupper, trots att myndigheten själv konstaterade att det finns patientgrupper med stort medicinskt behov. För vuxna prövade TLV inte kostnadseffektiviteten. Avslaget vilade på att subventionsbegränsningen inte gick att kontrollera då det saknas register för BMI och samsjuklighet. För ungdomar bedömdes kostnaden inte rimlig i förhållande till nyttan. TLV gav ett räkneexempel där omkring 1,6 miljoner svenskar ryms i läkemedlets hela godkända användningsområde, och om samtliga behandlades till ansökt pris skulle kostnaden överstiga kostnaden för samtliga förmånsläkemedel. Novo Nordisk har därefter återkallat sitt överklagande och i september 2026 lämnat en ny ansökan.[30] Eli Lilly ansökte om subvention för det konkurrerande preparatet Mounjaro i augusti 2026.[31]

Försäljningen påverkades inte av att läkemedlen stod utanför förmånen. Mounjaro är i dag Sveriges mest sålda läkemedel och passerade en miljard kronor i försäljning redan under de fem första månaderna 2026. Under 2025 kostade obesitasläkemedlen enligt Socialstyrelsen omkring två miljarder kronor, varav 1,9 miljarder betalades av patienterna själva, som betalar

i storleksordningen 2 700 kronor per fyraveckorsperiod för den lägsta underhållsdosen.[32] Obesitas är en kronisk sjukdom, och när behandlingen avslutas återkommer en stor del av viktnedgången inom ett år.[33] Kostnaden är därför i princip livslång, både för den patient som betalar själv och vid en eventuell framtida subvention.

Detta är Sveriges första stora privata betalningsmarknad för läkemedel. Denna situation har utvecklats utan något politiskt beslut. Fler länder än Sverige har valt att avstå från subvention av obesitasläkemedel. Tyskland har sedan 2004 uteslutit viktminskningsläkemedel ur sjukförsäkringen och bekräftade det för Wegovy 2024.[34] Norge har ett förhandlat pris och en myndighetsrekommendation men inget politiskt beslut.[35] England subventionerar snävt, via specialiserad viktvård. Behandlingen får pågå i högst två år, för patienter med minst en viktrelaterad sjukdom och i regel BMI 35 eller mer.[36] Det engelska upplägget är den närmaste prototypen för en kontrollerad subvention.

Regionernas egen organisation ser problemet lika tydligt som kritikerna. SKR konstaterar i Ekonomirapporten från oktober 2025 att förskrivningen utanför förmånen, då uppskattad till cirka 1,2 miljarder kronor per år, växer snabbt. Det finns inget sätt att kontrollera att läkemedlen når patienterna med störst behov. SKR kallar det ett uppenbart systemfel att den egna

plånboken styr tillgången till läkemedel, och uppmanar regeringen att skyndsamt åtgärda saken.[37] Samtidigt varnade SKR redan i Ekonomirapporten från maj 2025 att ett brett subventionsgodkännande utan fungerande kontrollsystem riskerar kraftigt ökade kostnader och undanträngning av annan vård.[38]

Tillsammans beskriver SKR:s motstridiga budskap ett moment 22 där ingen är vinnare, bara förlorare. Dagens ordning är ett systemfel som går på tvären ned behovsprincipen, men den uppenbara lösningen (bred subvention) är också oacceptabel eftersom den riskerar tränga undan vård med större behov. Här finns två möjliga lösningar, som inte utesluter varandra. Den ena är att det offentliga subventionerar behandlingen snävt och kontrollerat för de patienter som behöver den mest, vilket framför allt kräver bättre förskrivningskontroll än i dag. Den andra är att flytta in den privata marknaden i det offentliga systemet, för att minska motsättningarna och erbjuda fler tillgång. Det skulle ske med medicinsk indikation, strukturerad uppföljning och transparent prissättning.

Genom att avstå från subvention av obesitasläkemedel är det tänkt att vården ska spara pengar till patientgrupper med större behov. Men det är inte säkert att det blir en besparing. Obesitasforskaren Ylva Trolle Lagerros påpekar att obesitaspatienterna redan finns i vården, där de behandlas för diabetes,

högt blodtryck, höga blodfetter, ledbesvär och en lång rad följdsjukdomar, som hade kunnat förebyggas med effektiv viktnedgång.[39] Utebliven behandling av grundorsaken flyttar bara kostnaden från läkemedelsförmånen till andra konton, framåt i tiden. TLV prövade dock inte den frågan, och studier av vad obesitas kostar visar inte vad behandling sparar.[40]

7. TVÅ FALLSTUDIER

Utöver diskussionen kring transdermalt östrogen prövar vi rapportens tes mot två ytterligare konkreta fallstudier av läkemedel som nekats subvention. Stämmer TLV:s invändning, att låg tillgänglighet inte betyder sämre vård eftersom alternativ finns? Två olika mekanismer framträder, och de kräver olika lösningar.

7.1 ELAHERE

Platinumresistent äggstockscancer är en av de mest svårbehandlade cancerformerna. Strålbehandlingen har slutat fungera och det finns få bra alternativ. Prognosen är dålig. Under ungefär ett decennium godkändes ingen ny behandling i EU, fram till november 2024, då EU-kommissionen godkände Elahere (mirvetuximabsoravtansin). Elahere blev det första målriktade antikroppsläkemedelskonjugatet mot folatreceptor-alfa-positiv sjukdom. I registreringsstudien MIRASOL, en stor fas III-studie, visade Elahere en fördel i total överlevnad jämfört med kemoterapi. Enligt kliniska bedömare var detta den första positiva fas III-studien för patientgruppen på tio, kanske tjugo år.

I mars 2026 publicerade TLV sin hälsoekonomiska bedömning där kostnaden per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) beräknades till cirka 3,3 miljoner kronor jämfört med kemoterapi.[41] I juni 2026 gav NT-rådet en negativ rekommendation. Läkemedlet finansieras samtidigt i bland annat England och Frankrike.[42]

Elahere-fallet är viktigt av två skäl. För det första gäller TLV:s invändning om likvärdiga alternativ inte här, eftersom inget nytt alternativ har funnits och befintlig kemoterapi ger låg svarsfrekvens. Kostnadsdelen av invändningen, 3,3 miljoner kronor per vunnet QALY, kvarstår däremot.

För det andra har fallet riktat ljuset mot själva värderingsmetoden. Patientföreträdare och kliniker har påpekat att Sverige använder ett hälsoekonomiskt analyssystem som går tillbaka till 1997,[43] samtidigt som flera europeiska länder redan finansierar läkemedlet. I England har det dock skett med en konfidentiell rabatt snarare än med en annan värderingsmetod. Den statliga läkemedelsutredningen ska delredovisa först i juni 2027.[44] För de kvinnor som är sjuka i dag kan det komma för sent.

7.2 QALSODY

ALS är en dödlig nervsjukdom. Medianöverlevnaden är två till fyra år och effektiv bromsande behandling har tidigare saknats. För den lilla grupp, omkring 50 personer i Sverige, vars sjukdom orsakas av mutationer i SOD1-genen finns sedan 2024 det EU-godkända läkemedlet Qalsody (tofersen). Medicinen kostar drygt tre miljoner kronor per patient och år.

Evidensläget för Qalsody är omtvistat. De kliniska studierna har inte har kunnat visa en statistiskt säkerställd förbättring av patienternas funktionsförmåga. TLV beräknade kostnaden per QALY till mellan 10,6 och 28,3 miljoner kronor, och varken Norge, Danmark eller Finland subventionerar behandlingen.[45] NT-rådets ursprungliga avrådan 2025 var, givet detta underlag, ett försvarbart beslut inom systemets egen logik. Samtidigt

bedömde ledande kliniker, bland dem ALS-forskaren Peter Andersen, behandlingen som ett genombrott och varnade för att patienter skulle dö i väntan. Till sist vände NT-rådet, ett år senare.

