

حق دسترسی به داروها و حق حمایت از اختراعات دارویی

محسن برهانی*

مهرنوش ابوذری**

چکیده

در دهه‌های اخیر، بحث دسترسی همه کشورها به داروها به عنوان یک چالش اخلاقی مطرح شده است که علت اصلی آن اعطای حق مالکیت فکری به نتایج و فرآورده‌های دارویی و عدم دسترسی کشورهای در حال توسعه به این محصولات می‌باشد. اگرچه استدلال‌های اقتصادی و قانونی در حمایت از ابداعات دارویی طرح شده در زمینه فعالیت و توسعه این صنایع بوده است، اما نتیجه آن ایجاد یک شکاف ارتباطی بین صنایع مذکور و کشورهای کم درآمد شده است. بنابراین، بحث بر این مسأله است که آیا اساساً مالکیت فکری در مورد داروهای اساسی قابل اعمال است و آیا نباید این مالکیت را در پرتو مفهوم مداوا و نیاز بشر به معالجه تعریف و تحدید کرد. مبنای توجیهی این بحث چیست؟ آیا حق بر سلامت و دسترسی به داروها بر مبنای اخلاقی مبتنی است یا مبنای حقوقی نیز از این امر حمایت می‌کند؟ دیگر آنکه این حق، جواز دسترسی به همه داروها را در بر خواهد گرفت یا صرفاً داروهای اساسی در این قلمرو، حق بر ابداعات دارویی را تخصیص می‌زنند؟ به نظر می‌رسد که مبنای حقوقی و اخلاقی لازم در زمینه حمایت از سلامت افراد در دسترسی به داروهای اساسی برای تخصیص حق ابداعات دارویی وجود دارد.

این مقاله در دو بخش توجیه حقوقی و اخلاقی بحث، سعی دارد با بیان تعارض بین حق بر سلامت و حق مالکیت فکری بر اختراعات، استدلال‌هایی را در دو جنبه ارائه کرده و با ترجیح مسئولیت اخلاقی حق بر سلامت، توجیه اخلاقی در این ترجیح را تبیین نماید.

کلیدواژه‌ها: دارو، حقوق مالکیت فکری، کشورهای فقیر، مسئولیت اخلاقی.

dr.m.borhani@gmail.com

*عضو هیأت علمی دانشکده حقوق دانشگاه تهران

**دانش‌آموخته دکتری حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران (نویسنده مسئول)

mhrnshabouzari@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۱/۰۲/۱۶ تاریخ پذیرش: ۹۱/۰۷/۰۹

میلیون‌ها نفر در کشورهای کم‌درآمد هستند که دسترسی چندان یا اصلاً هیچ نوع دسترسی به داروهای قابل اطمینان و با کیفیت بالا ندارند. این افراد از بیماری‌هایی در رنج هستند و به سبب آنها می‌میرند که در سایر بخش‌های جهان می‌توان آن بیماری‌ها را درمان نمود. امروزه معالجه دارویی مؤثری برای بسیاری از بیماری‌های مسری وجود دارد، بیماری‌هایی که از جمله علل اصلی مرگ در کشورهای فقیر هستند و سالانه عده کثیری در این کشورها به سبب بیماری تنفسی حاد، اسهال، سل، مالاریا و امثال آن از بین می‌روند. در حالی که در صورت دسترسی به داروهای لازم برای درمان، میزان این مرگ و میرها کاسته می‌شود. عدم دسترسی به معالجات ضروری نه تنها رنج عظیمی را بر افراد فقیر تحمیل می‌کند، بلکه آنها را در دام فقر نگه می‌دارد. بیماری‌های شدید و صعب‌العلاج یکی از علل اصلی نزول بازدهی اقتصادی و توقف توسعه است. فقر هم علت و هم معلول بار سنگین بیماری است. از این رو، برای مردمی که در کشورهای کم‌درآمد زندگی می‌کنند، گریز از این دور باطل فقر و بیماری عملاً ناممکن است. حتی اگر در این کشورها دارو در دسترس باشد، اغلب غیرقابل اطمینان است؛ در یک نظام ناکارآمد در مراقبت از سلامت، این داروها مناسب توزیع نمی‌گردد یا به نحو متناسبی از آنها استفاده نمی‌شود. مجموعه این عوامل، بیماری و مرگ‌های بسیاری را بر مردم این کشورها تحمیل خواهد نمود. اما از سویی کشورهای تولیدکننده دارو با بیان حق بر مالکیت فکری اختراعات و تولیدات خود، دسترسی آزادانه و بدون مشارکت در پرداخت هزینه‌های تولید آن داروها را نمی‌پذیرند و اذعان می‌دارند که عدم سودآوری در این زمینه، برای آنها کاهش انگیزه پیشرفت بیشتر را در پی خواهد داشت. در این تعارض تبیین‌های مختلفی از بعد حقوقی و اخلاقی مطرح گشته و البته گام‌هایی نیز در سطح جهانی برای بهبود وضع موجود برداشته شده است. با این وجود، هنوز فاصله‌ای عظیم بین امکان نجات جان میلیون‌ها نفر از طریق داروهای قابل اطمینان و مقرون به صرفه و واقعیت تلخ شیوع بیماری و مرگ و میر بسیار زیاد در کشورهای کم‌درآمد جهان هست. لذا بحث، بر مبنای الزام‌آور در این زمینه است که چه پشتوانه‌های حقوقی و اخلاقی استواری می‌توان یافت تا به تبع آن، این مسأله در مبنای علمی قابل طرح و پیگیری باشد. این بحث، تاکنون گرچه بارها در قالب‌های گوناگون طرح شده اما اصولاً سعی بر تبیین پایه‌های الزام‌آور آن نبوده و صرفاً حول محور بیان مسأله و روشن نمودن ضرورت دسترسی به دارو گشته است. در این مقاله، سعی بر تبیین مبنای حقوقی و اخلاقی در مستحکم نمودن حمایت از حق بر سلامت و به تبع آن، حق دسترسی به داروها می‌باشد.

۱. توجیه حقوقی حق دسترسی به داروها

یکی از راه‌های تشویق تحقیقات پزشکی و نوآوری‌های دارویی برای بیماری‌های صعب‌العلاج، اعطای حق ثبت اختراع و حق انحصار است. شرکتی که منابع خود را صرف تحقیق و توسعه دارو برای بیماری‌هایی چون ایدز می‌کند، از حق ثبت و انحصار اختراع خود برخوردار است تا بتواند هزینه‌های خود را پوشش دهد و در ضمن انگیزه سودآوری باعث گسترش تحقیقات در این زمینه شود. اما ساز و کار حق انحصار، روی دیگری نیز دارد. انحصار اعطا شده به سازنده دارو می‌تواند موجب قیمت‌گذاری بیش از حد داروها گردد. این، در عین حال که پاداشی برای مخترع آن است، به مصرف‌کنندگان آسیب می‌رساند. در این میان برخی کشورهای در حال توسعه به صورت یک‌جانبه شروع به طراحی دوباره بازار داروسازی کرده و قوانین مالکیت فکری خودشان را وضع کردند. در هندوستان دولت تصمیم گرفت حق امتیاز را در مورد غذا و دارو تأمین نکند. بدین ترتیب سازندگان زیادی امکان یافتند تا با کپی‌برداری، داروهای شرکت‌های آمریکایی و اروپایی را بفروشند و به همین دلیل، قیمت دارو در این کشور بسیار پایین می‌باشد. نظایر این کار در برخی کشورهای دیگر نیز واقع شد. این امر در نهایت باعث اعتراض اتحادیه داروسازان گشت. آنها اعتقاد داشتند که نادیده‌گرفتن حق انحصار به معنی براندازی تحقیق و توسعه است و بیان کردند که بدون این حق، انگیزه‌ای برای توسعه داروهای جدید و مؤثرتر وجود نخواهد داشت.^۱ با این تفاسیل، ابعاد حقوقی بحث مورد بررسی قرار می‌گیرد.

