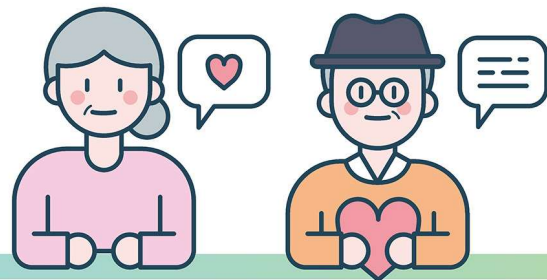


1

# 2024년 노인보건복지 사업안내

MINISTRY OF HEALTH & WELFARE



보건복지부

# 6-7 노인 무릎인공관절 수술 지원

## 1 목 적

- 무릎관절증으로 지속적인 통증에 시달리나, 경제적 이유로 수술을 받지 못하는 노인들의 고통을 경감하여 삶의 질을 개선
- 무릎관절수술 지원을 통한 노인 건강 보장 및 의료비 부담 경감

## 2 근거법령

- 노인복지법 제4조(보건복지증진의 책임), 노인복지법 제27조의4(노인성질환에 대한 의료지원), 노인성 질환 의료지원 기준 등에 관한 고시  
보조금 관리에 관한 법률 제16조 및 같은법 시행령 제7조

## 3 사업개요

- 사업집행 주체 : 매년 민간보조사업자 공모를 통해 수행기관 선정
  - \* 2024년도 노인의료나눔재단(이하 '재단')에서 사업 수행
- 재단의 사업과 별도로 지역여건 및 재정형편에 따라 필요한 경우 지방자치단체 자체 사업으로 확대 실시 가능

### 4 지원 대상 및 범위

- 연령 : 만 60세 이상 저소득층 노인
- 대상 질환 : 건강보험급여 ‘인공관절치환술(슬관절)’ 인정기준에 준하는 질환자

#### (인공관절치환술(슬관절)에 대한 인정기준)

■ 인공관절치환술(슬관절)에 대한 인정기준은 다음과 같이 함.

##### 1. 적응증

3개월 이상 보존적 요법에도 불구하고 증상(통증, 기능저하 등)이 지속되는 아래와 같은 경우  
가. 단순방사선 또는 관절경 검사 등에서 관절연골의 소실이 확인되며, 다른 수술적 치료방법의 대상이 되지 못하는 골관절염(퇴행성관절염)

(1) 연령이 만60세~64세 이하인 경우 Kellgren Lawrence grade IV

(2) 연령이 만65세 이상인 경우 Kellgren Lawrence grade III 이상

나. 타 수술(인대재건술 등)의 실패로 다발성 인대손상으로 인한 슬관절의 심한 불안정성  
다. 관절연골손상이 동반된 고도의 슬관절 강직

라. 다발성 관절염(류마티오이드 관절염 포함)으로 관절기능이 현저하게 저하된 환자

마. 연골하 함몰이 동반된 골괴사증으로 통증이 심한 경우

바. 위 가.~마. 이외에도 진료 상 인공관절치환술이 필요한 경우에는 환자의 상태에 따라 인정함.

##### 2. 금기증

가. 활동성 감염증이 있는 경우

나. 성장기 아동

다. 수술 후 보행이나 재활이 불가능할 것으로 예상되는 경우

- 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자 또는 차상위계층, 「한부모가족지원법」에 따른 지원대상자.
- 수술비 지원범위 : 본인부담금에 해당하는 검사비, 진료비 및 수술비
  - 한쪽 무릎 기준 120만원 한도 실비 지원
  - \* (지원제외) 간병비, 상급병실료, 선택진료비, 보호자 식대, 제증명료, 무릎인공관절수술과 관련이 없는 검사비, 치료비, 입원료 등, 지원대상자 통보 전 발생한 검사비, 진료비 및 수술비, 통원치료비
- 중복지원 제외 : 노인 무릎인공관절수술 지원사업의 지원 대상자로서 의료비 지원을 받은 경우, 실손 보험금 수령 및 기타 타기관과의 지원 중복 수령(긴급 복지의료지원 등)이 발생할 경우, 지원 선정 취소 및 향후 지원사업 참여 제한, 지원금 환수 조치 등 불이익을 받을 수 있음

