

A Magyar Nemzeti Bank 20/2015. (XII.8.) számú ajánlása az egészségbiztosítási katasztrófakockázati részmodul alkalmazásához

I. Általános rendelkezések

1. Az ajánlás célja és hatálya

Az ajánlás célja az Európai Biztosítási és Foglalkoztatóinyugdíj-hatóság (továbbiakban: EIOPA) „Iránymutatások az egészségbiztosítási katasztrófakockázati részmodulról” szóló iránymutatások hazai alkalmazása, továbbá a Magyar Nemzeti Bank (a továbbiakban: MNB) elvárásainak megfogalmazása, és ezzel a jogalkalmazás kiszámíthatóságának növelése, a vonatkozó végrehajtási jogszabályok, egyéb jogi eszközök alkalmazásának elősegítése.

Az ajánlás kiadására azért kerül sor, hogy előmozdítsa az Európai Unió tagállamai gyakorlatainak összehangolását, valamint elősegítse az egészségbiztosítási katasztrófakockázati tőkeszükségletre vonatkozó számítások megfelelő meghatározását különböző esetekben és helyzetekben, amely számítások összhangban vannak a számítás alapjául szolgáló forgatókönyvek kialakításával és kalibrálásával; figyelemmel arra, hogy a biztosítók és viszontbiztosítók termékeik jellemzőitől és a jogszabályi környezettől függően egymástól eltérő helyzetekkel szembesülhetnek.

Az ajánlás címzettjei a Szolvencia II rendszer hatálya alá tartozó intézmények.

2. Értelmező rendelkezések

Az ajánlás átveszi az EIOPA „Iránymutatások az egészségbiztosítási katasztrófakockázati részmodulról” szóló iránymutatási pontokat.

Az ajánlások a biztosítási és viszontbiztosítási üzleti tevékenység megkezdéséről és gyakorlásáról szóló, 2009. november 25-i európai parlamenti és tanácsi irányelv (a továbbiakban: Szolvencia II) 105. cikkéhez, valamint annak 2015/35/EK végrehajtási intézkedései (továbbiakban: Rendelet) 160-163. cikk és XVI. mellékletéhez kapcsolódnak.

Az ajánlásban alkalmazott fogalmak az Szolvencia II irányelv és annak Rendelete szerint értelmezendők.

A „biztosító” alatt „biztosító vagy viszontbiztosító”-t kell érteni.

Az „Egyedi kárigény”: egy adott, egyetlen biztosított személyt érintő esemény bekövetkezését követően felmerülő kárigény.

„Felügyelet” alatt az MNB-t, mint a felügyeleti hatósági jogkörében eljáró hatóságot kell érteni.

II. Ajánlások

1. Az egészségbiztosítási katasztrófakockázati szavatolótké-szükséglet számítására vonatkozó általános rendelkezések

1.1. Amennyiben az egészségbiztosítási katasztrófakockázati részmodul tőkeszükségletének számításához az adott katasztrófhelyzeti forgatókönyv okának meghatározása szükséges, és az egyes forgatókönyvekben leírt hatások eltérő okokra vezethetők vissza, a biztosító a számítás során az alapvető szavatoló tőkében bekövetkező legnagyobb veszteséget eredményező okot veszi figyelembe. A biztosító nem hagyja figyelmen kívül azt a forgatókönyvet, amelyben a katasztrófhelyzet bizonyos lehetséges okait (például terrorizmus) a biztosítás feltételei kizárják.

2. A baleseti halál esetén teljesítendő szolgáltatásokhoz kapcsolódó biztosított biztosítási összegének számítása

2.1. Amennyiben a biztosítási szerződés halál esetén – a halál okától függetlenül – teljesítendő szolgáltatásokról, valamint baleseti halál esetén teljesítendő további szolgáltatásokról rendelkezik, a biztosító a Rendelet 161. cikk (3) bekezdés b) pontja és 162. cikk (4) bekezdés c) pontja szerinti szolgáltatások értékének számítása során kizárólag a további szolgáltatásokat veszi figyelembe, feltéve, hogy az alábbi feltételek teljesülnek:

(a) a szolgáltatásokat szétválasztották egymástól;

(b) halál esetén – a halál okától függetlenül – teljesítendő szolgáltatásokhoz kapcsolódó kockázatokat megfelelően figyelembe vették az életbiztosítási kockázati modulban.

