

# تحلیل قوانین و خلائای قانونی ایران ناظر بر اقدامات غیر تعرفه‌ای در حیطه تجارت دارو در فرض الحاق به سازمان جهانی تجارت

مریم فرهنگ\*

چکیده:

الحاق به سازمان جهانی تجارت که کشور ما در فرایند آن قرار دارد با خود الزامات قانونگذاری به دنبال خواهد آورد که قوانین ایران در حال حاضر فاقد تمام یا برخی از آنها می‌باشد. یکی از این الزامات، کاهش موانع غیر تعرفه‌ای است که موضوع بسیاری از موافقت‌نامه‌های سازمان است. در این میان قانونگذاری در ارتباط با کالای استراتژیکی چون دارو همچون تیغ دولبه‌ای است که از یک سو به بحث سلامت عمومی گره می‌خورد و از سوی دیگر الزامات الحاق به سازمان جهانی تجارت وضع موانع غیر تعرفه‌ای را در خصوص آن بر نمی‌تابد. این مقاله در نظر دارد که با نگاهی به رویکرد سایر کشورهای ملحق شده به سازمان، آینده قانونگذاری ایران در حیطه موانع غیر تعرفه‌ای مرتبط با تجارت دارو را ترسیم نماید.

کلیدواژه‌ها:

سازمان جهانی تجارت، تجارت دارو، موانع غیر تعرفه‌ای.

## مقدمه

اقدامات غیرتعرفه‌ای<sup>۱</sup> عموماً به آن دسته از ابزارهای سیاست‌گذاری اطلاق می‌شوند که قانونگذاران برای تأثیرگذاری در تجارت کالاها در سطح بین‌المللی در کنار تعرفه‌ها به کار می‌گیرند. این اقدامات اصولاً به‌عنوان موانع غیرتعرفه‌ای تجارت<sup>۲</sup> در نظر گرفته می‌شوند که هرچند برای حفظ سلامت و امنیت کشورها حیاتی پنداشته می‌شوند اما امروزه به‌دنبال مقررات جاری سازمان جهانی تجارت تا حد زیادی کاهش یافته‌اند. به‌طور کل تعداد این موانع بسیار زیاد است و برخی نویسندگان تا ۲۲ عنوان را به‌مثابه موانع غیرتعرفه‌ای تجارت برشمرده‌اند.<sup>۳</sup> تحریم‌های فلج‌کننده<sup>۴</sup>، رویه‌های مجوز ورود، نظام‌های ارزش‌گذاری<sup>۵</sup>، رویه‌های ضدقیمت‌شکنی، سپرده‌های وارداتی<sup>۶</sup>، موافقت‌نامه‌های داوطلبانه موانع صادراتی<sup>۷</sup>، استانداردها، اقدامات کنترل قیمت‌ها و محدودیت‌های توزیع و خدمات پس از فروش، از بارزترین مثال‌های اقدامات غیرتعرفه‌ای می‌باشند که بسیاری از موافقت‌نامه‌های سازمان جهانی تجارت به آنها اختصاص یافته‌اند و در تلاش‌اند تا این اقدامات به موانع غیرضروری بر سر راه تجارت بدل نگردند.

دارو یکی از استراتژیک‌ترین کالاهایی است که قانونگذاران هر کشوری را وادار می‌سازد که توجه ویژه‌ای به آن مبذول دارند. این مهم بالأخص با پیش آمدن بحث الحاق به سازمان

1. NTMs: Non-Tariff Measures

2. NTBs: Non-Tariff Barriers to Trade

۳. آنکتاد این موانع را به دو دسته موانع فنی و غیرفنی تقسیم کرده است که مجموعاً در هفده بخش جای

می‌گیرند. برای آگاهی از جزئیات این تقسیم‌بندی نک:

“What are Non-Tariff Measures?,” Non-Tariff Barriers, Last Accessed May 17, 2019, <http://www.tradebarriers.org/measures>.

4. Embargoes

این تحریم‌ها نوعی سهمیه تلقی می‌شود و درواقع واردات یا صادرات کالا را به مبدأ یا مقصد خاصی ممنوع می‌کند.

5. Evaluation Systems

6. Import Deposits

این سپرده‌ها را واردکننده باید به بانک واگذار کند که عموماً معادل کالای وارداتی است تا امکان وارد کردن کالا را داشته باشد

7. Voluntary Export Restraints Agreements

این موافقت‌نامه‌ها که از دیرباز توسط کشورهای غربی بر کشورهای ضعیف‌تر اقتصادی تحمیل می‌شد، متضمن موانع فراراه تجارت بود. درواقع طرف قوی‌تر برای محدود کردن میزان صادرات، موانعی را بر سر راه صادرات برطرف ضعیف‌تر تحمیل می‌کرد و طرف ضعیف‌تر برای دفع ترس از تحریم ناچار به پذیرش این موافقت‌نامه‌های داوطلبانه می‌شد.

جهانی تجارت که مترصد کاهش موانع تعرفه‌ای و غیرتعرفه‌ای بر سر راه تجارت است، بغرنج‌تر می‌گردد؛ چراکه در حیطه تجارت دارو تضمین اینکه اقدامات غیرتعرفه‌ای به موانع غیرتعرفه‌ای بدل نشوند، کار دشواری است. البته با تأکید بر این نکته که درنهایت کاهش موانع غیرتعرفه‌ای به کاهش قیمت‌ها و افزایش دسترسی به دارو منجر خواهد شد.

در جمهوری اسلامی ایران در کنار اهمیت برخورداری از نظام توانمند تولید داخلی دارو، همچنان نگاه درون‌گرایانه اقتصادی، تلاش دارد تا از ضرورت بحث اثرات الحاق به سازمان بکاهد. با این همه چشم‌انداز تدبیر و امید نوین و تغییر رویکرد سیاسی نظام، حاکی از آن است که دولت به استفاده از نتایج این مقاله در آینده‌ای میان‌مدت یا کوتاه‌مدت، نیازمند خواهد بود. این نوشتار در نظر دارد که با برشمردن مهم‌ترین اقدامات غیرتعرفه‌ای که بر تجارت دارو مؤثرند، وضعیت قانونگذاری ایران را در این راستا در فرض الحاق به سازمان جهانی تجارت تشریح کند و در این مسیر از تجربه قانونگذاران کشورهای درحال توسعه‌ای که در فرایند الحاق ناچار به تغییر مواضع قانونی خود بوده‌اند، الهام گرفته است.

اگرچه که درحال حاضر به‌دنبال وجود تحریم‌ها، دستورالعمل‌های موقتی از سوی کمیسیون قانونی ورود دارو صادر می‌شود که راه‌های ورود دارو و کسب مجوز را تسریع و تسهیل می‌کند<sup>۸</sup>، اما برخی از قوانین کشور ممکن است به‌عنوان مانع تجارت آزاد و در تعارض با موافقت‌نامه‌های سازمان جهانی تجارت تلقی شوند. بدین ترتیب در ادامه در شش قسمت به اقدامات غیرتعرفه‌ای که می‌توانند بر تجارت دارو اثرگذار باشند و قوانین ایران بعد از الحاق برای تطبیق با مفاد این موافقت‌نامه‌ها باید تغییر کنند، اشاره خواهد شد. رویکرد کلی این مقاله آن است که در ابتدا به توضیح هر یک از موانع می‌پردازد و سپس ضمن اشاره به رویه قانونگذاری سایر کشورهای ملحق شده به سازمان، در ادامه به تحلیل قوانین موجود در ایران و یا خلأهای قانونگذاری در تطابق با مقررات سازمان اشاره می‌کند.

۸. نمونه آن دستورالعمل کمیسیون قانونی تشخیص ورود دارو به شماره ۵۴۳۲۴/۶۶۵ با عنوان «تسریع فرایندهای ثبت محصولات دارویی» و یا مقرر این کمیسیون در اسفند ماه ۱۳۹۲ می‌باشد که منابع مجاز واردات دارو را معرفی می‌کند. این مقرر متضمن اعلام لیست ۲۰ کشور می‌باشد که ورود دارو از آنها گواهی‌نامه معتبر بین‌المللی نمی‌خواهد.

## ۱- موانع فنی فراراه تجارت<sup>۹</sup>

موافقت‌نامه موانع فنی فراراه تجارت<sup>۱۰</sup> به بررسی موانع فنی می‌پردازد که هم شامل الزامات اختیاری (استانداردها از جمله استانداردهای تولید، توزیع یا حمل دارو) و هم الزامات اجباری (مقررات تکنیکی مانند مقررات ناظر بر کنترل کیفیت داروها و مقررات ناظر بر برچسب‌زنی محصولات دارویی و ...) می‌شود.

این موافقت‌نامه در بند ۲ ماده ۲ خود به تفصیل بیان می‌دارد: «اعضاء از حق اتخاذ اقدامات لازم، از جمله محدود ساختن تجارت برای تحقق اهداف مشروع زیر تا سطحی که مقتضی تشخیص دهند، برخوردارند: الزامات امنیتی ملی، جلوگیری از رویه‌های فریبکارانه، حفاظت از سلامت یا ایمنی انسان و حفظ حیات یا بهداشت حیوان یا گیاه و یا حفاظت از محیط‌زیست.» با این همه طبق مفاد مذکور در این موافقت‌نامه این اقدامات «نباید به ایجاد موانع غیرضروری بر سر راه تجارت بین‌الملل منجر شوند. نباید به صورت وسیله‌ای برای اعمال تبعیض اختیاری و غیرقابل توجیه برای کشورهای دارای شرایط مشابه درآیند (شرط رعایت اصل دولت کامله‌الوداد) و نباید نسبت به محصولات وارداتی از یک عضو متضمن رفتاری نامطلوب‌تر از رفتار با محصولات مشابه دارای منشأ ملی و محصولات مشابهی که منشأ آنها کشور دیگری است، باشند (به ترتیب رعایت اصل رفتار ملی و رعایت اصل دولت کامله‌الوداد).» بدین ترتیب این موافقت‌نامه حق وضع استاندارد را برای دولت‌ها به رسمیت می‌شناسد<sup>۱۱</sup>؛ اما اعمال این حق را مشروط به شرایطی می‌سازد.

اصولاً سازمان جهانی تجارت اعضای خود را ملزم به داشتن استاندارد نمی‌کند. اگرچه ممکن است این الزام در پروتکل‌های الحاقی و وفق مذاکرات چندجانبه صورت پذیرد. با این مقدمه هدف این موافقت‌نامه نیز بیش از هماهنگ‌سازی استانداردها، آن است که مانعی غیرضروری بر سر راه تجارت پدید نیاید. در واقع لازم است که استانداردها منطقی باشند. از آن جمله‌اند الزامات برچسب‌زنی که ماده ۲۰ تریپس آنها را از موارد ممنوعیت و موانع بر سر راه رقابت آزاد برنمی‌شمارد.

9. Technical Barriers to Trade

10. TBT Agreement: Technical Barriers to Trade Agreement

۱۱. جالب توجه است که تفاوت با گات در این است که در این موافقت‌نامه به‌جای آنکه از «استثنائات عمومی» استفاده شود، از «اهداف مشروع» برای نام‌گذاری حق حفاظت از سلامت انسان، حیوان و گیاه استفاده شده است.

ایران پس از الحاق باید از وضعیت قانونگذاری کشورهایی مانند روسیه کسب تجربه کند. در این کشور وفق «قانون مقررات تکنیکی ۲۰۰۲»، پیش از الحاق کسب مجوز توزیع دارو تنها از طریق شخصیت حقوقی روسی یا شخصیت حقیقی کارآفرین میسر بود و لذا شرکت‌های خارجی ناچار به عقد قرارداد با شرکت‌های روسی خارجی بودند. پس از الحاق این قانون مورد اعتراض شرکت‌های خارجی قرار گرفت و در فرایند تغییر قرار دارد.

