

Pamatnostādnes attiecībā uz veselības apdrošināšanas katastrofu riska apakšmoduli

Ievads

1.1. Saskaņā ar Eiropas Parlamenta un Padomes Regulas (ES) Nr. 1094/2010 (2010. gada 24. novembris), ar ko izveido Eiropas Uzraudzības iestādi (turpmāk "EAAPI regula")¹, 16.pantu.

EAAPI izstrādā pamatnostādnes attiecībā uz veselības apdrošināšanas katastrofu riska apakšmoduli. Šīs pamatnostādnes attiecas uz Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīvas 2009/138/EK (2009. gada 25. novembris) par uzņēmējdarbības uzsākšanu un veikšanu apdrošināšanas un pārapirošināšanas jomā (turpmāk tekstā - Maksātspēja II direktīva)² 105. panta 4.punktu, kā arī Īstenošanas pasākumu VI pielikuma 160. līdz 163.pantu³.

1.2. Šīs pamatnostādnes ir adresētas uzraudzības iestādēm saskaņā ar "Maksātspēja II" direktīvu.

1.3. Šo pamatnostādņu mērķis ir veicināt konverģējošu praksi visās dalībvalstīs un palīdzēt uzņēmumiem atbilstoši identificēt un aprēķināt tos daudzumus, kas saistīti ar veselības apdrošināšanas katastrofu kapitāla prasību dažādos iespējamajos gadījumos un situācijās.

1.4. Aprēķiniem attiecībā uz kapitāla prasības noteikšanu veselības apdrošināšanas katastrofu riska apakšmodulim ir jāatbilst pamatscenārija pasākumiem un kalibrēšanai.

1.5. Apdrošināšanas un pārapirošināšanas sabiedrības var saskarties ar dažādām situācijām atkarībā no to produktu raksturojumiem un valstu tiesību aktiem.

1.6. Šajās pamatnostādnēs tiek piemērotas šādas definīcijas:

- "Vienreizēja prasība" nozīmē prasību, kas tiek iesniegta pēc viena konkrēta gadījuma iestāšanās attiecībā uz vienu noteiktu apdrošināto personu.

1.7. Ja šajās pamatnostādnēs termini nav definēti, tad tiem ir ievadā minētajos tiesību aktos definētā nozīme.

1.8. Pamatnostādnes tiek piemērotas no 2015.gada 1.aprīļa.

1. pamatnostādne. Veselības apdrošināšanas katastrofu kapitāla likmes aprēķināšanas vispārīgie noteikumi

1.9. Ja ir nepieciešams noteikt katastrofas scenārija cēloni, aprēķinot veselības apdrošināšanas katastrofas riska apakšmoduļa kapitāla prasības, un scenārijā aprakstītajai ietekmei var būt dažādi cēloņi, tad sabiedrībām aprēķinā ir jāizmanto tas cēlonis, kas radījis vislielākos pamata pašu kapitāla zaudējumus. Jo īpaši, sabiedrības nedrīkst izslēgt scenāriju, kad daži iespējamie katastrofas

¹ OV L 331, 15.12.2010., 48.–83. lpp.

² OV L 335, 17.12.2009., 1.–155. lpp

³ OV L 12, 17.01.2015., 1.–797. lpp.

scenārija cēloņi tiek izslēgti saskaņā ar polises noteikumiem (piemēram, terorisms).

2. pamatnostādne. Apdrošināšanas summas aprēķināšana attiecībā uz atlīdzību par nelaimes gadījumu, kura rezultātā ir iestājusies nāve

1.10. Ja apdrošināšanas līgums paredz atlīdzību nāves gadījumā, neatkarīgi no tās cēloņa, un papildu atlīdzību nāves gadījumā, kuru izraisījis nelaimes gadījums, tad sabiedrībām ir jāņem vērā tikai papildu atlīdzības, aprēķinot Īstenošanas pasākumu 161.panta 3.punkta b) apakšpunktā un 162.panta 4. punkta c) apakšpunktā minēto atlīdzību vērtību, ja vien ir izpildīti šādi nosacījumi:

(a) atlīdzības ir sadalītas;

(b) ar atlīdzībām saistītie riski nāves gadījumā, neatkarīgi no tās cēloņa, ir pienācīgi iekļauti dzīvības apdrošināšanas parakstīšanas riska modulī.