کمیته عمومی میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل متحد در گزارش خود در خصوص حق بر سلامت اذعان می‌دارد که «این حق، ارتباط تنگاتنگی با سایر حقوق بشر دارد و تنها در صورت تحقق همه آنهاست که می‌توان مدعی شد که حق بر سلامت به طور کامل محقق شده است.»^۲ اولین معاهده‌ای که به حق بر سلامت اشاره کرده است، منشور ملل متحد است که بند الف ماده ۵۵ آن، سازمان ملل را ملزم به ارتقای استانداردهای بالاتر زندگی و بند ب همین ماده، سازمان را مکلف به یافتن راه‌حل‌های مسائل بین‌المللی راجع به سلامت می‌نماید. بی‌گمان، یکی از شیوه‌های ارتقای استانداردهای بالاتر زندگی، ایجاد امکان دسترسی افراد بشر به دارو و افزایش مقابله با بیماری‌ها و گسترش سطح بهداشت

۱. مک‌میلان، جان، «حق ثبت اختراع یا نجات جان بیماران»، ترجمه مهدی نصرتی، روزنامه دنیای اقتصاد، ۲۰ اردیبهشت ۱۳۸۸، ص. ۲.

2. Petersmann, Ernst-Ulrich, "Human Rights and the Law of the World Trade Organization", *Journal of World Trade*, Vol. 37, 2003, p.264.

جامعه است. مورد دیگر، اساسنامه سازمان بهداشت جهانی است که در مقدمه آن آمده است: «بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامت، یکی از حقوق بنیادین هر انسان است.» و «سلامت ملت‌ها برای دستیابی به صلح و امنیت، جنبه بنیادین دارد.» بند ۱ ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر مصوب ۱۰ دسامبر ۱۹۴۸ چنین بیان می‌کند: «همه افراد بشر از حق استاندارد حمایت مناسب برای بهداشت و رفاه خود و خانواده‌شان از جمله غذا، پوشاک، مسکن، مراقبت‌های پزشکی و خدمات اجتماعی ضروری و حق تأمین در مواقع بیکاری، بیماری، معلولیت، کهنسالی یا دیگر نیازهای زندگی در شرایط حاد بهره‌مند می‌باشند.» اما ماده ۲۷ اعلامیه جهانی حقوق بشر بر حقوق مادی و معنوی صاحبان آثار فکری و حمایت از آنان تأکید کرده است. به رغم نزدیکی و فاصله بسیار کم این دو ماده در اعلامیه جهانی حقوق بشر شاید به ندرت کسی به ارتباط میان این دو حق انسانی و تأثیر آن بر دیگری و اثرهای مخرب توجه به یکی و غفلت از دیگری پرداخته است. در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز مورد مشابهی وجود دارد. از یک سو ماده ۹ میثاق مقرر می‌دارد: «کشورهای طرف این میثاق حق هر شخص را به تأمین اجتماعی از جمله بیمه‌های اجتماعی به رسمیت می‌شناسند.» ماده ۱۲ نیز آورده است: «کشورهای طرف میثاق حق هرکسی را به تمتع از بهترین حال سلامت جسمی و روحی ممکن‌الحصول به رسمیت می‌شناسند.» از سوی دیگر در بند اول ماده ۱۵ این میثاق آمده است: «دولت‌های طرف میثاق حاضر، حق هرکس را نسبت به امور ذیل به رسمیت می‌شناسند: الف) مشارکت در حیات فرهنگی؛ ب) بهره‌مندی از منافع پیشرفت علمی و کاربردهای آن؛ ج) برخورداری از حمایت از منافع معنوی و مادی ناشی از هر تولید علمی، ادبی یا هنری که آفریننده آن هستند.»

چنانکه ملاحظه می‌شود این حق هم تضمین‌کننده حقوق صاحبان حق مالکیت فکری از جمله ابداع‌کنندگان دارو است و هم تضمین‌کننده حق افراد جامعه در استفاده از محصولات فکری و دسترسی به آنها جهت بهره‌مندی از منافع دارو یا تلاش برای تکامل داروهای موجود. در حل اختلاف نتیجه این دو حق، دولت‌های عضو مکلف شده‌اند تا فضای مناسبی را برای در دسترس بودن نتایج تحقیقات علمی و اطلاع از محصولات و اندیشه‌های نو و مبادله یافته‌های علمی فراهم سازند. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل متحد از اعضا خواسته است تا گزارش‌هایی راجع به قوانین و مقررات موجود و اقدامات اتخاذ شده جهت اجرای این حق، به کمیته ارائه دهند. این کمیته خود نیز به ارائه گزارش‌هایی در خصوص حقوق مندرج در میثاق و وضعیت آنها در کشورهای عضو می‌پردازد. در گزارشی که در ۱۱ مه سال ۲۰۰۰ در

مورد حق بر بالاترین سطح قابل حصول سلامت منتشر کرده است، این حق را یک حق بشری بنیادین نامیده است که برای اعمال حقوق بشری دیگر ضروری است؛ زیرا این حق، رابطه‌ای تنگاتنگ با سایر حقوق بشری دارد. همچنین کمیته مزبور در گزارش مورخ ۱۴ نوامبر سال ۲۰۰۰ با تأکید بر اهمیت حق بر سلامت مقرر داشت: صرف‌نظر از قابلیت دسترسی به منابع، دولت‌ها باید دسترسی به امکانات بهداشتی اساسی را برای افراد تسهیل نمایند و مقررات سازمان تجارت جهانی باید در راستای این تسهیل باشد و در بخش دیگری از این گزارش در خصوص تلاش برای تضمین این حق بشری آمده است: «هر شخص یا گروه قربانی نقض حق بر سلامت باید از امکان مراجعه به شیوه‌های قضایی و دیگر شیوه‌های مناسب جبران هم در سطح ملی و هم در سطح بین‌المللی برخوردار باشد.»^۱ وجود این دیدگاه به همراه ذکر حق دسترسی به نتایج تحقیقات و بهره‌مندی از منافع پیشرفت علمی در کنار حق برخورداری از مالکیت بر این محصولات البته با تأیید وصف پیوستگی حقوق بشر می‌باشد. بنابراین در تحلیل اسناد حقوق بشری و از جمله مواد میثاق، نباید یک حق مثل حق مندرج در قسمت ب بند اول ماده ۱۵ یا حق مندرج در قسمت ج را صرف‌نظر از سایر حقوق در نظر گرفته و تحلیل کرد زیرا تحلیل یک سویه از یک حق به منزله آن است که حقوق بشر تنها از همان حق واحد تشکیل شده است در حالی که نظام حقوق بشر، متشکل از مجموعه حقوق ناگسستنی است؛ لذا در تحلیل حقوقی مثل حق آزادی باید حقوق دیگر مثل حق بر رفاه را نیز لحاظ نمود. یکی از حرکت‌های مهم در این راستا انتشار موافقت‌نامه جنبه‌های تجاری حقوق مالکیت فکری^۲ بود، موافقت‌نامه مزبور در ماده ۷ خود مقوله توجه به توسعه کشورها را مورد تصریح قرار داده که یکی از مصادیق بارز این توسعه، ارتقای سطح بهداشتی کشورهای در حال توسعه است. مطابق این ماده: «حمایت و اجرای حقوق مالکیت فکری باید در تشویق، انتقال و گسترش نوآوری فنی و مزیت دو جانبه برای تولیدکنندگان و مصرف‌کنندگان دانش فنی سهیم بوده و به شیوه‌ای باشد که به رفاه اجتماعی و اقتصادی و ایجاد تعادل میان حقوق و تکالیف رهنمون گردد.» این موافقت‌نامه اگرچه در صدد ارتقای سطح بهداشتی کشورهای در حال توسعه بود، اما تاکنون اثر کمی بر حق دسترسی و رعایت این الزام داشته است. برای مثال در سال ۲۰۰۱، زمانی که آفریقای جنوبی در رابطه با عدم دسترسی به داروهای اساسی تحت مالکیت فکری اعتراض نمود، هیچ کدام از شرکت‌های دارویی نیاز این کشور را تأمین

