

# **Wytyczne dotyczące podmodułu ryzyka katastroficznego w ubezpieczeniach zdrowotnych**

## Wstęp

- 1.1. Zgodnie z art. 16 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1094/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. w sprawie ustanowienia Europejskiego Urzędu Nadzoru (zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie EIOPA”)<sup>1</sup> EIOPA sporządza wytyczne dotyczące podmodułu ryzyka katastroficznego w ubezpieczeniach zdrowotnych. Wytyczne te dotyczą art. 105 ust. 4 dyrektywy 2009/138/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wyłącalność II)<sup>2</sup> oraz 160-163 i załącznika VI środków wykonawczych<sup>3</sup>.
- 1.2. Wytyczne skierowane są do organów nadzoru w rozumieniu dyrektywy Wyłącalność II.
- 1.3. Wytyczne mają na celu ułatwienie wprowadzenia spójnych praktyk w państwach członkowskich oraz wsparcie przedsiębiorstw w odpowiednim identyfikowaniu i zliczaniu ilości uwzględnianych w obliczaniu wymogu kapitałowego dla ryzyka katastroficznego w ubezpieczeniach zdrowotnych w różnych możliwych przypadkach i sytuacjach.
- 1.4. Obliczenia na potrzeby określenia wymogu kapitałowego dla podmodułu ryzyka katastroficznego w ubezpieczeniach zdrowotnych powinny być dopasowane do charakteru odpowiednich scenariuszy.
- 1.5. Zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji mogą znaleźć się w różnych sytuacjach w zależności od parametrów ich produktów i przepisów krajowych.
- 1.6. Na potrzeby niniejszych wytycznych przyjmuje się następującą definicję:
  - „jednorazowe roszczenie” oznacza roszczenie następujące po wydarzeniu się jednej określonej osobie jednego konkretnego zdarzenia.
- 1.7. Jeśli w niniejszych wytycznych nie zdefiniowano ich inaczej, określenia mają znaczenie zdefiniowane w aktach prawnych wspomnianych we wstępie.
- 1.8. Wytyczne mają zastosowanie od dnia 1 kwietnia 2015 r.

### **Wytyczna nr 1 - Postanowienia ogólne dotyczące obliczania wymogów kapitałowych dla ryzyka katastroficznego w ubezpieczeniach zdrowotnych**

- 1.9. Jeżeli do obliczeń wymogów kapitałowych dla podmodułu ryzyka katastroficznego w ubezpieczeniach zdrowotnych konieczne jest ustalenie przyczyny scenariusza katastroficznego i skutki opisane w scenariuszach mogą mieć różne przyczyny, przedsiębiorstwa powinny w obliczeniu uwzględnić przyczynę powodującą największą stratę w podstawowych środkach własnych. Przedsiębiorstwa przede wszystkim nie powinny wykluczać scenariusza, jeżeli

---

<sup>1</sup> Dz.U. L 331, z 15.12.2010, s. 48-83

<sup>2</sup> Dz.U. L 335, z 17.12.2009, s. 1-155

<sup>3</sup> Dz.U. L 12 z 17.01.2015, s. 1-797.

niektóre potencjalne przyczyny scenariusza katastroficznego wykluczają warunki ogólne polisy ubezpieczeniowej (np. terroryzm).

## **Wytyczna nr 2 - Obliczanie sumy ubezpieczenia dla świadczeń z tytułu śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku**

1.10. Jeżeli umowa ubezpieczeniowa przewiduje świadczenia w przypadku śmierci, z jakiegokolwiek przyczyny, oraz dodatkowe świadczenia w przypadku śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku, przedsiębiorstwa powinny uwzględnić tylko dodatkowe świadczenia do obliczania wartości świadczeń, o których mowa w art. 161 ust. 3 lit. b) oraz art. 162 ust. 4 lit. c) środków wykonawczych, jeżeli spełniono następujące warunki:

- (a) świadczenia zostały uwolnione;
- (b) ryzyka związane ze świadczeniami w przypadku śmierci z jakiegokolwiek przyczyny są odpowiednio ujęte w module ryzyka aktuarialnego w ubezpieczeniach na życie.