در همه کشورها فرایند ثبت دارو پیچیده است<sup>۱۲</sup>؛ اما برای ورود دارویی که ثبت شده است، ایجاد مانع تجاری ممکن است با اعتراض مواجه شده و از مصادیق نقض موافقت‌نامه TBT در نظر گرفته شود. نمونه آن شرکت‌های اروپایی هستند که به طولانی بودن فرایند ثبت و سختگیری در بازاریابی داروهای آمریکایی ایراد می‌کنند و آن را از موانع تجارت می‌دانند.<sup>۱۳</sup>

در ایران ورود هر نوع دارو منوط به اجازه وزارت بهداشت می‌باشد. این درحالی است که در پروتکل الحاق روسیه موافقت شد که کسب مجوز ورود دارو برای هر بار واردات دارویی که قبلاً ثبت گردیده است، از میان برداشته شود. در قوانین ایران نمونه‌هایی از این موانع بیشمار است که برخی ذیل تطابق با موافقت‌نامه موانع فنی فراراه تجارت و برخی ذیل بحث از موافقت‌نامه رویه‌های صدور مجوز ورود جای می‌گیرند. به‌عنوان مثال آیین‌نامه ساخت و ورود دارو در تبصره ماده ۴۲ بیان می‌دارد: «صحت گواهی وزارت بهداشت کشور صادرکننده باید به تأیید نمایندگی سیاسی جمهوری اسلامی ایران در آن کشور برسد» یا مثلاً ماده ۴۰، تنها شرکت‌هایی را که به‌موجب قانون<sup>۱۴</sup> یا با مجوز وزارت بهداشت امکان ورود دارو را دارند، مجاز به این امر می‌شمارد. به‌علاوه ماده ۳۰ اعلام می‌کند که اولین سری هر دارو باید

۱۲. در آمریکا فرایند ثبت داروی ژنریک بسیار طولانی و پیچیده است. اگرچه نیازمند آزمایش‌های بالینی همانند داروهای برند نیست، اما آزمایش‌های تطبیق همانندی طولانی برای تضمین کیفیت و ایمنی نیاز است. در این مسیر درخواست‌کننده ثبت داروی ژنریک، به پشتوانه ثبت داروی برند اولیه نیز نیازمند است و اعتبار کیفیت آن را در اختیار دارد.

Karan B. Thakka, and Gauri Billa, "The Concept of: Generic Drugs and Patented Drugs vs. Brand Name Drugs and Non-Proprietary (Generic) Name Drugs," *Frontiers in Pharmacology Publications* 4(113) (2013): Published Online, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3770914/> (Last Accessed 2020/2/2).

۱۳. European Commission, "Pharmaceutical Sector Inquiry: Preliminary Report," (DG Competition Staff Working Paper, 28 November 2008), 5.

۱۴. مانند شرکت مادر تخصصی دارویی.

موردآزمایش در آزمایشگاه‌های وزارت بهداشت قرار گیرد و این وزارتخانه حق بازرسی‌های انقاف را نیز برای خود قائل شده است.

ماده ۲۷ همین آیین‌نامه و نیز بند ۱۱ آیین‌نامه پروانه ساخت وزارت بهداشت اعلام می‌دارد که اگر کمیسیون، دارویی را غیرلازم تشخیص دهد می‌تواند پروانه ورود آن را لغو کند که این اختیار، بدون تعیین مرجع دادخواهی، به تزلزل شرایط تجاری کشور منجر خواهد شد. در نگاهی کلی علاوه بر اینکه در این آیین‌نامه‌ها، میان شرکت‌های خصوصی و دولتی در تعداد فرم‌هایی که برای دریافت مجوز ورود ارائه می‌شود، تفاوت وجود دارد، ماده ۹ آیین‌نامه ساخت و ورود دارو به وزارت بهداشت این اختیار را می‌دهد که حتی با وجود گواهی‌نامه‌های معتبر بین‌المللی شرکت واردکننده، برای ارزیابی GMP از کارخانه‌های شرکت مبدأ بازدید به عمل آورد که این مقرر بسیار سخت‌گیرانه می‌باشد. مقرر دیگری که ممکن است غیرمنطقی بوده و وفق ماده ۵ موافقت‌نامه به‌عنوان مانع تجاری تلقی شود، لزوم ثبت داروی موردنظر با همان نام تجاری در کشورهای دیگر علاوه بر کشور مبدأ می‌باشد که پرونده‌سازی و تهیه مدارک برای اینها ممکن است زمان‌گیر باشد و با اعتراض طرف تجاری مواجه شود.

از دیگر موارد ماده ۱۲ همین آیین‌نامه است که درمورد داروهایی که مدت حمایت پتنت آنها منقضی نشده است، اجازه خاص کمیسیون قانونی را می‌طلبد. در مواد ۱ و ۳ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴، تأسیس هر کارخانه دارویی منوط به داشتن مدرک در رشته‌های داروسازی و مانند آن شده است. باین‌حال الزامی برای اخذ مدرک از مؤسسات آموزشی داخلی وجود ندارد و هیچ‌جا (جز درمورد مسئول فنی) شرط تابعیت درج نشده است. لذا پس از الحاق شرکت‌های خارجی می‌بایست از مسئول فنی ایرانی بهره بگیرند که به انتقال تکنولوژی به متخصصین ایرانی کمک خواهد کرد.<sup>۱۵</sup>

در پایان باید اشاره کرد که دور بودن ایران از فضای تجاری جهانی، موجب شده است که سخت‌ترین شرایط برای کسب مجوزهای بین‌المللی و ثبت دارو بر شرکت‌های ایرانی تحمیل شود، به‌گونه‌ای که اکثر مصاحبه‌شوندگان این امر را عامل اصلی عدم امکان صادرات داروی ایرانی ذکر کرده‌اند. با این همه از آنجاکه این جاده دوطرفه است الحاق به سازمان این فرصت

۱۵. مهرداد جلالی‌پور و همکاران، راهنمای تجارت دارو، سازمان توسعه تجارت ایران (تهران: شرکت چاپ و نشر بازرگانی، ۱۳۸۸)، چاپ اول، ۹۰-۱۳۰.

را برای ایران فراهم خواهد کرد تا با توسل به موافقت‌نامه موانع فنی فراراه تجارت، کشورها را از تحمیل استانداردهای غیرمنطقی خود بر داروهای ایرانی بازدارند.

## ۲- اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی<sup>۱۶</sup>

رویکرد حاکم بر موافقت‌نامه اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی شبیه موافقت‌نامه موانع فنی فراراه تجارت است با این تفاوت که علت اصلی وضع این موافقت‌نامه همگامی با موافقت‌نامه کشاورزی و حمایت از سلامت انسان و دام در حیطه مواد غذایی بوده است. به دنبال کاهش حمایت‌ها در بخش کشاورزی، اعضا می‌ترسیدند که کشورها به مجوز ماده ۲۰ گات استانداردها را چنان بالا ببرند که به صورت مانعی بر سر راه تجارت درآید. از این رو این موافقت‌نامه را تصویب کردند که برای تمامی کشورهای عضو لازم‌الاجراست. ارتباط آن با بحث دارو در استفاده از ارگان‌های زنده برای تحقیقات دارویی متجلی می‌شود. بند ۴ ضمیمه ۱ موافقت‌نامه اقدام بهداشتی و بهداشت گیاهی را «هرگونه حفاظت به عمل آمده از قلمرو یک کشور در برابر خسارات ناشی از ورود، ایجاد و شیوع آفات»<sup>۱۷</sup> معرفی می‌کند.<sup>۱۸</sup> بند ۲ ماده ۱ به حق دولت‌ها در اتخاذ اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی برای سلامت انسان و حیوان اشاره دارد. اعضا مختارند که استانداردهای موافقت‌نامه را برگزینند که به حمایت بیشتر سلامت منجر می‌شود و یا اینکه استانداردهایی را که به صورت بین‌المللی پذیرفته نیستند وضع نمایند که در این صورت موظف می‌باشند که آنها را توجیه کنند.<sup>۱۹</sup> این موافقت‌نامه با

16. Sanitary and Phytosanitary (SPS)

۱۷. فاطمه طیار، *موافقت‌نامه اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی سازمان جهانی تجارت* (تهران: سازمان استاندارد ایران، ۱۳۸۵)، ۲.

۱۸. این موافقت‌نامه اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی را در موارد زیر احصاء می‌کند:

۱. حفاظت از حیات یا بهداشت حیوان یا گیاه در مقابل خطرهای ناشی از ورود یا ایجاد یا شیوع آفات، بیماری‌ها، ارگانسیم‌های حامل بیماری یا عامل بیماری؛
۲. حفاظت از حیات یا بهداشت انسان یا حیوان در مقابل خطرهای ناشی از افزودنی‌ها، آلودگی‌ها، سموم، یا ارگانسیم‌های مسبب بیماری در مواد غذایی، نوشابه‌ها یا خوراک دام؛
۳. حفاظت از حیات یا بهداشت انسان در مقابل خطرهای ناشی از بیماری‌هایی که حیوانات یا گیاهان ناقل آنها هستند یا در مقابل ورود، ایجاد یا شیوع آفات یا؛
۴. جلوگیری یا محدود نمودن سایر خسارات ناشی از ورود، ایجاد یا شیوع آفات.

19. World Health Organization, World Intellectual Property Organization and World Trade Organization, *Promoting Access to Medical Technologies and Innovation: Intersections between Public Health, Intellectual Property and Trade* (Geneva: WTO Publications, 2012), 69.

تشویق دولت‌ها به پذیرش راهکارهای بین‌المللی، سعی در بهینه‌سازی نظارت بر سلامت انسان و حیوان دارد.

البته ریسک‌هایی که این موافقت‌نامه برمی‌شمارد انحصاری نیست و حتی در صنعت خودروسازی نیز ممکن است تداخل با مقررات آن مطرح شود. ماده ۵ موافقت‌نامه ضوابط این اقدامات و حدود تعیین استاندارد برای جلوگیری از این ریسک‌ها را برمی‌شمارد. استانداردهای وضع شده می‌بایست «در حد لزوم، بر اساس اصول علمی، مطابق با اوضاع و احوال، با رعایت اصل رفتار ملی و دولت کامله‌الوداد» اعمال شوند. از نقاط مثبت این موافقت‌نامه آن است که دولت‌های توسعه‌یافته متعهد به ارائه خدمات برای ساخت زیرساخت‌های توسعه استانداردهای بین‌المللی شده‌اند.<sup>۲۰</sup>

ایران نیز مانند روسیه در پروتکل الحاق ممکن است که تعهد کند که در زمینه الزامات بهداشتی و بهداشت گیاهی واردات دارو، تطابق با مقررات این موافقت‌نامه را در نظر گیرد.

### ۳- قوانین قیمت‌گذاری دارویی

در یک دنیای ایده‌آل شرکت‌ها می‌بایست هزینه‌های تحقیق و توسعه خود را از قیمت‌های بالای دارو در کشورهای توسعه‌یافته کسب کنند و داروها را به قیمت ارزان‌تری به جهان فقیر بفروشند؛ اما متأسفانه ما از این دنیای ایده‌آل فاصله داریم و جمعیت کره زمین ناچار برای حفظ زندگی، وابسته به کمک‌های خیریه خواهند بود. کمک‌هایی که هیچ قابلیت تداومی در آنها وجود ندارد. در اینجاست که سیاست‌های قیمت‌گذاری دارویی به میان می‌آیند.<sup>۲۱</sup>

#### ۳-۱- موافقت‌نامه ضد قیمت‌شکنی (ضد دامپینگ) و حفاظت‌ها

به‌طور کلی موافقت‌نامه‌های سازمان جهانی تجارت به دو نوع رویه تجاری غیرمنصفانه می‌پردازد. یکی کالاهای صادراتی که از یارانه منتفع می‌شوند و دیگر آنکه کالاهای صادراتی در بازار زیر قیمت واقعی عرضه شوند. تفاوت در این است که یارانه‌ها توسط دولت داده می‌شود، اما قیمت‌شکنی توسط بنگاه‌های تولیدی یا بازرگانی است.<sup>۲۲</sup>

20. AusAid, *Department of the WTO Sanitary and Phytosanitary (SPS) Agreement* (Australia: Australian Government, Department of Agriculture, 2008), 16.

21. F. M. Scherer and Jayashree Watel, "Post-TRIPS Options for Access to Patented Medicines in Developing Nations," *Journal of International Economic Law*, Oxford University Press 5(4) (2002): 925.

۲۲. رسول کوهستانی پژوه، «بازارهای دفاعی تجاری»، نشریه گمرک ایران ۱۳ (۵۷۷) (اسفند ۱۳۸۹)، ۵.



