「해양경찰청 소속 경찰공무원 채용 체력시험 도핑테스트」 안내문

□ 도핑테스트 시행안내

○ 체력시험의 공정성을 확보하고 응시자의 건강을 보호하기 위하여 시험결과에 영향을 미칠 수 있는 금지약물의 복용 및 금지방법의 사용은 금지되며, 시험실시기관의 장은 이를 확인하기 위한 절차(도핑테스트)를 실시할 수 있습니다.

□ 금지약물 및 금지방법

○ 인사혁신처 고시 제2019-1호(2019.1.8) “공무원 임용을 위한 체력시험 금지약물 및 금지방법 고시”에서 규정하고 있는 약물 및 방법(붙임1)은 금지됩니다.

□ 테스트 대상자 선정방식

○ 검사는 체력시험 대상 중 추첨을 통해 무작위로 선정합니다.

□ 도핑테스트 절차 등 안내

○ 채취된 소변 시료(A, B)는 곧바로 분석기관으로 전달되며, 전달된 시료 중 A시료가 분석되며, B시료는 냉장 보관됩니다.

○ A시료의 분석결과가 시험실시기관에 서면으로 통보됩니다.

○ A시료의 분석결과가 비정상분석결과(양성)가 나온 경우, 해당 응시자는 비정상분석결과를 통보받은 후 일정기간 내에 치료목적 사용면책 등 의견을 제출하거나, B시료분석을 요청할 수 있습니다.

○ 시험실시기관의 장은 관계 전문가 3인 이상을 포함한 치료목적사용면책위원회를 구성하여 심의하게 됩니다.

○ B시료분석을 요청할 경우, 당사자 혹은 대리인이 분석과정에 참관할 수 있으며, 분석결과가 비정상 분석결과를 확인하지 못할 경우, 음성으로 최종 판정되지만, B시료분석결과 역시 비정상 분석결과를 확인하는 경우, 불합격 결정을 내립니다.

○ 불합격 결정에 불복할 경우에는 행정심판, 소송 등을 청구할 권리가 있습니다.

□ 치료목적사용면책 신청 안내

○ **(의의)** 금지약물 또는 금지방법의 사용이 요구되는 의학적 상태에 있는 경우 응시자는 구비서류(붙임2)를 갖추어 치료목적사용면책을 신청할 수 있습니다.

○ **(신청절차)** 응시자는 비정상분석결과(양성)가 나온 경우 구비서류를 갖추어 통보일로부터 7일 이내에 신청하여야 합니다. (단, 치료목적사용면책이 필요했었던 경우에 한함)

○ **(승인기준)** 치료목적사용면책은 다음의 기준을 엄격하게 준수하여 승인합니다.

▶ 응시자의 급성 또는 만성의 의료적 상태를 치료하는 과정에서 금지약물이나 금지방법을 사용하지 않았을 경우, 응시자가 건강상 심각한 손상을 입었을 것으로 예상되어야 한다.

▶ 금지약물 또는 금지방법의 치료목적의 사용에 따른 합법적인 치료로 인해 정상적인 건강상태로 되돌아갔을 때 예상할 수 있는 것 이상의 추가적인 운동능력 향상효과가 없어야 한다.

▶ 금지약물과 금지방법 사용 이외의 다른 합당한 대체 치료가 없어야 한다.

□ 기타 유의사항

○ 응시자는 본인의 건강을 보호하고 선의의 피해가 발생하지 않도록 금지약물 및 금지약물에 대해 사전에 충분히 숙지하여야 합니다.

○ 모든 응시자는 도핑테스트 동의서를 제출하여야 하며, 동의서를 제출하지 않을 경우에는 체력시험에 응시할 수 없습니다.

○ 응시자는 도핑테스트 결과, 비정상분석결과(양성)가 나온 경우에는 「해양경찰청 소속 경찰공무원 임용에 관한 규정」 제38조에 따라 합격을 취소하고 향후 5년간 응시자격이 제한됩니다.

< 참고 > 금지약물 검색 사이트

▶ www.kada-ad.or.kr (한국도핑방지위원회)
금지약물 검색 ⇨ 검색자 해당종목 : 기타, 직업 : 기타

▶ www.kimsonline.co.kr

▶ www.druginfo.co.kr

붙임 1 공무원 임용을 위한 체력시험 금지약물 및 금지방법

1. 금지약물 및 판정기준

가. 금지약물

○ 공무원임용시험령 제51조 제1항 제6호에 따라 금지되는 약물은 다음과 같다.

1. 동화작용제 : 총 7종 및 그 대사물질[1)]

가) 동화작용남성호르몬스테로이드(AAS)

① 외인성 동화작용남성호르몬 스테로이드(Exogenous AAS)
- ▸drostanolone
- ▸methenolone
- ▸methasterone(17β-hydroxy-2α,17α-dimethyl-5α-androstan-3-one)
- ▸stanozolol
- ▸1-testosterone(17β-hydroxy-5α-androst-1-en-3-one)

② 외인성으로 투여된 내인성 동화작용남성호르몬스테로이드(Endogenous AAS)
- ▸testosterone

※ 외인성(exogenous) : 자연적으로 체내에서 생성 불가능한 약물을 의미

※ 내인성(endogenous) : 자연적으로 체내에서 생성 가능한 약물을 의미

나) 기타 동화작용제 : Clenbuterol

2. 이뇨제 : 총 3종

- ▸hydrochlorothiazide
- ▸chlorothiazide
- ▸furosemide

3. 흥분제 : 총 3종

- ▸methylhexaneamine(dimethylpentylamine)
- ▸methylephedrine
- ▸ephedrine

※ methylephedrine과 ephedrine은 소변에 밀리리터당 10마이크로그램보다 많을 경우 금지된다.

