



MLJ

مجله حقوق پزشکی

دوره پانزدهم، شماره پنجاه و ششم، ۱۴۰۰

Journal Homepage: <http://ijmedicallaw.ir>



مقاله پژوهشی

بررسی تطبیقی رویه‌های ضدرقابتی در صنعت دارو در نظام‌های حقوقی ایران، اتحادیه اروپایی و ایالات متحده آمریکا: با تأکید بر کرونا

مجید خلیل پور گرگانی^۱ ID، جواد نیک‌نژاد^{۲*} ID

۱. دانشجوی دکتری تخصصی حقوق خصوصی، گروه حقوق خصوصی، واحد آیت الله املی، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران.
۲. استادیار، گروه حقوق خصوصی، واحد قائمشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، قائمشهر، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: محصولات و خدمات دارویی، به علت اینکه با حق بر سلامت افراد در ارتباط است، به عنوان یکی از حوزه‌های مهم تجاری همواره دیده شده است که علاوه بر مباحث رقابتی، شاهد ابعاد سیاسی، اجتماعی و امنیتی بوده‌اند.

مواد و روش‌ها: در پژوهش حاضر با رویکرد توصیفی - تحلیلی به جمع‌آوری مطالب پرداخته شده است. ضمن این که این رویکرد به صورت تطبیقی در نظام‌های حقوقی ایران، اتحادیه اروپایی و ایالات متحده آمریکا انجام شده است.

یافته‌ها: رقابت در حوزه صنعت دارویی موجب کنترل قیمت محصولات دارویی، افزایش قدرت انتخاب مشتریان و کیفیت کالاها و خدمات دارویی می‌شود. با این حال، آنچه به ویژه در دو دهه اخیر در صنعت دارویی، جهان شاهد آن بوده است روند معکوسی بوده است و رفتارهایی از جمله ادغام صنایع دارویی، انحصار دارویی و کمک‌های دولتی به صنایع دارویی که می‌تواند از مصادیق رویه‌های ضدرقابتی باشد، بوجود آمده است که نهایتاً به افزایش هزینه خدمات و محصولات دارویی برای بیماران و سیستم‌های ملی خدمات درمانی منتهی شده و می‌شود. با شیوع کرونا در سال ۲۰۱۹ میلادی، موضوع رویه‌های ضدرقابتی صنایع دارویی مجدداً مطرح شده است.

ملاحظات اخلاقی: در تمامی مراحل نگارش متن مقاله و اصلاح آن، اصول امانت‌داری، صداقت و اصالت متن مورد رعایت قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: نتیجه تحقیق حاضر آن است که اولاً در سطح اتحادیه اروپایی بر مبنای بند ۵ ماده ۱۲۵ معاهده لیسبون، قانون‌گذاری در زمینه بخش‌های سلامت و تأمین مالی آن‌ها اساساً به دولت‌های عضو واگذار شده است و همین موضوع نیز موجب شده است که در عرصه صنعت دارو نیز، دولت‌های عضو هر یک سیاست‌های مستقلی در این زمینه دارند. ثانیاً بر مبنای تبصره یک ماده ۳ قانون مربوط به مقررات امور دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی ایران، از آنجا که واردات و خرید و فروش دارو بدون اجازه وزارت بهداشت ممنوع شده است و از یک منظر دیگر، جرم‌انگاری برای این موضوع در نظر گرفته شده است، می‌توان یکی از مصادیق جرم‌ها را رویه‌های ضدرقابتی در صنعت دارو دانست. ثالثاً انحصار دارویی، ادغام صنایع دارویی، کمک‌های دولت‌ها به صنایع دارویی برای اکتشاف واکسن کرونا از مهم‌ترین رویه‌های ضدرقابتی در صنعت دارویی است.

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۲/۱۶
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۰۵
تاریخ انتشار: ۱۴۰۰/۱۰/۱۱

واژگان کلیدی:

رویه ضدرقابتی
دارو
کرونا
ادغام دارویی
ایران
ایالات متحده
اتحادیه اروپایی

* نویسنده مسؤول:

جواد نیک‌نژاد

آدرس پستی: ایران، قائمشهر،
دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قائمشهر،
گروه حقوق خصوصی.

کد پستی: ۴۶۴۱۷-۱۵۴۸۴

تلفن: ۱۱-۴۴۵۲۴۶۹۰

پست الکترونیک:

j.niknejad@yahoo.com

۱. مقدمه

یکی از مولفه‌های مهم بر قوانین و آیین‌نامه‌های کشورهای توسعه‌یافته صنعتی از جمله ایالات متحده آمریکا که بر صنعت دارو حاکم است، تضمین این امر است که رقابت بتواند در این صنعت ایجاد شود (۱). رقابت موجب می‌شود که قیمت‌های محصولات دارویی، کنترل شده و انتخاب مشتری و کیفیت کالاها و خدمات را افزایش می‌دهد. در ساختار بهداشتی، رقابت به این معناست که ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و تولیدکنندگان محصولات پزشکی با سختی بیشتری فعالیت نمایند تا وفاداری و اعتماد مشتریان و سایر خریداران محصولات دارویی و پزشکی را جلب نمایند (۲). رقابت همچنین همراستا با قوانین و مقررات حاکم بر شفافیت، ایمنی و کارآمدی خدمات سلامت و محصولات پزشکی را ارتقاء داده و به ارائه‌دهندگان و تولیدکنندگان خدمات پزشکی، این انگیزه را می‌دهد تا ارزش بیشتری را به مصرف‌کنندگان خود بدهند (۳). با این حال، وضعیت همیشه به این شکل نبوده بلکه تولیدکنندگان و ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی و دارویی بعضاً به دنبال آن هستند تا با اعمال رویه‌هایی موسوم به رویه‌های ضدرقابتی، ضمن این که دامنه نفوذ و قدرت اتکایی خود را افزایش می‌دهند، هزینه‌های مصرف‌کنندگان را افزایش دهند. نگرانی‌های بسیاری ابراز شده است که رقابت در بازار صنایع دارویی در طول چند سال گذشته به شدت کاهش یافته است به این دلیل که اغلب شرکت‌های داروساز و ارائه‌دهندگان خدمات دارویی یا با هم ادغام شده‌اند یا اینکه به صورت شعبات فرعی برخی دیگر از شرکت‌های داروساز درآمده‌اند.

ادغام بیشتر شرکت‌های دارویی به کاهش رقابت و افزایش هزینه محصولات و خدمات دارویی و پزشکی در نظام‌های سلامت منتهی شده است. نگرانی‌های جدی وجود دارد که ادغام‌های اخیر به ویژه در حوزه بیمارستان‌ها، عدم رقابت در بازارهای داروسازی و ادغام رویه‌های ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی و دارویی به افزایش هزینه‌ها برای بیماران و برنامه‌های سلامت منتهی خواهد شد (۴).

در زمینه رویه‌های ضدرقابتی در صنعت دارو در نظام حقوقی جمهوری اسلامی ایران بایستی به صورت عمده تبصره یک

ماده ۳ قانون مربوط به امور دارویی را ملاک قرار داد که مقرر می‌دارد: «واردات، صادرات و خرید و فروش دارو بدون اخذ مجوز از وزارت بهداشت، درمان و آموزشی، جرم محسوب شده...». از سوی دیگر با توجه به اصل ۲۹ و بند سوم اصل ۱۲ قانون اساسی که در ارتباط با همگانی بودن حق سلامت و دسترسی به دارو و پی‌ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه بر مبنای برطرف کردن هرگونه محرومیت در زمینه بهداشت و تعمیم بیمه است، بایستی این موضوع را معترف شد که محدودیت‌های مربوط به حقوق شهروندی، یکی از اصلی‌ترین ضوابط در زمینه رقابت در صنعت دارویی کشور است. از سوی دیگر باید گفت که اقدامات دولت‌ها در این حوزه به طور کلی بر اساس بند یک ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، «دولت‌های عضو این میثاق، حق هرکسی را به بهره‌مندی از بهترین حال سلامت جسمی و روحی ممکن‌الوصول به رسمیت خواهند شناخت.» و بر مبنای بند ۲ ماده فوق‌الذکر، «تدابیری که دولت‌های عضو این میثاق برای بهره‌مندی کامل این حق اتخاذ خواهد نمود، اقدامات لازم برای تأمین امور ذیل را دربرمی‌گیرد... ج- پیشگیری و معالجه بیماری‌های همه‌گیر، بومی - حرفه‌ای و سایر بیماری‌ها و هم چنین نبرد علیه این بیماری‌ها» از این عبارت نتیجه گرفته می‌شود که رویه‌های ضدرقابتی در صنعت دارو، یک جنبه تعهد حقوقی بشری نیز دارد که در ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بدان توجه شده است این موضوع در اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران نیز مورد اشاره قرار گرفته است و بر این اساس بر حق شهروندان ایرانی برای دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی تأکید شده است. سند چشم‌انداز بیست ساله توسعه جمهوری اسلامی ایران نیز به تشریح ویژگی‌ها و مولفه‌های جامعه سالم ایرانی می‌پردازد و در خلال

۱ «برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری و پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و... حقی است همگانی.»

۲ «پی‌ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی برای ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های مسکن، تغذیه، کار، بهداشت و تعمیم بیمه از وظایف دولت است.»

