Lægemiddelstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

5. november 2026
Sagsnr. 2026060857 (LMST)
Sagsnr. 2026083624 (MTN)

Medicintilskudsnævnets indstilling - Revurdering af tilskudsklausul for GLP-1-analoger

Lægemiddelstyrelsen har anmodet os om at revurdere tilskudsklausulen for GLP-1-analogerne dulaglutid (1,5 mg) og semaglutid (Ozempic og Rybelsus). Baggrunden for dette er, at der er kommet ændrede behandlingsanbefalinger. I denne indstilling forholder vi os alene til de ændringer i klausulen, som vi foreslår som følge af ændringer i behandlingsanbefalingerne.

Indstilling

Vi indstiller under henvisning til de kriterier, der gælder ved afgørelse af, om der skal ydes generelt tilskud til et lægemiddel, at GLP-1-analogerne dulaglutid (1,5 mg) og semaglutid (Ozempic og Rybelsus) ændrer tilskudsklausul fra:

"Patienter med type 2-diabetes, hvor SGLT-2-hæmmer ikke kan anvendes på grund af intolerance eller svært nedsat nyrefunktion, og som enten har 1) hjertekar- eller nyresygdom eller 2) mindst tre risikofaktorer for hjertekarsygdom og samtidig utilstrækkelig glykæmisk kontrol med metformin. Alle patienter med type 2- diabetes, som ikke har tilfredsstillende glykæmisk kontrol ved behandling med alle relevante orale antidiabetika, herunder SGLT-2-hæmmer".

til:

Patienter med type 2-diabetes enten som 1) organbeskyttende hvor SGLT-2-hæmmer ikke kan anvendes på grund af intolerance eller svært nedsat nyrefunktion og som har a) hjertekar- eller nyresygdom (eGFR<60 ml/min og/eller albuminuri ≥30 mg/g) eller b) ≥20% kardiovaskulær risiko (SCORE2-Diabetes) med utilstrækkelig glykæmisk kontrol med metformin eller 2) glukosesænkende til patienter med utilstrækkelig glykæmisk kontrol ved behandling med alle relevante orale antidiabetika, herunder SGLT-2-hæmmer.

Sagsfremstilling

Sagsforløb

Lægemiddelstyrelsen afsluttede den 30. april 2024 revurderingen af tilskudsstatus for lægemidler til behandling af diabetes, eksklusive insuliner[a]. Dulaglutid (1,5 mg) og semaglutid (Ozempic og Rybelsus) bevarede generelt klausuleret tilskud, men ændrede tilskudsklausul til den gældende tilskudsklausul.

I oktober 2025 opdaterede Dansk Endokrinologisk Selskab (DES) sin behandlingsvejledning *Type 2 Diabetes* (1), og i maj 2026 opdaterede Medicinrådet *Medicinrådets evidensgennemgang vedrørende antidiabetika til type 2-diabetes* (2,3). Opdateringerne i vejledningerne skyldtes, at der var behov for at belyse hvilke lægemidler, der skal anvendes som 3. eller 4. valg, da den tidligere behandlingsvejledning primært havde fokus på 2. valget efter metformin. Desuden er der sket en ændring i dansk praksis for vurdering af risiko for hjertekarsygdom. Tidligere blev patienter klassificeret som at være i høj risiko for hjertekarsygdom, hvis

[a] Afgørelse om fremtidig tilskudsstatus for lægemidler til behandling af diabetes, eksklusive insuliner, af 30. april 2024. Tilgængelig fra: https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/tilskud/generelle-tilskud/revurdering/status/~/media/6DF988517CC845648AC910AFF94FF613.ashx

de havde mindst tre foruddefinerede risikofaktorer[b]. Nu anvendes SCORE2-Diabetes[c] til at opgøre en patients samlede 10-års risiko for en kardiovaskulær hændelse. I september 2026 udgav Medicinrådet en kort vejledning til praksissektoren med en algoritme for farmakologisk behandling af type 2-diabetes. Denne algoritme tager, til forskel fra Medicinrådets evidensgennemgang og opsummering, også hensyn til priser når lægemidlerne rangeres (4).

Lægemiddelstyrelsen orienterede den 18. juni 2026 relevante virksomheder om, at styrelsen havde besluttet at revurdere tilskudsklausulen for GLP-1-analogerne på baggrund af opdateringerne i behandlingsvejledningerne, og at styrelsen i forbindelse hermed havde bedt om vores vurdering.

Vi har drøftet tilskudsklausulen for GLP-1-analogerne dulaglutid (1,5 mg) og semaglutid (Ozempic og Rybelsus) på vores møde den 22. juni 2026 og den 21. september 2026.

