

ALCUNE RIFLESSIONI SULLA CASSA SANITARIA DEL GRUPPO INTESABCI

Il 22 dicembre 2001 è stato firmato l'accordo che prevede la costituzione di una Cassa Sanitaria per il personale del gruppo Banca IntesaBci. Tale accordo è conseguenza di quanto stabilito nel protocollo di fusione del 13 aprile 2001.

L'accordo di cui sopra prevede più fasi di realizzazione.

L'azienda e le organizzazioni sindacali dovranno definire:

- Lo statuto ed il regolamento operativo della nuova Cassa Sanitaria di Gruppo.
- I criteri di gestione delle riserve presenti in CAM e in Cassa Comit in conformità all'accordo 13 aprile 2001
- Gli adempimenti per il passaggio delle strutture compreso il relativo personale alla nuova Cassa.

Entro il 30 giugno 2002 si dovranno stabilire le modalità complessive di passaggio dalle Casse esistenti alla nuova Cassa Sanitaria Banca IntesaBci.

Perchè una Cassa unica ?

Le motivazioni sono varie:

- Uniformare la copertura sanitaria a tutto il personale con prestazioni uguali per tutti.
- Dare una prospettiva ed una continuità nel futuro: con l'avvento della fusione le casse esistenti diventano *chiuse* (i neo assunti ed i colleghi di provenienza Bav non avrebbero avuto i requisiti per aderire alla Cassa Comit o Cassa Cariplo).
- Ottimizzare la gestione grazie ad una più omogenea copertura geografica, ad un miglior rapporto *giovani/anziani e attivi/pensionati*, il tutto con un bacino di utenza previsto in 100.000 unità, garantendo così sotto il profilo statistico una buona affidabilità.
- Possibilità di contenere i costi di gestione nonché maggior potere contrattuale sulla stipula di convenzioni.

Contribuzioni maggiori

L'applicazione dell'accordo del 13 aprile comporta una massa contributiva superiore alla somma delle realtà precedenti:

In particolare:

Contribuzione a carico Banca	Ante accordo	Post accordo
Ex rete Comit	2,20 %	2,20%
Ex rete Cariplo	1,00%	1,20%

Ex rete Bav	Lit. 600.000 fisse	2,00%
-------------	--------------------	-------

La contribuzione aziendale sarà determinata sulle retribuzioni annue ai fini dell'Assicurazione Generale Obbligatoria (AGO) del personale iscritto alla Cassa **nel mese di dicembre di ciascun anno** e versata a quest'ultima nell'anno successivo in due rate semestrali anticipate.

Per i lavoratori a *part time*, la **contribuzione aziendale** verrà rapportata alla retribuzione che avrebbero percepito nell'anno se avessero prestato servizio a tempo pieno.

Contribuzione a carico lavoratori	Ante accordo	Post accordo
Ex rete Comit	Zero	0,10%
Ex rete Cariplo	1,69% (media)	1,10%
Ex rete Bav	Lit. 250.000.=	0,30%

Contribuzione familiari	Ante accordo	Post accordo
Ex rete Comit	A carico 0,50/0,60/0,70% Non a carico 550.000	A carico zero Non a carico 700.000/900.000*
Ex rete Cariplo	A carico zero Non a carico 650.000	Come sopra
Ex rete Bav	Per il primo zero Successivi al primo 300.000	Come sopra

*Lit. 700.000 per redditi (del socio e del familiare) fino a Lit. 95.000.000; oltre, Lit. 900.000.

Pensionati:

La contribuzione annuale viene stabilita di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione della Cassa Sanitaria: Per l'anno 2002 sarà il 2,30% della pensione **Inps**. Per i familiari valgono le stesse condizioni del personale attivo.

Da questi dati si può stabilire :

- Il contributo dell'azienda è **superiore**.
- Il contributo degli attivi con i relativi familiari è **mediamente inferiore**
- Il contributo dei pensionati con i relativi familiari è **mediamente superiore**
- La somma algebrica di tutti i contributi risulta **superiore**.

Va altresì precisato che la contribuzione complessiva (azienda lavoratore) è **uguale per tutti** ed ammonta al 2,30%.

Prestazioni

Contribuzioni e prestazioni sono strettamente legate tra loro. Più alta risulta essere la massa contributiva migliori potranno essere le prestazioni.

