

II. évfolyam 4. szám

BIZTOSÍTÁS ÉS KOCKÁZAT

A BIZTOSÍTÁSI SZAKMA
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

A magyarországi biztosítási piac – akadémikus szemmel

Gilyén Ágnes beszélgetése dr. Bélyácz Ivánnal

Az aktuáriusi szabványokról

Hanák Gábor

Jogértelmezés a biztosítási piacon

dr. Zavodnyik József

Kitekintés a magán-egészségbiztosítások legelterjedtebb szabályozási megoldásaira

Tőkey Balázs

Adatbányászat a biztosítási szektorban

Szabó Dániel

Beszámoló a MABISZ 2015. október 14-én tartott konferenciájáról

Lencsés Katalin

Konferencia a biztosítási szektor társadalmi felelősségvállalása jegyében

Varga Péter

ELŐSZÓ

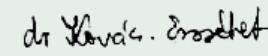
Tisztelt Olvasó!

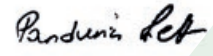
Az elmúlt negyedévben két fontos esemény történt, amelyet szeretnénk megosztani olvasóinkkal. A szerkesztőség egyértelmű célja az, hogy a folyóirat szakmai minőségét folyamatosan fejlessze. Ennek érdekében 2015 októberében megalakult a Biztosítás és Kockázat Tanácsadó Testülete. A Testület tagjait a szakma számára nemigen kell bemutatni, hiszen mindannyian a biztosításügy tudományos életének ismert és elismert szaktekintélyei. Éppen ezért nagyon örültünk, hogy elfogadták felkérésünket, és a jövőben támogatják a Szerkesztő Bizottság munkáját.

A folyóirat történetében először hirdettünk pályázatot fiatal kutatóknak, hallgatóknak. A nyertes dolgozat szerzője Gulyás Attila, a Corvinus Egyetem végzett hallgatója lett, akinek nyugdíjtermében készített tudományos diákköri dolgozatát a következő szám fogja tartalmazni.

Nagy örömmel nyújtjuk át az Olvasónak a Biztosítás és Kockázat idei negyedik számát. A kínálat szokás szerint most is színes, mindenki megtalálhatja az érdeklődésének megfelelő olvasmányt. A lapnyitó interjú ezúttal dr. Bélyácz Iván akadémikussal készült, akinek kutatási területe a vállalati pénzügyek, a befektetések és a kockázat elméleti problémái. Az európai uniós fejleményekre kíváncsiak találnak olvasnivalót a közösségi jogszabályok értelmezéséről a biztosítási piacon. Hiánypótlónak tekinthető az az áttekintés, amely a magán-egészségbiztosítások legelterjedtebb szabályozási megoldásait mutatja be átfogó módon. A kor kihívásaira reagál az adatbányászat lehetőségeit kutató cikk, és ezúttal sem marad ki a folyóirathoz az aktuáriusi szakma. Egy írás azokat a szabványrendeleteket mutatja be, melyeket a magyar aktuáriusoknak 2016-tól alkalmazniuk kell. És végül két konferenciabeszámoló, hogy azok is tájékozódhassanak az eseményekről, akik személyesen nem lehettek jelen.

Év végéhez közeledve külön, név szerint is szeretnénk köszönetet mondani azoknak a kollégáknak, akik év közben „titkos” lektorként segítettek a szerzőket és a szerkesztő bizottságot abban, hogy minél magasabb színvonalú cikkeket adhassunk olvasóink kezébe. S végül a kellemes intellektuális időtöltés mellé egyben szeretnénk minden kedves olvasónknak kellemes karácsonyi ünnepeket és boldog új évet kívánni.


Dr. Kovács Erzsébet
főszerkesztő


Pandurics Anett
MABISZ elnök

2015. november 14-e nevezetes évforduló a magyar biztosításügy történetében, hiszen a Magyar Biztosítók Szövetsége ezen a napon ünnepelte 25. születésnapját. A rendszerváltást követően a kibontakozó magyar biztosítási piac résztvevői 1990. november 14-én alakították meg a Magyar Biztosítók Szövetségét. Az eltelt negyed évszázadban a biztosítási piac gyökeresen átalakult, a biztosítási iparág szabályozó környezete is alapvető változásokon ment át. Ez az évforduló kiváló alkalmat teremt arra, hogy visszatekintsünk az elmúlt huszonöt évre. Honnan indult, és hol tart a biztosítási szakma, illetve milyen szerepet töltött be a MABISZ ebben a folyamatban?

A globális biztosítási díjbevétel 2014-ben 4778 milliárd dollárt tett ki, és a biztosítótársaságok a világ minden pontján hozzájárultak a jólét, a biztonság és a gazdasági stabilitás növeléséhez. Ugyan ma már elmondhatjuk, hogy életünk szinte elképzelhetetlen a kockázatkezelés ezen formája nélkül, a modern biztosításügy története „csupán” három évszázada kezdődött. Az újkori biztosításügy története 1688-ig, Edward Lloyd londoni kávézójaig vezethető vissza, ahol megszületett a modernkori hajózási biztosítás. Magyar földön a XIX. sz. legelején alakultak az első jelentős biztosítóintézetek. 1807-ben – még a nyelvújítás előtt – jött létre a Rév-Komáromi Hajózási Bátorosító Társaság a hajózási kockázatok kezelésére. Az iparosodás és a reformkor már akkor felkeltette a külföldi biztosítótársaságok érdeklődését, akik sorra hozták létre magyarországi biztosítótársaságaikat. A legendás Első Magyar Általános Biztosító Társaság (EMABIT) 1857-ben, a 48-as szabadságharc után, de még a kiegyezés előtt alakult meg, és létrehozása mind gazdaságilag, mind politikailag kiemelkedő fontosságú volt. Az önálló magyar biztosításügy bölcsőjénél olyan kiválóságok bábáskodtak, mint Deák Ferenc, Apponyi György, Eötvös József, Jókai Mór. Az első világháború utáni viszonylagos gazdasági fellendülés a magyar biztosításügyre is jótékonyan hatott. Az országban ebben az időben több mint 70 biztosító működött, s bár a 30-as évek válsága megritkította a sorokat, a II. világháború kitörésekor még több mint 40 biztosító tevékenykedett Magyarországon. A Biztosítók Országos Szövetsége (BIOSZ) 1919 februárjában alakult meg, majd hamarosan a közélet fontos és befolyásos szereplőjévé vált. A BIOSZ-nak jelentős érdemei voltak abban, hogy a magyar biztosításügyet Európában jegyezték. A II. világháborút követő államosítás megtörte a magyar biztosítás lendületét. Az állami biztosítás garanciákkal körülbástyázott monopóliuma majdnem négy évtizedig tartott. A BIOSZ 1948-ban megszüntette a működését. A monopólium éveiben a magyar biztosítás a költségvetés lebonyolító szervévé vált, működéséből hiányoztak a klasszikus kockázatvállalási és üzleti elemek.

1986-ban, a politikai intézményrendszer megújulását megelőzve került sor a magyar biztosításügy gyökeres reformjára, a monopólium hatalmi eszközökkel történő felszámolására, és a biztosításügy jogi környezetének a kialakítására, amely a külföldiek befektetéseit lehetővé tevő megoldásokkal párosulva ismét jelentős lendületet adott a magyar biztosításügynek. Újra megjelentek Magyarországon Európa és a világ tekintélyes biztosítói, 5 év alatt 12 új társaság alakult. A magyar biztosítási piacon már akkor képviseltette magát a német, osztrák, olasz, francia, amerikai, holland és belga tőke egyaránt. A kibontakozó magyar biztosítási piac résztvevői 1990. november 14-én alakították meg a Magyar Biztosítók Szövetségét. A BIOSZ szellemi örökségét felvállalva

a Szövetség legfőbb feladata a magyar biztosítási szakma érdekképviselése és érdekvédelme a közéleti fórumokon és az állami döntéshozók felé. Mind a mai napig igaz az, hogy a szövetség tevékenységének fókuszában a szakminisztériumokkal, a felügyelő hatósággal (jelenleg a Magyar Nemzeti Bankkal) és a társszervezetekkel való kapcsolattartás és szakmai együttműködés áll.

A MABISZ kilenc alapító taggal jött létre, mára a taglétszám 33-ra emelkedett. Az elmúlt 25 évben tanúi voltunk új biztosítók piacra lépésének, régiek névváltozásának, egyesülésének, fiókteleppé alakulásának, kivonulásának, és – bár ez nem tartozik a legkellemesebb emlékek közé – néhány biztosító csődjének is.

A jogszabályi környezet vonatkozásában az időszak legjelentősebb eseménye 1995-ben történt, amikor a parlament elfogadta az addig hiányzó biztosítási törvényt. Ez – 9 évvel az EU-csatlakozásunk előtt – már tartalmazta az EU biztosítási piacra vonatkozó irányelveinek a hazai körülményekhez igazított átvételét, amivel az ország jelentős lépést tett az európai jogharmonizáció felé. Azóta beszélünk mi is élet- és nem-élet ág szétválasztásáról, és akkor kerültek rögzítésre a szolvenciaalapú felügyeleti ellenőrzés alapelvei. Továbbá ez szüntette meg a korábbi – legtöbbször az életbiztosításoknál fennmaradt – felügyeleti termékengedélyezési rendszert is. Az 1995-ös Bit. a következő, átfogó módosításon a 2004-es EU-csatlakozást megelőzően esett át (2003-ban). Gyakorlatilag akkor váltak véglegessé azok a kategóriák, melyeket a mai napig is használunk (fióktelep, függő és független közvetítő, határon átnyúló szolgáltatás stb.).

Az elmúlt huszonöt esztendőben a magyarországi piaci struktúra alapvetően átalakult, a piaci koncentráció évről évre csökkent, míg 1990-ben a top 5 biztosító részesedése a nem-életbiztosítási területen meghaladta a 90, a személybiztosításokat illetően pedig a 80 százalékot, 2014-ben a teljes piacon a top 5 szereplő piaci részesedése 58 százalék volt. Az eltelt negyedszázadban a díjbevétel nagysága és struktúrája is jelentősen változott. Míg 1985-ben – tehát a biztosítási rendszerváltás előtti utolsó évben – 17 milliárd forint volt a piacon a bruttó díjbevétel, addig 2014-ben a szektor bruttó díjbevétele közel 850 milliárd forint volt. A piaci struktúrában is nagy változások következtek be az elmúlt 25 esztendőben. 1990-ben az összes díjbevételnek (39 Mrd) mindössze 23 százaléka (9 Mrd) származott személybiztosításokból, kgfb akkor még nem is létezett, mivel 1991-ben tértünk át a kötelező szerződéskötéses rendszerre. Amikor viszont ezt az új rendszert bevezették, a kgfb-díjbevétel rögtön a teljes díjbevétel harmadát tette ki, s a kormány felhatalmazása alapján a MABISZ ezen a piacon azonnal fontos pluszfeladatokat kapott: a kezdetektől működtette a zöld kártya hivatalt, majd 1996-ban jött létre a Gépjármű Kárrendezési Iroda (GKI), amelynek feladata a biztosítással nem rendelkezők, illetve az ismeretlen károkozók által okozott károk megtérítése. A szövetség a kgfb üzletág vonatkozásában jogszabályi felhatalmazás alapján ma is fontos közjogi feladatokat is lát el (az Elkülönített Szervezeti Egysége keretein belüli kezeli a Kártalanítási Számlát és a kgfb-garanciaalapot), illetve működteti a Kártörténeti Nyilvántartást. A kgfb jogszabályi környezete többször alapvetően megváltozott, ma a kgfb-piac tekinthető a legtranszparenssebb és leginkább versenyipiacnak a szektorban. Induláskor a személybiztosítások aránya viszonylag alacsony szintről (23%) indult.

Az 1995-ben bevezetett személyijövedelemadó-kedvezmény komoly lendületet adott az életbiztosítási piacnak, 2001-ben az életbiztosítások aránya már 47 százalék volt, és 2006 volt az első olyan év, amikor az életbiztosítási díjbevétel nemcsak elérte, hanem némiképpen meg is haladta a bruttó díjbevétel felét (50,7%). 1998-ban az év slágertermékei már a befektetési egységhez kötött életbiztosítások voltak, bár akkor ezek még csak az élet díjbevétel 2,8 százalékát képviselték. Ezt követően azonban egyre nagyobb szeletet hasítottak ki a piacból, amivel párhuzamosan csökkent a klasszikus termékek aránya. Szintén megfigyelhető volt az egyszeri díjas megoldások arányának növekedése is. A szabályozási trendfordulót a 2008-as év jelentette, mivel az akkor kitört pénzügyi válság ráirányította a figyelmet a befektetési célú életbiztosításokra, a fogyasztóvédelmi szempontok erősödésével fokozatosan erősödtek és erősödnek a transzparencia törekvések, így nem meglepő, hogy az életbiztosítások szabályozása egyre több hasonlóságot mutat az alternatív befektetési termékekkel.

A MABISZ a biztosítók érdekvédelme mellett ma már kiemelt figyelmet fordít a fogyasztóvédelemre. Az elmúlt években számos olyan projektet dolgozott ki, amellyel elősegíti az ügyfelek számára a releváns információkhoz való hozzájutást, illetve az üzleti érdektől mentes összehasonlítást. 2010 óta elérhető a szövetség által kidolgozott TKM (teljes költség-mutató) rendszer, amely a befektetéshez kötött életbiztosítások költség-összehasonlítására nyújt lehetőséget. Ugyancsak 2010-ben indult a MABISZ Díjnavigátor, amely a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítási díjak üzleti érdekektől mentes összehasonlítását teszi lehetővé. Ugyanebben az évben kezdte meg működését a MABISZ Ügyfélszolgálat, amely az elmúlt években évi több tízezer hívást fogad, segíti az ügyfelek informálását, eligazodását biztosítási ügyekben. A szövetség 2010 óta kiemelt hangsúlyt fektet az ismeretterjesztésre, az informálásra és a kommunikációra. 2010-ben megalakult a szövetség kommunikációját irányító Kommunikációs Tagozat: a MABISZ sajtómegjelenéseinek száma azóta meghaladja az évi kétezret. A szövetség kiemelt feladatként kezeli a lakosság pénzügyi edukációját, erre a feladatra több kampányt is szervezett.

A szövetség a kezdetektől bekapcsolódott a biztosításügy nemzetközi vérkeringésébe, így a MABISZ kiterjedt nemzetközi kapcsolatrendszerrel (Insurance Europe (korábban CEA), Council of Bureaux, Presse Internationale des Assurances, International Committee of Life Insurance Medicine, Association Internationale de Droit des Assurances) rendelkezik. Az elmúlt 25 évben több rangos nemzetközi konferenciának is otthont adott Budapest (ICLAM, PIA, COB és AIDA).

2014 óta a szakma nemzetközi érdeklődése már nem csupán intellektuális, hanem kötelezettségként fogalmazódik meg, mivel az európai uniós csatlakozással a biztosítási piacot érintő szabályok főszabályként közösségi szinten születnek meg. Ez a MABISZ és a biztosítási szakma számára újabb kihívásokat és egyben lehetőségeket is jelent, mivel a szakma érdekeit immár nemcsak a hazai jogalkotók felé kell képviselni, hanem az európai döntéshozók felé is. Ez történik egyrészt közvetlen módon, a Bizottság, a Tanács, illetve a Parlament illetékes szervezeteinek megkeresésével, másfelől pedig az európai biztosítási szövetségek közös szervezetén, az Insurance Europe-on keresztül. Itthon pedig feladat az aktív közreműködés az uniós szabályok átültetésénél. A teljesség igénye nélkül néhány fontos közösségi szabály, amely az elmúlt 10 évben adaptálásra került, illetve most van folyamatban: IMD irányelv, gender irányelv, IBER rendelet, FATCA, SII szabályozási csomag, PRIIPs rendelet, IDD irányelv.

Az oktatásügy a szövetség szervezetében az 1990-es induláskor csak egy reszort volt. Az oktatási feladatok ellátására 1994-ben a szövetség létrehozta a Biztosítási Oktatási Intézetet, a BOI-t. A szervezet több ezer biztosítási szakember, tanácsadó képzésében vett részt az elmúlt két évtizedben. Később a szervezet önfenntartó lett, a MABISZ-szal való kapcsolata formálissá vált, de a szövetség továbbra is felelősséget érez a biztosítási oktatás és szakképzés ügyéért. S ha már oktatás, akkor nem felejtkezhetünk meg arról, hogy a szakmának felelőssége van a múlt emlékeinek gondozásában, a jövő biztosítási szakemberképzésének és a biztosítási szakma tudományos tevékenységének támogatásában is. A kor kihívásainak megfelelően ma már a Biztosítási Szemle aktuális szakmai tartalmakkal hetente 50 000 szakemberhez jut el korszerű, a kor elvárásainak megfelelő formában.

Végül, hogy teljes legyen a kép, a MABISZ 2014-ben megalapította a biztosítási szakma tudományos folyóiratát, amely negyedéves gyakorisággal jelenik meg, azt remélve, hogy ezzel a magyar biztosításügy egyre előkelőbb helyet vívhat ki magának Magyarország tudományos térképén is. Az Olvasó ennek a folyóiratnak az aktuális számát tartja a kezében. A 25 éves rövid visszatekintést követően jelenlegi számunk szerzői a XXI. századba kalauzolniak minket, és a biztosítási szakma aktuális kérdéseivel foglalkoznak.

Pandurics Anett
a MABISZ elnöke

KÖSZÖNET A LEKTOROKNAK

A Biztosítás és Kockázat első száma éppen egy évvel ezelőtt, 2014 decemberében jelent meg, a most átnyújtott kiadvány pedig az ötödik a sorban, melyet reményeink szerint sok további szám követ majd a jövőben, negyedévről negyedévre. Az elmúlt időszakban számos érdekes és tanulságos cikket olvashattak a biztosítási szakma iránt érdeklődők, a témák rendkívül széles skálájából merítve. Volt szó informatikai és marketing vonatkozásokról éppúgy, mint európai perspektíváról vagy jogi szempontokról. Köszönjük eddigi szerzőinknek, hogy értékes írásaikkal segítették az új kiadvány elindulását, és folyamatosan segítik annak rendszeres megjelenését.

A Biztosítás és Kockázat által felkért lektorok az adott szakterület legkiválóbb elméleti és gyakorlati szakemberei, akik a tudományos folyóirati státusznak megfelelő szigorú kritériumoknak is megfeleltek a szerzők által közlésre benyújtott kéziratokat a végleges verzió megjelenése előtt. És mivel a Szerkesztőség elkötelezett a magas minőség mellett, mindjárt két vállalkozó szellemű lektorra is szükségünk van minden egyes íráshoz, lévén, hogy kettős vaklektorálást alkalmazunk. Ugyanakkor, míg a szerzők személye bárki által megismerhető, a lektorok személye cikkekhez kötve szükségszerűen rejtve marad a szélesebb nyilvánosság előtt. Ezért választottuk a köszönetnek ezt a módját, hogy az év végi utolsó számunkban név szerint felsorolunk mindenkit, aki lektorként segítette a munkánkat az első számtól kezdve. Köszönjük az alábbi kollégáknak az odafigyelést, jobbító észrevételeiket:

Beleznai Endre, Dévényi Edit, Farkas Patrícia, Fejes Gábor, Hegymegi Anita, Dr. Hergert Ottó, Horváth Gyula, József-Polonyi Gábor, Juhos András, Kenesei János, Dr. Kovács Erzsébet, Lencsés Katalin, Magonyi Erika, Mester Péter, Pandurics Anett, Dr. Péterfi Éva, Ribényi Ákos, Schaub Erika, Szegedi Máté, Szilágyi József, Dr. Trunkó Barnabás, Veitz Gábor

Természetesen folytatjuk tovább! Keressék 2016-ban továbbra is negyedévenként a Biztosítás és Kockázat új számait a MABISZ honlapon!

Eredményekben és olvasnivalóban gazdag, boldog új évet kívánunk!

Biztosítás és Kockázat Szerkesztősége

IMPRESSZUM

A Biztosítás és Kockázat folyóirat kiadója a Magyar Biztosítók Szövetsége. A lap negyedévente jelenik meg, s elsősorban olyan cikkeket közöl, amelyek a biztosítási szakma számára releváns, aktuális témát dolgoznak fel elméleti szempontból vagy empirikus alapon. A kiadvány bármely részének másolásával és terjesztésével kapcsolatos minden jog fenntartva. A kiadó mindent elkövet az adatok és információk megjelenés előtti ellenőrzéséért, mindemellett a MABISZ az esetleges valótlanból, pontatlanságból eredő károkért a felelősségét kizárja.