Fallet visar vad processen kostar. Från NT-rådets beställning av en bedömning i juni 2023, via EU-godkännandet i maj 2024, väntan på företagets underlag, NT-rådets avrådan i maj 2025, den offentliga striden där patienter beskrev situationen som skillnaden mellan liv och död, till NT-rådets partiella omsvängning i juni 2026 – då behandling öppnades för en begränsad grupp med snabbt förlopp efter individuell nationell bedömning – förflöt tre år, och enligt NT-rådet förlängdes ärendet i väntan på fler studieresultat från företaget.[46] För en sjukdom där patienten försämras månad för månad, och där behandlingskriterierna dessutom utesluter dem vars sjukdom hunnit för långt, är processtiden i sig en del av utfallet.



8. PRODUKTIONSVÄRDET OCH DET EKONOMISKA VÄRDET

Läkemedel diskuteras ofta som en ren utgiftspost. Men läkemedel bidrar också till såväl vårdens som arbetsmarknadens produktivitet, och genom läkemedelsbranschen till hela den svenska ekonomin.

8.1 PRODUKTIVITETSVERKTYGET

Svensk sjukvård befinner sig i en väldokumenterad produktivitetskris. Vårdköerna växer trots ökade resurser, och sektorn står för nästan 80 procent av regionernas kostnader. Få verktyg har visat sig höja produktiviteten brett och mätbart, och läkemedlen är ett delvis undantag. SKR lyfter fram cancervården, där PD-1-hämmare och immunterapier ger bättre resultat, och konstaterar att ny läkemedelsbehandling flyttar vården från slutenvård till öppen vård och hemmet. När fler behandlingar kan ges i tablettform och skötas av patienten själv kan inläggningarna kortas ned och specialistbesöken glesas ut. Ibland kan till och med primärvården ta över behandlingsansvaret. Resurser frigörs alltså med bibehållen kvalitet. Utvecklingen beskrivs som positiv för samhället men som ett växande kostnadstryck.[47]

Produktionsvärdet stannar inte inom vårdens väggar. Obesitas kostade samhället 50,8 miljarder kronor 2023, varav 35,3 miljarder var produktionsbortfall, enligt IHE på uppdrag av Novo Nordisk. Siffran avser vad sjukdomen kostar och säger inget direkt om hur mycket en behandling skulle spara. Vid klimakteriet faller kvinnors arbetsinkomst med omkring tio procent inom fyra år efter diagnos, och den stiger igen för dem som får vård.[48]

Forskning och kliniska prövningar ger dessutom vården

intäkter, kompetens och tidig tillgång till nya behandlingar, och företagen förlägger dem där produkterna används. Pfizer meddelade 2026 att inga fler prövningar startas i Sverige.[49] Det var en varningssignal, och ansökningarna om kliniska prövningar har nästan halverats, från 394 år 2009 till 216 år 2023.[50]

8.2 EN BASNÄRING MED HÖGST PRODUKTIVITET I NÄRINGSLIVET

Enligt SCB:s utrikeshandelsstatistik exporterade Sverige läkemedel för 150,9 miljarder kronor under 2024, motsvarande 7,3 procent av landets samlade varuexport. Eftersom importen av läkemedel uppgick till drygt 80 miljarder kronor blev branschens bidrag till handelsnettot omkring 70 miljarder kronor. Branschens samlade bidrag till Sveriges BNP uppgick 2023 enligt PwC:s beräkning till 191 miljarder kronor, 3,5 procent av BNP, varav 83 miljarder direkt i branschen.[51]

Exporten vilar på tillverkning i landet. AstraZenecas anläggning i Södertälje, en av världens största tillverkningsenheter för läkemedel, producerar 11–12 miljarder tabletter och kapslar per år och fler än 30 läkemedel för över 100 marknader.[52] Pfizers anläggning i Strängnäs är en av Sveriges största kommersiella tillverkare av biotekniskt framställd aktiv substans.[53] Även bland andra Cytiva i Uppsala och Octapharma i Stockholm har byggt ut sin produktion i Sverige.[54]

Ännu tydligare blir det per anställd. Läkemedelsbranschen står för drygt två procent av näringslivets värdeskapande med bara en halv procent av dess anställda. Förädlingsvärdet per anställd är omkring 5,3 miljoner kronor, mot knappt 1,2 miljoner för den genomsnittlige anställde i näringslivet, vilket är mer än fyra gånger så högt. Utöver produktionen investerar branschen enligt Lif närmare 14 miljarder kronor per år i forskning och utveckling i Sverige[55], och av de omkring 16 400 anställda är 2 800 forskare, en forskartäthet som saknar motstycke i svenskt näringsliv.[56]

När subventions- och prisbeslut fattas som om de enbart gällde en utgiftspost i regionernas budget, åsidosätts villkoren för en av landets mest produktiva näringar. Ett enskilt TLV-beslut flyttar ingen fabrik, men över tid är det oundvikligt att prispressen får konsekvenser för hemmamarknaden. Hemmamarknadens signalvärde påverkar också var företag förlägger prövningar, investeringar och etableringar, i en allt hårdare internationell konkurrens. En produktionslinje som flyttar från Sverige är dessutom en förlust för beredskapen, eftersom den kompetens och kapacitet som behövs för att ställa om tillverkning i en kris då finns någon annanstans. Ett rikt land som systematiskt behandlar produkterna från sin mest produktiva bransch som ett besparingsobjekt bedriver negativ näringspolitik.[57]



9. BETALNINGSVILJAN SOM REDAN FINNS

Är hushållen villiga att betala i de fall där det offentliga avstår? Obesitasmarknaden ger ett tydligt första svar. Närmare två miljarder kronor i privata läkemedelsköp under 2025, och över två miljarder bara under första halvåret 2026, visar att det finns en betydande betalningsvilja. Av det följer två slutsatser. Den första är demografisk. Gruppen med kapital är i hög grad samma grupp som har vårdbehoven. För klimakteriebehandling, obesitasrelaterad samsjuklighet och cancer ligger tyngdpunkten i åldrarna över 50, där också det fria kapitalet finns. Östrogenanvändarna som jagar licenspreparat och obesitaspatienterna som betalar 2 700 kronor per fyraveckorsperiod följer samma demografiska mönster. Det är människor som värderar sin hälsa högre än vad det offentliga systemets betalningsvilja avspeglar, och som har medel att agera på den värderingen.

Den andra slutsatsen är systemisk. En ordnad privat betalningskanal – med medicinsk indikation, förenklad men kontrollerad förskrivning, strukturerad uppföljning och transparent prissättning – skulle kunna åstadkomma tre saker samtidigt. Den skulle ge dessa patienter en laglig och kvalitetssäkrad väg till behandling, i stället för dagens vildvuxna blandning av apoteksjakt, licensimport och utlandsrecept. Den offentliga vården skulle avlastas från en efterfrågan som den offentliga budgeten ändå inte avser att tillgodose.

Slutligen skulle Sverige bli en mer attraktiv lanserings- och leveransmarknad, eftersom företagen får en kommersiell väg in även när förmånsbeslutet dröjer eller uteblir. Därmed minskar risken att Sverige hamnar längst bak i lanseringsordningen. På sikt kan det stärka tillgången till nya läkemedel för alla patienter.



