

Bollettino Statistico

L'attività assicurativa nel comparto salute
(2017 – 2022)



SERVIZIO STUDI E GESTIONE DATI - DIVISIONE STUDI E ANALISI STATISTICHE

Il testo e le tavole sono state curate da Enzo Mario Ricci, Marianna D'Aria e Angelica Policella



(decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135)

Registrazione presso il Tribunale di Roma n. 56/2015 del 23 marzo 2015

Direzione e Redazione presso l'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni

Direttore responsabile

Roberto NOVELLI

Indirizzo

via del Quirinale 21 – 00187 ROMA

Telefono

+39 06 42133.1

Fax

+39 06 42133.775

Sito internet

<http://www.ivass.it>

Tutti i diritti riservati. È consentita la riproduzione a fini didattici
e non commerciali, a condizione che venga citata la fonte

ISSN 2421-3004 (online)

1	SINTESI	5
2	IL COMPARTO SALUTE (RAMI 1 E 2).....	6
3	IL RAMO MALATTIA	8
4	IL RAMO INFORTUNI.....	14
5	NOTA METODOLOGICA.....	17

1 SINTESI

Ramo malattia

- La spesa sanitaria complessiva ammonta a 171,9 miliardi di euro (9% del PIL) nel 2022: la spesa sanitaria pubblica è pari al 75,9% del totale; la spesa intermediata, gestita da fondi sanitari e imprese di assicurazione, incide per il 2,7% contro il 21,4% della spesa *out-of-pocket*;
- i premi assicurativi contabilizzati, pari a 3.539 milioni di euro (9,9% dei premi danni), aumentano del +12,6% rispetto al 2021; le prime cinque imprese raccolgono il 61% della produzione del ramo;
- le polizze malattia sono molto diffuse: un italiano su tre è assicurato in forma individuale o collettiva. Dei circa 20 milioni di assicurati nel 2022, 15 milioni sono assicurati con polizze collettive;
- il premio pagato in media per unità di rischio è modesto (171 euro nel 2022 e 139 euro nel 2021) ed eterogeneo tra le varie tipologie di polizze suggerendo livelli di copertura differenziati;
- la frequenza sinistri complessiva è del 50,3% (47,7% nel 2021); il costo medio dei sinistri indennizzati nello stesso anno di accadimento è pari a 258 euro (+3,2% rispetto al 2021);
- il *loss ratio* e il *combined ratio* si riducono rispetto al precedente esercizio, caratterizzato da una perdita tecnica a livello di sistema, passando rispettivamente dall'81,8% al 70,6% e dal 104,2% al 93,3%;
- il risultato del conto tecnico al netto della riassicurazione, pari a 112 milioni di euro, ritorna positivo dopo la parentesi del 2021 (-188 milioni).

Ramo infortuni

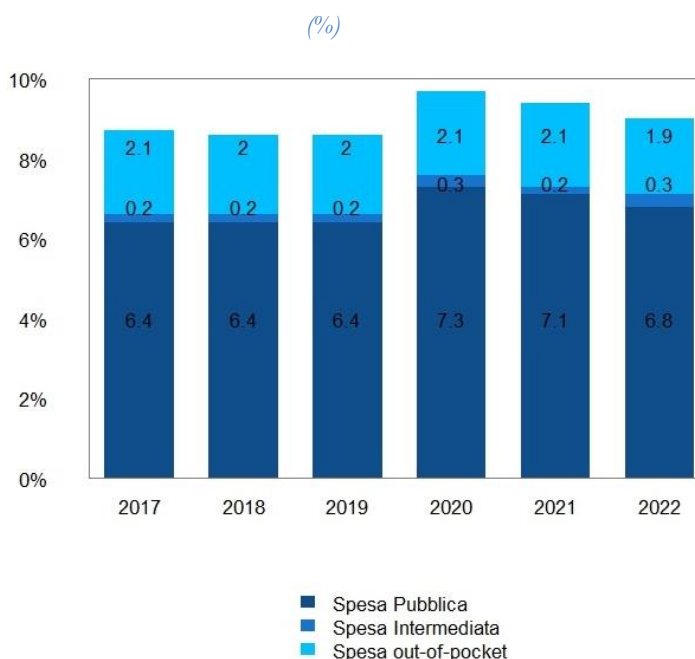
- I premi contabilizzati ammontano a 3.418 milioni di euro (9,6% sul totale dei rami danni), in aumento del +4,4% rispetto all'anno precedente;
- la produzione evidenzia una concentrazione nelle grandi imprese, con le prime cinque compagnie che raccolgono il 56,9% dei premi;
- il premio medio nel 2022 è di 59 euro, in lieve aumento rispetto al 2021 (58 euro);
- la frequenza sinistri si incrementa dallo 0,52% del 2021 allo 0,58%; il costo medio complessivo è pari a 4.606 euro, in diminuzione del -1,5% rispetto all'anno precedente;
- il *loss ratio* e il *combined ratio*, rispettivamente pari al 41,5% e 78,3%, si incrementano a causa della crescita dell'onere per sinistri del +10,9% e delle spese di gestione del +4,9%;
- il risultato del conto tecnico al netto della riassicurazione ammonta a 596 milioni di euro (-16,3% rispetto al 2021).