SZERKESZTŐSÉG

Pandurics Anett - *elnök*
Dr. Kovács Erzsébet - *főszerkesztő*
Lencsés Katalin - *szerkesztő*

Szerkesztőbizottsági tagok:

Balogh László	Dr. Molnos Dániel
Erdős Mihály	Nagy Koppány
Gordos József	Papp Lajos
Dr. Hanák Gábor	Püski András
Heit Gábor	Szalai Péter
Horváth Gyula	Dr. Szebelédi Ferenc
Dr. Kovács Levente	

Kézirat lezárva: 2015. december 10.
ISSN: 2064-9584

TANÁCSADÓ TESTÜLET

Dr. Baji Petra PhD
Dr. Barabás Béla CSc
Dr. Bélyácz Iván DSc
Dr. Farkas Szilveszter PhD
Dr. Gáll József PhD
Dr. Kovács Antal CSc
Dr. Takáts Péter PhD
Dr. Tőkey Balázs PhD

TARTALOM-ELŐÁLLÍTÁS

Budapesti Corvinus Egyetem
Biztosítási Oktató
és Kutató Csoport (BOKCS)
1093 Fővám tér 8.

Intézményi azonosító: FI43814
Adószám: 15329743-2-43

KIADÓ

Magyar Biztosítók Szövetsége
1062 Budapest, Andrássy út 100.
Telefon: (+36 1) 802-8400
Fax: (+36 1) 802-8499
Levélcím: 1364 Budapest, Pf. 236

TARTALOM

A magyarországi biztosítási piac – akadémikus szemmel..... 12

Gilyén Ágnes beszélgetése dr. Bélyácz Ivánnal

Az aktuáriusi szabványokról..... 16

Hanák Gábor

Jogértelmezés a biztosítási piacon.....28

dr. Zavodnyik József

Kitekintés a magán-egészségbiztosítások legelterjedtebb szabályozási megoldásaira48

Tőkey Balázs

Adatbányászat a biztosítási szektorban.....62

Szabó Dániel

Beszámoló a MABISZ 2015. október 14-én tartott konferenciájáról.....78

Lencsés Katalin

Konferencia a biztosítási szektor társadalmi felelősségvállalása jegyében90

Varga Péter

A MAGYARORSZÁGI BIZTOSÍTÁSI PIAC – AKADÉMIKUS SZEMMEL

GILYÉN ÁGNES BESZÉLGETÉSE DR. BÉLYÁ CZ IVÁNNAL

Gilyén Ágnes (Magyar Biztosítók Szövetsége) agnes.gilyen@mabisz.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Az alábbi interjú dr. Bélyácz Ivánnal készült. Iván 1971-ben szerzett közgazdász diplomát Budapesten. A Pécsi Tudományegyetem oktatója, egyetemi tanár, a Gazdálkodástani Doktori Iskola vezetője, a Magyar Tudományos Akadémia rendes tagja. Kutatási területe a vállalati pénzügyek, a befektetések és a kockázat elméleti problémái. Számos befektetési tárgyú könyv és tanulmány szerzője.

SUMMARY

Iván Bélyácz graduated at the Budapest University of Economics, in 1971. He actually serves as a Professor of Finance at Faculty of business and Economics of University of Pécs. He is head of Doctoral School of Business and Economic studies and he is an ordinary member of Hungarian Academy of Sciences. His research fields are: Corporate Finance studies, Investment and Risk Theory. He is author of many books and articles on the investment area.

Kulcsszavak: biztosítási piac, biztosítási trendek

JEL: G22

Key words: insurance market, trends in insurance business

JEL: G22

DOI: 10.18530/BK.2015.4.12

<http://dx.doi.org/1018530/BK.2015.4.12>

Ön vaskos kötetet írt „Befektetési döntések megalapozása” címmel, amelyből a jövő közgazdásznemzedéke is tanul az egyetemeken. Az elmúlt negyedszázad ismeretében jó döntést hozott az, aki 25 évvel ezelőtt tőkebefektetőként belépett a magyarországi biztosítási piacra?

Egyértelműen igen. Emlékeztet, hogy a nyolcvanas évek végén, a rendszerváltás környékén már nem is monopólium, hanem duopólium jellemezte a magyarországi biztosítási piacot. A piac kinyitásával, illetve a privatizáció megindulásával olyan nagy reputációjú osztrák, német, amerikai, francia cégek jöttek be a magyarországi biztosítási piacra, amelyek belépése, az általuk hozott know-how nagyon komoly nyereség volt az egész hazai pénzügyi rendszer számára. Ennek jelentősége különösen fontos annak ismeretében, hogy a biztosítási piacon az erős tőkeháttér, a stabilitás, a biztonságos és kiegyensúlyozott gazdálkodás alapvető feltétel. Ezt tudták behozni a magyarországi piacra belépő nagy nemzetközi cégek.

Ugyanakkor abban, hogy a kis biztosítók anyacégei mennyire lehetnek ma elégedettek, már bizonytalanabb vagyok. Több kisebb biztosító is veszteséges, és való igaz, hogy a nagy biztosítók már az első években, a 90-es évek elején jelentős piaci részesedést szereztek.

Én úgy látom, mintha kissé túl sok lenne erre a kis piacra a 30 biztosító. Mint ahogy a bankpiacon is sok volt – még a válság kitörése előtt – a 40-42 bank. Gyakran hivatkoznak arra, hogy például a szomszédos Ausztriában, egy alig 8 milliós piacon mennyivel több a biztosító, és meg tudnak élni, azt azonban nem szabad elfelejteni, hogy a rentábilis működésre képes pénzügyi intézmények számát inkább a gazdaság teljesítménye, kevésbé a lakosok száma határozza meg.

Mint a hazai privatizáció történetének avatott szakértője és a privatizációs metodikával foglalkozó kézikönyv szerkesztője, illetve szerzője, milyennek találja utólag a hazai biztosítási szektor privatizációját? Ezt a piacot – ellentétben a bankpiaccal – gyakorlatilag egy fillér állami forrás nélkül tudták konszolidálni, aminek viszont az volt az ára, hogy az állami biztosító(k) külföldi kézbe kerültek. Mennyire volt kockázatos ez a megoldás?

Én a magam részéről nem fetisizálnám az állami, illetve a nemzeti tulajdont. A tulajdonosok a gazdasági racionalitás talaján állnak, annak alapján hozzák meg döntéseiket, és ilyen értelemben mindegy, hogy hazai vagy külföldi a tulajdonos.

A biztosítási szektort valóban nem kellett állami pénzen konszolidálni, ez tény. Igaz továbbá, hogy ugyanebben az időszakban a bankrendszer rendbetétele mintegy 800 milliárd forint állami forrást emésztett fel. Nem szabad azonban elfelejtenünk, hogy ennek az összegnek csupán a fele volt olyan teher, amelyet az előző rendszerből hoztak magukkal a bankok, így a felhasznált állami pénzzel, a bankrendszeren keresztül, gyakorlatilag magát a vállalati szektort konszolidálták. A másik, mintegy 300-400 milliárd forintnyi hiány az 1990-1994-es évek felelőtlen, laza hitelezésének volt a következménye, illetve annak, hogy 1992-ig a szabályozás, illetve annak hiánya is lehetővé tette, hogy sokan eredeti tőkefelhalmozásra használják az alulszabályozott pénzintézeti hitelezést.

Ilyen szempontból a biztosítás maga egészen más terület, mivel ez a szektor „tisztta lappal” indulhatott, az intézményrendszer jellegéből fakadóan nemcsak hogy önfinanszírozó a szektor, hanem jelentős díjtartalékot is képez, amellyel aztán intézményi befektetőként jelenik meg a tőkepiacokon.

Egyetemi tanárként hogyan látja a jövő biztosítási szakembereinek képzését? Megfelelőnek tartja-e?

Túl kevés helyen és kis létszámban képeznek ma Magyarországon biztosítási szakembereket, aktuárius képzés mindössze két helyen, a Budapesti Corvinus Egyetemen és az ELTE-n folyik. Véleményem és tapasztalataim szerint több egyetemen és nem utolsósorban többféle szakon kellene ilyen szakembereket képezni, ahogy erre egyébként igen jó külföldi példákat is találunk.

Ön szerint milyen hatással lehet a gazdasági környezet növekvő bizonytalansága a magyarországi biztosítási szektorra?

Egyértelműen hátrányos. A fundamentális bizonytalanságoknak igen nagy a pénzügyi rendszerre gyakorolt hatásuk, a pénzügyi válság megmutatta, hogy mekkorát lehet bukni akár ebben a szektorban is.

Szerte a világon nagy volt a készlet arra, hogy a banki és biztosítási szektort – bankbiztosítóként – összevonják, ennek azonban hatalmas a kockázata.

Ma már szerencsére inkább az a tendencia, hogy ezeket a területeket szétválasztják, a korábbinál jóval átláthatóbb működést írva elő számukra. A biztosítási területet a Szolvencia II. szabályozása a korábbinál sokkal biztonságosabb működés irányába viheti.

Túl kevés helyen és kis létszámban képeznek ma Magyarországon biztosítási szakembereket.

Az alacsony kamatszint behatárolja a biztosítók befektetéseken elérhető hozamait. Egyes üzletágak ugyanakkor biztosítástechnikailag veszteséget okoznak a társaságoknak, amelyek így csak a díjak, díjtartalékok befektetéseinek, azok hozamainak köszönhetően nem termelnek veszteséget. Hosszabb távon hogyan befolyásolhatja az alacsony hozamkörnyezet a szektor működését?

Egy-másfél évtizede tart már a jelenlegi, abnormálisan alacsony kamatszint. Ennek magyarázata, hogy a globális pénzügyi csatornákon már huzamosabb ideje forrásbőség mutatkozik, aminek az lehet a következménye, hogy nem lesz olyan ösztönző erő, amely a lakosságot megtakarításra készítse. Nehéz kérdés, hogy vajon meddig tartható fenn a jelenlegi alacsony kamatkörnyezet, abban azonban biztos vagyok, hogy egészségtelen jelenség. Bár a gazdaság szempontjából a kamatoknak nincs olyan kardinális szerepük, mint sokan gondolják, az igaz, hogy sokkal egész-

ségebb a 4-5 százalékos reálkamat. Az irreálisan alacsony kamatszint új jelenség, 30-50 éve ilyennel még nemigen lehetett találkozni, és ez jelenség a „moral hazard” irányába viheti el a piacokat.

Egyetemi tanárként, közgazdászként, illetve a Magyar Tudományos Akadémia tagjaként széles körű rálátással rendelkezik az európai gazdaságokra. Mik okozhatják az európai gazdaságok legnagyobb kihívásait a következő években/évtizedekben?

A következő évtizedekről nem mernék nyilatkozni. Ami a következő éveket illeti, a legnagyobb kihívás a környezetvédelem, a természeti erőforrások kiapadása, illetve a klímaváltozásra adandó megfelelő válasz megtalálása lesz. Hatalmas feladatot jelent a terrorizmus megfelelő kezelése, illetve a nemzetközi konfliktusokra adandó válaszok.

Az európai régiót emellett már most is erősen megterheli a lakosság előregedésével kapcsolatos feladatok kezelése, az, hogy az átlagéletkor kitolódásával arányosan jóval rövidebb idő jut az emberi életút aktív, felhalmozási időszakára, és hosszabb az inaktív szakaszra. Emellett pedig tény, hogy a rendszert nem táplálja megfelelő mértékben a friss, a rendszerbe újonnan belépő munkaerő.

Igen fontos, hogy a biztosításügy rendelkezzen tudományos igényű lappal.

Számtalan publikációval a háta mögött kérték fel Önt a Magyar Biztosítók Szövetsége „Biztosítás és Kockázat” című új, tudományos folyóirat Tudományos Tanácsadó Testülete tagjának. Mennyire lehet képes egy folyóirat arra, hogy tudományos szintre emelje a gazdaságnak egy olyan, nagyon is „gyakorlatias” területét, mint a biztosításügy?

A már eddig megjelent írások választ adnak erre. Véleményem szerint igen fontos, hogy a biztosításügy rendelkezzen tudományos igényű lappal, és csak sajnálhatjuk, hogy eddig ilyen nem létezett.

Milyen trendek, tendenciák látszódnak – ha egyáltalán látszódnak – a gazdasági-pénzügyi tudományos folyóiratok hazai és nemzetközi „piacán”? Mennyire simulnak bele a nemzetközi trendekbe a hasonló témájú hazai folyóiratok?

A fejlettebb piacokon lényegesen nagyobb számban jelennek meg hasonló, komoly, tudományos igényű folyóiratok. E területen bőven van még tennivaló, de – szerencsére – a felzárkózás folyik.

AZ AKTUÁRIUSI SZABVÁNYOKRÓL

Hanák Gábor (aktuárius igazgató, KPMG Tanácsadó Kft.) e-mail: gabor.hanak@kpmg.hu
(az IAA Actuarial Standards Committee tagja, az AAE Standards Project Team elnöke)

ÖSSZEFOGLALÓ

Az aktuárius szakma nemzetközileg és Magyarországon is arra törekszik, hogy szakmaiságát erősítse, mégpedig elsősorban abból a célból, hogy az aktuáriusi szolgáltatások felhasználói (főként a biztosítók, pénztárak, hatóságok vezetői) megbízhasanak e szolgáltatások minőségében. Ennek érdekében az utóbbi néhány évben előtérbe kerültek a gyakorlati szabványok megalkotásának és alkalmazásának a kérdései. A cikk áttekintést ad arról, hogy mi történt e téren nemzetközileg, illetve Magyarországon. A magyar aktuáriusoknak 2016-tól aktuáriusi munkájuk során alkalmazniuk kell az általános aktuáriusi gyakorlatra vonatkozó szabvány rendelkezéseit.

SUMMARY

The actuarial profession, both internationally and in Hungary as well, has been pursuing strengthening its professionalism primarily in order that users of actuarial services (mostly leaders of insurers, pension and health schemes and authorities) can trust the quality of such services. In order to do that, issues related to developing and applying actuarial standards of practice has become topical over the past few years. The article provides an overview about what has happened in this regard internationally and in Hungary. Hungarian actuaries should apply the provisions of the standard on general actuarial practice from 2016 when providing actuarial services.

Kulcsszavak: aktuárius, aktuáriusi szolgáltatások, szakma, szabvány
JEL: G22

Key words: actuary, actuarial services, profession, standards
JEL: G22

DOI: 10.18530/BK.2015.4.16
<http://dx.doi.org/10.18530/BK.2015.4.16>

Nemrég kétszeres átszállással utaztam egy külföldi aktuáriusi rendezvényre. Valamilyen érdekes véletlen¹ folytán mindkét átszállás során (az egyik esetében kétszer is), továbbá a célállomás „bevándorlási” ügyintézője során elhangzott az a kérdés, hogy „Mi a foglalkozása?”. Ilyenkor egy idő óta szemrebbenés nélkül rávágom: aktuárius. (Korábban ezt nem mertem mondani, vagy ha mertem, igencsak megrebbent a szemem: na, most mi lesz?) A négy esetből háromszor ezt volt a reakció: ??? Hogy a negyedik esetben a bevándorlási ügyintéző valóban tisztában volt-e azzal, mi is az aktuárius, az számomra kétséges, de ő – szemrebbenés nélkül – tudomásul vette. Lehet, ha azt mondom: piréz, akkor sem reagált volna másként.

De mi is az az aktuárius?

A biztosítási törvény például csak a vezető aktuáriust és az aktuáriusi feladatkört ellátó személyt határozza meg (az, aki a törvény által meghatározott feladatokat ellátja), de arról nem beszél, hogy ki is az a (nem vezető) aktuárius. Ez olyan magától értetődő, nem?

A Wikipedia szerint „Az aktuárius olyan szakember, aki a kockázatok pénzügyi hatásait elemzi, és a következtetésekből levont módszereket alkalmazza a gyakorlatban.”² Ennek a definíciónak minden szava fontos. Jelen írás szempontjából annak van jelentősége, hogy az aktuárius nem akármilyen kockázatelemző, és az elemzés alapján választott módszert alkalmazó lény, hanem szakember. Mit is jelent az, hogy valaki – a jelen kontextusban szűken értelmezve – szakember? Azt, hogy egy szakmához tartozik. És mi a szakma?

A Wikipedia szerint „A szakma fogalma bizonyos tevékenységi kör betöltéséhez szükséges ismeretek, készségek, képességek, tapasztalatok együttesét jelenti.”³

Minél több és erősebb követelményt szükséges teljesíteni egy adott szakmához való tartozás biztosítására, annál nehezebb bekerülni a szakmába, viszont az adott szakmába tartozók által előállított termékek, illetve nyújtott szolgáltatások minősége annál megbízhatóbb, és a vevők, illetve a felhasználók annál inkább bizalommal fordulhatnak a szakma képviselőihez.

Milyen követelményeket szoktak tipikusan megfogalmazni ahhoz, hogy valaki egy szakmához tartozónak mondhasa magát? Elsőként említhetjük a tudás megszerzéséhez és korszerűen tartásához kapcsolódó követelményeket; ilyen lehet bizonyos végzettség, képesítés megszerzése, meghatározott vizsgákon való megfelelés; a szakmai továbbképzési követelmények teljesítése. További elvárásaként szokott jelentkezni az adott területen megszerzett tapasztalat. Gyakran követelmény meghatározott magatartási formák, etikai szabályok betartása a szűkebb szakmai vagy akár a tágabb társadalmi tevékenységek végzése során; ez többnyire magában foglalja az etikai szabályok be nem tartása esetén meghatározott szankciók alkalmazásának (végső soron a szakmából való kiűzetésnek) a lehetőségét. Végül több esetben találkozunk olyan szabályok betartásának a követelményével, amelyek nem a magatartási, etikai kódexből fakadnak, hanem azt rögzítik, hogy a szakmai tevékenység során bizonyos feladatok ellátásával

kapcsolatban hogyan kell eljárni. Ez utóbbiakat nevezzük gyakorlati szabványoknak (e cikkben röviden: szabványoknak).

Például egy orvosnak ahhoz, hogy szakmáját gyakorolja, be kell tartania bizonyos, nem etikai, hanem szakmai előírásokat. Ezeket az előírásokat nem vagy nem feltétlenül jogszabály rögzíti, hanem az adott szakma saját maga fogalmazza meg az alkalmazandó szabályokat, protokollokat.

A jó szabvány fő haszna, hogy a termék vagy szolgáltatás minőségében annak használója megbízhatson.

Az aktuárius szakma nemzetközi szinten⁴ mintegy öt évvel ezelőtt döntött úgy, hogy kezdeményezője és aktív előmozdítója lesz olyan nemzetközi aktuárius modellszabványoknak, amelyeknek megfelelő szabványokat nemzeti szinten is lehet alkalmazni, és amelyek hosszabb távon egyfajta konvergenciát valósíthatnak meg.

Mire jók a szabványok?

A jó szabványok rákényszerítik a szakma művelőit arra, hogy munkájukat meghatározott és az adott kontextusban alkalmasnak tekintett elveknek, illetve szabályoknak megfelelően végezzék. A jó szabvány fő haszna azonban nem abban rejlik, hogy a szakma művelőinek kapaszkodót nyújtson a jó minőség eléréséhez, hanem abban, hogy a szakma művelői által nyújtott termék vagy szolgáltatás minőségében annak használója megbízhatson. A fő szempont tehát a felhasználóé. A felhasználó pedig nagyon nagy kört fedhet le. Például egy biztosítónál dolgozó aktuárius esetében az elsődleges felhasználó maga a biztosító, azonban áttételesen felhasználók a biztosítóval kapcsolatban lévő ügyfelek (biztosítottak, szerződők, kedvezményezettek, károsultak, közvetítők), illetőleg a felügyelő hatóság is, továbbá a biztosítási tevékenységhez kapcsolódó egyéb szervezetek, mint például az elemzők, tanácsadók, auditorok. Amennyiben e tag felhasználói kör arra támaszkodhat, hogy az őt érintő aktuáriusi természetű kérdésekben a számukra „szolgáltatást nyújtó” aktuáriusok jó szabványoknak megfelelően végzik a munkájukat, akkor az aktuáriusi szolgáltatások minőségében megbízhat – legalábbis sokkal inkább megbízhat, mint akkor, ha az aktuáriusokat nem kötik ezek a szabványok.