1.11. Ja ir paredzēti papildu periodiski atlīdzības maksājumi par nāves gadījumu, ko izraisījis nelaimes gadījums, tad sabiedrībām ir jāaprēķina izmaksājamo atlīdzību vērtība, pamatojoties uz vislabākās aplēses parametriem (mirstības rādītāja tabula un diskonta likmes līkne), ņemot vērā attiecīgos demogrāfiskos raksturojumus. Sabiedrībām ir aprēķinā jāatspoguļo arī periodisko atlīdzības maksājumu līgumiskais ilgums.

1.12. Ja nav pieejami vai pieejami ir nepietiekami demogrāfiskie dati, tad sabiedrībām ir jāizmanto reāli pieņēmumi par demogrāfiskajiem rādītājiem, pamatojoties uz publiski pieejamo vai iekšējo statistiku, aprēķinot atlīdzību vērtību. Sabiedrībām ir jāspēj uzraudzības iestādei apmierinoši pamatot šos pieņēmumus.

1.13. Aprēķinot atlīdzību vērtību, sabiedrībām ir jāuzskaita paredzamie periodisko atlīdzību maksājumu pieaugumi un atlīdzību administrēšanas izmaksas.

3. pamatnostādne. Apdrošinājuma summas aprēķināšana pastāvīgas invaliditātes atlīdzībai

1.14. Ja invaliditātes atlīdzības var izmaksāt gan kā vienreizēju maksājumu, gan periodiskus maksājumus, tad sabiedrībām ir jāievēro trīs posmu pieeja, lai noteiktu Īstenošanas pasākumu 161.panta 3. punkta b) apakšpunktā un 162.panta 4. punkta c) apakšpunktā minēto atlīdzību vērtību:

(a) 1. posms: plānotās atlīdzības maksājumu daļas noteikšana vienreizēja maksājuma formā.

(b) 2. posms: vienreizēja maksājuma gadījumā atlīdzību noteikšana un periodisko atlīdzību vislabākā aplēse par katru apdrošināto personu.

(c) 3. posms: vidējā rādītāja aprēķins starp divām 2. posmā noteiktajām vērtībām, kas aprēķināts proporcionāli no 1.posmā aprēķinātās vērtības.

1.15. Neatkarīgi no šo pamatnostādņu 1. punkta, ja izvēle starp vienreizējo maksājumu un periodiskajiem maksājumiem ir atlīdzības saņēmēja ziņā, tad sabiedrībai vidējā rādītāja vietā ir jāizmanto abu vērtību maksimālā summa.

- 1.16. Sabiedrībām ir jāpamato pieņēmumi, kas kalpo par pamatu 1.punktā minēto proporcionālo daļu aprēķinam. Ja sabiedrības nevar uzraudzības iestādei apmierinoši pamatot proporcionālo daļu aprēķinu, tad tām ir jāaprēķina atlīdzību vērtība kā maksimālā summa no vienreizējā maksājuma un periodisko atlīdzību vislabākās aplēses.
- 1.17. Ja invaliditātes atlīdzības maksājumu summa ir atkarīga no cietušo personu invaliditātes pakāpes, tad sabiedrībām ir jāaprēķina atlīdzību vērtība visām personām šādi:
- (a) iegūstiet invaliditātes pakāpju sadalījumu starp cietušajām personām;
 - (b) aprēķiniet ar katras invaliditātes pakāpi saistītās prasības izmaksas;
 - (c) attiecīgi piemērojiet pakāpju sadalījumu attiecīgajām prasību izmaksām.
- 1.18. Sabiedrībām ir jāpamato pieņēmumi, kas kalpo par pamatu 4.punktā minēto pakāpju sadalījuma aprēķinam. Ja sabiedrības nevar apmierinoši pamatot proporcionālo daļu aprēķinu uzraudzības iestādei, tad tām ir jāizmanto maksimālās prasību izmaksas visām invaliditātes pakāpēm visām apdrošinātajām personām.
- 1.19. Aprēķinot periodisko atlīdzības maksājumu vislabāko aplēsi par gadījuma veidu "Nelaiemes gadījuma izraisīta pastāvīga invaliditāte", sabiedrībām ir jāpieņem, ka maksājumi tiek veikti par polises noteikumos norādīto pilnu atlīdzības periodu, taču tas izbeidzas sakarā ar mirstības iestāšanos.
- 1.20. Veicot aprēķinu, sabiedrībām ir jāizdara reāli pieņēmumi par pastāvīgo invalīdu mirstības rādītājiem, pamatojoties uz publiski pieejamo vai iekšējo statistiku. Sabiedrībām jāspēj arī pamatot šos pieņēmumus.
- 1.21. Aprēķinot atlīdzību vērtību, sabiedrībām ir jāuzskaita paredzamie periodisko atlīdzību maksājumu pieaugumi un atlīdzību administrēšanas izmaksas.

