

تعرفه گمرکی دارویی

و اثرات آن



دکتر محمد اکبری پور

کارشناس اداره کل امور دارو و مواد مخدر، وزارت بهداشت

خلاصه

هدف از این تحقیق بررسی تعرفه‌های گمرکی وضع شده بر داروها می‌باشد و این مقاله حاوی اطلاعاتی در مورد نرخ تعرفه‌های وضع گردیده و درآمد حاصل در ۱۵۰ کشور سراسر جهان برای گروه‌های مختلفی از محصولات دارویی است. این گروه‌ها عبارتند از: مواد موثره داروها، محصولات تمام شده و واکنش‌های مختلف. اطلاعات مربوط به زیرگروه‌های انتخاب شده محصولات دارویی نیز در این تحقیق ذکر شده است.

یافته‌های حاصل از این بررسی در کشورهایی که اطلاعات آن‌ها موجود است بیانگر آن می‌باشد که کشورهای بسیاری بر محصولات دارویی تعرفه گمرکی وضع نکرده‌اند.

در واقع، ۵۹ درصد از این کشورها برای مواد موثره محصولات دارویی و ۶۱ درصد از محصولات دارویی تمام شده تعرفه دریافت می‌کنند. به‌طور کلی، ۳۵ درصد کشورها برای واکنش‌های وارداتی تعرفه دریافت می‌کنند. ۹۰ درصد کشورها تعرفه‌ای کمتر از ۱۰ درصد بر داروها وضع کرده‌اند.

در ۹۲ درصد کشورهایی که اطلاعات مربوط به آن‌ها موجود است، تعرفه‌های مواد دارویی کمتر از ۱ درصد درآمد ناخالص داخلی (GDP) را تشکیل می‌دهند. به علاوه، به نظر می‌آید ساختار تعرفه‌های مواد دارویی عموماً به گونه‌ای نیست که از صنایع دارویی داخلی حمایت به عمل آورد.

علاوه بر تعرفه‌ها، عواملی از قبیل قیمت‌های تولیدکنندگان، مالیات‌های وارد بر فروش شامل مالیات بر ارزش افزوده (VAT)، سود توزیع‌کننده و سایر هزینه‌های قانونی نیز ممکن است بیش از تعرفه‌های گمرکی بر قیمت دارو اثر بگذارند. به هر حال، تعرفه‌ها شکلی تنازلی از مالیات هستند که بیمار را هدف قرار می‌دهند. البته، می‌توان تعرفه مواد دارویی را حذف کرد بدون آن که بر درآمد یا سیاست‌های صنعتی تاثیر منفی داشته باشد.

در برنامه تعرفه‌ها فهرست گردیده است. یک نوآوری در مقاله Bate و دیگران استفاده از آنالیز رگرسیون بود تا سعی کنند تعرفه‌ها و مالیات‌ها را با میزان دسترسی (Access) مرتبط کنند. با وجود این، اعتبار چنین روش‌هایی بستگی به قابلیت اطمینان داده‌هایی دارد که برای تدوین معادله رگرسیون به کار می‌رود. در این مورد، متغیر وابسته «درصد دسترسی به داروهای ضروری ۱۹۹۹» از گزارش توسعه انسانی سال ۲۰۰۲ و ۲۰۰۴ به دست آمده است. در جدول (۲) از مقاله Bate و دیگران، این آمار به صورت یک عدد منفرد بیان گردیده است. برای مثال، گزارش شده که میزان دسترسی مردم غنا به دارو، ۴۴ درصد است، در حالی که در جدول منبع اصلی در هر دو گزارش، عدد به شکل دامنه ۴۹ - ۰ درصد ذکر گردیده است.

