

济南市卫生健康委员会文件 济南市财政局文件

济卫发〔2021〕31号

济南市卫生健康委员 济南市财政局 关于做好我市四级及其他轻型损害预防接种 异常反应补偿工作的通知

各区县（功能区）卫生健康局、财政局，市疾控中心，市医学会预防接种异常反应鉴定工作办公室：

根据市卫生健康委、市财政局《关于贯彻落实鲁卫发〔2019〕20号文件精神做好我市预防接种异常反应补偿工作的通知》（济卫发〔2020〕5号，以下简称“5号文件”）要求，现就进一步做好我市四级及其他轻型损害预防接种异常反应补偿工作有关事项

通知如下。

一、补偿标准

对因接种免疫规划疫苗发生的预防接种异常反应，造成四级损害或经过治疗恢复正常的一过性器官组织损伤的，由市级财政进行经济补偿。四级甲等、乙等、丙等的一次性经济补偿金额=山东省上一年度城镇居民人均可支配收入×损害系数×补偿年限。四级甲等、乙等、丙等的损害系数依次为 0.8、0.2~0.4、0.1~0.2, 补偿年限均为 1 年。

因接种非免疫规划疫苗发生预防接种异常反应，需要对受种者予以经济补偿的，补偿标准参照本通知执行，所需资金由相关疫苗上市许可持有人承担。

二、补偿审核流程

(一) 各级卫生健康行政部门成立预防接种异常反应补偿管理办公室，负责预防接种异常反应补偿申请、受理及补偿实施等工作。

(二) 申请人(受种者或其法定监护人、法定继承人)应当自收到预防接种异常反应损害等级鉴定结论之日起 90 日内,向接种单位所在地的区县预防接种异常反应补偿管理办公室提出预防接种异常反应书面补偿申请(附件 1)。申请补偿时,应提供下列材料:

1. 受种者本人的身份证、户口本原件及复印件,受种者法定监护人或法定继承人申请的,还应当提交法定监护人或法定继承

人的身份证明原件及复印件；

2. 预防接种异常反应补偿申请书；
3. 预防接种异常反应诊断或鉴定结论书原件；
4. 受种者就诊相关费用票据原件或复印件(复印件需加盖提供票据的单位公章)；
5. 受种者预防接种证原件及复印件；
6. 预防接种异常反应损害等级鉴定结论书原件；
7. 市卫生健康行政部门要求提供的其他有关材料。

其中 1、4、5、6 的原件由区县预防接种异常反应补偿管理办公室审核后返还申请人。

(三) 有下列情形之一的，各级预防接种异常反应补偿管理办公室不予受理：

1. 无预防接种异常反应调查诊断或鉴定结论的，或者调查诊断或鉴定结论不明确的；
2. 已向人民法院提起诉讼的，或者已经人民法院调解达成协议或判决的；
3. 提供的材料不真实或不完整的。

(四) 区县预防接种异常反应补偿管理办公室在收到因接种国家免疫规划疫苗导致预防接种异常反应病例的补偿申请后，应当及时审查申请材料，审查合格的，向设区的市级预防接种异常反应补偿管理办公室提交补偿受理申请书(附件 2)和经济补偿审批书(附件 3)，连同本通知规定的材料一起报市级预防接种异

常反应补偿管理办公室。

设区的市级预防接种异常反应补偿管理办公室在收到补偿受理申请书和经济补偿审批书后，对补偿申请材料进行审核，对所提交材料的完整性、真实性和程序合理性存在问题的退回予以纠正；对审核合格的，按照相关规定给予补偿。

（五）对于经各级预防接种异常反应补偿管理办公室审核合格并发放补偿款的，区县预防接种异常反应补偿管理办公室应在收到补偿款后 10 日内，向申请人出具预防接种异常反应经济补偿通知书（附件 4）。通知书一式两份，一份应在出具通知书的 10 日内送达申请人，另一份存档。

申请人应当自收到预防接种异常反应经济补偿通知书后 60 日内，与区县卫生健康行政部门签订预防接种异常反应经济补偿协议（附件 5），逾期未签订补偿协议的视同申请人不同意接受补偿。申请人同区县卫生健康行政部门签订补偿协议后 30 日内，由区县财政部门会同卫生健康行政部门将补偿费用一次性拨付给申请人。