Godkendte indikationer
Ozempic, Rybelsus og Trulicity er godkendt som et supplement til kost og motion til patienter med type 2-diabetes mellitus, som ikke er tilstrækkeligt kontrolleret. Lægemidlerne kan anvendes både som monoterapi, når metformin anses for uhensigtsmæssigt på grund af intolerance eller kontraindikationer, og som supplement til andre lægemidler til behandling af diabetes. Ozempic og Rybelsus er godkendt til behandling af voksne, mens Trulicity er godkendt til behandling af voksne og børn fra 10 år (5,6,7).

Behandlingsanbefalinger
Ifølge DES' vejledning *Type 2 Diabetes* fra 2025 og *Medicinrådets evidensgennemgang vedrørende antidiabetika* fra 2026 består behandling ved type 2-diabetes blandt andet af non-farmakologisk behandling, herunder ernærings- og diætbehandling og rygeafvænning, og af glukosesænkende behandling. Formålet med behandlingen er blandt andet at mindske eventuel symptombyrde og dermed bedre livskvaliteten her og nu samt mindske risikoen for udvikling og progression af diabetiske senkomplikationer (1,2).

Ved behov for farmakologisk behandling af type 2-diabetes afhænger valget af lægemiddel blandt andet af, om patienten

1) samtidig har nyresygdom, hjertesvigt eller iskæmisk hjertekarsygdom,
2) har øget risiko for hjertekarsygdom eller
3) ikke er omfattet af 1 eller 2.

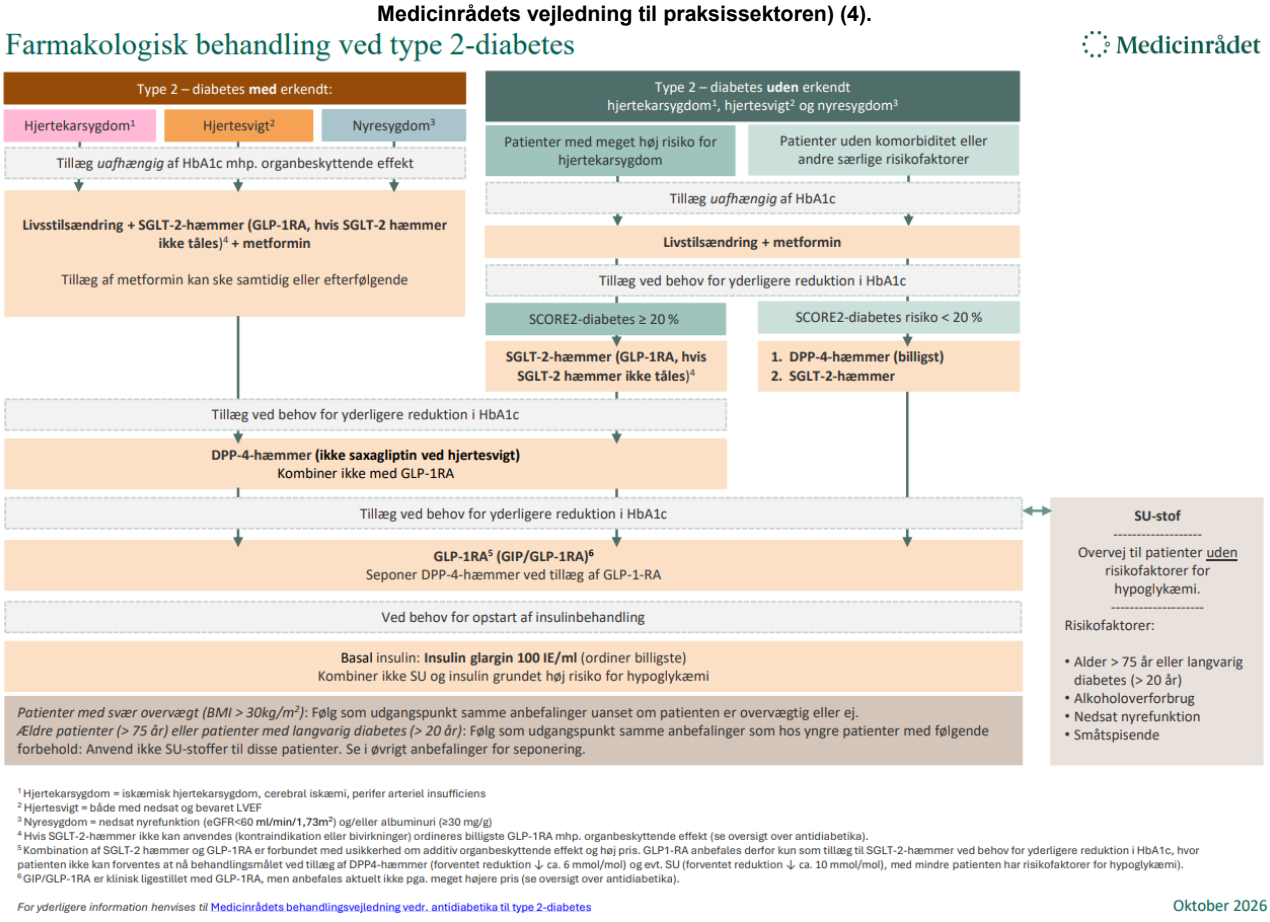
Behandlingsmålet for type 2-diabetes skal individualiseres, hvor der tilstræbes lavest mulig HbA1c uden hypoglykæmi og uhensigtsmæssig polyfarmaci (1,2).