1.11. Jeżeli w przypadku śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku przewidziane są dodatkowe świadczenia cykliczne, przedsiębiorstwa powinny opierać obliczanie wartości wypłacalnych świadczeń na najlepszych szacowanych parametrach (tabela śmiertelności i krzywa stopy dyskontowej) i uwzględniać odpowiednie charakterystyki demograficzne. Przedsiębiorstwa powinny także uwzględniać w obliczeniach umowy czas trwania świadczeń cyklicznych.

1.12. Jeżeli nie ma dostępnych danych demograficznych lub są one niewystarczające, obliczając wartość świadczeń, przedsiębiorstwa powinny stosować realistyczne założenia dla parametrów demograficznych w oparciu o statystyki publiczne lub wewnętrzne. Przedsiębiorstwa powinny być w stanie uzasadnić te założenia zgodnie z wymogami organu nadzoru.

1.13. Obliczając wartość świadczeń, przedsiębiorstwa powinny uwzględniać spodziewane wzrosty kwoty świadczeń cyklicznych i wydatki związane z zarządzaniem roszczeniami.

## **Wytyczna nr 3 - Obliczanie sumy ubezpieczenia dla świadczeń z tytułu trwałej niezdolności do pracy**

1.14. Jeżeli świadczenia z tytułu niezdolności do pracy mogą być wypłacane w ramach jednorazowej płatności lub świadczeń cyklicznych, przedsiębiorstwa powinny stosować podejście trzystopniowe w celu określenia wartości świadczeń, o których mowa w art. 161 ust. 3 lit. b) i art. 162 ust. 4 lit. c) środków wykonawczych:

- (a) Krok 1: określenie oczekiwanego udziału świadczeń w formie jednorazowej płatności.
- (b) Krok 2: określenie dla każdego ubezpieczonego świadczeń w przypadku jednorazowej płatności oraz najlepszego szacunku dla świadczeń cyklicznych.

- (c) Krok 3: obliczenie średniej między obydwoma wartościami ustalonymi w kroku 2 ważonej udziałem obliczonym w kroku 1.
- 1.15. Niezależnie od pkt 1 tej wytycznej kiedy wybór między jednorazową płatnością a świadczeniami cyklicznymi należy do uposażonego z tytułu ubezpieczenia, przedsiębiorstwo powinno stosować maksimum obydwu wartości zamiast średniej ważonej.
- 1.16. Przedsiębiorstwa powinny uzasadnić założenia leżące u podstaw obliczenia udziałów, o których mowa w pkt 1. Jeżeli przedsiębiorstwa nie mogą uzasadnić obliczenia udziałów zgodnie z wymogami organu nadzoru, powinny obliczyć wartość świadczeń jako maksimum między jednorazową płatnością a najlepszym szacunkiem dla świadczeń cyklicznych.
- 1.17. Jeżeli kwota świadczeń z tytułu niezdolności do pracy jest uzależniona od stopnia niezdolności do pracy ubezpieczonych, przedsiębiorstwa powinny obliczać wartość świadczeń dla wszystkich osób w następujący sposób:
- (a) określić podział stopni niezdolności do pracy ubezpieczonych;
  - (b) obliczyć koszty roszczeń związanych z każdym stopniem niezdolności do pracy;
  - (c) przydzielić podział stopni niezdolności do pracy do odpowiednich kosztów roszczeń.
- 1.18. Przedsiębiorstwa powinny uzasadnić założenia leżące u podstaw obliczenia podziału stopni niezdolności do pracy, o których mowa w pkt 4. Jeżeli przedsiębiorstwa nie mogą uzasadnić obliczenia udziałów zgodnie z wymogami organu nadzoru, powinny dla wszystkich ubezpieczonych zastosować maksymalny koszt roszczenia w przypadku wszystkich stopni niezdolności do pracy.
- 1.19. Obliczając najlepszy szacunek dla świadczeń cyklicznych z tytułu zdarzenia „Trwała niezdolność do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku”, przedsiębiorstwa powinny zakładać, że płatności są dokonywane w całym okresie pobierania świadczenia określonym w ogólnych warunkach polisy ubezpieczeniowej, który może upłynąć w związku z prawdopodobieństwem śmierci.
- 1.20. Przedsiębiorstwa powinny do obliczeń uwzględnić realistyczne założenia dotyczące współczynnika umieralności osób z trwałą niezdolności do pracy w oparciu o publiczne lub wewnętrzne statystyki. Przedsiębiorstwa powinny być w stanie uzasadnić te założenia.
- 1.21. Obliczając wartość świadczeń, przedsiębiorstwa powinny uwzględnić spodziewane wzrosty kwoty świadczeń cyklicznych i wydatki związane z zarządzaniem roszczeniami.