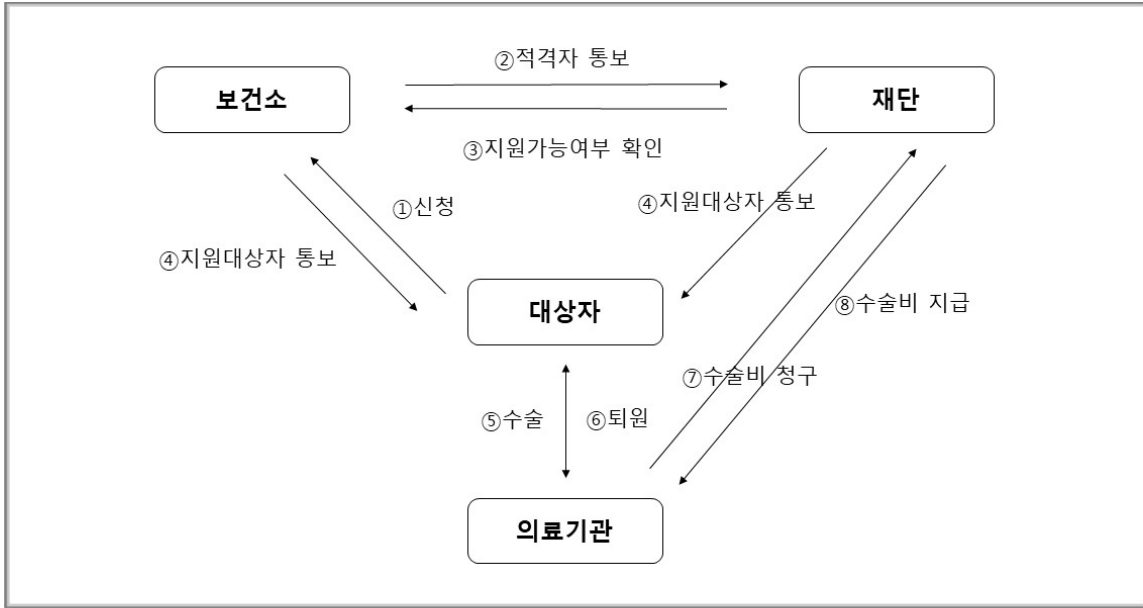
## 5 신청 절차 및 방법 등

- 수술지원 신청방법
  - (신청 방법) 전국 보건소에서 연중 수시접수, 대상자가 수술하기 전 보건소에 무릎관절 수술 지원신청서를 작성하여 해당 구비서류와 함께 제출(방문 또는 우편제출)
  - (신청자) 본인, 가족 또는 그 밖의 관계인, 보건소 노인 무릎관절수술비 지원사업 담당공무원 및 사회복지 담당공무원이 신청 가능
    - ※ 예산 소진시 조기마감
- 구비서류
  - 무릎관절증 의료지원 신청서(서식 1호)
    - ※ 개인정보보호법 제15조 및 제17조에 근거 개인정보수집 및 이용제공동의서(서식 2호) 및 개인정보 등 제공 동의서(서식 3호) 제출 필요
  - 수술할 병원의 진단서(소견서) 1부(수술명 기재)
    - \* 진료의뢰서 불가
  - 기초생활수급자 및 차상위계층, 한부모가족 증명서 1부(최근 1개월 이내 발급된 증명서)
  - 자격 확인을 위한 행정정보 공동이용 사전동의서 1부
- 실시체계
  - (보건복지부) 지침 시달, 예산 지원, 연차별 추진계획 등 사업 총괄
  - (보건소) 무릎관절수술 대상자 신청 접수 및 공적 자격 여부, 진단서 등 관련 서류를 확인 후 재단에 적격자 통보, 재단으로부터 확인받은 지원 가능 대상자에게 10일 이내 통보
    - \* 「개인정보보호법」제24조의2(주민등록번호 처리의 제한)에 따라 무릎관절증 의료지원 신청서를 재단에 제공시 주민등록번호는 제공하지 않도록 주의
  - (재단) 보건소로부터 적격자 통보를 받은 자 중 예산범위 내 지원가능 대상자를 확인하고, 의료기관에 수술 의뢰, 수술비 지급, 상담·사후 관리, 홍보·보건교육 등 실시
    - \* 지원대상자는 통보 받은 후 3개월 기한 내 수술 진행
  - (의료기관) 수술을 실시한 의료기관은 무릎관절수술비 본인부담금 청구서(서식 4호), 전산 출력된 진료비 내역서, 통장사본 등을 첨부하여 재단에 수술 의료비 청구

## 2 치매 및 건강보장

\* 재단은 청구서 검토 후 접수한 달로부터 익월 10일까지 의료기관 은행계좌로 입금. 단, 추후 사실조사가 필요할 경우에는 1개월 범위 내 연장 가능

[노인 무릎인공관절수술 지원 사업 실시체계]



