

مدیریت هیدرا^۱: وظیفه بسیار خطیر اطمینان از دسترسی به

داروهای ضروری

حسن امامی^۱

چکیده

ثبت اختراع یا پتنت امتیازی است که دولت یا مؤسسه خاص در یک کشور به مبتکران و مخترعان برای ایجاد یک ابداع نو و جدید که از نظر اقتصادی حائز اهمیت باشد اهدا می‌کند. دارایی فکری، امتیازی است که برای صاحب آن حقی را به همراه می‌آورد. این حق برای دارنده انگیزه‌ای ایجاد می‌کند تا برای رفع نیازهای انسان‌ها تلاش نموده و از قبل آن خود نیز منتفع گردد. کلیه کارآفرینان، نخبگان و صاحبان ایده اعم از شخصیت‌های حقیقی یا حقوقی در طول تاریخ منشا خدماتی برای پیشرفت و رفاه بوده‌اند. در عین حال در بعضی مواقع وجود این حق می‌تواند محدودیت‌هایی را برای خدمت‌گیرندگان بخصوص در حوزه سلامت ایجاد نماید. تأمین برخی از داروهای ضروری که امتیاز آن در اختیار تعداد معدودی از شرکت‌های بزرگ دارویی می‌باشد برای مددجویان در کشورهای در حال توسعه یا کم‌تر توسعه‌یافته مشکل ایجاد می‌نماید و موجب از دست رفتن جان انسان‌ها می‌شود. توازن بین این پارادوکس، یعنی استمرار حق مالکیت دارایی از یک طرف و حفاظت از جان انسان‌های نیازمند به داروهای ضروری از جمله داروهای ضد ایدز از سوی دیگر در این مقاله بررسی می‌شود.

واژگان کلیدی

حق مالکیت دارایی‌ها، داروهای ضروری، داروهای ضد ایدز، قوانین TRIPS

۱. عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

مقدمه

امروزه توجه جدی بسیاری از کشورها به صنعت داروسازی خودی، باعث شده تا این صنعت به یکی از سودآورترین صنایع در جهان تبدیل شود. به طوری که در فهرست فورچون^۲ در سال ۲۰۰۸، صنعت داروسازی رتبه سوم را در بین ۵۳ صنعت سودآور جهان کسب کرده است. درآمد بالای شرکت‌های داروسازی بزرگ دنیا زمینه‌ای را برای آن‌ها فراهم کرده است تا بخش زیادی از درآمد خود را صرف هزینه‌های تحقیق و توسعه کنند. بررسی‌ها نشان می‌دهد که هزینه‌های تحقیق و توسعه شرکت‌های داروسازی در اروپا، ژاپن و آمریکا بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۵، بیش از ۴۲٪ رشد داشته و به رقم ۶۷/۵ میلیارد دلار در سال ۲۰۰۵ رسیده است. (تسیری، ۱۳۸۸ ش.).

ثبت اختراع یا پتنت امتیازی است که دولت یا مؤسسه خاص در یک کشور به مبتکران و مخترعان برای ایجاد یک ابداع نو و جدید که از نظر اقتصادی حائز اهمیت باشد، اهدا می‌کند. یکی از راه‌های تشویق تحقیقات پزشکی و نوآوری‌های دارویی برای بیماری‌های صعب‌العلاج، اعطای حق امتیاز ثبت اختراع و حق انحصار (پتنت) است. شرکتی که منابع خود را صرف تحقیق و توسعه دارو برای بیماری‌هایی چون ایدز می‌کند، باید از حق ثبت و انحصار اختراع خود برخوردار باشد تا بتواند هزینه‌های خود را پوشش دهد. انگیزه سودآوری باعث گسترش تحقیقات در این زمینه می‌شود. با این حال پتنت یک راه مصالحه‌ای به شمار می‌رود و مسائلی که پدید می‌آورد نشان می‌دهد که راه حل ایده‌آلی نیست. پتنت، انحصاری رسمی است که از مجوز قانونی برخوردار می‌باشد. دستاوردهای شگفت‌آور در پیشرفت‌های پزشکی در قرن اخیر مدیون همین موضوع است.

اما سازوکار پتنت روی دیگری نیز دارد. انحصار اعطاشده به سازنده دارو می‌تواند موجب قیمت‌گذاری بیش از حد داروها شود؛ در عین حال که پاداشی برای مخترع آن است به مصرف‌کنندگان آسیب می‌رساند. پتنت‌ها با موفقیت نوآوری‌ها را تولید کردند، ولی همزمان مانعی برای گسترش استفاده از داروها به شمار می‌روند. کشورهای فقیرتر نمی‌توانند از عهده پرداخت این قیمت‌ها برآیند و به همین دلیل به سمت داروهای مشابه و ژنریک می‌روند. اگر این اتفاق بیافتد آنگاه نمونه‌های ارزان‌قیمت به سرعت به داخل بازار کشورهای ثروتمند وارد می‌شود و سودآوری کارخانه‌های تولید دارو و توانایی آن‌ها در توسعه داروهای جدید را تضعیف می‌کند. به هر حال برخی شرکت‌های دارویی به توافقات داوطلبانه‌ای با کشورهای فقیر دست یافته‌اند که اجازه تولید کنترل‌شده داروهای ژنریک برای بیماران فقیرتر را می‌دهد. گران‌فروشی ناشی از پتنت در هر صنعت نوینی اتفاق می‌افتد، اما احتمالاً به دلیل ماهیت تقاضا در صنعت داروسازی بیش از هرجای دیگری مورد توجه قرار می‌گیرد. مقدار خریداری‌شده از یک داروی نوعی نسبت به قیمت غیر حساس است. دلایل این موضوع به خاطر این است که نیاز بیمار حیاتی است. تصمیم در مورد استفاده از دارو نه توسط بیمار که توسط پزشکان اتخاذ می‌شود. وقتی تقاضا بی‌کشش باشد، انحصارگر به دنبال حداکثر سود، قیمت‌هایی را اعمال می‌کند که بسیار بالاتر از هزینه تولید است. وقتی که خریداران به قیمت حساس نباشند، اعمال قیمتی که بازار می‌تواند تحمل کند، یعنی اعمال قیمت‌های بسیار بالا مد نظر می‌باشد.

زمانی که موضوع حق اختراع و انحصارات ناشی از آن با مباحث انسانی مثل حق بر سلامتی^۳ و حق حیات مرتبط می‌شود، چالش‌ها رنگ و بوی حقوق بشری به خود می‌گیرد و در این حالت، دیدگاه‌های انسان‌دوستانه و حقوق بشری نیز

عرض اندام کرده و با استناد به حق بر سلامتی به عنوان یکی از حقوق بنیادین بشر، حمایت یا گستره حمایت از این دسته اختراعات را با تردید جدی مواجه می‌سازند. حق بر سلامتی، دارای مصادیق متعددی است، اما بی‌تردید مهم‌ترین جنبه آن، مقابله با بیماری‌ها و مرگ و میرها و کسب تندرستی از دست رفته است و در راه تحقق این جنبه از سلامتی، دارو به عنوان مهم‌ترین ابزار بشری نقشی برجسته و انکارناپذیر می‌یابد.

