



【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. 끝.

2022. . .

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)
ㅇㅇㅇ	□□□	10.12.30.	여	10	25,340원(직장)	무	4명

※ 소득구분 : 기초생계급여 수급자, 기초의료급여 수급자, 기초주거급여 수급자, 차상위계층, 건강보험료(노인 장기요양보험료 포함) 본인부담금(2021.12월 기준) 및 직장 또는 지역가입자 기재

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) 2023~2025년까지 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	* 재활관리를 전담할 시설 내 직원 1인의 인적사항 기재 【담당부서, 경력(학력)등】  * 훈련시간 등 기재
병원 내 언어치료 재활센터의 재활훈련 참가 계획 등	* 수술 후 주기적으로 이용할 병원부속 언어치료 센터명 및 담당 언어치료사 기재  * 이용횟수 등 기재
기 타	* 종합병원의 언어치료 외에 기타 사설 로컬 언어치료실 (의원급 언어치료실, 종합복지관, 개인치료실 등)등에서의 언어치료 계획 기재

【참고자료】 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 (보건복지부 고시 2018-254호)

III. 치료재료 4. 처치 및 수술료 등

제 목	세 부 인 정 기 준
인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant)의 요양급여 대상 여부	<p>1. 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant)는 다음의 경우에 요양급여함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 1세 미만 : 양측 심도(90dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용에도 청능 발달의 진전이 없는 경우</li> <li>2) 1세 이상 19세 미만 : 양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용 및 집중 교육에도 청능 발달의 진전 없는 경우. 다만, 시술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우는 제외함.</li> <li>3) 19세 이상 : 양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 보청기를 착용한 상태에서 단음절어에 대한 어음 변별력(Speech discrimination)이 50% 이하 또는 문장언어평가가 50% 이하인 경우. 다만, 시술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우는 제외함.</li> <li>4) 상기 1), 2), 3)의 난청환자 중 뇌막염의 합병증 등으로 시급히 시행하지 않으면 수술시기를 놓치게 될 경우에는 예외적으로 시행할 수 있음.</li> <li>5) 아래의 대상자 중 양이청(Binaural Hearing)이 반드시 필요한 경우 상기 1), 2), 3), 4) 각 해당 조건에 만족 시 반대측 또는 양측 인공와우를 요양급여함. 다만, 아래의 가), 나)의 경우 순음청력 검사 및 단음절어에 대한 어음변별력, 문장언어평가 결과는 인공와우를 착용하지 않은 상태에서 실시한 결과를 적용함.</li> </ol> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가) 요양급여적용일(2005.1.15.) 이전 편측 인공와우 이식자</p> <p>나) 19세 미만의 편측 인공와우 이식자</p> <p>다) 19세 미만의 양측 동시 이식 대상자</p> <p>나. 급여개수</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 인공와우는 1set(내부장치, 외부장치)에 한하여 요양급여대상으로 하되, 분실, 수리가 불가능한 파손 등으로 교체 시 외부장치 1개를 추가 요양급여함.</li> <li>2) 상기 가.5)의 19세 미만에서 양측 인공와우 시술이 필요한 경우는 2set(내부장치, 외부장치)를 요양급여하되, 이후 분실, 수리가 불가능한 파손 등으로 교체 시 외부장치 2개 이내에서 추가 요양급여함.</li> </ol> <p>다. 시설·장비 및 인력 기준</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 시설·장비 <ol style="list-style-type: none"> <li>가) 청각실 : 방음청력검사실, 인공와우조절검사(Mapping of Speech Processor) 장비, 청각유발반응검사 기기를 갖추어야 함.</li> <li>나) 언어치료실 : 인공와우조절검사 장비를 갖추어야 함(청각실과 공동사용 가능).</li> </ol> </li> <li>2) 인력 <ol style="list-style-type: none"> <li>가) 시술자 : 이비인후과 전문의 2인 이상이 상근하는 요양기관에서 아래 중 각호의 1에 해당하는 이비인후과 전문의가 1인 이상 상근하는 경우</li> </ol> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 전문의 자격증 취득 이후 인공와우이식술을 시행하는 상급종합병원에서 2년 이상 이과) 전문 경력이 있으면서 그 기간 중 1년 이상 와우이식술을 시술하거나 공동 시술한 경험이 있는 자</li> <li>(2) 전문의 자격증 취득 이후 인공와우이식술 실시기준(시설, 장비 및 인력)에 적합하다고 건강보험심사평가원에서 통보받은 기관에서 3년 이상 와우이식술을 시술 또는 공동 시술한 경험이 있는 자</li> <li>(3) 교육, 해외연수 등으로 위 각호에 해당하는 자격을 갖추었다고 이비인후과학회에서 인정받은 자</li> </ol> <p>나) 보조인력 : 청각유발반응 검사와 시술 후 인공와우조절검사를 직접 시행할 수 있는 인력 1인(청각실)과 시술 전·후 언어평가, 시술 후 인공와우조절검사를 직접 시행할 수 있는 인력 1인(언어치료실)</p> </li> <li>3) 요양기관은 인공와우이식술 실시 이전에 건강보험심사평가원에 상기 1), 2)에 관한 기준에 적합한 증빙 서류를 첨부하여 제출하여야 함</li> </ol> <p>2. 상기 1.의 급여대상 및 개수를 초과하여 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p>(고시 제2018-185호, '18.11.1. 시행)</p>