4. pamatnostādne. Apdrošinājuma summas aprēķināšana desmit gadu invaliditātes un divpadsmit mēnešu invaliditātes atlīdzībām

- 1.22. Ja atlīdzības saņēmējs var saņemt vienreizēju maksājumu vai periodiskus atlīdzības maksājumus "Nelaiemes gadījuma izraisītas invaliditātes, kas ilgst 10 gadus" vai "Nelaiemes gadījuma izraisītas invaliditātes, kas ilgst 12 mēnešus" gadījumā, tad sabiedrībām ir jāpiemēro tāda pati pieeja, kas minēta 3. pamatnostādnē.
- 1.23. Ja invaliditātes atlīdzības maksājumu summa ir atkarīga no cietušo personu invaliditātes pakāpes, tad sabiedrībām ir jāpiemēro to pašu pieeju, kas minēta 3.pamatnostādnes 4. un 5. punktā.
- 1.24. Aprēķinot periodisko atlīdzības maksājumu vislabāko aplēsi par "Nelaiemes gadījuma izraisītas invaliditātes, kas ilgst 10 gadus" vai "Nelaiemes gadījuma izraisītas invaliditātes, kas ilgst 12 mēnešus" gadījumu, sabiedrībām ir jāizslēdz jebkuru samazināšanas iemeslu un jāņem vērā visi turpmākie maksājumi starp:
- (a) jebkura atliktā perioda beigām;

- (b) 10 gadu vai 12 mēnešu perioda beigām vai, ja tas notiek ātrāk, seguma perioda beigām.

1.25. Veicot aprēķinu, sabiedrībām ir jāuzskaita paredzamie periodisko atlīdzības maksājumu pieaugumi un atlīdzību administrēšanas izmaksas.

5. pamatnostādne. Apdrošinājuma summas par nelaimes gadījuma izraisītās medicīniskās aprūpes aprēķināšana

1.26. Sabiedrībām ir jāaprēķina vidējās summas "Nelaiemes gadījuma izraisītās medicīniskās aprūpes" gadījumu kā nelaimes gadījuma izraisītās medicīniskās aprūpes iepriekšējos gados novērotās atlīdzības, tai skaitā saistītās izmaksas, dalot ar atsevišķu šīm atlīdzībām atbilstošo prasību skaitu.

1.27. Sabiedrībām ir jānodrošina tas, ka novērošanas periods ir pietiekami ilgs, lai mazinātu statistiskās kļūdas.

1.28. Aprēķinot vidējās summas, sabiedrībām ir jāpielāgo pagātnes datus pēc medicīnisko maksājumu inflācijas rādītāja.

1.29. Ja medicīniskā aprūpe ir plānota ilgāk par vienu gadu, tad sabiedrībām ir jāņem vērā medicīnisko maksājumu plānotais inflācijas rādītājs.

1.30. Sabiedrībām ir attiecīgi jāatšķir atlīdzības, kas izmaksātas par nelaimes gadījuma izraisītu medicīnisko aprūpi, no pārējām atlīdzībām, pamatojoties uz iepriekšējiem novērojumiem. Vajadzības gadījumā sabiedrībām vajadzētu papildināt šo analīzi pēc ekspertu slēdziena. Sabiedrībām ir jābalsta savas aplēses uz publiski pieejamo vai iekšējo statistiku. Sabiedrībām ir jāspēj šos pieņēmumus pamatot uzraudzības iestādei.

6. pamatnostādne. Apdrošināšanas summas nelaimes gadījuma koncentrācijas riska apakšmodulī aprēķināšana

1.31. Aprēķinot Īstenošanas pasākumu 162. panta 4.punkta c) apakšpunktā minēto atlīdzību vērtību, sabiedrībām ir jāpiemēro tie paši principi, kas minēti 2. līdz 4. pamatnostādnē.

