

广西壮族自治区 卫生厅文件

桂卫疾控〔2013〕5号

自治区卫生厅关于规范免疫规划接种异常 反应补偿工作有关事项的通知

各市、县（市、区）卫生局，自治区疾病预防控制中心：

扩大国家免疫规划是基本公共卫生服务项目的一项重要内容，是关系到广大儿童健康的一项民心工程。随着免疫规划预防接种工作的不断深入，预防接种异常反应的处置问题日益突出。为保护受种者权益，确保预防接种工作正常开展，现就规范第一类疫苗预防接种异常反应补偿工作有关事项通知如下。

一、明确工作职责

（一）卫生行政部门。

按照属地管理原则，县（市、区）卫生局受理第一类疫苗预防接种异常反应病例的补偿申请，收集、审核预防接种异常反应补偿的相关资料、测算补偿金额，以报告形式并附相关材料复印件上报上一级卫生行政部门；做好辖区预防接种异常反

应病例善后处理工作，确保免疫规划工作顺利开展，维护社会和谐稳定。设区的市级卫生局负责对下级上报相关材料进行把关审核，审核通过后上报自治区卫生厅。

（二）疾病预防控制机构。

一般的预防接种异常反应由县级疾病预防控制机构负责调查诊断，并收集以下材料：疫苗进货渠道、供货单位的资质证明、疫苗购销记录；疫苗运输条件和过程、疫苗贮存条件和冰箱温度记录、疫苗送达基层接种单位前的贮存情况；疫苗种类、生产企业、批号、出厂日期、有效期、来源（包括分发、供应或销售单位）、领取日期、同批次疫苗的感官性状，同时间段接种情况；疫苗批次检验合格或者抽样检验报告，接种服务组织形式、接种现场情况、接种时间和地点、接种单位和接种人员资质、接种实施情况及其他相关材料，无县级疾病控制机构的，由市级承担。重大预防接种异常反应由市级以上疾病预防控制机构进行调查诊断。

二、明晰工作流程和要求

预防接种异常反应补偿工作流程和要求如下：

（一）提出补偿申请。

经诊断或鉴定明确为预防接种异常反应的，受种方（受种者或其法定监护人）在收到预防接种异常反应诊断或鉴定结论之日起90日内，向接种单位所在地县（市、区）卫生局提交《预防接种异常反应补偿申请书》（附件2），同时提交以下材料：申请人、受种者和法定监护人身份证及户口证明复印件，携带原件备查；受种方预防接种异常反应就诊病例复印件（门诊病历需携带原件备查）；预防接种异常反应调查诊断结论或鉴定结论原件和复印件；受种者就诊相关费用原始票据和复印件；与补

偿有关的其他材料。

（二）受理补偿申请。

县（市、区）卫生局在接到受种方提交《预防接种异常反应补偿申请书》后，应进行全面审核，如缺少相关材料的，一次性告知受种方需补齐的全部材料；如有提交材料不符合要求之处，应当面告知并出具书面通知说明理由（附件4）。审核有疑问或不符合逻辑的，不得受理。经审核符合受理条件的，需向受种方出具受理通知书（附件5）。

（三）审核材料并计算补偿费用。

县（市、区）卫生局在正式受理受种方的补偿申请后20日内，收集审核受种方预防接种异常反应补偿相关资料。经审核资料完整、符合异常反应补偿报账要求的，根据有关规定计算病例的一次性补偿金额，主要测算以下内容：

（1）医疗费：受种者在城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或者新型农村合作医疗定点医疗机构因诊治、康复预防接种异常反应相关疾病实际支出的基本医疗费用，按照医疗保障制度报销后的个人自付部分（自费药品除外），凭提供的原始收费单据支付。

（2）陪护误工费：受种者在治疗期间其陪护家属（限1人）和有固定收入的受种者的误工费，按照接种年份的上一年度自治区城镇单位在岗职工年平均工资计算，误工费计算期限从申请调查诊断之日起至确认补偿之日止。

（3）交通费：受种者和1名陪护人员实际必需使用的交通费（包括因病就医或者转院治疗实际发生的交通费用），原则上按照乘坐的汽车或者火车票据（软卧除外）凭据支付。

（4）残疾生活补助费：根据确认的伤残等级和按照接种年

份的上一年度自治区城镇居民人均可支配收入计算，最长补偿 20 年；残疾生活补助费 = 接种年份的上一年度自治区城镇居民人均可支配收入 $\times$ 20 年 $\times$ 伤残等级系数，一级乙等至三级戊等的伤残等级系数为 100% 递减至 10%，每等级相差 10%。

(5) 残疾用具费：受种者残疾需要配置功能辅助器具的，按照接种年份的上一年度单个国产普通型功能辅助器具的价格作为补偿费用标准，每 5 年更换一次，补偿按照 20 年计算。

