

重庆市人力资源和社会保障局重庆市财政局 重庆市地税局 关于进一步做好城镇职工 医疗保险有关工作的通知

渝人社发〔2013〕43号

各区县（自治县）人力资源和社会保障局、财政局、地税局，北部新区社会保障局、财政局、地税局，万盛经开区人力资源和社会保障局、财政局、地税局，有关单位：

为进一步完善城镇职工医疗保险市级统筹政策，现就进一步做好城镇职工医疗保险有关工作通知如下，请遵照执行。

一、对个人身份参加城镇职工医疗保险，基本医疗保险缴费期满后，欠缴大额医疗保险费的，按以下办法处理：

（一）从欠费次月起暂停享受医疗保险待遇（包括个人账户）。

（二）对补足欠费的，从完清欠费的次月补报欠费期间的医疗保险待遇；同时对享受二档待遇的人员补划欠费期间的个人账户。

（三）补缴欠费的金额按照本人申请办理补缴之月的缴费标准计算。



二、对 2013 年 1 月 1 日以后达到法定退休年龄，并办理完退休手续的人员，其城镇职工医疗保险视同缴费年限根据当地人社保部门审定的基本养老保险缴费年限，按以下办法计算：

（一）随单位参加城镇职工医疗保险（含住院医疗保险）的人员。

1. 2004 年 12 月 31 日前，符合国家规定计算连续工龄的工作年限视同城镇职工医疗保险缴费年限。

2. 1993 年 3 月 1 日至 2004 年 12 月 31 日之间，随用人单位参加我市城镇职工基本养老保险的实际缴费年限视同城镇职工医疗保险缴费年限。

（二）以个人身份参加城镇职工医疗保险的人员。

1. 2003 年 12 月 31 日前，符合国家规定计算连续工龄的工作年限视同城镇职工医疗保险缴费年限。

2. 1993 年 3 月 1 日至 2003 年 12 月 31 日之间，随用人单位参加我市城镇职工基本养老保险的实际缴费年限视同城镇职工医疗保险缴费年限。

（三）按连续工龄计算的视同缴费年限和按城镇单位职工基本养老保险实际缴费年限计算的视同缴费年限，不得重复计算。

三、以个人身份参加城镇职工医疗保险的范围界定

（一）关于征地农转非的“老龄人员”和城镇用人单位超过法定退休年龄的人员按以下办法参加城镇职工医疗保险：对按照



《重庆市人民政府办公厅关于解决我市用人单位未参保超过法定退休年龄人员基本养老保险有关遗留问题的通知》（渝办发〔2011〕272号）和《重庆市人民政府关于印发重庆市2007年12月31日以前被征地农转非人员基本养老保险试行办法和重庆市2008年1月1日以后新征地农转非人员基本养老保险试行办法的通知》（渝府发〔2008〕26号）等规定，按月由城镇职工基本养老保险基金发放养老金的人员，可自愿按《重庆市人民政府关于印发重庆市以个人身份参加城镇职工医疗保险市级统筹暂行办法的通知》（渝府发〔2009〕29号）参加城镇职工医疗保险。

按照《重庆市人民政府办公厅关于印发重庆市统筹城乡户籍制度改革社会保障实施办法（试行）的通知》（渝办发〔2010〕202号）规定，转户居民以个人身份参加城镇职工医疗保险，在转户一年内参保的，不设待遇等待期。转户超过一年的，按渝府发〔2009〕29号执行。

（二）对领取职工基本养老金的退休人员，在其办理退休手续前已与用人单位解除劳动关系的，可凭其与用人单位解除劳动关系的有关资料和《退休证》等，以个人身份参加城镇职工医疗保险。

（三）超过劳动年龄（男60岁，女55岁）且未参加城镇职工基本养老保险的人员，不能以个人身份参加城镇职工医疗保险。

四、参保单位在农民工大病医疗保险与城镇职工医疗保险并

轨前，本单位多缴的农民工大病医疗保险费，由参保单位提出申请，并提供相关证明材料，经区县人力社保局、财政局、地税局核实后，可冲减该单位应缴的职工基本医疗保险费。

五、按照《重庆市人力资源和社会保障局、重庆市财政局、重庆市地方税务局、重庆市审计局、中国人民银行重庆营业管理部关于实行社会保险统一征缴管理工作的通知》（渝人社发〔2011〕163号）规定，上年度全市职工月平均工资公布后，重新核定用人单位参加城镇职工医疗保险缴费基数，对重新核定后用人单位在职职工人均缴费基数高于核定前的，在用人单位完清应补缴的基本医疗保险费后，重新清算其参保职工和退休人员个人账户金额，并予补划。对重新核定后人均缴费基数低于核定前的，通过清算对其参保职工和退休人员多计的个人账户金额在当年内抵扣。

