

경기도학교안전공제회 요양급여 보상범위

1 공제급여의 종류 및 내용

구 분	내 용	비 고
요양급여	학교안전사고로 인하여 피공제자가 입은 부상 또는 질병의 치료에 소요된 비용 중 「국민건강보험법」 제44조의 규정에 따라 피공제자 또는 그 보호자등이 부담한 금액으로 한다.	법률 제36조
장해급여	제36조의 규정에 따른 요양급여를 받은 피공제자가 요양을 종료한 후에도 장해가 있는 때에는 「국가배상법」 제3조제2항제3호에서 정한 금액 및 같은 법 제3조제5항에서 정한 위자료를 피공제자 또는 그 보호자등에게 지급	법률 제37조
간병급여	제36조의 규정에 따른 요양급여를 받은 자가 치료를 받은 후에도 의학적으로 상시 또는 수시로 간병이 필요한 경우에 실제로 간병을 받는 피공제자 또는 그 보호자등에게 지급	법률 제38조
유족급여	피공제자가 학교안전사고로 인하여 사망한 경우에 「국가배상법」 제3조제1항제1호에서 정한 금액 및 같은 법 제3조제5항에서 정한 위자료를 피공제자의 상속인에게 지급하되, 사실상 혼인관계에 있던 자를 포함하여 지급	법률 제39조
장의비	피공제자가 학교안전사고로 인하여 사망한 경우에 「국가배상법」 제3조제1항제2호에서 정한 평균임금의 100일분을 그 장의를 행하는 자에게 지급한다.	법률 제40조
위로금	피공제자인 학생이 교육활동 중에 학교안전사고 이외의 원인을 알 수 없는 사유로 사망한 경우에는 대통령령으로 정하는 위로금(4,000만원)을 지급하여야 한다.	법률 제40조의 2

2 요양급여

국민건강보험법

제44조(비용의 일부부담) 요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부(이하 "**본인일부부담금**"이라 한다)를 본인이 부담한다.

- ※ 학교안전공제회에서 요양급여로 지급하는 금액은 치료에 소요된 **치료비 전액을 보상하는 것이 아님.**
- ※ 학교안전사고 예방 및 보상에 관한 법률 제36조에 따라 국민건강보험법에서 규정하고 있는 '**본인일부부담금**'(p8 [참고자료] 진료비 계산서·영수증 왼쪽 부분)을 공제회에서 **요양급여로 지급하고 있으며 '비급여 금액'은 원칙 지급이 되지 않음.** 예외적으로 요양급여 지급기준 해당 항목에 한하여 추가 지급 검토.(진료비 세부내역 첨부시)

지급기준

○ 상급병실료

학교안전사고 예방 및 보상에 관한 법률

제14조(요양급여의 지급기준 등)

1. 입원료는 대중적인 일반병실의 입원료를 지급한다. 다만, 전신 화상자, 세균감염을 예방하기 위하여 격리가 필요한 환자, 심한 정신질환자 등 의사의 소견에 따라 부득이 상급병실(입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병실을 말한다)에 입원하였을 때(병실 사정이나 환자 및 보호자의 요청에 의한 경우는 제외)에는 그 병실의 입원료를 지급한다.

○ 경기도학교안전공제회 요양급여지급 세부기준(비급여 부분)

