

Helse

Hovedsaker:

- Helsesystemene i Europa utsettes for press under den økonomiske krisen. Mange land har måttet kutte helsebudsjettene, andre har økt satsene for egenbetaling
- Det såkalte «Helsesikkerhets-initiativet» fra Kommisjonen får støtte fra Europaparlamentet. Medlemslandene har innsigelser til flere av forslagene, og det ventes vanskelige forhandlinger mellom partene utover høsten
- Arbeidet med å revidere EUs tobakksdirektiv fikk uønsket oppmerksomhet da helsekommissær John Dalli fra Malta gikk av med øyeblikkelig virkning 15.10. En bekjent av kommissæren hadde kontaktet den svenske snusprodusenten Swedish Match og foreslått at de betalte ham mot at han brukte sitt forhold til Dalli til å påvirke den nye tobakkslovgivningen som er i prosess – spesielt forbudet mot å omsette snus i EU
- Kommisjonen har lagt fram forslag til nytt direktiv om medisinsk utstyr
- Diskusjonene om det nye helseprogrammet «Health for Growth» pågår - fortsatt med forventning om at det kan konkluderes i desember

Helsesystemene i Europa blir påvirket av krisen

Økonomiske krisetider i Europa stiller helsesystemene overfor stort press. Helsesystemer trenger forutsigbare inntekter. Plutselige forstyrrelser i inntektsstrømmen gjør det vanskelig å opprettholde nivået på helsetjenestene. Mange land i EU opplever at kutt i offentlige bevilgninger til helse kommer nettopp på et tidspunkt da helsesystemet trenger mer og ikke mindre ressurser for å møte helseproblemer som følger av den økende arbeidsløsheten. Det er stor bekymring for at krisen skaper dårligere helse som følge av inntektsbortfall, dårligere kosthold, økt røyking og alkoholkonsum og dårligere sykdomskontroll. En slik utvikling kan forsterkes når helsetjenesten blir overbelastet eller pasientene drøyer med å oppsøke helsetjenesten av frykt for økte kostnader forbundet med å motta helsehjelp. Helsepolitikere og –ledere i Europa ansporer hverandre til innsats for å få mer effekt utav systemet, snarere enn å identifisere områder der helsebudsjettene kan kuttes.

En rapport utgitt av European Observatory on Health (1) analyserer hvordan helsepolitikken i ulike land svarer på den økonomiske krisen. Effekten av finanskrisen varierer med hvordan økonomien som helhet i landet er påvirket. I de landene som er minst påvirket av krisen fant en ingen spesielle helsepolitiske tiltak som respons på den økonomiske krisen. Dette gjelder bl.a. Norge. Blant landene som har vært sterkt berørt av krisen har noen land fastholdt nivået på helsebudsjettet mens andre har iverksatt kutt.

1) European Observatory on Health Systems and Policies: Health policy responses to the financial crisis 21-08-2012

De landene som har vært sterkest påvirket, og som har mottatt bistand til refinansiering gjennom EU og det internasjonale pengefondet, har iverksatt et større knippe av tiltak i helsesektoren som del av en større innstrammings- og budsjettjusteringspolitikk. Dette gjelder bl.a. Tsjekkia, Hellas, Irland og Portugal.

Flere land har rapportert kutt i helsebudsjettene som resultat av finanskrisen – bl.a. Bulgaria, Kroatia, Tsjekkia, Estland, Ungarn, Island, Irland, Italia, Hellas, Latvia, Romania, Portugal og Spania. I noen av disse landene har helsebudsjettet blitt kuttet med over 20% (Bulgaria, Tsjekkia, Estland, Irland, Latvia). I Belgia, England, Danmark, Finland, Tyskland, Polen, Slovakia, Sveits og Norge synes helsebudsjettene å ha vært holdt på om lag på samme nivå under de første årene av finanskrisen.

Enkelte land har til tross for krisen iverksatt spesielle skjermingstiltak for sårbare grupper. I Østerrike, Frankrike, Irland og Italia har en lettet tilgangen til medisiner for lavinntektsfamilier. I Kroatia har en redusert egenbetalingen for primærhelsetjenester og medisiner.

Andre land har redusert dekningsgraden og økt egenbetalingen for nødvendige helsetjenester. Økt egenbetaling er innført bl.a. i Tsjekkia, Estland, Danmark, Finland, Frankrike, Hellas, Irland, Latvia, Nederland, Portugal og Romania.