Både DES og Medicinrådet anfører, at første behandlingsvalg ved type 2-diabetes og samtidig nyresygdom, hjertesvigt eller iskæmisk hjertekarsygdom består af både et organbeskyttende lægemiddel (natrium-glukose co-transporter 2 (SGLT-2)-hæmmer eller glukagon-lignende-peptid 1 (GLP-1)-analog) og metformin. Medicinrådet anfører endvidere, at tirzepatid, der er et glukose-afhængigt insulinotropisk polypeptid/glukagonlignende-peptid-1receptoragonist (GIP/GLP-1-analog), kan anvendes som et ligestillet alternativ til GLP-1-analog. Både DES og Medicinrådet anfører, at den organbeskyttende effekt er uafhængig af effekten på den glykæmiske kontrol, og denne behandling bør initieres uanset HbA1c-niveau og må ikke forsinkes af optitrering af metformin. Metformin kan tillægges efter opstart af organbeskyttende behandling (1,2,3).

[b] Mandligt køn, alder >60 år, hypertension trods behandling, forhøjet LDL-kolesterol trods behandling, familiær disposition til tidlig hjerte-kar-sygdom eller betydelig rygehistorik.
[c] Systematic Coronary Risk Evaluation 2-Diabetes.

Medicinrådets algoritme til praksissektoren er vist i Figur 1 nedenfor (4):

Figur 1: Algoritme for farmakologisk glukosesænkende behandling af type 2-diabetes (gengivet fra Medicinrådets vejledning til praksissektoren) (4).



Organbeskyttelse

Patienter med nyresygdom

DES anbefaler behandling med SGLT-2-hæmmer eller GLP-1-analog hos patienter med nyresygdom (defineret som nedsat nyrefunktion med eGFR<60 ml/min og/eller albuminuri ≥30 mg/g). DES anfører, at disse lægemidler reducerer risikoen for progression af nyresygdommen, hvorfor der bør opstartes behandling med ét af disse præparater samtidig med metformin uafhængigt af HbA1c. Behandling med SGLT-2-hæmmer kan initieres ned til eGFR på 20 ml/min, men har begrænset glukosesænkende effekt ved eGFR<45 ml/min (1). Medicinrådet anbefaler at anvende SGLT-2-hæmmer i denne patientgruppe med henblik på at forebygge yderligere progression af nyresygdom. Medicinrådet skriver i sin evidensgennemgang, at GIP/GLP-1-analog eller GLP-1-analog kan overvejes som alternativ nyrebeskyttende lægemiddel, hvis patienten ikke kan tåle SGLT-2-hæmmer. I sin algoritme til praksissektoren skriver Medicinrådet videre, at GIP/GLP-1-analog er klinisk ligestillet med GLP-1-analog, men er aktuelt ikke anbefalet på grund af meget højere pris (3,4).

Patienter med hjertesvigt

DES anbefaler behandling med SGLT-2-hæmmer hos patienter med hjertesvigt (både ved reduceret og bevaret venstre ventrikels ejektionsfraktion) og anfører, at SGLT-2-hæmmer har vist at reducere mortalitet og risiko for indlæggelse på baggrund af hjertesvigt (1). Også Medicinrådet anbefaler at anvende SGLT-2-hæmmer i denne patientgruppe med henblik på at forebygge forværring af hjertesvigt (3,4). En GLP-1-analog kan anvendes, hvis SGLT-2-hæmmer ikke tåles (4).