区县卫生健康行政部门在拨付补偿资金后 30 日内将补偿协议书和补偿费用拨付凭证等资料上报至市级预防接种异常反应补偿管理办公室。

（六）因接种其他免疫规划疫苗发生预防接种异常反应需要对受种者予以经济补偿的，参照国家免疫规划的补偿申请程序，由将其纳入免疫规划的政府卫生健康行政部门负责受理申请、拨

付经费。

(七) 因接种非免疫规划疫苗发生预防接种异常反应需要对受种者予以经济补偿的, 由区县预防接种异常反应补偿管理办公室在收到预防接种异常反应补偿申请材料起 30 日内协助申请人向疫苗上市许可持有人办理补偿事宜。

(八) 受种方对预防接种异常反应经济补偿有异议, 已经提起行政复议或诉讼的, 补偿程序中止, 根据行政复议或诉讼结果重新启动补偿程序。若申请人 60 日内不签署经济补偿协议, 也未提起行政复议或诉讼, 则视为自动放弃补偿。

(九) 各级预防接种异常反应补偿管理办公室保存预防接种异常反应补偿材料不得少于 20 年。

(十) 对国家、山东省实施的其他预防接种活动, 审核流程按上级相关文件规定执行。

三、本通知自印发之日起实施。

对 2020 年 1 月 15 日至本通知印发之日期间, 损伤等级为四级且已经给予补偿的, 按照本通知确定的补偿标准重新计算补偿金额, 并根据前期补偿情况补足补偿经费。

四、预防接种异常反应补偿其他工作要求按照 5 号文件执行。

- 附件:
1. 济南市预防接种异常反应补偿申请书
 2. 济南市预防接种异常反应补偿受理申请书
 3. 济南市预防接种异常反应经济补偿审批书

4. 济南市预防接种异常反应经济补偿通知书
5. 济南市预防接种异常反应经济补偿协议书



2021年11月12日

(此件主动公开)

附件 1

济南市预防接种异常反应补偿申请书

_____县（区）卫生健康局：

受种者_____，男（女），_____年____月____日出生，居住地址：_____省
市_____县（市、区）_____乡_____村；户籍地址：_____省_____市_____县
（市、区）_____乡_____村；

_____年____月____日，在_____省_____市_____县（市、区）
接种单位接种_____疫苗；_____年____月____日，发生_____症状，
在_____医疗单位诊断治疗，临床诊断为_____，现
（痊愈；好转；后遗症；死亡；其他）。

_____年____月____日，_____机构诊断，结论
为_____；

_____年____月____日，_____机构鉴定，结论
为_____；

_____年____月____日，_____机构伤残鉴定为_____级
等伤残，补偿系数为_____年，补偿年限为_____年。

因上述情况，本人（监护人）申请按照《关于做好我市四级及其他轻型损害预防
接种异常反应补偿工作的通知》的有关规定给予补偿。

申请人：_____ 与受种者关系：_____

联系电话：_____ 申请日期：_____

注：接种者为未成年人的，其监护人为申请人；受种者为成年人，本人为申请人。

附件 2

济南市预防接种异常反应补偿受理申请书

申请单位 (县级卫生健康 行政部门)			申请时间	
受种者 基本情况	受种者姓名		性 别	
	出生日期		身份证号	
	法定监护人姓名		与受种者关系	
	身份证号		联系电话	
	居住地址			
	户籍地址			
	接种门诊地址			
预防接种异常 反应发生及诊 断治疗情况	接种疫苗日期		反应发生日期	
	接种疫苗名称			
	就诊医院			
	临床诊断			
	转归情况	痊愈； 好转； 后遗症； 死亡； 其他		
预防接种异常 反应诊断/鉴定 情况	调 查 诊 断	结 论		
		机 构		
		诊断时间		
	最 终 鉴 定	结 论		
		机 构		
		鉴定日期		
最终 伤残鉴定	鉴定机构			
	伤残等级			
	补偿年限(年)		鉴定日期	
县级卫生健康 行政部门意见	负责人签字:		单位盖章	
			年 月 日	
市级卫生健康 行政部门审核 意见	负责人签字:		单位盖章	
			年 月 日	

