



Europese vrijhandelsakkoorden en het recht op gezondheid in het Zuiden

Samenvatting

Het recht op gezondheid is een recht dat eenieder toekomt. Hoewel het een plicht is van staten om er voor te zorgen dat ieder van dit recht kan genieten, wordt het recht op gezondheid bedreigd door economische belangen. De vrijhandelsakkoorden die de Europese Unie aan het onderhandelen is met landen in het Zuiden illustreren dat.

Het Actieplatform gezondheid en solidariteit (werkgroep Noord-Zuid) is bezorgd over de impact van verregaande vrijhandelsakkoorden op het recht op gezondheid in ontwikkelingslanden. Het Actieplatform stelt daarom een aantal minimumregels voor die de Europese Unie bij onderhandelingen in acht zou moeten nemen, als ze economische belangen niet boven sociale belangen wil laten primeren.

«Handel heeft op verschillende manieren een impact op gezondheid. (...) Staten hebben de verplichting om ervoor te zorgen dat hun handelsbeleid consistent is met hun wettelijke verplichtingen inzake het recht op gezondheid.»¹

Paul Hunt, voormalig Speciaal Rapporteur van de Verenigde Naties voor het recht op gezondheid, 2004

Assertief handelsbeleid

In de Wereldhandelsorganisatie (WTO), het multilaterale kader voor de vrijmaking van handel, stootte de voortschrijdende liberalisering van de internationale handel steeds meer op weerstand van de ontwikkelingslanden. Daarom legt de EU sinds enkele jaren meer nadruk op bilaterale vrijhandelsakkoorden: akkoorden tussen twee landen of regio's van landen. Daardoor kon de EU opnieuw eisen op tafel leggen die ontwikkelingslanden binnen de WTO succesvol hadden afgeblokt.

Lopende onderhandelingen tussen de Europese Commissie (EC) en ontwikkelingslanden:

- Economische Partnerschapsakkoorden: met Centraal-Afrika, de SADC-landen (zuidelijk Afrika), West-Afrika, de landen van de Oost-Afrikaanse Gemeenschap, oostelijk en zuidelijk Afrika, de landen van de Stille Oceaan.
- Vrijhandelsakkoord met landen van Zuidoost-Azië (ASEAN). De onderhandelingen met de regio zijn geblokkeerd. Als alternatief onderhandelt de EC nu met afzonderlijke landen, te beginnen met Singapore en Vietnam.
- Associatieakkoord met landen van Centraal-Amerika, conclusie voorzien voor mei 2010.
- Vrijhandelsakkoord met India. De EC hoopt dit akkoord nog in 2010 af te ronden.
- Vrijhandelsakkoord met Mercosur. Voorlopig zijn de onderhandelingen geblokkeerd.

Afgeronde onderhandelingen:

- EPA met de Cariforum-landen. Momenteel ter ratificatie in nationale parlementen van de EU.
- Associatieakkoord met Colombia en Peru.

Speciaal akkoord: Anti-Counterfeiting Trade Agreement (ACTA), een handelsakkoord dat de strijd aangaat tegen namaakproducten. In de praktijk streeft men naar een multilateraal kader voor de afdwinging van intellectuele eigendomsrechten. Conclusie voorzien in 2010.

Laatste update: april 2010

Handel: doel of middel?

De prioriteiten van de EU op het vlak van handel vinden we terug in twee basisdocumenten: de Lissabonstrategie en 'Global Europe: Competing in the World'. Met de Lissabonstrategie stelt de EU zich tot doel de meest dynamische en concurrentiële kenniseconomie te worden, waarbij de bescherming van (haar eigen) intellectuele eigendomsrechten centraal staat.² 'Global Europe', een strategie die in 2006 werd aangenomen, heeft als doel de concurrentiepositie van Europese bedrijven in de wereld te bevorderen. Het document stelt drie prioriteiten voorop: een betere markttoegang voor Europese export van goederen en diensten, betere toegang tot natuurlijke hulpbronnen en het tegengaan van niet-tarifaire handelsbelemmeringen.³

Via bilaterale handelsakkoorden probeert de EU bij haar handelspartners regels die een hinderpaal vormen voor Europese bedrijven te beïnvloeden. Bilaterale handelsakkoorden



bevatten daarom steeds een clause die stelt dat binnenlandse regelgeving zo weinig mogelijk □handelsverstoring□ moet zijn. Door dit soort bepalingen krijgt handel de bovenhand op publieke belangen, zoals volksgezondheid, milieubescherming of onderwijs.