2.2. Amennyiben baleseti halál esetére további, ismétlődő szolgáltatások kifizetéséről rendelkeznek, a biztosító a szolgáltatások kifizetendő értékének számítását a legjobb becslés paramétereire (halandósági tábla és diszkontrátagörbe) alapozza a vonatkozó demográfiai jellemzők figyelembevételével. A biztosító a számítás során figyelembe veszi az ismétlődő szolgáltatások szerződéses időtartamát.

2.3. Amennyiben egyáltalán nem, vagy nem kellő mennyiségben állnak rendelkezésre demográfiai adatok, a biztosító a szolgáltatások értékének számítása során nyilvános vagy belső statisztikákon alapuló, realisztikus feltevéseket alkalmaz a demográfiai paraméterekre. A biztosító a Felügyelet számára kielégítő módon indokolja e feltevéseket.

2.4. A szolgáltatások értékének számítása során a biztosító figyelembe veszi az ismétlődő szolgáltatások és a kárigények összegének várható emelkedéseit.

3. A maradandó rokkantsági szolgáltatásokhoz kapcsolódó biztosítási összeg számítása

3.1. Amennyiben a rokkantság esetén teljesítendő szolgáltatások egy összegben és ismétlődő kifizetések formájában egyaránt teljesíthetők, a biztosító a Rendelet 161. cikk (3) bekezdés b) pontja és 162. cikk (4) bekezdés c) pontja szerinti szolgáltatások értékének számítása során háromlépéses megközelítést alkalmaz:

(a) 1. lépés: az egy összegben fizetendő szolgáltatások várható arányának meghatározása.

(b) 2. lépés: az egy összegben teljesített szolgáltatások, valamint az ismétlődő szolgáltatásokra vonatkozó legjobb becslés meghatározása minden egyes biztosított személy tekintetében.

(c) 3. lépés: a 2. lépésben meghatározott két érték 1. lépésben kapott aránnyal súlyozott átlagának számítása.

3.2. A 3.1. ponttól eltérően a biztosító a 3.1. b) alpont szerinti két érték súlyozott átlaga helyett azok maximumát alkalmazza, amennyiben a kedvezményezett dönt arról, hogy egyösszegű kifizetést vagy ismétlődő kifizetéseket teljesítsenek-e.

3.3. A biztosító megindokolja a 3.1. pont szerinti arányok számításának alapjául szolgáló feltevéseket. Amennyiben a biztosító nem képes a Felügyelet számára kielégítő módon indokolni az arányok számítását, a szolgáltatások értékét az egy összegben történő kifizetés és az ismétlődő szolgáltatásokra vonatkozó legjobb becslés maximumaként kell számítani.

3.4. Amennyiben a rokkantság esetére fizetendő szolgáltatás összege a károsult személy rokkantságának fokától függ, a biztosító a szolgáltatások értékét minden személy esetén a következőképpen számítja:

(a) a rokkantsági fokok károsult személyek közötti megoszlásának levezetése;

(b) az egyes rokkantsági fokokhoz tartozó kárigények kiszámítása;

(c) a rokkantsági fokok megoszlásának megfelelő alkalmazása az azokhoz kapcsolódó kárigényekre.

3.5. A biztosító megindokolja a rokkantsági fokok 3.4. bekezdés szerinti megoszlása számításának alapjául szolgáló feltevéseket. Amennyiben a biztosító nem tudja kielégítő módon indokolni a hányadok számítását a Felügyelet számára, minden biztosított személy esetében az összes rokkantsági fok tekintetében megállapított maximális kárigény kell alkalmaznia.

3.6. A „Maradandóbaleseti rokkantság” típusú eseményekhez kapcsolódó ismétlődő szolgáltatások legjobb becslésének számítása során a biztosító azt a feltételezést alkalmazza, hogy a kifizetések a biztosítás feltételeiben meghatározott teljes szolgáltatási időszakon keresztül történnek, ugyanakkor halálozás miatt történhetnek kilépések.