Bare ett land rapporterer å ha prøvd å begrense volumet på helsetjenester gjennom å øke maksimum ventetider til behandling. I Estland ble det besluttet å øke maksimum ventetid til spesialisthelsetjenester utenfor sykehus fra 4 t til 6 uker. Ingen andre land har rapport at det å øke ventetidene har vært en eksplisitt respons på finanskrisen.

Flere land har kuttet lønningene til helsepersonell – f.eks. Frankrike, Hellas, Irland, Litauen og Romania. Andre land har frosset lønningene – som i England, Portugal og Slovenia. Flere land har også redusert muligheten til å arbeide overtid og nattskift, økt lengden på nattskift og strammet inn turnusordningene. Samtidig er det bekymring i disse landene for at slike tiltak vil føre til uønsket migrasjon til andre EU-land med bedre lønninger og arbeidstidsordninger. Redusert antall offentlige tjenestemenn og/eller kutt i lønns- og arbeidsbetingelser brukes i disse landene som middel til å redusere de offentlige utgiftene til helse.

I mange EU-land er regjeringen i ferd med å omstrukturere helseforvaltningen for å øke effektiviteten og redusere administrasjonskostnadene – det gjelder i land som Bulgaria, Kroatia, Tsjekkia, England, Island, Latvia, Litauen og Portugal.

I enkelte land har en intensivert helseopplysningen om bedre kosthold, fysisk aktivitet og bruk av screeningsprogrammer. Det gjelder f.eks. i Belgia og Hellas. Noen land har økt avgiften på tobakk og alkohol, slik som i Bulgaria, Estland og Tsjekkia.

For øvrig så European Observatory få eksempler på at landene forsøkt å øke effektiviteten i helsesystemet ved større satsing på forebygging.

Kommisjonens helseberedskapsinitiativ

Kommisjonen presenterte den 8. desember 2011 sitt initiativ for å styrke helsesikkerheten og bedre håndtering av grensekryssende helsetrusler i EU. Initiativet kom etter at Rådet hadde oppsummert erfaringene med H1N1-pandemien i 2009, askeskyen i 2010 og E.coli utbruddet i 2011. De viktigste tiltakene som foreslås er å

- styrke koordineringen mellom medlemsstatene når smittsomme sykdommer krysser landegrensene og utvide koordineringsmekanismen og varslingsystemet (Early Warning and Response System) slik at det omfatter alle helsetrusler av biologisk, kjemisk eller miljømessig opprinnelse (med unntak av stråling)
- utvide mandatet for helsesikkerhetskomiteen (Health Security Committee) og gi den permanent status
- gi medlemsstatene ansvar for å utvikle beredskapsplaner i konsultasjon med hverandre og i tråd med retningslinjer fra Kommisjonen, som vil koordinere prosessen
- gjøre det mulig å gjennomføre felles anskaffelsesprosedyrer for bl.a. vaksiner når det er ønsket av flere medlemsstater
- innføre en adgang for EU til å erklære en "helsemessig krise" uten nødvendigvis å vente på at WHO erklærer en pandemi
- å vedta en lovmessig hjemmel for å iverksette akutte tiltak på tvers av landegrensene dersom en krise medfører stor dødelighet og tiltak i nasjonal regi ikke kan forhindre at sykdommen spres.

Forslaget behandles i Rådet og Parlamentet i høst. Flere medlemsstater har innvendinger til forslaget, særlig til visse bestemmelser som vil gi Kommisjonen økte fullmakter til å handle på vegne av medlemsstatene eller instruere dem om hvilke tiltak som skal tas.

Parlamentet har saken til første gangs behandling. Helse-, miljø- og forbrukerkomiteen (ENVI) ga i all hovedsak sin støtte til kommisjonens forslag i en avstemning 10.10.12. De foreslåtte tiltakene fra kommisjonen fikk støtte av 52 av 58 representanter i komiteen. Parlamentet stemmer over saken i plenum i november.

Komiteen la til forslag om:

- at EWRC (Early Warning and Response System) under ECDC også skal overvåke sykdommer som smitter fra dyr til mennesker (human zoonotic infections)
- at EU landene må koordinere sine kommunikasjonskampanjer i en krisesituasjon
- at uavhengighet/habilitet og åpenhet (transparency) må tydeliggjøres. EWRS eksperter må erklære alle typer bindinger de måtte ha til næringsinteresser

Utover høsten er det særlig aktuelt å følge med på framdriften når det gjelder forslaget om å pålegge landene å ha sammenlignbare beredskapsplaner og at Kommisjonen skal kunne overstyre medlemslandene når nasjonale tiltak ikke anses tilstrekkelige for å hindre grensekryssende helsetrusler. Av stor interesse for norske helsemyndigheter er også hva slags mandat og forankring den framtidige helse- og sikkerhetskomiteen (Health Security Committee) får.