六、本通知从2013年1月1日起执行。

重庆市人力资源和社会保障局

重 庆 市 财 政 局

重 庆 市 地 税 局

2013年2月26日



起草说明

一、上位文件依据

《重庆市城镇职工基本医疗保险市级统筹暂行办法》（渝府发〔2001〕120号）

二、起草必要性

进一步完善城镇职工医疗保险市级统筹政策。

三、文件起草过程

我局起草了《关于进一步做好城镇职工医疗保险有关工作的通知》，并先后征求了区县人力社保局及市财政局、市地税局的意见，在充分吸纳各方意见后对文稿做出了进一步修改完善。

四、文件具体内容

一是对个人身份参加城镇职工医疗保险，基本医疗保险缴费期满后，欠缴大额医疗保险费的相关问题提出处理办法。

二是对2013年1月1日以后达到法定退休年龄，并办理完退休手续的人员，其城镇职工医疗保险视同缴费年限的相关问题提出处理办法。

三是明确以个人身份参加城镇职工医疗保险的范围界定。

四是参保单位在农民工大病医疗保险与城镇职工医疗保险并轨前，本单位多缴的农民工大病医疗保险费，由参保单位提出申请，并提供相关证明材料，经区县人力社保局、财政局、地税局

核实后，可冲减该单位应缴的职工基本医疗保险费。

五是上年度全市职工月平均工资公布后，重新核定用人单位参加城镇职工医疗保险缴费基数，对重新核定后用人单位在职职工人均缴费基数高于核定前的，在用人单位完清应补缴的基本医疗保险费后，重新清算其参保职工和退休人员个人账户金额，并予以补划。对重新核定后人均缴费基数低于核定前的，通过清算对其参保职工和退休人员多计的个人账户金额在当年内抵扣。

附件3:

- 6 -

制定依据

重庆市人民政府关于印发重庆市城镇职工基本医疗保险市级统筹暂行办法的通知

渝府发〔2001〕120号

有关区人民政府，市政府各部门，各有关单位：

《重庆市城镇职工基本医疗保险市级统筹暂行办法》已经2001年11月8日市政府第93次常务会议审议通过，现印发给你们，请遵照执行。

二〇〇一年十二月五日



重庆市城镇职工基本医疗保险 市级统筹暂行办法

第一章 总 则

第一条 目的和依据

为了适应社会主义市场经济体制的需要，加快医疗保险制度改革，保障职工基本医疗，根据《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）和国务院《社会保险费征缴暂行条例》（国务院令第259号），结合重庆实际制定本办法。

第二条 基本原则

（一）基本医疗保险的水平要与社会主义初级阶段生产力发展水平相适应；

（二）城镇所有用人单位及其职工都要逐步参加基本医疗保险，基本医疗保险实行属地管理；

（三）基本医疗保险费用由用人单位和职工双方共同负担，以收定支，收支平衡；

（四）基本医疗保险基金实行社会统筹与个人帐户相结合；

（五）基本医疗保险权利与义务对等，不缴费则不享受基本医疗保险；

（六）基本医疗保险费不得减免；



(七) 基本医疗保险基金不计征税、费。

第三条 统筹范围

(一) 本办法适用于重庆市渝中区、大渡口区、江北区、沙坪坝区、九龙坡区、南岸区（包括北部新区、经济技术开发区、高新技术产业开发区）行政区域内（以下统称“统筹区”）的城镇用人单位及其职工；

(二) 凡在本统筹区范围内的国有企业、城镇集体企业、外商投资企业、城镇私营企业和其他城镇企业及其职工，各级国家机关及其工作人员，事业单位及其职工，民办非企业单位及其职工，社会团体及其专职人员，中央在渝单位及其职工，均根据本办法参加基本医疗保险。