Patienter med iskæmisk hjertekarsygdom
DES anbefaler behandling med SGLT-2-hæmmer eller GLP-1-analog hos patienter med iskæmisk hjertekarsygdom og anfører, at behandling med disse lægemidler har vist at reducere mortalitet og progression af iskæmisk hjertesygdom, hvorfor der bør opstartes behandling med ét af disse lægemidler samtidig med metformin (1). Medicinrådet ligestiller i sin opsummering af evidensgennemgangen GIP/GLP-1-analog, GLP-1-analog eller SGLT-2-hæmmer i denne patientgruppe med henblik på at forebygge yderligere alvorlige kardiovaskulære hændelser (3). På grund af prisforskellen anbefaler Medicinrådet i sin algoritme til praksissektoren at anvende en SGLT-2-hæmmer, mens en GLP-1-analog kan anvendes, hvis SGLT-2-hæmmer ikke tåles (4).

Patienter med øget risiko for kardiovaskulær sygdom
DES anfører, at der for patienter med øget kardiovaskulær risiko er studier, der tyder på en hjertebeskyttende effekt ved behandling med SGLT-2-hæmmer eller GLP-1-analog, omend evidensen ikke er så stærk som for patienter med iskæmisk hjertesygdom. Behandling med SGLT-2-hæmmer eller GLP-1-analog er derfor et rationelt andetvalg i tillæg til metformin, hvis der er behov for at forbedre den glykæmiske kontrol hos patienter i høj eller meget høj kardiovaskulær risiko estimeret f.eks. vha. SCORE2-Diabetes[d]. SCORE2-Diabetes er et prædiktionsværktøj valideret til at kunne prædiktere 10-års risikoen for udvikling af en kardiovaskulær hændelse hos patienter med type 2-diabetes på baggrund af bopælsland, køn, alder, alder ved diabetesdebut, rygestatus, systolisk blodtryk, totalt kolesterol, HDL, HbA1c og eGFR (1). Patienter med høj eller meget høj risiko kardiovaskulær risiko vil have en 10-års risiko på henholdsvis 10 - < 20% og ≥20%.

Medicinrådet anbefaler i sin opsummering af evidensgennemgangen, at patienter med meget høj risiko for hjertekarsygdom og med behov for yderligere reduktion i HbA1c anvender GIP/GLP-1-analog, GLP-1-analog eller SGLT-2-hæmmer i tillæg til metformin, men på grund af prisen anbefaler Medicinrådet i sin algoritme til praksissektoren at vælge en SGLT-2-hæmmer til denne patientgruppe, mens en GLP-1-analog kan anvendes, hvis SGLT-2-hæmmer ikke tåles. Meget høj risiko for hjertekarsygdom defineres som en 10 års risiko for en større kardiovaskulær hændelse på mindst 20% vurderet med SCORE2-Diabetes[d]. Denne grænse er dermed anderledes end DES' grænse, der som beskrevet ovenfor er mindst 10%. Medicinrådet begrunder valget af denne cufoff grænse ud fra sin evidensgennemgang samt sit tillæg til evidensgennemgangen *Bilag 4: Medicinrådets netværksmetaanalyser*, hvor effekten af forskellige lægemiddelgrupper er analyseret i forskellige patientgrupper med forskellige baselinerisiko for kardiovaskulær sygdom (3,4,8).

Intensivering af glukosesænkende behandling
Patienter uden øget risiko for kardiovaskulær sygdom
Ifølge DES er metformin første behandlingsvalg hos patienter med type 2-diabetes uden nyresygdom, hjertesvigt eller iskæmisk hjertekarsygdom og i lav eller middel kardiovaskulær risiko (svarende til 10-års risiko på henholdsvis <5% og 5 - < 10%). Ved behov for yderligere intensivering af den glukosesænkende behandling tillægges øvrige antidiabetika efter en individuel vurdering af lægemidlernes egenskaber og patientens komorbiditeter og præferencer (1). Medicinrådet anbefaler i sin opsummering af evidensgennemgangen, at patienter, som ikke har nået behandlingsmålet for HbA1c og som har SCORE2-Diabetes < 20%, anvender enten DPP-4-hæmmer, GIP/GLP-1-analog, GLP-1-analog eller SGLT-2-hæmmer ved behov for intensivering af den glukosesænkende behandling. På grund af prisen anbefaler Medicinrådet i sin algoritme til praksissektoren, at en DPP-4-hæmmer vælges først ved behov for intensivering af den glukosesænkende behandling og derefter en SGLT-2-hæmmer. SU'erne er ikke længere ligestillet med de øvrige lægemiddelgrupper, men kan fortsat overvejes ved behov for yderligere glukosesænkende behandling hos patienter uden risikofaktorer for at udvikle hypoglykæmi (3,4).

[d] 10-års risiko for udvikling af hjertekarsygdom: lav: <5%, middel: 5-<10%, høj: 10-<20% og meget høj: ≥20%.

