

## 태국1)

태국이 의약품접근권을 보편적인 권리로 확보하는데 성공한 요인은 브라질과 마찬가지로 첫째 무상의료를 위한 입법, 둘째 의약품을 제조할 수 있는 공적 부문의 능력, 셋째 강력한 사회운동을 들 수 있다<sup>2)</sup>. 차이점은 태국은 초국적제약회사와의 가격협상이 실패한 후 가격협상에 의존하지 않고 강제실시를 확대해나가지만 브라질은 강제실시를 가격협상을 위한 수단으로 활용하며 가격협상에 의존하였다. 초국적제약회사와 미국정부가 강제실시를 철회하라고 압박을 가하고, 세계보건기구마저 비판을 보내는 상황에서도 항암제에까지 강제실시를 확대해나가는 태국의 상황은 전 세계의 주목을 받고 있다.

### ① 물질특허의 도입

미국정부는 1985년부터 태국에 의약품에 대해 물질특허를 도입하지 않으면 무역제재를 가하겠다고 위협했다. 태국은 1979년에 의약품 제법특허를 도입하였지만 물질특허는 허용하지 않았다. 태국의 변호사, 학자, NGO 등은 연합체를 만들어 미국의 압력을 감시하고 맞섰지만 1992년에 미국정부와 화이자의 압력으로 특허법을 개정하여 물질특허제도를 도입하고 특허기간을 15년에서 20년으로 연장했다. 태국은 2005년까지 TRIPS협정의 이행을 유예받은 국가에 속했지만 말이다. 92년 이전에 제법특허를 받은 의약품에 대해 물질특허를 소급 적용하여 인정하는 것은 금지했다. 미국은 92년 이전에 미국에서 특허를 받은 의약품에 대한 보호가 되지 않는다는 이유로 다시 압력을 가해, '안전도 감시 프로그램(SMP; Safety Monitoring Programme)'을 두기로 1993년에 미.태국 쌍무협정을 체결하게 되었다. SMP의 명목상 목적은 의약품 시판후 감시 정보(postmarketing surveillance data)를 수집하기 위한 것이었지만 실제로는 'pipeline product protection'이었다. 1986년과 1991년 사이에 태국 국외에서 특허되고 태국에서 판매된 모든 의약품에 대해 5-6년 동안 SMP의 대상이 되도록 하였다<sup>3)</sup> SMP 목록에 올라와 있는 의약품에 대해서는 타인이 제네릭 의약품을 등록할 수 없고 생물학적동등성 검사를 할 수도 없어 5~6년 동안 독점판매권을 보장받게 되었다. 태국정부는 안전장치의 일환으로 의약품특허재조사위원회(Pharmaceutical Patent Review Board)를 만들어 의약품 생산비용과 가격 등을 포함한 정보를 수집하도록 했다. 그러나 태국정부는 다시 미국의 압력에 의해 1999년에 특허법을 개정하여 의약품특허재조사위원회를 폐지하고, 의약품 특허에 대한 강제실시를 제한하였다<sup>4)</sup>. 2001년 1월에 태국의 식품의약부(Thai Food and Administration; FDA)가 이 독점판매권을 3-4년으로 줄이는 행정지침을

1) 이 글은 권미란. 건강권을 넘어선 재산권, 이에 맞서는 의약품접근권 투쟁의 일부이다.

2) Nathan Ford, David Wilson, Gabriela Costa Chaves, Michel Lotrowska, Kannikar Kijtiwatchakul. Sustaining access to antiretroviral therapy in developing countries: lessons from Brazil and Thailand. 국경없는 의사회. 2007

3) 이런 과정은 1987년 우리나라에서 물질 특허 제도를 도입할 당시 미국이 미시판 물질에 대해 행정지도 보호 품목(pipeline product)의 지정을 요구했던 것과 유사하다. 이로 인해, 80년 이후 미국의 특허를 받고 87년 이전까지 한국이나 미국에서 판매되지 않은 의약품에 대해 10년간 국내 제조, 판매를 제한받게 되어 특허보호의 효력이 80년 특허제품까지 소급적용되었다 (이성미, 'WTO와 의약품 시장', 「WTO와 민중의 건강 토론 회 자료집」 2000, 41면, 각주 17에서 재인용)

4) Nathan Ford, David Wilson, Gabriela Costa Chaves, Michel Lotrowska, Kannikar Kijtiwatchakul. Sustaining access to antiretroviral therapy in developing countries: lessons from Brazil and Thailand. 국경없는 의사회. 2007

마련하자, 미국은 방콕에 외교관을 보내 무역압력을 가하는 등 실질적인 압력을 행사했다. 경제의 60%를 수출에 의존하고 있고 미국 수출이 25%를 차지하기 때문에, 태국에 대한 미국의 정치적 영향력은 대단하다<sup>5)</sup>.

