



sigma

N° 6/2007

Il settore sanitario: diagnosi dello stato della sanità e del settore globale dell'assicurazione malattia privata

- 3 In breve
- 5 Introduzione
- 6 Offerta e domanda di sanità
- 11 Il finanziamento della sanità
- 19 Tendenze globali nell'assicurazione sanitaria privata
- 27 Come gestire l'assicurazione sanitaria privata in modo redditizio
- 39 Conclusioni

Publicato da:
Swiss Reinsurance Company
Economic Research & Consulting
Casella postale
8022 Zurigo
Svizzera

Telefono +41 43 285 2551
Fax +41 43 285 4749
E-mail: sigma@swissre.com

Ufficio a New York:
55 East 52nd Street
40th Floor
New York, NY 10055

Telefono +1 212 317 5135
Fax +1 212 317 5455

Ufficio a Hong Kong:
18 Harbour Road, Wanchai
Central Plaza, 61st Floor
Hong Kong, SAR

Telefono +852 2582 5691
Fax +852 2511 6603

Autori:
Dr. Lukas Steinmann
Telefono +41 43 285 4687

Dr. Raymond Yeung
Telefono +852 2582 5693

Redattore:
Thomas Hess
Telefono +41 43 285 2297

Coredattore *sigma*:
Dr. Brian Rogers
Telefono +41 43 285 2733

Responsabile della serie *sigma*:
Thomas Hess, responsabile
Economic Research & Consulting.

Questo numero di *sigma* è stato concluso il 16 novembre 2007.

sigma è disponibile in inglese (lingua originale), tedesco, francese, italiano, spagnolo, cinese e giapponese.

sigma è disponibile anche sul sito di Swiss Re: www.swissre.com/sigma

La versione internet può contenere informazioni lievemente aggiornate.

Traduzione:
CLS Communication

Progetto grafico e produzione:
Swiss Re Logistics/Media Production

© 2007
Swiss Reinsurance Company
Tutti i diritti riservati.

Tutti i dati contenuti nel presente numero di *sigma* sono protetti dal copyright e tutti i diritti sono riservati. I dati possono essere utilizzati a scopi privati ed interni, a condizione che non siano stati rimossi i riferimenti di diritto del copyright e della proprietà. Non è permessa la riutilizzazione elettronica dei dati pubblicati su *sigma*.

La riproduzione integrale o parziale o l'utilizzo per scopi pubblici sono autorizzati solo con citazione della fonte "Swiss Re, *sigma* n° 6/2007" e previa autorizzazione scritta da parte di Swiss Re Economic Research & Consulting. Sarà gradito l'invio di una copia.

Sebbene tutte le informazioni utilizzate nel presente studio provengano da fonti attendibili, Swiss Reinsurance Company non garantisce l'esattezza e la completezza dei dati. Il contenuto di questo studio si intende per scopi puramente informativi e Swiss Re declina qualsiasi responsabilità legale in relazione alle informazioni riportate, né assume alcuna posizione in merito.

Quello sanitario è uno dei settori più fortemente regolamentati al mondo, anche se in pratica i sistemi sanitari non hanno nulla in comune tra loro.

I costi sono soggetti a un andamento di natura dinamica, e gli assicuratori malattia non hanno i mezzi per controllarne l'aumento.

L'allineamento degli interessi è fondamentale ai fini del successo.

Nel mondo, ogni anno per la sanità vengono spesi 5 mila miliardi di dollari, pari a un dollaro ogni dieci guadagnati. Considerando che ci si attende un aumento della domanda più rapido rispetto alla crescita economica, il finanziamento al settore sanitario diventerà una sfida importante sia per i politici che per i singoli cittadini.

Per il settore privato, questo quadro può offrire numerose potenziali opportunità. Per rispondere a questa situazione, la comunità assicurativa deve mettere a punto nuove strategie per gestire il settore sanitario in maniera redditizia e sostenibile. Si tratta di una sfida importante, dal momento che i mercati della sanità e delle assicurazioni malattia sono severamente regolamentati, così come lo sono molti dei settori a monte, ad esempio il settore della tecnologia medica e quello farmaceutico. Inoltre, i sistemi sanitari sono pesantemente influenzati da fattori istituzionali, culturali ed economici. Per i player globali, la disuguaglianza dei sistemi sanitari nel mondo complica ulteriormente la missione. Pertanto è fondamentale, prima di dare il via alla vendita delle polizze, che gli assicuratori acquisiscano le conoscenze del mercato locale e abbiano una comprensione approfondita del funzionamento delle infrastrutture dei singoli paesi. Il tempo, l'impegno e gli investimenti richiesti possono essere notevoli.

Poiché i vari gruppi d'interesse, ovvero gli stakeholder, hanno spesso interessi opposti, l'assicurazione malattia può diventare un settore complesso e difficile da gestire. Tradizionalmente, un assicuratore malattia ha un'influenza limitata nel momento in cui i costi iniziano ad aumentare, cioè nel momento in cui iniziano i percorsi terapeutici. Inoltre, la gestione dei sinistri è resa più complicata da una molteplicità di fattori. Ad esempio, i fornitori di servizi medici hanno un vantaggio di natura informativa rispetto agli assicuratori e spesso i pazienti sono restii a sottoporsi a trattamenti standard. Tuttavia, è diventato sempre più importante per gli assicuratori garantire una gestione agevole dei sinistri. Gli assicuratori trovano difficile soddisfare le attese di tutti coloro che sono coinvolti nella catena del valore.

Alcuni studi hanno dimostrato che la vendita e il marketing, la sottoscrizione e l'amministrazione richiedono una gestione efficiente ed efficace. Gli assicuratori devono inoltre prevedere i cambiamenti di natura normativa, di mercato e medici, tenendo conto dei più recenti sviluppi in sede di progettazione, sottoscrizione e amministrazione dei loro prodotti. Inoltre, gli assicuratori devono trovare modalità per organizzare e gestire al meglio il processo medico, identificando un punto di equilibrio tra un'assistenza efficiente in termini di costi e un'adeguata scelta di opzioni terapeutiche per i pazienti. Pertanto, l'assicurazione sanitaria è molto più di una semplice protezione finanziaria; comprende la progettazione e l'acquisto di prodotti medici che soddisfino le esigenze degli assicurati in relazione al loro asset più prezioso, la loro salute.

Per un assicuratore è fondamentale allineare gli interessi di tutte le parti coinvolte. Sul lato della domanda, tale obiettivo può essere conseguito tramite la progettazione del prodotto, ad esempio con un valido mix di franchigie, quote a carico dell'assicurato e premi interessanti. Sul lato dell'offerta ci si arriva proponendo una gestione di rete. In taluni casi si è assistito a un'integrazione verticale da parte degli assicuratori, che hanno acquisito partecipazioni nei loro fornitori a monte. Questa tendenza è verosimilmente destinata a durare.

Si prevede che gli esistenti sistemi sanitari autosufficienti di tutto il mondo diventeranno più aperti e vadano nel senso di una maggiore liberalizzazione. Pertanto, il potenziale di mercato per gli assicuratori malattia sarà notevole. Ciò impone tuttavia che il settore assicurativo potenzi il proprio know-how, crei partnership affidabili con i principali gruppi d'interesse della catena del valore e proponga soluzioni innovative. Le società che sapranno operare al meglio in tale direzione saranno quelle con maggiori possibilità di prosperare in futuro.

Le carenze dei sistemi sanitari sono uno degli elementi di massima preoccupazione in tutto il mondo.

Ogni anno le star e il mondo del cinema si ritrovano a Cannes in occasione dell'annuale festival cinematografico. Anche se vengono proiettate e sottoposte all'attenzione della critica numerose pellicole, nell'edizione 2007 un'attenzione speciale è stata dedicata a un film il cui soggetto rappresenta un grattacapo praticamente per tutti i governi del mondo. La prima di *Sicko*, il controverso documentario del regista Michael Moore sulle carenze del sistema sanitario statunitense, ha scatenato una forte reazione nei 2000 spettatori presenti alla proiezione.

Il fatto che il 15% degli americani sia privo di assicurazione sanitaria è da decenni argomento di discussione. Tuttavia, le problematiche legate alla riforma del sistema sanitario riguardano non solo gli Stati Uniti, ma i policymaker di tutto il mondo. Nei paesi in cui i governi gestiscono direttamente i sistemi sanitari o i programmi di assicurazione sanitaria, i policymaker stanno studiando nuove soluzioni per il miglioramento del sistema. In molti mercati in via di sviluppo, come la Cina e l'India, una percentuale importante della popolazione, soprattutto nelle aree rurali, non ha alcuna assicurazione sanitaria e si trova a pagare personalmente per l'assistenza medica, spesso in momenti in cui i propri guadagni sono a rischio ed è richiesta una maggiore disponibilità in contanti.

I vantaggi di una copertura sanitaria universale sono palesi.

L'assicurazione malattia è utile in quanto dà sicurezza, tramite il pagamento anticipato, e limita l'impatto finanziario di una catastrofe medica. Inoltre, l'accesso all'assicurazione malattia migliora la salute generale del singolo. In caso di malattia rende possibile un trattamento immediato e accelera il recupero della buona forma fisica. L'assicurazione malattia, tuttavia, non solo riduce i rischi nel tempo, ma anche a livello di società. Ciò può avere un effetto positivo su coloro che non sarebbero in grado né disposti ad acquistare un'assicurazione. Tutti concordano che i programmi prepagati di risk pooling siano l'approccio preferenziale per finanziare la spesa sanitaria.

Il quesito chiave sta nel come fondere i piani del settore privato con quelli a gestione pubblica.

La domanda chiave non è quindi di capire se l'assicurazione sanitaria deve essere organizzata, ma *come* deve essere organizzata. Negli anni recenti sono cresciuti i consensi favorevoli a consentire alle forze del mercato di soddisfare le esigenze di finanziamento della sanità. Indipendentemente dal livello di finanziamento e di raffinatezza dei programmi finanziati dallo stato, molti ritengono che gli istinti commerciali e la cultura della performance del settore assicurativo possano offrire alternative promettenti per alleviare la pressione di finanziamento cui sono sottoposti i sistemi nazionali delle nazioni sviluppate. Allo stesso modo, alcuni sostengono che gli assicuratori privati siano meglio attrezzati per fornire soluzioni che consentano ai paesi in via di sviluppo di organizzare i loro programmi di finanziamento sanitario. La questione politica verte quindi su come il settore privato può contribuire al miglioramento dei sistemi sanitari e, al tempo stesso, incassare utili.

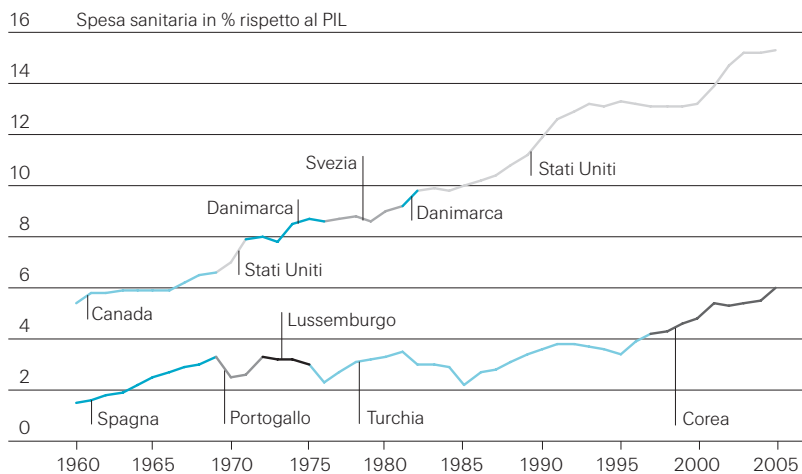
Questo *sigma* rappresenta un tentativo di prendere in esame i più recenti sviluppi nell'assicurazione sanitaria. In particolare si sottolinea il ruolo dell'assicurazione sanitaria privata nel finanziamento della sanità. Vengono altresì esaminate le tendenze attuali nel settore dell'assicurazione malattia e le migliori prassi di mercato. Tuttavia, prima di affrontare questi argomenti è utile approfondire gli aspetti di offerta e domanda di sanità, nonché di finanziamento.

Aumento dei costi sanitari e driver di costo

La spesa sanitaria cresce più velocemente dell'economia.

Nella maggioranza dei paesi, negli ultimi decenni le spese sanitarie sono cresciute più rapidamente del prodotto interno lordo (PIL). Nel corso degli anni '60 la spesa sanitaria nei paesi dell'OCSE ha rappresentato una percentuale compresa tra l'1,5% in Spagna e il 5,4% in Canada. Oggi tale percentuale rispetto al PIL è salita al 15% circa negli USA, all'11% in Svizzera e al 10% in Francia, senza che si ravvisi alcun segnale di imminente flessione. Si ritiene che negli Stati Uniti la spesa sanitaria toccherà il 20% del PIL entro il 2016.¹ Ma la spesa sanitaria aumenta anche nei mercati emergenti. In Cina, paese in cui l'economia ha fatto registrare una crescita a due cifre, tra il 1998 e il 2004 la spesa sanitaria nazionale è raddoppiata.

Grafico 1
La spesa sanitaria espressa in % del PIL, paesi OCSE che definiscono la fascia di spesa superiore e inferiore, 1960-2005

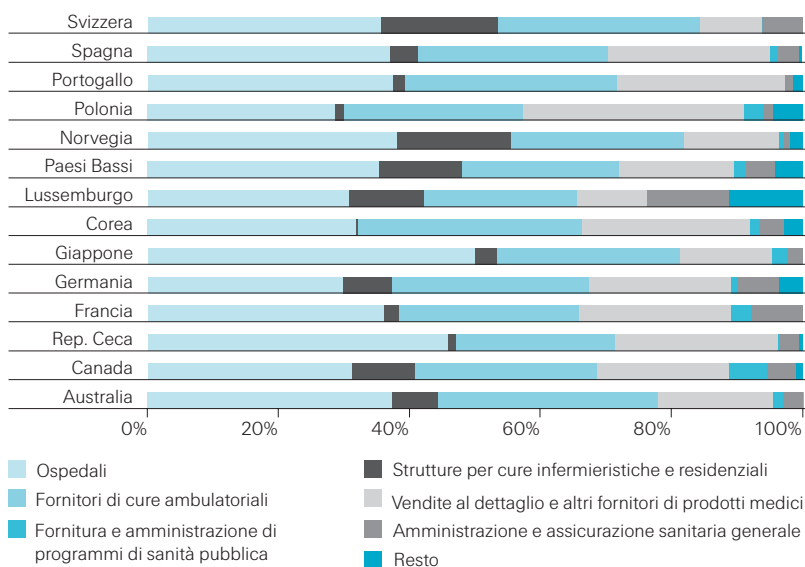


¹ Poisal, J. A. et al. (2007), *Health Spending Projections Through 2016: Modest Changes Obscure Part D's Impact*, *Health Affairs*, 26(2), 242-253.

Nei paesi sviluppati gran parte della spesa sanitaria è riconducibile a ospedali e cure ambulatoriali.