اصل کلی «حق دسترسی افراد انسانی به سلامتی»، به عنوان یک حق بشری و نه قراردادی از اهمیت فراوان و جایگاهی خاص در اسناد بین‌المللی برخوردار است. این اصل کلی، منشأ وضع چند قاعده حقوقی مهم در عرصه حقوق بین‌الملل شده است که فلسفه وضع آن‌ها، کمک به تحقق این اصل کلی بوده است. مهم‌ترین قواعد استخراج شده «تعهد به حمایت» است؛ به این مفهوم که دولت‌ها علاوه بر احترام به حق دسترسی افراد بشر به دارو، تعهدی ایجابی نیز بر عهده دارند که در قالب «تعهد به حمایت» مطرح شده است. به موجب این تعهد، دولت‌ها مکلف به تصویب قوانین یا اتخاذ رویه‌ها و اقدامات قانونی جهت تضمین دسترسی اشخاص به دارو هستند. برای مثال، تصویب قوانینی که برای نقض‌کنندگان حق دسترسی به دارو، مشکلات و موانعی ایجاد می‌کنند. (صادقی، ۱۳۸۸ ش.)

حال باید فرصتی فراهم شود تا ضمن رعایت حریم حقوقی صاحبان دارایی فکری به انسان‌هایی فکر کرد که در اثر ابتلا به بیماری مهلک ایدز با مرگ دست و پنجه نرم می‌کنند و محتاج داروهای ضروری هستند، اما اعتبار لازم برای هزینه کردن ندارند. چطور باید بین این پارادوکس توافق ایجاد کرد. سازمان جهانی بهداشت در تعریف از داروهای ضروری بر این اعتقاد است که «داروهای

ضروری آن دسته از داروهائی هستند که نیازهای بهداشتی مهم و اصلی جمعیت را برآورده می‌سازند. این داروها براساس ارتباطشان با سلامت جامعه، تأثیرگذاری و مطمئن‌بودنشان و مقرون به صرفه‌بودن و قابل قیاسشان انتخاب می‌شوند. انتظار می‌رود داروهای ضروری در چارچوب سیستم‌های بهداشتی در هر زمانی به مقدار کافی، در دوزهای مناسب، با کیفیتی تضمینی و با اطلاعات کافی در دسترس باشند و با قیمتی ارائه شوند که هم فرد و هم جامعه توانایی تهیه آنها را داشته باشند^۴.

۱- کالای عمومی و خصوصی ضرورت دسترسی به داروهای ضروری

کالای عمومی که گاهی از آن به نام کالای جمعی^۵ یا کالای اجتماعی^۶ یاد می‌شود، کالایی است که همه از مصرف آن منتفع می‌شوند. به این معنی که مصرف هر فرد، سبب کاهش مصرف سایرین از آن نمی‌شود. پارک، اتوبوس، امنیت و... نمونه‌هایی از کالای عمومی هستند. کالای عمومی با وجودی که برای بسیاری از شهروندان ضروری است، اما بازار و بخش خصوصی، انگیزه کافی برای تولید آن ندارند، چراکه ماهیت این نوع کالاها به گونه‌ای است که افراد پس از ساخته شدن، حاضر نیستند قیمت آن را بپردازند.

برای کالای عمومی دو ویژگی ذکر می‌شود که آن را از کالای خصوصی متمایز می‌سازد:

۱- رقابت‌ناپذیری: منظور از رقابت‌ناپذیری در کالاهای عمومی این است که وقتی این کالاها ارائه می‌شود، ورود فرد جدید، رقیب فرد قبلی محسوب نمی‌گردد، اما در کالای خصوصی ورود فرد جدید با مصرف مقدار خاصی از کالا، به نحوی رقیب بقیه محسوب می‌شود. به عنوان مثال، استفاده از لباس

تولیدی، باعث کم‌شدن عرضه برای دیگران خواهد شد، اما وارد شدن فرد به یک پارک عمومی قبل از پرشدن ظرفیت، مشکلی برای دیگران به‌وجود نمی‌آورد.

۲- استثنایپذیری^۷: یک فرق اساسی بین کالاهای خصوصی و عمومی امکان یا عدم امکان محروم‌سازی دیگران از کالای مورد نظر است. یعنی پس از تهیه و عرضه کالای عمومی، هیچ فردی را نمی‌توان از مصرف آن بازداشت^۸. در مورد کالای خصوصی، مالک آن‌ها می‌تواند ادعای استفاده انحصاری کند، لذا استفاده و کسب مطلوبیت مربوط به آن‌ها را منحصر در اختیار داشته باشد، اما ممکن است در مورد کالای عمومی در همه سطوح به راحتی نتوان چنین انحصاری ایجاد کرد؛ برای همین گفته می‌شود کالای عمومی استثنایپذیر است. (دادگر و همکاران، ۱۳۸۴ ش.)

اگر مفهوم «کالاهای عمومی» محدود شده باشد به کالاها و خدمات عرضه شده توسط دولت‌ها و سازمان‌های غیر دولتی (NGO)، پس مشکل ارائه دسترسی به داروهای ضروری ممکن است به عنوان ترکیبی از مشکل کالاهای عمومی و بازار خصوصی توصیف شود. مصرف‌کنندگان خدمات مراقبت‌های بهداشتی از پزشکان و داروسازان خصوصی، داروهای کم‌هزینه مثل مصرف‌کنندگان بخش دولتی می‌خواهند، حتی اگر بازار خصوصی ممکن است در حالت کلی برای رسیدگی به تقاضا برای داروهای ضروری سازگاری نشان دهد، مشکلات بهداشت عمومی در مقیاس همه‌گیر، مانند اچ.آی.وی/ایدز فراتر از ظرفیت مکانیسم‌های بازار هستند. تأسیس صندوق جهانی و تصویب قانون افزایش بودجه توسط ایالات متحده به طور قابل توجه تلاشی برای درمان بیماری همه‌گیر AIDS / HIV می‌باشند.

