

회원학술보고

약사인력 강제배치제도에 대한 국제 비교연구

권경희[†], 김대진
동국대학교 약학대학

Comparative Studies on Compulsory Rural Service Programs for Pharmacists and the Implications

Kyeng Hee Kwon[†], Dae Jin Kim

College of Pharmacy, Dongguk University, 32, Dongguk-ro, Ilsandong-gu, Goyang-si, Gyeonggi-do, 410-820, Korea

Abstract : The aim of this study was to compare compulsory rural service programs for health care professionals, including pharmacists, as a way to solve the maldistribution of pharmacists in rural or underserved areas. We discovered that compulsory rural service programs were adopted not only for health workers but also for health professional students. In the case of South Korea, doctors, dentists and oriental doctors can provide their professional services to people living in rural areas for 3 years instead of conducting the mandatory military service. Due to the fact that the shortage of pharmacists in public health centers and public hospitals in rural areas is severe, government intervention, such as introducing compulsory rural service programs for pharmacists, is essential in order to solve the maldistribution of pharmacists.

[Key words] Compulsory rural service, Rural areas, Shortages of pharmacists

투고일자 2013. 5. 9; 심사완료일자 2013. 5. 25; 게재확정일자 2013. 6. 11

[†] 교신저자 권경희 Tel:031-961-5216 E-mail:khkwon@dongguk.edu

연구 배경 및 목적

지역 주민들에게 접근가능하고 질 높은 의료서비스를 제공하기 위해서는 충분한 수의 보건 의료 전문가가 필요하다. 그러나 도시와 교통이 발달함에 따라 인력의 도시지역 쏠림 현상이 발생하고, 지방 또는 농어촌 지역에서는 잘 훈련된 보건 의료 전문가의 수급 부족 문제가 고착화되어 왔다. 이러한 현상은 전 세계적인 것으로서 규모가 작을 수록, 도시에서 더 먼 지역일수록 전문 인력 수급이 더욱 어렵다.¹⁾

우리나라 지방 지역에서도 이미 오래 전부터 약사 인력 수급 부족 현상이 사회적 문제로 대두되어 왔는데, 제 3기 지역보건의료계획 4차 현지평가에서 2006년 현원 기준 보건소의 전문 인력 최소배치기준의 충족률을 조사한 결과, 총 69개소 대상기관 중 48개소에서 약사 인력 배치 최소 기준을 충족하지 못한 것으로 조사된 것도 한 예이다.²⁾

2011년 병원약제부서 법정기준 충원 현황에 관한 병원약사회 실태조사 자료를 통해 병원의 소재 지역을 기준으로 약사 충원률을 살펴보면, 서울시 97.4%, 광역시 73.3%, 기타지역 72.5%로 서울시 타 지역에 비해 월등히 높다. 수도권과 비수도권을 나누어 볼 경우에도, 서울시 97.4%, 인천 및 경기지역 76.8%, 비수도권 71%의 약사 충원율을 보였다. 이러한 약사 인력의 수급 부족 현상들은 2012년 의료법 시행규칙 제38조의 확대 적용과, 약학대학의 학제개편으로 2년간의 신규약사배출이 없는 2년의 기간이 맞물려 지방 병원들을 중심으로 더욱 가시화될 것으로 예상된다.

뿐만 아니라, 응급환자와 입원환자의 약을 조제하기 위해 야간 및 공휴일에도 약제부를 운영해야 하는 병원들의 경우에는 이 시간대에 근무해야 하는 약사 인력 확보에 더욱 어려움이 많다. 과도한 병원약사들의 업무 부담은 높은 이직율로 이어지면서, 병원마다 약사인력 유실을 막기 위한 방안들이 모색되고 있다.

이러한 배경에서 2012년 6월 한국병원약사회에서는 '선진 병원약사 역할 정립을 위한 인력 재조명'이라는 주제로 춘계학술대회를 개최하고 주제발표를 통해 중소병원 특히 지방에 있는 중소병원의 약사인력부족해소를 위한 정부의 정책마련 필요성을 제기

한 바 있다. 그러나 우리나라 정부는 국공립병원이 아닌 민간병원에서의 약사인력 부족 문제는 시장경제의 논리를 따라 해소될 것으로 보고, 정부의 인위적 개입 필요성에 소극적인 입장을 보이고 있다.