این تخمین‌ها نشان‌دهنده بهترین اطلاعات موجود در بخش داروهای ضروری در WHO و خط‌مشی دارویی (Medicines Policy) تا این زمان می‌باشد و در حال حاضر اعضای WHO در حال اعتباربخشی آن‌ها می‌باشند. تخمین‌ها را می‌توان در ۴ گروه در نظر گرفت: دسترسی بسیار پایین (۴۹ - ۰ درصد)، دسترسی پایین (۷۹ - ۵۰ درصد)، دسترسی متوسط (۹۴ - ۸۰ درصد) و دسترسی خوب (۱۰۰ - ۹۵ درصد)، این گروه‌بندی‌ها، که در نشان دادن داده‌ها در اینجا استفاده می‌شوند، اغلب توسط WHO در تفسیر داده‌ها به کار می‌روند، زیرا تخمین‌های اصلی ممکن است دقت بالاتری از داده‌های در اختیار داشته باشند. مشخص نیست چگونه اعداد

در یک مقاله جدید تحت عنوان «مالیات گرفته شده برای مرگ» (Tax to death) که توسط Tren، Bate، Urban انتشار یافته، میزان تاثیر تعرفه‌ها، عوارض مالیاتی و تعرفه‌های تعدیل‌کننده بر روی دسترسی به اقلام و مواد دارویی بررسی شده است.

این سه محقق در سال ۱۹۹۹ الگوی WHO را به عنوان اساس انتخاب محصولات مورد مطالعه قرار داده‌اند و متأسفانه، بازنگری ۲۰۰۲ و ۲۰۰۳ شامل داروهای ضد رتروویروس برای درمان Arteme-sinin و AIDS شامل داروهای ضد مالاریا مورد بررسی قرار نگرفته است. آن‌ها تمام تولیدات فصل ۲۹ (مواد شیمیایی ارگانیک) و فصل ۳۰ را که هر دو فرآورده‌هایی دارویی تولید شده (صنعتی) هستند جهت مطالعه انتخاب نمودند. فصل ۳۰ شامل مواد اولیه و فرآورده‌های نهایی - هر دو - می‌باشد. در این مقاله ما، تصمیم گرفتیم تنها آن بخش‌هایی از فصل ۳۰ (بخش ۳۰۰۳ و ۳۰۰۴) را استفاده کنیم که یا مواد اولیه دارویی را توصیف می‌کنند (APIs) یا فرآورده‌های نهایی دارویی را. بخش‌های مربوط به پانسمان‌ها، جعبه‌های کمک‌های اولیه و غیره حذف گردیدند. Bate و دیگران از پایگاه داده‌های UNCTAD WORLD BANK TRAINS که ما در مطالعه خودمان استفاده کردیم، استفاده نکردند. به دلیل محدودیت‌های پایگاه داده‌هایی که آن‌ها به کار برده‌اند، مجبور بودند تعرفه‌ها را به صورت میانگین‌های ساده محاسبه کنند. میانگین موزون تعرفه‌ها (Weighted average tariffs) واقعیت را بهتر منعکس می‌کند چرا که یک میانگین موزون نشان‌دهنده محاسبات عملی است و نه فقط آنچه

موزون (Weighted tariff rates) و تکیه آن‌ها بر داده‌های دسترسی که به صورت یک عدد نشان داده شده بود، در حالی که در واقع داده‌های به صورت یک گستره ذکر شده است.

مطالعات قبلی انجام شده در زمینه تعرفه‌های محصولات دارویی یک منبع مناسب در انجام مطالعه حاضر بود ولی همچنان فقدان داده‌ها برای فهم بهتر ما از دلایل تفاوت نرخ تعرفه‌ها بین کشورهای مختلف احساس می‌شود. بر پایه کلیه این مقالات ما تصمیم گرفتیم سطح تعرفه‌های دارویی را در حداکثر کشورهایی که امکان دارد، بررسی کنیم.

■ روش‌ها

در این مطالعه، داده‌های مربوط به نرخ تعرفه‌ها بر اساس World Integrated Trade Solution (WITS) بوده که اطلاعات مربوط به تجارت و تعرفه‌ها را از منابع زیر به دست می‌آورد: واحد آماری سازمان ملل، تجارت کالا، کنفرانس سازمان ملل در خصوص تجارت و توسعه، سیستم آنالیز اطلاعات تجاری، سازمان تجارت جهانی، پایگاه داده‌های هماهنگ و پایگاه داده‌های برنامه‌های تعرفه متحد به طور اختصاصی‌تر، پایگاه داده‌های TRAINS مورد استفاده قرار گرفت که یک سیستم اطلاعاتی کامپیوتری در سطح تعرفه بر پایه (HS-Based tariff line level) است که مقیاس‌های تعرفه و غیرتعرفه و نیز جریان واردات را از مبدا برای کشورها پوشش می‌دهد. سیستم هماهنگ (Harmonized System) (HS) یک نامگذاری بین‌المللی است که توسط سازمان گمرکات

منفرد برای «درصد دسترسی به داروهای ضروری ۱۹۹۹» عملاً محاسبه یا تخمین زده شدند ولی اگر داده‌هایی که در آنالیز رگرسیون استفاده می‌شوند، چنین سوال برانگیز باشند بر آنالیز بعدی نمی‌توان تکیه کرد. بنابراین، این جنبه از مقاله آن‌ها باید نادیده گرفته شود.