در کشورهای در حال توسعه، درمان HIV / AIDS بین ۴۰۰-۲۵۰۰ دلار هزینه در سال دارد. بودجه دارو در کشورهای در حال توسعه کم‌تر از ۳۰ دلار برای هر فرد در هر سال است. این رقم در ۳۸ کشور کم‌تر توسعه‌یافته سالانه کم‌تر از ۲ دلار است. در لیست جدیدترین داروها ضروری، تعداد قابل توجهی از داروهای ضد رترو ویروسی (ARVs) است که دارای حق ثبت اختراع می‌باشند. سلامت عمومی در جامعه جهانی در حال حاضر با توجه به HIV / AIDS، مالاریا و سل به چالش می‌کشد. اگرچه جمعیت جهان و به خصوص در کشورهای در حال توسعه و کم‌تر توسعه‌یافته، با بار سنگین بهداشت عمومی از جمله بیماری‌های عفونی، اسهال، سرطان، دیابت، بیماری‌های قلبی و فشار خون، مواجه‌اند، ولی HIV / AIDS فوری‌ترین مشکل می‌باشد.^۱

«جان مک‌میلان» چنین استدلال می‌کند که داروهای ایدز موردی خاص هستند و به این دلیل نادیده گرفتن پتنت در مقابل هزینه‌های آن قرار می‌گیرد که عمده موتور محرک کشفیات، بازار پرمفعت کشورهای غربی است. کشورهای فقیر سهم اندکی از سود بازار جهانی داروهای ایدز را تأمین می‌کنند (بدون توجه به این که چه سیاست قیمتی اتخاذ شود). بنابراین نقش نداشتن آن‌ها در هزینه‌های تحقیقات، تأثیر منفی قابل ملاحظه‌ای بر انگیزه‌های نوآوری در جهان ندارد، اما در مقابل، در مورد بیماری‌هایی که مبتلا به کشورهای توسعه‌یافته نیستند، تضعیف انگیزه‌های تحقیق از طریق نقض پتنت‌ها می‌تواند تبدیل به مانعی شود که وزنش بر هر منفعتی بچربد. اجازه سواری مجانی دادن به کشورهای در حال توسعه تنها وقتی موجب منافع بالقوه می‌شود که این بیماری‌ها بازار پرسود و پرمفعتی در کشورهای غربی داشته باشند، اما در مورد بیماری‌های استوایی، نبود پتنت به معنی نبود تحقیق است. در مورد چنین بیماری‌هایی که تنها کشورهای فقیر را متأثر

می‌سازد، تغییرات عمیق‌تری در بازار مورد نیاز است. تحت سیستم استاندارد پتنت، نمی‌توان به جنگ این بیماری‌ها رفت، زیرا با وجود منافع بالقوه اجتماعی عظیم ناشی از چنین داروهایی، درآمدهایی که از آنها کسب می‌شود پوشش هزینه‌های تحقیق را نخواهد داد. پایین آوردن هزینه تحقیق از طریق یارانه‌دادن به شرکت‌های داروسازی و تضمین درآمدهای آنها راه‌هایی هستند که در این زمینه پیشنهاد شده‌اند و در اینجا به جهت اختصار از آنها صرف نظر می‌کنیم.^{۱۰}

۲- ابعاد سیاسی، دخالت دولت‌ها و نهادهای بین‌المللی

در قلب مشکل داروهای ضروری، فقدان اراده سیاسی برای مقابله با آن مشهود است. در هر کشور بودجه بهداشت عمومی با دیگر منافع اولویت‌دار دولتی مقایسه می‌شود. این واقعیت نه تنها در غالب کشورهای که فاقد منابع هستند، بلکه در کشورهایی که منابع قابل توجهی هم دارند به سمت اهداف پیشگیری از بیماری‌ها و درمان هدایت نمی‌شود. کنگره ایالات متحده در اوایل سال ۲۰۰۳ قانون اجازه افزایش قابل توجهی در بودجه برای درمان اچ.آی.وی/ایدز در برخی کشورهای در حال توسعه را تأیید کرد. مشکلات ناشی از توانایی دستگاه‌های مبادلات تجاری خارجی برای اعمال کنترل بر سیاست داروها در حال تبدیل شدن به یک مسأله جدی است. چون ایالات متحده تصمیم گرفته است از طریق مذاکره شرایط حفاظت از حق ثبت اختراع در موافقت‌نامه‌های دوجانبه و منطقه‌ای انعطاف در نظر گرفته شده در توافقنامه TRIPS را نادیده بگیرد. ضرورت و اهمیت بعد سیاسی زمانی بیشتر آشکار می‌شود که مواجهه کشورهای در حال توسعه برای درمان HIV / AIDS مشاهده گردد. به عنوان مثال، تنها دولت‌های چند کشور در حال توسعه مانند بوتسوانا، برزیل، تایلند و اوگاندا درمان را به عنوان یک اولویت ملی قرار دادند. دیگر کشورها از جمله چین، هند، روسیه و آفریقای جنوبی،

تعهدات قابل مقایسه‌ای نداشتند، حتی اگر بودجه این کشورها اجازه ورود به این مقوله را داشته باشد. در برزیل تولید داروهای ضد ایدز بدون توجه به پتنت، به بسیاری از مبتلایان به ایدز امکان داد تا از درمان‌های دارویی بهره‌مند شوند، در صورتی که با قیمت‌های مطابق با پتنت این کار برای آن‌ها غیرممکن بود. در سال ۱۹۹۷ دولت برزیل شروع به تشویق بنگاه‌های دولتی کرد تا داروهای ضد ایدز دارای پتنت را بدون گواهی سازنده اصلی تولید کنند. دولت این داروهای کپی برداری شده را می‌خرد و به صورت رایگان در اختیار بیماران می‌گذاشت. (گلدستین و همکاران، ۲۰۰۳ م.)

آفریقای جنوبی، تایلند و برخی کشورهای در حال توسعه دیگر نیز قوانین مشابهی تصویب کردند، اما شرکت‌های داروسازی چندملیتی با کشورهای در حال توسعه مخالف بودند و اعتقاد داشتند نادیده گرفتن پتنت‌ها غیرقانونی است. آن‌ها با دولت آمریکا رایزنی کردند تا تحریم‌های تجاری علیه دولت برزیل اعمال شود. اتحادیه داروسازان آمریکا به شدت واکنش نشان داد. آن‌ها معتقد بودند نادیده گرفتن پتنت‌ها به معنی براندازی تحقیق و توسعه است. همزمان کشورهای در حال توسعه اعلام داشتند که مجبورند بدون توجه به پتنت‌ها به دنبال نجات جان شهروندان خود باشند.

