- 2021년도 -

청각장애인 인공달팽이관 수술지원 계획

○ 국민기초생활수급자 등 가정형편이 어려운 청각장애인의 인공달팽이관 수술 및 언어·재활치료 지원으로 청각기능 회복과 의사소통 능력 향상에 기여

Ⅰ 사업개요

❍ 사 업 량 : 22명

❍ 추진근거 : 「장애인복지법」 제18조(의료 및 재활치료)

❍ 지원대상 : 의료기관에서 수술이 가능하다고 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 있으면 장애 미등록자도 가능 (관련서류 첨부 必)

❍ 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 → 시 · 군

❖ 시 홈페이지 및 동 주민센터 게시판 등 다양한 방법을 통한 홍보 추진

❍ 대상자 추천 : 시 · 군 → 도

❍ 대상자 선정 : 도

❖ 선정결과가 시 · 군으로 통보되면 시 · 군 담당자가 대상자에게 선정여부 안내

❍ 신청자가 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

□ 대상자 지원기준

○ 도

- 1인당 6백만원 범위 내 수술비 및 당해연도 재활치료비 지원(도 100%)
- 입원 병실료는 2인실까지 전액 지원하고 특실 및 1인실 사용 시 2인실 지원기준 병실료 차액은 본인부담 (**대상자 가구에 반드시 안내**)
- 수술비 잔액으로 같은 해 재활치료비 지원
- 파손, 분실 등의 부속품 실비는 전액 본인부담
- 제증명서류 등 개인이 준비하여야 하는 서류 지원 불가

○ 시 · 군

- 수술 다음연도부터 3년간 재활치료비 예산 편성 (시 · 군비 100%)
- 1인당 연간 3백만원 범위 내 지원
- 수술 후 시 · 군 담당자 변경 또는 대상자의 전출로 재활치료비 지원을 받지 못 하는 경우가 발생하지 않도록 각 시 · 군의 정보제공 및 교류, 지속 관리
- 지원기간 중도 내 타 시 · 군으로 전출 시 해당 시 · 군으로 공문 통보
- **타 시 · 도 전출 시 지원 불가 (대상자 가구에 반드시 안내)**

Ⅲ 추진체계 및 절차

□ 추진체계

도	시군
- 사업계획 수립 - 수술대상자 모집 공문 발송 - 수술대상자 선정(예비순위 포함) - 선정결과 통보 - 보조금 교부결정 및 자금교부	- 수술희망자 모집 및 추천 - 수술비 및 당해연도 재활치료비 지원 (연 600만원/인 이내, 도비 100%) - 수술 다음연도부터 3년간 재활치료비 지원 (연 300만원/인 이내, 시군비 100%)

□ 추진절차

절차	내용	비고
수술 전 검사	- 사전검사 신청 · 검사비용 : 시설관리운영비 또는 재가장애인 본인 부담 · 수술지원 확정 후 검사비용 및 검진비용은 도비 지원	수술희망자 → 병원
	- 수술가능확인서 발급 · 이미 검사를 받아 수술 가능함을 판정받은 경우, 검사를 받은 의료기관에서 수술가능확인서 발급【별지 1】	병원 → 수술희망자
수술 지원신청	- 수술지원 신청 · 수술일자가 확정된 경우 수술가능 확인서 등 관련서류를 첨부하여 지자체에 수술지원 신청【별지 1, 4】	수술대상자 → 시 · 군
	- 보조금 교부 신청 · 수술희망자 전원에 대하여 수술가능확인서 및 보조금 신청서 등 서류 제출【별지 1, 2, 3, 4】	시 · 군 → 도
지원결정 및 수술	- 대상자 선정, 교부결정 및 자금교부 · 선정기준에 의해 대상자 선정 및 보조금 교부결정	도 → 시 · 군
	- 수술비용 지급 · 수술한 병원에 직접 지급(원칙) ❖ 단, 수술비를 먼저 대상자가 완납하고 추후 대상자의 계좌로 지급 요구 시 완납할 수밖에 없었던 사유 및 영수증 등의 일체서류를 확인하여 지급이 가능한 항목의 의료비에 한해서만 지급	시 · 군 → 병원

수술 후 사후관리	- 재활치료비 지원 및 관리 · 지자체 재활치료비 예산 편성 및 지원 · 재활 진행상황 파악 자료 보관	시 · 군 → 수술대상자
	- 재활치료 결과 통보 · 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	수술대상자 → 시 · 군

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												↔

※ 상기 일정은 일부 변동될 수 있음

Ⅴ 행정사항

○ 대상자 신청 및 선정 절차 없이 수술하고, 이후 급여 청구 불가

❖ 반드시 동 사업을 신청하여 수술대상자로 선정된 후에 수술한 급여만 지원 가능

○ 동 사업내용에 대하여 관내 대상 청각장애인 가정에 우편물 발송 및 장애인 단체를 통한 다양한 수단을 활용하여 홍보

❖ 시 · 군 보건소 난청조기진단사업과 연계하여 홍보방안 마련

○ 수술지원 희망자 【별지 1, 4】 제출 : 2021. 2. 17. (수) 까지 도착

○ 수술지원 신청서 【별지 1, 2, 3, 4】 제출 : 2021. 2. 17. (수) 까지 도착

❖ 【별지 1】 원본 스캔하여 송부, 시 · 군 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 예비 순위자가 수혜 받을 수 있도록 즉시 도에 통보

○ 수술병원 및 수술 후 재활치료센터 정보 제공, 사후관리 철저

○ 수술 후 재활치료 센터 선정 시 전문재활치료센터 여부 확인

❖ 재활치료센터로 등록은 되어 있으나, 인공달팽이관 재활을 끼워 맞추기 형태로 인력 1명 고용하여 전문재활치료센터로 둔갑한 센터가 있음

❖ 전문재활치료센터가 아닌 기관에서 재활치료를 받고 재활치료비를 청구하는 경우 지급이 불가하오니, 대상자에게 반드시 안내하고 시 · 군 담당자도 센터 등록증 및 신고증, 현황 등을 재차 확인

○ 수술 다음연도부터 3년간 재활치료비 시 · 군 예산 편성 조치

Ⅵ 기대효과

○ 저소득 청각장애인의 청각 및 언어 능력 회복에 기여

○ 의료비 부담경감 및 사회 · 경제활동 활성화 도모

【별지 제1호】 (의료기관용)

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 2018-185호(`18. 8. 29.)에 의한 세부 인정기준에 적합한지 여부 :			

위 어린이의 수술적격 여부 등을 통보합니다.

년 월 일

소속 : ○○ 병원 이비인후과 전문의

성명 : ○○○ (인)

○○○ 시설장(보호자) 귀하

※ 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.

2021. . .

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(2019.12월 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) 2019~2021년까지 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.