در مقاله Bate و دیگران اظهارات سوال برانگیز متعددی مطرح می‌شود. برای مثال، اظهار می‌کنند «دولت‌های کشورهای فقیر و در حال توسعه اغلب سهم قابل توجهی از بودجه خود را از تعرفه‌های واردات فراهم می‌کنند». با وجود این، داده‌ها یا منبعی که از این اظهارات حمایت می‌کند، قید نمی‌شود. همچنین آن‌ها اظهار می‌کنند «تعرفه‌های بالای وارداتی که هند وضع می‌کند، نفع کمی به اکثر مصرف‌کنندگان هندی می‌رساند، ولی در عوض صنعت بسیار موفق داروهای ژنریک را حمایت می‌کند.» در واقع، در هند هیچ تفاوتی در نرخ تعرفه بین مواد خام دارویی و فرآورده‌های نهایی وجود ندارد. همچنین، داروهای ژنریک در هند علی‌رغم تعرفه‌های وضع شده در زمره ارزان‌ترین داروها در دنیا هستند و بدون این تعرفه‌ها، صنعت ژنریک هند می‌توانست حتی موفق‌تر هم باشد. به طور خلاصه، مقاله Bate و دیگران می‌کوشد تاثیر گمرک، مالیات‌ها و موانع تنظیم‌کننده را بر روی دسترسی به داروها به دست بیاورد. به نظر می‌رسد آنالیز تعرفه‌ها به طور وحشتناکی ناقص است، زیرا که آن‌ها از سیستم کدهای هماهنگ به صورت بی‌رویه‌ای استفاده نمودند. (Harmonized System Codes)، استفاده آن‌ها از نرخ‌های تعرفه‌های ساده به جای

تعرفه‌ها، هدفی (target) را ارایه کند. مثلاً به دنبال Uruguay Round با چه درصدی باید قطع شوند). در عوض، هر کشوری به صورت جداگانه تعهدات خود را در برنامه‌هایی فهرست کردند که به پروتکل مراکش در توافق‌نامه عمومی در زمینه تعرفه و تجارت ۱۹۹۴ ضمیمه نشده است، این توافق‌نامه معتبر به‌عنوان قانونی است برای نرخ کاهش یافته تعرفه‌ها.

به منظور قرار دادن آنالیز بر مبنای دقیق‌ترین اطلاعات موجود از بانک اطلاعاتی WITS استفاده شد که بر اساس نرخ تعرفه‌های درخواستی توسط کشورها بود. علاوه بر این، از میانگین موزون به جای میانگین‌های ساده استفاده شد. میانگین موزون (Weighted) نرخ تعرفه را با سهمی از بهای کل واردات در گروه (در مورد این گروه برای محصولات دارویی) اندازه‌گیری می‌کند. بنابراین، اگر یک کشور، بیشترین محصولات دارویی خود را در یک گروه محصول، با تعرفه خیلی پایین وارد کند، برای بسیاری از گروه‌های محصولات دیگر با مقادیر کم، تعرفه بالایی دارد. بنابراین، تعرفه میانگین تجاری - موزون، سطح پایینی از حمایت تعرفه‌ای کلی را نشان می‌دهد.

این مطالعه بر اساس تحقیقات گسترده‌ای با منابع بسیار متنوع شامل اطلاعات منتشر شده و اینترنت انجام گرفته است. واژگان کلیدی مورد استفاده در این تحقیق شامل عباراتی مثل «تعرفه‌ها»، «مالیات‌ها»، «عوارض واردات»، «دسترسی به داروها»، «قیمت‌گذاری داروها» و «معافیت‌های گمرکی» برای کشورهای خاص و «هزینه‌های افزایش قیمت» بوده است.

جهانی (World Customs Organization) به وجود آمد.