(6) 死亡补偿费：按照接种年份的上一年度自治区城镇居民人均可支配收入 $\times$ 20 年计算。

所有申请需补偿的费用票据必须为原始票据（参加城镇医保或新农合者提供复印件和当地新农合机构报销证明），凭据报销不在参保范围费用，无原始票据所发生费用不予受理。

(四) 上报补偿申请。

县（市、区）卫生局审核受种方提交的相关票据及资料，受种方对测算金额无疑义并签字（附件 3）后，20 日内将病例的《预防接种异常反应补偿申请书》、《预防接种异常反应补偿申请表》（附件 3，一式三份）及提交的补偿相关资料和票据复印件，以报告形式报设区的市级卫生局，设区的市级卫生局在 15 日内审核通过后报自治区卫生厅审核，自治区卫生厅将《预防接种异常反应补偿申请表》相应内容填写齐全后交回经办县（市、区）卫生局，由县（市、区）卫生局按照自治区卫生厅审核意见填写《预防接种异常反应补偿通知书》（附件 6）递交申请人。

受种方若同意经济补偿通知书中核准的经济补偿数额，在收到《预防接种异常反应补偿通知书》60 日内，与县（市、区）卫生局签订一次性补偿协议（附件 7，各地可根据实际情况进行

适当修改), 自签订一次性补偿协议后 7 日内将签订的经济补偿协议报自治区卫生厅。

(五) 拨付补偿费用。

自治区卫生厅在收到经济补偿协议后, 20 日内将补偿资金拨付县(市、区)卫生局。

(六) 发放补偿费用。

县(市、区)卫生局在收到自治区卫生厅拨付的补偿资金后, 7 日内将核准的一次性补偿金支付给受种方。

本通知用于规范并指导县级卫生行政部门受理免疫规划接种异常反应一次性补偿程序, 《广西壮族自治区预防接种异常反应补偿办法》(下称《补偿办法》)颁布后, 如有与《补偿办法》不一致之处, 以《补偿办法》为准。

联系人及电话: 李艳 0771-2635860

附件: 1. 广西壮族自治区预防接种异常反应补偿流程图

2. 预防接种异常反应补偿申请书

3. 预防接种异常反应补偿申请表

4. 预防接种异常反应补偿申请材料补充通知书

5. 预防接种异常反应补偿受理通知书

6. 预防接种异常反应补偿通知书

7. 广西壮族自治区预防接种异常反应经济补偿协议书(模版)

