

학교안전사고 예방 및 보상에 관한 법률 시행규칙 일부개정령안

학교안전사고 예방 및 보상에 관한 법률 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

별표 표를 다음과 같이 하고, 같은 표 비고 제1호 중 “「국민건강보험법」 제42조제4항”을 “「국민건강보험법」 제45조제4항”으로 한다.

구 분	내 용
가. 방사선 특수 영상 진단료	1) 자기공명영상진단(MRI : Magnetic Resonance Imaging)은 의사의 소견에 따라 1회의 진단료를 지급할 수 있다. 다만, 다음 항목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 추가로 지급할 수 있다. 가) 장해상태의 확인을 위한 경우 나) 부상 및 질병 상태가 호전이 없거나 악화된 경우 또는 진료방향을 결정하기 위한 촬영의 필요성이 의학적으로 인정되는 경우 다) 수술 후 부상 및 질병 상태 확인을 위하여 의학적으로 필요성이 인정되는 경우 2) 초음파 검사료는 진료기간의 범위 안에서 의료기관에서 치료상 필요하여 실시한 경우에 지급할 수 있다.
나. 무통 주사제	1) 무통주사제 비용(주사 처방에 수반되는 재료대 포함)은 치료에 필요한 경우 지급할 수 있다. 2) 영양주사제 비용은 지급하지 아니한다.
다. 화상치료재료등	화상 또는 열상은 치료를 위해 반드시 필요하다는 의사의 소견에 따라 구입한 경우 비급여 약제 및 치료재료 등의 비용을 지급할 수 있다.
라. 성형수술비등	1) 화상 흉터제거 수술비 산정기준은 다음과 같다. 가) 화상 흉터제거 수술은 화상으로 인하여 신체기능에 장애가 있거나 타인에게 혐오감을 주는 경우에 인정한다. 나) 인정횟수는 2회 이내로 하되, 의사의 소견에 따라 추가로 인정할 수 있다.

	2) 사고에 의한 질병이나 부상으로 인한 흉터 또는 변형 등 성형수술이 필요한 경우 1회에 한하여 인정하되, 의사의 소견에 따라 수술이 필요한 경우 추가로 인정할 수 있다. 3) 1), 2)에 따른 수술비 등은 다음 금액의 범위 내에서 실비를 지급한다. <table><tr><th colspan="2">구분</th><th>지급기준</th><th>비고</th></tr><tr><td rowspan="3">수술비</td><td>선상흉터</td><td>1cm당 100,000원</td><td>폭이 1센티미터 미만인 선모양의 흉터</td></tr><tr><td>면상흉터</td><td>1cm²당 200,000원</td><td>폭이 1센티미터 이상인 면적으로 이루어진 흉터</td></tr><tr><td>조직함몰</td><td>1cm²당 200,000원</td><td>연조직(soft tissue) 뼈조직이 상실된 채로 상처가 치유되면서 흉터부위가 패인 것</td></tr><tr><td colspan="2" rowspan="4">레이저치료</td><td>0~25cm² 미만 : 1회당 153,540원</td><td rowspan="4">2부위 이상 시술시 면적을 합산하며, 레이저 종류를 불문하고 산정</td></tr><tr><td>25cm² 이상~ 100cm² 미만 : 1회당 255,900원</td></tr><tr><td>100cm² 이상 : 1회당 358,260원</td></tr><tr><td></td></tr></table>	구분		지급기준	비고	수술비	선상흉터	1cm당 100,000원	폭이 1센티미터 미만인 선모양의 흉터	면상흉터	1cm ² 당 200,000원	폭이 1센티미터 이상인 면적으로 이루어진 흉터	조직함몰	1cm ² 당 200,000원	연조직(soft tissue) 뼈조직이 상실된 채로 상처가 치유되면서 흉터부위가 패인 것	레이저치료		0~25cm ² 미만 : 1회당 153,540원	2부위 이상 시술시 면적을 합산하며, 레이저 종류를 불문하고 산정	25cm ² 이상~ 100cm ² 미만 : 1회당 255,900원	100cm ² 이상 : 1회당 358,260원	
구분		지급기준	비고																			
수술비	선상흉터	1cm당 100,000원	폭이 1센티미터 미만인 선모양의 흉터																			
	면상흉터	1cm ² 당 200,000원	폭이 1센티미터 이상인 면적으로 이루어진 흉터																			
	조직함몰	1cm ² 당 200,000원	연조직(soft tissue) 뼈조직이 상실된 채로 상처가 치유되면서 흉터부위가 패인 것																			
레이저치료		0~25cm ² 미만 : 1회당 153,540원	2부위 이상 시술시 면적을 합산하며, 레이저 종류를 불문하고 산정																			
		25cm ² 이상~ 100cm ² 미만 : 1회당 255,900원																				
		100cm ² 이상 : 1회당 358,260원																				
마. 응급의료 관리료	1) 영 제14조제2호에 따라 응급환자의 진료에 소요된 응급의료관리료는 「응급의료에 관한 법률」 제23조에 따라 보건복지부장관이 정하는 응급의료수가기준을 적용하여 지급한다. 2) 피공제자의 진료를 위하여 응급의료기관을 이용한 경우 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에서 규정한 응급환자에 해당되지 않더라도 「국민건강보험법 시행규칙」 제16조 [별표 6] “요양급여비용의 본인부담 항목 및 부담률”에 따른 응급의료관리료를 지급한다.																					
바. 물리치료	국민건강보험 급여대상에 해당하는 비용을 지급한다. 다만, 진료 상 반드시 필요하다는 의사의 소견서가 있는 경우 보건복지부장관이 정한 산정 횟수를 초과하여 지급할 수 있다.																					
사. 치아보철	1) 영 제14조제3호에 따른 상부보철(사기 재료, 금속재료 등으로 만든 인공치아) 비용은 치아 1대 당 2회에 한하여 각 회당 500,000원의 범위 내에서 실비를 지급한다. 2) 캐스트코어(cast core, 치아에 기둥을 세워 손상된 치아를 복구하는 치료 중 환자 맞춤형 치료)는 134,000원, 포스트(post, 치아에 기둥을 세워 손상된																					