۴. یافته‌ها

رقابت در حوزه صنعت دارویی موجب کنترل قیمت محصولات دارویی، افزایش قدرت انتخاب مشتریان و کیفیت کالاها و خدمات دارویی می‌شود. با این حال، آنچه به ویژه در دو دهه اخیر در صنعت دارویی، جهان شاهد آن بوده است روند معکوسی بوده است و رفتارهایی از جمله ادغام صنایع دارویی، انحصار دارویی و کمک‌های دولتی به صنایع دارویی که می‌تواند از مصادیق رویه‌های ضدرقابتی باشد، بوجود آمده است که نهایتاً به افزایش هزینه خدمات و محصولات دارویی برای بیماران و سیستم‌های ملی خدمات درمانی منتهی شده و می‌شود. با شیوع کرونا در سال ۲۰۱۹ میلادی، موضوع رویه‌های ضدرقابتی صنایع دارویی مجدداً مطرح شده است

۵. بحث

۵-۱. حقوق رقابت در بخش سلامت و دارویی

حقوق رقابت در صنعت دارویی با حقوق بیماران در این بخش به طور گریزناپذیری گره خورده است. به طور کلی، رقابت در عرصه صنایع دارویی موجب ایجاد چهار حق برای بیماران می‌گردد. این حقوق چهارگانه از آن جهت در زمینه رقابت دارویی مهم باشد که اثبات شده است که افزایش رقابت در صنعت دارویی موجب افزایش انتفاع از این حقوق شده و کاهش رقابت به کاهش انتفاع از این حقوق منتهی می‌شوند. این حقوق عبارتند از:

(الف) حق بر کرامت انسانی: مهم‌ترین مبنای حقوق شهروندی و حقوق بشر، کرامت انسانی است. بنابراین، هرگونه اقدامی از جمله اقدامات رقابت برانگیز که موجب نقض حق بر کرامت انسانی شود از جمله از طریق داروها، ممنوع است.

(ب) حق برخورداری از اطلاعات کامل: لازم است افراد حرفه‌ای به اطلاع‌رسانی کامل در مورد ویژگی‌های کالاها و خدمات ملزم گردند.

(ج) حق برخورداری از ایمنی و سلامت: برای این منظور باید فعالیت تولیدکنندگان و عرضه‌کنندگان مطابق با گواهی قانونی باشد و نیز برای درج شروط تحمیلی در قرارداد ضمانت اجرای جزایی در نظر گرفته شود بر روابط افراد حرفه‌ای و

مواد ۳۲ الی ۳۵ قانون برنامه پنجم توسعه به افزایش سلامت و ارتقای کیفیت زندگی اشاره شده است.

با شیوع کرونا، سوال اصلی تحقیق حاضر بدین صورت است که رویه‌های ضدرقابتی در صنعت دارو در نظام‌های حقوقی ایران، اتحادیه اروپایی و ایالات متحده آمریکا به چه صورت است؟ این مسأله به ویژه از آن رو ضرورت دارد که در حال حاضر شرکت‌های دارویی به مانند فایزر با تولید واکسن‌هایی در زمینه مقابله با کرونا، عملاً سهم وسیعی از بازار در این زمینه را در اختیار گرفته‌اند و این انتقاد بر آنها وارد است که این رفتار آنها نوعی رویه‌های ضدرقابتی است. مقاله حاضر در چهار بخش به بررسی دقیق رویه‌های ضدرقابتی در نظام‌های حقوقی ایران، اتحادیه اروپایی و ایالات متحده آمریکا می‌پردازد. در بخش نخست این مقاله با تأکید بر کلیات به حقوق رقابت در بخش سلامت و دارویی و اهمیت آن پرداخته می‌شود. در بخش دوم به اقسام رویه‌های ضدرقابتی در صنعت دارویی پرداخته می‌شود و مصادیقی همچون موافقت‌نامه‌های عدم رقابت دارویی، انحصار دارویی تمرکز می‌گردد. بخش سوم مقاله حاضر به اسناد مختلف حقوقی در سطح نظام‌های حقوقی ایران، اتحادیه اروپایی و ایالات متحده توجه می‌گردد. نهایتاً در بخش چهارم هم به شیوع کرونا و تأثیر آن در رویه‌های ضدرقابتی، مطالب بحث و بررسی می‌شود.

۲. ملاحظات اخلاقی

در سرتاسر مراحل نگارش و اصلاح متن مقاله حاضر اصول امانت‌داری، تعهد علمی، ارجاع به منابع دست اول تا حد امکان و تحلیل‌های مستند استفاده شده است.

۳. مواد و روش‌ها

روش گردآوری مطالب تحقیق حاضر به صورت توصیفی تحلیلی بوده است و در این راستا، از منابع معتبر کتابخانه‌ای استفاده شده است.

و پشتوانه قانونی در هر کشوری می‌باشد (۶). حقوقی که رعایت آن از جمله از سوی شرکت‌ها مورد تأکید سازمان ملل متحد می‌باشد عبارتند از: ۱- حق برخورداری از سلامت و ایمنی؛ ۲- حق در اختیار داشتن اطلاعات صحیح و کامل؛ ۳- حق برخورداری از بازار رقابتی و ضد انحصار؛ ۴- حق لحاظ داشتن تأمین نیازهای اساسی در تصمیم‌گیری‌ها؛ ۵- حق داشتن جبران خسارت؛ ۶- حق داشتن آموزش؛ ۷- حق داشتن محیط زیست سالم؛ ۸- حق داشتن تشکل.

۵-۲-۲. اقسام روبه‌های ضدرقابتی در صنعت دارویی

به طور کلی روبه‌های ضدرقابتی در صنعت دارویی، خود را می‌تواند به انواع مختلفی نشان دهد. برای نمونه در رأی صادره در قضیه *Russomano v. Novo Nordisk v. BioMarin Pharmaceutical* (۲۰۲۰) که در ارتباط با عدم امکان اعمال مقررات ناظر بر روبه‌های ضدرقابتی در روابط و تعاملات فیما بین بود، هیات منصفه چنین نتیجه گرفت که تعارضی در این زمینه وجود ندارد و طبق مقررات قرارداد باید عمل نماید.

۵-۲-۱. موافقت‌نامه‌های عدم رقابت دارویی

به طور کلی، چند نمونه روبه‌های ضدرقابتی در صنعت دارویی وجود دارند که از زمره آن می‌توان به موافقت‌نامه عدم رقابت اشاره نمود که در بخش یک قانون شرمن ایالات متحده آمریکا نیز مورد توجه قرار گرفته است. برخی از انواع این موافقت‌نامه‌های عدم رقابت به ویژه موافقت‌نامه‌های هماهنگی قیمت‌ها یا موافقت‌نامه‌های تقسیم یا دسته‌بندی مصرف‌کنندگان همیشه باطل بوده و حتی می‌توانند موجبات تخلفاتی را فراهم آورند که مسئولیت مدنی و بالاتر از آن، کبفیری شرکت‌های داروساز و ارایه‌دهندگان را موجب گردد. سایر موافقت‌نامه‌ها بر مبنای قاعده «حاکمیت دلیل آ» توسط مراجع قضایی ارزیابی می‌شوند و بسته به اینکه واقعا بر رقابت تأثیرگذار بوده‌اند یا خیر، ممکن است ممنوع باشند یا خیر (۷). در این زمینه روبه قضایی در محاکم داخلی برخی

مصرف‌کننده به جای تضمین قراردادی تضمین قانونی حاکم باشد و از طرفی چنانچه کالاها و خدمات معیوب موجب ورود صدماتی گردد زیان‌دیده مستحق دریافت خسارت می‌باشد و البته در حقوق ایران برای صدمات جسمانی دیده گرفته می‌شود. در این مورد نیازی به اثبات خطای جزایی نیست و صرف ورود صدمات جسمانی گویای این حقیقت است که عرضه‌کننده در تولید یا عرضه کالای بی‌عیب و یا ارایه هشدار و اطلاعات لازم تقصیر داشته است مگر اینکه ثابت کند که واقعه ناشی از اقدام غیرمجاز مصرف‌کننده و یا قوه قاهره و یا دخالت اشخاص ثالث می‌باشد و یا این که ثابت کند که مصدوم عالم به عیب کالا بوده است در غیر این صورت سازنده، عرضه‌کننده و یا تبلیغ‌کننده به نحو تضامنی مسئولند (۵).

د) حق انتخاب یا آزادی انتخاب دارو از شرکت‌های مورد انتخاب: مصرف‌کننده باید برای انتخاب کالا و سرویس مورد نظر آزاد باشد و هر اقدامی که اثر منفی بر انتخاب وی داشته باشد ممنوع است لذا تبعیض در ارایه کالا و خدمات فروش اجباری کالا و خدمات، فروش کالاها و خدمات به همراه جوایز موهوم و... ممنوع می‌باشد.