به موجب ماده ۲۳۶ موافقت‌نامه عمومی تعرفه و تجارت، دامپینگ عبارت است از «صادرات یک کالا با قیمتی کمتر از هزینه‌های تمام‌شده یا فروش کالا در خارج با کمتر از قیمت داخلی.»<sup>۲۴</sup> از نظر این ماده دامپینگ در صورتی که ضرر مهمی به صنعت موجود در سرزمین عضو متعاقد وارد آورد و یا عملاً تولید آن را به تأخیر اندازد و یا تهدیدی برای آن باشد، محکوم خواهد شد.<sup>۲۵</sup> بدین ترتیب اگر کشوری بتواند ثابت کند که کالایی در کشورش دامپینگ شده است، می‌تواند عوارض و سود بازرگانی آن کالا را افزایش دهد و با وضع عوارض جبرانی، حقوق و عوارض استثنائی برای آن کالا تعیین کند. کشورهای عضو گات که معتقد به اصول تجارت آزاد می‌باشند، نمی‌توانند راه‌های دامپینگ را ببندند. البته هر کشوری می‌تواند درخواست شروع تحقیقات ضد دامپینگ<sup>۲۶</sup> را داشته باشد. وفق ماده ۲ این موافقت‌نامه صرفاً اگر کشور خریدار متوجه شد قیمت ارائه‌شده از سوی فروشنده واقعی نیست، می‌تواند به دادگاه شکایت کرده و دادگاه قیمت را تعیین خواهد کرد. البته وضع عوارض جانبی در حد حاشیه دامپینگ (فاصله میان قیمت واقعی و قیمت صادراتی دامپینگ‌شده) مجاز است.<sup>۲۷</sup> این موافقت‌نامه قواعد پیچیده‌ای در مورد محاسبه میزان دامپینگ و وضع عوارض جبرانی دارد. وفق ماده ۷ گات قیمت واقعی همان ارزش معاملاتی است که طرفین در مورد آن به تفاهم رسیده‌اند. کشورهای عضو ملزم هستند که بر اساس ارزش عادلانه<sup>۲۸</sup> کالا در زمان ارائه به گمرک، حقوق و عوارض گمرکی را بپردازند. در حالی که در کشورهای غیرعضو، گمرکات برای بالا بردن درآمد خود، حقوق و عوارض را بر اساس ارزشی که خود تعیین می‌کنند، دریافت می‌دارند. امروزه در دنیا از رویه‌های آنتی دامپینگ بسیار استفاده می‌شود.<sup>۲۹</sup>

۲۳. مقررات ماده ۶ با ماده ۱۶ گات در مورد یارانه‌ها تکمیل می‌گردد که در بخش یارانه‌ها بدان اشاره شده است.

۲۴. لازم است توجه شود که زمانی که فروشنده و خریدار توافق می‌کنند که برای فرار از عوارض روی کاغذ قیمت کمتری را بنویسند، رانت اقتصادی شکل می‌گیرد و نه دامپینگ!

۲۵. سید محمد قاری سید فاطمی، الهام نامداری، «سازکارهای حمایت از حقوق کارگران در سازمان جهانی تجارت»، مجله تحقیقات حقوقی ۹ (تابستان ۱۳۹۱)، ۷.

26. Anti - Dumping Investigation

۲۷. وجود سیاست‌های آنتی دامپینگ از آن روست که کشورها نمی‌توانند همانند حقوق داخلی، قواعد آنتی اعلامیه‌ای را بر شرکت‌های خارجی اعمال دارند.

28. Fair Value

29. Ian Wooton, et al, *Trade and Competition Policy: Anti-Dumping versus Anti-Trust* (Glasgow: University of Glasgow, 2002), 28.

بر اساس شرایطی که چین در سال ۲۰۰۱ در سازمان پذیرفته است تا ۱۵ سال (تا سال ۲۰۱۷) می‌توان شرایط آسان‌تری را برای اعمال اقدامات ضد دامپینگ در مورد کشور چین اعمال کرد.

در ماده ۷ قانون گمرکی ایران نیز این امر پیش‌بینی شده است که اگر محصولی دامپینگ شده باشد، حقوق و عوارض ویژه‌ای برای آن وضع شود. ماده ۱۱ قانون گمرک تابعه‌حال به ایران اجازه می‌داد تا ارزش را نامتناسب تشخیص داده و ارزش کالا را به اندازه‌ای در نظر بگیرد که حقوق و عوارضی که از آن کالا گرفته می‌شود، ضرر و زیان حاصل از دامپینگ را جبران کند. بدین ترتیب ایران تابعه‌حال می‌توانسته ورود دارویی که با سیاست دامپینگ وارد کشور شده است را ممنوع اعلام دارد. به علاوه ماده ۱۱ قانون گمرک، گمرکات ایران را ملزم به رعایت ارزش واقعی کالا نمی‌سازد و صرفاً بیان می‌دارد که در مواقعی که مقامات گمرکی احساس می‌کنند قیمت کالا پایین‌تر از قیمت واقعی آن است، می‌توانند به بازار مراجعه کرده و قیمت کالای مشابه موجود در بازار را ملاک قرار داده و از آن حقوق و عوارض گمرکی دریافت دارند. قانونگذار ایران در سال ۱۳۸۶ مصوبه «تدابیر و اقدام‌های حفاظتی، جبرانی و ضد دامپینگ برای حمایت از تولیدکنندگان داخلی» را به تصویب رساند. وفق این مصوبه کارگروهی از برخی از وزرا و ... برای ارزیابی قیمت واقعی تعیین شده است. با توجه به تصویب این مصوبه که مطابق با ابزارهای دفاعی تجاری سازمان است، با استفاده از سایر روش‌های ممنوعه، مانند تعیین ارزش گمرکی حداقل یا پایه بدون مستندات قانونی و مدارک اثبات‌کننده ارزش واقعی به هدف خود نخواهیم رسید.

در حیطه دارو دامپینگ برای کشورهای غیرصنعتی چون ایران، باعث خوشحالی است و عملاً در این کشورها به‌طور اصولی دامپینگ انجام نمی‌شود؛ زیرا رقیبی برای کالاهای وارداتی وجود ندارد تا از بازار خارج شود؛ اما ایران ممکن است که برای فروش داروهای خود اقدام به دامپینگ نماید<sup>۳۰</sup> که البته باید منتظر عوارض جبرانی آن نیز باشد.

۳۰. چراکه دامپینگ در دو حالت ممکن است ایجاد شود: ۱. صنعت در رقابت ناقص باشد به طوری که قیمت به صورت دیکته شده و از بازار نباشد؛ ۲. بازار حالتی هدایت شده داشته باشد به طوری که مصرف‌کننده داخلی امکان استفاده و خرید کالای صادراتی را نداشته باشد.

## ۲-۳- سیاست‌های قیمت‌گذاری دارویی و شیوه‌های قانونی کاهش قیمت داروها

### ۳-۲-۱- کنترل قیمت‌ها

در بین کشورهای غربی، قوانین آمریکا هیچ کنترلی بر قیمت داروها اعمال نمی‌کنند. به علاوه در این کشور قوانین سخت‌گیرانه مالکیت فکری<sup>۳۱</sup> سالانه ۷,۴ درصد بر قیمت داروهای نسخه‌ای افزوده است. همچنین بخش عمده‌ای از قیمت دارو را بازاریابی و تبلیغات دربرمی‌گیرد.<sup>۳۲</sup> در نتیجه به‌خاطر نبود قانون کنترل قیمت، دارو در این کشور از هر کشور دیگری گران‌تر است.<sup>۳۳</sup> با این حال این کشور سیاست‌هایی را برای کاهش قیمت دارویی اعمال می‌کند. یکی از اینها «توافقات پتنت»<sup>۳۴</sup> میان شرکت‌های برند و ژنریک است که به‌موجب آن به شرکت‌های ژنریک اجازه داده می‌شود که سال‌ها قبل از انقضای پتنت وارد بازار شوند.<sup>۳۵</sup> این امر بیشتر زمانی اتفاق می‌افتد که یک شرکت ژنریک اعتبار و مشروعیت پتنت یک شرکت برند را به چالش می‌کشد و نهایتاً فرایند قضایی به توافق طرفین ختم

۳۱. همین قوانین سخت‌گیرانه موجب شده است که این کشور به‌تنهایی ۶۳ درصد پتنت‌های دارویی جهان را در اختیار داشته باشد.

۳۲. مجوز تبلیغ داروهای نسخه‌ای در تلویزیون در سال ۱۹۹۷ در آمریکا، به‌طرز شگفت‌آوری هزینه‌های بازاریابی را افزایش داده است. از آنجاکه ایالات متحده تنها کشور توسعه‌یافته‌ای است که کنترل قیمتی بر داروهای نسخه‌ای ندارد و سرمایه‌گذاری مستقیم را اجازه می‌دهد، تمام کمپانی‌های بزرگ دارویی این بازار با ارزش افزوده بالاتر را مورد هدف قرار داده‌اند (بازار آمریکا از ۳۸ میلیارد دلار در سال ۱۹۹۰ به ۱۰۰ میلیارد دلار در سال ۱۹۹۸ جهش داشته است). تخمین زده شده است که در آمریکا بازاریابی در دو سال اول برای یک داروی جدید به یک میلیارد دلار به اضافه هزار واحد فروش قوی نیاز است. از این‌روست که شرکت‌های آمریکایی در سال ۱۹۹۹ نزدیک به دو میلیارد دلار برای تبلیغات مستقیم به مشتری هزینه کرده‌اند.

See: Godfrey Yeung, "The Implications of WTO Accession on the Pharmaceutical Industry in China," *Journal of Contemporary China* 11(32) (2002): 485.

۳۳. به‌دنبال این روند سالانه بیش از ۱ میلیون آمریکایی به‌صورت اینترنتی از کانادا دارو تهیه می‌کنند. هرچند برخی قوانین تلاش کرده است تا با جذب مشارکت بخش خصوصی و بخش دولتی، به دسترسی بیشتر فقرا به دارو کمک کند. از آن جمله است: Medicare Modernization Act 2003.

#### 34. Out-of-Court Pharmaceutical Patent Settlement Agreement

۳۵. انواع موافقت‌نامه‌های پتنت عبارتند از:

۱. نوع اول که ورود تولیدکنندگان ژنریک به بازار را قبل از انقضای پتنت محدود نمی‌کند (و حساسیتی هم بر روی آن از حیث نقض قوانین حقوق رقابت نیست) ایران می‌تواند در مذاکرات خود عقد چنین قراردادهایی را شرط کند؛

۲. نوع دوم که ورود تولیدکنندگان ژنریک را به بازار محدود می‌کند. برای حمایت از شرکت‌های دارویی ایرانی باید در قوانین رقابتی داخلی وضع این شرط را از شروط مبطل عقد اعلام کنیم.

See: Peter L'Ecluse, et al, *Patent Settlement Agreements: The State of Play in the EU and the US* (ACC Multi-Jurisdictional Guide, 2012), 18.

می‌شود.<sup>۳۶</sup> بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۲ نزدیک به ۶۵ توافق از این دست صورت گرفته است.<sup>۳۷</sup> آمریکا همچنین در قانون جدیدی<sup>۳۸</sup> با هدف کسب بازارهای متعدد، قیمت‌ها را باتوجه‌به قابلیت خرید بازار هدف تعیین می‌کند.

در انگلستان و کانادا درصورت افزایش بی‌رویه قیمت‌ها قانون کنترل قیمت را پیش‌بینی کرده است. قوانین اتحادیه اروپا به دولت‌ها این اجازه را می‌دهد که در برنامه‌های بیمه‌های همگانی خود برای داروها سقف قیمتی تعیین کنند.<sup>۳۹</sup> دولت فرانسه از موافقت‌نامه قیمت - تعداد<sup>۴۰</sup> استفاده می‌کند. در این موافقت‌نامه‌ها، دولت قیمت مشخصی را برای تعداد مشخصی از کالاهای فروخته‌شده در نظر می‌گیرد و درصورتی‌که تعداد افزایش یابد قیمت از طریق کسر بازپرداخت و یا پرداخت نقدی شرکت به دولت کاهش می‌یابد.

کانادا ارزان‌ترین داروها را در بین کشورهای توسعه‌یافته دارد. این کشور با قانون لیسانس اجباری خود و اجازه به تولیدکننده ژنریک که به‌صرف اطلاع دارنده پتنت محصول ژنریک را تولید کند، توانسته بخش فقیر را راضی نگه دارد. به‌تازگی ایالت اونتاریو از سیاست‌های قیمت‌گذاری استفاده کرده است. بدین ترتیب که قانون<sup>۴۱</sup> وضع کرده است که داروهای ژنریک نمی‌توانند از ۵۰ درصد قیمت داروهای برند مشابه بیشتر باشند.<sup>۴۲</sup> شرکت‌های دارویی اتحادیه

36. GpA. Generic Drug Savings in the US, Generic Pharmaceutical Association, 2012.

37. IMS Institute, "Impact of Patent Settlements on Drug Costs: Estimation of Savings," (IMS Institute for Healthcare Informatics, June 2013), 6.

