

Lecture 8

L'Assicurazione Malattia Opportunità da cogliere?





Münchener Rück Italia
Munich Re Group

Indice

INTRODUZIONE	3
1. L'EVOLUZIONE IN ATTO IN ITALIA	4
1.1. L'attuale Sistema Sanitario Nazionale e la sua prevedibile riforma	4
1.1.1. L'attuale modello di funzionamento: prestazioni, livello di servizio, modalità di finanziamento	4
1.1.2. Il nuovo servizio sanitario, tra pubblico e privato: servizi gratuiti, Fondi sanitari integrativi e coperture aggiuntive.....	8
1.2. Fotografia della popolazione italiana in base a fattori socio-demografici	11
1.2.1. Una popolazione che invecchia	11
1.2.2. L'evoluzione del contesto familiare.....	13
2. L'ATTUALE OFFERTA ASSICURATIVA.....	15
2.1. Il mercato delle polizze malattia: concentrazione e trend di crescita	15
2.2. Livello di efficienza e redditività del comparto.....	16
2.3. Strategie di prodotto e distribuzione.....	18
2.4. Tipologie di attori: specialisti e potenziali nuovi competitors	20
2.4.1. Due casi di successo.....	21
2.4.2. Gestori di sinistri ed erogatori di servizi	22
3. UN MERCATO DA SVILUPPARE	25
3.1. Il mercato potenziale	25
3.2. I fattori critici di successo	27
3.2.1. Il controllo dei sinistri: intervento diretto e incentivi finanziari	27
3.2.2. Le politiche di convenzionamento	29
3.2.3. Il rafforzamento della spinta commerciale	29
3.2.4. La progettazione di prodotto.....	31
4. CONCLUSIONI E SERVIZI DEL GRUPPO MÜNCHENER RÜCK	32



Introduzione

Le economie mondiali stanno affrontando il complesso problema di riforma del welfare, cercando di ricomporre il difficile equilibrio tra il mantenimento di una ampia compenetrazione dello Stato Sociale nella vita dei cittadini e la sempre più pressante richiesta di rientro in parametri economici imposti dagli organismi di controllo internazionali. Il Sistema Sanitario segue la medesima sorte, in un momento in cui le vicende di malasana, tra sprechi, liste di attesa interminabili e malpractice, si riscontrano nel sistema italiano tanto quanto nei sistemi sanitari di altri nostri partner europei e nelle evolute democrazie mondiali, a dispetto delle distinzioni di impostazione organizzativa e strategica della politica sanitaria.

Predire quali assetti caratterizzeranno i vari sistemi nazionali è difficile, soprattutto nel breve periodo. Tuttavia la tendenza di lungo periodo è quella di coinvolgere capitali e forme di imprenditoria privatistica nell'organizzazione dei servizi sanitari e nelle modalità di finanziamento delle prestazioni agli utenti. Inoltre, a fronte di questo quadro di incertezza strutturale, si prevede che la domanda di prestazioni sanitarie crescerà significativamente nei prossimi anni sia per numero di prestazioni, in conseguenza dell'evoluzione dei fattori socio-demografici, sia come spesa per tipologia di prestazione, come conseguenza della maggiore richiesta di capitali per la sofisticatezza dei supporti tecnologici sanitari.

Il mercato assicurativo vivrà di riflesso delle impostazioni nazionali, che comprenderanno, oltre alle scelte di politica sanitaria, anche quelle di politica fiscale. Lo sviluppo dei mercati dipenderà, pertanto, sia dal grado di liberalizzazione di cui godrà il ricorso a metodologie del finanziamento di stampo privatistico all'accesso alle prestazioni sanitarie, sia dal complesso degli incentivi previsti in caso di ricorso a strumenti complementari al finanziamento pubblico.

Nell'attuale fase di transizione le imprese assicurative italiane stanno elaborando le proprie strategie di intervento, prendendo coscienza delle opportunità che si stanno concretizzando. Queste strategie, pur differenziate, denotano il comune fattore di aver potenziato il controllo delle prestazioni erogate grazie allo sviluppo di processi organizzativi e/o strumenti innovativi, ancorché acquisiti in modalità di outsourcing.

La stessa enfasi deve essere però posta sulla architettura del prodotto, per saper cogliere le esigenze della domanda ed evitare nel contempo gli intenti speculativi di alcuni segmenti di clientela che caratterizzano di sovente il ramo malattia. Ciò non toglie che anche per questo comparto dovrebbero essere messi a punto strumenti di marketing più moderni, in grado di stimolare la domanda da una parte e di fornire utili indicazioni sulla sua evoluzione dall'altra.

1. L'evoluzione in atto in Italia

Il contesto evolutivo degli assetti dei sistemi di welfare delle economie mondiali apre anche in Italia maggiori spazi per l'attività assicurativa di intermediazione tra domanda e offerta (già oggi un mercato di poco più di 1,2 miliardi di euro) anche nell'ipotesi di ricercare una maggiore efficienza nell'allocazione delle risorse disponibili con conseguente vantaggio per l'intero Sistema Paese.

1.1. L'attuale Sistema Sanitario Nazionale e la sua prevedibile riforma

Il modello del Sistema Sanitario Nazionale lascia, già oggi, ampi spazi d'intervento per il settore privato, sia dal lato dell'erogazione dei servizi che da quello del finanziamento della spesa. Le evoluzioni attese per il futuro fanno presupporre un aumento delle opportunità per gli operatori privati.

1.1.1. L'attuale modello di funzionamento: prestazioni, livello di servizio, modalità di finanziamento

L'attuale Sistema Sanitario Nazionale (SSN) presenta una serie di inefficienze e deficienze che hanno favorito, negli ultimi anni, una sempre più massiccia entrata in gioco di attori privati.

Il sistema pubblico è fondato sul principio della copertura universale dei bisogni sanitari dei cittadini. Esso garantisce la piena assistenza ospedaliera e medica, oltre alla somministrazione di tutti i farmaci generici, gratuitamente o quasi.

La copertura è regolamentata dai cosiddetti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), recentemente introdotti. Alcune prestazioni restano tuttavia escluse, di fatto ancorché non in forza della normativa, e sono interamente a carico del cittadino, come:

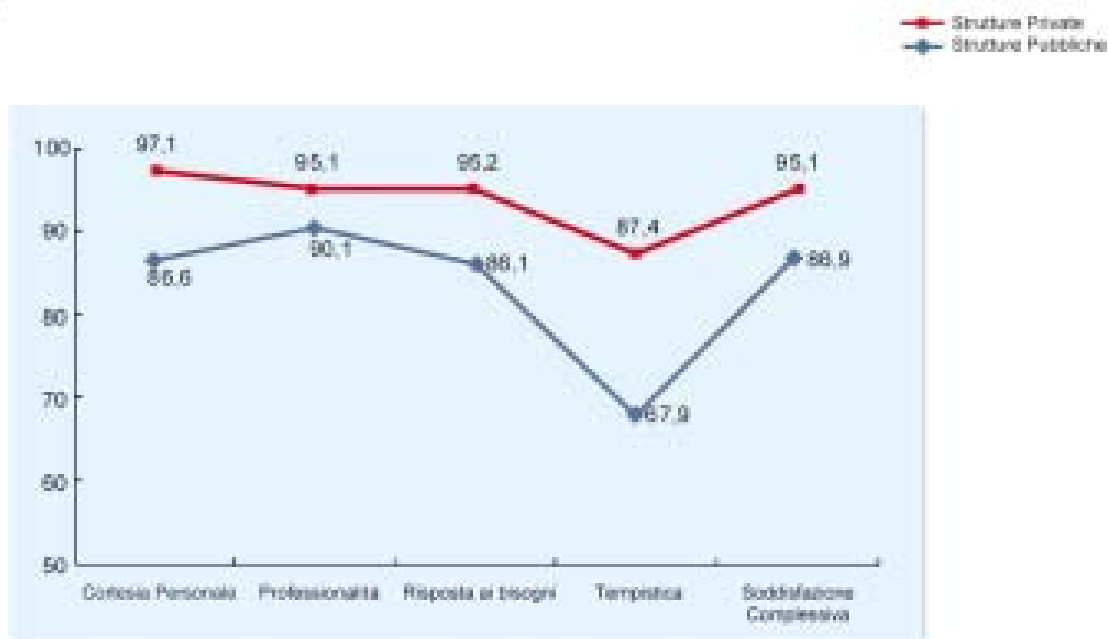
- farmaci non compresi nella lista di quelli " generici"
- cure dentarie
- assistenza medica preventiva
- chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri
- " servizi accessori" e " servizi indiretti" (es. permanenza nei centri termali, soggiorno degli accompagnatori dei ricoverati).

Al di là delle prestazioni non garantite, le maggiori deficienze del sistema sanitario pubblico risiedono principalmente nel livello del servizio erogato, che porta un numero crescente di cittadini a richiedere servizi privati.

Tra le principali determinanti del disservizio pubblico, come evidenziato in Tavola 1, spicca senz'altro la lunghezza dei tempi di attesa per l'assistenza medica ed ospedaliera. L'attesa per una visita cardiologica effettuata in una struttura pubblica o convenzionata, ad esempio, può spingersi fino ai 150 giorni, mentre la stessa visita può essere effettuata addirittura il giorno successivo alla richiesta nel caso di una struttura privata.

Tavola 1. Grado di soddisfazione del SSN vs Strutture Private

Percento, 2001



Fonte: AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata), Servizio Sanitario Nazionale e Sanità

Oltre alla tempistica, altri problemi incidono sul livello complessivo del servizio pubblico:

- impossibilità di scelta del medico curante
- inadeguatezza della struttura alberghiera degli ospedali
- inadeguatezza dell'assistenza per persone non autosufficienti
- mancato supporto agli accompagnatori dei ricoverati

Se, poi, il livello del servizio erogato è oggi lontano dall'essere ottimale, lo stato dei conti dell'attuale Sistema Sanitario Nazionale presenta tutte le premesse per un ulteriore peggioramento.

L'aumento della spesa sanitaria pubblica, passata dai 48.000 milioni di euro del 1995 ai 67.140 nel 2000 (+7% circa su base annua composta), è stato accompagnato da una ancora più rapida crescita del disavanzo (+44% circa all'anno). Tale situazione, soprattutto nell'ottica dell'attuale politica di bilancio, lascia presupporre una riduzione della spesa relativa (confrontata cioè con il livello della domanda) e quindi delle prestazioni erogate.