بسیاری از نهادهای چندجانبه، به عنوان نهادهای منطقه‌ای، مسؤول پرداختن به برخی از جنبه‌های مشکل داروهای ضروری هستند. این‌ها عبارتند از سازمان بهداشت جهانی، بخش‌های دیگری از نظام سازمان ملل متحد (از جمله برنامه ایدز سازمان ملل)، صندوق جهانی، کمیساریای عالی حقوق بشر سازمان ملل، برنامه توسعه سازمان ملل متحد،^{۱۱} کنفرانس تجارت و توسعه سازمان ملل متحد^{۱۲}، سازمان

جهانی مالکیت معنوی^{۱۳}، صندوق بین‌المللی پول^{۱۴}، بانک جهانی و سازمان تجارت جهانی^{۱۵}.

نهادهای چندجانبه اولویت‌های مختلفی دارند. آنها به ندرت در اهداف مقطعی کار می‌کنند. دستور سازمان بهداشت جهانی برای ترویج دسترسی به دارو است و به دنبال این هدف به کشورهای در حال توسعه در مورد راه‌هایی که می‌توان داروها را با قیمت‌های پایین‌تری به دست آورد، مشاوره می‌دهد. سازمان بهداشت جهانی همچنین مشاوره قانونی سازگاری با قانون TRIPS ارائه می‌دهد و در مورد راه‌هایی برای غلبه بر موانع ناشی از حفاظت از حق ثبت اختراع، از جمله صدور مجوز استفاده دولت و واردات موازی نمایندگان WIPO به طور معمول از کشورهای در حال توسعه؛ حفظ استانداردهای سختگیرانه حفاظت از IP را می‌خواهد. دو مشاوره متناقض توسط سازمان بهداشت جهانی و WIPO به مقامات حق ثبت اختراع و تجارت و مقامات بهداشت عمومی داده شده است. مقامات تهیه و تدارک عمومی در کشورهای در حال توسعه اغلب در حال خرید و توزیع دارو برای استفاده‌کنندگان در بیمارستان‌های دولتی و کلینیک‌ها هستند. داروهای جدید که برای خرید توسط مقامات تهیه و تدارک ثبت شده‌اند نباید به «استفاده تجاری» تلقی شود. طبق موافقتنامه TRIPS مسئولین محافظ IP مکلف به ثبت داده‌های نظارتی برای داروهایی که برای استفاده در سیستم‌های سلامت عمومی تهیه شده است نیستند.

۴- موانع و تبعات ناشی از مالکیت معنوی

حق امتیاز در واقع ابزاری مالی است که به سرمایه‌گذاران امکان می‌دهد تا پس از پذیرش ریسک سرمایه‌گذاری بتوانند بازگشت سرمایه نسبتاً زیادی را داشته باشند. رفتار دارندگان حق امتیاز را می‌توان تلاشی در جهت به حداکثر رساندن

سود حاصل از ابزاری مالی به حساب آورد. این مسأله با رفتار قابل مشاهده صنایع داروسازی که مبتنی بر تحقیق است مطابقت دارد. شاید بتوان با انجام تغییراتی در نظام حق امتیاز کارایی آن را برای حل مشکلات افراد کم‌درآمد افزایش داد، اما این تغییر راه حل جامعی نخواهد بود. حق امتیاز ابزاری مبتنی بر بازار است و صنعتی که به این ابزار وابسته باشد نمی‌تواند راه حلی برای مشکلات اساسی دارویی که مبتنی بر بازار نیستند فراهم کند.^{۱۶}

حق امتیاز به دارندگان آن اجازه می‌دهد تا از ساخت، عرضه، فروش و صادرات محصولات تحت امتیاز توسط دیگران جلوگیری نمایند. حق امتیاز با ورود به بازار محصولات یکسان، در عین حال که از ضرورت رقابت بر مبنای کاهش قیمت محصولات جلوگیری می‌کند، مشوق نوآوری‌هایی خواهد بود که می‌تواند منجر به تولید محصولات رقابتی شود. اگرچه عوامل بسیاری در میزان دسترسی افراد به داروهای اساسی دخیل هستند، کاملاً واضح است که هر قدمی در جهت پایین آوردن قیمت محصولات ورود افراد بیشتری را به بازار درمان امکان‌پذیر می‌سازد. حق امتیاز به عنوان دست‌آوردی مبهم و غیر شفاف نیز مطرح می‌شود که موقعیت مناسبی را در جهت استفاده قانونی از این ابزار به منظور ممانعت از عرضه رقابتی محصولات ژنریک فراهم می‌سازد. (باسلی و همکاران، ۲۰۰۲، م.)

برخی کشورهای در حال توسعه به صورت یک‌جانبه شروع به طراحی دوباره بازار داروسازی کرده و قوانین مالکیت معنوی خودشان را وضع کردند. در هندوستان، دولت تصمیم گرفته است که حق امتیاز را در مورد غذا و دارو تضمین نکند، بدین ترتیب سازندگان زیادی امکان یافته‌اند تا با کپی‌برداری، داروهای شرکت‌های آمریکایی و اروپایی را بفروشند. در این حالت چون فقط باید هزینه

تولید و نه هزینه تحقیق پوشش داده شود و هیچ حمایتی از حق امتیاز وجود ندارد و قیمت‌ها بسیار پایین است. برخلاف کشورهای توسعه‌یافته که دارای انحصارهای متکی بر پتنت هستند، صنعت داروسازی هند در سال ۲۰۰۰ دارای حدود ۲۰ هزار شرکت بود که قیمت‌هایی رقابتی را ارائه می‌دادند. تفاوت میان انحصار و رقابت را می‌توان در داروی فلوکونازول مشاهده کرد که یک داروی ضد بیماری‌های مسری است. در هند این دارو بدون پتنت بود. بنابراین توسط شرکت‌های مختلفی با قیمت رقابتی عرضه می‌شد، در حالی که در ایالات متحده حق امتیاز آن محفوظ بود و بازار در انحصار یک سازنده انحصاری بود. در هند قیمت هر عدد قرص ۲۵ سنت بود، در حالی که این قیمت در آمریکا ۱۰ دلار بود.

ایالات متحده آمریکا دارای بازاری قانونمند است که تولیدکنندگان داروهای ژنریک علاقه وافری به ورود زود هنگام به بازار را دارند و در این بازار صنایع داروسازی تحت کنترل سازمان‌های غیر دولتی می‌باشد. جایگاه چنین نگرشی در کشورهای در حال توسعه بسیار پایین است. به همین ترتیب امکان کنترل و برخورد با سوء استفاده از حق امتیاز نیز بسیار بعید به نظر می‌رسد. مراحل قانونی به چالش کشیدن اعتبار حق امتیاز بسیار زمان‌بر و پرهزینه است. افراد و شرکت‌های معدودی دارای انگیزه کافی جهت به چالش کشیدن حق امتیاز هستند، خصوصاً زمانی که این حق به مالکین متعدد ذینفع حق امتیاز با منابع قابل توجه مالی تعلق می‌گیرد (انگیزه مناسب به طور مثال می‌تواند با پیشنهاد تأمین بلند مدت مخارج درمانی به صورت دولتی از سوی شرکت داروی ژنریک مطرح شود).