1. Ibid., pp. 259 – 260.

2. Agreement on Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights-TRIPS

نکرده و حتی در برابر توافق‌نامه فوق احساس مسئولیت ننمودند.^۱ در واقع، موافقت‌نامه تریپس با توجه به ساختار و الزامات خاص خود، منشأ بروز مناقشات بسیاری میان گروه‌های حقوق بشری و مدافعان حمایت گسترده از دارو شد. از این رو، تصویب این موافقت‌نامه را می‌توان عاملی برای تقویت دو مقوله حقوق بشر و ابداعات دارویی دانست و این موضوع بار دیگر چهره خاص ابداعات دارویی در میان سایر ابداعات را روشن می‌سازد.^۲ نخستین نشانه‌های نگرانی ناشی از تأثیر منفی تریپس بر حق بر سلامت، در سال ۱۹۹۸ در ژنو ابراز شد و از این دوران تاکنون که به دوران پس از تریپس معروف است، تلاش‌های حقوق بشری بسیاری برای تبیین این آثار منفی صورت گرفته است.^۳ در ۹ نوامبر این سال، به مناسبت پنجاهمین سالگرد اعلامیه جهانی حقوق بشر، نشست مشترکی از سوی سازمان وایپو و کمیساریای عالی حقوق بشر ملل متحد برگزار شد و در آن به برخی پیامدهای منفی حمایت از مالکیت فکری بر حقوق بشر پرداخته شد. از جمله نتایج مثبت این نشست، توجه برخی سازمان‌های غیردولتی مانند کمیته بین‌المللی غیردولتی حقوق بشر در تجارت و سرمایه‌گذاری به مقوله حق دسترسی به بازار از منظر حقوق بشر بود. اما طرح رسمی مسأله ابداعات دارویی و حقوق بشر در سطح بین‌المللی ابتدا در سال ۲۰۰۰ میلادی و در خصوص نیاز کشورهای فقیر به مقابله با ایدز صورت گرفت.^۴ از سوی دیگر در ۲۷ ژوئن سال ۲۰۰۲ کشورهای در حال توسعه در اعلامیه‌ای تحت عنوان «اعلامیه راجع به موافقت‌نامه تریپس و بهداشت عمومی» به کشورهای با کمترین درجه توسعه‌یافتگی عضو سازمان تجارت جهانی اجازه داده شد که تا سال ۲۰۱۶ می‌توانند حمایتی از ابداعات دارویی به عمل نیاورند؛ هر چند در خصوص اینکه این کشورها با توجه به ضعف مفرط در جلب سرمایه‌گذاری خارجی در بخش دارو و نداشتن ظرفیت تولید دارو توسط شرکت‌های محلی بتوانند از این مهلت به بهترین نحو استفاده کنند یا نه، تردیدهای بسیاری وجود دارد.^۵ این امر نوعی به رسمیت شناختن دیدگاه حقوق بشری نسبت به ابداعات دارویی بود که نهایتاً

۱. صنیعی، منصوره، «حقوق مالکیت فکری و دسترسی به نتایج زیست فناوری در کشورهای در حال توسعه»،

فصلنامه اخلاق در علوم و فناوری، شماره ۱ و ۲، بهار و تابستان ۱۳۸۶، ص. ۴.

۲. فتحی‌زاده، امیر هوشنگ، «بررسی حق اختراع در مقررات موافقت‌نامه و جنبه‌های تجاری حقوق مالکیت فکری:

مطالعه موردی حق اختراع محصولات دارویی»، مجله بررسی‌های بازرگانی، شماره ۳، آذر و دی ۱۳۸۲، ص. ۴۲.

۳. حبیبیا، سعید، «نظام حق اختراع ایران پس از پذیرش موافقت‌نامه راجع به جنبه‌های مرتبط با تجارت حقوق

مالکیت فکری»، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران، شماره ۶۶، زمستان ۱۳۸۳، ص. ۱۴۸.

4. Chapman, Audrey, "A Human Rights Perspective on Intellectual Property, Scientific Progress and Access to the Benefits of science", in: WIPO, Intellectual Property and Human Rights, [Geneva, WIPO Publications, 1999, p. 14.

۵. صادقی، محسن، حمایت از ابداعات دارویی و الحاق به سازمان تجارت جهانی، تهران، میزان، ۱۳۸۷، ص. ۱۴۲.

ایجاد اجلاس‌هایی به‌طور غیررسمی را در بر داشت و منجر به شکل‌گیری موافقت‌نامه‌های تجاری منطقه‌ای و از جمله اجلاس سیدنی استرالیا (۲۰۰۲) یا تصمیمات شورای تریپس (۲۰۰۳) در خصوص حمایت بیشتر از کشورهای در حال توسعه در کشورهای با کمترین درجه توسعه‌یافتگی و امثال آن گردیده است. علاوه بر موارد فوق، در تبیین توجه ویژه اسناد بین‌المللی و منطقه‌ای به حق بر سلامت، می‌توان به این موارد اشاره داشت که به گونه‌ای ترجیح حق بر سلامت به عنوان حقی ذاتی بر حقوق دیگر که حسب مقتضیات ایجاد شده‌اند را نشان می‌دهد و از این طریق، ابداعات دارویی را به مقوله حقوق بشر پیوند زده‌اند، از جمله ماده ۵ کنوانسیون رفع کلیه اشکال تبعیض نژادی (۱۹۶۵)، مواد ۱۱ و ۱۲ کنوانسیون امحای کلیه اشکال تبعیض علیه زنان (۱۹۷۹)، ماده ۲۴ کنوانسیون حقوق کودک (۱۹۸۹)، و اصول ۴ و ۸ اعلامیه جهانی حقوق کودک (۱۹۵۹) از جمله اسناد جهانی هستند که این حق را مورد تأیید قرار داده‌اند. علاوه بر این، در سطح منطقه‌ای ماده ۱۱ منشور اجتماعی اروپا (۱۹۶۱)، ماده ۱۶ منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم (۱۹۸۱) و ماده ۱۰ پروتکل الحاقی به کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر در حوزه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی (پروتکل سان سالوادور) از حق بر سلامتی سخن رانده‌اند. بنابراین با توجه به مجموع اسناد بین‌المللی فوق‌الذکر و نیز شناسایی حق بر سلامتی در قوانین اساسی و عادی اغلب کشورها می‌توان به ترجیح حق بر سلامت نسبت به حق مالکیت فکری بر ابداعات دارویی و انحصار ناشی از آن رسید و این حق را از جمله حقوق بنیادینی قلمداد کرد که گستره‌ای به وسعت جامعه جهانی دارد و نه فقط دولت‌ها، بلکه تمام اعضای جامعه جهانی در تحقق حق بر سلامت، مسئولند.

مطلب دیگر در این بحث، رویه ایران می‌باشد. در بند ۳ ماده ۲۸ قانون ثبت علائم و اختراعات سال ۱۳۱۰ ایران، ترتیبات و فرمول‌های دارویی از ثبت مستثنی شده بود که به دلیل ایجاد اختلاف در ثبت داروها، رأی وحدت رویه شماره ۷۶ مورخ ۷۶/۱/۱۹ صادر شد و اشاره قانون‌گذار به فرمول‌ها و ترتیبات را چنان تفسیر نمود که محصولات نهایی داروها همچنان در حیطه اصل قابلیت حمایت به عنوان اختراع باقی می‌مانند و آنچه استثنا شده، صرفاً فرمول‌ها و مواد و اجزای تشکیل‌دهنده این داروها است که از انحصار ابداع‌کننده آن خارج است. در قانون جدید ثبت اختراعات، طرح‌های صنعتی و علائم تجاری (مصوب ۱۳۸۶)، اختراعات دارویی نیز در حیطه حمایت قرار دارند. به نظر می‌رسد با توجه به پذیرش ایران به عنوان عضو ناظر در سازمان جهانی تجارت و لزوم تبعیت از موافقت‌نامه تریپس، چنین اصلاحی در پیش‌نویس جدید به درستی انجام شده است.

