

청각장애인 수술비 지원 신청 서류

【별지 제1호】 (의료기관용)

수술 가능 확인서

| | | | | |
|--|--|--------|------|--|
| 수술대상자 | 성 명 | (남, 여) | 생년월일 | |
| 시설장 또는 보호자 | 성 명 | | 연락처 | |
| 수술 적격여부 등 의사소견 구체적 기재 | <p>1. 수술적격 여부 :</p> <p>2. 보건복지부 고시 2018-185호('18. 8. 29.)에 의한 세부 인정기준에 적합한지 여부 :</p> | | | |
| <p>위 어린이의 수술적격 여부 등을 통보합니다.</p> <p style="text-align: center;">년 월 일</p> <p>소속 : ○○ 병원 이비인후과 전문의</p> <p>성명 : ○○○ (인)</p> <p style="text-align: right;">○○○ 시설장(보호자) 귀하</p> | | | | |

※ 동 서식은 예시로 여타 수술가능 여부 확인 가능한 서류로 같음가능(단, 수술적격 여부 및 보건복지부 고시 세부인정기준 적합 여부 내용 필히 포함)

【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 |

※ 재활훈련 계획 등 누락 없이 기재 후 제출

【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(Artificial Ear Cochlear Implant)의 요양급여대상여부 | <p>1. 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant)는 다음의 경우에 요양급여함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상</p> <p>1) 1세 미만 양측 심도(90dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용에도 청능 발달의 진전이 없는 경우</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4) 상기 1), 2), 3)의 난청환자 중 뇌막염의 합병증 등으로 시급히 시행하지 않으면 수술시기를 놓치게 될 경우에는 예외적으로 시행할 수 있음</p> <p>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.</p> <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> <p>1) 인공와우는 1set(내부장치, 외부장치)에 한하여 요양급여대상으로 하되, 분실, 수리가 불가능한 파손 등으로 교체 시 외부장치 1개를 추가 요양급여함.</p> <p>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.</p> <p>다. 시설·장비 및 인력 기준</p> <p>1) 시설·장비</p> <p>가) 청각실: 방음청력검사실, 인공와우조절검사(Mapping of Speech Processor) 장비, 청각유발반응검사 기기를 갖추어야 함.</p> <p>나) 언어치료실: 인공와우조절검사 장비를 갖추어야 함(청각실과 공동사용 가능).</p> <p>2) 인력</p> <p>가) 시술자: 이비인후과 전문의 2인 이상이 상근하는 요양기관에서 아래 중 각호의 1에 해당하는 이비인후과 전문의가 1인 이상 상근하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(3) 교육, 해외연수 등으로 위 각호에 해당하는 자격을 갖추었다고 이비인후과학회에서 인정받은 자</p> <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> <p>3) 요양기관은 인공와우이식술 실시 이전에 건강보험심사평가원에 상기 1), 2)에 관한 기준에 적합한 증빙서류를 첨부하여 제출하여야 함</p> <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> |