A szabványok előnyei és hátrányai

Mint láttuk, a szabványok haszna elsősorban abban jelentkezik, hogy a szakma művelői által előállított produktum (legyen az akár aktuáriusi szolgáltatás) felhasználói megbízhatnak e produktumokban. A felhasználók számára ez nem pusztán azért előnyös, mert a szabványok alkalmazásával minőségi minimum kerethez jutnak, de

az adott szabványok alkalmazási körén belül egységes keretrendszerben bízhatnak. Például, maradva az aktuáriusi szabványok körénél: egy biztosítócsoport támaszkodhat arra, hogy a közös nemzetközi szabványok alkalmazása esetén valamennyi tagvállalatnál azonos alapelvek mentén jutnak hozzá az aktuáriusi szolgáltatásokhoz. További előny az, hogy a szakma művelőit rákényszerítik meghatározott protokollok alkalmazására, ezzel segítve őket abban, hogy munkájukat magas minőségi követelményeknek megfelelően végezzék.

Ugyanakkor hátránként jelentkezhet az, hogy a szabványoknak megfelelni kívánó szakemberek számára a megfelelés több figyelmet és többletmunkát jelent.

Amikor a témánk szempontjából vizsgált aktuáriusi szabványokat vesszük górcső alá, azok előnyeit és hátrányait kívánjuk mérlegelni, mindig gondoljunk az orvosi szakmával való párhuzamra. Igaz, hogy az orvosnak sokat kell tanulnia, és rendszeresen továbbképzéseken kell részt vennie, oda kell figyelnie a szakmai szabványok alkalmazására; ezzel szemben a beteg (vagyis aki számára az orvos a szolgáltatását nyújtja) számára megnyugtató, ha szakmai szabványok szerint eljáró szakember vizsgálja, illetve gyógyítja. Ki akarná magát kitenni kuruzslóknak?⁵

A magyar aktuáriusok számára további előnyt jelenthet az, hogy amennyiben a MAT tagjaként munkájuk során tekintettel kell lenniük bizonyos aktuáriusi szabványokra, úgy mind hazai, mind nemzetközi megítélésük javul, adott esetben könnyebben kapnak magas minőségi követelményeket megkívánó (és ezért vélhetően jól fizető) munkát – akár belföldön, akár külföldön.⁶

A nemzetközi aktuáriusi szabványok célja

A nemzetközi aktuáriusi szervezetek, mint az International Actuarial Association (IAA) és az Actuarial Association of Europe (AAE) úgynevezett modellszabványokat alkotnak meg és bocsátanak ki. A modellszabvány maga nem szabvány, annak rendelkezéseit senkinek nem kell betartania (kivéve, ha egy aktuárius valamely munkája kapcsán arra hivatkozik, hogy a munkát egy adott nemzetközi aktuáriusi modellszabványnak megfelelően végezte), viszont mind az IAA, mind az AAE arra ösztökéli tagszervezeteit, hogy az általuk kibocsátott modellszabványokkal lényegi konzisztenciát⁷ megteremtő helyi szabványokat bocsássanak ki. Valamely tagszervezet által kibocsátott szabvány (amely adott esetben lényegi konzisztenciát valósít meg adott nemzetközi modellszabvánnyal) azonban már kötelező lehet az adott tagszervezet tagjai számára.

Az IAA és az AAE modellszabványai kibocsátásának alapvető célja az, hogy a magas minőségű aktuáriusi gyakorlat elősegítésén keresztül a közérdeket szolgálja, amennyiben az aktuáriusi szolgáltatások tag felhasználói köre hasznos, releváns, konzisztens, világos és megbízható információkhoz jut. Továbbá a modellszabványok lehetővé teszik azt, hogy hosszabb távon a nemzeti szabványok terén nagyfokú konvergencia valósulhasson meg.

Fontos hangsúlyozni azt, hogy a szabványok konvergenciája nem jelenti maguknak a szolgáltatásoknak a konvergenciáját: az aktuáriusi gyakorlat, az üzleti és a kockázati eltéréseket követve eltérő jellegű lehet az egyes országokban, illetve az egyes országokon belül az egyes vállalatoknál. Ennek ellenére a szolgáltatásokat szabályozó keretekben (vagyis a szabványokban) lehetséges a közeledés, a konvergencia.

A nemzetközi aktuáriusi szabványok elvi jellege

Minthogy az aktuáriusi szolgáltatások az adott kockázatok megragadására szolgálnak, és maguk a kockázatok, természetüket tekintve – annak ellenére, hogy bizonyos átfogó elvi kategóriákba általában besorolhatók⁸ – rendkívüli változatosságot mutatnak, nem lehetséges olyan konkrét szabályokat felállítani, amelyeknek minden esetben célszerű megfelelni. Ezért a nemzetközi szervezetek, különösen figyelembe véve egyfelől az egyes országok közötti gyakorlatok különbözőségeit, másfelől maguknak a szervezeteknek az egyik működési alapelvét: a szubszidiaritás⁹ elvét, eleve elvetették azt a megközelítést, hogy az általuk kidolgozandó modellszabványok konkrét szabályokat tartalmazzanak. Ezek helyett a modellszabványok elveket fektetnek le, és az aktuáriusoknak munkájuk során ezen elveknek megfelelő konkrét gyakorlatot kell folytatniuk.

A modellszabványok elveket fektetnek le.

Vegyünk egy konkrét példát. Sokszor kritizált szabálya a Tartalékrendeletnek¹⁰ a 9. § (2) a) pontja, mely szerint „olyan új termék vagy egyedi szerződés esetében, amelyet a biztosító még nem művel három éve, és amelyre az ágazat többi biztosításától elkülönítetten kíván IBNR tartalékot képezni, azt a tárgyévben a termék tárgyevi megszolgált díjának maximum 6 százalékanak erejéig teheti. Magas káralakulású vagy erőteljesen fejlődő állomány esetén a biztosító ettől magasabb mértékű IBNR tartalékot is képezhet. Ennek indokoltságát számításokkal kell alátámasztani”. Valójában a magas káralakulásnak nincs semmiféle aktuáriusilag alátámasztható kapcsolata a károk késői jellegével. Az IBNR tartalék szintjét inkább a vállalt kockázat és az abból fakadó károk bekövetkezéséhez képest vett bejelentési késés dinamikája határozza meg. Például a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítások (kgfb) esetében közismert az, hogy a károk bejelentése sokkal nagyobb késést mutat a bekövetkezéshez képest, mint mondjuk a casco ágazatban. Akár erőteljesen fejlődő az állomány, akár nem, a károk egy része – megjegyzendő: éppen a nagy kárfizetéssel járó károk esetében jellemző ez – jelentős késéssel kerül bejelentésre. Szakmai körökben köztudomású, hogy a kgfb ágazatban a megszolgált díjak 6 százaléka elégtelen IBNR tartalékot eredményez az ágazat művelésének első három évében. Itt tehát azt látjuk, hogy a konkrét szabály

(a megszolgált díjak legfeljebb 6%-a) alkalmazása szakmailag helytelen gyakorlatot eredményezhet.

További problémaként említhető a fenti megfogalmazással kapcsolatban az, hogy hogyan kell értelmezni a kockázati kiegészítőket tartalmazó megtakarítási életbiztosítások esetében. Ilyen esetben a késői károk értelemszerűen nem vonatkozhatnak a főbiztosítás szolgáltatására (hiszen a lejáratú szolgáltatás vagy a visszavásárlás a dolog természetéből fakadóan nem lehet késői), ezért teljesen észszerűtlen lenne ilyen esetben a termék teljes tárgyevi megszolgált díját venni alapul.

Hangsúlyozandó, hogy a szabály nem minden esetben problémás, de van olyan, nem is elhanyagolható jelentőségű helyzet, amikor a szabály csődöt mond.

Ezzel szemben mi lehetett volna az elvi megközelítésű szabályozás a fenti rendelet esetében? A jogalkotó például mondhatta volna ezt, tekintettel a bekezdés b) pontjára, amely kifizetési háromszögek felhasználását teszi kötelezővé, ily módon összevonva az a) és a b) pontokat: „Az IBNR tartalékot a rendelkezésre álló tapasztalati kárfizetési minták alapján kell meghatározni, tekintettel azok jövőben várható alakulására. Amennyiben nem áll rendelkezésre saját kártapasztalat, úgy iparági kárfizetési minták felhasználásával, a vállalt kockázat és az iparági adatok összevetése alapján kell a tartalékot meghatározni.”

Az elvek alkalmazásával kapcsolatban hangsúlyozni kell az észszerű szakmai megítélés¹¹ fontosságát. Egy szabályt be kell tartani, és az alkalmazása során (lényegében) nincs szerepe annak, hogy a konkrét helyzet milyen megítélés alá esik. Az elveket értelmezni kell, és a konkrét megvalósítás során fontos szerepe van a szakmai megítélésnek. Éppen a szakmai megítélés különbözteti meg az aktuáriust a robottól.¹² A robot szabályokat alkalmaz, az aktuárius inkább elveket. Itt érdemes megemlíteni azt az újabban komolyan figyelembe vett körülményt, hogy bizonyos esetekben hangsúlyozottan nem szabad kizárólag a múltbeli tapasztalatokra támaszkodni a jövőbeli események becslésénél. Vannak olyan események, amelyek jellegüknél fogva nem szerepelhetnek a múltbeli tapasztalatok között, azonban amelyek a jövőben igen hangsúlyos szerephez juthatnak: Események, amelyek nincsenek az adatokban.¹³ Ilyen esetekben a szakmai megítélés kulcsfontosságú. Természetesen a szakmai megítélést nem szabad egyfajta szabadkártyának tekinteni, vagyis azt képzelni, hogy erre történő hivatkozással bármilyen jövőre vonatkozó feltevés elfogadható. Épp ellenkezőleg: a szakmai megítélést alá kell tudni támasztani, csak nem feltétlen a múltbeli adatokból mechanikusan származtatható számításokkal.

Fontos továbbá hangsúlyozni azt, hogy a nemzetközi modellszabványok nagyon ritkán alkalmaznak feltétel nélküli kötelezést az aktuárius számára. Valóban, az eddig elfogadott modellszabványok elvéte tartalmaznak olyan fordulatot, hogy az aktuárius „köteles”¹⁴ valamit tenni; ha mégis, akkor nincs kibúvó, és ha az aktuárius ilyen esetben nem felel meg az előírásnak, az etikai vétségnek minősül. Legtöbbször azonban a modellszabványok a „kell”¹⁵ fordulatot alkalmazzák; ez esetben az aktu-

árius nem „köteles” megfelelni az adott követelménynek, ha azonban nem felel meg, akkor észszerű magyarázatot kell adnia arra, hogy az adott körülmények között miért tért el a követelményektől, és ezt jelentésében be kell mutatnia. Ha így jár el, az nem jelenti a szabvány megsértését.

Három nemzetközi és egy európai aktuáriusi modellszabvány létezik.

A nemzetközi aktuáriusi modellszabványok áttekintése

E cikk megírásakor három nemzetközi (ISAP¹⁶) és egy európai (ESAP¹⁷) elfogadott aktuáriusi modellszabvány létezik. Számos modellszabvány kidolgozás alatt áll, vagy az arról szóló döntés megalapozása folyik, hogy kidolgozásuk célszerű-e.

A nemzetközi modellszabványok megalkotásának folyamata szigorúan szabályozott, és a tagszervezeteknek számos ponton van lehetőségük arra, hogy egyfelől véleményüket hallassák, másfelől a folyamatot megakasszák vagy más irányba tereljék. Az IAA esetében az ún. „jogszerű eljárás”¹⁸ az alábbi fő lépésekből áll (az AAE esetében ez nagyon hasonló):

- A Tanács¹⁹ (az IAA legfőbb döntéshozó szerve) jóváhagyja a szabványokra vonatkozó Stratégiai Terv kiegészítését az adott kidolgozandó szabvánnyal. Ezt természetesen megelőzi egy felvetés, majd ezt követően egy olyan egyeztetés, hogy az adott szabványra valóban szükség van-e.
- A Szándéknyilatkozatot először a Végrehajtó Bizottság²⁰ fogadja el, majd később ezt a döntést a Tanács ratifikálja. A Szándéknyilatkozat kijelöli a kidolgozandó szabvány lényegi tartalmi elemeit.
- Az Aktuáriusi Szabvány Bizottság²¹ kidolgozza a szabvány hivatalos tervezetét, és ezzel kapcsolatban a tagszervezetekkel és a külsős érdekelt szervezetekkel mélyreható konzultációt folytat.
- Miután az Aktuáriusi Szabvány Bizottság benyújtja a szabvány végső tervezetét, először a Szakmaiság Bizottság²² megvizsgálja, hogy a folyamat a jogszerű eljárással konform módon zajlott-e; pozitív értékelés esetén a Végrehajtó Bizottság megvizsgálja a tervezetet, és dönt arról, hogy elfogadásra ajánlja-e a Tanácsnak, vagy visszautalja-e az Aktuáriusi Szabvány Bizottságnak (figyelem: a Tanács nem írhatja át a tervezetet); végül a Tanács legalább 80 százalékos szavazataránnyal elfogadja a szabványt.

Elfogadott IAA szabványok

Az IAA ez idáig három modellszabványt fogadott el.

- ISAP1: Általános aktuáriusi gyakorlat
Ez egy olyan alap modellszabvány, amely a valamennyi aktuáriusi szolgáltatás

esetén elvárt gyakorlatot rögzíti elvi szinten. (Lényegében az összes többi szabvány gyakorlatspecifikus.) Részletesebb leírását lásd Az aktuáriusi gyakorlat magyar szabványa 1 résznél (tartalmilag e két szabvány között minimális különbség van).

- ISAP2: Társadalombiztosítási programok pénzügyi elemzése
Azon aktuáriusi szolgáltatásokra vonatkozóan fogalmaz meg elvi szintű követelményeket, amelyeket társadalombiztosítási programok pénzügyi elemzése céljából nyújtanak.
- ISAP3: Az IAS19 Munkavállalói Juttatások szabványhoz kapcsolódó aktuáriusi gyakorlat
Azon aktuáriusi szolgáltatásokra ad elvi szintű követelményeket, amelyeket az IAS19-nek való megfelelés érdekében nyújtanak.

Elfogadott AAE szabványok

Az AAE ez idáig egy modellszabványt fogadott el.

- ESAP1: Általános aktuáriusi gyakorlat
Ez az ISAP1 klónja. Külön elfogadásának célja az volt, hogy az AAE egy önmagában konzisztens modellszabvány rendszert hozhasson létre. Az ESAP1 az alapja valamennyi további európai modellszabványnak.

Kidolgozás alatt álló IAA szabványok

- ISAP1A: Modellek felügyelete²³
Azon aktuáriusi szolgáltatásokra vonatkozóan fogalmaz meg elvi szintű követelményeket, amelyeket modellek alkalmazásával (kidolgozásával, kiválasztásával, validálásával és használatával) kapcsolatban nyújtanak.
Mint a sorszám is mutatja: ez igazából az ISAP1 része kellene (vagy kellett volna), hogy legyen. Csak az ISAP1 elfogadása után, a gyakorlatspecifikus szabványok kidolgozása során vált világossá az, hogy a modellek alkalmazásának felügyelete lényegében valamennyi gyakorlatspecifikus szabvány esetében fontos és közös megközelítésű téma. Annak érdekében, hogy az IAA ne zavarja meg a modellszabványok nemzetközi elfogadási folyamatát, az a döntés született, hogy célszerűbb jelenleg egy új, de az alapszabványhoz (az ISAP1-hez) kapcsolódó új szabvány létrehozása az ISAP1 módosítása helyett.
- ISAP4: Az IFRS X²⁴ Biztosítási Szerződésekhöz kapcsolódó aktuáriusi gyakorlat
Azon aktuáriusi szolgáltatásokra ad meg elvi szintű követelményeket, amelyeket az IFRS X-nek való megfelelés érdekében nyújtanak.
- ISAP5: Biztosítói vállalati kockázati modellek²⁵
Azon aktuáriusi szolgáltatásokra vonatkozóan ír elő elvi szintű követelményeket, amelyeket biztosítók esetében vállalati kockázati modellekkel kapcsolatban nyújtanak.
- ISAP6: ERM²⁶ programok és az IAIS biztosítói alapelvei²⁷
Azon aktuáriusi szolgáltatásokra vonatkozóan határoz meg elvi szintű követel-

ményeket, amelyeket biztosítók ERM gyakorlatában a 8-as vagy a 16-os IAIS alapelvnek való megfelelés érdekében nyújtanak.

- ISAP7: „Aktuális becslések” és az IAIS tőkeszabványaihoz kapcsolódó egyéb gyakorlatok
Azon aktuáriusi szolgáltatásokra vonatkozóan fogalmaz meg elvi szintű követelményeket, amelyeket az IAIS – kidolgozás alatt álló – tőkeszabvényaival kapcsolatban nyújtanak.

Kidolgozás alatt álló AAE szabványok

- ESAP2: Az aktuáriusi funkció jelentése a 2009/138/EC irányelv szerint
Azon aktuáriusi szolgáltatásokra vonatkozóan tartalmaz elvi szintű követelményeket, amelyeket a Szolvencia II irányelv, illetve az ennek alapján kiadott bizottsági rendelet szerinti aktuáriusi jelentéssel kapcsolatban nyújtanak.
- ESAP3: A Szolvencia II szerinti ORSA folyamathoz kapcsolódó aktuáriusi gyakorlat
Azon aktuáriusi szolgáltatásokra vonatkozóan fogalmaz meg elvi szintű követelményeket, amelyeket a Szolvencia II irányelv szerinti ORSA folyamattal kapcsolatban nyújtanak.

Potenciálisan kidolgozandó AAE szabványok

- ESAP4: A Szolvencia II szerint az aktuáriusi funkció szerepe a kockázatkezelési rendszerhez való hozzájárulásban
- ESAP5: A Szolvencia II rendszerében az aktuárius által végzett független felülvizsgálat
- ESAP6: Ugyanaz, mint az ISAP1A
- ESAP7: Az aktuáriusi funkció jelentése a foglalkoztatói nyugellátást szolgáltató intézményekre vonatkozó irányelv²⁸ szerint
- ESAP8: Kockázati jelentés a foglalkoztatói nyugellátást szolgáltató intézményekre vonatkozó irányelv szerint

Az aktuáriusi szabványok Magyarországon

A Magyar Aktuárius Társaság (MAT) 2014. évi rendes közgyűlésén fogadta el azokat a szabálmódosításokat, amelyek lehetővé tették a tagokra nézve kötelező szabványok elfogadását. A MAT által alkalmazott „jogszerű eljárás” némileg egyszerűbb, mint az IAA-é vagy az AAE-é, ezt azonban az magyarázza, hogy egy nemzeti aktuárius szövetség esetében az egyeztetés sokkal egyszerűbb, nem kell annyi szempontot egyeztetni. A magyar „jogszerű eljárás” a következő fő lépésekre épül:

- Javaslatot szabvány kidolgozására bárki tehet.
- A MAT Ügyvezetősége dönt arról, hogy a javaslatot megalapozottnak találja-e; ha igen, akkor szabványtervezetének kidolgozására alkalmas „kompetens bizottság” hoz létre.

- A kompetens bizottság kialakítja a szakmai ajánlás első tervezetét.
- Az első tervezetet a kompetens bizottság körlevélben, illetve a Társaság honlapján nyilvánosságra hozza, továbbá eljuttatja az esetlegesen érdekelt harmadik felek számára, és az észrevételek megtételére megfelelő határidőt tűz ki.
- Az első tervezetről a kitűzött határidőn belül legalább egy nyilvános vitát kell tartani.
- Amennyiben lényeges pontokon nem sikerült észszerű kompromisszumos szöveget kialakítani, akkor a fenti folyamatot meg kell ismételni.
- A végső tervezetet a kompetens bizottság döntéshozatalra az Ügyvezetőség elé terjeszti.
- Az Ügyvezetőség vagy kétharmados többséggel elfogadja, vagy egyszerű többséggel visszautalja a kompetens bizottság számára megismételt eljárás céljából, ellenkező esetben a szakmai ajánlás kibocsátására nem kerül sor.
- Az elfogadott szakmai ajánlást az Ügyvezetőség körlevélben, illetve a Társaság honlapján nyilvánosságra hozza, továbbá eljuttatja azt az érdekelt harmadik felek számára, beleértve ebbe azon nemzetközi szervezeteket, amelyeknek a Társaság a tagja.