### ● 제도안내 및 홍보

- 의료기관은 재단과 협의하여 대상자에게 수술비 지원사업 및 감면 등 안내 가능

## 6 사업실적 보고 및 예산배분

### ● 사업실적 보고

- 재단은 분기별 다음달 10일(단, 마지막 분기는 익년 1월 31일)까지 최종 수술 대상자 및 수술 내역, 지원액, 사후 관리 등에 관하여 보건복지부에 보고

### ● 지역별 예산 배분 : 국비 지원액은 시·군·구별로 공정하게 배분

- 인구대비 환자발생율, 기초생활수급자 비율 등에 따라 배분을 원칙으로 하되,
- 예산 부족 및 초과 지역 간 재원의 이동이 가능하도록 탄력적으로 운영하여 예산 불용 방지

## 7

## 교육 및 홍보

- 퇴행성관절염 예방 교육
  - (주체) 공모를 통한 노인무릎수술지원사업 수행기관
  - (내용) 퇴행성관절염에 대한 이해와 예방법 및 치료 정보 제공
  - (대상 및 기간) 전국 60세 이상 노인 및 보건소 등 보건인력
  - (방법) 각 지역 전문의 강사 및 상담 의료진으로 초빙하여 무료 건강 예방 교육 및 상담프로그램 진행 등
  - \* 필요시 시·군·구(보건소) 대한노인회 전국 노인요양원 및 노인종합복지관, 의료기관 등의 협조를 받아 추진
- 사업 홍보
  - 시·도, 시·군·구(보건소 및 주민센터), 재단과 협의한 의료기관은 수술지원 대상자가 누락되지 않도록 동 사업내용을 적극 홍보
  - 수술비 지원 사업의 내용, 관절건강의 필요성 등을 미디어 매체, 공익광고, 홈페이지, SNS 등을 통하여 적극 홍보
- 협조사항
  - 노인의료나눔재단 및 시·군·구 보건소에서는 무릎수술을 지원 받은 대상자에 '노인단기가사서비스' 신청방법 및 주요내용 등에 대해서도 안내하여 요건 충족시 서비스가 연계될 수 있도록 적극 협조

## 2 치매 및 건강보장

[서식 1호]

■ 노인성 질환 의료지원 기준 등에 관한 고시 [별지 제2호서식]

### 무릎관절증 의료지원 신청서

접수번호	접수일	처리기간	10일
신청자(대리인)	성명	대상자와의 관계	
	연락처 (주택)	(휴대폰)	
지원대상자	성명	주민등록번호	
	주소	전화번호	
	진단명	수술희망병원	
		병원전화번호	

구분	<input checked="" type="radio"/> 국민기초생활수급자 <input type="checkbox"/> 의료급여 1종 <input type="checkbox"/> 의료급여 2종 <input type="checkbox"/> 의료급여 이외 (주거급여 등) <input checked="" type="radio"/> 차상위계층 <input type="checkbox"/> 차상위장애인 <input type="checkbox"/> 차상위본인부담 경감 <input type="checkbox"/> 차상위자활 <input type="checkbox"/> 차상위계층확인 <input type="checkbox"/> 한부모가족
비고	지원대상자 선정통보 이전 발생한 의료비는 지원 불가 접수된 서류는 반환되지 않음

위 사항은 사실과 다름이 없음을 확인하고 인공관절수술지원을 신청합니다.

년 월 일  
(서명 또는 인)

신청인  
**보건소장** 귀하

보건소 담당자 연락처

첨부서류	1. 진료소견서(또는 진단서) 1부 2. 개인정보 수집 및 이용·제공 동의서 1부	모든 서류는 1개월 이내 발급
------	--	---------------------

#### 행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 국민기초생활수급자, 차상위계층 증명서 및 확인서, 한부모가족 증명서를 확인하는 것에 동의합니다.

\*동의하지 않는 경우에는 신청자 본인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

신청자 (서명 또는 인)

#### 처리 절차

의료지원 신청	⇒	서류 및 자격 확인	⇒	결과 통보
신청자		시군구 보건소		시군구 보건소

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

[서식 2호]