#### **Wytyczna nr 4 - Obliczanie sumy ubezpieczenia dla świadczeń z tytułu niezdolności do pracy dziesięcioletniej i niezdolności do pracy dwunastomiesięcznej**

- 1.22. Jeżeli uposażony z tytułu ubezpieczenia może otrzymać jednorazową płatność lub świadczenia cykliczne w przypadku zdarzeń „Niezdolność do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku trwająca 10 lat” lub „Niezdolność do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku trwająca 12 miesięcy”, przedsiębiorstwa powinny stosować takie samo podejście jak wskazane w wytycznej 3.
- 1.23. Jeżeli kwota świadczeń z tytułu niezdolności do pracy jest uzależniona od stopnia niezdolności do pracy osób ubezpieczonych, przedsiębiorstwa powinny stosować takie samo podejście, jak wskazane w wytycznej 3 pkt 4 i 5.
- 1.24. Obliczając najlepszy szacunek dla świadczeń cyklicznych z tytułu zdarzeń „Niezdolność do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku trwająca 10 lat” lub „Niezdolność do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku trwająca 12 miesięcy”, przedsiębiorstwa powinny wykluczyć wszelkie przyczyny wyjścia i uwzględnić wszystkie przyszłe płatności między:
- (a) końcem okresu odroczenia;
  - (b) końcem okresu dziesięciomiesięcznego lub dwunastomiesięcznego lub, jeżeli wypada wcześniej, końcem okresu ubezpieczenia.
- 1.25. W obliczeniach przedsiębiorstwa powinny uwzględniać spodziewane wzrosty kwoty świadczeń cyklicznych i wydatki związane z zarządzaniem roszczeniami.

#### **Wytyczna nr 5 - Obliczanie sumy ubezpieczenia dla świadczeń z tytułu leczenia w związku z nieszczęśliwym wypadkiem**

- 1.26. Przedsiębiorstwa powinny obliczać średnie kwoty w przypadku zdarzenia „Leczenie w związku z nieszczęśliwym wypadkiem” na podstawie obserwacji świadczeń z tytułu leczenia w związku z nieszczęśliwym wypadkiem w trakcie poprzednich lat oraz odpowiednich wydatków podzielonych przez liczbę jednorazowych roszczeń odpowiadających tym świadczeniom.
- 1.27. Przedsiębiorstwa powinny zadbać o to, aby okres obserwacji był odpowiednio długi, aby ograniczyć w ten sposób błędy statystyczne.
- 1.28. W celu obliczenia średnich kwot przedsiębiorstwa powinny skorygować dane z przeszłości o stopę inflacji w świadczeniach medycznych.
- 1.29. Jeżeli oczekuje się, że leczenie potrwa ponad rok, przedsiębiorstwa powinny uwzględnić spodziewaną stopę inflacji w świadczeniach medycznych.
- 1.30. Przedsiębiorstwa powinny odpowiednio rozróżniać świadczenia z tytułu leczenia w związku z nieszczęśliwym wypadkiem i inne świadczenia na podstawie obserwacji w przeszłości. W razie konieczności przedsiębiorstwa powinny uzupełnić tę analizę oceną ekspertów. Przedsiębiorstwa powinny opierać wszystkie szacunki na publicznych lub wewnętrznych statystykach. Przedsiębiorstwa powinny być w stanie uzasadnić te założenia zgodnie z wymogami organu nadzoru.