1.32. Ja apdrošināto personu iekļauj divi vai vairāki līgumi ar atlīdzības maksājumiem e) veida gadījumā, kas nav savstarpēji izslēdzoši, tad sabiedrībām jāskaita atlīdzību maksājumi par dažādiem līgumiem, lai noteiktu SI (e, i), kā minēts Īstenošanas pasākumu 162.panta 4. punkta c) apakšpunktā.

7. pamatnostādne. Ienākumu aizsardzības pandēmijas riska darījumu aprēķināšana

1.33. Ja līgums paredz periodiskus atlīdzības maksājumus, sabiedrībām ir jāaprēķina atlīdzības maksājumu vislabākā aplēse infekciju slimības izraisītas pastāvīgas darbnespējas gadījumā, kas minēts Īstenošanas pasākumu 163.panta 2. punkta b) apakšpunktā, tāpat kā izklāstīts 3. pamatnostādnē atlīdzības maksājumu vislabākajai aplēsei "Nelaiemes gadījuma izraisītas pastāvīgas invaliditātes" gadījumā.

8. pamatnostādne. Medicīnisko izdevumu summas vislabākās aplēses aprēķināšana

- 1.34. Sabiedrībām ir jāaprēķina vislabākās aplēses summām, kas izmaksājamas par h veselības aprūpes izmantošanu, kas minēts Īstenošanas pasākumu 163. pantā kā par šādu produktu:
- (a) plānotais h veselības aprūpes procedūru skaits par apdrošināto personu;
 - (b) plānotās vidējās prasības izmaksas par vienu h veselības aprūpes procedūru
- ja plānotais veselības aprūpes procedūru skaits ir vismaz 1.
- 1.35. Sabiedrībām jāveic precīzas aplēses, pamatojoties uz savu pieredzi, par:
- (a) plānoto katras h veselības aprūpes procedūras izmantošanas skaitu;
 - (b) vidējās prasības izmaksas par katru h veselības aprūpes procedūras izmantošanu.
- 1.36. Ja sabiedrības var pamatot, ka iepriekšējā pieredze neļauj veikt precīzas aplēses, tad tām ir jāizmanto vērtība 1 kā plānotais veselības aprūpes procedūru skaits veselības aprūpes izmantošanas veidam "hospitalizācija" un "nav meklēta oficiāla medicīniskā aprūpe" un vērtību 2 veselības aprūpes izmantošanas veidam "ārstniecības personas konsultācijas".
- 1.37. Sabiedrībām ir jāpielāgo vidējās prasību izmaksu aplēses medicīnisko maksājumu inflācijas rādītājam un vajadzības gadījumā jāpapildina tas ar eksperta slēdzienu. Novērošanas periodam ir jābūt pietiekami ilgam, lai izvairītos no statistiskām kļūdām.

Atbilstība un ziņojumu sniegšanas noteikumi

- 1.38. Šajā dokumentā ir ietvertas pamatnostādnes, kas izdotas saskaņā ar EAAPI regulas 16. pantu. Saskaņā ar EAAPI regulas 16. panta 3. punktu valsts kompetentajām iestādēm jācenšas nodrošināt atbilstību pamatnostādnēm un ieteikumiem.
- 1.39. Kompetentajām iestādēm, kuras nodrošina atbilstību vai gatavojas nodrošināt atbilstību šīm pamatnostādnēm, atbilstošā veidā jāietver tās savā tiesiskajā regulējumā vai uzraudzības sistēmā.
- 1.40. Kompetentās iestādes divu mēnešu laikā pēc tulkoto versiju izdošanas apstiprina EAAPI, ka tās nodrošina atbilstību vai gatavojas nodrošināt atbilstību šīm pamatnostādnēm, minot neatbilstības iemeslus.
- 1.41. Ja līdz minētajam termiņam atbilde nav saņemta, tiks uzskatīts, ka kompetentā iestāde nenodrošina atbilstību ziņošanas noteikumiem un par to attiecīgi tiks ziņots.

Nobeiguma noteikums par pārskatiem

- 1.42. Šīs pamatnostādnes pārskata EAAPI.