Forslag til nytt direktiv om medisinsk utstyr

Forslag om nytt direktiv for medisinsk utstyr (Directive 90/385/EEC og 93/42/EEC) og direktiv om medisinsk utstyr for in vitro befruktning (Directive 98/79/EC) ble framlagt av Kommisjonen 26.september. De nye reglene skal ifølge Kommisjonen sikre at pasienter og helsepersonell kan utnytte fordelene av sikkert, effektivt og innovativt medisinsk utstyr.

Forslagene framlegges bl.a. på bakgrunn av brystimplantat skandalen i fjor, der tusenvis av kvinner i EU ble berørt av at en produsent hadde jukset med typen silikon som ble brukt i selskapets produksjon av brystimplantater. Ifølge helsekommissæren vil de nye forslagene sikre at bare trygt medisinsk utstyr kommer på det europeiske markedet. Forslagene har i seg

- en klargjøring av regelverket, som også utvides til å omfatte implantater med kosmetisk formål
- klarere regler om ansvar for produsenter, importører og distributører
- strengere krav til klinisk evidens
- bedre sporbarhet gjennom et nytt system for unik identifikasjon av utstyr
- strengere og hyppigere kontroller av produsenter
- bedre koordinering mellom nasjonale overvåkingsinstanser
- bedre veiledning til medisinske miljøer som skal bruke utstyret
- en helhetlig, offentlig database over medisinsk utstyr som er tilgjengelig på det europeiske markedet. Databasen skal være åpen for pasienter, helsepersonell og publikum
- tilpasning til internasjonale retningslinjer for å fremme internasjonal handel med medisinsk utstyr

Med medisinsk utstyr menes ethvert instrument, apparat, implantat eller lignende gjenstand som brukes for å diagnostisere, behandle eller hindre sykdom. *In vitro* medisinsk utstyr inkluderer diagnostiske tester som blodprøver for kolesterol og HIV og selvtester for f.eks. graviditet. Det er rundt 500 000 ulike typer medisinsk utstyr på markedet i EU. Markedsverdien anslås til 95 mrd euro i EU.

Organisasjoner som representerer helseprofesjonene har foreslått å inkludere et system for medisinsk utstyr som klassifiserer utstyr etter antatt risiko og også fastsetter et regime for etterkontroll av utstyr som er sluppet ut på markedet.

Kommisjonens forslag blir diskutert i Rådet og Parlamentet i høst. Det ventes ikke å bli vedtatt før i 2014 med iverksetting fra 2015.

Nytt helseprogram - "Health for Growth 2014-2020"

Europakommisjonen har lagt fram det tredje, flerårige forslaget til helseprogram for 2014 – 2020. Programmet har tittelen "Helse for Vekst" for å understreke at helse ikke bare er en utgiftspost for medlemslandene, men også en investering som skaper verdier og vekst.

Forslaget har en ramme på 446 millioner euro for perioden 2014-2020. Den overordnede målsettingen med "Sunnhet for Vekst" programmet er å samarbeide med medlemslandene om å fremme innovasjon i helsesektoren, øke helsesystemenes bærekraft, bedre folkehelsen og beskytte befolkningen mot grenseoverskridende helsetrusler. Norge deltar i det nåværende helseprogrammet.

Programforslaget er delt opp i fire områder:

- Innovative og bærekraftige helsesystemer
- Bedre tilgang på trygge og gode helsetjenester ved kompetanseutvikling, informasjon til pasienter, tiltak for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Forebygge sykdom og fremme helse gjennom å utveksle kunnskap og beste praksis
- Bedre beskyttelse mot grenseoverskridende helsetrusler gjennom utvikling av bedre beredskap og sterkere koordinering på EU-nivå

Helseprogrammet skal rettes mot tiltak som kan gi merverdi til medlemslandene i deres bestrebelser på å effektivisere helsesystemene sine, fremme ny vekst og redusere sosiale ulikheter i helse i EU. Behovet for å bedre effektiviteten i landenes helsesystemer er særlig framhevet, og helseprogrammet skal støtte medlemslandenes arbeid med å omstrukturere til bærekraftige helsesystemer som kan levere helsetjenester av høy kvalitet i framtiden. Programmet vil støtte innovasjon bl.a. innenfor medisinsk metodevurdering (health technology assessments), medisinsk utstyr, klinisk forskning, legemidler og det nystartede pilotprogrammet "Innovation Partnership for Healthy and Active Ageing". Helseprogrammet vil også støtte bedre prognoser, planlegging og utdanning for helsepersonell under henvisning til det forventede underskuddet på kvalifisert helsepersonell i EU i årene framover.

