

## Comunicato stampa

**Data:**  
17 dicembre 2020

**Embargo:**  
17 dicembre 2020

**Contatto:**  
Tobias Lux, portavoce  
Tel. +41 (0)31 327 91 71  
[tobias.lux@finma.ch](mailto:tobias.lux@finma.ch)

e

Vinzenz Mathys, portavoce  
Tel. +41 (0)31 327 19 77  
[vinzenz.mathys@finma.ch](mailto:vinzenz.mathys@finma.ch)

# Assicuratori malattie complementari: la FINMA rileva la necessità di inter- venti ad ampio raggio sui conteggi delle prestazioni

**Sulla base di quanto emerso dalle recenti analisi svolte, l’Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari FINMA ha constatato che le fatture emesse nell’ambito dell’assicurazione malattie complementare mancano spesso di trasparenza e l’importo fatturato appare, in parte, eccessivamente elevato o ingiustificato. La FINMA si aspetta che gli assicuratori mettano in atto un sistema di controllo più efficace per contrastare simili irregolarità e li sollecita a verificare i contratti sottoscritti con i fornitori di prestazioni apportando, se necessario, le necessarie modifiche. L’approvazione di nuovi prodotti afferenti all’assicurazione complementare ospedaliera sarà subordinata al rispetto di tali condizioni.**

Le autorità federali e gli operatori del settore assicurativo si occupano da anni della tematica legata ai conteggi delle prestazioni nell’ambito delle assicurazioni malattie. Il loro interesse è stato suscitato inizialmente da diverse segnalazioni esterne concernenti addebiti non sempre corretti di prestazioni mediche nelle fatture destinate agli assicuratori malattie complementari. Da allora, la FINMA ha esaminato con crescente attenzione tale questione nel quadro della sua attività di vigilanza.

Nel 2020 la FINMA ha svolto controlli in loro presso vari assicuratori che raccolgono più del 50% del volume totale dei loro premi da assicurazioni ospedaliere per il reparto semiprivato e privato. Dalle analisi condotte emerge che molti dei contratti in essere stipulati tra assicuratori malattie complementari e fornitori di prestazioni – medici e ospedali – non presentano la necessaria trasparenza dei costi. Per questo motivo, i conteggi delle prestazioni risultano spesso poco trasparenti. Questa configurazione può sfociare in falsi incentivi e creare indebiti margini di manovra per imputazioni smodate agli assicuratori malattie complementari che, a loro volta, fanno confluire tali oneri nel calcolo dei premi praticati ai clienti. Per i suddetti motivi, la FINMA rileva la necessità di interventi ad ampio raggio.

## Constatazioni concrete da parte della FINMA

I risultati dei controlli in loco mostrano che l'importo delle fatture emesse da medici e ospedali nel comparto dell'assicurazione malattie complementare appare in parte eccessivamente elevato o ingiustificato. In numerosi casi non è possibile individuare quali prestazioni aggiuntive coperte dall'assicurazione malattie complementare sono state addebitate in aggiunta alle tariffe forfettarie definite per singoli casi dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). Di conseguenza, gli assicuratori non possono effettivamente controllare se i costi da rimborsare sono adeguati rispetto alle prestazioni supplementari erogate.

- Possono pertanto verificarsi doppie imputazioni, in quanto vengono riaddebitate prestazioni già comprese tra quelle AOMS per il caso specifico.
- Se è stata stipulata un'assicurazione ospedaliera per il reparto semiprivato o privato, in molti contratti gli onorari aumentano in modo automatico, indipendentemente da quale medico si è attivato e dall'esercizio o meno da parte del paziente in questione del suo diritto di libera scelta del medico.
- Inoltre, in alcune circostanze, per esempio nei prodotti con libera scelta del medico, vengono messi in conto sia gli onorari dei medici espressamente designati dai rispettivi pazienti sia quelli di ulteriore personale medico coinvolto nella dispensazione delle cure. Nei suoi controlli a campione la FINMA ha riscontrato casi in cui sono stati conteggiati, nell'ambito dell'assicurazione complementare, una quarantina di onorari medici per un solo paziente senza alcuna giustificazione.
- Per trattamenti identici vengono imputati costi supplementari che presentano considerevoli differenze a seconda del medico e dell'ospedale. Per interventi chirurgici semplici di protesi all'anca, per esempio, sono stati addebitati all'assicurazione complementare, oltre ai circa CHF 16 000 forfettari per ogni caso coperti dall'AOMS, importi supplementari compresi tra CHF 1500 e CHF 25 000.
- Anche i costi supplementari per vitto e alloggio in ospedale variano in modo considerevole e spesso il conteggio non consente di risalire alle prestazioni aggiuntive che hanno causato le discrepanze tariffarie. In determinati ospedali, per esempio, vi sono solo camere a due letti, eppure il premio per gli assicurati con copertura per camera a due letti prevede una maggiorazione rispetto al premio AOMS.
- Oltre a ciò, vi sono indizi di sistematici rigonfiamenti dei costi per vitto e alloggio durante le degenze. Un ospedale, per esempio, ha valutato i costi supplementari per i servizi alberghieri fruiti da un assicurato nel reparto semi-privato a un importo totale di CHF 200, ma ha fatturato all'impresa di assicurazione più di CHF 350 al giorno. Essendo la durata media della degenza per ogni caso pari a cinque giorni, le fatture corrispondono, in ultima analisi, a un multiplo dei costi quantificati.

- Normalmente il paziente assicurato non riceve copia della fattura emessa dal fornitore per la prestazione erogata, ma anche se gli venisse consegnata, avrebbe grosse difficoltà a decifrarla. Gli assicurati non possono pertanto verificare le prestazioni conteggiate. La trasparenza non è garantita in misura sufficiente.