Il taglio della spesa è peraltro già evidente in situazioni quali l'assistenza ospedaliera, in cui, a causa della riduzione del numero di ospedali pubblici, la disponibilità di posti letto è complessivamente diminuita del 20% circa tra il 1995 e il 1999 (Tavola 2).

Tavola 2. Situazione ospedaliera italiana

Numero



Fonte: Ministero Sanità, Annuario

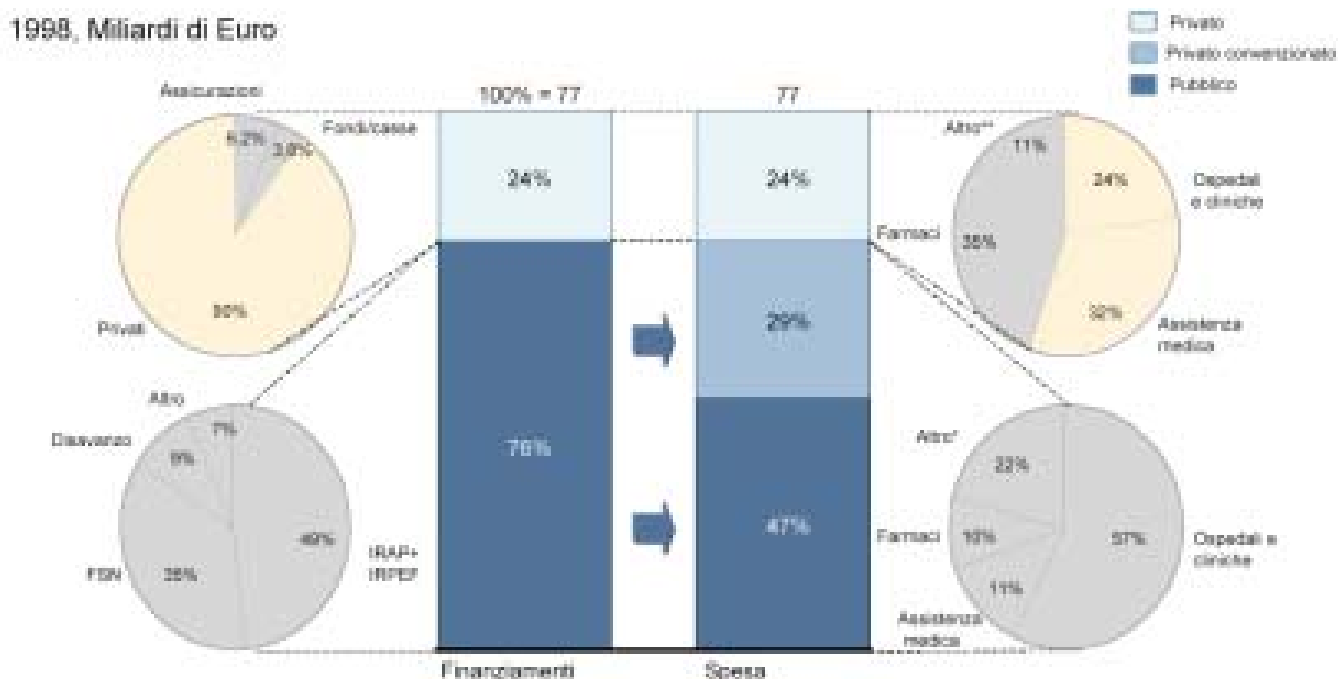
Da un simile contesto, risulta evidente come negli ultimi anni la spesa sanitaria privata sia stata caratterizzata da un forte incremento (+12% circa su base annua composta nel periodo 1998-2000), guadagnando una quota consistente della spesa sanitaria nazionale (24% nel 1988).

Se da un lato le inefficienze del servizio sanitario pubblico stanno favorendo la sempre più consistente entrata di operatori privati sul fronte dell'erogazione di servizi, l'attuale modello di finanziamento della spesa sanitaria privata presenta ulteriori opportunità dal lato dell'intermediazione. Come evidenziato in Tavola 3, la spesa privata è infatti ad oggi nella sua quasi totalità finanziata direttamente dai cittadini (90% circa), mentre solo una minima parte è intermediata da fondi/casse private e compagnie assicurative (10%).

È evidente che una così scarsa presenza di intermediazione non rappresenti un modello efficiente prospettando per la copertura assicurativa di servizi sanitari un elevato potenziale di sviluppo.



Tavola 3. Segmentazione del settore sanità in base ai flussi finanziari



* Prevenzione, igiene, profilassi, assistenza protesica e terminale, servizi amministrativi

** Apparecchi e materiali

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT, Ministero della Sanità

1.1.2. Il nuovo servizio sanitario, tra pubblico e privato: servizi gratuiti, Fondi sanitari integrativi e coperture aggiuntive

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 ha definito i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria (LEA). Il Decreto completa finalmente la Riforma Ter in materia di assistenza sanitaria e segue l'accordo dell'8 agosto 2001 con il quale le Regioni si sono impegnate ad erogare e mantenere uniformi i LEA su tutto il territorio nazionale ed a far fronte alle eventuali ulteriori esigenze finanziarie con mezzi propri.

Il Decreto Legge del 18 settembre 2001 ha già introdotto una serie di cambiamenti che riguardano l'assistenza ospedaliera, la somministrazione di farmaci, e il budget sanitario regionale.

Per gli ospedali, le principali novità riguardano:

- l'obbligo di equilibrio economico di bilancio, con responsabilità diretta per i Direttori Generali;
- la riduzione dei posti letto da 4,5 a 4 per ogni 1000 abitanti;
- la gestione dei grandi centri ospedalieri da parte di Fondazioni a capitale misto.

Anche alla somministrazione (gratuita) di farmaci verranno poste delle limitazioni attraverso

la ridefinizione di una lista di farmaci " generici" e l'imposizione di un tetto di spesa pari al 13% della spesa sanitaria locale. Il cittadino dovrà quindi integrare parte del costo dei farmaci non inclusi nella lista.

Per le Regioni, infine, saranno definiti limiti di spesa, superabili solo attraverso autofinanziamento derivante dall'applicazione di misure fiscali. Anche in questo caso sarà ipotizzabile la richiesta di forme assicurative integrative, a fronte della necessaria razionalizzazione del servizio pubblico.

Nel marzo 2002 è stato inoltre definito dal rinominato Ministero della Salute uno Schema di Piano Sanitario Nazionale 2002 - 2004, che si prefigge l'obiettivo di trasformare il Piano Sanitario Nazionale "...da atto programmatico per le Regioni in progetto di salute, condiviso ed attuato con le Regioni in modo sinergico ed interattivo".

Lo schema individua inoltre alcuni 'Progetti Obiettivo' che sono indicativi, insieme alla normativa della Riforma Ter, delle linee tendenziali di trasformazione nella Sanità Pubblica.

Innanzitutto si ribadisce che le Regioni hanno il compito di garantire su tutto il territorio nazionale uguali prestazioni ai cittadini, completando tuttavia la raccomandazione che tali prestazioni, già definite 'essenziali', debbano essere anche 'appropriate'. Si valorizza pertanto un decentramento Regionale nell'organizzazione delle prestazioni sanitarie anche in forza di strumenti aggiuntivi di flessibilità fiscale messi a disposizione delle amministrazioni locali. In concreto si creeranno differenze territoriali in materia di organizzazione delle prestazioni e delle modalità di finanziamento, che caratterizzeranno anche la corrispondente iniziativa privata.

Un ulteriore progetto è relativo all'adeguamento delle prestazioni del Sistema Sanitario alla trasformazione della popolazione.

L'invecchiamento progressivo richiede

- maggior enfasi sulla cura delle malattie croniche, in contrapposizione alle situazioni patologiche acute, differenziando i centri di specializzazione
- la creazione di una rete di assistenzialità domiciliare anche per cure di tipo ospedaliero
- l'integrazione tra la prestazione sanitaria con l'assistenza sociale
- la costituzione di un adeguato fondo assicurativo contro i rischi della non-autosufficienza.

Infine ridisegnare la rete ospedaliera potenziando un numero limitato di Centri di Eccellenza di altissima specialità e complessità collegati ad una rete di Ospedali minori (Centri Distrettuali di Salute) presso i quali sviluppare una serie di attività di pronto soccorso e prima assistenza per patologie non gravi. Il Piano in questo caso si propone anche di incentivare il ruolo delle risorse private nella realizzazione ed anche nel governo delle nuove strutture, costituite in forma di Fondazione, pur sempre di natura pubblica.



1.2. Fotografia della popolazione italiana in base a fattori socio-demografici

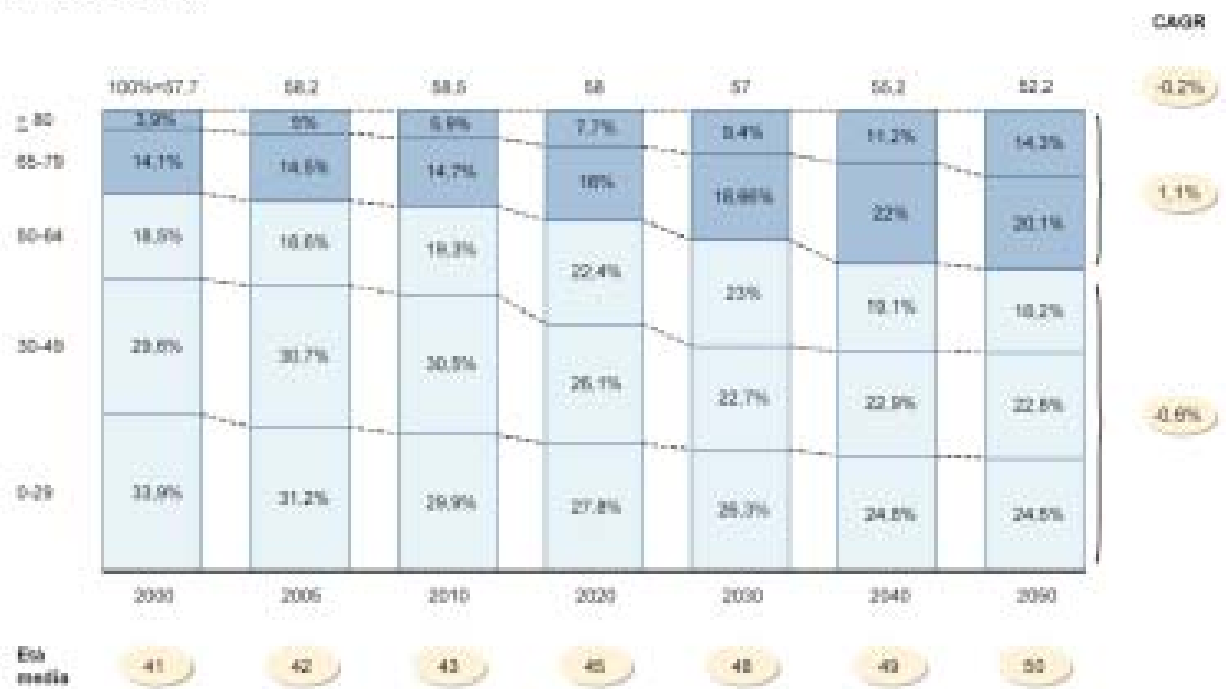
Il panorama dell'assistenza sanitaria in Italia è caratterizzato da un trend socio-demografico che porta ad un invecchiamento accelerato della popolazione, con il conseguente acuirsi della necessità di copertura sia per malattia, sia soprattutto per l'assistenza a malati non più autosufficienti.