<u>사. 치아보철</u>	<u>치아를 복구하는 치료 중 기성품 치료), 레진(resin, 치아 메움용 합성수지제)은 각각 1회에 한하여 150,000원의 범위 내에서 실비를 지급한다.</u> 3) <u>임플란트는 1대 당 2,000,000원의 범위 내에서 담당의사의 의학적 소견이 있는 경우에 한하여 실비를 1회 지급할 수 있다. 다만, 1)에 따라 치아보철을 하고 비용이 지급된 경우 그 비용을 제외하고 임플란트 비용을 지급한다.</u> 4) <u>장기고정장치, 교정장치(견인치료에 한함)는 부상치아 1대 당 500,000원의 범위 내에서 1회에 한하여 실비를 지급할 수 있다.</u> 5) 1) ~ 4) 이외의 보철비 등은 의사 소견에 따라 실비를 인정할 수 있다.
<u>아. 장애인 보조기구 및 통합재활훈련</u>	1) <u>의학적 소견이 있는 경우 인공 팔다리 · 보조기 · 구두 · 휠체어 · 목발 · 보청기 · 안경 · 콘택트렌즈 · 인공 안구 · 가발 · 흰지팡이 · 인공후두의 구입에 소요되는 비용을 지급한다.</u> 2) <u>안경과 보청기는 해당 사고 이전에는 착용하지 아니하다가 해당 사고로 인하여 착용하게 된 경우 1회에 한하여 지급하고, 그 가액은 시중 상품 중 보편적으로 사용하는 정도의 품질로서 실제 구입한 가격으로 한다.</u> 3) <u>이미 장착하고 있던 장애인보조기구가 일부 훼손되어 본래의 기능회복을 위한 수리가 필요한 경우에는 산업재해보상보험 요양급여 산정기준」의 ‘재활보조기구 수리료’ 기준을 준용하여 수리료를 지급한다. 다만, 근전전동의수[사용자의 의도를 잔존근육에서 발생하는 근전도(EMG) 신호를 통해 파악하여 손동작을 구현하는 인공 손] 배터리의 경우 사용 가능 기간을 2년, 휠체어 배터리의 경우는 사용 가능 기간을 1년으로 한다.</u> 4) <u>인공 팔다리 및 보조기 장착 후 통합재활훈련 대상은 휠체어를 사용하는 마비 장애인등을 대상으로 한다.</u>
<u>자. 진단서 등 발급 수수료</u>	1) <u>진단서 등 관련 자료는 국민건강보험공단 부담금을 제외한 본인부담 진료비가 50만원을 초과하는 경우에 제출한다. 다만 공제회가 필요하다고 인정하는 경우에는 50 만원 이하인 경우에도 진단서 등 관련 자료의 제출을 요구할 수 있다.</u> 2) 1)에 따라 제출된 자료의 발급 수수료에 대하여는 실비를 지급한다.
<u>차. 외국 체류 중에 치료를 하고 요양급여 승인을 받은 경우</u>	1) <u>환율의 적용시점은 외국의료기관에 진료비를 납부한 때로 하며, 외국기관에서 발행한 서류는 원본 또는 사본과 그 번역본을 제출하여야 한다.</u> 2) <u>외국 요양기관에서 행한 요양에 대한 요양비산정기준은 다음과 같다.</u> 가) <u>국내의 기준에 상응하는 경우에는 국내의 기준에 따른 금액</u> 나) <u>국내의 기준으로 산정하기 불가능한 경우에는 해당 외국 요양기관에 지급한 금액</u>

별지 제1호서식 뒤쪽 제1호 중 “요양급여의 내용을 쓴 의사의 증명서”를 “진단서(본인부담 진료비가 50만원을 초과하거나 공제회에서 별도로 요청한 경우 제출)”로 하고, 같은 서식 중 “장의비”를 “장례비”로 한다. 별지 제5호 서식을 별지와 같이 한다.

부 칙

제1조(시행일) 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다.

제2조(요양급여지급 세부기준에 관한 적용례) 별표의 개정규정은 이 규칙 시행 후 발생한 학교안전사고부터 적용한다.

학교폭력사고발생 확인서

사건번호				보고일자	
피해 학생	학교명			학년반	
	성명			생년월일	
	지도교사		작성자	작성자연락처	
사고내용	사고일자		가해 학생	성명	
	사고시간			학교명	
	사고장소			학년반	
	신고기관		☐ 교육청 ☐ 경찰서 ☐ 학교폭력관련기관 ☐ 기타		
학교폭력대책자치위원회 또는 학교장 긴급조치 사항		해당여부	☐ 학교폭력대책자치위원회 ☐ 학교장 긴급조치사항		
		개최일시			
		조치사항			
치료 조치 및 계획		치료상황	☐ 미치료 ☐ 치료 중 ☐ 치료완료		
		치료기관	☐ 학교폭력관련기관 ☐ 민간단체 ☐ 병원		
		조치사항	☐ 심리상담 ☐ 일시보호 ☐ 병원치료		
그 밖의 사항					