10. MEN TAS BEHOVSPRINCIPEN PÅ ALLVAR?

Det tyngsta motargumentet mot en utbyggd privat betalningsmarknad är att patientens betalningsförmåga kan påverka tillgången till behandling, vilket strider mot behovsprincipen. Den invändningen ska tas på allvar. Samtidigt finns redan en ojämlikhet, som är en direkt konsekvens av en alltför fyrkantig tolkning av den etiska plattformen. Obesitasläkemedel köps av dem som har råd att betala själva, östrogenbristen har gynnat dem som kunnat hitta alternativ och patienter betalar redan en växande del av läkemedelskostnaden ur egen ficka. Oavsett hur goda intentionerna är med de nuvarande principerna för subventionsbeslut, lämnar utfallen en del att önska ur ett jämlikhetsperspektiv.

Frågan är därför inte om privat finansiering skapar skillnader, utan om skillnaderna ska vara oreglerade och osynliga eller transparenta och förenade med tydliga regler. En privat kanal bör komplettera det offentliga systemet. Medicinska behov ska styra prioriteringar i offentlig vård och vid läkemedelsbrist.

Människors vilja att ta ansvar för sin egen hälsa bör välkomnas. Välfärdsstatens betalningsvilja ska inte vara taket för människors ambition att förbättra sina liv.

Ett nej till subvention är ett beslut om hur skattemedel ska användas. Det säger ingenting om vad behandlingen får vara värd för den enskilde. Frågan om vem som betalar måste hållas isär från frågan om behandlingen är medicinskt lämplig. Krav på effekt, säkerhet och ansvarsfull förskrivning ska gälla oavsett finansiering.

Invändningen har dock en starkare form än den som handlar om plånboken. Budgeten är given, och varje krona som läggs på ett läkemedel går inte till något annat. Räknas fler värden än hälsovinsten in kan läkemedel för grupper nära arbetsmarknaden, som vid obesitas, gå före behandlingar för äldre, kroniskt sjuka och andra som står långt från arbetslivet. Den invändningen går inte att vifta bort.

Men den bygger på att vinsterna stannar hos den som behandlas. Den etiska plattformen rangordnar sina principer, och kostnadseffektiviteten kommer sist. Plattformen tillkom för att begränsade resurser ska räcka till så mycket god vård som möjligt, och målet kan rimligen inte vara att det blir mindre vård. När fler kan arbeta ökar produktionen och skatteintäkterna, och det är de pengarna som betalar vården för pensionären och den långtidssjuke. Minskad sjukfrånvaro, färre inläggningar och kortare köer kommer alltså också dem till del. Att produktionsvärdet räknas in betyder heller inte att någon patient prioriteras ned. Värdet ska påverka vilket pris samhället är berett att betala för en behandling. Vem som får den avgörs, precis som i dag, av det medicinska behovet. Vi förnekar inte att läkemedel för arbetsföra grupper i förlängningen kan gynnas. Därför bör produktionsvärdet läggas ovanpå hälsovinsten, aldrig ersätta den, och svårighetsgraden bör även fortsättningsvis väga tyngst.

Obesitasfallet visar samtidigt hur dagens tillämpning slår. TLV konstaterade själv att det finns patientgrupper med stort medicinskt behov, men avslog ändå eftersom subventionen inte gick att avgränsa till dem. Följden är att ingen får läkemedlet betalt av det offentliga, inte heller de svårast sjuka. Hälso- och sjukvårdslagen talar om en vård på lika villkor för hela befolkningen. Att alla får lika lite är knappast vad lagstiftaren hade i tankarna.

Vi ser därför inte privat betalning som en nödlösning. Staten ska ta ansvar för sitt åtagande, men också respektera att människor vill och kan ta ett eget.



11. SCENARIO 2030

Regeringens pågående utredning om ett utökat statligt ansvar för läkemedel kommer sannolikt jämföra sina förslag med konsekvenserna av dagens hantering. Vi gör den jämförelsen redan nu, genom att teckna ett scenario för 2030 vid oförändrad politik. Scenariot är ingen säker prognos. Det bygger på de trender och risker som redovisas i de tidigare kapitlen, och varje antagande kan prövas mot sin källa.

Det medicinska värdet. Tillgänglighetsandelen har fallit från 63 till 49 procent mellan 2018-2024. Om drivkrafterna består, med en amerikansk MFN-politik, hårdare global lanseringsprioriteringar och oförändrad svensk värderingsmetod, fortsätter andelen att falla. Om tappet fortsätter i samma takt ligger Sverige omkring 40 procent 2030. Det är en linjär extrapolation från två mätpunkter och alltså en förenklad prognos. Men givet riktningen är det anmärkningsvärt att det i dag saknas en plan för att bryta utvecklingen. Risken är störst för sällsynta sjukdomar, där Sverige redan i dag ligger lågt. Utredningen om ett utökat statligt ansvar för läkemedel, med delredovisning i juni 2027 och genomförande därefter, hinner i bästa fall påverka slutet av perioden.

Produktionsvärdet. Varje utebliven eller försenad lansering är också en utebliven produktivitetsvinst i form av slutenvård som inte ersätts av tablettbehandling, sjukskrivningar som inte förkortas, anhörigvård som inte avlastas. Samtidigt ökar det demografiska trycket på vården för varje år. Den produktivitetskris som SKR redan beskriver möter då en åldrande befolkning med färre nya behandlingar.

Det strategiska värdet. Regionernas lagerhållningsskyldighet är 2030 fullt införd, men bara för de produkter som fortfarande finns på den svenska marknaden. Om den dubbla

kostnadspressen av lågt pris och beredskapskrav får fler äldre lågmarginalprodukter att avregistreras, vilket i dag är en risk snarare än en belagd trend, kan bristsituationer av östrogentyp återkomma i nya kategorier. Beredskapen existerar då bara på pappret.

Det ekonomiska värdet. Kliniska prövningar och investeringar följer användningen med några års fördröjning. Ett Sverige som 2030 använder en minskande andel av de nya läkemedlen är ett mindre relevant prövningsland, en mindre självklar etableringsort och, i det MFN-präglade läget, en marknad som allt fler företag betjänar sent, motvilligt eller inte alls. Tillverkningen påverkas långsammast, eftersom fabriker byggs för decennier. Men när nästa generation produktionslinjer ska placeras väger hemmamarknaden in, och varje linje som hamnar utomlands minskar både exporten och den kapacitet som beredskapen kan behöva luta sig mot. Signalvärdet av en hemmamarknad som inte använder branschens produkter är 2030 en aktiv belastning i koncerninterna investeringsbeslut.

Den privata marknaden. Utan reglering växer den privata läkemedelsmarknaden driven av obesitasområdet, nya terapiområden som följer samma mönster och en växande grupp patienter som lärt sig att det kostar mer att vänta på ett ja från TLV och NT-rådet. Det subventionerade sortimentet riskerar

då att bli ett andra rangens utbud för dem som inte har råd att betala själva. Ojämlikheten som 2026 var en oavsedd bieffekt kan 2030 ha blivit en etablerad ordning, fortfarande oreglerad och utan någon systematisk uppföljning av vilka patienter som behandlas, hur de svarar på behandlingen och vad den betyder för följdsjukdomar och vårdens övriga kostnader.

Scenariot är inget ödesbestämt förlopp. Varje komponent kan brytas av de reformer nästa kapitel föreslår. Men det är den relevanta jämförelsepunkten för varje sådan reform. Att låta bli att agera betyder att utvecklingen fortsätter åt samma håll som i dag. En fullt kvantifierad version av scenariot, med samhällsekonomiska beräkningar av respektive komponent, publiceras av Synaps i en kommande fördjupningsrapport.