38. Robinson-Patman Act

۳۹. به‌هرصورت همچنان آمریکا معتقد است که کشورهایی که سقف قیمتی در اروپا برای داروها تعیین می‌کنند راه را برای نوآوری سد می‌کنند و به‌نوعی بار تحقیق و توسعه را بر مالیات‌دهندگان آمریکایی می‌گذارند. هرچند که اروپایی‌ها این امر را رد کرده و اثبات نموده‌اند که هزینه تحقیق و توسعه از فروش داخلی داروهای خودشان حاصل می‌شود. درمقابل آنها مدعی هستند که اگر شرکت‌های دارویی آمریکایی از هزینه‌های بازاریابی خود کم کنند، قیمت داروهای آمریکایی نیز پایین خواهد آمد و این ربطی به تحقیق و توسعه دارویی ندارد. این صنعت سالانه نزدیک به ۲ میلیارد دلار بر تبلیغات مستقیم به خریدار و ۷ میلیارد دلار در حیطه ارائه نمونه‌های مجانی هزینه می‌کند. برگرفته از:

Taiwo Orialo, Strong Medicines: Patents, Market and Policy Challenges for Managing Neglected Diseases and Affordable Prescription Drug, Cardiff Law School Publication, Wales, 2008, 72.

40. Price - Volume Agreements

41. Ontario Drug Benefit Act (ODBA) and the Drug Interchangeability and Dispensing Fee Act (DIDFA).

42. Helen Stevenson, "Public Consultation to Review the Definition of Professional Allowance and the Codes of Conduct," (Ontario: Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 3 October 2008).

اروپا خواستار آن هستند که اتحادیه قواعد رقابت خود را اصلاح نماید و با گرایش به سمت قوانین آمریکایی، نرخ قیمت داروها را افزایش دهد.<sup>۴۳</sup>

درحالی که کشورهای درحال توسعه عمدتاً قوانین کنترل قیمت دارویی سرسختانه‌ای دارند. پس از الحاق ناچار به ایجاد انعطاف و کاهش قیمت‌گذاری‌های سرسختانه هستند تا از موانع غیرتعرفه‌ای محسوب نشود. در این راستا در چین در سال ۲۰۰۰ قانون تعیین سقف قیمت داروها تصویب شد که البته در سطوح مختلفی اعمال می‌شود. این سقف برای قیمت خرده‌فروشی و درواقع قیمت نهایی دارو است. البته از سوی دیگر سقف قیمت کارخانه‌ای را نیز تعیین می‌کند. این دایره تعیین برای دسته وسیعی از داروهای داخلی اعمال می‌شود و درمورد داروهای پتنت‌دار خارجی خود واردکنندگان می‌بایست قیمت را تعیین کنند و بعد از یک سال البته قیمت و ارزیابی را گزارش دهند. در برزیل شرکت‌های دارویی طبق مقرره‌ای موظفند درخصوص قیمت داروهای اساسی مانند داروهای بیماری‌های ایدز با نهاد نظارت وزارت بهداشت این کشور همکاری کنند.<sup>۴۴</sup>

در کشورهای توسعه‌یافته عموماً نظام قیمت‌گذاری دارو از ابتدا اضافه بهای<sup>۴۵</sup> بخش‌های مختلف دخیل در تجارت دارو را در نظر می‌گیرد. نکته قابل‌توجه آن است که مقررات سخت‌گیرانه در این خصوص می‌تواند منجر به کاهش انگیزه برای تولید شود.

### ۳-۲-۲- قیمت‌گذاری مرجع<sup>۴۶</sup>

قیمت‌گذاری مرجع نسبت به کنترل قیمت مستقیم، کمتر محدودکننده است و در کشورهایی که نظام درمانی خود را بر مبنای بیمه برپا کرده‌اند، کاربرد دارد. هرچند کنترل قیمت‌ها با توجه به قیمت‌گذاری مرجع راه‌حل مناسبی است، اما می‌بایست با احتیاط اعمال شود که به کمبود دارو در بازار منجر نشود. این شیوه در کاهش قیمت‌های بازپرداختی مؤثر است و در دو سطح خارجی و داخلی عمل می‌کند. اعمال این شیوه در سطح خارجی با مقایسه قیمت

43. Executive Summary of the Pharmaceutical Sector Inquiry Report, Commission Communication of 16 July 2008 on an Industrial Property Rights Strategy for Europe, COM (2008) 465 Final.

44. Deborah Porthilo, *The Pharmaceutical IP Environment in Brazil: Drugs Dispute Demands Action in Managing IP* (Americas IP Focus Publications, 2007), 27-35.

۴۵. اضافه‌بها یا Mark-up به سود در نظر گرفته‌شده توسط تولیدکنندگان، توزیع‌کنندگان، عمده‌فروشان و خرده‌فروشان گفته می‌شود. در صورتی که در یک زنجیره تهیه و تولید، مقرراتی نسبت به وضع این اضافه‌بها، وضع نشود، به افزایش قیمت نهایی کالا منجر خواهد شد.

46. Reference Pricing

محصول با قیمت دارو در کشورهای مرجع صورت می‌گیرد. درحالی که سطح داخلی، قیمت همین دارو را با داروهای مشابه داخلی مقایسه می‌کند. درواقع بر اساس لیست داروهایی که بر مبنای شیوه ATC<sup>۴۷</sup> طبقه‌بندی شده‌اند، قیمت نهایی دارو را تعیین می‌کنند. این شیوه داخلی عمدتاً برای تعیین قیمت یک داروی برند جدید که ماده شیمیایی فعال یکسانی با نمونه‌های ژنریک قدیمی‌تر دارد، به کار می‌رود هرچند که طبیعتاً قیمت گران‌تری خواهد داشت.

### ۳-۲-۳- قیمت‌گذاری طبقه‌ای<sup>۴۸</sup>

آخرین راه‌حل دنیا برای بحران دارو بحث قیمت‌گذاری طبقه‌ای است<sup>۴۹</sup> که البته برای تحقق آن شرایطی مورد نیاز است: ۱. این سیستم در نظامی که پتنت را به رسمیت شناخته باشد، قابل اجراست؛ و ۲. فروشنده محصول باید قدرت کنترل بازار و وضع قیمت‌های متفاوت را با توجه به قدرت خرید مصرف‌کنندگان در بازارهای متفاوت داشته باشد. اجرای این سیاست مستلزم آن است که دسته‌بندی درستی در میان بازارهای مختلف صورت گرفته باشد که در نتیجه شرکت‌ها قادر باشند که محصول خود را در مناطق مختلف به قیمت‌های متفاوتی در معرض فروش بگذارند؛ و نهایتاً ۳. دولت‌ها می‌بایست از وقوع آربیتراژ جلوگیری کنند. فرایند خروج محصول از مناطق فقیرتر و فروش آن در مناطق ثروتمندتر، یکی از مهم‌ترین عوامل بی‌ربطی شرکت‌ها به اجرای این سیاست است که نظارت دقیقی را می‌طلبد.

موافقین معتقدند که این شیوه در عمل با افزایش اقتصاد در مقیاس، به افزایش فروش شرکت‌های دارویی کمک خواهد کرد.<sup>۵۰</sup> درحالی که از منظر مخالفین هرچند در ظاهر تفاوت قیمت‌ها به دسترسی بیشتر کمک می‌کند، اما درواقع این خصیصه به فاصله زمانی میان بازارهای کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته در به‌کارگیری تکنولوژی‌های جدید دارویی منجر می‌شود.<sup>۵۱</sup> بعد از دعوی مربوط به پتنت یکی از معضلات اروپا بحث تفاوت قیمت‌های داروها در سراسر دنیا است که به واردات موازی داروها دامن می‌زند. صاحبان صنایع دارویی

47. ATC: Anatomical Therapeutic Chemical

48. Differential or Tiered Pricing

49. Ahmad Siddiqi, "Patents and Pharmaceutical Drugs: The Need for Change," *SURJ Journal* (Spring 2005): 9.

50. World Health Organization, *World Intellectual Property Organization and World Trade Organization, Promoting Access to Medical Technologies and Innovation: Intersections between Public Health, Intellectual Property and Trade*, op.cit. 247-249.

51. WTO, WHO, "Report of the Workshop on Differential Pricing and Financing of Essential Drugs, World Health Organization and World Trade Organization Secretariats," (Global Health Council, 2001), 16

اروپا تهدید می‌کنند که اگر قواعد مربوط به قیمت‌گذاری داروها در حد قیمت‌های اروپایی تعدیل نشود، نمی‌توان با کسانی که در فرایند آربیتراژ دارویی هستند، مقابله کرد.<sup>۵۲</sup> شرکت‌های دارویی همچنین از یک سیستم قیمت‌گذاری دوگانه برای مقابله با واردات موازی استفاده می‌کنند. بدین ترتیب که هرگاه دارویی وارد کشورهای عضو منطقه یورو شود که مقصد اصلی قرارداد دارویی نبوده است. این شرکت‌ها به‌عنوان مجازات در خریدهای بعدی قیمت‌های گران‌تری را برای آن کشور به نسبت سایر کشورهای اروپایی در نظر می‌گیرند همچنین در خصوص بسته‌بندی و علامت‌گذاری دوباره<sup>۵۳</sup>، دادگاه به نفع شرکت‌های دارویی شرایط این امر را بر واردکنندگان موازی سخت کرده است.<sup>۵۴</sup>

### ۳-۲-۴- سیاست‌های جانبی کاهش قیمت داروها

در کنار همه راه‌های پیش‌گفته بحث استقلال قیمت نهایی دارو از هزینه‌های تحقیق و توسعه<sup>۵۵</sup> نیز وجود دارد که می‌تواند به حل معضل گرانی دارو کمک کند. به‌علاوه قوانین باید به کاهش هزینه‌های تولید و خرید دارو کمک کند؛ مانند قوانین کاهش مالیات‌ها. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که در کشورهای درحال توسعه مالیات بر دارو بین ۰ تا ۲۵ درصد است و در کشورهای توسعه‌یافته این مالیات‌ها به ۰ نزدیک است. پیشنهاد می‌شود که سیاست‌ها به سمت افزایش نرخ مالیات بر بخش‌های منفی بهداشت (دخانیات، الکل و غذاهای سالم) و حذف نرخ مالیات داروها پیش رود و این افزایش به نفع داروها هزینه گردد.<sup>۵۶</sup> در بسیاری از کشورها در نرخ مالیات صنایع دارویی داخلی و خارجی تفاوت می‌باشد که از موانع فراراه تجارت محسوب می‌شود. این دسته از مالیات‌ها در واقع در دسته مالیات‌های «کمکی به صنایع داخلی» جای می‌گیرند که وفق رأی هیئت حل اختلاف سازمان در می ۲۰۰۶، معروف به رأی DS108: US-FSC، مغایر با اصول سازمان جهانی تجارت است.<sup>۵۷</sup>

52. International Trademark Association, "Position Paper on Parallel Imports," (INTA Publications, July 2007); David W. Hull, "Parallel Trade in Pharmaceuticals and EC Competition Law," in *PLC Cross-Border Life Sciences Handbook* (Practical Law Publication, 2007), 124-129.

53. Repackaging and Relabeling

54. April 2007 in *Boehringer Ingelheim and Others v Swingward Ltd and Others* (Case C-364/04).

55. *Delinking the Price of Final Product from the Price of R&D.*

56. Thomas W. Pogge, "Human Rights and Global Health: A Research Program," *Metaphilosophy LLC and Blackwell Publishing Ltd, Oxford* 36(1/2) (January 2005): 182-209.

۵۷. در قوانین بین‌المللی میان مالیات مستقیم و غیرمستقیم تفاوت وجود دارد. تا مدت‌ها در خصوص شمول مالیات‌های مستقیم ذیل گات اختلاف نظر بود. هرچند که موافقت‌نامه‌های تریمز و موافقت‌نامه یارانه‌ها و اقدامات

### ۳-۳- ایران و قوانین قیمت‌گذاری دارویی پس از الحاق

قوانین سخت کنترل قیمت‌های شرکت‌های دارویی این شرکت‌ها را در معرض خطر قرار داده است.