È possibile confrontare la composizione della spesa sanitaria per paese facendo riferimento al Sistema di conti sanitari dell'OCSE o ai Conti sanitari nazionali dell'OMS (cfr. grafico 2). Sulla base del primo, si può affermare che gran parte della spesa sanitaria è prodotta da ospedali o da strutture sanitarie ambulatoriali, seguito dalle vendite al dettaglio e dai fornitori di altri prodotti medici, ad esempio fornitori di prodotti farmaceutici, ausili per l'udito e per la vista, ecc.

Grafico 2
Spesa sanitaria per fornitore

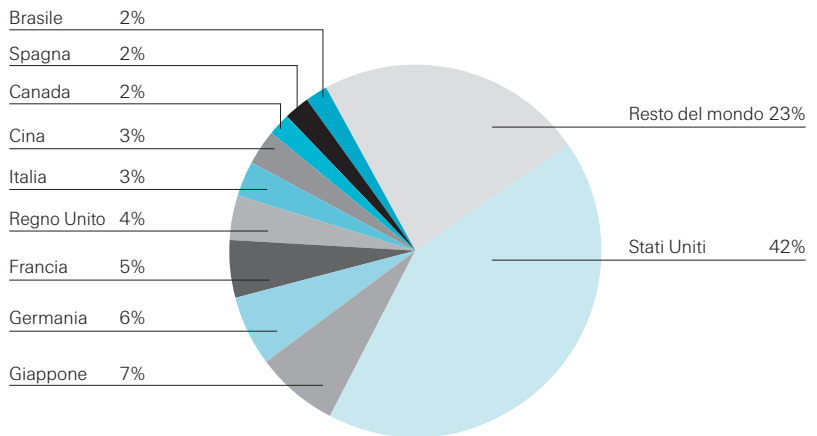


Fonte: OCSE

La domanda è spinta dalla forte attenzione alla salute che va di pari passo con l'aumento della ricchezza.

L'aumento della spesa sanitaria riflette il desiderio, da parte dei cittadini, di migliorare il proprio stato sanitario e la qualità di vita. Con l'aumento del potere d'acquisto e della ricchezza economica, i cittadini e i governi sono maggiormente disponibili ad aumentare il budget destinato alla salute. Questo aumento della domanda trova riscontro nella definizione di salute. Nel 1946, l'OMS definiva la salute "uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia", una definizione modificata per inserire anche la capacità di "condurre una vita produttiva sotto il profilo personale, sociale ed economico". Questa definizione molto ampia, assieme al miglioramento degli standard di vita, ha stimolato la domanda di prodotti sanitari e di lifestyle neppure presi in considerazione sino a cent'anni fa. Anche solo qualche decennio fa nessuno avrebbe immaginato l'incredibile aumento della domanda di antidepressivi o di interventi di chirurgia plastica.

Grafico 3
Spesa sanitaria totale dei 191 membri dell'OMS nel 2007, 5 mila miliardi di USD



Nota: stime sulla base dei dati dei Conti sanitari nazionali 2004 dell'OMS e del PIL mondiale FMI 2007. Sono indicate le 10 principali economie con sistemi sanitari.

Fonte: Swiss Re Economic Research & Consulting

Sul lato dell'offerta, i progressi della tecnologia e delle infrastrutture mediche rappresentano driver importanti.

La domanda di cure sanitarie può essere soddisfatta solo tramite la disponibilità di tecnologie e di strutture idonee. Grazie ai progressi tecnologici, ciò che veniva ritenuto impossibile solo qualche decennio fa oggi costituisce la routine. Le aritmie cardiache importanti, tanto per fare un esempio, spesso erano causa di morte improvvisa, mentre nella seconda metà del XX secolo l'impianto di pacemaker è diventato un'operazione di routine, che ha consentito di salvare migliaia di vite. Se è vero che la tecnologia medica fa progressi molto importanti, è anche vero che si assiste a un altrettanto rapido aumento del numero di trattamenti.² Sono migliorati anche i dispositivi medici e la diagnostica. Oggi è possibile diagnosticare un numero di patologie e malattie impensabile in passato. Ciò apre la strada per ulteriori trattamenti e terapie.

La spesa sanitaria in ultima battuta si pone l'obiettivo di migliorare la qualità della vita e la longevità. Ogni singolo successo promuove un'ulteriore domanda di sanità. Ciò significa, ad esempio, che una persona che sopravvive a una malattia grave in futuro richiederà maggiore assistenza sanitaria. Trattandosi di un processo che si autoalimenta, si può dire che nel settore sanitario domanda e offerta sono interdipendenti.

² L'innovazione stessa è stata guidata e influenzata da diversi fattori, interni ed esterni ai sistemi sanitari, ad esempio l'aumentata diffusione dei programmi assicurativi prepagati, che hanno eroso le considerazioni costo-beneficio dei pazienti. Finkelstein (2006) ritiene che lo spread dell'assicurazione malattia nella seconda metà del XX secolo sia stato responsabile per almeno la metà dell'aumento della spesa sanitaria pro capite.

Numerosi fattori fanno lievitare i costi sanitari. I più importanti sono: preferenze in ambito medico-sanitario, progresso della tecnologia medica, stile di vita scorretto, medicalizzazione e – in una certa misura – fattori di ordine demografico.

L'aumento della domanda di sanità ha portato a un forte aumento dei costi sanitari. La medicalizzazione, cioè il processo in virtù del quale i problemi comportamentali vengono definiti e trattati come patologie mediche, ma anche la medicina difensiva, un meccanismo di tutela contro possibili azioni legali nei confronti dei medici per negligenza, hanno altresì contribuito significativamente all'aumento dei costi sanitari. La scelta di uno stile di vita scorretto e l'invecchiamento della popolazione hanno ugualmente contribuito all'aumento della spesa sanitaria. Molti studi sono giunti alla conclusione che l'aumento dell'aspettativa di vita ha avuto un impatto limitato sulla crescita della spesa sanitaria.

Considerando questi driver di costo, è probabile che in futuro si renda necessaria una quota ancora maggiore del PIL per coprire la spesa sanitaria. Tuttavia, poiché la sanità si trova a competere con altre spese private e pubbliche, quali tempo libero, istruzione, investimenti in infrastrutture, accantonamenti pensionistici, ecc., l'acquisizione dei necessari fondi diventerà una sfida.

Considerando che molti dei driver di costo sono correlati agli sviluppi globali, come il progresso economico e la diffusione, su scala mondiale, di nuove tecnologie (mediche), è probabile che i paesi con economie e sistemi sanitari meno sviluppati cercheranno di recuperare il proprio svantaggio. I costi sanitari non solo aumenteranno, ma convergeranno, almeno sino a una certa misura.

La sanità: un servizio individuale

La sanità è un processo complesso, che coinvolge individui singoli (i pazienti) e numerosi fornitori di servizi.

La tendenza all'aumento della spesa sanitaria è preoccupante, tanto per i policy-maker quanto per i singoli cittadini. Inoltre, il finanziamento e l'erogazione di cure sanitarie pone alcune problematiche delineate di seguito.

Gli acquisti sanitari sono unici e praticamente non sovrapponibili agli acquisti di altri beni e servizi. In primo luogo, i servizi sanitari sono fortemente personalizzati rispetto ai singoli clienti e spesso coinvolgono diversi servizi e fornitori. Gran parte dei trattamenti terapeutici, soprattutto quelli più costosi, si protraggono di solito per settimane, se non addirittura per mesi o anni. Inoltre, possono essere coinvolti, sequenzialmente o contemporaneamente, numerosi fornitori di servizi sanitari. A ciò si aggiunge il fatto che la predisposizione genetica dei pazienti e la loro anamnesi clinica tende a essere eterogenea, se non unica. Sovente la presenza di diverse patologie complica la gestione medica.

La mancanza di coordinamento e di procedure standardizzate si traduce in costi superflui e in una qualità carente.

Raramente prezzo e qualità entrano in competizione tra loro in quanto mancano i dati sulla qualità dell'esito.

L'asimmetria informativa consente ai fornitori di servizi medici di aumentare o indurre la domanda.

La complessità delle prestazioni sanitarie pone una serie di sfide aggiuntive:

- In primo luogo spesso le informazioni non vengono condivise tra le parti coinvolte nel processo terapeutico (ad es. medici di base, specialisti, ospedali, case di cura e assistenza). Se i trattamenti non vengono coordinati si rende necessaria una ripetuta raccolta delle informazioni ogni volta che i pazienti passano ai fornitori successivi, a causa della mancanza di *case management*.
- In secondo luogo tanto i medici quanto i pazienti, seppure in misura limitata, non favoriscono il trattamento standardizzato. Tale approccio standardizzato spesso viola la *libertà clinica* del medico di decidere e somministrare una terapia alternativa. In taluni casi, i fornitori ricorrono alla pratica del *disease management* (gestione integrata della malattia) per ridurre la spesa sanitaria e/o migliorare la qualità di vita dei pazienti con patologie croniche, quali le patologie coronariche, l'insufficienza renale, l'ipertensione, l'insufficienza cardiaca congestiva, l'obesità, il diabete, l'asma, il cancro, l'artrite e la depressione.
- In terzo luogo, i fornitori vengono incentivati a fornire una quantità di servizi maggiore di quanto sarebbe ragionevole attendersi per raggiungere obiettivi diversi dal miglioramento della salute del paziente. Questa *induzione di domanda da parte dell'offerta (supplier-induced demand)* è possibile perché i fornitori di servizi possiedono sempre un vantaggio informativo sugli altri (asimmetria delle informazioni).
- In quarto luogo, considerando che i pazienti richiedono un trattamento terapeutico specifico una sola volta, a loro manca l'esperienza per prendere decisioni ragionate. Inoltre, i dati sui prezzi e sugli esiti non vengono rilevati né valutati sistematicamente. Anche quando sono disponibili, la decisione di un paziente a favore di un fornitore di servizi sanitari piuttosto che di un altro pare essere pesantemente influenzata da fattori diversi dalla qualità e dal prezzo.
- È noto, infine, che i pazienti con copertura assicurativa si comportano diversamente da quelli che ne sono sprovvisti.³ Questo fenomeno viene definito rischio morale (o moral hazard) e si riferisce al fatto che coloro che sono protetti dal rischio tendono a mostrare una minore preoccupazione rispetto alle conseguenze del rischio. In altre parole, ai soggetti con assicurazione malattia mancano spesso gli incentivi a ridurre la probabilità di malattie (cioè *rischio comportamentale ex ante*) oppure, una volta diagnosticata una patologia, desiderano il trattamento terapeutico più ampio e moderno disponibile (cioè *rischio comportamentale ex post*).

Queste situazioni rendono il mercato sanitario straordinariamente vulnerabile nei confronti delle inefficienze. Pertanto, i governi spesso intervengono in quanto percepiscono l'incapacità da parte delle forze di mercato di risolvere tali problematiche. Gli assicuratori privati, d'altro canto, possono risolvere molte di queste problematiche creando nuovi prodotti, applicando nuovi programmi di incentivazione, gestendo i sinistri in maniera efficiente e migliorando i sistemi informatici.

³ Newhouse, J. P. (1996), *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Harvard University Press.

Il finanziamento della sanità

Le modalità organizzative e di finanziamento dei sistemi sanitari varia fortemente da paese a paese. Un ruolo importante rivestono anche i fattori economici, istituzionali, culturali e sociali. Nei paesi in cui i mercati sono organizzati in maniera inadeguata e dove non esistono programmi di governo, i singoli devono provvedere personalmente al finanziamento delle cure sanitarie. Ciò si osserva tuttora in molti paesi in via di sviluppo. Nelle nazioni sviluppate, tuttavia, i governi tendono a costruire un'infrastruttura sanitaria, a creare enti propri di risk pooling o a regolamentare i mercati in maniera tale da rendere disponibili coperture assicurative private.

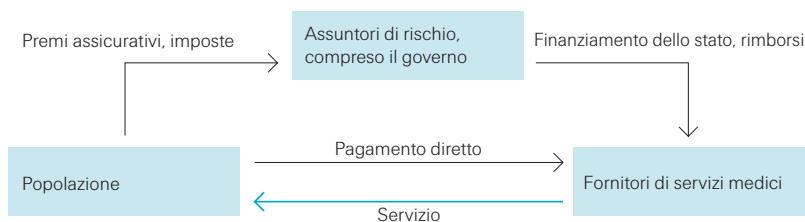
La riduzione della spesa out-of-pocket (OOP) è un obiettivo comune nel finanziamento della sanità.

Evoluzione del finanziamento dell'assicurazione malattia

Il sistema out-of-pocket rappresenta la via più semplice per finanziare la sanità, soprattutto quando si tratta di spese di entità contenuta. Tuttavia, i risparmi personali possono rivelarsi insufficienti per coprire i costi derivanti da terapie molto costose. Inoltre, in taluni casi la malattia riduce la capacità di produrre reddito, dando via così a una spirale infinita. In questi casi, chi è malato deve fare affidamento sui propri famigliari o sui contributi assistenziali. Questo quadro si presenta sovente nei paesi in via di sviluppo. Pertanto, tali paesi sono attivamente impegnati a ridurre la percentuale dei pagamenti OOP. In alcuni paesi, però, si osserva un gap tra situazione normativa e realtà, che rende necessari i pagamenti OOP sottobanco per accedere alle terapie in maniera tempestiva.

In luogo dei pagamenti OOP, molti paesi finanziano la sanità tramite una tassazione generale sul reddito e l'erogazione diretta di assistenza sanitaria pubblica. Questo concetto risale all'Atene del 600 a.C., dove a tutti i cittadini erano garantite cure mediche gratuite. I medici greci erano assunti dallo stato e la sanità era finanziata tramite le tasse. Oggi il sistema sanitario nazionale più importante è il NHS britannico, creato nel 1948.

Grafico 4
Un sistema di finanziamento della spesa sanitaria



Fonte: Swiss Re Economic Research & Consulting

Se da una parte l'erogazione diretta di assistenza sanitaria pubblica può aumentare la solidarietà, dall'altra non è priva di svantaggi. I sistemi pubblici sono caratterizzati da tempi d'attesa lunghi. Inoltre, non è possibile proporre una scelta simile, per profondità e ampiezza, a quella della copertura assicurativa. Anche se nella sanità non esiste una soluzione che vada bene per tutti, la sanità pubblica in particolare tende a non soddisfare in maniera precisa le esigenze e le preferenze dei singoli. Con l'aumentare delle aspettative dei cittadini rispetto a qualità e flessibilità, i governi nei paesi sviluppati hanno riflettuto su come migliorare il sistema, ricorrendo a forme alternative di finanziamento. L'assicurazione malattia che opera una netta distinzione tra la funzione di raccolta dei fondi e l'erogazione di assistenza sanitaria è stata ampiamente presa in considerazione.

Finanziamento tramite assicurazione sanitaria sociale o privata

L'assicurazione sanitaria sociale migliora la copertura a livello di popolazione, ma spesso non propone alternative ed è inefficiente.

