

## Comunicato stampa

**Data:**

16 gennaio 2025

**Contatto:**

Serkan Isik

Portavoce

Tel. +41 (0)31 327 95 59

[serkan.isik@finma.ch](mailto:serkan.isik@finma.ch)

# Assicuratori malattie complementari: progressi e sfide nei conteggi delle prestazioni

**Nel 2020 l’Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari FINMA aveva constatato che le fatture emesse nell’ambito delle assicurazioni malattie complementari mancavano spesso di trasparenza e che talvolta l’importo fatturato appariva eccessivo in modo ingiustificato. La FINMA aveva colto questa occasione per condurre più controlli in loco specifici presso determinati assicuratori malattie complementari. Questa iniziativa della FINMA ha consentito di ridurre i prezzi e i premi dal 2020. Nonostante i progressi, però, permangono delle criticità nell’attuazione a livello di fornitura delle prestazioni. La FINMA rileva ancora una necessità di intervento per garantire la protezione degli assicurati e valuta ulteriori misure per il 2025.**

Dopo il [comunicato stampa](#) pubblicato a dicembre del 2020 nel quale la FINMA rendeva nota la necessità di intervento a seguito di irregolarità riscontrate nell’ambito delle prestazioni supplementari, l’Associazione Svizzera d’Assicurazioni (ASA) ha elaborato le disposizioni quadro settoriali relative a «Prestazioni supplementari LCA», che servono agli assicuratori come linee guida, tra le altre cose per il rilevamento e la valutazione delle prestazioni supplementari nell’assicurazione malattie complementare. Il termine per l’attuazione è scaduto alla fine del 2024. La FINMA ritiene che siano stati fatti notevoli passi avanti.

### **Trasparenza e valutazione di prestazioni supplementari: gli assicuratori malattie complementari attuano le direttive della FINMA**

Gli ultimi rilevamenti effettuati dalla FINMA hanno messo in luce notevoli progressi compiuti dagli assicuratori malattie complementari nell’attuazione di importanti direttive. Molti di loro, ad esempio, definiscono e distinguono le prestazioni supplementari nei documenti contrattuali e attuano la trasparenza nelle fatture dei fornitori di prestazioni.

Molti assicuratori malattie complementari, inoltre, hanno sviluppato modelli di valutazione propri per identificare e valutare le prestazioni supplementari rispetto all’AOMS. Questi modelli sono ormai ampiamente consolidati.

Sulla base di queste valutazioni, nelle loro negoziazioni gli assicuratori sono in molti casi riusciti a contrattare prezzi più bassi per quelle prestazioni supplementari che venivano indennizzate a prezzi eccessivamente elevati rispetto alle prestazioni erogate.

### **Premi stabili dopo l'intervento della FINMA**

Nel complesso, gli sforzi messi in campo fino a questo momento hanno perlopiù determinato una stabilizzazione dei prezzi per le degenze ospedaliere stazionarie nel reparto semiprivato e privato dal 2020 nonostante il simultaneo incremento dei costi sanitari e il generale rincaro, e in particolare una riduzione dei prezzi in molti dei casi in cui questi risultavano eccessivi. Questo ha contribuito a stabilizzare o a ridurre in larga parte anche i premi delle assicurazioni complementari ospedaliere.

### **Attenzione puntata sulle irregolarità rimanenti**

Oltre ai progressi compiuti nell'attuazione di importanti direttive, dai recenti rilevamenti della FINMA emergono tuttavia criticità persistenti presso gli assicuratori malattie complementari. Se da un lato molti assicuratori hanno in ampia misura soddisfatto la richiesta di differenziazione delle prestazioni supplementari e di trasparenza nelle fatture, si riscontrano ancora considerevoli carenze nell'applicazione di questi standard con determinati fornitori di prestazioni.

La FINMA critica il fatto che numerosi contratti con fornitori di prestazioni non soddisfano ancora i requisiti in materia di vigilanza, in particolare in riferimento alla corretta distinzione delle prestazioni supplementari rispetto all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e all'osservanza dei prezzi di riferimento calcolati dagli assicuratori. Inoltre, alcuni assicuratori hanno stipulato con i fornitori di prestazioni contratti con scadenza oltre il 2024, sebbene tali contratti non siano ancora conformi alle disposizioni normative.