(三) 统筹区内乡镇企业及其职工暂不纳入基本医疗保险统筹。

(四) 在统筹区内各用人单位工作的外国人和港、澳、台地区人员不适用本办法。

第二章 基本医疗保险的登记和缴费

第四条 登记

(一) 已用人单位按照本办法的规定，向所在区医疗保险经办机构办理基本医疗保险登记手续；新设立的用人单位，应当在设立之日起 30 日内办理基本医疗保险登记手续。

(二) 用人单位依法终止或者基本医疗保险登记事项发生变

更的，应当在有关情形发生之日起 30 日内，向原登记机构办理注销或者变更登记手续。

（三）区医疗保险经办机构在办理登记手续时，应当根据本办法的规定进行审核，并及时将用人单位的登记、变更或者注销登记情况报告市劳动和社会保障局。

第五条 基本医疗保险费缴费基数

（一）基本医疗保险费由职工个人和用人单位共同缴纳。

（二）职工以本人的缴费工资为个人缴费基数。个人缴费基数超过上年度本统筹区职工平均工资 300% 的，按 300% 计算；低于上年度本统筹区职工平均工资 60% 的，按 60% 计算。

（三）国家行政机关、民主党派、社会团体（含参照行政机关工资管理的单位），以 4 项工资之和为缴费基数；事业单位固定工资加活动工资为缴费基数；企业以企业职工工资总额为缴费基数。

第六条 基本医疗保险费缴费率

（一）用人单位按缴费基数的 8% 缴纳基本医疗保险费。

（二）职工个人按缴费基数的 2% 缴纳基本医疗保险费。

（三）按照法定条件、法定程序退休的人员个人不缴纳基本医疗保险费，随所在单位参加基本医疗保险。

第七条 缴费办法

（一）用人单位和职工每月 10 日前向地方税务局缴纳基本医

疗保险费。职工个人应缴的基本医疗保险费，由用人单位在发放工资时代为扣缴。

(二)用人单位未按规定缴纳和代扣代缴基本医疗保险费的，按照《社会保险费征缴暂行条例》的规定处理。

第八条 列支渠道

用人单位缴纳的基本医疗保险费按照财务制度规定的渠道列支。

第三章 基本医疗保险费个人帐户和统筹基金

第九条 基本医疗保险基金

基本医疗保险基金由统筹基金和职工基本医疗保险个人帐户构成。统筹基金和个人帐户分别核算，互不挤占。

第十条 个人帐户和凭证

用人单位及其职工办理基本医疗保险登记手续并按规定缴纳基本医疗保险费后，医疗保险经办机构为职工建立个人帐户，并制发凭证。

第十一条 个人帐户的构成

个人帐户由职工个人缴费和单位缴费划入部分构成。

(一)职工个人缴纳的基本医疗保险费全额计入本人个人帐户；

(二)用人单位缴纳的基本医疗保险费按以下比例划入个人帐户；

35 岁以下的职工，按上年度本统筹区人均缴费基数
的 1.3 % ；

35 岁至 44 岁的，按上年度本统筹区人均缴费基数
的 1.5 % ；

45 岁以上的，按上年度本统筹区人均缴费基数
的 1.7 % ；
退休人员按上年度本统筹区人均缴费基数
的 4 % 。

第十二条 年龄的计算

以上职工个人年龄按年度计算（按工龄工资的计算方法）。

第十三条 个人帐户的用途和权属

（一）个人帐户用于职工本人的基本医疗，支付在定点医疗机构和定点零售药店发生的医疗、药品费。不得提取现金，不得用于除职工个人基本医疗以外的其他用途。

（二）个人帐户资金归个人所有，可跨年度结转使用，可随职工工作调动转移，可依法继承。

（三）个人帐户资金分为当年计入资金和历年结余资金。个人帐户年末资金，按照有关规定计息，并计入个人帐户。

第十四条 个人帐户资金的查询

职工可以查询本人个人帐户中资金的计入和支出情况，医疗保险经办机构应当为职工查询提供便利。

第十五条 统筹基金的建立、使用和管理

（一）用人单位缴纳的基本医疗保险费，除按第十一条第二



款规定的比例计入个人帐户外，其余部分建立统筹基金，由重庆市医疗保险管理中心统一管理。

（二）统筹基金按规定用于支付职工住院医疗费和特殊病种的门诊医疗费。

（三）纳入统筹基金支付的特殊病种范围和管理办法另行制定。

第四章 大额医疗费互助基金

第十六条 大额医疗费互助基金的用途

建立大额医疗费互助基金，作为职工基本医疗保险的补充，用于解决基本医疗统筹基金支付限额以上的大额住院医疗费用。

第十七条 大额医疗费互助基金的建立和管理

（一）大额医疗费互助基金的缴费对象及标准。所有参加基本医疗保险者均应缴纳大额医疗互助基金。缴纳标准为：个人每月缴费2元，用人单位按基本医疗保险缴费基数 1% 缴纳。

