【별지 제1호】(의료기관용)

수술 가능 확인서

<table>
<tr><td>수술대상자</td><td>성 명</td><td>(남, 여)</td><td>생년월일</td><td></td></tr>
<tr><td>시설장 또는 보호자</td><td>성 명</td><td></td><td>연락처</td><td></td></tr>
<tr><td>수술 적격여부 등 의사소견 구체적 기재</td><td colspan="4">1. 수술적격 여부 :

2. 보건복지부 고시 2018-185호(`18. 8. 29.)에 의한 세부 인정기준에 적합한지 여부 :</td></tr>
<tr><td colspan="5">위 어린이의 수술적격 여부 등을 통보합니다.

년 월 일

소속 : ○○ 병원 이비인후과 전문의

성명 : ○○○ (인)

○○○ 시설장(보호자) 귀하</td></tr>
</table>

※ 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. 끝.

2025. . .

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	*ㅁㅁㅁ*	*10.12.30.*	*여*	*10*	*25,340원(직장)*	*무*	*4명*

※ 소득구분 : 기초생계급여 수급자, 기초의료급여 수급자, 기초주거급여 수급자, 차상위계층, 건강보험료(노인장기요양보험료 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) 2025~2027년까지 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 2018-185호)

Ⅲ. 치료재료 4. 처치 및 수술료 등

제 목	세 부 인 정 기 준
인공와우(Atificial Ear Cochlear Implant)의 요양급여 대상여부	1. 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant)는 다음의 경우에 요양급여함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 1세 미만 양측 심도(90dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용에도 청능 발달의 진전이 없는 경우 2) 1세 이상 19세 미만 양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용 및 집중교육에도 청능 발달의 진전 없는 경우. 다만, 시술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우는 제외함. 3) 19세 이상 양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 보청기를 착용한 상태에서 단음절어에 대한 어음변별력(Speech discrimination)이 50% 이하 또는 문장언어평가가 50% 이하인 경우. 다만, 시술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우는 제외함. 4) 상기 1), 2), 3)의 난청환자 중 뇌막염의 합병증 등으로 시급히 시행하지 않으면 수술시기를 놓치게 될 경우에는 예외적으로 시행할 수 있음. 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. - 아 래 - 가) 요양급여적용일(2005.1.15.) 이전 편측 인공와우 이식자 나) 19세 미만의 편측 인공와우 이식자 다) 19세 미만의 양측 동시 이식 대상자. 나. 급여개수 1) 인공와우는 1set(내부장치, 외부장치)에 한하여 요양급여대상으로 하되, 분실, 수리가 불가능한 파손 등으로 교체 시 외부장치 1개를 추가 요양급여함. 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. 다. 시설.장비 및 인력 기준 1) 시설、장비 가) 청각실: 방음청력검사실, 인공와우조절검사(Mapping of Speech Processor) 장비, 청각유발반응검사 기기를 갖추어야 함. 나) 언어치료실: 인공와우조절검사 장비를 갖추어야 함(청각실과 공동사용 가능). 2) 인력 가) 시술자: 이비인후과 전문의 2인 이상이 상근하는 요양기관에서 아래 중 각호의 1에 해당하는 이비인후과 전문의가 1인 이상 상근하는 경우 - 아 래 - (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 (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 (3) 교육, 해외연수 등으로 위 각호에 해당하는 자격을 갖추었다고 이비인후과학회에서 인정받은 자 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) 3) 요양기관은 인공와우이식술 실시 이전에 건강보험심사평가원에 상기 1), 2)에 관한 기준에 적합한 증빙서류를 첨부하여 제출하여야 함 2. 상기 1.의 급여대상 및 개수를 초과하여 사용한 치료재료 비용은「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.