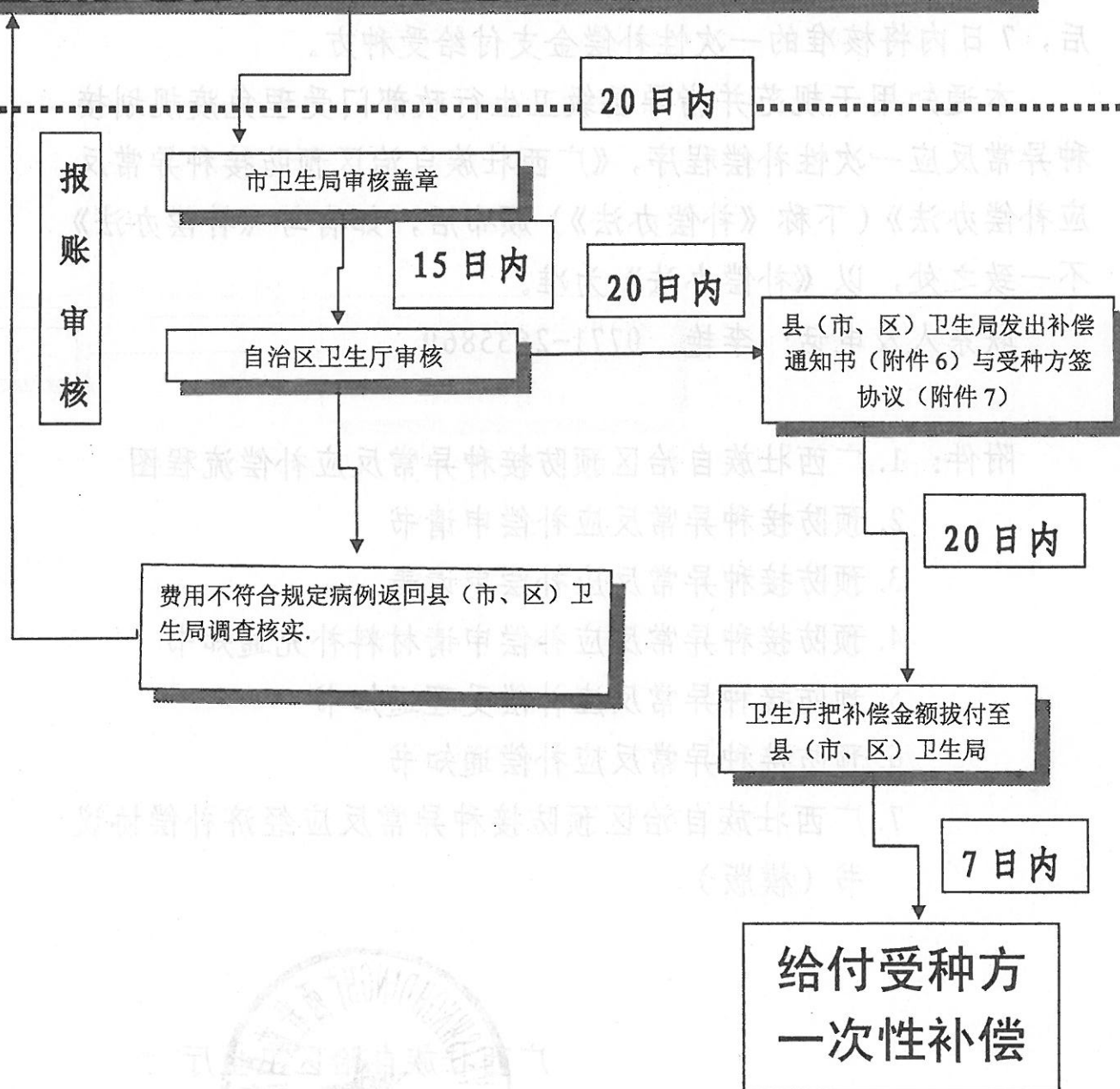
广西壮族自治区卫生厅

2013 年 1 月 25 日

附件 1

广西壮族自治区预防接种异常反应 补偿流程图

县（市、区）卫生局接到受种方递交的申请书（附件 2），收集并审核通知中所规定的所有资料，如资料不全，发出材料补充通知书（附件 4），如受种方补全材料，测算一次性补偿金额，向受种方发出受理通知书（附件 5），填写申请表（附件 3），受种方就申请补偿金额无意见后与相应材料一起上报到市级卫生行政部门。



附件 2

预防接种异常反应补偿申请书

申请人	姓名:	性别:	身份证号:		
	联系电话:		与受种者关系:		
受种者	姓名:	性别:	身份证号:		
	详细住址:				
法定 监护人	姓名:	性别:	身份证号:		
	联系电话:		与受种者关系:		
申请人提交申请时间		年 月 日			
申请事项					
事实根据 和事由	受种者 (或法定监护人签字): _____ 年 月 日				

- 附: ①受种者和监护人身份证或户口证明复印件, 申请人身份证复印件及原件;
 ②受种者预防接种异常反应就诊病例复印件 (病历资料上加盖证明印记);
 ③预防接种异常反应调查诊断结论 (材料) 或预防接种异常反应鉴定结论 (材料);
 ④受种者就诊相关费用原始票据;
 ⑤与补偿有关的其他材料。

附件 3

预防接种异常反应补偿申请表

申请单位 (县级卫生行政部门)	申请时间	
受种者姓名	性别	
居民身份证号		
法定监护人姓名	性别	
居民身份证号		
县级以上预防接种异常反应专家 调查诊断小组调查诊断结论		
设区的市以上医学会鉴定结论		
县(市、区)卫生局 计算补偿费用	医疗费用(元)	
	陪护误工费(元)	
	交通费(元)	
	残疾生活补助费(元)	
	残疾用具费(元)	
	死亡补偿金(元)	
	其他(元)	
	合计(元)	
	审核人签字: 负责人签字:	
单位盖章 年 月 日		
受种方意见:	受种者/监护人签字、指印: 年 月 日	
市级卫生局审核意见	负责人签字: 单位盖章 年 月 日	
自治区卫生厅 审核意见	处室经办人审核签字: 处室领导签字: 年 月 日	
	厅领导签字: 单位盖章 年 月 日	

附件4

预防接种异常反应补偿申请材料补充通知书 (一式两份)

受种者(法定监护人)_____:

你于____年____月____日提出的预防接种异常反应补偿申请,经审查,一次性告知缺少下列材料,请于收到本通知书之日起____日内补全。本单位收到你的补充材料后,再决定是否受理补偿申请。

- 1、_____;
- 2、_____;
- 3、_____;
- 4、_____;
- 5、_____;

_____县(市、区)卫生局盖章

年 月 日

附件5

预防接种异常反应补偿受理通知书
(一式两份)

受种者(法定监护人)_____:

你于____年____月____日提出的预防接种异常反应补偿申请,经审查符合受理条件,现决定受理。

联系人及电话: × × × 07 × × - × × × × × × ×

_____县(市、区)卫生局盖章

_____年 月 日

章盖局卫(局、市)县_____

日 月 年

附件 6

预防接种异常反应补偿通知书 (一式两份)

受种者(法定监护人)_____:

受种者_____于_____年____月____日在_____预防接种单位接种了_____疫苗后出现预防接种异常反应。经预防接种异常反应专家调查诊断小组调查诊断□或者设区的市以上医学会鉴定□,其结论为_____,属于预防接种异常反应。根据申请,经上级卫生行政部门审核,依据有关规定决定给予一次性补偿,补偿金额合计(大写)_____元,见下表。

预防接种异常反应补偿明细表

补偿内容	金额(元)	补偿内容	金额(元)
医疗费		死亡补偿金	
陪护误工费		残疾生活补助费	
交通费		残疾用具费	
合计(大写)			

受种者(法定监护人)如同意请签字:

本通知书开具时间:_____年____月____日,有效期至_____年____月____日(六十天)。(如果在有效期内未签字视为自动放弃)

_____卫生局盖章
_____年____月____日

附件 7

广西壮族自治区预防接种异常反应 经济补偿协议书（模版）

甲方（受种方）：_____ 性别：_____ 出生日期：_____
法定监护人（父亲）：_____ 身份证号：_____
法定监护人（母亲）：_____ 身份证号：_____
法定监护人（其他）：_____ 身份证号：_____
家庭住址：_____ 联系电话：_____
乙方：_____ 县（市、区）卫生局 乙方法定代表人：_____
单位地址：_____ 联系电话：_____

受种者_____, 性别_____, 出生日期: _____年____月____日,
根据国家免疫规划接种程序, 于_____年____月____日接种
_____疫苗后, _____年____月____日发生_____反应, 经
_____诊断/鉴定属于预防接种异常反应, 本病例不
属于医疗事故或者侵权, 而是《疫苗流通和预防接种管理条例》
规定的预防接种异常反应, 是不可预测的合格的疫苗在实施规
范接种过程中或实施规范接种后造成受种者机体组织器官、功
能损害、严重残疾或死亡, 相关各方均无过错的药品不良反应。

鉴于上述情况, 现经甲、乙双方自愿、平等协商, 达成如
下协议:

一、根据《疫苗流通和预防接种管理条例》第四十六条的
规定, 乙方给予甲方一次性经济补偿金额计人民币 _____ 万
元整, 作为对甲方医疗费和由此引起的相关经济损失的补偿。

乙方支付一次性经济补偿款后，不再另行支付因后续治疗、护理、康复等所发生的一切费用。

二、甲方在签订此协议书、收取经济补偿款后，不得再以任何方式和理由再向乙方提出任何要求和异议。同时乙方不再就同样的争议承担任何责任。

三、本协议与法律文书具有同等效力，自双方签字、盖章时生效。

四、本协议书一式三份，甲、乙双方各执一份，乙方的上级主管部门留存一份。

甲方法定监护人签字、指印：

乙方法定代表人签字、盖章：

协议书签订地点：

日期： 年 月 日

山西临汾市尧都区（区、市）县、市、镇、村、组

2018年10月10日

临汾市尧都区（区、市）县、市、镇、村、组

一、凡因工作失误造成不良后果的，由当事人承担全部责任，并视情节轻重给予相应处理。
 二、凡因工作失误造成不良后果的，由当事人承担全部责任，并视情节轻重给予相应处理。
 三、凡因工作失误造成不良后果的，由当事人承担全部责任，并视情节轻重给予相应处理。
 四、凡因工作失误造成不良后果的，由当事人承担全部责任，并视情节轻重给予相应处理。
 五、凡因工作失误造成不良后果的，由当事人承担全部责任，并视情节轻重给予相应处理。
 六、凡因工作失误造成不良后果的，由当事人承担全部责任，并视情节轻重给予相应处理。
 七、凡因工作失误造成不良后果的，由当事人承担全部责任，并视情节轻重给予相应处理。
 八、凡因工作失误造成不良后果的，由当事人承担全部责任，并视情节轻重给予相应处理。
 九、凡因工作失误造成不良后果的，由当事人承担全部责任，并视情节轻重给予相应处理。
 十、凡因工作失误造成不良后果的，由当事人承担全部责任，并视情节轻重给予相应处理。

日 月 年 : 时 分 秒
 点 数 百 零 几 分 几 秒

抄送：各市、县（市、区）疾病预防控制中心。

广西壮族自治区卫生厅办公室 2013 年 1 月 28 日印发