Saksordfører i Parlamentet Francoise Grossetête la saken fram til en første debatt i helse-, miljø- og forbrukerkomiteen (ENVI) den 20.06.12. Det var tilslutning til hovedinnretningen på programmet. Behandlingen av Helseprogrammet går videre i Parlamentet og Rådet i høst.

Tobakk – revisjon av tobakksdirektivet

Europakommisjonen arbeider med en revisjon av tobakksdirektivet. Det er gjennomført en stor høringsrunde der også norske helsemyndigheter leverte uttalelse. Direktivforslaget var lovet framlagt ved slutten av året.

Kommisjonen har proklamert at den ønsker å fremme forslag til innstramminger i reglene for produksjon, distribusjon og omsetning av tobakk. Et stort spørsmål har vært hvordan en skal regulere røykfrie tobakksprodukter. I dag er det forbudt å produsere og omsette snus i EU. Sverige har unntak fra dette forbudet nedfelt i medlemsavtalen med EU. Norge har også unntak fra snusforbudet i medhold av EØS-avtalen.

Helsekommissær John Dalli gikk av den 17.oktober med øyeblikkelig virkning etter at EU-byrået mot korrupsjon (OLAF) har behandlet en klage fra den svenske snusprodusenten Swedish Match. Snusprodusenten sendte klage til OLAF etter å ha blitt kontaktet av en maltesisk entreprenør som hevdet han hadde kontakt med Dalli. Vedkommende ønsket økonomisk godtgjøring fra Swedish Match for å påvirke helsekommissæren til å endre sitt

standpunkt mht snus og foreslå oppheving av det någjeldende forbudet i EU. OLAF fant ingen dokumentasjon på at kommissær Dalli hadde deltatt i et slikt initiativ, men mener han var informert om aktiviteten.

Nytt tobakksdirektiv må framlegges av den nye helsekommissæren fra Malta. Malta har utpekt en kandidat – Tonio Borg – som må klareres av Europaparlamentet før han kan tiltre. Borg er utenriksminister og visestatsminister på Malta og tilhører et kristelig-demokratisk parti. Mye tyder dermed på at framleggingen av tobakksdirektivet kommer til å måtte bli utsatt.

Alkohol

De nordiske helseministrene har bedt Kommisjonen ta opp arbeidet med å utforme en ny alkoholstrategi til erstatning for den någjeldende strategien som utløper i 2012. Ved brev overrakt Kommisjonen 19.oktober sier ministrene at bruk av alkohol er den tredje største risikofaktoren for utvikling av sykdom og for tidlig død. Forskning dokumenterer at skadelig alkoholforbruk fører til tap av leveår og kortere tid i produktivt arbeid for mange mennesker i alle medlemsland.

Ministrene sier også at den någjeldende alkoholstrategien har ført til bedre kunnskap i medlemslandene om helseskader som følge av alkohol. En felles strategi med samme mål og mekanismer for kunnskapsdeling og støtte vil hjelpe medlemsstatene i deres videre arbeid for å redusere alkoholrelaterte helseskader.

Status for direktivet om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester

Innen 23. oktober 2013 må alle medlemsland ha implementert fullt ut det nye direktivet om grensekryssende helsetjenester og harmonisert sin nasjonale lovgivning med direktivet.

Kommisjonen har nedsatt en komité med representanter for medlemsstatene som skal koordinere gjennomføringen av direktivet. Norge er observatør i komiteen. Under ledelse av Kommisjonen drøfter komiteen hvordan en skal forstå de ulike bestemmelsene i direktivet for å fremme mest mulig lik praktisering. Komiteen setter også opp nettverk og arbeidsgrupper som skal stå for samarbeidet om eHelse, kvalitet og sikkerhet, nasjonale kontaktpunkter, medisinske metodevurderinger (HTA), organtransplantasjon og medisinske referansesentre.

Norge deltar som observatør i de arbeidsgruppene som er igang - arbeidsgruppen for referansesentre, kvalitet og sikkerhet, eHelse og organtransplantasjon. Vi regner også med å få delta i ekspertgruppen for medisinske metodevurderinger (HTA).

