

# HIV 감염인 실명전환·진료비 지원 신청 절차 개선 계획

(에이즈관리과, '24.1.22.(월))

◆ 효율적이고 투명한 감염인 진료비 보조금 지원을 위해 감염인 본인 동의에 기반한 실명 전환 절차 및 진료비 지원신청 절차 마련

## □ 추진 배경

- 신고 감염인에 대해서는 **실명전환을 전제**로 진료비(본인부담금)를 건강보험 본인부담금 상한선 범위 내에서 **전액 지원**하고 있으나
  - 감염인 **실명전환, 진료비지원금(보조금) 신청\*** 및 지급 등에 대한 **표준화된 절차가 없어** 지자체마다 업무 처리방식 상이
    - \* 원칙적으로 정부지원금 지급은 신청에 기반하며, 신청자격 및 지급대상, 지원신청 내용 등에 대한 정보 확인이 필수적
- 이에, 진료비 지원 **절차의 투명성·객관성 확보** 및 효율적 업무 처리를 위해 **실제 업무 현장을 반영한 표준화된 신청·지급 절차를 마련**코자 함

## □ 그간 추진 현황

- 시·군·구 지자체 HIV 업무 담당자 의견 수렴('23.8.31)
- HIV 감염인 단체 의견수렴('23.11.10)
- 의료기관 상담사업기관 상담간호사 의견수렴('23.12.28)

### 감염인 진료비 지원 개요

- (지원목적) 감염인에 대한 **지속적인 치료 지원**으로 타인으로서의 전파 예방과 건강관리를 위한
- (지원근거) 후천성면역결핍증예방법 제22조(비용부담), 시행령 제22조(감염인에 대한 보호 및 지원)
- ('24년 예산) 국비 9,984백만원 (지방비 50% 추가 매칭)
- (지원내용) HIV/AIDS 관련 질환 검사비·진료비·약제비 본인부담금
  - \* 본인 일부 부담금(10%), 선별급여(50-80%), 전액본인부담금(100%) 대해 건강보험본인부담상한액 까지 지원
- (지원대상) 실명 등록 감염인, 의료 행위 중 감염인 혈액 노출 의료인
- (시행기관) 시·군·구 보건소 (강원도의 경우 시도)

## □ 현황 및 문제점

- (진료비 신청서 불비) 진료비 보조금은 지원대상·지원액·지원 시기 등이 사전에 특정되어 있지 않은 지원금\*임에도 **별도의 신청서 제출 없이 검토 및 지급 처리 중\*\***
  - \* 지원 희망 감염인에 대해 실제 발생한 진료비를 수시로 지원 중
  - \*\* 구두 신청 또는 진료비 납부 증빙서 제출 등에 따라 처리
- (표준화된 실명전환 절차 부재) 감염인 발생 신고 시 수집되는 정보는 생년월일, 성별, 국적 등에 국한되나 **보조금 지원을 위해서는 지급 대상에 대한 개인 식별 정보(성명, 주민등록번호)가 필수적\***으로 요청됨
  - \* (사유) 오지급(예; 동명이인 다른 사람에게 지급) 및 중복지급 방지, 보조금관리 시스템(e호조 시스템 등) 입력 등
  - 지자체가 필요한 실명정보를 자체적으로 감염인으로부터 추가 수집·활용하고 있으나 공식적인 **실명전환 및 관리 절차는 미비한 상황**

## □ 개선(안)

- (신청 서식 및 신청 절차 마련) 체계적이고 통일된 업무 처리\*를 위해 **진료비 지원 신청서 서식 신설<별지1, 1-1>**하고 관련 절차 구체화
  - \* 신청의 진위, 신청자 적격성 및 신청내용 확인
  - 감염인 본인신청 외에 현행 의료기관 후불제 청구 방식도 유지
- (실명전환 절차 표준화) 보조금 지급에 필요한 지원 대상 감염인의 개인정보를 관련 법령 근거\* 등에 따라 확보할 수 있도록 **진료비 지원신청 서식(별지1)에 '개인정보 수집 동의서' 제출\*\* (최초 1회 제출에 한함)란 마련**
  - \* 후천성면역결핍증예방법 시행령 제27조, 「개인정보보호법」 제15조
  - \*\* 별도의 동의서 제출이 아닌 진료비 지원신청서 상에 '동의서'란에 서명
  - 기 지원받고 있는 감염인의 경우에도 최초 1회는 동의서 작성·제출