Questo concetto porta ad affermare che se la massa contributiva risulta essere superiore anche le prestazioni potranno essere migliori rispetto alla situazioni ante accordo. Questa regola può essere valida solo in senso quantitativo e non qualitativo. Perché si possa dare un giudizio positivo anche qualitativamente occorre che la massa dei contributi venga distribuita in modo equilibrato e proficuo andando a coprire il più possibile tutte le casistiche sanitarie e tutta la platea degli aventi diritto.

Le casse preesistenti hanno punti di equilibrio validi che nel tempo hanno dato soddisfazione ai relativi fruitori ma sono diversi tra loro e rispondono a esigenze che per effetto della fusione sono state modificate. Si è creata una diversa distribuzione territoriale (presenze consistenti su tutto il territorio nazionale, forti concentrazioni in città ma anche presenze significative in provincia), sono cambiati i rapporti giovani/anziani, attivi/pensionati.

Questo elemento è senza dubbio la criticità più difficile da affrontare: si è dovuto prendere atto che per effetto delle mutate esigenze occorre trovare un punto di equilibrio nuovo e diverso da quello adottato in precedenza. Facendo tesoro del buon lavoro svolto dalle Casse si è cercato di adattare le realtà esistenti in entrambe al nuovo assetto territoriale di Banca IntesaBci, formulando un nuovo sistema di copertura del quale si allega un breve prospetto riepilogativo.

Tale previsione verrà applicata con decorrenza 1/1/2002 ai neo assunti e ai colleghi di provenienza BAV, per i quali la copertura assicurativa non è stata rinnovata.

Questo regolamento potrà e dovrà essere ripreso e migliorato strada facendo (anche prima del 1/7/2002) dalle fonti istitutive e dal Consiglio della costituenda Cassa al fine di migliorarlo e ottimizzarlo .

Il regolamento adottato si basa sui seguenti principi:

- Libertà di scelta da parte dell'assistito
- Non gratuità totale della prestazione
- Orientare l'assistito nella scelta della prestazione in modo da ricorrere:
al servizio Sanitario Nazionale
all'assistenza diretta tramite convenzioni
all'assistenza indiretta
- Dare la più alta copertura possibile a interventi di particolare consistenza e gravità.

NOTA: c'è da dire che i colleghi del BAV sono purtroppo stati fino ad oggi penalizzati dall'assenza di convenzioni. Possiamo assicurarvi che per la UILCA rappresenta una priorità assoluta la stipula delle convenzioni, affinché venga data ai colleghi l'effettiva libertà di scelta che sino ad oggi è rimasta solo sulla carta.

Gestione delle riserve presenti in CAM e Cassa Comit

L'accordo di fusione 13 aprile 2001 e il successivo accordo 22 dicembre 2001 prevedono che gli avanzi di esercizio presenti in entrambe le Casse confluiscono nella "nuova Cassa" e che vengano utilizzati a favore dei rispettivi aventi diritto.

La nostra organizzazione ha avanzato la seguente ipotesi:

Le riserve presenti in Cassa Comit e CAM alla data di cessata attività, devono essere imputate sotto forma di bonus pro-capite ad ogni avente diritto (aderenti alle rispettive casse che alla data del 1/01/2002 abbiano almeno un anno di adesione in qualità di aderenti in servizio attivo).

Tale bonus potrà essere utilizzato a partire dal 01/01/2003 a decurtazione della contribuzione dovuta alla Cassa per se o per i propri familiari distribuito in non meno di tre annualità.

Il lavoro svolto sino ad oggi è sicuramente valido al fine di raggiungere l'importante obiettivo di una unica Cassa Sanitaria per il Personale di Banca IntesaBci e delle altre Società del Gruppo che Vi aderiranno. Questo lavoro dovrà essere continuato e migliorato per giungere ad un solido organismo che garantisca una buona e decorosa copertura in materia sanitaria a tutti i lavoratori e lavoratrici che vi aderiscono.

A tal fine saranno utili e necessari i contributi di tutti, a cominciare da quelli che auspichiamo arrivino dalle Assemblee di illustrazione che prossimamente si terranno, sull'argomento, tra tutti i colleghi.

Assicuriamo a tutti che l'impegno della nostra organizzazione continuerà al massimo livello affinché gli accordi del 13/4/2001 e 19/12/2001 trovino finalmente applicazione, coinvolgendo in tale impegno tutte le parti.