## ② ddi(didanosine) 특허 포기<sup>6)</sup>

태국에 최초의 에이즈치료제 지도부딘이 공급된 것은 1992년이였다. 태국의 국영 제약회사 GPO(Government Pharmaceutical Organization)는 1992년에 에이즈치료제 디다노신과 지도부딘을 국내생산하기 위한 연구개발을 시작하여 1995년에 오리지널 의약품의 1/6의 가격으로 지도부딘을 출시하였다. 1995년에 태국에서는 지도부딘과 디다노신(혹은 잘시타빈)을 함께 사용하는 dual therapy를 시작하였다. 2000년이 되어서야 triple therapy를 시작하게 되었는데 비싼 약값 때문에 1500명에게만 국가에서 공급할 수 있었다.

1992년 7월에 BMS는 에이즈치료제 디다노신(상품명: 바이텍스)에 대한 특허를 태국에 신청하여 1998년에 특허를 획득했다. BMS는 디다노신에 대해 2개의 제법특허를 가지고 있었는데, 이것은 디다노신의 제네릭 약물 생산을 금지할 수 있었다. 반면 미국에서는 1991년에 특허를 신청하여 1999년에 특허등록되었다. 그러나 디다노신의 한달비용은 태국민의 월수입보다 많은 136달러였다. 태국은 1997년 외환위기를 맞이하여 1인당GNP는 1998년 기준으로 1823달러이고, 2001년 태국에서 가장 높은 최저임금을 가진 방콕과 푸켓의 최저임금은 하루에 165바트(약 5000원)이다. 1998년에 의약품특허재조사위원회는 과도한 의약품 가격이 공중보건의 이해에 반할 경우 강제실시를 촉구하도록 권고했고, 1999년에 태국국영 제약사GPO는 지적재산권부(DIP)에 디다노신에 대한 강제실시를 허용할 것을 탄원했다. 그러자 미무역대표부와 미제약협회는 강제실시 폐지, 의약품특허재조사위원회 폐지, 지적재산권 침해에 대한 감시강화, 독점보호기간 연장을 요구하였다. 또한, 태국의 최대 해외 무역품인 보석의 미국 시장 진출을 줄이겠다는 위협과 함께, 목재와 보석의 미국 수출품에 대한 관세를 깎아 주겠다는 제의를 했다. 태국정부는 1999년에 특허법을 개정하여 의약품특허재조사위원회를 해체시키고 의약품특허에 대한 강제실시를 제한하였다. 1999년 9월에 에이즈운동단체가 강제실시를 청구하였으나 2000년 1월 태국정부는 에이즈치료제를 포함하여 필수의약품의 강제실시는 제한될 것이라고 발표하고 디다노신에 대한 강제실시를 거절했다<sup>7)</sup>.

그러나 2001년 5월 태국의 NGO와 에이즈환자들은 가격재심사를 요구하고, BMS와 태국지적재산권부를 상대로 특허법위반소송을 제기했다. 태국지적재산권부는 BMS에게 디다노신 5~100mg에 대해서만 특허를 승인해주었는데, 몇 년 후 BMS는 지적재산권부에 함량제한을 수정할 것을 요구했다. 지적재산권부는 특허에 해당하는 함량을 명기하지 않음으로써 BMS의 디다노신 제조권을 강화시켰던 것이다. 결국 2002년 10월 태국 법원은 다른 소비

5) 남희섭. 의약품 특허의 강제실시-남한의 현황과 외국의 사례. 공유지적재산권모임 IPLeft. 2001 민중의 복지, 노동권생활권 쟁취를 위한 연대 한마당 의약품 공공성 한마당. 2001.10.27

6) 권미란. 태국의 에이즈치료제 접근권 투쟁, 6년만에 완전한 승리!! 평등사회를 위한 민중의료연합 공공의약센터. 2004을 수정하였다. 주로 <http://www.cptech.org/ip/health/c/thailand/arv-ipdisputes.html#Didanosine>를 참고하였다.