1.2.1. Una popolazione che invecchia

Il fenomeno congiunto della diminuzione delle nascite e del progressivo allungamento della vita media degli individui sta portando in Italia ad un sostanziale aumento dell'età media, e, pertanto, dell'incidenza delle fasce d'età più anziane sul totale della popolazione.

Tavola 4. Aumento della popolazione per fasce di età

Milioni di Persone, Età



Fonte: ISTAT

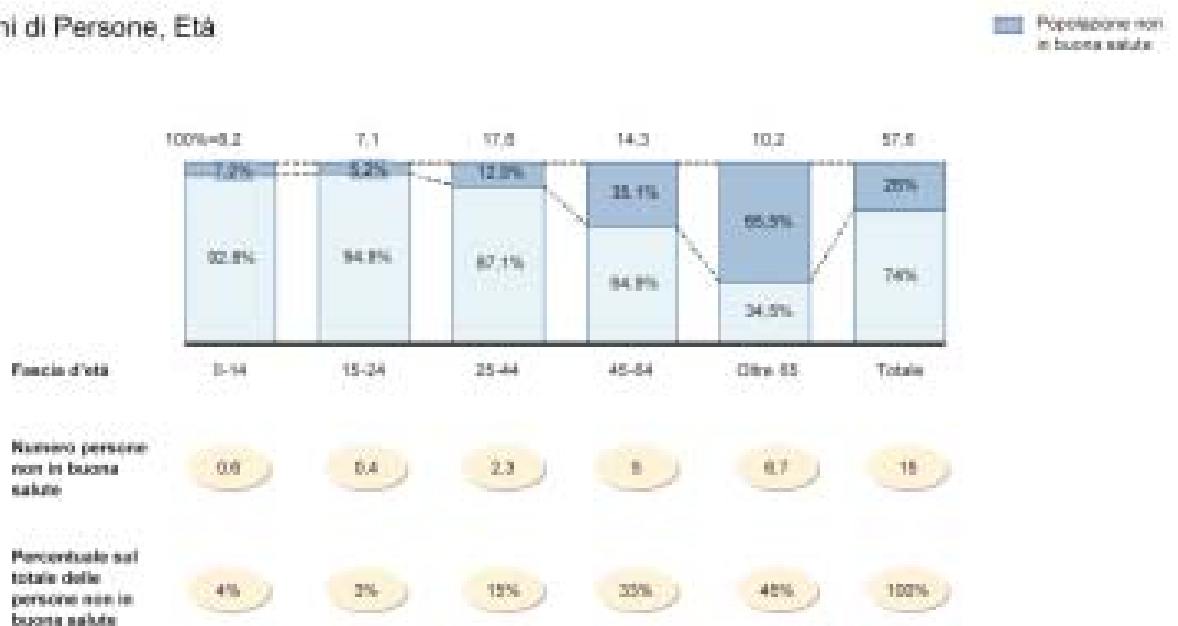
Tale trend, si prevede, è destinato a perdurare nei prossimi decenni. Come evidenziato in tavola 4, la proporzione degli ultra-sessantacinquenni, che nel 2000 rappresentavano il 18% della popolazione totale del paese, raggiungerà quasi il 21% nel 2010, fino a superare il 34% nel 2050. In particolare, sarà la componente degli ultra-ottantenni a crescere maggiormente, passando dall'attuale 4% ad oltre il 14% nel 2050.

Da osservare poi che, mentre la popolazione totale del paese tende a diminuire, il numero assoluto degli ultra-sessantacinquenni crescerà, secondo le stime, ad un tasso annuo composto superiore all'1% per i prossimi 50 anni.

L'invecchiamento della popolazione avrà come diretta conseguenza un incremento dell'esigenza di assistenza sanitaria, già ad oggi fortemente concentrata presso le fasce d'età più avanzate.

Tavola 5. Esigenze sanitarie per fascia d'età

1998, Milioni di Persone, Età



Fonte: ISTAT

La popolazione ultra-sessantacinquenne, infatti, rappresenta la fascia demografica caratterizzata dalla maggiore incidenza di persone con problemi di salute (65,5%, a fronte di un valore medio pari al 26,6%), e pertanto bisognosa di assistenza sanitaria (Tavola 5). Ciò significa che oggi gli ultra-sessantacinquenni rappresentano il 45% delle persone bisognose di assistenza sanitaria. In proiezione futura, all'aumentare del numero assoluto di anziani e del loro peso sulla composizione demografica del paese, corrisponderà un'espansione del potenziale bacino di utenza di servizi sanitari.

In particolare, il bisogno di assistenza sanitaria sarà trainato dall'incremento atteso delle persone con patologie tipiche della vecchiaia (cronicità e non autosufficienza), che rappresentano circa il 21% degli ultra-sessantacinquenni e il 38% degli ultra-settantacinquenni. Costoro, in linea con l'aumento previsto del numero di anziani, passeranno dai 2,1 milioni registrati nel 1996 a 2,5 nel 2010, fino a raggiungere i 3,1 milioni nel 2030.

Poiché la crescita demografica sarà in proporzione superiore per le fasce di età più anziane,

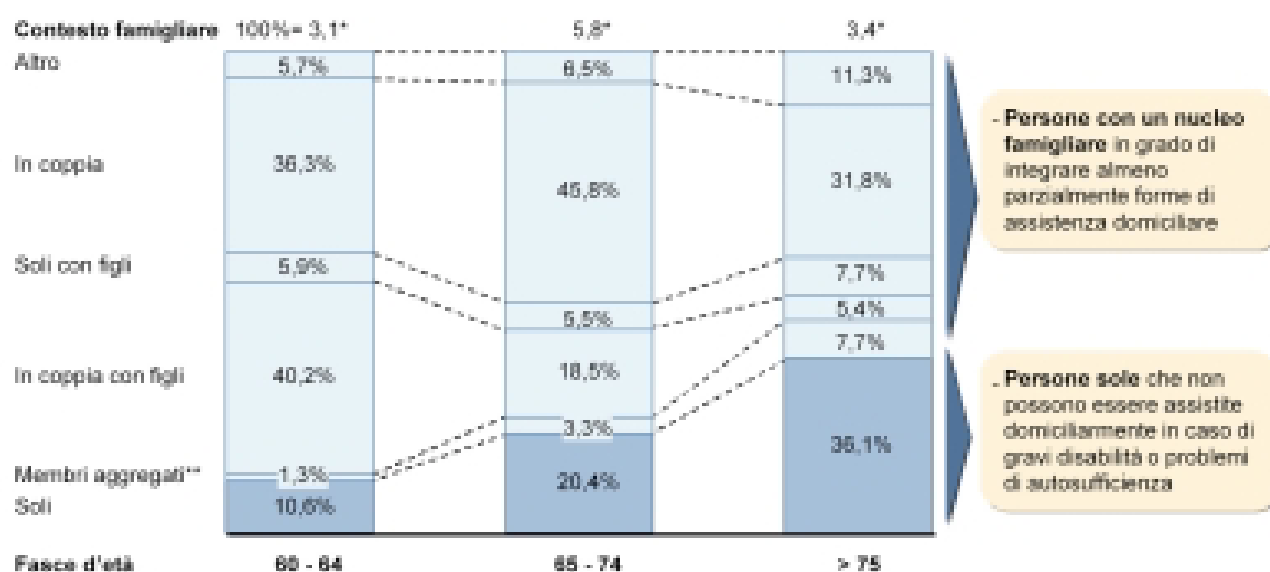
saranno gli ultrasettantacinquenni non autosufficienti e colpiti da patologie croniche a sostenere gran parte di tale aumento. In altri termini, il bisogno di assistenza sanitaria sarà spinto fortemente dall'incremento numerico di questi ultimi.

1.2.2. L'evoluzione del contesto familiare

Se da un lato il progressivo invecchiamento della popolazione genera una maggiore e differenziata esigenza di assistenza sanitaria, esso non è d'altra parte di per sé sufficiente a far sì che tale bisogno di trasformi in reale domanda di servizi. Il bisogno di assistenza sanitaria può essere infatti soddisfatto internamente dalle famiglie, qualora esistano le condizioni per un'assistenza domiciliare. Sono però proprio queste condizioni a cambiare.

Tavola 6. Scomposizione della popolazione anziana per fasce di età e contesto familiare

Milioni di persone, Età



** Campione Indagine Multiscopo

** Anziani aggregati ad altri nuclei familiari

Fonte: ISTAT, Indagine Multiscopo, media 1994-1995

In primo luogo, sarà sempre maggiore il numero di persone anziane che vivono sole, e che pertanto non possono essere assistite domiciliariamente in caso di gravi disabilità o problemi di non autosufficienza.

Da un'indagine statistica condotta dall'ISTAT nel biennio 1994-95, è infatti emerso che con l'aumentare dell'età, sempre più frequentemente gli anziani si trovano a vivere soli (Tavola 6). Mentre solo il 10,6% delle persone di età compresa tra i 60 e 64 anni vive in nuclei singoli, tale percentuale sale al 20,4% per la fascia di età compresa tra i 65 e i 74 anni, fino a

raggiungere il 36,1% nel caso degli ultra-settantacinquenni. Con il progressivo invecchiamento della popolazione, il numero dei nuclei così costituiti è destinato ad aumentare, e così pure, conseguentemente, la domanda di servizi erogati da terzi.

Non solamente è in aumento il numero di anziani che vivono soli. Anche nei casi in cui questi vivono all'interno di nuclei familiari aggregati, sempre meno potranno contare sull'assistenza domiciliare dei propri familiari.