در واقع، حق بر سلامتی میان یک منحنی حداکثر و حداقل قرار دارد. در مفهوم حداکثری حق بر سلامتی مؤید وظیفه دولت در تأمین شرایط لازم برای سلامتی افراد در چارچوب امکانات موجود است. اما در مفهوم حداقلی دولت در قالب منابع خویش مسئولیت دارد جهت جلوگیری یا کاهش مخاطرات سلامتی افراد یا جامعه مداخله نماید. بی تردید یکی از جنبه‌های بارز حق بر سلامتی و حداقل آن، لزوم درمان و کنترل بیماری‌هاست که در بند ج پاراگراف ۲ ماده ۱۲ میثاق ۱۹۶۶ مورد تصریح قرار گرفته و به تعبیری یکی از اساسی‌ترین جلوه‌های حق بر سلامتی است که در هر سند بین‌المللی یا قانون داخلی متجلی شده است.^۱ اما آیا اساساً مالکیت فکری در مورد داروهای جدید قابل اعمال است و آیا نباید این مالکیت را در پرتو مفهوم مداوا و نیاز بشر به معالجه تعریف و تحدید کرد؟ می‌توان گفت که مالکیت فکری بر داروهای کمیاب و گران‌قیمت جدید که برخاسته از دستاوردهای ژنتیک و بیوتکنولوژیک هستند، با مالکیت فکری در دیگر حوزه‌ها فرق دارد. سخت نیست که به لحاظ نظری در خصوص حق معنوی بر داروهای مذکور تردید کرد و آنها را میراث مشترک بشریت دانست.^۲ در خصوص اینکه آیا مفاد حق بر سلامت از طریق حق دسترسی به دارو، تنها شامل داروهای اساسی می‌شود یعنی داروهایی که نیازهای مراقبت از سلامت اکثر جمعیت را تأمین می‌نماید و درمان‌کننده یا پیشگیری‌کننده از بیماری‌های عمومی چون ایدز، سل، بیماری‌های تنفسی و سرطان هستند یا اینکه این حق، مشتمل بر همه داروهای درمانی است، دو عقیده متفاوت وجود دارد. به عقیده برخی صاحب‌نظران، از آنجا که حق دسترسی به سلامتی به عنوان ابزاری تعدیلی بر حق اختراع مطرح شده و این تعدیل، بر خلاف اصل حمایت از حقوق انحصاری است، لذا باید آن را محدود به داروهای اساسی کنیم. ضمن اینکه چالش‌های حقوق بشری راجع به ابداعات دارویی، در خصوص داروهای اساسی مطرح است و نه هر داروی درمانی. از توجه به بند ۱ اعلامیه دوحه در خصوص تریپس و سلامت عمومی و مثال‌های مذکور در این بند مثل ایدز، مالاریا و دیگر اپیدمی‌ها نیز می‌توان دریافت که غرض از دارو، داروی اساسی است. به علاوه، در تصمیم شورای تریپس در خصوص اجرای بند ۶ اعلامیه دوحه در خصوص موافقت‌نامه تریپس و سلامت عمومی، عبارت «محصولات دارویی» مورد تصریح قرار گرفته و این‌گونه تعریف شده است که: «هر محصول ثبت اختراع شده یا ساخته شده یا فرایند ثبت اختراع شده

۱. زمانی، قاسم، «شبه‌سازی درمانی و حق بر سلامتی در قلمرو حقوق بین‌الملل بشر»، پژوهش حقوق و سیاست،

شماره ۱۹، پاییز و زمستان ۱۳۸۵، ص. ۳۳.

۲. راسخ، محمد، «بیوتکنولوژی و انسان: مسائل و دیدگاه‌ها»، مجله تحقیقات حقوقی، شماره ۴۰، پاییز و زمستان

۱۳۸۳، ص. ۲۶.

در بخش دارو که برای حل مشکلات سلامت عمومی شناخته شده در بند ۱ اعلامیه لازم باشد...» اگرچه در مقابل دیدگاه فوق، برخی عقیده دارند که دسترسی به هر نوع دارویی یک حق بشری است، زیرا هر انسانی از این حق فطری برخوردار است که فارغ از بیماری و درد باشد و تفاوتی در نوع دارو نیست.^۱ آنها معتقدند که اطلاق حق حیات و حق بر سلامت، ناظر به هر دارویی که در تأمین حیات مطلوب و عاری از درد مؤثر است، می‌تواند باشد.^۲

از مجموع آنچه بیان شد می‌توان نتیجه گرفت که حق بهره‌مندی از منافع پیشرفت علمی و کاربردهای آن به عنوان حقی بشری اقتضا دارد که هر انسانی از مزایا، منافع و تسهیلاتی که پیشرفت‌های علمی در حل مشکلات، مبارزه با بیماری‌ها و ارتقای سطح زندگی در اختیار می‌گذارد، بهره‌مند شود.^۳ مجموع موازین حقوقی مذکور نشان می‌دهند که علاوه بر به رسمیت شناختن حق مخترعین بر ابداعات دارویی خود، حق سلامت جامعه بشریت را هنگام تعارض غیر قابل حل این دو حق، برتر دانسته و اختراعات دارویی را وسیله‌ای برای تضمین سلامت انسان‌ها تلقی نمود که باید در مقام تأمین و ترجیح آن بر آمد.

۲. توجیه اخلاقی حق دسترسی به داروها

برخی حقوق بالاصاله هستند و به اصطلاح هدف تلقی می‌شوند و برخی دیگر وسیله برای نیل به هدف هستند و جنبه طریقت دارند. به نظر می‌رسد که حق بر سلامت و دسترسی به سلامت مطلوب انسان‌ها یک هدف است که برای رسیدن به این هدف، انسان سعی بر اختراع و تأمین دارو می‌کند. لذا می‌توان گفت اختراع دارو و حق بر آن، حق بر وسیله است و حقی اصیل نبوده و برای تحقق هدفی ذاتی یعنی حق بر سلامت می‌باشد. بنابراین نمی‌توان آن را به طور بی قید و شرط و مطلق قائل شد، بلکه آزادی در اعمال این حق، محدود به تأمین سلامت می‌باشد.^۴ حق بر تمامیت فیزیکی و حق احترام به جسم انسانی که در نهایت با حق او بر سلامت توأم است از اهمیت وافری برخوردار است، پس کلیه ویژگی‌های انسانی در احترام به این اصول باید حفظ شود.^۵

1. Correa, Carlos, "Implications of the Doha Declaration on the TRIPs Agreement and Public Health", Geneva, WHO, 2002, pp. 95-100.

۲. صادقی، محسن، منبع پیشین، ص. ۱۲۷.

۳. امیر ارجمند، اردشیر؛ و محمد حبیبی مجنده، «جایگاه حقوق مالکیت معنوی در نظام بین‌المللی حقوق بشر»، نامه مفید، شماره ۵۲، اسفند ۱۳۸۴.

۴. موحد، محمدعلی، در هوای حق و عدالت، چاپ دوم، تهران، طرح نو، ۱۳۸۱، صص. ۳۸۵-۳۸۴.

۵. اسبقی، سیدمحمد، «ژنوم انسانی به مثابه میراث مشترک بشریت یا ژنتیک بیم و امید»، مجله کانون وکلا، شماره ۱۱، بهار و تابستان ۱۳۷۶، ص. ۲۷۱.