12. REFORMAGENDAN

Analysen mynnar ut i en reformagenda i två spår. Det ena handlar om att det offentliga ska värdera nyttan med läkemedel på ett mer heltäckande sätt. Det andra gäller patientens egenmakt och möjlighet att själv finansiera behandling.

Den personliga handlingsfriheten ska inte vara beroende av att den offentliga betalaren först säger nej.

SPÅR A: PRISSÄTTA RÄTT

Förslag 1. Staten vid förhandlingsbordet, med ett tak för notan. Staten betalar redan läkemedelsförmånen genom läkemedelsbidraget till regionerna, men sitter inte vid bordet när priserna förhandlas. Riksrevisionen konstaterade 2023 att bidraget inte är ett effektivt styrmedel och föreslog att det bakas in i det generella statsbidraget.[58]

Vi drar motsatt slutsats. En stat som betalar bör också förhandla. Staten blir part i ett femårigt avtal med läkemedelsindustrin, där riksdagen fastställer ett tak för hur fort statens nettokostnad för nya, patentskyddade läkemedel får växa per år. Under taket händer ingenting. Över taket betalar industrin tillbaka mellanskillnaden. Staten finansierar nya läkemedel under de första åren efter lansering, och besparingarna när patent löper ut redovisas öppet mot kostnaden för det nya. Generika och biosimilarer undantas.

Det finns förebilder i Europa, exempelvis Storbritanniens VPAG, där återbetalningen 2025 nådde 22,9 procent av försäljningen och nu begränsas till omkring 15 procent.[59] I Frankrike låter parlamentet sätta tröskeln varje år i socialförsäkringsbudgeten,[60]

och i Spanien fanns en BNP-kopplad modell mellan 2015 och 2019.[61] Lärdomarna är att begränsa hur stor andel av försäljningen som kan gå tillbaka till staten, koppla tillväxttaket till BNP och hålla prognoserna uppdaterade.

Modellen flyttar risken för kostnadsökningar från skattebetalarna till industrin och ger staten insyn och patienterna lika tillgång i alla regioner. Den sänker inte regionernas nettokostnad, eftersom de fortsatt ansvarar för rekvisitionsläkemedlen och budgetrisken efter de första åren ligger kvar. Taket gäller hur fort den samlade notan för all förskrivning växer, och det måste sättas så att det ger utrymme för högre betalningsvilja för det nya. Det brittiska exemplet visar vad som händer när återbetalningen saknar en övre gräns.

Förslag 2. Publicera betalningsviljan per svårighetsgrad. Den analysmodell som ligger till grund för svenska subventions- och rekommendationsbeslut går tillbaka till 1997 och vilar på den etiska plattformen, ett riksdagsbeslut som ska behållas. Kritiken gäller tillämpningen.

I dag vet varken företag, patienter eller kliniker vilken kostnad per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår TLV faktiskt accepterar vid en viss svårighetsgrad. Det finns en gräns, men den framgår bara i efterhand av enskilda beslut. Nederländerna publicerar

sina intervall per sjukdomsbörda, 20 000, 50 000 och 80 000 euro per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår, och Norge har i sin prioriteringsmelding slagit fast att betalningsviljan ska stiga med allvarlighetsgraden.[62]

TLV bör göra detsamma utifrån den fyrgradiga skala som redan finns i myndighetens riktlinjer.[63] Då prövas Elaheres 3,3 miljoner kronor per QALY mot en känd gräns, vilket tillåter företaget att anpassa prissättningen i förhand. Den politiska frågan om hur mycket ett levnadsår vid svår sjukdom får kosta blir transparent, för såväl beslutsfattare som medborgare.

Förslag 3. Räkna in alla fyra värdena. Dagens värdering bortser från minskad slutenvård, kortare sjukskrivningar, avlastad anhörigvård, försörjningstrygghet samt prövnings- och investeringsklimat. De två sistnämnda hör hemma på systemnivå snarare än i varje enskilt beslut. I TLV:s nya riktlinjer är ett samhällsekonomiskt perspektiv ett undantag. Det bör i stället vara huvudregel i den hälsoekonomiska kalkylen.

Produktionsvärdet ska vägas in när samhället bedömer vad en behandling är värd. Självklart är det ingenting som ska vägas in när en läkare avgör vilken patient som ska behandlas med vilket läkemedel. Därmed står den etiska plattformens människovärdes- och behovsprinciper fast.

Som komplement bör Försäkringskassan få köpa standardiserade behandlingsförlopp för återgång i arbete inom ramen för Finsam, den finansiella samordning mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, regioner och kommuner som redan finns.[64]

Klimakteriebesvär är den naturliga piloten då det rör en stor grupp mitt i yrkeslivet med ett väldokumenterat inkomstbortfall, och behandlingen är billig.

Förslag 4. Expresslansering. Väntetiden är i dag patientens kostnad. Qalsody-fallet tog tre år från NT-rådets första beställning till ett beslut. Vi föreslår att ett EU-godkänt läkemedel får användas från dag ett, inom förmånen eller på rekvisition i vården, till företagets eget pris, om företaget lämnar in en ansökan om subvention inom 30 dagar från EU-godkännandet.

Det priset är det högsta företaget någonsin får. Ett nationellt beslutsorgan för all vård, en sammanslagning av TLV:s nämnd och NT-rådet, avgör inom 120 dagar från komplett underlag. Slutpriset gäller bakåt från dag ett, och 30–50 procent av betalningen till företaget hålls inne tills beslutet är fattat. Lämnas ansökan senare gäller ingen tillgång från dag ett. Kostnaden under väntetiden bärs av staten, enligt förslag 1.

Vid osäker evidens, som för läkemedel godkända under villkor eller exceptionella omständigheter, blir utfallsavtal standard, med betalning per behandlingsmånad, en stoppregel om effekten uteblir och kvalitetsregister som villkor. Det ger snabb tillgång utan att staten tar prisrisken, vilket var problemet i Qalsody-fallet.

Tiden publiceras per aktör: från EU-godkännande till komplett ansökan (företaget), från komplett ansökan till beslut (beslutsorganet) och från beslut till första användning (regionerna). Då syns företagets fördröjning på samma sätt som myndighetens.

Modellen gör det onödigt med en särskild rätt till retroaktiv ersättning för patienter som har betalat själva. Så länge företaget söker inom 30 dagar behöver patienten aldrig ligga ute med pengar, och ett företag som dröjer med sin ansökan bär själv kostnaden för dröjsmålet. Blir beslutet ett nej fortsätter pågående patienter sin behandling på företagets bekostnad.

Förslag 5. Leveranssäkerhet framför prispress. En lagerhållningsskyldighet hjälper inte om företagen inte vill leverera till Sverige. Kapitel 4 visar att TLV:s egna riktlinjer numera utgår från att ett konkurrenskraftigt pris krävs för leverans vid

global brist, och kapitel 5 att Sverige i dag bara kan använda det verktyget i efterhand, förpackning för förpackning.

Sverige behöver i stället köpa leveranssäkerhet i förväg. För kritiska läkemedel bör periodens vara utses med två vinnare i stället för en, så att ett bortfall inte tömmer marknaden. En leveranssäkerhetspremie bör införas efter Folkhälsomyndighetens antibiotikamodell, där staten garanterar en årlig ersättning mot ett åtagande om tillgång.[65]

Partihandeln bör ersättas per täckningsdag för de lager som beredskapen kräver. Kontrakten behöver också tydligare konsekvenser, eftersom dagens sanktionsavgifter vid utebliven leverans är för låga för att avskräcka. En utpekad myndighet ska ha mandat att väga försörjningstrygghet in i pris- och tillgänglighetsbeslut för kritiska läkemedel, och den svenska hållningen ska samordnas med EU:s Critical Medicines Act.