Questo fenomeno riguarda l'evoluzione del ruolo della donna nella famiglia ed in particolare il suo ruolo sempre più attivo nel mondo lavorativo. A conferma di tale trend, va osservato che, mentre nel 1995, era il 36% del totale delle donne italiane in età lavorativa ad essere occupato, nel 2000 queste erano già il 40%.

L'aumento (+2,2% composto annuo) compensa la lieve diminuzione del numero assoluto di donne in età lavorativa (-0,1% nel quinquennio considerato), favorendo quindi un aumento in termini assoluti delle donne occupate.

Dato che l'assistenza agli anziani spettava tradizionalmente alle donne, nel momento in cui esse sono impegnate sul lavoro e contestualmente aumenta la disponibilità economica della famiglia, è prevedibile un forte incremento della domanda di servizi di assistenza e ospitalità domiciliare erogati da terzi.



2. L'attuale offerta assicurativa

L'attuale offerta assicurativa nel ramo malattia è caratterizzata, se parametrata alla spesa privata delle famiglie, da un sostanziale sottodimensionamento che, per ora almeno, non accenna a diminuire, e da una redditività costantemente negativa.

Il bilancio è fortemente appesantito dalla concentrazione su pochi grandi operatori, alle cui performance negative è imputabile il deficit complessivo del comparto, per nulla compensato dall'andamento soddisfacente di numerose iniziative minori.

La lenta crescita del comparto sembra, almeno in parte, legata allo scarso sforzo commerciale sostenuto dagli operatori, ancorché trovi negli operatori specializzati significative eccezioni.

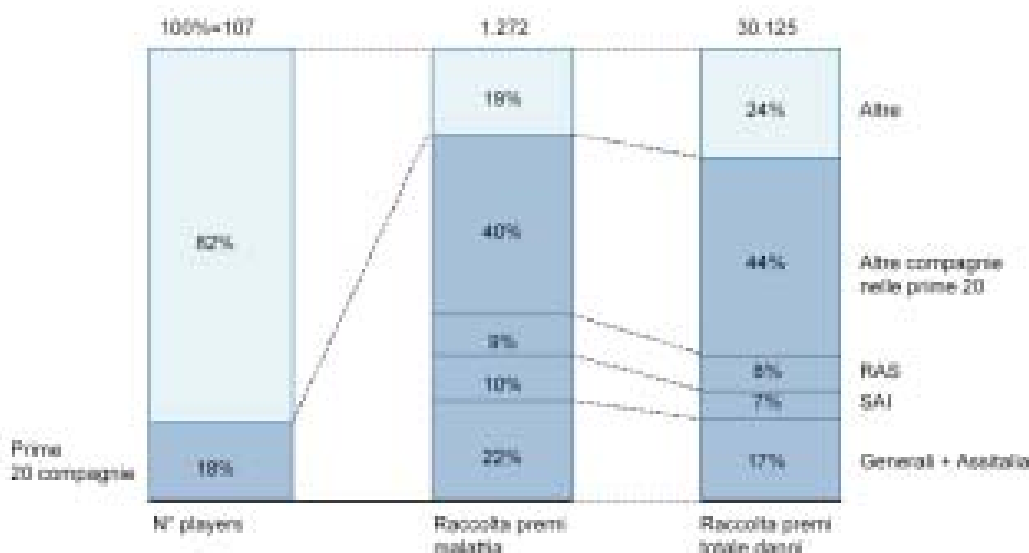
2.1. Il mercato delle polizze malattia: concentrazione e trend di crescita

Il mercato italiano delle polizze malattia riflette, in termini di concentrazione dell'offerta e sviluppo, quello del ramo danni di cui è parte.

Come evidenziato in Tavola 7, la raccolta premi del ramo malattia è altamente concentrata. Dei complessivi 1.274 milioni di euro raccolti nel 2000, i primi 20 tra i 107 operatori del ramo coprivano più dell'80% del totale premi malattia, e solo i primi 4 ne raccoglievano il 40%. Un simile livello di concentrazione poco si discosta da quello del ramo danni considerato nel suo complesso, dove la quota detenuta dai principali operatori è solo lievemente inferiore.

Tavola 7. Il mercato delle polizze malattia in Italia

Numero compagnie, Milioni di Euro, 2000



Fonte: Il Giornale delle Assicurazioni

Anche la dinamica del mercato riflette un andamento sostanzialmente allineato con quello del complessivo ramo danni. Tra il 1996 e il 1999, infatti, il mercato delle polizze malattia ha

registrato un incremento medio pari al 6,3% composto, mantenendo una quota sostanzialmente costante del totale danni (4% circa).

La crescita di proporzioni modeste non ha consentito alcun progresso in termini di intermediazione della spesa sanitaria privata, rispetto alla quale può anzi essere osservato un lieve decremento.

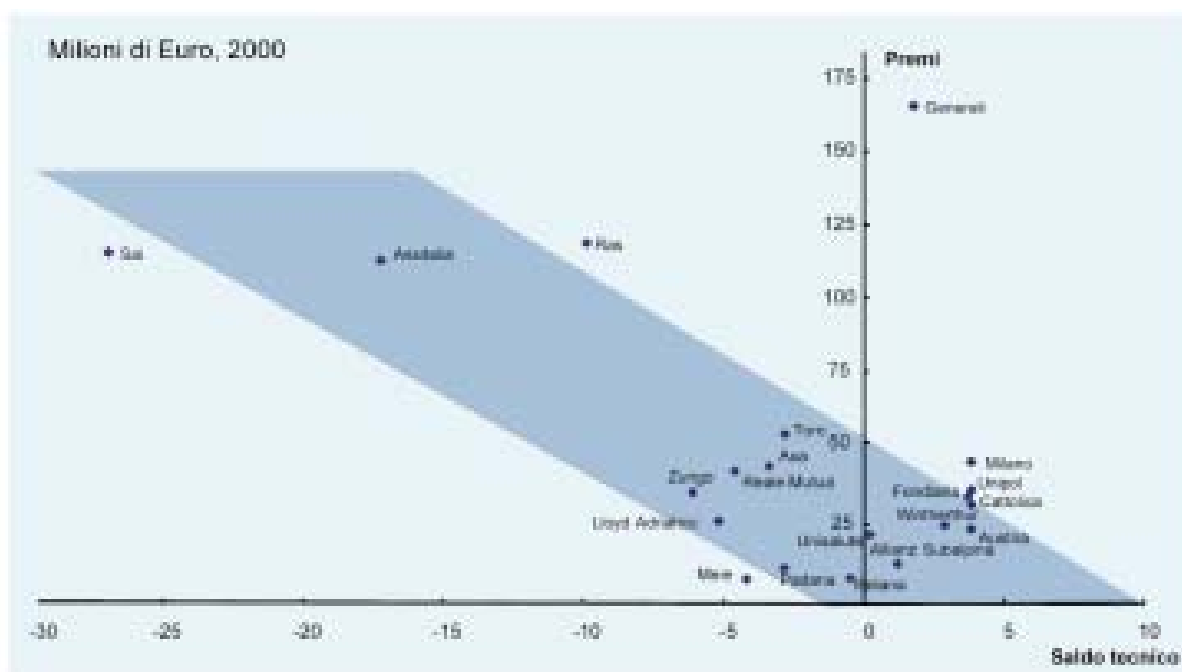
Se infatti nel 1998 la raccolta premi rappresentava un modesto 6,2% della spesa sanitaria privata, nel biennio 1999-2000 l'incidenza si è ridotta ulteriormente, attestandosi sul 5,5%. In altri termini, l'opportunità di intermediazione della spesa sanitaria privata è ancora lontana dall'essere concretizzata, anche a causa della scarsa spinta commerciale degli operatori.

2.2. Livello di efficienza e redditività del comparto

Il saldo tecnico del ramo malattia ha registrato negli ultimi anni un andamento costantemente negativo. La perdita è andata progressivamente appesantendosi, raddoppiando tra il 1996 e il 1999 (da 22 a 43 milioni di euro) fino al dato di 61 milioni di euro nel 2000.

Ciò premesso, va precisato che la perdita del comparto è attribuibile ai principali operatori, escludendo i quali il comparto mostra una redditività positiva e anzi in forte accelerazione (da 3 milioni di euro nel 1996 a 20 nel 1999 e 33 nel 2000). Tale evidenza trova riscontro, più in generale, nella correlazione inversa tra dimensione (espressa in termini di raccolta premi) e profittabilità che il confronto tra i diversi operatori sembra inequivocabilmente suggerire (Tavola 8).

Tavola 8. Confronto dimensione vs profittabilità ramo Malattia



Fonte: Il Giornale delle Assicurazioni

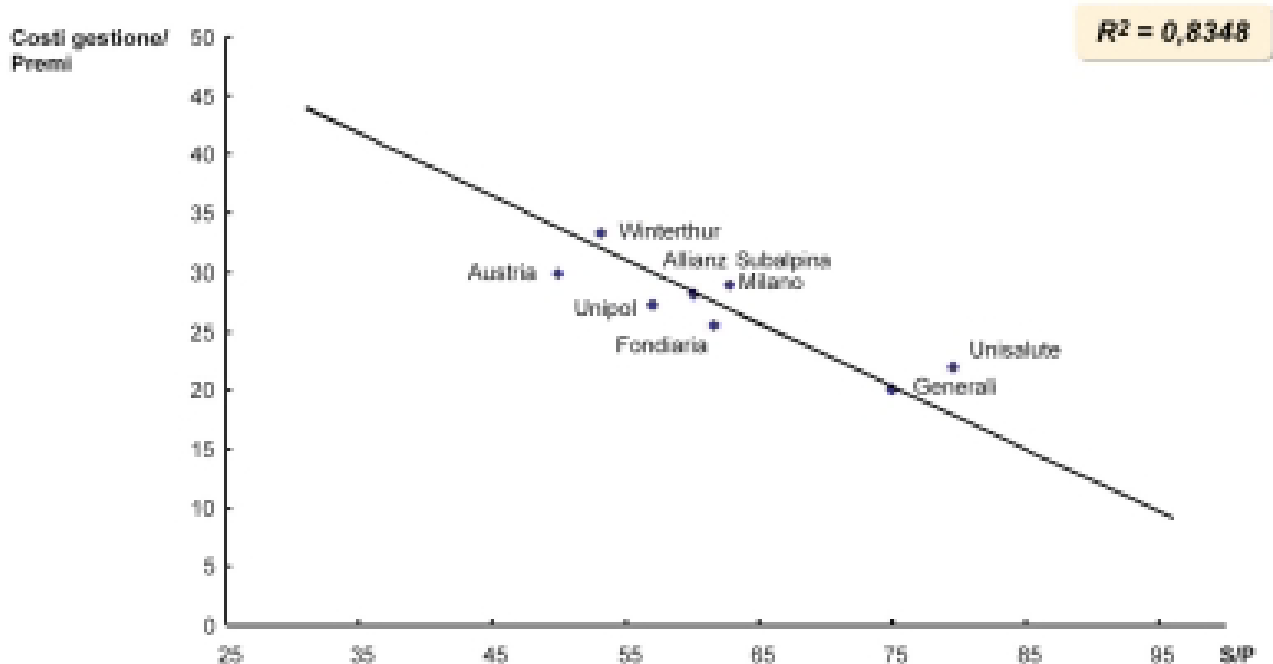
Tra le possibili cause del fenomeno, vi è soprattutto da considerare che gli operatori di maggiori dimensioni si trovano a gestire rilevanti portafogli collettivi, caratterizzati da un minor margine di contribuzione e spesso ritenuti "di servizio" per completare la gamma di offerta al cliente in altri rami tecnici.