구 분	내 용						
가. 선택 진료비	1) 사고에 의한 부상 또는 질병으로 인하여 입원 요양한 기간 2) 사고에 의한 부상 또는 질병의 상병상태(傷病狀態)가 입원을 필요로 하지 아니하는 경우에는 최초 선택진료를 받은 날부터 14일 이내						
나. 방사선 특수 영상진단료	1) 자기공명영상진단(MRI : Magnetic Resonance Imaging)은 의사의 소견에 따라 1회의 진단료를 지급한다. 다만, 다음 항목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 추가로 지급할 수 있다. 가) 장애상태의 확인을 위한 경우 나) 상병상태가 호전이 없거나 악화된 경우 또는 진료방향을 결정하기 위한 촬영의 필요성이 의학적으로 인정되는 경우 다) 수술 후 상병상태 확인을 위하여 의학적으로 필요성이 인정되는 경우 라) MRI 진단료 보상한도 - 횟수제한 없이 1회 50만원, 총 보상한도 100만원으로 설정 예) 발목(1), 무릎(1), 허리(1) 총 3회 부위별 각 40만원씩 총 120만원 청구한 경우 1회 50만원 미만이나, 총 보상한도 초과로 100만원 지급 2) 초음파 검사료는 진료기간의 범위 안에서 의료기관에서 치료상 필요하여 실시한 경우에 지급한다. 다만, 초음파 검사는 입원기간에 2회 이내 검사를 실시할 수 있으며, 요양기간 중 총 3회 이내에서 인정한다. 3) 인정하는 비급여 검사료는 다음과 같다. - 뇌혈류 검사(TCD), 혈소판복합기능검사, BIS SENSOR						
다. 주사제 등	1) 무통주사제 비용은 치료에 필요한 경우 1회 100,000원의 범위 내에서 지급한다. 다만, 영양제 비용은 지급하지 아니한다. 2) C형간염주사제 비용은 치료에 필요한 경우 수술당 1회 50,000원의 범위 내에서 지급한다.						
라. 화상 치료재 등	1. 화상 또는 열상은 의사의 소견에 따라 아래의 치료재와 치료보조재의 비용을 지급한다. <화상환자에게 인정하는 치료재.치료보조재 및 약제> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">구 분</th><th style="text-align: center;">인정 품목</th></tr> <tr> <td>화상 치료재</td><td>. Intergra, Terudermis</td></tr> <tr> <td>상처치료</td><td>. Duoderm, 액티코트, 아쿠아젤,</td></tr> </table>	구 분	인정 품목	화상 치료재	. Intergra, Terudermis	상처치료	. Duoderm, 액티코트, 아쿠아젤,
구 분	인정 품목						
화상 치료재	. Intergra, Terudermis						
상처치료	. Duoderm, 액티코트, 아쿠아젤,						

화상 치료 보조재	보조재	외용실리콘 Sheet
	통증치료재	. 무통주사(home pump), 구연산펜타닐
	피부이식 수술보조재	. Skin stapler, Bovie plate, 봉압사, Coben knife, 델마덤시멘트, 에테르, Tissue expander
	반흔 완화재	. Contratubex 연고, 압박옷, 아쿠렉스 주사, 레이저치료, Kojen, Mederma, Allevim, E-z derm, 트리암실론 주사, Omiderm, 그물붕대, Fixomull
	피부변색 치료재	. 포타덤 광선차단제
	가려움증 치료재	. 냉동요법, 세타필세정제, 세타필로션
	화상 약제 등	. 캄비손연고, 미보연고, 설파마이론연고, 포타딘연고, 실리겔(연고)
<화상·열상 등 환자에게 인정하는 치료재·치료보조재·약제 등>		
구 분	인정 품목	
치료 재료	. 메딕스, 네오드레싱, 메드레스, 뉴플러스, 픽싱롤, 하이파픽스, 멀티픽스, 픽소물, 아쿠아젤, 시트, 스킨스테이플러, 보비플레이트, 봉합사, 코벤나이프, 델마덤, 시멘트, 에테르, 압박옷, 코젠, 메더마, 이지덤, 오미덤, 그물붕대	
치료 약제 등	. 콘트라투벡스연고, 스카이지겔, 실리콘겔연고, 등 화상·흉터제거연고, 캄비손연고, 설파마이론연고, 포타덤광선차단제, 세타필세정제, 세타필로션, 레이저치료, 냉동요법	
2. 의료기관에서 치료상 필요하여 아래의 기타치료재를 사용한 경우 그 비용을 지급한다.		
<기타치료재 등>		
- 척추수술 재료대(유착방지제 등 보조재료대 포함), 혈전방지스타킹, Circuit, 티디백신주사, 아킬레스텐던		
마. 성형 수술비	1) 화상 반흔제거 수술비 산정기준은 다음과 같다. 가) 화상 반흔제거 수술은 화상으로 인하여 신체기능에 장애가 있거나 타인에게 혐오감을 주는 경우에 인정한다. 나) 인정횟수는 2회 이내로 한다. 2) 사고에 의한 질병이나 부상으로 인한 흉터, 반흔 또는 변형 등 성형수술이 필요한 경우 1회에 한하여 인정한다. 단, 인정하는 성형 수술은 다음과 같다. - 레이저, 박피술, 표피이식술, 겔시트요법, 에어젯용법, 프락셀레이저성형술, 반흔축소술, w-성형술 등	