در اتحادیه اروپایی، بر مبنای بند ۵ ماده ۱۲۵ معاهده لیسبون، قانون‌گذاری در زمینه بخش‌های سلامت و تأمین مالی آنها که یکی از جنبه‌های آن می‌تواند رقابت تجاری در صنعت دارو باشد، به دولت‌های عضو اتحادیه واگذار شده است. البته اگرچه حکم کلی در مورد صنعت دارو در این بند وجود دارد اما در کنار آن بر مبنای ماده ۸۶ معاهده فوق‌الذکر، می‌توان از حق شکایت به منظور طرح دعوا نسبت قوانین یک دولت عضو که اقدامات محدودکننده علیه صنعت دارو تصویب نموده است؛ استفاده نماید. سازمان ملل متحد نیز در رهنمودهایی که در سال ۱۹۹۹ در خصوص حمایت از منافع مصرف‌کنندگان در تمامی کشورها ارایه داده است یادآور شده است که دولت‌ها باید حقوق مصرف‌کنندگان را از طریق تدوین قوانین و مقررات مناسب مورد حمایت قرار دهند اما به صرف اعلام سازمان ملل متحد، اجرای این حقوق الزام قانونی و عملی به خود نمی‌گیرد بلکه نیازمند داشتن مستندات، الزامات

³ Rule of Reason

که یک شرکت داروساز از طریق عقیم‌سازی اقدامات سایر شرکت‌های داروساز، به دنبال ایجاد یک انحصار دارویی بوده است. در قضیه *U.S. v. United Regional Healthcare* (System, No. 7:11-cv-00030 (N.D. Tex. 2011)، وزارت دادگستری ایالات متحده دعوایی را علیه یک بیمارستان به دلیل توسل به قراردادهای انحصاری با بیمه‌گران سلامت به منظور خارج ساختن سایر بیمارستان‌ها از مشارکت در این چارچوب مطرح ساخت. قضیه مزبور مورد سازش قرار گرفت زمانی که بیمارستان، متعهد به متوقف نمودن انعقاد قراردادهای دارویی با بیمه‌گران و ختم قراردادهای موجود در این زمینه نمود.

۵-۳-۱. اسناد مختلف حقوقی حاکم بر رویه‌های ضد رقابتی در بخش صنعت دارویی در سطح ایالات متحده آمریکا

در ایالات متحده، قوانین مختلفی در زمینه رویه‌های ضد رقابتی در بخش صنعت دارویی پیش‌بینی شده‌اند از جمله می‌توان به «دستورالعمل ضد تراست برای مجوزدهی مالکیت فکری»^۴ (۱۹۹۵) اشاره داشت. این دستورالعمل که در ارتباط با «بازارهای نوآورانه» است به بازارهایی اشاره می‌نماید که «تحقیق و توسعه در آنها به سمت کالاها یا فرآیندهای خاص جدید منتهی می‌شود.» دستورالعمل مزبور تصریح می‌دارد که این بازارهای نوآورانه که می‌تواند در زمینه صنعت دارویی نیز باشد، یک هدف مناسب برای قانون‌گذاری ضد تراست است زمانی که قابلیت‌ها برای ایفای تحقیق و توسعه در یک بخش خاص از جمله دارویی به سرمایه‌های خاص یا توانمندی‌های یک شرکت خاص متکی است. اهمیت این دستورالعمل به ویژه در مواردی است که چندین شرکت دارویی که هر یک دارای توانمندی‌های خاصی در زمینه تولید یک داروی خاص هستند، در جهت انباشت این توانمندی‌ها با یکدیگر ادغام می‌شوند. در واقع، بر اساس این دستورالعمل، ادغام شرکت‌های نوآورانه با یکدیگر در مواردی که در زمینه تحقیق

کشورها به ویژه ایالات متحده آمریکا شکل گرفته است برای نمونه می‌توان به رأی صادره در قضیه *FTC v. Indiana Federation of Dentists*, 476 U.S. 447 (1986) اشاره نمود که موافقت نامه گروهی از دندان‌پزشکان برای بیان این امر به بیماران خود مبنی بر اینکه بیمه مرتبط با اشعه ایکس را از شمول بیمه خود خارج سازند، می‌توان اشاره نمود.

۵-۲-۲. انحصار دارویی

دومین دسته از انواع رویه‌های ضد رقابتی در صنعت داروسازی، انحصار یا تلاش برای انحصارسازی یک دارو یا چند دارو می‌باشد که در بخش دوم قانون شرمین ایالات متحده نیز مورد تأکید قرار گرفته است بدین صورت که: «هر قراردادی، ادغام، خیانتی در محدودیت تجاری و هرگونه انحصار، تلاش برای انحصار تجاری است.» قانون تجارت فدرال ۱۹۱۴ ایالات متحده آمریکا نیز به موضوع رویه‌های ضد رقابتی به طور ضمنی پرداخته است. البته در این زمینه بین رویکرد اتحادیه اروپایی و ایالات متحده آمریکا، تفاوت وجود دارد به نحوی که در ایالات متحده، قیمت‌گذاری محصولات دارویی به عنوان یک مسأله مربوط به انحصار دارویی محسوب نمی‌شود و تنها در صورت افزایش با دوام و مستمر درآمدها است که از انحصار دارویی در قوانین ایالات متحده یاد می‌شود این در حالی است که در نظام حقوقی اتحادیه اروپایی، به منظور جلوگیری از انحصار دارویی، بخش زیادی از قیمت‌ها در این حوزه، جزو هزینه‌های بیمه عمومی محسوب شده و به این وسیله از انحصار دارویی جلوگیری به عمل می‌آید. در این نوع رویه ضد رقابتی، نیازی به اثبات وجود موافقت‌نامه بین شرکت‌های داروساز رقیب وجود ندارد. در این نوع رویه‌های ضد رقابتی، خود شرکت داروساز به خودی خود می‌تواند مرتکب تخلفات شود. با این حال، ضرورت دارد تا اثبات شود که یک شرکت داروساز پیش‌تر به سمت یک انحصار دارویی رفته است یا اینکه تلاشی داشته است که «احتمال خطرناک موفقیت» در آن است و این که در این نوع رویه ضد رقابتی، کافی نیست که شرکت داروساز صرفاً از انحصار دارویی برخوردار بوده باشد، بلکه بایستی دلایل قضایی وجود داشته باشد که اثبات نماید

⁴ the Antitrust Guidelines for the Licensing of Intellectual Property

۵-۳-۱. قوانین ضد تراست

کمیسیون بر موافقت‌نامه‌های منعقدۀ فیما بین شرکت‌های داروساز و بازیگران عمده در این صنعت نظارت می‌نماید و حتی در صورتی که دلیلی مبتنی بر ضد رقابتی موافقت‌نامه منعقدۀ وجود داشته باشد، می‌تواند نسبت به بطلان موافقت‌نامه منعقدۀ اقدام نماید (۹) در صورتی که این نگرانی‌ها تأیید شده و قواعد آنتی‌تراست اتحادیه اروپایی مندرج در مواد ۱۰۱ و ۱۰۲ معاهده عملیاتی کردن اتحادیه، نقض شود، کمیسیون همچنین می‌تواند تصمیماتی در ارتباط با شرکت‌های داروسازی اخذ کند که مبادرت به نقض قوانین ضد تراست اتحادیه نموده‌اند از جمله اعمال جزای نقدی و ممنوعیت فعالیت آن‌ها در تولید یک یا چند دارو. از سال ۲۰۰۹ میلادی، کمیسیون اتحادیه اروپایی مبادرت به اتخاذ سه تصمیم ضد تراست علیه شرکت‌های داروساز به دلیل ورود به موافقت‌نامه‌های رویه ضد رقابتی به منظور کسب وضعیت ممتاز و غالب در این صنعت نموده است. این تصمیمات، جزای نقدی معادل ۵۹۰ میلیون یورو (از فاصله زمانی ۲۰۰۹-۲۰۱۷) را برای این شرکت‌ها و بطلان موافقت‌نامه‌های آن‌ها را در پی داشته است.

۵-۳-۲. ادغام

یکی دیگر از رویه‌های ضد رقابتی در سطح صنعت دارویی است که اتحادیه اروپایی بدان‌ها ورود داشته است. کمیسیون اتحادیه اروپایی، از ادغام‌های صنایع دارویی که احتمالاً به رقابت در بخش مراقبت‌های بهداشتی در سطح اتحادیه تأثیر منفی می‌گذارد، پیشگیری می‌نماید. در سال ۲۰۱۸ میلادی، کمیسیون اتحادیه اروپایی به ۸ مورد ادغام در سطح صنعت دارویی ورود پیدا کرد و مبادرت به بطلان یکی از این هشت مورد نمود. در دوره زمانی ۲۰۰۹-۲۰۱۷ میلادی، کمیسیون بیش از ۸۰ مورد ادغام در بخش دارویی را مورد ارزیابی قرار داد و تقریباً ۲۵ درصد از این ادغام‌ها از نقطه‌نظر حقوق رقابت اتحادیه اروپایی دارای مشکل بوده است. چالش‌های مرتبط در این حوزه عبارت بوده‌اند از افزایش ریسک قیمت‌ها، ریسک محروم‌سازی بیماران و سیستم‌های داخلی مراقبت‌های

و توسعه باشد، با مانع قانونی روبه‌رو نیست و بر همین اساس است که تولید واکسن کرونا توسط شرکت فایزر که با ادغام با چندین شرکت دیگر صورت گرفته است از زمره رویه‌های ضد رقابتی بر مبنای قوانین ایالات متحده محسوب نمی‌شود. البته قانون شرمین نیز از زمره قوانین مهم دیگری است که در زمینه رویه‌های ضد رقابتی در صنعت دارویی ایالات متحده می‌تواند بکار گرفته شود. این قانون که عمده قواعد آن در زمینه منع انحصار در بخش‌های تجاری مختلف است می‌تواند در زمینه صنعت دارویی بکار گرفته شود.