Maar gezondheid is een mensenrecht....

De Universele Verklaring van de Rechten van de Mens stelt dat iedereen recht heeft op gezondheid. Het recht op gezondheid omvat niet enkel gezondheidszorg, maar ook de onderliggende determinanten van gezondheid, zoals toegang tot proper water en sanitaire voorzieningen, degelijke huisvesting, voeding, enz. Al deze aspecten worden significant beïnvloed door vrijhandelsakkoorden.

Impact van vrijhandelsakkoorden op volksgezondheid

1. Vrijhandelsakkoorden en de sociale determinanten van gezondheid

De liberalisering van handel heeft in de eerste plaats gevolgen voor de onderliggende factoren van gezondheid zoals tewerkstelling, voedselzekerheid, inkomen en ongelijkheid.⁴

Het klassieke argument voor de vrijmaking van handel is dat het achtereenvolgens leidt tot economische groei, welvaart, armoedereductie, betere gezondheid en daardoor opnieuw tot groei. Deze relatie is echter niet vanzelfsprekend en hangt sterk samen met de initiële ongelijkheid in een samenleving. Hoe groter die ongelijkheid, hoe minder armoedereductie er mogelijk is. Bovendien leidt handelsliberalisering juist vaak tot meer ongelijkheid.⁵

2. Slecht nieuws voor de begroting van de overheid

De liberalisering van handel heeft ook gevolgen voor de overheidsfinanciën. Overheden uit arme landen halen immers vaak een groot deel van hun inkomsten uit douanetarieven door het heffen van invoer- en uitvoerrechten. De Wereldbank schat dat douaneheffingen in Sub-Sahara Afrika tussen de 7 en 10 procent van het overheidsbudget uitmaken. Producten uit de Europese Unie vertegenwoordigen er 40 procent van de totale import. Het verminderen van de invoerheffingen daarop vormt een zware aderslating.⁶ Hierbij mag men niet uit het oog verliezen dat overheidsbegrotingen door de financiële en economische crisis nu al zwaar onder druk staan.

3. Liberalisering van gezondheidszorg

De toenemende internationale handel in gezondheidsdiensten neemt verschillende vormen aan: gezondheidswerkers gaan werken in het buitenland, buitenlandse investeerders investeren in ziekenhuizen, en verzekeringsbedrijven zoeken naar nieuwe markten. Bovendien proberen meer en meer landen consumenten aan te trekken uit andere landen, het zogenaamde gezondheidstoerisme.

Gezondheid: een winstgevende sector

Anders dan vaak gedacht, kan er met gezondheidszorg in de derde wereld veel geld verdiend worden en staan er dus commerciële belangen op het spel. De gezondheidssector is één van de snelst groeiende sectoren van de wereldeconomie. Een rapport van McKinsey van 2007 stelt dat door de groei van de middenklasse in Afrika, de markt voor private gezondheidszorg er tegen 2016 goed is voor 21 miljard dollar per jaar. Deze investeringsopportunity kan ingevuld worden door binnenlandse of buitenlandse investeerders.⁷ Ook Business Europe, een organisatie die de belangen van de bedrijven bij de Europese Unie verdedigt, stelt dat de EU onder andere via vrijhandelsakkoorden toegang moet zoeken tot participatie in internationale openbare aanbestedingsmarkten in sleutelsectoren waaronder gezondheid en water.⁸

Op aanraden van onder meer de Wereldbank en het Internationaal Muntfonds privatiseren ontwikkelingslanden de gezondheidssector. Zonder regulerend kader is het risico echter reëel dat de privésector zich zal concentreren op het rijke, lees winstgevende, deel van de bevolking, waardoor het arme deel van de bevolking aangewezen is op de ondergefinancierde publieke sector of helemaal geen toegang heeft tot gezondheidszorg.⁹

Landen kunnen ervoor kiezen om delen van hun gezondheidssysteem open te stellen voor buitenlandse investeerders, op een unilaterale manier of onder een bindend handelsakkoord. Het internationaal bindend kader voor de liberalisering van diensten is het GATS-akkoord (Algemeen Akkoord voor Handel in Diensten) van de WTO. Volgens dat akkoord kunnen diensten op vier verschillende manieren verhandeld worden. Voor de handel in gezondheidsdiensten brengt elke manier zowel opportuniteiten als risico's met zich mee:

