

국제 의약품 정책 아시아 태평양 컨퍼런스 소개



배그린 주임연구원
건강보험심사평가원 약제평가연구팀

1. 들어가며

2012년 5월 26일부터 29일까지 호주 시드니에서 국제 의약품 정책 아시아 태평양 컨퍼런스¹⁾가 개최되었다. WHO와 호주의 NPS, 영국의 NICE, 호주 뉴캐슬대학, 호주 보건부에서 협력하여 주최하였다. 아시아 태평양 지역의 많은 국가들에서 참여하였고, 각국의 의약품 관련 정책들에 대한 내용을 소개하고 정보를 공유하였다. 그 외에 의약품과 관련된 다양한 주제로 워크숍 또는 심포지움이 소규모로 이루어졌다. 본고에서는 2012년 국제 의약품 정책 아시아 태평양 컨퍼런스의 프로그램과 주요 내용에 대해 소개하고자 한다.

2. 컨퍼런스 프로그램

국제 의약품 정책 아시아 태평양 컨퍼런스 프로그램은 크게 두 부분으로 나뉜다. 한 부분은 학회의 Plenary Session으로 국제 의약품 정책에 관한 큰 방향을 소개하고 국가별로 각국의 사례를 발표하는 것이고, 다른 한 부분은 12개 소주제로 9개의 워크숍과 4개의 심포지움 형식을 통해 소규모의 조를 구성하여 조별 토의내용을 발표하고 전체의 의견을 합해 그 자리에서 포스터 형식으로 인쇄해 전시하는 프로그램으로 구성되어 있다.

1) <http://www.apcnmp2012.com.au/>

표 1. 발표 주제 및 주요 참여 국가

일자	발표내용	발표자
05.26(토)	의약품 정책과 의약품의 보편적 접근	Dr Budiono Santoso, WPRO
		Dr Kathy Holloway, SEARO
		Lluid Sansom 교수
		Michalel Rawlins, NICE
05.27(일)	의약품 접근, 의약품 정책, 그리고 보건의로 개혁	중국: Dr Sun Jing, 국립병원 선임연구원
		일본: Kazuko Kimura 교수, 카나자와대학
		한국: 권순만 교수, 서울대 보건대학원
		인도: Dr Amit Sen Gupta, 정부
	의약품 정책의 시행 경험	인도네시아: Dr Lucky Slamet, NADFC
		말레이시아: Dr Sauwakon Ratanawijitrasin,
		라오스: Dr Lamphone Syhakhang, FDD
		태평양 섬국가: Melenaite Mahe
제약 산업과 의약품 정책	Dennis Ross-Degnan교수, Dr Eugene Salole, Dr Sivalal Sadasivan, Reiner Gloor	
마약성 진통제의 접근과 합리적 사용	Anthony Smith, Krisantha Weerasuriya, Siutak Siua, John Dowden	
05.28(월)	의약품 정책의 시도: 해결방법과 풀리지 않는 문제들	방글라데시: Dr Zafrullah Chowdhury
		스리랑카: Dr Palitha Abeykoon, WHO
		베트남: Dr Truong Quoc Cuong, WPRO
		필리핀: Dr Madeleine de Rosas-Valera
	의약품 정책의 미래	Michalel Rawlins, NICE
05.29(화)	의약품 정책 시행의 지지: 향후 방향	Carol Bennet, Dr Amit Sen Gupta, Dr Niyada Kiatyng-Angsulee, Dr Michael Chai, Dr Sun Jing