CASSA PER L'ASSISTENZA SANITARIA PER IL PERSONALE del Gruppo Bancario IntesaBci

Decorrenza 1 gennaio 2002

PRESTAZIONI	MASSIMALE	FRANCHIGIA/SCOPERTO				VARIE
		Serv. Sanitario Nazionale	In rete	Misto	Fuori Rete	
<p>Ricovero per infortunio, o malattia che comporti GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (cfr. elenco): Prestazioni durante il periodo del ricovero, ed inoltre: Visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi onorari medici), esami, prestazioni mediche, medicinali, terapie, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse alberghiere) (anche se effettuati al di fuori dell'istituto di cura - strettamente legati all'evento) effettuati nei 120 gg. precedenti il ricovero e 180 gg. successivi alle dimissioni.</p>	<p>Euro 250.000 per evento</p>	<p>Nessuna franchigia. Se le spese durante il ricovero sono a totale carico SSN si corrisponde una indennità per ogni notte di ricovero di 80 Euro al gg. max 300 gg. per persona e per anno</p>	<p>Euro 500 per evento</p>	<p>Euro 1.000 Per evento. Se la retta di degenza rientra nella parte non convenzionata, limite di rimborso della retta di Euro 250 al gg., IVA compresa</p>	<p>Euro 1.500 per evento. Limite rimborso retta di degenza Euro 250 al gg. IVA compresa</p>	
<p>Ricovero per infortunio o malattia che comporti INTERVENTO CHIRURGICO (compreso Laser, crioterapia, ecc.), PARTO CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO O POST TRAUMATICO, INTERRUZIONE GRAVIDANZA VOLONTARIA AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE: Prestazioni durante il periodo del ricovero, ed inoltre: Visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi onorari medici), esami, prestazioni mediche, medicinali, terapie, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse alberghiere) (anche se effettuati al di fuori dell'istituto di cura - strettamente legati all'evento) effettuati nei 90 gg. precedenti il ricovero (120 se il ricovero avviene nell'ambito del SSN) e 90 gg. successivi alle dimissioni.</p>	<p>Euro 150.000 per evento</p> <p>PARTO CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO O POST TRAUMATICO, INTERRUZIONE GRAVIDANZA VOL.: Euro 6.500 per evento</p>	<p>Nessuna franchigia. Se le spese durante il ricovero sono a totale carico SSN si corrisponde una indennità per ogni notte di ricovero di 80 Euro al gg. max 300 gg. per persona e per anno</p>	<p>Euro 220 per evento</p>	<p>Scoperto 15% minimo Euro 750 per evento. Se la retta di degenza rientra nella parte non convenzionata, limite di rimborso della retta di Euro 250 al gg., IVA compresa</p>	<p>Scoperto 20% minimo Euro 1.200 per evento Limite rimborso retta di degenza Euro 250 al gg. IVA compresa</p>	

PRESTAZIONI	MASSIMALE	FRANCHIGIA/SCOPERTO				VARIE
		Serv. Sanitario Nazionale	In rete	Misto	Fuori Rete	
<p>Ricovero per infortunio o malattia che non comporti intervento chirurgico, PARTO FISIOLOGICO, CICLI (superiori a 3 gg.) di DAY HOSPITAL senza intervento per stessa patologia: Prestazioni durante il periodo del ricovero, ed inoltre: Visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi onorari medici), esami, prestazioni mediche, medicinali, terapie, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse alberghiere) (anche se effettuati al di fuori dell'istituto di cura - strettamente legati all'evento) effettuati nei 90 gg.(120 gg. se il ricovero avviene nell'ambito del SSN) precedenti il ricovero e 90 gg. successivi alle dimissioni</p>	<p>Euro 150.000 per evento;</p> <p>PARTO FISIOLOGICO: Euro 2.500 per evento</p>	<p>Nessuna franchigia. Se le spese durante il ricovero sono a totale carico SSN si corrisponde una indennità per ogni notte di ricovero di 80 Euro al gg. max 300 gg. per persona e per anno</p>	<p>Euro 220 per evento</p>	<p>Scoperto 15% minimo Euro 750 per evento. Se la retta di degenza rientra nella parte non convenzionata, limite di rimborso della retta di Euro 250 al gg., IVA compresa</p>	<p>Scoperto 20% minimo Euro 1.200 per evento. PARTO FISIOL.: scop. 20% minimo Euro 600 per evento. Limite rimborso retta di degenza Euro 250 al gg. IVA compresa</p>	
<p>Ricovero per DAY HOSPITAL: Prestazioni durante il periodo del ricovero, ed inoltre: Visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi onorari medici), esami, prestazioni mediche, medicinali, terapie, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse alberghiere) (anche se effettuati al di fuori dell'istituto di cura - strettamente legati all'evento) effettuati nei 90 gg.(120 gg. se il ricovero avviene nell'ambito del SSN) precedenti il ricovero e 90 gg. successivi alle dimissioni</p>	<p>Euro 150.000 per evento</p>	<p>Nessuna franchigia. Se le spese durante il ricovero sono a totale carico SSN si corrisponde una indennità per ogni giorno di ricovero di 40 Euro al gg. max 300 gg. per persona e per anno</p>	<p>Euro 150 per evento</p>	<p>Scoperto 20% minimo Euro 200 per evento. Limite rimborso retta di degenza Euro 250 al gg. IVA compresa</p>	<p>Scoperto 20% minimo Euro 200 per evento. Limite rimborso retta di degenza Euro 250 al gg. IVA compresa</p>	