Kommisjonen har gjennomført en besøksrunde til medlemslandene. På agendaen i Kommisjonen står nå oppfølging med enkeltland der det framkom problemområder under besøkene. Ved hjelp av nevnte komiteer og grupper må også Komiteen sørge for at de gjennomføringsbestemmelsene Kommisjonen har ansvaret for er på plass innen 25. oktober

2013. Dette omfatter bl.a. regelverk om gjensidig godkjenning av resepter, opprettelse av HTA-nettverk, opplegg for rapportering fra medlemslandene til Kommisjonen mm.

Revisjon av direktivet om gjensidig anerkjennelse av yrkeskvalifikasjoner

Kommisjonen har lagt fram flere forslag med relevans for godkjenningen av helsepersonell i forbindelse med revideringen av yrkeskvalifikasjonsdirektivet.

EFTA/EØS-landene har gitt en felles uttalelse til Kommisjonen med kommentarer til de ulike forslagene. Forslaget om å innføre et europeisk profesjonskort støttes for yrkesgrupper som er harmonisert gjennom direktivet og for profesjoner som er regulert i hjemlandet. Norge er mot innføringen av profesjonskort for profesjoner som ikke er regulert i hjemlandet. Begrunnelsen er at det i disse situasjonene ikke er noen kompetent myndighet som kan utstede et slikt kort og at det vil være vanskelig å utstede et slikt kort dersom den aktuelle utdanningen ikke er regulert.

Direktivet skal klargjøre når det skal gis automatisk godkjenning på grunnlag av minstekrav til utdanning. Gjeldende direktiv krever at legestudiet skal være 6 år *eller* 5500 timer for at det skal gis automatisk godkjenning på tvers av landegrensene. Det nye direktivet foreslår at kravet settes til minimum 5 år *og* 5500 timer.

For sykepleiere foreslås kravet endret fra dagens 3 år *eller* 4600 timer til 3 år *og* 4600 timer. EFTA/EØS-landene støtter forslaget om å høyne adgangskravet til sykepleierutdanningen i Europa fra 10 til 12 års grunnutdanning. Dette praktiseres i dag i 24 medlemsstater.

I spørsmålet om det skal kunne gis godkjenning for delvis kvalifisert helsepersonell til å praktisere mener EFTA/EØS-landene at det må gis klare kriterier i direktivet for hva en gitt søker skal få adgang til å gjøre. Det må også være mulig for landene å nekte utfra hensynet til offentlig helse og pasientsikkerhet. En mener også at vedkommende bør bruke sin yrkestittel fra hjemlandet, slik at pasienten vet at det dreier seg om et helsepersonell med begrensede fullmakter når vedkommende praktiserer i et annet land.

Kommisjonen foreslår at språkkrav fortsatt skal kunne testes av det enkelte medlemsland, innenfor rammen av det som anses proporsjonalt og ikke-diskriminerende. De fleste profesjonsorganisasjonene i EU synes å mene at språkkrav bør behandles som andre kompetansekrav, da god språkbeherskelse er avgjørende for pasientsikkerhet og god behandling. EFTA-EØS-landene mener det bør være opp til den enkelte medlemsstat å sette språkkrav, og at arbeidsgiverne i praksis er den best egnede instans til å sette krav til språkbeherskelse utfra hva stillingen omfatter.

Det er lagt fram forslag til en varslingsmekanisme innenfor rammen av direktivet som kan varsle andre lands myndigheter når helsepersonell har forbrutt seg og er ilagt begrensninger/sanksjoner i ett medlemsland. Ordningen skal redusere muligheten for at f.eks. en lege praktiserer i andre land når han/hun ikke lenger får lov å praktisere i eget land. EFTA-EØS-landene gir sterk støtte til innføringen av en slik mekanisme.

Forslaget til revisjon av direktivet blir behandlet i Rådet og Europaparlamentet i høst. For Parlamentets innstilling er fristen for kommentarer satt til 22.oktober. Saken skal behandles i komiteen for helsesaker (ENVI) 5.-6. november og 27.november. Det er foreløpig ikke bestemt når saken kommer opp i plenum i Parlamentet.

Mat

Undersøkelse av EU-innbyggernes holdninger til matsituasjonen i framtiden, mattrygghet og –kvalitet

I juli ble det lagt fram et såkalt «Eurobarometer» som måler folks oppfatninger av om maten i EU holder høy kvalitet og er trygg. Ca 26 000 mennesker i alle 27 medlemsland ble stilt de samme spørsmålene i mars 2012.

