등록번호	노인장애인과-18152
등록일자	2025. 3. 26.
결재일자	2025. 3. 26.
공개구분	비공개(5)

주무관	장애인복지팀장	노인장애인과장			
정규린	송미란	전결 2025. 3. 26. 최혜정			
협조자					

청각장애인 재활 지원을 위한

2025년 청각장애인 인공달팽이관 수술 및 재활치료 지원계획

인천광역시서구

(노 인 장 애 인 과)

업 무 요 지

제목	2025년 청각장애인 인공달팽이관 수술 및 재활치료 지원계획

☐ 사업개요

○ 사업목적

- 청각장애아동의 인공달팽이관 수술 및 언어재활치료를 지원하여 청각지능 회복과 의사소통 능력 향상에 기여

○ 사업근거 : 장애인복지법 제18조

○ 사업대상

- 2025년도 기준중위소득 150%이하이며 만 39세 이하의 청각장애인
- 수술대상자 또는 수술자 중 재활치료 대상자

○ 지원내용

- 수술비: **7,000천원 범위 내**/1인
- 재활치료비
  - 1년 내(수술 후 ~ 12개월): **3,000천원** 범위 내/1인
  - 2년 내(수술 후 13~24개월): **2,500천원** 범위 내/1인
  - 3년 내(수술 후 25~36개월): **2,000천원** 범위 내/1인

※ 만 18세 이하는 연 1,500천원 범위 내 최대 2년까지 연장가능(**의사소견서 첨부**)

※ 군·구 사전협의 없이 진행된 수술 및 재활치료는 지원 불가

○ 예 산 액 : 12,000천원(시50%, 구50%)

☐ 향후 추진계획

○ 기존 대상자 및 신규 신청자 명단 제출(동→구) : 2025. 3. 28.

※ 수술가능확인서「붙임 4호」서식 첨부

○ 수술 및 재활치료 대상자확정통보 (구→동) : 2025. 4. 4.

2025년 청각장애인 인공달팽이관 수술 및 재활치료 지원계획

청각장애인에게 인공달팽이관 수술 및 재활치료비를 지원하여 장애인가정의 의료비 부담을 경감하고 안정적인 언어생활 도모

Ⅰ. 추진근거

○ 장애인복지법 제18조(의료와 재활치료)

○ 요양급여의 적용 기준 및 방법에 관한 세부사항(인공와우)

- 보건복지부 고시 제2018-185호(2018. 11. 1.)

Ⅱ. 추진방향

○ 인공달팽이관 지원사업 안내 및 홍보 강화로 지원대상자 적극 발굴

○ 의료기관 확인 및 수술 적격자 소득수준 고려하여 수술대상자 선정

○ 인공달팽이관 수술 후 재활치료가 원활히 수행될 수 있도록 지도관리 및 대상자 관리 철저

Ⅲ. 2025년 추진계획

1. 사업내용

○ 사업예산 : 5,500천원(시비 50%, 구비 50%)

○ 지원기준

- 수 술 비 : **7,000천원** 범위 내/ 1인

- 재활치료비 : 1년 내(수술 후 ~12개월) : **3,000천원** 범위 내/1인
  2년 내(수술 후 13~24개월) : **2,500천원** 범위 내/1인
  3년 내(수술 후 25~36개월) : **2,000천원** 범위 내/1인

* 만 18세 이하는 연 1,500천원 범위 내 최대 2년까지 연장가능(의사소견서 첨부)

** 당해연도 중 연차 변동 시 : [(최대 지원금액 / 12개월) × 해당 개월 수]로 최대 지원금액 산정

예시) '25년 6월까지 1년 차, 7월부터 2년 차인 경우

- [(3,000,000월/12개월)×6개월]+[(2,500,000원/12개월)×6개월] = 2,750,000원

○ 지원대상

- 기준중위소득 150% 이하의 만 39세 이하 청각장애인 중
  - 보건복지부 고시 제2018-185('18.11.1)호에 의한 요양급여 적용 해당자로 수술 전 검사를 통해 수술이 가능하다고 의료기관이 확인한 자
  - 단, 국민건강보험 비급여 대상자의 경우 담당의사의 수술 필요성 등에 대한 소견서 등 추가 자료 제출
- 기수술자 중 재활치료자(수술 후 다음 연도부터 2년 이내만)

【2025년도 기준(중위소득 150%)】

가구원수	소득기준	건강보험료 본인부담금(원)		
		직장가입자	지역가입자	혼합(직장+지역)
2인	5,898,987	210,208	143,648	213,002
3인	7,538,030	271,459	221,206	277,028
4인	9,146,660	330,765	292,298	342,861
5인	10,662,288	386,684	357,963	407,092

○ 선정기준

- 수술비 지원 : **고득점자 순/ 동점시 저소득 신청자 우선**
  - 단, 의사 소견상 긴급수술을 요하는 경우 최우선 지원

【대상자 선정기준 점수표】

나이	나이 점수	소득	소득 점수
0-5세	40	기준중위소득 30% 이하	60
6-10세	37	기준중위소득 50% 이하	45
11-15세	34	기준중위소득 100% 이하	25
16-20세	31	기준중위소득 150% 이하	15
21-39세	28		
총 점수(100) : 나이 점수 + 소득 점수			