در قوانین فدرال ایالات متحده، سه دسته رفتار از ناحیه ذی‌نفعان بازار صنایع دارویی ممنوع اعلام شده است: الف- توافق توسط دو یا چند شرکت داروساز برای عدم رقابت یا محدود کردن رقابت‌های تجاری در عرصه دارو یا داروهای خاص؛ ب- اقدامات دو یا چند شرکت داروساز برای کاهش دادن سطح رقابت‌های تجاری به منظور ایجاد یا حفظ انحصار در دارو یا داروهای خاص؛ ج- تحصیل دارایی‌های شرکت‌های داروساز یا ارائه‌دهنده خدمات دارویی که به طور قابل توجهی رقابت تجاری را کاهش می‌دهد.

۵-۳-۲. در سطح اتحادیه اروپایی

در اتحادیه اروپایی نیز اسناد مختلفی در زمینه منع رویه‌های ضد رقابتی در صنعت داور پیش‌بینی شده است. یکی از این اسناد، «گزارش اجرای مقررات رقابت در بخش داروسازی (۲۰۱۹-۲۰۰۷)^۵» بوده که توسط کمیسیون اتحادیه اروپایی تدوین شده است. مواد ۱۰۱ و ۱۰۲ معاهده عملیاتی کردن اتحادیه اروپایی به عنوان منابع اصلی حقوق اتحادیه اروپایی ناظر بر مقابله با رویه‌های ضد رقابتی از جمله در بخش صنعت داروسازی این اتحادیه تلقی می‌شود (۸) در این راستا، کمیسیون اتحادیه اروپایی، بر سه نوع رویه عمده ضد رقابتی در سطح صنعت داروسازی در سطح دولت‌های عضو این اتحادیه، مقابله می‌نماید.

⁵ The Report on Competition Enforcement in the Pharmaceutical Sector (2007-2019)

سوءاستفاده دارندگان حقوق مالکیت فکری که می‌تواند در زمینه داروسازی نیز مصداق پیدا نماید و احتراز از رویکردهایی که به طور غیرمعمول، تجارت را محدود می‌سازد از جمله از طریق رفتارهایی مانند قیمت‌گذاری بیش از حد، امتناع از اعطای مجوز و شرط الزام به خرید محصولات معین در قراردادهای مجوز بهره‌برداری، اتخاذ اقدامات ضروری از سوی دولت‌های عضو سازمان فوق‌الذکر را ضروری می‌داند و حتی در بند ۱۱ ماده ۳۱ این موافقت‌نامه، در صورت صدور مجوزهایی که دال بر وجود رویه‌های ضدرقابتی در حقوق مالکیت فکری باشد که صنعت دارویی یکی از مهم‌ترین مصادیق آن است، الزام به جبران آنها را مقرر نموده است (۱۱).

۵-۳-۳. در سطح جمهوری اسلامی ایران

در نظام حقوقی ایران، مهم‌ترین قوانین کلی که در زمینه رویه‌های ضدرقابتی در صنعت دارویی وجود دارند، قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی و قانون رفع موانع تولید هستند. ماده ۴۵ قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی در این زمینه واجد اهمیت است. در این ماده، چهار دسته از رویه‌های ضدرقابتی یعنی احتکار و استنکاف از معامله، قیمت‌گذاری تبعیض‌آمیز، تبعیض در شرایط معامله و قیمت‌گذاری تهاجمی مورد نظر قرار گرفته‌اند و مرجعی تحت عنوان «شورای رقابت» نیز وظیفه بررسی احراز هر یک از رویه‌های ضدرقابتی فوق‌الذکر را بر عهده دارد. بدیهی است که اگرچه «شورای رقابت» که صرفاً از نمایندگان دولتی و قضایی تشکیل یافته است، نمی‌تواند نهاد مناسبی برای تعیین تکلیف وضعیت باشد، اما در هر صورت برای رسیدگی در دعاوی رویه‌های ضدرقابتی در صنعت دارویی نیز صلاحیت دارد. بدیهی است که مواردی از جمله عرضه کالاهای دارویی غیراستاندارد، تبلیغات گمراه‌کننده در مورد یک محصول دارویی، ارایه هدیه از سوی یک شرکت دارویی به نوعی که موجب لطمه به سایرین شود، عرضه کالا یا خدمات دارویی به قیمت پایین‌تر از هزینه تمام شده آن، انحصار دارویی و سوءاستفاده از وضعیت مسلط در بخش دارویی کشور، از جمله اموری هستند که در قانون اجرای سیاست

بهداشتی از تأمین برخی از محصولات دارویی و ریسک منحرف نمودن ابتکار و نوآوری در زمینه برخی داروها و روش‌های درمان.

۵-۳-۲-۳. کمک‌های دولتی

یکی دیگر از رویه‌های ضدرقابتی در سطح صنایع داروسازی اتحادیه اروپایی تلقی می‌شود. کمیسیون اتحادیه اروپایی هم‌چنین در ارتباط با اقدامات دولت‌های عضو اتحادیه که مزیت‌های ناعادلانه‌ای را به شرکت‌های فعال در زمینه بخش مراقبت‌های بهداشتی ارایه می‌دهند ورود پیدا کرده و از این رو، میدان فعالیت تجاری را برای تمامی شرکت‌های داروساز در اختیار قرار می‌دهد.

شبکه رقابت اروپایی^۶، اصلی‌ترین و عمده‌ترین مجاری قانونی در سطح اتحادیه اروپایی است که از طریق آن، کمیسیون اتحادیه اروپایی با مقامات داخلی بخش رقابت دولت‌های عضو در زمینه‌های مختلف از جمله در عرصه داروسازی همکاری می‌نماید.

در پایان بایستی گفت که اتحادیه اروپایی تنها سازمان بین‌المللی نیست که به حوزه رقابت در صنعت دارو ورود پیدا کرده است بلکه سازمان‌های بین‌المللی دیگری که در رأس آنها سازمان ملل متحد است، به این امر پرداخته‌اند. اسناد حقوقی در این حوزه هم در سطوح سازمان ملل متحد پیش‌بینی شده‌اند و همانطور که اشاره شد و در رویه قضایی برخی دولت‌های اروپایی نیز مورد تأکید قرار گرفته است هم شامل صنعت دارویی در بخش عمومی و هم در بخش خصوصی می‌گردد (۱۰). البته برخی از این اسناد به صورت کلی و فارغ از رویه‌های ضدرقابتی در حوزه صنعت داروسازی و برخی دیگر به صورت خاص در این حوزه است. از جمله اسناد عام در این حوزه، مواد ۶، بند ۲ ماده ۸، بند ۱۱ ماده ۳۱ و ماده ۴۰ موافقت‌نامه تریپس سازمان تجارت جهانی است که در رابطه با رویه‌های ضدرقابتی و تنظیم آنها است از جمله بند ۲ ماده ۸ این موافقت‌نامه، به منظور پیشگیری از

⁶ The European Competition Network

این ویروس مسری بود باعث شد که نهادهای مسئول و مربوط را قانع به تعطیلی اکثر کسب و کارهای به اصطلاح پرخطر کند. در برخی مشاغل نیز محدودیت‌هایی برقرار گردید. بنابراین اکثر قراردادهای تحت تأثیر این ویروس قرار گرفته و آینده آنها در حال‌ای از ابهام قرار گرفته است.

اقدامات حقوقی مختلفی از همان ابتداء برای مقابله با تأثیرات تجاری کرونا هم در سطح سازمان‌های بین‌المللی و هم در سطح دولت‌ها صورت گرفته است که از جمله می‌توان به اسناد در سطح سازمان تجارت جهانی همچون «تجارت کالاهای پزشکی در چارچوب تعقیب کووید-۱۹»^۷، «استانداردها، مقررات و کووید-۱۹»^۸، «موافقت‌نامه تریپس و کووید-۱۹»^۹ اشاره داشت.