2 IL COMPARTO SALUTE (RAMI 1 e 2)

La spesa sanitaria complessiva nel 2022 in Italia risulta pari a 171,9 miliardi di euro, in crescita rispetto al 2021 del +2,4%, ed è pari al 9% del PIL (9,4% nel 2021).

La ripartizione della spesa complessiva vede la prevalenza dell'onere pubblico (75,9% del totale), in misura pari al 6,8% del PIL (7,1% nel 2021), seguita dalla spesa *out-of-pocket* (21,4% del totale) che incide per l'1,9% del PIL (2,1% nel 2021). La spesa intermediata, gestita da fondi sanitari e imprese di assicurazione operanti nel ramo malattia, è pari allo 0,3% del PIL.

Figura 2.1 – Distribuzione della spesa sanitaria in rapporto al PIL



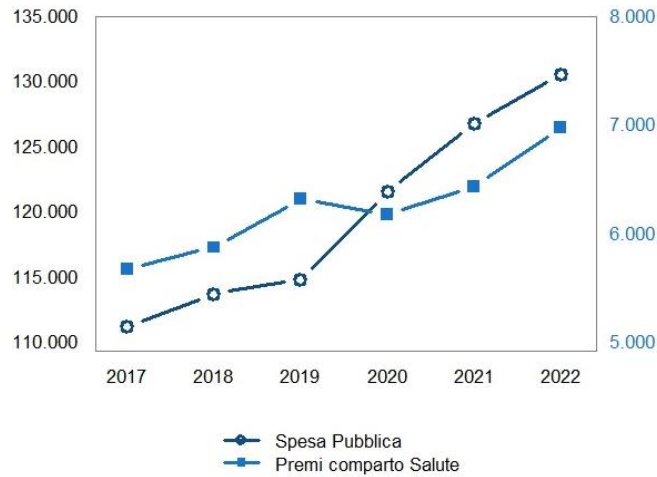
Fonte: OCSE

La spesa intermediata si rivela la più dinamica negli ultimi 6 anni (+26%), mentre la spesa sanitaria pubblica cresce a un tasso inferiore (+17,3%). La spesa *out-of-pocket* risulta di poco aumentata (+2,7%).

La raccolta premi del comparto assicurativo salute è fortemente correlata con la spesa sanitaria pubblica (coefficiente di correlazione pari a 89,2%), risultando in costante crescita, a eccezione del 2020, anno in cui si manifesta la pandemia, in cui si riscontra un innalzamento della spesa pubblica e una riduzione di quella privata.

Figura 2.2 – Spesa sanitaria pubblica e raccolta assicurativa del comparto

(milioni di euro)

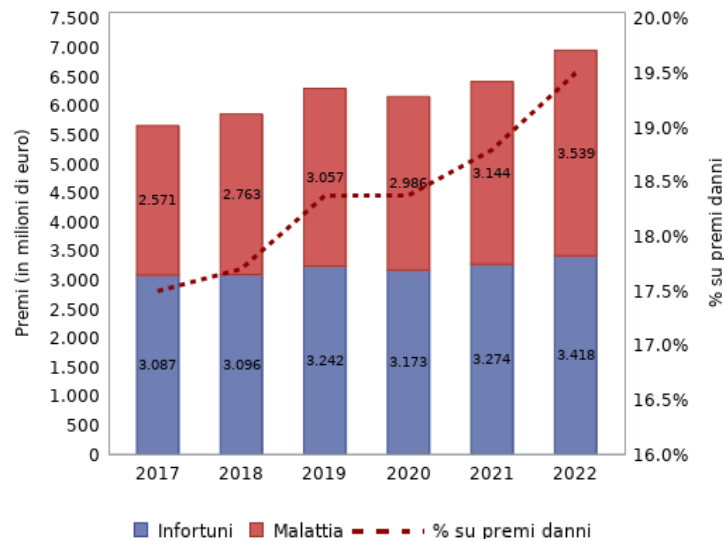


Fonte: ISTAT e IVASS

La raccolta premi del comparto assicurativo salute, pari a 6.957 milioni di euro (19,5% della produzione dei rami danni), denota una crescita superiore nel ramo malattia rispetto a quello infortuni. Dopo la pausa del 2020, nel 2022 la raccolta premi malattia riprende ad aumentare in misura particolarmente significativa (+12,6%), mentre quella infortuni cresce a un ritmo inferiore (+4,4%).

Figura 2.3 – Raccolta premi nel comparto salute

(milioni di euro)



La produzione raccolta nei primi tre trimestri del 2023¹ continua a evidenziare i dati positivi del 2022, con un rilevante aumento annuo per il ramo malattia (+12,7%) e una più modesta crescita del 3,0% del ramo infortuni.

