

广西壮族自治区疾病预防控制中心

自治区疾控局关于印发《广西2023-2025年度 预防接种异常反应补偿基础保险 实施方案》的通知

各市、县（市、区）疾控局，自治区疾病预防控制中心：

根据《中华人民共和国疫苗管理法》《广西壮族自治区卫生和计划生育委员会广西壮族自治区财政厅中国保险监督管理委员会广西监管局关于改革完善预防接种异常反应补偿机制的通知》（桂卫疾控发〔2018〕6号）等精神，经研究，制定了《广西2023—2025年度预防接种异常反应补偿基础保险实施方案》，现印发你们，请遵照执行。

广西壮族自治区疾病预防控制中心

2023年11月22日

（信息公开方式：主动公开）

广西2023—2025年度预防接种异常反应 补偿基础保险实施方案

为贯彻落实《中华人民共和国疫苗管理法》《广西壮族自治区卫生和计划生育委员会广西壮族自治区财政厅中国保险监督管理委员会广西监管局关于改革完善预防接种异常反应补偿机制的通知》（桂卫疾控发〔2018〕6号）等精神，做好我区2023—2025年预防接种异常反应补偿保险服务，保障该项工作顺利推进，特制定本方案。

一、保险期限

保险期限3年，自2023年11月6日0时起，至2026年11月5日24时止。

二、保险对象

在我区范围内接种免疫规划疫苗（含县级及以上政府采购，免费为群众接种的疫苗，下同）后，在承保期间由自治区、市、县（市、区）预防接种异常反应调查诊断专家组出具的调查诊断结论或医学会出具的鉴定结论属于免疫规划疫苗预防接种异常反应和不排除为预防接种异常反应的病例。

三、保险机制

基础保险指按照国家和自治区有关规定，因接种免疫规划疫苗引起预防接种异常反应、不排除为预防接种异常反应的病例需要对受种者予以补偿的，补偿费用由自治区财政通过年度

部门预算统筹安排予以保障，并向社会公开招标采购的基础保险。

四、承保单位

经公开招标确定平安财险广西分公司和人保财险广西分公司共同承保2023—2025年度我区免疫规划疫苗预防接种异常反应补偿基础保险服务，其中平安财险广西分公司负责南宁市、崇左市、北海市、河池市、百色市、防城港市和钦州市等7个设区市的基础保险的出单、补偿及后续服务，实施本保险相关病例的补偿工作；人保财险广西分公司负责柳州市、桂林市、梧州市、贵港市、玉林市、贺州市和来宾市等7个设区市的基础保险的出单、补偿及后续服务，实施本保险相关病例的补偿工作。

五、补偿依据

申请保险补偿的依据必须是我区县（市、区）级及以上预防接种异常反应调查诊断专家组作出的调查诊断结论，或设区市、自治区医学会组织专家组鉴定作出的预防接种异常反应鉴定结论，且在法定期限内相关各方均无异议生效的调查诊断结论或鉴定结论。

六、补偿标准

中标保险公司在承保期间对诊断结论或者鉴定结论明确为属于免疫规划疫苗预防接种异常反应、不排除为预防接种异常反应的病例进行补偿服务，补偿标准按照《广西壮族自治区预防接种异常反应补偿办法》（广西壮族自治区人民政府令83号）

的标准执行，如国家或自治区出台新的补偿标准按国家或自治区新标准执行。

（一）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。

（二）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。

（三）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。

（四）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×20年×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%。

（五）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。

（六）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×20年计算。

七、补偿程序

详见附件。

八、其他事项

（一）各级疾控部门要提高政治站位，会同保险监管等相关部门，强化调查诊断及鉴定能力提升，加强对保险公司、疾控机构和预防接种单位履行各方职责的督导检查，及时发现并研究解决工作中出现的问题，确保预防接种异常反应补偿保险工作顺利开展，维护广大受种者的切身利益。

（二）为积极推动预防接种异常反应补偿多体系建设，各地按照《自治区卫生健康委关于做好广西预防接种异常反应补偿保险工作的通知》（桂卫疾控发〔2020〕15号）要求，为商业补充保险提供政策和环境支持，正确引导居民本着“知情、自愿、自费”的原则参加商业补充保险，提高公众知晓度与接受度。相关工作不得影响预防接种工作正常开展。