Plenary Session에서는 WPRO(WHO의 서태평양지역 사무국)와 SEARO(WHO의 동아시아지역 사무국), 영국 NICE에서 국제 의약품 정책의 현재와 국제적 관점에서의 의약품 정책에 대해 발표했고, 호주, 중국, 일본, 한국, 인도, 인도네시아, 말레이시아, 타일랜드, 라오스, 태평양 섬 국가들(통가), 방글라데시, 스리랑카, 베트남, 필리핀에서 각 국의 의약품 정책에 대한 경험을 발표했다. 워크숍에서는 필수약품 목록과 선택, 재정과 건강보험제도, 의약품의 질 확립, 의약품 공급과 분배, 제네릭 의약품 정책, 항생제 내성과 합리적인 항생제 사용, 의약품 안전성, 광고와 프로모션, 합리적인 의약품 사용을 주제로 열렸고, 심포지움은 지속가능한 국제 의약품 정책의 법제화 마약성 의약품의 접근과 사용 의약품 사용 모니터링 소비자 교

육과 의료정보 이해 능력을 주제로 진행되었다.

3. 컨퍼런스 주요 내용

가. National Medicine Policies(NMP)와 의약품의 보편적 접근

National Medicine Policies(이하 NMP)의 궁극적 목표는 의약품 접근권을 보장하고, 필수약품의 이용가능성과 지불가능성, 효과와 질을 향상시키는 것이다. 그리고 공급자와 소비자의 합리적인 사용을 유도하는 것이다. 1995년 첫 번째 National Medicine Policy 컨퍼런스에서는 아시아 태평양 지역 보건의로 서비스와 필수약품의 보편적 접근을 향상시키는데 관심이 집중되었다. 대부분의 아시아 태평양 지역의 개발도상국들은 공식적으로 정부의 책무를 반영하고 그들의 목표를 달성하기 위한 가이드라인을 제시하는 종합적인 NMP를 가지고 있다. 그러나 NMP와 필수 의약품에 대한 개념이 널리 받아들여짐에도 불구하고 특히 많은 개발도상국의 다수의 국민들이 여전히 필요한 의약품에 일반적으로 접근할 수 없다는 부정할 수 없는 불편한 진실이 여전히 남아있다. 서태평양 지역에서는 공공기관과 민간기관에서 필수 약품의 선택적 이용 가능성은 단지 50%에 불과하다. 의약품이 의료기관에서 이용가능하지 않을 때 환자들은 그들 스스로 구매를 하게 되고 이것은 종종 가난한 환자들은 이용할 수 없다는 것을 의미하게 된다. 보건의로 서비스에서 필수 약품의 개념은 인권의 한 부분으로 널리 받아들여진다. 정부와 다른 이해관계자들은 그들의 노력을 재정비하고 그들의 책무에 따른 행동을 실행하고 전달체계가 필수약품에 대해 보편적으로 접근할 수 있도록 발전시켜야 한다. 의약품 정책은 모든 이해관계자들이 함께 의약품 접근성 향상에 실제적인 향상을 달성하도록 가이드라인을 제시해야 한다. 그러한 노력은 정기적으로 모니터링 되어야 하고 감염성 질병과 비감염성 질병, 그리고 모성과 소아 질환에 실제적인 건강결과의 향상과 어떤 관계가 있는지 비판적으로 검토되어야 한다.

많은 국가들이 더 나은 의약품 사용을 장려하는 기초적인 정책을 시행하지 않고 있는데, 이는 아마도 그 효과성에 대한 근거의 부족 때문일 것이다. 의약품 정책의 시행 숫자와 의약품 사용에 대한 표준화된 측정결과 사이의 관계를 실험한 연구 결과를 분석하였는데, WHO의 정책과 의약품 데이터베이스, 2003년부터 2007까지 각국의 보건부에 보낸 설문조사에서 추출한 데이터, 그리고 2002년부터 2008년까지 각국의 사용량 데이터를 이용하였다. 이환율과 사망률에 있어서 가장 중요한 요인 중 하나는 필수 의약품에 대한 접근성 문제. 질 낮은 가짜약과 부적절