### **Prezzi ancora troppo elevati per prestazioni supplementari**

Anche se, come già menzionato, sono stati compiuti progressi a livello dei prezzi, le ultime conoscenze emerse, ad esempio dai controlli in loco, mostrano che molti prezzi di mercato si collocano ancora decisamente al di sopra dei prezzi di riferimento interni degli assicuratori. Colpisce in particolare il livello in parte ancora eccessivo degli onorari dei medici, che nelle negoziazioni erano spesso stati calcolati con neutralità dei costi rispetto ai modelli precedenti. Un altro problema è che alcune prestazioni mediche vengono ancora conteggiate due volte, sia attraverso l'assicurazione di base sia attraverso l'assicurazione complementare. A tal proposito è opportuno notare che i requisiti di trasparenza della fornitura di prestazioni e adeguatezza dei prezzi devono essere applicati in particolare anche per i medici dipendenti e i medici curanti.

Inoltre, la FINMA ha constatato marcate differenze tra i costi conteggiati dei vari fornitori di prestazioni, che non sono sempre spiegabili con prestazioni supplementari definite o differenze di prezzo regionali. In alcuni casi gli assicuratori stipulano con gli ospedali contratti per prezzi che vanno ben oltre i valori di riferimento giustificabili. Per esempio, da un controllo in loco è emerso che un assicuratore malattie complementare aveva calcolato un prezzo di riferimento di 191 franchi sulla base di un modello di valutazione proprio per prestazioni alberghiere a notte nel reparto semiprivato di un ospedale. L'assicuratore malattie complementare si era poi accordato con l'ospedale per un prezzo di 855 franchi.

La FINMA esige dagli assicuratori che i prezzi per le prestazioni supplementari pattuite e fornite sulla base dei loro modelli siano contrattualmente stabiliti con i fornitori delle prestazioni e che eventuali deviazioni dei prezzi siano documentate in modo trasparente. I prezzi che si discostano molto dai prezzi di riferimento interni devono essere ridotti.

### **La protezione degli assicurati viene prima di tutto**

È responsabilità degli assicuratori malattie complementari garantire che le prestazioni contrattualmente accordate vengano erogate secondo le condizioni d'assicurazione. Nel farlo, occorre attenersi a tutti i requisiti in materia di vigilanza. Questi prevedono, tra le altre cose, che le indennità pagate tramite i conteggi dei fornitori di prestazioni dagli assicuratori malattie complementari attingendo ai premi versati dagli assicurati si muovano all'interno di una fascia adeguata e giustificabile per tutte le prestazioni supplementari. Altrimenti, una provvisoria, o nel singolo caso addirittura permanente, situazione di vuoto contrattuale con i fornitori di prestazione può rappresentare un'alternativa necessaria nell'interesse degli assicurati. Questa misura serve nel medio e lungo termine a proteggere gli assicurati da possibili abusi.

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.

### **I controlli in loco della FINMA proseguono**

Il termine per l'attuazione delle disposizioni quadro settoriali dell'ASA è scaduto a fine 2024, ma alcuni problemi fondamentali restano irrisolti, e la necessità di intervento rimane urgente anche oltre il 2024. La FINMA precisa: i requisiti in materia di vigilanza non sono ancora pienamente soddisfatti e non è quindi ancora possibile arginare efficacemente possibili abusi. Questo è un chiaro segnale che gli assicuratori malattie complementari restano obbligati a conformarsi.

Pertanto la FINMA continuerà a non approvare alcun nuovo prodotto di assicurazione complementare ospedaliera in assenza di garanzia che le richieste della FINMA possano essere soddisfatte in modo permanente. La FINMA si aspetta dagli assicuratori malattie complementari che vengano eliminate le gravi irregolarità in riferimento ai requisiti in materia di vigilanza. Se le gravi irregolarità dovessero persistere, ad esempio sia in termini di attuazione temporale che di persistenti disallineamenti tra il prezzo di riferimento e il prezzo contrattualmente pattuito per le prestazioni supplementari, la FINMA si vedrà costretta a ordinare misure più drastiche e ad ampio raggio nei confronti degli assicuratori interessati. Inoltre, anche nel 2025 la FINMA svolgerà controlli in loco presso alcuni assicuratori malattie complementari selezionati.