（三）各地要定期组织对辖区内预防接种异常反应调查诊断、补偿工作落实情况进行总结，以设区市为单位，于次年1月30日前将上一年度总结情况（电子版和盖章版）报送至自治区疾控局卫生免疫处（邮箱：jkjwsmyc@wsjkw.gxzf.gov.cn）。

（四）在免疫规划疫苗预防接种异常反应报案理赔补偿过程中有异议的，可拨打如下咨询投诉电话：

1. 疫苗报案保险理赔24小时服务热线

平安财险广西分公司：15077102390

人保财险广西分公司：0771—4795746

2. 疫苗保险项目专用投诉电话

平安财险广西分公司：0771—5598152

人保财险广西分公司：95518，0771—5302803

3. 自治区疾控局电话：0771—2626142

4. 自治区疾病预防控制中心电话：0771—2518990

附件：广西预防接种异常反应补偿基础保险理赔流程

附件

广西预防接种异常反应补偿 基础保险理赔流程

一、出险报案

完成调查诊断书或鉴定书、且各方无异议后，对属于保险补偿的，各县级疾病预防控制中心（含承担县级疾病预防控制中心职能的市级疾病预防控制中心，下同）负责通过疫苗保险理赔24小时服务热线报案。报案需提供受种者基本信息、可疑疫苗接种日期、调查诊断或鉴定日期以及最终结论等。

中标保险公司（附录2）在接到报案后负责收集辖区内报案病例补偿相关材料和处理辖区内的补偿案件，并按季度向自治区疾控局和自治区疾病预防控制中心反馈处理进展情况。

二、补偿申请

经诊断或鉴定为预防接种异常反应、不能排除为预防接种异常反应的病例，受种方在收到预防接种异常反应诊断或鉴定结论之日起6个月内，由受种方所在地的县级疾病预防控制中心协助向中标保险公司提交《广西壮族自治区预防接种异常反应补偿基础保险申请书》（详见附录3），同时提交补偿相关材料（详见附录4）。

三、受理申请

中标保险公司在接到受种方提交《广西壮族自治区预防接种异常反应补偿基础保险申请书》和补偿相关材料后，应进行

全面审核。如缺少有关材料的，一次性告知受种方需补齐的全部材料；如提交材料有不符合要求之处，应当面告知并出具《广西壮族自治区预防接种异常反应补偿基础保险申请材料补充通知书》（附录5）说明理由。经审核符合受理条件的，需向受种方出具《广西壮族自治区预防接种异常反应补偿基础保险受理通知书》（附录6）。对审核后材料不全或需要前往现场核实的案件，由中标保险公司通知受种方补齐材料或预约前往现场核实的时间，并于5个工作日内反馈处理意见。

四、审核材料并计算补偿费用

中标保险公司对上报案件及材料进行审核，并于出险报案后3个工作日内向出险单位反馈处理意见。审核后材料齐全的，进入补偿程序；对审核后材料不全或需要前往现场的案件，应明确通知出险方补齐材料或前往现场时间，材料补充齐全后立即进入补偿程序。

五、补偿通知

（一）对属于基础保险补偿的案例，中标保险公司按保险合同规定及时发放《广西壮族自治区预防接种异常反应补偿基础保险补偿通知书》（附录7），补偿通知书发送给报案方（县级疾病预防控制中心），由县级疾病预防控制中心通知受种者监护人。