（二）大额医疗费互助基金由地方税务局在征收基本医疗保险费时一并征收。职工个人缴费由用人单位在发放工资时代为扣缴。实行养老金社会化发放的退休人员个人缴费，由社保机构在发放基本养老金时代为扣缴；其他退休人员由所在单位发放养老金时代为扣缴。

（三）大额医疗费互助基金与基本医疗保险基金分开核算，实行“收支两条线”管理，收入纳入财政专户，支出由财政按期定



核拨。重庆市医疗保险管理中心负责大额医疗互助基金的管理。

(四)重庆市城镇职工市级统筹大额医疗费互助基金管理办法另行制定。

第五章 职工就医和医疗服务

第十八条 定点医疗、定点配药

(一)基本医疗保险实行定点医疗、定点配药制度，建立定点医疗机构和定点零售药店。

(二)定点医疗机构。指经卫生行政管理部门批准取得执业许可，经市劳动和社会保障局会同有关部门审查取得定点资格，与重庆市医疗保险管理中心签订基本医疗保险服务和结算关系协议的医疗机构。

(三)定点零售药店。指经市药品监督管理部门批准取得经营资格，经市劳动和社会保障局会同有关部门审查取得定点资格，与重庆市医疗保险管理中心签订基本医疗保险服务和结算关系协议的药品零售企业。

第十九条 医疗服务

定点医疗机构、定点零售药店为参加基本医疗保险的人员提供优质服务，并根据《重庆市城镇职工基本医疗保险诊疗项目管理、服务设施范围及其支付标准的实施办法》、《重庆市城镇职工基本医疗保险药品目录》和定点医疗机构、定点零售药店管理办法，申请医疗费用结算。

第二十条 职工就医和配药

（一）职工原则上在统筹区内的定点医疗机构就医。确需转往统筹区外住院治疗的，由当地医疗机构提出转院意见，经区医疗保险经办机构批准，报重庆市医疗保险管理中心备案。

（二）职工的就业地或居住地在统筹区域外的，由本人申请，经医疗保险管理机构批准，可在就业地或居住地的定点医疗机构就医。

（三）职工在国内因公出差或探亲期间患病需住院治疗，在当地医疗保险定点医疗机构治疗；确需转院治疗的，必须持首次就诊医疗机构的转诊证明。

（三）职工在本条规定范围内在异地发生的医疗费，凭医院的治疗结算单在医疗保险经办机构按规定报销，具体管理办法另行制定。

（四）职工可以在定点医疗机构配药，也可以持定点医疗机构医师开具的处方到定点零售药店配药。

第二十一条 医疗保险凭证

（一）职工在定点医疗机构就医、到定点零售药店配药时，必须出示医疗保险凭证。定点医疗机构、定点零售药店应当核验职工的医疗保险凭证。

（二）任何个人不得冒用、伪造、出借医疗保险凭证。

第六章 医疗费用的支付



第二十二条 职工享受基本医疗的条件

(一)参加基本医疗保险的单位，其职工应全员参加基本医疗保险。用人单位及其职工按照规定缴纳基本医疗保险费后，职工从次月起享受基本医疗保险待遇。

(二)已参加基本医疗保险的用人单位及其职工，在超过规定时间 10 天未能足额缴纳基本医疗保险费时，由医疗保险经办机构在该单位张贴公告，催促缴费；用人单位及其职工累计欠缴 3 个月基本医疗保险费，职工停止享受基本医疗保险，并由用人单位与原登记机构办理相关手续。

(三)因欠缴基本医疗保险费而停止享受基本医疗保险待遇的用人单位及其职工，在足额补缴基本医疗保险费（含滞纳金）并与原登记机构办理相关手续之后，职工从次月继续享受基本医疗保险待遇。

