SVERIGES RIKSDAG

Motion till riksdagen 2026/27:1906

av Oliver Rosengren (M)

Frisk arbetskraft – hur läkemedel och medicinteknik kan stärka arbetslinjen

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över förutsättningarna för att värdet av återgång i arbete ska räknas med som huvudregel i den hälsoekonomiska bedömningen av läkemedel och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att överväga att ge Försäkringskassan och Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga hur stor del av sjukfrånvaron som kan kopplas till behandlingsbara tillstånd som i dag inte behandlas och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över möjligheterna för Försäkringskassan att inom ramen för finansiell samordning medverka i finansieringen av medicinsk behandling med dokumenterad effekt på återgång i arbete och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över förutsättningarna att Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket i varje subventionsbeslut bör redovisa det produktionsvärde som beräknats och publicera de ramar för svårighetsgrad och betalningsvilja som tillämpas, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över förutsättningarna för hur kostnader för läkemedelsförmån och sjukförsäkring kan vägas samman och tillkännager detta för regeringen.

6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över förutsättningarna att pröva ett stegvis införande av subventionerad läkemedelsbehandling mot obesitas genom ett avgränsat pilotprojekt, där introduktionen börjar hos patienter med goda förutsättningar för snabbare samhällsekonomiska effekter och successivt expanderar finansierat med vinsterna, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.

Motivering

Räkna med arbetet när läkemedel värderas

Staten betalade 2024 drygt 51 miljarder kronor i sjukpenning och rehabilitering och ytterligare drygt 51 miljarder i sjuk- och aktivitetsersättning[1]. Samtidigt ska Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) enligt sina allmänna riktlinjer, som gäller från den 1 oktober 2026, som utgångspunkt inte räkna med det ekonomiska värdet av den extra produktion som en patient kan bidra med vid återgång i arbete[2]. Riksrevisionen konstaterade redan 2021 att TLV begär in uppgifter om indirekta kostnader från företagen men inte använder dem som grund för besluten[3]. Regeringen instämde delvis[4], och hållningen är nu inskriven i riktlinjerna.

Skälet är den etiska plattformen, som ska ligga fast: vård ska ges efter behov, inte efter funktion i samhället[5]. Plattformen reglerar dock vilka patienter som ska behandlas, inte vilka kostnader staten får väga in när den förhandlar pris med ett läkemedelsföretag. Ett subventionsbeslut gäller priset på en produkt, och alla patienter får samma läkemedel oavsett om de arbetar eller inte. Nederländerna tillämpar ett samhällsperspektiv som huvudregel utan att ha övergivit vård efter behov[6]. Regeringen har själv skrivit i direktiven till läkemedelsutredningen att produktivitet och arbetskraftsdeltagande är delar av det samhällsperspektiv som staten har ansvar att bevaka[7], och har gett TLV i uppdrag att senast den 1 december 2026 redovisa om en

[1] Prop. 2025/26:1, utgiftsområde 10, tabell 3.1.
[2] TLV (2026), punkt 31–32.
[3] RiR 2021:14.
[4] Skr. 2021/22:43.
[5] Prop. 1996/97:60.
[6] Zorginstituut Nederland (2024).
[7] Dir. 2026:23.

förändrad betalningsvilja skulle påverka tillgången till läkemedel[8]. Regeringen bör därför se över förmånslagen och TLV:s instruktion så att produktionsvärdet räknas med som huvudregel.

Kartlägg sjukfrånvaro som går att behandla

Omkring 1,3 miljoner vuxna lever med obesitas, och andelen som behandlas är enligt Socialstyrelsen låg i förhållande till hur många som har sjukdomen. De 178 000 vuxna som hämtade ut läkemedel 2025 betalade själva 99 procent av kostnaden[9]. Risken för sjukersättning är enligt svenska registerdata nära dubbelt så hög vid BMI 30–35 och tre gånger så hög vid BMI över 35 som vid normalvikt[10]. När TLV avslog subvention för ett obesitasläkemedel i februari 2026 behandlades varken arbete, arbetsförmåga eller sjukskrivning i beslutet[11]. Socialstyrelsens egen kostnadsanalys omfattar bara Försäkringskassans utbetalningar till personer med registrerad obesitasdiagnos och beskrivs av myndigheten som en konservativ uppskattning[12]. Försäkringskassan och Socialstyrelsen bör få i uppdrag att med registerdata kartlägga hur stor del av sjukfrånvaron som kan kopplas till behandlingsbara tillstånd som idag inte behandlas.

