

서울특별시 영등포구 저소득층 아동 치과주치의 지원 조례 일부개정조례안

심 사 보 고 서

2016. 6. 27.

행정위원회

1. 심 사 경 과

가. 제출일자 : 2016년 6월 2일

나. 제출자 : 영등포구청장

다. 회부일자 : 2016년 6월 9일

라. 상정일자 : 제195회 영등포구의회 제1차 정례회 제4차 행정위원회(2016. 6. 21) 상정 의결

2. 제안설명의 요지 (제안설명자 : 보건소장 엄혜숙)

가. 제안이유

- 기존의 저소득층 아동 치과주치의 사업과 더불어 학생 치과주치의 사업이 추가 시행됨에 따라 영등포구 학생 치과주치의 의료지원에 대한 근거를 마련하기 위함.

나. 주요내용

○ 조례명 변경

“서울특별시 영등포구 저소득층 아동 치과주치의 지원 조례” ⇒

“서울특별시 영등포구 아동 치과주치의 지원 조례”

- 학생 치과주치의 지원대상자 추가(안 제1조~제5조, 제7조, 제10조, 제11조)

3. 전문위원 검토보고의 요지 (전문위원 김기영)

- 본 개정 조례안은 치과주치의 지원 대상을 저소득층 아동에서 「초·중등교육법」 제2조제1호1)의 학교와 이에 준하는 학교의 학생에게까지 확대 하려는 것으로,
- 학생 치과주치의 제공자 및 진료범위 규정(안 제6조의2), 학생 치과주치의 의료비 신청 규정(안 제7조의2)을 신설하고, 현행 조문 규정 중 ‘저소득층 아동’은 ‘학생 및 저소득층 아동’으로 개정하는 것이 주된 내용임.
- 「구강보건법」 제7조제1항에 따라 구청장은 구강보건사업을 시행하여야 하고, 「학교보건법」 제2조의2에 따라 지방자치단체는 학생의 건강을 보호·증진하기 위한 기본계획을 수립·시행하고 필요한 시책을 마련하도록 규정되어 있는바, 시책추진을 제도적으로 뒷받침하기 위한 조례개정은 필요한 조치로 보임.
- 2016년 소요예산은 총 1억 1,167만원으로 전액 시비보조금이며, 이 중 학생치과주치의 비용 9,432만원, 저소득층 아동 치과주치의 비용 1,735만원임.

4. 심사결과 : 원안가결

1) 초등학교, 공민학교(초등교육을 받지 못하고 취학연령을 초과한 자에게 교육하는 곳)

서울특별시 영등포구 저소득층 아동 치과주치의 지원 조례 일부개정조례안

의안 번호	제 153 호
----------	---------

제출연월일 : 2016. 6.

제 출 자 : 영등포구청장

1. 제안이유

기존의 저소득층 아동 치과주치의 사업과 더불어 학생 치과주치의 사업이 추가 시행됨에 따라 영등포구 학생 치과주치의 및 저소득층 아동 의료지원에 대한 근거를 마련하기 위해 조례 개정을 추진하고자 함.

2. 주요내용

가. 일부 개정대상 조례

- 서울특별시 영등포구 저소득층 아동 치과주치의 지원 조례

나. 주요 개정사항

- 조례명 변경
 - “서울특별시 영등포구 저소득층 아동 치과주치의 지원 조례” → “서울특별시 영등포구 아동 치과주치의 지원 조례”
- 지원대상자 추가(제1조~제5조, 제7조, 제10조, 제11조 개정)
 - ““아동복지시설”에 등록된 아동을 말한다.” → ““아동복지시설”에 등록된 아동 및 『국민기초생활 보장법』에 따른 수급권자를 말하며, 그 외 구강건강관리가 필요하다고 지역협의체에서 승인한 아동도 포함한다.”
 - “저소득층 아동의” → “학생 및 저소득층 아동의” 등
- 학생 치과주치의 지원 실시(제6조의 2, 제7조의 2 신설)
 - 제6조의2(학생 치과주치의 제공자 및 진료범위) 학생 치과주치의는 지역 의료기관에서 제공하며 진료범위는 구강검사, 예방진료(불소도포, 치아홈메우기, 단순치석제거), 구강보건교육 등 구강건강관리이다.
 - 제7조의2(학생 치과주치의 의료비 신청) 학생 치과주치의에 참여한 의료기관이 치과주치의 의료비를 청구하고자 할 때는 다음 각 호의 사항을 포함한 신청서를 제출하여야 한다.