بعد از الحاق، اقدامات تنظیم قیمت‌ها مانند هم‌اکنون دیگر مورد استفاده نخواهد بود و تولیدات داخلی از چنین حمایتی برخوردار نیستند. به علاوه که پس از الحاق ماده ۶ این آیین‌نامه مغایر با اصول سازمان تجارت و در زمره موانع غیرتعرفه‌ای خواهد بود. باید توجه داشت که بخشی از این تغییر قیمت نتیجه تغییر رویکرد پتنت دارو در کشور خواهد بود که اگرچه زمینه‌ساز صادرات اطمینان‌بخش است، اما افزایش قیمت داروها در کشور و برچیده شدن نظام داروی ژنریک بسیار ارزان، اعتراض عده‌ای را به دنبال خود دارد. به دنبال پتنت محصولات دارویی، قیمت داروها افزایش خواهد یافت<sup>۵۸</sup> که این امر به فشار بر اقبال کم‌درآمد منجر خواهد شد. این در حالی است که پتنت فرایندها، فضای امنی را برای انتقال تکنولوژی ایجاد خواهد کرد و تولیدکنندگان داخلی را در امر تولید داروهای ارزان متخصص‌تر می‌کند.<sup>۵۹</sup> البته افزایش قیمت داروهای ژنریک تأثیرات مثبت حاشیه‌ای نیز خواهد داشت، از جمله اینکه شرکت‌های تولیدکننده داروی ژنریک در تلاش خواهد بود تا سرمایه‌گذاری بیشتری در بخش تحقیق و توسعه نسبت به قبل داشته باشند. برخی از مهم‌ترین شرکت‌های هندی<sup>۶۰</sup> به‌جای اتکاء بر کپی صرف، ۱۰ درصد بر سرمایه‌گذاری R&D خود افزوده‌اند. هرچند انتظار نوآوری‌های چشمگیری نمی‌توان داشت اما این زمینه تحقیقات بیشتر داروهای مرتبط به بیماری‌های کشورهای در حال توسعه را فراهم می‌آورد.<sup>۶۱</sup>

جبرانی به مالیات‌های مستقیم اشاره کرده بودند، اما رأی اخیر هیئت حل اختلاف سازمان این تفاوت را از میان برداشت و هر دو نوع مالیات‌ها را ذیل موانع فراراه تجارت و از ممنوعات پاراگراف ۴ ماده ۳ گات دانست.

برای مطالعه بیشتر در این خصوص نک:

Jennifer Farrell, "The World Trade Organization and Taxation," (65th Congress of the International Fiscal Association, Paris, September 2011), 14; Michael Daly, *The WTO and Direct Taxation* (Geneva: World Trade Organization Publications, 2005), 8.

۵۸. به گزارش سازمان توسعه ملل متحد تریپس در افزایش بین ۱۲ تا ۶۸ درصدی قیمت‌ها مؤثر بوده است.

۵۹. این ادعاها بر اساس تجربه کشورهایی مانند هند مطرح می‌شود که چنین تغییراتی را مشاهده کرده‌اند. نک:

Ajit Parulekar, "Product vs Process Patent under Indian Patent Law," *Legal Service India Journal* (2011): 20.

60. Ranbaxy and Dr Reddy Companies

61. Jilian Cohen-Kohler, et al., "Addressing Legal and Political Barriers to Global Pharmaceutical Access: Options for Remediating the Impact of the Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS) and the Imposition of TRIPS-plus Standards," *Health Economics, Policy and Law, Cambridge University Press* (2008): 229-256, doi: 10.1017/S1744133108004477.



درخصوص قیمت‌گذاری داروها بعد از الحاق ایران می‌تواند کنترل قیمت درخصوص لیست داروهای اساسی و حیاتی را ادامه دهد. البته لازم است که مانند روسیه تعهد کند که این کنترل قیمت را به‌عنوان حمایت از تولید داخلی به‌کار نبرد.<sup>۶۲</sup>

با این همه همان‌گونه که در گزارش سازمان بهداشت جهانی درخصوص ارائه راهکار به کشورها برای دسترسی بیشتر به دارو آمده است، کشورها باید ضمن کاهش مالیات‌ها، تعرفه‌ها، حاشیه سودها، سیاست‌های قیمت‌گذاری را برقرار سازند، به جایگزین‌های ژنریک توجه ویژه داشته و درمورد داروهایی که منبع واحد دارند و به‌گونه‌ای انحصار در حیطه آنها شکل گرفته است، قیمت‌گذاری منصفانه اعمال کنند، به‌گونه‌ای که همگان، چه فقیر و چه غنی، قابلیت خرید داشته باشند.<sup>۶۳</sup>

البته برخی معتقدند که پس از الحاق همچنان بازار غنی‌ای از داروهای بدون پتنت وجود خواهد داشت. همان‌گونه که دولت هند اعلام داشته است از آنجا که ۹۷ درصد داروهای فروخته‌شده در هند بدون پتنت می‌باشند، لذا ترس افزایش قیمت مبهم است و ۳ درصد داروهای پتنت‌دار را دولت می‌تواند از منابع دیگری به قیمت‌های قابل‌تأمینی در اختیار بگذارد. غالباً بعد از انقضای پتنت هم داروهای برند و هم ژنریک ارزان‌تر می‌شوند.<sup>۶۴</sup>

یک نکته دیگری که می‌تواند روشن‌گر وضعیت ایران باشد، قانونگذاری برزیل است. درخصوص قیمت داروها، در سال ۲۰۰۷ وزارت بهداشت این کشور برای برخی داروها سقف قیمت تعیین کرد. به گفته اقتصاددانان برزیلی این امر شاید در ابتدا داروهای ارزان‌تری را به بازار بیاورد، اما در نتیجه برزیل در قیاس با مکزیک در سال‌های اخیر، تعداد بسیار کمتری داروی جدید وارد بازار کرده است که نتیجه تحقیق و توسعه شرکت‌های دارویی خارجی با آزادی بیشتر در آن کشور است.<sup>۶۵</sup> لذا ایران باید سودای تداوم سقف قیمت داروها را از سر بگذراند. ماده ۴۸ آیین‌نامه ساخت و ورود دارو اعلام می‌کند: «قیمت‌گذاری دارو بر اساس نظر کمیسیون قیمت‌گذاری موضوع تبصره ۳ ماده ۱۱ قانون اصلاح بعضی از مواد قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوراکی و آشامیدنی در اداره کل نظارت بر امور دارو صورت خواهد گرفت.» ماده ۴۹ اصلاحی می‌گوید: «کمیسیون مذکور موظف است در تعیین

62. Timur Altkulov, et.al, *Russia Accedes to the WTO: Problems and Opportunities* (Moscow: Cliford Chance Briefing Note, 2012), 7.

63. World Health Organization, Last Accessed December 19, 2013, <http://www.who.int/trade/glossary/story002/en/index.html>.

64. Parulekar, op.cit. 21.

65. Porthilo, op.cit. 6.

قیمت دارو کلیه عوامل مؤثر در قیمت را در نظر گرفته و پس از کسب اطلاعات لازم قیمت فروش دارو به توزیع‌کننده، داروخانه و مصرف‌کننده و نیز واحدهای دولتی را معین و اعلام نماید.» و نهایتاً ماده ۵۰: «سازندگان و یا واردکنندگان دارو مکلفند اسناد و مدارک مورد درخواست کمیسیون و ریز اقلام هزینه‌های دارویی را که درخواست تعیین قیمت آن می‌شود به تفکیک موارد و قیمت پیشنهادی خود به کمیسیون ارائه نمایند.»

فصل ۱۸ مجموعه مقررات غذا و دارو در ماده ۵ مقرر جالب توجهی دارد: «قیمت ارزی داروهای وارداتی را نیز این کمیسیون تعیین می‌کند و در پروانه ورود دارو درج می‌شود.» ماده ۶ این قانون خلاف واقع تنظیم شده است چراکه می‌گوید: علاوه بر هزینه‌های مرتبط به هریک از اشکال دارویی، هزینه‌های رعایت روش‌های خوب ساخت، تحقیق و توسعه، سیستم تضمین کیفیت، بازاریابی و سایر موارد توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین خواهد شد که بسیار مانع بر سر راه تجارت شرکت‌های دارویی چندملیتی خواهد بود. به ادعان رئیس یکی از هلدینگ‌های دارویی، در واقعیت تنها سقف قیمت تعیین شده و در بقیه بخش‌ها دخالتی در قیمت‌گذاری دارویی صورت نمی‌گیرد که در تأیید آن ماده ۸ می‌گوید: «قیمت‌گذاری مواد اولیه بر اساس توافق فی‌مابین تولیدکننده یا واردکننده با مصرف‌کننده خواهد بود.» که منطقاً هم باید همین‌طور باشد. اگرچه شاید برای تضمین سطح کیفیت داروها و مواد اولیه لازم بود که دولت در اینجا مقرره‌ای مبنی بر تعیین حداقل قیمت‌ها را تعیین می‌کرد. ماده ۷ نیز به شیوه تجدیدنظر در قیمت داروی تعیین شده توسط کمیسیون اشاره دارد و آن را بنابر پیشنهاد واردکننده یا تولیدکننده یا وزارت بهداشت می‌داند که تصمیم نهایی با کمیسیون خواهد بود.

#### ۴- محدودیت‌های مقداری

پس از الحاق درب‌های بازار مصرف ایران به روی شرکت‌های چندملیتی دارویی باز می‌شود و ایران مانند سایر کشورها تعهد به کاهش محدودیت‌های مقداری خواهد داد. عمده تجلی سهمیه‌ها در مجوزهای غیرخودکار واردات می‌باشد که ایران در حال حاضر وفق مقررات آیین‌نامه همان‌گونه که گفته شد، برای هر محموله کسب مجوز وارداتی را الزامی می‌داند.<sup>۶۶</sup> نمونه کشورهای در حال توسعه دیگر در این خصوص جالب توجه است. در موافقت‌نامه الحاق

۶۶. نک: آیین‌نامه ساخت و ورود دارو.

چین آمده است که سهمیه‌ها و محدودیت‌های کمی چینی از سطح تجاری فعلی به میزان ۱۵ درصد سالانه افزایش خواهد داشت به گونه‌ای که این افزایش تا بعد از سال ۲۰۰۵ ادامه نیابد. در روسیه به موجب موافقت‌نامه الحاق برای مدتی سهمیه‌ها و مجوزهای مربوط به گوشت و برخی کالاهای اساسی باقی خواهد ماند.<sup>۶۷</sup> آرژانتین در فوریه ۲۰۱۲، ۶۰۰ بند از کالاهای خود را مشمول مجوزهای ورود غیراتوماتیک کرده است. این درحالی است که مجوزهای غیراتوماتیک مغایر با قواعد سازمان هستند مگر آنکه به دلایل امنیتی و محافظتی و یا توازن در پرداخت، ذیل شیوه‌های استثنایی این موافقت‌نامه بگنجد. از جمله کالاهایی که آرژانتین آنها را ذیل مجوزهای غیراتوماتیک آورده و با اعتراض اتحادیه اروپا مواجه شده است، داروها می‌باشند. در قانون جدید آرژانتین شرکت‌ها ناچارند تا شش ماه برای دریافت مجوز ورود منتظر بمانند.<sup>۶۸</sup>

به هر صورت صدور مجوز غیرخودکار واردات عموماً به‌عنوان ابزار اختصاص سهمیه واردات بین واردات مورد استفاده قرار می‌گیرد<sup>۶۹</sup> که جز در موارد گفته شده ممنوع است.<sup>۷۰</sup>

## ۵- مجوزهای ورود

به‌طور کلی اگرچه از نظر ضوابط سازمان جهانی تجارت، ایجاد هرگونه ممنوعیت یا محدودیت غیرمعقول در تجارت خارجی منع شده است، اما تعدادی از کشورها به‌منظور کنترل‌های آماری یا مقاصد گمرکی نسبت به برقراری نظام‌های مجوز ورود اقدام می‌نمایند که به‌رغم آنکه استفاده از چنین نظام‌هایی توصیه نمی‌شود، ولی چنانچه جنبه بازدارنده نداشته باشند و از قواعد و ضوابط موافقت‌نامه رویه‌های صدور مجوز ورود تبعیت کنند، مجاز شناخته می‌شوند. از نظر تعریف و دامنه کاربرد مجوز ورود به کلیه روش‌ها و ترتیبات اداری گفته می‌شود که

67. Altkulov, op.cit. 7.

68. "Q&As: EU's Challenge to Argentina's Import Restrictions at the WTO," European Commission, Last Accessed September, 2014, [http://europa.eu/rapid/press-release\\_MEMO-12-376\\_en.htm?locale=en](http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-12-376_en.htm?locale=en).

۶۹. محمدجعفر قنبری جهرمی، «قواعد حاکم بر مجوز واردات در چهارچوب مقررات سازمان جهانی تجارت»، *مجله تحقیقات حقوقی* ۷ (زمستان ۱۳۹۰)، ۳۲۳.

۷۰. اساسنامه سازمان به‌خصوص در مورد کشورهای توسعه‌نیافته بعضی امتیازات موقتی را پیش‌بینی کرده است، مهم‌ترین این امتیازات عبارتند از اعطای حق اعمال محدودیت‌های وارداتی برای حمایت از منابع داخلی، به‌علاوه این کشورها امکان دسترسی بدون سهمیه و عوارض را به کشورهای توسعه‌یافته دارند.