L'assicurazione sanitaria moderna è stata introdotta in Germania nel corso del XIX secolo, come programma sociale. Otto von Bismarck fu il primo a rendere obbligatoria per la popolazione lavorativa l'assicurazione sanitaria sociale, che comprendeva una serie di prestazioni, tra cui copertura delle spese mediche, indennità malattia, maternità e prestazioni in caso di morte. Il motivo alla base era che l'assicurazione sanitaria sociale avrebbe avuto un ritorno in termini sociali, nonostante l'elevato costo finanziario.

Oggi, l'assicurazione sanitaria sociale, in termini generali, esiste in numerose forme. Può essere gestita direttamente dai governi o dagli enti di previdenza (ad esempio sistemi in cui le spese sono pagate da un solo ente come Medicare e Medicaid negli Stati Uniti, Medicare in Australia o l'assicurazione nazionale malattia in Giappone e a Taiwan) o tramite i fondi malattia (come avviene ad esempio in Germania e in Svizzera). Oltre ai contributi salariali o ai premi, l'assicurazione sanitaria sociale è finanziata con i fondi pubblici.

L'obiettivo dell'assicurazione sanitaria sociale è di offrire un programma di base accettabile in termini di costi, con un'ampia copertura della popolazione. Tuttavia, spesso tali modelli sono caratterizzati da normative molto severe, che rendono obbligatoria l'assicurazione e/o limitano le scelte disponibili. In un simile regime, la scelta dei programmi deve essere limitata: se prevede un numero eccessivo di scelte, i singoli graviterebbero intorno al programma che riduce i costi a loro carico. In altre parole, i cittadini sani opterebbero per i premi più bassi e acquisterebbero i pacchetti assicurativi più snelli, mentre i cittadini malati dovrebbero scegliere i programmi più ampi, con premi più elevati. In questo modo si produce una segmentazione del rischio che compromette la necessaria solidarietà.

Un dibattito in corso: cos'è l'assicurazione malattia privata?

Non vi è una sola definizione dell'assicurazione malattia privata. In funzione del contesto vengono utilizzati diversi criteri per classificare la natura dei diversi programmi di assicurazione sanitaria. I più comuni sono:

- il livello di scelta, ovvero assicurazione volontaria od obbligatoria;
- la fonte di finanziamento, ovvero pubblica o privata e l'entità e la natura dei finanziamenti statali;
- l'ente/l'autorità normativa preposta al controllo e il livello di coinvolgimento del governo nelle operazioni attuali.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) *i programmi assicurativi privati* non sono controllati dal governo. Anche se i governi emanano direttive di ampio respiro, non vi è alcun controllo sui premi né sui fornitori che vi partecipano. L'adesione all'assicurazione privata può essere di natura contrattuale o volontaria, mentre le condizioni e le prestazioni sono concordate su base volontaria tra l'agente assicurativo e i beneficiari. Di norma sono considerate "private" le tipologie di programma di seguito elencate:

- i programmi gestiti da istituzioni non profit (società di mutua assistenza; società di mutuo soccorso; istituzioni co-gestite dalle parti sociali, ecc.);
- i programmi gestiti da compagnie assicurative commerciali;
- i programmi non autonomi gestiti dai datori di lavoro, con o senza riserve di copertura per adempiere al loro obbligo di pagare le prestazioni in futuro.

Utilizzando la terminologia dell'OMS, *l'assicurazione privata di gruppo*, o *assicurazione sociale privata*, fa riferimento all'assicurazione privata disponibile per un gruppo di sottoscrittori che hanno in comune alcune caratteristiche, ad esempio il datore di lavoro o l'appartenenza ad associazioni sindacali. L'assicurazione di gruppo non è disponibile ai singoli o alle famiglie non affiliate.

La previdenza sociale o l'assicurazione malattia sociale è costituita da programmi obbligatori controllati dal governo. La previdenza sociale è costituita da particolari tipologie di unità istituzionali, disponibili a tutti i livelli di governo – centrale, statale o locale. I programmi di previdenza sociale sono di natura previdenziale e coprono la totalità o ampie fasce della comunità; sono imposti e controllati da unità di governo. Generalmente prevedono contributi obbligatori da parte dei dipendenti o dei datori di lavoro o entrambi e le condizioni cui le prestazioni vengono erogate ai beneficiari sono determinate dagli enti di governo. Di norma non vi è alcun legame diretto tra l'importo del contributo versato da un singolo e il rischio cui tale singolo è esposto.

L'assicurazione medica privata offre possibilità di scelta all'assicurato e tiene conto delle preferenze individuali.

Contrariamente all'assicurazione sanitaria sociale, i programmi assicurativi proposti dal *mercato volontario* sono gestiti per lo più dal settore privato. Alcuni di questi programmi sanitari possono essere sovvenzionati o pesantemente regolamentati (ad esempio compensazione della struttura di rischio o tariffazione limitata), anche se l'adesione dei singoli non è obbligatoria. Il settore privato si trova in una posizione più favorevole per soddisfare le esigenze dei singoli, spesso eterogenee. L'assicurazione sanitaria privata (ASP) può offrire flessibilità, motivando gli assicuratori a fornire tecnologie, trattamenti terapeutici e procedure innovative più convenienti sul piano dei costi. Inoltre, gli operatori privati, che sono incentivati a fornire un interessante rapporto qualità-prezzo, potrebbero trovarsi in posizione privilegiata per soddisfare le esigenze globali di assistenza sanitaria.

I prodotti privati per l'assicurazione malattia

L'assicurazione malattia è un'assicurazione personale che copre i costi delle spese ospedaliere e mediche in caso di malattia o di lesioni. Le prestazioni sono pagate sotto forma di somma fissa forfetaria o in percentuale dei costi effettivamente sostenuti per il trattamento (indennità).

L'assicurazione per indennità o rimborso copre le spese mediche specificate nella polizza. Può essere calcolata su base imponibile o in base a una franchigia. Le quote di partecipazione a carico dell'assicurato e le coassicurazioni sono di norma previste per ridurre le frodi e il rischio morale. Su taluni mercati queste vengono definite assicurazioni per spese mediche (medex).

Le polizze di indennità per ricovero ospedaliero erogano un importo fisso per ogni giorno che il contraente trascorre in una struttura ospedaliera. L'idea è di utilizzare il denaro per pagare le spese del ricovero ospedaliero o, se del caso, i costi delle terapie in quel periodo. Tuttavia, non viene specificato per quali finalità debba essere impiegato il denaro, che potrebbe anche essere utilizzato per pagare una vacanza nel momento in cui il malato si riprende.

Le polizze di malattia grave (anche Dread Disease) prevedono la corresponsione della somma assicurata in caso di malattia particolarmente grave (ad es. infarto, cancro, ictus, insufficienza renale, interventi di bypass coronarico). Contribuisce alla copertura delle spese di ricovero, terapie intensive, interventi chirurgici, medicine, ecc.. Originariamente era intesa come "prestazione in vita" rientrante nelle polizze vita.

In termini generali, le assicurazioni malattia private comprendono anche l'assicurazione di non autosufficienza (Long Term Care) e le prestazioni in caso di invalidità. In questo *sigma*, si pone l'accento sull'assicurazione indennità, definendola assicurazione sanitaria privata (ASP).

Abbinare il meglio delle due cose: assicurazione malattia sociale per la copertura di base, assicurazione privata per tutto il resto.

Partnership pubblico-privata

Recentemente la partnership pubblico-privata è andata acquisendo maggiore importanza nei dibattiti sulle politiche sanitarie. Considerando le pressioni in termini di budget e le tendenze attese sul fronte dei costi, i governi saranno sempre più spesso chiamati a risolvere il problema tra equità ed efficienza nei loro sistemi.

La partnership pubblico-privata rappresenta un'opzione sia per i paesi sviluppati che per quelli in via di sviluppo. Nei paesi sviluppati in cui l'assistenza sanitaria viene erogata direttamente, l'ASP rappresenta una modalità per stabilire un equilibrio tra accesso alla sanità, costi e preferenze. Consente ai singoli di dotarsi di una copertura assicurativa su misura rispetto alle loro esigenze e preferenze, alleviando il carico sulla sanità pubblica.

Nei paesi in via di sviluppo, l'ASP può invece essere utile per aumentare la copertura. Ciò vale in particolare quando il prelievo fiscale destinato a finanziare i programmi pubblici produce distorsioni macroeconomiche che erodono i vantaggi del risk pooling.⁴ Inoltre, in un ambiente normativo stabile, l'ASP può contribuire alla creazione di un'infrastruttura sanitaria.

Il ruolo delle assicurazioni sanitarie private

L'ASP è andata assumendo diverse forme, nel corso della sua evoluzione, in funzione del ruolo assegnatole nell'ambito di un dato sistema sanitario. Secondo l'OCSE, l'ASP può essere classificata in base all'idoneità per l'assicurazione sanitaria sociale e per i servizi coperti.⁵

L'ASP può essere una fonte *primaria* di copertura per quelle fasce della popolazione che non hanno accesso alla copertura offerta dal servizio sanitario nazionale. Può altresì *raddoppiare* la copertura pubblica globale esistente, offrendo un'alternativa privata. Inoltre, può andare a coprire la parte a carico del paziente nell'ambito dei programmi statali che prevedono un contributo alla spesa e avere così un ruolo *complementare*. Infine, l'ASP può finanziare beni e servizi esclusi dalla copertura pubblica e diventare così *integrativa* rispetto ai sistemi sanitari pubblici. Queste quattro opzioni non si escludono a vicenda.

Primaria	Duplicazione	Complementare	Integrativa
Spagna	Grecia	Danimarca	Canada
Belgio	Messico	Francia	Repubblica Ceca
Austria	Regno Unito	Lussemburgo	Ungheria
Germania	Finlandia	Svezia	Islanda
Stati Uniti	Irlanda	Turchia	Corea
Paesi Bassi	Italia	Cina	Polonia
	Nuova Zelanda		Repubblica Slovacca
	Portogallo		Svizzera
	Australia		Giappone
	Sudafrica		Israele

⁴ Pauly, M.V., Zweifel, P.S., Scheffler, R.M., Preker, A.S. and Bassett M. (2006), *Private Health Insurance in Developing Countries*, *Health Affairs* 25(2), 369–379.

⁵ Colombo, Francesca e Nicole Tapay (2004), *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*, *OECD Health Working Papers N° 15*.

I paesi collocano l'assicurazione sanitaria privata secondo una delle modalità che abbiamo delineato sopra, in base a come i governi organizzano i programmi sanitari (assicurazione sanitaria sociale o erogazione diretta di prestazioni sanitarie). Spesso il possibile fallimento da parte del mercato e le problematiche legate alla tutela dei consumatori vengono utilizzati per giustificare il pesante coinvolgimento dei governi e quindi l'esistenza di un'assicurazione sanitaria sociale. Sovente i policymaker sottolineano le seguenti differenze tra programmi pubblici e privati:

Assicurazione sanitaria sociale

- Senza fini di lucro
- Si propone di coprire una serie di servizi di base
- Elevata copertura della popolazione, per ragioni di equità
- Determinazione dei premi non basata sull'accessibilità economica
- Spesso sull'agenda delle politiche nazionali

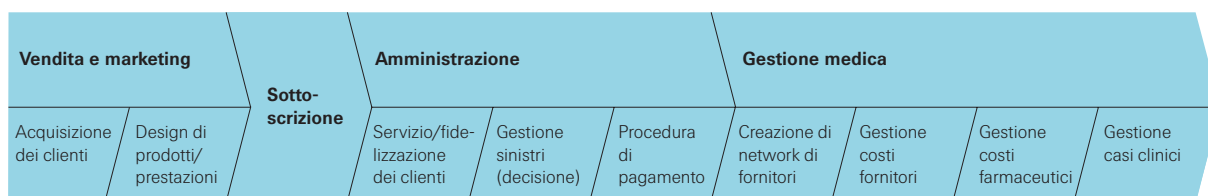
Assicurazione sanitaria privata

- In linea con gli obiettivi commerciali
- Si propone di promuovere scelte, flessibilità ed efficienze
- Spesso regolamentata e limitata a un segmento esiguo
- *Experience rating* o *community rating*

L'intera catena di valore dell'assicurazione malattia comprende marketing, sottoscrizione, amministrazione e gestione medica.

Lo scopo dell'ASP può essere molto diverso, in funzione del mercato di riferimento e delle competenze dell'assicuratore. In genere all'assicuratore di un'ASP compete la realizzazione, distribuzione e sottoscrizione del prodotto. Inoltre, l'assicuratore è il "risk carrier" e gestisce la liquidazione dei sinistri. Nell'assicurazione sanitaria i risk carrier dovrebbero altresì prendere in considerazione la gestione sanitaria, almeno nei casi in cui il contenimento dei costi è un fattore importante.

Grafico 5
Catena di valore semplificata dell'assistenza gestita



Come spiegato sopra, il mercato sanitario comporta inefficienze entro il processo a decisione multipla che riguarda il trattamento terapeutico. Ciò implica un aumento dei costi sia dei sinistri che dei premi. Alcuni assicuratori cercano di ridurre questi sprechi creando una rete di fornitori e introducendo una gestione dei costi e l'assistenza gestita sotto forma di gestione delle patologie e dei casi clinici. Gli obiettivi sono quelli di allineare gli interessi di contraenti, assicuratori e fornitori di servizi medici, per stabilire le prassi migliori ed erogare un trattamento di qualità superiore. Una gestione sanitaria attiva, che non mette in questione le preferenze personali del paziente né la libertà clinica del medico, determina il successo dell'assicurazione sanitaria sul mercato volontario.

Gli assicuratori che operano con successo nel settore dell'assicurazione sanitaria possiedono competenze non solo in sede di sottoscrizione, ma sono altresì in grado di influenzare le decisioni di natura clinica. Si concentrano sulla gestione efficiente di volumi significativi di transazioni eterogenee. Inoltre, gli assicuratori comprendono l'importanza di disporre di processi efficienti a livello amministrativo e di gestione dei sinistri. Gli assicuratori del settore privato sono particolarmente motivati a sviluppare soluzioni innovative allo scopo di ridurre il loro combined ratio. Quando cercano di aumentare la propria quota sui mercati più competitivi, devono farlo senza mettere a repentaglio la soddisfazione del cliente.

Spesso è il fornitore di servizi – non il finanziatore – a tenere le redini nella catena del valore dell'assicurazione malattia. Tuttavia, quest'ultimo si trova a negoziare per conto dei propri clienti in modo da ottenere un'assistenza efficiente in termini di costi e di una qualità corrispondente alle loro preferenze. Uno dei problemi principali sul mercato USA è che i datori di lavoro, non i singoli cittadini, decidono cosa inserire nella copertura e cosa escludere. Per valorizzare appieno il valore economico dell'assicurazione malattia, il settore privato deve porsi quanto più possibile nell'ottica di soddisfare le esigenze dei singoli.