본 연구에서는 약사인력의 대도시 쏠림 현상 해소를 위한 방안으로 국가적 차원에서 어떤 유형의 보건 의료인력 강제배치제도가 운영되고 있는가를 국내외 제도 조사를 통해 분석해 보았다. 이를 근거로 약사인력 부족현상이 심각한 지방 국공립 의료원과 농어촌 지역의 의료기관에서의 약사 부족 현상을 해소하기 위한 방안으로 약사인력 강제배치제도의 도입 필요성을 제안해 보고자 한다.

연구방법

국내외 의료인력 및 약사인력의 지방 지역 강제배치 제도와 관련하여 문헌 및 웹사이트 등의 자료를 조사·분석하였다. 이 제도를 운영하고 있는 전 세계의 사례를 대상으로 하여, 면허소지자뿐만 아니라 학위 과정 중 지방에서의 강제 훈련교육까지 조사하였다.

연구결과 및 고찰

1. 외국의 의료인력 강제배치 제도³⁾

세계적으로 약 70여개의 국가가 과거에 의료 인력의 강제배치제도를 시행한 적이 있거나, 혹은 현재까지도 의료 인력의 강제배치제도를 시행하고 있다. Fig. 1에서 진한 색깔로 표시된 국가의 경우, 의료인력 강제배치제도에 대한 확실한 자료가 있는 국가들이고, 연한 색깔로 표시된 국가의 경우, 확실한 자료는 없지만 몇 가지 지표와 갖고 있는 국가들이다.

의료 인력의 강제배치제도는 크게 세 가지 유형으로 나눌 수 있다. 첫 번째 유형은 정부고용형으로, 전문적인 교육을 받은 의료 인력으로 하여금 정부를 위해 근무하도록 요구한다. 이러한 제도를 시행하는 국가들은 전문 의료 인력을 해마다 필요한 수요에 근거하여 전국 어디에나 배치할 수 있는 권한을 가지고 있다. 이러한 제도를 시행하는 나라에는 이란, 쿠바,



Fig. 1 현재 또는 과거에 의료인력 강제배치제도를 운영한 국가들²⁾

미얀마, 호주 등이 있다. 이슬람 국가인 이란의 경우, Behvarz(이란의 지역사회의 의료 종사자의 한 형태)는 수련 과정을 마친 후 정부에서 지정한 지역 보건 병원에서 4년간 근무해야 한다. 쿠바에서 의사는 정부를 위해 국내 혹은 해외에 근무한다. 미얀마의 경우, 전문 의료 인력은 공무원으로서 평생 근무할 것인지를 개인이 선택할 수 있다. 호주에서는 국제 의학대학 출신으로 하여금 지방 인력 당국(Rural Workforce Agencies)에서 지정한 인력부족 지역에서 10년간 근무하도록 규정하고 있다.

의료 인력의 강제배치제도의 두 번째 유형은 혜택 제공형으로, 이 유형은 제공받는 혜택의 특성에 따라 교육연계형, 고용연계형, 생활지원형, 조합형의 네 가지 유형으로 나눌 수 있다. 혜택제공형 강제배치제도는 정부고용형과는 달리, 정부의 강제력에 의존하기보다 혜택과 연계시켜 특정기간 동안 지정된 지역에서 근무를 요구한다. 그리고 정부가 해당제도의 시행과 제정을 법적으로 통제한다. 교육과 연계된 강제배치제도에는 졸업 전 교육과정과 연계된 유형, 졸업 후 전문화 과정과 연계된 유형, 장학금과 연계된 유형이 있다. 졸업 전 교육과정과 연계된 유형의 경우 학생들의 교육과정의 일환으로 지방 실습을 요구한다. 이것을 완수하지 못할 경우 학위가 주어지지

않는다. 예를 들어 뉴질랜드에서는 약학대학 학생은 학부과정 중 지방에서 ‘Externship’을 수행하여야 한다. 졸업 후 전문화 과정과 연계된 유형은 졸업생들로 하여금 졸업 후 전문화 과정 진입의 전제조건으로서 의료취약지역에서 근무하도록 요구된다. 몽골, 베트남 등의 국가에서 이러한 제도를 시행하고 있다. 마지막으로 장학금과 연계된 유형의 경우, 장학금을 지원 받은 해만금 졸업 후 지방 근무가 요구된다. 호주, 레소토, 일본 등에서 이 제도를 시행한다.