Handel in gezondheidsdiensten	Opportunititeit	Risico
Diensten worden aangeboden over de grens heen.	Zorgen kunnen aangeboden worden in moeilijk bereikbare gebieden (bv. diagnose op afstand).	Minder middelen beschikbaar voor andere gezondheidsdiensten.
Consumenten gaan over de grens (medisch toerisme).	Buitenlandse inkomsten	Inzet van de beperkte middelen om buitenlanders te bedienen in plaats van de eigen bevolking.
Bedrijven vestigen zich in een ander land om diensten aan te bieden.	Opportunities voor nieuwe tewerkstelling en toegang tot technologie.	Ontwikkeling van een gezondheidssysteem dat werkt op twee snelheden met een interne braindrain.
Migratie van dienstverlenende personen.	Economische winsten van geldtransfers door gezondheidspersoneel dat in het buitenland werkt.	Permanente emigratie van gezondheidspersoneel (braindrain).

Liberalisering van diensten onder een vrijhandelsakkoord volgt hetzelfde systeem als het GATS-akkoord, maar met dat verschil dat landen nog een bijkomende druk ondervinden om verbintenissen aan te gaan in de gezondheidssector. Artikel 5 van GATS, dat de voorwaarden van bilaterale liberalisering van diensten vastlegt, stelt immers dat het akkoord een substantiële sectorale dekking moet hebben.¹¹

Handelsakkoorden zijn niet de oorzaak van de privatisering van gezondheidsdiensten, maar hebben wel als gevolg dat de commercialisering van de sector niet meer teruggedroefd kan worden. Een handelsakkoord is immers bindend van natuur. Als de buitenlandse investeerder meent dat zijn rechten geschaad zijn, dan kan die een rechtszaak aanspannen. Zo krijgen bedrijven de mogelijkheid om te protesteren tegen overheidsmaatregelen die hun winst beperken. Op die manier ondermijnt een engagement in de dienstensector ook de beleidsruimte van een overheid.¹²

4. Sterkere intellectuele eigendomsrechten: geneesmiddelen blijven onbetaalbaar

“Ontwikkelingslanden en minst ontwikkelde landen zouden beter geen TRIPS-plus-standaarden opnemen in hun nationale wetgeving. Ontwikkelde landen mogen ontwikkelingslanden en minst ontwikkelde landen niet aanmoedigen om TRIPS-plus-elementen aan te nemen in vrijhandelsakkoorden en moeten opletten voor acties die een inbreuk kunnen maken op het recht op gezondheid.”¹³

Anand Grover, Speciaal Rapporteur van de VN voor het Recht op Gezondheid, 31 maart 2009

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie gaat in ontwikkelingslanden 25 tot 66 procent van de uitgaven voor gezondheidszorg naar geneesmiddelen. De prijs van geneesmiddelen vormt er dus een cruciale factor in het gezondheidsbudget en is dus ook bepalend voor het niveau van gezondheidszorg.

De sleutelfactor om de prijs voor geneesmiddelen te drukken is concurrentie. Generische concurrentie zorgt ervoor dat de prijzen van medicijnen gemiddeld 40 tot 80 procent dalen. De bescherming van intellectuele eigendomsrechten vormt een barrière voor concurrentie en daarom ook voor de toegang tot medicijnen en de ontwikkeling van een lokale farmaceutische industrie.¹⁴

In 1995 werd het TRIPS-akkoord (*Trade Related Intellectual Property Rights*) van kracht. TRIPS verplicht de leden van de Wereldhandelsorganisatie onder meer om octrooien te beschermen voor minstens 20 jaar. Voor farmaceutische octrooien hebben de minst ontwikkelde landen tot 2016 de tijd om het akkoord in wetten te gieten.¹⁵ Daarnaast legt het TRIPS-akkoord ook andere verplichtingen op ter bescherming van intellectuele eigendom.

Voor de Europese Unie gaat het TRIPS-akkoord echter niet ver genoeg. Daarom streeft ze in vrijhandelsakkoorden regels na die verder gaan dan het TRIPS-akkoord, zogenaamde TRIPS-plus-elementen. Die spelen nog meer in het voordeel van de grote monopolies en beperken de mogelijkheid tot concurrentie. Voorbeelden van TRIPS-plus-standaarden zijn¹⁶:

- **Uitbreiding van de termijn van octrooibeschermting**, dus langer dan de 20 jaar zoals voorzien in TRIPS.
- **Gegevens exclusiviteit**: Door gegevens exclusiviteit kan een producent van generische geneesmiddelen gedurende

een aantal jaar geen beroep doen op de originele klinische testgegevens, waardoor dat het bedrijf eigen testgegevens moeten voorleggen als het een medicijn op de markt wil brengen en opnieuw studies moet uitvoeren, wat tijd en geld kost.

