

- 2018년도 -

## 청각장애인 인공달팽이관 수술지원 계획

국민기초생활수급자 등 가정형편이 어려운 청각장애인의 인공달팽이관 수술 및 언어재활치료 지원으로 청각기능 회복과 의사소통 능력 향상에 기여

### I

### 개요

- 사업량 : 22명 (하반기 모집 : 11명)
- 추진근거 : 「장애인복지법」 제18조(의료 및 재활치료)
- 지원대상 : 의료기관이 수술가능자로 확인한 장애인복지법 제32조 (장애인등록)의 규정에 의해 등록한 만 20세 이하의 청각장애인
  - ❖ 단, 영유아(만 5세 이하)의 경우 청각장애가 예견되어 수술이 필요하다고 의사의 소견(진단)이 있을 경우, 장애 미등록자도 가능
- 사업내용 : 수술비 및 재활치료비 지원(매핑, 언어·청능 훈련)
  - 당해연도 : 1인당 6,000천원 이내(도비 100%)
  - 수술 다음연도부터 3년간 : 1인당 연 3,000천원 이내(시·군비 100%)
- 사업예산 : 금132,000천원(도비 100%)

### II

### 세부내용

#### 대상자 모집 및 선정

- 대상자 모집 : 도 → 지자체
- 대상자 추천 : 지자체 → 도
- 대상자 선정 : 도
  - ❖ 선정자가 사업량(22명) 초과될 경우, 예비순위를 결정하여 수술 포기자 발생 시 순위에 따라 수술지원 대상자로 선정(예비순위는 당해연도에 한함)

## ■ 대상자 선정기준

### ○ 소득기준

- ① 기초생계급여 수급자(기준중위소득 30% 이하)
- ② 기초의료급여 수급자(기준중위소득 40% 이하)
- ③ 기초주거급여 수급자(기준중위소득 43% 이하)
- ④ 차상위계층(기준중위소득 50% 이하)
- ⑤ 소득수준이 낮은 가구의 장애인(가구원수별 건강보험료 본인부담금 비교)
  - ❖ 소득액이 동일할 경우, ① 세대원 중 다른 장애인 유무, ② 생년월일이 빠른 장애인, ③ 세대원(본인 및 세대주 포함)이 많은 경우 순으로 선정

#### <제외 대상>

- 동 사업 및 협약 사업으로 기존에 지원받은 자
- 전문병원이 아닌 곳에서 수술가능확인서를 제출한 자

## ■ 지원내용

### ○ 도

- 1인당 6백만원 범위 내 수술비 및 당해연도 재활치료비 지원(도비 100%)
- 입원 병실료는 2인실까지 전액 지원하고 특실 및 1인실 사용 시 2인실 지원기준 병실료 차액은 본인 부담(대상자 가구에 반드시 안내)
- 수술비 잔액으로 같은 해 재활치료비 지원
- 파손, 분실 등의 부속품 실비는 전액 본인 부담

### ○ 지자체

- 수술 다음연도부터 3년간 재활치료비 예산 편성(시·군비 100%)
- 1인당 연간 3백만원 범위 내 지원
- 수술 후 지자체 담당자 변경 또는 대상자의 전출로 재활치료비 지원을 받지 못하는 경우가 발생하지 않도록 각 지자체의 정보제공 및 교류, 지속관리
- 지원기간 중 도 내 타 지자체로 전출 시 해당 지자체로 공문 통보
- 타 시·도 전출 시 지원 불가(대상자 가구에 반드시 안내)

### Ⅲ

## 추진체계 및 절차

### 추진체계

도	지자체
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 사업계획 수립</li> <li>- 수술대상자 모집 공문 발송</li> <li>- 수술대상자 선정(예비순위 포함)</li> <li>- 선정결과 통보</li> <li>- 보조금 교부결정 및 자금교부</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 수술희망자 모집 및 추천</li> <li>- 수술비 및 당해연도 재활치료비 지원 (연 600만원/인 이내, 도비 100%)</li> <li>- 수술 다음연도부터 3년간 재활치료비 지원 (연 300만원/인 이내, 시군비 100%)</li> </ul>

### 추진절차

절차	내용	비고
수술 전 검사	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 사전검사 신청 <ul style="list-style-type: none"> <li>· 검사비용 : 시설관리운영비 또는 재가장애인 본인 부담</li> <li>· 수술지원 확정 후 검사비용 및 검진비용은 도비 지원</li> </ul> </li> </ul>	수술희망자 → 병원
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 수술가능확인서 발급 <ul style="list-style-type: none"> <li>· 이미 검사를 받아 수술 가능함을 판정받은 경우, 검사를 받은 의료기관에서 수술가능확인서 발급 【별지 1】</li> </ul> </li> </ul>	병원 → 수술희망자
수술 지원신청	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 수술지원 신청 <ul style="list-style-type: none"> <li>· 수술일자가 확정된 경우 수술가능 확인서 등 관련서류를 첨부하여 지자체에 수술지원 신청 【별지 1, 4】</li> </ul> </li> </ul>	수술대상자 → 지자체
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 보조금 교부 신청 <ul style="list-style-type: none"> <li>· 수술희망자 전원에 대하여 수술가능확인서 및 보조금 신청서 등 서류 제출 【별지 1, 2, 3, 4】</li> </ul> </li> </ul>	지자체 → 도
지원결정 및 수술	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 대상자 선정, 교부결정 및 자금교부 <ul style="list-style-type: none"> <li>· 선정기준에 의해 대상자 선정 및 보조금 교부결정</li> </ul> </li> </ul>	도 → 지자체
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 수술비용 지급 <ul style="list-style-type: none"> <li>· 수술한 병원에 직접 지급</li> </ul> </li> </ul>	지자체 → 병원