در ادامه برای این که در بخش‌های بعدی ارزیابی شود که آیا شرکت‌های داروساز و ارائه‌دهنده خدمات دارویی و پزشکی، رویه‌های ضدرقابتی در زمینه محصولات و خدمات دارویی اتخاذ نموده‌اند یا خیر، بایستی در وهله نخست به این امر پرداخته شود که چه تعهداتی از سوی دولت‌ها به منظور پیشگیری و مقابله با بحران بیماری‌ها از جمله کرونا وجود دارد. به عبارت دیگر، این موضوع بایستی بررسی شود که آیا انحصار شرکت‌های داروسازی در تولید و ارائه خدمات و محصولات دارویی ناشی از انحصار دولت‌ها است یا خیر. تعهداتی از سوی دولت‌ها تعهد کشورها به منظور پیشگیری مقابله با بیماری‌ها به صورت کلی در ماده ۵۵ منشور سازمان ملل متحد مندرج شده است که بر مبنای آن از الزام دول عضو به منظور یافتن راه‌حلی برای مقابله با مشکلات سلامتی سخن گفته شده است. هم چنین ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مندرج شده است. این ماده مقرر می‌دارد: «۱- کشورهای طرف این میثاق حق هرکس را به تمتع از بهترین حال سلامت جسمانی و روحی ممکن‌الحصول به رسمیت می‌شناسند. ۲- تدابیری که کشورهای طرف این میثاق برای تأمین استیفای کامل این حق اتخاذ خواهند نمود شامل اقدامات لازم برای تأمین امور ذیل

کلی اصل ۴۴ قانون اساسی به عنوان مصادیق رویه‌های ضدرقابتی در صنعت دارو می‌توان ذکر کرد. البته مواردی از شمول رویه‌های ضدرقابتی در بخش صنعت دارو می‌توان مستثنی دانست از جمله اینکه تملک یک یا چند شرکت دارویی توسط یک شرکت دارویی دیگر در شرایط اضطراری به عمل آمده باشد موضوع بند ۳ تبصره ماده ۴۷ قانون فوق‌الذکر. ماده ۳ قانون مقررات امور پزشکی و دارویی یکی دیگر از اسناد مهم جمهوری اسلامی ایران در زمینه رویه‌های ضدرقابتی در صنعت دارو بوده که شخص ناقض را عملاً به عنوان مجرم معرفی می‌کند.

۴-۵. شیوع کرونا و رویه‌های ضدرقابتی

۴-۵-۱. شیوع کرونا و اقدامات حقوقی برای مقابله با آن

در طول بیست سال گذشته، جهان در معرض چندین بحران سلامت قرار گرفته است که اثر تخریبی بر اجرای قراردادها داشته است. سارس در ۲۰۰۲ و ۲۰۰۳، آنفولانزای مرغی در ۲۰۰۹، مرس در ۲۰۱۲، ابولا بین سال‌های ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۶، زیکا در ۲۰۰۵ و نهایتاً کرونا از سال ۲۰۱۹ میلادی به بعد، همگی مواردی بوده‌اند که اهمیت ارزیابی بحران‌های سلامت بر اجرای قراردادها را دو چندان ساخته‌اند (۱۲). با توجه به اینکه در تحقیق حاضر بر موضوع شیوع کرونا تمرکز نموده‌ایم، بنابراین از بین این بحران‌های سلامت بر کرونا تمرکز خواهیم نمود.

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، کرونا یا همان کوید-۱۹ «بیماری است که به واسطه ویروسی تحت عنوان سارس-کوید-۲ ایجاد شده است» (۱۳) نخستین بار بر طبق گزارش ۱۹ دسامبر ۲۰۱۹ میلادی سازمان بهداشت جهانی بود که شیوع کرونا در منطقه ووهان چین گزارش شد (۱۳).

به دنبال انتشار این گزارش در سطح جهان و به تبع آن کشور ما، ترس و نگرانی به تدریج در بین مردم مستولی گردید. تا اینکه بالاخره این ویروس در سراسر جهان من جمله کشور ما وارد و شروع به انتشار کرد. با شیوع این ویروس در سطح کشور، تمامی مقامات و نهادهای حکومتی به دنبال ایجاد تمهیداتی لازم برای مقابله با این ویروس برآمده و از آنجا که

⁷ Trade In Medical Services

⁸ Standards, Regulations and Covid-19

⁹ TRIPS Agremeny and ChINA

بخش بیماری‌های نوظهور و سایر بیماری‌های قابل انتقال^{۱۰} گردید که در سال ۱۹۹۸ به بخش بیماری قابل انتقال^{۱۱} و نهایتاً سال ۲۰۰۸ به گروه محیط زیست و امنیت بهداشت^{۱۲} تغییر نام یافت. هدف از ایجاد یک چنین نهاد اجرایی، کمک به تقویت جایگاه سلامت و بهداشت به عنوان مبنای نوین صلح و امنیت بین‌المللی می‌باشد (۱۷) تجربه شیوع سارس در ۲۰۰۳ و ترس فزاینده‌ای که از شیوع آنفولانزای بعدی وجود داشت، باعث گردید که تلاش‌ها در این زمینه سرعت بیشتری بگیرد و مقررات اصلاح شده سلامت جهانی در سال ۲۰۰۵ پذیرفته شود (۱۸). یکی دیگر از اهداف تصویب این مقررات، جلوگیری از گسترش بیماری‌های بسیار مسری در فرودگاه‌ها، بندر و سایر مبادی ورودی است. بر مبنای این قواعد، دولت‌های عضو اساسنامه سازمان بهداشت جهانی ملزم شده‌اند تا وقایع و سایر اطلاعات پیرامون برخی‌های بیماری‌های مسری را از طریق نقاط قانونی ملی خود به نقاط قانونی تماس منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی به صورت دائم گزارش داده و در این زمینه به تبادل اطلاعات بپردازند. همچنین دیگر نه دولت‌ها بلکه مدیرکل سازمان بهداشت جهانی هست که اختیار اعلام یک وضعیت بهداشتی خطرناک بین‌المللی را دارد. همچنین اطلاعات مورد نیاز سازمان بهداشت جهانی در مورد محدوده مکانی و زمانی بیماری‌ها در اطلاعاتی دولتی خلاصه نشده بلکه این سازمان می‌تواند اطلاعات خود را از مبادی غیررسمی که قبلاً در مورد اعتبار آنها تردید اساسی وجود داشت، به دست آورد. مقررات جدید، اگرچه به دولت‌ها اجازه می‌دهد تا یک سری اقدامات محدودکننده در مورد بیماران اتخاذ کنند اما در عین حال، آنها را ملزم می‌نماید تا احترام بیشتری را برای حقوق بشر، کرامت و شأن انسانی بیماران قرار دهند. نسخه‌های اصلاحی سال ۲۰۰۵ تا حدودی به انتقادات فراوانی بر این مقررات پایان داده است از جمله اینکه مقررات سال ۱۹۹۵ تنها به محدوده کوچکی از بیماری‌های عفونی یعنی سه بیماری عمده عفونی طاعون، تب زرد و وبا می‌پرداخت و از این رو حتی نسبت به

خواهد بود: الف- تقلیل میزان مرده متولد شدن کودکان- مرگ و میر کودکان و رشد سالم آنان؛ ب- بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی از جمیع جهات؛ ج- پیشگیری و معالجه بیماری‌های همه‌گیر- بومی- حرفه‌ای و سایر بیماری‌ها همچنین پیکار علیه این بیماری‌ها؛ د- ایجاد شرایط مناسب برای تأمین مراجع پزشکی و کمک‌های پزشکی برای عموم در صورت ابتلاء به بیماری.» از سوی دیگر، حق سلامت در منشور بین‌المللی حقوق بشر که تحت عنوان «حق بالاترین استاندارد قابل حصول از سلامت جسمانی و روانی» بیان شده؛ وظیفه‌ای را برای دولت‌ها در جهت ترفیع و حمایت از سلامت افراد جامعه وضع نموده است (۱۴) تنها واکنش عمده حقوقی بین‌المللی در قبال بیماری‌ها به تصویب کنوانسیون بنیادین کنترل تنباکو در سال ۲۰۰۳ توسط مجمع جهانی بهداشت سازمان بهداشت جهانی باز می‌گردد. کنوانسیون مزبور، دربردارنده مقرراتی در رابطه با استفاده از تنباکو است که بر مبنای آن دولت‌های عضو ملزم هستند تا در رابطه با عوامل خطرات مرتبط با استفاده از تنباکو اقدامات موثر داخلی اتخاذ نموده و در این زمینه به مجمع جهانی بهداشت گزارش دهند (۱۵).

از نظر اجرایی، عمده‌ترین واکنش بین‌المللی در مقابل بیماری‌های بسیار عفونی از طریق مقررات بین‌المللی بهداشت سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۵ صورت می‌پذیرد. این سند، یک سند حقوقی بین‌المللی است که به کشورها کمک می‌نماید تا برای حفاظت از جان و سلامتی انسان‌ها در مقابل بیماری‌های عفونی که به سرعت منتشر می‌شود؛ همکاری‌های لازم را اتخاذ نمایند. این مقررات از ۱۵ ژوئن ۲۰۰۷ لازم‌الاجراء شد. سابقه این سند به طور اساسی به سال ۱۹۵۱ میلادی بازمی‌گردد که مجمع جهانی بهداشت؛ مقررات بین‌المللی بهداشتی را پذیرفت. با این حال در واکنش به نگرانی‌های فزاینده در باب بیماری‌های عفونی، مجمع جهانی بهداشت به مدیر کل سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۵ دستور داد تا به دنبال چالش‌های به وقوع پیوسته در مقررات بین‌المللی بهداشت سال ۱۹۵۱ بازنگری لازم را انجام دهد (۱۶) اصلاحات به وجود آمده در سال ۱۹۹۵ منجر به تشکیل

¹⁰ The Division of Emerging and Other Communicable Diseases

¹¹ The Division of Communicable Diseases

¹² The Health Security and Environment Cluster

۵-۴-۲. حوزه‌های مطرح رویه‌های ضدرقابتی در زمینه**کرونا****۵-۴-۲-۱. اعلام وضع فوق‌العاده**