고용과 연계된 혜택제공형 강제배치제도는 크게 두 가지 유형이 있다. 강제배치를 완수하여야 업무를 수행할 수 있는 자격이 생기는 유형과 강제배치를 완수할 경우 승진의 조건으로서 작용하는 경우가 있다. 에콰도르, 미얀마, 남아프리카 공화국의 경우 전자의 제도를 시행하고 있다. 이들 국가에서 의사는 일정 기간의 강제배치제도를 완수해야 민간에서 업무 수행이 가능하다. 후자의 유형을 행하는 국가에는 페루가 있다.

생활지원과 연계된 혜택제공형 강제배치제도는 지방 혹은 농어촌 지역에서 전문 의료 인력이 강제배치 제도를 완료한 이후의 정착을 장려하기 위해 생활과 관련된 실질적인 혜택을 제공한다. 케냐와 모잠비크는 주택수당을 지원하며, 잠비아는 자동차 구입 자금

을 저금리에 대출해주고, 자녀에게 장학금을 지원한다.

혜택제공형 강제배치제도에는 교육, 고용, 생활지원이 조합된 유형의 조합형 제도도 있다. 에콰도르의 경우 Medicatura Rural System 하에서 의사, 간호사, 치과의사는 업무 수행의 자격을 얻기 위해 1년간 지방에서 근무를 해야 한다. 이 때 배치지역의 낙후 정도에 따라 다양하게 월급을 지급하며, 주택수당을 지원한다. 태국의 경우 의과대학 졸업생은 3년 동안 강제 배치된 곳에서 업무를 수행해야 한다. 이들은 공식적인 정부업무에 대해 매달 250 미국 달러를

받으며, 본인이 원할 경우 민간에서 업무를 겸하며 추가적인 수입을 얻을 수 있다. 지방에서의 업무 수행은 추가적인 혜택이 제공된다. 보다 낙후된 곳에서 일할 경우 더욱 높은 월급을 제공하며, 졸업 후 수련 과정에 대한 우선권을 얻으며, 주택수당을 지원받는다.

마지막으로 무혜택형 강제배치제도의 경우, 졸업한 전문 의료 인력으로 하여금 의료 취약지역에서 아무런 혜택 없이 통상 1년간 근무하도록 요구한다. 인도, 이라크, 말레이시아, 멕시코, 베네수엘라 등의 국가에서 이러한 유형의 제도를 시행하고 있다.

Table 1. 외국의 의료인력 강제배치제도 비교표

유 형	내 용			예
정부 고용형	- 전문 의료 인력은 정부를 위해 근무하도록 요구됨. - 민간 혹은 정부 외의 기관에서 근무할 기회가 거의 없거나 존재하지 않음. - 보건부는 전문 의료 인력을 해마다 필요한 수요에 근거하여, 전국 어디에나 배치할 수 있는 권한을 가짐.			이란, 쿠바, 미얀마, 호주
혜택 제공형	교육 연계형	졸업 전 교육과정	- 학생들은 교육과정을 완수하기 위한 훈련의 일환으로 지방 실습을 수행하도록 요구됨. - 강제배치제도의 요구조건을 충족시키지 못할 경우, 학 위가 주어지지 않음.	뉴질랜드
		졸업 후 전문화 과정	- 졸업생은 졸업 후 전문화 과정 진입의 전제조건으로서 의료취약지역에서 근무하도록 요구됨.	몽골, 베트남
		장학금 연계제도	- 장학금을 지원 받은 해만큼 졸업 후 지방 근무가 요구됨.	호주, 레소토, 일본
	교육 연계형	- 업무수행을 자격을 얻기 위한 과정		에콰도르, 미얀마, 남아프리카공화국
		- 승진의 조건		페루
	생활 지원형	- 농어촌 지역에서 강제 배치제도 기간이 완료된 이후에도, 졸업생의 정착을 장려하기 위함.		케냐, 모잠비크, 잠비아
	조합형	- 교육, 고용, 생활 지원형 조합		에콰도르, 태국
무혜택형	- 아무런 혜택이 제공되지 않음. - 졸업자들은 의료취약지역에서 혜택 없이 통상 1년간의 근무가 요구됨.			인도, 이라크, 말레 이시아, 멕시코, 베네수엘라

2. 외국의 약사인력 강제배치 제도

약사 인력의 강제 배치제도를 시행하는 나라에는 미국의 특정 주, 호주, 뉴질랜드, 나이지리아, 푸에르토리코, 우간다, 가나, 모잠비크, 남아프리카 공화국, 짐바브웨, 말레이시아, 태국 등이 있다. 각각의 나라마다 다양한 유형의 강제배치제도를 시행하고 있다.

