

- 2024년도 -

## 청각장애인 인공달팽이관 수술지원 계획

- 청각장애인의 인공달팽이관 수술 및 언어·재활치료 지원으로 청각기능 회복과 의사소통 능력 향상에 기여

### I 사업개요

- 사업량 : 12명
- 추진근거 : 「장애인복지법」 제18조(의료 및 재활치료)
- 지원대상 : 의료기관에서 수술이 가능하다고 확인한 「장애인복지법」 제32조(장애인등록)의 규정에 의해 등록된 도내 60세 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 : 금72,000천원(도비 100%)

### II 세부내용

#### □ 대상자 모집 및 선정

- 대상자 모집 : 도 → 시·군
  - ❖ 시 홈페이지 및 동 행정복지센터 게시판 등 다양한 방법을 통한 홍보 추진
- 대상자 추천 : 시·군 → 도
- 모집기간 : 2024. 1. 31.(수) ~ 2. 16.(금)
- 모집인원 : 12명
- 대상자 선정 : 도
  - ❖ 선정결과가 시·군으로 통보되면 시·군 담당자가 대상자에게 선정여부 안내

- 신청자가 사업량(12명) 초과될 경우, 예비순위를 결정하여 수술 포기자 발생 시 순위에 따라 수술지원 대상자로 선정(예비순위는 당해연도에 한함)

## □ 우선 선정 세부기준

### ○ 저연령순 우선 선정 (생년월일 기준)

- ❖ 생년월일이 동일한 경우, ① 가구소득이 낮은 순 ② 세대원 중 장애인 유무 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 지원 기준 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  | 시·군  |
|--|--|
| <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<br/>(연 600만원인 이내, 도비 100%)</li> <li>- 수술 다음연도부터 3년간 재활치료비 지원<br/>(연 300만원인 이내, 시·군비 100%)</li> </ul> |

### □ 추진절차

| 절차           | 내 용  | 비 고   |
|--------------|--|---|
| 수술 전<br>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> <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>     | <p style="text-align: center;">수술희망자 →<br/>병원</p> <p style="text-align: center;">병원 →<br/>수술희망자</p> |
| 수술<br>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> <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>                     | <p style="text-align: center;">수술대상자 →<br/>시·군</p> <p style="text-align: center;">시·군 → 도</p>       |
| 지원결정<br>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> <li>- 수술비용 지급                             <ul style="list-style-type: none"> <li>· 수술한 병원에 직접 지급(원칙)</li> <li>❖ 단, 수술비를 먼저 대상자가 완납하고 추후 대상자의 계좌로 지급 요구 시 완납할 수밖에 없었던 사유 및 영수증 등의 일체</li> </ul> </li> </ul> | <p style="text-align: center;">도 → 시·군</p> <p style="text-align: center;">시·군 → 병원</p>              |

|           |  |             |
|-----------|--|-------------|
|           | 서류를 확인하여 지급이 가능한 항목의 의료비에 한해서만 지급  |             |
| 수술 후 사후관리 | - 재활치료비 지원 및 관리<br>· 지지체 재활치료비 예산 편성 및 지원<br>· 재활 진행상황 파악 자료 보관  | 시·군 → 수술대상자 |
|           | - 재활치료 결과 통보<br>· 청각장애인은 수술 후 재활치료 관리를 담당할 시설 또는 언어치료 센터 등(병원부설 or 언어 치료소)을 지정하여 재활치료를 실시하고 매 분기마다 해당 지지체에 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         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     | ↔   |

#### 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 희망 및 신청서 【별지 1, 2, 3, 4】 2024 2. 20.(화) 까지 제출
  - ❖ 【별지 1】 스캔하여 송부, 원본 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 道로 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 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.

2024. . .

시장.군수(법인대표, 보호자)

(인)

【별지 제3호】

## 보조사업자 현황 및 보조사업 계획

### 1. 보조사업자(시설, 재가보호자) 현황

| 법인명<br>(대표자) | 시설명(시설장)<br>또는 보호자명 | 소재지 | 전화번호 |
|--------------|---------------------|-----|------|
|              |                     |     |      |
|              |                     |     |      |
|              |                     |     |      |

### 2. 수술대상자 현황

| 시설명<br>또는<br>보호자명 | 대상자<br>성명 | 생년월일      | 성별 | 연령<br>(만) | 소득구분        | 세대원 중<br>다른 장애인<br>유무 | 세대원 수<br>(세대주<br>포함) |
|-------------------|-----------|-----------|----|-----------|-------------|-----------------------|----------------------|
| ○○○               | □□□       | 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<br>보호자 | 대상자<br>성명 | 계(A+B) | 도비(A) | 자부담(B) | 시군비 지원계획 및<br>사업비계상 예상액<br>(인공달팽이관 재활치료비) |
|---------------|-----------|--------|-------|--------|---|
|               |           |        |       |        | 예) 2024~2026년까지<br>연 300만원 예산계상           |
|               |           |        |       |        |   |
|               |           |        |       |        |   |

【별지 제4호】

# 인공달팽이관 수술 지원 사업 수행계획서(개인별)

## 1. 수술 계획

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

## 2. 수술 후 재활훈련 계획

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

**【참고자료】 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부 고시 2018-185호)**

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