

Sveikatos katastrofų rizikos submodulio gairės

Įžanga

1.1. Vadovaudamasi 2010 m. lapkričio 24 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamento (ES) Nr. 1094/2010, kuriuo įsteigiama Europos priežiūros institucija („EIOPA reglamentas“)¹, 16 straipsniu.

EIOPA parengė sveikatos katastrofų rizikos submodulio gaires. Šios gairės siejamos su 2009 m. lapkričio 25 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos 2009/138/EB dėl draudimo ir perdraudimo veiklos pradėjimo ir jos vykdymo (Mokumas II)² 105 straipsnio 4 dalimi, taip pat įgyvendinimo priemonių 160–163 straipsniais ir VI priedu³.

1.2. Šios gairės skirtos priežiūros institucijoms, kurioms taikoma direktyva „Mokumas II“.

1.3. Šių gairių tikslas – supaprastinti įvairiose valstybėse narėse taikomą panašią praktiką ir padėti įmonėms tinkamai nustatyti ir apskaičiuoti sveikatos katastrofų kapitalo poreikį skirtingais galimais atvejais ir situacijose.

1.4. Skaičiavimai, naudojami sveikatos katastrofų rizikos submodulio kapitalo poreikiui nustatyti, turėtų atitikti pagrindinių scenarijų modelį ir matavimus.

1.5. Atsižvelgiant į siūlomų produktų savybes ir nacionalinius teisės aktus, draudimo ir perdraudimo įmonės gali atsidurti skirtingose situacijose.

1.6. Šiose gairėse suformuluota tokia apibrėžtis:

- „Atskiras reikalavimas“ – reikalavimas, pareikštas vienam nustatytam apdraustajam patyrus konkretų įvykį.

1.7. Šiose gairėse neapibrėžti terminai turi įžangoje minimuose teisės aktuose apibrėžtą reikšmę.

1.8. Gairės taikomos nuo 2015 m. balandžio 1 d.

1 gairė. Bendrosios sveikatos katastrofų kapitalo poreikio apskaičiavimo nuostatos

1.9. Kai apskaičiuojant sveikatos katastrofų rizikos submodulio kapitalo poreikį reikia nustatyti katastrofos scenarijaus priežastį, o scenarijuose aprašytą poveikį gali nulemti įvairios priežastys, įmonės turėtų kapitalo poreikį skaičiuoti atsižvelgdamos į didžiausio pagrindinių nuosavų lėšų nuostolio priežastį. Ypač įmonės turėtų atsižvelgti į šį scenarijų, kai draudimo liudijimo sąlygose nenumatomos kai kurios galimos katastrofų scenarijaus priežastys (pvz., terorizmas).

¹ OL L 331, 2010 12 15, p. 48–83

² OL L 335, 2009 12 17, p. 1–155

³ OL L 12, 2015 01 17, p. 1–797.

2 gairė. Draudimo sumos apskaičiavimas draudimo nuo atsitiktinės mirties atveju

- 1.10. Kai draudimo sutartyje numatomos išmokos mirties atveju neatsižvelgiant į mirties priežastį ir papildomos išmokos mirties dėl nelaimingo atsitikimo atveju, apskaičiuodamos įgyvendinimo priemonių 161 straipsnio 3 dalies b punkte ir 162 straipsnio 4 dalies c punkte nurodytų išmokų vertę, įmonės turėtų skaičiuoti tik papildomas išmokas, jeigu įvykdytos šios sąlygos:
- a) išmokos buvo atskirtos;
 - b) gyvybės draudimo rizikos modulyje yra tinkamai numatyta rizika, susijusi su išmokomis mirties atveju, neatsižvelgiant į mirties priežastį.
- 1.11. Kai mirties dėl nelaimingo atsitikimo atveju yra numatyti reguliarius išmokų mokėjimai, įmonės turėtų mokėtinų išmokų vertę apskaičiuoti atsižvelgdamos į tiksliausio įverčio parametrus (mirtingumo lentelę ir diskonto normos kreivę) ir atitinkamas demografijos charakteristikas. Įmonių skaičiavime taip pat turėtų atsispindėti reguliarių išmokų mokėjimų pagal sutartis trukmė.
- 1.12. Kai nėra demografinių duomenų arba jie yra nepakankami, apskaičiuodamos išmokų vertę įmonės turėtų vadovautis realiomis demografinių parametrų prielaidomis atsižvelgdamos į viešuosius arba vidaus statistinius duomenis. Įmonės turėtų gebėti pagrįsti šias prielaidas priežiūros institucijai priimtiniu būdu.
- 1.13. Įmonės turėtų apskaičiuoti išmokų vertę atsižvelgdamos į numatomą reguliarių išmokų sumos padidėjimą ir reikalavimų tvarkymo išlaidas.