4. 마약류 : 총 11종

- ▸Buprenorphine
- ▸dextromoramide
- ▸diamorphine(heroin)
- ▸fentanyl 및 유도체
- ▸hydromorphone
- ▸methadone
- ▸morphine
- ▸oxycodone
- ▸oxymorphone
- ▸pentazocine
- ▸pethidine

1) 생물학적 변환 과정을 통하여 생성된 모든 물질

나. 판정기준

약물군	약물 성분	판정기준	단위
동화작용제	drostanolone	검출 시	
	methenolone	검출 시	
	methasterone	검출 시	
	testosterone	검출 시	비고참조
	1-testosterone	검출 시	
	clenbuterol	검출 시	
	stanozolol	검출 시	
이뇨제	hydrochlorothiazide	검출 시	
	chlorothiazide	검출 시	
	furosemide	검출 시	
흥분제	methylhexaneamine	검출 시	
	methylephedrine	> 10	㎍/㎖
	ephedrine	> 10	㎍/㎖
마약류	Buprenorphine	검출 시	
	dextromoramide	검출 시	
	diamorphine(heroin)	검출 시	
	fentanyl	검출 시	
	hydromorphone	검출 시	
	methadone	검출 시	
	morphine	검출 시	
	oxycodone	검출 시	
	oxymorphone	검출 시	
	pentazocine	검출 시	
	pethidine	검출 시	

※ **비고**

▶ 테스토스테론(Testosterone)은 신체발육 및 필수대사에 필요한 호르몬으로서 인체 내에서 일정량이 생성(내인성) 되며, 인체에서 대사되어 에피테스토스테론(Epitestosterone)으로 변화하며, 건강한 성인의 경우 테스토스테론과 에피테스토스테론의 비율(T/E ratio)은 1:1임. T/E ratio가 4:1 초과시에는 외부로부터 외인성 테스토스테론(Testosterone) 투입여부를 확인하기 위하여 추가 검사를 실시 할 수 있다.

2. 금지방법

○ 공무원임용시험령 제51조 제1항 제6호에 따라 금지되는 방법은 다음과 같다.

- 도핑검사과정에서 채취한 시료의 성분과 유효성을 변조하거나 변조를 시도하는 행위(소변 바꿔치기 및/또는 섞기, 이와 유사한 방법 등을 포함한다.)

붙임 2	응시자 치료목적사용 면책신청서

치료목적사용 면책신청서

1. 응시자 인적사항

1. 성명:_____ 2. 성별: 여 □ 남 □
3. 생년월일:_____ 4. 응시번호:_____
5. 핸드폰:_____ 6. 이메일:_____

2. 의료정보

1) 충분한 의료정보를 포함한 진단소견

_____

_____

_____

2) 사용 허가된 의약품으로도 치료 가능한 경우, 금지약품을 처방한 임상의학적 정당성을 설명하시오

_____

_____

_____

※ **진단증빙자료(진단서,처방전,소견서등)를 첨부**하여 신청서와 함께 제출하여야 한다. 증빙자료에는 포괄적 병력 및 그와 관련된 모든 검사보고서, 검사실 조사 및 영상검사 결과가 포함되어야 한다. 가능한 경우 보고서 또는 편지의 원본에 대한 사본을 첨부하여야 한다. 증빙자료는 임상의학적 관점에서 극히 객관적이어야 하며, 만약 정확한 설명이 불가능한 경우, 다른 독립된 의료진의 소견도 포함시킬 수 있다.

3. 세부 진료내용

금지약물	1회 사용량	사용방법	사용빈도
1.			
2.			
3.			

치료기간 duration of treatment:	1회 □ 응급 □ 기간(주/월)_____

4. 담당의사 서약

나는 위에서 언급한 치료와 관련하여 의학적으로 적절하였으며, 금지목록 이외의 대체약물 사용은 위 응시자의 의료 상황에서는 적절하지 않았음을 확인한다.

성명:_____ **전공분야**:_____

주소:_____

전화.:_____**팩스**:_____**이메일**:_____

서명:_____**날짜**:_____

5. 응시자 서약

본인,_____는(은) 응시자 인적사항이 틀림없음을 확인하며 인사혁신처에서 고시한 금지약물과 방법의 사용 승인을 요청한다. 나는 나의 의학정보가 시험실시기관, 시료분석기관 및 기타 시험관련 기관에 제공되는 것을 허락한다. 나의 의학정보가 위의 기관에 제공되는 것에 반대한다면 담당의사와 시험실시기관에 그 사실을 서면으로 통보하여야 하는 것을 이해하고 있다.

서명:_____**날짜**:_____

부모/보호자 서명:_____**날짜**:_____

(응시자가 미성년자이거나 장애로 인하여 서명이 불가능 할 때에는 부모나 보호자가 응시자와 함께 또는 응시자를 대신하여 서명할 수 있다.)

※ **구비서류가 완료되지 않은 신청서에 대해서는 접수가 불가능하며, 완료 후 재 제출해야한다.**
서류 접수 후 사본을 반드시 보관하시오.