



گزارش نشست یازدهم طب تاگ

بیم‌ها و امیدهای طرح دارویاری

(نشست اول)

دی ماه ۱۴۰۱



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

عنوان: گزارش نشست طب‌تاک ۱۱ «بیم‌ها و امیدهای طرح دارویاری»

دبیر علمی: دکتر حمید ایزدبخش

پدیدآورنده: معصومه کریمی راد


مجری: هسته سلامت مرکز رشد دانشگاه امام صادق علیه السلام

همکاران: مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد دارو و مرکز تحقیقات ثریا

تاریخ انتشار: دی‌ماه ۱۴۰۱



کلیه حقوق برای مرکز رشد دانشگاه امام صادق علیه‌السلام محفوظ است
تهران، بزرگراه شهید چمران، پل مدیریت، جنب خیابان شهید کاتبی، پلاک ۱۰

  @Salamat_rushd  @Teb.talk

www.rushd.ir

۰۲۱-۸۸۵۶۱۵۸۷



با توجه به اهمیت طرح ملی دارویاری - به عنوان مهم‌ترین طرح دولت سیزدهم در حوزه دارو تاکنون - در نشست یازدهم طب‌تاک به تبیین زمینه‌های طراحی، میزان پیشرفت و موانع اجرایی طرح دارویاری با حضور دکتر سجاد اسماعیلی - مشاور رسانه‌ای رئیس سازمان غذا و دارو - به صورت برخط و دکتر میثم سیدی‌فر - دبیر کمیته دارو و غذای مجلس شورای اسلامی - و دکتر شهرام غفاری - مدیر کل درمان غیرمستقیم سازمان تامین اجتماعی - به صورت حضوری پرداخته شد. گزارش حاضر صرفاً مشتمل بر محورهای کلیدی و خلاصه‌ای از مباحث بوده و جهت دسترسی به محتوای کامل، خروجی‌های چندرسانه‌ای نشست را مشاهده نمایید.

مسئله محوری طرح دارویاری چیست؛ آیا به دلیل فقدان ارزش کافی این طرح اجرا شد؛ یا فساد و قاچاقی که در این زمینه وجود داشت ما را به سمت این طرح حرکت داد؟

دکتر اسماعیلی: ضرورت‌های مختلفی ساختار کشور را به سمت اجرای طرح دارویاری پیش برد. بعد از سال ۱۳۹۷ که نوسانات زیادی در نرخ ارز بازار آزاد داشتیم، دولت تصمیم گرفت که برای کالاهای اساسی ارز ۴۲۰۰ تومانی را تخصیص دهد و این سیاست در ابتدای شروع آن با توجه به اینکه فاصله نرخ بازار آزاد با نرخ ترجیحی یا دولتی کم بود؛ طبیعتاً چالش‌های کمتری داشت و در سال ۱۳۹۷ ما شاهد دریافت ارز با تسهیلات بیشتری توسط شرکت‌ها بودیم. به مرور زمان و در سال‌های ۹۸ و ۹۹، اختلاف نرخ ارز بازار آزاد و ارز دولتی منجر به چالش‌هایی خصوصاً در زمینه داروهای گران‌قیمت که عمدتاً داروهایی وارداتی هستند، شد. یکی از این داروها انسولین بود که در مرزهای کشور به صورت قاچاق معکوس در سال ۹۹ افزایش پیدا کرد ولی همچنان کشف‌هایی که توسط عاملین قضایی و معاونت غذا و دارو در استان‌های مرزی انجام می‌شد نشان می‌داد که برخی از داروهای گران‌قیمت



به صورت قاچاق معکوس تبادل و از کشور خارج می‌شود. یعنی ما ارز را می‌دهیم که نیاز داخلی مردم را تأمین کنیم، ولی مردم کشورهای منطقه هم از این ارز بهره‌مند می‌شدند. وقتی هم که داروها قاچاق می‌شد طبیعتاً در داخل کشور، منجر به کمبود دارویی و افزایش قیمت‌ها شده و منجر به سوءاستفاده‌هایی شد. نکته دیگر این بود که با تشدید تأخیر در تأمین و مسائل تبادلات بانکی، تخصیص ارز ترجیحی با چالش‌هایی مواجه شد، تأخیرهایی برای تأمین ارز توسط بانک مرکزی صورت می‌گرفت، و نهایتاً در دسترسی مردم اختلال ایجاد می‌شد.