Patienter i organbeskyttende behandling
Medicinrådet anfører i sin opsummering af evidensgennemgangen, at tillæg af DPP-4-hæmmer til SGLT-2 hæmmer kan overvejes hos patienter med nyresygdom, hjertesvigt eller iskæmisk hjertekarsygdom samt patienter med meget høj risiko for hjertekarsygdom (SCORE2-Diabetes ≥ 20%) og med behov for yderligere reduktion af HbA1c. Hos patienter med hjertesvigt er GIP/GLP-1-analog og GLP-1-analog anbefalet på lige fod med DPP-4-hæmmer. På grund af prisen anbefaler Medicinrådet i sin algoritme til praksissektoren, at en DPP-4-hæmmer vælges før GLP-1-analog for alle disse patientgrupper. SU'erne er ikke længere ligestillet med øvrige lægemiddelgrupper, men kan fortsat ved behov for yderligere glukosesænkende behandling hos patienter uden risikofaktorer for at udvikle hypoglykæmi (3,4).

Generelt om intensivering af glukosesænkende behandling uanset patientgruppe
Medicinrådet skriver i en fodnote i sin algoritme til praksissektoren, at kombination af SGLT-2 hæmmer og GLP-1-analog er forbundet med usikkerhed om additiv organbeskyttende effekt og høj pris. GLP1-analog anbefales derfor kun som tillæg til SGLT-2-hæmmer ved behov for yderligere reduktion i HbA1c, hvor patienten ikke kan forventes at nå behandlingsmålet ved tillæg af DPP4-hæmmer (forventet reduktion ca. 6 mmol/mol) og evt. SU (forventet reduktion ca. 10 mmol/mol), medmindre patienten har risikofaktorer for hypoglykæmi (4).

Priser
I perioden 17. august 2026 - 8. november 2026 var den gennemsnitligt laveste behandlingspris for GLP-1-analogerne dulaglutid (1,5 mg) og semaglutid (Ozempic (0,25 mg, 0,5 mg og 1,0 mg) og Rybelsus) 28,18 kr. - 30,18 kr. per dag. Den gennemsnitlig laveste listepris for Ozempic 2,0 mg var 67,52 kr. per dag. Ozempic 2,0 mg får per 9. november 2026 generelt klausuleret tilskud til en forhandlet fortrolig pris til samme tilskudsklausul som de øvrige GLP-1-analoger omfattet af denne indstilling. I vores begrundelse nedenfor henviser vi til priserne for dulaglutid (1,5 mg) og semaglutid (0,25 mg, 0,5 mg og 1,0 mg Ozempic og Rybelsus) på 28,18 kr. - 30,18 kr. per dag.

Behandlingsprisen for SGLT-2-hæmmerne dapagliflozin, canagliflozin og empagliflozin, der har generelt tilskud, var 11,89 kr. - 16,66 kr. per dag, mens priserne for DPP-4-hæmmerne sitagliptin og vildagliptin med generelt tilskud var 1,13 kr. - 1,82 kr. per dag. For de SU'er med generelt tilskud var 0,73 kr. - 1,54 kr. per dag.

Se detaljeret priseoversigt i Bilag A.

Begrundelse
Vi indstiller, at GLP-1-analogerne dulaglutid (1,5 mg) og semaglutid (Ozempic og Rybelsus) ændrer tilskudsklausul til:

Patienter med type 2-diabetes enten som 1) organbeskyttende hvor SGLT-2-hæmmer ikke kan anvendes på grund af intolerance eller svært nedsat nyrefunktion og som har a) hjertekar- eller nyresygdom (eGFR<60 ml/min og/eller albuminuri ≥30 mg/g) eller b) ≥20% kardiovaskulær risiko (SCORE2-Diabetes) med utilstrækkelig glykæmisk kontrol med metformin eller 2) glukosesænkende til patienter med utilstrækkelig glykæmisk kontrol ved behandling med alle relevante orale antidiabetika, herunder SGLT-2-hæmmer.

Denne klausul adskiller sig fra den gældende klausul i forhold til metode til vurdering af patienter med øget kardiovaskulær risiko. Vores begrundelse nedenfor omhandler derfor dette punkt. Derudover er der ændringer i behandlingsvejledningerne i relation til relevante behandlingsalternativer til GLP-1-analoger hos

patienter med behov for intensivering af den glukosesænkende behandling, hvilket vi også adresserer i begrundelsen.