한 사용이 문제이다. 비합리적인 의약품 사용은 전 세계적 문제가 되고 있고 이를 뒷받침할 수 있는 계량적인 분석이 필요하다. 개발도상국과 중진국의 1990년~2009년 1차 의료에서 의약품 사용의 체계적 문헌 분석 결과(KA. Holloway) 모든 지역에서의 의약품 사용은 지난 25년간 공공영역보다 민간영역에서 더 나쁜 결과를 보였다. 이를 위한 효과적인 정책은 복합적인 구성요소들로 공급자와 소비자에 대한 교육과 감독이다. 의약품 사용에 대한 데이터베이스는 의약품 사용을 모니터링 하는데 이용할 수 있고 방법론적 한계 때문에 데이터가 적은 개발도상국과 중진국에 정책적으로 이용될 수 있다. 의약품 사용과 관련하여 다방면을 모두 고려한 정책의 시행과 정책 효과에 대한 적절한 연구방법으로 평가하는 것이 필요하다. 다른 나라들과 의약품 사용 데이터 비교를 통해 분석방법에 대한 타당도를 높이는 것이 필요하다.

선진국은 물론 개발도상국에서도 Health technology assessment(HTA)를 국가의 의사결정에 사용하는 사례가 늘고 있다. HTA는 건강을 증진시키고, 질병을 예방하고 치료하고, 생활습관을 개선하는 장기적인 의료 서비스의 방법 모두에 해당된다. HTA의 방법론적 시도에 대한 관점은 국가마다 다양한 범위를 가진다. 영국에서는 NICE가 이에 대한 기준을 제시하고 있다. NICE는 NHS하에 새로운 의료기술에 대한 도입의 지연과 보수적인 진료지침에 대해 투자를 확대하고, 신의료기술 도입을 촉진하기 위해 1999년 설립되었다. NHS를 대신하여 적절한 치료제의 사용과 질병관리, 예방 증진에 대해 가이드라인을 만들고 약제의 비용-효과성 평가를 담당하고 있으며 효과성에 기반을 둔 경제성평가를 통해 최적의 치료에 대해 평가하고 결정한다. NICE 자문위원회는 의사, 간호사 등 보건의료전문가와 제약업계 종사자, 환자 권익 옹호단체, 학계, 시민 위원회 등 다양한 그룹의 이해당사자들이 모두 참여하고 있으며, 무보수이다. 의사결정에 확실한 근거가 제시되어야 하고, 전문가 조언과 과학적, 사회적 가치에 대한 판단 및 근거를 바탕으로 종합적인 판단을 하고 있다.

나. 의약품에 대한 접근, NMP, 보건의료 개혁

① 중국: 보건의료 개혁과 보편적 접근을 보장하는 필수 의약품 체계

중국의 국가 지도자는 건강증진과 함께 사회 경제적 개발을 조화시킬 강한 정치적 바람을 가지고 있다. 지난 20년간의 빠른 경제성장에 발맞추어 2009년부터 전 국민에게 포괄적이고 체계적인 보건의료 개혁을 단행하였다. 기본적인 보건의료 체계에 대한 보편적인 접근의 체계는 2011년 기본 건강 보험의 전 국민 보장이 95%에 달성됨에 따라 마련되었다. 급여 패키지는 민간보험을 감소시킬 목적으로 지속적으로 개선되고 있다. 필수 의약품은 공급, 재정, 가격, 상

환, 질 평가, 합리적 사용 등의 요소에 따른 가이드라인에 따라 선택되고, 필수 의약품의 가격은 30%인하되었다. 향후 4년 동안 전 국민 기본 건강보험 체계로 개선하기 위해 세 가지 중점 개혁이 단행될 것이다. 필수 의약품 체계를 통합하고, 1차 의료에 새로운 작동 메커니즘을 만들고, 병원을 확장할 계획이다. 안전하고 효과적인 의약품의 보편적 접근과 편리하게 기본 의료 서비스에서 이용가능 하도록 2020년까지 완전히 보장할 예정이다. GDP상승 대비 기대여명의 증가 수준이 낮다. 이를 보완 할 여러 가지 개혁이 대두되고 있다. 보험 약가에서는 혁신성에 따라 약가가 달라진다. 중국은 약가와 관련하여 Zero Mark-up 정책을 취하고 있다.

