

서울특별시 마포구 학생 치과주치의 및 저소득층 아동 의료지원에 관한 조례안

의안 번호	12-103
----------	--------

제출년월일 : 2012. 11.

제출자 : 서울특별시 마포구청장

1. 제정이유

우리구 학생의 구강질환에 대하여 예방중심의 지속적 구강관리와, 저소득층 아동이 학교 및 가정에서 건강한 삶을 유지할 수 있도록 포괄적인 의료지원을 제공하기 위한 법적 근거를 마련하고자 함

2. 주요내용

가. 치과주치의 사업 대상 및 진료범위(안 제4조 ~ 제9조)

- 지원대상 : 해당연도 서울특별시 지원계획에 따른 학생 및 저소득층 아동 중 보호자가 동의한 학생
- 진료범위 : 구강건강관리 외 저소득층 아동 정서치료 서비스 지원 가능

나. 지역협의체의 구성 및 운영(안 제10조 ~ 제12조)

- 지역협의체 구성원 : 민간단체 대표자, 치의학 전문가, 보건소장 등 10인 이내
- 지역협의체 기능
 - 사업추진을 위한 전략 및 추진계획에 대한 사항
 - 저소득층 아동 치과주치의 의료지원 대상선정, 진료범위, 지원액의 기준, 의료비 지급방법 등에 대한 사항

3. 주요 토의과제

“없음”

4. 참고사항

가. 관계법령

1) 의료법 제27조제3항 : 본인부담금 면제 또는 할인 금지

— 예외 : 본인부담금 면제·할인 대상 범위

【경제적 사정 등에 관한 지방자치단체장의 사전승인 기준(보건복지부 2003.6)】

: ‘국가가 예산을 확보하여 지원하거나 관할 지방자치단체 조례의 규정에 의해 본인부담금을 면제 또는 할인 받는 자’

나. 예산조치 : 해당사항 없음(서울시 예산 100% 사업)

다. 합 의 : 해당사항 없음

라. 규제여부 : 해당사항 없음

마. 기타사항

1) 입법예고 : 2012. 10. 18. ~ 2012. 11. 7.(제출의견 없음)

2) 감사담당관 자치법규 부패영향 자율평가 : 원안통과

3) 가정복지과 성별영향분석평가 : 의견있음

○ 제7조 및 제9조 의료지원비 신청을 위한 별지 제1호 및 별제 제2호 서식에 지원대상 학생의 이름, ‘성별구분’, 생년월일, 주소, 연락처, 진료내용(성별 구분을 추가) 기재

▶ 개선안에 따라 별지 제1호 및 별지 제2호 서식에 ‘성별구분’ 추가

○ 제10조(지역협의체의 구성 및 운영)에서 위원회 구성시 「서울특별시마포구여성발전기본조례」를 반영하여 40% 이상 여성위원으로 위촉 권고

▶ 권고안에 따라 위원회 구성 시 여성위원 비율을 40% 이상 되도록 하겠음
(별도의 조문 개정은 필요 없음)

4) 서울특별시 마포구 학생 치과주치의 및 저소득층 아동 의료지원에 관한 조례안 1부.

서울특별시 마포구 학생 치과주치의 및 저소득층 아동 의료지원에 관한 조례안

제1조(목적) 이 조례는 학생의 구강질환에 대하여 예방중심의 지속적이고 포괄적인 구강관리로 평생구강 건강을 향상시키고, 저소득층 아동이 건강한 삶을 유지할 수 있도록 포괄적인 의료지원에 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(정의) 이 조례에서 사용하는 용어의 정의는 다음 각 호와 같다.

1. “치과주치의”란 치면세균막검사, 구강 방사선사진 촬영판독, 개별 구강보건교육, 전문가 치아세정술, 불소도포, 치아홈메우기, 치석제거, 구강질환 치료 등을 등록된 아동에게 지속적 진료행위를 하는 의사를 의미한다.
2. “의료지원비”란 치과주치의의 지속적인 진료행위에 대한 의료비 및 저소득층 아동 의료지원에 대한 의료비 등을 말한다.
3. “저소득층 아동”이란 「아동복지법」 제50조에 따라 서울특별시 마포구 관내 설치된 “아동복지시설”에 등록된 아동을 말한다.

제3조(시행계획의 수립) 서울특별시 마포구청장(이하 “구청장”이라 한다)은 학생 및 저소득층 아동의 건강향상을 위하여 필요한 제도와 여건을 조성하기 위하여 다음 각 호의 사항이 포함된 서울특별시 마포구 학생 치과주치의 및 저소득층 아동 의료지원 시행계획을 수립하여야 한다.

1. 학생 치과주치의 및 저소득층 아동 의료지원 정책의 방향
2. 학생 및 저소득층 아동의 구강질환 관리를 위한 지원
3. 저소득층 아동의 건강한 삶을 위한 지원

제4조(지원대상) 학생 치과주치의 및 저소득층 아동 의료지원 대상은 해당 연도 서울특별시의 지원계획에 따른 학생 및 저소득층 아동 중 보호자가 동의한 학생으로 한다. 다만, 구청장은 필요하다고 인정되는 경우 예산의 범위에서 추가 지원할 수 있다.