این سیستم به شکل یک رقم است که کلیه کشورهای عضو را قادر می‌سازد کالای تجاری را بر اساس یک پایه مشترک طبقه‌بندی کنند. غیر از این سطح‌بندی شش رقمی، کشورها در ارایه امتیازات (اختراعات) ملی برای تعرفه‌ها و سایر اهداف خود آزاد هستند. داده‌ها در مشروح‌ترین سطح کالای تعرفه‌های ملی قابل دسترسی هستند (یعنی در سطح خط تعرفه‌ها).

تعرفه‌های «محدود» (Bound Tariffs) تعرفه‌هایی هستند که از مذاکرات سازمان تجارت جهانی یا کسب توافق کشورها در خصوص عضو شدن در WTO و یا از طریق توافق‌نامه تجارت آزاد (FTA) (Free Trade Agreements) منتج می‌شوند، که این تعرفه‌ها حداکثر تعرفه‌هایی هستند که یک کشور می‌پذیرد تا بر کالای وارداتی وضع کند و نشان‌دهنده این تعهد هستند که تعرفه‌ها را بیش از نرخ‌های مصوب افزایش ندهند. به عبارت دیگر، نرخ‌ها «محدود شده» است.

برای کشورهای توسعه یافته، نرخ‌های محدود شده عموماً همان نرخ‌هایی هستند که عملاً حساب می‌گردند. اکثر کشورهای در حال توسعه نرخ‌ها را قدری بالاتر از نرخ‌هایی که عملاً حساب می‌شوند، محدود می‌کنند. بنابراین، نرخ‌های محدود شده به‌عنوان سقف نرخ به کار می‌روند.

تعرفه‌های «کاربردی» تعرفه‌هایی هستند که بر روی کالاهای وارداتی وضع می‌شوند. در این مطالعه، تعرفه‌های کاربردی استفاده شده‌اند. هیچ توافق معتبر قانونی وجود ندارد که برای کاهش

تعدادی از مجلات اقتصادی و علمی به علاوه وبسایت‌های وزارتخانه‌های مختلف بازرگانی و اقتصاد و همچنین موسسات و سازمان‌های بین‌المللی مانند مرکز تجارت بین‌المللی، سازمان تجارت جهانی، UNCTAD، مورد تحقیق و جست‌وجو قرار گرفتند.

متأسفانه، در حال حاضر یک بانک اطلاعاتی متمرکز برای نرخ تعرفه‌های جهانی مربوط به دارو و یا محصولات دیگر وجود ندارد. تعرفه‌های گزارش شده در این مقاله، آخرین نرخ‌هایی هستند که به سیستم سازمان ملل متحد گزارش شده و سال‌های ۱۹۹۲ تا ۲۰۰۳ را در بر می‌گیرد.

تحلیل داده‌های مربوط به نرخ تعرفه‌ها برای هر کشور به صورت جداول خلاصه شده برای یک طیف از تحلیل‌ها بیان شده است. یک رقم میانگین موزون برای نشان دادن نرخ‌های تعرفه تمام ترکیبات دارویی و همچنین همه محصولات نهایی برای هر کشور استفاده شده است. به علاوه، اطلاعات مربوط به محصولات نهایی و ترکیبات دارویی فعال شامل انسولین و آنتی‌بیوتیک‌ها نیز نشان داده شده است که در جداول جداگانه‌ای موجود می‌باشد. همچنین مشخص شد که اختلافاتی ممکن است بین دسته‌های مختلف محصولات دارویی یعنی بین ترکیبات فعال دارویی، محصولات نهایی و واکسن‌های انسانی موجود باشد. این اطلاعات در بخش نتایج این مطالعه بیان می‌شود.

در این مطالعه دسته (HS-based) ۳۰ برای محصولات دارویی به صورت اختصاصی‌تر،

دسته‌های ۳۰۰۳ برای ترکیبات فعال، ۳۰۰۴ برای محصولات نهایی و تعرفه‌های مربوط استفاده شد. یک ترکیب فعال دارویی یک ماده یا ترکیبی است که قرار است در ساخت یک محصول دارویی به‌عنوان یک ترکیب فعال درمانی مورد استفاده قرار گیرد. به علاوه، اطلاعات مربوط به دسته ۳۰۰۲۲۰ برای واکسن‌های انسانی نیز بیان شده است. موارد فصل ۲۹ از سیستم طبقه‌بندی HS (مواد شیمیایی آلی) بررسی نشده‌اند، زیرا که این مواد نمی‌توانند به‌عنوان محصولات دارویی در نظر گرفته شوند، اگرچه تعدادی از آن‌ها ممکن است در ساخت دارو مورد استفاده قرار گیرند.