چه مسیر کارشناسی‌ای برای طرح دارویاری طی شده‌بود؛ پیش‌بینی‌های لازم و بررسی‌های مدیریتی و اقتصادی در این طرح چقدر وارد شده‌بود؛ و این پیش‌بینی‌ها را چقدر کافی می‌دانید؟

دکتر سیدی‌فر: در تکمیل ضرورت این طرح، باید گفت که دولت سعی می‌کند در زمینه تأمین کالاهای اساسی از مردم محافظت و حمایت کند. کالاهای اساسی اعم از نان، گوشت مرغ، تخم مرغ، روغن و یا دارو یک زنجیره‌ای از بازیگران دارند. وقتی می‌خواهیم حمایت کنیم، جنس حمایت ما انقباضی و پایین نگهدارنده قیمت‌ها است و عملاً این زنجیره را تنبیه می‌کنیم. یعنی دامدار ما تنبیه می‌شود چون همیشه روی قیمت گوشت و لبنیات نظارت شدید است، سود همیشه حداقلی و گاهی حتی صفر می‌شود. مرغ‌دار گاهی با ضرر هم کار می‌کند، چون همیشه نظارت روی آن است و قیمت‌ها هم ثابت است. در داروها هم برای چند سال این اتفاق افتاد که زنجیره دارو چه داروخانه، چه واردکننده و چه تولیدکننده با ارز ۴۲۰۰ عملاً قیمت‌گذاری می‌شدند و بازار آن کوچک مانده بود؛ یعنی بازار ما در حالت ارز ۴۲۰۰ حدود ۳۶ همت بود؛ این را محاسبه کردیم اگر ارز نیمایی بود ۸۰ یا ۹۰ همت می‌شد. طبیعتاً



در بازار ۹۰ همتی حاشیه سودهای این زنجیره هم بالطبع بزرگ‌تر می‌شود. در بلندمدت نه فقط در دارو، این سیاستی که ما با این روش حمایت می‌کنیم به زنجیره آسیب می‌زند و باعث می‌شود که سرمایه از آن خارج شود.

این یک نکته بود که الزام می‌کرد به این سمت حرکت کنیم و بعد دیگر این هست که ما همیشه حمایت از تولید داخل را سرلوحه قرار داده‌ایم اما در چند سال اخیر طوری شده بود که بعضاً داروهای برند بیولوژیک وارداتی از تولید داخل ارزان‌تر بود و این یک چالش برای صنعت تولید شده بود. قرار بود ۶۰ درصد قیمت تمام شده به تولیدکننده داده شود که اگر ۱۰۰ درصد آن را هم بدهند قیمت تمام شده آن به دست نمی‌آمد. چون ما برای داروی وارداتی ۲۵۰۰۰ تومان را ۴۰۰۰ تومان حساب می‌کردیم و تولید داخل نمی‌توانست با آن رقابت کند. در صادرات هم دچار چالش می‌شدند چون هر کشوری بخواهیم صادر کنیم، به قیمت کشور مبدأ نیز توجه دارند تا در مقصد خیلی گران‌تر قیمت‌گذاری نشود؛ درحالی‌که بازار مبدأ ما به خاطر این سیاست قیمتی به صورت غیرواقعی پائین بود.