وضعیت اعطای حق امتیاز در جنوب آفریقا نشان می‌دهد که حق امتیازهای متعددی در مورد داروهای حیاتی ضد ویروس ایدز (ARVs) در کشورهای دارای ظرفیت تولید دارو و ایجاد درآمدهای بالا اعمال شده است. در آفریقای جنوبی

تقریباً ۲۰ حق امتیاز ۱۴ داروی ضد ویروس ایدز و مقادیر ثابت ترکیبی آنها را پوشش می‌دهد. در زیمبابوه ۱۱ حق امتیاز ۷ داروی ضد ایدز و مقادیر ثابت ترکیبی آنها و در کنیا و اوگاندا به ترتیب ۱۱ و ۱۰ حق امتیاز وجود دارد که به ترتیب روی ۷ و ۶ داروی ضد ایدز و مقادیر ثابت ترکیبی آنها اعمال می‌شود.^{۱۷}

عرضه داروی ژنریک ضد ویروس ایدز به بازار آفریقای جنوبی به دلیل وجود حق امتیاز اساساً ممنوع است. آمریکا و اتحادیه اروپا و شرکت‌های داروسازی آنها با بکارگیری تاکتیک‌های قدرتمند از وضع قوانین مربوط به عرضه داروهای دارای حق امتیاز با قیمت ارزان جلوگیری می‌کنند و به این ترتیب در سیاست‌های دولت آفریقای جنوبی در این مورد اختلال ایجاد می‌کنند.

معدود سازمان‌های آفریقای جنوبی که داروی ضد ویروس ایدز را در اختیار

کارکنان خود قرار داده‌اند، مبالغ هنگفت حق امتیاز را پرداخته‌اند که به این ترتیب دامنه اقدامات دولتی را در راستای کاهش قیمت دارو محدود کرده‌اند. شرکت‌های غیر دولتی و مسئولین درمانی منطقه‌ای در آفریقای جنوبی کماکان اجازه ندارند تا از تولید کنندگان داروهای ژنریک هندی دارو خریداری کنند. علیرغم مخالفت‌های عمومی، شرکت‌های دارویی تحقیقاتی همچنان فشارهای شدیدی را به آفریقای جنوبی وارد می‌آورند و از دسترسی این کشور به داروهای ارزان قیمت جلوگیری می‌کنند. شکایت شماره ۳۰۱ سال ۲۰۰۳ از سوی شرکت‌های دارویی آمریکا، آفریقای جنوبی را متهم به نقض چندین مورد منافع مالکیت معنوی نمود.

اکنون مذاکره‌کنندگان تجاری آمریکا و اتحادیه اروپا به طور فزاینده‌ای مایلند تاریخ اعتبار حق امتیاز را افزایش دهند که به موجب آن عرضه داروها بنا بر توافقات تجاری داخلی و خارجی تحت نظارت قانونمند قراردارند. از دیدگاه

کشورهای در حال توسعه این امر تنها موجب افزایش بیشتر بهای داروها بدون در برداشتن سودی متقابل برای آنها می‌شود.

۵- افکار عمومی و قوانین تریپس

به دلیل گران‌بودن داروهای ضد ایدز، برخی کشورهای در حال توسعه مانند برزیل، آفریقای جنوبی و تایلند برای نجات جان بیماران، حقوق ثبت اختراع این داروها را نادیده گرفتند و به شرکت‌های داخلی اجازه دادند با کپی‌برداری از این محصولات به تولید داروهای ارزان‌قیمت بپردازند. دولت آمریکا در ابتدا به این موضوع از زاویه دید کشورهای در حال توسعه نگاه نمی‌کرد و تحت تأثیر لابی شرکت‌های داروسازی، طرف این شرکت‌ها را می‌گرفت. دولت کلینتون کشورهایی که داروهای پتنت‌دار کپی می‌کردند را تهدید به تحریم‌های تجاری کرد و اقداماتی علیه آفریقای جنوبی و برزیل انجام شد، اما حرکت‌های جهانی علیه این وضعیت شروع شد و گروه‌هایی مانند پزشکان بدون مرز، خیریه‌ها و رسانه‌ها شروع به ارائه گزارش‌هایی درباره مبتلایان به ایدز کردند. سرانجام دولت کلینتون از تهدید به تحریم‌های تجاری دست برداشت. اندیشه‌های حقوق بشری، تأثیر خود را روی مقررات تریپس گذاشت و زمینه نخستین تغییر را در یکی از موافقت‌نامه‌های اصلی سازمان تجارت جهانی فراهم آورد. تحولاتی در اعلامیه دوحه در خصوص تریپس و سلامت عمومی رخ داد و به موجب آن، بنا به توافق سران سازمان تجارت جهانی در بند ۷ بیانیه دوحه در مورد تفاهم نامه TRIPS و بهداشت عمومی، کشورهای توسعه‌نیافته را تا اول ژانویه ۲۰۱۶ نباید وادار به اجرا و بکارگیری مفاد TRIPS در مورد حق امتیاز محصولات دارویی یا حفاظت مستمر از اطلاعات مربوط به ترکیبات دارویی نمود. تعدیل شرایط صدور مجوز

اجباری مندرج در ماده ۳۱ تریپس، از مهم‌ترین آن‌هاست، البته این تغییرات هنوز رضایت حقوق بشری‌ها را بطور کامل تأمین نکرده است. (فردریک، ۲۰۰۴ م.)

همچنین این سران توافق نمودند که اعضای کشورهای توسعه‌نیافته‌ای که تاکنون مبادرت به حفاظت اطلاعات می‌کرده‌اند، نیازی به اجرای چنین قوانینی تا تاریخ مذکور را ندارند. شورای TRIPS تصمیمی را مبنی بر تأیید چنین مسامحه‌ای اتخاذ نمود و شورای عمومی سازمان تجارت جهانی معافیتی را در مورد تعهد کشورهای توسعه‌نیافته نسبت به حقوق به اصطلاح انحصاری بازار در نظر گرفت که در غیر این صورت این حق انحصاری بازار، جایگزینی برای حفاظت از حق امتیاز برای جلوگیری از تولید، واردات و فروش داروها محسوب می‌شد. چنانکه در ماده ۱۵ بند «د» بیانیه دوحه آمده است، توافقنامه TRIPS اجازه می‌دهد که هر یک از اعضای سازمان تجارت جهانی بتوانند از قانون انقضای حق امتیاز بین‌الملل بهره‌مند شوند و به واسطه آن امکان واردات موازی داروها را برای خود میسر سازند. این قانون اجازه می‌دهد هر کشور بتواند به دنبال تهیه داروهای عرضه‌شده قانونی با کم‌ترین قیمت، در بازار جهانی باشد و آشکارا دستیابی به داروهای ارزان قیمت را امکان‌پذیر می‌سازد. (فردریک، ۲۰۰۴ م.)