اولین مرحله از رشته اقدامات بین‌المللی و ملی به منظور مقابله با شیوع گسترده یک بیماری، اعلام وضع فوق‌العاده است. این اعلام وضع فوق‌العاده بر مبنای نظام‌های حقوقی مختلف متفاوت است برای نمونه در ایالات متحده، دولت فدرال، ایالات و تصمیمات قضایی می‌توانند بر مبنای ۶ شرط اعلان وضع فوق‌العاده نمایند: ۱- از طریق برنامه‌های آزمایش، نظارت، درمان انعطاف بیشتری را برای اقدام بخش خصوصی و عمومی به حمایت از بهداشت عمومی ارائه دهند؛ ۲- اقدامات از راه دور اجتماعی که برای کنترل شیوع شرایط عفونی تعبیه شده است را وضع نمایند؛ ۳- تعلیق مقرراتی که می‌تواند مانع از اجرای وضع فوق‌العاده شود؛ ۴- از جمله داوطلبان به کمک در شرایط وضع فوق‌العاده را تشویق نموده تا به مقامات دولتی، عمومی و خصوصی کمک بنمایند؛ ۵- انتقال بیماران را به مراکز درمانی تحت همان معیاری که موسسه پزشکی ایالات متحده از آن تعبیر به «استانداردهای بحران مراقبت» کرده است؛ تسهیل نمایند. ۶- در استانداردهای مجوز درمان در شرایط وضع فوق‌العاده بازنگری‌هایی را انجام داده و محدوده اعمال آن را مشخص نمایند. در برخی از دولت‌ها به مانند جمهوری اسلامی ایران نیز به موجب قانون اساسی، اعمال وضع فوق‌العاده ممنوع می‌باشد. از این رو دولت تنها می‌تواند به صورت محدود به اعمال شرایط محدودکننده اقدام نماید.

۵-۴-۲-۲. قرنطینه

یکی دیگر از حوزه‌هایی که در آن بحث رویه‌های ضدرقابتی مطرح است، مباحث مربوط به قرنطینه است بدین معنا که دولت‌ها عموماً برای کنترل بیماران و تجویز دوزهای مشخص و معینی از داروها به بیماران در قرنطینه و سایر روش‌های درمان کرونا بیماران از ظرفیت‌های شرکت‌های دارویی بهره می‌گیرند. از اقدامات اساسی کشورها در زمینه مقابله با بیماری‌های عفونی که به ویژه برای آنها واکسن یا درمان

بیماری‌های چون ایدز نیز اعمال نمی‌شد در حالی که سند سال ۲۰۰۵، محدود به یک فهرست حصری از بیماری‌ها نبوده بلکه مفهوم کلی «وضعیت اضطراری سلامت ملی که نگرانی بین‌المللی ایجاد می‌نماید» را مورد اشاره قرار داده است. از سوی دیگر، بر مبنای سند ۱۹۶۹، سطح تبعیت دولت‌ها از مقررات سازمان بهداشت جهانی به هیچ وجه یکسان نبود و دولت‌ها الزامی به گزارش مواردی خطرناک از برخی بیماری‌ها احساس نمی‌کردند که اینک در بیماری سارس توسط دولت چین رخ داد در حالی که بر طبق مقررات جدید، سطح تعهدات و حقوق تمامی دولت‌ها یکسان می‌باشد. با این حال این سند هنوز واجد ضعف‌های عمده‌ای است از جمله اینکه فاقد ضمانت اجرای حقوقی بین‌المللی لازم به منظور الزام کشورها به منظور رعایت آن مقررات است (۱۹) همچنین عمده توجه سازمان بهداشت جهانی در راستای این مقررات معطوف به ترسیم راهبردهای سلامت کشورها که اسناد بالادستی می‌شود معطوف بوده و از سایر قوانین عادی و آیین‌نامه‌های بهداشتی دولت‌ها غفلت ورزیده شده است (۲۰). به علاوه، با اینکه دول عضو سازمان بهداشت جهانی بر مبنای سند سال ۲۰۰۵ ملزم شده بودند که تا سال ۲۰۱۲، قابلیت‌های نظارت و واکنش خود را حفظ و توسعه بخشند اما در بررسی که در سال ۲۰۱۱ به دنبال شیوع آنفولانزای نوع آ انجام شد؛ نشان داد که هنوز ساز و کار ملی و محلی لازم مورد درخواست سازمان بهداشت جهانی بر طبق سند سال ۲۰۰۵ در کشورهای عضو به صورت کامل ایجاد نشده است (۲۱). در پایان باید گفت که مسئله مربوط به پیشگیری و مقابله با بیماری‌ها، معمولاً بر سایر ابعاد حقوقی بین‌المللی نیز تأثیرگذار است برای نمونه می‌توان به اعمال اصول حقوق تجارت بین‌الملل که در بند ۲ ماده ۲۰ موافقت‌نامه عمومی تعرفه و تجارت و همچنین موافقت‌نامه اعمال اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی سازمان تجارت جهانی مندرج شده و بیان می‌دارند که بایستی اقدامات بهداشتی محدودکننده تجاری بوسیله شواهد علمی پشتیبانی گردند و از انجام اقدامات تبعیضی و فاقد استدلال باید اجتناب شود؛ اشاره نمود (۲۲).

مناسبی وجود ندارد؛ ایجاد قرنطینه است. تاریخچه قرنطینه به طور عمده به قرن چهاردهم میلادی باز می‌گردد که طی آن شهرهای ساحلی ایتالیا برای در امان ماندن از بیماری طاعون، سکنه کشتی‌های کشورهای بیگانه درگیر را در بنادر خود قرنطینه می‌کردند (۲۳). بر این مبنای، این کشتی‌ها ملزم بودند تا ۴۰ روز قبل از فرود آوردن سکنه خود، در بنادر ایتالیایی لنگر ببندازند. ایده‌های جدید در زمینه قرنطینه به دنبال برگزاری کنفرانس بین‌المللی بهداشت در سال ۱۸۵۱ که هدف عمده‌اش تهیه دستورالعمل‌های بین‌المللی به منظور حفاظت از جمعیت انسانی در مقابل ویروس وبا بود؛ ارائه شد. این نخستین باری بود که دولت‌ها در تلاش برای حفظ بهداشت عمومی، توجه خود را از سطح ملی به بین‌المللی معطوف می‌کردند. قبل از آن تلاش می‌شد تا از طریق برنامه‌های ملی قرنطینه‌سازی با این تهدیدات مقابله شود (۲۴). اولین دسته از مقررات بین‌المللی در مورد ایجاد قرنطینه به مدت چهل روز در صورت شیوع بیماری‌های مسری در جریان کنفرانس ۱۸۶۱ پاریس به تصویب رسید (۲۵). یک کنوانسیون عمومی نیز در مورد قرنطینه در سال ۱۹۰۳ به تصویب رسید و در پی آن، دفتر بین‌المللی سلامت عمومی متشکل از چهل و پنج دولت توسط موافقت‌نامه ۹ دسامبر ۱۹۰۷ ایجاد شد. سازمان بهداشت جهانی در توصیه عمومی خود صرف اجرای قرنطینه را در مقابله با بیماری‌ها ناکارآمد توصیف کرده و به جای آن به دولت‌ها پیشنهاد کرده که باید بر راهبردهای آسیب‌شناسی مناسب و مبتنی بر اطلاعات عینی تکیه کنند (۲۶). قرنطینه می‌تواند از طرق مختلف از جمله محدود کردن افراد به سکونت در خانه‌هایشان، محدود کردن مسافرت از و به نقطه معین ابتلا به یک بیماری و نگهداشتن افراد در مراکز درمانی خاص صورت پذیرد از آنجا که قرنطینه و جداسازی - که در بخش بعدی مورد بررسی قرار می‌گیرد - یک نوع محدودیت عمده بر حقوق مدنی و سیاسی افراد تلقی می‌شود از این رو در سطح بین‌المللی، اصولی موسوم به *اصول سیراکوز*^{۱۳} ایجاد شده است که به طور عمده در مورد تمامی حقوق مندرج در

میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی اعمال می‌شود. سازمان بهداشت جهانی معتقد است که در هر گونه محدودسازی حقوق افراد مبتلا از طریق قرنطینه و جداسازی باید پنج معیار رعایت شود: ۱- محدودسازی صرفاً بر مبنای قانون اعمال شود؛ ۲- محدودسازی به هدف مشروع منافع عمومی صورت پذیرد؛ ۳- محدودسازی قطعاً در یک جامعه دموکراتیک برای تحقق اهداف اعلامی ضروری می‌باشد؛ ۴- هیچ ابزار دیگری غیر از اعمال قرنطینه و جداسازی وجود نداشته باشد و در واقع باید به عنوان گزینه پایانی به کار گرفته شوند؛ ۵- محدودسازی می‌بایستی بر مبنای شواهد علمی صورت پذیرفته و به صورت خودسرانه یعنی بر مبنای دلایل غیرمستدل تنظیم یا اعمال نشود (۲۷). در قوانین ملی کشورها، قوانینی برای برقراری قرنطینه وجود دارد برای نمونه در ایالات متحده، هر ایالتی حق دارد بر مبنای قوانین داخلی و فدرال، اقدام به وضع قرنطینه نماید. با این حال، مشکل اساسی در محدوده زمانی و مکانی قرنطینه و همچنین مبتنی بودن عمده آن بر معیارهای ذهنی تا عینی است. در این زمینه، قواعد اخلاقی مطرح شده است از جمله اینکه روت ساین، معتقد است که دولت‌ها باید در اعمال منطقه قرنطینه بهداشتی چهار ملاک را رعایت نمایند: ۱- ضرورت، کارآمدی و منطقی علمی؛ ۲- تناسب و ایجاد حداقل محدودیت؛ ۳- خدمات حمایتی از بیماران؛ ۴- توجه عمومی (۲۸). قبل از اعمال قرنطینه برای بیماری ابولا، کشورها (آسیای شرقی و کانادا) تنها در مورد بیماری سارس در ۲۰۰۳ بود که به اعمال قرنطینه بهداشتی دست زدند. در دکتترین حقوق پزشکی نیز قواعدی برای اعمال قرنطینه بهداشتی پیشنهاد شده است از جمله مارتین سترون و ژولیوس لندویث معتقدند که راهبردهای اعمال قرنطینه باید منعطف بوده و به هدف حمایت خاص از سلامت عمومی در برابر یک تهدید عمده بهداشتی صورت گرفته باشد همچنین تا آنجا که ممکن است محدوده افراد مشمول را برای کاهش هزینه‌های اقتصادی، اجتماعی و شخصی باید کاهش داد. احترام به حقوق بیماران در اعمال قرنطینه نیز از اهمیت بسیاری برخوردار می‌باشد چرا که «گروه بیماران یکی از آسیب‌پذیرترین گروه‌های اجتماعی

¹³ Siracusa Principles

نباشد. نمونه بارز آن در جریان عمل پیوند استخوان رخ می‌دهد و در آن، بیمار در یک اتاق پاکسازی شده نگهداری می‌شود (۳۳).

۶. نتیجه‌گیری

قوانین ایالات متحده، اتحادیه اروپایی و جمهوری اسلامی ایران در زمینه رویه‌های ضدرقابتی ناظر بر صنعت دارو، تفاوت‌های مهمی با یکدیگر دارند از جمله می‌توان به مستثنی نمودن بخش تحقیق و توسعه دارویی از شمول مقررات رویه ضدرقابتی ایالات متحده، پوشش عمده رویه‌های ضدرقابتی در صنعت دارویی، دسته‌بندی خاص انواع موافقت‌نامه‌های رویه‌های ضدرقابتی در بخش دارویی از جمله انحصار دارویی و مبتنی بودن رویه‌های ضدرقابتی بر اقتصاد بازار در نظام‌های حقوقی ایالات متحده و اتحادیه اروپایی و وجود قوانین خاص در این حوزه اشاره نمود. این در حالی است که در نظام حقوقی ایران، قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی و قانون رفع موانع تولید به عنوان مهم‌ترین قوانین در این حوزه مطرح می‌باشند که چهار دسته از رویه‌های ضدرقابتی را مورد پوشش قرار داده‌اند و شامل تمامی انواع رویه‌های ضدرقابتی از جمله موافقت‌نامه عدم رقابت دارویی نمی‌شوند.

شیوع کرونا موجب شد تا در اثر افزایش تلفات بیماری مزبور، شرکت‌های دارویی دولتی و شرکت‌های دارویی خصوصی در صدد کشف واکسن برای مبارزه با این بیماری برآیند. در این بین، واکسن‌های مختلفی از جمله واکسن فایزر، واکسن اسپوتنیک و... توسط شرکت‌های مختلف دارویی ارائه شد. از آنجا که بخش اعظمی از این کشف واکسن در نتیجه ادغام منافع یا ادغام شرکت‌های دارویی در یکدیگر صورت گرفت، بحث‌هایی در ارتباط با وجود رویه‌های ضدرقابتی در زمینه مبارزه با کرونا صورت گرفته است. دو استدلال عمده در این خصوص مطرح است. استدلال اول بر این مبنا استوار است که تولید واکسن کرونا به عنوان یک نوع رویه ضدرقابتی می‌باشد. طرفداران این استدلال معتقد هستند که فارغ از نتایجی که این واکسن‌ها بر بدن انسان می‌تواند داشته باشد، می‌توان این

هستند از آن رو که یک بیمار نه تنها از نظر فیزیکی توانایی‌های مربوط به دوران سلامتی خود را از دست می‌دهد بلکه تحت فشارهای روانی، اجتماعی و اقتصادی دوران بیماری نیز قرار می‌گیرد.» (۲۹).

۵-۴-۲-۳. جداسازی (ایزوله)^{۱۴}

اگرچه، سال‌های اولیه سده نوزدهم میلادی شاهد ایجاد شمار محدودی از بیمارستان‌های خصوصی جداسازی در انگلستان بود اما تا میانه این سده طول کشید تا بیمارستان‌های مجهز به این فرآیند به ویژه در انگلستان پدید آید (۳۰). اولین سند مدون داخلی در زمینه جداسازی را می‌توان توصیه‌های مربوط به احتیاط جداسازی که در سال ۱۸۷۷ در ایالات متحده به عنوان یک کتاب راهنمای پزشکی منتشر شد؛ دانست (۳۱). فرق میان قرنطینه و جداسازی آن است که قرنطینه در مورد افرادی که در معرض یک بیماری خاص قرار گرفته ولی هنوز ممکن است بدان مبتلا نشده باشند؛ اعمال می‌گردد در حالی که جداسازی در مورد افراد مبتلا به آن بیماری اعمال می‌شود. جداسازی به سه روش عمده جداسازی مطلق، استاندارد و حفاظتی صورت می‌پذیرد. در روش جداسازی مطلق، که شدیدترین نوع جداسازی محسوب می‌گردد در زمانی صورت می‌پذیرد که بیمار مبتلا به تب موسوم به خونریزی و ویروسی از جمله ابولا شده بود. در این صورت، بیمار باید به مراکز درمانی خاصی که دارای کنترل بیولوژیک هستند؛ برده شود (۳۲). روش جداسازی استاندارد که معمول‌ترین نوع جداسازی تلقی می‌گردد بدین صورت است که تمامی بیمارانی را که دارای علائم مشابهی هستند در یک بیمارستان، جداسازی می‌کنند. از جمله این نوع جداسازی‌ها می‌توان به مورد بیماری آنفولانزای مرغی اشاره نمود. آخرین روش جداسازی، جداسازی حفاظتی است. جداسازی حفاظتی یا معکوس که پایین‌ترین سطح جداسازی تلقی می‌شود عمدتاً برای بیمارانی به کار می‌رود که عفونت در بدن آنها به حدی می‌باشد که سیستم‌های حفاظتی جسمانی آنها قادر به محافظت از آنها

¹⁴ Isolation

قانون‌گذاری خاص در این زمینه که ناظر بر تمامی جنبه‌های رویه‌های ضدرقابتی در صنعت دارو باشد، به تصویب برسد.

۷. تقدیر و تشکر

از تمامی اساتید و صاحب نظرانی که در تهیه این مقاله به این جانبان، مشاوره دادند.

۸. سهم نویسندگان

این مقاله مستخرج از رساله دکتری تخصصی اینجانب به راهنمایی آقای دکتر نیک نژاد است.

۹. تضاد منافع

مقاله حاضر تعارض منافع ندارد.

موضوع را قائل شد که تلاش برای نوعی انحصار دارویی و کمک دولت‌ها به کشف واکسن کرونا مشاهده شده به نحوی که نوعی رویه ضدرقابتی تلقی می‌شود که هم در قانون شرمین و هم در معاهده عملیاتی کردن اتحادیه اروپایی ممنوع اعلام شده است و بنابراین، بایستی نوعی مشارکت در تولید واکسن کرونا، جای خود را به انحصار در تولید واکسن توسط چند شرکت خاص داروساز بدهد. از سوی دیگر، عده‌ای که به نظر می‌رسد استدلال دوم و صائب‌تری در این زمینه دارند، به چندین قوانین دیگر ایالات متحده از جمله دستورالعمل ضدتراست ایالات متحده اشاره می‌نمایند که ادغام دو یا چند شرکت از جمله دارویی در زمینه‌های تحقیق و توسعه را نوعی رویه‌های ضدرقابتی ندانسته و بر همین مبنا، اقدام شرکت‌های دارویی چون فایزر در زمینه واکسن کرونا و غلبه بر بازار را توجیه می‌کنند.

پیشنهادها

۱- به طور کلی سه نوع رویه‌های ضدرقابتی در صنعت دارو در نظام‌های حقوقی پیشرفته از جمله ایالات متحده پیش‌بینی شده‌اند که شامل انحصار دارویی، توافقات بر قیمت و توافقات بر عدم رقابت تجاری می‌شود. این در حالی است که در هیچ‌یک از موارد فوق‌الذکر در زمینه صنعت دارویی، قانونی پیش‌بینی نشده است.