② 일본: 전 국민 건강보험 정책 시행의 경험

일본은 전 국민 건강보험을 시행한지 50주년이 되었다. 일본의 전 국민 건강보험의 역사는 50년도 더 된 1905년 가네보 회사와 아와타 철강 국영기업이 설립되면서 고용자를 위한 의료 서비스 급여보조를 통해 시작되었다. 1922년 공장, 광산, 운송 노동자를 위한 건강보험법이 제정되었고, 전 국민의 3% 정도가 보장받았다. 1938년 전 국민 건강보험법이 제정되고 1943년까지 74.6%가 건강보험의 혜택을 적용받았다. 1961년부터 모든 국민이 건강보험의 혜택을 적용받게 되어 전 국민 건강보험이 시작되었다. 건강보험의 적용은 항생제와 다른 의약품들의 접근을 보장한다. 감염성 질환과 예방접종 적용 질환에 따른 영아사망률이 1950년에서 1965년 사이 현저히 떨어졌다. 결핵으로 인한 성인 사망률도 1950-1975년 사이 급격히 낮아졌다. 의약품과 의료 서비스에 대한 보편적 접근을 보장하는 것은 일본의 기대여명을 전 세계에서 가장 긴 나라로 만들었다. 생활 습관과 교육 수준, 보건 의료 체계의 설립, 위생시설, 모자보건, 강력한 정부의 정책 집행력과 같은 다양한 요인들이 수명을 증가시킨 요인이다.

③ 한국: 한국의 의약품 정책-건강보험에서 가격결정과 급여, 모니터링의 역할

한국은 전 국민 건강보험을 가지고 있다. 의약품에 대한 건강보험 급여는 경제성 평가에 기초한 선별등재목록에 따라 이루어지고 있다. 오리지널 의약품의 약가의 결정은 보험자와 제약사 간의 협상에 의해 이루어지고, 제네릭 의약품의 약가는 오리지널약가의 53.55%로 정해진다. 전 국민 건강보험 체계는 의사의 처방행위를 모니터링하고 약제비 지출을 제한하는 정책을 시행하기 위해 비용, 다품목, 제네릭과 항생제의 사용을 모니터링하고, 처방총액을 절감한 경우 인센티브를 제공하며, 실시간 DUR 점검을 통해 병용금기, 임부금기, 중복처방 등을 막고 있다. 정보화 기술의 발달로 의약품 사용에 대한 공급자의 행위에 대한 정보를 제공하고 보험자의

웹사이트에 이를 공개하고 있다. 정책적 간섭에도 불구하고 약제비 지출은 여전히 보건의료비 지출에서 상당한 부분을 차지하고 있다. 지불체계 전체의 개혁이 요구되지만 공급자의 강한 반대로 이루어지기 어려운 구조이다.

④ 인도: 전 국민 건강보험을 향한 노력

인도는 질 좋은 의약품에 대한 보편적 접근과 관련하여 모순적인 상황이다. 인도는 세계에서 의약품 생산량이 3번째로 많다. 그러나 필수 의약품에 대한 접근이 보장되지 않고 있다(6500만 명이상). 인도에서 핵심 장벽은 보건의료 서비스 이용에 대한 높은 수준의 본인부담금이다. 총 보건의료 서비스의 25%만 공적 자급에 의한 지출에 해당한다. 의약품 구매의 75% 이상이 본인부담으로 소비되는 의약품의 80% 이상이 소매 판매에 의해 지배받는 구조를 가지고 있다. 인도에서 보건의료 체계에 대한 두 가지 도전이 있다. 하나는 의약품의 조달과 분배를 개선하는 것을 포함하여 공공의료체계에 의한 급여 범위를 현저히 강화시키는 것이다. 두 번째는 지속적으로 필수 의약품의 가격을 조정하는 메커니즘을 확장시키는 것이다. 인도에서 주목할 만한 가치는 TRIPS협정과 관련된 것으로 TNC에 의한 인도의 제네릭 제품 생산 회사들이 취약한 입장에 있다는 것이다.

