

Ghid privind submodulul „risc de catastrofă pentru asigurările de sănătate„

Introducere

- 1.1. În conformitate cu articolul 16 din Regulamentul (UE) nr. 1094/2010 al Parlamentului European și al Consiliului din 24 noiembrie 2010 de instituire a Autorității europene de supraveghere (denumit în continuare „Regulamentul EIOPA”)¹, EIOPA emite un ghid privind submodulul „risc de catastrofă pentru asigurările de sănătate”. Ghidul se referă la articolul 105 alineatul (4) din Directiva 2009/138/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 25 noiembrie 2009 privind accesul la activitate și desfășurarea activității de asigurare și de reasigurare (denumită în continuare Directiva Solvabilitate II)², precum și la articolele 160-163 și anexa VI din Regulamentul delegat (UE) 2015/35 din 10 octombrie 2014 de completare a Directivei 2009/138/CE (denumit în continuare Regulamentul delegat al Comisiei 2015/35)³.
- 1.2. Prezentul ghid se adresează autorităților de supraveghere conform Directivei Solvabilitate II.
- 1.3. Scopul prezentului ghid este facilitarea convergenței practicilor în statele membre și sprijinirea societăților în identificarea și calcularea în mod corespunzător a datelor cantitative utilizate la calcularea cerinței de capital pentru riscul de catastrofă pentru asigurările de sănătate în diferite cazuri și situații posibile.
- 1.4. Calculările pentru stabilirea cerinței de capital pentru submodulul „risc de catastrofă pentru asigurările de sănătate” ar trebui să fie în concordanță cu proiectarea și calibrarea scenariilor subiacente.
- 1.5. Societățile de asigurare și de reasigurare se pot confrunta cu situații diferite, în funcție de caracteristicile produselor și de legislațiile naționale.
- 1.6. În sensul prezentului ghid a fost elaborată următoarea definiție:
 - „daună unică” înseamnă o daună înregistrată în urma producerii unui anumit eveniment care afectează o anumită persoană asigurată.
- 1.7. În cazul în care nu sunt definiți în prezentul ghid, termenii au semnificația consacrată în actele normative menționate în introducere.
- 1.8. Ghidul se aplică de la 1 aprilie 2015.

Recomandarea 1 - Dispoziții generale pentru calcularea cerințelor de capital pentru catastrofă pentru asigurările de sănătate

- 1.9. În cazul în care este necesară stabilirea cauzei unui scenariu de catastrofă la calcularea cerințelor de capital pentru submodulul „risc de catastrofă pentru asigurările de sănătate”, iar efectele descrise în scenariu pot avea diferite cauze, societățile ar trebui să utilizeze la calculare cauza care are ca rezultat cea mai mare pierdere de fonduri proprii de bază. În special, societățile nu ar

¹ JO L 331, 15.12.2010, p. 48-83

² JO L 335, 17.12.2009, p. 1-155

³ JO L 12, 17.01.2015, p. 1-797

trebui să excludă scenariul în care unele cauze posibile ale scenariului de catastrofă sunt excluse prin termenii și condițiile contractului (de exemplu, terorism).

Recomandarea 2 - Calcularea sumei asigurate pentru beneficiile plătibile în caz de deces din accident

1.10. În cazul în care un contract de asigurare prevede beneficii în caz de deces, indiferent de cauză, precum și beneficii suplimentare în caz de deces cauzat de un accident, societățile ar trebui să ia în considerare doar beneficiile suplimentare la calcularea valorii beneficiilor menționate la articolul 161 alineatul (3) litera (b) și articolul 162 alineatul (4) litera (c) din Regulamentul delegat al Comisiei 2015/35, dacă sunt îndeplinite următoarele condiții:

(a) beneficiile au fost separate;

(b) riscurile legate de beneficii în caz de deces, indiferent de cauză, sunt cuprinse în mod corespunzător în modulul de risc de subscriere pentru asigurările de viață.

1.11. În situația în care sunt prevăzute plăți suplimentare recurente de beneficii în caz de deces cauzat de un accident, societățile ar trebui să calculeze valoarea beneficiilor plătibile pe baza parametrilor celei mai bune estimări (tabelul mortalității și curba ratei de actualizare), ținând seama de caracteristicile demografice relevante. Societățile ar trebui, de asemenea, să reflecte în calcul durata contractuală a plăților recurente de beneficii.

1.12. În cazul în care nu există date demografice sau datele demografice sunt insuficiente, la efectuarea calculării valorii beneficiilor, societățile ar trebui să folosească ipoteze realiste cu privire la parametrii demografici, pe baza statisticilor publice sau interne. Societățile ar trebui să fie în măsură să justifice aceste ipoteze în mod satisfăcător pentru autoritatea de supraveghere.

1.13. La calcularea valorii beneficiilor, societățile ar trebui să țină cont de creșterile estimate ale sumei aferente plăților recurente de beneficii și ale cheltuielilor de soluționare a daunelor.