■ نتایج

در این بخش ما داده‌هایی را برای تعرفه‌ها که مربوط به ترکیبات فعال دارویی و محصولات نهایی در کشورها است، بیان می‌کنیم که در بخش‌های بعدی بیشتر در مورد آن‌ها بحث می‌شود.

■ نرخ‌های توزیعی

این بخش به هر کدام از کشورها طیفی از نرخ‌های تعرفه را اختصاص می‌دهد و درصد کشورهایی را که در این طیف قرار می‌گیرند مشخص می‌کند. به علاوه، کشورها بسته به توسعه اقتصادی آن‌ها، به ۴ گروه مختلف تقسیم شده‌اند.

در این بخش مشروح جمع‌آوری شده اطلاعات در مورد فهرست نرخ‌های ترکیبات فعال دارویی و تولیدات داخلی کشورهای مختلف به اطلاع خوانندگان می‌رسد و در بخش دیگر تعرفه‌ها مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

■ نرخ توزیع

در این بخش کشورهای مختلف بنابر طبقه تعرفه‌ای و درصد آن کشورها در رابطه با این طبقات مشخص شده‌اند. باید متذکر شد که کشورهای مختلف به ۴ گروه، بنابر پیشرفت اقتصادی آن‌ها، طبقه‌بندی گردیده‌اند.

■ ترکیبات دارویی فعال (API)

یک بررسی در مورد ترکیبات فعال دارویی نشان داده است که خیلی از کشورها عهده‌دار تولید این ترکیبات نمی‌باشند.

■ ۶۲ کشور به غیر از ۱۵۱ کشور که از آن‌ها اطلاعاتی در دسترس است دارای تعرفه‌ای در حد میانگین صفر می‌باشند که این موضوع ۴۱ درصد همه این کشورها را تشکیل می‌دهد.

■ ۲۶ درصد همه کشورها نرخ تعرفه‌ای در حدود ۵ - ۰ درصد را دارا می‌باشند.

■ ۲۲ درصد کشورها در زنجیره نرخ تعرفه‌های ۱۰-۵/۱ درصد بوده‌اند.

■ فقط ۹ درصد این کشورها دارای نرخ تعرفه‌ای ۲۰-۱۰/۱ درصد می‌باشند.

■ در مورد ۲ درصد کشورها این نرخ بیش از ۲۰ درصد می‌باشد.

اگر این کشورها را بر اساس درآمد آن‌ها طبقه‌بندی کنیم، نشان داده می‌شود که بیشتر آن‌ها با نرخ تعرفه‌ای بالا، مثلاً ۱۰ درصد در گروه درآمدی بالای متوسط قرار دارند.

بنابر مشاهدات انجام گرفته به وسیله TRAINS در ۲۰ فوریه ۲۰۰۵، هندوستان تنها کشور کم‌درآمدی است که در مورد ترکیبات فعال دارویی تعرفه‌ای

بالای ۲۰ درصد را دارا می‌باشد، اگرچه که تحقیقات اخیر وزارت دارایی هند نشان می‌دهد که تعرفه این ترکیبات اکنون ۱۶ درصد است. مراکش و کشور جمهوری اسلامی ایران در زنجیره ۲۰ درصد دارای نرخ تعرفه‌ای ۲۳/۷۴ درصد با تقریب ۱۰۰ درصد می‌باشند. هر دو کشور مذکور به وسیله ترکیبات دارویی وارد شده، داروی مصرفی تولید می‌نمایند. در این کشورها نرخ تعرفه‌ای بالا می‌تواند عاملی جهت درآمدهای مالیاتی دولت‌های آن‌ها باشد. به هر حال، بررسی بیشتری لازم است تا به وضوح معلوم شود چرا دولت‌ها از تولید این ترکیبات در کشورهای خود سر باز می‌زنند. در حالی که در نهایت آنچه به دست می‌آید اندک است. هندوستان در این مورد یک استثناء بوده، زیرا این کشور از ماده (scratch) می‌تواند API تولید کند. بنابراین آن‌ها از مالیات واردات آزاد بوده و تولید داخلی API به صنعت این کشورها کمک می‌کند.