다. NMP의 시행경험

① 라오스: 제한된 자원 환경에서의 NMP 시행

NMP는 1992년 개발되었고 1993년에 의회에 의해 지지되었다. 2000년에 개정을 거친 NMP의 주요 목적은 필수약품의 이용과 지불에 형평한 접근을 보장하는 것과 모든 의약품의 질, 안전성, 효과성을 높여 합리적인 의약품 사용과 전통 의약품 사용을 장려하는 것이다. NMP 개발시기부터 주요 목표 달성은 보고되었다. 질 평가 체계, 의약품의 선별등재, 허가와 조달이 법과 규제에 강화되었다. 정부에서 운영하는 약국과 민간약국, 제약회사, 생산 공장 모두 GMP에 따른 지표에 따라 규정을 준수했다. 의약품의 합리적 사용을 증진시키기 위해 표준 치료 지침을 개발하고 의료진과 공공 의료기관 스태프에게 제공하였다. 의약품과 치료 위원회를 만들었다. 이런 노력에도 불구하고 많은 도전과제들이 여전히 남아있다. 특히 법적 규제 강화가 필요하고 질 평가 체계와 합리적 의약품 사용과 지속가능한 의약품 재정의 마련이 필요하다. 의약품의 질과 효과, 안전성을 보장한 의약품의 접근을 보장하기 위한 가격 조절도 필요하다.

② 태평양 섬국가: 작은 섬 국가들의 NMP 시행

NMP와 관련한 14개 태평양 섬 국가(PIC)들의 보건부장관 핵심 회의가 1995, 1997, 1999, 2009년에 있었고 파트너와 다른 이해관계자들의 기술적, 재정적 지원이 존재했다. 우선적인 목표는 의약품 영역을 강화하는 것이고 필수약품 접근을 보장하여 건강을 향상시키는 것이다. 그러나 섬 국가들은 정치적 역량의 부족과 의회의 역량 부족, 자격을 가진 의료인의 부족, 빈번한 의료진의 교체, 다른 정부와의 협력 부족, 재정부족 등으로 NMP시행에 어려움을 겪고 있다.

라. NMP의 시행 도전: 시행방법과 해결되지 않는 문제들

① 방글라데시: NMP의 역사와 현재

1982년 6월 12개의 의약품 영역과 4개의 제약 산업 영역에 대한 National Drug Policy Ordinance를 제정하였다. 필수약품의 가격 고정에 관한 것도 여기에 포함된다. 1700개가 넘는 해롭고 불필요한 의약품을 목록에서 제거하고 폐기하였고, 대부분의 약가는 2년 동안 50~75%가 떨어졌다. 의약품 등재와 의약품의 질은 개선되었다. 방글라데시는 1981~1982년에 필수약품을 자체 생산하였다. 정부는 1982년 NDP를 강제로 단행하여 117개 의약품과 백신의 가격을 고정하였다.

② 스리랑카: NMP의 역사와 현재

효과적이고 안전한 의약품을 사용하기 위한 노력은 50년 전 Senaka Bible 교수 때부터 2005년 종합적인 NMP까지 시도되었다. 그러나 이해관계자 집단이 이를 수용하는 과정과 맥락에서 NMP의 결과가 달라졌다. NMP에는 효과, 안전성, 질과 합리적 사용 등에 관련된 정책들의 주요 요소뿐만 아니라 필요에 대한 고려와 비용-효과적인 기준에 따른 의약품 등재 또한 논의되어졌다. 정책의 시행에 있어 정치적 사회적, 기술적인 여러 가지 어려움이 존재하여 정책 시행을 위한 제도의 법제화가 매우 느리게 진행되고 지난 몇 년간 아직 가시적인 성과는 없다.