در این بخش، حق دسترسی به داروهای اساسی از بعد اخلاقی توجیه می‌گردد. در ساختار کنونی صنعت مربوط به سلامت جامعه، الزامات اخلاقی متعددی قابل بحث می‌باشد. یکی از این موارد الزام برای تولید است. منظور از الزام برای تولید عبارت است از مسئولیت برای تولید و توسعه محصولات مفید. این الزام حیطة‌ای از فعالیت علمی است که تنها تعدادی قادر به انجام آن هستند و هدفشان بر اساس منفعت بیماران و مصلحت جامعه است. الزام مهم دیگر، الزام دسترسی است. بدین معنا که شرکت‌ها و مراکزی که دانش زیست فناوری را دارند، باید فرآورده تحقیقات خود را در دسترس گروه‌های نیازمند قرار دهند. صاحب‌نظران بر این اعتقادند که در شرایط فعلی، وقتی این الزام با ساختار تجاری موجود همچون مالکیت فکری نوآوری‌ها، سیستم نرخ‌گذاری هر دولت و حتی سازمان‌های خیریه، مقایسه می‌شود، نمی‌توان تناسب قابل قبولی را بین اجرا و توسعه این الزام دید. اما در صورتی که سیستم کنونی برای کاربرد این الزام تمایل نشان دهد و حمایت از آن افزایش یابد، به تدریج حق دسترسی بر سایر حقوق مانند مالکیت فکری اولویت خواهد یافت.^۱ دیدگاه وظیفه‌گرایان^۲ بر این مبتنی است که احترام به یک انسان به عنوان موجودی ارزشمند، الزامی می‌باشد. لذا وقتی فردی می‌تواند انسانی که در حال مرگ می‌باشد را نجات دهد، نجات او برایش یک اجبار اخلاقی است که نادیده گرفتن این وظیفه، عملی غیر انسانی می‌باشد. بدیهی است هنگامی که جان عده بسیاری در مناطق کم‌درآمد در خطر است، قضیه به مراتب جدی‌تر خواهد بود. حتی بعد مسافت نیز دلیل مقبولی برای گریز از این مسئولیت انسانی نمی‌باشد و قبح شانه خالی کردن از آن را محو نمی‌کند. بنابراین جوامع ثروتمند، مردمی که در این کشورها زندگی می‌کنند و پژوهشگران و شرکت‌ها اگرچه سرمایه فکری و مالی صرف می‌کنند، در این مورد، اخلاقاً مسئولیت دارند. به نظر می‌رسد که این موضوع پیچیده نیاز به حرکت در همه سطوح دارد تا در سطح جهانی، عمل به الزام اخلاقی نهادینه گردد. در تبیین بیشتر بحث، لازم به ذکر است که در بحث حق دسترسی به ضروریات زندگی برای حفظ حیات دو دیدگاه وجود دارد. دیدگاهی که بیانگر اجبار منفی می‌باشد، بدین بیان که هیچ کس حق ندارد از دسترسی افراد به آنچه که برای حفظ حیات ضروری است، جلوگیری نماید. دیدگاه دیگر با رویکرد مثبت اظهار می‌دارد که ایجاد امکان دسترسی به این گونه تسهیلات امری الزامی است. رویکرد سنتی در این زمینه عقیده دارد که یک جامعه عادلانه جامعه‌ای است که به طور معتدل دسته‌بندی شده است و لازم نیست همه مثل هم

۱. صنیعی، منصوره، منبع پیشین، ص. ۴.

2. Deontological Approach

باشند تا بگوییم عدالت برقرار شده است. بلکه کافی است که همه از حقوق لازم‌ه‌شان برخوردار باشند و امکان دستیابی به فرصت‌ها را داشته باشند. نظر رئالیست‌ها بر این است که کشورها در عین استقلال می‌توانند با هم قرارداد بسته و روابطی را برقرار کنند. لیبرال‌ها عقیده دارند که هدف از سیستم حقوق بین‌الملل باید حمایت از حق حاکمیت کشورها باشد نه تقسیم ثروت بین کشورهای ثروتمند و فقیر. لذا عده‌ای می‌گویند که تفاوت کشور فقیر و ثروتمند در دارو مانند تفاوت انسان فقیر و غنی در جامعه است. پس این ناعادلانه نیست، اما به شرطی که به حقوق همه افراد احترام گذاشته شود.^۱ رالز، در این زمینه اعتقاد دارد که مردم اگرچه با هم تفاوت دارند و این ناعادلانه نیست اما باید دسترسی برابر به فرصت‌ها را داشته باشند.^۲ نویدبخش‌ترین رویکرد برای توجیه حق برخورداری از سلامت را نورمن دنیل طرح کرده است که نظریه عدالت رالز را به حوزه مراقبت از سلامتی بسط داده است. دنیل معتقد است که کارکرد مراقبت از سلامتی احیا یا حفظ کارکرد افراد متعارف نوع انسان است. همان‌طور که اختلال در کارکرد افراد متعارف از طریق بیماری یا ناتوانی فرصت‌های فرد را محدود می‌کند، مراقبت از سلامتی با پیشگیری از بیماری‌ها و درمان آنها فرصت‌های برابر را تقویت می‌کند. از این رو، اگر مردم حق برابری منصفانه در دسترسی به فرصت‌ها را داشته باشند - که نظریه عدالت رالز آن را استوار کرده است - حق (استنتاجی) برخورداری از سلامت را هم خواهند داشت. یقیناً قوت رویکرد دنیل در این است که او به نحو متقاعدکننده‌ای اهمیت اخلاقی برخورداری از سلامت را نشان می‌دهد: مراقبت از سلامت در حفظ یا احیای برابری منصفانه فرصت دخیل است. از آنجا که این حق استنتاجی برای برخورداری از سلامت مبتنی بر مفهوم خاصی از خیر نیست، باید آن را حقی جهان‌شمول به حساب آورد که می‌تواند توجیهی اخلاقی برای دسترسی جهانی به داروهای اساسی فراهم کند.^۳ با این حال، چیزی که مبهم باقی می‌ماند، گستره این حق استنتاجی است: آیا مردم حق هر نوع برخورداری از سلامت که به لحاظ فنی، شدنی باشد را دارند، بدون توجه به این که هزینه آن چقدر است؟ یا آنها فقط حق برخورداری از حداقل مطلوب مراقبت از سلامتی را دارا می‌باشند؟ با فرض محدودیت‌هایی که در منابع وجود دارد، فقط تفسیر دوم عملی به نظر می‌رسد. اما رویکرد دنیل حداقل مطلوب یا سطح اساسی مراقبت از سلامت را نشان نمی‌دهد. به

1. Ferbaey, [Marc]; Salles, Maurice; & John [Weymark], "Justice, Political Liberalism and Utilitarianism", [Cambridge, 2008, p. 102.