¹ Fonte dati: trimestrale premi al 30/09/2023

3 IL RAMO MALATTIA

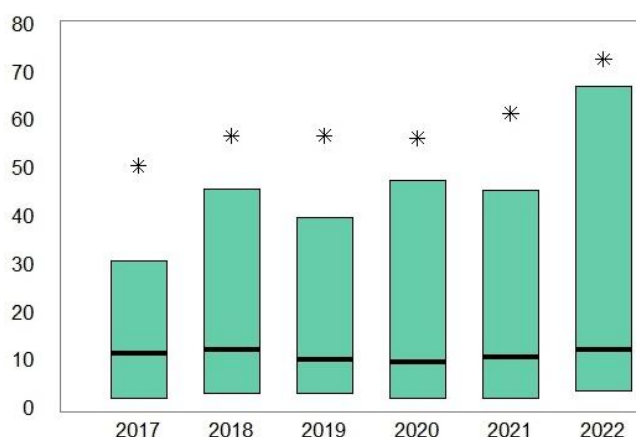
Raccolta premi

Nel 2022 i premi del lavoro diretto italiano nel ramo malattia sono pari a 3.539 milioni di euro, in crescita del +12,6% rispetto al 2021 e del +37,7% rispetto al 2017. I premi del ramo rappresentano il 9,9% del totale dei premi dei rami danni, in costante crescita dal 2017, a eccezione del 2020.

Il mercato evidenzia una concentrazione nelle grandi imprese, con il valore medio della raccolta situato sempre al di fuori della differenza interquartile (Fig. 3.1): nel 2022 le prime cinque compagnie raccolgono il 61% dei premi e i primi cinque gruppi l'83,2% dei premi.

Figura 3.1 – Distribuzione della raccolta premi nel ramo malattia

(milioni di euro)

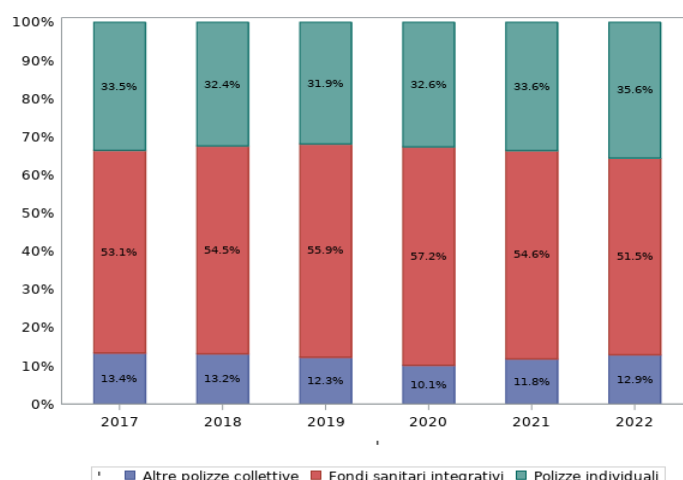


Composizione per tipologia di polizza

I premi del ramo malattia sono raccolti principalmente tramite polizze collettive, con una prevalenza di quelle assunte per mezzo dei fondi sanitari (51,5% del totale), mentre risultano più modeste le altre polizze collettive (12,9%). Le polizze individuali contribuiscono alla raccolta per il 35,6%.

Si riduce l'incidenza relativa dei fondi sanitari, mentre si incrementa il peso delle altre polizze collettive. Il peso delle forme individuali risulta in aumento dopo la fase critica della pandemia.

Figura 3.2 – Ripartizione dei premi diretti malattia per tipologia di polizze²
(%)



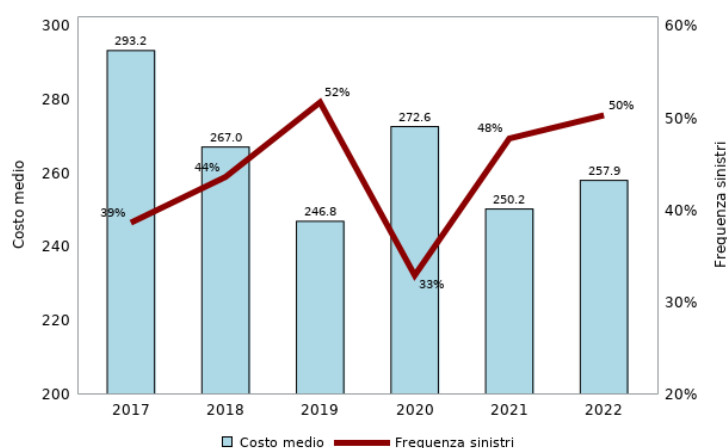
Frequenza e costo medio dei sinistri

I sinistri con seguito, al lordo della stima dei tardivi, sono pari a 10.161.232³, inferiori (-5,1%) rispetto all'anno precedente, segnato dal forte rialzo delle denunce dopo la riduzione delle prestazioni nel 2020.

La diminuzione del numero dei sinistri è stata accompagnata da una più rilevante riduzione delle unità di rischio (-9,7%), con un innalzamento della relativa frequenza (dal 47,7% del 2021 al 50,1%).

Il costo medio dei sinistri indennizzati nello stesso anno di accadimento è pari a 258 euro, in aumento del +3,2% sul 2021, ma in riduzione rispetto al 2017 (-11,9%). L'incremento del costo medio e della frequenza sinistri hanno determinato un incremento del premio puro, che ammonta a 129,7 euro, +8,6% su base annua e +14,7% rispetto al 2017.