- 재활치료비 지원 : 우리 시 보조금으로 수술한 자를 우선 선발
- 수술대상자가 많을 경우 수술비에 사업비 우선 배정
- 제외대상 및 유의사항 :
  - 동 사업 및 협약사업으로 기존에 지원을 받은 자
  - 전문 병원이 아닌 곳에서 수술가능 확인서를 제출한 자
  - 중복지원 불가

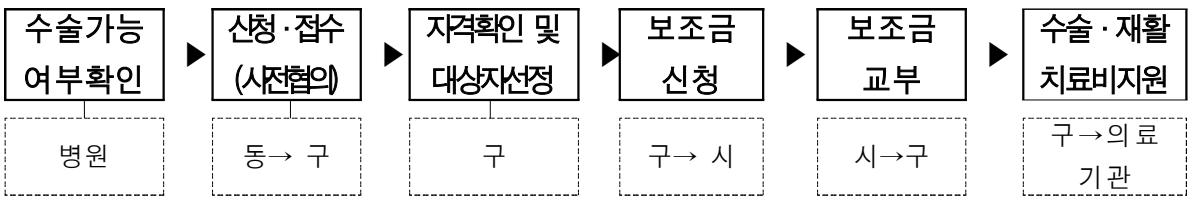
    장애인 의료비 지원 사업의 본인 부담 진료비와 이중 신청 및 지급 불가(장애인 의료비로 우선 지원)
  - 이중지원의 우려(ex: 의료실비보험 등과 중복 수급)로 인해 보호자에게 보조금 직접 교부 불가
  - 동행정복지센터 및 구 사전협의 없이 진행된 수술·재활치료는 지원 불가

○ 지원내용 : 수술 및 재활치료비(매핑·언어·청능치료 등)

※ 수술가능여부 확인을 위한 **사전검사비 미지원**

○ 수술 및 재활기관 : 장애인(보호자·시설장)이 결정

□ 추진절차



① 수술 전 검사

○ 장애인(보호자·시설장)이 시술가능한 병원에 수술적격 여부 사전검사 신청

○ 보호자가 있는 시설 입소 장애아동은 보호자 동의서를 받아 검사 신청

○ 사전검사에 의해 수술가능 판정을 받은 장애인은 사전검사 생략 가능

※ 시술가능 병원 : 보건복지부 고시 제2018-185호에 의한 시설장비 및 인력기준을 충족하는 병원

※ 검사절차는 일반적인 의료기관 이용절차에 따름

② 수술 결정 및 수술

○ 장애인(보호자·시설장)이 「붙임 4」 서식의 수술가능 확인서 등 수술이 가능함을 확인할 수 있는 관련 서류 동에 신청

- 제출서류

  · 신규수술 : 수술지원 신청서, 수술가능확인서, 건강보험료 납부확인서 건강보험증 사본, 재활치료계획서(수술 후 재활치료 받는 경우)

  · 재활치료 : 재활치료 신청서 및 계획서, 이식수술 확인서(신규 지원자), 건강보험료 납부확인서, 건강보험증 사본, 치료기관 사업자 등록증

○ 동 → 구 : 신청자 명단 및 신청서류 제출

○ 구 → 시 : 지원대상 여부 확인 후 선정기준에 의한 대상자 선정 후 시에 보조금 신청

○ 시 → 구 : 교부결정

○ 구 → 병원 : 수술비용 등을 수술병원에 직접 입금

③ 사후 관리

○ 장애인(보호자·시설장)은 재활치료를 담당할 시설 내 재활관리 담당자 및 언어치료센터 등(병원부설이나 기타 언어치료소)을 지정하여 재활치료 및 재활훈련을 실시하고 매 3월마다 해당 구에 치료결과 통보

○ 언어치료센터와 구는 시술 및 재활 진행상황 기록 보관

○ 담당자 변경이나 대상 장애인의 전출시 재활치료비 지원에 지장 없도록 해당 전입지로 공문 통보

Ⅳ. 향후 추진일정

○ **기존 재활치료 대상자** 조사결과 제출(구→시) : 2025. 3. 31.

연번	이름	생년월일	수술일	재활치료 연차	'23년 지원 금액	비고

* '25년 1월분 소급하여 지급 가능

○ **신규 수술 및 재활치료 대상자** 선정·제출(구→시) : 2024. 4. 4.

* 대상자가 많을 경우 시에서 우선순위에 따라 대상자 확정 예정
* 대상자가 적을 경우 예산 범위 내로 상시 추가 접수

○ 수술 및 재활치료 대상자 조사결과 제출

(구→시) : 2025. 4. 4.

○ 2026년 수술 및 재활치료 희망자 수요조사 : 2025. 8. 15.

○ 실적보고(구→시) : 2025. 12. 15.

