

Transzatlanti Partnerség, avagy veszélyeztetni-e egészségünket a TTIP? (II. rész)

Kategória: [2016. március](#)

Írta: Roberto De Vogli és Noemi Renzetti



Az alábbiakban az *Epidemiologia & Prevenzione* című tudományos szaklapban megjelent tanulmány rövidített változatát közöljük, melyben a két szakember azt kívánja bemutatni, hogy a Transzatlanti Kereskedelmi és Beruházásvédelmi Szerződés (TTIP) miként befolyásolja az az egészségügghöz való hozzáférést és a társadalmi egyenlőtlenségeket. A cikk eredeti változatát angolul [itt olvashatják](#).

Környezetegészségügy

A TTIP legsúlyosabb egészségügyi hatása a környezetvédelmi politikák változásában lenne tetten érhető. Szinte mindenki egyetért abban, hogy a század legfontosabb globális egészségügyi fenyegetése maga a klímaváltozás, ami a modern civilizáció összeomlásához vezethet [46,47]. Egészségügyi következményei között szerepelnek a hőmérséklet-emelkedéssel összefüggő betegségek és halálesetek, az extrém időjárási jelenségekkel és a levegőszennyezéssel kapcsolatos egészségügyi hatások, de ide sorolhatók az ivóvízzel és élelmiszerekkel terjedő betegségek is. És akkor még nem is említettük a rovarok és rágcsálók által terjesztett betegségeket, az alultápláltságot, a viharokkal kapcsolatos életveszélyt, valamint az áttelepítések által okozott egészségügyi problémákat. Közvetetten a klímaváltozásból eredhet az alapvető vízforrások elapadása, és az ezzel összefüggő erőszakos konfliktusok sora. A klímatudósok azt javasolták, hogy a globális hőmérséklet emelkedése ne haladja meg az iparosítás előtti korszak átlagát, hogy elkerülhető legyen az ún. "point of no return" helyzet – vagyis amikor a klímaváltozás megfordíthatatlanná válik. [49] Ehhez azonban a szén, az olaj- és gázlelőhelyek háromnegyedét a föld mélyében kell hagyni, és elégetési tilalom alá kell vonni – állítják a kutatók. [49]

A fosszilis üzemanyagoknak ez a drámai csökkentése azonban elképzelhetetlennek látszik a globális gazdaság *radikális* átalakítása nélkül. Ez utóbbi csak olyan szabályzókkal lenne megvalósítható, amelyek erősen korlátoznák az üvegházhatású gázok kibocsátását mind az ipar, mind pedig az egyéni a fogyasztók részére. A TTIP azonban környezetvédelmi szabályozást korlátozza, méghozzá erőteljesen [50], és kifejezetten fokozza a fosszilis tüzelőanyagok kitermelését, valamint annak exportját – állapítja meg a Centre for International Environmental Law (A Nemzetközi Környezetvédelmi Törvény Központja) egy 2013-as közleményében. Ez, a korábbi szabadkereskedelmi egyezményekkel együtt, a hatékonyabb környezetvédelmi intézkedések ellen hat. [9]

A befektetővédelmi egyezmény (ISDS) előírásai alapján nagyon valószínű, hogy a fosszilis energiahordozókat kitermelő nagyvállalatok perelni fogják azokat a kormányokat, amelyek korlátozni

akarják a fosszilis energiahordozók kitermelését és exportját. Precedens volt erre egy kanadai per a NAFTA életbelépése után. A kanadai kormányt egy USA-ban bejegyzett bányászati cég perelte be, mert az megtiltotta a "hidraulikus törés" alkalmazását Quebec tartományban. (A "törés" egy olyan folyamat, melynek során víz, homok és kemikáliák közetbe injektálásával szétrobbantják a palát, és kivonják belőle a természetes gázt.) Ez a technológia rendkívül káros, mert felgyorsíthatja a klímaváltozást, sőt egészségügyi mellékhatásokat is előidézhet a kitermelő helyekhez közeli háztartásokban. Hogy csak néhányat említsünk: károsodhat a tüdő, a máj, a vese, a vér és az agy. [51]