واقعیت این است که کارشناسی و طراحی این طرح از طرف دولت نیامد. در این طرح مجموعه‌ای از بازیگران مشارکت داشته‌اند. بخش‌هایی از سازمان غذا و دارو به این نتیجه رسیده بود که مشکل کمبود وجود داشت؛ آقای دکتر محمدی در مجلس بارها هم سال ۹۹ و هم اوایل ۱۴۰۰ به نمایندگان مجلس می‌گفت بین کمبود دارو و قیمت آن یکی را انتخاب کنید، چون نمی‌توان هم کمبود را مدیریت کرد -خصوصاً با توجه به محدودیت‌های ارز- و هم قیمت را. نماینده بانک مرکزی هم می‌گفت ارز ترجیحی کم است و باید دائماً نظارت شود که این ارز کم نیز درست توزیع شود. با این نظارت‌ها

پروسه‌ی تخصیص ارز که مثلاً یک ماه باید صورت می‌گرفت، دو سه ماه طول می‌کشید. ماده اولیه صنعت دیر می‌رسد و در بازار کمبود ایجاد می‌شود.

در دولت قبل خود رئیس سازمان غذا و دارو به دلیل مخالفت وزیر بهداشت، به این موضوع ورود نکردند. آقای رئیس‌جمهور هم گفته بودند حتی اگر این طرح را مجلس هم تصویب کند، انجام نمی‌دهیم و نمی‌خواستند برای خود در دسر اضافه ایجاد کنند. در حالیکه دکتر محمدی -مدیرکل دارو- که درگیر و در میدان بود، موافق اجرای طرح بودند و آقایان دکتر اسماعیلی و دکتر شمالی و سایر بزرگواران و من هم از طرف دانشگاه تهران در محاسبات اقتصادی طرح مشارکت داشتند. بر اساس نرخ‌های مختلف ارز و نوع داروها قیمت‌ها بررسی شد. این محاسبات در سال ۹۹ انجام شد و یک یا دو نوبت در سال ۱۴۰۰ و نهایتاً در اوایل سال ۱۴۰۱ به روزرسانی شد و مبنای اجرا قرار گرفت. در این راستا سناریوهای مختلف و الزامات آن بررسی شد؛ مثلاً در سناریوی تداوم وضع موجود لازم بود داروهای گران‌قیمت شناسه‌گذاری شود تا پایش توزیع و مصرف آن به خوبی صورت گیرد. در صورت قاچاق اجتناب‌پذیر است و می‌توان کنترل کرد. یکی از نقایص این طرح این بود که گزارش‌های این طرح بیشتر بر اساس محاسبات صرفاً اقتصادی ارائه می‌شد و به نظر بیشترین آسیبی که به طرح وارد شده، در بحث مدیریت کلان و اجرا است.

دکتر اسماعیلی: این طرح حاصل یک کار جمعی و کارشناسی با همکاری افرادی دغدغه‌مند بود. علاوه بر جلسات کارشناسی، بحث‌هایی هم مطرح شد که علاوه بر پایه‌های محاسباتی، الزامات اجرای طرح نیز در نظر گرفته شود. مثلاً همین بحث تصفیه مطالبات داروخانه‌ها خصوصاً از طرف بیمه تأمین اجتماعی و بیمه نیروهای مسلح لحاظ شد. بحث تأمین نقدینگی صنعت داروسازی کشور که با افزایش



نرخ ارز نیازمند نقدینگی و افزایش سرمایه در گردش است تا ماده اولیه را بتوانند تأمین بکنند. ماحصل این بررسی‌ها، تفاهم‌نامه‌ای بود که بین وزارت بهداشت، سازمان غذا و دارو، شورای عالی بیمه، بانک مرکزی و سازمان برنامه‌وبودجه بسته شد که در آن تمام الزامات لحاظ شده‌بود؛ که برخی از آن اجرا شد و برخی متأسفانه اجرا نشده است.