3 gairė. Draudimo sumos apskaičiavimas nuolatinio neįgalumo atveju

- 1.14. Kai neįgalumo išmokos gali būti mokamos vienkartinė išmoka arba reguliariais mokėjimais, įgyvendinimo priemonių 161 straipsnio 3 dalies b punkte ir 162 straipsnio 4 dalies c punkte nurodytų išmokų vertę įmonės turėtų nustatyti taikydamos trijų žingsnių metodą:
- a) 1 žingsnis: nustatoma numatoma išmokų dalis, mokama vienkartinė išmoka;
 - b) 2 žingsnis: kiekvienam apdraustajam nustatoma išmokų suma vienkartinės išmokos atveju ir tiksliausias reguliarių išmokų įvertis;
 - c) 3 žingsnis: apskaičiuojamas 2 žingsnyje nustatytų verčių vidurkis, kuris įvertinamas pagal 1 žingsnyje apskaičiuotą dalį.
- 1.15. Neatsižvelgiant į šios gairės 1 dalies nuostatas, įmonė turėtų skaičiuoti didžiausią iš dviejų verčių, o ne vidutinę svertinę vertę, kai naudos gavėjas gali rinktis vienkartinę išmoką arba reguliarių išmokų mokėjimą.
- 1.16. Įmonės turėtų pagrįsti 1 dalyje nurodytų dalių apskaičiavimo prielaidas. Kai įmonės negali priežiūros institucijai priimtiniu būdu pagrįsti dalių skaičiavimo, išmokų vertę jos turėtų skaičiuoti kaip vienkartinės išmokos sumą arba tiksliausią reguliarių išmokų įvertį, iš jų pasirenkant didžiausią vertę.

- 1.17. Kai neįgalumo išmokų suma priklauso nuo nukentėjusių asmenų neįgalumo lygio, išmokų vertę visiems asmenims įmonės turėtų skaičiuoti taip:
- nustatyti, kaip tarp nukentėjusių asmenų pasiskirsto neįgalumo lygiai;
 - apskaičiuoti su kiekvieno neįgalumo lygiu susijusias reikalavimų sumas;
 - pagal neįgalumo lygius atitinkamai paskirstyti susijusias reikalavimų sumas.
- 1.18. Įmonės turėtų pagrįsti 4 dalyje nurodytų neįgalumo lygių pasiskirstymo apskaičiavimo prielaidas. Kai įmonės negali pagrįsti dalių apskaičiavimo priežiūros institucijai priimtiniu būdu, visų apdraustųjų atveju visiems neįgalumo lygiams jos turėtų skaičiuoti didžiausią reikalavimų sumą.
- 1.19. Tiksliausią reguliarių išmokų įvertį „Nelaimingo atsitikimo sukkelto nuolatinio neįgalumo“ atveju įmonės turėtų apskaičiuoti darydamos prielaidą, kad išmokos mokamos per visą draudimo liudijimo sąlygose nurodytą išmokų mokėjimo laikotarpį ir kad galimas pasitraukimas dėl mirtingumo.
- 1.20. Atlikdamos skaičiavimus nuolatinį neįgalumą turinčių asmenų atveju įmonės turėtų remtis realiomis mirtingumo prielaidomis atsižvelgdamos į viešuosius arba vidaus statistinius duomenis. Įmonės turėtų gebėti pagrįsti šias prielaidas.
- 1.21. Įmonės turėtų skaičiuoti išmokų vertę atsižvelgdamos į numatomą reguliarių išmokų sumos padidėjimą ir reikalavimų tvarkymo išlaidas.