Låt Försäkringskassan medverka i finansieringen

Försäkringskassan betalar sjukfrånvaron men kan idag inte finansiera behandling. Bidraget till arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd omfattar enligt 1 § förordningen (2014:67) inte medicinsk eller annan behandling. Lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser ger däremot Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommuner och regioner möjlighet att gemensamt finansiera insatser som syftar till att den enskilde uppnår eller förbättrar sin förmåga att utföra förvärvsarbete. Vid utgången av 2025 fanns 69 samordningsförbund som omfattade 274 kommuner[13].

Klimakteriebesvär är ett lämpligt första område. Registerforskning på svenska och norska data visar att kvinnors arbetsinkomst fyra år efter en klimakterierelaterad diagnos hade fallit med 7,4 procent, och att de kvinnor som fick tillgång till vård när

[8] Regeringen (2026), pressmeddelande 18 juni 2026.
[9] Socialstyrelsen (2026).
[10] Neovius m.fl. (2008).
[11] TLV, beslut 2026-02-19, dnr 4541/2024.
[12] Socialstyrelsen (2026).
[13] Försäkringskassan (2026).

förskrivningen ökade 2018 hade omkring 10 procent högre inkomst under de tre följande åren[14]. Samordningsförbunden bör få pröva att finansiera sådan behandling, och försöket bör utvärderas av Inspektionen för socialförsäkringen eller IFAU innan större steg tas.

Öppen redovisning av TLV:s bedömningar

Riksrevisionen rekommenderade 2021 att TLV skulle utveckla tydligare ramar för bedömningen av sjukdomens svårighetsgrad och kommunicera tillämpningen av det samhällsekonomiska perspektivet tydligare[15]. Det har inte skett. TLV bör i varje subventionsbeslut redovisa vilket produktionsvärde som beräknats och om det påverkat beslutet, och publicera de ramar för svårighetsgrad och betalningsvilja som tillämpas. Det kräver ingen lagändring och ger riksdagen insyn i vad som ligger till grund för besluten.

Ett samlat statligt ansvar

Utredningen om ett utökat och stärkt statligt ansvar för läkemedel och vaccin konstaterar i sina direktiv att finansieringsansvar och förhandlingsmandat inte sammanfaller och att flexibla finansierings- och riskdelningsmodeller behöver utvecklas[16]. Utredningen har däremot inget uppdrag att väga in sjukförsäkringen. När staten tar över ansvaret för läkemedlen bör den kunna bedöma sina kostnader för läkemedel och sjukförsäkring tillsammans, och riskdelningen bör knytas till uppföljning av faktiska utfall i Socialstyrelsens register. Pilot för stegvis introduktion av obesitasläkemedel

Nya läkemedel mot obesitas har potential att förbättra hälsan för stora patientgrupper, men de höga behandlingskostnaderna innebär samtidigt betydande offentligfinansiella utmaningar. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslut att inte inkludera läkemedlet Wegovy i läkemedelsförmånerna togs bland annat med hänvisning till risken för stora kostnader och svårigheterna att säkerställa att subventionen begränsas till avsedda patientgrupper.

Ett alternativ till att antingen subventionera läkemedlen brett eller helt avstå från subvention är att se över förutsättningarna för att pröva ett stegvis införande utifrån

[14] Conti m.fl. (2026).
[15] RiR 2021:14.
[16] Dir. 2026:23.

förväntade samhällsekonomiska effekter. Inom ramen för ett avgränsat pilotprojekt skulle patienter med medicinskt motiverat behandlingsbehov och särskilt goda förutsättningar att snabbt återgå i arbete, minska sin sjukfrånvaro eller öka sin arbetsförmåga kunna erbjudas subventionerad behandling först. Urvalet bör baseras på individuella medicinska bedömningar och dokumenterade förutsättningar för behandlingsnytta. I takt med att vinsterna uppstår finansieras den fortsatta utbyggnaden i som ett slutet system.

Pilotprojektet bör genomföras i samverkan mellan staten och ett begränsat antal regioner. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) bör ges i uppdrag att genomföra en oberoende effektutvärdering och medverka vid utformningen av försöket, så att behandlingens kausala effekter på hälsa, sjukfrånvaro, sysselsättning, arbetsinkomster och offentliga finanser kan identifieras. En randomiserad försöksdesign bör eftersträvas där detta är medicinskt och etiskt försvarbart. Utvärderingen bör särskilt analysera i vilken utsträckning minskade sjukförsäkringsutgifter, ökade skatteintäkter och lägre framtida vårdkostnader kan uppväga läkemedelskostnaderna.