SPÅR B: TRYGG TILLGÅNG TILL PRIVAT FINANSIERAD BEHANDLING

Förslag 6. En reglerad privat kanal. Receptläkemedel utanför förmånen får redan köpas i Sverige, och offentliga vårdenheter förskriver i dag till exempel obesitasläkemedel som patienten betalar helt själv. Utanför förmånen finns ingen prisinsyn och ingen rätt till utbyte till billigaste likvärdiga alternativ,

och för läkemedel som ges i vården finns ingen väg alls för den som vill betala själv.

Vi föreslår en reglerad privat kanal med fem delar. Apotekens priser och lager utanför förmånen rapporteras till ett gemensamt öppet system, och det lägsta priset i landet visas vid varje expediering. Utbytesrätten utsträcks till läkemedel utanför förmånen, vilket sannolikt kräver lagändring. Alla köp registreras i Nationella läkemedelslistan.

Uppföljningsansvaret ligger hos förskrivaren, med krav på medicinsk indikation, dokumenterad effekt och säkerhet för den avsedda användningen. Kanalen omfattar hela EU, vilket innebär att den som fått en medicinskt motiverad förskrivning ska kunna få ett centralt EU-godkänt läkemedel levererat från ett behörigt apotek i ett annat medlemsland, även om svensk subvention saknas eller lanseringen dröjer. På så vis korsar läkemedel gränsen, medan patienten kan stanna i Sverige. Befintlig rätt till gränsöverskridande recept och köp kvarstår, men reformen gör den användbar i praktiken.[66]

Kanalen villkoras med att strategiskt viktiga läkemedel vid brist fördelas efter behov och inte efter betalning, med förbud mot att privat efterfrågan ger förtur i offentliga köer och med återkommande utvärdering av undanträngningseffekter på

vårdpersonal. En ordnad väg för läkemedel som ges i vården behöver utredas särskilt.

Förslag 7. Ett nej ska ha ett pris. Ett nej från det offentliga är i dag slutet på samtalet. Vi föreslår att varje nej på kostnadseffektivitet ska ange det pris som hade gett ja, ett så kallat referensbelopp. Företaget väljer sedan om det vill acceptera referensbeloppet och få full förmån, eller behålla sitt pris och sälja utanför förmånen i den reglerade privata kanalen, med öppet pris.

Det offentliga betalar då ingenting, och företaget kan inte ta betalt av både staten och patienten för samma användning. Ett nej blir då ett motbud. Referensbeloppet kan TLV börja publicera inom ett år. Samma princip bör gälla NT-rådets rekommendationer för läkemedel som ges i vården.

13. SLUTSATSER

Prispressen som nationell strategi har passerat sitt bäst före-datum. Den byggde på antagandet att Sverige alltid skulle prioriteras oavsett pris. Globala leveranskedjor är ansträngda och konkurrensen om lanseringar har hårdnat, bland annat genom amerikansk referensprissättning, varför antagandet inte längre håller.

Läkemedel bär fyra värden, men styrningen väger främst in ett. Medicinskt värde, produktionsvärde, strategiskt värde och ekonomiskt värde uppstår på olika ställen i samhället och bokförs på olika konton. Ett beslutssystem som främst ser kostnaden per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår riskerar att fatta beslut som undergräver de övriga tre, utan att någon enskild aktör gör fel inom sitt mandat.

Felet ligger i den politiska styrningen, och det är där det måste rättas. Myndigheterna gör det de har fått i uppdrag att göra. Tydligast syns det i det ekonomiska värdet. Prissättningen av läkemedel är också näringspolitik, och den som vill behålla forskning, prövningar och tillverkning i Sverige behöver en hemmamarknad som använder läkemedlen.

Beredskapspolitiken och prispolitiken riskerar att dra åt olika håll. Sverige lagstiftar om läkemedelslager men saknar en samlad modell för att köpa leveranssäkerhet. Den dubbla kostnadspressen av lågt pris och lagerkrav riskerar att driva ut just de basprodukter beredskapen gäller, och TLV:s prishöjningar i enskilda fall ersätter inte ett system.

Betalningsviljan finns, men marknaden för egenfinansierade läkemedel riskerar att bli vildvuxen utan reformer. Patienter betalar redan för obesitasläkemedel utanför

förmånen, och bristsituationer fördelar redan vård efter uthållighet och resurser. Ojämlikheten finns alltså redan, delvis som en konsekvens av prispressen.

Offentligt ansvar och personlig handlingsfrihet ska gå hand i hand. Det offentliga ska värdera läkemedlen efter vad de ger samhället och köpa leveranssäkerhet i förväg. Samtidigt ska människor kunna betala för sin egen behandling i en reglerad kanal. Varje avslag ska ange det pris som hade gett subvention. Ett nej till subvention ska aldrig motiveras med att patienten kan betala själv. Staten ska ta ansvar för sitt åtagande att ge hela befolkningen en god vård på lika villkor, utan att den offentliga betalningsviljan blir ett tak för människors vilja att förbättra sina liv. Reformerna kostar, och regionernas del bör finansieras genom att vård utan dokumenterad patientnytta fasas ut. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att stärka utmönstringen av vård som saknar patientnytta,[67] och det arbetet bör komma före nya avslag för läkemedel som faktiskt gör nytta för patienterna.

OM UNDERLAGET

Rapporten bygger på offentlig statistik och dokumentation från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Rådet för nya terapier (NT-rådet), Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Finansinspektionen och SCB. Den bygger också på den europeiska branschorganisationen EFPIA:s årliga tillgänglighetsmätning, genomförd av analysföretaget IQVIA, och en samhällsekonomisk analys som PwC utfört på uppdrag av Lif, de forskande läkemedelsföretagens branschorganisation. Där branschkällor används anges detta uttryckligen, och rapporten redovisar även de invändningar som riktats mot de viktigaste av dem. Uppgifterna i rapporten avser läget per den 7 oktober 2026.

REFERENSER

1 Dagens Medicin, ”Försäljningen av läkemedel mot obesitas fortsätter att öka”, 9 juli 2026, https://www.dagensmedicin.se/alla-nyheter/lakemedel/forsaljningen-av-lakemedel-mot-obesitas-fortsatter-att-oka/.

2 TLV, Internationell prisjämförelse 2025 – En analys av svenska läkemedelspriser i förhållande till 19 andra europeiska länder, dnr 03747/2025, https://www.tlv.se/download/18.7a82098919b2bdf50062220e/1766398722317/internationell_prisjamforelse_2025.pdf.

3 TLV, Allmänna riktlinjer för subvention och prissättning av läkemedel, beslutade den 11 juni 2026, tillämpas från den 1 oktober 2026, punkt 67, https://www.tlv.se/download/18.55394c5819eafce0e8d39505/1781604557800/allmanna_riktlinjer_for_subvention_och_prissattning_av_lakemedel.pdf.

4 Läkemedelsvärlden, ”Kraftig prishöjning på hormonplåster efter beslut från TLV”, 24 juni 2026, https://www.lakemedelsvarlden.se/kraftig-prishojning-pa-hormonplaster-efter-beslut-fran-tlv/.

5 TLV, Allmänna riktlinjer för subvention och prissättning av läkemedel (2026), avsnitt 6.3, punkt 66, https://www.tlv.se/download/18.55394c5819eafce0e8d39505/1781604557800/allmanna_riktlinjer_for_subvention_och_prissattning_av_lakemedel.pdf.