1) 뉴질랜드⁴⁾

뉴질랜드에서는 교육과정과 연계된 강제배치제도를 시행하고 있다. 약학대학 학부 3학년 과정에서 1주일간 지방 지역에서 실습을 수행하여야 한다. 실습기간 동안 학생들은 프리셉터 약사(Preceptor pharmacist)와 함께 조제, 계산, 의약품 분류, 환자 상담 등을 관찰·참여하고, 이러한 행위들을 통해 지역사회 내에서 약사의 역할에 대해 인지하도록 교육받는다. 또한 약사 혹은 약국 소비자에게 지방 자치 단체에서의 약국 실습과 관련된 주제에 대한 취재를 해야 한다.

2) 호주

호주의 약사 강제배치제도는 대학-약국 공동 모형으로 각 지방의 약학대학이 지방소재의 약국과 공동으로 'Rural and Remote Pharmacy Placement Allowance Scheme'에 근거하여 강제배치제도를 시행한다. Rural and Remote Pharmacy Workforce Development Program(RRPWDP) 산하의 Commonwealth Department of Health and Aged Care(CDHAC)로부터 재정적인 지원을 받으며, 호주약사회(Pharmacy Guild of Australia)에 의해 관리된다. 'Placement Allowance Scheme'은 호주 대학들이 지방 혹은 농어촌 지역에서의 학생 실습을 의무적으로 시행할 수 있도록 제도화 하였다.

약학대학 학생은 수업과정의 일환으로서 학부과정 3학년 혹은 4학년 때, Pharmacy Accessibility Remoteness Index of Australia(PHARIA)에서 지정하는 지역에서 실습을 수행한다. 실습시간에 대해서는 특별히 규정하지 않으며, 학생 1인당 여행 및 숙박비용으로 최대 500 미국 달러까지 지원된다. 또한

지원금과는 별도로 장학금 제도가 있으며, 장학금 수혜자는 졸업 후, 지방 근무가 요구된다.⁵⁾ 수업 과정 중 지방 혹은 농어촌 지역의 의료 수요와 관련된 문화적인 교육 프로그램을 학생들에게 제공해야 한다.⁶⁾

호주 New South Wales에 위치한 New England 대학에서는 200 시간의 임상실무 실습을 지방에서 이수해야 한다. Rural Pharmacy Scholarship Scheme에서 지방 혹은 농어촌 지역에서 온 학생에게 연간 학생 1인당 \$10,000의 장학금을 지원한다. 장학금 수혜자는 졸업 후 지방 혹은 농어촌 지역에서 근무해야 한다.⁷⁾

3) 미국

국가 전체적으로 시행되는 제도는 없고 각 대학별로 졸업 전 교육과정의 일환으로 지방에서 실습을 수행하는 형태의 지방 강제배치제도를 시행하거나, 장학금과 연계된 강제배치제도를 시행하는 사례가 있다. 미국 West Virginia 주에 위치한 West Virginia University에서는 학부 4학년 때 지정된 지방지역에서 3~4개월 근무하는 프로그램을 운영하고 있다.⁸⁾

4) 남아프리카공화국

남아프리카공화국에는 1998년부터 시행된 'Community Service'라는 명칭의 약사 인력의 강제 배치제도가 있다.⁹⁾ 교육과정과 연계된 혜택제공형 강제배치제도를 시행하는 미국, 뉴질랜드, 오스트레일리아와는 달리 고용과 연계된 혜택제공형 강제배치제도를 시행하고 있다. 남아프리카공화국에서 약사로서 업무를 수행하기 위해서는 남아프리카 공화국 약사회(South African Pharmacy council)에 등록해야 한다. 남아프리카공화국의 약사법 section 13과 section 14에서 남아프리카 공화국 약사회의 약사 등록 요구 조건을 규정하고 있는데, Section 14의 (d)항에서 Pharmaceutical Community Service를 규정하고 있다. 남아공에서 약사로 활동하려면, 12개월 간의 공공기관 실무 경력(Community Service)이 필요하다.¹⁰⁾ Community Service는 유급제이며, 보건부장관이 South African Pharmacy council과의 협의 후 관련규정을 제정하지만 근무 장소 및 고용조건을 정부가 제한하지 않는다.¹¹⁾