Politikai hatások

A TTIP támogatói azzal érvelnek, hogy a szabadkereskedelmi szerződés előmozdíthatja a gazdasági növekedést, a foglalkoztatást, és ezek következményeként pozitív hatásokat idézhet elő a közegészségügyben is. Az egyezmény ellenzői azonban épp az ellenkezőjét állítják. Bár néhány tanulmány alátámasztja azt a feltételezést, hogy a TTIP-nek pozitív hatása lehet a gazdasági és foglalkoztatási mutatókra, ezek azonban nem "csurognak le" szükségszerűen a legalsó társadalmi rétegekhez. Éppen ellenkezőleg, a szabadkereskedelmi politikák tendenciaszerűen visszalépést okoznak az jövedelem elosztási rendszerekben. A vámcsökkentés például csökkentheti a kormányzat bevételeit, amellyel az egészségügybe, oktatásba és szociális jólétbe tudna beruházni. „Eredménye” pedig nem más, mint a gazdasági és egészségügyi egyenlőtlenségek növekedése. A TTIP másik lehetséges veszélye, hogy a nagy transznacionális cégek (TNC-k) felhasználják a befektetővédelmi egyezményt (ISDS-t) a gazdasági egyenlőtlenségeket csökkentő kormányokkal szemben. Erre az esetre példa a francia Veolia csoport jogi akciója, melynek során beperelte az egyiptomi kormányt a minimálbér emelése miatt. [22,52]

A TTIP egészségügyre gyakorolt hatásai óvatosságra intenek. A szerződés olyan meghatározó dolgokat befolyásol, mint a dohányzás, az alkoholfogyasztás, és az ételmiszer-eredetű betegségek növekedése, de hatással van a mezőgazdaság és a környezet-egészségügy kapcsolatára is. Ami pedig a szegényebb lakosság számára tragikus kimenetelű is lehet: korlátozza a gyógyszerekhez és egészséggondozáshoz való hozzáférést.

Akár pozitívként is kezelhetjük, hogy a TTIP javuló gyógyszeripari kutatási együttműködést és a folyamatok megkettőzésének csökkentését eredményezi bizonyos esetekben. Azonban a TTIP-nek a szellemi tulajdonjogról (IP) és a szellemi tulajdonjogok kereskedelmi vonatkozásairól (TRIPS) szóló fejezete késleltetheti a generikus gyógyszerek elérhetőségét, és így a gazdaságilag sérülékeny populációkban a szükséges gyógyszerek használata visszaszorulhat. A TISA-fejezet úgynevezett "egyirányú záradéka" kizárná a privatizált közszolgáltatások visszaállamosítását, ezért az egységes egészséggondozáshoz való hozzáférés is kétségessé válhat. Végül, az ISDS feltehetően csökkentené a kormányok környezetvédelemmel kapcsolatos mozgásterét, pedig a klímaváltozás folyamatában, a globális egészségügyi fenyegetés árnyékában, ez lenne az egyik legfontosabb állami feladat.

A TTIP hívei és bírálói általában más-más szemszögből közelítik meg a szerződés lehetséges hatásait. A támogatók általában a "bizonyítékon alapuló megközelítés" hívei, ami azt jelenti, hogy egy termék betiltását, vagy korlátozását csak akkor engednék meg, ha teljes bizonyítást nyert, hogy az

káros az egészségre. A bizonyítás költségei pedig azzal az állammal terhelik, amely korlátozni vagy tiltani akar. A WTO (Világkereskedelmi Szervezet), a transznacionális cégek és az USA ezt a megközelítést támogatják. 1998-ban például Kanada és az USA 150 millió dolláros szankciót rótt ki az EU-ra, mert az megtiltotta a hormonkezelt marhahús importját. [2,53] A TTIP bírálói sokkal inkább az "elővigyázatossági elvű megközelítés" hívei. Szerintük a gyártónak kell bizonyítania, hogy a terméke ártalmatlan és azt állítják, hogy nem kell teljes tudományos megbízhatóság, a népegészség és a környezet védelme a legfontosabb – már akár gyanú esetén is.