På spørsmål om en var bekymret over framtidig tilgang på god og trygg mat var det store variasjoner mellom medlemslandene. I Hellas var 94% bekymret for om Hellas vil kunne klare å opprettholde egen matproduksjon i framtiden. I Danmark og Nederland var det bare 11% som bekymret seg for dette. Det er sterk korrelasjon mellom det å bekymre seg over sitt eget lands mulighet for å dekke behovet for trygg mat og bekymring over EUs evne til å klare det samme. 83% av dem som bekymrer seg over volumet på egen matproduksjon i framtiden er også bekymret for om EU kan produsere nok mat til å dekke behovet i Europa.

Et stort flertall av de spurte mener EU både bør hjelpe andre land til å produsere mer mat og til å produsere mer mat i eget land for å redusere avhengigheten av import. De aller fleste mener kvalitet (96%) og pris (91%) er viktig når de kjøper mat, mens et stort flertall på 71% også mener opprinnelsen er vesentlig. Unge folk er mindre interessert i kvalitet og opprinnelse – bare 60% av dem mellom 15 og 24 år ser kvalitet og opprinnelse som veldig viktig. Færre enn halvparten (47%) mener det er viktig hvilken produsent som står bak matvaren.

67% oppgir at de er opptatt av og sjekker om matvarene er merket med spesifikke karakteristika. Her varierer interessen stort mellom medlemsstatene. De mellom 15 og 24 år med lavere utdanning eller problemer med å få pengene til å strekke til er minst tilbøyelige til å sjekke matvarene for kvalitetsmerking.

Revisjon av EFSA

Sammen med tre andre EU-byråer har EFSA (European Food Safety Authority) og EMA (European Medicines Agency) vært underlagt en revisjon av The European Court of Auditors (ECA). Revisjonen dreide seg om i hvilken grad EU-byråene hadde systemer og prosedyrer på plass for å avdekke eventuelle interessekonflikter hos egne folk eller eksperter de hyrer til gjennomføringen av risikovurderinger og analyser. Rapporten, som ble publisert 11.oktober, sa at ingen av de reviderte byråene hadde fullgod håndtering av problemstillingen. EFSA og EMA (European Medicines Agency) kom best ut av de 5 byråene som ble undersøkt, idet de begge hadde best policy og de beste prosedyrene på plass. ECA ga en rekke anbefalinger til

alle om hvordan dette bør håndteres bedre. EFSA har replisert at de allerede følger flesteparten av disse anbefalingene og at de alltid har hatt et strengt regime for å avdekke og håndtere interessekonflikter, slik at forbrukerne i Europa kan være trygge gjennom bruk av den beste og mest uavhengige ekspertise som er tilgjengelig innenfor fagområdet.

Organisasjoner kritiserer bruken av «kan inneholde stoffer som framkaller allergiske reaksjoner»

Flere organisasjoner som ivaretar interessene til allergikere ber EU lage nye regler for bruken av «kan framkalle allergi» på matvarer. Pasienter og helsepersonell hevder at store matvareprodusenter bruker betegnelsen ukritisk for å beskytte seg selv, også når det er ingen eller minimal fare for rester av allergiframkallende stoffer i en gitt matvare. På denne måten blir utvalget av trygge matvarer betydelig redusert for mennesker med allergier. Ansvar for å unngå mat som kan framkalle allergi blir også i urimelig grad overført til forbrukerne, hevdes det. Den europeiske føderasjonen mot allergi frykter at situasjonen kan bli verre når den nye matinformasjonsforordningen trer i kraft i 2014, fordi forordningen utvider kravet om merking til også å omfatte mat som ikke er ferdigpakket.

Rett til å merke matvarer med «ikke tilsatt salt»

Et forslag om å kunne merke matvarer med «ikke tilsatt salt» falt ved behandlingen i Parlamentet tidligere i år, da det inngikk som del av et mer omfattende forslag om å tillate påstander som sier «inneholder X% mindre...». Kommisjonen har nå omarbeidet forslaget som falt og fremmer på nytt et forslag om å kunne merke matvarer med «ikke tilsatt salt», « redusert mengde X... » og «lett-produkt». Forslaget er til behandling i Rådet. Et positivt vedtak vil føre til en revisjon av listen over godkjente helsepåstander i påstandsforordningen (Health and Nutrition Claims Regulation (1924/2006)).

Brussel, 23.10.2012

Heidi Langaas
helse- og mattrygghetsråd