Figura 3.3 – Frequenza e costo medio dei sinistri



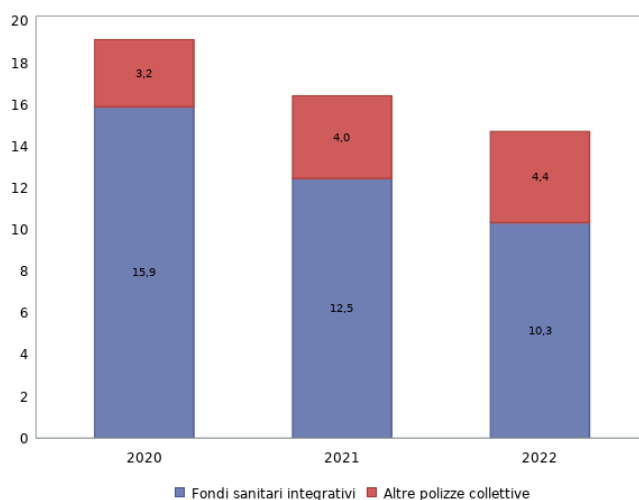
² Le quote sono calcolate sulle imprese nel perimetro della rilevazione sulle polizze collettive, ovvero sulle imprese vigilate con almeno 10 milioni di premi.

³ In media ogni unità di rischio che ricorre ai risarcimenti della propria assicurazione sanitaria la attiva 3,07 volte (3,53 del 2021): l'indicatore presenta oscillazioni contenute nel periodo 2017-2022.

Si rileva un'ampia diffusione delle polizze collettive: circa un italiano su quattro ha sottoscritto tale tipologia di polizza, con una netta prevalenza dei fondi sanitari integrativi. L'analisi dei sinistri evidenzia un innalzamento della frequenza sinistri per i fondi sanitari integrativi a fronte di una riduzione delle unità di rischio (10,3 milioni nel 2022 contro i 15,9 milioni del 2020), mentre per le altre forme collettive si riduce lievemente la frequenza sinistri nell'ultimo esercizio.

Figura 3.4 – Unità di rischio delle polizze collettive

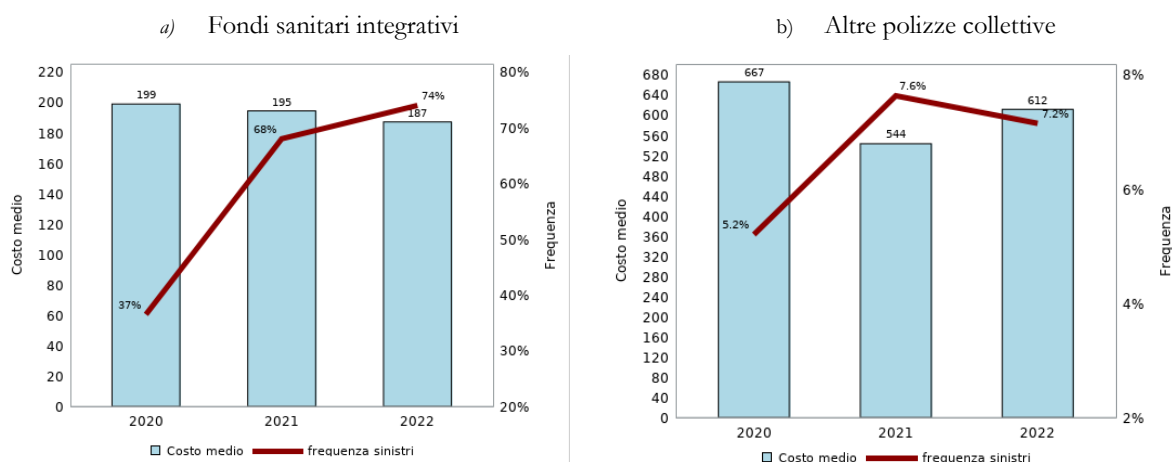
(milioni)



Il costo medio dei sinistri delle polizze collettive è pari a 187 euro per i fondi sanitari integrativi (-4,1% rispetto al 2021), mentre il costo medio relativo alle altre polizze collettive è più elevato ed è pari a 612 euro (+12,5% su base annua), a fronte di una frequenza sinistri molto più contenuta (7,2% contro 74%).

Figura 3.5 – Frequenza e costo medio dei sinistri delle polizze collettive

(milioni, %)



Premio medio

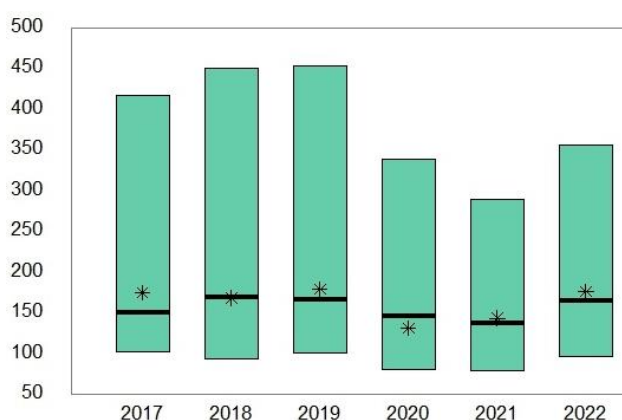
Il premio medio del 2022, pari a 171 euro, evidenzia un incremento rispetto agli esercizi 2020 e 2021 (rispettivamente 126 euro per +9,6% e 139 euro per +23,5%), risultando vicino al dato 2019 a

testimonianza del superamento degli effetti della pandemia⁴.

La distribuzione dei premi denota una variabilità tra le imprese, in riduzione nel 2020- 2021 rispetto al periodo precedente e in leggero aumento nell'ultimo anno.