UNCTAD, "Duty and Quota-free Access for LDCs: Further Evidence from CGE Modelling," (Policy Issues in International Trade and Commodities Study Series No. 14, United Nations Conference on Trade and Development, UNCTAD/ITCD/TAB/15, 2002), 1-23

مستلزم ارائه هرگونه درخواست یا سایر مستندات (به‌استثنای اسناد لازم برای مقاصد گمرکی) به یک رکن اداری یا دولتی به‌عنوان پیش‌شرط واردات کالا باشد.<sup>۷۱</sup> چین قوانین متعددی را درخصوص رفع موانع تجاری در حیطه دارو و سلامت تأسیس کرده است، اما باز هم شرکت‌های بین‌المللی از وضعیت مجوزهای اداری ناراضی هستند و این سیستم بروکراتیک چین به موضع نگرانی و دغدغه برای شرکت‌های تجاری آمریکایی بدل گشته است. کمپانی‌ها بیان می‌دارند که مدیریت کسب مجوزهای متعدد برای کار آنها بسیار مشکل‌ساز است. این سیستم بروکراتیک که بیشتر در بخش سلامت دیده می‌شود، با دغدغه نقض اصل رفتار ملی همراه گشته است و هنوز چین تضمین نکرده است که میان شرکت‌های داخلی و خارجی رفتار مشابهی را اعمال می‌کند. چین حتی مفاد قانون مجوزهای اداری ۲۰۰۳ را که در راستای شفاف‌سازی و حذف موانع تجاری وضع شده بود، اجرا نمی‌کند که این اعتراض آمریکا را به‌دنبال داشته است. علاوه‌بر این نیاز به تست کردن بسیاری از کالاها در آزمایشگاه‌های داخلی چین پیش از ورود وجود دارد. همچنین درخصوص رویه‌های بازرسی گمرکی درخصوص امر سلامت از آنجا که چین هنوز به سیستم حمل‌ونقل سریع جهانی نپیوسته است، شکایاتی علیه این کشور صورت می‌پذیرد. چین می‌بایست استانداردهای گمرکی خود را به استانداردهای گمرکی بین‌المللی<sup>۷۲</sup> نزدیک کند.<sup>۷۳</sup> روسیه عضو اتحادیه‌های منطقه‌ای گمرکی است. در مذاکرات الحاق کشورهای عضو این منطقه تعهد کرده‌اند که مانعی بر سر راه اجرای تعهدات روسیه ایجاد نکرده و توافقات گمرکی سازمان را بر توافقات گمرکی فی‌مابین تفوق بخشند.<sup>۷۴</sup>

ایران بعد از الحاق مانند سایر کشورها<sup>۷۵</sup> متعهد به مفاد موافقت‌نامه مجوزهای ورود<sup>۷۶</sup> خواهد بود که شامل اسناد و مدارک لازم برای صدور مجوز و نیز حداکثر زمانی که فرایند صدور مجوز ورود طول خواهد کشید، می‌باشد. با قبول این موافقت‌نامه ایران متعهد خواهد

۷۱. به این موضوع به‌طور جدی در دور توکیو پرداخته شد و ابتدا به‌صورت موافقت‌نامه‌ای داوطلبانه و سپس در دور اروگوئه در زمره موافقت‌نامه‌های لازم‌الاجرا سازمان درآمد. نک: اسفندیار امیدبخش و دیگران، *سازمان جهانی تجارت؛ ساختار، قواعد و موافقت‌نامه‌ها* (تهران: شرکت چاپ و نشر بازرگانی، ۱۳۸۵)، ۳۶۰.

72. World Customs Organization Guidelines and Standards

73. The US-China Business Council, *2013 US-China Joint Commission on Commerce and Trade (JCCT) Recommendations* (Beijing: USCBC Publications, 2013), 16.

74. Altkulov, op.cit. 7.

75. US International Trade Administration Office, "Russia's Accession to the WTO; Opportunities for the U.S Chemicals Sector," (Washington: Department of Commerce, December 2011 Report), 2.

76. Import Licensing Agreement

شد که نظام حمایتی را در اختیار تجاری که با رفتار تبعیض‌آمیز یا تأخیرهای بیش از اندازه مواجه شده‌اند، پیش‌بینی نماید که این امر شفافیت و قابلیت پیش‌بینی را برای رژیم مجوزهای ورود ایران به‌دنبال خواهد داشت و لذا دسته وسیعی از محصولات که موضوع مجوزهای خودکار یا غیرخودکار هستند، از این امر بهره‌مند خواهند شد.

احتمالاً ایران ناچار خواهد شد که موارد زیر را در قوانین خود بگنجانند:<sup>۷۷</sup>

۱. کسب مجوز جداگانه برای هر محموله مواد اولیه دارویی را لغو کند؛
۲. لزوم کسب موافقت کشور مبدأ در مورد داروهای ترکیبی برداشته شود؛
۳. در فرایند دادن مجوز به دارو باید به آزمایشگاه‌های خارجی معتبر نیز اجازه دهد که کیفیت داروها را تضمین کنند.<sup>۷۸</sup>

ایران باید توجه داشته باشد که حیطة در نظر گرفتن استانداردها به‌عنوان مجوزهای ورود مانع تجارت مدام در حال گسترش است. اتحادیه اروپا در گزارش سالانه خود در باب اقدامات غیرتعرفه‌ای شرکای تجاری‌اش، آزمایش‌های کلینیکی مجددی را که هند برای ورود داروها الزامی کرده است در زمره اقدامات غیرتعرفه‌ای برشمرده است.<sup>۷۹</sup>

## ۶- نظام یارانه‌ها و اقدامات جبرانی در سازمان

یارانه‌ها<sup>۸۰</sup> در کنار دامپینگ می‌توانند در روند تجارت منصفانه اختلال ایجاد کرده، آثار مطلوب کاهش تعرفه‌ها و موانع تجاری را تضعیف یا خنثی نمایند. یارانه به حمایت‌های مالی دولتی اطلاق می‌شود که منفعتی را به دریافت‌کننده آن انتقال می‌دهد. بر اساس ماده ۱ موافقت‌نامه یارانه‌ها برای تحقق یارانه چهار عنصر باید وجود داشته باشد: کمک مالی / ارائه آن از سوی دولت یا اشخاص عمومی / انتقال امتیاز و نفع / خاص بودن.<sup>۸۱</sup>

۷۷. در پروتکل الحاق روسیه در خصوص مجوزهای ورود آمده است:

۱. فرایند پرونده‌سازی و فرم‌های درخواست مجوز ورود می‌بایست باید تا حد ممکن ساده باشند؛

۲. نمی‌توان بر مبنای اشکالات شکلی و نواقص جزئی در پرونده‌ها رد کرد و نپذیرفت؛

۳. یک مجوز باید ظرف ده روز کاری صادر شود از زمان دریافت درخواست اجرایی حسب‌المقرر.

۷۸. این موارد از نمونه فشارهایی که آمریکا بر چین وارد کرده است، اخذ شده‌اند. برای مطالعه بیشتر نک:

The US-China Business Council, op.cit. 10.

79. European Pharmaceuticals Sector Fiche (16.12.2011)

۸۰. در فرهنگ آکسفورد یارانه چنین معنا شده است: «مبلغی از دارایی‌های عمومی که به یک حرفه یا صنعت

کمک می‌کند تا قیمت کالا یا خدمات خود را پایین نگه دارد.»

۸۱. کشورهای درحال توسعه این حیطة تعریف را بسیار موسع می‌دانند. فاطمه طیار، پیشین، ۳.

موضوع پرداخت یارانه و ممنوعیت آن ابتدا در ماده ۱۶ گات مطرح شد. سپس در دور توکیو در سال ۱۹۵۵ از کد یارانه<sup>۸۲</sup> صحبت شد که بسیاری از کشورها از پذیرش آن خودداری کردند. موافقت‌نامه یارانه‌ها و اقدامات جبرانی نتیجه تلاش اعضای گات در دور هشتم مذاکرات موسوم به اروگوئه بود.

این موافقت‌نامه از سه نوع یارانه نام برده است:

۱. یارانه‌های ممنوع<sup>۸۳</sup> که خود شامل دو دسته می‌باشند: دسته اول شامل کمک‌ها، جوایز و مساعدت‌هایی است که در صورت موفقیت در صادرات به صادرکننده پرداخت می‌شود. خواه شرط صادرات در قوانین ذکر شده باشد یا قوانین ساکت بوده و عملاً بدین شیوه عمل شود. دسته دوم شامل کمک‌ها، جوایز و مساعدت‌هایی است که مشروط به استفاده از کالاهای داخلی به جای کالاهای خارجی به شرکت‌ها پرداخت می‌شود.<sup>۸۴</sup> کشورهای درحال توسعه با درآمد ملی بیش از ۱۰۰۰ دلار از زمان الحاق به سازمان هشت سال وقت دارند که یارانه‌ها را قطع کنند، ولی در این مدت حق ندارند که یارانه‌ها را افزایش دهند. درمورد ممنوعیت یارانه‌های ممنوع نوع دوم معافیت کشورهای درحال توسعه پنج سال است؛

۲. یارانه‌های قابل تعقیب:<sup>۸۵</sup> اکثر یارانه‌های اعطایی که مشروط به عملکرد صادراتی نیستند مثل یارانه‌های تولید، ذیل یارانه‌های قابل تعقیب قرار می‌گیرند. این یارانه‌ها ممنوع نیستند اما کشورهای دیگر می‌توانند از طریق طرح دعوی در مرجع حل و فصل سازمان نسبت به توقف این یارانه‌ها اقدام کنند و یا در صورتی که این یارانه‌ها تأثیرات سوء بر صنایع داخلی آنها داشته، اعمال تلافی‌جویانه به کار بندند. تأثیرات منفی ممکن است به یکی از سه صورت زیر اعمال شود: ۱. ورود صدمه و خسارت به صنایع داخلی در نتیجه واردات کالاهای موضوع یارانه، این تنها جایی است که اقدامات تلافی‌جویانه مجاز دانسته شده است؛ ۲. یارانه صادراتی موجب بدبینی شدید نسبت به کالاهای یک کشور عضو دیگر شود. این نوع صدمات مجوز برای اقدامات تلافی‌جویانه نیست

82. Subsidies Code

83. Prohibited Subsidies

۸۴. در پیوست شماره یک موافقت‌نامه پیوستی از یارانه‌های ممنوع ارائه شده که حصری نیستند: ارائه یارانه مستقیم دولت به بنگاه یا شرکت به شرط داشتن عملکرد صادراتی، برنامه‌های حفظ ارز صادراتی که متضمن جوایز تشویقی می‌باشند، مساعدتر بودن هزینه‌های حمل و نقل برای صادرکنندگان نسبت به حمل و نقل داخلی و ...

85. Actionable Subsidies

ولی آن کشور می‌تواند به مرجع حل اختلاف سازمان شکایت کند؛ و ۳. عدم تحقق منافی که یک کشور عضو طبق گات ۱۹۹۴ انتظار آن را داشته است. درخصوص یارانه‌های قابل تعقیب نیز کشورهای درحال توسعه از معافیت‌ها و مساعدت‌های بیشتری نسبت به کشورهای توسعه‌یافته برخوردار هستند. به‌عنوان مثال یارانه‌های اعطایی به کشورهای درحال توسعه برای تقویت برنامه‌های خصوصی‌سازی از شمول یارانه‌های قابل تعقیب خارج است و یا چنانچه یارانه‌های کشورهای درحال توسعه کم باشد، اقدامات تلافی‌جویانه باید متوقف شود.<sup>۸۶</sup>

با این مقدمه ملاحظه شد که برای آنکه بتوان علیه یارانه‌ای دست به اقدام جبرانی زد، آن یارانه باید به‌موجب ماده ۲ موافقت‌نامه یارانه‌ای خاص<sup>۸۷</sup> باشد. بخش بزرگی از موافقت‌نامه یارانه‌ها و اقدامات جبرانی به راه‌های جبران و طرق مقابله با دیگر اعضاء اختصاص یافته است. مواد ۴، ۷ و ۹ موافقت‌نامه به ترتیب به دو راه داخلی (وضع عوارض گمرکی) و بین‌المللی (رسیدگی در کمیته یارانه‌ها) اختصاص یافته است و کشورها می‌توانند به هر دو شیوه تمسک جویند. کشور شاکی با درخواست مشورت از کشور مشتکی‌عنه فرایند حل اختلاف را آغاز می‌کند و دعوی یا صدور حکم از سوی رکن حل اختلاف پایان می‌یابد.<sup>۸۸</sup>

۳. یارانه‌های غیرقابل تعقیب:<sup>۸۹</sup> یارانه‌هایی که مشمول یارانه‌های ممنوع و قابل تعقیب نبوده و لذا مجاز می‌باشند. این یارانه‌ها عمدتاً مربوط به فعالیت‌های تحقیقاتی، توسعه مناطق محروم و عقب‌افتاده که فعالیت اقتصادی در آن مناطق فاقد انگیزه لازم بوده و اعطای کمک به صنایع جهت تطبیق خود با الزامات زیست‌محیطی هستند.