از نظر منطق صنعتی به کارگیری تعرفه ترکیبات فعال دارویی در بخش تولیدات داخلی مانند هندوستان، همیشه بدان معنی نیست که این ترکیبات با تعرفه بالا به ساخت داروهای تولیدی در داخل کشور انجام پذیرد و همچنین بدان معنی نیز نیست که تولید این ترکیبات در ساخت تولیدات دارویی دنیا شرکت یابد.

■ داروهای تولیدی (Finished Products)

یک بررسی بر نرخ تعرفه‌ای داروهای تولید شده همانند بررسی ترکیبات فعال نشان می‌دهد که ۳۹ درصد کشورها تعرفه‌ای بر داروها نداشته ولی ۴۶ درصد آن‌ها تعرفه‌ای بین ۰ درصد و ۱۰ درصد

در دست کشورهای پیشرفته است، در ضمن آمریکا بزرگ‌ترین بازار این صادرات در مجموع ۱۲ - ۱۰ درصد این صادرات را دارا است. سالوادور: خیلی از این کشورها صنایع فعال محلی داشته اما کشور دموکراتیک کنگو به سختی از این جمله به شمار می‌آید.

در نهایت، می‌توان گفت که مشخصه این جدول گویای این موضوع است که در ۹۱ کشور هیچ نوع تفاوت در تعرفه وجود ندارد اما ۳۵ کشور نیز وجود دارد که تعرفه مساوی در مورد هر دو گونه ترکیبات و داروهای تولیدی اعمال می‌کنند. در این کشورها تعرفه‌ها به‌عنوان درآمدهای مالیاتی به حساب می‌آیند، بدون آن که هیچ نوع سیاست صنعتی قابل ملاحظه‌ای داشته باشند.

■ تعرفه‌ها و مالیات‌های دولتی

یکی از روش‌های تعیین تعرفه‌های تولیدات دارویی بر اساس درآمد مالیات دولتی است. نرخ تعرفه‌ای شامل: میانگین ترکیبات فعال و داروهای تولیدی و مالیات مولود از ورود مواد غذایی به‌عنوان درصدی از GDP (مجموع تولیدات داخلی) ۱۴۵ کشور می‌باشد.

برای ۹۲ درصد از ۱۴۵ کشور، مالیات ناشی از تعرفه ورودی ارزشی کمتر از ۰/۱ درصد مجموع تولیدات داخلی (GDP) دارد. اگر این تعرفه‌ها حذف شده بودند، برخورد کمتری بین مالیات‌های دولتی و اقتصاد ملی به‌وجود می‌آید.

طبق اطلاعات به دست آمده، در مورد هندوستان بر طبق گزارش TRAINS، نرخ تعرفه بر هر دو مورد ترکیبات دارویی و داروهای تولیدی ۳۵ درصد بوده

دارند و ۱۳ درصد کشورها تعرفه‌ای بین ۱۰/۱-۲۰ درصد را دارا می‌باشند که بیشتر آن‌ها در مقیاس پائین و بالای حد متوسط درآمد قرار دارد. فقط ۱ درصد این کشورها نرخ تعرفه‌ای بالاتر از ۲۰ درصد را بر روی داروهای تولیدی دارند که شامل ایران و هندوستان است.

همه کشورهای با تعرفه ۱۰/۱-۲۰ درصد و دارای درآمد پایین‌تر از متوسط دارای امکانات تولید دارو هستند (به جز سورینام که تولید داخلی دارو ندارد). ۷ کشور از ۲۰ کشور با نرخ تعرفه‌ای ۱۰/۱-۲۰ درصد در رده درآمد بالاتر از متوسط می‌باشند. نتیجه ۴/۹۵ درصد است.

در مورد تعرفه‌های با درصد بالاتر، کشورهای مراکش و جمهوری اسلامی ایران و هندوستان قرار دارند که دو کشور جمهوری اسلامی ایران و مراکش هر دو دارای صنعت تولیدات داخلی دارویی بوده که از واردات ترکیبات دارویی استفاده می‌کنند. کشور جمهوری اسلامی ایران تعرفه‌ای ۱۰۰ درصد بر روی تولیدات دارویی و همچنین ترکیبات فعال دارو را دارد. از طرفی دیگر، کشور مراکش تعرفه ۱۲ درصد بر روی واردات دارو و ۲۴ درصد تعرفه بر روی ترکیبات فعال دارد.