A fenti eljárással elfogadott szabvány (azaz abban az esetben, ha a szakmai ajánlás minősítése „kötelező”, vagyis valóban egy szabvánnyról van szó) betartása kötelező a MAT tagjai számára. A megközelítés hasonló ahhoz, mint amit a nemzetközi modellszabványok esetében már láttunk: amikor nem a „köteles”, hanem a „kell” szót alkalmazza a szabvány, akkor az aktuárius jelentésében magyarázatot adhat arra, hogy miért nem követte a szabványban megfogalmazott követelményt.

Az általános aktuáriusi gyakorlat szabvány rendelkezéseit 2016. január 1. után kell alkalmazni.

A MAT Ügyvezetősége a fenti eljárásrendet követve 2015. április 28-án elfogadta Az aktuáriusi gyakorlat magyar szabványa 1, Általános aktuáriusi gyakorlat (AGy-MSz1) című szabványát. A szabvány rendelkezéseit a 2016. január 1. után megkezdett aktuáriusi szolgáltatások esetében kell alkalmazni. Ez azt jelenti, hogy minden aktuáriusnak, aki a MAT tagja, 2016-tól aktuáriusi munkája során figyelembe kell vennie az egyes számú magyar szabvány rendelkezéseit. **Tudatában kell lennie annak, hogy amennyiben – megfelelő indok hiányában – nem a szabvány előírásainak megfelelően jár el, úgy etikai vétséget követ el, amelynek a vétség súlyával arányos következményei lehetnek.**

Fontos eleme a magyar szabványnak – és éppen ez az a terület, amelyben a hazai szabvány kissé eltér a megfelelő nemzetközi modellszabványoktól –, hogy pontosabban tisztázza az aktuárius felelősségét abban az esetben, amikor munkavállalóként nyújt aktuáriusi szolgáltatásokat. A szabvány figyelembe veszi azt, hogy ilyen esetben nem

praktikus és észszerű pontosan ugyanazokat a szigorú követelményeket támasztani az aktuáriussal szemben, mint amikor külső tanácsadóként nyújtja szolgáltatását.

Fontos rámutatni ugyanakkor arra is, hogy a szabvány betartása nem jelent túlzott addicionális figyelmet és munkaráfordítást: a benne megfogalmazott rendelkezések legtöbbje olyan, amelyet a körütekintően dolgozó aktuárius amúgy is betartana.

Az egyes számú szabvány által felölelt legfontosabb területek a következők:

- A szabvány célja, hatóköre és alkalmazhatósága
- Szakmai megítélés
- Aktuáriusi megbízás elfogadása
- A releváns körülmények ismerete
- Mások eredményeire való támaszkodás
- Arányosság és materialitás
- Adatminőség
- Módszerek és feltevések
- Folyamatmenedzselés
- Független felülvizsgálat
- Későbbi események
- Dokumentáció
- Kommunikáció, jelentés

A szabvány elfogadásával a MAT nagy lépést tett annak érdekében, hogy a tagjai által az egyes számú szabvány szellemében nyújtott szolgáltatások a felhasználók körében elfogadottabbak legyenek.

Valamennyi MAT-tagnak javasolható a szabvány tanulmányozása, hiszen 2016-tól ennek szellemében kell munkáját végeznie.

Ezen túlmenően az aktuáriusi szolgáltatások felhasználóinak (biztosítók, pénztárak, hatóságok, könyvvizsgálók vezetőinek) is hasznos lehet tisztában lenni azzal, hogy a jövőben a magyar aktuáriusoknak milyen minőségi elvárásoknak kell megfelelniük.

IRODALOMJEGYZÉK

IAA szabványok:

http://www.actuaries.org/index.cfm?lang=EN&DSP=PUBLICATIONS&ACT=STANDARDS_ISAP

AAE szabványok:

<http://actuary.eu/about-the-aae/european-standards-of-actuarial-practice/>

Magyar aktuáriusi szabvány:

<http://actuary.hu/weblap2/szakma/mat-ajanlasok/>

HIVATKOZÁSOK

¹ Az is nagyon érdekes kérdés, hogy mi az igazi véletlen természetrajza, de most sajnos nem ez a témánk.

² <https://hu.wikipedia.org/wiki/Aktu%C3%A1rius>; 2015.10.28

³ <https://hu.wikipedia.org/wiki/Szakma>; 2015.10.28

⁴ Globális nemzetközi szinten az aktuárius szakmát az International Actuarial Association képviseli; az európai szervezet az Actuarial Association of Europe.

⁵ Sajnos vannak ilyen emberek. És bizonyára lesznek olyan felhasználók is, akik nem kérnek azon aktuárius szakemberek szolgáltatásaiból, akiket kötnek az aktuáriusi szakmai szabványok. Ez ahhoz hasonló gondatlanság, mint kuruzslóhoz fordulni. (Kuruzsló alatt nem az ún. alternatív gyógyítókra gondolunk, hisz őket éppúgy köthetik szakmai szabályok, szabványok, hanem azokra, akik a tájékozatlan emberek hiszékenységet használnak ki.)

⁶ Az AAE teljes jogú tagszervezetei között érvényben van az ún. minősített tagok kölcsönös elismeréséről szóló egyezmény, amelynek értelmében az AAE egyik teljes jogú tagszervezetének minősített tagja (bizonyos különözeti vizsga vagy meghatározott adaptációs időszak leteltét követően) kérheti felvételét egy másik teljes jogú tagszervezetbe minősített tagként, és ez a kérelem nem utasítható el.

⁷ A lényegi konzisztencia tartalma a következő: nincs materiális tartalmi eltérés, illetve ellentmondás a helyi szabvány és a nemzetközi modellszabvány között.

⁸ Például a Szolvencia II irányelv a következő fő kockázati kategóriákat határozza meg: piaci, biztosítási, hitel, működési kockázatok. Ez nem jelenti azt, hogy az irányelv ne ismerne el egyéb kockázatok is.

⁹ Eszerint e nemzetközi szervezetek tartózkodnak attól, hogy olyan ügyekkel foglalkozzanak, amelyeket az egyes tagszervezetek hatékonyabban tudnak kezelni.

¹⁰ 8/2001 PM rendelet

¹¹ E cikkben röviden: szakmai megítélés. A MAT által elfogadott szabványban, hivatalosan: szakmai megítélés.

¹² Egy nemrég közzétett kutatás felmérte azt, hogy mely foglalkozások vannak leginkább, illetve legkevésbé kitéve annak, hogy a számítógépek (tulajdonképpen: robotok) alkalmazásával feleslegessé válnak. Az aktuárius viszonylag előkelő helyezést ért el a nem feleslegessé váló foglalkozások körében (702-ből a 209., a feleslegessé válás valószínűségét 21%-ra becsülték). Ld.: http://www.oxfordmartin.ox.ac.uk/downloads/academic/The_Future_of_Employment.pdf

¹³ Az angol irodalomban: ENID, azaz Events Not In Data.

¹⁴ Must

¹⁵ Should

¹⁶ International Standard of Actuarial Practice

¹⁷ European Standard of Actuarial Practice

¹⁸ Due Process

¹⁹ Council

²⁰ Executive Committee

²¹ Actuarial Standards Committee

²² Professionalism Committee

²³ Governance of Models

²⁴ Az IFRS X az International Accounting Standards Board által kidolgozandó, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos pénzügyi jelentésekre vonatkozó nemzetközi szabványt jelenti.

²⁵ Insurer Enterprise Risk Models

²⁶ Enterprise Risk Management

²⁷ IAIS Insurance Core Principles; az IAIS a biztosításfelügyelet nemzetközi szervezete (International Association of Insurance Supervisors)

²⁸ IORPs Directive: Institutions for Occupational Retirement Provision Directive

JOGÉRTTELMEZÉS A BIZTOSÍTÁSI PIACON AZ UNIÓS JOGSZABÁLYOK ÉRTTELMEZÉSE AZ ELŐZETES DÖN- TÉSHOZATALI ELJÁRÁSOK SORÁN

dr. Zavodnyik József (Igazságügyi Minisztérium) zavodnyikj@gmail.com

ÖSSZEFOGLALÓ

Ha egy tagállam bírósága előtt folyamatban lévő eljárás során felmerült értelmezési kérdés megválaszolása szükségesnek mutatkozik a bíróság döntésének meghozatalához, akkor a nemzeti bíróság kérheti az Európai Bíróságot, hogy hozzon döntést az adott kérdésben. A tanulmány áttekinti azokat a szempontokat, amelyeket figyelembe véve értelmezi az Európai Bíróság az uniós jogszabályokat, e szempontokkal kapcsolatban elsősorban a biztosítási piacot érintő példákat ismertetve.

SUMMARY

Where such a question is raised before any court or tribunal of a Member State, that court or tribunal may, if it considers that a decision on the question is necessary to enable it to give a judgment, request the Court of Justice of the European Union to give a ruling thereon. The study reviews the particularities considered by the Court of Justice of the European Union when interpreting European Union law, in particular, focusing on the instances concerning the insurance market.

Kulcsszavak: Európai Bíróság, előzetes döntéshozatal

JEL: K40

Key words: EC Court of Justice, preliminary ruling

JEL: K40

DOI: 10.18530/BK.2015.4.28

<http://dx.doi.org/1018530/BK.2015.4.28>

Az előzetes döntéshozatali eljárás az uniós jog olyan intézménye, amelynek jelentős a nemzeti joggyakorlatra gyakorolt hatása, köszönhetően annak, hogy az Európai Unió Bírósága (a továbbiakban: Bíróság) előzetes döntéshozatali eljárásban hozott ítéletei értelmezik a közösségi jog rendelkezéseit. Értelmszerűen a „közösségi hűség elve” is megköveteli a tagállamok bíróságaitól, hogy a közösségi jogszabályokat a Bíróság vonatkozó joggyakorlata alapján értelmezzék és alkalmazzák.¹ Az előzetes döntéshozatal intézménye így túlmutat az adott nemzeti bíróság előtt folyamatban lévő ügy keretein, hiszen alkalmas arra, hogy a tagállamok ítélkezési gyakorlatát, illetve az adott uniós jogi rendelkezés, valamint az uniós rendelkezést a nemzeti jogba átültető nemzeti jog alkalmazásának irányát meghatározza. Mindemellett a Bíróság értelmezése a jogalkotásra is hatással bír, hiszen a tagállamok belső jogszabályait teljes harmonizáció hiányában is az uniós jog tiszteletben tartásával kötelesek kialakítani.²

Az alábbiakban rövid áttekintés keretében vázoljuk fel azokat a szempontokat, amelyeket figyelembe véve értelmezi a Bíróság az uniós jogszabályok egyes rendelkezéseit, ezen szempontok kapcsán elsősorban a biztosítási piaccal összefüggésben az elmúlt években hozott ítéletek kínálta példákat ismertetve.

Az előzetes döntéshozatal

Az Európai Unió működéséről szóló szerződés (a továbbiakban: EUMSZ) 267. cikke értelmében a Bíróság hatáskörrel rendelkezik előzetes döntés meghozatalára az uniós jogszabályok értelmezése vonatkozásában. Ha egy tagállam bírósága előtt folyamatban lévő eljárás során felmerült értelmezési kérdés megválaszolása szükségesnek mutatkozik a bíróság döntésének meghozatalához, akkor a nemzeti bíróság kérheti a Bíróságot, hogy hozzon döntést az adott kérdésben. Ha egy tagállam olyan bírósága előtt folyamatban lévő ügyben merül fel ilyen kérdés, amelynek határozatai ellen a nemzeti jog értelmében nincs jogorvoslati lehetőség, e bíróság köteles az Európai Unió Bíróságához fordulni.

Az EUMSZ tehát felhatalmazza (meghatározott körben kötelezi) a nemzeti bíróságokat arra, hogy előzetes döntéshozatal iránti kérelmet terjesszenek elő akkor, amikor e bíróság akár hivatalból, akár a felek indítványa alapján megállapítja, hogy a jogvita érdeme az EUMSZ 267. cikkében felsorolt kérdések valamelyikére vonatkozik. Ebből következően a nemzeti bíróságok a lehető legszélesebb lehetőséggel rendelkeznek arra, hogy a Bírósághoz forduljanak, ha azt állapítják meg, hogy az előttük folyamatban lévő ügyben a közösségi jog valamely rendelkezésének értelmezésére vonatkozó, a Bíróság döntését igénylő kérdés merül fel.³

Az előzetes döntéshozatal iránti kérelemmel kapcsolatban a Bíróság feladata, hogy elősegítse az uniós jogi rendelkezések tiszteletben tartását.⁴ Az uniós jog fejlődésében kulcsszerepet játszó Bíróság előtti előzetes döntéshozatali eljárás elsődleges célja, hogy az uniós jogot minden tagállam bírósága egységesen értelmezze és alkalmazza annak érdekében, hogy ezáltal az gyakorlatilag is közös jog maradjon, és a jogbizonytalanságok megszűnjének.⁵

A magyar bíróságok előtt is nyitva áll az előzetes döntéshozatal intézménye igénybevételének lehetősége, amellyel az elmúlt időszakban számos alkalommal éltek is.⁶ A polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény 155/A. §-ának (1) bekezdése alapján a magyar bíróság a Bíróság előzetes döntéshozatali eljárását az EUMSZ-ben foglalt szabályok szerint kezdeményezheti. A (2) bekezdés értelmében a Bíróság előzetes döntéshozatali eljárásának kezdeményezéséről a magyar bíróság végzéssel határoz, egyidejűleg a per tárgyalását felfüggeszti. A magyar bíróság a végzésben meghatározza azt a kérdést, amely a Bíróság előzetes döntését igényli, valamint – a feltett kérdés megválaszolásához szükséges mértékben – ismerteti a tényállást és az érintett magyar jogszabályokat. Kiemelendő, hogy a per során a felek indítványozhatják előzetes döntéshozatali eljárás kezdeményezését, azonban ehhez az indítványhoz az eljáró bíróság nincs kötve, dönthet az eljárás kezdeményezéséről, de el is utasíthatja az indítványt.

A Bíróság feladata, hogy elősegítse az uniós jogi rendelkezések tiszteletben tartását.

A Bíróság előzetes döntéshozatali eljárások során hozott döntéseinek jelentőségét növeli, hogy a Bíróság hatáskörrel rendelkezik az uniós jogi rendelkezésekre vonatkozó, előzetes döntéshozatal iránti kérelmekről való döntésre olyan helyzetekben is, amikor az alapeljárás tárgyát képező tények nem tartoznak ugyan az uniós jog hatálya alá, ám amelyekben a szóban forgó rendelkezéseket a nemzeti jog alkalmazandóvá teszi, amely jog a tisztán belső helyzetekre adott megoldásaira nézve az uniós jog által nyújtott megoldásokhoz igazodott. Ilyen esetben ugyanis egyértelmű uniós érdek, hogy a jövőbeli eltérő értelmezések megakadályozása érdekében egységesen értelmezzék az uniós jogból vett rendelkezéseket vagy fogalmakat, függetlenül attól, hogy milyen körülmények között alkalmazzák őket.⁷

Mint jeleztük, a Bíróság értelmezése a jogalkotásra is befolyást gyakorol, tekintettel arra, hogy a tagállamok belső jogszabályait teljes harmonizáció hiányában is az uniós jog tiszteletben tartásával kötelesek kialakítani. Ezzel összefüggésben kiemelendő egyrészt az uniós szabályozás tényleges érvényesülésének elve, másrészt az uniós jog egységes alkalmazásának a követelménye.

A tagállamok az uniós jog tiszteletben tartása mellett kötelesek gyakorolni meglévő szabályozási hatásköreiket, egyebek között szem előtt tartva, hogy a jogalanyok uniós jogból származó jogainak gyakorlását nem tehetik gyakorlatilag lehetetlenné vagy rendkívül nehézé.⁸ Ez például azt eredményezi, hogy ugyan az uniós jog jelenlegi állapotában a tagállamok főszabály szerint szabadon meghatározhatják polgári jogi felelősségre vonatkozó rendszereik keretében különösen a gépjárművek által okozott megtérítendő károkat, e károk megtérítésének terjedelmét és a kártérítésre jogosult személyek körét, azonban a gépjárműbalesetekből eredő károk megtérítésére vonatkozó nemzeti rendelkezések nem akadályozhatják kötelező gépjármű-felelősségbiztosítási irányelvek hatékony érvényesülését.⁹

A Bíróság állandó ítélkezési gyakorlata szerint az uniós jog egységes alkalmazásának követelményéből és az egyenlőség elvéből az következik, hogy a jelentésének és hatályának

meghatározása érdekében a tagállami jogokra kifejezett utalást nem tartalmazó uniós jogi rendelkezést az egész Európai Unióban önállóan és egységesen kell értelmezni, figyelembe véve nemcsak annak kifejezéseit, hanem szövegkörnyezetét, illetve annak a szabályozásnak a céljait, amelynek az a részét képezi.¹⁰

A C-166/11. sz. González Alonso ügyben a kérdést előterjesztő nemzeti bíróság arra keresett választ, hogy az üzlethelyiségen kívül kötött szerződések esetén a fogyasztók védelméről szóló 1985. december 20-i 85/577/EGK irányelv 3. cikke (2) bekezdésének d) pontjával¹¹ összhangban az irányelv hatálya alá tartozik-e az olyan, üzlethelyiségen kívül kötött szerződés, amely havonta esedékes, különböző arányok szerint állandó vagy változó hozamú befektetésekre, illetve a szerződő társaság pénzügyi befektetési termékeibe befektetendő biztosítási díj megfizetéséért cserébe életbiztosítást kínál. A 85/577/EGK irányelv ugyanis a biztosítási szerződéseket kizárta a hatálya alól, így értelemszerűen nagy jelentőséggel bírt, hogy a jogvitában érintett jogügylet biztosítási szerződésnek minősül-e vagy sem, s ekként a kivételi szabály folytán kívül esik-e az irányelv szabályozási körén. A Bíróság emlékeztetett arra, hogy a 85/577/EGK irányelv nem tartalmazza a biztosítási szerződés fogalmának meghatározását, továbbá e tekintetben nem utal kifejezetten a tagállamok jogára sem. Így, amint az uniós jog egységes alkalmazásának követelményéből, valamint az egyenlőség elvéből következik, a „biztosítási szerződés” kifejezés hatályát az egész Európai Unióban önállóan és egységesen kell értelmezni, figyelembe véve az irányelv összefüggéseit és a kérdéses szabályozás célját. Az ún. „unit-linked” vagy „befektetési egységekhez kötött” szerződések gyakoriak a biztosítási jogban, így a Bíróság szerint az uniós jogalkotó úgy tekintette, hogy az ilyen típusú szerződés az életbiztosítási ágazatba tartozik, amint az kifejezetten kitűnik a 2002/83/EK életbiztosítási irányelv 2. cikke (1) bekezdésének a) pontjával összefüggésben értelmezett I. mellékletének III. pontjából. Egyébként a befektetési egységekhez kötött szerződéseket a 79/267/EGK irányelv (első életbiztosítási irányelv) 1. cikke 1. pontja a) pontjával, valamint melléklete III. pontjával összhangban már a 85/577/EGK irányelv hatálybalépését megelőzően az életbiztosítási ágazatba tartozónak tekintették. Az uniós jogalkotó a 85/577/EGK irányelv elfogadásakor ugyanakkor nem szűkítette a „biztosítási szerződés” fogalmát olyan értelemben, hogy abba ne tartoznának bele a befektetési egységekhez kötött biztosítások. Ilyen körülmények között és ezzel ellentétes rendelkezések hiányában a Bíróság megállapította, hogy amikor a 85/577/EGK irányelvet elfogadta, és annak hatálya alól kizárta a biztosítási szerződéseket, az uniós jogalkotó a befektetési egységekhez kötött biztosítási szerződéseket biztosítási szerződéseknek tekintette. Következésképpen az olyan, üzlethelyiségen kívül kötött szerződés, amely havonta esedékes, különböző arányok szerint állandó vagy változó hozamú befektetésekre, illetve a szerződő társaság pénzügyi befektetési termékeibe befektetendő biztosítási díj megfizetéséért cserébe életbiztosítást kínál, a 85/577/EGK tanácsi irányelv 3. cikke (2) bekezdésének d) pontjával összhangban, nem tartozik ezen irányelv hatálya alá.¹²

A Bíróság által értelmezett uniós jogszabály hatályon kívül helyezését követően is irányadók lehetnek a Bíróság megállapításai, különösen abban az esetben, ha a hatályon

kívül helyezett jogszabály rendelkezései átkerülnek egy másik jogszabályba. A Bíróság erre figyelemmel emelte ki, hogy a 2002/83/EK életbiztosítási irányelv 36. cikke (3) bekezdésének értelmezése kapcsán figyelembe veendő a C-51/13. számú ügyben hozott, a 2002/83/EK irányelv által hatályon kívül helyezett 92/96/EGK irányelv (harmadik életbiztosítási irányelv) rendelkezéseit értelmező ítélet, amely a biztosítót terhelő tájékoztatási kötelezettség kapcsán rámutatott, hogy az irányelvben foglaltakon túl, további információkra vonatkozóan csak annyiban lehet tájékoztatási kötelezettséget előírni, amennyiben azok szükségesek a biztosított tájékoztatására vonatkozó célkitűzés megvalósításához, és a kért információk kellően pontosak és világosak e célkitűzés eléréséhez, különösképpen ahhoz, hogy a biztosítók számára garantálják a megfelelő szintű jogbiztonságot. Ha a kért információ elnagyolt és általános, az nem tekinthető az irányelv 36. cikke (3) bekezdésének értelmében vett „szükséges információnak”.¹³

A jogszabályi rendelkezés értelmezése

A valamely uniós jogszabály rendelkezésével összefüggésben felmerülő kérdéssel szembeálló nemzeti bíróság kérelme alapján eljáró Bíróság a rendelkezés értelmezése során akkor van a legegyszerűbb helyzetben, ha elegendő az adott rendelkezés figyelembevétele, mivel az világos, egyértelmű iránymutatást nyújt tartalmát illetően.