Il premio medio corrisposto dall'assicurato tramite fondi sanitari è pari a 173 euro (+29% sul 2021), mentre per gli altri contratti collettivi ammonta a 91 euro (+3,5% rispetto al 2021).

Figura 3.6 – Premio medio per impresa



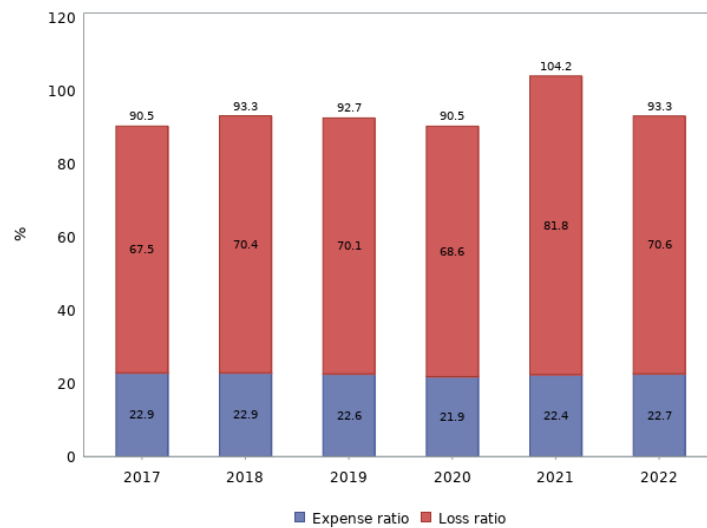
Principali indicatori tecnici

Il *loss ratio* e il *combined ratio*, rispettivamente pari a 70,6% e 93,3%, si riducono rispetto al 2021 ritornando a livelli comparabili con quelli del 2019. Gli indicatori hanno raggiunto il livello massimo nel 2021 (rispettivamente 81,8% e 104,2%) per effetto del significativo aumento del numero dei sinistri in seguito alla ripresa delle erogazioni delle prestazioni sanitarie dopo il *lock-down*.

Le spese di gestione complessive sui premi (*expense ratio*), pari a 22,7%, risultano in ripresa dopo aver toccato il minimo nel 2020 (21,9%).

⁴ Durante il biennio 2020-2021, la diminuzione del premio medio rifletteva un numero significativo di contratti sottoscritti per la copertura dei rischi da Covid, in generale caratterizzati da premi molto contenuti.

Figura 3.7 – Indicatori tecnici



La frequenza sinistri delle polizze dei fondi sanitari, molto superiore alla media del ramo malattia, determina *loss ratio* più alto rispetto a quello complessivo (86,5% contro 70,6%), ma minore di quello del 2021 (110%). La redditività delle altre polizze collettive è più elevata, con un *loss ratio* di bilancio 2022 (50,5%) più contenuto rispetto allo stesso indicatore per tutto il ramo.

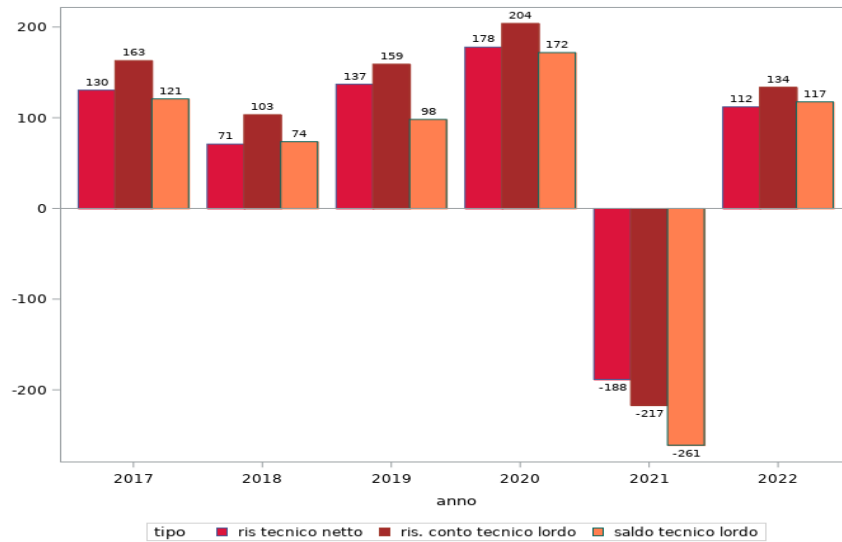
Risultato del conto tecnico

Il risultato del conto tecnico al netto della riassicurazione, pari a 112 milioni di euro, ritorna positivo dopo la perdita nel 2021 (-188 milioni). Le prestazioni per oneri per sinistri si mantengono a un livello elevato, pur risultando inferiori a quelle dell'anno precedente (-4,8%), e sono compensate dalla crescita della raccolta premi determinando il risultato positivo.

La gestione assicurativa presenta un risultato positivo prima del ricorso alla riassicurazione passiva pari a +134 milioni di euro (dato 2021: -217 milioni). L'andamento positivo della gestione assicurativa è associato a un contributo negativo della cessione in riassicurazione (-22 milioni), che determina un risultato netto di 112 milioni.