هندوستان که از نظر صنایع دارویی کشوری پیشرفته و با توانایی تحقیقاتی مورد ملاحظه به شمار می‌آید، دارای نرخ تعرفه‌ای ۳۵ درصد بر هر دو مورد ترکیبات فعال و تولیدات دارویی است. مقیاس بالای تعرفه به هر دو مقوله به این علت است که هندوستان یکی از تولیدکنندگان مهم این دو، هم در بازار داخلی و هم صادرات، بوده است. بیش از نیمی از صادرات ترکیبات فعال دارویی

فقط ۱۲ درصد کشورها تعرفه بیش از ۱۰ درصد بر تولیدات دارویی تمام شده دارند. و فقط ۱۰ درصد کشورها تعرفه بیش از ۱۰ درصد بر ترکیبات دارویی دارند.

۳ - به نظر می‌آید که در اغلب قوانین و سیاست‌های صنعتی اهمیت کمی در مورد سازمان تعرفه‌ای وجود داشته باشد. به استثنای چند کشور اندک، این مساله وجود دارد که ساختار تعرفه‌ای قادر به حمایت تولید دارویی محلی نیست.

۴ - تعرفه‌های دارویی فقط مقدار کمی از مالیات را در مقابل مجموع تولید داخلی تعمیم می‌دهد. ۹۲ درصد کشورها کمتر از ۱/۰ درصد مجموع تولیدات دارویی داخلی (GDP) را بر تعرفه دارویی عمومیت می‌دهند.

۵ - تعرفه‌های تولیدات دارویی، زمانی که فقط درصد کوچکی از مجموع ارزش دارو به قیمت آن اضافه می‌شود به وسیله مصرف‌کننده پرداخت می‌گردد، زیرا درصدهای چندگانه سود افزوده بر مبنای قیمت اولیه که شامل تعرفه است، محاسبه می‌شود. یک تعرفه ۱۰ درصد ممکن است ۲۰ درصد به قیمت دارو افزایش دهد. در زمانی که سود افزوده ۲ برابر تمام ارزش شده است، طبق اطلاعات Perez (2003-Case). به همین علت دولت‌ها باید بر روی افزایش سود اضافی کنترل داشته، مالیات‌های اضافی را کم کرده (مثل VAT) و تولیدکنندگان را به تفاضل قیمت‌های تولیدات خود و در نتیجه امکان قابلیت بازار به خرید راهنما شوند.

۶ - از یک دید، در بیشتر کشورها تعرفه‌ها علت منطقی برای قابل دسترس نبودن داروها نیستند.

و نرخ تعرفه واکسن‌ها برای داروهای انسانی در این کشور ۳۰ درصد می‌باشد. به هر حال بر طبق آمار وزارت دارایی هندوستان، ۱۶ درصد تعرفه بر داروها و ترکیبات دارویی تعلق می‌گیرد و هیچ‌گونه تعرفه‌ای بر واکسن‌ها اعمال نمی‌شود. به این صورت معافیت‌های تعرفه‌ای به‌وضوح زمینه‌ای برای تحقیقات بیشتر است. باید متذکر شد که بر طبق سیستم HS-Code Categorization، محدودیت‌هایی برای آنالیز داروها وجود دارد. این مقوله مشخص می‌کند که دارو از چه ترکیباتی و با چه درصدی از آن‌ها ساخته شده است (آنتی‌بیوتیک‌ها، انسولین و پنی‌سیلین). در مورد یک دارو با ترکیبات مختلف، نمی‌توان درصد تعرفه‌ای را مبنی بر آن که نرخ متوسط یا بالایی دارد ارزیابی نمود. بنابراین، ما با مشکلاتی در مورد مقدار قطعی ترکیبات داروهای مشخص مواجه می‌باشیم.