۶- راه حل مشکلات ناشی از اعمال حق امتیاز

برای کشورهای در حال توسعه‌ای که به دنبال یافتن راه‌های بهتری برای دسترسی به داروهای ضروری هستند، اجرای سیاست‌ها و قانون‌گذاری‌هایی که دستیابی به مجوزهای اجباری و کاربری دولتی را تسهیل می‌نماید، می‌تواند امکان مقابله اساسی را در برابر تأثیر منفی انحصارگرایی حق امتیاز فراهم آورد. اقدامات دیگر شامل استفاده از تفاهم‌نامه‌های معافیت مالی همچون بیانیه دوحه در مورد TRIPS و بهداشت عمومی، تجارت موازی و قیمت‌گذاری متفاوت می‌باشد.

مجوزهای اجباری و کاربری دولتی کاربردهای بسیاری دارد. از جمله این مجوزها پیش‌زمینه مطلوبی را برای انجام مذاکرات با دارندگان حق امتیاز پیرامون قیمت‌ها و اخذ مجوز فراهم می‌کند. این مجوزها در حکم اهرم‌های قدرتمندی در مذاکرات خاص بر سر قیمت مورد معامله بکار می‌رود. این مجوزها امکان تولید دارو را برای اشخاص دیگر غیر از دارندگان حق امتیاز فراهم می‌کند. هیچ کشوری بهتر از ایالات متحده آمریکا امکان استفاده از حق امتیاز برای دولت را فراهم نکرده است. بر اساس قانون حق امتیاز آمریکا، دولت و پیمانکاران دولتی مجاز هستند آزادانه از هر حق امتیازی بدون اطلاع دارندگان آن‌ها استفاده کنند.^۸

مالکین حق امتیاز قانوناً از اقامه دعوی علیه چنین استفاده‌ای منع می‌شوند، اما دارنده حق امتیاز حق دریافت غرامت را در صورت ارجاع به دادگاه دعوی فدرال خواهد داشت. ایالات متحده اساساً از قانون حق مسئولیت استفاده می‌کند. یعنی دولت مجاز است که از حق امتیاز بدون هیچ پیش شرطی و برای هر منظوری استفاده کند، اما در عین حال مسئول پرداخت غرامت به دارنده امتیاز می‌باشد. بریتانیا و سوئیس هم اختیارات گسترده‌ای را برای استفاده از حق امتیاز به دولت اعطا می‌کنند. در حوزه درمان عمومی، مجوز کاربری دولتی راه حل مناسبی برای مقابله با انحصارگرایی حق امتیاز به شمار می‌رود. قوانین حق امتیاز، عموماً موانع نسبتاً کم‌تری را برای مجوزهای دولتی در مقایسه با مجوزهای اجباری خصوصی ایجاد می‌کنند. این مسأله اغلب با تصمیم مقامات مسئول ثبت حق امتیاز حل و فصل می‌شود. به هر حال توجیه‌پذیر نیست که چرا چنین مسئولیتی به وزیر بهداشت تفویض نمی‌شود تا از طریق او به مسئولین درمانی انتقال یابد.

مجوزهای اجباری و کاربری دولتی را می‌توان برای واردات داروهایی استفاده نمود که در کشورهای وارد کننده دارای حق امتیاز هستند ولی به طور

قانونی خرید آن‌ها از خارج کشور و از طریق کشورهای امکان‌پذیر است که کماکان قوانین حق امتیاز دارویی در آن‌ها جاری نیست. پس از اول ژانویه ۲۰۰۵ زمانی که کلیه کشورهای در حال توسعه ملزم به اجرای قانون حق امتیاز برای محصولات دارویی شوند، منابع تهیه داروهای ژنریک محدود می‌شوند و تداوم واردات داروهای ژنریک با مشکل مواجه خواهد شد. موانع استفاده از مجوز اجباری و کاربری دولتی به منظور تعدیل هرگونه عدم تعادل ناشی از انحصار گرایی حق امتیاز را نباید نادیده گرفت، اگرچه شاید تهدید استفاده از مجوزهای اجباری به عنوان اهرمی در مذاکرات بر سر قیمت مورد معامله آسان به نظر برسد، اما تولید نهایی منوط به مهندسی معکوس داروی مورد نظر، نظارت مستمر و منظم و دستیابی به سطح تولید با مقدار لازم و کیفیت مطلوب می‌باشد. تحقق مراحل مذکور احتمالاً یک تا سه سال به طول می‌انجامد.

ن
ز
ی
س

۷- تجارت موازی و قیمت‌گذاری متفاوت

تجارت موازی ابزار مهمی برای افزایش رقابت در قیمت بازار دارو بشمار می‌رود، اما بعید به نظر می‌رسد که بتواند به اندازه مجوز اجباری موجب کاهش قیمت‌ها شود. در اکثر موارد، تجارت موازی داروها از سوی دارندگان حق امتیاز دارو در بازار صورت می‌پذیرد و قیمت‌های تعیین‌شده از سوی دارندگان حق امتیاز بسیار بیشتر از قیمت‌هایی است که به موجب مجوز اجباری تعیین می‌شود. به هر حال توجه به حفظ امر تجارت موازی و در نظر گرفتن آن در برنامه‌ریزی استراتژیک حائز اهمیت است. می‌توان چنین استدلال نمود که قیمت‌گذاری متفاوت می‌تواند به نفع کشورهای در حال توسعه باشد، زیرا به کشورهای دارویی وابسته به سازمان توسعه و همکاری اقتصادی (OECD) اجازه می‌دهد تا قیمت‌های بالایی را در در بازار OECD به دست آورند. در اصل شرکت‌های OECD به

مشتریان خود از کشورهای در حال توسعه بابت انجام تبلیغات و تحقیق و توسعه سوبسید پرداخت می‌کنند.^{۱۹}

قیمت‌گذاری متفاوت و همچنین تجارت موازی به صورت توأم در کنار یکدیگر امکان‌پذیر نیست. شرکت‌های دارویی ممکن است در بازار قیمت‌گذاری متفاوت با خریداران خود قراردادی را تنظیم کنند که مانع صادرات مجدد شود. بعلاوه کشورهای عضو OECD در اکثر موارد واردات موازی داروها را منع کرده‌اند که این امر حتی توجه به این مسأله (تجارت موازی) را در بازار OECD در هاله‌ای از ابهام فرو می‌برد، در حالی که قیمت‌گذاری متفاوت یا «برابر» به عنوان راه حلی سهل‌الوصول و اجتناب‌ناپذیر برای تأمین نیازهای دارویی کشورهای در حال توسعه به شمار می‌رود، چنین اقداماتی در دراز مدت خطر ایجاد بازار انحصاری جهانی (کارتل‌های جهانی) دارویی را در پی خواهد داشت.