第二十三条 个人帐户的支付范围

职工个人帐户的支付范围是：定点医疗机构的门诊医疗费，住院医疗应由个人承担的费用，定点零售药店购买规定的药品。个人帐户的资金用完后，上述费用全部由个人负担。

第二十四条 统筹基金的支付范围和起付标准

(一)基本医疗保险的统筹基金支付职工的住院医疗费和特殊门诊医疗费，并实行统一的起付标准。起付标准以下的医疗费用由职工个人负担。

(二) 统筹基金的起付标准是；

在一级医院住院治疗为上年度统筹区人均缴费基数 的 5% ；

在二级医院住院治疗为上年度统筹区人均缴费基数 的 8% ；

在三级医院住院治疗为上年度统筹区人均缴费基数 的 11% ；

1 年内多次住院治疗，起付标准在上述标准基础上逐次降 1 个百分点。

第二十五条 统筹基金的支付限额和支付比例

(一) 统筹基金对职工个人每年的支付限额为统筹区上年度人均缴费基数的 4 倍。

(二) 职工住院医疗费在起付标准以上、支付限额以下的，由统筹基金按下列比例支付：

医疗费在起付标准以上至 5000 元以内(含 5000 元)的部分，45 岁以下的在职职工按 70% 支付，45 岁以上(含 45 岁)的在职职工按 75% 支付，退休人员按 85% 支付；其余部分自付。

医疗费在 5000 元以上至 10000 元以内(含 10000 元)的部分，45 岁以下的在职职工按 75% 支付，45 岁以上(含 45 岁)的在职职工按 80% 支付，退休人员按 90% 支付；其余部分自付。

医疗费在 10000 元以上至支付限额以下的部分，45 岁以下的在职职工按 80% 支付，45 岁以上(含 45 岁)的在职职工按 85% 支付，退休人员按 95% 支付；其余部分自付。

在支付限额以上的，由大额医疗费互助基金按规定的比例支付。

(三)特殊病种门诊医疗费在起付标准以上、支付限额以下的，由统筹基金支付的比例是：癌症病人晚期的化学治疗、放射治疗和镇痛治疗，肾功能衰竭病人的透析治疗，器官移植后的抗排异药物治疗费用按90%支付；其他特殊病种按80%支付。

第二十六条 不予支付的情况

有下列情形之一的，统筹基金和个人帐户均不予支付：

(一)职工在非定点医疗机构、非定点零售药店就医和配药所发生的医疗费用；

(二)职工就医和配药所发生的不符合基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施、用药范围和支付标准的医疗费用；

(三)职工因自杀、自残、斗殴、吸毒、医疗事故、交通事故等发生的医疗费用；

(四)应由工伤、生育保险支付的范围；

(五)国家和本市规定的其它情形。

第七章 医疗费用的结算

第二十七条 医疗费用的划扣和记帐

职工就医、配药时所发生的符合基本医疗保险规定的医疗费用，凭职工的医疗保险凭证按照下列规定办理：

(一)属于个人帐户支付的，定点医疗机构、定点零售药店

从个人帐户中划扣，个人帐户支付不足部分向职工收取。

（二）属于统筹基金支付的，定点医疗机构如实记帐。

第二十八条 医疗费用的申报结算

（一）定点医疗机构、定点零售药店从个人帐户中划扣的基本医疗费用，每月向指定的医疗保险经办机构结算。定点医疗机构对属于统筹基金支付的记帐医疗费用，每月向指定的医疗保险经办机构结算。