Ezzel összefüggésben példaként említhető a C-577/11. számú DKV Belgium ügy, amikor a nemzeti bíróság feltette a kérdést: úgy kell-e értelmezni egyrészt a 92/49/EGK irányelv (harmadik nem-életbiztosítási irányelv) 29. cikkét, 39. cikkének (2) és (3) bekezdését, valamint a 73/239/EGK irányelv (első nem-életbiztosítási irányelv) 8. cikkének (3) bekezdését, másrészt az EUMSZ 49. és 56. cikkét, hogy azok tiltják, hogy a tagállamok a szakmai tevékenységhez nem kötött egészségbiztosítási szerződések esetében olyan rendelkezéseket írjanak elő, amelyek alapján a biztosítási díjat, az önrészt és az ellátást a biztosítási díj éves időpontjában kizárólag a következő tényezők alapján lehet kiigazítani: (i) a fogyasztói árindex alapján; (ii) a magán-egészségbiztosítási szerződések által fedezett szolgáltatások költségeinek [egészségügyi indexe] alapján, amennyiben ezen [index] alakulásának mértéke meghaladja a fogyasztói árindexét; (iii) a biztosítótársaságok felügyeletét ellátó közigazgatási hatóság által az érintett biztosítótársaság kérelmére megadott engedély alapján, ha a hatóság megállapítja, hogy a díj alkalmazása – az előző bekezdésekben szabályozott indexek alapján számított kiigazítások ellenére – a vállalkozás számára veszteséghez vezet vagy vezethet, és ezért engedélyezi, hogy a vállalkozás intézkedéseket tegyen a díjak kiegyenlítése érdekében, amelyek kiterjedhetnek a fedezeti feltételek kiigazítására is?

A Bíróság kiemelte, a 92/49/EGK irányelv (harmadik nem-életbiztosítási irányelv) 29. cikke, 39. cikkének (2) és (3) bekezdése, valamint a 73/239/EGK irányelv (első nem-életbiztosítási irányelv) 8. cikkének (3) bekezdése tiltja, hogy a tagállam valamely biztosítóintézet által a tagállam területén a biztosítottak számára ajánlott díjak tekintetében előzetes jóváhagyatási vagy rendszeres tájékoztatási kötelezettséget írjon elő. Az uniós jogalkotó ezzel a díjszabás

szabadságának elvét kívánta garantálni az életbiztosítás körén kívül eső biztosítások területén. Mindazonáltal a Bíróság szerint az európai uniós jogalkotó egyértelműen kinyilvánított ez irányú akarata hiányában nem vélemezhető az életbiztosítás körén kívül eső biztosításokra vonatkozó díjszabás területének teljes harmonizációja, amely kizárná a díjtáblák befolyásolására alkalmas nemzeti intézkedéseket. Erre figyelemmel a Bíróság megállapította, hogy a 92/49/EGK irányelv (harmadik nem-életbiztosítási irányelv) 29. cikkét, 39. cikke (2) és (3) bekezdését, valamint a 73/239/EGK irányelv (első nem-életbiztosítási irányelv) 8. cikkének (3) bekezdését úgy kell értelmezni, hogy azok nem tiltják, hogy a tagállamok a szakmai tevékenységhez nem kötött egészségbiztosítási szerződések esetében olyan rendelkezéseket írjanak elő, amelyek alapján a biztosítási díjat, az önrészt és az ellátást a biztosítási díj éves időpontjában kizárólag fenti három [i)-iii) jelölésű] tényező alapján lehet kiigazítani.¹⁴

Egyes esetekben ugyanakkor már magának a jogszabálynak a tárgya is kérdéses lehet, amelynek meghatározására szükség esetén külön kitér a Bíróság.

Tagállamok belső jogszabályaikat teljes harmonizáció hiányában is az uniós jog tiszteletben tartásával kötelesek kialakítani.

A Bíróság a C-22/12. sz. Haasová ügyben emlékeztetett rá, hogy a harmadik feleknek okozott kárt fedező gépjármű-felelősségbiztosítási kötelezettség eltér a károknak a biztosított polgári jogi felelőssége alapján történő megtérítésének mértékétől, amíg ugyanis az előbbi az uniós szabályozás határozza meg és garantálja, addig az utóbbit alapvetően a nemzeti jog szabályozza. A 72/166/EGK irányelv (első gépjármű-felelősségbiztosítási irányelv) és a 84/5/EGK irányelv (második gépjármű-felelősségbiztosítási irányelv) tárgyából és szövegéből az következik, hogy ezek nem a tagállamok polgári jogi felelősségre vonatkozó rendszereinek harmonizálására irányulnak, és hogy az uniós jog jelenlegi állapotában a tagállamok továbbra is szabadon meghatározhatják a gépjárműbalesetektől eredő károkat alkalmazandó polgári jogi felelősségre vonatkozó rendszert.¹⁵

A 87/344/EGK irányelv (jogvédelmi biztosítási irányelv) 4. cikke (1) bekezdésének¹⁶ értelmezése kapcsán a Bíróság aláhúzta, hogy a bekezdés a jogi képviselő szabad megválasztását teszi lehetővé, általános hatályú és kötelező jellegű, és nem fogadható el olyan értelmezés, amely ezt a szabadságot arra korlátozza, hogy csak olyan ügyvéd választható, aki az első fokon illetékességgel rendelkező bíróság vagy közigazgatási hatóság székhelyén rendelkezik irodával, illetve kötelezi magát, hogy költségeit-díjait úgy számlázza, mint egy ilyen ügyvéd. Az irányelvnek ugyanakkor nem célja a tagállamok jogvédelmi biztosítási szerződéseinek teljes harmonizálása, ily módon az uniós jog jelenlegi állapotában szabadon meghatározhatják az említett szerződésekre alkalmazandó szabályokat, feltéve, hogy ez az uniós jog és különösen a 87/344/EGK irányelv 4. cikkének tiszteletben tartásával történik. A képviselő eljárásához kapcsolódó költségek terjedelmének a nemzeti bíróság előtti alapügyben szereplő kérdése így nem alkotta tárgyát az ezen irányelv által rögzített szabályozásnak, ugyanis sem ennek rendelkezései, sem preambulumbekendései nem támasztják alá azt a megállapítást, hogy

a szóban forgó irányelv szabályozná azon összeg meghatározását, amelyet a jogvédelem biztosítója köteles megtéríteni a biztosított képviselővel megbízott személy által teljesített kiadások fedezeteként.¹⁷

Az esetek többségében a Bíróság általi értelmezés többoldalú megközelítést igényel. A Bíróság állandó ítélkezési gyakorlata szerint valamely uniós jogi rendelkezés értelmezéséhez nemcsak annak kifejezéseit, hanem szövegkörnyezetét, valamint annak a szabályozásnak a célkitűzéseit is figyelembe kell venni, amelynek az részét képezi.¹⁸ Ennek megfelelően a nyelvtani értelmezés¹⁹ mellett egy adott rendelkezés történeti és teleologikus értelmezése is szerepet játszhat,²⁰ illetve figyelembe veendő a jogszabály belső összefüggései,²¹ valamint a jogszabály megalkotása során született dokumentumok, megfogalmazott álláspontok.²²

Az esetek többségében a Bíróság általi értelmezés többoldalú megközelítést igényel.

A rendelkezés és a preambulumbekzdés együttes olvasata

Az egyes rendelkezések értelmezése során kiemelkedő jelentőséggel bírnak a rendelkezések indokolását tartalmazó preambulumbekzdések. A Bíróság számos esetben az adott rendelkezés és az azzal kapcsolatos preambulumbekzdés együttes olvasatából indult ki az előzetes döntéshozatal iránti kérelemben megfogalmazott kérdés megválaszolásakor.

Erre került sor a C-442/12. számú Sneller ügyben, amelynek kapcsán a Bíróság hangsúlyozta, mind a 87/344/EGK irányelv (jogvédelmi biztosítási irányelv) tizenegyedik preambulumbekzdéséből,²³ mind 4. cikkének (1) bekezdéséből²⁴ egyaránt az következik, hogy a jogvédelmi biztosítási fedezettel rendelkező személy érdeke azt jelenti, hogy a biztosított személynek bármely közigazgatási vagy bírósági eljárás keretében jogosultnak kell lennie szabadon ügyvédet vagy a nemzeti jog szerint megfelelő szakképesítéssel rendelkező egyéb személyt választani, ugyanis a 87/344/EGK irányelv 4. cikke (1) bekezdése a) pontjának és tizenegyedik preambulumbekzdésének együttes olvasatából az következik, hogy az ügyvédnek a biztosított személy általi szabad kiválasztása nem korlátozódhat kizárólag azokra a helyzetekre, amikor a biztosító úgy dönt, hogy külső jogi képviselőt kell igénybe venni. A Bíróság szerint a 87/344/EGK irányelv 4. cikke (1) bekezdésének a) pontját úgy kell értelmezni, hogy azzal ellentétes, hogy az a jogvédelmi biztosító, amely biztosítási szerződéseiben rögzíti, hogy a bírósági és közigazgatási eljárásokban főszabály szerint a biztosító munkavállalói nyújtanak jogi segítséget, azt is kikösse, hogy a biztosított által szabadon kiválasztott ügyvéd vagy jogi képviselő útján szolgáltatott jogi segítségnyújtással összefüggésben felmerülő költségeket csak akkor fedezi, ha úgy ítéli meg, hogy az ügy elintézését külső jogi képviselőre kell bízni. Ezen választ nem befolyásolja az, hogy a nemzeti jog értelmében a jogi képviselő a bírósági vagy közigazgatási eljárásban kötelező-e vagy sem.²⁵

Eltérő nyelvi változatok

A több nyelven elérhető uniós jogszabályok esetében nem ritka, hogy a különböző nyelvi változatok között kisebb-nagyobb nyelvi eltérések tapasztalhatók. A nyelvi eltéréssel érintett rendelkezés értelmezése során figyelembe veendő, hogy az uniós jog valamely több nyelven elérhető szövege egy vagy több nyelvi változatának tisztán szó szerinti értelmezése – a többi nyelvi változat kizárásával – nem élvezhet elsőbbséget, valamely rendelkezés szövegét kétség esetén nem lehet elszigetelten vizsgálni. A Bíróság szerint az uniós jogi rendelkezések egységes alkalmazásának szükségessége megköveteli, hogy azokat valamennyi nyelvi változat figyelembevételével, azok fényében értelmezzék, tekintettel azon szabályozás általános rendszerére és céljára is, amelynek az a részét képezi.²⁶

Példaként említhető a C-199/08. számú Eschig ügy, amelynek esetében a kérdést előterjesztő bíróság arra a kérdésre várt választ, hogy a 87/344/EGK irányelv (jogvédelmi biztosítási irányelv) 4. cikke (1) bekezdésének a) pontját úgy kell-e értelmezni, hogy a jogvédelmi biztosító fenntarthatja azt a jogot, hogy az összes érintett biztosított vonatkozásában saját maga válassza ki a jogi képviselőt, ha nagyszámú biztosított károsodik ugyanazon esemény következtében. A Bíróság rámutatott, a 87/344/EGK irányelv tizenegyedik preambulumbekzdése megerősíti, hogy a bírósági vagy közigazgatási eljárás keretében a jogi képviselő szabad kiválasztásának joga nem függ az érdeklőzések bekövetkezésétől. Ebben a tekintetben a 87/344 irányelv/EGK említett preambulumbekzdésének német nyelvű változatában szereplő „und zwar immer” szavakat természetesen úgy is lehetne értelmezni, hogy azok a jogi képviselő szabad kiválasztásának jogát az érdeklőzések bekövetkezéséhez kapcsolják. Ilyen értelmezésre azonban nem lehetne hivatkozni az irányelv 4. cikke (1) bekezdése a) pontja megszorító olvasatának alátámasztására. A különböző nyelvi változatok összehasonlításából az következik, hogy a jogi képviselő szabad kiválasztásának joga az érdeklőzések bekövetkezésétől függetlenül valamennyi bírósági vagy közigazgatási eljárásban elismert. A bíróság arra is utalt, hogy az „und zwar immer” szavaknak nem adható olyan értelmezés, amelynek következtében a 87/344/EGK irányelv 4. cikke (1) bekezdése a) pontjának rendelkezései kiüresednének, mivel azok normatív tartalmát már átvette az irányelv 4. cikke (1) bekezdésnek b) pontja.²⁷

A jogszabály célja

Amint azt már jeleztük, a Bíróság gyakorlata szerint valamely uniós jogi rendelkezés értelmezéséhez a szabályozás célkitűzései is figyelembe veendő, amelyek meghatározása során kiemelkedő jelentőséggel bírnak a jogszabály preambulumban foglaltak.

A 88/357/EGK irányelv (második életbiztosítási irányelv) 15. cikkének (1) bekezdése rögzítette, minden tagállam köteles előírni, hogy az a biztosított, aki az irányelv III. címében említett esetek valamelyikében egyéni életbiztosítási szerződést köt, a szerződés megkötéséről szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 14 és 30 nap közötti határidőt

kapjon a szerződéstől való elállásra, s az elállás egyéb jogkövetkezményeit és feltételeit a 4. cikkben meghatározott szerződésre alkalmazandó jog írja elő, különös tekintettel arra a módra, ahogyan a biztosítottat a szerződés megkötéséről értesítik. A 92/96/EGK irányelv (harmadik életbiztosítási irányelv) (23) preambulumbekzdése értelmében az egységes életbiztosítási piacon a fogyasztónak lehetősége lesz szélesebb és változatosabb körből szerződést választani, s ahhoz, hogy ennek a sokszínűségnek és növekvő versenynek az előnyeit teljes mértékben kihasználhassa, meg kell kapnia mindazt az információt, amely szükséges ahhoz, hogy az igényeinek leginkább megfelelő szerződést választhassa ki. Ez a tájékoztatási követelmény annál is fontosabb, mivel a kockázatvállalások tartama igen hosszú lehet. A preambulumbekzdés szerint ezért össze kell hangolni a minimális rendelkezéseket, hogy a fogyasztó világos és pontos tájékoztatást kapjon a neki ajánlott termékek alapvető jellemzőiről, valamint azon testületek adatairól, amelyekhez a szerződő felek, a biztosított személyek vagy a szerződések kedvezményezettjei panaszokkal fordulhatnak.

A C-209/12. számú Endress ügyben a Bíróság arra a kérdésre kereste a választ, hogy a 88/357/EGK irányelv (második életbiztosítási irányelv) 15. §-ának (1) bekezdése szerinti elállási jog gyakorlása – az alapeljárásban szóban forgóhoz hasonló nemzeti rendelkezés útján – abban az esetben is lehet-e az érintett biztosítási szerződés szerinti első biztosítási díj biztosított általi megfizetését követő egy évre korlátozni, ha az említett biztosítottat nem tájékoztatták ezen elállási jogáról. A Bíróság szerint a tagállamok jogosultak voltak az elállási jog gyakorlásának pontos módjára vonatkozó szabályok elfogadására, és ezek a módok a természetüknél fogva tartalmazhatták e jog bizonyos korlátozásait, mindazonáltal e szabályok elfogadása során a tagállamok kötelesek voltak ügyelni arra, hogy a második és harmadik életbiztosítási irányelv hatékony érvényesülése – ezen irányelvek célkitűzésének figyelembevétele mellett – biztosított legyen. E két irányelv célkitűzését illetően a Bíróság emlékeztetett arra, hogy a harmadik életbiztosítási irányelv (23) preambulumbekzdése szerint az egységes életbiztosítási piacon a fogyasztónak lehetősége lesz szélesebb és változatosabb körből szerződést választani, és ahhoz, hogy ennek a sokszínűségnek és növekvő versenynek az előnyeit teljes mértékben kihasználhassa, a fogyasztónak meg kell kapnia mindazt az információt, amely szükséges ahhoz, hogy az igényeinek leginkább megfelelő szerződést választhassa ki, azzal, hogy ez a tájékoztatási követelmény annál is fontosabb, mivel a kockázatvállalások tartama igen hosszú lehet. A harmadik életbiztosítási irányelv (23) preambulumbekzdésében kimondott tájékoztatási célkitűzés elérése érdekében ezen irányelv 31. cikkének (1) bekezdése, együttes olvasatban a II. melléklet a.13. pontjával úgy rendelkezett, hogy legalább az elállási jog gyakorlásának módját közölni kell a biztosítottal, méghozzá a szerződés megkötése előtt. A harmadik életbiztosítási irányelv releváns rendelkezéseinek tehát mind a szerkezetéből, mind a szövegéből egyértelműen az következik a Bíróság szerint, hogy az annak biztosítására irányult, hogy a biztosított pontos tájékoztatást kapjon többek között az elállási jogáról. Ennélfogva a Bíróság megállapította, hogy a második és harmadik életbiztosítási irányelv által követett célkitűzések megvalósításával, következésképpen azok hatékony érvényesülésével ellentétes az a nemzeti rendelkezés, amely szerint a biztosítottnak a szerződéstől való elállási joga akkor is megszűnik, ha erről a jogról nem tájékoztatták.²⁸

A Bíróság több ügyben tért ki a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítási irányelvek céljaira is, amint azt az alábbi példák mutatják:

- a 72/166/EGK irányelv (első gépjármű-felelősségbiztosítási irányelv) 3. cikke (1) bekezdésének,²⁹ a 84/5/EGK irányelv (második gépjármű-felelősségbiztosítási irányelv) 2. cikke (1) bekezdésének³⁰ és a 90/232/EGK irányelv (harmadik gépjármű-felelősségbiztosítási irányelv) 1. cikkének³¹ az a célja, hogy valamennyi gépjárműbalesetet szenvedett utas számára biztosítsák, hogy a kötelező felelősségbiztosítás megtérítse az őket ért kárt. Azt előírva, hogy a gépjármű-felelősségbiztosítás a gépjármű vezetője kivételével kiterjed valamennyi utas személyi sérülésével kapcsolatos felelősségre, a harmadik gépjármű-felelősségbiztosítási irányelv 1. cikke egyedül a vezető és a többi utas között tesz megkülönböztetést. E tényező tekintetében a Bíróság azt állapította meg, hogy az első, a második és a harmadik gépjármű-felelősségbiztosítási irányelv által követett, a károsult védelmére vonatkozó, a gépjármű-felelősségbiztosítási irányelvek által követett célkitűzés megköveteli, hogy a balesetben nem vezetőként, hanem utasként részt vevő gépjármű-tulajdonos jogi helyzete megegyezzen a balesetet szenvedő gépjármű többi utasával. Hasonlóképpen a Bíróság azt is megállapította, hogy e célkitűzéssel ellentétes az, hogy egy nemzeti szabályozás indokolatlanul leszűkítse a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítás által fedezett utas fogalmát, kizárva ebből azokat a személyeket, akik a jármű nem személyszállításra tervezett és e célra fel nem szerelt részében utaztak,³²
- ugyan a kötelező gépjármű-felelősségbiztosításra vonatkozó irányelvek egyike sem határozza meg, hogy ezen irányelvek értelmében mit kell a „baleset”, a „kár”, a „forgalomban való részvétel” vagy a „gépjárművek használata” fogalma alatt érteni, azonban ezeket a fogalmakat az ezen irányelvek által követett, a gépjárművel okozott balesetek károsultjai védelmére, illetve a személyek és áruk mozgásának a belső piac megvalósítása céljából történő liberalizációjára irányuló kettős célkitűzés fényében kell értelmezni,³³
- a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítási irányelvek preambulumból kitűnik, ezen irányelvek célja az, hogy egyrészt szabad mozgást biztosítsanak a rendszerint az Unió területén üzemben tartott járműveknek és utasaiknak, másrészt – függetlenül attól, hogy az Unión belül hol történt a baleset – hasonló elbánást biztosítsanak az ilyen járművek által okozott balesetek károsultjainak.³⁴ Ezzel összefüggésben kiemelendő, hogy az uniós szabályozásnak a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítások területén végbement fejlődése rámutat arra is, hogy az uniós jogalkotó folyamatosan biztosította és erősítette a gépjárművek által okozott balesetek áldozatainak védelmére irányuló célkitűzést.³⁵