7) [www.cptech.org/ip/health/c/thailand/tmr-jan22-2000.html](http://www.cptech.org/ip/health/c/thailand/tmr-jan22-2000.html)

제와 달리 “의약품은 인간의 생명에 기본적인 필수요소 중 하나이다”라고 결론지었다. 그리고 “높은 가격에서 기인하는 의약품 접근권의 결핍은 환자의 인권을 침해한다”며 BMS의 특허권의 범위에 대해 제한을 두었다. 디다노신 5~100mg에 대해서만 특허권이 있다고 판결이 남으로써 제 3자가 100mg이상의 디다노신을 제조하는 것이 가능하게 되었다. 이 판결로 인해 태국 국영제약사 GPO는 125, 150, 200mg의 디다노신을 제조하겠다고 발표했다. 그러나 이 판결에 대해 BMS는 불복하였다.

첫 소송의 승리로 용기를 얻은 태국 활동가들은 디다노신 특허에 대한 근본적인 도전을 하였다. 2002년 10월에 태국의 에이즈환자들은 디다노신 특허무효소송을 제기했다. 디다노신은 미국립보건연구소(NIH)에서 발명하였고, BMS는 디다노신에다 제산제를 혼합하여 ‘바이텍스’라는 이름으로 상품화했을 뿐이기 때문에 새로운 발명품이라고 볼 수 없다는 이유였다. 두 소송을 둘러싸고 BMS와 태국의 NGO, 에이즈환자단체간의 싸움은 지속되었는데, 2004년 2월 17일 결국 BMS는 “태국민들에게 특허권을 바친다”며 특허철회서를 제출함으로써 태국 국영제약사 GPO는 BMS보다 훨씬 싼 가격으로 디다노신을 자체 생산하여 공급할 수 있게 되었다

6년간의 디다노신 접근권 투쟁을 어렵고 길게 만든 주요한 배경은 무역보복이라는 구체적인 수단을 이용하여 특허권강화를 요구하는 미국의 압력이었다. 더욱이 태국은 1997년 외환위기를 겪었고, 미국은 태국의 가장 큰 단일수출시장이다. 태국정부는 미국의 압력에 굴복하여 디다노신 강제실시 계획을 철회하고 말았다. 이러한 악조건에서도 디다노신 투쟁이 승리할 수 있었던 이유가 있었다.

- 첫 번째, 디다노신은 BMS의 발명품이 아니라 미국립보건연구소(NIH)의 발명품이었다.
- 두 번째, BMS의 특허권은 애초 5~100mg으로 한정되어있었다.
- 세 번째, 디다노신을 자체생산할 수 있는 국영제약회사GPO가 존재했다.
- 네 번째, 가격협상이 아닌 강제실시청구와 특허무효소송으로 대응했다.
- 다섯 번째, ACT UP, CPtech(기술에 관한 소비자 프로젝트), MSF(국경없는 의사회)등과의 국제연대를 통해 미국정부에 대한 압박투쟁을 지속적으로 하였다.

태국의 NGO와 에이즈환자단체는 BMS의 특허가 5~100mg으로 제한되어있었던 점을 활용하여 특허법을 위반하지 않고도 100mg이상의 약을 생산할 수 있는 방법을 찾았으며, 오히려 특허법위반으로 BMS와 태국지적재산권부(DIP)를 고소함으로써 상황을 역전시켰다. 그리고 BMS와의 약가협상이 아닌 강제실시청구와 특허무효소송이라는 전술을 사용함으로써 승리를 거둘 수 있었다. 즉 제약사의 선심에 의존할 수밖에 없고 언제든지 공급의 불안정성을 담보해야하는 약가인하가 아니라 태국내에서 BMS보다 훨씬 싸게 자체생산하여 공급할 수 있게 되었다. 뿐만아니라 이 투쟁은 태국특허법에서 강제실시를 폐지하려고 한 미국의 압력을 저지함으로써 의약품 접근권의 돌파구를 유효하게 만들었다. 글리벡과 마찬가지로 의약품 개발에 있어서 공적부문의 공헌을 특허권이라는 수단을 통해(혹은 특허권을 제약자본에게 유리하게 남용함으로써) 독점이윤을 창출하려는 거대제약사의 탐욕을 보기 좋게 꺾어낸 에이즈환자와 활동가들의 승리이다.