۲- در قبال رویه‌های ضدرقابتی ناظر بر صنعت دارو بایستی گفت که بر خلاف رویکرد نظام ایالات متحده و اتحادیه اروپایی، جمهوری اسلامی ایران فاقد قانون‌گذاری خاص در زمینه رویه‌های ضدرقابتی در صنعت دارو است. ضمن این که قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی که به صورت کلی بر این بخش می‌تواند حاکم باشد، تمامی جنبه‌های رویه‌های ضدرقابتی را در صنعت دارو تحت پوشش قرار نداده است و به راستی مشخص نیست که در صورت ورود واکسن‌های خارجی همچون فایزر، مدونا، جانسون-جانسون و... به ایران به صورت عمده و عدم امکان رقابت صنایع دارویی داخلی با آنها، می‌توان بر طبق قوانین ایران، این را یک نوع رویه ضدرقابتی تلقی نمود. بنابراین، توصیه می‌گردد که

References:

1. Jackson E. *Medical Law: Text, Cases, and Materials*. Oxford: Oxford University Press; 2019.
2. United States. Congress. Senate. Committee on the Judiciary, Prohibiting Price Fixing and Other Anticompetitive Conduct in the Health Insurance Industry: Hearing Before the Committee on the Judiciary, United States Senate, One Hundred Eleventh Congress, First Session, U.S. Government Printing Office. 2010.
3. Heath C, Kamperman Sanders A. *Industrial Property Law in the Bio-medical Age. Challenges for Asia*. Netherlands: Kluwer Law International; 2003.
4. United States. Congress. Senate. Committee on the Judiciary. Subcommittee on Antitrust, Competition Policy, and Consumer Rights, Oversight of the Enforcement of the Antitrust Laws: Hearing Before the Subcommittee on Antitrust, Competition Policy, and Consumer Rights of the Committee on the Judiciary, United States Senate, One Hundred Eleventh Congress, Second Session, U.S. Government Printing Office. 2010.
5. Al-Sharif MM, Asadi H. Reflections on the nature of the right to cancel in electronic contracts. *Journal of Comparative Law*. 2014;5(1):153. (Persian).
6. Heidari AM. Critique of Legislative Criminal Policy on Crimes against Consumer Health in E-Commerce. *Quarterly Journal of Parliament and Strategy*. 2014;21(79):95. (Persian).
7. Nihoul P, Van Cleynenbreugel P. *The roles of innovation in competition law analysis*. United States of America: Edward Elgar Publishing; 2018.
8. European Commission, Consultation regarding Community Action on Health Services, SEC. 2006.
9. McKee M, Mossialos E, Baeten R. *The Impact of EU Law on Health Care System*. Brussels PIE-Peter Lang; 2002.
10. Case C-205/03, Federacion Nacional de Empresas de Instrumentacion Cientifica Medica Tecnica Y Dental (FENIN) v. Commission of the European Communities, 2006, ECR I-6295; Case T-289/03, British United Provident Association Ltd (BUPA) and Others v. Commission, 2008, ECR II-81.
11. Bakhtiarvand M, Jamali Nezhad S. Role of Competition Law in Improving Public Health. *Iranian Journal of Medical Law*. 2017;11(42):165-90. (Persian).
12. Maller S. *A Quick Guide to Impact of COVID 19 on Financial Reporting*. London: Bloomsbury Publishing; 2020.
13. Available at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>.
14. Nasiri M. Patients' rights in the use of blood products. *Quarterly Journal of Medical Law*. 2014;8(28):105-15. (Persian).
15. Freeman M, Hawkes S, Bennett B. *Law and Global Health: Current Legal Issues*. Oxford: Oxford University Press; 2014.
17. Goodman RA, Wilfred L, Richard Hoffman E. *Law in Public Health Practice*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
17. Weir L, Mykhalovskiy E. *Global Public Health Vigilance: Creating a World on Alert*: Routledge; 2010.
18. Fan Tiger Strom B. *Human Security and International Law*, Translated by Ardeshir Amir Arjmand and Hamid Ghanbari. 1st ed. Tehran: Majd Publication; 2010. (Persian).
19. Katona P, Sullivan JP, D IM. *Global Biosecurity: Threats and Responses*: Routledge; 2010.
20. Forum on Microbial Threats, Board on Global Health and Institute of Medicine, *The Impact of Globalization on Infectious Disease Emergence and Control: Exploring the Consequences and Opportunities*, Workshop Summary - Forum on Microbial Threats, National Academies Press. 2012.
21. Viens AM, Coggon J, Kessel AS. *Criminal Law, Philosophy and Public Health Practice*. Cambridge: Cambridge University Press; 2013.
22. Available at: <http://www.asil.org/insights/volume/8/issue/7/sars-and-international-law>, p2.
23. Cliff A, Raynor MS. *Oxford Textbook of Infectious Disease Control: A Geographical Analysis from Medieval Quarantine to Global Eradication*. Oxford: Oxford University Press; 2013.
24. Ahmadi K. Foreign Policy and International Health Security. *Foreign Policy Quarterly*. 2010;24(1):23-59. (Persian).
25. Begzadeh I. *Law of International Organizations*. 2nd ed. Tehran: Majd Publications; 2012. (Persian).

26. Koenig KL, Schultz CH. Koenig and Schultz's Disaster Medicine: Comprehensive Principles and Practices. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
27. Available at: http://www.who.int/tb/features_archive/involuntary_treatment/en/p1.
28. Rothstein MA. From SARS to Ebola: legal and ethical considerations for modern quarantine. *Indiana Health Law Review*. 2015;12(1):36.
29. Haji Babaei F, Jouj R, Zare K, Haghizadeh MH. Investigating the relationship between the level of knowledge of psychiatrists and psychiatric assistants about the rights of mental patients and the level of observance of these rights from their perspective in the educational and medical centers of Ahvaz University of Medical Sciences in 2012. *Journal of Medical Law*. 2014;8(29):79-100. (Persian).
30. Mooney G, Reinartz J. Permeable Walls: Historical Perspectives on Hospital and Asylum Visiting. London: Rodopi; 2009.
31. Mirafzali S, Foust JB. An Introduction to Hospitals and Inpatient Care: Springer Publishing Company; 2001.
32. Available at: <http://www.hamshahrionline.ir/details/274854/Health/diseases,p1>.
33. Simmers L. Diversified Health Occupations. London: Cengage Learning; 2008.



The Iranian Association
of Medical Law

MLJ

Medical Law Journal

2021; 15(56): e62

Journal Homepage: <http://ijmedicallaw.ir>



ORIGINAL ARTICLE

A Comparative Study of Anti-Competitive Practices in the Pharmaceutical Industry in the Legal Systems of Iran, the European Union and the United States of America: Emphasis on Corona

Majid Khalilpour Gorgani¹, Javad Niknejad^{2*}

1. PhD Candidate of Private Law, Department of Private Law, Ayotallah Amoli Branch, Islamic Azad University, Amol, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Private Law, Qaemshahr Branch, Islamic Azad University, Qaemshahr, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Received: 6 March 2021

Accepted: 26 June 2021

Published online: 1 January 2022

Keywords:

Anticompetitive Procedure

Drug

Corona

Drug Integration

Iran

U.S.A

The European Union

ABSTRACT

Background and Aim: Pharmaceutical products and services, because they are related to the right to health of individuals, have always been seen as one of the important business areas that, in addition to competitive issues, have witnessed political, social and security dimensions.

Materials and Methods: In the present study, a descriptive-analytical approach has been collected. In addition, this approach has been applied comparatively in the legal systems of Iran, the European Union and the United States of America.

Results: Competition in the pharmaceutical industry controls the price of pharmaceutical products, increases customer choice and the quality of pharmaceutical goods and services. However, especially in the last two decades in the pharmaceutical industry, the world has witnessed the opposite trend, and behaviors such as the integration of the pharmaceutical industry, drug monopolies and government subsidies to the pharmaceutical industry, which can be examples of Anti-competitive, which ultimately leads to increased costs for services and pharmaceutical products for patients and national health care systems. With the outbreak of Corona in 2019, the issue of anti-competitive practices in the pharmaceutical industry has been raised again.

Ethical considerations: In all stages of writing the text of the article and correcting it, the principles of fidelity, honesty and originality of the text were observed.

Conclusion: The conclusion of the present study is that, firstly, at the level of the European Union, based on Article 125 of the Lisbon Treaty, legislation in the field of health and its financing is essentially left to the member states, and this has led to In the field of pharmaceutical industry, each member state has its own policies in this area. Secondly, according to a note in Article 3 of the Law on the Regulations of Pharmaceutical, Food and Beverage Affairs of Iran, since the import and sale of drugs is prohibited without the permission of the Ministry of Health, and from another perspective, criminalization of this issue One of the examples of crimes can be considered as anti-competitive practices in the pharmaceutical industry. Third, drug monopolies, the integration of the pharmaceutical industry, and government assistance to the pharmaceutical industry for corona vaccine exploration are among the most important anti-competitive practices in the pharmaceutical industry.

* Corresponding Author:

Javad Niknejad

Address: Department of Private Law,
Qaemshahr Branch, Islamic Azad
University, Qaemshahr, Iran.

Postal Code: 46417-15484

Telephone: 11-44524690

Email: j.niknejad@yahoo.com

© Copyright (2018) Iranian Association of Medical law, Tehran, Iran.

Cite this article as:

Khalilpour Gorgani M, Niknejad J. A Comparative Study of Anti-Competitive Practices in the Pharmaceutical Industry in the Legal Systems of Iran, the European Union and the United States of America: Emphasis on Corona. *Medical Law Journal* 2021; 15(56): e62.

This open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).