Az uniós és a nemzeti szabályozás hatálya, az uniós szabályozásban szereplő kivételek értelmezése

Az előzetes döntés meghozatala során a Bíróság érdemben kétféle funkció végzésére jogosult: a jogkérdésben szereplő uniós jogi norma értelmezésére, illetve szűkebb körben a származtatott (másodlagos) uniós jogi normák érvényességének felülvizsgálatára. Ebből három

olyan hatásköri korlát következik, mely az előzetes döntéshozatal kezdeményezésekor feltett kérdéseket is befolyásolja:

- a Bíróság az uniós jogot nem alkalmazhatja az ügy tényeire,
- nem vizsgálhatja a belső jog és az uniós jog összeegyeztethetőségét, illetve
- nem értelmezheti a tagállam belső jogát.³⁶

Ez utóbbi kapcsán kiemelendő, hogy az EUMSZ 267. cikk alapján megindított eljárás során a Bíróság és a kérdést előterjesztő bíróság hatásköre egyértelműen elkülönül,³⁷ a nemzeti bíróságok és a Bíróság közötti egyértelmű feladatmegosztás érvényesül, hiszen – a nemzeti bíróság által közölt tényállás alapján – kizárólag a Bíróság határozhat az uniós jogszabályok értelmezéséről és érvényességéről, míg a kérdést előterjesztő bíróság feladata a nemzeti jogszabály értelmezése.³⁸

A C-265/12. sz. Citroën Belux ügyben megállapította a Bíróság, hogy a 2005/29/EK irányelv főszabály szerint az üzleti vállalkozások fogyasztókkal szemben folytatott tisztességtelen kereskedelmi gyakorlataira vonatkozó szabályok teljes körű közösségi szintű harmonizációjára irányul, így a tagállamok nem fogadhatnak el az irányelvben foglaltaknál korlátozottabb intézkedéseket, még a magasabb szintű fogyasztóvédelem biztosítása érdekében sem. Mindazonáltal a 2005/29/EK irányelv „Az irányelv hatálya” című 3. cikkének (9) bekezdése³⁹ kivételt tesz a teljes harmonizáció célja alól többek között a fogyasztói pénzügyi szolgáltatások távértékesítéssel történő forgalmazásáról szóló 2002/65/EK irányelv értelmében vett pénzügyi (és így többek között a biztosítási) szolgáltatások vonatkozásában.⁴⁰ A Bíróság szerint a 2005/29/EK irányelv (9) preambulumbekzdéséből⁴¹ következik, hogy a pénzügyi szolgáltatások összetettségük miatt fogva és a bennük rejlő komoly kockázatok miatt részletes előírásokat tesznek szükségessé, beleértve a kereskedőkre vonatkozó pozitív kötelezettségeket. Az is szerepel benne, hogy e szolgáltatások kapcsán a 2005/29/EK irányelv alkalmazása nem érinti a tagállamok azon jogát, hogy a fogyasztók gazdasági érdekeinek védelmében meghaladják ezen irányelv rendelkezéseit. E rendelkezésnek megfelelően a pénzügyi szolgáltatásokra vonatkozóan a tagállamok megállapíthatnak olyan követelményeket, amelyek megszorítóbbak vagy szigorúbbak a 2005/29/EK irányelvben előírt követelményeknél. Az uniós jogalkotó szándéka arra irányul, hogy megahagyja a tagállamok arra vonatkozó hatáskörét, hogy maguk ítélhessék meg azt a korlátozó jelleget, amelyet ezen intézkedéseknek adni kívánnak, és a tagállamok e tekintetben olyan mozgástérrel rendelkezzenek, amely a tilalom kimondásáig is terjedhet. Minderre tekintettel a Bíróság megállapította, hogy a 2005/29/EK 3. cikkének (9) bekezdésével nem ellentétes az olyan tagállami rendelkezés, amelynek értelmében – a jogszabályban taxatív jelleggel felsorolt esetek kivételével – általánosan tilos a fogyasztóknak tett valamennyi kapcsolt ajánlat, amennyiben azoknak legalább egy része pénzügyi szolgáltatás.⁴²

Az uniós jogszabályokban szereplő kivételek vonatkozásában emlékeztetünk rá, hogy a Bíróság ítélezési gyakorlata értelmében ezeket szigorúan kell értelmezni annak érdekében, hogy e kivételek az általános szabályokat ne fosszák meg tartalmuktól.⁴³ Ezt az elvet követte a Bíróság, amikor például kiemelte, hogy a 87/344/EGK irányelv (jogvédelmi biztosítási irányelv) 5. cikke felhatalmazza a tagállamokat, hogy mentességet adjanak az irányelv 4. cikke (1) bekezdésének alkalmazása alól bizonyos, a közúti járművek használatából eredő ügyekben, azonban a jogi

képviselő szabad kiválasztásának joga alóli ezen kivételt megszorítóan kell értelmezni, amely azt is jelenti a Bíróság szerint, hogy az nem szolgálhat alapjául analógia útján való érvelésnek sem.⁴⁴

A fogyasztók védelmét szolgáló uniós jogi rendelkezésektől való eltérés értelmezése

Ugyancsak szigorúan kell értelmezni a fogyasztók védelmét szolgáló uniós jogi rendelkezésektől való eltéréseket,⁴⁵ így nem megengedett, hogy a rendelkezéseknek tág, a fogyasztói érdekek védelme szintjének csökkentését eredményező vagy erre alkalmas értelmezését tulajdonítsanak az e körbe tartozó rendelkezéseknek.

Szigorúan kell értelmezni a fogyasztók védelmét szolgáló uniós jogi rendelkezésektől való eltéréseket.

A Bíróság a 84/5/EGK tanácsi irányelv (második gépjármű-felelősségbiztosítási irányelv) 1. cikke (1) bekezdésének értelmezése kapcsán megállapította, hogy annak különböző nyelvi változatai alkalmazzák mind a „testi sérülés”, mind a „személyi sérülés” fogalmát, ezért ezen rendelkezés, illetve irányelv általános rendszerére és céljára kell támaszkodni. A Bíróság szerint e tekintetben egyrészt kiemelendő, hogy e fogalmak az „anyagi kár” fogalmát egészítik ki, másrészt emlékeztetni kell arra, hogy az említett rendelkezés és az irányelv különösen a károsultak védelmének erősítését célozza. Ilyen körülmények között a fogalmaknak tág értelmezését kell elfogadni. A szabályozás célját szem előtt tartva húzta alá a Bíróság például azt, hogy a személyi sérülések fogalmába tartozik minden olyan kár – amennyiben annak megtérítését a jogvita tekintetében alkalmazandó nemzeti jog a biztosított polgári jogi felelőssége alapján előírja –, amely a személy testi épségének sérelméből ered, ideértve mind a testi, mind a lelki szenvedéseket. Ennek megfelelően a 72/166/EGK irányelv (első gépjármű-felelősségbiztosítási irányelv), a 84/5/EGK irányelv (második gépjármű-felelősségbiztosítási irányelv) és a 90/232/EGK irányelv (harmadik gépjármű-felelősségbiztosítási irányelv) alapján a megtérítendő károk sorában szerepelnek azon nem vagyoni károk, amelyek megtérítését a jogvita tekintetében alkalmazandó nemzeti jog a biztosított polgári jogi felelőssége alapján írja elő.⁴⁶

Nem biztosítási tárgyú jogszabály rendelkezései értelmezésének figyelembevétele

Az uniós biztosítási jog évtizedek óta különös figyelmet szentel a szerződők, biztosítottak tájékoztatása kérdésének.⁴⁷ A 2009/138/EK irányelv (Szolvencia II) (79) preambulumbekzdése is kiemeli, hogy a biztosítás belső piacán a fogyasztók szélesebb és változatosabb körből választhatnak biztosítást. Annak érdekében, hogy a széles választék és a fokozott verseny minden előnyét ki tudják használni, a fogyasztókat a szerződés megkötése előtt és időtartama alatt minden szükséges információval el kell látni, hogy a szükségleteiknek leginkább megfelelő szerződést választhassák

Az elmúlt években a Bíróság több ítéletében értelmezte a biztosítót terhelő tájékoztatási kötelezettségre vonatkozó uniós rendelkezéseket.⁴⁸ Az egyes rendelkezések értelmezése során ugyanakkor szerephez jut az analógia is,⁴⁹ így a biztosítási piacra irányadó rendelkezések értelmezése során jelentőséggel bírhatnak például a Bíróság által a más pénzügyi szervezeteket terhelő tájékoztatási kötelezettséggel összefüggésben meghozott ítéletek megállapításai. Ezen ítéletek közül külön is felhívjuk a figyelmet a C-449/13. számú CA Consumer Finance ügyben hozott, a hitelező tájékoztatási kötelezettségével kapcsolatos döntésre.

A fogyasztói hitelmegállapodásokról szóló 2008/48/EK irányelv 5. cikkének (1) bekezdése értelmében kellő időben, azt megelőzően, hogy a fogyasztót bármilyen hitelmegállapodás vagy ajánlat kötelezné, a hitelező és adott esetben a hitelközvetítő – a hitelező által felajánlott hitelfeltételek, valamint adott esetben a fogyasztó által kifejezett kívánságok és az általa nyújtott információk alapján – a fogyasztó rendelkezésére bocsátja a különböző ajánlatok összehasonlításához szükséges információkat annak érdekében, hogy a fogyasztó megalapozott döntést hozhasson a hitelmegállapodás esetleges megkötéséről. Ezeket az információkat nyomtatott formában vagy más tartós adathordozón, az ezen irányelv II. mellékletében foglalt „Általános európai fogyasztói hiteltájékoztató” című formanyomtatvány felhasználásával kell a fogyasztó rendelkezésére bocsátani. A hitelező az „Általános európai fogyasztói hiteltájékoztató” című formanyomtatvány átadásával teljesíti az ezen bekezdés, valamint a 2002/65/EK irányelv 3. cikkének (1) és (2) bekezdése szerinti tájékoztatási követelményeket. A 8. cikk (1) bekezdése alapján a tagállamoknak biztosítaniuk kell, hogy a hitelmegállapodás megkötését megelőzően a hitelező az adott esetben a fogyasztótól kapott megfelelő információ és szükség esetén a vonatkozó adatbázisban végzett keresés alapján értékeli a fogyasztó hitelképességét. A (2) bekezdés előírja, a tagállamoknak biztosítaniuk kell, hogy ha a felek a hitelmegállapodás megkötését követően megállapodnak a teljes hitelösszeg megváltoztatásában, a hitelező köteles a fogyasztóval kapcsolatosan rendelkezésre álló pénzügyi információkat naprakésszé tenni, és a fogyasztó hitelképességét értékelni a teljes hitelösszeg jelentős mértékű növelését megelőzően.

A Bíróság ítéletének értelmében a tényleges érvényesülés elvét sértene, ha a 2008/48/EK irányelv 5. és 8. cikkében előírt kötelezettségek nem teljesítésének bizonyítása a fogyasztóra hárulna, mivel ő nem rendelkezik olyan eszközökkel, amelyek lehetővé tennék számára annak bizonyítását, hogy a hitelező egyfelől nem adta meg számára az ezen irányelv 5. cikkében előírt információkat, másfelől pedig nem ellenőrizte a hitelképességét. Ezzel szemben a 2008/48/EK irányelv által biztosított jogok tényleges érvényesülését az a nemzeti szabály biztosítja, amelynek értelmében a hitelező főszabály szerint a bíróság előtt köteles igazolni a szerződést megelőző kötelezettségek megfelelő teljesítését. Az ilyen szabály a fogyasztó védelmének biztosítására irányul, anélkül, hogy aránytalanul sértene a hitelezőnek a tisztességes eljáráshoz való jogát. A gondos hitelezőnek tudatában kell lennie annak, hogy őt milyen tájékoztatási, valamint felvilágosítási kötelezettség terheli a vonatkozó bizonyítékok összegyűjtésének és megőrzésének szükségességével kapcsolatban.

A Bíróság szerint a hitelmegállapodásba foglalt szabványzáradék nem sérti a 2008/48/EK irányelvben elismert jogok tényleges érvényesülését, amennyiben – a nemzeti jog értelmében – e záradék kizárólag azt foglalja magában, hogy a hitelfelvevő tanúsítja, hogy átadták részére az általános európai fogyasztói hiteltájékoztatót. A 2008/48/EK irányelv 22. cikkének (3) bekezdéséből következően ugyanakkor az ilyen záradék nem teheti lehetővé a hitelező számára, hogy megkerülje kötelezettségeit. Ily módon a szóban forgó szabványzáradéknak nincsen bizonyító ereje, azt a hitelezőnek meg kell erősítenie egy vagy több releváns bizonyítékkal. Egyébiránt a fogyasztótól a szerződés vagy a nemzeti jog nem vonhatja meg azt a jogot, hogy arra hivatkozzon, nem kapta meg ezt a nyomtatványt, illetve, hogy az nem tette lehetővé a hitelező számára, hogy teljesítse a rá háruló, szerződéskötést megelőző tájékoztatási kötelezettségeket. Ha az ilyen szabványzáradék a fogyasztó arra vonatkozó elismerését tartalmazza, hogy a hitelező maradéktalanul és megfelelő módon teljesítette a rá háruló, szerződéskötést megelőző kötelezettségeket, és ennek folytán a nemzeti jog szerint az említett kötelezettségek teljesítésére vonatkozó bizonyítási teher megfordulását eredményezi, az sértheti a 2008/48/EK irányelvben elismert jogok tényleges érvényesülését. A fogyasztói hitelmegállapodásokról szóló 2008/48/EK irányelv rendelkezéseit úgy kell tehát értelmezni, hogy egyrészt azokkal ellentétes az olyan nemzeti szabályozás, amelynek értelmében a 2008/48/EK irányelv 5. és 8. cikkében előírt kötelezettségek nem teljesítésére vonatkozó bizonyítási teher a fogyasztóra hárul, másrészt azokkal ellentétes az, hogy egy szabványzáradék okán a bíróságnak azt kell megállapítania, hogy a fogyasztó elismerte a hitelezőt terhelő, a szerződéskötést megelőző kötelezettségek maradéktalanul és megfelelő teljesítését, mivel e záradék ily módon az említett kötelezettségek teljesítésére vonatkozó bizonyítási teher megfordulását eredményezi, ami sértheti a 2008/48/EK irányelvben elismert jogok tényleges érvényesülését.⁵⁰

Az Európai Bíróság által a fogyasztói hitelmegállapodásokról szóló 2008/48/EK irányelv kapcsán hozott ítélet egyes megállapításai minden bizonnyal a biztosítókat a fogyasztók irányában terhelő tájékoztatási kötelezettség szabályait megállapító rendelkezések értelmezéséhez is hozzájárulhatnak, irányt mutatva a jogalkalmazók számára.

HIVATKOZÁSOK

- ¹ Lásd az előzetes döntéshozatali eljárás kezdeményezése körében hozott végzések elleni fellebbezések elbírálásáról és a kezdeményezési kötelezettségről szóló 1/2009. (VI. 24.) PK-KK közös véleményyt.
- ² Vö. pl. a C-199/08. sz. Eschig ügyben 2009. szeptember 10-én hozott ítélet, EU:C:2009:538, 65-66. pontjában foglaltakkal. A Bíróság szerint a jogvédelmi biztosításról szóló 87/344/EGK irányelvnek nem célja a tagállamok jogvédelmi biztosítási szerződéseinek teljes harmonizálása, és a közösségi jog jelenlegi állapotában szabadon meghatározhatják az említett szerződésekre alkalmazandó szabályokat. A tagállamok azonban ezen a területen a közösségi jog és különösen a 87/344/EGK irányelv 4. cikkének tiszteletben tartásával kötelesek a hatásköreiket gyakorolni.
- ³ Lásd C-210/06. sz. Cartesio ügyben 2008. december 16-án hozott ítélet, EU:C:2008:723, 88. pont.
- ⁴ Az előzetes döntéshozatali eljárás szabályozásáról, céljáról lásd Osztoivits András (szerk.) (2011): Az Európai Unióról és az Európai Unió működéséről szóló szerződés magyarázata 3., CompLex Kiadó Jogi és Tartalomszolgáltató Kft., Budapest, 2868. A Bíróságról részletesen lásd idem. 2865-3042.
- ⁵ dr. Osztoivits András (2011): Az Európai Unió jogvédelmi rendszerének dimenziói. Habilitációs kézirat, Győr, 25. http://www.google.hu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fdoktiskjog.sze.hu%2Fdownloadmanager%2Fdownload%2Fnohtml%2F1%2Fid%2F2780%2Fm%2F3620&ei=CGhsVcPIK4KiygPrwY-LYCA&usq=AFQjCNFWoF_olff5ZkKMo3eWK_0d2qz9Xw&sig2=GGAZnhvLL5qV9rZvgh-rhg&bvm=bv.94455598,d.bGQ
- ⁶ A magyar bíróságok által kezdeményezett, lezárt előzetes döntéshozatali eljárásokról lásd a Kúria „Az Európai Unió jogának alkalmazása: az előzetes döntéshozatali eljárások kezdeményezésének tapasztalatai” elnevezésű joggyakorlat-elemző csoportjának összefoglaló véleményét, Budapest, 2013. http://kuria-birosag.hu/sites/default/files/joggyak/az_europai_unio_joganak_alkalmazasa.pdf
- ⁷ Ez került aláhúzásra pl. a C-32/11. sz. Allianz Hungária Biztosító és társai ügyben 2013. március 14-én hozott ítélet, EU:C:2013:160, 20. pontjában. Lásd még a C-470/13. sz. Generali-Providencia Biztosító ügyben 2014. december 18-án hozott ítélet, EU:C:2014:2469, 23. pontját.
- ⁸ Lásd pl. C-567/13. sz. Baczó és Vizsnyiczai ügyben 2015. február 12-én hozott ítélet, EU:C:2015:88, 42. és 49. pont, C-169/14. sz. Sánchez Morcillo és Abril García ügyben 2014. július 17-én hozott ítélet, EU:C:2014:2099, 31. és 34. pont.
- ⁹ Vö. C-22/12. sz. Haasová ügyben 2013. október 24-én hozott ítélet, EU:C:2013:692, 41-42. pont, C-277/12. sz. Drozdovs ügyben 2013. október 24-én hozott ítélet, EU:C:2013:685, 33. és 53. pont, C-371/12. sz. Petillo ügyben 2014. január 23-án hozott ítélet, EU:C:2014:26, 30. és 32. pont.
- ¹⁰ C-162/13. sz. Vnuk ügyben 2014. szeptember 4-én hozott ítélet, EU:C:2014:2146, 42. pont.
- ¹¹ A 85/577/EGK irányelv 3. cikke (2) bekezdésének d) pontja értelmében az irányelv nem alkalmazható biztosítási szerződések esetében. A 85/577/EGK irányelv helyébe lépett 2011/83/EU irányelv 3. cikke (3) bekezdésének d) pontja rögzíti, hogy az irányelv nem alkalmazandó azon szerződésekre, amelyek tárgya pénzügyi szolgáltatás. A 2. cikk 12. pontja szerint pénzügyi szolgáltatásnak minősül bármely banki, hitel-, biztosítási, magán-nyugdíjpénztári, befektetési vagy fizetéssel kapcsolatos szolgáltatás.
- ¹² C-166/11. sz. González Alonson ügyben 2012. március 1-jén hozott ítélet, EU:C:2012:119, 24-25., 29-32. és 34. pont.
- ¹³ C-51/13. sz. Nationale-Nederlanden Levensverzekering Mij ügyben 2015. április 29-én hozott ítélet, EU:C:2015:286, 22. pontja. Az adott ügyben 1999-ben a szerződő biztosítási szerződést kötött, amely szerződés egy „Rugalmasan biztosított befektetés” elnevezésű befektetés részét képezte. Olyan életbiztosításról volt szó, amelynek keretében a biztosítás záró időpontjában a felhalmozott tőkeérték nincs garantálva, hanem a befektetés eredményétől függ. Egyébiránt a biztosítási szerződés szerint a szerződés futamideje alatt a fix és garantált tőkeösszeget ki kell fizetni, ha a biztosított a szerződés lejártá előtt hal meg. A biztosítási szerződés alapján előre és időszakosan fizetendő az előzetesen megállapított összegű, „bruttó díj” megnevezésű díj. Ezt a díjat a biztosított által kiválasztott befektetési alapokba fektetik. Az így meghatározott értékből időszakonként levonják a költségeket, valamint az azokra foglalt, haláleseti kockázatot fedező díjakat. Az utóbbi díjak következképpen nem elkülönülten kerülnek figyelembevételre, hanem azok – az említett költségekhez hasonlóan – a bruttó díj szerves részét képezik. A biztosítási szerződés megkötése után jogvita alakult ki a biztosító és a szerződő között a biztosító által levont, haláleseti kockázat fedezésére vonatkozó költségek és díjak nagyságáról, illetve arról, hogy a biztosítási szerződés megkötése előtt a biztosító megfelelő tájékoztatást adott-e ezen költségekre és kockázati díjakra vonatkozóan, közölték-e vele a konkrét és/vagy abszolút költségekre, valamint azok felépítésére vonatkozó teljes áttekintést, illetve tájékoztatást. Ezek az információk nem tartoznak a 92/96/EGK irányelv (harmadik életbiztosítási irányelv) II. mellékletében szereplő információk közé. Az eljáró holland bíróság szerint a biztosító azáltal, hogy a biztosítottaknak csak a költségek és a kockázati díjak hozamra gyakorolt hatására vonatkozó tájékoztatást adta meg, ugyan eleget tett a nemzeti jog tájékoztatási kötelezettséget megállapító rendelkezéseinek, de megsértette a holland jog

„szokásjogi és/vagy íratlan szabályait”, amelyek magukban foglalják a biztosító gondosságára, a szerződéskötés előtti jóhiszeműsége, valamint az ésszerűsége és méltányosságra vonatkozó kötelezettséget. A Bíróság megállapítása szerint a 92/96/EGK irányelv (harmadik életbiztosítási irányelv) 31. cikkének (3) bekezdését úgy kell értelmezni, hogy azzal nem ellentétes, ha a belső jog általános elvei, így az alapügyben szóban forgó „szokásjogi és/vagy íratlan szabályok” alapján valamely biztosító köteles az ezen irányelv II. mellékletében felsorolt információkon kívül bizonyos további tájékoztatást adni a biztosítottaknak, feltéve, hogy a kért információk világosak, pontosak és a kötelezettségvállalás lényegi elemeinek tényleges megértéséhez szükségesek, amit a kérdést előterjesztő bíróságnak kell megvizsgálnia (10-16. és 34. pont).

