

La FINMA e l'assicurazione malattia complementare

Le assicurazioni malattie complementari sono sottoposte alla vigilanza della FINMA. L'Autorità di vigilanza esamina innanzitutto se i prodotti delle assicurazioni malattie complementari sono stabili a livello finanziario e se i consumatori sono tutelati da eventuali abusi. La FINMA sorveglia inoltre la dotazione finanziaria, la gestione del rischio e la *corporate governance* degli assicuratori malattie complementari.

Il sistema sanitario svizzero garantisce a ogni persona residente nel paese cure adeguate in caso di malattia, infortunio o invalidità, segnatamente per mezzo dell'assicurazione malattie obbligatoria, sottoposta alla sorveglianza dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Se si intende beneficiare di prestazioni supplementari o coprire ulteriori rischi, è possibile stipulare coperture complementari, sottoposte alla sorveglianza della FINMA.

La FINMA approva le tariffe e le coperture

Prima di introdurre nel mercato un nuovo prodotto assicurativo, l'assicuratore malattia deve fornire alla FINMA una serie di informazioni. L'Autorità di vigilanza verifica tali dati e, se gli obblighi legali sono soddisfatti, approva i prodotti. L'approvazione riguarda le condizioni di assicurazione e l'ammontare dei premi. Qualsiasi modifica apportata all'assicurazione malattia complementare necessita dell'autorizzazione preliminare da parte della FINMA.

Attualmente quasi 600 prodotti nell'ambito dell'assicurazione malattie complementare sono in circolazione sul mercato. Le coperture si differenziano sen-

sibilmente, a livello sia di entità della copertura sia di tipologia della copertura: vanno dalla semplice copertura per le cure dentarie, alle indennità giornaliere in caso di incapacità lavorativa fino all'assunzione dei costi in caso di degenza ospedaliera nel reparto privato.

Le imprese di assicurazioni malattie complementari possono concepire i propri prodotti liberamente per quanto riguarda le prestazioni offerte, la durata dei contratti e la forma tariffaria. Gli assicuratori hanno inoltre un ampio margine di manovra per quanto concerne la stipula di tali contratti e decidono autonomamente a quale gruppo target di clienti offrire i propri prodotti. Le assicurazioni complementari rientrano nella sfera del diritto privato, pertanto, a differenza dell'assicurazione di base in cui vige l'obbligo di ammissione, le imprese di assicurazione possono liberamente rifiutare qualsiasi proposta di assicurazione senza fornire alcuna motivazione in merito.

Al 1° gennaio 2017, 23 imprese di assicurazione private operavano principalmente nel ramo dell'assicurazione malattie complementare, mentre 13 cas-

La FINMA e l'assicurazione malattia complementare

se malati offrivano nella stessa unità operativa, oltre all'assicurazione complementare, anche l'assicurazione di base. Ulteriori assicuratori contro i danni e sulla vita proponevano anche prodotti di assicurazione privata contro le malattie. Il volume di premi generato dalle assicurazioni complementari ammonta complessivamente a 10 miliardi di franchi. Il volume di premi nell'assicurazione di base è pari a 27 miliardi di franchi (cifre al 31.12.2016).

Il principio della verifica dei premi

Come per tutti gli altri settori assicurativi, anche per le assicurazioni malattie complementari la FINMA effettua innanzitutto una sorveglianza della solvibilità, vigilando affinché le istituzioni assoggettate siano costantemente in grado di onorare le prestazioni sancite dai contratti di assicurazione, in modo tale che i contraenti siano tutelati quanto più possibile dalle conseguenze di un'eventuale insolvenza. L'Autorità di vigilanza controlla inoltre che gli organi responsabili valutino correttamente i rischi imprenditoriali e offrano la garanzia di una gestione irreprensibile dell'attività assicurativa.

La FINMA approva i premi nell'assicurazione malattia complementare se sono stabiliti entro limiti tali da garantire, da un lato, la solvibilità dei singoli istituti d'assicurazione e, dall'altro, la protezione degli assicurati contro gli abusi. Le imprese di assicurazione sono tenute a introdurre tempestivamente i necessari provvedimenti tariffari. Gli assicuratori devono essere in grado in ogni momento di adempiere i propri

obblighi, anche quelli a lungo termine. Occorre pertanto costituire adeguate riserve, per esempio, per i rischi di invecchiamento. È inoltre necessario valutare in modo attendibile ulteriori rischi, come il rincaro dei costi sanitari. I premi devono essere stabiliti sulla base di tali criteri e possono comprendere anche un utile conforme ai rischi.

Se le ipotesi formulate dall'assicurazione malattie sono plausibili e i premi non sono considerati indebitamente elevati né mettono a repentaglio la solvibilità dell'impresa, la FINMA procede all'approvazione dei premi. La FINMA può intervenire solo se i premi soggetti all'obbligo di autorizzazione non rispettano più in modo comprovato il quadro giuridico.

Può verificarsi un abuso se un'assicurazione malattia realizza a lungo termine con un determinato prodotto assicurativo utili eccessivamente elevati che non risultano conformi ai rischi. Poiché le persone in età avanzata o affette da una malattia cronica hanno scarse probabilità di cambiare assicurazione, la concorrenza in questo segmento del mercato è limitata, perciò assume particolare rilevanza la tutela da eventuali abusi.

Tutela dalla disparità di trattamento

Nell'assicurazione malattia complementare è ammesso offrire sconti sui premi in vigore solo se ciò può essere giustificato con costi più bassi. La FINMA interviene se constata un'ingiustificata disparità di trattamento per quanto concerne tariffe e sconti. In questo modo si punta a impedire che gli assicurati debbano pagare all'assicurazione i ribassi ingiustificati concessi ad altri clienti. Inoltre la FINMA sorveglia che il diritto di trasferimento in caso di portafogli assicurativi chiusi sia concesso correttamente. Le basi normative prevedono che gli assicurati con prodotti che non sono più in vendita possano passare ad altre soluzioni assicurative nelle quali entrano ancora nuovi assicurati. Tali soluzioni presentano un mix di rischi migliore e ciò ha un effetto positivo per gli assicurati, in quanto incide sull'ammontare del premio.

Se le ipotesi formulate dall'assicurazione malattie sono plausibili e i premi non sono considerati indebitamente elevati né mettono a repentaglio la solvibilità dell'impresa, la FINMA procede all'approvazione dei premi.