附件 3

济南市预防接种异常反应经济补偿审批书

申请单位 (县级卫生健康 行政部门)			申请时间	
受种者 基本情况	受种者姓名		性 别	
	出生日期		身份证号	
	法定监护人姓名		与受种者关系	
	身份证号		联系电话	
	居住地址			
	户籍地址			
	接种门诊地址			
预防接种异常 反应相关情况	接种疫苗名称		临床诊断	
	调 查 诊 断	结 论		
		机 构		
		诊断时间		
	最 终 鉴 定	结 论		
		机 构		
		鉴定日期		
最终 伤残鉴定	鉴定机构			
	伤残等级		补偿年限(年)	
	伤残鉴定日期			
经济补偿 金额测算	山东省上一年度(年)城镇居民人均可支配收入(元)			
	伤残系数			
	补偿金额(元)			
县级卫生健康 行政部门意见	负责人签字:		单位盖章	年 月 日
市级卫生健康 行政部门意见	负责人签字:		单位盖章	年 月 日

注：本表一式两份，分别由市级和县级卫生健康行政部门留存备案。

附件 4

济南市预防接种异常反应经济补偿通知书

受种者/法定监护人_____：

受种者_____，_____年_____月_____日在_____预防接种单位接种疫苗后发生预防接种异常反应，经_____预防接种异常反应调查诊断专家组诊断/_____医学会鉴定，确认属于预防接种异常反应；经_____（省/市）医学会鉴定为_____级_____等伤残/死亡，而提出一次性经济补偿申请。现根据《关于做好我市四级及其他轻型损害预防接种异常反应补偿工作的通知》规定，按山东省上一年度城镇居民人均可支配收入为_____元，伤残系数为_____，补偿年限为_____年，计算出一次性经济补偿金额为_____元（人民币大写_____元），现已经济南市卫生健康委员会核准，同意对受种者/法定监护人_____予以一次性经济补偿。

自接到本通知书后 60 日内，受种者/法定监护人若同意济南市卫生健康委员会核准的一次性经济补偿金额，请与当地县级卫生健康行政部门签订一次性经济补偿协议，并办理一次性经济补偿款领取手续。受种者/法定监护人若不同意卫生健康行政部门核准的预防接种异常反应经济补偿金额，在接到预防接种异常反应经济补偿通知书后 60 日内可直接向人民法院提起诉讼；若申请人 60 日内不签署经济补偿协议，也未提起诉讼，则视为自动放弃补偿。

特此通知。

济南市_____县（区）卫生健康局（盖章）

_____年_____月_____日

附件 5

济南市预防接种异常反应经济补偿协议书

甲方：_____ 县（区）卫生健康局

单位地址：

乙方：_____ 性别：_____

法定监护人（父亲）：

法定监护人（母亲）：

其他法定或指定监护人：

家庭住址：

甲方法定代表人：

联系电话：

出生日期：

身份证号：

身份证号：

身份证号或单位名称：

联系电话：

受种者_____，性别__，出生日期_____年__月__日，根据国家免疫规划疫苗接种程序，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，本病例属相关各方均无过错，即合格的疫苗在实施规范接种过程中或者实施规范接种后造成受种者机体组织器官、功能损害，相关各方均无过错的药品不良反应。根据国家及我省、市有关规定，甲、乙双方经协商并达成如下协议：

一、根据《关于做好我市四级及其他轻型损害预防接种异常反应补偿工作的通知》的规定，甲方给予乙方一次性经济补偿金额计人民币_____元（人民币大写元），作为对乙方的一次性经济补偿；甲方支付一次性经济补偿款后，不再另行支付其他费用。乙方和其他法定权利人亦不再要求其他补偿或赔偿。

二、乙方在签订此协议书并领取经济补偿款后，承诺不得以上访、投诉、诉讼等方式和理由就该预防接种异常反应再向甲方提出任何经济补偿要求。

三、本协议甲乙双方签字、盖章后生效，具有法律效力。

四、本协议一式三份，分别由甲方、乙方及市级卫生健康行政部门各留存一份。

甲方代表人签字：

乙方法定监护人签字：

盖章：

（捺指印处）：

当地街道办事处（乡镇人民政府）在场见证人：

协议书签订地点：

日期：_____年__月__日