چنانچه تولیدکنندگان اصلی عضو OECD بتوانند داروهایشان را با قیمت پایین در کشورهای در حال توسعه به فروش برسانند، احتمالاً خواهند توانست مانع ظهور دیگر تولیدکنندگان داروهای ارزان قیمت شوند. به همین دلیل لازم است کسانی که مسئول تدوین قیمت‌گذاری متفاوت هستند، اهمیت تشویق تولید رقابتی داروهای ژنریک را تشخیص و مد نظر قرار دهند. این امر از طریق استفاده از مجوز اجباری امکان‌پذیر خواهد شد.

۸- تولید محلی، انتقال فن آوری و بخش عمومی

عرضه کم‌هزینه داروهای ضروری ممکن است با استقرار تسهیلات تولید در مناطق مختلف در سراسر دنیا بهبود یابد. «تولید محلی» زیرساخت‌هایی را فراهم می‌کند که باعث می‌شود کشورها از صدور مجوز اجباری، استفاده مؤثر نمایند. این امر از یک طرف باعث ایجاد انگیزه در دولت جهت تهیه داروها از طریق

بودجه عمومی برای شرکت‌های محلی شده و از طرفی دیگر موجب افزایش امکان آموزش‌های محلی و فرصت‌های شغلی می‌گردد. هنگامی که یک صنعت داروسازی محلی ایجاد می‌شود احتمال تولید یک اسپین آف مثبت نظیر افزایش توجه به تحقیقات محلی و توسعه بودجه برای داروهای جدید و فناوری‌های مرتبط بیشتر خواهد بود. کشورهایی که به داروهای پیچیده نیاز دارند نمی‌توانند تنها به این دلیل که تسهیلات «تولید محلی» در آینده فراهم خواهد شد، نیاز خود را از واردات به تأخیر بیندازند. کشورهای پرجمعیت که به عرضه مقدار زیادی از دارو، مانند داروی ایدز^{۲۰} آن هم به مدت طولانی نیاز دارند، باید مجهز به تولید محلی شوند. در غیر این صورت، این کشورها خود را از نظر اقتصادی و سیاسی در یک موقعیت آسیب‌پذیر خواهند یافت. کشورهای در حال توسعه به طور فزاینده‌ای به سمت همکاری با یکدیگر در جهت توسعه و اجرای برنامه‌های تولید پایدار پیش می‌روند. این نوع از همکاری بسیار حیاتی است.

در

در برزیل و تایلند عرضه عمومی داروهای پیچیده با موفقیت همراه شده است و آن‌ها مدل‌های باارزشی را برای مطالعه ارائه داده‌اند. بخش عمومی در تأمین داروهای ضروری یک جایگزین مناسب برای بازار خصوصی است. بخش دولتی حداقل باید برای پرکردن شکافی که از شکست بازار بوجود آمده است، تلاش کند، اما این که آیا بخش دولتی ممکن است به عنوان منبع اصلی تأمین داروهای ضروری خدمت کند، جای بحث دارد. مسأله اصلی در بحث از انعطاف‌پذیری در توافقنامه TRIPS، مانند صدور مجوز استفاده دولتی و اجباری برای تضمین دسترسی به داروی ارزان‌تر، در مفاهیم کاربرد تحقیق و توسعه در کشورهای توسعه‌یافته متمرکز شده است. هیچ اختلاف نظری در مورد اهمیت تحقیق و توسعه وجود ندارد و نیاز به داروهای جدید برای درمان بیماری بدیهی است. از

نقطه نظر موضع دسترسی به داروهای ضروری، سؤال این است که چه کسی و چگونه به تحقیق و توسعه خواهد پرداخت؟

به طور کامل ۹۰ درصد از درآمد شرکت‌های دارویی آمریکا در سال ۲۰۰۱ از فروش در ایالات متحده، کانادا، اروپای غربی و ژاپن بوده و فقط ۳ درصد درصد از درآمد حاصل از فروش در آفریقا بوده است. گزارش اخیر بانک جهانی نشان می‌دهد که در سال ۲۰۰۲، کشورهای توسعه‌یافته، بیش از ۹۵ بازار از بازارهای دارویی ۲۰ کشور پیشرو جهان را به خود اختصاص داده‌اند، در حالی که کشورهای در حال توسعه‌ای که از واردات تحت مجوز اجباری برای داروها ممکن است سود ببرند احتمالاً کم‌تر از یک یا دو درصد از فروش دارویی جهانی را به خود اختصاص داده‌اند. هنگام بحث در مورد دسترسی به داروهای ضروری از جمله آنتی رتروویرال‌ها دلیل کمی وجود دارد که باور کنیم کشورهای در حال توسعه از حق امتیازات شرکت‌های دارویی آمریکا به همان اندازه‌ای سود می‌برند که کشورهای توسعه‌یافته در تأثیر مواد بهره‌مند می‌شوند. اگر چنین است چه چیزی از حق حفاظت از اختراعات ثبت‌شده در کشورهای در حال توسعه دفاع می‌کند؟

یک توضیح احتمالی این است که شرکت‌های دارویی آمریکا نگران این هستند که صادرکنندگان کشورهای در حال توسعه پایه‌های کسب و کار خود را بر اساس مواد و محصولات دارویی در بازارهای با درآمد بالاتر در کشورهای توسعه یافته بنا کنند. در واقع، تولیدکنندگان دارویی در هند به طور چشمگیری در بازار ایالات متحده نفوذ کرده‌اند و تولیدکنندگان چینی هم بدون شک به دنبال آن‌ها خواهند آمد. برای ورود به بازار ایالات متحده، یک تولیدکننده چینی یا

هندی نیاز به مجوز برای داروی ثبت شده دارد یا نیاز به توانایی تأمین دارویی را دارد که در حال حاضر حق ثبت اختراع آن باطل شده است.

وجود یا عدم وجود حفاظت از حق ثبت اختراع در بازارهای چینی یا هندی ممکن است روی سودآوری کلی از صنایع داروسازی چینی یا هندی تأثیر بگذارد، اما به نظر نمی‌رسد دلیل دوم فاقد سرمایه لازم برای ایجاد امکانات به منظور نفوذ به بازار ایالات متحده باشد. به طور خلاصه با این که ممکن است بین حفاظت از حق ثبت اختراع در بازارهای هند، چین یا بازارهای ایالات متحده ارتباطاتی وجود داشته باشد، میزان ارتباط یک فاکتور با دیگری، خفیف به نظر می‌رسد.