Le cose viste dai due schieramenti

L'abilità di influenzare le decisioni mediche è determinante per il successo dell'assicurazione sanitaria. Gli stessi fornitori di servizi sanitari avranno un vantaggio naturale quando si troveranno ad ampliare la propria attività per sottoscrivere il rischio sanitario. Questa era la storia di Blue Cross, nel 1929. Justin Ford Kimball era preside delle facoltà di medicina e cure assistenziali, sovvenzionate da un ospedale universitario texano. Sotto la sua amministrazione è stato sviluppato il primo programma sanitario dell'America moderna. Il programma garantiva agli insegnanti 21 giorni di ricovero per 6 dollari all'anno. Più o meno nello stesso periodo si è affermato il programma Blue Shield, quando i lavoratori dei boschi e delle miniere nel nord-ovest si trovavano ad affrontare infortuni frequenti e malattie croniche. I datori di lavoro iniziarono a sottoscrivere accordi con i medici disponibili ad accettare una tariffa mensile in cambio dei loro servizi. Nel 1939, Carl Metzger introdusse il simbolo Blue Shield. Il programma di Blue Cross e Blue Shield divenne infine icona dell'assicurazione malattia finanziata dai datori di lavoro, nata come accordo tra medici e datori di lavoro/lavoratori.

Per contro, gli assicuratori vita e danni sono andati gradualmente trasformandosi in operatori del mercato. Ad esempio CIGNA è stata costituita a seguito di una fusione tra INA, la prima compagnia assicuratrice marittima degli Stati Uniti fondata nel 1792, e Connecticut General Life Insurance Company, CG, costituita nel 1865. Nel 2004, CIGNA ha portato a termine una serie di tagli alle proprie spese, concentrando la propria strategia su sanità e prodotti di prestazione affini. Similmente, nel 1996 Aetna ha ceduto il proprio ramo P&C a Travellers, mentre nel 2000 ha venduto a ING il proprio ramo dei servizi finanziari. Da allora, Aetna è stata oggetto di due fusioni con gruppi specializzati in ambito sanitario e ha acquisito le abilità e le competenze necessarie nel settore sanitario.

Pertanto, l'ASP può aiutare l'erogazione delle prestazioni sanitarie se viene integrata correttamente nel sistema sanitario e se è in grado di prosperare. In particolare l'assicurazione medica privata:

- offre contratti assicurativi innovativi che si adattano meglio alle preferenze dell'assicurato;
- aggiunge capacità laddove è particolarmente scarsa;
- si è dimostrata più efficace nello stipulare contratti con i fornitori di servizi sanitari e quindi aumenta l'efficienza e la qualità dei fornitori di servizi;
- contribuisce alla diffusione di innovazioni successivamente copiate dall'assicurazione malattia sociale (ha quindi un effetto di spill-over di segno positivo);
- è un catalizzatore di trasformazioni strutturali.

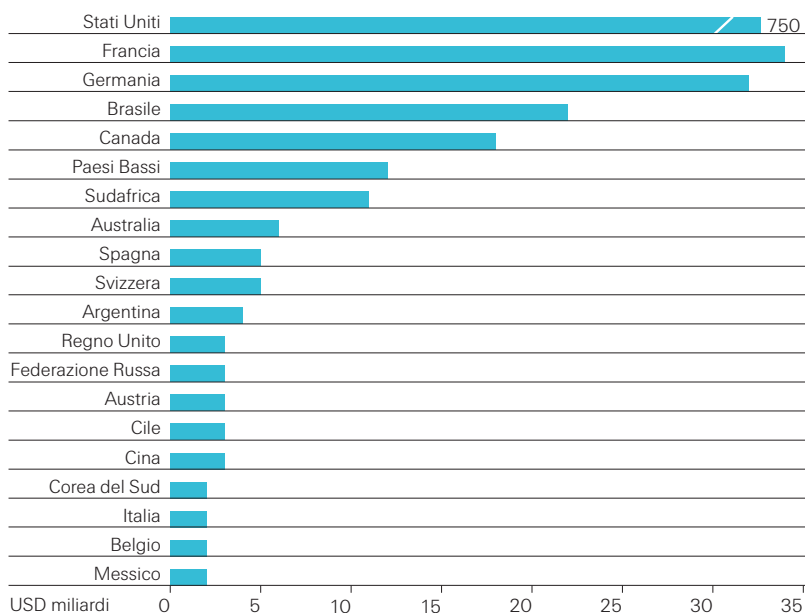
Per garantire che l'assicurazione sanitaria privata aggiunga valore al sistema sanitario e al tempo stesso venga gestita in maniera redditizia, gli operatori privati dovranno considerare la presenza dell'assicurazione sanitaria sociale e i relativi regolamenti. Il ruolo assegnato all'ASP dipende quindi da ogni singolo paese. Una volta definito il ruolo dell'ASP e stabiliti dei regolamenti appropriati, le soluzioni proposte dal mercato privato possono essere di vantaggio per tutti.

Tendenze globali nell'assicurazione sanitaria privata

Oggi la spesa mondiale per l'assicurazione sanitaria privata è di quasi 1000 miliardi di USD. L'80% di tale spesa è attribuibile ai soli Stati Uniti.

Il mondo spende oltre 5 mila miliardi di USD per la sanità. Si prevede che le assicurazioni sanitarie private raggiungeranno 1000 miliardi di USD. L'80% di tale spesa è attribuibile agli Stati Uniti, seguiti da Francia e Germania. Come abbiamo illustrato in precedenza, il ruolo dell'assicurazione sanitaria privata viene determinato in larga misura dalle politiche sanitarie di uno specifico mercato. Ciascuna nazione definisce il livello e la natura del proprio impegno nel settore privato. Recentemente, però, la riforma sanitaria che ha interessato numerosi paesi del mondo ha spinto gli assicuratori a sviluppare strategie proattive, in risposta ai cambiamenti del sistema sanitario.

Grafico 6
La spesa sanitaria finanziata dai programmi privati prepagati, stime 2007



Nota: stime basate sui Conti sanitari nazionali 2004 dell'OMS e stime Swiss Re sul PIL 2007. Sono riportati solo in 20 principali mercati. I dati si riferiscono alla spesa sanitaria finanziata dalle ASP (non premi ASP). È probabile che i ricercatori dei vari paesi ricorrano a metodi diversi per la realizzazione dei Conti sanitari nazionali.

Fonte: Swiss Re Economic Research & Consulting

Il consumerismo è visto come un modo per spostare il potere all'assicurato e fornire incentivi per un valido processo decisionale.

I programmi sanitari con franchigie elevate riducono il rischio morale.

Il consumerismo cresce

Il consumerismo è in crescita su taluni mercati sviluppati, soprattutto negli USA, dove i programmi sanitari orientati alle scelte dei consumatori godono di una crescente popolarità. Negli USA, i conti con agevolazioni fiscali, come Medical Saving Accounts o gli accordi di rimborso sanitario sono sempre più spesso abbinati a programmi sanitari con franchigia elevata. Nel 2003 questi piani hanno subito un'accelerazione, grazie alla legge denominata Medicare Modernization Act, che ha introdotto incentivi di natura fiscale.⁶ L'idea è che i consumatori, che sono poi i beneficiari ultimi, debbano essere coinvolti a tutti i livelli della catena del valore, dalla scelta dei diversi programmi sino alla scelta dei fornitori. A loro volta i consumatori vengono motivati da una maggiore partecipazione finanziaria sotto forma di franchigie e prestazioni strutturate. Per consentire ai pazienti di operare le loro scelte, essi hanno bisogno di informazioni, obbligando così i fornitori di servizi sanitari a rendere i prezzi trasparenti e a migliorare la qualità. La sanità orientata dalle scelte del consumatore cerca pertanto di spostare il controllo delle risorse dagli assicuratori ai singoli consumatori.

Valutare l'impatto dei programmi sanitari orientati dalle scelte del consumatore sull'utilizzo, la qualità e il costo della sanità è un'operazione di segno speculativo, considerando la breve storia dei programmi. Tuttavia, i primi dati suggeriscono che dando ai consumatori la possibilità di operare scelte adeguate, i costi sanitari possono essere ridotti senza sacrificare la qualità dei servizi. Uno studio condotto da UnitedHealthcare ha indicato che coloro che avevano aderito a programmi sanitari orientati dalle scelte del consumatore non solo risultavano maggiormente impegnati e agivano con maggiore consapevolezza, ma riducevano altresì il loro utilizzo di servizi ambulatoriali e prestazioni di laboratorio di oltre il 10%. Inoltre, l'utilizzo dei servizi assistenziali previdenziali aumentava dell'8%.⁷ Uno studio condotto da Aetna HealthFund ha dimostrato che i membri aderenti hanno mantenuto e migliorato il livello di assistenza preventiva e in caso di patologie croniche, e aumentato il consumo di farmaci generici, strumenti a disposizione dei consumatori e informazioni. I programmi di Aetna orientati dalle scelte del consumatore hanno permesso di risparmiare 1000 USD per membro in tre anni.⁸ Resta ancora da vedere se i programmi sanitari orientati dalle scelte del consumatore siano una moda del momento o siano invece destinati a durare. A Singapore, però, un sistema analogo è stato introdotto decenni fa, in concomitanza con un programma sanitario con franchigia elevata. I piani con livelli elevati di franchigia potrebbero essere un'alternativa promettente alla tradizionale assicurazione medica sociale e privata (v. testo nel riquadro).

⁶ Secondo la America's Health Insurance Plans (AHIP, un gruppo sindacale industriale che rappresenta i programmi sanitari gestiti e gli assicuratori malattia), nel gennaio 2007 erano 4,5 milioni le persone coperte da MSA/HDHP, contro i 3,2 milioni dell'anno precedente.

⁷ Thomas Policelli, UnitedHealth Group, comunicazione scritta, giugno 2004, citata in Herzlinger, R., e Parsa-Parsi, R., *Consumer-driven health care*, JAMA, 292(10), 1213-1220.

⁸ Rapporto Annuale Aetna 2006.

Il risparmio sanitario – un’invenzione di Singapore

Gli MSA (Medical Saving Accounts) sono conti di risparmio personali, aperti dai privati per coprire le spese sanitarie future. I versamenti, effettuati grazie a incentivi fiscali o perché resi obbligatori dalla legge, confluiscono regolarmente in un MSA. La partecipazione a un piano assicurativo catastrofale con franchigia elevata è alquanto diffusa.

L’origine di questo programma risale al 1984, quando a Singapore venne introdotto il MEDISAVE, un elemento di risparmio obbligatorio del sistema pensionistico nazionale. I dipendenti versano un contributo pari al 6–8% del loro stipendio nel conto MSA e altrettanto versano i datori di lavoro. I singoli cittadini possono utilizzare il conto MSA per finanziare le spese di ricovero a carico loro o dei familiari oppure per finanziare trattamenti ambulatoriali costosi, come chemioterapia, farmaci HIV e dialisi.

I titolari dei conti MSA corrono il rischio che una malattia molto grave possa annullare il loro conto. In mancanza di una tradizionale Assicurazione malattia, nel 1990 a Singapore è stato introdotto il programma MEDISHIELD a copertura dei rischi catastrofali. I premi possono essere pagati attingendo al conto MEDISAVE. Per garantire che MEDISHIELD venga utilizzato solo in caso di malattie molto gravi, si applicano franchigie molto elevate e una quota a carico del contraente pari al 20%, sebbene sia possibile anche per questi pagamenti attingere al conto MEDISAVE.

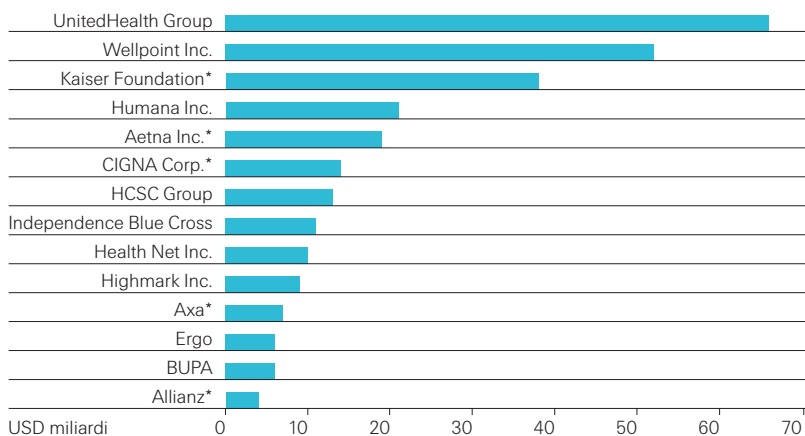
Tale proposta si basa sulla convinzione che il conto MSA incoraggia i singoli a prendersi cura della propria salute, fornendo incentivi al risparmio ed evitando il ricorso a cure sanitarie inutili. I premi di MEDISHIELD sono di conseguenza bassi, in quanto raramente si verificano eventi catastrofici. Resta tuttavia da chiarire se il modello di risparmio introdotto da Singapore possa essere adottato da altri paesi che non hanno alle spalle la fiorente crescita economica di cui ha beneficiato il paese dagli anni '70 agli anni '90. Tuttavia, in altri mercati sono state lanciate o proposte molte varianti di piani di risparmio sanitario.

Entità e portata nell’assicurazione medica

I vantaggi di entità e portata nella sanità consentono di aumentare ulteriormente i consolidamenti del mercato.

Poiché quello dell’assicurazione sanitaria è un settore complesso, entrare nel mercato e competere per acquisirne delle quote richiede importanti investimenti iniziali in termini di know-how e distribuzione, ma anche di rete di fornitori e infrastruttura informativa. Una condizione necessaria perché gli investitori siano disposti a effettuare investimenti iniziali è che il mercato superi una scala minima in maniera tale da rendere redditizi gli investimenti. Alcune delle principali compagnie assicurative specializzate nel ramo malattia hanno sede negli USA. Molte di loro accumulano da oltre cinquant’anni esperienza e capacità in questo ambito.

Grafico 7
I principali sottoscrittori mondiali di assicurazioni malattia per premi netti incassati, 2006



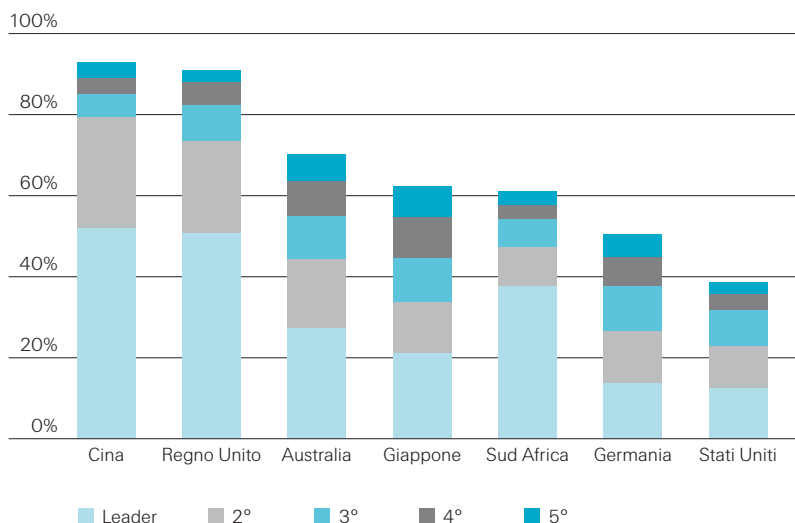
* I dati della Kaiser Foundation si riferiscono ai proventi, non ai premi netti di competenza; CIGNA: compresi i rami invalidità e vita; Aetna: compresi gli affari collettivi vita, invalidità e LTC; AXA: tutti i rami malattia; Allianz: solo ramo malattia tedesco.