< HIV/AIDS 진료비 신청 처리 절차(세부절차 불입) >

<진료비 신청 서식>

- 진료비 지원 신청 서식은 ①**감염인 직접 신청(별지1)**의 경우와 ②**후불제 의료기관 대리 청구(별지1-1)**의 경우로 구분

<공통>

- 관리 보건소(=진료비 지급 보건소)에서는 **관리 중인 HIV 감염인(신규+기존 감염인) 중 진료비 지원 대상자**에 대해 실명전환을 위한 개인정보 수집 동의가 포함된 「HIV/AIDS 진료비 지원 신청서(별지1)」를 징구
- 진료비 지원 신청서(별지1)는 감염인 별로 한번만 징구함

<감염인 본인 직접 진료비 청구 시>

- 감염인이 신청서(별지1) 제출 이후에는 별도 신청서 제출 없이 종전과 같이 진료 명세서 등 청구 증빙자료 제출로 신청 같음

<의료기관 후불 청구 시>

- 후불 청구시 마다 HIV/AIDS 진료비 대리청구서(별지 1-1)를 작성하여 관리보건소에 공문으로 청구
- \* **별지 1-1** 청구서는 공문의 첨부서류로 불입(기관 직인 생략 가능)

○ **(HASNet 연계)** 효율적 업무 처리를 위해 실명 등록 및 진료비 지원정보는 에이즈지원시스템(HASNet)을 통해 연계 관리

- 현행 HASNet 신고정보 등과 연동한 **진료비 지원 관리 기능 신설** (23.12월 기완료)
- 접수기관은 신청 접수 및 처리 시 진료비 신청·청구 및 지급 내역 등을 HASNet 입력하여 관리

○ **(개인정보 관리)** 감염인 개인정보가 수록된 자료는 **비공개 전자문서로 전환**하고, **개인정보보호법령 등에 따라 관리\***

\* 종이 문서 또는 민간기관 접수 문서는 이미지화(스캔 등)하여 비공개 전자문서(6호) 등록 후 원본 파기

- **에이즈지원시스템(HASNet) 진료비 실명전환 등록정보는 개인정보 암호화 모듈\***을 통해 **암호화하여 관리**하고, 규정에 따라 보안조치

\* 별도 서버에 암호화 되어 저장되며 질병관리청 외부에서 접근 불가

□ **향후 계획**

○ HIV/AIDS 진료비 지원 신청서 및 진료비 대리청구서 징구개시(24.2.13~)