Il fattore dimensionale non è, d'altra parte, sufficiente a spiegare le differenze tra la redditività dei diversi operatori, soprattutto nei casi in cui essa sia positiva. È necessario far riferimento ad un'analisi più sofisticata, che prenda in considerazione le principali componenti negative del saldo tecnico, ovvero il costo dei sinistri e le spese di gestione, viste in termini di provvigioni e spese di acquisizione, provvigioni di incasso e spese di amministrazione attinenti alla gestione tecnica.

Confrontando tra loro il costo dei sinistri e le spese di gestione nelle diverse compagnie con risultato tecnico positivo, è evidente una forte correlazione negativa tra le due componenti. In altri termini, *ad elevate spese di gestione sembra corrispondere un minore importo per il rimborso dei sinistri* (Tavola 9).

Tavola 9. Correlazione tra andamento tecnico e spese di gestione per le compagnie con risultato tecnico >0

Percento, 2000

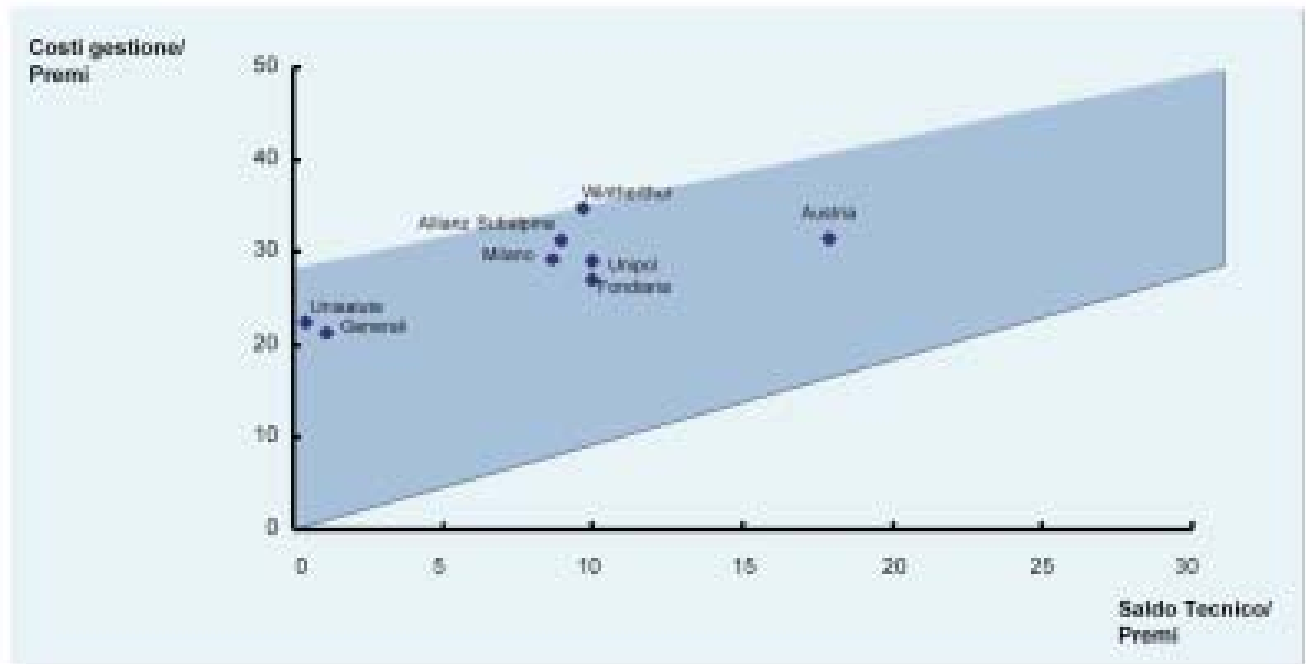


Fonte: Il Giornale delle Assicurazioni

Inoltre, come si può osservare nella Tavola 10, *l'aumento delle spese di gestione si ripercuote più che proporzionalmente sul costo dei sinistri, con conseguente miglioramento dell'andamento tecnico.*

Da ciò si può dedurre come una gestione tecnica efficace, nonostante i costi più elevati, sia preferibile ad una improntata prioritariamente all'efficienza.

Tavola 10. Incidenza dei costi di gestione sul saldo tecnico



Fonte: Il Giornale delle Assicurazioni

2.3. Strategie di prodotto e distribuzione

Le strategie di prodotto dei vari concorrenti sono sostanzialmente allineate e solo in rari casi presentano significativi elementi di differenziazione. Di fatto, l'offerta è in gran parte omogenea (corrispondente all'80% circa della raccolta premi) e riassumibile in due elementi chiave:

- " modularità" delle prestazioni, differenziate a seconda del livello di copertura
- incentivo all'utilizzo del Sistema Sanitario Nazionale o di reti di cliniche convenzionate

Quanto alla differenziazione del grado di copertura della polizza, uguale senza eccezioni nell'offerta di tutti i concorrenti, prevede forme diverse di copertura:

- diaria ospedaliera
- grandi interventi
- ricovero in forma completa

L'incentivazione al ricovero presso le strutture pubbliche è un altro elemento che accomuna la pressochè totalità degli operatori del ramo malattia (95% circa della raccolta premi totale). In questi casi, se la copertura delle spese da parte del Sistema Sanitario Nazionale è to-

tale, la compagnia corrisponde all'assicurato una diaria indennitaria, oppure il rimborso delle spese eccedenti la copertura del SSN, entro il massimale assicurato.

Un ulteriore elemento comune all'offerta di quasi tutte le compagnie del ramo (90% della raccolta) è l'incentivazione all'utilizzo di reti convenzionate. In alcuni casi la compagnia assicurativa arriva a garantire il pagamento diretto di tutti i costi relativi al ricovero senza alcun esborso da parte del cliente. Facilmente il servizio di network convenzionato si accompagna ad un servizio di call center per effettuare prenotazioni, richiedere informazioni ecc.

In parecchi casi si tratta, più che di un incentivo all'utilizzo di reti convenzionate, di un disincentivo all'utilizzo di cliniche non convenzionate, concretizzato nell'onere (o comunque nel rischio) per l'assicurato di sostenere parte dei costi dell'assistenza, oltreché di doverne anticipare le spese. In questi casi, infatti, il rimborso da parte della compagnia assicurativa viene limitato ad una quota fissa differenziata per contratto o patologia (46% dei casi), o alternativamente ad una percentuale del costo del ricovero o all'applicazione di uno scoperto (21% dei casi).

In realtà, l'utilizzo di reti convenzionate di per sé non garantisce un risparmio di costi, poiché lo sconto garantito sulle prestazioni dalle cliniche convenzionate è compensato dall'incremento della frequenza delle prestazioni erogate, più accessibili in questo modo anche agli assicurati appartenenti alle fasce di reddito più basse.

Ciò è evidente dall'analisi effettuata nella quale sono stati messi a confronto, da un lato, i costi di liquidazione relativi a reti convenzionate, e, dall'altro lato, gli stessi costi risultanti da prestazioni erogate fuori rete. Indicizzando questi ultimi (=100), distinguendo tra due situazioni tipo (chiamate A e B) si evidenzia che i costi fuori rete rimangono costanti, mentre quelli relativi alla rete convenzionata variano sensibilmente nei due casi, con performance migliori nel caso A (=87), e peggiori nel caso B (=166). La differenza tra i due casi, dovuta ad un diverso grado di controllo sulla rete (minore nel caso B), fa pensare che l'utilizzo di reti convenzionate implichi un risparmio di costi a condizione che esse vengano gestite in modo attivo.

Quanto finora detto descrive con buona approssimazione la quasi totalità dell'offerta assicurativa del ramo malattia. Alcune compagnie, nondimeno, hanno introdotto alcuni elementi di differenziazione alla propria offerta, sebbene essi siano poco rappresentativi del totale della raccolta premi. Tra questi vale la pena segnalare:

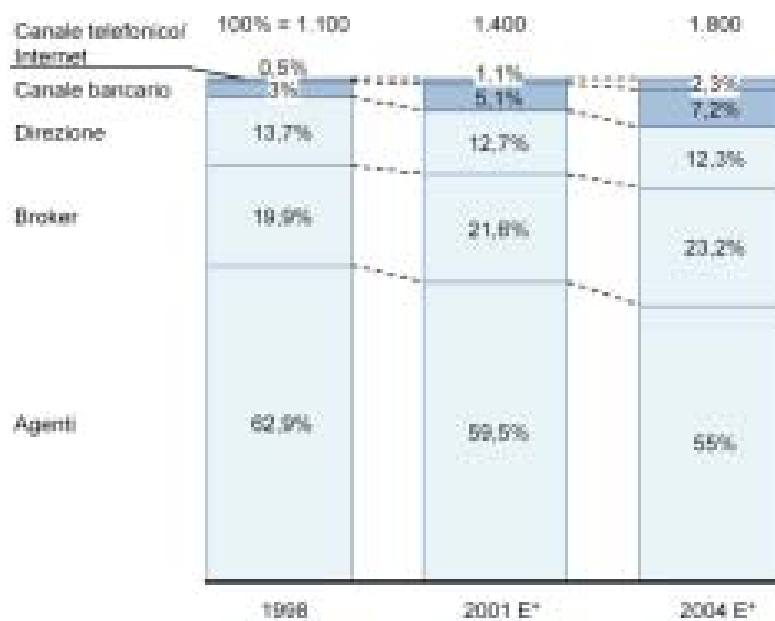
- Polizze "A vita intera"
- Formula " Managed Care"
- Formula " Quota capitaria"
- Opzione di " Second opinion"

La distribuzione delle polizze malattia non presenta alcuna differenza rilevante rispetto agli altri rami, almeno per quanto riguarda le modalità di commercializzazione. I canali tradizionali rimangono largamente i più utilizzati, con gli agenti che concentrano circa il 60% della raccolta premi totale, i broker circa il 20%, e la direzione una quota lievemente superiore al

10% (Tavola 11). Da notare, d'altro canto, il crescente peso dei canali alternativi (bancario, telefonico/Internet) a scapito di quelli tradizionali, ed in particolare dell'agenzia, la cui quota dovrebbe scendere al 55% entro il 2004. Tra questi canali, è prevedibile una forte crescita del canale bancario, la cui incidenza, dal 3% registrato nel 1998, arriverà a superare il 7% nel 2004.