نتیجه‌گیری

تسهیل دسترسی به داروهای ضروری نیازمند تعهد سیاسی و برنامه عملی است. در حال حاضر، بسیاری از تلاش‌ها بر روی مشکلات فوری و ضروری، مانند پرداختن به درمان AIDS / HIV متمرکز شده است. این اولویتهای کوتاه مدت مستلزم ارتقای بودجه اضافی برای تهیه داروها، تشویق تولید عمومی، برداشتن موانع از تلاش برای کارتالیزم بیشتر دارو در بازار جهانی و ترویج تحقیق و توسعه دارویی برای درمان بیماری‌های مورد غفلت قرار گرفته می‌باشد. فشار این نیازهای فوری باعث می‌شود تمرکز، بر روی راه‌حل‌های درازمدت و جامع‌تر در مورد مشکلات داروهای اساسی قرار گیرد. هیدرای افسانه یک جانور چند سر با توانایی خود ترمیمی قابل توجه بود. وضعیت بهداشت عمومی در کشورهای در حال توسعه این ویژگی را دارا است. مشکل این است که مسأله معمولاً چند وجهی است و پرداختن به یکی از جنبه‌ها اغلب چالش‌های جدید را باعث می‌شود. حتی هرکول هم به تنهایی قادر به ذبح هیدرا نبود. او نیاز به کمک یک دستیار

داشت. هرکول با این حال، روش رهبری قوی و تعهد را ارائه کرد. رهبری و تعهد سیاسی به همین ترتیب نیاز به رسیدگی به مشکل دسترسی به داروهای ضروری دارد، این مشکل هنوز از جایی که چنین رهبری و تعهدی پدیدار خواهد شد، مشخص نیست.

پی‌نوشت‌ها

۱. کشتن مار نه سر هایدرا (Hydra). وقتی یک سر هایدرا بریده می‌شد دو سر جدید به جای آن می‌روید و یکی از سرهای آن جاودانه بود و با هیچ سلاحی آسیب نمی‌دید. هرکول ۸ سر آن را سوزاند و سر جاودانه را زیر تخته سنگی قرارداد. FREDERICK M. ABBOTT

2. Fortune
3. The Right to Health
4. The Selection of Essential Medicines, WHO Policy Perspectives on Medicines No. 4, available at <http://www.who.int/>.2002)
5. Collective Good
6. Social Good
7. None-Excludability
8. The Selection of Essential Medicines, WHO Policy Perspectives on Medicines No. 4, available at <http://www.who.int/>.2002
9. Introduction to World Health Organization's (WHO) 12th Model List of Essential Medicines, available at <http://www.who.int/medicines>
10. Introduction to World Health Organization's (WHO) 12th Model List of Essential Medicines, available at <http://www.who.int/medicines>
11. UNDP
12. UNCTAD
13. WIPO
14. IMF
15. Constitution of the World Health Organization, arts. 1, 2, at <http://www.who.int>.
16. U.S. Federal Trade Commission, Generic Drug Entry Prior to Patent Expiration: An FTC Study (2002), <http://www.ftc.gov/os/2002/07/genericdrugstudy.pdf> [hereinafter FTC Orange Book Study]
17. South Africa, for example, grants patents without substantive examination. The patent office of the African Regional Intellectual Property Office (ARIPO), as of 2001 had four patent examiners (presentation by ARIPO representative at Workshop on TRIPS and the Implementation of Its Safeguard in Relation to Pharmaceuticals in the WHO African Region, Harare, Zimbabwe, Aug. 2001).
18. WTO Fourth Ministerial Conference (Doha), Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health, WT/MIN(O1)/DEC/2, (14 Nov. 2001).
19. WTO General Council, Least-Developed Country Members – Obligations Under Article 70.9 of the TRIPS Agreement with Respect to Pharmaceutical Products, WTO Doc.WT/L/478 (8 July 2002).

20. Antiretroviral

فهرست منابع

منابع فارسی:

- تحسیری، علیرضا. (۱۳۸۸ ش). صنعت داروسازی زیر تیغ قیمت. شرکت داروسازی فارابی (سهامی عام). ص ۱۸۷
- صفری، محسن. عبدالصالح شاهنوش فروشانی، محمد (۱۳۸۸ ش). فصلنامه حقوق. دوره سی و نهم، شماره یازدهم، صص ۲۱۶-۱۹۳.
- دادگر، یدالله. محمدی، تیمور. (۱۳۸۴ ش). مبانی و اصول علم اقتصاد. قم، بوستان کتاب، چاپ چهارم، ویرایش دوم، ص ۲۱۵.

منابع انگلیسی:

- KEITH E. MASKUS AND JEROME H. REICHMAN(2005)
INTERNATIONAL PUBLIC GOODS AND TRANSFER OF
TECHNOLOGY UNDER AGLOBALIZED INTELLECTUAL PROPERTY
REGIM. The Edinburgh Building, Cambridge, UK
. No. 396,424
ARIPO representative at Workshop on TRIPS and the Implementation of Its
Safeguard in Relation to Pharmaceuticals in the WHO African Region,
Harare, Zimbabwe. (2001).
- Bossley, S. Pierre Grainer, J. (2002). Head of Glaxo, Special AIDS Report,
The Guardian.
- Constitution of the World Health Organization, arts. 1, 2.
- Drahos, P. et al, (2004). The FTA and the PBS, Submission to the Australian
Senate Select Committee on the U.S.-Australia Free Trade
Agreement. See also various requests to USTR from U.S. Pharm in its
2003 Special 301 submission on regulatory concerns.
- Frederick, M. (2004). The Doha Declaration on the TRIPS Agreement and
Public Health and the Contradictory Trend in Bilateral and Regional
Free Trade Agreements.

Frederick M. Abbott (2005). Work Program of Initiative for Pharmaceutical Technology Transfer (IPTT).

Goldstein, A. Morgan, D. Signs, B. (2003). *Funding Questioned*, WASH.

Introduction to World Health Organization's (WHO) 12th Model List of Essential Medicines.

The Selection of Essential Medicines, WHO Policy Perspectives on Medicines. (2002). No. 4.

U.S. Federal Trade Commission, Generic Drug Entry Prior to Patent Expiration: An FTC Study. (2002).

WTO Fourth Ministerial Conference (Doha), (2001) Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health.

WTO General Council, Least-Developed Country Members – Obligations Under Article 70.9 of the TRIPS Agreement with Respect to Pharmaceutical Products, WTO Doc. WT/L/478 (8 July 2002).

حسن امامی

یادداشت شناسه مؤلف

حسن امامی: عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیک: Haemami@sbmu.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۴/۲۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۶/۱۲