（二）若受种者仍处于治疗阶段，后续医疗费用尚未能确定，为缓解受种者预防接种异常反应治疗经济压力，中标保险公司可对受种者的医疗费用进行预付，待病情稳定后再核实相

关医疗费用。自调查诊断之日起12个月内为预付期，预付期结束后，受种者仅可一次性索赔剩余补偿款。

六、签订补偿协议

受种方若同意经济补偿通知书中核准的经济补偿数额，在收到通知书60日内与中标保险公司签订《广西壮族自治区预防接种异常反应补偿基础保险协议书》（附录8）。

受种方若对补偿金额有异议的，可向当地仲裁机构申请仲裁，也可直接向人民法院提起行政诉讼。

七、补偿终结

无预付医疗费用的病例，中标保险公司一次性将补偿保险款汇入受种方银行账户，补偿终结。

有预付医疗费用的病例，中标保险公司先将部分医疗费用汇入受种方银行账户，在核定补偿费用后一次性将剩余的补偿款汇入受种方银行账户，补偿终结。

附录：1. 广西壮族自治区预防接种异常反应补偿基础保险流程图

2. 广西壮族自治区预防接种异常反应补偿基础保险各市理赔联络人

3. 广西壮族自治区预防接种异常反应补偿基础保险申请书

4. 广西壮族自治区预防接种异常反应补偿基础保险申请补偿所需材料

5. 广西壮族自治区预防接种异常反应补偿基础保险

申请材料补充通知书

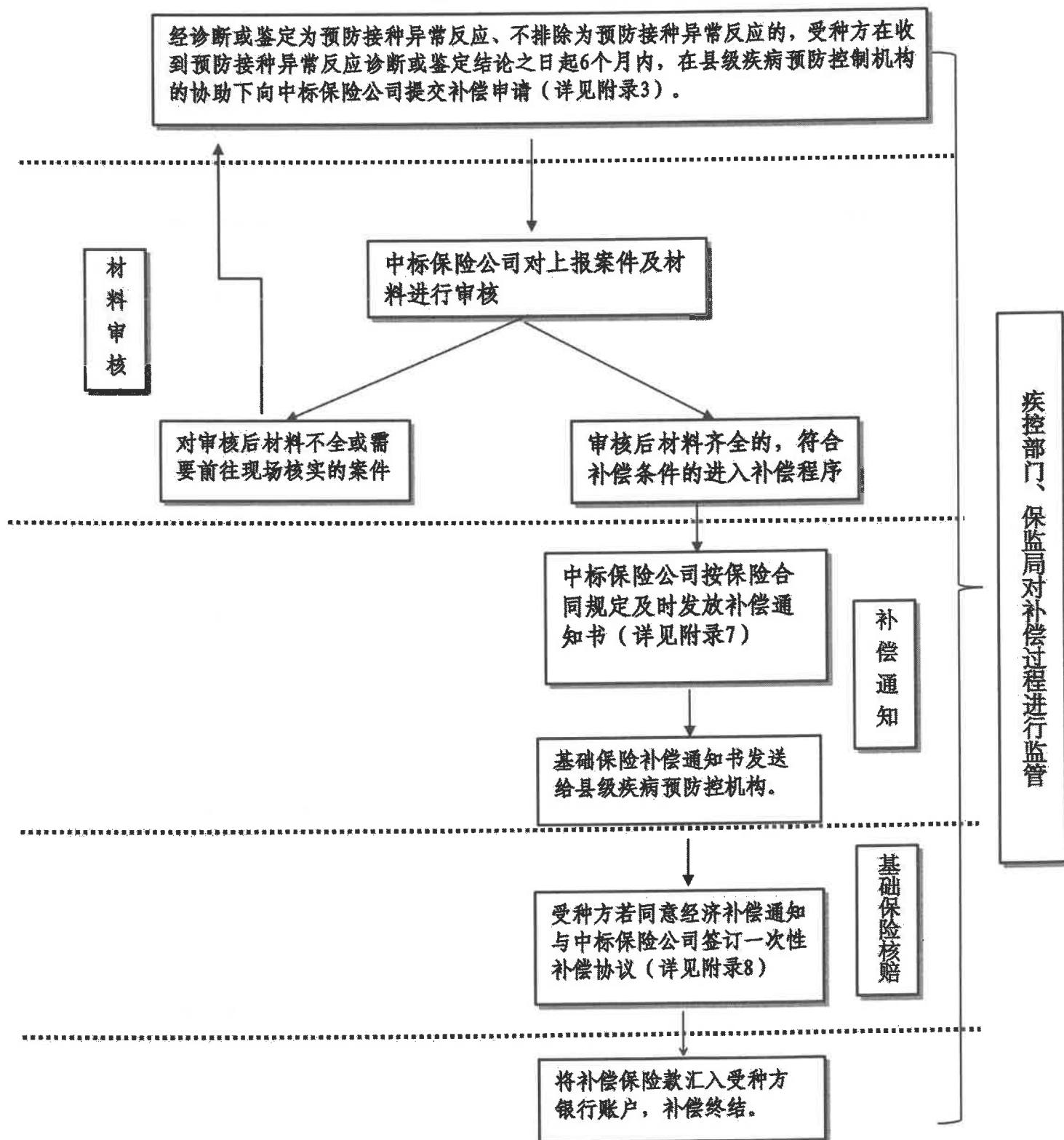
6. 广西壮族自治区预防接种异常反应补偿基础保险
受理通知书

7. 广西壮族自治区预防接种异常反应补偿基础保险
补偿通知书

8. 广西壮族自治区预防接种异常反应补偿基础保险
协议书

附录1

广西壮族自治区免疫规划疫苗预防接种 异常反应补偿基础保险流程图



附录2

广西壮族自治区预防接种异常反应补偿基础 保险各市理赔联络人

一、平安财险理赔联络人

序号	市	责任人	手机
理赔监督人		李凯翔	18677112077
总负责人		陈海生	18775364035
1	南宁	李洁钐	13324888521
2	河池	梁庆春	13877886442
3	崇左	吴巍	18076389220
4	百色	吴广毅	18577844820
5	钦州	冯艳	19127736611
6	防城港	孟瑶	15841886266
7	北海	陈榕	15677968684

二、人保财险理赔联络人

序号	市	责任人	手机
1	柳州、桂林	常波	15807779921
2	贵港、玉林	张伟帆	13077709391
3	贺州、来宾	丘菲	15677006445

附录3

广西壮族自治区预防接种异常反应补偿基础 保险申请书

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:		
	预 防 接 种 号:		
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	申请人签字: _____年____月____日		

附录4

广西壮族自治区预防接种异常反应补偿基础 保险申请补偿所需材料

一、申请人、受种者和法定监护人身份证正反面或出生证明、户口本（复印件），携带原件备查；领款人身份证和银行卡正反面复印件。

二、受种者病程记录包括：门诊病历本（复印件，原件备查）；住院出入院记录（复印件）；主要实验室检查和辅助检查结果（复印件）；医疗费用原始票据，用药清单（如原始票据被其他保险使用需提供补偿清单，需有医疗报销单位盖章），复印件受种方留存。

三、交通费原始票据，复印件受种方留存。