A TTIP hívei bizonygatják, hogy a szerződés a szükséges javak és szolgáltatások cseréjét mozdítja elő környezet- és egészségkárosítás, valamint "lefelé nivelláló verseny" nélkül. Valójában azonban történelmi bizonyítékok sora áll rendelkezésünkre, hogy a szabadkereskedelmi egyezmények rontanak minden olyan szabályozást, amelyek a gyógyszerekhez és az egészségügyhez való hozzáférést segítik, a dohányzás, az alkoholfogyasztás leküzdésével kapcsolatosak, és az élelmiszer-eredetű betegségek ellen fogalmazódnak meg. A nagy transznacionális cégek a befektetővédelmi egyezmény (ISDS) alapján törvényes úton képesek megtámadni azokat az államokat, amelyek közegészségügyi szabályokat fogadnak el, vagy az egészségügyi szolgáltatások privatizációjának visszafordítását szeretnék bevezetni. Vagyis: korlátozzák a kormányok szabadságát, hogy megválasszák, megtervezzék és létrehozzák a közegészségügyi politikájukat. Érdemes felhívni a figyelmet arra is, hogy nincs kölcsönösség. A transznacionális óriáscégek perelhetik a kormányokat, de ez fordítva nem lehetséges. Ennek súlyos hatásai vannak (lesznek) a demokráciára. [58]

Már vannak bizonyítékok arra is, hogy a szabadkereskedelmi egyezmények előmozdíthatják az úgynevezett "regulációs lehűtést". Magyarán: amit a piac erőltet, az kihathat a közpolitikákra is. Nyomásgyakorlással meggyőzik a kormányokat, hogy tartózkodjanak az olyan szabályozások kidolgozásától és bevezetésétől, amelyek az egészség és a környezet védelmét szolgálják. [10] A perrel való fenyegetés már produkált ilyen hatást Új-Zélandon, a Philip Morris Ausztrália ügyében.[5]. Hasonló eset történt Kanadában, 1994-ben egy csomagolási szabályozással kapcsolatban. Akkor perrel fenyegették a kanadai kormányt a NAFTA szerződés ISDS-része alapján. [55] Amikor a "egyirányú záradék" hatásait elemezzük, felemlégethetnénk az Achmea holland cég perét a Szlovák Köztársaság ellen. Ez esetben az Achmea megakadályozta, hogy a szlovák kormány államosítsa a privát egészségbiztosítókat, és így egységes, állami irányítású egészségbiztosítást hozzon létre. [20,22] Ez máris egy kirívó példája annak, hogy tudja a TTIP megsérteni a nemzeti szuverenitást.

Összegezve: a TTIP nem csupán negatívan érinti a közegészségügy eredményeit, veszélyezteti a demokráciát, de hatalmi egyensúlyhiányt hoz létre a magáncégek és az állam között. Jó tudni, hogy a Transzatlanti Kereskedelmi és Beruházásvédelmi Szerződés legfontosabb lobbista csoportjai az óriáscégek, és a TTIP-vel kapcsolatos konzultációs ülések 92 százalékát a magánszektorral, a transznacionális óriáscégekkel közösen tartják. A civil egyesületek szervezeteit és az egészségügy szakértőit szinte egyáltalán nem vonják be a konzultációba, holott a TTIP-nek számos szociális és egészségügyi hatása van és lesz a jövőben is. Azt sem lehet feledni, hogy a szerződéssel kapcsolatos tárgyalásokat titokban folytatták – egészen addig, amíg a TTIP-vel kapcsolatos korai elemzések ki nem szivárogtak. (Lásd Wikileaks.) [56] A TTIP-t érintő bírálatok többsége nem ideológiai kérdésekhez kapcsolódott, sokkal inkább az EU és USA közötti szabályozások negatívumokat is hordozó harmonizálásához. A közegészségügy védelmére tervezett szabályozásokat azonban nem

szabad a kereskedelem technikai akadályának tekinteni, a “haszonhoz való jogot” az “egészséghez való jog” elé helyezni [58]. A szabályok, normák és szabványok harmonizálása valóban kívánatos lehet, de csak úgy, ha a környezet és a lakosság egészségének a jelenleginél erősebb védelme elsőséget élvezne.