- **Strafmaatregelen** voor het niet respecteren van intellectuele eigendomsrechten (inclusief octrooirecht). Gevangenisstraf maakt deel uit van de sancties.
- **Grenmaatregelen**: inbeslagname van goederen bij import, export of *doorvoer* waarvan men *vermoedt* dat ze een inbreuk maken op eender welk intellectueel eigendomsrecht.



Foto: Crispin Hughes/Oxfam

Het Actieplatform gezondheid en solidariteit eist minimumregels:

Aangezien het hier gaat om zaken waarbij levens op het spel staan, eist het Actieplatform gezondheid en solidariteit dat de EU de volgende minimumregels respecteert:

- **De liberalisering van diensten gelieerd aan gezondheid en TRIPS-plus-provisies mogen in geen geval deel uitmaken van bindende vrijhandelsakkoorden.** Verder moeten de regeringen uit het Zuiden compensaties krijgen voor verlies aan inkomsten door de afschaffing van invoerheffingen, zodat zij zich niet verplicht zien te snoeien in uitgaven voor sociale sectoren.
- **Duidelijke criteria.** Er moeten duidelijke criteria opgesteld worden waaraan het handelsbeleid moet voldoen om een negatieve impact op de volksgezondheid te voorkomen. Die criteria moeten na een publiek debat in het Europees Parlement vastgelegd worden.
- **Transparantie.** Handelsakkoorden mogen niet in het geheim onderhandeld worden. Het Europees Parlement en alle betrokken partijen, inclusief de sociale bewegingen, moeten tijdens de onderhandelingen op elk moment geïnformeerd worden over de ontwikkelingen.
- **Onafhankelijke impactstudies.** Er mogen geen vrijhandelsakkoorden afgesloten worden zonder voorafgaande, onafhankelijke impactstudies die de gevolgen voor de volksgezondheid onderzoeken. Deze onderzoeken moeten openbaar gemaakt worden voor de akkoorden geratificeerd worden.
- **Flexibiliteit.** Na het afsluiten van de akkoorden moet de impact ervan op de volksgezondheid verder opgevolgd worden. Indien er een negatieve impact op de volksgezondheid wordt vastgesteld, moet het mogelijk zijn om het akkoord te herzien.

