

## 오산시 자치법규안 예고

「오산시 저소득 노인 의치보철 등 지원에 관한 조례」를 제정함에 있어 주요 내용을 시민에게 널리 알려 의견을 구하고자 지방자치법 제66조의2 및 오산시의회 회의 규칙 제19조의2 규정에 따라 다음과 같이 예고합니다.

2019년 11월 15일

오산시의회의장

### 오산시 저소득 노인 의치보철 등 지원에 관한 조례안

[이성혁 의원 발의]

#### 1. 제안이유

- 관내 저소득 어르신들을 대상으로 의치 및 임플란트 시술에 따른 본인 부담금을 지원해서 구강건강 유지와 치료에 필요한 경제적 부담을 덜어드리고 건강한 생활을 영위할 수 있도록 하기 위함.

#### 2. 주요골자

- 가. 저소득 노인의 구강건강을 위하여 예산의 범위에서 의치와 임플란트 시술에 필요한 지원을 하도록 하고, 지원 대상은 시에 계속해서 1년 이상 거주하며 주소를 가진 65세 이상의 의료급여 수급자 또는 차상위 본인부담 경감대상자로 정함(안 제3조).
- 나. 지원규모는 시술비 중 본인부담금의 전부 또는 일부로 하고, 지원액의 결정을 위한 시술의 종류 등 세부기준은 시장이 따로 정하도록 함(안 제4조).
- 다. 시술기관의 선정방법과 시술 지원 신청 및 시술비 지급 절차를 정함(안 제5조 및 제6조).
- 라. 법령이나 이 조례에 따라 시술 지원을 받은 사람은 7년간 지원 대상에서 제외하도록 함(안 제7조).

마. 의치보철 등 지원 및 시술기관 선정에 관한 사항을 저소득 노인들에게 홍보하도록 함(안 제8조).

바. 거짓 신청이나 부정한 방법으로 지원금을 받은 사실이 확인된 때에는 지체 없이 이를 되돌려 받도록 함(안 제10조).

### **3. 조례안 : 붙임**

### **4. 의견제출**

- 제출기일 : 2019년 11월 19일까지
- 제출방법 : 서면, 우편, 오산시의회홈페이지 등
- 기재내용 : 주소, 성명, 연락전화번호, 의견
- 제출기관 : 오산시의회(전문위원실)
  - 우편번호 : 447-701
  - 주 소 : 오산시 성호대로 141(오산동, 오산시의회)
  - 전 화 : 031)8036-8023, · 팩 스 : 031)375-2875
  - 전자메일 : pk1121@korea.kr

## 조례안 예고에 대한 의견서

조례 명 : 오산시 저소득 노인 의치보철 등 지원에 관한 조례안

의견제출자

○ 성명(단체명) :

○ 주 소 :

○ 전 화 번 호 :

조례안 내용	찬 성 여 부		의 견	비 고
	찬성	반대		

## 오산시 저소득 노인 의치보철 등 지원에 관한 조례안

**제1조(목적)** 이 조례는 오산시 저소득 노인의 구강질환 예방과 구강건강 유지로 복지증진에 이바지하기 위하여 그 의치보철 등 지원에 관한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

**제2조(정의)** 이 조례에 사용하는 용어의 뜻은 다음 각 호와 같다.

1. "의치보철(義齒補綴)"이란 오산시장(이하 "시장"이라 한다)이 구강건강 상태가 취약한 오산시(이하 "시"라 한다)저소득 노인(이하 "저소득 노인"이라 한다)을 대상으로 지원하는 의치·임플란트(dental implant)의 시술을 말한다.
2. "의료급여 수급자"란 「국민기초생활보장법」 제12조의3에 따라 의료급여를 받는 사람을 말한다.
3. "차상위 본인부담 경감대상자"란 「국민건강보험법 시행규칙」 제14조에 따라 본인부담액을 경감 받을 수 있는 사람을 말한다.
4. "본인부담금"이란 해당 시술비(이하 "시술비"라 한다) 총액 중 의료급여 또는 건강보험 적용금액을 제외한 금액을 말한다.