1. 학생 치과주치의 의료비 신청 의료기관명, 대표자의 성명 및 주소
2. 지원대상 학생의 이름, 생년월일, 주소, 진료내용
3. 신청하고자 하는 치과주치의 의료비
4. 그 밖의 필요한 사항

3. 참고사항

가. 관계법규: 「구강보건법 제7조 (구강보건사업의 시행), 「학교보건법 제7조 (건강검진)

나. 예산조치: 해당없음

다. 협의사항

- 1) 규제심사: 심사실시(대상사무 없음)
- 2) 부패영향평가: 평가실시(원안동의)
- 3) 성별영향분석평가: 평가실시(원안동의)

라. 기타

- 1) 입법예고(2016.05.04.~05.24., 20일간) 결과: 의견없음

서울특별시 영등포구 저소득층 아동 치과주치의 지원 조례 일부개정조례안

서울특별시 영등포구 저소득층 아동 치과주치의 지원 조례 일부를 다음과 같이 개정한다.

조례명 중 “서울특별시 영등포구 저소득층 아동 치과주치의 지원 조례”를 “서울특별시 영등포구 아동 치과주치의 지원 조례”로 한다.

제1조 중 “저소득층 아동의 평생 구강건강을 향상시켜”를 “학생의 구강질환에 대하여 지속적인 예방중심 구강관리로 평생 구강건강을 향상시키고 저소득층 아동이”로 한다.

제2조에 제3호 중 ““아동복지시설”에 등록된 아동을 말한다.”를 ““아동복지시설”에 등록된 아동 및 『국민기초생활 보장법』에 따른 수급권자를 말하며, 그 외 구강건강관리가 필요하다고 지역협의체에서 승인한 아동도 포함한다.”로 한다.

제3조 중 “저소득층 아동의”를 “학생 및 저소득층 아동의”로 하고, 같은 조에 제1호 중 “저소득층 아동 치과”를 “학생 치과주치의 및 저소득층 아동”으로, 제2호 중 “저소득층 아동”을 “학생 및 저소득층 아동의”로, 제3호 중 “저소득층 아동의”를 “학생 및 저소득층 아동의”로 한다.

제4조 중 “저소득층 아동”을 “학생 치과주치의 및 저소득층 아동”으로 한다.

제5조 중 “저소득층 아동 치과주치의 지원에”를 “학생 치과주치의 및 저소득층 아동 의료지원에”로 한다.

제6조의2를 다음과 같이 신설한다.

제6조의2(학생 치과주치의 제공자 및 진료범위) 학생 치과주치의는 지역 의료기관에서 제공하며 진료범위는 구강검사, 예방진료(불소도포, 치아홈메우기, 단순 치석제거), 구강보건교육 등 구강건강관리이다.

제7조에 제2호 중 “주민등록번호”를 “생년월일”로 한다.

제7조의2를 다음과 같이 신설한다.

제7조의2(학생 치과주치의 의료비 신청) 학생 치과주치의에 참여한 의료기관이 치과주치의 의료비를 청구하고자 할 때는 다음 각 호의 사항을 포함한 신청서를 제출하여야 한다.

1. 학생 치과주치의 의료비 신청 의료기관명, 대표자의 성명 및 주소
2. 지원대상 학생의 이름, 생년월일, 주소, 진료내용
3. 신청하고자 하는 치과주치의 의료비
4. 그 밖의 필요한 사항

제8조제2항 중 “10명 내외의 위원으로 구성하되 그 중 3명 이상은 여성 위원으로 하며,”를 “10명 내외의 위원으로 구성하고”로 한다.

제10조 중 “저소득층 아동 치과주치의 지원”을 “학생 치과주치의 및 저소득층 아동 의료지원”으로 한다.

제11조 중 “저소득층 아동에게”를 “자에게”로 한다.

별지 제1호 서식을 별지와 같이 한다.

부칙

이 조례는 공포한 날부터 시행한다.

[별지 제1호서식]

저소득층 아동 의료지원 비용 신청서

본 의료기관(의원)에서 시술한 저소득층 아동 의료지원 시술내역(비용)을 아래와 같이 청구하오니 지급하여 주시기 바랍니다.

의료기관명		의료기관 주소	
사업자등록번호		의료기관 전화번호	

시술일자(시술완료일자 기준) :

시술대상자			시술내용	청구금액	비고
성명	생년월일	주소			
합 계	₩ _____ 원				
시술비 지급계좌	은행명 : _____ 은행 예금주: _____ 계좌번호 : _____				

20 . .

()병원(의원)장 (인)