Table 2. 외국의 약사인력 강제배치제도 비교표

국 가	유 형		시 기	기 간	내 용
뉴질랜드	교육 연계형	졸업 전 교육과정	학부 3학년	1주일	지방 지역에서 preceptor pharmacist의 감독 하에 실습
오스트레일리아	교육 연계형	졸업 전 교육과정	학부 3~ 4학년	특별한 규정 없음.	지방 혹은 농어촌 지역 사회에서의 실습
		장학금 연계제도	학부	-	장학금 수혜자는 졸업 후 지방 근무가 요구됨.
미국	교육 연계형	졸업 전 교육과정	학부 4학년	3~4개월	지정된 지방 지역에서 근무해야 함.
남아프리카공화국	고용 연계형	업무수행 자격을 얻기 위한 과정	학부 졸업 후	12개월	약사로서 업무를 수행하기 위해서 South African Pharmacy council에 등록해야 하며, 등록 요구 조건으로 공공기관 실무 경력(Community Service)을 요구함.
짐바브웨	교육 연계형	졸업 전 교육과정	pharmacy education 과정 2학년	2주	지방 병원과 교류하며, 현지 의사와 학교 관계자의 감독을 받으며 실습
	고용 연계형	실무실습 과정	학부 졸업 후	-	신규 약사로 하여금 지정 의료기관에서 근무하게 함.
말레이시아	무혜택형		학부 졸업 후	2년	Pharmacy Board of Malaysia에 정식등록하기 위해 2년간 정부 병원에서 근무해야 함.
태국	교육 연계형	졸업 후 과정	학부 졸업 후	2년	국공립대학 출신의 신규 약사로 하여금 농어촌 지역의 지정 의료기관에서 근무하게 함.

5) 짐바브웨

짐바브웨의 약학대학 교육과정은 크게 Pre-pharmacy education 과정과 Pharmacy education 과정으로 나뉜다. Pharmacy education은 Pre-pharmacy education 과정 후 시작하며, 3년 과정이다. 졸업 후 약사 자격증 취득을 위한 시험이 없으며, 약대 졸업 후 첫 해를 'Pre-registration year'라 하여 미국의 인턴십과 비슷한 기간이 있다. 짐바브웨의 약사인력 강제배치제도는 졸업 전의 교육과정과 연계된 유형이다.

짐바브웨는 인구의 80%가 지방에서 거주하며 이들 지역의 의료시설은 정부가 운영한다. 짐바브웨의 약

학대학 학생은 Pharmacy education 과정 중 두번째 해에 지방 병원의 보건의료단체와 교류하며, 2주간의 지방근무를 한다. 실습 기간 동안 학생들은 현장에서 현지 의사와 학교 관계자의 감독을 받는다. 또한 학생들은 소모임을 조직하고 공공의료와 관련된 문제를 조사하여, 문제점들을 파악한 후, 해결책을 만들고 당국에 건의한다. 실습 후, 학교로 돌아와 실습과정에 대한 발표를 한다.¹²⁾

짐바브웨의 약사회(Pharmacists Council of Zimbabwe)는 2007년 짐바브웨의 Health Professions Act, Section 94에 근거하여 신규 약사로 하여금 지정 의료 기관(Designated health institution)에서 일하

도록 규정하고 있다.¹³⁾⁻¹⁵⁾ 신규 약사는 짐바브웨 약사회로부터 실습 증명을 발행 받기 위해서 지정 의료 기관에서 의무적으로 근무해야 한다.

6) 말레이시아

말레이시아의 약사 인력 강제배치제도는 무혜택형의 성격을 띤다. 2004년 이전의 말레이시아의 약학대학 졸업생은 1년간 정부병원에서 수습기간을 가졌다. 2004년 5월 Act A1207이 개정되고, 정부 병원 내의 급격한 약사 인력 부족을 극복하기 위한 노력의 일환으로 신규 면허 등록 약사들에게 정부가 운영하는 병원에서의 공공서비스가 요구되었다.¹⁶⁾ Act

A1207 개정 이전에는 약사가 수습 기간 동안 공무원 신분이 아니었으나, Act A1207 개정 이후에는 공무원 신분으로서 근무하게 되었다.

또한 Act A1207 개정 이후, 약학대학 졸업생은 Pharmacy Board of Malaysia에 임시 등록을 해야 한다. 이들은 Provisionally Registered Pharmacist(PRP)로서 1년간의 훈련과정을 거친다.