수술 후 사후관리	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 재활치료비 지원 및 관리</li> <li>· 지자체 재활치료비 예산 편성 및 지원</li> <li>· 재활 진행상황 파악 자료 보관</li> </ul>	지자체 → 수술대상자
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 재활치료 결과 통보</li> <li>· 청각장애인은 수술 후 재활치료 관리를 담당할 시설 또는 언어치료 센터 등(병원부설 or 언어 치료소)을 지정하여 재활치료를 실시하고 매 분기마다 해당 지자체에 치료결과 통보</li> </ul>	수술대상자 → 지자체

#### IV

### 추진일정

구분	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
사업계획 수립	↔											
모집 공문 발송	↔						↔					
대상자 추천		↔					↔					
대상자 선정 및 통보		↔	↔				↔					
보조금 교부결정 및 자금교부		↔	↔					↔				
수술 지원			↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
집행현황 파악												↔

#### V

### 행정사항

- 동 사업내용에 대하여 관내 대상 청각장애인 가정에 우편물 발송 및 장애인 단체를 통한 다양한 수단을 활용하여 홍보
- 수술지원 희망자 【별지 1, 4】 제출 : 2018. 7. 20. 까지
- 수술지원 신청서 【별지 1, 2, 3, 4】 제출 : 2018. 7. 20. 까지
  - ❖ 【별지 1】 원본 스캔하여 송부, 지자체 보관
- 수술대상자의 상태나 입장 등을 고려하여 최대한 빠른 시일 내에 수술할 수 있도록 조치

- 수술대상자 선정 이후 수술 포기로 예산이 불용되지 않도록 수술 확정 여부 반드시 확인
- 포기자 발생 시 예비순위자가 수혜받을 수 있도록 즉시 도로 통보
- 수술병원 및 수술 후 재활치료센터 정보 제공, 사후관리 철저
- 수술 다음연도부터 3년간 재활치료비 지자체 예산 편성 조치

## Ⅵ

## 기대효과

- 저소득 청각장애인의 청각 및 언어 능력 회복에 기여
- 의료비 부담경감 및 사회·경제 활동 활성화 도모

수술 가능 확인서

수술대상자	성 명	(남, 여)	생년월일	
시설장 또는 보호자	성 명		연락처	
수술 적격여부 등 의사소견 구체적 기재	1. 수술적격 여부 :          2. 보건복지부 고시 2010-115호('10. 12. 20.)에 의한 세부 인정기준에 적합한지 여부 :          			
<p>위 어린이의 수술적격 여부 등을 통보합니다.</p> <p>년 월 일</p> <p>소속 : ○○ 병원 이비인후과 전문의</p> <p>성명 : ○○○ (인)</p> <p>○○○ 시설장(보호자) 귀하</p>				

※ 동 서식은 예시로 여타 수술가능 여부 확인 가능한 서류로 갈음가능

【별지 제2호】

## 인공달팽이관 수술 지원 사업 도비보조금 교부 신청서

경기도지사(시장.군수) 귀하

「장애인복지법」 제18조(의료와 재활치료) 및 「경기도 지방보조금 관리 조례」 제15조(보조신청)의 규정에 의해 다음과 같이 청각장애인 인공달팽이관 수술 지원 사업 보조금 교부를 신청하오니 교부하여 주시기 바랍니다.

- 붙임 1. 보조사업자 현황 및 보조사업 계획 1부.  
2. 인공달팽이관 수술 지원 사업 수행계획서 1부.

2018. . .

시장.군수(법인대표, 보호자)

(인)

【별지 제3호】

## 보조사업자 현황 및 보조사업 계획

### 1. 보조사업자(시설, 재가보호자) 현황

법인명 (대표자)	시설명(시설장) 또는 보호자명	소재지	전화번호

### 2. 수술대상자 현황

시설명 또는 보호자명	대상자 성명	생년월일	성별	연령 (만)	소득구분	세대원 중 다른 장애인 유무	세대원 수 (세대주 포함)

※ 소득구분 : 기초생계급여 수급자, 기초의료급여 수급자, 기초주거급여 수급자, 차상위 계층, 그 외는 건강보험료(노인장기요양보험료 포함) 본인부담금(2017.12월) 및 직장 또는 지역가입자 기재(우선순위 결정 자료)

### 3. 보조사업계획(수술비용)

(단위:천원)

시설명 또는 보호자	대상자 성명	계(A+B)	도비(A)	자부담(B)	시군비 지원계획 및 사업비계상 예상액 (인공달팽이관 재활치료비)
					예) 2018~2020년까지 연 300만원 예산계상