Patienter med øget kardiovaskulær risiko vurderet ud fra SCORE2-Diabetes
For patienter med øget kardiovaskulær risiko, vurderer vi, at prisen på 28,18 kr. - 30,18 kr. per dag for GLP-1-analogerne dulaglutid (1,5 mg) og semaglutid (Ozempic og Rybelsus) udelukkende står i rimeligt forhold til den behandlingsmæssige værdi for patienter med meget høj risiko for hjertekarsygdom defineret som en 10 års risiko for en større kardiovaskulær hændelse på mindst 20% vurderet med SCORE2-Diabetes, som ikke kan anvende en SGLT-2-hæmmer, og som har utilstrækkelig glykæmisk kontrol med metformin. Vi lægger i denne vurdering vægt på Medicinrådets anbefaling om at anvende organbeskyttende behandling med SGLT-2-hæmmer, GLP-1-analog eller GIP/GLP-1-analog i tillæg til metformin hos patienter med meget høj risiko på mindst 20% for kardiovaskulær hændelse målt med SCORE2-Diabetes og med samtidig behov for yderligere reduktion af HbA1c. Vi er opmærksomme på, at DES anbefaler behandling med SGLT-2-hæmmer eller GLP-1-analog hos patienter med en kardiovaskulær risiko på mindst 10% vurderet med SCORE2-Diabetes. I vores vurdering lægger vi vægt på, at Medicinrådets anbefaling er baseret på omfattende analyser, hvor effekten af forskellige lægemiddelgrupper er undersøgt i forskellige patientgrupper med forskellige baselinerisiko for kardiovaskulær sygdom.

Vi er opmærksomme på, at der vil være patienter med øget kardiovaskulær risiko, der aktuelt er i behandling med en GLP-1-analog med tilskud, og som med dette forslag fremover ikke vil opfylde betingelserne for at få tilskud. Vi vurderer, at disse patienter som udgangspunkt kan skifte behandling til et andet lægemiddel med generelt tilskud og fortsat nå behandlingsmålet.

Relevante behandlingsalternativer til GLP-1-analoger hos patienter med behov for intensivering af den glukosesænkende behandling
For alle patientgrupper med behov for intensivering af den glukosesænkende behandling vurderer vi, at behandlingsprisen på 28,18 kr. - 30,18 kr. per dag for disse GLP-1-analoger udelukkende står i et rimeligt forhold til den behandlingsmæssige værdi for patienter, som ikke har tilfredsstillende glykæmisk kontrol ved behandling med metformin, DPP-4-hæmmer, SGLT-2-hæmmer og eventuelt SU, som vi vurderer, er de relevante behandlingsalternativer. Vi lægger vægt på, at Medicinrådet i sin evidensgennemgang for alle patientgrupper med behov for yderligere reduktion i HbA1c anbefaler tillægsbehandling med DPP-4-hæmmer enten som andet eller tredjevalg. Vi lægger i vores vurdering endvidere vægt på, at den samlede behandlingspris på 1,13 kr. - 1,82 kr. per dag for en DPP-4-hæmmer med generelt tilskud, 11,89 kr. - 16,66 kr. per dag for en SGLT-2-hæmmer med generelt tilskud og 0,73 kr. - 1,54 kr. per dag for SU med generelt tilskud er lavere end behandlingsprisen på 28,18 kr. - 30,18 kr. per dag for en GLP-1-analog.

Vi vurderer, at SU ikke er en relevant behandlingsmulighed for patienter med risikofaktorer for hypoglykæmi, og derfor bør forudgående behandling med SU hos disse patienter ikke være en betingelse for at kunne få tilskud til en GLP-1-analog. Vi lægger i denne vurdering vægt på, at Medicinrådet ikke længere ligestiller SU med de øvrige lægemiddelgrupper på grund af risiko for hypoglykæmi. Vi vurderer, at dette er dækket af tilskudsklausulens formulering om ”alle relevante orale antidiabetika”, som giver lægen mulighed for at vurdere, at SU ikke er en relevant behandling hos patienter med risikofaktorer for hypoglykæmi.

Vi er opmærksomme på, at Medicinrådet i en fodnote i sin algoritme til praksissektoren giver mulighed for at anvende en GLP-1-analog i tillæg til SGLT-2-hæmmer ved behov for yderligere reduktion i HbA1c, hvor patienten ikke kan forventes at nå behandlingsmålet ved tillæg af DPP-4-hæmmer (forventet reduktion ca. 6 mmol/mol) og evt. SU (forventet reduktion ca. 10 mmol/mol) medmindre patienten har risikofaktorer for hypoglykæmi. Vi vurderer, at langt de fleste patienter kan opnå en tilfredsstillende reduktion i HbA1c med kombinationsbehandling af metformin, SGLT-2-hæmmer, DPP-4-hæmmer og eventuelt SU, og denne behandling derfor i udgangspunktet bør være forsøgt i tilstrækkeligt omfang, før behandling med en GLP-1-

analog med tilskud overvejes. Fodnotens mulighed bør derfor efter vores vurdering kun anvendes undtagelsesvist, hvilket vi vurderer er dækket af tilskudsklausulens formulering om ”alle relevante orale antidiabetika”.