2. <http://www.aftabnews.ir/prtci1q0.2bqii8laa2.html/1384/11/6>

3. Daniel, Norman, "Just Health Care", [Cambridge University Press, [Cambridge, 1985, p. 76.

همین سان، رویکرد حق محور تکالیف متناظر را مشخص نمی کند که «چه کسی باید چه کاری برای مراقبت و احیای سلامتی چه کسی انجام دهد؟» به همین خاطر، رویکرد حق محور در حل مناقشه برانگیزترین موضوع در مسأله دسترسی [به داروهای اساسی]، یعنی تخصیص تکالیف، کمک چندانی نمی کند. انورا اونیل به درستی تأکید کرده است: «اگر بخواهیم به لحاظ فکری هنجارهایی دقیق برای خطمشی های مربوط به سلامتی تثبیت کنیم، ارجح این است که از تبیین نظام مند تکالیف شروع کنیم تا از تبیین نظام مند حقوق.»¹ لذا باید بر افعال مورد نیاز تمرکز شود تا بر استحقاق به دریافت کردن. حال، پرسشی اخلاقی و البته جدی در بحث دسترسی به داروهای اساسی مطرح می گردد: «چه کسی باید چه کاری را برای چه کسانی انجام دهد؟»² در صورت توافق بر مسئولیت در قبال مردمی که به داروهای اساسی دسترسی ندارند، عدم وفاق قابل توجهی در این مطلب وجود دارد که تکلیف متوجه کیست و چه کسی مکلف است که به مردم کشورهای کم درآمد در دسترسی به داروهای اساسی کمک کند؟ این تکالیف مستلزم انجام گرفتن چه کارهایی می باشد؟ و دریافت کنندگان در خور این اقدامات در دسترسی به داروهای اساسی چه کسانی هستند؟ در واقع، مسأله «تخصیص تکالیف» بزرگ ترین چالش اخلاقی در افزایش دسترسی به داروهای اساسی در کشورهای کم درآمد می باشد. آنچه نیاز است توجیه اخلاقی این مسأله است که چگونه باید مسئولیتها را میان عاملان و فعالیت هایی تخصیص داد که می توانند در کاهش مشکل دسترسی [به داروهای اساسی] نقش داشته باشند. علت دشواری تحلیل اخلاقی در بحث تخصیص تکالیف، بعد جهانی موضوع است: آن چه مانع دسترسی به داروهای اساسی است، شبکه ای از عوامل محیطی و جهانی می باشد که مستلزم وجود عاملان و نهادهای بسیار متفاوت است. برای توجیه اخلاقی دسترسی به داروهای اساسی، دو تدبیر متفاوت وجود دارد: رویکرد مبتنی بر عدالت توزیعی و رویکرد حقوق محور. البته هیچ یک از این دو رویکرد قادر نیستند توجیهی کافی برای اختصاص مسئولیتها ارائه کنند. برعکس، باید با تبیینی نظام مند از تکالیف شروع کرد، چرا که این نوع تبیین صریح تر می گوید که چه کارهایی از جانب چه کسانی برای افزایش دسترسی به داروهای اساسی مورد نیاز است. این باعث می شود که شکاف بین ملاحظات بسیار انتزاعی ناظر به عدالت توزیعی و کارهای مشخص برای افزایش دسترسی به داروهای اساسی، تنگ تر شود. در حقیقت، به خاطر بعد جهانی موضوع است که مشکل دسترسی

1. O'Neill, Onora, "Public Health or Clinical Ethics: Thinking Beyond Borders", □
Ethic & International Affairs, Vol. 16, 2002, p. 42.
2. Ibid, p. 42.

نشانگر چالشی بزرگ برای نظریه‌های سنتی عدالت توزیعی است که اغلب بر توزیع کالاها در درون ایالات یا جوامع محدود تمرکز کرده‌اند. در ده سال گذشته، چندین نویسنده کوشیده‌اند که این نظریه‌های عدالت توزیعی را به بعد جهانی گسترش دهند. ارائه شرحی مفصل از رویکردهای متفاوتی که تا کنون پیشنهاد شده‌اند، بسیار فراتر از چشم‌انداز این مقاله است. به همین جهت به ملاحظات کلی در این زمینه بسنده می‌شود. بی‌تردید، نابرابری عظیمی بین کشورهای با درآمد بالا و کشورهای کم‌درآمد جهان وجود دارد. حدود ۱,۲ میلیارد نفر زیر خط فقر بین‌المللی زندگی می‌کنند که حدوداً معادل ۱۰ دلار برای هر نفر در هر ماه در یک کشور کم‌درآمد نوعی است.^۱ از آنجا که فقر یکی از علل اصلی عدم تندرستی است، این نابرابری‌های اقتصادی نیز در ایجاد نابرابری‌های عظیم در وضعیت سلامتی دخیلند و شکاف درآمد امروزه بیشتر از ۵۰ سال پیش است و به احتمال زیاد به رشد خود ادامه خواهد داد. تفاوت‌های عظیم بین کشورهای کم‌درآمد و کشورهای با درآمد بالا در زمینه امید به زندگی - برای مثال ۲۶,۵ سال در سیرالئون در مقابل ۷۳,۶ در ژاپن - از جمله مواردی هستند که آشکارا بر این نابرابری‌های جهانی عظیم دلالت دارند. نظریه‌های عدالت توزیعی در حال حاضر باید نشان دهند که این نابرابری‌ها به لحاظ اخلاقی غیرقابل پذیرش هستند. در دفاع از این مدعا که نابرابری‌های اجتماعی قابل اعتراض هستند، تمایزی قابل توجه میان دلایل بی‌واسطه در مقابل دلایل استنتاجی قابل طرح می‌باشد، به این تمایز، فیلسوف سیاسی چارلز آر بیتس به خوبی اشاره نموده است.^۲ دلایل بی‌واسطه مبتنی بر این فرضند که نابرابری توزیعی به لحاظ اخلاقی، فی‌نفسه امر مذمومی است. این دلایل اغلب ناشی از تفسیری برابرگرایانه از عدالت توزیعی هستند که احتمالاً متداول‌ترین رویکرد می‌باشد.^۳ در مقابل، دلایل استنتاجی نشان می‌دهند که با عطف توجه به ارزش‌های دیگری غیر از برابری است که نابرابری اجتماعی به لحاظ اخلاقی امر نامطلوبی می‌باشد. به نظر، این دلایل استنتاجی رویکردی را نسبت به نابرابری‌های جهانی ارائه می‌کنند که به لحاظ فلسفی ابهام کمتری دارد و به لحاظ عملی نویدبخش‌تر است. اما در تبیین علت توجه به نابرابری‌های اجتماعی و لزوم دفع آن، دلایل قابل توجهی وجود دارد. دلیل اول، اینکه نابرابری اجتماعی اغلب با محرومیت مادی همبسته است: زندگی در شرایط نامطلوب، رنج ناشی از فقر شدید، گرسنگی و عدم تندرستی. در این رویکرد، چنین

1. Pogge, Thomas "Responsibilities for Poverty-Related Ill Health", *Ethics & International Affairs*, Vol. 16, 2002, p. 644.

2. Beitz, Charles, "Does global inequality matter?", in: Pogge, Thomas (ed) *Global Justice*, Blackwell Publishers, Oxford, 2001, pp. 106-122.

۳. راولز، جان، عدالت به مثابه انصاف، ترجمه عرفان ثابتهی، تهران، ققنوس، ۱۳۸۴، صص. ۹۶-۹۳.

نیست که نابرابری فی‌نفسه به لحاظ اخلاقی محل توجه باشد، بلکه آنچه محل توجه است رنج عظیم مردم فقیری است که با اختصاص دادن مقدار بالنسبه ناچیزی از ثروت اغنیا می‌توان آن رنج را تسکین داد. در نگاه اول، این مجموعه مفاهیم دلیل اخلاقی نیرومندی است که افزایش استاندارد زندگی مردم محروم را مطالبه می‌کند. دلیل استنتاجی دوم این است که نابرابری‌های عظیم در دسترسی به منابع به نحو قابل توجهی توانایی فرد را برای تعیین مسیر زندگی‌اش محدود می‌کنند. کسانی که در شرایط بهتری زندگی می‌کنند با استفاده از قدرت سیاسی یا اقتصادی‌شان می‌توانند کنترل قابل توجهی را اعمال نمایند که گستره فرصت‌های موجود را برای کسانی که در شرایط بدتری زندگی می‌کنند، محدود می‌نماید. این انتخاب‌های محدود، همچون محرومیت مادی، عللی هستند که هم در مورد نابرابری داخلی و هم در مورد نابرابری جهانی صادقند چراکه بر نیازهای اساسی انسان دلالت دارند، نیازهایی که تنوع چندانی را در قلمرو فرهنگ‌ها و جوامع مختلف نشان نمی‌دهند. دلیل استنتاجی سوم که نابرابری را پذیرش‌ناپذیر می‌کند عدم انصاف رویه‌ای است. نابرابری جهانی اغلب با رویه‌های تصمیم‌گیری نامتناسبی همبسته است که اغنیا بر آن حاکمند و حتی گاهی اوقات به فقرا مجال حضور و مشارکت نمی‌دهند. یک مثال، شورای امنیت سازمان ملل است که به پنج عضو دائم حق وتو می‌دهد اما به نمایندگان آن دولت‌هایی که پذیرندگان احتمالی مداخلات انسان‌دوستانه هستند، حق وتو نمی‌دهد. باز هم در اینجا، نفس نابرابری نیست که اهمیت دارد بلکه چیزی که اهمیت دارد تأثیر مخرب بر فرآیند تصمیم‌گیری است که منافع مردم فقیر را در مخاطره قرار می‌دهد. این دلایل استنتاجی، در قیاس با دلایل بی‌واسطه مبتنی بر برابری، مزایایی دارند. این دلایل بر آرمان نظری توزیع جهانی برابرگرایانه کالا مبتنی نیستند، آرمانی که عمیقاً ریشه در فرهنگ غربی دموکراسی اجتماعی دارد و به نظر می‌رسد که آن قدر انتزاعی و صوری است که نمی‌تواند در بهبود محرومیت شدید مردم کشورهای کم‌درآمد کمک خاصی بکند. افزون بر این، تفاسیر برابرگرایانه از عدالت توزیعی به لحاظ فلسفی مبهمند: فقط کافی است این پرسش که دهه‌ها فیلسوفان را دل‌مشغول خود کرده است، در نظر گرفته شود: «برابری در چه چیز؟» در مقابل، دلایل استنتاجی بر موقعیت عینی و شرایط زندگی افراد محروم متمرکز می‌شوند. این می‌تواند کمک کند که آن نوع موازین مرتبط با خط‌مشی ایجاد گردد که از طریق کاهش فقر، بهبود وضعیت تغذیه و دسترسی به داروهای اساسی و ایجاد فرآیندهای تصمیم‌گیری بین‌المللی، بدون واسطه به مهم‌ترین نیازهای افراد محروم توجه می‌کند. یقیناً موازین مرتبط با خط‌مشی ایجاد شده نابرابری را در جهان کاهش خواهند داد حتی اگر کاهش نابرابری هدف اولیه آنها