바. 응급 의료 관리료	영 제14조제2호에 따라 응급환자의 진료에 소요된 응급의료관리료의 산정은 보건복지부장관이 정하는 기준에 따른다. 다만, 휴일이나 야간에 발생한 사고의 진료를 위하여 부득이 휴일 또는 야간에 응급의료센터 등을 이용한 경우에는 응급의료관리료 산정대상이 아니라도 응급의료관리료를 지급한다.
사. 물리치료	국민건강보험 급여대상에 해당하는 물리치료는 다음 요건을 모두 충족하는 경우 보건복지부장관이 정하는 물리치료 산정횟수 제한에도 불구하고 이를 추가로 인정한다. 1) 진료상 반드시 필요하다는 의사의 소견서가 있는 경우 2) 의료기관에서 행하는 물리치료인 경우
아. 치아보철	1) 영 제14조제3호에 따른 도재전장관(陶材前將冠) 치아보철비는 치아 1대 당 400,000원의 범위 내에서 지급한다. 다만, 2회에 한한다. 2) 캐스트코아는 134,000원, 포스트는 124,000원, 레진은 120,000원의 범위 내에서 인정한다. 3) 임플란트는 1대 당 2,000,000원의 한도 내에서 담당의사의 의학적 소견이 있는 경우에 한하여 인정할 수 있다. 다만, 1)에 따라 치아보철을 한 경우 임플란트는 인정하지 아니한다. 4) 1) ~ 3) 이외의 보철비 등은 의사 소견에 따라 실비를 인정할 수 있다. 다만 장기고정장치는 1)에 준하여 인정한다.
자. 재활보조기구 및 통합 재 활훈련	1) 의학적 소견이 있는 경우 의지(義肢)·보조기·구두·휠체어·목발·보청기·안경·콘택트렌즈·의안·가발·흰지팡이·인공후두의 구입에 소요되는 비용은 「국민건강보험법」제51조제2항을 준용하여 지급한다. 2) 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. 3) 이미 장착하고 있던 재활보조기구가 일부 훼손되어 본래의 기능회복을 위한 수리가 필요한 경우에는 그 비용을 지급할 수 있다. 다만, 근전전동 의수(筋電電動義手) 배터리의 경우 내구연한을 2년, 휠체어 배터리의 경우는 내구연한을 1년으로 한다. 4) 의지 및 보조기 장착 후 통합재활훈련 대상은 휠체어를 사용 마비 장애 인등을 대상으로 한다. 5) 의료기관에서 치료상 필요하여 아래의 보호대 등을 착용한 경우 그 비용을 지급한다.

	<p style="text-align: center;"><보호대 등></p> <p>- 어깨 보조기, 팔걸이(arm sling), 보호대(목, 허리, 무릎, 손목, 발목), 석고신발</p>
<p>차. 진단서 발급 수수료</p>	<p>1) 진단서는 진료비가 본인부담 진료비(국민건강보험공단 부담금 제외)가 50만원을 초과한 경우에 제출한다. 다만, 공제회가 공제급여 지급 결정을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 본인부담 진료비가 50만원 이하인 경우에도 진단서 제출을 요구할 수 있다.</p> <p>2) 제출된 진단서에 대하여는 실비를 지급한다.</p> <p>3) 담당자의 요청이 있어 의사소견서를 발급 받은 경우 건당 10,000원 범위 내에서 지급한다.</p> <p>4) 담당자의 요청이 있어 필름복사수수료를 지불한 경우 관련 영수증 제출 시 매당 5,000원 범위 내에서 지급한다</p> <p>5) 담당자의 요청이 있어 CD복사 수수료를 지불한 경우 관련 영수증 제출 시 개당 10,000원 범위 내에서 지급한다</p>
<p>카. 외국 체류 중에 치료를 하고 요양급여 승인을 받은 경우</p>	<p>1) 환율의 적용시점은 외국의료기관에 진료비를 납부한 때로 하며, 외국기관에서 발행한 서류는 원본 또는 사본과 그 번역본을 제출하여야 한다.</p> <p>2) 외국 요양기관에서 행한 요양에 대한 요양비산정기준은 다음과 같다.</p> <p>가) 국내의 기준에 상응하는 경우에는 국내의 기준에 따른 금액</p> <p>나) 국내의 기준으로 산정하기 불가능한 경우에는 해당 외국 요양기관에 지급한 금액</p>
<p>타. 호송료</p>	<p>구급차 이용은 사고 장소에서 의료기관 등으로 환자를 이송한 아래의 경우에 한하여 인정한다.</p> <p>1) 응급상황에서 병원간 이동이 필요하다는 의학적 소견이 있을 경우 참고하여 인정한다.</p> <p>2) 상병상태를 고려하여 신속한 치료를 위해 환자를 호송한 경우 인정하되, 거동이 가능하거나 환자 및 보호자의 요청에 의한 경우는 제외</p>