4 gairė. Draudimo sumos apskaičiavimas 10 metų neįgalumo ir 12 mėnesių neįgalumo atvejais

- 1.22. Kai „Nelaimingo atsitikimo sukkelto 10 metų neįgalumo“ arba „Nelaimingo atsitikimo sukkelto 12 mėnesių neįgalumo“ atveju naudos gavėjas gali gauti vienkartinę išmoką arba reguliarias išmokas, įmonės turėtų taikyti 3 gairėje nurodytą metodą.
- 1.23. Kai neįgalumo išmokos suma priklauso nuo nukentėjusių asmenų neįgalumo lygio, įmonės turėtų taikyti 3 gairės 4 ir 5 dalyse nurodytą metodą.
- 1.24. Apskaičiuodamos tiksliausią reguliarių išmokų įvertį „Nelaimingo atsitikimo sukkelto 10 metų neįgalumo“ arba „Nelaimingo atsitikimo sukkelto 12 mėnesių neįgalumo“ atveju, įmonės turėtų atmesti bet kokią pasitraukimo sąlygą ir atsižvelgti į visus būsimus mokėjimus:
- nuo kiekvieno atidėto laikotarpio pabaigos;
 - nuo 10 metų arba 12 mėnesių laikotarpio pabaigos, taikant ankstesnį terminą, arba draudimo laikotarpio pabaigos.
- 1.25. Įmonės turėtų atlikti skaičiavimus atsižvelgdamos į numatomą reguliarių išmokų sumos padidėjimą ir reikalavimų tvarkymo išlaidas.

5 gairė. Draudimo sumos apskaičiavimas gydymo po nelaimingo atsitikimo atveju

- 1.26. Vidutines sumas „Gydymo po nelaimingo atsitikimo“ atveju įmonės turėtų skaičiuoti kaip ankstesniais metais mokėtas išmokas už gydymą po nelaimingo atsitikimo, įskaitant susijusias išlaidas, jas padalijus iš atskirų reikalavimų, pagal kuriuos buvo mokėtos šios išmokos, skaičiaus.
- 1.27. Įmonės turėtų užtikrinti, kad stebėjimo laikotarpis būtų pakankamai ilgas, siekiant kuo labiau sumažinti statistinių duomenų klaidų tikimybę.
- 1.28. Apskaičiuodamos vidutines sumas įmonės turėtų pakoreguoti praėjusio laikotarpio duomenis atsižvelgdamos į mokėjimų už medicininės paslaugas sumų infliacijos lygį.
- 1.29. Kai numatomas gydymo laikotarpis yra ilgesnis nei vieni metai, įmonės turėtų atsižvelgti į numatomą mokėjimų už medicininės paslaugas sumų infliacijos lygį.
- 1.30. Įmonės turėtų tinkamai skirti išmokas už gydymą po nelaimingo atsitikimo nuo kitų išmokų remdamosi praėjusio laikotarpio stebėjimais. Kai būtina, įmonės turėtų šią analizę papildyti ekspertų vertinimais. Įmonės turėtų visus įverčius pagrįsti viešaisiais arba vidaus statistiniais duomenimis. Įmonės turėtų gebėti pagrįsti šias prielaidas priežiūros institucijai priimtiniu būdu.

6 gairė. Draudimo sumos apskaičiavimas nelaimingų atsitikimų koncentracijos rizikos submodulyje

- 1.31. Apskaičiuodamos įgyvendinimo priemonių 162 straipsnio 4 dalies c punkte nurodytą išmokų vertę, įmonės turėtų taikyti 2–4 gairėse nurodytus principus.
- 1.32. Kai apdraustasis yra apdraustas pagal dvi sutartis ar daugiau, kuriose numatytas išmokos mokėjimas e įvykio atveju ir kurios nėra tarpusavyje nesuderintos, įmonės turėtų sudėti išmokų sumas pagal skirtingas sutartis, kad nustatytų įgyvendinimo priemonių 162 straipsnio 4 dalies c punkte nurodytą $SI(e,i)$ vertę.