1. táblázat. A TTIP rendelkezései és az egészségügyet meghatározó tényezők

	A gyógyszerekhez és a gondozáshoz való hozzáférés	Dohányzás és alkoholfogyasztás	Élelmezési eredetű betegségek	Környezet-egészségügy
Technikai kereskedelmi akadályok (TBT)	+ kutatási együttműködés, és a felesleges párhuzamosságok csökkentése	- alkoholdermékek importja + alkoholdermékek importja + alkoholfogyasztás		
Szellemi tulajdon (IP) és a szellemi tulajdonjogok kereskedelemmel kapcsolatos aspektusai (TRIPS)	+ gyógyszerfelírások ára - gyógyszerfelírások elérhetősége			- fosszilis tüzelőanyagok kitermelésének, szállításának és exportjának szabályozása + a tüdő, máj, vesék, ér és agy betegségei + üvegházhatású gázok kibocsátása + klímaváltozással kapcsolatos betegségek és halálások
Szolgáltatások kereskedelmének egyezménye (TISA)	+ egészségügyi szolgáltatások privatizációja - egészségügyi szolgáltatások elérhetősége			
Befektetők és az államok vitáinak rendezése (ISDS)		- dohányipari hirdetések korlátozása + dohányzás előfordulási gyakorisága, a szeszes italok hirdetésének korlátozása + alkoholfogyasztás	- élelmiszerek jelölésére vonatkozó szabályozások + ultraprocesszált termékek fogyasztása + elhízás, diabétesz és élelmezési eredetű krónikus betegségek előfordulási gyakorisága	

<p>Egészségügyi és növény-egészségügyi szabványok</p> <p>(SPS)</p>			<p>- adalékanyagokra, szennyezőkre, mérgekre és más betegséget okozó szervezetekre vonatkozó szabályok táplálékokban, üdítőitalokban, takarmányokban, növényi és állati eredetű betegségek-re vonatkozóan</p> <p>+ élelmiszer-eredetű betegségek előfordulási gyakorisága</p>	
--	--	--	---	--

+ nő – csökken

A cikket a két szerző, és Susan George társadalomtudós-politológus, a STOP TTIP európai civilszervezeti aktivistája engedélyével publikáljuk. Az angol nyelvű eredeti cikk elérhető itt: http://www.epiprev.it/materiali/2016/EP2/ART-DeVogli_ENG_doi.pdf

Fordította: Hrabák András

Irodalom

1. Remarks by President Obama, U.K. Prime Minister Cameron, European Commission President Barroso, and European Council President Van Rompuy on the Transatlantic Trade and Investment Partnership [press release]. Lough Erne, Northern Ireland: The White House 2013.
2. Cardoso D, Mthembu P, Venhaus M, Verde Garrido M. The Transatlantic Colossus: Global Contributions to Broaden the Debate on the EU-US Free Trade Agreement. Berlin: Berlin Forum on Global Politics, Internet & Society Collaboratory, FutureChallenges.org, 2014.
3. Pérez-Rocha M. The Transatlantic Trade and investment Partnership (TTIP): why should the world beware. Brussels: Rosa-Luxemburg-Stiftung, 2015.
4. Transatlantic Trade and Investment Partnership. The Economic Analysis Explained. Brussels: European Commission, Centre for Economic Policy Research, 2013.
5. Faure M, Ward B. The Transatlantic Trade and Investment Partnership: Trojan horse or positive force for health? Eur Respir J. 2015;46(1):22-5.
6. Francois J. Reducing Transatlantic Barriers to Trade and Investment: An economic Assessment. London: Centre for Economic Policy Research, 2013.