نباشد. اکنون سعی در تبیین این مطلب است که چگونه تکلیف اخلاقی برای افزایش دسترسی به داروهای اساسی باید به عاملان و نهادهای مختلف تخصیص یابد. مسئولیت‌های درمانی در خصوص دسترسی به داروهای اساسی بر عهده چه کسی است؟ معنای اینکه کسی از نظر درمانی مسئول یک وضعیت نامطلوب می‌باشد، این است که تکلیف خاصی برای بهبود آن وضعیت (به نحو فردی یا همراه با دیگران) دارد. مسئولیتی در قبال گروه محروم یا افراد دچار رنج دارد که هیچ یک از عاملان دیگر چنین مسئولیتی ندارند.^۱ در واقع، مسئولیت درمانی بر عهده عاملان فردی و همچنین نهادهای اجتماعی مسئول در زمینه افزایش دسترسی به داروهای اساسی می‌باشد. به این ترتیب، اولین سؤال این است: چه اصولی حاکم بر تخصیص مسئولیت‌های درمانی خواهد بود؟ در این بحث، سه رویکرد قابل طرح است: رویکرد اول به عاملانی متوسل می‌شود که مسئولیت آنها مبتنی بر مرتبط بودن آنها با افراد رنج‌کشیده می‌باشد. رویکرد دوم بر اساس سهمیم بودن عاملان در بحران عدم دسترسی به داروهای اساسی می‌باشد. رویکرد سوم مدعی است که مسئولیت‌های درمانی را باید مطابق توان عاملان مختلف برای ادای مسئولیت‌ها تخصیص داد. مطابق اصل مرتبط بودن، عاملانی که به نحوی با مردم محروم مرتبط هستند مسئولیت خاصی برای کاستن از رنج آنها دارند. ارتباط را می‌توان برای مثال بر فعالیت‌های مشارکتی، نهادهای مشترک، عضویت در اجتماع واحد یا در وضعیت واحد مبتنی کرد. بر این اساس، مراتب مختلف مرتبط بودن قابل تمیز است. در حالی که به طور شهودی و به ظاهر سخنی معنادار است که گفته شود کسانی که ارتباط بیشتری با افراد نیازمند دارند، مسئولیت بیشتری دارند. اما معیار مرتبط بودن پیامدهای مشکل‌آفرینی دارد: از آنجا که اغنیا تمایل دارند که ارتباط نزدیک‌تری با اغنیا داشته باشند و فقرا مایلند که با فقرا ارتباط نزدیک‌تری داشته باشند، این معیار به نحو سیستماتیک به نفع اغنیا خواهد بود. لذا در اینجا سئوالی جدی قابل طرح است که چرا برای کمک به افراد شدیداً نیازمند تکلیف اخلاقی کمتری وجود داشته باشد صرفاً بدین خاطر که آنها ارتباط نزدیکی با افراد قشر بالاتر ندارند؟ لذا این معیار در اینجا محل تردید قرار می‌گیرد.^۲

مطابق معیار سهمیم بودن، عاملان در صورتی در قبال اوضاع مسئولند که در پدید آمدن آن اوضاع دخالت داشته باشند. این ارتباط علی یقیناً یکی از متقاعدکننده‌ترین

1. Miller, David, "Distributing Responsibilities", *Journal of Political Philosophy*, Vol. 9, 2001, p. 454.

2. Backer, Brook, "Process and issues for improving access to medicines; Willingness and ability to Utilize TRIPs Flexibilities in Non-Producing Countries", *Health systems Resource Centre*, 2004, p. 78.

دلایل اخلاقی است: اگر فردی در ایراد صدمه به فرد دیگری سهیم باشد، تکلیف درمانی سنگینی دارد. اصل سهیم بودن ریشه در عدم تقارن اخلاقی بین غفلت و ارتکاب دارد: به نظر می‌رسد که تکلیف به صدمه زدن به دیگران (اصل عدم زیان‌آور بودن) اخلاقاً متقاعدکننده‌تر از تکلیف به کمک کردن به دیگران (اصل نیکی) باشد. با فرض شبکه عللی که مانع از دسترسی به داروهای اساسی در کشورهای کم‌درآمد می‌شود، تعجب‌برانگیز نیست که درباره سهیم بودن علیّی عاملان و نهادهای مختلف مناقشه زیادی وجود داشته باشد. برای مثال، صنعت دارو قائل است که نه حق ثبت اختراع، بلکه فقر شدید است که مانع اصلی بر سر راه دسترسی (به داروهای اساسی) است. مطابق اصل سوم، مردمی که توان عمل دارند مسئولیت کمک به افراد شدیداً نیازمند را دارند، صرف‌نظر از اینکه با محرومیت مرتبط باشند یا در ایجاد آن سهیمی علیّی داشته باشند. در نتیجه، همه آن عاملانی که فناوری یا منابع مورد نیاز را دارند، مکلفند که امکان دسترسی به داروهای اساسی را افزایش دهند. توان عمل نه تنها به منابع در دسترس بلکه به هزینه‌های فرصت وابسته است که عمل درمانی پدید آورنده آن است. این مهم است که توان عمل هم بر توان عاملان فردی و هم بر توان عاملان مختلف جهت عمل جمعی دلالت دارد. ممکن است که عمل درون چارچوب نهادی موجود ممکن باشد، اما گاهی اوقات ممکن است به تغییر خود چهارچوب نهادی جهت تخفیف دشواری وضعیت نیاز افتد. بنابراین با توجه به دلایل مذکور، لزوم دسترسی به داروهای اساسی وجهه سنگین‌تری نسبت به علل حمایت از ابداعات دارویی دارد. چنان که توجه‌های اخلاقی اصولاً به شأنیت انسانی و موازین حقوق بشر بر می‌گردد، بیش از هر چیز، به سلامت ابنای بشر توجه دارد. ناگفته پیداست که حق دسترسی به داروها - علی‌الخصوص داروهای اساسی - نیز از لوازم تأمین حق بر سلامت می‌باشد و لذا پایه‌های اخلاقی و حقوقی حمایت از حق دسترسی افراد به داروهای اساسی مستحکم‌تر از مباحث مالکیت فکری در زمینه ابداعات دارویی می‌باشد.