### ③ 전국민건강보험제도의 도입8)

8) 서보경. 태국 에이즈감염인의 의약품 접근권 운동. 서울대학교 인류학석사학위논문. 2008.2

태국에서 전국민을 대상으로 국가의료보험이 도입된 것은 National Health Security Act 2002가 제정되어 일명 ‘30바트 의료보험’이 도입되면서부터이다. 태국의 의료보험은 공무원 보험(The Civil Servant Medical Benefit Scheme), 고용보험(The Social Security Scheme), 30바트 의료보험(Universal Coverage Scheme)으로 구성되어 있고, 6200만명의 태국 국민 중에서 각각 500만명, 850만명, 4850만명에게 혜택을 보장하고 있다. ‘30바트 의료보험’은 국공립 병원에 한번 방문할 때마다 30바트만 내면 치료를 받을 수 있도록 했고, 지금은 30바트도 내지 않게 되었다. ‘30바트 의료보험’은 흔히 탁신 정부의 성과로 평가되지만, 전국민 의료보험의 초안이 보건의료운동진영을 통해 만들어졌다. 디다노신 사건에도 깊이 관여한 바 있는 Foundation for Consumers는 1999년 기존 의료보험의 문제점에 대한 조사를 시작하여 2001년 5만명 이상의 서명을 모아 ‘30바트 의료보험’의 모태가 되는 법안을 발의했다. 이 운동에는 노조 및 보건의료운동진영이 다수 참가했으며 에이즈 운동진영 역시 깊이 관여하게 된다. 그러나 태국정부는 비싼 에이즈치료비용 때문에 2002년에 전국민건강보험제도가 시행되었을때 에이즈치료를 포함시키지 않았다.

태국의 생존 HIV감염인은 50만명이 넘는다. 태국정부가 이들에게 에이즈치료를 공급할 수 있었던 것은 태국국영제약회사인 GPO가 에이즈치료를 직접 생산하여 싸게 공급했기 때문이다. 1995년에 태국국영제약회사가 처음으로 지도부딘이라는 에이즈치료를 생산한 데 이어 2002년부터 태국국영제약회사는 세 가지 에이즈치료제 라미부딘+스타부딘+네비라핀을 한 알로 만든 첫 번째 복제약 GPO-vir을 한 달에 1200바트(31달러)에 판매하기 시작했다. 반면 태국에 수입되는 오리지널 의약품은 18620바트(490달러)이다. GPO-vir의 생산으로 2000년에 만들어진 Access to Care Program은 2001년에서 2003년 사이에 40%의 예산 증가만으로 8배 이상 확대되었다. 이러한 비용절감을 통해 태국정부는 2004년부터 ‘HIV/AIDS감염인을 위한 국가에이즈치료제접근프로그램(National Access to Antiretroviral Program for People Living with HIV/AIDS)’으로 확대하였고, 2005년 10월부터 전국민건강보험체계속에 에이즈치료를 포함시켰다. 2006년 12월 기준으로 GPO는 6개의 단일성분 에이즈치료제와 2개의 혼합약(fixed-dose combination)을 생산하고 있다.

	2000년	2002년 초	2003년 말	2005년 2월	2006년 12월
ARV 치료 받는 감염인수	1500명	3000명	27000명	53000명	83000명

#### ④ zidovudine+ lamivudine 특허포기

GSK(글락소스미스클라인)은 1997년 10월에 지도부딘+라미부딘 혼합약인 콤비드에 대해 특허를 신청했지만 태국의 에이즈 지지그룹의 강력한 반대 때문에 오랜 시간동안 허여되지 않았다. 또한 특허반대자들은 GSK가 이미 존재하는 약에다 새로운 성분을 추가했을 뿐이라며 콤비드가 ‘혁신’이 아니기 때문에 특허의 요건에 부합하지 않는다고 주장했다. 영국정부는 같은 이유로 콤비드에 대한 특허를 거절했다. 콤비드는 이미 널리 사용하고 있는 두 가지 에이즈치료제 지도부딘과 라미부딘을 혼합했을 뿐이므로 GSK가 특허권을 요구한 것은 특허남용이 분명하다.