PRESTAZIONI	MASSIMALE	FRANCHIGIA/SCOPERTO				VARIE
		Serv. Sanitario Nazionale	In rete	Misto	Fuori Rete	
INTERVENTO AMBULATORIALE	Euro 150.000 per evento	100% ticket (regolamento da integrare)	Euro 100 per evento	////	Scoperto 20% minimo Euro 120 per evento	
TRASPORTO a seguito di ricovero con o senza intervento chirurgico e Day Hospital	Euro 1.500 per evento					A e da istituto di cura od ospedale e da istituto di cura o ospedale ad un altro. Escludendo il trasporto con autovettura.
ACCOMPAGNATORE in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico e Day Hospital	Euro 80 al gg. max 30 gg. per evento					Se il ricovero è effettuato in struttura oltre 50 Km dal comune di residenza
PARTO A DOMICILIO	Euro 1.200 per evento					
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	////	100% del ticket	Euro 10 per prestazione	////	Massimo quanto previsto dal tariffario specifico (all). per singola prestazione	
VISITE SPECIALISTICHE	////	100% del ticket	Euro 10 per visita	////	25% con un rimborso massimo di Euro 100 per visita	Escluse odontoiatriche ed ortodontiche, ricomprese sotto la voce "Dentarie"
TERAPIE A SEGUITO DI MALATTIE ONCOLOGICHE O TRAPIANTI	////					Se non rientranti nelle pre-post rimborso con franchigia fissa di Euro 30
TERAPIE, VISITE MEDICHE ED ACCERTAM. AMBULATOR. OMEOPATICI (esclusi i medicinali) nonché MEDICINALI REPERIBILI ESCLUSIVAMENTE ALL'ESTERO rimborsati	Euro 1.500 per anno e nucleo	100% del ticket	Euro 30 per evento	////	20% minimo Euro 30 per evento	

al 50%						
PRESTAZIONI	MASSIMALE	FRANCHIGIA/SCOPERTO				VARIE
		Serv. Sanitario Nazionale	In rete	Misto	Fuori Rete	
PROTESI E PRESIDI	Euro 1.300 per biennio e nucleo					Scoperto del 20% per evento. Sono compresi acquisto, riparazione, noleggio
LENTI ED OCCHIALI	Euro 700 per biennio e nucleo					Scoperto del 20% per prescrizione. Sono comprese le montature e le lenti a contatto ed usa e getta
DENTARIE	Euro 5.600 per quadriennio e per nucleo		Euro 10 per voce di tariffario		Massimo quanto previsto dal tariffario specifico (all). per singola prestazione con applicazione franchigia fissa Euro 50 per ciclo di cure	Verificare vincoli temporali sulla ripetizione di specifiche prestazioni sul tariffario
CONTROLLO ED IGIENE ORALE	Euro 70 per anno/persona/prestazione					

I Ricoveri per malattie nervose e i trattamenti psicoterapici, nonché le procedure, accertamenti ed interventi relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita sono compresi secondo criteri, modalità e limiti di rimborso stabiliti dal CdA