【별지 제4호】

인공달팽이관 수술 지원 사업 수행계획서(개인별)

1. 수술 계획

수술대상자 성명	(남, 여)	생년월일	
시설장 및 시설명 보호자명		연 락 처	
수술병원 (담당의사)		수술(예정)일자	

2. 수술 후 재활훈련 계획

구 분	구체적인 내용
시 설 내 재활훈련 계획	<p>* 재활관리를 전담할 시설 내 직원 1인의 인적사항 기재 【담당부서, 경력(학력)등】</p> <p>* 훈련시간 등 기재</p>
병원 내 언어치료 재활센터의 재활훈련 참가 계획 등	<p>* 수술 후 주기적으로 이용할 병원부속 언어치료 센터명 및 담당 언어치료사 기재</p> <p>* 이용횟수 등 기재</p>
기 타	<p>* 종합병원의 언어치료 외에 기타 사설 로컬 언어치료실 (의원급 언어치료실, 종합복지관, 개인치료실 등)등에서의 언어치료 계획 기재</p>

【참고자료】「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부 고시 제2010-115호)

Ⅲ. 치료재료

4. 처치 및 수술료 등

제 목	세 부 인 정 기 준
인 공 와 우 (Artificial Ear Cochlear Implant)의 요양 급여 대상여부	<p>인공와우는 다음의 경우에 요양급여대상으로 함. 다만, 다음의 적응증 및 인정개수를 초과한 경우의 치료재료 비용은 전액본인이 부담함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1. 적응증</p> <p>가. 2세 미만인 경우</p> <p>양측 심도(90dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용에도 청능발달의 진전이 없을 경우</p> <p>단, 뇌막염의 합병증 등 시급히 시행하지 않으면 수술시기를 놓치게 될 경우에는 예외적으로 시행할 수 있음.</p> <p>나. 2세 이상 15세 미만인 경우</p> <p>양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용 및 집중교육에도 어음변별력과 언어능력의 진전이 없을 경우. 단, 술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우는 제외함.</p> <p>다. 15세 이상인 경우</p> <p>양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 문장언어 평가가 50% 이하의 경우</p> <p>단, 술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우는 제외함.</p> <p>라. 15세 미만 또는 요양급여적용일 이전 인공와우 이식을 받은 자중 양측 이청이 반드시 필요한 경우에는 상기 가, 나, 다 각 해당 연령별 조건에 만족시 반대 측 인공와우를 요양급여로 인정함. 이 때 순음청력검사 및 문장언어평가 결과는 인공와우가 아닌 보청기를 착용한 상태에서 실시한 결과를 적용함.</p> <p>2. 시설·장비 및 인력 기준</p> <p>가. 시설·장비</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 청각실 : 방음청력검사실, Mapping 장비, 청각유발반응검사 기기를 갖추어야 함.</li> <li>- 언어치료실 : Mapping 장비를 갖추어야 함.(청각실과 공동사용 가능)</li> </ul> <p>나. 인력</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 시술자: 이비인후과 전문의 2인 이상이 상근하는 요양기관에서 다음중 각호의 1에 해당하는 이비인후과 전문의가 1인 이상 상근하는 경우 <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 전문의 자격증 취득 이후 인공와우이식술을 시행하는 상급종합병원에서 2년이상 이과 전문 경력이 있으면서 그 기간 중 1년 이상 와우이식술을 시술하거나 공동시술한 경험이 있는 자</li> <li>2) 전문의 자격증 취득 이후 인공와우이식술 실시기준(시설, 장비 및 인력)에 적합하다고 건강보험심사평가원에서 통보받은 기관에서 3년이상 와우이식술을 시술 또는 공동시술한 경험이 있는 자</li> <li>3) 교육, 해외연수 등으로 위 각호에 해당하는 자격을 갖추었다고 이비인후과학회에서 인정받은 자</li> </ul> </li> <li>- 보조인력: 청각유발반응 검사와 시술 후 mapping을 직접 시행할 수 있는 인력 1인(청각실)과 시술 전·후 언어평가, 시술 후 mapping을 직접 시행할 수 있는 인력 1인(언어치료실)</li> </ul> <p>다. 요양기관은 인공와우이식술 실시 이전에 건강보험심사평가원에 상기 가,나에 관한 기준에 적합한 증빙서류를 첨부하여 제출하여야 함.</p> <p>3. 인정개수</p> <p>인공와우는 1set[내부장치(Implant), 외부장치(Implant를 제외한 구성품) 구분]에 한하여 요양급여대상으로 하되, 분실, 파손된 경우 등으로 교환시 외부장치(Implant를 제외한 구성품) 1개를 추가 인정함.</p> <p>다만, 양측 인공와우 시술이 필요한 상기 적응증 '라' 중 15세 미만의 경우 2set[내부장치(Implant), 외부장치(Implant를 제외한 구성품)]를 인정하되, 이 때 외부장치는 추가 인정하지 않음.</p> <p>(고시 제2010-115호, '11. 1.1 시행)</p>