■ یافته‌های کلیدی و مشکلات

۱ - خیلی از کشورها نرخ تعرفه‌ای صفر درصد دارند. ۳۵ درصد این کشورها برای داروهای تولید شده و ۴۱ درصد برای ترکیبات دارویی فعال (API). این اختلاف بین بعضی مقوله‌ها (API) و داروهای تولید شده شامل انسولین یا واکسن‌ها برای داروهای انسانی است. اغلب کشورها برای انسولین و واکسن‌ها هیچ تعرفه‌ای قرار نمی‌دهند. ۵۹ درصد کشورها برای (API) شامل انسولین - ۶۳ درصد از کشورها برای داروهای تمام شده شامل انسولین و ۶۶ درصد کشورها برای واکسن‌های شامل داروهای انسانی تعرفه‌ای قرار نمی‌دهند.

۲ - کشورهایی که تعرفه‌ای کمتر از ۱۰ درصد اعمال می‌کنند.

بیشترین هزینه سلامتی را دارا می‌باشند. بعضی از موارد تعیین‌کننده قیمت داروها، هزینه تولید، تعرفه وارداتی، مالیات افزوده، گمرک بندری، بیمه بارگیری و یا سود افزوده هستند که بررسی در مورد داروها را در بر می‌گیرند.

بنابر بررسی‌های این اطلاعات، تعرفه‌ها اثر کمی بر قیمت داروها در بیشتر کشورها داشته و این که تعرفه‌ها اساساً به منظور حمایت سیاست صنعتی استفاده نشده و معمولاً مالیات کمی از آن‌ها به دست آمده است. موارد مورد نظر دیگر مربوط به قیمت‌گذاری، مالیات، سود افزوده و سرمایه‌گذاری و همه اینها وجود دارند که بر وضعیت دارو بیشتر اثر می‌گذارند.

تعرفه‌های دارویی بعضی افراد را در بعضی کشورها از داشتن داروهای موثر باز می‌دارند. در این مورد تعرفه‌ها نقش اساسی در بالا بردن قیمت دارند. در ضمن، دولت‌ها در اعمال مالیات و یا حمایت از تولیدات داخلی نقش می‌یابند. این موضوع از نظر سیاستمداران ملی یا بین‌المللی حیاتی است که تعرفه دارویی را مد نظر قرار داده و نقش قهقراپی آن را در نظر داشته که نهایتاً بدون ارزیابی وضع اقتصادی یا توانایی مالی مریض، او را ناتوان از خرید دارو می‌نمایند.

تعرفه‌های دارویی بدون هیچ بازبینی مالیاتی و یا سیاست صنعتی می‌باشند.

اما به هر حال این دلیلی برای این که دولت‌ها تعرفه‌های خود را نگه دارند، نیست. تعرفه‌های دارویی اشخاص مریض را مدنظر دارد که این یک سیاست خوب عمومی نمی‌باشد.

■ منطق تعرفه برای دولت‌ها

هدف نهایی مالیات‌ها این است که دولت بتواند پول کافی برای حمایت از صنایع داخلی برای تولید یک محصول داشته باشد. در مورد داروها، تعرفه‌های مواد وارداتی یا افزوده‌های دیگر بر روی ارزش آن‌ها، یا ناچاراً بار اضافی بر دوش بیمار یا استفاده‌کننده دارو و یا افرادی که در کشورهای فاقد سیستم بیمه بهداشتی از جانب دولت خود می‌باشد.

مالیات دولتی از تعرفه‌های دارویی شامل سهم کوچکی از مجموع تولیدات داخلی (GDP) در بیشتر کشورها است. در واقع، این تعرفه‌ها مبالغ قابل ملاحظه‌ای در درآمد دولتی نمی‌باشند. اگر بخواهیم از نقطه‌نظر حمایتی به موضوع بپردازیم، مطالعات پیشین نشان داده است که تعرفه‌ها رقابت آزاد را محدود نموده در آنجایی که بهترین دارو بهترین قیمت را به دست می‌آورد. در ضمن، این که تعرفه‌ها از تولیدات محلی که قیمت‌های بالا را برای داروهای خود تعیین می‌کند، حمایت می‌کنند.

■ تعرفه‌ها، قیمت‌ها و راه دستیابی به داروها

اگرچه که معیارهای بسیاری برای فقر و سلامتی جامعه وجود دارد، قیمت دارو نیز عامل مهمی در مشکل‌زایی برای بیماران در دسترسی داروها بوده است. در اکثر کشورهای پیشرفته، داروها