마. NMP의 미래

2030년이 되면 의약품 사용은 실시간이면서 누적된 환자의 기록을 바탕으로 의사결정에 도움을 주는 도구로 전자의료 기록이 지배적일 것이다. 전자의료기록에는 환자의 모든 유전자 지도가 포함될 것이며 약물유전학과 맞춤형 의약품의 발전과 더불어 통신처방(telemicine)의 기

회가 제공될 것이다. 우리가 의약품을 사용하는 방법에 예상할 수 없는 혁명이 일어날 수 있다. 여러 기술의 혁신에 따라 이런 새로운 시스템에 필요한 고도의 개인정보보호 방안이 요구될 것이며 향후 기술의 발전이 가져다주는 혜택을 누리기 위해 부가적인 문제들을 잘 해결해 나가는 것이 필요하다.

바. 재정과 건강보험

의약품 보험급여를 위한 핵심 질문으로 어떻게 위험을 보호하고 최소한의 급여 패키지를 구성할 것인가를 던졌다. 각국의 접근방법에 대해 논의하고 최소한의 의약품 급여 패키지 구성에 대한 의견을 나누고, 필요에 대해 어느 수준까지 보장할 것인지, 필요를 충족하기 위한 방법으로 어떤 특성을 가진 급여체계를 만들지, 최소한의 급여체계를 구성하기 위해 필요한 정보는 무엇인지, 어떤 보건의료 체계를 기초로 구성되어야 하는지에 대한 답을 하였다. 의견은 각 국가 별로 비슷한 수렴과정을 거쳤는데, 대부분 필수약품에 대한 급여패키지 구성을 찬성했다. 그러나 그 지불체계에 대해서는 국가가 처한 상황과 재정운영방식에 따라 다른 의견을 냈다. 공공 의료기관에서 전액무상으로 제공하는 방안이 있었고, 개별 의료기관에서 제공하고 정부가 상환하는 방식을 제시하기도 하였다.

사. 제네릭 의약품 정책

제네릭 의약품(generic drugs, generics)은 사전적 의미로 브랜드 명칭이 주어지지 않고 생산·판매되는 의약품으로 오리지널 브랜드(original brand) 의약품과 동일한 주성분을 포함하고 생물학적 동등성이 있다고 간주되는 것을 말한다. 제네릭 의약품은 오리지널 브랜드 의약품에 소요된 연구개발 비용이 적용되지 않아 가격을 낮출 수 있기 때문에 가격경쟁을 통해 보다 비용효과적인 치료로 접근성을 높일 수 있다고 기대되고 있다. 제네릭 의약품은 의약품 접근성을 높이는 의미에서 중요하다. 그러나 규제와 재정적 인센티브의 부족으로 질 낮은 제네릭 제품이 종종 사용되고 있다. 이러한 제네릭의 생동성에 대한 신뢰부족으로 공급자와 소비자 모두 제네릭 보다 오리지널 의약품을 선호하는 경향을 보인다.

대부분의 국가에서 제네릭 의약품의 생물학적 동등성에 대한 신뢰가 낮음을 지적하였다. 오리지널 제약사의 홍보로 제네릭 의약품의 선호가 떨어진다는 의견이 있었다. 태국에서는 의사가 오리지널과 제네릭 의약품을 동시에 처방내면 환자가 선택할 수가 있지만, 환자가 무엇을 선택하든지 환자의 본인부담이 없기 때문에 유인책이 없어 활성화 되지 못하고 있다. 국내 제약

사에 대한 신뢰부족이 국가마다 문제시 되었고, 식약청과 같은 기관의 규제와 점검이 신뢰 향상을 위해 중요하게 제시되었다. 본인부담금을 차등화 시켜 환자의 선택권을 보장하면서 재정적 인센티브를 작동하게 하는 방안이 좋다는 의견이 제시되었다. 의대 교육과 수련과정에서 제네릭 의약품 사용을 사용하도록 권장하는 교육이 필요하고, 진료지침과 치료 가이드라인을 통해 제네릭 의약품 사용을 사용하도록 하는 것과, 프로모션, 캠페인 등을 통한 홍보가 필요하다는 의견이 있었다.