**붙임 HIV/AIDS 감염인 실명 전환 및 진료비 지원 처리 절차**

절차	내용	주체	방법
① 신청서 작성	(작성횟수) 최초 1회 (작성시기) · 신규감염인 : 최초 역학조사, 상담 등 관리 보건소 내원 시 작성 · 기존감염인 중 본인 청구자 : 보건소 내원 시 작성 · 기존감염인 중 후불 청구자 : 수시 작성 (작성서식) 「HIV/AIDS 진료비 지원 신청서」	감염인, 법정대리인	직접 작성 (거동불편자와왕상환자의 경우 법정대리인 작성)
② 신청서 제출	(제출시기) 신청서 작성 후 제출	감염인, 법정대리인 → 관리보건소	직접 방문 이메일 우편 문자
③-1 (후불제) 대리청구서 작성	(작성횟수) 청구시 마다 작성 (고려사항) 진료비 영수증 및 진료내역 포함 (작성서식) 「HIV/AIDS 진료비 대리 청구서」	후불제 의료기관	공문서
③-2 (후불제) 대리청구서 제출	(제출시기) 청구서 작성 후 제출	후불제 의료기관 → 관리보건소	공문서
④ 실명 전환	(고려사항) 「HIV/AIDS 진료비 지원 신청서」 내에 「진료비 지원을 위한 실명 등록 및 개인정보 수집 이용 동의 서명」 확인 (처리내용) <b>지원 대상자 정보 시스템 입력</b>	관리보건소	HASNet
⑤ 진료비 신청·후불 대리청구 내역 접수	(고려사항) 신청내역·대리청구내역 확인 (처리기한) 접수 후 30일 (처리내용) 지원 대상자 정보 및 진료비 지원 신청 내역 시스템 입력 (원본처리) 비공개 전자문서 6호로 등록후 신청서(대리청구서) 원본 파기	관리보건소	HASNet
⑥ 심사	(공통) 신청 내용 적정성 검토 및 지급여부 결정 (후불제) 청구 의료기관 자격, 신청내용 적정성 검토	관리보건소	HIV/AIDS 관리지침
⑦ 지급 결정	(지급결정) 청구금액 지급·일부지급·미지급	관리보건소	HASNet
⑧ 지급 통보	(지급통보) 진료비 지급처리 결과 SMS 통보 (고려사항) 후불제 청구 시 SMS 미통보	관리보건소 → 감염인	HASNet
⑨ 지급내역 입력	(내역입력) 지급내역은 시스템에 입력 (지급) e호조 입력 등 지출 관련 절차 이행	관리보건소	HASNet/ e호조

\* 실명 등록 감염인 중 주소이전 후에도 이전 주소지 지역 보건소에서 진료비를 지원받는 경우 이전 주소지 관할 보건소에서 진료비 지원신청 접수 및 처리  
\*\* 감염인 본인이 관리 보건소로 직접 진료비 지원을 신청하는 경우 「HIV/AIDS 진료비 지원 신청서」(별지1, 최초 1회)를 작성하여 진료비 영수증 등 증빙자료와 함께 제출하고 이후 신청건부터는 「HIV/AIDS 진료비 지원 신청서」 제출 생략  
\*\*\* 후불제 지원 대상 감염인의 경우에도 HIV/AIDS 진료비 지원 신청서 작성·제출(최초 1회)

별지 1 감염인 본인 HIV/AIDS 진료비 지원 신청 서식

HIV/AIDS 진료비 지원 신청서

처리기한  
30일

접수번호	*이 부분은 접수 보건소가 기재합니다.		접수일자	감염인 번호	
신청인	성명	주민등록번호			
	전화번호	대상자와의 관계			
	주소(읍·면·동 까지 기재)	휴대전화 또는 이메일			
<input type="checkbox"/> 신청인과 동일					
지원대상자	성명	주민등록번호			
	주소(읍·면·동 까지 기재)	(외국인의 경우 외국인등록번호 또는 여권번호)			
주요이용하는 진료기관정보	진료기관 명	(진료과)			
진료기관정보	주치의 (성명)				
의료보장 종류	<input type="checkbox"/> 직장·지역 건강보험 ( <input type="checkbox"/> 직장가입자 <input type="checkbox"/> 지역가입자) <input type="checkbox"/> 의료급여수급자 ( <input type="checkbox"/> 1종 <input type="checkbox"/> 2종 <input type="checkbox"/> 차상위본인부담금 경감대상자) <input type="checkbox"/> 기타 ( )				
지급신청액	미기재 (진료비 영수증 등 증빙자료와 같음)				
지급계좌	(은행명 : )		예금주		
	※'24.1.1 이전 기지원 감염인으로 의료기관을 통해 진료비 후불 청구하는 경우는 미기재				

「후천성면역결핍증예방법」 제22조 제4호에 따라 HIV/AIDS 진료 비용을 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

시·군·구 보건소장 귀하

신청인 제출서류	1. 진료비 지원 신청서 1부 (최초 1회만 제출) 2. 진료비 영수증 등 증빙자료 1부 (의료기관 후불 청구가 아닌 감염인 직접 청구 시) 3. 담당의 소견서 또는 진단서 (전액본인부담금 또는 선별급여 발생의 경우에만 첨부)	수수료 없음
제출방법	방문제출(기관리종인 감염인의 경우 본인 서명후 우편, 문자, SNS, 이메일 등 비대면 제출 가능)	
보건소 확인사항	1. 신청인 본인 여부 확인 (신청인과 지원 대상자가 다른 경우 신청인 적격성 여부 확인) 2. 지원 대상자 본인의 「실명등록 및 개인정보 수집·이용 동의」 서명 확인 후 접수 (최초 1회에 한함) * 단, 14세 미만 미성년자의 경우 부모, 그 외 경우 법정대리인이 지원 대상 감염인을 대신해 서명 가능	