Recomandarea 3 - Calcularea sumei asigurate pentru beneficiile de invaliditate permanentă

1.14. În cazul în care beneficiile de invaliditate pot fi plătite fie ca plată unică, fie ca plăți recurente, societățile ar trebui să urmeze o abordare în trei etape pentru a stabili valoarea beneficiilor prevăzute la articolul 161 alineatul (3) litera (b) și articolul 162 alineatul (4) litera (c) din Regulamentul delegat al Comisiei 2015/35:

(a) Pasul 1: determinarea proporției estimate de plăți de beneficii sub forma unei plăți unice.

(b) Pasul 2: determinarea, pentru fiecare persoană asigurată, a beneficiilor în cazul unei plăți unice și a celei mai bune estimări a beneficiilor recurente.

- (c) Pasul 3: calcularea mediei dintre cele două valori determinate la pasul 2, ponderate cu proporția calculată la pasul 1.
- 1.15. Fără a aduce atingere primului paragraf din prezenta recomandare, în cazul în care alegerea între plata unică și plățile recurente îi aparține beneficiarului, societatea ar trebui să utilizeze maxima celor două valori în loc de media ponderată.
- 1.16. Societățile ar trebui să justifice ipotezele utilizate la calcularea proporțiilor menționate în primul paragraf. În cazul în care societățile nu pot să justifice calcularea proporțiilor în mod satisfăcător autorității de supraveghere, acestea ar trebui să calculeze valoarea beneficiilor ca maximum dintre plata unică și cea mai bună estimare a beneficiilor recurente.
- 1.17. În cazul în care valoarea plăților beneficiilor de invaliditate depinde de gradul de invaliditate al persoanelor vătămăte, societățile ar trebui să calculeze valoarea beneficiilor pentru toate persoanele în felul următor:
- (a) se determină o distribuție a gradelor de invaliditate în rândul persoanelor vătămăte;
 - (b) se calculează costurile daunelor asociate cu fiecare grad de invaliditate;
 - (c) se aplică în mod corespunzător distribuția gradelor la costurile daunelor asociate.
- 1.18. Societățile ar trebui să justifice ipotezele care stau la baza calculării distribuției gradelor prevăzute în al patrulea paragraf. În cazul în care societățile nu pot să justifice calcularea proporțiilor în mod satisfăcător autorității de supraveghere, acestea ar trebui să utilizeze pentru toate persoanele asigurate costul maxim al daunelor, pentru toate gradele de invaliditate.
- 1.19. La calcularea celei mai bune estimări a plăților recurente de beneficii pentru un eveniment de tip „invaliditate permanentă cauzată de un accident”, societățile ar trebui să presupună că plățile se efectuează pe întreaga perioadă de indemnizare specificată în termenii și condițiile poliței, dar că acestea pot înceta din cauza mortalității.
- 1.20. La efectuarea calculării, societățile ar trebui să stabilească ipoteze realiste privind ratele de mortalitate pentru persoanele cu invaliditate permanentă, pe baza statisticilor publice sau interne. Societățile ar trebui să fie în măsură să justifice aceste ipoteze.
- 1.21. La calcularea valorii beneficiilor, societățile ar trebui să țină cont de creșterile estimate ale sumei aferente plăților recurente de beneficii și de cheltuielile de soluționare a daunelor.

Recomandarea 4 - Calcularea sumei asigurate corespunzătoare beneficiilor de invaliditate de zece ani și de douăsprezece luni

- 1.22. În cazul în care beneficiarul poate primi fie o plată unică, fie plăți recurente de beneficii în cazul unor evenimente de tip „invaliditate timp de 10 ani cauzată de un accident” sau „invaliditate timp de 12 luni cauzată de un accident”,

societățile ar trebui să aplice aceeași abordare care este prevăzută în recomandarea 3.

- 1.23. În cazul în care valoarea plăților beneficiilor de invaliditate depinde de gradul de invaliditate al persoanelor vătămate, societățile ar trebui să aplice aceeași abordare care este prevăzută în recomandarea 3 al patrulea și al cincilea paragraf.
- 1.24. La calcularea celei mai bune estimări a plăților recurente de beneficii pentru un eveniment de tip „invaliditate timp de 10 ani cauzată de un accident” sau „invaliditate timp de 12 luni cauzată de un accident”, societățile ar trebui să excludă toate posibilitățile de încetare și să ia în considerare toate plățile viitoare între:
 - (a) sfârșitul perioadei amânate;
 - (b) sfârșitul perioadei de 10 ani sau de 12 luni sau, în cazul în care acest lucru se întâmplă mai devreme, sfârșitul perioadei de acoperire.
- 1.25. La calcularea valorii beneficiilor, societățile ar trebui să țină cont de creșterile estimate ale sumelor aferente plăților recurente de beneficii și de cheltuielile de soluționare a daunelor.