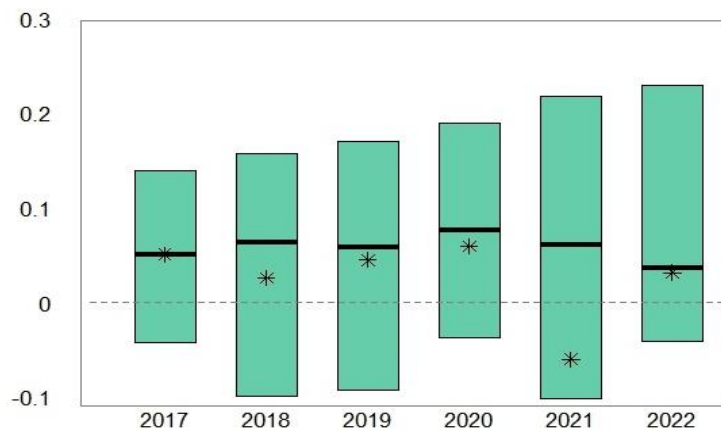
Figura 3.8 – Risultati tecnici

(milioni di euro)



Il risultato del conto tecnico su premi evidenzia una minore variabilità nel 2022 rispetto al 2021, caratterizzato da una redditività molto differenziata tra le compagnie.

Figura 3.9 – Risultato del conto tecnico/Premi



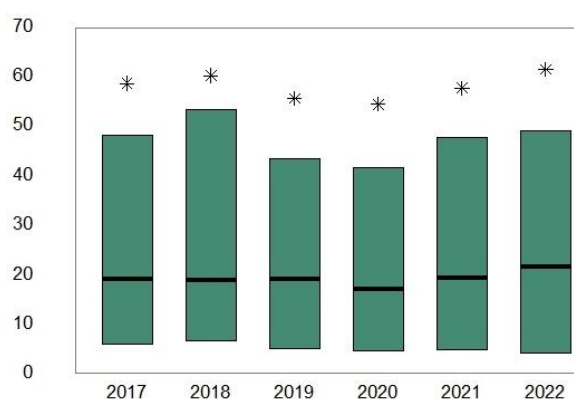
4 IL RAMO INFORTUNI

Raccolta premi

I premi del lavoro diretto italiano nel ramo infortuni raccolti nel 2022 sono pari a 3.418 milioni di euro, in crescita del +4,4% rispetto al 2021 e del +10,7% rispetto al 2017. I premi del ramo rappresentano il 9,6% del totale della raccolta dei rami danni, quota stabile nel periodo di osservazione.

La produzione nel ramo si concentra nelle grandi imprese, tenuto conto che il valore medio è situato sempre al di fuori della differenza interquartile (Fig. 4.1). Le prime cinque compagnie raccolgono il 56,9% dei premi 2022 e i primi cinque gruppi che hanno una produzione del 72,6% del totale premi.

Figura 4.1 – Distribuzione raccolta premi nel ramo infortuni
(milioni di euro)

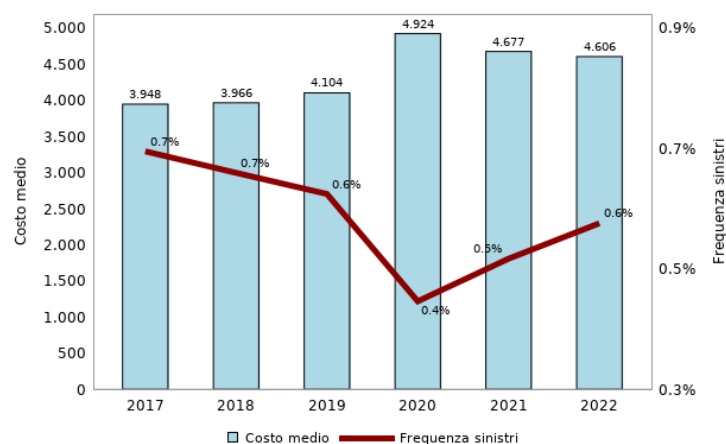


Frequenza e costo medio dei sinistri

Il numero dei sinistri denunciati con seguito si incrementa ulteriormente nel 2022, da 292.700 accaduti nel 2021 a 332.090 (+13,5%). L'incremento della frequenza sinistri, passata da 0,52% allo 0,58%, è associata a un aumento del numero delle unità di rischio, incrementate del 1,9% rispetto al 2021.

Il costo medio complessivo dei sinistri indennizzati nell'anno di accadimento è pari a 4.606 euro, in riduzione del -1,5% rispetto all'anno precedente, ma in crescita rispetto al 2017 del +16,7%. Il premio di puro rischio, pari a 27 euro, si incrementa rispetto al 2021 (+9,5%) e si riduce rispetto al 2017 (-3,3%).

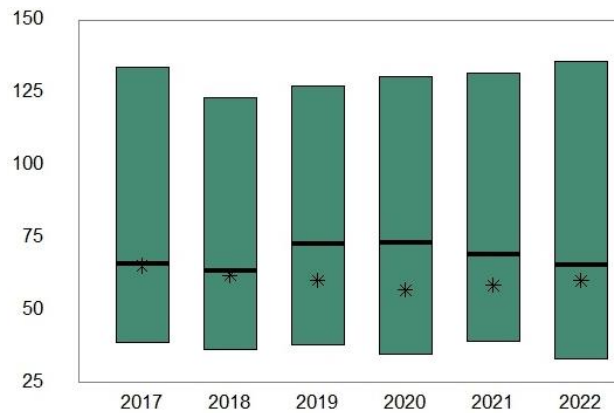
Figura 4.2 – Frequenza e costo medio dei sinistri



Premio medio

Il premio medio evidenzia un aumento rispetto al 2021 e 2020, raggiungendo i 59,3 euro dai 55,8 euro per il 2020 e 57,8 euro per il 2021. L'aumento della differenza interquartile denota un aumento della dispersione dei premi tra le imprese.