이후 Pharmacy Board of Malaysia에 Fully Registered Pharmacist(FRP)로서 등록되기 위해서 추가적으로 3년간 정부를 위해서 근무해야 한다.^{17),18)} 2011년 10월부터는 수습기간이 3년에서 1년으로 줄어들어 1+3에서 1+1로 수련기간이 단축되었다.¹⁹⁾

Table 3. 면허 종류별 군복무 비교

면허의 종류	현역	공익
의사, 치과의사, 한의사	군의원(중위)	공중보건의사
전문의	군의원(대위)	공중보건의사
약사	의정사관(소위임관 중위제대) 또는 약제병	공익

7) 태국²⁰⁾⁻²²⁾

태국은 약사인력이 매우 부족하며 그 인력도 대부분 방콕과 도시지역에 밀집되어 있어 농어촌 지역의 약사 수급이 매우 어려운 상황이었다. 이에 정부에서는 1995년부터 국공립대학 출신의 신규 약사들에게 2년간 농어촌 지역 병원에서 의무적으로 근무하도록 강제배치 제도(Compulsory academic service program)를 시행하였으며, 이를 따르지 않으면 6,667 미국 달러의 벌금이 부과될 정도로 정부의 의지가 강하게 드러나는 국가이다.

3. 국내 의료인력 강제배치 제도 현황

우리나라에서는 18세 이상의 남성들은 의무적으로 군복무를 위해 군대에 입대를 해야 하며, 군복무 제도와 연계된 의료인력의 강제배치제도가 시행되고 있다.

의사, 치과의사, 한의사 면허 소지자의 경우에는 전문봉사요원으로서 지역에서 대체복무 할 수 있는 보충역 제도인 ‘공중보건의사’ 제도가 활용되고 있다(Table 3). 이들에 대한 보충역 편입을 특혜라 보는 입장도 있으나, 보건의료 전문가를 국가가 지정하는 지역에 강제 배치하여 근무시키는 것은 농어촌 지역 거주자들에 대한 사회 안전망 구축의 의미가 더 크기 때문에 일종의 사회봉사의무 수행으로 보는 것이 더 적절하다.

공중보건의사는 계약직 공무원 신분을 갖게 되며, 경력에 따라 중위 또는 대위에 해당하는 호봉과 진료수당, 가족수당 등을 받고 3년간의 의무봉사가기간을 마치면 『병역법 제34조 제2항』의 규정에 따라서 공익근무요원의 복무를 마친 것으로 인정된다. 이들은 1981년부터(한의사의 경우 1998년부터) 전국의 농어촌 등 보건의료 취약지역 또는 보건의료 시설에 배치되었으며, 현재 전국의 보건소 및 보건지소뿐만

아니라 복지부장관이 인정하는 공공병원, 공공보건 의료연구기관, 공중보건사업 위탁기관, 사회복지시설, 교정시설, 응급의료기관 등지에서 지역 사회의 1차 보건의료 및 지역보건사업 등을 수행하고 있다.

최근 의과대학에 여학생 비율이 높아지고, 의학전문대학원이 도입된 이후 군복무를 마치고 입학하는 학생들이 늘면서 신규 편입 공중보건학의 숫자가 점점 줄고 있어, 신규배치 제외 지역이 증가하는 등 농어촌 지역 의료공백 문제는 점점 더 심각해 질 것으로 예상된다. 2012년 공중보건학사 운영지침²³⁾에 따르면, 실제로 공중보건학사 신규배치 제외지역이 증가하여 기존의 의료취약지역의 민간병원 중 195곳이 공보의 배치기관으로 지정되어 있었으나, 2012년에는 응급의료기관 기능을 하는 80곳에만 신규 공중보건학사를 배치했다. 또한 인구 30만 이상 도시 소재의 보건소를 신규 배치 지역에서 제외시켰으며, 한센 협회를 제외한 보건 단체, 복지시설 국가기관 등을 제외시켰다. 또한 부족한 의사 인력을 대체하여 의료취약지역의 의료 공백을 보충하기 위한 방안 마련이 시급히 필요하다.

4. 약사인력 강제배치 제도의 국내 도입 필요성

6년제로의 약학교육연한 연장은 약사인력의 임상 실무능력 향상이라는 대의명제 하에 실시된 것으로 2015년 3월에는 2년간의 약사공백을 깨고 첫 졸업

자가 배출된다. 2015년을 전후로 해서는 대도시의 의료기관 병상수가 크게 증가할 예정이기 때문에 졸업생들이 우선적으로 이들 병원들을 중심으로 채워질 것으로 전망된다.