7. EPHA. How to include Public Health into the EU Trade Policy Strategy? Brussels, Belgium: EPHA, 2015.
8. Hilary J. The Transatlantic Trade and Investment Partnership (TTIP): A charter for deregulation, an attack on jobs, an end to democracy. Brussels: Rosa Luxemburg Stiftung, 2014.
9. Jarman H. Public health and the Transatlantic Trade and Investment Partnership. *European journal of public health*. 2014;24(2):181.
10. Khan U, Pallot R, Taylor T, Kanavos P. The Transatlantic Trade and Investment Partnership: international trade law, health systems and public health. London: The London School of Economics and Political Science, 2015.
11. Chang H-J. Kicking Away the Ladder: How the Economic and Intellectual Histories of Capitalism Have Been Re-Written to Justify Neo-Liberal Capitalism. *Post-autistic economics review*. 2002;3(15).
12. Oulton N. Hooray for GDP! *CentrePiece*. 2012;17(3):6-11.
13. Raza W, Grumiller J, Taylor L, Tröster B, von Arnim R. ASSESS TTIP: Assessing the Claimed Benefits of the Transatlantic Trade and Investment Partnership. Final Report. Vienna: Austrian Foundation for Development Research, 2014.
14. Capaldo J. The Trans-Atlantic Trade and Investment Partnership: European Disintegration, Unemployment and Instability. Working paper No. 14-03. Medford, MA: Global Development and Environment Institute, 2014 Contract No.: no 14-03.
15. Costanza R, Kubiszewski I, Giovannini E, Lovins H, McGlade J, Pickett KE, et al. Development: Time to leave GDP behind. *Nature*. 2014;505(7483):283-5.
16. Weiss M, Middleton J, Schrecker T. Warning: TTIP could be hazardous to your health. *Journal of public health*. 2015;37(3):367-9.
17. Landefeld JS, Moulton BR, Platt JD, Villones SM. GDP and Beyond: Measuring Economic Progress and Sustainability. *Survey of current business*. 2010:12-25.
18. Talberth J, Cobb C, Slattery N. The Genuine Progress Indicator 2006. Executive Summary. Oakland: Redefining Progress, 2007.
19. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: A causal review. *Social science & medicine*. 2015;128:316-26.
20. Schrecker T, Labonte R, De Vogli R. Globalisation and health: the need for a global vision. *The Lancet*. 2008;372(9650):1670-6.
21. Shupe C. A European Social Market Economy? - Index Results. Gütersloh: Beltersmann Stiftung, 2013.

22. EPHA. Striking the balance: Protecting Health, Protecting Investments: EPHA position on Investment Protection in TTIP and Trade Agreements. Response to the European Commission proposal for an Investment Court System to replace Investor-to-State Dispute Settlement (ISDS). Brussels, Belgium: EPHA, 2015.
23. McNamara C. Trade liberalization, social policies and health: an empirical case study. *Globalization and health*. 2015;11:42.
24. Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsuvivatwong V, Frenk J, et al. The political origins of health inequity: prospects for change. *The Lancet*. 383(9917):630-67.
25. Scott RE. The high price of 'free' trade: NAFTA's failure has cost the United States jobs across the nation. Washington, DC: Economic Policy Institute, 2003.
26. Bloemen S, Mellema T. Trading away access to medicine. How the European trade agenda continues to undermine access to medicines. Joint Agency Briefing Paper. Oxford: HAI Europe and Oxfam International, 2014.
27. Medicare. The Facts on Medicare Spending and Financing. Fact Sheet. Menlo Park, CA: The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2015.
28. Bittoni MA, Wexler R, Spees CK, Clinton SK, Taylor CA. Lack of private health insurance is associated with higher mortality from cancer and other chronic diseases, poor diet quality, and inflammatory biomarkers in the United States. *Prev Med*. 2015;81:420-6.
29. Mitchell A, Sheargold E. Protecting the autonomy of states to enact tobacco control measures under trade and investment agreements. *Tobacco control*. 2015;24(2):147-53.
30. Eriksen M, Mackay J, Ross H. The Tobacco Atlas, Fourth Edition. Atlanta, GA: American Cancer Society and World Lung Foundation, 2012.
31. NIH. Alcohol and Tobacco. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2007 Contract No.: 71.
32. Lencucha R. Philip Morris versus Uruguay: health governance challenged. *The Lancet*. 2010;376(9744):852-3.
33. Uruguay Bilateral Investment Treaty (BIT) Litigation [press release]. New York: Philip Morris International 2015.
34. Hammond D, Daniel S, White CM. The effect of cigarette branding and plain packaging on female youth in the United Kingdom. *The Journal of Adolescent Health*. 2013;52(2):151-7.
35. Hammond D, Dockrell M, Arnott D, Lee A, McNeill A. Cigarette pack design and perceptions of risk among UK adults and youth. *European journal of public health*. 2009;19(6):631-7.
36. Prochaska JJ, Fromont SC, Leek D, Hudmon KS, Louie AK, Jacobs MH, et al. Evaluation of an evidence-based tobacco treatment curriculum for psychiatry residency training programs. *Academic*

- psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry. 2008;32(6):484-92.
37. Nikogosian H. WHO Framework Convention on Tobacco Control: a key milestone. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010;88(2):83.
38. Victoria QVCC. Plain packaging of tobacco products: a review of the evidence. Melbourne, Vic: Cancer Council Victoria, 2011.
39. De Vogli R, Kouvonen A, Gimeno D. The influence of market deregulation on fast food consumption and body mass index: a cross-national time series analysis. *Bulletin of the World Health Organization*. 2014;92(2):99-107, A.
40. Clark SE, Hawkes C, Murphy SM, Hansen-Kuhn KA, Wallinga D. Exporting obesity: US farm and trade policy and the transformation of the Mexican consumer food environment. *International journal of occupational and environmental health*. 2012;18(1):53-65.
41. Snowdon W, Moodie M, Schultz J, Swinburn B. Modelling of potential food policy interventions in Fiji and Tonga and their impacts on noncommunicable disease mortality. *Food Policy*. 2011;36(5):597-605.
42. Thow AM. Trade liberalisation and the nutrition transition: mapping the pathways for public health nutritionists. *Public health nutrition*. 2009;12(11):2150-8.
43. Eliasson LJ. Problems, progress and prognosis in trade and investment negotiations: the transatlantic free trade and investment partnership. *Journal of Transatlantic Studies*. 2014;12(2):119-39.
44. Scallan E, Hokstra RM, Angulo FJ, Tauxe RV, Widdowson M, Roy SL, et al. Foodborne Illness Acquired in the United States—Major Pathogens. *Emerg Infect Dis*. 2011;17(1).
45. EFSA, ECDC. The European Union Summary Report on Trends and Sources of Zoonoses, Zoonotic Agents and Food-borne Outbreaks in 2009. *EFSA Journal* 2011;9(3):378.
46. Costello A, Abbas M, Allen A, Ball S, Bell S, Bellamy R, et al. Managing the health effects of climate change. *The Lancet*. 2008;373(9676):1693-733.
47. Watts N, Adger WN, Agnolucci P, Blackstock J, Byass P, Cai W, et al. Health and climate change: policy responses to protect public health. *The Lancet*. 2015;386(10006):1861-914.
48. Rogelj J, Hare B, Nabel J, Macey K, Schaeffer M, Markmann K, et al. Halfway to Copenhagen, no way to 2°C. *Nature*. 2009(0907):81-3.
49. Meinshausen M, Meinshausen N, Hare W, Raper SC, Frieler K, Knutti R, et al. Greenhouse-gas emission targets for limiting global warming to 2 degrees C. *Nature*. 2009;458(7242):1158-62.
50. CIEL. Trans-Atlantic Trade and Investment Partnership (TTIP) Monitor. Washington, DC: Center for International Environmental Law (CIEL), 2013.

51. Finkel M, Hays J, Law A. The shale gas boom and the need for rational policy. *American journal of public health*. 2013;103(7):1161-3.
 52. Breville B, Bulard M. Transatlantic trade and investment partnership. The injustice industry. *Le Monde Diplomatique*. 2014.
 53. Johnson R. The U.S.-EU Beef Hormone Dispute R40449. Washington, DC: Congressional Research Service, 2014.
 54. UNEP. Rio Declaration on Environment and Development: the United Nation Conference on Environment and Development Rio de Janeiro: United Nation Environment Programme, 1992.
 55. Dangoor D. Canada - Result Plain Packaging Committee Hearings. New York: Philip Morris International INC., 1994.
 56. Public Citizen. The Trans-Atlantic "Free Trade" Agreement (TAFTA). U.S. and European Corporations' Latest Venue to Attack Consumer and Environmental Safeguards? 2015.
 57. McMichael AJ. Globalization, Climate Change and Human Health. *New England Journal of Medicine* 2013;368:1336-1343.
 58. George S. Shadow Sovereigns: How Global Corporations are Seizing Power. Polity, 2015.
- [neoliberalizmus](#)
 - [európai unió](#)
 - [usa \(külpolitika\)](#)
 - [nemzetközi kereskedelem](#)