یک نگرانی که وجود داشت این بود که زیرساخت‌های اجرایی طرح بخصوص بحث پوشش بیمه و عدم افزایش قیمت دارو برای مصرف‌کننده تأمین شود و با توجه به اطمینان خاطری که به مسئولین بالادستی داده شد، دولت هم در سطح کلان موافقت کرد که این طرح انجام شود. از ۲۳ تیرماه سال جاری ابتدا برای داروهای تولید داخل انجام شد و این سیاست ارزی، خط قرمزی داشت که هیچ افزایش پرداختی برای مردم نداشته باشد و مبنای پوشش بیمه تغییر پیدا کرد و افزایش یافت.

در این ۵ ماه که از اجرای طرح گذشته طبیعتاً چالش‌هایی در سطح هماهنگی‌ها وجود داشته‌است. همان‌طور که دکتر سیدی‌فر اشاره کردند که ما یا دارو می‌خواهیم یا نمی‌خواهیم، اگر دارو می‌خواهیم باید قیمتش را برای صنعت داروسازی منطقی بکنیم و ارز درست با قیمت مناسب تخصیص دهیم تا صنعت بتواند این دارو را تولید بکند. برخی از مجموعه‌ها از این ارز ترجیحی منتفع شده بودند و در این چهار سال سودجویی‌های زیادی کرده و ماده اولیه را در بازار با قیمت آزاد فروخته بودند. هیچ نظارتی بر قیمت‌گذاری وجود نداشت و هیچ برخوردی با آن‌ها صورت نمی‌گرفت و این در فضای رسانه‌ای هم برای سازمان غذا و دارو و دولت چالش ایجاد می‌کرد و می‌گفتند قیمت دارو افزایش پیدا کرده‌است. دولت به این نتیجه رسید که برای مدتی قیمت دارو اصلاح نشود و حتی قیمت تورمی هم به دارو داده نشد.

بیمه‌های پایه کشور چقدر در طراحی قبل از اجرا، مشارکت داشتند؛ اگر ملاحظات آن‌ها بررسی و لحاظ شده، چرا در عمل این قدر با طراحی اولیه فاصله وجود دارد؟

دکتر غفاری: وقتی شما می‌گویید «طرح» باید اقتضائات و ویژگی‌هایی داشته باشد. هدف طرح باید معلوم باشد، این طرح زمان و بودجه مشخصی دارد، انعطاف‌پذیری دارد، مشکلات را پیش‌بینی می‌کند، در برابر موانع مختلف سناریوی خود را عوض می‌کند، جامعیت دارد و با مشارکت ذینفعان مختلف اجرا می‌شود. در اجرای اکثر طرح‌های حوزه سلامت - نه صرفاً این طرح - با چالش‌ها و موانعی روبرو می‌شویم؛ چراکه طرح‌های ما این الزامات را در نظر نمی‌گیرند. من در کمیسیون اصل نود با حضور مسئولین وزارت بهداشت با همین صراحت گفتم شما وقتی از یک طرح صحبت می‌کنید، انتظار ندارید که گفتارهای شفاهی مهمانان یا طراحان طرح مبنا قرار بگیرد؛ بلکه مکتوبات مدنظر است.

ما حتی یک نسخه ۱۰ صفحه‌ای از دارویی ندیدیم که هدف طرح، مراحل اجرا، موانع و زمان در آن مکتوب باشد. اگرچه این طرح کارشناسی شده، زمان زیادی برای آن صرف شده، و بر ضرورت آن شکی نداریم؛ اما این کارشناسی‌ها باید مکتوب می‌شد. می‌گویند حداقل ۷۰ هزار میلیارد تومان، این طرح گردش مالی دارد، چطور مجلس راضی می‌شود جلسه‌ای بگذارد برای یک طرح ۷۰ هزار میلیاردی که هیچ نوشته‌ای ندارد. پاسخ آن‌ها این بود که این نکته درست است منتها، زمان کم داریم و دولت قبل زمان را از دست داده‌است؛ ما فرصت نوشتن سند پشتیبان نداریم. به نظر من صرفاً در طرح دارویی نیست و اگر در جایی در کشور، کارها خوب پیش نمی‌رود برای این است که از ابتدا درست فکر نشده و این افکار مستندسازی و اشتراک‌گذاری نشده‌است.