## **Wytyczna nr 6 - Obliczanie sumy ubezpieczenia w podmodule ryzyka koncentracji wypadków**

- 1.31. Do obliczenia wartości świadczeń, o których mowa w art. 162 ust. 4 lit. c) środków wykonawczych, przedsiębiorstwa powinny zastosować te same zasady, które przewidziano w wytycznych 2 i 4.
- 1.32. Jeżeli ubezpieczony objęty jest dwiema lub kilkoma umowami przewidującymi świadczenia w przypadku zdarzenia  $e$ , które wzajemnie się nie wykluczają, przedsiębiorstwa powinny dodać świadczenia z tytułu różnych umów, aby określić  $SI(e,i)$  z art. 162 ust. 4 lit. c) środków wykonawczych.

## **Wytyczna nr 7 - Obliczanie ekspozycji z tytułu ubezpieczeń na wypadek utraty dochodów w związku z pandemią**

- 1.33. Jeżeli umowa przewiduje świadczenia cykliczne, przedsiębiorstwa powinny obliczać najlepsze szacunki dla świadczeń z tytułu trwałej niezdolności do pracy spowodowanej chorobą zakaźną, o której mowa w art. 163 ust. 2 lit. b) środków wykonawczych, w taki sam sposób jak przewidziano w wytycznej 3 dla najlepszych szacunków dla świadczeń z tytułu zdarzenia „Trwała niezdolność do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku”.

## **Wytyczna nr 8 - Obliczenie najlepszych szacunków dla wysokości kosztów leczenia**

- 1.34. Przedsiębiorstwa powinny obliczyć najlepsze szacunki dla należności za korzystanie z opieki medycznej  $h$ , o której mowa w art. 163 środków wykonawczych jako wynik:
- (a) spodziewanej liczby interwencji medycznych  $h$  dla ubezpieczonego;
  - (b) spodziewanego średniego kosztu roszczenia z tytułu pojedynczej interwencji medycznej  $h$
- jeżeli spodziewana liczba interwencji medycznych ma co najmniej wartość 1.
- 1.35. Przedsiębiorstwa powinny dokonać odpowiednich, opartych na własnym doświadczeniu, szacunków dla:
- (a) spodziewanej liczby przypadków skorzystania z każdej interwencji medycznej  $h$ ;
  - (b) średniego kosztu roszczenia z tytułu pojedynczego skorzystania z każdej interwencji medycznej  $h$
- 1.36. Kiedy przedsiębiorstwa mogą uzasadnić, że doświadczenia z przeszłości nie umożliwiają odpowiedniego oszacowania, jako spodziewaną liczbę interwencji medycznych w ramach korzystania z opieki medycznej „Hospitalizacja” i „Nie skorzystano z formalnej opieki medycznej” powinny wykorzystać wartość 1 a w ramach korzystania z opieki medycznej „Konsultacja u lekarza” wartość 2.

1.37. Przedsiębiorstwa powinny skorygować szacunki dla średniego kosztu roszczenia o stopę inflacji w świadczeniach medycznych i uzupełnić w razie konieczności oceną eksperta. Okres obserwacji powinien być odpowiednio długi, aby ograniczyć błędy statystyczne.

### **Zgodność i zasady sprawozdawczości**

1.38. Niniejszy dokument zawiera wytyczne wydane na mocy art. 16 ust. 3 rozporządzenia w sprawie EIOPA, a właściwe organy i instytucje finansowe podejmą wszelkie starania w celu przestrzegania wytycznych i zaleceń.

1.39. Właściwe organy, które przestrzegają lub zamierzają przestrzegać niniejszych wytycznych powinny w odpowiedni sposób włączyć je w swój system regulacyjny lub system nadzoru.

1.40. Właściwe organy mają dwa miesiące od wydania przetłumaczonej wersji niniejszych wytycznych na potwierdzenie EIOPA, czy przestrzegają lub zamierzają ich przestrzegać, wraz z podaniem powodów ich nieprzestrzegania.

1.41. W przypadku braku odpowiedzi w tym terminie właściwe organy zostaną uznane za nieprzestrzegające wymogów sprawozdawczości i zostanie to uwzględnione w sprawozdaniu.

### **Postanowienie końcowe dotyczące przeglądów**

1.42. Niniejsze wytyczne podlegają przeglądowi EIOPA.