Allo stato attuale dei fatti non è possibile quantificare l'ordine di grandezza entro cui si aggirano le prestazioni imputate in eccesso nell'ambito dell'assicurazione complementare ospedaliera. Sulla scorta delle analisi condotte, la FINMA stima tuttavia che, all'interno del mercato nel suo complesso, si tratti di una somma consistente che non dovrebbe gravare sui pagatori dei premi.

### **Il ruolo degli assicuratori**

«Con un volume dei premi di oltre 3,7 miliardi di franchi, il mercato delle assicurazioni complementari ospedaliere riveste una rilevanza fondamentale per il sistema sanitario e per i pazienti. Per questo motivo è ancora più importante che i premi dell'assicurazione privata vengano impiegati in modo trasparente e chiaro. I clienti devono pagare un prezzo equo per vere prestazioni aggiuntive rispetto a quelle erogate dall'assicurazione di base», sostiene Mark Branson, direttore della FINMA.

Inoltre, la FINMA esige dagli assicuratori malattie complementari che accettino solo le fatture per vere prestazioni aggiuntive erogate al di fuori dell'assicurazione malattie obbligatoria e che verifichino la congruità del rapporto tra costi addebitati e prestazioni aggiuntive effettive.

Gli assicuratori malattie complementari devono poter comprovare alla FINMA di ottemperare ai principi sopra indicati e di effettuare controlli efficaci per evitare conteggi eccessivi o illeciti.

Dalla situazione delineata dalle analisi e dai controlli in loco della FINMA emerge la necessità di ripristinare la conformità nel modo più rapido e completo possibile. La FINMA ribadisce pertanto le sue aspettative in merito:

- Gli assicuratori devono controllare che i fornitori di prestazioni emettano fatture trasparenti e comprensibili.
- Gli assicuratori devono rimborsare solo le prestazioni erogate in via aggiuntiva, cioè in più rispetto a quelle coperte dall'AOMS, e giustificabili in termini di costi; a tal fine, devono prendere a riferimento prestazioni paragonabili, per esempio operando un raffronto trasversale con altri fornitori di prestazioni.
- Gli assicuratori devono adeguare, se necessario, i contratti con i fornitori di prestazioni o stipulare nuovi contratti che tengano conto dei criteri fissati.

- Qualora non vi abbiano già provveduto, gli assicuratori devono approntare un efficace sistema di controllo che garantisca l'applicazione dei requisiti summenzionati e il loro costante rispetto.

### **Un conteggio corretto e trasparente delle prestazioni permane un obiettivo prioritario della vigilanza**

La sorveglianza dei conteggi delle prestazioni, del sistema di controllo e della trasparenza resteranno anche nei prossimi anni una priorità dell'attività di vigilanza della FINMA. È evidente che essa concederà l'autorizzazione per nuovi prodotti solo se saranno soddisfatte le condizioni summenzionate. Inoltre, approfondirà la questione dell'entità degli addebiti in eccesso e della misura in cui essi incidono sulle tariffe.

### **Premi equi per gli assicurati**

In una prospettiva di lungo periodo, i premi di ogni assicurazione si formano sulla base delle prestazioni, a cui si aggiungono i costi amministrativi e i margini di guadagno. L'implementazione di modalità di fatturazione più stringenti genererà una pressione sui costi fatturati per le prestazioni e pertanto anche sull'ammontare dei premi. Al momento attuale è difficile stimare la portata e i tempi di reazione con cui tali effetti si produrranno.

### **Copertura garantita per gli assicurati**

Qualora gli assicuratori sottopongano a rinegoziazione i contratti con i fornitori di prestazioni, generalmente ospedali e cliniche, possono verificarsi delle situazioni di vuoto contrattuale, per esempio durante fasi transitorie o in caso di divergenze. Questo però dovrebbe essere solo un'eccezione e non la regola. Per gli assicurati è importante sapere che la propria copertura assicurativa resta attiva, a prescindere dall'esistenza o meno di un contratto tra l'assicuratore malattie complementare e i fornitori di prestazioni. Gli assicurati hanno diritto in ogni caso alle prestazioni che sono state concordate nelle Condizioni Generali di Assicurazione (CGA) in vigore per la loro assicurazione malattie complementare.

### **Stretto coordinamento e dialogo assiduo**

Nel 2018 il Consiglio federale ha lanciato un programma di contenimento dei costi con l'obiettivo di responsabilizzare tutti gli operatori del settore sanitario e impedire le pratiche commerciali fraudolente nel settore dell'assicurazione complementare.

Svolgendo le sue attività di pertinenza, la FINMA tiene fede al suo mandato di tutela dei detentori di assicurazioni private da eventuali abusi. Essa incentiva una maggiore equità dei costi e trasparenza in merito alle prestazioni aggiuntive effettivamente erogate. Se vengono apportati i correttivi necessari

dal un punto di vista prudenziale, nel lungo termine verrà rafforzata la concorrenza nel settore dell'assicurazione complementare ospedaliera e verranno creati i presupposti per un mercato in grado di offrire ai clienti un vero valore aggiunto a un prezzo adeguato. Ciò può agevolare anche lo sviluppo di prodotti innovativi.

In generale, questo processo avrà ripercussioni sull'intero sistema nel settore sanitario, per questo motivo rivestono un'importanza fondamentale uno stretto coordinamento e accordo delle procedure. A tale scopo, la FINMA si coordina strettamente con l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e il Dipartimento federale delle finanze (DFF). Intrattiene inoltre un dialogo assiduo con il settore assicurativo, le associazioni di fornitori di prestazioni e le organizzazioni di consumatori come pure il Sorvegliante dei prezzi.