Vi vurderer, at der ikke er forhold, der gør sig gældende for disse GLP-1-analoger, som betyder, at lægemidlerne ikke kan have generelt klausuleret tilskud.

På nævnets vegne



Palle Mark Christensen
Formand

Referencer

[1] Dansk Selskab for Almen Medicin og Dansk Endokrinologisk Selskab. Type 2-diabetes. Opdateret oktober 2025. Besøgt 2. november 2026. Tilgængelig fra: https://endocrinology.dk/nbv/diabetes-melitus/behandling-og-kontrol-af-type-2-diabetes/

[2] Medicinrådet. Medicinrådets evidensgennemgang vedrørende antidiabetika til type 2-diabetes. Version 2.1. Opdateret 1. september 2026. Besøgt 2. november 2026. Tilgængelig fra: https://medicinraadet.dk/anbefalinger-og-vejledninger/behandlingsvejledninger-og-laegemiddelrekommandationer/type-2-diabetes

[3] Medicinrådet. Opsummering af Medicinrådets evidensgennemgang vedrørende antidiabetika til type 2-diabetes. Version 2.1. Opdateret 1. september 2026. Besøgt 2. november 2026. Tilgængelig fra: https://medicinraadet.dk/anbefalinger-og-vejledninger/behandlingsvejledninger-og-laegemiddelrekommandationer/type-2-diabetes

[4] Medicinrådet. Algoritme – farmakologisk behandling ved type 2-diabetes. Offentliggjort: 1. september 2026. Opdateret 28. oktober 2026. Besøgt 2. november 2026. Tilgængelig fra: https://medicinraadet.dk/anbefalinger-og-vejledninger/behandlingsvejledninger-og-laegemiddelrekommandationer/type-2-diabetes

[5] Produktresumé for Ozempic. European Medicines Agency. Offentliggjort: 21. februar 2018. Opdateret 25. august 2026. Besøgt: 2. november. Tilgængelig fra: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/ozempic

[6] Produktresumé for Rybelsus. European Medicines Agency. Offentliggjort: 27. maj 2020. Opdateret 22. april 2026. Besøgt: 2. november 2026. Tilgængelig fra: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/rybelsus

[7] Produktresumé for Trulicity. European Medicines Agency. Offentliggjort: 19. december 2014. Opdateret 30. januar 2026. Besøgt: 8. juli 2026. Tilgængelig fra: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/trulicity

[8] Medicinrådet. Bilag 4: Medicinrådets netværksmetaanalyser. Version 2.0. Opdateret 28. maj 2026. Besøgt 2. november 2026. Tilgængelig fra: https://medicinraadet.dk/anbefalinger-og-vejledninger/behandlingsvejledninger-og-laegemiddelrekommandationer/type-2-diabetes

Medicintilskudsnævnet
Sekretariatet - Axel Heides Gade 1 – 2300 København S

5. november 2026
Sagsnr. 2026060857 (LMST)
Sagsnr. 2026083624 (MTN)

Prisoversigt for markedsførte antidiabetika i ATC-gruppe A10B

Behandlingspriserne per døgn er baseret på de gennemsnitligt laveste enhedspriser (for tilskudsberettigede lægemidler: tilskudspriser) over 6 pris-perioder og beregnet i overensstemmelse med Lægemiddelstyrelsens vejledning af 10. juni 2025 nr 9522 for vurdering og sammenligning af lægemidler ved revurdering af lægemidlers tilskudsstatus.

Generelt tilskud
Klausuleret tilskud
Ikke tilskud

Gennemsnitlig laveste behandlingspris per døgn, beregnet over 6 prisperioder (periodestart fra 17/8 til 26/10 - 2026)