（二）职工根据本办法发生的可由统筹基金支付的医疗费用，凭医疗保险凭证向指定的医疗保险经办机构结算。

第二十九条 医疗费用的审核与拨付

（一）区医疗保险经办机构接到医疗费用结算申请后，在10个工作日内将初审意见报送重庆市医疗保险管理中心。

（二）重庆市医疗保险管理中心接到区医疗保险经办机构的初审意见后，在10个工作日内，作出准予支付、暂缓支付、不予支付的审核决定。

（三）准予支付的医疗费用，在10个工作日内拨付。

（四）暂缓支付的医疗费用，重庆市医疗保险管理中心要在30日内作出准予支付或者不予支付的最终决定，并通知相关单位和个人。

（五）不予支付的医疗费用，由定点医疗机构、定点零售药店或职工自己负担。



第三十条 医疗费用的结算方式

重庆市医疗保险管理中心以总额预付结算、服务项目结算、服务单元结算、按病种结算等方式，与定点医疗机构结算医疗费用。

第三十一条 结算中的禁止行为

定点医疗机构、定点零售药店和个人，不得以伪造或者变造帐目、资料、处方、费用单据等不正当手段结算医疗费用。

第八章 监督管理与法律责任

第三十二条 财政专户

基本医疗保险基金和大额医疗费互助基金纳入财政专户，实行“收支两条线”管理，专款专用，任何部门和个人不得挪用。

第三十三条 管理部门及职责

- (一) 重庆市劳动和社会保障局是基本医疗保险的行政主管部门，统一管理本统筹区医疗保险工作。
- (二) 地方税务部门负责统一征收本统筹区医疗保险费。
- (三) 财政部门对医疗保险基金实行监督管理。
- (四) 审计部门定期审计医疗保险基金的收支情况。
- (五) 卫生、药监、物价等部门和工会协同管理医疗保险工作。
- (六) 设立由政府有关部门代表、用人单位代表、医疗机构代表、工会代表和有关专家参加的医疗保险基金监督管

理委员会。

第三十四条 经办机构及职责

重庆市医疗保险管理中心是市级统筹医疗保险经办机构，主要职责是：

（一）提出年度基金预算，经财政部门审核后报政府批准执行；按财政部门规定编制月、季度基金收支报表，办理年度基金收支决算。

（二）根据中西医并举，基层、专科和综合医疗机构兼顾，方便职工就医的原则，配合市劳动和社会保障等有关部门确定定点医疗机构和定点零售药店，并与定点医疗机构和定点零售药店签订合同，明确双方责任、权利和义务。

（三）基本医疗保险登记和管理，医疗费用的审核、结算和拨付。

（四）大额医疗费互助基金的管理和其他工作。

（五）重庆市医疗保险管理中心的事业经费纳入财政预算，不得从基金中提取。

第三十五条 法律责任

定点医疗机构、定点零售药店、医疗保险管理机构工作人员和职工，违反本办法规定，弄虚作假、滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守，造成医疗保险基金流失的，除追回、赔偿流失基金外，依法给予行政处分；情节严重，构成犯罪的，移送司法机关处理。

第九章 其他人员的基本医疗保险

第三十六条 离休人员和老红军统筹区内离休人员和老红军的医疗待遇不变，医疗费用按原资金渠道解决。

第三十七条 革命伤残军人统筹区内二等乙级以上革命伤残军人的医疗待遇不变，医疗费用按原资金渠道解决。

第三十八条 下岗职工 国有企业再就业服务中心尚未解除劳动关系的下岗职工，随所在企业一起参加基本医疗保险，其应缴纳的基本医疗保险费由再就业服务中心按照当地上年度职工平均工资的 60% 缴纳；企业未参加基本医疗保险，其下岗职工仍享受企业原有劳保医疗待遇。国有企业下岗职工出再就业服务中心并与原企业解除劳动关系以后，重新就业的，随所在企业参加基本医疗保险；未实现再就业的，可以个人身份参加基本医疗保险，具体办法另行制定。离开再就业服务中心并与原企业解除劳动关系的大龄下岗职工，达到法定退休年龄按规定享受基本医疗保险待遇。

第三十九条 破产企业经人民法院宣告破产的企业，在按规定足额提取并向医疗保险经办机构一次性划转退休人员余命医疗费后，其退休人员可按本办法享受基本医疗保险待遇。

第四十条 个体工商户、自由职业者统筹区内的城镇个体工商户、自由职业者，参加基本医疗保险的具体办法另行规定。

第十章 附 则

第四十一条 实施医疗保险制度改革后，为了不降低职工医疗保障水平，对公务人员按国家规定由同级财政实行医疗补助，具体办法另定。其他用人单位可在参加基本医疗保险的基础上为职工建立补充医疗保险，企业用于补充医疗保险的费用在其工资总额4%以内的部分，从职工福利费中列支，福利费不足列支，经同级财政批准后列入成本，办法另定。

第四十二条 达到法定退休年龄，经市组织、人事部门批准延长工作年限暂不办理退休手续的人员，执行在职职工的基本医疗保险规定；办理退休手续后，执行退休人员的基本医疗保险规定。

第四十三条 电力行业的职工参照此办法参加基本医疗保险，具体办法另行制定。重庆铁路分局所属职工按照《劳动和社会保障部、铁道部关于铁路系统职工参加基本医疗保险有关问题的通知》（劳社部发〔1999〕20号）的精神参加基本医疗保险。

第四十四条 工伤、职业病、孕产期保健及分娩发生的医疗费用，在相关办法出台之前，按现行规定办理。

第四十五条 本办法从2001年12月1日起施行。由重庆市劳动和社会保障局负责解释。