Tidigare tillgång till nya läkemedel med ny modell

Den medicinska utvecklingen innebär att nya läkemedel kan erbjuda betydande behandlingsmöjligheter för patienter med sjukdomar som tidigare varit svåra att behandla. Samtidigt kan det dröja innan ett nytt läkemedel omfattas av högkostnadsskyddet, även efter att det har godkänts för försäljning inom EU.

I Sverige kan godkända läkemedel förskrivas även innan Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) har fattat beslut om subvention. För läkemedel som inte omfattas av läkemedelsförmånerna råder emellertid fri prissättning, och patienten behöver som huvudregel själv bära hela kostnaden. Det innebär att behandling som är medicinskt motiverad i praktiken kan vara ekonomiskt otillgänglig för många patienter.

Tyskland tillämpar genom sitt AMNOG-system en modell där nya läkemedel normalt kan introduceras och ersättas inom den lagstadgade sjukförsäkringen redan innan den slutliga bedömningen av tillkommande medicinsk nytta och förhandlingen om ersättningspris är färdig. Den tyska modellen visar därmed att tillgång till nya behandlingar och den slutliga prisprövningen inte nödvändigtvis behöver ske i samma steg.

Sverige bör överväga en modell där nya EU-godkända läkemedel kan dels göras tillgängliga för patienter till marknadspris under tiden som TLV prövar om de ska omfattas av läkemedelsförmånerna, dels möjliggöra riskdelning mellan företag och det offentliga under den tid som krävs för att ta fram underlag för slutligt subventionsbeslut. Det skulle kunna innebära att patienter ges möjlighet att påbörja medicinskt motiverad behandling, samtidigt som staten inte på förhand förbinder sig att subventionera läkemedlet. Vidare öppnar det upp för att utveckla riskdelningsmodeller som bidrar till att Sverige återigen kan blir attraktivt för tidiga lanseringar.

En sådan ordning behöver utformas så att kostnadsunderlaget kan kontrolleras, läkemedelsföretagens incitament att introducera nya behandlingar upprätthålls och patientsäkerheten värnas. Det bör även prövas om modellen kan bygga på tillfälliga prisöverenskommelser eller andra former av reglerad prissättning i väntan på ett slutligt subventionsbeslut. Syftet bör vara att minska tiden mellan att en ny behandling blir medicinskt tillgänglig och att patienter i praktiken kan få tillgång till den, utan att föregripa TLV självständiga prövning av läkemedlets kostnadseffektivitet och subvention.

Referenser

Conti, Gabriella; Ginja, Rita; Persson, Petra; Willage, Barton (2026). The Menopause 'Penalty' (IFS Working Paper W26/01). Institute for Fiscal Studies, London.

Försäkringskassan (2026). Redovisning av målgrupper och insatser som finansieras av samordningsförbund 2025 (dnr 2025-028680). Försäkringskassan, Stockholm.

Neovius, Martin; Kark, Malin; Rasmussen, Finn (2008). Association between obesity status in young adulthood and disability pension. International Journal of Obesity 32(8), s. 1319–1326.

Regeringen (2026). Dir. 2026:23 Ett utökat och stärkt statligt ansvar för läkemedel och vaccin. Socialdepartementet, Stockholm.

Regeringen (2026). Regeringen ändrar TLV:s uppdrag – ska även analysera betalningsvilja för läkemedel. Pressmeddelande 18 juni 2026.

Regeringens proposition 1996/97:60. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Regeringens proposition 2025/26:1. Budgetpropositionen för 2026, utgiftsområde 10.

Regeringens skrivelse 2021/22:43. Riksrevisionens rapport om statens subventionering av läkemedel.

Riksrevisionen (2021). Mesta möjliga hälsa för skattepengarna – statens subventionering av läkemedel (RiR 2021:14). Riksrevisionen, Stockholm.

Socialstyrelsen (2026). Nationell utvärdering av vården vid obesitas – slutredovisning (2026-5-10248). Socialstyrelsen, Stockholm.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2026). Allmänna riktlinjer för subvention och prissättning av läkemedel, version 1. TLV, Stockholm.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2026). Beslut 2026-02-19, dnr 4541/2024.

Zorginstituut Nederland (2024). Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg, herziene versie 2024. Diemen.

Oliver Rosengren (M)