Fonte: rapporti finanziari delle compagnie, Conning, Swiss Re Economic Research & Consulting

La costante espansione della base dei partecipanti è fondamentale nel settore dell'assicurazione malattia. In un ambiente competitivo, le fusioni e acquisizioni e i consolidamenti di mercato non si verificano solo negli USA⁹, ma anche sugli altri mercati. Ad esempio l'adozione, nel 2006, dell'Health Insurance Act (ZVW) nei Paesi Bassi, che ha convertito tutti i fondi malattia in assicuratori privati, porterà probabilmente un ulteriore consolidamento del mercato (cioè integrazione orizzontale). In Australia, gran parte delle mutue private sono pronte a farsi quotare in borsa, seguendo l'esempio di Medibank, leader del mercato. Si prevede che seguirà un'ondata di consolidamenti. La realtà indica che i mercati dell'assicurazione malattia privata più piccoli rispetto agli USA sono spesso dominati da poche società importanti.

⁹ Recenti operazioni di M&A negli Stati Uniti hanno visto l'acquisizione di Atrium da parte di Wellpoint, l'acquisizione di Definity da parte di UnitedHealthcare e l'acquisizione del Mid-South Administrative Group, con sede a Memphis, da parte di CIGNA.

Grafico 8
Quota di mercato delle 5 principali
ASP in alcuni mercati



Nota: stime basate sulle statistiche assicurative nazionali. Sud Africa: Open Schemes solamente; Giappone: attività del terzo settore solamente; Stati Uniti: sono inclusi gli affari HMO.

Fonte: Swiss Re Economic Research & Consulting

Una moderna integrazione dell'assistenza consente di ridurre i costi e di aumentare la qualità.

Nel settore assicurativo l'attività di fusioni e acquisizioni (M&A) è assai comune. Una caratteristica chiave di queste operazioni è l'acquisizione di reti di fornitori, cioè l'integrazione di tipo verticale. Gli assicuratori medici hanno un legame speciale con i fornitori di servizi medici, in quanto sono i fornitori a determinare il livello di sinistri e quindi la redditività dell'attività assicurativa. Negli Stati Uniti, la creazione di un network di fornitori e la fornitura di servizi integrati sono un fenomeno diffuso.¹⁰ In altri mercati l'assegnazione a fornitori preferenziali o autorizzati è spesso considerata l'unica strada percorribile per gestire i sinistri nell'ambito dei programmi di rimborso.¹¹

Utilizzando un approccio integrato, gli assicuratori canalizzano e concentrano i trattamenti terapeutici verso quei fornitori di servizi medici che dimostrano di essere all'avanguardia. In questo modo si favorisce lo sviluppo di fornitori in grado di gestire volumi elevati e servizi specializzati e quindi di conseguire economie di scala. Le strutture specializzate, in grado di gestire volumi elevati, producono inoltre diagnosi e trattamenti più accurati.¹² Si evitano così procedure non necessarie e i contraenti che scelgono un programma assicurativo volontario possono beneficiare di premi più contenuti. Gli assicuratori USA, ad esempio, stanno iniziando a integrarsi per aree di specialità, ad esempio medica, farmaceutica, malattie comportamentali, malattie dentali e invalidità e coprono diverse aree di patologie. In questo modo è possibile identificare più precocemente le persone affette da gravi patologie croniche, con un ulteriore risparmio sul piano dei costi.

¹⁰ Ad esempio CIGNA HealthCare ha annunciato un'alleanza strategica con MVP Health Care/Preferred Care per accedere ad altri 19000 fornitori e 150 ospedali in 3 stati. (Rapporto Annuale 2006).

¹¹ Altri esempi sono l'impegno da parte di BUPA di creare la rete MRI e di ottenere l'approvazione dei fornitori oftalmologici (Rapporto Annuale 2006).

¹² Birkmeyer, J. D. et al. (2002), *Hospital Volume and Surgical Mortality in the U.S.*, New England Journal of Medicine, 346(15), 1128-1137, Birkmeyer, J. D., Skinner, J. S. e Wennberg, D. E. (2002), *Will Volume-Based Referral Strategies Reduce Costs Or Just Save Lives?*, Health Affairs, 21(5): 234-241.

La sanità integrata è un modello di business che ha dimostrato di essere competitivo. Non solo consente agli assicuratori di migliorare la qualità e il costo delle terapie, ma permette loro al tempo stesso di raggiungere economie di scala a livello di servizi assistenziali. I grandi gruppi integrati possono fornire servizi di supporto comuni, come compliance, educazione e formazione, gestione finanziaria e assistenza informatica. Ne sono un esempio le cartelle cliniche elettroniche, contenenti tutte le informazioni sul paziente condivise in senso longitudinale, fondamentali per garantire al paziente un'assistenza integrata e per offrire al medico uno strumento ausiliare.

Talvolta gli assicuratori vita e generali accedono al settore sanitario tramite un'acquisizione. Altri tipi di intermediari, come gli amministratori esterni (Third party administrators, TPA) con affermate reti di fornitori saranno partner interessanti per le potenziali nuove entrants desiderose di formare alleanze e acquisire esperienza nel settore.

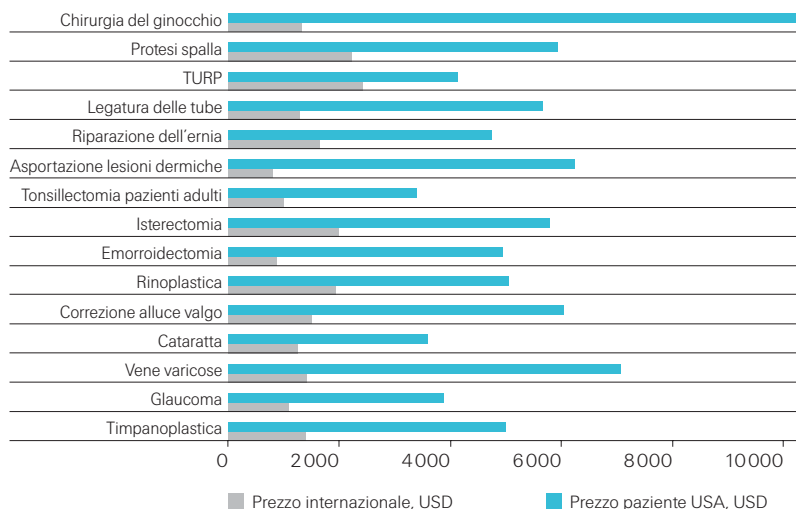
Turismo medico e globalizzazione

Si prevede che la globalizzazione della sanità avrà un impatto significativo sulla strategia delle compagnie di assicurazione malattia. Considerando l'elevato differenziale di costo tra paesi sviluppati e paesi in via di sviluppo, numerosi paesi asiatici (ad esempio India, Thailandia e Singapore), paesi latino-americani ed est-europei stanno promuovendo attivamente i loro servizi medici in tutto il mondo. Uno studio recente ha indicato che se un decimo dei pazienti USA fosse disposto a recarsi all'estero per accedere a "trattamenti più economici", si potrebbe realizzare un risparmio annuo di 1,4 miliardi di USD. Questo dato prende già in considerazione la spesa del viaggio.

La portabilità della copertura assicurativa è fondamentale per promuovere il promettente mercato del turismo medico.

La domanda di accesso a trattamenti terapeutici all'estero registrerà un forte aumento nel momento in cui gli assicuratori inizieranno a proporre questo tipo di polizze. Pochi dei programmi di assicurazione malattia odierni consentono i trattamenti all'estero. Gran parte degli assicuratori esclude infatti la copertura all'estero, ad eccezione dei trattamenti d'urgenza durante un viaggio. Chiaramente l'estensione della copertura a una rete mondiale richiede investimenti iniziali per attivare relazioni contrattuali o stabilire reti con fornitori di servizi sanitari. Inoltre, i contraenti devono rendersi conto dei benefici offerti loro sia sotto forma di premi, franchigie o quote di partecipazione o, meglio ancora, tramite un'offerta più ampia di servizi. Tuttavia, considerando l'importante potenziale di risparmio, alcuni esperti ritengono che i cosiddetti programmi di turismo sanitario prima a poi saranno disponibili e rivoluzioneranno l'erogazione delle prestazioni sanitarie (si veda riquadro Il turismo sanitario: da prodotto di nicchia a mega-tendenza?).

Grafico 9
Differenziali di prezzo USA –
estero per le procedure mediche



Nota: i prezzi internazionali sono stati stimati sulla base dei dati sui sinistri di 21 paesi. È stato incluso il costo del viaggio aereo di andata e ritorno. TURP: resezione transuretrale della prostata.

Fonte: Matteo A., Rathindran R. "How health insurance inhibits trade in health care" *Health Affairs*, marzo/aprile 2006, p.361

Il turismo sanitario: da prodotto di nicchia a mega-tendenza?

Sottoporsi a terapie all'estero è una scelta sempre più frequente. Nel 2006 l'India, considerata uno dei principali operatori in questo tipo di turismo, ha attirato 500 000 turisti in cerca di cure sanitarie. Ciò ha prodotto un fatturato di 350 milioni di USD, con una crescita su base annua pari al 30%. Nel 2005 circa 150 000 turisti si sono recati a Bangkok, in Thailandia, per sottoporsi a cure mediche, con un fatturato di 1 miliardo di USD. Molti altri paesi si sono collocati nell'arena del turismo medico, mentre altri hanno dichiarato esplicitamente di voler partecipare a questa attività.

Sono numerose le ragioni che spingono a sottoporsi a un trattamento all'estero. In primo luogo i costi sanitari variano significativamente da paese a paese. Un secondo fattore che spinge a tale scelta è la capacità limitata e i lunghi tempi d'attesa o, in certi casi, addirittura la mancanza di taluni trattamenti specifici. In terzo luogo i turisti sanitari sono motivati ad andare all'estero in quanto insoddisfatti del proprio sistema sanitario oppure perché attirati da servizi medici, di assistenza o supplementari di livello superiore.

Non tutti i trattamenti terapeutici sono adatti al turismo medico. Vi si prestano in particolare talune procedure elettive e gli interventi chirurgici non acuti e complessi, quali la sostituzione delle articolazioni, la chirurgia cardiaca e dentale e gli interventi di chirurgia estetica. Si richiede inoltre che: (1) i pazienti siano in grado di viaggiare senza accusare forti dolori o disagi maggiori; (2) le procedure mostrino una frequenza minima di complicanze post-operatorie; e (3) le procedure richiedano trattamenti postoperatori minimi.

Dalla prospettiva dei paesi sviluppati, il turismo medico può apparire poco interessante e gli scarsi livelli qualitativi possono rappresentare un elemento di reale preoccupazione. Tuttavia, i fornitori di servizi medici sono consapevoli di questa preoccupazione e hanno dato vita a un accreditamento internazionale, come il Joint Committee International (Joint Committee on Accreditation of Healthcare Organisations) e la certificazione ISO (International Organization for Standardization certification, ISO). Molti, se non tutti i fornitori che operano con successo nel settore del turismo medico, hanno ricevuto tale accreditamento, sono dotati di strutture assolutamente all'avanguardia e spesso impiegano personale medico e infermieristico in possesso di certificazioni professionali americane o europee (ad esempio l'esame di abilitazione alla professione medica previsto negli USA, l'USMLE, e il National Council Licensure Examination for Registered Nurses, NCLEX-RN).

Un impiego più diffuso del turismo medico presuppone più informazioni e una sensibilizzazione maggiore della qualità dei fornitori stranieri di servizi medici. I pazienti richiederanno una tutela e garanzie maggiori in caso di errori medici o complicanze. Un volta superati tali ostacoli, è verosimile che il turismo medico fornirà trattamenti migliori a costi minori.

Le società con aspirazioni globali sono inoltre sempre più interessate a segmenti specifici, come il settore rurale e il mondo islamico. In Africa e in Asia sono stati creati numerosi progetti pilota per sviluppare programmi di microassicurazione destinati alle popolazioni rurali. Molti di questi programmi sono stati avviati dai governi locali e da donatori internazionali,¹³ attirando così l'attenzione di alcuni assicuratori/riassicuratori internazionali. I media hanno altresì riportato che le società Takaful promuoveranno una serie di prodotti medici e sanitari.

Tuttavia, le proposte su scala globale restano un fenomeno raro nel settore dell'assicurazione malattia, che è molto sensibile al rischio politico e di politica pubblica. Ad esempio BUPA ha recentemente ridotto le proprie attività in Irlanda a causa dell'approvazione del programma di compensazione dei rischi. Alcune dismissioni sono state realizzate anche nei mercati emergenti (ad esempio nel 2003 CIGNA e HSBC hanno ceduto le loro attività in Brasile). Mentre negli ultimi vent'anni la Cina ha catalizzato gli investimenti stranieri diretti e oggi rappresenta un'economia importante e solida, gli assicuratori specializzati hanno stabilito la loro presenza solo nell'ultimo biennio, tramite l'apertura di uffici di rappresentanza.

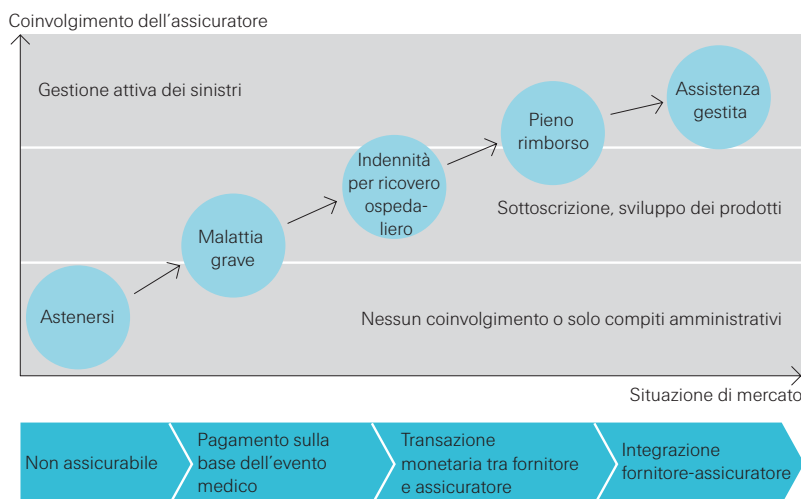
¹³ Si veda McCord, M., *Health Care Microinsurance – case studies from Uganda, Tanzania, India and Cambodia* (<http://www.microinsurancecentre.org/>)

Come gestire l'assicurazione sanitaria privata in modo redditizio

La preferenza da parte delle comunità e i regolamenti determinano il mercato potenziale per l'assicurazione sanitaria privata.