3.7. A számítás során a biztosító nyilvános vagy belső statisztikákon alapuló, realisztikus feltételezéseket alkalmaz a maradandóan rokkant személyek halandósági aránya tekintetében. A biztosító indokolni tudja ezeket a feltételezéseket.

3.8. A szolgáltatások értékének számítása során a biztosító figyelembe veszi az ismétlődő szolgáltatások és a kárigények költségeinek várható emelkedéseit.

4. A tíz évet elérő, valamint a tizenkét hónapot elérő rokkantsági szolgáltatásokhoz kapcsolódó biztosítási összeg számítása

4.1. Amennyiben a kedvezményezett „10 évet elérő baleseti rokkantság” vagy „12 hónapot elérő baleseti rokkantság” típusú események esetén vagy egyösszegű, vagy ismétlődő szolgáltatásban részesülhet, a biztosító a 3. ajánlási pontban meghatározott megközelítést alkalmazza.

4.2. Amennyiben a rokkantság esetére szóló szolgáltatás összege a károsult személy rokkantságának fokától függ, a biztosító a 3. ajánlási pont 3.4. és 3.5. bekezdésében meghatározott megközelítést alkalmazza.

4.3. A „10 évet elérő baleseti rokkantság” vagy „12 hónapot elérő baleseti rokkantság” típusú események ismétlődő szolgáltatásaira vonatkozó legjobb becslés számítása során a biztosító figyelmen kívül hagy minden kilépési okot, továbbá figyelembe vesz minden, a következő időpontok közé eső jövőbeli kifizetést:

(a) bármilyen halasztási időszak vége;

(b) a 10 éves, illetve 12 hónapos időszak vége, vagy – amennyiben az korábban bekövetkezik – a biztosítási időszak vége.

4.4. A számítás során a biztosító figyelembe veszi az ismétlődő szolgáltatások és a kárigények költségeinek várható emelkedéseit.

5. A baleset miatti orvosi kezeléshez kapcsolódó biztosítási összeg számítása

5.1. A biztosító a „Baleset miatti orvosi kezelés” típusú eseményekhez kapcsolódó átlagértékeket úgy számítja, hogy a korábbi években megfigyelt, baleset miatti orvosi kezelés esetére szóló szolgáltatások – beleértve a kapcsolódó költségek – összegét elosztja az e szolgáltatásoknak megfelelő egyedi kárigények számával.

5.2. A biztosító gondoskodik arról, hogy a vizsgált időszak kellően hosszú legyen a statisztikai hibák előfordulásának minimalizálásához.

5.3. Az átlagértékek számítása során a biztosító kiigazítja a múltbeli adatokat az orvosi költségeket érintő inflációs rátával.

5.4. Amennyiben az orvosi kezelés várhatóan egy évnél tovább tart, a biztosító figyelembe veszi az orvosi költségeket érintő várható inflációs rátát.

5.5. A biztosító korábbi megfigyelések alapján megfelelően megkülönbözteti a baleset miatti orvosi kezeléseket céljából teljesített szolgáltatásokat az egyéb szolgáltatásoktól. A biztosító szükség esetén szakértői véleménnyel kiegészíti ezt az elemzést. A biztosító minden becslést nyilvános és belső statisztikákra alapoz. A biztosító a Felügyelet számára kielégítő módon indokolja mindezeket a feltevéseket.

6. A baleseti baleset-koncentrációs kockázati részmodulhoz kapcsolódó biztosítási összeg számítása

6.1. A Rendelet 162 cikk (4) bekezdés c) pontja szerinti szolgáltatások értékének kiszámítása során a biztosító a 2–4. ajánlási pontban meghatározott elveket alkalmazza.

6.2. Amennyiben a biztosított személy kettő vagy több olyan szerződéssel rendelkezik, amely szolgáltatást biztosít az „e” eseménytípus bekövetkezése esetén, és e szerződések nem zárják ki kölcsönösen egymást, a biztosító a Rendelet 162. cikke (4) bekezdésének c) pontjában említett $SI_{(e,i)}$ ¹ érték meghatározásához összeadja a különböző szerződések szerinti szolgáltatásokat.