1. ATC	2. Lægemiddelstof/ gruppe	3. Anvendt dosis[1]	4. Lægemiddelform	5. Styrke(r)	6. Gns. laveste enhedspris (kr.)	7. Gns. laveste behandlingspris (per døgn) (kr.)
A10BA	**Biguanider**					
A10BA02	Metformin	1000 - 2000 [3]	Tabletter	1000 mg	0,58	0,38 - 1,16
			Tabletter	500 mg 850	0,19 / 0,17	
			Depottabletter	500 mg 1000	0,58 / 0,68	0,68 1,36
A10BB	**Sulfonylurinstoffer**					
A10BB09	Gliclazid	30 [2]	Tabletter m. mod. udløsning	30 mg	0,73	0,73
A10BB12	Glimepirid	3 [2]	Tabletter	1 mg 2	1,10 / 1,27	
			Tabletter	3 mg 4	1,54 / 0,86	1,54
A10BD	**Kombination af orale blodglukosesænkende midler**					
A10BD07	Metformin + sitagliptin	2000+100 mg [3]	Tabletter	1000+50 mg	0,52	1,04
			Tabletter	850+50 mg	0,58	
A10BD08	Metformin + vildagliptin	2000+100 mg [3]	Tabletter	1000+50 mg	3,18	6,36
			Tabletter	850+50 mg	1,69	
A10BD13	Metformin + alogliptin	2000+25 mg [3]	Filmovertrukne tabl.	1000+12,5 mg	5,48	10,96
			Filmovertrukne tabl.	850+12,5 mg	5,48	
A10BD15	Metformin + dapagliflozin	2000+10 mg [3]	Filmovertrukne tabl.	1000+5 mg	6,87	13,74
			Filmovertrukne tabl.	850+5 mg	6,51	
A10BD16	Metformin + canaglifozin	2000+100-300 [3]	Filmovertrukne tabl.	1000+50/150 mg	8,86	17,72
A10BD20	Metformin + empagliflozi	2000+10/25 [3]	Filmovertrukne tabl.	1000+5/12,5 mg	6,83 / 6,59	13,66 - 13,18
A10BH	**DPP-4-hæmmere**					
A10BH01	Sitagliptin	100 [2]	Tabletter	100 mg	1,13	1,13

			Tabletter	25 mg	50	0,67 / 0,57		
A10BH02	Vildagliptin	100	Tabletter	50 mg		0,91	1,82	
A10BH03	Saxagliptin	5 [2]	Tabletter	5 mg		12,35	12,35	
			Tabletter	2,5 mg		14,81		
A10BH04	Alogliptin	25 [2]	Filmovertrukne tabl.	25 mg		10,20	10,20	
			Filmovertrukne tabl.	6,25 mg	12,5	10,95 / 10,39		
A10BH05	Linagliptin	5 [2]	Tabletter	5 mg		12,61	12,61	
A10BJ	**GLP-1-analoger og GIP/GLP-1-analoger**							
A10BJ02	Liraglutid	1,8 [2]	Inj,væske, opl., pen	6 mg/ml		113,28 / 149,19	33,98 / 44,76	
A10BJ05	Dulaglutid (ugentligt)	1,5 [2]	Inj.væske, opl., pen	0,75 mg	1,5	288,58 / 197,25	41,23 - 28,18	
			Inj.væske, opl., pen	3 mg	4,5	222,07 293,59	31,72 / 41,94	
A10BJ06	Semaglutid (ugentligt)	0,5 - 1 [2]	Inj.væske, opl., pen	0,5 mg	1	206,24 / 199,60	29,46 - 28,51	
			Inj.væske, opl., pen	0,25 mg	2	211,28 / 472,61	30,18 / 67,52	
	Semaglutid	7 - 14 [2]	Tabletter	7 /	14	28,31 / 27,90	28,31 - 27,90	
			Tabletter	3		25,56		
		4 - 9 [2]	Tabletter	4 /	9	29,92 29,54	29,92 - 29,54	
			Tabletter	1,5		29,39		
A10BX16	Tirzapatid (ugentlig)	10 - 15 [2]	Inj.væske, opl., pen	2,5 /	5	393,54 / 538,77	56,22 / 76,97	
			Inj.væske, opl., pen	7,5 /	10	752,76 / 693,70	107,54 / 99,10	
			Inj.væske, opl., pen	12,5 /	15	961,35 / 961,27	137,34 / 137,32	
A10BK	**SGLT-2-hæmmere**							
A10BK01	Dapagliflozin	10 [2]	Filmovertrukne tabletter	5 / 10		15,35 / 15,35	15,35	
A10BK02	Canagliflozin	100 - 300 [2]	Filmovertrukne tabletter	100 / 300		11,89 / 16,66	11,89 - 16,66	
A10BK03	Empagliflozin	10 - 25 [2]	Filmovertrukne tabletter	10 / 25		14,93 / 13,86	14,93 - 13,86	
A10BX	**Andre blodglukosesænkende midler, ekskl. insuliner**							
A10BX02	Repaglinid	3 [4]	Tabletter	0,5 /	2	1,98 / 2,26	8,07	
			Tabletter	1		2,69		

Noter/forklaringer:

1	Medmindre andet er angivet, kan der doseres én gang dagligt
2	Dosering fra Medicinrådets evidensgennemgang vedrørende antidiabetika til type 2-diabetes, maj 2026
3	Doseres 2 gange dagligt
4	Doseres 3 gange dagligt