

- 수원시 아동의 평생건강의 디딤돌 -

# 수원시 아동담당의 의료지원사업 참여 안내

▶ 수원시 아동담당의 의료지원 사업은,

- 수원시 취약계층 아동에게 아동담당의가 만성질환 예방 및 건강관리를 목적으로 건강 교육 및 상담 제공하고 치료가 필요한 아동에게 치료서비스 지원하는 사업입니다. 수원시 아동의 건강한 성장을 위해 **의료기관의 많은 참여** 부탁드립니다.

## □ 사업개요

기 간	대 상	장 소
· 심의 완료일로부터 1년 (심의는 분기별 1회 개최)	· 수원시 거주 만 6세 ~ 만 12세 미만 아동 (2012. 1. 1. 이후~ 2018. 12. 31. 이전) · 국민기초생활수급자·차상위계층·한부모가족 등 복지수급자, 지역아동센터 아동 등 · <b>정신, 구강, 비염, 시력, 비만, 척추 및 근골격</b> 관련 질환이 있는 아동	· 아동담당의 의료지원사업 지정 의료기관

## □ 지원내용

- 지원사항 : **시력, 정신, 구강, 비염, 비만, 척추 및 근골격 관련 질환 교육 및 치료**
  - 등록비 지원 : **연 4회 등록 및 관리·상담, 보건교육 70,000원/1인**
  - 치료비 지원 : **아동담당의 치료 추천 시 300,000원 한도 내 지원**
    - ※ 등록관리 중 아동담당의가 치료비 지원이 필요한 아동 추천 → 별도 심의  
→ 지원결정 아동에 한하여 본인부담 치료, 수술, 보장구비 중 30만원 한도 지원
  - 지원방법 : **의료지원 서비스 제공 기관에 수행비용(1인당 370,000원) 지급**

## □ 신청방법

- 신청기간 : 2024. 1. 1. ~ 12. 30. (사업기간 내 신청 가능)

### ○ 제출서류

- 1) 아동담당의 의료기관 지정 참여 신청서(원본, 직인 또는 서명날인) 1부.
- 2) 아동담당의 개인정보 취급자 보안서약서(원본, 직인 또는 서명날인) 1부.
- 3) 아동담당의 의료기관장의 추진 결의서(원본) 1부.
- 4) 사업자등록증 및 대표자 통장사본 각 1부.

※ 서식: 수원시보건소 > 보건행정서비스 > 민원서식 > 기타(위임장 및 각종 신청서)  
> 수원시 아동담당의 의료지원사업 관련서식(기관신청용) 게시

- 접수방법 : 권선구보건소로 방문 또는 우편 접수

※ 주소: 수원시 권선구 호매실로 22-50, 권선구보건소 2층 건강증진팀 앞

- 문 의 : 권선구보건소 담당자 ☎ 031-228-6462

지원항목	건강위험요소	이환	지원내용
<b>정신</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 아동학대</li> <li>· 주의력결핍과다행동장애</li> <li>· 우울증</li> <li>· 불안</li> <li>· 적대적 반항장애</li> <li>· 틱장애</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 폭언, 폭력</li> <li>· 중독</li> <li>· 행동장애</li> <li>· 감각조절이상</li> <li>· 자폐증</li> <li>· 자살</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 행동수정·강화상담, 진료</li> <li>· 진료비, 정밀검사비, 약제비, 프로그램비</li> </ul>
<b>구강</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 치아우식증</li> <li>· 치은염</li> <li>· 예방치치</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 치통</li> <li>· 발치</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 구강교육, 상담, 예방치치</li> <li>· 충치치료(레진 포함), 보철 등 <b>(치아교정 제외)</b></li> </ul>
<b>비만</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 유방부위 지방침착(남아)</li> <li>· 조기초경(여아)</li> <li>· 열등감 및 사회부적응</li> <li>· 성장장애</li> <li>· 호흡기 질환</li> <li>· 과체중</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 성인비만</li> <li>· 고지혈증</li> <li>· 고혈압</li> <li>· 당뇨병</li> <li>· 동맥경화</li> <li>· 지방간</li> <li>· 관절염</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 식이요법 상담</li> <li>· 운동요법 상담</li> <li>· 행동수정 상담</li> <li>· 심리지원 및 자존감 향상</li> <li>· 검사, 치료비, 약제비</li> </ul>
<b>시력</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 굴절이상 (원시, 난시, 근시, 사시 등)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 두통</li> <li>· 피로감</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 상담, 진료</li> <li>· 시력교정</li> <li>· 안경제작 <b>(드림렌즈 제외)</b></li> <li>· 굴절검사, 치료비, 약제비</li> </ul>
<b>비염</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 급·만성 부비동염</li> <li>· 비루, 코막힘, 후비루</li> <li>· 편도조직의 만성염증</li> <li>· 알레르기 비염</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 후각감퇴</li> <li>· 코막힘, 재채기</li> <li>· 집중력 저하</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 상담, 진료</li> <li>· 비갑개 성형술, 절제술</li> <li>· 레이저 수술, 고주파 이용</li> <li>· 검사, 치료비, 약제비</li> </ul>
<b>척추 및 근·골격</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 척추측만증</li> <li>· 관절 각변형</li> <li>· 만성염좌</li> <li>· 저성장</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 요통</li> <li>· 폐활량 감소</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 교정요법</li> <li>· 보조기비</li> <li>· 수술비</li> <li>· 검사, 치료비, 약제비</li> </ul>

※ 아토피는 아토피사업에 신청

※ 기타질환으로 신청시 6개 질환에 가까운 질환이어야 하며, 불명확한 질환일 경우 심의로 판단

□ **사업절차**

구 분	등 록 / 상 담	질 환 치 료
참여기관 지 정	의료기관 및 안경업소에 참여 신청 안내 → 희망 기관 신청서 제출	
대상아동 신청/추천	대상 보호자, 의료기관장, 학교 및 아동센터 장, 수원시 드림스타트 내용 보건소로 신청서 및 명단 제출	
대상자 심 의	대상 보건소(운영위원회) 내용 운영위원회에서 심의/선정 하여 대상 아동에게 안내	
의료지원 (등 록)	대상 아동 및 보호자 내용 보건소 방문하여 쿠폰수령하여 등록 의료기관 직접 방문 대상 의료기관장 내용 의료지원 서비스 제공 (4회/1년 등록·상담 및 교육)	
등록비 청구/ 치료비 추천	대상 의료기관장 내용 4회 등록 및 상담·교육 완료 후 보건소로 등록비 청구	대상 의료기관장 내용 등록·상담에서 치료가 필요한 아동보건소로 치료비 지원 추천서 송부
치료비 심 의		대상 보건소(운영위원회) 내용 치료가 필요한 아동 심의/선정 하여 아동에게 안내
의료지원 (치 료)		대상 의료기관 및 안경업소 내용 검진, 교정, 시술, 수술, 안경제작 등 의료지원 서비스 제공
치료비 청구		대상 의료기관 및 안경업소 내용 치료 완료 후 보건소로 치료비 청구
사업평가	분기별 1회 평가 및 환류	