Le dimensioni del mercato e la redditività dell'assicurazione sanitaria privata dipendono dall'ambiente operativo. Gli assicuratori medici privati parteciperanno a un sistema sanitario solo se possono operare attività redditizie e sostenibili. Ciò dipende a sua volta dalle modalità in cui i policymaker segnano il limite tra assicurazione medica sociale e privata. In alcune situazioni l'ambiente operativo non supporta affatto il mercato privato. In altri casi un mercato maturo consentirà una piena integrazione di sanità e finanziamento.

Grafico 10
Gerarchia per la partecipazione al settore dell'assicurazione sanitaria



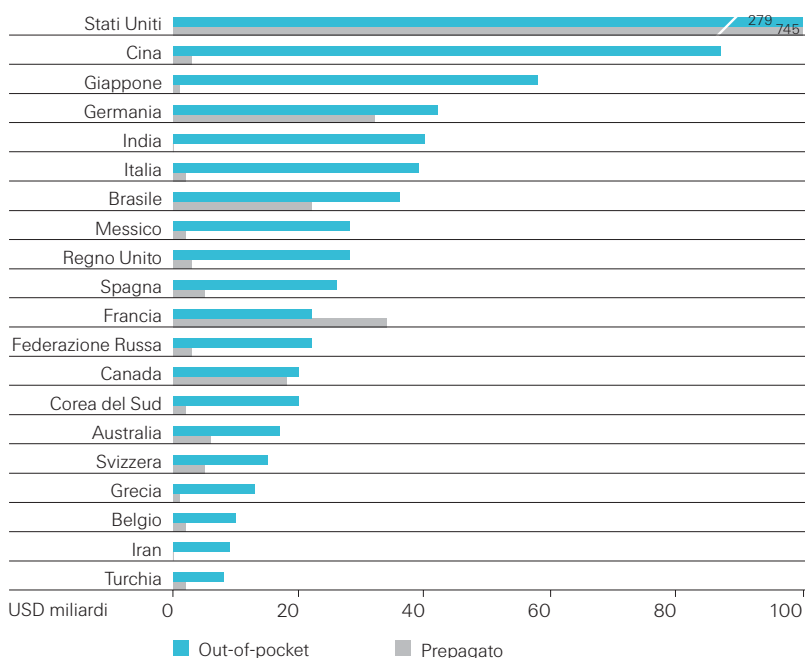
Fonte: Swiss Re Economic Research & Consulting

Valutazione del potenziale di mercato

L'assicurazione malattia richiede importanti investimenti in know-how e infrastrutture. Per giustificare tali investimenti, il mercato di destinazione deve avere dimensioni sufficienti. La spesa sanitaria totale e la quota finanziata tramite l'assicurazione sanitaria privata offrono indicatori approssimativi e iniziali per valutare il potenziale del mercato (si veda grafico a seguire). Oggi i principali mercati dell'ASP sono gli USA, la Francia, la Germania, il Brasile e il Canada.

In molti paesi in via di sviluppo, tra cui Cina, India e Messico, il mercato dei programmi privati prepagati è ancora limitato, mentre predominano i pagamenti diretti da parte del paziente (out-of-pocket). Vi è la possibilità di canalizzare questi ultimi nei primi, se i governi danno il loro ok. Il volume di sanità finanziato mediante la modalità out-of-pocket può fornire un'indicazione sul potenziale di mercato per l'assicurazione sanitaria privata. I policymaker possono altresì coltivare un ambiente di mercato idoneo, tale da consentire alle assicurazioni private di diventare, in questi paesi, una proposta di valore promettente.

Grafico 11
Volume del mercato potenziale,
stime 2007



Nota: stime basate su WHO National Health Accounts 2004 e stime Swiss Re sul PIL 2007. Sono riportati solo i 20 principali mercati. Le cifre si riferiscono alla spesa sanitaria finanziata dalle ASP (non premi ASP). È possibile che i ricercatori dei vari paesi ricorrano a metodologie diverse per realizzare gli NHA.

Fonte: Swiss Re Economic Research & Consulting

Tuttavia, una percentuale elevata di sanità finanziata out-of-pocket dovrebbe essere un segnale d'allarme per gli assicuratori privati, in quanto rappresenta il risultato di una regolamentazione inadeguata o di un ambiente di mercato non stimolante. Pertanto, gli assicuratori dovrebbero sapere come i policymaker definiscono il ruolo dell'ASP e cosa si attendono dall'industria assicurativa privata.

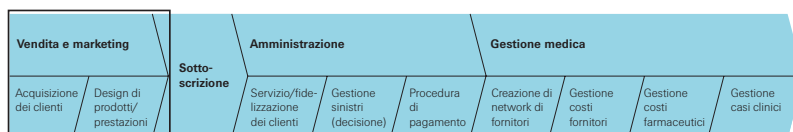
Per consentire agli assicuratori del settore sanitario di gestire la loro attività in maniera redditizia, è fondamentale soddisfare alcuni requisiti chiave. Le ASP devono avere sufficiente libertà nella fase di progettazione dei prodotti e poter effettuare una selezione dei rischi. Inoltre, devono realizzare un pricing dei loro prodotti in linea con i principi attuariali. Infine, le ASP devono avere la facoltà di stipulare contratti con i fornitori di servizi sanitari che dimostrino la loro superiorità qualitativa a prezzi competitivi. Per raggiungere un giusto equilibrio tra qualità superiore e livelli di prezzo competitivi, alcuni assicuratori si sono specializzati nella gestione di fornitura del processo sanitario. Fondamentale è comprendere i fattori che interessano l'intera catena del valore dell'assicurazione sanitaria, reagendo di conseguenza.

L'ascesa dei prodotti del terzo settore in Giappone

Sotto tutti i punti di vista il Giappone deve essere considerato uno dei principali mercati dell'assicurazione malattia privata. Secondo le statistiche assicurative, la raccolta premi annualizzata per il terzo settore (nel quale viene venduta l'assicurazione malattia privata) è stata di circa USD 38 miliardi per l'esercizio fiscale 2005. Ciò si pone in forte contrasto con le cifre della spesa sanitaria calcolata sulla base dei dati OCSE (si veda Grafico 11).

L'espansione del terzo settore in Giappone è un esempio pertinente di come i cittadini si rivolgano al settore privato per colmare l'insufficiente copertura da parte delle assicurazioni malattia nazionali. I prodotti prevedono in genere prestazioni fisse per ricoveri, interventi chirurgici e altri servizi medici. I prodotti più popolari sono i cosiddetti Hospital Cash Plans, che pagano tra 5 000 e 10 000 yen al giorno per i ricoveri ospedalieri, fino a un massimo di 120 giorni. Per le prestazioni chirurgiche viene erogata una somma superiore, anch'essa fissa.

Una possibile spiegazione per la discrepanza tra le cifre ufficiali e i dati OMS può risiedere nel fatto che le prestazioni per spese ospedaliere sono in linea di massima corrisposte direttamente ai cittadini e non ai fornitori di servizi medici. L'OMS considera le prestazioni per spese ospedaliere come reddito, mentre questi pagamenti sono considerati out-of-pocket nella contabilità sanitaria nazionale. Pertanto, i programmi privati prepagati sembrano insignificanti, il che riflette il particolarissimo mix di prodotti dell'assicurazione sanitaria privata in Giappone.



Acquisizione dei clienti e progettazione del prodotto

Riequilibrare il rapporto costo-beneficio della customerizzazione nella progettazione del prodotto

Per l'assicurazione sanitaria, la progettazione del prodotto è fondamentale per molti aspetti. Il design del prodotto definisce le prestazioni coperte (ad es. ambito dell'ASP), tassi (ad es. livello e intervalli), termini di rinnovo (ad es. livello di garanzie premi), franchigie, quote di partecipazione e coassicurazione, rimborsi ma anche il fornitori di servizi medici (cioè il punto di servizio). Questi fattori sono spesso fortemente regolamentati.

I prodotti dell'assicurazione sanitaria privata devono soddisfare le richieste dei potenziali clienti. Considerando la forte presenza dell'assicurazione sanitaria privata o dei servizi sanitari nazionali, le ASP operano spesso in mercati residui (rispetto alle persone e prestazioni da coprire). Considerando che le preferenze e le risorse disponibili variano significativamente da individuo a individuo sui diversi mercati, è necessario operare una segmentazione del mercato che vada a soddisfare preferenze eterogenee. Questo è infatti il vantaggio delle ASP rispetto alle assicurazioni malattia sociali, più rigide. Coloro che dispongono di limitate risorse economiche potrebbero non essere in grado di scegliere il fornitore di servizi in cambio di premi più bassi. I più benestanti tendono a preferire prodotti completi, ad esempio massima scelta e comfort, per i quali sono disposti a pagare prezzi più elevati.

La progettazione del prodotto deve essere realizzata sulla base di dati medici accurati.

Per la progettazione del prodotto è inoltre essenziale disporre di dati accurati. Poiché i dati si accumulano nel tempo e solo quando la polizza viene sottoscritta, l'ingresso sul mercato non è semplice. Gli assicuratori sui mercati emergenti si trovano a fronteggiare una sfida ancora più grande, considerando che gran parte dei dati anamnestici e di utilizzo o non sono disponibili o sono di proprietà delle assicurazioni sociali. Inoltre, i dati relativi all'esperienza sanitaria sono difficilmente trasferibili da un paese all'altro. Gli assicuratori che desiderano esplorare nuovi mercati possono entrare in partnership con un intermediario esterno oppure con consulenti per le prestazioni per accedere così alle informazioni. In termini generali, i riassicuratori internazionali si adoperano attivamente per promuovere la loro capacità di raccolta dei dati su scala mondiale.¹⁴

Design delle prestazioni: l'ASP deve capire le modalità con cui le innovazioni si diffondono in uno specifico mercato.

Il design delle prestazioni è fondamentale per l'esposizione dell'assicuratore malattia all'aumento della spesa sanitaria, che dipende a sua volta dai progressi dei nuovi dispositivi, dalle diagnosi e dai trattamenti medici. È noto che le innovazioni mediche tendono ad aumentare la spesa sanitaria sul lungo termine. L'esposizione di un assicuratore alle tendenze di costo dipende quindi dal modo in cui si diffondono le innovazioni¹⁵ e da come al contraente viene garantito l'accesso alle nuove tecnologie. Spesso l'utilizzo di una tecnologia specifica non viene specificato nella polizza.

¹⁴ Esempi recenti sono costituiti dalla joint-venture di Swiss Re con TTK Healthcare Services e la joint-venture di Munich Re con l'Apollo Hospitals Group indiano.

¹⁵ Vi sono tipologie diverse di innovazioni. Le innovazioni a livello di processo consentono l'erogazione del medesimo prodotto con meno risorse, ad esempio riduzione dei compiti amministrativi negli ospedali grazie ai sistemi informatici. Le innovazioni a livello di prodotto, invece, portano a nuovi servizi, ad esempio nuove chemioterapie per il trattamento dei pazienti oncologici.

Una caratteristica sconcertante di molte innovazioni mediche è che sembrano al tempo stesso ridurre il costo per unità e aumentare quello totale.¹⁶

Se le nuove tecnologie vengono inserite immediatamente nell'elenco delle prestazioni dell'assicurazione sanitaria sociale, la pressione del mercato obbligherà le ASP a fare altrettanto, indipendentemente dall'efficacia, dall'adeguatezza e dalle considerazioni costo-efficacia/costo-beneficio. I fornitori di servizi medici rivestono anche un ruolo cruciale nella diffusione delle innovazioni. Nei sistemi sanitari con un elevato livello di prestazioni prepagate, gli ospedali esposti alla competizione cercano di attrarre pazienti proponendo delle innovazioni.¹⁷ Una conseguenza naturale di tale sviluppo è di aumentare i prezzi condivisi tra i membri del pool, il che potrebbe mettere a repentaglio i tentativi delle ASP di offrire una copertura efficiente in termini di costi.

Tabella 1
Contesto normativo dei 10 principali mercati delle assicurazioni malattia

	Presenza di ASS	Copertura universale ASS	Ente normativo per le ASP	Controllo su tassi di premio e prestazioni delle ASP	Garanzia di rinnovabilità	Agevolazioni fiscali per programmi privati
Stati Uniti	Medicare/Medicaid/CHIP	Anziani, disabili, bambini, indigenti	Commissioni assicurative statali	sì	sì (individuale)	sì
Francia	ASN	sì	ACAM	no	sì, dopo due anni (individuale)	sì
Germania	Fondi di malattia	sì*	BaFin	sì	sì	sì
Brasile	sì	sì	ANS	sì	abolito per dipendenti	no
Canada	ASS delle Province	tutti i residenti	Office of Superintendents of Financial Intermediaries	no	no	sì
Paesi Bassi**	no	no	DNB	sì	sì	no
Sudafrica	no	no	Council for Medical Schemes	sì	sì	sì
Argentina	sì	no	SSN	no	no	sì
Australia	Medicare	sì	Private Health Insurance Administration Council	sì	sì	sì
Spagna	NHS	sì	DGS	no	no	sì

Nota: sono incluse le 10 principali economie sanitarie (v. grafico 6).

* ad eccezione di coloro che non hanno l'obbligo di adesione, i lavoratori autonomi dovranno procurarsi una copertura entro il 2009 (conformemente alla riforma sanitaria del 2007)

** ZVW è un'assicurazione malattia privata obbligatoria

Fonte: Swiss Re Economic Research & Consulting

¹⁶ Cutler, D. M. e Huckman, R. S. (2003), *Technological Development and Medical Productivity: The Diffusion of Angioplasty in New York State*, *Journal of Health Economics*, 22, 187–217.

¹⁷ Luft, H. S., Robinson, J. C., Garnick, D. W., Maerki, S. C. e MePhee, S. J. (1986), *The Role of Specialized Clinical Services in Competition among Hospitals*, *Inquiry*, 23, 83–94.

Le quote di partecipazione e la coassicurazione sono strumenti importanti per ridurre il rischio morale.

Sin dall'epoca del RAND Health Insurance Experiment, la condivisione dei costi è diventata un elemento irrinunciabile nella progettazione delle assicurazioni malattia. Le due problematiche maggiori continuano a essere il rischio morale e l'uso eccessivo. Per limitare il rischio morale, sono stati messi a punto i programmi di assicurazione sanitaria con franchigie, quote di partecipazione e co-assicurazione. Alla base vi è l'idea che l'assicurato debba farsi carico di parte dei costi del trattamento, scoraggiandolo dal richiedere servizi non necessari. Negli USA gli assicuratori sanitari stanno sempre più spostandosi dai programmi di indennità generale a quelli con franchigie elevate (si veda la sezione sull'aumento del consumerismo). Questi programmi propongono anche opzioni di scelta e flessibilità. Un segmento del mercato chiederà sempre scelta e flessibilità illimitate; gli assicuratori puntano su questo gruppo di clienti in quanto per avere più opzioni sono spesso disposti a pagare di più.



Sottoscrizione

La definizione dei tassi attuariali è un prerequisito irrinunciabile per una ASP sostenibile.