비 고

1. 요양급여의 수가기준은 「국민건강보험법」 제42조제4항에 따라 보건복지부장관이 고시하는 수가에 따른다.
2. 공제회는 피공제자의 진료와 관련하여 법 및 영 등에서 요양급여로 정하지 아니한 진료항목 및 비용 중에서 피공제자의 진료에 필요하다고 판단되는 경우에는 의사의 소견서 등을 참고하여 인정할 수 있다.
3. 공제회는 다음 각 호에 어느 하나에 해당하는 경우에는 피공제자가 치료 받기 전에 치료비를 지급할 때 중간이자를 공제할 수 있으며, 이 경우 공제방식은 호프만식에 의한다.
 - 가. 성장기 등의 사유로 현재로서는 치료 불가능하지만 일정기간 이후 치료 가능한 경우
 - 나. 기타 불가피한 사유로 향후에 치료함이 적당하다는 의학적 소견이 있는 경우

3 행정사항

안내사항

○ 안전사고 발생 시

1) 신속한 응급조치 및 구호활동

2) 학교장 보고

3) 병원치료가 필요한 경우

① 공제급여 관리시스템(www.schoolsafe.or.kr) 사고통지

② 학교안전공제회 공제급여 청구 절차 안내

※ 법률에 따라 치료비 전액이 아닌 국민건강보험법에 따른 '본인일부 부담금' 지급이 되므로, **비급여는 지급이 되지 않음을 미리 고지**

4) 치료 후, 공제급여 청구 및 지급

5) 종결

참고사항

○ 진료비 계산서·영수증에 대한 세부내용은 요양기관에 요구하여 제공 받을 수 있음.

○ 「국민건강보험법」제43조의 2 또는 「의료급여법」제11조의 3에 따라 환자가 전액 부담한 비용과 **비급여로 부담한 비용의 타당성 여부는 건강보험심사평가원(T. 1644-2000, www.hira.or.kr)으로 문의**

[참고자료]

■ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별지 제6호서식] <개정 2020. 4. 3.>

[]외래 []입원 ([]퇴원[]중간) 진료비 계산서 · 영수증

환자등록번호		환자 성명		진료기간		야간(공휴일)진료		
				. . .부터 . . .까지		[] 야간 [] 공휴일		
진료과목		질병군(DRG)번호		병실		환자구분		
						영수증번호(연월-일련번호)		
항목		급여		비급여		금액산정내용		
		일부 본인부담		전액 본인부담	선택 진료료	선택진료료 외	⑦ 진료비 총액 (①+②+③+④+⑤)	
		본인부담금	공단부담금					
기본항목	진찰료							
	입원료	1인실					⑧ 환자부담 총액 (①-⑥)+③+④+⑤	
		2·3인실						
		4인실 이상						
	식대						⑨ 이미 납부한 금액	
	투약 및 조제료	행위료						
		약품비						
	주사료	행위료					⑩ 납부할 금액 (⑧-⑨)	
		약품비						
	마취료						⑪ 납부한 금액	
	처치 및 수술료							
	검사료							
	영상진단료							납부하지 않은 금액 (⑩-⑪)
	방사선치료료							
	치료재료대							
재활 및 물리치료료							현금영수증()	
정신요법료								
전혈 및 혈액성분제제 료								
선택항목	CT 진단료						신분확인번호	
	MRI 진단료							
	PET 진단료							
	초음파 진단료							
	보철·교정료							
「국민건강보험법」 제41조 의4에 따른 요양급여							현금영수증 승인번호	
65세 이상 등 정액								
정액수가(요양병원)								
정액수가(완화의료)								
질병군 포괄수가								
합계		①	②	③	④	⑤	* 요양기관 임의활동공간	
상한액 초과금		⑥	-					
요양기관 종류		[] 의원급·보건기관 [] 병원급 [] 종합병원 [] 상급종합병원						
사업자등록번호					상호			
사업장 소재지					대표자	[인]		
년 월 일								
항목별 설명						일반사항 안내		
<p>1. 일부 본인부담: 일반적으로 다음과 같이 본인부담률을 적용하나, 요양기관 지역, 요양기관의 종별, 환자 자격, 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여 여부, 병실종류 등에 따라 달라질 수 있습니다.</p> <p>- 외래 본인부담률: 요양기관 종별에 따라 30% ~ 60%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0원 ~ 2500원, 0% ~ 15%) 등</p> <p>- 입원 본인부담률: 20%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0% ~ 10%) 등</p> <p>* 식대: 50%(의료급여는 20%)</p> <p>CT·MRI·PET: 외래 본인부담률(의료급여는 입원 본인부담률과 동일)</p> <p>「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여(선택급여): 보건복지부장관이 고시한 항목별 본인부담률</p> <p>* 상급종합병원 입원료: 2인실 50%, 3인실 40%, 4인실 30% / 치과병원을 제외한 병원급 의료기관 입원료: 2인실 40%, 3인실 30%</p> <p>2. 전액 본인부담: 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 6 또는 「의료급여법 시행규칙」 별표 1의2에 따라 적용되는 항목으로 건강보험(의료급여)에서 금액을 정하고 있으나 진료비 전액을 환자 본인이 부담합니다.</p> <p>3. 상한액 초과금: 본인부담액 상한제에 따라 같은 의료기관에서 연간 500만원(2015년부터는 「국민건강보험법 시행령」 별표 3 제2호에 따라 산정한 본인부담상한액의 최고 금액, 환자가 내는 보험료 등에 따라 다를 수 있음) 이상 본인부담금이 발생한 경우 공단이 부담하는 초과분 중 사전 정산하는 금액을 말합니다.</p> <p>* 전액 본인부담 및 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여의 본인부담금 등은 본인부담상한액 산정시 제외됩니다.</p> <p>4. "질병군 포괄수가"란 「국민건강보험법 시행령」 제21조제3항제2호 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제3항에 따라 보건복지부장관이 고시한 질병군 입원진료에 대하여 해당 입원진료와 관련되는 여러 의료행위를 하나의 행위로 정하여 요양급여비용을 결정할 것을 말합니다. 다만, 해당 질병군의 입원진료와 관련되는 의료행위라도 비급여대상이나 이송치료 등 포괄수가에서 제외되는 항목은 위 표의 기본항목 및 선택항목만에 합산하여 표기됩니다.</p>						<p>1. 이 계산서·영수증에 대한 세부내용은 요양기관에 요구하여 제공받을 수 있습니다.</p> <p>2. 「국민건강보험법」 제48조 또는 「의료급여법」 제11조의3에 따라 환자가 전액 부담한 비용과 비급여로 부담한 비용의 타당성 여부를 건강보험심사평가원(☎1644-2000, 홈페이지: www.hira.or.kr)에 확인 요청할 수 있습니다.</p> <p>3. 계산서·영수증은 「소득세법」에 따른 의료비 공제신청 또는 「조세특례제한법」에 따른 현금영수증 공제신청(현금영수증 승인번호가 적힌 경우만 해당합니다)에 사용할 수 있습니다. 다만, 지출증빙용으로 발급된 "현금영수증(지출증빙)"은 공제신청에 사용할 수 없습니다. (현금영수증 문의 126 인터넷 홈페이지: http://현금영수증.kr)</p>		
<p>주(註): 진료항목 중 선택항목은 요양기관의 특성에 따라 추가 또는 생략할 수 있으며, 야간(공휴일)진료 시 진료비가 가산될 수 있습니다.</p>								