Recomandarea 5 - Calcularea sumei asigurate pentru tratament medical cauzat de accident

- 1.26. Societățile ar trebui să calculeze sumele medii în cazul evenimentelor de tip „tratament medical cauzat de un accident”, împărțind beneficiile pentru tratamentul medical cauzat de un accident înregistrate în anii anteriori, inclusiv cheltuielile aferente, la numărul de daune unice corespunzătoare acestor beneficii.
- 1.27. Societățile ar trebui să se asigure că perioada de înregistrare este suficient de lungă pentru a minimiza erorile statistice.
- 1.28. La calcularea sumelor medii, societățile ar trebui să ajusteze datele anterioare cu rata inflației pentru plățile medicale.
- 1.29. În cazul în care se estimează ca un tratament medical să dureze mai mult de un an, societățile ar trebui să ia în considerare rata inflației estimată pentru plățile medicale.
- 1.30. Societățile ar trebui să facă diferența în mod corespunzător între beneficiile plătite pentru tratamentul medical cauzat de un accident și alte beneficii pe baza înregistrărilor anterioare. În cazul în care este necesar, societățile ar trebui să completeze această analiză cu aplicarea raționamentului calificat. Societățile ar trebui să își bazeze toate estimările pe date statistice publice sau interne. Societățile ar trebui să fie în măsură să justifice aceste ipoteze în mod satisfăcător autorității de supraveghere.

Recomandarea 6 - Calcularea sumei asigurate în submodul „risc de concentrare a accidentelor”

- 1.31. Pentru calcularea valorii beneficiilor prevăzute la articolul 162 alineatul (4) litera (c) din Regulamentul delegat al Comisiei 2015/35, societățile ar trebui să aplice aceleași principii ca cele stabilite în recomandările 2 - 4.
- 1.32. În cazul în care o persoană asigurată este acoperită de două sau mai multe contracte care prevăd beneficii în cazul unui eveniment de tipul e și care nu se exclud reciproc, societățile ar trebui să adune plățile beneficiilor pentru diferitele contracte pentru a determina valoarea $SI(e,i)$, astfel cum este prevăzută la articolul 162 alineatul (4) litera (c) din Regulamentul Delegat al Comisiei 2015/35.

Recomandarea 7 - Calcularea expunerii la riscul de pandemie în asigurarea de protecție a veniturilor

- 1.33. În cazul în care contractul prevede plăți recurente de beneficii, societățile ar trebui să calculeze cea mai bună estimare a plăților de beneficii în cazul incapacității de muncă permanente cauzate de o boală infecțioasă, în conformitate cu articolul 163 alineatul (2) litera (b) din Regulamentul delegat al Comisiei 2015/35, astfel cum este prevăzut în recomandarea 3 pentru cea mai bună estimare a plăților de beneficii în cazul unui eveniment de tip „invaliditate permanentă cauzată de un accident”.

Recomandarea 8 - Calcularea celei mai bune estimări a sumelor aferente cheltuielilor medicale

- 1.34. Societățile ar trebui să calculeze cea mai bună estimare a sumelor care trebuie plătite pentru utilizarea asistenței medicale h , după cum este prevăzut la articolul 163 din Regulamentul delegat al Comisiei 2015/35, ca produsul dintre:
- (a) numărul estimat de tratamente medicale h pentru o persoană asigurată;
 - (b) costul mediu estimat al daunei pentru un singur tratament medical h unde numărul estimat de tratamente medicale are cel puțin valoarea 1.
- 1.35. Societățile ar trebui să facă o estimare exactă, pe baza propriei experiențe:
- (a) a numărului estimat de utilizări pentru fiecare tratament medical h ;
 - (b) a costului mediu estimat al daunei pentru un singur tratament medical h .
- 1.36. Atunci când societățile pot justifica faptul că experiența din trecut nu permite o estimare exactă, acestea ar trebui să utilizeze valoarea 1 ca număr estimat de tratamente medicale pentru tipul de utilizare a asistenței medicale „Spitalizare” și „Nu a fost solicitată asistență medicală în scris”, iar pentru tipul de utilizare a asistenței medicale „Consultație medicală” valoarea 2.
- 1.37. Societățile ar trebui să ajusteze estimarea costului mediu al daunei cu rata inflației pentru plățile medicale și să aplice, dacă este necesar, raționamentul

calificat. Perioada de înregistrare ar trebui să fie suficient de lungă pentru a evita erorile statistice.

Norme de conformare și de raportare

- 1.38. Prezentul ghid conține recomandări emise în temeiul articolului 16 din Regulamentul EIOPA. În conformitate cu articolul 16 alineatul (3) din Regulamentul EIOPA, autoritățile competente naționale depun toate eforturile necesare pentru a respecta ghidurile și recomandările emise.
- 1.39. Autoritățile competente care respectă sau intenționează să respecte prezentul ghid ar trebui să îl integreze în mod adecvat în cadrul de reglementare sau de supraveghere.
- 1.40. Autoritățile competente transmit către EIOPA confirmarea respectării sau a intenției de a respecta prezentul ghid, expunând motivele nerespectării, în termen de două luni de la publicarea versiunilor traduse.
- 1.41. În lipsa unui răspuns până la expirarea acestui termen, se va considera că autoritățile competente nu respectă obligația de raportare și vor fi raportate ca atare.

Dispoziții finale referitoare la revizuire

- 1.42. Prezentul ghid face obiectul unei revizuii de către EIOPA.