<b>개인정보 수집 및 이용·제공 동의서</b>	
<input type="checkbox"/> 동의자 성명 :	<input type="checkbox"/> 주민등록번호 :
<p>보건복지부는 개인정보보호법에 명기된 관련 개인정보보호 규정(뒷면 참조)에 의거, 노인복지법 제27조의 4(노인성 질환에 대한 의료지원)에 의한 업무를 처리함에 있어 상담, 검진, 수술 지원 등 각종 서비스 제공을 위하여 아래와 같은 개인정보를 수집·이용하며, 서비스 이용 관련 공공기관 및 단체에 동 개인정보를 제공합니다.</p>	
<p><input type="checkbox"/> 개인정보 수집·제공 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 인적사항 : 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처, 건강상태, 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자 또는 차상위계층 해당 여부, 「한부모가족지원법」에 따른 한부모가족 또는 같은 법 제5조의2에 따른 지원대상자 여부</li> <li>○ 관련사항 : 노인 인공무릎관절수술 지원 신청서, 진료소견서(또는 진단서)</li> </ul>	
<p><input type="checkbox"/> 개인정보 수집 및 이용·제공 목적</p> <p>귀하의 개인정보를 아래와 같은 목적으로 수집 및 이용·제공합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 노인 인공무릎관절수술 관련 상담</li> <li>○ 노인 인공무릎관절수술 시행 및 수술 지원</li> <li>○ 노인 인공무릎관절수술 사업에 대한 연구·통계</li> </ul>	
<p><input type="checkbox"/> 개인정보 보유 및 이용기간</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 상기 내용은 개인정보보호법을 기준으로 함</li> <li>○ 상기 개인정보의 이용목적 소멸 시까지 보유</li> </ul>	
<p><input type="checkbox"/> 개인정보 제공기관 및 제공방법</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 보건복지부, 보건소, 노인의료나눔재단, 사회보장정보원</li> <li>○ 상기 기관에 업무 담당자가 관련 자료송부 또는 시스템에 입력</li> </ul>	
<p>※ 상기 내용과 관련, 개인정보 수집 동의에 거부하실 수 있으며, 거부 시 각종 서비스 제공이 제한됩니다.</p>	
<p>상기명 본인은 “개인정보보호법” 및 관련 법령에 의거하여 개인정보 수집 및 이용·제공에 동의합니다.</p> <p style="text-align: right;">년      월      일</p>	
<p>동의인 : _____ (서명)</p> <p>* 대리인이 서명할 경우, 사유 기재</p> <p>_____</p>	<p>지원 대상자와의 관계 :</p>



## 2 치매 및 건강보장

[서식 3호]

<b>개인정보 등 제공 동의서</b> <b>(민감정보 제공 및 개인정보·민감정보를 제공받은 자의 제3자 제공)</b>	
<input type="checkbox"/> 동의자 성명 :	<input type="checkbox"/> 생년월일 :
<p>「노인 무릎인공관절 수술 지원 사업」 참여를 위하여 아래의 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공에 대한 내용을 자세히 읽어 보신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.</p>	
<b>내역</b>	<b>확 인</b> ( <input checked="" type="checkbox"/> 체크)
<input type="checkbox"/> <b>민감정보 제3자 제공 내역</b> ① 개인정보를 제공받는 자 : <b>노인의료나눔재단, 수술시행 의료기관</b> ② 개인정보를 제공받는 자의 수집·이용 목적 : <b>노인 무릎인공관절 수술 지원 사업 이용 신청자 관리 및 관련 업무수행</b> ③ 제3자가 제공받는 개인정보의 항목 : <b>진료소견서(또는 진단서) 등 노인 무릎인공관절 수술 지원 사업 관련 건강에 대한 정보</b> ④ 제3자의 개인정보 보유 및 이용기간 - <b>노인의료나눔재단 : 3년, 사업참여 대상자로 결정 시 5년</b> - <b>수술시행 의료기관 : 3년</b> ⑤ 위의 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.	<input type="checkbox"/> 동의함  <input type="checkbox"/> 동의안함
<input type="checkbox"/> <b>개인정보를 제공받은 자의 제3자 제공 내역</b> ① 개인정보를 제공하는 자 : <b>노인의료나눔재단</b> ② 개인정보를 제공받는 자 : <b>수술시행 의료기관</b> ③ 제3자가 제공받는 개인정보의 항목 : <b>성명, 생년월일, 주소, 연락처, 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자 또는 차상위계층 해당 여부, 「한부모가족지원법」에 따른 한부모가족 또는 같은 법 제5조의2에 따른 지원대상자 여부</b> ④ 제3자의 개인정보 보유 및 이용기간 - <b>수술시행 의료기관 : 3년</b> ⑤ 위의 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.	<input type="checkbox"/> 동의함  <input type="checkbox"/> 동의안함
<input type="checkbox"/> <b>민감정보를 제공받은 자의 제3자 제공 내역</b> ① 개인정보를 제공받는 자 : <b>노인의료나눔재단, 수술시행 의료기관</b> ② 개인정보를 제공받는 자의 수집·이용 목적 : <b>노인 무릎인공관절 수술 지원 사업 관련 업무수행</b> ③ 제3자가 제공받는 개인정보의 항목 : <b>진료소견서(또는 진단서) 등 노인 무릎인공관절 수술 지원 사업 관련 건강에 대한 정보</b> ④ 제3자의 개인정보 보유 및 이용기간 - <b>수술시행 의료기관 : 3년</b> ⑤ 위의 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.	<input type="checkbox"/> 동의함  <input type="checkbox"/> 동의안함
년      월      일	
동의인 (서명 또는 인) 지원 대상자와의 관계 :	
* 대리인이 서명할 경우, 사유 기재 _____	