¹⁴ C-577/11. sz. DKV Belgium ügyben 2013. március 7-én hozott ítélet, EU:C:2013:146, 17., 20-22. és 48. pont.

¹⁵ C-22/12. sz. Haasová ügyben 2013. október 24-én hozott ítélet, EU:C:2013:692, 39-40. pont, C-277/12. sz. Drozdovs ügyben 2013. október 24-én hozott ítélet, EU:C:2013:685, 30-31. pont, C-371/12. sz. Petillo ügyben 2014. január 23-án hozott ítélet, EU:C:2014:26, 28-29. pont.

¹⁶ 4. cikk (1) A jogvédelmi biztosítási szerződés kifejezett módon elismeri, hogy a) amikor ügyvédet vagy a nemzeti jogszabályok értelmében megfelelő szakképzettséggel bíró egyéb személyt vesznek igénybe a biztosított személy érdekeinek védelme, képviselése vagy szolgálata érdekében valamely vizsgálatban vagy eljárásban, a biztosított személy szabadon választhatja ki a kérdéses ügyvédet vagy egyéb személyt; b) a biztosított személy szabadon választhat ügyvédet, vagy elhatározása szerint, és amennyiben a nemzeti jogszabályok azt lehetővé teszik, bármely más megfelelő szakképzettséggel bíró személyt érdekei szolgálatára, érdekütközés esetén.

¹⁷ C-293/10. sz. Stark ügyben 2011. május 26-án hozott ítélet, EU:C:2011:355, 28-32. pont. A nemzeti bíróság a következő kérdést terjesztette elő: „Ügy kell-e értelmezni a 87/344/EGK irányelv 4. cikkének (1) bekezdését, hogy azzal ellentétes a VersVG 158k. §-ának (2) bekezdése, illetve az azon alapuló, a jogvédelmi biztosítást nyújtó biztosító általános biztosítási feltételeiben foglalt kikötés, amely szerint a biztosítási szerződésben kiköthető, hogy a biztosított bírósági vagy közigazgatási eljárásban történő képviselése csak olyan, képviselőre hivatásterületen jogosult személyeket választhat, akik a lefolytatandó bírósági vagy közigazgatási eljárásra első fokon illetékességgel rendelkező bíróság vagy közigazgatási hatóság székhelyén rendelkeznek irodával?” (22. pont).

¹⁸ Lásd pl. C-199/08. sz. Eschig ügyben 2009. szeptember 10-én hozott ítélet, EU:C:2009:538, 38. pont, C-409/11. sz. Csonka és társai ügyben 2013. július 11-én hozott ítélet, EU:C:2013:512, 23. pont.

¹⁹ A Bíróság például megállapította, hogy a jogvédelmi biztosítással kapcsolatos törvényi, rendeleti és közigazgatási rendelkezések összehangolásáról szóló 1987. június 22-i 87/344/EGK tanácsi irányelv [Megjelent az Európai Unió Hivatalos Lapjának 2004. évi Különkiadásának 06. Letelepedési jog és a szolgáltatásnyújtás szabadsága 01. kötetében (187. o.). Eredetileg megjelent az Európai Közösségek Hivatalos Lapjának 1987. július 4-i, L 185. számában (77. o.)] 4. cikkének (1) bekezdése elismeri a biztosítottak jogi képviselő kiválasztására vonatkozó jogát, de az érdekütközések bekövetkezésének helyzeit kivéve ezt a jogot a bírósági vagy közigazgatási eljárásokra korlátozza. A „valamely” szó alkalmazása, valamint az „elismeri” ige kijelentő mód jelen idejű alakja jelzik ezen szabály általános hatályát és kötelező jellegét. C-199/08. sz. Eschig ügyben 2009. szeptember 10-én hozott ítélet, EU:C:2009:538, 47. pont.

²⁰ Lásd pl. C-322/14. sz. El Majdoub ügyben 2015. május 21-én hozott ítélet, EU:C:2015:334, 35. pont.

²¹ A Bíróság például a jogvédelmi biztosításról szóló 87/344/EGK irányelv kapcsán megállapította, hogy a 4., 6. és 7. cikk egészéből kitűnik, az említett cikkekben a biztosítottak számára elismert jogok a biztosítottak érdekeinek széles körű védelmére irányulnak, és nem korlátozódnak azokra a helyzetekre, amelyekben érdekütközés következhet be. C-199/08. sz. Eschig ügyben 2009. szeptember 10-én hozott ítélet, EU:C:2009:538, 45. pont, illetve a szabályozás belső összefüggéseit illetően lásd még az 51. pontot.

²² A jogvédelmi biztosítási irányelv értelmezése kapcsán a Bíróság utalt rá, hogy sem az Európai Bizottság eredeti irányelv javaslata, sem a többi előkészítő aktus nem utal arra, hogy a 87/344/EGK irányelv 4. cikke (1) bekezdésének a) pontjával a közösségi jogalkotó csak az érdekütközés megszüntetésére szolgáló kiegészítő eszközt kívánt létrehozni, és nem a jogi képviselő kiválasztásának önálló jogát. Eppen ellenkezőleg, ezen irányelv keletkezése arra enged következtetni, hogy fennmaradt annak eredeti célja – jöllehet a bírósági és közigazgatási eljárásokra korlátozottan –, amely cél valamennyi jogvédelmi biztosítás esetében a jogi képviselő szabad kiválasztásának az érdekütközés bekövetkezésétől független biztosítása. C-199/08. sz. Eschig ügyben 2009. szeptember 10-én hozott ítélet, EU:C:2009:538, 57-58. pont.

²³ [...] mivel a jogvédelmi biztosítási fedezettel rendelkező személy érdeke azt jelenti, hogy a biztosított személynek képesnek kell lennie ügyvédet vagy a nemzeti jog szerint megfelelő szakképesítéssel rendelkező egyéb személyt választania bármely vizsgálat vagy bírósági eljárás esetén és bármikor, ha érdekütközés lép fel [...]]

²⁴ Lásd a 16. lábjegyzetet.

²⁵ C-442/12. sz. Sneller ügyben 2013. november 7-én hozott ítélet, EU:C:2013:717, 22-23., 29. és 32. pont.

- ²⁶ Vö. C-199/08. sz. Eschig ügyben 2009. szeptember 10-én hozott ítélet, EU:C:2009:538, 54. pont, C-22/12. sz. Haasová ügyben 2013. október 24-én hozott ítélet, EU:C:2013:692, 48. pont, C-277/12. sz. Drozdovs ügyben 2013. október 24-én hozott ítélet, EU:C:2013:685, 39. pont, C-162/13. sz. Vnuk ügyben 2014. szeptember 4-én hozott ítélet, EU:C:2014:2146, 46. pont.
- ²⁷ C-199/08. sz. Eschig ügyben 2009. szeptember 10-én hozott ítélet, EU:C:2009:538, 27. és 52-56. pont.
- ²⁸ C-209/12. sz. Endress ügyben 2013. december 19-én hozott ítélet, EU:C:2013:864, 21-26. pont. Megjegyzendő, a Bíróság értelmezését nem befolyásolta az érintett biztosító azon előadása sem, hogy az ítélet több mint 108 millió 1995 és 2007 között kötött biztosítási szerződést érinthet, és hogy e szerződések értelmében hozzávetőleg 400 milliárd euró összegnek megfelelő biztosítási díj került megfizetésre. Maga az adott biztosító ebben az időszakban – állítása szerint – hozzávetőleg 9 millió ilyen típusú szerződést kötött, és hozzávetőleg 62 milliárd euró összegű díjat fizettek meg számára (lásd az ítélet 34. pontját).
- ²⁹ 3. cikk (1) A 4. cikk értelmében minden tagállam időben megteszi a szükséges intézkedéseket, hogy a saját területén nyilvántartásba vett gépjárművek rendelkeznek gépjármű-felelősségbiztosítással. A fedezett felelősség mértékét és a fedezet feltételeit ezen intézkedések alapján kell meghatározni.
- ³⁰ 2. cikk (1) Valamennyi tagállam megtesz minden szükséges intézkedést, amely garantálja, hogy bármely törvényi rendelkezést vagy bármely szerződési záradékot, amely a 72/166/EGK irányelv 3. cikke (1) bekezdésének megfelelően kiállított biztosítási kötvényben szerepel, és amely kizárja a biztosítás köréből azokat az eseteket, amikor a gépjárművet olyan személy használja vagy vezeti, aki ezen tevékenységhez nem rendelkezik kifejezett vagy hallgatlagos engedéllyel, vagy nem rendelkezik az adott gépjármű vezetésére feljogosító jogosítvánnyal, vagy megszegte az adott gépjármű műszaki állapotára és biztonságosságára vonatkozó, törvény által megszabott műszaki előírásokat, a 72/166/EGK irányelv 3. cikk (1) bekezdésének alkalmazásában érvénytelennek tekintsenek olyan harmadik fél kárigényének vonatkozásában, aki balesetet szenvedett el. Mindazonáltal az első francia bekezdésben említett rendelkezés vagy előírás felhasználható olyan személyek ellenében, akik saját akaratukból szálltak be a gépjárműbe, amely a kárt vagy a sérülést okozta, amennyiben a biztosító bizonyítani tudja, hogy tudomásuk volt arról, hogy a gépjármű lopott volt. A tagállamoknak lehetőségük van rá – a saját területükön történő balesetek esetében – hogy ne alkalmazzák az első albekezdésben szereplő rendelkezést, amennyiben és amilyen mértékben az elszenvedett kárért a kárvallott személy egy társadalombiztosítási szervtől kártérítést kaphat.
- ³¹ 1. cikk A 84/5/EGK irányelv 2. cikke (1) bekezdésének második albekezdésének sérelme nélkül, a 72/166/EGK irányelv 3. cikkének (1) bekezdésében említett biztosítás a gépjármű vezetője kivételével kiterjed valamennyi utasnak a gépjármű-használatból eredő személyi sérülésével kapcsolatos felelősségére. A tagállamok megfelelő intézkedéseket hoznak annak biztosítása érdekében, hogy bármely jogszabályi rendelkezés vagy a biztosítási kötvényben található szerződéses kikötés, amely az ilyen fedezetből azon az alapon zár ki egy utast, hogy tudta vagy tudnia kellett volna, hogy a vezető alkohol vagy más kábító anyag befolyása alatt állt a baleset idején, semmisnek tekintendő az ilyen utas kárigénye tekintetében. Ezen irányelv alkalmazásában a „gépjármű” fogalmát a 72/166/EGK irányelv 1. cikke határozza meg.
- ³² Lásd C-442/10. sz. Churchill Insurance ügyben 2011. december 1-jén hozott ítélet, EU:C:2011:799, 29-30. pont és az ott hivatkozott joggyakorlat.
- ³³ C-162/13. sz. Vnuk ügyben 2014. szeptember 4-én hozott ítélet, EU:C:2014:2146, 48-49. pont.
- ³⁴ Lásd pl. C-442/10. sz. Churchill Insurance ügyben 2011. december 1-jén hozott ítélet, EU:C:2011:799, 27. pont, C-409/11. sz. Csonka és társai ügyben 2013. július 11-én hozott ítélet, EU:C:2013:512, 26. pont, C-22/12. sz. Haasová ügyben 2013. október 24-én hozott ítélet, EU:C:2013:692, 37. pont, C-277/12. sz. Drozdovs ügyben 2013. október 24-én hozott ítélet, EU:C:2013:685, 28. pont, C-371/12. sz. Petillo ügyben 2014. január 23-án hozott ítélet, EU:C:2014:26, 26. pont, C-162/13. sz. Vnuk ügyben 2014. szeptember 4-én hozott ítélet, EU:C:2014:2146, 50. pont. A két hivatkozott irányelv helyébe lépett a gépjármű-felelősségbiztosításról és a biztosítási kötelezettség ellenőrzéséről szóló 2009. szeptember 16-i 2009/103/EK európai parlamenti és tanácsi irányelv.
- ³⁵ C-162/13. sz. Vnuk ügyben 2014. szeptember 4-én hozott ítélet, EU:C:2014:2146, 52. pont.
- ³⁶ Ezt emelte ki a Kúria „Az Európai Unió jogának alkalmazása: az előzetes döntéshozatali eljárások kezdeményezésének tapasztalatai” elnevezésű joggyakorlat-elemző csoportja összefoglaló véleményében, Budapest, 2013. 7. http://kuria-birosag.hu/sites/default/files/joggyak/az_europai_unio_joganak_alkalmazasa.pdf
- ³⁷ C-442/10. sz. Churchill Insurance ügyben 2011. december 1-jén hozott ítélet, EU:C:2011:799, 22. pont.
- ³⁸ C-209/12. sz. Endress ügyben 2013. december 19-én hozott ítélet, EU:C:2013:864, 19. pont.
- ³⁹ 3. cikk (9) A 2002/65/EK irányelvben meghatározott „pénzügyi szolgáltatások”-ra és ingatlanokra vonatkozóan a tagállamok megállapíthatnak olyan követelményeket, amelyek megszorítóbbak vagy szigorúbbak ezen irányelvnél az általa közelített területen.

- ⁴⁰ A 2002/65/EK irányelv 2. cikkének b) pontja értelmében pénzügyi szolgáltatásnak minősül „bármely banki, hitel-, biztosítási, magán-nyugdíjpénztári, befektetési vagy fizetéssel kapcsolatos szolgáltatás.
- ⁴¹ (9) [...] A pénzügyi szolgáltatások és az ingatlantulajdon – összetettségükön fogva és a bennük rejlő komoly kockázatok miatt – részletes előírásokat tesznek szükségessé, beleértve a kereskedőkre vonatkozó pozitív kötelezettségeket. Ezért a pénzügyi szolgáltatások és az ingatlantulajdon területén ez az irányelv nem érinti a tagállamok azon jogát, hogy a fogyasztóik gazdasági érdekeinek védelmében meghaladják ezen irányelv rendelkezéseit. [...]
- ⁴² C-265/12. sz. Citroën Belux ügyben 2013. július 18-án hozott ítélet, EU:C:2013:498, 20-28. pont.
- ⁴³ C-6/14. sz. Wucher Helicopter ügyben 2015. február 26-án hozott ítélet, EU:C:2015:122, 24. pont.
- ⁴⁴ C-199/08. sz. Eschig ügyben 2009. szeptember 10-én hozott ítélet, EU:C:2009:538, 59. pont.
- ⁴⁵ C-166/11. sz. González Alonso ügyben 2012. március 1-jén hozott ítélet, EU:C:2012:119, 26. pont.
- ⁴⁶ C-22/12. sz. Haasová ügyben 2013. október 24-én hozott ítélet, EU:C:2013:692, 47., 49-50. pont.
- ⁴⁷ Lásd különösen az életbiztosítás körén kívül eső közvetlen biztosításra vonatkozó törvényi, rendeleti és közigazgatási rendelkezések összehangolásáról és a 73/239/EGK irányelv, valamint a 88/357/EGK irányelv módosításáról (harmadik nem-életbiztosítási irányelv) szóló 1992. június 18-i 92/49/EGK tanácsi irányelv 31. cikkét, az életbiztosításról szóló 2002. november 5-i 2002/83/EK európai parlamenti és tanácsi irányelv 35-36. cikkét, a biztosítási és viszontbiztosítási üzleti tevékenység megkezdéséről és gyakorlásáról szóló 2009. november 25-i 2009/138/EK európai parlamenti és tanácsi irányelv (Solvencia II) 183-186. cikkét.
- ⁴⁸ Pl. C-209/12. sz. Endress ügyben 2013. december 19-én hozott ítélet, EU:C:2013:864, C-51/13. sz. Nationale-Nederlanden Levensverzekering Mij ügyben 2015. április 29-én hozott ítélet, EU:C:2015:286.
- ⁴⁹ Vö. pl. C-96/14. sz. Van Hove ügyben 2015. április 23-án hozott ítélet, EU:C:2015:262, 41. pontjával, a C-169/14. sz. Sánchez Morcillo és Abril García ügyben 2014. július 17-én hozott ítélet, EU:C:2014:2099, 46. pontjával, illetve a C-322/14. sz. El Majdoub ügyben 2015. május 21-én hozott ítélet, EU:C:2015:334, 25. pontjával.
- ⁵⁰ C-449/13. sz. CA Consumer Finance ügyben 2014. december 18-án hozott ítélet, EU:C:2014:2464, 25-32. pont. Felhívjuk a figyelmet az ítélet azon megállapításaira is, amelyek szerint a 2008/48/EK irányelv 8. cikkének (1) bekezdését úgy kell értelmezni, hogy azzal nem ellentétes, hogy a fogyasztó hitelképességének értékelése kizárólag ez utóbbi által nyújtott információk alapján történik, azzal a feltétellel, hogy ezek az információk megfelelőek, és a fogyasztó pusztán nyilatkozatait igazoló dokumentumok támasztják alá, másrészt úgy, hogy az nem írja elő a hitelező számára, hogy szisztematikusan ellenőrizze a fogyasztó által nyújtott információkat. A 2008/48/EK irányelv 5. cikkének (6) bekezdését úgy kell értelmezni, hogy bár azzal nem ellentétes az, hogy a hitelező a fogyasztó számára ez utóbbi pénzügyi helyzetének és igényeinek értékelését megelőzően nyújt megfelelő felvilágosítást, mégis megtörténhet, hogy a fogyasztó hitelképességének értékelése szükségessé teheti a megfelelő felvilágosítás kiigazítását, amely felvilágosítást a fogyasztóval megfelelő időn belül, a hitelemegállapodás megkötését megelőzően kell közölni, anélkül azonban, hogy azt valamely külön iratba kellene foglalni.