Tavola 11. Polizze malattia: ripartizione della raccolta premi per canale distributivo

Milioni di Euro, Percento



* Stime Multiskene
Fonte: Multiskene, Il Giornale delle Assicurazioni

L'altro aspetto da sottolineare è senz'altro la scarsa "spinta commerciale" che caratterizza l'attuale sistema distributivo dei prodotti malattia. A questo proposito, va osservato che dei 21,5 milioni di famiglie italiane, 11,6 (pari al 54%) presentano i requisiti che le qualificano come potenziali acquirenti di polizze malattia.

Di queste, solo a 1,4 milioni è stata proposta una polizza negli ultimi due anni, evidenziando una domanda latente superiore ai 10 milioni di famiglie¹. Un simile quadro lascia dunque ampio spazio ad approcci più dinamici.

2.4. Tipologie di attori: specialisti e potenziali nuovi concorrenti

L'attuale offerta assicurativa del ramo malattia è fortemente concentrata nelle mani dei principali operatori tradizionali. Esistono peraltro alcuni *operatori specializzati* che stanno riportando risultati soddisfacenti e decisamente superiori alla media del settore.

¹ Fonte: Databank, Il Mercato delle Polizze Malattia in Italia, 2000

Inoltre, è prevedibile in un futuro quanto mai prossimo ingressi di nuove tipologie di concorrenti in grado di modificare gli equilibri del comparto. Si tratta soprattutto di attori variamente posizionati lungo la catena di valore, che potrebbero decidere di espandere la propria offerta a monte o a valle, entrando a volte in diretta concorrenza con le compagnie assicurative.

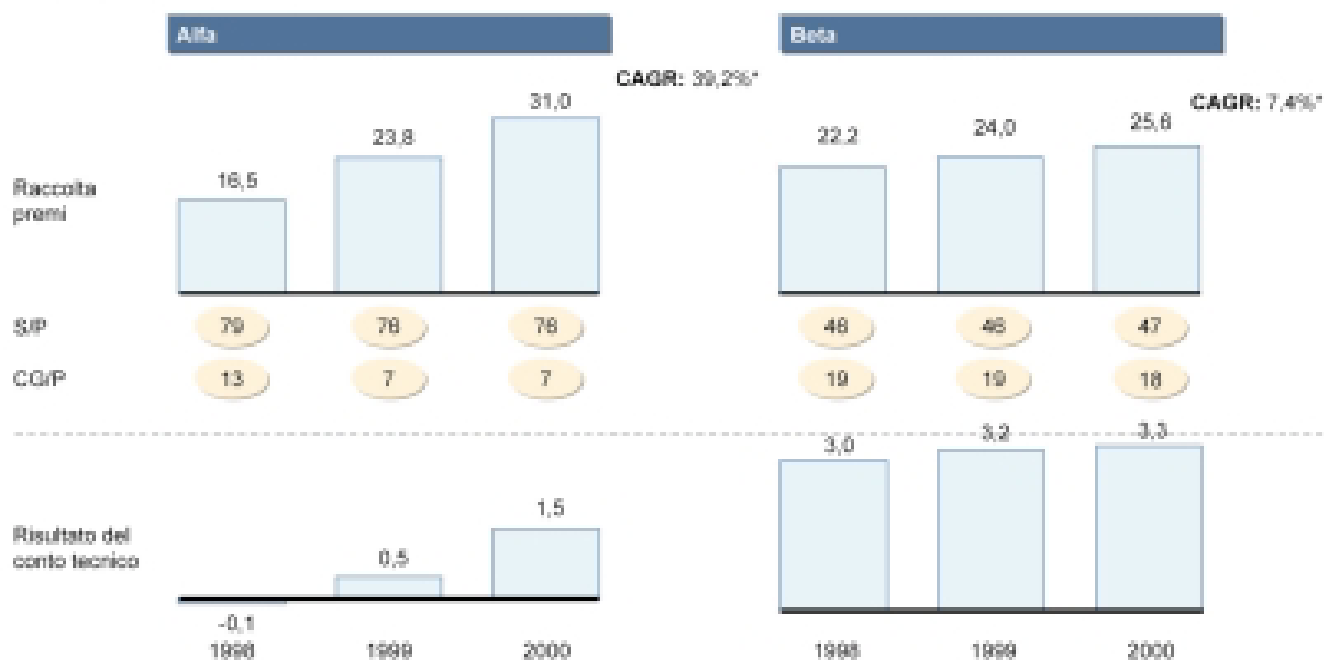
2.4.1. Due casi di successo

La specializzazione sul mercato malattia ha premiato schemi operativi frutto di strategie anche molto distanti l'una dall'altra. In questa sede verrà analizzato il posizionamento competitivo di due compagnie, *Alfa* e *Beta*, attive sul mercato italiano e specializzate nel comparto in analisi. Entrambe sono caratterizzate da buoni risultati sia in termini di crescita che di risultato economico.

Alfa è tra le due quella che ha registrato negli ultimi anni la maggiore crescita in termini di raccolta premi (+39,2% composto annuo tra il 1998 e il 2000), pur essendo comunque anche la performance di *Beta* superiore a quella media del settore (+7,4% vs. 4%) relativamente allo stesso periodo (Tavola 12).

Tavola 12. Analisi economica di due compagnie specializzate

Millioni di Euro, Percento



* Il CAGR di settore nello stesso periodo è del 4%
Fonte: Bilanci

Riguardo all'andamento della redditività, *Alfa* mostra il progresso più significativo, anche se esso va attribuito ad una contestuale riduzione dei costi relativi ai sinistri e delle spese di gestione.

La capacità di generare un margine tecnico positivo per le due Compagnie è in buona parte dovuta alla loro spiccata specializzazione sul posizionamento strategico. Mentre infatti *Alfa* punta maggiormente (93% circa della raccolta) su contratti collettivi (casce, mutue e fondi sanitari integrativi), con premi medi e margini tipicamente più bassi, *Beta* si focalizza sull'offerta di polizze individuali a lavoratori autonomi. Un'altra importante differenza "strategica" tra le due compagnie riguarda la gestione del cliente. Nel caso di *Alfa*, la fidelizzazione è basata fortemente sul servizio, che include:

- disponibilità di un call center
- possibilità di effettuare consulenza medica telefonicamente
- numerosi servizi disponibili via Internet (prenotazione, vendita..)

Beta, d'altra parte, persegue una fidelizzazione che potremmo definire "di prodotto", in quanto:

- non è previsto il recesso dopo il sinistro
- è possibile stipulare polizze a vita intera

Ulteriori differenze tra le due compagnie riguardano la modalità di erogazione delle prestazioni e l'approccio commerciale adottato, dato che *Beta* ricorre a cliniche esterne utilizzando un sistema di rimborso tariffario mentre *Alfa* si appoggia ad una rete di cliniche convenzionate. Inoltre, quest'ultima si caratterizza per una spinta commerciale molto più aggressiva, basata su una vera e propria rete multicanale in cui i canali più innovativi (banca, internet, telefono) si aggiungono a quelli tradizionali.

In entrambi i casi, al raggiungimento di un risultato positivo hanno contribuito scelte strategiche quali

- *la focalizzazione su attività* tradizionalmente non controllate in maniera diretta dalle compagnie,
- un *accurato controllo di gestione* effettuato attraverso un sistema informatico specializzato per il ramo malattia.

Se la focalizzazione su attività complementari permette un maggior controllo diretto dei costi, dal canto loro le informazioni su frequenza e costo medio per patologia, ottenute attraverso un supporto informatico specializzato, consentono una più accurata tariffazione e quindi un maggior controllo della redditività.

2.4.2. Gestori di sinistri ed erogatori di servizi

I potenziali nuovi attori nell'offerta del mercato malattia sono gli operatori "contigui" alle compagnie assicurative, operanti a monte o a valle di queste. Essi possono sostanzialmente essere di due tipi:

- *Gestori dei sinistri*, ovvero società di servizi che attualmente gestiscono i sinistri, e che possono fare leva sulla loro competenza per espandere la propria offerta

- *Erogatori del servizio*, in particolare grossi gruppi di cliniche associate che dispongono della massa critica per poter offrire servizi innovativi (es. carnet esami clinici) e quindi attrarre un maggior numero di clienti

Tuttavia, mentre i primi spesso sono espressione di gruppi assicurativi e difficilmente entreranno in diretta competizione con le case mandanti senza un predeterminato mandato strategico, i secondi operano in particolare a livello locale e possono trovare una spinta all'ingresso nel mercato grazie alla recente impostazione della riforma sanitaria ed alle tecniche di 'capitarizzazione' che recentemente si stanno introducendo in Italia. La 'capitarizzazione' prevede l'erogazione di determinate prestazioni in convenzione a gruppi chiusi di utenti, che possono essere erogate presso una struttura medico ospedaliera o presso una rete di strutture sanitarie organizzate su un territorio più vasto.



3. Un mercato da sviluppare

Fattori demografici e normativi spingono verso un'evoluzione privata dell'assistenza malattia, schiudendo nuove prospettive per un'offerta qualificata di servizi assicurativi. Per chi sappia correttamente interpretare i bisogni espressi da una parte consistente della popolazione vi sono opportunità emergenti e redditizie, a patto di saper:

- strutturare l'offerta in modo innovativo,
- cogliere le esigenze espresse e latenti da parte del target di mercato,
- gestire in modo attivo l'erogazione del servizio e
- utilizzare i canali di vendita oggi disponibili in modo coerente rispetto alla tipologia della propria offerta.

