



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref
2026/1988

Vår ref
26/529-

Dato
17. februar 2026

**Dokument 8:93 S (2025-2026) Representantforslag fra
stortingsrepresentantene Ida Lindtveit Røse, Georg Gulli og Jonas
Andersen Sayed**

Jeg viser til brev av 3. februar 2026 fra Stortingets helse- og omsorgskomiteé, hvor det bes om min uttalelse til Dokument 8:93 S (2025–2026) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ida Lindtveit Røse, Georg Gulli og Jonas Andersen Sayed.

Representantforslaget lyder som følger:

«1. Stortinget ber regjeringen så raskt som mulig innføre et nasjonalt program for røykeslutt.
2. Stortinget ber regjeringen finansiere et nasjonalt program for røykeslutt, ved å fremme forslag om å utvide eksisterende sektoravgift for tobakk tilsvarende kostnaden.»

Jeg setter pris på at representantene retter oppmerksomhet mot røykingens negative påvirkning på folkehelsen og behovet for å hjelpe dem som ønsker å slutte. Samtidig må forslag med budsjettmessige virkninger vurderes og håndteres i de ordinære budsjettprosessene på vanlig måte.

Tobakkspolitikken består av flere virkemidler som sammen skal gi støtte og insentiv til røykeslutt. Et målrettet virkemiddel er særavgiften på tobakksvarer som bidrar til at prisene i større grad inkluderer kostnadene bruken påfører samfunnet. Særavgiften øker prisen på tobakksvarer. Dette bidrar til redusert forbruk av tobakk, slik at de helsemessige skadene fra bruk av tobakk reduseres.

Rundt 95 000 krefttilfeller kan unngås de neste 30 årene dersom alle slutter å røyke. For å snu trenden med røykerelatert kreft raskest mulig, må vi ifølge Kreftregisteret få enda flere

50- og 60-åringer til å slutte å røyke. I regjeringens tobakksstrategi fra 2023 er et av tiltakene at regjeringen vil etablere et nasjonalt røykesluttprogram. Et slikt program er også omtalt i Nasjonal Kreftstrategi (2025–2035). Når det gjelder finansieringen av et nasjonalt program for røykeslutt, er dette et budsjettspørsmål som må håndteres i de ordinære budsjettprosessene.

Når det gjelder representantenes forslag om å utvide sektoravgiften for å finansiere et slikt program vil jeg gjøre oppmerksom på at sektoravgifter må oppfylle føringene i R-112/15 *Bestemmelser om statlig gebyr- og avgiftsfinansiering*. Det fremgår av rundskrivet at det bør utvises stor tilbakeholdenhet med å innføre sektoravgifter for å finansiere statlige utgifter.

Oppsummert vil jeg ikke tilrå at forslagene vedtas. Dette fordi forslag med budsjettmessige virkninger må vurderes og håndteres i de ordinære budsjettprosessene på vanlig måte.

Med hilsen



Jan Christian Vestre



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref

Vår ref

Dato

26/529-

23. mars 2026

Oppfølgingsspørsmål til Dokument 8:93 S (2025-2026) Representantforslag om et nasjonalt røykesluttprogram

Jeg viser til brev fra Helse- og omsorgskomiteen av 18. mars 2026, der det vises til at komiteen har til behandling Dokument 8:93 (2025–2026) og vil som en del av vurderingen av forslaget stille et oppfølgingsspørsmål til statsråden:

Hvor mye vil det koste årlig å tilby røykesluttmedisin på blåresept til alle røykere?

Svar:

Kostnadene ved å tilby legemidler til røykeavvenning til alle røykere på blå resept vil være avhengig av antall brukere og hvilke legemidler som benyttes. Det anslås at rundt 15 pst. av den voksne befolkningen i Norge røyker, og at 7 pst. gjør dette daglig. Dersom det legges til grunn at om lag 10 pst. av dagligrøykerne vil benytte slike legemidler på blå resept, tilsvarer dette om lag 30 000 personer.

Det finnes både reseptbelagte og reseptfrie legemidler til røykeavvenning. Kostnaden for en 12-ukers behandling med det reseptbelagte legemiddelet vareniklin (Champix) ligger på om lag 2 600 kroner. Dersom 30 000 brukere behandles med vareniklin, vil de totale legemiddelutgiftene utgjøre om lag 78 mill. kroner. Av dette kan det anslås at folketrygdens andel er 85 pst, eller i overkant av 66 mill. kroner.

Reseptfrie pakninger har fri pris, og omsettes både i og utenom apotek. Helsedirektoratet har tidligere (2019) anslått at en 12-ukers behandling koster om lag 3 800 kroner (kombinasjonsbehandling med plaster og tyggegummi). Ved å legge til grunn 4 000 kroner per behandling, vil de totale legemiddelutgiftene bli 120 mill. kroner, hvorav 102 mill. kroner for folketrygden ved 30 000 brukere.

Totalt vil folketrygdens utgifter ved blåreseptfinansiering av legemidler til røykeslutt dermed kunne beløpe seg til i størrelsesorden 70-100 mill. kroner. Dette er imidlertid et svært usikkert anslag, som i stor grad vil være avhengig av antall personer. Dersom *alle* røykere skal tilbys behandling på blå resept, vil utgiftene bli vesentlig høyere. Omsetningen av reseptfrie nikotinprodukter i apotek i 2025 lå rundt 300 mill. kroner. Målt i definerte døgndoser var omsetningen tilnærmet lik delt mellom apotek og dagligvarehandel, noe som tilsier at denne typen produkter totalt omsettes for i størrelsesorden 600 mill. kroner.

Det er også flere forhold som må være oppfylt for at legemidler til røykeslutt skal kunne finansieres gjennom blåreseptordningen:

- Behov for endring i blåreseptforskriften. I dag slår forskriftens § 1b fast at folketrygden ikke yter stønad til legemidler mot nikotinvhengighet. Denne bestemmelsen må oppheves eller endres før noen form for refusjon kan vurderes.
- Selv om forskriften endres, vil ikke legemidler til røykeslutt automatisk bli omfattet av blåreseptordningen. Alle legemidler som skal finansieres over folketrygden må gjennom en metodevurdering hos DMP, der prioriteringskriteriene må vurderes.
- DMP kan treffe vedtak om refusjon innenfor fullmaktsgrensen på 100 millioner kroner, dersom utgiftsveksten for folketrygden er beregnet å overstige dette i løpet av et av de fem første årene med refusjon, kan ikke DMP fatte vedtak uten Stortingets samtykke.
- En praktisk utfordring er at flere av røykesluttlegemidlene i dag er reseptfrie. Hovedregelen er at legemidler må være reseptpliktige for å omfattes av blåreseptordningen, men det finnes unntak. I slike tilfeller kan det fastsettes en refusjonspris som bare gjelder for reseptekspedisjon på blå resept, mens salg som reseptfrie produkter fortsatt kan skje til fri pris. Dette krever imidlertid en separat prisfastsettelse og regulering.
- Et annet forhold er at legemidler bare kan dekkes på blå resept dersom de er rekvirert av lege. Rekvirering på blå resept av legemidler som ikke krever resept vil derfor kunne gi økt arbeidspress på leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Med hilsen



Jan Christian Vestre