6 Lif, ”Ny undersökning: Risk för färre nya läkemedel till Sverige till följd av Trumps läkemedelspolitik”, 22 april 2026, med data från GlobalData (branschkälla), https://www.lif.se/nyheter/2026/4/ny-undersokning-risk-for-farre-nya-lakemedel-till-sverige-till-foljd-av-trumps-lakemedelspolitik/.

7 Lif, ”Färre nya läkemedel når svenska patienter”, pressmeddelande 19 maj 2026 (branschkälla), https://www.lif.se/nyheter/2026/5/farre-nya-lakemedel-nar-svenska-patienter/.

8 Regeringen, pressmeddelande ”Regeringen tillsätter en utredning för ett utökat och stärkt statligt ansvar för läkemedel och vaccin”, 26 mars 2026; Dir. 2026:23, beslutat 30 mars 2026, https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/kommittedirektiv/2026/03/dir.-202623.

9 Lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m., 15 §.

10 TLV, Allmänna riktlinjer för subvention och prissättning av läkemedel (2026), avsnitt 3.4.2, punkt 31–32.

11 Prop. 2024/25:167, Hälso- och sjukvårdens beredskap, 30 maj 2025, https://regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2025/05/prop.-202425167; ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) gäller från den 1 januari 2026.

12 EFPIA, Patients W.A.I.T. Indicator 2025 Survey (IQVIA), maj 2026, datauttag 5 januari 2026, https://www.efpia.eu/media/mnfdwzax/efpia-patients-wait-indicator-2025.pdf (branschkälla).

13 EFPIA, Patients W.A.I.T. Indicator 2025 Survey (82 av 168 läkemedel, plats 15 av 36); Läkemedelsvärlden, ”Överdriven varning om sämre tillgång till läkemedel”, 21 maj 2026, https://www.lakemedelsvarlden.se/overdriven-varning-om-samre-tillgang-till-lakemedel/ (63 procent för 2015–2018 samt Karolina Antonovs uttalande).

14 EFPIA, Patients W.A.I.T. Indicator 2025 Survey, diagrammet över särläkemedel utanför cancerområdet (45 produkter, status 5 januari 2026). Om den tyska definitionen: TLV:s Anna Alassaad i Läkemedelsvärlden, ”Överdriven varning om sämre tillgång till läkemedel”, 21 maj 2026.

15 Europeiska unionens råd, pressmeddelande ”Pharma package: Council and Parliament reach a deal”, 11 december 2025, https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2025/12/11/pharma-package-council-and-parliament-reach-a-deal-on-new-rules-for-a-fairer-and-more-competitive-eu-pharmaceutical-sector/; Osborne Clarke, ”EU overhauls pharmaceutical law with sweeping 2026 reform package”, 31 mars 2026, https://www.osborneclarke.com/insights/eu-overhauls-pharmaceutical-law-sweeping-2026-reform-package (artikel 56a; marknadsskyddet enligt artikel 80.2 upphör i medlemslandet).

16 TLV:s Anna Alassaad i Läkemedelsvärlden, ”Överdriven varning om sämre tillgång till läkemedel”, 21 maj 2026, https://www.lakemedelsvarlden.se/overdriven-varning-om-samre-tillgang-till-lakemedel/.

17 Läkemedelsvärlden, ”Östrogenbristen: Nära dubbelt så många licensansökningar”, 13 augusti 2026 (uppgifter från Läkemedelsverket), https://www.lakemedelsvarlden.se/ostrogenbristen-nara-dubbelt-sa-manga-licensansokningar/; Regeringen, ”Uppdrag för att förbättra tillgången till östrogenläkemedel”, 30 april 2026, https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2026/04/uppdrag-for-att-forbattra-tillgangen-till-ostrogenlakemedel/.

18 Socialstyrelsen, ”Fler får hormonbehandling vid klimakteriebesvär – men stora skillnader utifrån socioekonomi”, pressmeddelande 16 april 2026, https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/fler-far-hormonbehandling-vid-klimakteriebesvar--men-stora-skillnader-utifran-socioekonomi/.

19 Community Pharmacy England, ”SSPs for Estradot patches (SSP079–SSP082) further extended”, 10 juli 2026, https://cpe.org.uk/our-news/ssps-for-estradot-patches-ssp079-ssp080-ssp081-ssp082-further-extended/; NBC News, ”FDA claims there’s no estrogen patch shortage as women struggle to get prescriptions filled”, maj 2026, https://www.nbcnews.com/health/womens-health/fda-estrogen-patch-shortage-hormone-therapy-alternatives-rcna344233.

20 TLV, beslut om prishöjning för Estradot (Sandoz), gällande från den 1 juli 2026, återgivet i Läkemedelsvärlden den 24 juni 2026.

21 TLV, Allmänna riktlinjer för subvention och prissättning av läkemedel (2026), punkt 62, 63 och 73.

22 Socialstyrelsen, ”Lagerhållning av sjukvårdsprodukter”, https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/kommuner/lagerhallning-av-sjukvardsprodukter/; Läkemedelsvärlden, ”Nya pengar till regionerna för att bygga beredskap”, 22 december 2025, https://www.lakemedelsvarlden.se/regionerna-ska-bygga-beredskap/ (överenskommelsen mellan staten och SKR för 2026).

23 SOU 2021:19, En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/statens-offentliga-utredningar/en-starkt-forsorjningsberedskap-for-halso-och_h9b319/

html/; TLV, Omsättningslagring av vissa läkemedel för en stärkt försörjningsberedskap, juni 2024, https://www.tlv.se/download/18.135500a318fe7adcaee2b15f/1718018476346/omsattningslagring_av_vissa_lakemedel_for_en_starkt_forsorjningsberedskap.pdf.

24 Regeringen, ”Regeringen ger Folkhälsomyndigheten i uppdrag för att fortsätta säkra tillgången till antibiotika i Sverige”, 9 juni 2026, https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2026/06/regeringen-ger-folkhalsomyndigheten-i-uppdrag-for-att-fortsatta-sakra-tillgangen-till-antibiotika-i-sverige/; Läkemedelsvärlden, ”Folkhälsomyndigheten får nytt uppdrag att säkra antibiotikatillgången”, 11 juni 2026, https://www.lakemedelsvarlden.se/folkhalsomyndigheten-far-nytt-uppdrag-att-sakra-antibiotikatillgangen/.

25 Europeiska kommissionen, förslag till Critical Medicines Act, mars 2025; McCann FitzGerald, ”EU Critical Medicines Act: Political agreement reached – what life sciences companies need to know”, 15 maj 2026, https://www.mccannfitzgerald.com/knowledge/pharma-and-life-sciences/eu-critical-medicines-act-political-agreement-reached-what-life-sciences-companies-need-to-know.

26 TLV, Omsättningslagring av vissa läkemedel för en stärkt försörjningsberedskap, rapport till regeringen, juni 2024, https://www.tlv.se/download/18.135500a318fe7adcaee2b15f/1718018476346/omsattningslagring_av_vissa_lakemedel_for_en_starkt_forsorjningsberedskap.pdf; se även SKR:s remissyttrande över rapporten, https://www.regeringen.se/contentassets/597238ad2dad4e7395bee7db6044df27/sveriges-kommuner-och-regioner-skr.pdf.

27 TLV, Omsättningslagring av vissa läkemedel för en stärkt försörjningsberedskap, rapport till regeringen, juni 2024, https://www.tlv.se/download/18.135500a318fe7adcaee2b15f/1718018476346/omsattningslagring_av_vissa_lakemedel_for_en_starkt_forsorjningsberedskap.pdf; TLV, ”TLV lämnar förslag på lagring av läkemedel för att stärka beredskapen”, 10 juni 2024, https://www.tlv.se/press/nyheter/arkiv/2024-06-10-tlv-lamnar-forslag-pa-lagring-av-lakemedel-for-att-starka-beredskapen.html.