진료비 지원을 위한 실명 등록 및 개인정보 수집·이용

동의

본인은 「후천성면역결핍증예방법」 제22조제4호에 따른 HIV/AIDS 진료비용 지원 업무처리를 위해 「후천성면역결핍증예방법」 시행령 제27조(민감정보 및 고유식별정보의처리) 및 「개인정보보호법」 제15조제1항에 따른 개인정보의 수집·이용 및 이에 기초한 실명 등록에 동의합니다.

수집정보 : 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처  수집 이용기관 : 질병관리청, 시군구 보건소

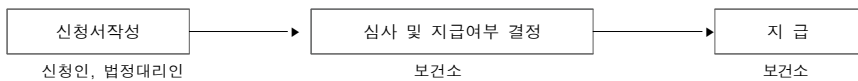
개인정보의 보유 및 이용기간 : 진료비 지원 종료시 까지  동의를 거부할 수 있으나 거부할 경우 진료비 지원이 제한 됩니다.

※ 수집된 개인정보는 HIV/AIDS 진료비 지원 및 통계처리 업무에만 이용되며 「개인정보보호법」 및 「후천성면역결핍증예방법」 제7조(비밀누설금지)에 따라 엄격히 관리됩니다.

신청서 제출 생략

동 신청서 제출 이후 HIV/AIDS 진료비 청구는 별도 신청서 제출 없이 진료비 증빙 자료 제출로 갈음하는 것에 동의합니다.

처리절차



210mm×297mm[일반용지 60g/m²(재활용품)]

별지 1-1 후불제 의료기관 HIV/AIDS 진료비 대리 청구 서식

HIV/AIDS 진료비 대리 청구서

처리기한  
30일

접수번호	*이 부분은 접수 보건소가 기재합니다.		접수일자	감염인번호				
지원대상자 (감염인)	성명	생년월일	성별( <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여)					
		내외국인 여부 ( <input type="checkbox"/> 내국인 <input type="checkbox"/> 외국인)						
		주소(읍·면·동까지 기재)						
총 신청 금액 (환자본인부담금) *공단부담금 등 제외								
진료비 지급요청내역	세부 신청 내역							
	진료일/진료과	구분	본인부담금	전액본인부담금	진료일/진료과	구분	본인부담금	전액본인부담금
		진찰료			진찰료			
		검사료			검사료			
		약제료			약제료			
	기타			기타				
	진료일/진료과	구분	본인부담금	전액본인부담금	진료일/진료과	구분	본인부담금	전액본인부담금
		진찰료			진찰료			
		검사료			검사료			
		약제료			약제료			
	기타			기타				
	의료기관 지급계좌	(은행명 : )		예금주				
대리 청구 의료기관	의료기관명		요양기관코드(8자리)					
	주소		담당자 연락처					

「후천성면역결핍증예방법」 제22조에 따른 HIV/AIDS 진료비용을 위 감염인을 대리하여 청구합니다.

년 월 일

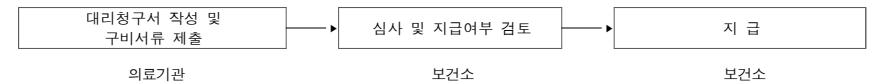
의료기관 직인

(공문 발송 시 직인 생략 가능)

시·군·구 보건소장 귀하

대리신청인 제출서류	1. 진료비 영수증 등 증빙자료 1부 2. 소견서 또는 진단서(전액본인부담금 또는 선별급여 발생의 경우에만 첨부)	수수료 없음
------------	--	--------

처리절차



210mm×297mm[일반용지 60g/m²(재활용품)]