3.1. Il mercato potenziale

Le potenzialità del mercato delle polizze malattia sono notevoli, anche nel breve periodo. Il potenziale può essere stimato considerando:

- clienti malattia con polizze in scadenza tra 1-5 anni
- possessori di polizze collettive non soddisfatti (e pertanto clienti potenziali di polizze individuali)
- non possessori di polizza rispondenti ai requisiti che li qualificano come potenziali clienti:
 - età inferiore ai 65 anni
 - alta propensione al risparmio

Tavola 13. Stima del potenziale di mercato



Totale premi malattia 1.272 ml Euro
Totale clienti malattia 5,4 milioni

Questi potenziali acquirenti rappresentano, rispettivamente il 12%, il 4%, e il 50% dei circa 21,5 milioni di famiglie italiane, per un totale di 14 milioni. Considerando un premio medio di 235 euro², il mercato potenziale delle polizze malattia può dunque essere stimato attorno ai 3.350 milioni di euro (Tavola 13).

Un simile potenziale non è però interamente traducibile in opportunità immediate, ma *può essere circoscritto a sottoinsiemi via via più facilmente attaccabili nel breve periodo.*

In prima approssimazione, possiamo definire il segmento dei "sensibili", ricavato circoscrivendo i potenziali clienti a:

- i possessori di polizze in scadenza tra 1-5 anni *che dichiarano di volere rinnovare la polizza* (7% del totale)
- i non possessori di polizza *che conoscono le caratteristiche delle polizze malattia* (9,5%)
- i possessori di polizze collettive *non soddisfatti* (4%)

Così facendo, il mercato potenziale viene ridimensionato a 1.550 milioni di euro circa. È ovvio, d'altra parte, che quello dei "sensibili" rappresenta un target più realistico rispetto al potenziale già definito.

Un criterio ancor più selettivo ci consente poi di determinare il mercato degli "aggredibili a breve". Fermi restando i possessori di polizze collettive non soddisfatti, questo, includerà, del precedente sottoinsieme:

- coloro che dichiarano di voler rinnovare la propria polizza *e di non essere fedeli alla compagnia di appartenenza* (1% del totale);
- coloro che conoscono le polizze malattia *ed intendono acquistarne una a breve* (1%);

Nel suo insieme, il mercato degli "aggredibili a breve" può essere stimato attorno ai 325 milioni di euro (Tavola 14).

Tradotto in termini di profittabilità, un simile mercato rappresenta un potenziale stimabile tra i 10 e i 30 milioni di euro di utile netto (corrispondente ad un risultato tecnico di rispettivamente 15 e 40 milioni di euro) calcolato applicando i tassi di redditività delle Compagnie specializzate nel ramo al totale raccolta premi potenziale individuato.

² Calcolato come rapporto tra il valore del mercato (1.272 milioni di euro) e il numero di polizze (5,4 milioni) nel 2000.

Tavola 14. Stima del potenziale di mercato "aggredibile a breve"



3.2. I fattori critici di successo

Per cogliere le significative opportunità di sviluppo che il mercato malattia offre, un'iniziativa di successo dovrà tenere conto di diversi principi guida:

- Gestione attiva del processo di erogazione del servizio (dall'insorgere del bisogno alla liquidazione del sinistro) attraverso le tecniche del Managed Care
- Attenta politica di convenzionamento
- Accentuazione della spinta commerciale sia attraverso i canali tradizionali che quelli alternativi
- Progettazione di prodotto che tenga in considerazione le principali tematiche emergenti

3.2.1. Il controllo dei sinistri: intervento diretto e incentivi finanziari

Il controllo del processo di erogazione del servizio sanitario risponde all'esigenza, per la compagnia assicurativa, di ridurre il corrispondente valore del sinistro.

Il controllo può essere effettuato in due modi:

- attraverso un intervento diretto nell'operatività delle strutture convenzionate
- attraverso l'utilizzo di incentivi finanziari.

Entrambi hanno come obiettivo l'adozione, da parte delle strutture convenzionate, dei percorsi terapeutici più efficienti, direttamente (il primo) o indirettamente (il secondo).

Un esempio tipico di intervento diretto è il coinvolgimento nel rapporto medico-paziente di tecnici responsabili nominati dalla Compagnia, fino alla partecipazione in alcune decisioni chiave relative al trattamento sanitario. Queste possono includere:

- l'approvazione per le cure più costose
- l'indicazione del reparto di assistenza (unità di riabilitazione vs. struttura di lungodegenza)
- la revisione, a posteriori, del protocollo di cura
- la gestione preventiva dei casi più rischiosi per evitare interventi costosi (" high risk case management")

Un altro modo di gestire attivamente l'erogazione del servizio è attraverso la *definizione di "guidelines" terapeutiche*, e cioè attraverso la predisposizione di protocolli terapeutici fondati su Best Practice, che dovrebbero essere utilizzati sia in fase di apertura della pratica come raccomandazione sia in fase di revisione dei costi.

Infine, è possibile intervenire coinvolgendo attivamente nella gestione gli stessi medici delle strutture convenzionate. In questi casi al medico di riferimento è attribuita la responsabilità di coordinamento dell'intero ciclo terapeutico e/o di ammissibilità delle cure e si utilizzano incentivi finanziari per spingere questi a contenere i costi.

Gli incentivi finanziari, inoltre, permettono alle compagnie assicurative un controllo indiretto sugli esborsi, in quanto fanno leva su un incremento dei margini per i fornitori a fronte di maggiori efficienze. La presenza (e l'efficacia) di tali incentivi sono implicite nelle formule di rimborso che regolano i rapporti tra assicurazioni e strutture convenzionate.

Dal tradizionale "*Fee For Service*" (FFS), ovvero rimborso a posteriori, che non presenta di fatto alcun incentivo per la struttura convenzionata a contenere i costi, forme crescenti di incentivi sono presenti, rispettivamente, nella formula "*Discounted FFS with withhold*", che consiste in un rimborso a posteriori scontato del 10-20% e che prevede un "bonus" di fine anno sulla base del rispetto dei budget, nella formula "*Diagnosis Related Group*" (DRG), che fissa il rimborso ad un ammontare prestabilito per patologia, ed, infine, nella formula cosiddetta di "*Full Capitation*", che prevede un rimborso fisso annuo sulla base della popolazione assicurata.

Quest'ultima, all'opposto della "*Fee For Service*", rappresenta in generale la formula più vantaggiosa per la compagnia assicurativa, in quanto sposta la totalità del rischio sul fornitore, che ha quindi il massimo incentivo a contenere gli esborsi (sono comunque previste correzioni a fine anno in caso di forti scostamenti).

Per quanto ancora scarse, anche in Italia cominciano ad essere introdotte le prime forme di Managed Care. Una formula, già adottata da alcune compagnie, prevede, nei casi in cui il cliente si serva di strutture esterne al network convenzionato, un rimborso sulla base di un nomenclatore di circa 2.600 voci che predetermina il costo. In un altro caso è stato introdotto uno strumento di controllo operativo basato sulla definizione dei percorsi diagnostici, che descrivono visite ed esami da compiere, ed al quale i medici dei centri convenzionati si devono attenere.

3.2.2. Le politiche di convenzionamento

Il convenzionamento delle cliniche deve essere fatto seguendo principi ben precisi e non con il solo fine commerciale di propagandare "affiliazioni famose". Più precisamente, la politica di convenzionamento risulterà efficace se impostata perseguendo i seguenti obiettivi:

- Convogliare flussi significativi sui centri convenzionati per ottenere tariffe agevolate;
- Instaurare ed intrattenere rapporti stretti e continuativi con le cliniche per controllare la congruità delle prestazioni mediche;
- Essere in grado di consigliare i clienti sui centri più idonei e non limitarsi a controllare e "pagare il conto".

Le modalità di convenzionamento dovrebbero poi adeguarsi al tipo di prestazione erogata. Più esattamente, quanto minore è la complessità di quest'ultima, tanto minore sarà il grado di specializzazione richiesta alla clinica, mentre aumenterà il carico di lavoro, in virtù della maggiore frequenza degli interventi richiesti. Di conseguenza, se le prestazioni quali "esami clinici semplici" richiedono una capillare presenza di strutture convenzionate sul territorio, interventi via via più complessi, quali "esami clinici complessi", e "interventi ordinari" avranno idealmente una diffusione limitata ai grandi centri o addirittura solo regionale (in particolare per quanto riguarda i secondi), fino a limitarsi, nel caso dei "grandi interventi", a poche cliniche convenzionate a livello italiano o europeo.

3.2.3. Il rafforzamento della spinta commerciale

La tecnica di commercializzazione delle polizze malattia attualmente utilizzata lascia ampi spazi per un approccio più aggressivo, generalmente realizzabile attraverso tre tipi di intervento.

In primo luogo un rafforzamento del presidio commerciale, da intendersi più che altro come estensione dell'attuale mix distributivo a canali alternativi e finora scarsamente utilizzati, quali banche, poste, ecc.

Un secondo fronte di intervento è rappresentato dal training della forza vendita, reso necessario dal fatto che ad oggi molti agenti non hanno sufficiente conoscenza dei prodotti malattia che promuovono, ed in particolare del loro utilizzo.

Terzo, infine, l'azione commerciale potrà risultare più efficace se supportata dall'utilizzo di strumenti di Sales Force Automation. Esempi di questi strumenti includono:

- selezione di liste di clienti target
- call center per fissare appuntamenti
- pianificazione dell'agenda dei venditori
- modelli di informazione della copertura del SSN sulla base del profilo familiare

Il rafforzamento commerciale deve essere coerente con una strategia che tenga conto di tre principali fattori:

- il modello di business della compagnia
- la tipologia del prodotto trattato (individuali semplici, individuali complesse, e polizze collettive)
- la tipologia del cliente e la relativa densità geografica nelle zone considerate target

La tipologia del cliente oggetto dell'offerta (utilizzatore finale vs. cliente business) impone già una prima scelta di canale. Se, infatti, il cliente rientra nella categoria "business" (imprese, associazioni, ecc.), la vendita andrà gestita attraverso un "key account", figura commerciale in grado di rispondere ai requisiti di: a) conoscenza tecnica del prodotto; b) capacità relazionale di alto livello; c) capacità di customizzazione dell'offerta.

Nel caso, invece, in cui l'offerta sia rivolta all'utilizzatore finale, l'approccio dovrà essere definito in funzione della complessità del prodotto, ovvero a seconda che si tratti di individuali semplici, individuali complesse, o polizze collettive.