L'assicurazione privata si basa sul principio secondo cui l'assicurato o un gruppo di persone assicurate pagano premi che coprono i costi *attesi* più diversi carichi. L'assicurazione compensa quindi coloro che hanno subito una perdita; *ex post* si verifica un trasferimento da coloro che non hanno subito perdite a coloro che ne hanno subite. Con i premi legati al rating del rischio, chi soffre di patologie croniche e le persone anziane hanno costi sanitari decisamente superiori rispetto ai giovani e ai soggetti sani. I loro premi assicurativi basati sul rischio possono quindi diventare proibitivamente elevati. Si tratta di un problema fondamentale di distribuzione della ricchezza e della salute all'interno di una società. I tentativi di risolvere questa sfida chiave mediante la regolamentazione dei mercati ASP non rappresentano una strategia percorribile. Per questa ragione molti hanno sostenuto che i governi dovrebbero finanziare la sanità per coloro che non possono permettersela, fissando regolamenti in maniera tale da consentire una gestione efficiente delle assicurazioni mediche private.

Una regolamentazione che faciliti l'accesso e l'accessibilità economica dei cittadini a rischio elevato si tradurrebbe in una spirale di interventi normativi.

Se le ASP sono la fonte principale di copertura e i policymaker delegano l'assicurazione malattia al settore privato, i premi saranno limitati dalla regolamentazione. In alternativa i policymaker potrebbero chiedere agli assicuratori di emettere un prodotto standard, in maniera tale da garantire l'accesso all'assicurazione a tutti. Ogni volta che i contraenti a rischio elevato generano costi superiori rispetto ai premi pagati, questi costi in eccesso vanno a carico degli altri assicurati; si ha così un trasferimento *ex ante* di premi dai contraenti a basso rischio a quelli ad alto rischio. In questo quadro, gli assicuratori corrono il rischio di essere sovrapposti ai "cattivi rischi" che sono fonte di perdite finanziarie.

La risposta naturale per gli assicuratori è di scremare i rischi buoni. Ciò spinge i governi a loro volta a introdurre un programma di equalizzazione dei rischi, spesso accompagnato da un'adesione aperta e da limitazioni nell'esclusione di condizioni pre-esistenti. Ogni volta che il mercato si trova ad essere significativamente regolamentato, il tasso di rendimento degli investimenti potrebbe deteriorare e, in taluni casi, comportare l'uscita dal mercato stesso. In Irlanda, l'ente incaricato delle assicurazioni malattia ha introdotto un programma di equalizzazione che avrebbe richiesto a BUPA Irlanda di pagare circa 50 milioni di euro all'anno ai suoi rivali, compreso l'assicuratore Vhi Healthcare, a partecipazione statale. All'inizio del 2007, BUPA Irlanda è stata ceduta a Quinn Group, che successivamente ha dato vita a Quinn Healthcare.

Interventi di natura volontaria, avviati dal settore assicurativo, possono aiutare a mantenere al minimo la regolamentazione e aggiungere credibilità.

A tutela dell'assicurato, gli aggiustamenti dei tassi di premio sono spesso molto regolamentati. A prima vista i premi garantiti a lungo termine o a vita possono sembrare la soluzione ideale per l'assicurato. Tuttavia, l'aumento della spesa sanitaria e l'impossibilità di prevedere gli sviluppi della tecnologia medica nel tempo imporrebbero carichi proibitivi sul premio di rischio (v. riquadro Corea del Sud: un esempio delle tendenze in utilizzo). In questo modo le ASP diventerebbero meno accessibili economicamente e meno competitive, con una drastica riduzione del volume di mercato. A sua volta ciò comporterà un peggioramento degli effetti positivi di diversificazione e darà luogo al rischio di cosiddetta selezione avversa. Pertanto, per una gestione sostenibile del prodotto e considerando l'inevitabile aumento dei costi sanitari, è importante che i tassi di rischio vengano sottoposti a revisione.

Una copertura a rinnovo garantito, con aggiustamenti del premio su base collettiva, è equa e sostenibile.

In Germania, ad esempio, le ASP tendono a spianare i premi nel tempo: i giovani assicurati pagano premi superiori al loro rischio per accumulare riserve destinate a finanziare i premi in una fase successiva. Tuttavia, i premi non sono garantiti e di solito aumentano con l'aumentare della spesa sanitaria. Inoltre, le riserve accumulate legano l'assicurato all'assicuratore (*manette d'oro*), ostacolando così la competizione tra assicuratori ASP. In Germania l'ultima riforma sanitaria ha introdotto la portabilità delle riserve di anzianità così accumulate, malgrado la massiccia opposizione e le avvertenze da parte dei rappresentanti del settore, che prevedono un fallimento del mercato.¹⁸

Poiché i premi garantiti a lungo termine non costituiscono una soluzione praticabile e ciò può dare luogo a conseguenze a livello politico, le ASP possono offrire invece una rinnovabilità garantita. Emettendo una polizza assicurativa con rinnovo garantito, l'assicuratore accetta di rinnovare automaticamente la polizza, anche se il contraente può annullarla. Ciò è solo di utilità per il contraente qualora l'assicuratore si rifiuti di rivedere i premi sulla base dell'esperienza del singolo e limita il re-rating per il pool nell'insieme. La rinnovabilità garantita può essere prevista dalla legge o garantita su base volontaria; gioca un certo ruolo anche la pressione esercitata dal mercato. La rinnovabilità garantita rappresenta un'alternativa alla regolamentazione dei premi, tutelando al tempo stesso l'assicurato.

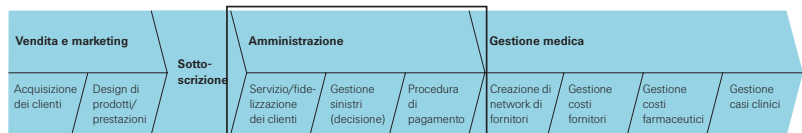
¹⁸ Barbier, H. D. (2006), Die Zerstörung, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 6 ottobre N° 232, 13.

Ampi requisiti di approvazione per l'adeguamento dei premi possono avere un impatto negativo sulla redditività.

Il divieto di escludere condizioni preesistenti può provocare un market failure.

Gli assicuratori devono prendere nota dei paesi in cui le modifiche dei tassi di premio devono essere approvati dal legislatore. Se questa procedura richiede molto tempo, l'ASP corre il rischio di restare indietro rispetto all'andamento dei costi. Prima di ottenere l'approvazione per i nuovi premi, questi potrebbero già essere insufficienti per coprire i sinistri. Quanto più restrittive e impegnative, in termini di tempo, sono le procedure di approvazione, quanto più alto sarà il rischio per l'ASP.

Nel mercato volontario, agli assicuratori deve essere consentito di integrare clausole di esclusione, basandosi su patologie preesistenti. L'AIDS è l'esclusione più frequente. Dovrebbero altresì essere escluse le condizioni non assicurabili (ad esempio la gravidanza, l'aborto e la chirurgia estetica) oltre alle patologie che non possono essere chiaramente diagnosticate. La mancanza di restrizioni in riferimento alle patologie preesistenti incentiverebbe i singoli cittadini a richiedere una copertura quando sono già malati o infortunati. Ciò provocherebbe un mancato pooling del rischio e un market failure per le ASP. D'altro lato le clausole di esclusione incentivano l'individuo ad assicurarsi quando è sano (ad es. persino prima della nascita), massimizzando così l'effetto di pooling e inducendo una riduzione dei premi.



In un ambiente competitivo, l'efficienza della gestione è fondamentale per garantire la redditività.

Amministrazione

L'informatica facilita l'accuratezza e l'efficienza del processo amministrativo. Poiché le ASP sono un'attività ad alta frequenza e a bassa gravità, anche i piccoli risparmi sul fronte amministrativo possono avere un forte impatto sulla redditività. Quasi tutti gli assicuratori USA investono in sistemi informatici che aumentano la velocità e l'efficienza dell'elaborazione dei dati e sinistri, consentendo di reagire più rapidamente alle variazioni che si osservano a livello di spese mediche.

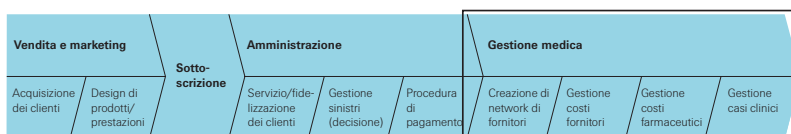
Sia i pazienti che gli assicuratori beneficiano dei progressi informatici. Un'indagine condotta dall'American Health Insurance Plans ha rilevato che negli ultimi dieci anni l'invio elettronico delle richieste di liquidazioni sinistri è più che triplicato, riducendo i costi amministrativi e consentendo il trattamento del 98 per cento delle richieste entro 30 giorni dal loro ricevimento.¹⁹

¹⁹ AHIP Policy and Research, 2006.5.26 (<http://www.ahipresearch.org/>)

La standardizzazione e la codificazione delle patologie richiede una forte collaborazione tra ministeri della sanità, settore assicurativo e fornitori di servizi sanitari.

L'accesso a dati affidabili è fondamentale per l'analisi attuariale e la liquidazione dei sinistri. Uno standard di settore, ad esempio un approccio coerente alla standardizzazione e alla codificazione delle patologie facilita il dialogo tra assicuratori, fornitori di servizi medici e autorità sanitarie. L'informatica promuove inoltre la trasparenza delle informazioni e facilita l'analisi delle scelte da parte di pazienti e datori di lavoro. Tutti gli assicuratori sanitari USA pongono l'accento sulle iniziative che promuovono la creazione di cartelle cliniche personali e pongono in luce i loro business case ai loro azionisti.

Per gli assicuratori gli investimenti nell'informatica devono presentare un ritorno interessante. Anche se numerosi altri fattori influenzano la redditività, tra il 2001 e il 2005 i margini operativi negli USA sono aumentati: i margini degli assicuratori vita e malattia (L&H) dell'assicurazione malattia di gruppo sono passati dall'1,2 al 6,9%, quelli degli assicuratori L&H dell'assicurazione malattia individuale dal 4,3 al 5,9%, mentre per le società *managed care* i margini sono più che raddoppiati, passando dall'1,7 al 4,3%.²⁰



Gestione medica

Una proposizione di valore dell'assicurazione sanitaria è l'individuazione delle inefficienze; l'allineamento degli interessi è fondamentale.

Le vendite e il marketing, la sottoscrizione e l'amministrazione sono tradizionalmente elementi che caratterizzano la catena di valore delle assicurazioni (vedi grafico sopra). Tuttavia, in un contesto competitivo, in cui chi acquista un'assicurazione sanitaria è costantemente alla ricerca dei premi più bassi, concentrarsi su questi tre elementi potrebbe non garantire un successo sufficiente.

Si ritiene che il 70–90% dei premi venga utilizzato per coprire le prestazioni mediche. Sebbene molti assicuratori riescano a ridurre i propri costi operativi, pari al 10% dei premi circa, i costi delle terapie sono aumentati. Pertanto, il contenimento dei costi sanitari è fondamentale se si vuole controllare la crescita dei premi. Qualsiasi sforzo compiuto da parte degli assicuratori inteso a migliorare la gestione sanitaria può avere un impatto importante sulla performance.

²⁰ Fonte: Conning, basato su archivi istituzionali.

La contrattazione selettiva con fornitori di servizi sanitari e i programmi di remunerazione interessanti favoriscono l'allineamento degli interessi.

Gli assicuratori possono ad esempio stipulare contratti con fornitori di servizi medici e definire piani di remunerazione. Inoltre, un finanziatore può agire per conto dei singoli pazienti per negoziare condizioni favorevoli, creando una rete di fornitori preferenziali. Se vi è un obbligo a impegnarsi contrattualmente, la competizione tra i fornitori di servizi sanitari viene minata e restano pochi incentivi per migliorare l'efficienza dei costi e la qualità. Se invece le ASP hanno la possibilità di effettuare contratti di tipo selettivo, raccoglieranno informazioni sui prezzi e risultati ed entreranno in trattativa con i migliori fornitori di servizi medici. Così facendo offrono valore ai contraenti, che non sono in grado di raccogliere e valutare sistematicamente le informazioni sull'outcome. Gli assicuratori ASP assumono pertanto un ruolo attivo, che va oltre la semplice protezione finanziaria nei confronti dei rischi sanitari.

Svolgono un determinato ruolo anche i meccanismi di pagamento. I sistemi di pagamento prospettico, o capitazione, riducono gli incentivi per i fornitori di servizi medici a massimizzare i ricavi. Se la remunerazione viene stabilita per legge, ad esempio rendendo obbligatoria la tipologia fee-for-service (FFS, tariffa per prestazione), il contratto selettivo con i fornitori di servizi sanitari diventa ancora più importante, per evitare una sovraesposizione all'inefficienza dei fornitori.

La gestione delle patologie e dei casi è una modalità per aumentare l'efficienza dei costi e la qualità del servizio.

Gestione sanitaria significa influenzare le decisioni cliniche, con l'obiettivo ultimo di erogare ai pazienti servizi di qualità, efficienti sul piano dei costi. Gli assicuratori entrano in trattative con i fornitori di servizi a tutti i livelli del processo di cura *disponibili* a migliorare il servizio tramite l'assistenza gestita. Ciò significa stabilire delle best practices (ad esempio *case management* e *disease management*) e fornire dati accurati sull'utilizzo e outcome relativi a qualità e mortalità.

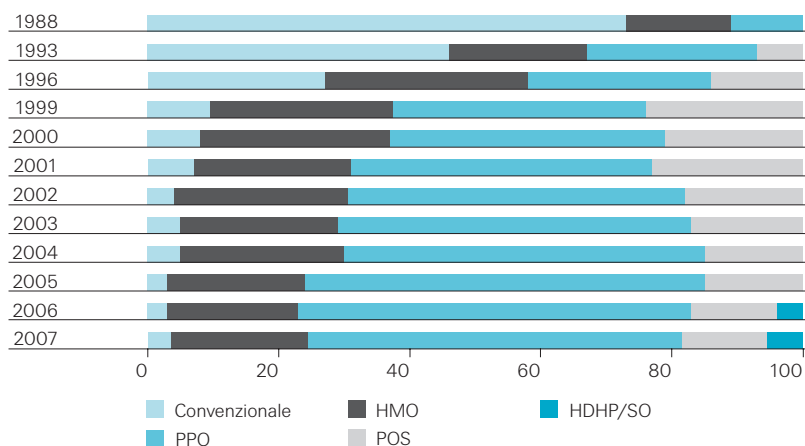
L'integrazione verticale facilita la gestione dell'assistenza.

L'integrazione verticale – una tendenza descritta nel capitolo precedente – rappresenta la modalità più diretta per allineare gli incentivi tra assicuratori del settore sanitario e fornitori di servizi medici. Facilita inoltre la capacità, da parte del programma sanitario, di scambiare informazioni e coordinare i trattamenti tra enti fornitori. I sistemi integrati di programmi sanitari e fornitori, come Intermountain e Kaiser Permanente, hanno successo in quanto sono stati in grado di migliorare la qualità ed efficienza.

Il 90% degli americani aderiscono tuttora a programmi promossi dai datori di lavoro con forme di assistenza gestita.