Bibliografie

- 1 Report on Mission to the World Trade Organization (E/CN.4/2004/49/Add.1) submitted to the Commission on Human Rights on 1 March 2004.
- 2 European Commission: Lisbon Strategy for Growth and Jobs: towards a green and innovative economy. Available on http://ec.europa.eu/growthandjobs/index_en.htm, last accessed on 06 January 2010.
- 3 European Commission (2006a), "Global Europe: Competing in the world", Speaking points by Commissioner Mandelson 4 October 2006. Available at http://ec.europa.eu/commission_barroso/mandelson/speeches_articles/sppm117_en.htm
- 4 Labonté R., Schreker T.: "Globalization and social determinants of health: introduction, methodological background (part 1 of 3). Global Health 2007;3;5. <http://www.globalizationandhealth.com/content/3/1/5>.
- 5 Ravailon M. "Looking beyond averages in trade and poverty debate". *Wold Dev* 2006;34:1374-1392. PubMed
- 6 L. Hinkle, M. Hoppe, R. Newfarmer: "Beyond Cotonou: Economic Partnership Agreements in Africa." In Trade, Doha, and Development - A Window into the Issues; Chapter 22; The World Bank, Trade Department, 2006. Available on http://siteresources.worldbank.org/INTRANETTRADE/Resources/239054-1126812419270/22_BeyondCotonou.pdf, last accessed on 6 April 2010
- 7 McKinsey&Company (2007): How private health care can help Africa. Published in The McKinsey Quarterly.
- 8 BusinessEurope (2010): Priorities for External Competitiveness 2010-2014: Building on Global Europe. Available on <http://extranet.besinesseurope.eu/Common/GetFile.asp?docID=25752&logonname=guest&mfd=off> . Last accessed on 25/02/2010.
- 9 Oxfam (February 2009): "Blind Optimism: Challenging the Myths about Private Health Care in Poor Countries." Available on <http://www.oxfam.org/en/policy/bp125-blind-optimism>
- 10 World Health Organization, Regional Office for Africa: Poverty, Trade and Health: An emerging health development issue. Report of the regional officer. 17 June 2006. Available on http://www.afro.who.int/rc56/documents/afr_rc56_9_poverty_trade_health_final.pdf Last accessed on 07 January 2010.
- 11 The General Agreement on Tariffs and Trade (1947), Article XXIV. Available on http://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/gatt47_02_e.htm, last accessed on 06 January 2010.
- 12 Globalization Knowledge Network: "Towards health-equitable globalization: rights, regulation and redistribution. Final report to the commission on social determinants of health." Institute of Population Health. Globalization and Health Equity.
- 13 Office of the High Commissioner for Human Rights. http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/11session/A.HRC.11.12_en.pdf
- 14 WHO. Public Health, Innovation and Intellectual Property Rights. Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health (CIPRH). Geneva, WHO, 2006.
- 15 World Trade Organization (2002), Decision of the Council for TRIPS of 27 June 2002: Extension of the Transition Period under Article 66.1 of the TRIPS Agreement for Least-Developed Country Members for Certain Obligations with Respect to Pharmaceutical Products. Available on http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/art66_1_e.htm, Last accessed on 02 February 2010.
- 16 Oxfam International and Health Action International: Trading Away Access to Medicines: How the European Commission's Trade Agenda has taken a wrong Turn. October 2009, available on <http://www.oxfam.org/en/policy/trading-away-access-medicines>

© Actieplatform gezondheid en solidariteit, April 2010

Dit is een samenvatting van het dossier van het Actieplatform gezondheid en solidariteit: "The EU's bilateral FTA Negotiations are a Threat to the Right to health" (April 2010), dat werd geschreven door Wim De Ceukelaire en Katrien Vervoort. De tekst van het volledige dossier is beschikbaar op de website van het Actieplatform gezondheid en solidariteit: <http://www.gezondheid-solidariteit.be>. Voor verdere informatie kan u terecht bij: Wim De Ceukelaire, intal: wim.deceukelaire@intal.be en Katrien Vervoort, Oxfam-Solidariteit: kve@oxfamsol.be

Leden van het Actieplatform gezondheid en solidariteit

11.11.11, ABVV/FGTB, ACOD – CGSP, ACV/CSC, ACW, Africa-Europe Faith & Justice Network, Atelier Santé, Forum Social de Charleroi, BBTk-SETCa, Belgisch Sociaal Forum, CETRI, CNCD-11.11.11, CNE, Dentisterie sociale asbl, Fédération des Maisons médicales, Fédération laïque des Centres de Planning familial, Femmes Prévoyantes Socialistes, Forum Social de Huy-Waremme, FOS/Socialistische Solidariteit, Geneeskunde voor het Volk - Médecine pour le Peuple, Intal/Geneeskunde voor de Derde Wereld, Landsbond van Christelijke Mutualiteiten - Alliance nationale des Mutualités chrétiennes, LBC-NVK, LEF, Le Monde selon les Femmes, Louvain Développement, LUSS, MOC, Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten - Union nationale des Mutualités socialistes, OKRA, Oxfam-Solidariteit, Santé chez soi Asbl, Travailleurs Sans Emploi, CSC, Hainaut Occidental, UCOS, UCP, Unité Politiques et Systèmes de Santé dans les Pays en Développement, Ecole de Santé Publique (ULB), Verbruikersateljee, Vereniging van Wijkgezondheidscentra, VSO-Gezondheid vzw, Wereldsolidariteit/Solidarité Mondiale

Missie van het Actieplatform gezondheid en solidariteit

Gezondheid is een recht voor iedereen. Nochtans is dit recht erg ongelijk verdeeld onder de mensen. Vakbonden, mutualiteiten, wijkgezondheidscentra, ngo's en andere verenigingen slaan daarom de handen in mekaar, over de taalgrenzen heen, om samen werk te maken van gezond zijn.

Via analyse, debat en acties wenst het Actieplatform Gezondheid en Solidariteit op te komen voor een progressief en sociaal gezondheids- en welzijnsbeleid. Zowel in België, Europa als wereldwijd.