Figura 4.3 – Variabilità del premio medio per impresa
(euro)

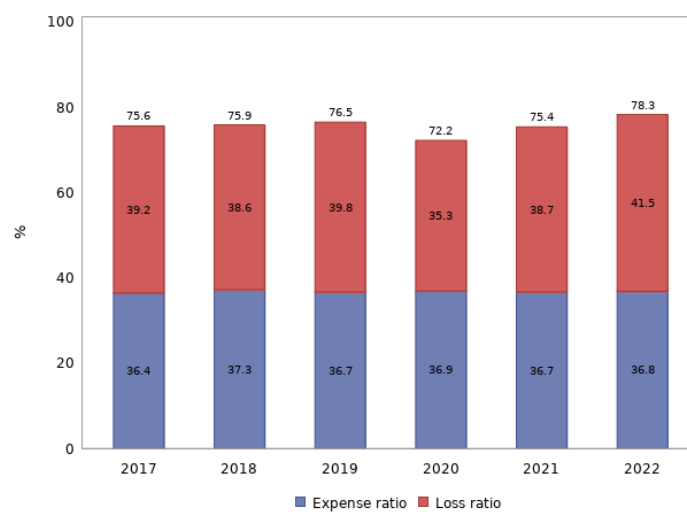


Principali indicatori tecnici

Gli indicatori tecnici del *loss ratio* e *combined ratio* si incrementano rispettivamente al 41,5% e 78,3%, raggiungendo i valori massimi nel periodo di osservazione. L'*expense ratio* è pari al 36,8% risultando più o meno inalterato rispetto agli anni precedenti.

L'incremento del *loss ratio* riflette la crescita dell'onere per sinistri (+10,9% rispetto al 2021), che non è compensata dall'aumento dei premi di competenza (+3,7%).

Figura 4.4 – Indicatori tecnici

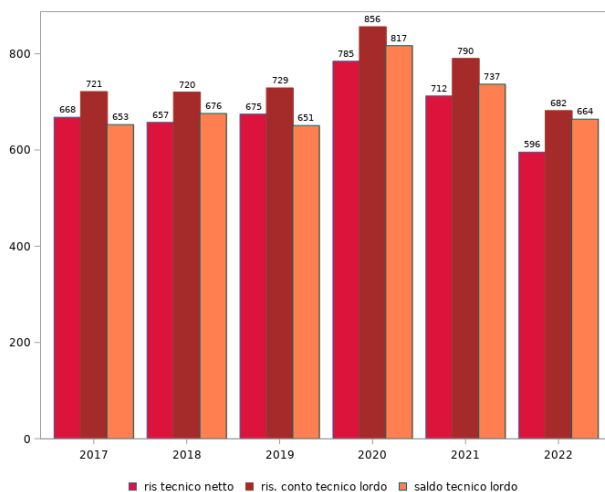


Risultato del conto tecnico

Il risultato del conto tecnico al netto della riassicurazione ammonta a 596 milioni di euro (17,6% dei premi di competenza), in calo del -16,3% rispetto al 2021. La flessione riflette l'incremento degli oneri per sinistri (+138 milioni), delle spese di gestione (+59 milioni), solo in parte bilanciati dalla crescita dei premi di competenza (+120 milioni).

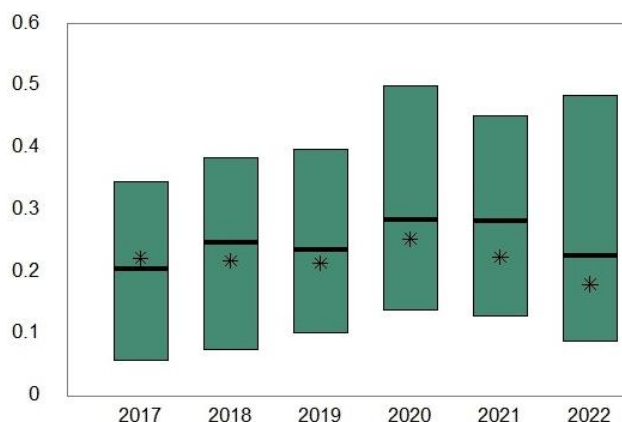
Figura 4.5 – Risultati tecnici

(milioni di euro)



Il risultato è caratterizzato dall'andamento negativo delle cessioni in riassicurazione (-86 milioni) e delle altre partite tecniche (-57 milioni). Il risultato del conto tecnico rapportato ai premi su base annuale evidenzia un aumento della variabilità, misurata dall'incremento della differenza interquartile nell'ultimo esercizio rispetto agli anni precedenti. Il valore medio dell'indicatore è in riduzione dal 2020.