احتمالاً با عضویت ایران در این سازمان قوانین یارانه‌ای دستخوش تغییر خواهد شد. بعد از الحاق ایران می‌بایست یارانه‌های صنعت دارو را تنها در حیطه تحقیق و توسعه متمرکز کند. بند ۲ ماده ۸ موافقت‌نامه یارانه‌ها و اقدامات جبرانی بیان می‌دارد که کمک‌های مالی که به

۸۶. عبدالحسین شیروی، مهدی نظرنژاد، «الحاق ایران به سازمان تجارت جهانی و تأثیر آن بر مقررات ناظر بر یارانه‌های صادراتی»، فصلنامه حقوق، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی ۴۱(۲) (تابستان ۱۳۹۰)، ۹۵.  
 ۸۷. وفق موافقت‌نامه یارانه‌های خاص در چهار دسته طبقه‌بندی شده‌اند: تخصیص بنگاهی، تخصیص صنعتی، تخصیص منطقه‌ای و یارانه‌های ممنوع.

۸۸. محمدحسن زارع، «الزامات حقوقی الحاق ایران به سازمان جهانی تجارت در بخش یارانه‌ها»، پژوهش حقوق و سیاست ۱۱(۲۷) (پاییز و زمستان ۱۳۸۸)، ۷۹.

تحقیقات و توسعه اعطاء می‌شود با شرط آنکه بیش از ۷۵ درصد هزینه تحقیقات صنعتی را پوشش ندهد، مجاز است. البته برخی ممکن است که نادیده انگاشتن استانداردهای تولید دارو را نیز نوعی یارانه یا دامپینگ محسوب نمایند و حتی اثبات می‌کنند که این یارانه‌ها از جمله یارانه‌های قابل تعقیب می‌باشد. وفق نظر این عده بر اساس بند «د» ماده ۲ موافقت‌نامه یارانه‌ها و اقدامات جبرانی، لفظ یارانه «غیرمستقیم» می‌تواند سهل‌گیری در استانداردها را هم دربرگیرد.<sup>۹۰</sup> به هر صورت با تغییر تئوری‌های اقتصادی که پایه تجارت در سازمان قرار می‌گیرند، حتی میل قوانین سازمان نیز رو به تغییر است. بدین معنا که در تئوری‌های جدید<sup>۹۱</sup>، حتی امکان تغییر در مدل‌های یارانه‌های تولیدی در آینده وجود دارد.<sup>۹۲</sup> لذا ایران باید خود را برای تغییرات وسیع آماده کند. اگرچه امکان استفاده از برخی معافیت‌های موافقت‌نامه را خواهد داشت.<sup>۹۳</sup> این رفتار ترجیحی در ماده ۱۵ در موافقت‌نامه خدمات هم ذکر شده است و دولت‌ها موظف شده‌اند که رابطه یارانه را با وضعیت توسعه کشورهای در حال توسعه مشخص کنند. در کشور ما با توجه به وجود قوانین کنترل قیمت، دولت به بخش دارو یارانه اعطاء می‌کند. بخشی از این یارانه در جهت تأمین ارز مبادلاتی برای خرید مواد اولیه دارویی دریافت می‌شود؛ به علاوه یارانه‌های مستقیم نیز به این صنعت داده می‌شود.<sup>۹۴</sup> همچنین انرژی ممکن است به عنوان یارانه‌های قابل تعقیب مطرح شوند.<sup>۹۵</sup>

۹۰. البته برای آنکه این یارانه قابل تعقیب باشد، می‌بایست جنبه خاص داشته باشد که در خود این ماده تعریف آن آمده است: «یارانه زمانی خاص محسوب می‌شود که مقام اعطاءکننده یا مقامی که به موجب آن عمل می‌کند، صراحتاً استفاده از یارانه را به بنگاه‌های معینی محدود سازد. همچنین یارانه‌ای که در اختیار تمام بنگاه‌های اقتصادی واقع در یک منطقه جغرافیایی از قلمرو اعطاءکننده قرار می‌گیرد، جنبه خاص خواهد داشت» که البته نادیده گرفتن استانداردهای تولید دارو در یک منطقه خاص یا برای بنگاه‌های خاص عمدتاً کمتر اتفاق می‌افتد و لذا یارانه قابل تعقیب انگاشتن تا حدودی دشوار به نظر می‌رسد. قاری سید فاطمی، نامداری، پیشین، ۱۱۹.

91. Bagwell and Steiger (2006)

92. Ralph Ossa, "A "New Trade" Theory of GATT/WTO Negotiations," *Journal of Political Economy* 119(1) (February 2011): 148.

93. Ricardo Meléndez-Ortiz, *Global Challenges and the Future of the WTO* (Geneva: ICTSD Programme on Global Economic Policy and Institutions, 8 April 2013), 49.

۹۴. رسول دیناروند، معاون غذا و داروی وزارت بهداشت نیز در توضیح این مسئله گفت: «یارانه‌های دارویی تا سال گذشته از طرف دولت به وزارت بهداشت تخصیص داده می‌شد اما امسال با فرض اینکه این یارانه در انتهای فرایند مصرف دارو توسط سازمان‌های بیمه‌گر در اختیار بیماران قرار بگیرد با تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در اختیار این وزارتخانه قرار گرفت اما وزارت رفاه و تأمین اجتماعی عملاً به جای اینکه یارانه را به سازمان‌های بیمه‌گر پرداخت کند کماکان مانند گذشته این یارانه را به شرکت‌های وارداتی و توزیعی دارویی پرداخت می‌کند.»

۹۵. البته برخی معتقدند که یارانه‌های انرژی در ایران از مصادیق یارانه‌های عام و مجاز در ادبیات سازمان جهانی تجارت به‌شمار می‌آید چراکه به همه بخش‌های اقتصادی به شکل افقی پرداخت می‌شود، اما رویه مذاکرات



در کشور مصوبات و آیین‌نامه‌های گوناگونی<sup>۹۶</sup> سیاست‌های یارانه‌های صادراتی را دربردارند که صنعت دارویی نیز از آنها بهره برده است و لذا در زمان الحاق بایستی حذف شوند.<sup>۹۷</sup> از جمله آیین‌نامه پرداخت جوایز و مشوق‌های صادراتی مصوب ۱۳۸۵ هیئت وزیران و دستورالعمل «چگونگی حمایت از صادرات غیرنفتی کشور» که جهت اجرا در سال ۱۳۸۷ ابلاغ شده است. وفق بند ۱ ماده ۱ آیین‌نامه مزبور مبلغ یک‌هزار و پانصد میلیارد دلار از بودجه سال ۱۳۸۵ به پرداخت جوایز و مشوق‌های صادراتی اختصاص یافته است. در ماده ۱۰ دستورالعمل نیز فهرست جامعی از کمک‌ها و حمایت‌های مستقیم آورده شده است. یارانه‌های ممنوع در قوانین ما: ۱. پرداخت جوایز صادراتی: ماده ۳۳ قانون برنامه چهارم توسعه که می‌خواهد این یارانه‌ها را هدفمند کند و ماده ۱ دستورالعمل که مطابق ماده ۱ جوایز صادراتی بنابر مزیت رقابتی و ارزش افزوده کالای صادراتی اعطاء می‌شود. تمامی این یارانه‌ها مشمول بند الف ماده ۳ موافقت‌نامه یارانه‌ها و اقدامات جبرانی می‌شود. چون به صادرات بستگی دارد، یارانه خاص تلقی شده و ممنوع است؛ و البته جزء یارانه‌های ممنوع پیوست نیز می‌باشد. بند د ماده ۳۳ قانون برنامه چهارم توسعه برقراری هرگونه عوارض و مالیات برای صادرات کالاهای غیرنفتی و خدمات در طول برنامه را منع می‌کند. طبق ماده ۱۸ آیین‌نامه مقررات صادرات و واردات نیز: «وضع و اخذ هرگونه عوارض از اقلام و کالای صادراتی ممنوع است.»<sup>۹۸</sup> این نوع مالیات چون به‌طور کلی بر صادرات وضع شده است و درمورد صنعت خاصی نیست، جزء یارانه‌های ممنوع نیست اما معافیت از پرداخت حقوق ورودی<sup>۹۹</sup> که واردات به قصد صادرات را از پرداخت‌های جز کارمزد معاف دانسته است، ممنوع هستند و ذیل ماده ۳ و بند ۸ و ۹

---

عربستان و روسیه نشان می‌دهد که درخصوص قیمت‌های دوگانه انرژی که آن را یارانه پنهان تلقی کرده‌اند، درخواست حذف قیمت‌گذاری دوگانه مطرح خواهد شد یا مثلاً معافیت‌های مالیاتی پارک‌های علم و فناوری از معافیت‌های قابل‌پیگیری در سازمان خواهد بود، چون از جمله یارانه‌های قابل‌پیگیری است.  
۹۶. رأس این سیاست‌ها در تصویب‌نامه شماره ۸۱۲۹۳/ت/۳۷۸۶۲ ک به تاریخ ۱۳۸۹/۰۵/۲۳ وزیران عضو شورای عالی توسعه صادرات غیرنفتی به شرح زیر منعکس شده است:

۱. حمایت از بنگاه‌ها در جهت تولید صادراتی؛
۲. هدفمند کردن جوایز و مشوق‌های صادراتی در قالب اجرای بند ب ماده ۳۳ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران در قالب حمایت‌های مستقیم و غیرمستقیم؛
۳. کمک به توسعه صادرات خدمات با اولویت صادرات خدمات فنی، مهندسی و ...
۹۷. شیروی، نظرنژاد، پیشین، ۱۰۷.
۹۸. بند ب ماده ۱۰۴ قانون برنامه پنجم توسعه کشور نیز متضمن همین قاعده است.
۹۹. نک: ماده ۱۲ قانون مقررات صادرات و واردات.

ضمیمه نخست موافقت‌نامه می‌باشند همچنین است بند ۱۷ آیین‌نامه و ماده ۱۹ قانون مقررات صادرات و واردات و نیز ماده ۶۵ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۱۳۸۹ و ماده ۱ آیین‌نامه اجرایی ماده ۶۵ این قانون به وظیفه بانک توسعه صادرات موظف به ارائه اعتبار و تسهیلات به صادرکنندگان خدمات فنی و مهندسی اشاره دارد.

در بند ۱۶ آیین‌نامه پرداخت جوایز و مشوق‌های صادراتی، پرداخت بخشی از هزینه صدور ضمانت‌نامه‌ها و یا بیمه‌های صادراتی بیان شده است. در بند ۱۰ ضمیمه ۱ موافقت‌نامه آمده است که چنانچه دولت، مؤسسات دولتی و یا حتی مراکز خصوصی از طرف دولت مأموریت پیدا کنند که برنامه‌های تضمین صادرات و بیمه محصولات صادراتی را با نرخ‌هایی انجام دهند که این نرخ‌ها در بلندمدت نتوانند هزینه این برنامه‌ها را پوشش دهند، چنین برنامه‌هایی جزء یارانه‌های ممنوع تلقی می‌شوند. چنانچه نرخ‌ها بر اساس نرخ‌های رقابتی در بازار باشد، یارانه ممنوع تلقی نمی‌شود.<sup>۱۰۰</sup>

بنابراین دسته وسیعی از قوانینی که حاوی اعطای یارانه‌های ممنوع است، باید اصلاح و تعدیل شوند. طبق نظر دکتر شیروی چنانچه دولت بتواند نرخ تورم را کاهش دهد و کنترل کند به راحتی می‌تواند این قوانین را تعدیل نماید. ولی اگر تورم زیاد باشد، دولت ناچار است برای تثبیت نرخ ریال در برابر دلار یارانه و جوایز اعطاء کند. ایران در زمان الحاق باید با مذاکره تلاش کند که از معافیت‌های ماده ۲۷ موافقت‌نامه یارانه‌ها بهره ببرد. نکته دیگر حذف یارانه‌های انرژی است که کشورهای عربستان و روسیه به هنگام الحاق به‌خاطر تأثیر آن بر قدرت صادرات ناچار شدند که آنها را حذف کنند. البته ایران نیز با هدفمند کردن یارانه‌ها این یارانه‌ها را کاهش داده است، ولی تا قبل از آن درمورد تمامی صنایع وجود داشت به هرصورت با حذف یارانه دارو، دهک‌های پایین اجتماع متضرر خواهند شد.<sup>۱۰۱</sup>

۱۰۰. زارع، پیشین، ۸۵.