따라서 지방소재 보건기관과 지방 의료원 및 지방 중소병원 등에서 약사인력 확보는 더욱 어려워질 것이며, 약사 1인에 의해 운영될 경우 야간, 당직 업무 및 양질의 다양한 약제서비스의 제공은 불가능할 것으로 예측된다. 특히 농어촌지역, 의약분업 예외지역 등에 집중된 고령인구에 대한 적절한 약제관리는 더욱 더 기대하기 어려운 상황이다.

약사 초봉이 월 300만원~350만원, 1년 경력자의 경우 350~400만원/월인 것을 감안하면, 농어촌 지역의 공공의료기관이나 보건기관에서 약사들을 고용하기 위해 지불할 수 있는 임금 수준은 높지 않아 약사들이 농어촌 지역근무를 기피하게 되는 원인이 되고 있다. 따라서 병역을 대체할 수 있는 제도가 도입될 경우, 매우 저렴한 임금(Table 4)으로 3년간 약사인력을 확보할 수 있다는 큰 이점이 생기게 된다.

따라서 공중보건학사제도와 같이 3년간의 병역을 대체할 수 있는 대체복무제도를 6년제 약사들을 대상으로 2015년부터 시행되도록 제도화하는 것이 가장 효율적으로 약사인력을 의약분업 예외지역, 지방의료원, 야간/당직 약제서비스 기관을 중심으로 전국에 배분할 수 있는 방안이 될 것으로 사료된다 (Fig. 2).

Table 4. 공중보건약사제도가 도입될 경우, 약사봉급 비교표

	공중보건약사 제도 도입 시 예상되는 봉급	민간 약사 봉급
1년차 (중위 1호봉)	월 1,220,700원	신규 월 300만원~ 350만원 1년 경력 월 350만원~400만원 이상 지방으로 갈수록 상승
2년차 (중위 2호봉)	월 1,296,300원	
3년차 (중위 3호봉)	월 1,371,900원	
	면허취득 후 바로 군대에 편입될 경우 중위 봉급을 받음 (공중보건학사, 공중방역수의사의 경우도 동일)	

출처 : 2013년도 군인의 봉급표 (안전행정부 2013년 1월3일(목) 석간 보도자료24)

의약분업 예외지역

- '08년 5월 31일 902개 지정
- 영세민, 노인인구, 진폐환자 등 모든 환자에 대한 약제서비스를 해당지역 약국약사가 담당하기에는 역량의 한계가 있음.

지방의료원

- 인력확보의 어려움이 큼.
- 예) 홍성의료원 : 의료원 중 가장 많은 약사가 근무함에도 불구하고 단 3명의 약사가 407,000명의 환자를 살핀(의료원 2명 / 노인병원 1명)

당직/야간 약제업무

- 당직약사의 인력부족 심각
- 병원의 야간근무 약사 필요성 증대

Fig. 2 공중보건약사 배치가 필요한 지역과 기관 (안)

결론

앞서 살펴본 바와 같이 세계 각국에서 지방 또는 농어촌 지역의 의료인력 부족을 해결하고 의료 형평성을 제고하기 위해 다양한 형태의 의료인력의 강제배치 제도를 활용하고 있다. 우리나라에서도 군복무와 연계한 의사, 치과의사, 한의사의 공중보건의사제도가 운영되고 있다. 하지만 의학전문대학원 설립에 따라 공중보건의사의 공급은 감소하고 있으며 전문대학원제도를 폐지하고 6년제 의학교육으로 되돌리자는 주장에 일조할 정도로 농어촌 지역과 공공의료기관에서의 의료 인력 공백은 널리 알려져 있다. 반면, 지방소재 보건기관과 지방 의료원 등에서의 약사인력 공급부족에 따른 약제서비스 공백은 크게 알려져 있지 않다.

4년제 약사들이 물질중심의 교육을 받고 배출되었다면 6년제 약사는 환자중심의 임상실무(약제서비스) 수행능력을 갖추어 배출될 예정이므로 국가가 주도하여 약사인력 공백이 크게 예견되는 지역과 기관부터 약사인력을 강제 배분하는 정책을 마련할 필요가 있다. 현역병 대상인 약사들을 공중보건약사로 활용한다면 의료 및 약료사각지대 해소를 위한 좋은 방안이 될 것으로 사료된다.