그러나 2006년 2월에 태국지적재산권부가 콤비드에 대한 특허를 허여하려고하자 HIV/AIDS그룹, 변호사, 학자, 약사 연합은 GSK의 특허신청에 대해 소송을 제기했다. 2006

년 8월 7일 500여명의 태국에이즈환자들이 GSK사 앞에서 에이즈치료제 콤비드에 대한 특허신청을 취소할 것을 요구하는 시위를 벌였다. 결국 2006년 8월 9일 GSK는 콤비드의 특정제형에 대한 특허와 특허신청 모두를 취소한다는 편지를 태국HIV/AIDS감염인네트워크(TNP+)에 전달했다. GSK는 편지에서 태국에서의 특허신청을 취소하는 것을 포함하여 콤비드가 있는 모든 곳에 적용하겠다고 전했다.

##### ⑤ efavirenz, lopinavir/ritonavir, clopidogrel, 항암제 강제실시

하지만 태국정부의 책임은 끝나지 않았다. 에이즈치료제를 필요로 하는 에이즈환자에게 모두 공급할 수 없는 상황이었고, GPO-vir에 부작용이나 내성이 생긴 환자들을 위해 2차 치료제를 공급해야한다. 2차 치료제의 비용은 평균 1차 치료제보다 14배 이상 비싸다. 세계은행 보고서에 따르면 ‘2차 치료의 비용을 1/10로 낮추기 위해 강제실시를 함으로써 태국정부는 2025년까지 32억 달러(1270억 바트)까지 예산을 절감할 수 있다’

에이즈치료제의 가장 큰 구입자인 질병관리부는 2004년~2005년동안 제약회사들과 에이즈치료제의 가격인하를 위한 협상을 벌였으나 실패했다. 더불어 2005년 4월에 특허의약품 가격인하를 위한 협상실무그룹이 구성하여 1년간 협상을 벌였으나 실패했다. 이런 상황을 해결하기 위해 태국정부는 2006년 4월에 어떤 약에 대해 강제실시를 발동할 것인지 검토하기 위한 위원회를 만들었다. 2006년 11월 30일 태국에서는 최초로 Mongkol보건장관이 2가지 에이즈치료제와 태국에서 가장 많은 비용이 들어가는 심장질환치료제에 대한 강제실시 계획을 발표했다. 이에 따라 태국보건장관은 2007년 1월 25일에 심장질환을 치료하는데 사용하는 혈전치료제 플라빅스에 대한 강제실시를 발동하고, 1월 29일에는 보건장관과 질병관리부가 에이즈치료제 에파비렌즈와 칼레트라에 대한 강제실시를 발동하였다.

태국정부는 에이즈치료제 에파비렌즈에 대해 2011년 말까지 5년간 강제실시를 하여 오리지널 가격의 절반가격으로 공급하기로 했다. 에파비렌즈는 초국적제약사인 머크가 2013년까지 특허권을 가지고 있다. 강제실시로 생산된 에파비렌즈는 국민의료보험(National Health Security System Act), 고용보험(Social Security Act), 공무원보험(Civil Servants and government employees medical benefits scheme)의 혜택을 받는 이들에게 공급하고 연간 20만명까지 공급하기로 했다. 고소득자와 외국인, 사립 병원에는 공급되지 않는다.

심장질환 치료에 사용하는 플라빅스는 프랑스 제약회사 사노피-아벤티스와 미국제약회사 브리스톨마이어스스쿱(BMS)가 공동으로 특허권을 가지고 있다. 플라빅스는 태국에서 가장 많은 비용이 지불되는 약이다. 태국정부는 플라빅스의 필요성이 없어지거나 특허가 만료될 때까지 강제실시를 하기로 했다. 2차 에이즈치료제인 칼레트라에 대해서는 2012년 초까지 5년간 강제실시하여 국민건강보험, 고용보험, 공무원보험의 혜택을 받는 이들에게 공급하며 연간 5만명까지 공급하기로 했다. 칼레트라에 대한 특허는 2016년까지 애보트사가 갖고 있다. 세 가지 치료제 모두 태국국영제약회사 전체 판매액의 0.5%를 특허권자에게 로열티로 지불하게 된다.

이에 대해 미국정부와 제약회사들은 ‘불법’이라며 강제실시를 반대했다. 특히 애보트는 2007년 3월초에 태국정부가 강제실시를 철회하지 않는 한 더 이상 태국에서는 약을 팔지 않겠다고 발표했다. 에이즈치료제, 관절염 치료제, 신장치료제, 항생제, 고혈압치료제, 혈전

치료제, 진통제를 포함하여 7가지 약을 판매하지 않기로 했다. 애보트에 항의하는 전 세계적인 불매운동 및 규탄시위를 벌였다.