یک بند آن توافقنامه این بود که تا پایان خرداد ۱۴۰۱ همه ارائه‌کنندگان نظام سلامت باید براساس راهنماهای بالینی و فارماکوپه کشور نسخه بنویسند! یک نفر در جلسه گفت ما ۷۰۰ گایدلاین نوشته‌ایم و من پاسخ دادم اگر یکی از آن‌ها را اجرا می‌کنند، ما موافق هستیم. ما با تصورات ذهنی وارد این طرح می‌شویم و موقع نقد هم گوش شنوایی نیست و بعد در اجرا همدیگر را متهم می‌کنیم.

چرا سازمان تأمین اجتماعی پول داروخانه‌ها را به‌موقع نداد؟! ما در آن ۴۲ بند، دو بند مشخص داشتیم که سازمان برنامه‌بودجه مکلف شده بود مبلغ ۷۰۰۰ هزار میلیارد تومان در اختیار بیمه‌ها و مبلغ ۵۰۰۰ میلیارد تومان هم فقط در اختیار سازمان تأمین اجتماعی قرار بدهد. تا امروز، کل مبلغی که سازمان برنامه‌بودجه به ما داده ۳۵۰۰ میلیارد تومان است. ما از اول هم معوقات داشتیم و گفته بودیم که پول پرداخت هم نداریم و نخواهیم داشت. اگر نقدینگی صنعت دارو تأمین نشود دچار مشکل می‌شود. لذا به نظر من هماهنگی خوب نبود، طرح خوب نوشته نشده بود، هرچند زحمات زیادی کشیدند. بیمه سلامت در حال حاضر کل بدهی داروخانه‌ها را از محل دارویاری داده است. بیمه تأمین اجتماعی نیز بدهی دو ماه مهر و آبان داروخانه‌ها را از سهم دارویاری داده است. متأسفانه مجریان طرح به آن ۴۲ بند وفادار نبودند که این مشکلات ایجاد شد.

دکتر سیدی‌فر: ابتدا بحث طراحی یک طرح ملی نبود و در حد خلاصه سیاستی بود که عملاً نتایج آزادسازی ارز، تخصیص ارز ترجیحی و غیرترجیحی برآورد شود. اعتقاد داشتیم سطح مدیریتی این طرح باید بالاتر از سازمان غذا و دارو باشد و عملاً مجری طرح باید بحث کارشناسی و مدیریتی طرح را می‌نوشت؛ که متأسفانه مدیر اصلی این طرح هم مشخص و نهایی نشد. اگر معاون اول رئیس‌جمهور



یا فردی با حکم رئیس‌جمهور -در سطحی بالاتر از وزارت بهداشت، گمرک و بانک مرکزی- بود و متولی اجرای این ۴۳ بند می‌شد، امروز خیلی شرایط بهتر بود.

دکتر اسماعیلی: علاوه بر بحث‌های کارشناسی و جلساتی که به الزامات طرح پرداخته می‌شد، جلسات متعددی با مسئولین ذی‌ربط در سطح معاون اول و ریاست‌جمهور در دولت سیزدهم برگزار شد که طبیعتاً ابعاد این موضوع و ضروریات اجرای این طرح برایشان شرح داده می‌شد. ریاست محترم‌جمهور به وزارت رفاه، بانک مرکزی و سازمان غذا و دارو دستور دادند که برای اجرای طرح همکاری داشته باشند. قطعاً بعد نظارتی لازم است بالاتر از سطح وزارت بهداشت باشد تا هماهنگی‌های لازم را انجام دهند. تفاهم‌نامه ۴۲ بندی هم که اجرا شد، تفاهم‌نامه مهمی است و در راستای هماهنگی‌های بین دستگاه‌های اجرایی انجام شد. چالش بیشتر از ناحیه بانک مرکزی و برنامه‌بودجه است که لازم است همکاری شود تا دچار مشکل نشویم. این طرح دستور صریح رئیس‌جمهور است و هرکس وظیفه خود را براساس تفاهم‌نامه به‌درستی انجام دهد، هیچ مشکلی برای این طرح ملی به وجود نخواهد آمد.