특히 우리나라와 같이 징집 군복무 제도를 시행하고 있는 나라는 군복무와 연계할 경우, 의사뿐만 아

니라 약사 인력을 취약지역에 지속적으로 공급이 가능하다는 강점을 가지기 때문에 농어촌 지역 및 약사인력부족 기관에 사회봉사를 통한 대체 복무 대상을 약사인력까지 확대하는 방안을 적극 검토할 필요가 있다.

감사의 말씀

이 연구는 한국병원약사회(2012)²⁵⁾와 보건복지부(2011)²⁶⁾의 지원으로 수행된 것으로 이에 감사드리며, 본 논문은 그 중 일부 내용을 수정 보완한 것입니다.

참고문헌

- 1) Eric H. Larson, Karin E. Johnson, Thomas E. Norris, Denise M. Lishner, Roger A. Rosenblatt, L. Gary Hart. : State of the Health Workforce in Rural America Profiles and Comparisons. WWAMI Rural health research center, 7-14 (2003)
- 2) 이신희 외. : 제3기 지역보건의료계획 4차 현지평가, Feb. (2007)
- 3) Seble Frehywot, Fitzhugh Mullan, Perry W Payne & Heather Ross : Compulsory serv-

- ice programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work?. Bulletin of the World Health Organization, 88(5), 364-370 (2010)
- 4) Capstick S., Beresford R., Gray A. : Rural pharmacy in New Zealand: effects of a compulsory externship on student perspectives and implications for workforce shortage. Aust. J. Rural Health, 16, 150-155 (2008)
- 5) Rural and Remote Pharmacy Placement Allowance Scheme
- 6) Accreditation Standards, Australian Pharmacy Council, Dec. (2009)
- 7) <http://www.une.edu.au/study/pharmacy>
- 8) Froese E.H. : Incorporation of a clinical pharmacy program in a three-year bachelor of pharmacy(honors) degree program. Am. J. Pharm. Educ., 41, 296-297 (1977)
- 9) Reid S. : Community service for health professionals. South African Health Review (2003)
- 10) <http://www.pharmainfo.net/himanshup-saurabh/registration-requirement-pharmacist-south-africa>
- 11) South African Pharmacy Council, Pharmacy Act, 53 (1974)
- 12) Mary Castiglia, Farai W. Chinyanganya, Raymond A. Smego : Pharmacy Education in Zimbabwe. American Journal of Pharmaceutical Education, 60, 182-185 (1996)
- 13) Health Professions Act, Section 94
- 14) Health Professions Act, Section 91
- 15) Pharmacists Council of Zimbabwe, <http://www.pharmcouncil.co.zw/htm/community.php>
- 16) The Sun, Public service for New Pharmacist, Malaysia, 23 (2003)
- 17) Malaysian Pharmaceutical Society website: Frequently Asked Questions on the Government Compulsory Service for Pharmacists, <http://www.mps.org.my/news-master.cfm-&menuid=37&action=view&retrieveid=1504>
- 18) Pharmaceutical services divisions, Ministry of Health Malaysia, <http://www.pharmacy.gov.my/index.cfm-&menuid=62&parentid=10&lang=EN>
- 19) Mandatory public service for pharmacists : Tigas Health Bulletin (2011)
- 20) Ong Aik Liang and Thomas Paraidathathu : Feedback from Malaysian pharmacists who underwent a 3-year period of compulsory service with the government. Thai J. Pharm. Sci., 35, 159-167 (2011)
- 21) Yot Teerawattananon, Viroj Tangcharoensathien, Sripen Tantivess, Anne Mills : Health sector regulation in Thailand: recent progress and the future agenda. Health Policy, 63, 323-338 (2003)
- 22) Petcharat Pongcharoensuk and Sompol Prakongpan : Centennial pharmacy education in Thailand. Journal of Asian Association of Schools of Pharmacy, 1(1), 8-15 (2012)
- 23) 보건복지부 : 공중보건의사제도운영지침 (2012)
- 24) 2013년도 군인의 봉급표, 안전행정부 2013년 1월 3일(목) 석간 보도자료 p6
- 25) 권경희 외 : 공중보건의사제도 도입방안, 한국병원약사회 (2012)
- 26) 박형근 외 : 공중보건의사제도 도입 방안에 관한 연구, 보건복지부 (2011)