**제3조(지원 및 대상)** ① 시장은 저소득 노인의 지속적 구강건강을 위하여 예산의 범위에서 의치보철 등에 필요한 지원을 할 수 있다.

② 제1항에 따른 지원대상자(이하 "지원대상자"라 한다)는 시에 계속해서 1년 이상 거주하며 주소를 가진 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 65세 이상의 사람으로 한다.

1. 의료급여 수급자
2. 차상위 본인부담 경감대상자

**제4조(지원규모·기준 및 범위)** ① 의치보철 등에 필요한 지원규모는 시술비 중 본인부담금의 전부 또는 일부로 한다.

② 시술비의 지원기준은 보건복지부의 「건강보험행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대 가치 점수(고시)」에서 정한 바에 따르되, 제1항에 따른 지원액의 결정을 위한 시술의 종류 등 세부기준은 시장이 따로 정한다.

③ 본인부담금의 지원을 위하여 필요한 범위는 다음 각 호와 같다.

1. 상·하악(顎) 양측에 전혀 치아가 없는 상태이거나 치아가능이 불가능하여 완전 발거 후의 의치제작
2. 상·하악 양측 또는 편측의 구치부(舊齒部)가 결손은 되었으나 지대치(支臺齒)의 상태가 양호한 상태의 의치제작
3. 부분 무치악(無齒顎)으로 인한 임플란트 제작

**제5조(시술기관의 선정 등)** ① 시장은 의치보철 등의 원활한 지원을 위하여 오산시 저소득 노인 의치보철 등 시술기관(이하 “시술기관”이라 한다)을 시 소재 치과 병·의원 중 신청에 따라 선정한다.

② 시장은 시술기관이 거짓이나 부정한 방법으로 시술비를 지급받은 사실이 확인 된 때에는 시술기관의 선정대상에서 제외한다.

**제6조(지원신청 및 지급)** ① 저소득 노인은 시술 지원을 받고자 할 경우에는 별지 서식의 노인 의치·임플란트 시술 지원 신청서를 작성하여 시장에게 제출해야 한다.

② 시장은 제1항의 신청서를 접수한 때에는 해당 신청인의 전신건강상태와 구강상태 검진 후 지원대상자를 선정해야 한다.

③ 시장은 지원대상자를 시술기관에 시술 의뢰하고, 해당 시술기관은 시술 완료 후 시장에게 시술비를 청구한다.

④ 시장은 제3항에 따라 시술기관에서 청구한 시술비에 대하여 시술내용과 비용 등의 사실관계를 확인한 후 그 시술비를 해당 시술기관에 지급한다.

**제7조(지원제외 등)** 법령이나 이 조례에 따라 시술 지원을 받은 사람은 7년간 지원대상자에서 제외한다. 다만, 편악만 시술한 때에는 다른 편악은 추가로 지원할 수 있다.

**제8조(홍보)** ① 시장은 의치보철 등 지원 및 시술기관 선정에 관한 사항을 저소득 노인들이 쉽게 알 수 있도록 시 인터넷홈페이지 등에 게재해야 한다.

② 동장은 해당 지역에 거주하는 저소득 노인들이 지원대상자가 될 수 있을 경우에는 제1항에 따른 홍보를 해야 한다.

**제9조(대장비치)** 시장은 의치보철 등 지원업무의 효율적 관리를 위하여 의치보철 등 지원 관리대장을 작성·비치한다.

**제10조(환수 등)** ① 시장은 지원대상자가 아닌 사람 또는 시술기관이 거짓 신청이나 부정한 방법으로 지원금을 받은 사실이 확인된 때에는 지체 없이 이를 되돌려 받아야 한다.

② 제1항에 따른 환수의 절차·방법 등에 필요한 사항은 지방세 징수의 예에 따른다.

**제11조(시행규칙)** 이 조례의 시행에 필요한 사항은 규칙으로 정한다.

## 부칙

**제1조(시행일)** 이 조례는 공포한 날부터 시행한다.

**제2조(경과조치)** 이 조례 시행 전의 의치보철 사업에 선정되어 해당 시술이 진행 중에 있는 사람은 제6조제2항에 따라 선정된 지원대상자로 본다.

