

淄人社发[2020]27号

关于“老工伤人员”相关待遇纳入 工伤保险统筹有关问题的通知

各区县、经开区、文昌湖区人力资源和社会保障局,高新区人社中心,各用人单位:

为保障工伤职工的切身利益,促进我市和谐社会建设,经研究决定,对我市工伤保险统筹前发生工伤(职业病)的职工(以下简称“老工伤人员”)的工伤医疗费等相关待遇,由用人单位一次性缴纳风险备用金后纳入工伤保险统筹。现就有关问题通知如下。

一、“老工伤人员”纳入范围

(一)2000年10月1日以来按规定参加工伤保险的企业,其2000年9月30日前发生工伤(职业病)的人员。

(二) 2007年1月1日以来按规定参加工伤保险的事业单位、民间非营利组织,其2006年12月31日前发生工伤(职业病)的人员。

二、“老工伤人员”待遇纳入项目

(一) 工伤医疗费、生活护理费、辅助器具费。

(二) 在职期间工亡职工的供养亲属抚恤金。

三、“老工伤人员”风险备用金标准

(一) 用人单位缴纳的“老工伤人员”风险备用金根据“老工伤人员”人数,按纳入上年度本市工伤职工人均工伤医疗费、人均生活护理费和在职工亡职工人均供养亲属抚恤金的相应标准计算10年,其中75周岁及以上人员按5年计算。

(二) “老工伤人员”风险备用金具体标准和计算方法

1、职业病人员医疗费 = “职业病”人数 × 上年度职业病人均医疗费 × 缴纳年限

2、医疗依赖人员医疗费 = (“老工伤人员”人数 - 职业病人数) × 医疗依赖人员发生率(3%) × 1-4级工伤人员上年度人均住院医疗费 × 缴纳年限

3、其他工伤人员医疗费 = (“老工伤人员”人数 - 职业病人数 - 医疗依赖人数) × 上年度人均旧伤复发医疗费 × 缴纳年限

4、生活护理费 = 享受生活护理费人数 × 上年度人均护理

费×缴纳年限

5、在职期间工亡职工的供养亲属抚恤金=供养亲属人数×上年度人均供养亲属抚恤金×缴纳年限

四、“老工伤人员”待遇纳入程序

(一) 用人单位向人力资源社会保障行政部门提出申请

1、经人力资源社会保障行政部门认定为工伤的，提供以下材料原件：

(1) 工伤认定材料；

(2) 劳动能力鉴定结论；

职业病人员，还需提供职业病诊断机构首次确诊出具的《职业病诊断证明书》。

2、未经人力资源社会保障行政部门认定工伤但已享受工伤待遇的人员，提供以下材料原件：

(1) 原用人单位或其上级主管部门的工伤事故调查报告、事故登记资料及原安全生产监督管理部门对当时事故处理的批复或者相关证明资料；

(2) 原工伤部位伤残鉴定结论；

(3) 用人单位已支付工伤待遇的财务凭证等原始工伤资料。

(二) 人力资源社会保障部门对用人单位提供的“老工伤人员”资料进行审核，根据“老工伤人员”的人数，计算各用

人单位“老工伤人员”风险备用金缴费额。

（三）用人单位应一次性缴纳“老工伤人员”风险备用金。一次性缴纳有困难的，经人力资源社会保障部门确认后，可根据缴纳能力与社会保险经办机构签订分期缴纳协议，单位恢复缴费能力后，应一次性缴清“老工伤人员”风险备用金。

（四）用人单位自风险备用金缴纳当月起，其“老工伤人员”的相关待遇由工伤保险基金支付；用人单位未缴纳风险备用金之前的“老工伤人员”相关待遇，仍由用人单位按规定支付。用人单位签订分期缴纳协议的，按协议约定的时间由工伤保险基金支付；用人单位不履行分期缴纳协议的，自违约之月起，“老工伤人员”相关待遇由用人单位支付。

五、有关事项及工作要求

（一）“老工伤人员”相关待遇纳入社会统筹实行实名制管理，各级社会保险经办机构要根据相关材料建立“老工伤人员”档案。

（二）用人单位缴纳的风险备用金实行单独核算，“老工伤人员”相关费用纳入后，不列入用人单位费率浮动计算范围。

（三）“老工伤人员”相关待遇纳入后的标准及办理程序，按照现行政策规定执行。

本通知自2021年1月1日起施行，有效期至2025年12月31日。

- 附件：1、淄博市“老工伤人员”资格申请(确认)表
2、淄博市“老工伤人员”信息登记表

淄博市人力资源和社会保障局

2020年12月30日

(此件主动公开)

附件 1:

淄博市“老工伤人员”资格申请(确认)表

单位名称: (章)

单位联系人:

联系电话:

序号	姓名	性别	年龄	身份证号码	受伤时间	伤害类别	认定部门	认定材料	鉴定部门	鉴定时间	鉴定级别	有无医疗依赖	退休时间	“老工伤”性质确认结论	备注
初审: 复审:				“老工伤”纳入办公室意见: 经审核, 确认以上					“老工伤”纳入领导小组意见:						
年 月 日				人,					年 月 日						
符合纳入范围。				年 月 日					年 月 日						

附件 2:

淄博市“老工伤人员”信息登记表

单位名称: 联系人: 联系电话: 微机编码:

伤(亡)职工姓名		性别		年龄		
身份证号码		伤害类别	<input type="checkbox"/> 工伤 <input type="checkbox"/> 职业病 <input type="checkbox"/> 死亡			
伤(亡)时间		事故地点				
受伤部位						
工 种		伤害情形				
认定部门		认定材料				
鉴定时间		鉴定部门				
鉴定编号		鉴定等级	级 / 护理			
医疗依赖情况	<input type="checkbox"/> 无医疗依赖 <input type="checkbox"/> 定期医治 <input checked="" type="checkbox"/> 不定期医治					
(离) 退休时间		(离) 退休条件依据				
居住地址				联系电话		
供养亲属姓名	性别		年龄		供养关系	
	身份证号码			纳入前抚恤标准		
	居住地址				户口性质	
	性别		年龄		供养关系	
	身份证号码			纳入前抚恤标准		
	居住地址				户口性质	
备注:						

此表一式两份, 用人单位、人社部门各留一份。