چه تمهیداتی برای محافظت از مردم در برابر تغییرات آتی قیمت‌های دارو در نظر گرفته شده‌است؟

دکتر سیدی‌فر: از سال ۱۳۹۷ که ارز کم شد و دیوی خوب دارو بعد از برجام نیز تمام شد، شاهد افزایش قیمت داروها بودیم. یکی از عللی که پیگیری می‌شد تا این طرح اجرا شود این بود که یارانه‌ای که برای مردم در نظر گرفته شده‌بود، به مرور کم‌رنگ شد. اتفاقی که در آینده خواهد افتاد این است که در بودجه با همان مابه‌التفاوت -قیمت قبل و بعد از آزادسازی ارز- لحاظ شود. چون عدد به صورت دلار است، اگر مابه‌التفاوت هم بر اساس دلار لحاظ شود، در صورت تغییر قیمت ارز، بودجه طرح هم



تغییر می‌کند. اینکه در بلندمدت چه اتفاقی می‌افتد واقعیت این است که یکی از هدف‌های این طرح‌ها، رفع شوک‌ها است. اگر جامعه به نقطه‌ای برسد که تنظیم شود؛ و این بودجه خیلی بر قدرت خرید و توان مالی مردم مؤثر نباشد، به‌مرور کم‌رنگ می‌شود؛ هرچند در یکی دو سال اول طرح احتمالاً در بودجه سالانه هم بیاید. چون نگاهمان به بیمه، به صورت صنعت است و وقتی حجم بازار کوچک باشد، دیگر کمتر ورود می‌شود.

بیمه چقدر توانسته در ناپایداری قیمت‌ها از مردم محافظت کند؛ تا کی بیمه می‌تواند این حمایت را ادامه دهد و جلوی انتقال هزینه‌ها به سمت مردم را بگیرد؟

دکتر غفاری: برای پاسخ باید به برخی از متغیرهای کلان اقتصادی توجه کرد. تا وقتی دولت ارز داشته باشد و ارز یا ما به ازای ریالی آن را به بیمه تخصیص دهد، مسئله‌ای پیش نمی‌آید. اگر کشور رشد اقتصادی داشته باشد و بیمه خوب رشد کند، درآمد افزایش پیدا می‌کند. در این طرح، تأمین اجتماعی مدعی است که ما سهم خود را برمی‌داریم و مابه‌التفاوت را واریز کرده‌ایم، ولی مردم می‌گویند دارو گران شده است. دلیل آن به خاطر مشکلاتی است که قبل از طرح داروییاری وجود داشته ولی الآن به گردن طرح داروییاری افتاده است. مثل اینکه پزشک برای شما آموکسی‌سیلین تجویز می‌کند ولی داروخانه این دارو را ندارد و مثلاً آموراکس به بیمار با قیمت بالاتری می‌دهد و این تصور ایجاد می‌شود که دارو گران شده است؛ یا به بیمار نمی‌گوید داروی تحت پوشش بیمه را ندارم. در کنار این طرح باید یک سری قوانین باشد و حتماً اجرا کنیم. داروخانه موقع تحویل دارو موظف است به بیمار اطلاعات بدهد و اگر دارویی تحت پوشش بیمه نیست، به بیمار بگوید.