Ⅴ. 참고자료

<붙임 1>

□ 2025년 건강보험료 소득판정기준에 따른 중위소득 확인

○ 가구원 수 산정기준 : 주민등록표에 등재된 가구원(동거인 제외)
* 지원대상자와 보험가입자가 거주를 달리하는 경우 건강보험증에 등재된 자를 가구원 수로 산정

○ 건강보험료 납부액은 최근 6개월간 평균 납부액으로 계산

○ 가구원 중 건강보험 가입자 2명 이상인 경우, 보험료 합산금액으로 산정

<기준중위소득 150% 기준표> *노인장기요양보험료 제외 금액

가구원수	소득기준(원)	건강보험료 본인부담금(원)		
		직장가입자	지역가입자	혼합(직장+지역)
2인	5,898,987	210,208	143,648	213,002
3인	7,538,030	271,459	221,206	277,028
4인	9,146,660	330,765	292,298	342,861
5인	10,662,288	386,684	357,963	407,092
6인	12,097,208	431,294	411,250	461,699
7인	13,482,642	506,004	496,008	552,230
8인	14,868,077	552,230	545,970	599,810
9인	16,253,511	599,810	591,277	673,463
10인	17,638,946	673,463	654,281	792,926
10인	16,808,000	659,065	625,932	773,009

<붙임 2>

인공와우 급여기준	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 진전이 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.

인공와우 급여기준	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 공동 사용 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.

<붙임 3>

인공달팽이관 수술 및 재활치료 신청서

신청자명				**생년월일**			
주 소				**전화번호**			
				E-mail			
신청구분	수술 [ ] 재활치료 [ ]			**수술 및 재활기관**			
사회보장	수급자 [ ] 차상위 [ ] 중위소득 150%이내 [ ]			**수술일자**	년 월 일		
성 별	남 [ ] 여 [ ]	**나 이**	만 세	**장애 등급**	청각장애 급	**재활치료 연 차** ***담당자작성**	수술일자 2000. 0. 0. 재활치료 00연차
보호자명		**생년월일**				**신청인과의 관계**	신청자의
주 소				**전화번호**			
				e-mail			

위와 같이 인공달팽이관 ( )지원을 신청합니다.

2023년 월 일

신청인: (인)

보호자: (인)
(법정대리인)

군·구청장귀하

※ 붙임서류 1. 건강보험납부확인서 및 건강보험증 사본 각 1부.
2. 수술가능확인서(수술 시) 1부.
3. 이식수술확인서(신규신청 시) 1부.
4. 재활치료계획서 1부. 끝.

개인정보 수집.이용 동의서

< 개인정보 수집·이용에 관한 안내 >

① (수집·이용 목적)
청각장애인 인공달팽이관 수술 지원 신청자에 관련 인적사항이며 사업 신청 및 대상 확인을 위한 목적 외로 사용하지 않습니다.

② (수집·이용 기관명)
예시) OO구

③ (수집내용)
성명, 생년월일, 전화번호, 주소, 장애인 등록, 기타 자격확인

④ (동의 거부권리 안내)
본 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 수 있으며, 동의하지 않을 경우에는 청각장애인 인공달팽이관 수술 지원 신청대상이 될 수 없습니다.

위 사항을 숙지하고 개인정보 수집·이용목적 및 수집내용에 동의하십니까

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

‘25. . .

(소속) (성명) (서명, 날인)

<붙임 4> (의료기관용)

수술 가능 확인서

청각장애인(아동)명	(남, 여)	주민등록번호	
시설장 또는 보호자 성 명		연 락 처	
수술 적격여부 등 의사소견 구체적 기재	1. 수술적격 여부 : 2. 보건복지부 고시 2018-185호(2018.11.01)에 의한 세부 인정기준에 적합한지 여부		

위 청각장애인의 수술 적격 여부 등을 통보합니다.

년 월 일

소속 : ㅇㅇ 대학병원 이비인후과 교수

성명 : ㅇㅇㅇ (인)

ㅇㅇㅇ 시설장(보호자 ㅇㅇㅇ 귀하)

※ 동 서식은 예시로 여타 수술가능 여부 확인 가능한 서류로 갈음가능

<붙임 5>

인공달팽이관 수술지원사업 수행계획서(개인별)

1. 수술 계획

성 명	(남, 여)	생년월일	
시설장 및 시설명 보호자명		연 락 처	
수술병원(담당의사)		수술일자	
소요비용			

2. 수술후 재활훈련 계획

구 분	구체적인 내용
시설내 재활 훈련 계획	*재활관리를 전담할 시설 내 직원 1인의 인적사항 기재 【담당부서, 경력(학력)등】 * 훈련시간 등 기재
병원내 언어 치료재활센터의 재활훈련 참가 계획 등	* 수술 후 주기적으로 이용할 병원부속 언어치료센터명 및 담당 언어치료사 기재 * 이용회수 등 기재
기 타	* 종합병원의 언어치료외에 기타 사설 로컬 언어치료실 (의원급 언어치료실, 종합복지관, 개인치료실 등)등에서의 언어치료 계획