四、县级或市级预防接种异常反应调查诊断专家组出具的、且受种方签字确认的调查诊断书或自治区、设区的市医学会出具的预防接种异常反应鉴定书（原件）；有伤残的受种者需提供自治区医学会出具的伤残等级评定结论书（原件）。复印件受种方留存。

五、与补偿有关的其他材料。

附录5

广西壮族自治区预防接种异常反应补偿基础 保险申请材料补充通知书

受种者（法定监护人）：

您于_____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。我公司收到您的补充材料后，再决定是否受理补偿申请。

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

保险公司联系人姓名及电话：

受种者方签收人签名：

受种者方联系人电话：

保险公司（盖章）：

年 月 日

附录6

广西壮族自治区预防接种异常反应补偿 基础保险受理通知书 (一式两份)

受种者（法定监护人）：

您于 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。我公司将根据您提交的相关材料计算补偿费用。待补偿经费核算无误后，将给您发出《广西壮族自治区免疫规划疫苗预防接种异常反应补偿基础保险补偿通知书》。

受种者方签收人签名：

受种者方联系人电话：

保险公司（盖章）：

保险公司联系人姓名及电话：

年 月 日

附录7

广西壮族自治区预防接种异常反应补偿 基础保险补偿通知书 (一式两份)

受种者(法定监护人):

关于您于 年 月 日提交的预防接种异常反应补偿保险报案, 保单号: , 报案号: , 我司根据保单条款及提供的索赔材料, 核定该案属于基础保险, 保险责任成立, 予以补偿。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	
其他费用		合计(大写)	

受种者(法定监护人)如同意请签字:

户名:

开户行:

账号:

联系电话:

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)

如超过有效期受种者(法定监护人)未签字注明理由:

中标保险公司名称

年 月 日

附录8

广西壮族自治区免疫规划疫苗预防接种 异常反应补偿基础保险协议书

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：中标保险公司名称

乙方授权代表人：

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____，经____诊断/鉴定属于____（1. 预防接种异常反应；2. 不排除；）的病例，本病例不属于医疗事故或者侵权。

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《广西壮族自治区预防接种异常反应补偿办法》（广西壮族自治区人民政府令第83号）第四条的规定，乙方给予甲方一次性经济补偿金额计人民币____佰____拾____万____仟____佰____拾____元____角____分整（小写：____元），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。

甲方收款账号信息如下：

户名：

开户行：

账号：

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、本协议书一式两份，甲、乙双方各执一份。

甲方法定监护人签字、指印：

乙方授权代表人签字、盖章：

协议书签订地点：

日期： 年 月 日