## 개인정보 보호법

[타법개정 2917. 7. 26., 법률 제14839호]

### 제15조(개인정보의 수집·이용)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
4. 정보주체와의 계약의 체결 및 이행을 위하여 불가피하게 필요한 경우
5. 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보의 수집·이용 목적
2. 수집하려는 개인정보의 항목
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다. <신설 2020. 2. 4.>

[시행일 : 2020. 8. 5.] 제15조

### 제17조(개인정보의 제공)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다. <개정 2020. 2. 4.>

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 제15조제1항제2호·제3호·제5호 및 제39조의3제2항제2호·제3호에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보를 제공받는 자
2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
3. 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 개인정보처리자가 개인정보를 국외의 제3자에게 제공할 때에는 제2항 각 호에 따른 사항을 정보주체에게 알리고 동의를 받아야 하며, 이 법을 위반하는 내용으로 개인정보의 국외 이전에 관한 계약을 체결하여서는 아니 된다.

④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다. <신설 2020. 2. 4.>

[시행일 : 2020. 8. 5.] 제17조

## 2 치매 및 건강보장

### 행정정보 공동이용 사전동의서

#### 1. 이용사무별 공동이용 행정정보(구비서류)

이용 사무(이용목적)	공동이용 행정정보	동의여부 (동의시 서명 또는 인)
노인무릎관절수술 지원	기초생활수급자 증명서	
	차상위계층 증명서·확인서	
	한부모가족 증명서	
	주민등록표 등·초본	

2. 이용기관의 명칭 : \_\_\_\_\_ 보건소

#### 3. 정보주체(본인)동의사항 등

- 본인이 동의한 위 사무에 대한 행정정보를 이용기관이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보 공동이용을 통해 「개인정보 보호법」 제23조에 따른 건강에 관한 정보나 같은 법 시행령 제19조에 따른 주민등록번호, 여권번호, 운전면허의 면허번호 또는 외국인등록번호가 포함된 행정정보를 처리하는데 동의합니다.
- 만일 위 행정정보를 이용기관이 처리에 대해 본인이 동의를 하지 아니할 경우에도 불이익은 없습니다. 다만, 동의하지 아니한 경우에는 그 해당 부분에 대해서는 직접 서류를 제출하여야 합니다.

년 월 일


대상자 본인 성 명 : \_\_\_\_\_ (서명 또는 인)      지원 대상자와의 관계 : \_\_\_\_\_  
 생년월일 : \_\_\_\_\_  
 전화번호 : \_\_\_\_\_

\* 대리인이 서명할 경우, 사유 기재

\_\_\_\_\_

[서식 4호]

접수번호:

무릎 인공관절수술비 본인부담금 청구서					
환자명	성 명		생년월일		성별 <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
	주 소				
	연락처		휴대폰		
신청보건소명					
수술병원		요양기관번호			
입원일					
퇴원일					
수술일자					
수술부위	좌□ 우□ 양쪽□				
청구정보	계좌번호				
	은행명		예금주		
	담당자		연락처		
수술비청구액 (단위:원)	_____ 원				
※ 노인 무릎인공관절수술지원사업은 무릎 한 쪽 당 수술비 중 법정본인부담금의 최대 120만원까지 지원합니다.					
위와 같이 수술비(의료비)를 청구합니다.					
_____ 년 _____ 월 _____ 일					
청구인: _____ (서명 또는 인)					
 <b>재단법인 노인의료나눔재단 귀중</b>					
※ 수술비는 퇴원 후 10일 이내 청구바랍니다. (재원 소진 및 긴급복지의료지원시 지원불가) ※ 주 소 : 우)04517 서울특별시 중구 통일로 86,(순화동, 바비엡3차) 701호 노인의료나눔재단 ※ 양식다운 : <a href="http://www.ok6595.or.kr">http://www.ok6595.or.kr</a> ※ 상담문의 : Tel : 070-7812-7223 Fax: 02-3210-3388 E-mail : 6595ok@daum.net					
※ 필수 첨부서류 : ①전산 출력된 진료비 계산서 1부 ②통장사본 1부					