아. 소비자 교육과 의료정보 이해능력

자가 학습과 정보 검색 능력을 향상시켜 의약품 사용을 증진시켜야 한다. 예방, 증상의 인식, 복약 순응도 향상 등을 통해 입원과 응급이용률을 낮추는 것이 장기적으로 도움이 된다. 특히 핸드폰으로 이용 가능한 정보 제공이 효과적이다. 현재 환자들은 의사보다 인터넷에서 건강정보를 제공받는 경우가 많다. 의약품과 설명지, 안전한 사용법, 적응증 등 기본 정보에 대한 지식 제공이 필요하다. self care, family care, community care의 개념에서 환자 또는 소비자에 대한 교육을 하는 것이 필요하다. 호주에서는 Consumers Health Forum이라는 조직을 통해 소비자 교육을 진행하고 있다. 호주 NPS에서는 특히 노인들의 의료정보 이해능력의 증진을 위한 교육을 실시하고 있다.

자. 항생제 적정 사용

과잉 처방에 대한 의사 교육 및 처방 모니터링 필요하다. 우리나라 약제급여적정성평가를 통한 항생제 처방률 모니터링 사업 및 처방률 공개의 효과에 대해 소개하였고, 대부분의 나라에서 항생제는 과잉 사용되고 있으며 적절한 항생제가 선택되고 있지 못하다는 의견이 제시되었다. 상대적으로 의사의 항생제 처방률이 낮은 네덜란드에서는 대신 동물에 대한 항생제 사용이 문제가 되고 있음이 지적되었다.

4. 나가며

이번 컨퍼런스를 통해 아시아 태평양 국가들의 국가 의약품 정책의 논의 수준이 나라별로 격차가 심한 현실을 인지할 수 있었다. 전문 인력의 공급이 충분하지 않은 도서국가에서부터 국민건강보험 또는 국가보건의료체계를 통해 약제 급여를 확대하려는 노력(특히 중국), 국가보건의

체계를 통해 필수약품들을 중심으로 제공해오던 약제급여를 확대하기 위한 방안 마련이 필요한 나라 등 국가별로 약제 관련 정책에 차이가 컸다. 향후 국가별 차이점을 고려한 관계 형성이 필요할 것으로 예측된다.

발전한 정보 기술을 토대로 전 국민 단일 건강보험의 정보를 통해 약가 관리, 사용 관리가 이루어지고 있는 우리나라 사례는 심평원의 활동을 중심으로 소개되었는데, 중국, 말레이시아 등 국가에서 특히 많은 관심을 보였다. 호주의 NPS, 미국 하버드 대학 전문가 등은 한국 의약품 관리 정책에 대한 관심이 컸으며, 정책 효과 등에 대한 국제적인 학술 활동을 활성화할 것을 요청하였다. 국제기구 및 아시아, 태평양 국가의 의약품 정책 관련 핵심 전문가 및 전문 인력들과 조우함으로써 향후 아시아 태평양 국가들과 연계 방안 마련의 기초를 확보할 수 있는 기회가 되었다. 🌐

참고문헌

1. Kathleen Holloway, Verica Ivanovska, Dennis Ross-Degnan. Medicines use in primary care in developing and transitional countries: Results from studies reported between 1990-2009, WHO.
2. Asia pacific conference on National Medicine Policies Final Program and Abstract Book, 2012.