제5조(지원액) 구청장은 학생 치과주치의 및 저소득층 아동 의료지원에 대하여 일정금액을 예산의 범위에서 지원할 수 있다.

제6조(학생 치과주치의 제공자 및 진료범위) 학생 치과주치의는 지역 의료기관에서 제공하며, 진료범위는 구강검사, 예방진료, 구강 보건교육, 치료 등 구강건강관리이다.

제7조(학생 치과주치의 의료지원비 신청) 학생 치과주치의에 참여한 의료기관이 의료지원비를 신청하고자 할 때는 별지 제1호서식의 학생 치과주치의 비용 청구서를 제출하여야 한다.

제8조(저소득층 아동 의료지원 제공자 및 진료범위) 저소득층 아동 의료지원은 보건소와 의료기관 등에서 제공하며 세부 내용은 제10조에 따른 서울특별시 마포구 저소득층 아동 의료지원 지역협의체(이하 “지역협의체”라 한다)를 통하여 정하고 필요시 구강건강관리 이외 정서치료 서비스도 지원할 수 있다.

제9조(저소득층 아동 의료지원비 신청) 저소득층 아동 의료지원 사업에 참여한 의료기관 등이 의료비를 신청하고자 할 때는 별지 제2호서식의 아동 의료지원 비용 청구서를 제출하여야 한다.

제10조(지역협의체의 구성 및 운영) ① 구청장은 저소득층 아동 치과주치의 의료지원에 관한 사항을 심의하기 위하여 지역협의체를 구성 및 운영

하여야 한다.

② 지역협의체는 위원장과 부위원장 각 1명을 포함하여 10명 이내의 위원으로 구성하고, 위원은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 중에서 구청장이 임명 또는 위촉한다.

1. 보건의료 관련 직능단체 또는 민간단체 대표자
2. 치의학 및 보건의료 관련 전문가
3. 지역아동센터 등 아동복지시설 대표자
4. 서울특별시 마포구 보건소장

③ 위원장 및 부위원장은 위원 중에서 호선한다.

④ 위촉위원의 임기는 2년으로 하되 한 차례만 연임할 수 있으며, 보궐위원의 임기는 전임위원의 남은 기간으로 한다.

⑤ 지역협의체에 간사 및 서기를 1명씩 두며, 간사는 보건소의 학생 치과주치의 및 저소득층 아동 의료지원 업무부서의 과장으로 하고, 서기는 업무담당팀장으로 한다.

⑥ 지역협의체의 회의는 재적위원의 과반수 출석으로 개최하며, 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다.

⑦ 지역협의체의 회의에 출석한 위원에게는 예산의 범위에서 수당을 지급할 수 있다. 다만, 공무원인 위원이 소관업무와 직접 관련하여 출석하는 경우에는 그러하지 아니하다.

제11조(지역협의체의 기능) 지역협의체는 다음 각 호의 사항을 심의한다.

1. 사업추진을 위한 전략 및 추진계획에 대한 사항
2. 저소득층 아동 치과주치의 의료지원 대상선정, 진료범위, 지원액의 기준, 의료비 지급방법 등에 대한 사항
3. 그 밖에 구청장이 저소득층 아동 치과주치의 등 의료지원에 관하여 필요하다고 인정하는 사항

제12조(지역협의체의 운영 세칙) 그 밖에 지역협의체 운영 등에 필요한 사항은 지역협의체의 의결을 거쳐 위원장이 정한다.

제13조(자원봉사자 활용 및 지원) 구청장은 학생 치과주치의 및 저소득층 아동 의료지원 활동을 효과적으로 추진하기 위하여 단체 또는 개인을 자원봉사자(자원봉사단체를 포함한다)로 위촉하고 의료지원 활동을 수행할 수 있도록 예산의 범위에서 활동비 등 필요한 비용을 지원할 수 있다.

제14조(환수조치) ① 구청장은 지원대상이 아닌 학생 및 저소득층 아동에게 의료지원을 제공하였거나, 제공하지 아니하고 거짓으로 신청하여 지급받은 것으로 판명된 때에는 의료기관으로부터 즉시 이를 환수하여야 한다.

② 제1항에 따라 의료지원비를 반환하여야 할 의료기관이 기간 내에 이를 반환하지 않을 때에는 「지방세기본법」 체납처분의 예에 따른다.

제15조(시행규칙) 이 조례의 시행에 필요한 사항은 규칙으로 정한다.

부 칙

이 조례는 공포한 날부터 시행한다.

학생 치과주치의 비용 청구서(제7조 관련)

본 의료기관에서 시술한 학생 치과주치의 사업 시술내역(비용)을 아래와 같이 청구하오니 지급하여 주시기 바랍니다.

의료기관명		의료기관 주소	
사업자등록번호		의료기관 전화번호	

○ 시술일자(시술완료일자 기준) :

청 구 내 역					
학교명	항 목	치과주치의 구강진료(관리)비(A)	실시인원(B)		청구금액 (A×B)
			남	여	
	합 계				
		시술비 지급계좌			

20

() 치과의원장 (인)

- | | | |
|----|--------------------|---|
| 첨부 | 1. 문진표 | 건 |
| | 2. 개별 구강검진결과통보서 | 건 |
| | 3. 개별 구강진료(관리) 내역서 | 건 |