اگر دولت تامین این پول را ادامه ندهد، سال بعد دیگر تأمین اجتماعی توان پرداخت این هزینه را ندارد. سهم دارو و تجهیزات پزشکی به حدود یک سوم هزینه‌های سلامت افزایش یافته‌است. با اجرای طرح دارویاری ممکن است این رقم به یک‌دوم برسد. منابع بیمه تأمین اجتماعی از محل درآمدها است و ما باید وصولی خود را به همین نسبت افزایش بدهیم. در سایر بیمه‌ها اتفاقی نمی‌افتد، چراکه آن‌ها قبل از طرح و بعد از آن، از دولت منابع مالی را دریافت می‌کنند. طرح دارویاری بیش از ۶۰ درصد هزینه‌های دارویی بیمه تأمین اجتماعی را به خودش اختصاص می‌دهد. هرچقدر این داروها تعدادشان زیاد می‌شود، سهم دارویاری افزایش می‌یابد. این طرح مسیرش را ادامه خواهد داد اما لازم است گروهی از صاحب‌نظران بررسی کنند که در صورت ادامه طرح و حتی اضافه‌شدن تجهیزات پزشکی به آن چه تمهیداتی باید صورت گیرد.

برخی از صنعت‌گران حوزه دارو منتقد هستند که تصمیمات غیرمشارکتی هست و با اجرای این طرح و برخی محدودیت‌های تولید داخلی عملاً به سمت واردات برخی داروهایی که پیش از این تولید می‌شد، حرکت کرده‌ایم. نظر شما چیست؟

دکتر اسماعیلی: برای ادامه اجرای طرح لازم است یکپارچگی و هماهنگی بین دستگاه‌های مختلف افزایش پیدا کند و جلسات متعددی بین دستگاه‌های ذینفع صورت گیرد؛ البته لازم است دستگاه‌های مختلف، نقش‌های خود در زمینه‌های نظارت بر خریدهای دارویی و تجهیزات پزشکی، تهیه و توسعه راهنماهای بالینی و تامین ارز مورد نیاز را ایفا کنند. سازمان غذا و دارو هم در حال پیگیری است تا در



قانون بودجه سال آتی این موضوع را لحاظ کنند. همچنین با توجه به افزایش قیمت دلار، سازمان در حال رایزنی با بانک مرکزی است که در صورت افزایش، قیمت دارو و مابه‌التفاوت آن هم اصلاح شود.

این چنین نیست که این طرح و تصمیمات سازمان غذا و دارو خلق‌الساعه باشد. نماینده صنعت و نماینده داروخانه‌ها در کمیسیون قیمت‌گذاری، کمیسیون ساخت و ورود دارو و کمیسیون امور داروخانه‌ها حضور دارند و نظرات خود را مطرح می‌کنند. صنعت دارو فقط تولیدکنندگان نیستند و شامل واردکنندگان دارو هم هست. آسیب‌هایی که در گذشته وجود داشته ناشی از برخی سیاست‌های خلق‌الساعه بوده؛ یک واردکننده دارو مطلوبش این است که براساس یک سیاست پایدار بتواند ارزش خود را به صورت مرغوب برای یک‌سال تأمین کند، ولی ممکن است به دلیل محدودیت‌ها، سازمان غذا و دارو بر اساس یک سیاست یک یا چندماهه ارزش را تخصیص بدهد. در بحث تولیدکنندگان هم به همین صورت است. الآن در واردات داروهایی که تولید داخلی ندارند یک سیاست بلندمدت تا پایان ۱۴۰۲ در نظر گرفته شده است. تا زمانی که تولید داخلی به صورت اصولی پاسخگوی نیاز مردم باشد، به سمت واردات دارو نخواهیم رفت؛ مگر در برخی از داروهای بیماری‌های خاص مثل بیماری تالاسمی و داروی ریتالین یا انسولین‌های قلمی. زمانی که بخشی از مصرف‌کنندگان تمایل به داروهای وارداتی داشته باشند، ما نمی‌توانیم آن‌ها را از داروهای وارداتی محروم کنیم؛ ولی مبنای ما این است که از تولید داخل حمایت کنیم البته به شرطی که باکیفیت و در زمان مقرر تأمین شود.