۱۰۱. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که از میان ۱۴۷ گروه کالا، با حذف یارانه دارو، شاخص قیمت خدمات بهداشتی انسانی، خدمات دامپزشکی، مرغ، جوجه تا ۷ درصد و درمورد سایر کالاها به‌صورت میانگین تا ۳/۸ درصد شاهد افزایش قیمت خواهیم بود. هرچه خانوارها فقیرتر باشند، اثرات مستقیم بیشتری از حذف یارانه‌ها می‌یابند. نک: یعقوب اندیش و همکاران، «اثرهای حذف یارانه دارو بر شاخص قیمت بخش‌ها و هزینه زندگی خانوارها با رهیافت تحلیل مسیر ساختاری»، تشریح مدیریت سلامت ۴۲ (۱۳۸۹)، ۵۲.

## نتیجه

باید مدنظر داشت که سازمان جهانی تجارت تاکنون در برخورد با اقدامات غیرتعرفه‌ای و کاهش قیمت‌های جهانی موفق نبوده است<sup>۱۰۲</sup>؛ چراکه اطلاع از تمامی موانع غیرتعرفه‌ای کشورها عموماً کار بسیار دشواری است.<sup>۱۰۳</sup> در این راستا برخی تحقیقات نشان می‌دهند که در تجارت دارو، اقدامات غیرتعرفه‌ای به میزان عدم شفافیت بر کاهش دسترسی به دارو مؤثر نبوده‌اند.<sup>۱۰۴</sup>

با این همه برای ایران که در آستانه الحاق به سازمان جهانی تجارت قرار دارد، چالش‌های قانونگذاری در حیطه دارو بسیار است. این مقاله سعی نموده است که به‌طور اخص به بررسی چالش‌های قانونگذار ایرانی در خصوص موانع غیرتعرفه‌ای بر سر راه تجارت دارو بپردازد. این موانع از منظر نویسنده مقاله در شش دسته کلی جای می‌گیرند که هر کدام به‌نوعی بر صنعت دارویی مؤثر خواهند بود. این شش دسته موانع به ترتیب در شش قسمت با عنوان‌های «موانع فنی فرارراه تجارت»، «اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی»، «قوانین قیمت‌گذاری دارویی»، «محدودیت‌های مقداری»، «مجوزهای ورود» و «نظام یارانه‌ای و اقدامات جبرانی» به بحث گذاشته شد و تلاش گردید تا در هر قسمت ضمن بررسی الزامات سازمان جهانی تجارت و نیازمندی‌های صنعت دارو و نکات کلیدی و استراتژیک برای مصرف داخلی دارو، به تجربه کشورهای در حال توسعه‌ای که به سازمان ملحق گردیده‌اند به‌عنوان نمونه‌های عملی برای قانونگذار داخلی اشاره شود. در پایان هر قسمت پس از تحلیل قوانین موجود در ایران و اشاره به خلأهای قانونگذاری، در نهایت پیشنهادهایی برای وضع قوانین در این راستا ارائه گردید.

102. Robert W. Staiger, *Non-tariff Measures and the WTO*, World Trade Organization (Economic Research and Statistics Division, January 2012), 32

103. Global Health Council, *The Impact of Tariff and Non-tariff Barriers on Access to Essential Drugs for the Poorest People* (Washington: GHC Policy Brief, 2007), 230.

104. ITC, *Non-tariff Measures and the Fight against Malaria* (Geneva: International Trade Center, 2011), 23.

## فهرست منابع

### الف) منابع فارسی

امیدبخش، اسفندیار، وحید بزرگی، ابوالقاسم بینات، غزاله دژمخوی، حامد روحانی، امیرهوشنگ فتحی‌زاده، میرهادی سیدی و علی زاهدطلبان. *سازمان جهانی تجارت؛ ساختار، قواعد و موافقت‌نامه‌ها*. تهران: شرکت چاپ و نشر بازرگانی، ۱۳۸۵.

اندیش، یعقوب، خسرو کشاورز، منصور ظهیری، ایمان میریان، علی بهشتی، علی ایمانی، بهزاد نجفی و بهرام آقایی. «اثرهای حذف یارانه دارو بر شاخص قیمت بخش‌ها و هزینه زندگی خانوارها با رهیافت تحلیل مسیر ساختاری». *نشریه مدیریت سلامت* ۴۲ (۱۳۸۹): ۴۵-۵۶.

جلالی‌پور، مهرداد و همکاران (گروه کارشناسی). *راهنمای تجارت دارو، سازمان توسعه تجارت ایران*. چاپ اول. تهران: شرکت چاپ و نشر بازرگانی، ۱۳۸۸.

زارع، محمدحسن. «الزامات حقوقی الحاق ایران به سازمان تجارت جهانی در بخش یارانه‌ها». *پژوهش حقوقی و سیاست* ۱۱(۲۷) (پاییز و زمستان ۱۳۸۸): ۱۰۴-۸۳.

شبروی، عبدالحسین، مهدی نظرنژاد. «الحاق ایران به سازمان تجارت جهانی و تأثیر آن بر مقررات ناظر بر یارانه‌های صادراتی». *فصلنامه حقوق، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی* ۴۱(۲) (تابستان ۱۳۹۰): ۹۵-۱۱۴.

طیار، فاطمه. *موافقت‌نامه اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی سازمان جهانی تجارت*. تهران: سازمان استاندارد ایران، ۱۳۸۵.

قاری سید فاطمی، سید محمد، الهام نامداری. «سازکارهای حمایت از حقوق کارگران در سازمان جهانی تجارت». *مجله تحقیقات حقوقی* ۹ (تابستان ۱۳۹۱): ۱۳۰-۱۱۷.

قنبری جهرمی، محمدجعفر. «قواعد حاکم بر مجوز واردات در چهارچوب مقررات سازمان جهانی تجارت». *مجله تحقیقات حقوقی* ۷ (زمستان ۱۳۹۰): ۳۴۴-۲۳۳.

کوهستانی، امیررضا. «جایگاه حقوق بشر در سازمان جهانی تجارت». رساله کارشناسی ارشد، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی، ۱۳۸۷.

کوهستانی‌پژوه، رسول. «ابزارهای دفاعی تجاری». *نشریه تخصصی گمرک ایران* ۱۳(۵۷۷) (اسفند ۱۳۸۹): ۱۱۹-۱۲۷.

### ب) منابع انگلیسی

Altkulov, Timur, Tamer Amara. *Russia Accedes to the WTO: Problems and Opportunities*. Moscow: Clifford Chance Briefing Note, 2012.

Aus Aid. *Department of the WTO Sanitary and Phytosanitary (SPS) Agreement*. Australia: Australian Government, Department of Agriculture, 2008.

Cohen-Kohler, Jilian, Isa Forman, Nathaniel Lipkus. "Addressing Legal and Political Barriers to Global Pharmaceutical Access: Options for Remediating the Impact of the

Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS) and the Imposition of TRIPS-plus Standards.” *Health Economics, Policy and Law*, Cambridge University Press (2008): 229-256, doi: 10.1017/S1744133108004477.

Daly, Michael. *The WTO and Direct Taxation*. Geneva: World Trade Organization Publications, 2005.

European Commission. “Pharmaceutical Sector Inquiry: Preliminary Report.” DG Competition Staff Working Paper, 28 November 2008.

European Commission. “Q&As: EU's Challenge to Argentina's Import Restrictions at the WTO.” Last Accessed September, 2014. [http://europa.eu/rapid/press-release\\_MEMO-12-376\\_en.htm?locale=en](http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-12-376_en.htm?locale=en).

Farrell, Jennifer. “The World Trade Organization and Taxation.” 65<sup>th</sup> Congress of the International Fiscal Association, Paris, September 17, 2011.

Global Health Council. *The Impact of Tariff and Non-tariff Barriers on Access to Essential Drugs for the Poorest People*. Global Health Council Policy Brief, 2007.

GPhA. “Generic Drug Savings in the US.” Generic Pharmaceutical Association, 2012.

Hull, David W. “Parallel Trade in Pharmaceuticals and EC Competition Law.” In *PLC Cross Border Life Science Handbook*, 124-129. Practical law publication, 2007.

IMS Institute. “Impact of Patent Settlements on Drug Costs: Estimation of Savings.” IMS Institute for Healthcare Informatics, June 2013

International Trademark Association. “Position Paper on Parallel Imports.” INTA Publications, July 2007.

ITC. *Non-tariff Measures and the Fight against Malaria*. International Trade Center, 2011.

L’Ecluse, Peter, Koen T’Syen, Catherine Longeval. *Patent Settlement Agreements: The State of Play in the EU and the US*. ACC Multi-Jurisdictional Guide, 2012.

Meléndez-Ortiz, Ricardo. *Global Challenges and the Future of the WTO*. Geneva: ICTSD Programme on Global Economic Policy and Institutions, 8 April 2013.

Non-Tariff Barriers. “What are Non-Tariff Measures?.” Last Accessed February 2, 2020. <http://www.tradebarriers.org/measures>.

Oriolo, Taiwo. “Strong Medicines: Patents, Market and Policy Challenges for Managing Neglected Diseases and Affordable Prescription Drug.” *Cardiff Law School Publication, Wales* 4 (2008): 100-125.

Ossa, Ralph. “A “New Trade” Theory of GATT/WTO Negotiations.” *Journal of Political Economy* 119(1) (February 2011): 122-153.

Parulekar, Ajit. “Product vs Process Patent under Indian Patent Law.” *Legal Service India Journal* (2011): 1-22.

Pogge, Thomas W. “Human Rights and Global Health: A Research Program.” *Metaphilosophy LLC and Blackwell Publishing Ltd, Oxford* 36(1/2) (January 2005): 182-209.

Porthilo, Deborah. *The Pharmaceutical IP Environment in Brazil: Drugs Dispute Demands Action in Managing IP*. Americas IP Focus Publications, 2007.

Scherer, F. M., Jayashree Watel. “Post-TRIPS Options for Access to Patented Medicines in Developing Nations.” *Journal of International Economic Law, Oxford University Press* 5(4) (2002): 914-935.

Siddiqi, Ahmad. “Patents and Pharmaceutical Drugs: The Need for Change.” *SURJ Journal* (2005): 1-9.

Staiger, Robert W. “Non-tariff Measures and the WTO.” World Trade Organization. Economic Research and Statistics Division, January 2012.

Stevenson, Helen. *Public Consultation to Review the Definition of Professional Allowance and the Codes of Conduct*. Ontario: Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 3 October 2008.

Thakka, Karan B. and Gauri Billa. "The Concept of: Generic Drugs and Patented Drugs vs. Brand Name Drugs and Non-Proprietary (Generic) Name Drugs." *Frontiers in Pharmacology Publications* 4(113) (2013): 113-130.

The US-China Business Council. *2013 US-China Joint Commission on Commerce and Trade (JCCT) Recommendations*. USCBC Publications, 2013.

UNCTAD, ICTSD. *Resource Book on TRIPS and Development, UNCTAD-ICTSD Project on Intellectual Property Rights and Sustainable Development*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

UNCTAD. "Duty and Quota-free Access for LDCs: Further Evidence from CGE Modelling." Policy Issues in International Trade and Commodities Study Series No. 14, United Nations Conference on Trade and Development, UNCTAD/ITCD/TAB/15, 2002.

US International Trade Administration Office. "Russia's Accession to the WTO; Opportunities for the U.S Chemicals Sector." Department of Commerce, December 2011 Report.

Wooton, Ian, Maurizio Zanardi. *Trade and Competition Policy: Anti-Dumping versus Anti-Trust*. Glasgow: University of Glasgow, 2002.

World Health Organization. Last Accessed December 19, 2013. <http://www.who.int/trade/glossary/story002/en/index.html>.

World Health Organization. *World Intellectual Property Organization and World Trade Organization, Promoting Access to Medical Technologies and Innovation: Intersections between Public Health, Intellectual Property and Trade*. Geneva: WTO Publications, 2012.

WTO, WHO. "Report of the Workshop on Differential Pricing and Financing of Essential Drugs, World Health Organization and World Trade Organization Secretariats." WTO Global Health Council, 2001.

Yeung, Godfrey. "The Implications of WTO Accession on the Pharmaceutical Industry in China." *Journal of Contemporary China* 11(32) (2002): 473-493.