7. A jövedelembiztosítási járványkitettség számítása

7.1. Amennyiben a szerződés ismétlődő szolgáltatás kifizetésekről rendelkezik, a biztosító a Rendelet 163 cikk (2) bekezdés b) pontja szerinti, fertőző betegség okozta tartós munkaképtelenség esetén teljesítendő kifizetések legjobb becslését a 3. ajánlási pontban a „Maradandó baleseti rokkantság” eseménytípushoz kapcsolódó szolgáltatás kifizetésekhez meghatározott módszerrel számítja.

8. A gyógyászati költségek legjobb becslésének számítása

¹ $SI_{(e,i)}$ a biztosító vagy viszontbiztosító által „e” eseménytípus bekövetkezésekor „i” biztosított személy részére kifizetendő szolgáltatások értékét jelöli.

8.1. A biztosító a Rendelet 163. cikk szerinti „h” igénybevett egészségügyi szolgáltatáshoz kapcsolódó az egészségügyi felhasználásra fordítandó összeg legjobb becslését a következők szorzataként számítja:

(a) egy adott biztosított személy h egészségügyi szolgáltatásainak várható száma;

(b) egyetlen h egészségügyi szolgáltatás várható átlagos költsége, ahol az egészségügyi szolgáltatások várható száma legalább 1.

8.2. A biztosító a saját tapasztalataikon alapuló pontos becslést végez a következőkről:

(a) minden egyes h egészségügyi szolgáltatás felhasználásainak várható száma;

(b) minden egyes h egészségügyi szolgáltatás egyetlen felhasználásának átlagos költsége.

8.3. Amennyiben a biztosító igazolja, hogy a múltbeli tapasztalatok alapján nem végezhető pontos becslés, a „Kórházi ápolás” és a „Nem vesz igénybe hivatalos orvosi kezelést” típusú egészségügyi szolgáltatáshoz kapcsolódó kezelések várható számaként 1-es, a „Járóbeteg-rendelés igénybevétele” típusú egészségügyi szolgáltatás esetén pedig 2-es értéket használ.

8.4. A biztosító az átlagos költségre vonatkozó becslést kiigazítja az egészségügyi kifizetésekre vonatkozó inflációs rátával, valamint szükség szerint szakértői becsléssel is. A vizsgált időszaknak kellően hosszúnak kell lennie ahhoz, hogy elkerülhetőek legyenek a statisztikai hibák.

III. Záró rendelkezések

- Az ajánlás a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény 13. § (2) bekezdés i) pontja szerint kiadott, a felügyelt pénzügyi szervezetekre kötelező erővel nem rendelkező szabályozó eszköz. Az MNB által kiadott ajánlás tartalma kifejezi a jogszabályok által támasztott követelményeket, az MNB jogalkalmazási gyakorlata alapján alkalmazni javasolt elveket, illetve módszereket, a piaci szabványokat és szokványokat.
- Az ajánlásnak való megfelelést az MNB az általa felügyelt pénzügyi szervezetek körében az ellenőrzési és monitoring tevékenysége során figyelemmel kíséri és értékeli, összhangban az általános európai felügyeleti gyakorlattal.
- Az MNB felhívja a figyelmet arra, hogy a pénzügyi szervezet az ajánlás tartalmát szabályzatai részévé teheti. Ebben az esetben a pénzügyi szervezet jogosult feltüntetni, hogy vonatkozó szabályzatában foglaltak megfelelnek az MNB által kiadott vonatkozó számú ajánlásnak. Amennyiben a pénzügyi szervezet csupán az ajánlás egyes részeit kívánja szabályzataiban megjeleníteni, úgy az ajánlásra való hivatkozást kerülje, illetve csak az ajánlásból átemelt részek tekintetében alkalmazza.
- Az MNB jelen ajánlás alkalmazását 2016. január 1-jétől várja el az érintett pénzügyi szervezetektől.

Matolcsy György
a Magyar Nemzeti Bank elnöke