La Tavola 15 illustra i diversi canali utilizzabili per ciascuna tipologia di prodotto. Come è possibile osservare, quanto più è complesso il prodotto tanto più le scelte saranno limitate ad un numero ristretto di opzioni. La vendita delle polizze collettive, che rappresentano la tipologia di prodotto più complessa, predilige il canale distributivo costituito da "key account", "broker", e "grandi agenzie", mentre all'estremo opposto le polizze individuali semplici sono commercializzabili attraverso tutti gli altri canali. In via intermedia si collocano le polizze individuali complesse, che si prestano ad essere vendute attraverso tutti i canali in cui sia disponibile un'assistenza personalizzata diretta, sia non troppo 'esclusiva come quella fornita dal 'key account'.

Tavola 15. Canali in base alla complessità dei prodotti

	Canale	Modalità / Organizzazione	Collettive	Individuali complesse	Individuali semplici
Tradizionali	Diretto	- Key account	✓		
		- Internet		Da approfondire	✓
		- Telefonico			✓
		- Televendita			✓
	Intermediato	- Broker	✓	✓	
		- Agente	Grandi agenzie	✓	✓
- Reti non professionali			✓	✓	
Alternativi	Alto traffico	- Corner di vendita			✓
		- Agenzie in shopping center		✓	✓
		- Postazioni Internet/informative			✓
		- Intranet aziendali			✓
	Specializzato	- Farmacie		✓	✓
		- Cliniche private		✓	✓
	Co-marketing	- Carte di credito, Banche, ...		Da approfondire	✓

All'estero, soprattutto là dove il mercato malattia è più evoluto, i canali innovativi sono molto più utilizzati: per citare due esempi, su quello tedesco la DKV (Gruppo ERGO) vende online polizze malattia integrative dell'assicurazione statale, l'American Express utilizza il telemarketing per la promozione di una diaria.

3.2.4. La progettazione di prodotto

La progettazione di prodotto deve ovviamente seguire quelle che sono le principali tematiche emergenti nel mercato, considerando i motivi per i quali vengono acquistate le polizze malattia. A questo proposito, da uno studio effettuato da Databank³ emerge che tre quarti circa della copertura sanitaria viene acquistata per fare fronte a tre principali ordini di esigenze:

- copertura di spese sanitarie elevate (31% della spesa totale)
- motivi legati al lavoro (lavoratori autonomi) (22%)
- integrazione della copertura del SSN (21%)

Un secondo tema da considerare riguarda poi le tipologie di polizze acquistate, che per adesso sembrano ricadere prevalentemente nelle categorie tradizionali:

- completa (66%)
- integrativa (13%)
- grandi interventi (12%)

È interessante notare una crescente sensibilizzazione alla copertura per non autosufficienza, evidenziata, da un lato, dall'elevato tasso di gradimento (80%) espresso da chi già dispone di una copertura " Long term care", e dall'altro lato dall'alta percentuale della popolazione che mostra verso questo tipo di polizza un interesse informativo (38%).

Un'ultima importante considerazione è relativa alla disponibilità di spesa enunciata dalla potenziale clientela. A questo riguardo emerge che la propensione al pagamento di premi più elevati proviene da coloro che già conoscono la copertura assicurativa malattia: più della metà (58%) è disposto a pagare oltre 250 euro, più di un terzo (35%) è disposto a spendere più di 500 euro, e l'8% fino a più di 1000 euro. Si tratta di importi pur sempre limitati ma già superiori all'attuale media di premio per assicurato.

³ Il mercato delle Polizze Malattia in Italia, 2000

4. Conclusioni e servizi del Gruppo Münchener Rück

In sintesi, il comparto dell'assicurazione malattia in Italia presenta una serie di opportunità che possono tradursi in un business proficuo sia dal punto di vista delle dimensioni che da quello della sostenibilità economica.

Per quanto concerne il primo aspetto è stato evidenziato che:

- il mercato attuale è altamente sottodimensionato rispetto alle sue reali potenzialità
- l'evoluzione del quadro socio-demografico del paese sembra favorire un ulteriore significativo incremento della domanda

L'attuale sottodimensionamento del mercato, evidente dallo scarso livello di intermediazione della spesa sanitaria privata (6% circa del totale), è stimabile nell'ordine di 325 milioni di euro di immediato potenziale realizzo e 3.350 milioni di euro in un'ottica più di medio-lungo termine.

Per poter essere " monetizzato", un simile potenziale mercato richiede però un approccio sostanzialmente diverso da quello attualmente adottato dalla maggior parte degli operatori. La commercializzazione può essere più aggressiva ed efficace di quanto non sia oggi. Questo implica innanzitutto una maggiore focalizzazione sui prodotti malattia nel processo di vendita, possibile però solo se chi vende le polizze ha di esse la necessaria conoscenza. In secondo luogo, esistono notevoli opportunità per aumentare la penetrazione di mercato attraverso l'ampliamento del tradizionale mix distributivo a " nuovi" canali. Queste, ricordiamo, saranno tanto più ampie quanto più semplici sono i prodotti da commercializzare. Terzo, un opportuno utilizzo degli strumenti della Sales Force Automation può sensibilmente snellire e quindi rendere più efficiente ed efficace il processo di vendita.

Oltre alla distribuzione, un'area di potenziale miglioramento è senza dubbio quella del prodotto. Ad oggi, come abbiamo potuto vedere, l'offerta di polizze malattia rimane piuttosto omogenea, con scarsi " slanci" di innovatività e differenziazione. Questa " omogeneizzazione nell'offerta" apre importanti opportunità alle compagnie in grado di sviluppare un'offerta che sia al tempo stesso ampia, innovativa e sensibile alle mutanti esigenze e preferenze del mercato.

L'altra grande opportunità di sviluppo del mercato delle polizze malattia è rappresentata dall'indotto del prevedibile aumento della domanda di servizi sanitari privati, risultante dall'evoluzione del quadro socio-demografico del paese. A questo riguardo, l'analisi condotta ha dimostrato che:

- la popolazione sta invecchiando e, di conseguenza, è in crescita il numero dei potenziali utenti di servizi sanitari, in particolare dei non autosufficienti
- il contesto familiare sta evolvendo, da un lato, verso nuclei familiari anziani sempre più ridotti, che accentuano il bisogno di assistenza, e dall'altro, verso un sempre maggiore coinvolgimento della donna in attività produttive, che contribuisce a trasformare tale bisogno in reale domanda
- a livello politico-normativo, è già in essere un ridimensionamento dell'offerta del servizio pubblico, che presumibilmente sarà accentuato dall'attuale governo.

Anche sul fronte della redditività le potenzialità sono buone. Già oggi, nonostante i conti del ramo malattia siano complessivamente in "rosso" a causa delle perdite dei principali operatori, la maggioranza degli operatori registra un buono stato di salute. Tra questi, si distinguono le iniziative caratterizzate da un'attenta gestione del ramo, che emerge pertanto come un importante spinta alla redditività.

Nel prossimo futuro, ulteriori opportunità sono individuabili nell'applicazione degli strumenti del Managed Care, ancora poco diffusi in Italia, ma di indubbia valenza nel contenimento degli esborsi, e nell'adozione di politiche di convenzionamento che sappiano combinare qualità delle prestazioni e livello di servizio ad efficienza e controllo dei costi. Simili approcci consentono di aumentare la redditività del ramo attraverso un maggiore controllo, diretto ed indiretto, delle attività delle strutture convenzionate.

Il **Gruppo Münchener Rück** sarà lieto di intraprendere con le compagnie interessate un percorso di analisi e di studio per la realizzazione di nuove iniziative nel ramo malattia, od anche per riformare gli attuali assetti di mix prodotti/canali di vendita.

Grazie all'esperienza acquisita nel mercato tedesco e in altri importanti mercati evoluti all'interno dell'Unione Europea, ed alla presenza in tutti i mercati mondiali direttamente e attraverso le Aziende di Gruppo, potranno essere affrontati tutti gli argomenti di attualità in Italia per la riformulazione di strategie di mercato, senza trascurare l'adeguato supporto riassicurativo necessario. Le compagnie possono contattare i loro interlocutori della Münchener Rück Italia per ulteriori informazioni in merito.

ELENCO DELLE TAVOLE

Tavola 1	Grado di soddisfazione del SSN vs Strutture Private	Pagina 5
Tavola 2	Situazione ospedaliera italiana	Pagina 6
Tavola 3	Segmentazione del settore sanità in base ai flussi finanziari	Pagina 8
Tavola 4	Aumento della popolazione per fasce d'età	Pagina 11
Tavola 5	Esigenze sanitarie per fasce d'età	Pagina 12
Tavola 6	Scomposizione della popolazione anziana per fasce d'età e contesto familiare	Pagina 13
Tavola 7	Il mercato delle polizze malattia in Italia	Pagina 15
Tavola 8	Confronto dimensione vs profittabilità per ramo Malattia	Pagina 16
Tavola 9	Correlazione tra andamento tecnico e spese di gestione per le compagnie con risultato tecnico > 0	Pagina 17
Tavola 10	Incidenza dei costi di gestione sul saldo tecnico	Pagina 18
Tavola 11	Polizze malattia: ripartizione della raccolta premi per canale distributivo	Pagina 20
Tavola 12	Analisi economica di due compagnie specializzate	Pagina 21
Tavola 13	Stima del potenziale di mercato	Pagina 25
Tavola 14	Stima del potenziale di mercato "aggredibile a breve"	Pagina 27
Tavola 15	Canali in base alla complessità dei prodotti	Pagina 30

- 1999 Letture 1 - L'assicurazione sul Lavoro in Italia: situazione attuale e prospettive future
- 2000 Letture 2 - 29 settembre 1 ottobre 1999 Simposio sulla riassicurazione per il mercato italiano
- 2000 Letture 3 - L'assicurazione Vita I rischi altamente selezionati
- 2000 Letture 4 - Il mercato assicurativo nel ramo auto rischi diversi Considerazioni sui sistemi antifurto
- 2001 Letture 5 - I possibili interventi per contenere il costo dei ricambi auto per le assicurazioni
- 2001 Letture 6 - Agricoltura Gestione del rischio
- 2001 Letture 7 - Alluvione Un modello di valutazione del rischio

© Maggio 2002

Münchener Rück Italia S.p.A.

Sede:
C.so Venezia 48
I-20121 Milano
Telefono: +39 0276416.1
Telefax: +39 0276416900
<http://www.munichre.it>
e-mail: mritalia@munichre.com



Sede:
Via Leopardi 32
I-20123 Milano
Telefono: +39 0248548.1
Telefax: +39 0248009010
<http://www.valuepartners.it>
e-mail: info@valuepartners.com