Figura 4.6 – Risultato del conto tecnico in rapporto ai premi



Il perimetro della rilevazione e la fonte dei dati

Il presente Bollettino Statistico utilizza informazioni statistiche, desunte dai moduli di bilancio e di vigilanza, relative all'insieme delle imprese vigilate dall'IVASS, costituite dalle imprese nazionali e dalle rappresentanze in Italia di imprese extra Spazio Economico Europeo (SEE)⁵ sottoposte alla vigilanza prudenziale dell'IVASS. Sono escluse le imprese di assicurazione con sede legale in uno Stato SEE ammesse a operare in Italia nel comparto salute in regime di stabilimento e di libertà di prestazione di servizi, in quanto tali imprese presentano i bilanci e la modulistica di vigilanza alle Autorità di Vigilanza dello Stato di origine, cui compete il controllo di solvibilità.

I dati del presente Bollettino si riferiscono al lavoro diretto italiano e riguardano le componenti di costo e ricavo della gestione tecnico-assicurativa del comparto salute, costituito dai rami infortuni e malattia (rami 1 e 2). Relativamente al periodo di riferimento, si forniscono gli andamenti relativi a produzione, costi di gestione, sinistri e risultato tecnico.

Considerata la loro rilevanza nella spesa sanitaria privata in Italia, dal 2018 l'IVASS svolge una specifica indagine presso le imprese vigilate⁶ sulle polizze collettive nel ramo malattia sottoscritte da parte di fondi sanitari e organismi simili per conto degli iscritti. Tenuto conto della elevata concentrazione del mercato, la rilevazione interessa le imprese vigilate con almeno 10 milioni di euro di raccolta diretta nel ramo malattia. Le variabili rilevate sono un sottoinsieme dei moduli 17 e 28 di bilancio⁷, compilati dalle imprese per i singoli rami danni⁸. L'indagine ha riguardato tutte le polizze collettive, ripartite tra polizze collettive sottoscritte da fondi sanitari o organismi assimilabili⁹ e sottoscritte da organismi di altra natura.

Le elaborazioni relative alla ripartizione della spesa sanitaria nazionale e alla sua incidenza in rapporto al PIL utilizzano i dati forniti dall'Istat¹⁰ e dall'OCSE¹¹.

Il perimetro delle imprese

Dal 2022, una compagnia caratterizzata da un numero particolarmente elevato di unità di rischio nel ramo malattia e da un premio medio particolarmente contenuto, per via della natura peculiare del suo business, è stata esclusa dal calcolo dagli indicatori che utilizzano il numero di polizze.

⁵ Lo SEE (Spazio Economico Europeo) comprende i paesi dell'Unione Europea (UE), cui si aggiungono Norvegia, Islanda e Liechtenstein.

⁶ Lettera al mercato IVASS del 30 marzo 2023.

⁷ Cfr. Regolamento ISVAP n. 22/2008.

⁸ In alcuni casi le unità di rischio sono stimate.

⁹ Fondi integrativi ai sensi dell'art. 9 del d.lgs. 502/1992, che erogano solo prestazioni o rimborso di prestazioni strettamente integrative del Servizio Sanitario Nazionale al di fuori di quelle previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), e gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, che godono di benefici fiscali purché eroghino almeno il 20% del totale in prestazioni integrative.

¹⁰ https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,DATAWAREHOUSE,1.0/UP_ACC_HEALTH.

¹¹ <https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=SHA>.

Per apprezzare l'effetto dell'inflazione monetaria, nelle tavole allegate alcuni importi sono presentati a prezzi correnti e a prezzi costanti 2022. Nel testo, salvo diversa indicazione, sono commentati gli importi a prezzi correnti.

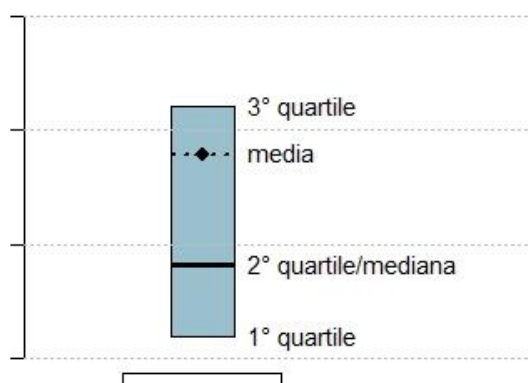
Per ogni termine tecnico o grandezza presente nel Bollettino si rinvia al Glossario dei termini assicurativi disponibile al link: https://www.ivass.it/pubblicazioni-e-statistiche/pubblicazioni/relazione-annuale/2023/Relazione_Annuale_2022_glossario.pdf

La spesa sanitaria

La spesa sanitaria complessiva si ripartisce in:

- Spesa sanitaria pubblica
- Spesa sanitaria intermediata da fondi sanitari e da imprese di assicurazione
- Spesa sanitaria *out-of-pocket*, vale a dire l'onere finanziato in via diretta dalle famiglie

Legenda per lettura boxplot



La linea inferiore del rettangolo rappresenta il primo quartile ovvero il valore al di sotto del quale si trova il 25% dei valori nella distribuzione; la linea centrale all'interno del rettangolo rappresenta la mediana o secondo quartile, ovvero il valore al di sotto del quale si trova il 50% dei valori, mentre la linea superiore del rettangolo corrisponde al terzo quartile, ovvero il valore al di sotto del quale si trova il 75% dei valori. La distanza tra le barre verticali rappresenta la differenza interquartile (25°-75° percentile) della distribuzione; l'asterisco rappresenta il valore medio.