نتیجه‌گیری

ابعاد حقوقی و اخلاقی بحث حمایت از ابداعات دارویی و حق دسترسی به اختراعات دارویی مطرح شد. در بحث دوسویه حق مالکیت بر ابداعات دارویی و حق دسترسی به داروها این نتیجه حاصل شد که حق بر سلامت و دسترسی به داروهای اساسی بر حق بر ابداعات دارویی مرجح دانسته شد، اما باید عنایت داشت که تأکید افراطی بر یکی از این موارد باعث تشدید شکاف و بی‌توجهی به علل مرجح دانسته‌شده، خواهد بود. لذا راهکار را در روش‌های میانه می‌توان جست تا بدون رد نظام مالکیت فکری و با استفاده از شیوه‌های دیگری چون بهبود زیرساخت‌های بهداشتی و نظام توزیعی در این کشورها و تخصیص بودجه‌ای اختصاصی در سازمان بهداشت جهانی و دیگر سازمان‌های بین‌المللی مربوط برای افزایش بهداشت در جوامع در حال توسعه اقدام کرد و بنابراین، بعد از اعطای حق ثبت به صاحبان ابداعات مربوط به داروها و حوزه بهداشت و درمان و ایجاد حقوق انحصاری در تولید و توزیع، فروش، واردات و صادرات محصولات دارویی در مواردی که دارنده از حقوق اعطایی سوءاستفاده کند و سلامت انسان‌ها به خطر افتد، توجه کشورها برای حفظ منافع و سلامت جامعه جهانی لازم می‌باشد.¹

لذا با توجه به اینکه حق برخورداری از بهداشت و سلامت و حق بر اثر فکری هر دو از حقوق اساسی و اولیه بشر است نباید هیچ کدام از این دو حق به نفع دیگری از بین برود بلکه باید تلاش نمود بین این دو تعامل برقرار شود. البته به خاطر نقش ویژه دارو در زندگی بشر، بایستی علاوه بر منافع خصوصی صاحبان ابداعات، منافع جامعه و نیازهای بهداشتی و توسعه‌ای کشورهای در حال توسعه و فقیر را هم در نظر داشت و تامین کرد. به علاوه، کشورهای در حال توسعه نیز باید راهکار توزیع مناسب دارو و ایجاد زمینه مناسب دسترسی شهروندان به دارو را اتخاذ کنند. در این راستا، جان رالز نیز که به عدالت توزیعی در بهداشت تأکید دارد، اصل حمایت از مالکیت خصوصی مخترع را نفی نمی‌کند. لذا تحقق عواملی چون ثبات و برخورداری کشور از یک ساختار و سازمان‌دهی مناسب است که بهره‌مندی از نظام بیمه و ثبات اقتصادی و نظام مناسب توزیع را در پی خواهد داشت که نهایتاً مشکل دسترسی به داروها نیز لاینحل نخواهد ماند.

1. Moon, Suerie; Bermudez, Jorge, & Ellen Hoen, "Innovation and Access to Medicines for Neglected Populations: Could a Treaty Address a Broken Pharmaceutical R&D System?", 2012, PLoS Med, Vol. 9, 2012, p. 2.

منابع

- اسبقی، سیدمحمد، «ژنوم انسانی به مثابه میراث مشترک بشریت یا ژنتیک بیم و امید»، مجله کانون وکلا، شماره ۱۱، بهار و تابستان ۱۳۷۶.
- امیر ارجمند، اردشیر؛ و محمد حبیبی مجنده، «جایگاه حقوق مالکیت معنوی در نظام بین‌المللی حقوق بشر»، نامه مفید، شماره ۵۲، اسفند ۱۳۸۴.
- حبیبی، سعید، «نظام حق اختراع ایران پس از پذیرش موافقت‌نامه راجع به جنبه‌های مرتبط با تجارت حقوق مالکیت فکری»، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران، شماره ۶۶، زمستان ۱۳۸۳.
- راسخ، محمد، «بیوتکنولوژی و انسان: مسائل و دیدگاه‌ها»، مجله تحقیقات حقوقی، شماره ۴۰، پاییز و زمستان ۱۳۸۳.
- راسخ، محمد، حق و مصلحت، تهران، طرح نو، ۱۳۸۱.
- راولز، جان، عدالت به مثابه انصاف، ترجمه عرفان ثابتی، تهران، ققنوس، ۱۳۸۴.
- زمانی، قاسم، «شبیه‌سازی درمانی و حق بر سلامتی در قلمرو حقوق بین‌الملل بشر»، پژوهش حقوق و سیاست، شماره ۱۹، پاییز و زمستان ۱۳۸۵.
- صادقی، محسن، حمایت از ابداعات دارویی و الحاق به سازمان تجارت جهانی، تهران، میزان، ۱۳۸۷.
- صیعی، منصوره، «حقوق مالکیت فکری و دسترسی به نتایج زیست فناوری در کشورهای در حال توسعه»، فصلنامه اخلاق در علوم و فناوری، شماره ۱ و ۲، بهار و تابستان ۱۳۸۶.
- فتحی‌زاده، امیرهوشنگ، «بررسی حق اختراع در مقررات موافقت‌نامه و جنبه‌های تجاری حقوق مالکیت فکری: مطالعه موردی حق اختراع محصولات دارویی»، مجله بررسی‌های بازرگانی، شماره ۳، آذر و دی ۱۳۸۲.
- مک‌میلان، جان، «حق ثبت اختراع یا نجات جان بیماران»، ترجمه مهدی نصرتی، روزنامه دنیای اقتصاد، ۲۰ اردیبهشت ۱۳۸۸.
- موحد، محمدعلی، در هوای حق و عدالت، چاپ دوم، تهران، طرح نو، ۱۳۸۱.
- Abbott, Fredrick, "The TRIPS Agreement Access to Medicine and the WTO Doha Declaration", [Florida State University College of Law, 2001, [Available at: <http://papers.ssrn.com/abstract=285934>, last visited: 10/06/2006.
- Ang, Steven, "Patent Term Extensions in Singapore for Pharmaceutical Products", European Intellectual Property review, [Vol. 27, [10 October 2005.
- Backer, Brook, [Process and issues for improving access to medicines; [Willingness and ability to Utilize TRIPs Flexibilities in Non-Producing Countries", [Health systems Resource Centre, 2004.

-
- Beitz, Charles, "Does global inequality matter?", in: Pogge, Thomas (ed) *Global Justice*, Blackwell Publishers, Oxford, 2001.
 - Chapman, Audrey, "A Human Rights Perspective on Intellectual Property, Scientific Progress and Access to the Benefits of science", in :WIPO, *Intellectual Property and Human Rights*, Geneva, WIPO Publications, 1999.
 - Correa, Carlos, "Implications of the Doha Declaration on the TRIPs Agreement and Public Health", Geneva, WHO, 2002.
 - Daniel, Norman, "Just Health Care", Cambridge University Press, Cambridge, 1985.
 - Ferbaey, Marc; Salles, Maurice; & John Weymark, "Justice, Political Liberalism and Utilitarianism", Cambridge, 2008.
 - Miller, David, "Distributing Responsibilities", *Journal of Political Philosophy*, Vol. 9, 2001.
 - Moon, Suerie; Bermudez, Jorge, & Ellen Hoen, "Innovation and Access to Medicines for Neglected Populations: Could a Treaty Address a Broken Pharmaceutical R&D System?", 2012, *PLoS Med*, Vol. 9, 2012.
 - O'Neill, Onora, "Public Health or Clinical Ethics: Thinking Beyond Borders", *Ethic & International Affairs*, Vol. 16, 2002.
 - Petersmann, Ernst-Ulrich, "Human Rights and the Law of the World Trade Organization", *Journal of World Trade*, Vol. 37, 2003.
 - Pogge, Thomas "Responsibilities for Poverty-Related Ill Health", *Ethics & International Affairs*, Vol. 16, 2002.
 - Rawls, John, *A theory of Justice*, Oxford University Press, Cambridge, 1971.
 - Schuklenk, Udo; & Richard Ashcroft, "Reaffordable Access to Essential Medication in Developing Countries: Conflicts between Ethical and Economic Imperatives", *Journal of Med Philos*, Vol. 27, 2002.