7 gairė. Pajamų apsaugos pandemio poveikio apskaičiavimas

- 1.33. Kai sutartyje numatyti reguliarūs išmokų mokėjimai, įmonės turėtų apskaičiuoti tiksliausią išmokų sumų įvertį, jeigu nuolatinį nedarbingumą sąlygoja įgyvendinimo priemonių 163 straipsnio 2 dalies b punkte nurodyta infekcinė liga, taip kaip nurodyta 3 gairėje dėl tiksliausio išmokų sumų įverčio nustatymo „Nelaimingo atsitikimo sukkelto nuolatinio neįgalumo“ atveju.

8 gairė. Tiksliausio medicininių išlaidų įverčio apskaičiavimas

- 1.34. Įmonės turėtų apskaičiuoti tiksliausią už sveikatos priežiūros paslaugas mokėtinų sumų įvertį h , nurodytą įgyvendinimo priemonių 163 straipsnyje, kaip:
 - a) numatomą priežiūros paslaugų teikimo apdraustajam atvejų skaičių h ;
 - b) numatomą vidutinę vieno gydymo atvejo h reikalavimų sumą,

kai numatomas sveikatos priežiūros paslaugų teikimo atvejų skaičius yra ne mažesnis kaip 1.

- 1.35. Atsižvelgdamos į savo pačių patirtį įmonės turėtų tiksliai apskaičiuoti:
- a) numatomą pasinaudojimo sveikatos priežiūros paslaugomis atvejų skaičių h ;
 - b) vidutinę vieno pasinaudojimo sveikatos priežiūros paslaugomis atvejo h reikalavimų sumą.
- 1.36. Kai įmonės gali pagrįsti, kad tikslus skaičiavimas negali būti atliktas remiantis praėjusio laikotarpio patirtimi, jos turėtų skaičiuoti, kad numatomas sveikatos priežiūros paslaugų teikimo atvejų skaičius „Guldymo į ligoninę“ atveju ir tuo atveju, kai „Dėl medicininės pagalbos oficialiai nesikreipiama“, yra lygus 1, o „Praktikuojančio gydytojo konsultacijų“ atveju – 2.
- 1.37. Įmonės turėtų vidutinės reikalavimų sumos įvertį pakoreguoti atsižvelgdamos į mokėjimų už medicininės paslaugas sumų infliacijos lygį ir prireikus jį papildyti atsižvelgiant į ekspertų vertinimą. Kad būtų išvengta statistinių duomenų klaidų, stebėjimo laikotarpis turėtų būti pakankamai ilgas.

Atitikties ir pranešimo taisyklės

- 1.38. Šiame dokumente pateikiamos gairės, parengtos pagal EIOPA reglamento 16 straipsnio nuostatas. Pagal EIOPA reglamento 16 straipsnio 3 dalies nuostatą nacionalinės kompetentingos institucijos deda visas pastangas, siekdamas laikytis gairių ir rekomendacijų.
- 1.39. Kompetentingos institucijos, kurios laikosi arba ketina laikytis šių gairių, turėtų jas tinkamai įtraukti į savo reguliavimo arba priežiūros sistemą.
- 1.40. Kompetentingos institucijos per du mėnesius nuo gairių vertimo parengimo patvirtina EIOPA, kad jos laikosi arba ketina laikytis šių gairių, nurodydamos neatitikimo priežastis.
- 1.41. Negavus atsakymo iki šio termino, bus laikoma, kad kompetentingos institucijos pranešimo reikalavimo nesilaiko ir apie tai bus pranešta.

Galutinė nuostata dėl peržiūros

- 1.42. Šias gaires peržiūri EIOPA.