신 · 구조문 대비표

현 행	개 정 안
<p style="text-align: center;"><u>서울특별시 영등포구 저소득층 아동 치과주치의 지원 조례</u></p> <p>제1조(목적) 이 조례는 <u>저소득층 아동의 평생 구강건강을 향상시켜 학교 및 가정에서 건강한 삶을 유지할 수 있도록 포괄적인 구강관리 지원에 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.</u></p> <p>제2조(정의) 이 조례에서 사용하는 용어의 정의는 다음 각 호와 같다.</p> <p>1. ~ 2. (생략)</p> <p>3. "저소득층 아동"이란 『아동복지법』 제50조에 따라 서울특별시 영등포구 (이하 "영등포구"라 한다) 관내에 설치된 "<u>아동복지시설</u>"에 등록된 <u>아동을 말한다.</u></p>	<p style="text-align: center;"><u>서울특별시 영등포구 아동 치과주치의 지원 조례</u></p> <p>제1조(목적) ----- <u>학생의 구강질환에 대하여 지속적인 예방중심 구강관리로 평생 구강건강을 향상시키고, 저소득층 아동이</u>----- ----- -----.</p> <p>제2조(정의) ----- ----- -----.</p> <p>1. ~ 2. (현행과 같음)</p> <p>3. ----- ----- ----- "<u>아동복지시설</u>"에 등록된 아동 및 『<u>국민기초생활 보장법</u>』에 따른 <u>수급권자를 말하며, 그 외 구강건강관리가 필요하다고 지역협의체에서 승인한 아동도 포함한다.</u></p>

제3조(시행계획의 수립) 서울특별시 영등포구청장(이하 "구청장"이라 한다)은 저소득층 아동의 건강향상에 필요한 제도와 여건을 조성하기 위하여 다음 각 호의 사항을 포함한 시행계획을 수립하여야 한다.

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

제4조(지원대상) 저소득층 아동 의료지원 대상은 보호자가 동의한 아동이며 세부기준은 매년 구청장이 계획을 수립하여 별도로 정한다.

제5조(지원액) 구청장은 저소득층 아동 치과주치의 지원에 대하여 일정금액을 예산범위에서 지원할 수 있다.

〈신 설〉

제3조(시행계획의 수립) -----

----- 학생 및 저소득층 아동의 -----

-----.

1. 학생 치과주치의 및 저소득층 아동 -----
2. 학생 및 저소득층 아동의 -----

3. 학생 및 저소득층 아동의 -----

제4조(지원대상) 학생 치과주치의 및 저소득층 아동 -----

-----.

제5조(지원액) ----- 학생 치과주치의 및 저소득층 아동 의료지원에 -----
-----.

제6조의2(학생 치과주치의 제공자 및 진료범위) 학생 치과주치의는 지역 의료기관에서 제공하며 진료범위는 구강검사, 예방진료, 구강보건교육, 치료 등 구강건강관리이다.

각 1명을 포함하여 10명 내외의
위원으로 구성하되 그 중 3명
이상은 여성 위원으로 하며,
위원은 다음 각 호의 어느 하나에
해당하는 사람 중에서 구청장이
임명 또는 위촉한다.

1. ~ 5. (생략)

③ ~ ⑧ (생략)

제10조(자원봉사자 활용 및 지원)
구청장은 저소득층 아동 치과
주치의 지원 활동을 효과적으로
추진하기 위하여 단체 또는
개인을 자원봉사자(“자원봉사
단체”를 포함한다)로 위촉하고
치과주치의 활동을 수행 할 수
있도록 예산범위에서 활동비 등
필요한 비용을 지원할 수 있다.

제11조(환수조치) ①구청장은
지원대상이 아닌 저소득층
아동에게 치과주치의 등 의료
지원을 제공하였거나, 거짓 또는
부정한 방법으로 신청하여
지급받은 것으로 판명된 때에는
의료기관으로부터 즉시 이를
환수하여야 한다.

② (생략)

-----10명
내외의 위원으로 구성하고 ----

1. ~ 5. (현행과 같음)

③ ~ ⑧ (현행과 같음)

제10조(자원봉사자 활용 및 지원)
----- 학생 치과주치의 및
저소득층 아동 의료지원 -----

제11조(환수조치) ①-----
-----자에게-----

② (현행과 같음)

[별지 제1호 서식]

저소득층 아동 의료지원 비용 청구서

본 의료기관(의원)에서 시술한 저소득층 아동 의료지원 시술내역(비용)을 아래와 같이 청구하오니 지급하여 주시기 바랍니다.

의료기관명		의료기관 주소	
사업자등록번호		의료기관 전화번호	

시술일자(시술완료일자 기준):

시술대상자			시술내용	청구금액	비고
성명	주민등록 번호	주소			
합 계	₩ _____ 원				
시술비 지급계좌	은행명: _____ 계좌번호: _____	은행	예금주: _____		

20 . .

()병원(의원)장 (인)

영등포구청장 귀하

210mm × 297mm

[별지 제1호 서식]

저소득층 아동 의료지원 비용 신청서

본 의료기관(의원)에서 시술한 저소득층 아동 의료지원 시술내역(비용)을 아래와 같이 청구하오니 지급하여 주시기 바랍니다.

의료기관명		의료기관 주소	
사업자등록번호		의료기관 전화번호	

시술일자(시술완료일자 기준):

시술대상자			시술내용	청구금액	비고
성명	생년월일	주소			
합 계	₩ _____ 원				
시술비 지급계좌	은행명: _____ 계좌번호: _____	은행	예금주: _____		

20 . .

()병원(의원)장 (인)

영등포구청장 귀하

210mm × 297mm