수년전부터 에이즈환자와 의사는 열에 안정한 형태로 만들 것과 약값을 인하할 것을 요구해왔다. 애보트는 냉장보관하지 않아도 되는 새로운 제형의 칼레트라를 내놓았다. 태국같이 더운 기후의 나라에서는 상온보관할 수 있는 치료제는 환자들이 쉽고 편하게 약을 먹을 수 있게 한다는 점에서 결정적 의미를 갖고 있다. 2006년 여름 국제에이즈회의에서 애보트는 ‘개발도상국에서 칼레트라에 대한 접근을 확대하기 위해 새로운 시도’라는 제목의 성명을 발표했다. 그 내용은 저소득국가와 중간소득국가에서 연간 환자당 가격을 2200달러로, 아프리카와 최빈국에서는 연간 환자당 500달러로 인하하겠다는 것이다. 그러나 하루 1달러 미만으로 살아가는 아프리카 지역의 환자에게 연간 500달러는 죽음을 부르는 가격이다. 연간 2200달러 역시 여전히 300%의 수익을 포함하고 있고, 태국정부가 에이즈치료프로그램을 유지하기 힘든 가격이다. 2007년 4월 1일 인도제약사 시플라에서 상온보관용 칼레트라 의 복제약(Lopinavir/ritonavir tablet)을 출시하고, 연간 1560달러에 공급하기로 하자<sup>9)</sup> 4월 10일 애보트는 강제실시를 통해 독점권을 잃는 것보다는 파격적인 가격인하를 선택했다. 상온보관용 칼레트라를 40여개국의 저소득국가, 중간소득국가에 연간 1000달러에 공급할 것이고, 공급 지역도 확대하겠다고 발표했다<sup>10)</sup>. 애보트의 가격인하결정이 있자, 인도제약사는 이보다 더 싼 가격을 제시하여 태국정부는 칼레트라에 대한 강제실시를 지속한다는 입장을 고수하였다. 이에 대해 브라질 정부도 에파비렌즈에 대해 강제실시를 하겠다고 발표를 하였고<sup>11)</sup> 프랑스 정부는 태국의 강제실시를 지지하는 입장을 표명하였다.

2008년 1월 4일 Mongkol 보건장관이 페마라(efavirenz, 유허암치료제, 노바티스), 글리벡(imatinib, 백혈병치료제, 노바티스), 타세바(erlotinib, 폐암치료제, 로슈), 탁소텔(docetaxel, 폐암 및 유허암치료제, 사노피아벤티스) 4개의 항암제에 대한 강제 실시를 발동하기로 결정했다. 노바티스는 태국에서 연간 가구 소득이 5500만원이하일 경우 글리벡을 무상공급하기로 입장을 바꿨다. 노바티스가 무상공급을 중단할시 강제실시를 지속하기로 했고, 나머지 항암제는 태국국영제약회사에서 생산이 불가능하여 인도에서 수입하기로 했다.

Immediate benefit: medicine price reductions<sup>12)</sup>

Medicine	Price of original product		Price of generic product
	Before CL	After CL	
Efavirenz (baht/month)	1,800	775	320
Lopinavir/ritonavir (baht/month)	5,700	2,800	1,970
Clopidogrel (baht/tablet)	70	22	1.04

9) <http://www.essentialdrugs.org/edrug/archive/200704/msg00027.php>

10) Abbott Agrees with WHO Director-General to Expand Access to Kaletra/Aluvia (lopinavir/ritonavir) Abbott Reduces Price of Kaletra/Aluvia in Low and Low-Middle Income Countries to \$1,000 <http://www.cptech.org/ip/health/c/thailand/abbott04102007.pdf>

11) Brazil closer to breaking Merck AIDS drug patent 로이터

12) The implication of Thailand's compulsory licensing policy, 2006~2008. Health Intervention and Technology Assessment Program, Thailand. 12P

Letrozole (baht/tablet)	230	70	3
Docetaxel (baht/tablet)	28,355	6,957	1,245
Erlotinib (baht/tablet)	81	57	22

Ref: Price of drug were obtained from National Health Security Office: Dec 2007