Tuttavia, la gestione sanitaria può essere vista dai pazienti come un rifiuto di pagare da parte degli assicuratori. Può addirittura sollevare sospetti sulle intenzioni dell'assicuratore per decurtare i servizi e aumentare la redditività. Ciò è verosimilmente quanto avvenuto con l'assicurazione di assistenza gestita negli USA negli anni '90. Chiamata da alcuni controtendenza, la cattiva pubblicità e l'animosità nei confronti dell'assistenza gestita è aumentata, soprattutto contro la sua forma più restrittiva di assistenza gestita, le Health Maintenance Organizations (HMO). Le HMO hanno iniziato gradualmente a perdere quote di mercato sul finire degli anni '90, dopo avere raggiunto un picco del 31% nel 1996 (si veda grafico a seguire). Da allora, le preferred provider organisations (PPO), una forma meno restrittiva di gestione sanitaria, sono divenute il modello assicurativo prevalente. Il cambiamento più significativo si è osservato a livello di piani di indennità tradizionali, dove la gestione medica è assente e le inefficienze sono più accentuate.

Grafico 12
Adesione ai programmi sanitari da parte
dei lavoratori coperti, 1988–2007



POS è il punto di servizio dei programmi sanitari, HMO è la Health Maintenance Organisation, PPO è l'organizzazione fornitori preferenziali, mentre HDHP/SO sono i programmi sanitari a franchigia elevata, con opzione di risparmio.

Fonti: Henry J. Kaiser Family Foundation/Health Research and Educational Trust Survey of Employer-Sponsored Health Benefits, 1999–2007; KPMG Survey of Employer-Sponsored Health Benefits, 1993 and 1996; and Health Insurance Association of America, 1988.

Prima di pensare a un ingresso sul mercato sono necessari importanti investimenti iniziali.

Numerosi fattori che influenzano la redditività sono determinati dal sistema sanitario nel suo complesso. L'assicurazione sanitaria sociale è un settore politico che mostra numerose interdipendenze con il settore dell'assicurazione malattia privata. Di conseguenza, la redditività è influenzata anche da decisioni politiche. Non appena assicurati, politici o enti normativi hanno l'impressione che l'assicurazione malattia privata sia troppo redditizia o opportunistica, è probabile che reagiscano con regolamentazioni più restrittive, frenando la redditività e rendendo necessario l'ammortamento dei considerevoli investimenti iniziali. In considerazione di tale interazione tra politiche sociali e assicurazione malattia privata, quest'ultima deve trovare il giusto equilibrio tra redditività e sostenibilità.

Gli assicuratori che intendono sviluppare affari redditizi e sostenibili nel settore dell'assicurazione malattia dovranno pertanto valutare attentamente le condizioni nei vari paesi. L'assicurazione malattia mostra infatti forti caratteristiche specifiche per paese, e non tanto globali, soprattutto in riferimento a considerazioni di ingresso del mercato. Una volta effettuati i necessari investimenti, gli assicuratori malattia dovrebbero compiere sforzi particolari per sviluppare un modello integrato e ridurre le spese operative esternalizzando le decisioni. Il successo duraturo richiede investimenti sostanziali continui sia in termini di capitale umano che di strumenti.

Corea del Sud: un esempio delle tendenze di utilizzo

Il maggiore utilizzo dei servizi medici e l'aumento del prezzo dei servizi sanitari stanno facendo lievitare i costi delle prestazioni mediche. L'utilizzo è particolarmente difficile da prevedere, in quanto è influenzato da vari fattori, tra cui il comportamento di pazienti e medici, gli incentivi finanziari (ad es. la modalità out-of-pocket rispetto al pagamento anticipato), disponibilità di prestazioni, tendenze politiche e culturali, disponibilità e vicinanza del trattamento e progressi tecnici. Dato che spesso questi fattori non sono controllabili dagli assicuratori, per i contratti dell'assicurazione malattia non sembrano possibili garanzie a lungo termine.

Nella Corea del Sud, ad esempio, le infrastrutture sanitarie in rapida espansione e i progressi messi a punto nel campo delle tecnologie mediche hanno provocato un incremento della domanda. Inoltre, vi sono altri fattori che incentivano l'utilizzo, ad esempio un aumento della domanda dei controlli preventivi, un maggior interesse dei consumatori nei confronti della salute – dovuto a livelli di ricchezza più elevati – e la domanda generata dai medici.

È stato riportato che, dal 2003, le prestazioni per curare i tumori pagate dalle compagnie di assicurazione sono aumentate notevolmente, poiché ora grazie ai progressi della tecnologia medica la malattia viene diagnosticata; a questo proposito Samsung Life ha registrato un incremento del 38%, passando da 464 a 640 miliardi di KRW. Le prestazioni pagate da Daehan Life sono aumentate da 216 a 276 miliardi di KRW, mentre quelle di Kyobo Life sono passate da 289 a 390 miliardi di KRW.

Nella Corea del Sud, come in molti altri paesi sviluppati e in via di sviluppo, gli investimenti nelle infrastrutture e nella tecnologia medica sembrano inevitabili. Il progresso tecnologico continuerà a favorire l'utilizzo dei servizi medico-sanitari, quindi i fornitori prevedono un ritorno degli investimenti. Si prevede che i sinistri aumenteranno nel momento in cui le tecnologie diventeranno più accessibili e accettabili per i contraenti.

Quello della sanità è un settore importante e in crescita

A livello mondiale, la spesa sanitaria è stimata attorno a 5 mila miliardi di USD. Circa 1000 miliardi di USD spesi nel settore sanitario sono finanziati tramite programmi privati prepagati. Questo valore è circa tre volte superiore ai premi di rischio stimati per le assicurazioni vita e circa il 70% dell'intero mercato danni diretto. L'assicurazione malattia è in continuo aumento, superando la crescita del prodotto interno lordo in quasi tutti i paesi del mondo. I progressi tecnologici e la maggiore ricchezza, ma anche l'invecchiamento della popolazione, non fanno che aumentare la domanda di servizi sanitari.

Contemporaneamente, i sistemi sanitari gestiti dal governo e le assicurazioni sanitarie sociali sono sotto pressione in quasi tutti i paesi sviluppati. Molti paesi cercano di contenere i costi della sanità a carico dei loro servizi sanitari nazionali o dell'assicurazione sanitaria sociale tramite regolamenti più restrittivi. Nel migliore dei casi, aumentano l'efficienza nell'erogazione delle prestazioni, ma questo non riduce la domanda di sanità, né inverte la tendenza dei costi. Le iniziative di contenimento dei costi, invece, provocano spesso insoddisfazione nei confronti del sistema sanitario e sollecitano la domanda di assicurazione malattia privata. Altri paesi si basano invece maggiormente sulle forze di mercato. In molti paesi in via di sviluppo, i programmi finanziati dai governi e le assicurazioni malattia sociali sono ancora in fase primordiale e la spesa sanitaria è a livelli contenuti. In entrambi gli scenari il volume delle assicurazioni sanitarie private è destinato a crescere.

L'assicurazione malattia si pone l'obiettivo di ottimizzare e gestire gli interessi delle diverse parti coinvolte nella catena del valore

Nella maggior parte dei paesi, l'assicurazione malattia privata coesiste accanto ai programmi di governo o all'assicurazione sanitaria sociale. Le prestazioni sanitarie, cioè i fornitori di servizi medici, ma anche i settori a monte come quello farmaceutico, medico e biologico, oltre alle assicurazioni, sono molto regolamentati. Le prestazioni sanitarie coinvolgono numerose parti: medici di base, specialisti, ospedali, professionisti medici consociati e anche gruppi di pazienti.

Spesso le barriere di natura istituzionale, organizzativa e talvolta legale, impediscono la circolazione delle informazioni sul paziente da una parte all'altra, creando inefficienze. L'assicurazione malattia si pone l'obiettivo di ottimizzare e gestire gli interessi delle diverse parti coinvolte nella catena del valore.

Inoltre, l'allineamento degli interessi tra fornitore di servizi medici, assicuratore e contraente e la conformità alle prassi migliori non è un obiettivo semplice da conseguire, per due ragioni. In primo luogo ogni paziente è un soggetto individuale, il che limita la misura in cui le cure sanitarie possano essere standardizzate; in secondo luogo esistono delle asimmetrie informative.

Principali fattori di successo per l'assicurazione malattia

I fattori che seguono sono ritenuti necessari per lo sviluppo di un mercato dell'assicurazione malattia sostenibile e di successo:

1. Contesto di mercato e normativo
 - *Ragionevole libertà di mercato*: l'ambiente normativo locale deve supportare un ragionevole livello di libertà in termini di scelta di rischio e definizione dei premi. Limitazioni troppo severe alla progettazione e alla sottoscrizione del prodotto, sul lungo termine rendono l'assicurazione sanitaria privata non redditizia. Agli assicuratori dovrebbe essere consentito di esaminare i premi annualmente e di prendere in considerazione l'opzione di rinnovabilità garantita.
 - *Riduzione al minimo dei rischi normativi e politici*: il contesto normativo deve essere stabile, in modo da giustificare gli investimenti iniziali e supportare un impegno a lungo termine dell'assicuratore nei confronti del mercato.
 - *Promozione di partnership pubblico-private*: il contesto normativo deve garantire a tutti i partecipanti un campo operativo uniforme. Se il settore pubblico è coinvolto anche nell'assicurazione sanitaria privata o nell'erogazione della sanità, i governi devono sapere quando esercitare delle restrizioni.
 - *Creazione di incentivi economici adeguati*: i governi dovrebbero prendere in considerazione l'offerta di agevolazioni fiscali per incentivare i cittadini a utilizzare conti di risparmio sanitari e/o assicurazioni private. Gli interventi a livello normativo dovrebbero essere a sostegno dei prodotti assicurativi che incrementano la partecipazione finanziaria del contraente: i programmi sanitari con franchigie elevate abbinati a conti di risparmio costituiscono un percorso promettente per ridurre il rischio morale. Analogamente, i governi dovrebbero offrire incentivi finanziari ai datori di lavoro per sovvenzionare le assicurazioni sanitarie private.

2. Processo amministrativo
 - *Gestione delle spese generali*: i costi amministrativi dovrebbero essere ridotti al minimo. Si tratta di un'impresa non indifferente, poiché gli eventi di rischio sono spesso molto eterogenei. I servizi condivisi, come l'amministrazione da parte di terzi, possono rappresentare un'opzione.
 - *Sfruttamento del data mining*: gli assicuratori dovrebbero raccogliere, analizzare e interpretare i dati al fine di migliorare i prezzi, la gestione dei rischi e l'amministrazione.
 - *Definizione di standard di settore e prassi migliori*: per incrementare l'efficienza, gli assicuratori dovrebbero prendere in considerazione l'implementazione di una codifica standardizzata per malattie, trattamenti e procedure.

3. Gestione sanitaria

- *Allineamento degli interessi*: gli assicuratori sanitari privati devono sforzarsi di allineare gli interessi di tutte le parti coinvolte (ovvero compagnie di riassicurazione, amministratori, contraenti e fornitori di servizi medici). Nel caso dei fornitori di servizi medici, ciò si può ottenere mediante la stipulazione di contratti o l'integrazione verticale.
- *Promozione di forniture efficienti in termini di costi*: la gestione delle patologie e dei casi dovrebbe essere integrata in modo da migliorare la qualità e ridurre i costi. Gli assicuratori dovrebbero identificare la domanda e l'offerta di trattamenti inadeguati ed eccessivi.

Recenti pubblicazioni di *sigma*

- N° 6/2007 Il settore sanitario: diagnosi dello stato della sanità e del settore globale dell'assicurazione malattia privata
- N° 5/2007 Bancassurance: tendenze emergenti, opportunità e sfide
- N° 4/2007 Assicurazione mondiale 2006: i premi sono tornati alla "vita"
- N° 3/2007 Prodotti di rendita: una soluzione privata per il rischio di longevità
- N° 2/2007 Calamità naturali e catastrofi man-made nel 2006: livelli contenuti di sinistralità
- N° 1/2007 Lo scenario assicurativo nei mercati emergenti:
sviluppo solido e terreno vergine per le assicurazioni rischi agricoli
-
- N° 7/2006 Cartolarizzazione – nuove opportunità per assicuratori e investitori
- N° 6/2006 L'assicurazione credito e cauzioni: a sostegno degli impegni contrattuali
- N° 5/2006 Assicurazione mondiale nel 2005: crescita moderata dei premi, redditività attraente
- N° 4/2006 Solvency II: un approccio integrato al rischio per gli assicuratori europei
- N° 3/2006 Misurazione della redditività dell'attività assicurativa nel ramo danni
- N° 2/2006 Calamità naturali e catastrofi man-made nel 2005:
numerose le vittime dei terremoti, danni da tempeste a livelli record
- N° 1/2006 Attività di M&A nel ramo vita: compagnie globali in prima linea
-
- N° 5/2005 Assicurazione nei mercati emergenti: enfasi sugli sviluppi della responsabilità civile
- N° 4/2005 L'innovazione: una risposta alle sfide della non assicurabilità
- N° 3/2005 Il costo del capitale e la creazione di valore economico nell'assicurazione: principi e implicazioni pratiche
- N° 2/2005 Assicurazione mondiale 2004: premi in crescita e bilanci finanziari più solidi
- N° 1/2005 Calamità naturali e catastrofi man-made nel 2004:
oltre 300 000 vittime e sinistri assicurati senza precedenti
-
- N° 7/2004 I nuovi principi contabili IFRS: impatti sul settore assicurativo
- N° 6/2004 Panoramica economica sui sinistri di responsabilità civile:
assicurare un fenomeno in continua evoluzione
- N° 5/2004 Individuazione del potenziale di crescita dei mercati assicurativi emergenti:
riflettori puntati sulla Cina e sull'India
- N° 4/2004 Copertura caso morte: prodotto fondamentale dell'assicurazione vita
- N° 3/2004 Assicurazione mondiale 2003: il settore assicurativo sulla via della ripresa
- N° 2/2004 Brokeraggio assicurativo per aziende e brokeraggio riassicurativo: un settore in evoluzione
- N° 1/2004 Catastrofi naturali e man-made nel 2003:
elevato numero di vittime, sinistri assicurati relativamente contenuti
-
- N° 8/2003 Assicurazione mondiale 2002: elevata crescita dei premi nel ramo danni
- N° 7/2003 I mercati assicurativi emergenti: la lezione delle crisi finanziarie
- N° 6/2003 I mercati assicurativi danni in Asia: sviluppi recenti ed evoluzione del panorama aziendale
- N° 5/2003 La riassicurazione, un rischio sistemico?
- N° 4/2003 I rating delle compagnie di assicurazione
- N° 3/2003 Affari unit-linked in Europa occidentale: tempi di rilancio?
- N° 2/2003 Calamità naturali e catastrofi man-made nel 2002: le alluvioni gravano sul bilancio sinistri
- N° 1/2003 I prodotti ART: una panoramica

Swiss Reinsurance Company
Economic Research & Consulting
Mythenquai 50/60
Casella postale
8022 Zurigo
Svizzera

Telefono +41 43 285 2551
Fax +41 43 285 4749
sigma@swissre.com