28 Lif, ”Förslag om finansiering av läkemedelslager kan leda till brist”, augusti 2023, https://www.lif.se/nyheter/2023/8/forslag-om-finansiering-av-lakemedelslager-kan-leda-till-brist/.

29 SOU 2026:22, Stärkt läkemedelsförsörjning i samverkan, delbetänkande av utredningen Säkrare tillgång till läkemedel (Dir. 2025:67), mars 2026, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/statens-offentliga-utredningar/starkt-lakemedelsforsorjning-i-samverkan_heb322/html/.

30 TLV, beslut 2026-02-19, dnr 4541/2024 (Wegovy), https://www.tlv.se/download/18.3071d9e219c47c51c086614e/1771852030818/bes260219_wegovy_4541-2024.pdf; Svensk Farmaci, ”Nytt försök: Novo ansöker igen om subvention av Wegovy”, 16 september 2026.

31 Svensk Farmaci, ”Eli Lilly ansöker om att Mounjaro ska subventioneras vid obesitas”, 4 augusti 2026 (ansökan om subvention vid typ 2-diabetes lämnades redan i november 2024 och är under handläggning), https://www.svenskfar-

maci.se/2026/08/04/eli-lilly-ansoker-om-att-mounjaro-ska-subventioneras-vid-obesitas/.

32 Svensk Farmaci, ”Mounjaro har sålts för över två miljarder i Sverige”, 28 september 2026 (E-hälsomyndighetens data), https://www.svenskfarmaci.se/2026/09/28/mounjaro-har-salts-for-over-tva-miljarder-i-sverige/; Svensk Farmaci, ”Kostnaderna för läkemedel mot obesitas rusar för patienter”, 28 maj 2026 (Socialstyrelsen, Nationell utvärdering av vården vid obesitas 2026), https://www.svenskfarmaci.se/2026/05/28/kostnaderna-for-lakemedel-mot-obesitas-rusar-for-patienter/; prisuppgift från apotekens prislistor, september 2026.

33 Hassan Kahal och Chris Walton, ”A critique of semaglutide (Wegovy) for obesity management NICE technology appraisal TA875”, British Journal of Diabetes 2024;24(1):13–15, https://bjd-abcd.com/index.php/bjd/article/download/1183/1499?inline=1 (hälften till två tredjedelar av viktnedgången återkommer inom ett år, STEP 1 och STEP 4).

34 Deutsches Ärzteblatt, G-BA:s beslut att föra upp Wegovy som livsstilsläkemedel, 21 mars 2024, https://www.aerzteblatt.de/n150157; 34 § SGB V (undantaget gäller sedan 2004).

35 HealthTalk, ”DMP anbefaler blå resept for Wegovy etter nytt pristilbud fra Novo Nordisk”, 18 november 2025, https://www.healthtalk.no/fedme-og-overvekt/dmp-anbefaler-bla-resept-for-wegovy-etter-nytt-pristilbud-fra-novo-nordisk/205402.

36 NICE, Technology appraisal guidance TA875, Semaglutide for managing overweight and obesity, 2023, https://www.nice.org.uk/guidance/ta875/chapter/1-Recommendations (högst två år, specialiserad viktvård, BMI 35 eller mer med samsjuklighet, i vissa fall från BMI 30).

37 SKR, Ekonomirapporten oktober 2025. Om kommunernas och regionernas ekonomi, https://extra.skr.se/download/18.1aedb661199ffe20e6b48cbc/1762861859002/Ekonomirapporten%20oktober%202025.pdf; återgiven i Svensk Farmaci, ”Systemfel att plånboken ska styra tillgången till läkemedel”, 24 oktober 2025.

38 SKR, Ekonomirapporten maj 2025, återgiven i Svensk Farmaci, ”Ökade läkemedelskostnader får SKR att varna för risker”, 19 maj 2025, https://www.svenskfarmaci.se/2025/05/19/okade-lakemedelskostnader-far-skr-att-varna-for-risker/.

39 Dagens PS, ”Läkare: TLV:s beslut ifrågasätter läkares yrkesheder”, februari 2026, https://www.dagensps.se/life-science/lakare-tlvs-beslut-ifragasatter-lakares-yrkesheder/; EFN, ”Skarp kritik mot Wegovy-beslutet: ’Misstro mot läkarna’”, februari 2026, https://efn.se/skarp-kritik-mot-wegovy-beslutet-misstro-mot-lakarna.

40 Fridhammar, Haggren, Galavazi, Dahlgren och Steen Carlsson, Samhällsekonomiska kostnader för övervikt och obesitas i Sverige, IHE rapport 2025:7, på uppdrag av Novo Nordisk Scandinavia AB (branschkälla), https://www.novonordisk.se/content/dam/nncorp/se/sv/pdfs/IHE-RAPPORT-2025_7.pdf.

41 TLV, ”Hälsoekonomisk bedömning av Elahere vid ovarial cancer”, 16 mars 2026, https://www.tlv.se/lakemedelsforetag/halsoekonomiska-bedomningar-och-rapporter-kliniklakemedel/arkiv-avslutade-halsoekonomiska-bedomningar/2026-03-16-halsoekonomisk-bedomning-av-elahere-vid-ovarial-cancer.html; NT-rådets negativa rekommendation juni 2026, återgiven av Nätverket mot gynekologisk cancer, 9 juni 2026, https://www.gyncancer.se/2026/06/09/negativ-nt-rekommendation-elahere/.

42 NICE, TA1169, Mirvetuximab soravtansine for treating folate receptor-alpha-positive platinum-resistant epithelial ovarian, fallopian tube or primary peritoneal cancer (finansieras med konfidentiellt avtal), https://www.nice.org.uk/guidance/ta1169; HAS, Elahere (mirvetuximab soravtansine), yttrande 9 april 2025, https://www.has-sante.fr/jcms/p_3601719/en/elahere-mirvetuximab-soravtansine-epithelial-ovarian.

43 Nätverket mot gynekologisk cancer, ”Negativ NT-rekommendation – Elahere”, 9 juni 2026, https://www.gyncancer.se/2026/06/09/negativ-nt-rekommendation-elahere/.

44 Dir. 2026:23, Ett utökat och stärkt statligt ansvar för läkemedel och vaccin, beslutat 30 mars 2026, delredovisning senast den 1 juni 2027 och slutredovisning senast den 31 december 2027.

45 TLV, Gemensam hälsoekonomisk bedömning av Qalsody vid SOD1-ALS inom det nordiska samarbetet JNHB, dnr 2009/2023, 4 februari 2025; Läkemedelsvärlden, ”NT-rådet säger nej till tofersen vid ALS”, 19 maj 2025, https://www.lakemedelsvarlden.se/nt-radet-sager-nej-till-tofersen-vid-als/; Nye metoder (Norge), beslut 16 juni 2025, https://www.nyemetoder.no/metoder/tofersen-qalsody/; Medicinrådet (Danmark), 26 mars 2025, https://medicinraadet.dk/anbefalinger-og-vejledninger/laegemidler-og-indikationsudvidelser/t/tofersen-qalsody-amyotrofisk-lateral-sklerose-als.

46 Samverkan läkemedel/NT-rådet, ”Ny rekommendation från NT-rådet – begränsad användning av ALS-läkemedel”, 11 juni 2026; Svensk Farmaci, ”NT-rådet ändrar sig: vissa ALS-patienter ska få Qalsody”, 12 juni 2026, https://www.svenskfarmaci.se/2026/06/12/nt-radet-andrar-sig-vissa-als-patienter-ska-fa-qalsody/; https://samverkanlakemedel.se/lakemedel---ordnat-inforande/nyheter/nyheter/2026-06-11-ny-rekommendation-fran-nt-radet---begransad-anvandning-av-als-lakemedel.

47 SKR, Ekonomirapporten oktober 2023. Om kommunernas och regionernas ekonomi, s. 62–63, https://primarvardskvalitet.skr.se/download/18.2cc7d1a618b37a2d2ace54/1697554925288/Ekonomirapporten-oktober-2023.pdf.

48 IHE rapport 2025:7 (på uppdrag av Novo Nordisk); Conti, Ginja, Persson m.fl., ”The Menopause Penalty”, 2025.

49 Svensk Farmaci, ”Pfizers beslut: Vi startar inte fler kliniska prövningar i Sverige”, 11 juni 2026, https://www.svenskfarmaci.se/2026/06/11/pfizers-beslut-vi-startar-inte-fler-kliniska-provningar-i-sverige/.

50 Lif, ”Kliniska prövningar” (statistik från Läkemedelsverket, uppdaterad 20 oktober 2025), https://www.lif.se/lakemedelsstatistik/kliniska-provningar/; Fors-

ka!Sverige, Lägesrapport år 2025 (394 ansökningar 2009, 216 år 2023), https://www.forskasverige.se/wp-content/uploads/ForskaSverige-Lagesrapport-2025.pdf.

51 SCB, Export och import av varor, kvartal 4 2024 och januari–december 2024 (läkemedelsexport 150 958 mnkr, import 80 482 mnkr), https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/naringsverksamhet-och-utrikeshandel/utrikeshandel/utrikeshandel-med-varor/pong/statistiknyhet/export-och-import-av-varor-kvartal-4-2024-januaridecember-2024-i-lopande-och-fasta-priser/; PwC Advisory på uppdrag av Lif, Värdet av en stark svensk läkemedelsbransch, 25 maj 2026 (branschkälla), https://www.lif.se/globalassets/pdf/rapporter-externa/pwc/lif---vardet-av-en-stark-svensk-lakemedelsbransch---slutrapport.pdf.

52 AstraZeneca, ”AstraZeneca i Södertälje – en av världens största tillverkningsenheter för läkemedel”, https://www.astrazeneca.se/om-oss/verksamheten-i-sverige/Sodertalje.html (hämtad 7 oktober 2026).

53 Pfizer, ”Pfizer Strängnäs”, https://www.pfizer.se/om-pfizer/verksamhet-historia/produktion-i-strangnas (hämtad 7 oktober 2026).

54 Lif, ”Ännu ett starkt år för svensk läkemedelsexport”, pressmeddelande, https://www.mynewsdesk.com/se/lif/pressreleases/aennu-ett-starkt-aar-foer-svensk-laekemedelsexport-3165105 (avser exportåret 2021).

55 Lif, ”Läkemedel och svensk tillväxt” (branschkälla; 13,6 miljarder kronor i direkta investeringar i forskning och utveckling per år), https://www.lif.se/fokusomraden/en-aktiv-och-hallbar-samhallsaktor/lakemedel-och-svensk-tillvaxt/ (hämtad 7 oktober 2026).

56 PwC Advisory på uppdrag av Lif, Värdet av en stark svensk läkemedelsbransch, 25 maj 2026 (branschkälla); Lif, ”Läkemedelsbranschen – en svensk basnäring”, uppdaterad 28 maj 2026 (branschkälla; bearbetning av SCB-statistik), https://www.lif.se/fokusomraden/en-aktiv-och-hallbar-samhallsaktor/lakemedelsbranschen--en-svensk-basnaring.

57 Om var kliniska prövningar förläggs: Dombernowsky, Haedersdal, Lassen och Thomsen, ”Criteria for site selection in industry-sponsored clinical trials”, Trials 20:708, 2019, https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-019-3790-9.

58 Riksrevisionen, Läkemedelsförskrivningen – statens styrning och tillsyn, RiR 2023:23; regeringens skrivelse 2023/24:122, 27 mars 2024, https://data.riksdagen.se/dokument/HB03122.html.

59 Department of Health and Social Care, 2024 Voluntary Scheme for Branded Medicines Pricing, Access and Growth (VPAG), 2024–2028; ABPI, ”VPAG payment rate for newer medicines will be 14.5% in 2026”, 10 december 2025, https://www.abpi.org.uk/media/news/2025/december/vpag-payment-rate-for-newer-medicines-will-be-145-in-2026/.

60 Charles River Associates, ”Balancing innovation and affordability: What France’s

Social Security Financing Act 2026 means for drug pricing", april 2026 (tröskeln "Montant M" fastställs årligen i LFSS), https://www.crai.com/insights-events/publications/balancing-innovation-and-affordability-what-frances-social-security-financing-act-2026-means-for-drug-pricing/.

61 Ministerio de Sanidad (Spanien), pressmeddelande om avtalet med Farmaindustria, 4 november 2015, https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3826; Vozpópuli, "Farmaindustria concede una prórroga de seis meses al Gobierno para negociar un nuevo convenio", 4 januari 2020, https://www.vozpopuli.com/sanitatem/farmaindustria-prorroga-gobierno-convenio_0_1315369004.html.

62 Zorginstituut Nederland, Ziektelast in de praktijk, 7 maj 2018 (20 000, 50 000 respektive 80 000 euro per QALY vid sjukdomsbörda 0,1–0,4, 0,41–0,7 och 0,71–1,0); Helse- og omsorgsdepartementet (Norge), Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste, behandlad i Innst. 57 S (2016–2017).

63 TLV, Allmänna riktlinjer för subvention och prissättning av läkemedel (2026), punkt 17.

64 Lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser, 1 §.

65 Folkhälsomyndigheten, Tillgänglighet till vissa antibiotika – Slutrapport från en pilotstudie av en alternativ ersättningsmodell, 2023 (pilot 15 juli 2020–31 december 2022, garanterad årlig ersättning om minst 4 miljoner kronor per produkt), https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/68aec2797d1642b9850bba2cd975f6d6/tillganglighet-vissa-antibiotika-slutrapport.pdf.

66 EMA, "Obtaining an EU marketing authorisation, step-by-step", https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory-overview/marketing-authorisation/obtaining-eu-marketing-authorisation-step-step; Your Europe, "Buying medicine in another EU country", https://europa.eu/youreurope/citizens/health/prescription-medicine-abroad (kontrollerad 26 augusti 2026); Lag (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom EES, 5–9 §§; Läkemedelsverket, "Skicka läkemedel med post", uppdaterad 24 oktober 2025, https://fragor.lakemedelsverket.se/org/lakemedelsverket/d/skicka-lakemedel-med-post/.

67 Regeringen (Socialdepartementet), Uppdrag att stärka implementeringen av Socialstyrelsens stöd för utmönstring av vård som saknar patientnytta, regeringsbeslut 7 maj 2026, S2026/00948, https://regeringen.se/contentassets/7c0e93958f0f4ac9a4e8dced649a7380/uppdrag-att-starka-implementeringen-av-socialstyrelsens-stad-for-utmonstring-av-vard-som-saknar-patientnytta.pdf.



Det måste inte stå 200 000 personer i vårdkö

Synaps är en tankesmedja som har bildats för att utveckla och synliggöra de verktyg och metoder som finns för en bättre sjukvård för alla. I dag står hundratusentals i en vårdkö för att vårdsystemets fulla potential inte nyttjas.

Tankesmedjan Synaps kommer visa på hur en strukturell rättighetslagstiftning kan skapa stora positiva effekter för patienters möjligheter till vård i tid.

Synaps