IRODALOMJEGYZÉK

A Kúria „Az Európai Unió jogának alkalmazása: az előzetes döntéshozatali eljárások kezdeményezésének tapasztalatai” elnevezésű joggyakorlat-elemző csoportjának összefoglaló véleménye, Budapest, 2013.
http://kuria-birosag.hu/sites/default/files/joggyak/az_europai_unio_joganak_alkalmazasa.pdf

Osztovits András (2011): Az Európai Unió jogvédelmi rendszerének dimenziói. Habilitációs kézirat, Győr, 25.
http://www.google.hu/url?sa=t&rc=tj&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fdoktiskjog.sze.hu%2Fdownloadmanager%2Fdownload%2Fnohtml%2F1%2Fid%2F2780%2Fm%2F3620&ei=CGhs-VcPIK4KiygPrwYLYCA&usg=AFQjCNFWoF_olff5ZkKMo3eWK_0d2qz9Xw&sig2=GGAZnhvLL5qV9rZvgh-rhg&bv-m=bv.94455598,d.bGQ

Osztovits András (szerk.) (2011): Az Európai Unióról és az Európai Unió működéséről szóló szerződés magyarázata 3., CompLex Kiadó Jogi és Tartalomszolgáltató Kft., Budapest

Az előzetes döntéshozatali eljárás kezdeményezése körében hozott végzések elleni fellebbezések elbírálásáról és a kezdeményezési kötelezettségről 1/2009. (VI. 24.) PK-KK közös vélemény.

HIVATKOZOTT ÍTÉLETEK

C-210/06. sz. Cartesio ügyben 2008. december 16-án hozott ítélet, EU:C:2008:723

C-199/08. sz. Eschig ügyben 2009. szeptember 10-én hozott ítélet, EU:C:2009:538

C-293/10. sz. Stark ügyben 2011. május 26-án hozott ítélet, EU:C:2011:355

C-442/10. sz. Churchill Insurance ügyben 2011. december 1-jén hozott ítélet, EU:C:2011:799

C-32/11. sz. Allianz Hungária Biztosító és társai ügyben 2013. március 14-én hozott ítélet, EU:C:2013:160

C-166/11. sz. González Alonso ügyben 2012. március 1-jén hozott ítélet, EU:C:2012:119

C-409/11. sz. Csonka és társai ügyben 2013. július 11-én hozott ítélet, EU:C:2013:512

C-577/11. sz. DKV Belgium ügyben 2013. március 7-én hozott ítélet, EU:C:2013:146

C-22/12. sz. Haasová ügyben 2013. október 24-én hozott ítélet, EU:C:2013:692

C-209/12. sz. Endress ügyben 2013. december 19-én hozott ítélet, EU:C:2013:864

C-265/12. sz. Citroën Belux ügyben 2013. július 18-án hozott ítélet, EU:C:2013:498

C-277/12. sz. Drozdovs ügyben 2013. október 24-én hozott ítélet, EU:C:2013:685

C-371/12. sz. Petillo ügyben 2014. január 23-án hozott ítélet, EU:C:2014:26

C-442/12. sz. Sneller ügyben 2013. november 7-én hozott ítélet, EU:C:2013:717

C-51/13. sz. Nationale Nederlanden Levensverzekering Mij ügyben 2015. április 29-én hozott ítélet, EU:C:2015:286

C-162/13. sz. Vnuk ügyben 2014. szeptember 4-én hozott ítélet, EU:C:2014:2146

C-449/13. sz. CA Consumer Finance ügyben 2014. december 18-án hozott ítélet, EU:C:2014:2464,

C-470/13. sz. Generali-Providencia Biztosító ügyben 2014. december 18-án hozott ítélet, EU:C:2014:2469

C-567/13. sz. Baczó és Vizsnyiczai ügyben 2015. február 12-én hozott ítélet, EU:C:2015:88

C-6/14. sz. Wucher Helicopter ügyben 2015. február 26-án hozott ítélet, EU:C:2015:122

C-96/14. sz. Van Hove ügyben 2015. április 23-án hozott ítélet, EU:C:2015:262

C-169/14. sz. Sánchez Morcillo és Abril García ügyben 2014. július 17-én hozott ítélet, EU:C:2014:2099

C-322/14. sz. El Majdoub ügyben 2015. május 21-én hozott ítélet, EU:C:2015:334

HIVATKOZOTT IRÁNYELVEK

a tagállamok gépjármű-felelősségbiztosításra és a biztosítási kötelezettség ellenőrzésére vonatkozó jogszabályainak közelítéséről szóló, 1972. április 24-i 72/166/EGK tanácsi irányelv (első gépjármű-felelősségbiztosítási irányelv)

az életbiztosítás körén kívül eső közvetlen biztosítási tevékenység megkezdésére és gyakorlására vonatkozó törvényi, rendeleti és közigazgatási rendelkezések összehangolásáról szóló 1973. július 24-i 73/239/EGK tanácsi irányelv (első nem-életbiztosítási irányelv)

a közvetlen életbiztosítási tevékenységek megkezdésére és gyakorlására vonatkozó törvényi, rendeleti és közigazgatási rendelkezések összehangolásáról szóló 1979. március 5-i 79/267/EGK tanácsi irányelv (első életbiztosítási irányelv)

a tagállamok gépjármű-felelősségbiztosításra vonatkozó jogszabályainak közelítéséről szóló, 1983. december 30-i 84/5/EGK tanácsi irányelv (második gépjármű-felelősségbiztosítási irányelv)

az üzlethelyiségen kívül kötött szerződések esetén a fogyasztók védelméről szóló 1985. december 20-i 85/577/EGK irányelv a jogvédelmi biztosítással kapcsolatos törvényi, rendeleti és közigazgatási rendelkezések összehangolásáról szóló 1987. június 22-i 87/344/EGK tanácsi irányelv

az életbiztosítás körén kívül eső közvetlen biztosításokra vonatkozó törvényi, rendeleti és közigazgatási rendelkezések összehangolásáról és a szolgáltatásnyújtás szabadságának tényleges gyakorlását elősegítő rendelkezések megállapításáról, valamint a 73/239/EGK irányelv módosításáról szóló 1988. június 22-i 88/357/EGK tanácsi irányelv (második nem-életbiztosítási irányelv)

a 92/96/EGK tanácsi irányelvvel módosított, a közvetlen életbiztosítási tevékenységekre vonatkozó törvényi, rendeleti és közigazgatási rendelkezések összehangolásáról, a szolgáltatásnyújtás szabadságának tényleges gyakorlását elősegítő rendelkezések megállapításáról, valamint a 79/267/EGK irányelv módosításáról szóló, 1990. november 8-i 90/619/EGK tanácsi irányelv (második életbiztosítási irányelv)

a gépjármű-használattal kapcsolatos polgári jogi felelősség biztosítására vonatkozó tagállami jogszabályok közelítéséről szóló 1990. május 14-i 90/232/EGK irányelv (harmadik gépjármű-felelősségbiztosítási irányelv)

a közvetlen életbiztosítási tevékenységekre vonatkozó törvényi, rendeleti és közigazgatási rendelkezések összehangolásáról, valamint a 79/267/EGK és a 90/619/EGK irányelv módosításáról szóló 1992. november 8-i 92/96/EGK tanácsi irányelv (harmadik életbiztosítási irányelv)

a fogyasztói pénzügyi szolgáltatások távértékesítéssel történő forgalmazásáról, valamint a 90/619/EGK tanácsi irányelv, a 97/7/EK irányelv és a 98/27/EK irányelv módosításáról szóló 2002. szeptember 23-i 2002/65/EK európai parlamenti és tanácsi irányelv

az életbiztosításról szóló 2002. november 5-i 2002/83/EK európai parlamenti és tanácsi irányelv

a belső piacon az üzleti vállalkozások fogyasztókkal szemben folytatott tisztességtelen kereskedelmi gyakorlatairól, valamint a 84/450/EGK tanácsi irányelv, a 97/7/EK, a 98/27/EK és a 2002/65/EK európai parlamenti és tanácsi irányelvek, valamint a 2006/2004/EK európai parlamenti és tanácsi rendelet módosításáról szóló 2005. május 11-i 2005/29/EK európai parlamenti és tanácsi irányelv

a fogyasztói hitelmegállapodásokról és a 87/102/EGK tanácsi irányelv hatályon kívül helyezéséről szóló 2008. április 23-i 2008/48/EK európai parlamenti és tanácsi irányelv

a biztosítási és viszontbiztosítási üzleti tevékenység megkezdéséről és gyakorlásáról szóló 2009. november 25-i 2009/138/EK európai parlamenti és tanácsi irányelv (Szolvencia II)

a fogyasztók jogairól, a 93/13/EGK tanácsi irányelv és az 1999/44/EK európai parlamenti és tanácsi irányelv módosításáról, valamint a 85/577/EGK tanácsi irányelv és a 97/7/EK európai parlamenti és tanácsi irányelv hatályon kívül helyezéséről szóló 2011. október 25-i 2011/83/EU európai parlamenti és tanácsi irányelv

KITEKINTÉS A MAGÁN-EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSOK LEGELTERJEDTEBB SZABÁLYOZÁSI MEGOLDÁSAIRA

Tókey Balázs (adjunktus, ELTE ÁJK, Polgári Jogi Tanszék) tokeybalazs@ajk.elte.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Cikkünk az önkéntes egészségbiztosításokhoz kapcsolódó legfontosabb szabályozási kérdéseket vizsgálja külföldi megoldások bemutatásának segítségével.

Ezek a rendelkezések több, egymásnak ellentmondó célt szolgálnak. Először is, minél több embernek legyen lehetősége arra, hogy egészségbiztosítást kössön (például kötelező befogadás és élethosszig tartó fedezet alkalmazásával). Ezek a biztosítások nyújtsanak minél szélesebb egészségbiztosítási fedezetet (például minimális szolgáltatási csomag előírásával vagy a várakozási idő alkalmazásának korlátozásával). És természetesen a biztosítások díja senki számára se legyen megfizethetetlenül magas (például közös díjszabás előírásával vagy a biztosítási szerződés módosításának korlátozásával).

SUMMARY

In our article we go over the most important questions about the regulation of voluntary health insurances with the help of interpretation of the solutions applied worldwide.

However, the aims of these rules are controversial. The first one is to make these health insurances available for as many people as possible (e.g. by open enrolment and life time cover). At the same time the coverage of these insurances should be as wide as possible (e.g. with the help of prescription of minimal benefits or restriction of application of waiting periods). And finally, the premiums must not be so high that someone could not afford to have a health insurance (e.g. by community rating or restriction of modification of the insurance contracts).

Kulcsszavak: kötelező befogadás, közös díjszabás, élethosszig tartó fedezet, kockázat-kiegyenlítő rendszer, várakozási idő

JEL: I13, I18

Key words: open enrolment, community rating, lifetime cover, risk equisalisation mechanism, waiting period

JEL: I13, I18

DOI: 10.18530/BK.2015.4.48

<http://dx.doi.org/1018530/BK.2015.4.48>

Bevezetés

A magán-egészségbiztosítások szabályozásának elemzését meglehetősen megnehezíti az a tény, hogy az egyes egészségbiztosítások egymástól igencsak eltérőek lehetnek, az egyes biztosítások funkciója, az egészségügyi rendszerben betöltött szerepe és elterjedtsége nagyon változatos képet mutat. Így egy magán-egészségbiztosítás lehet akár összeg-, akár kárbiztosítás. Kárbiztosítás esetén a biztosító szolgáltatása a biztosítottat ért vagyoni kár megtérítése (például a biztosítás valamely egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó szolgáltatás költségét fedezi, vagy a betegség miatt kiesett keresetvesztéseket kompenzálja), összegbiztosításnál viszont a biztosítónak a biztosítási esemény bekövetkeztekor az előre meghatározott összeget kell megfizetnie, függetlenül attól, hogy a biztosítási eseménynek milyen hatása van a biztosított vagyoni helyzetére (például a biztosító minden kórházban vagy betegállományban töltött nap után előre meghatározott összegű napidíjat fizet).

A kárbiztosításként megkötött, az egészség helyreállítására és megőrzésére szolgáló egészségbiztosítások között elkülöníthetők a szolgáltatásfinanszírozó és az utólagos költségtérítést nyújtó egészségbiztosítások. Az előbbi esetén a biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosított által igénybe vett egészségügyi szolgáltatások költségét utólag pénzben megtéríti; ezek a jellemzők például Németországban (Langheid–Wandt, 2009–2010). Az utóbbi esetén viszont a biztosító elsősorban nem pénzben való megtérítést vállal, hanem magának az orvosi ellátásnak az igénybevételét teszi lehetővé a biztosított számára, a szolgáltatását természetben nyújtja a vele szerződött egészségügyi szolgáltatókon keresztül; ezek a jellemzők például Spanyolországban (García–Armesto–Abadía–Taira–Durán at al., 2010).

Ehhez hasonló módon egymástól igen eltérő sajátosságokkal rendelkeznek a kötelező és az önkéntes egészségbiztosítások. Kötelező magán-egészségbiztosításról olyan esetekben beszélhetünk, amikor jogszabály kötelezővé teszi az egészségbiztosításban való részvételt, és a lakosságnak legalább egy része ezt a kötelező egészségbiztosítási védelmet magán-egészségbiztosítás megkötésével teremti meg. A kötelező magán-egészségbiztosításoknak két altípusa ismert. Az egyik esetben jogszabályi előírás következtében a lakosság egésze rendelkezik magánbiztosítással, amely a magánbiztosítások által fedezett kockázatok körében az állami egészségbiztosítást ki is váltja, helyettesíti. Ilyen kötelező magán-egészségbiztosítási rendszert találhatunk például Hollandiában (HIN) és Svájcban (Daley–Gubb). A kötelező magán-egészségbiztosítás másik modelljének a német megoldás tekinthető: jogszabály csak a lakosság egy – jelentős – része számára írja elő kötelezően az állami egészségbiztosításban való részvételt. Akit nem érint ez a kötelezettség, azok vagy egyéb okból jogosultak egészségügyi szolgáltatások igénybevételére (például köztisztviselőként az állam fedezi az egészségügyi ellátásaik költségét), vagy választhatnak, hogy milyen módon teremti meg a maguk számára az egyébként kötelező egészségbiztosítási fedezetet: például ők is csatlakoznak az állami egészségbiztosításhoz, vagy magán-egészségbiztosítást kötnek (Langheid–Wandt, 2009–2010).

A kötelező magán-egészségbiztosításoknál sokkal elterjedtebbek az önkéntes magán-egészségbiztosítások, a legtöbb országban csak ez utóbbi forma található meg, ez azonban lényegében a világ valamennyi fejlett országában fellelhető. Az önkéntes és a kötelező egészségbiztosítások nem zárják ki egymást: azokban az országokban, ahol bevezették a kötelező magán-egészségbiztosítás valamelyik modelljét, szintén megtalálhatóak az önkéntes magán-egészségbiztosítások a kötelező egészségbiztosítás által nem fedezett szolgáltatások biztosítására.

Végül az is erősen meghatározza egy egészségbiztosítás jellegét, hogy hogyan kapcsolódik az állami egészségügyi rendszerhez, így megkülönböztethetőek a helyettesítő, a párhuzamos és a kiegészítő egészségbiztosítások (PMIEU, 2011). A helyettesítő egészségbiztosítás az állami egészségügyi ellátások kiváltására szolgál. Ilyen biztosítások például Németországban érhetők el (Langheid–Wandt, 2009–2010), ahol a lakosság egy része nem köteles részt venni az állami egészségbiztosításban, és ők az egészségbiztosítási fedezetüket magán-egészségbiztosítással is megteremthetik. Tulajdonképpen a kötelező magán-egészségbiztosításokat (például Hollandia és Svájc) is helyettesítő egészségbiztosításoknak tekinthetjük, hiszen ilyenkor az egészségügy finanszírozása a magán-egészségbiztosítási rendszer feladata, és ezzel helyettesítik az állami egészségügyet.

Megkülönböztethetőek a helyettesítő, a párhuzamos és a kiegészítő egészségbiztosítások.

Párhuzamos biztosítások keretében – szemben a helyettesítő biztosításokkal – az ügyfél olyan szolgáltatásokat vehet igénybe, amelyekre egyébként az állami egészségügy keretében is jogosult lenne. Ezek a biztosítások olyan országokra jellemzőek, ahol az állami egészségügyi ellátás lényegében minden lakosnak jár, azok egy része azonban magasabb színvonalú vagy gyorsabban hozzáférhető egészségügyi szolgáltatásokat szeretne. Így az ügyfél tulajdonképpen duplán fizet az egészségügyi szolgáltatásokért. Ezek a biztosítások jellemzőek például Írországra vagy Ausztráliára (Thomson–Mossialos, 2009). A helyettesítő és párhuzamos biztosításoknál sokkal elterjedtebbek a kiegészítő biztosítások, amelyek önmagukban nem alkalmasak az egészségi kockázatok fedezésére, mindössze az állami egészségügyi ellátásban elérhető szolgáltatásokat egészítik ki. E kiegészítő biztosítások két csoportra oszthatók: vagy az állami egészségügyben való részvétel során nyújtanak magasabb színvonalú szolgáltatást (például egyágyas kórházi elhelyezést), esetleg fedezetet az állami egészségügy szolgáltatásai után fizetendő önrészre, vagy olyan egészségügyi, illetve ahhoz kapcsolódó szolgáltatásokat fedeznek, amelyekre az állami biztosítás egyáltalán nem terjed ki (például fogászati ellátás vagy alternatív gyógymódok fedezése). Az önrészt fedező egészségbiztosítások értelemszerűen azokban az országokban találhatók meg, ahol az állami egészségügy igénybevétele esetén a költségek egy része magukat a betegeket terheli. Ezek a biztosítások például Franciaországra, Belgiumra és Szlovéniára jellemzőek (Thomson–Mossialos, 2009).

A továbbiakban vizsgálódásunkat elsősorban azokra a kulcskérdésekre fogjuk szűkíteni, amelyek egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó szolgáltatások költségét fedező (azaz kárbiztosításnak minősülő) kiegészítő egészségbiztosítások szabályozásával kapcsolatosan merülnek fel, mert hazánkban leginkább ezek esnek a szakmai érdeklődés középpontjába. Elemzésünk során igyekszünk röviden bemutatni az egyes problémakörökhöz kapcsolódó sajátos megoldások okait, esetleges előnyeit és hátrányait is.

1. Ügyfelek befogadása

A magán-egészségbiztosítási szerződés szabályozása kapcsán az az egyik legfontosabb kérdés, hogy a biztosító köteles-e minden ügyféllel szerződést kötni. Kötelező befogadásnak (open enrolment) hívjuk azt a szabályozást, amikor jogszabály írja elő a biztosító számára, hogy valamennyi ügyféllel köteles biztosítást kötni, függetlenül attól, hogy milyen egészségbiztosítási kockázatokkal rendelkezik (különös tekintettel az életkorára és a már fennálló betegségeire).

Értelemszerűen kötelező magán-egészségbiztosítás esetén (mint például Svájcban vagy Hollandiában) a biztosítók valamennyi jelentkező ügyféllel kötelesek szerződést kötni. Ennek hiányában ugyanis a magas kockázatú ügyfeleket egyik biztosító sem fogadná be, és így nem tudnának eleget tenni annak a jogszabály által előírt kötelezettségüknek, hogy rendelkezzenek egészségbiztosítással.

Az egyik legfontosabb kérdés, hogy a biztosító köteles-e minden ügyféllel szerződést kötni.

Az Affordable Care Act (ACA) vonatkozó szabályának hatálybalépése után ma már lényegében az Amerikai Egyesült Államokban is kötelező magán-egészségbiztosításról beszélhetünk, hiszen azok, akik nem rendelkeznek minimális egészségbiztosítási fedezettel, 2014 januárjától magasabb adófizetési kötelezettséggel számolhatnak, kivéve például, ha nem rendelkeznek a meghatározott minimális jövedelemmel, vagy a biztosítás egy főre jutó költsége meghaladná a háztartás bevételeinek 8 százalékát. Ennek megfelelően itt is a kötelező befogadás szabálya érvényesül, mert a biztosítók egyáltalán nem utasíthatnak el ügyfeleket a fennálló egészségügyi állapotuk vagy életkoruk miatt. A szabályozás annyiban sajátos, hogy előre meghatározzák az évek azt a szakaszát, amikor az egyéni biztosítottak biztosítást köthetnek (vagy biztosítást válthatnak). Így a legutóbbi ún. „open enrollment period” 2014. november 15-étől 2015. február 15-éig tartott. A jövőben várhatóan az adott év október elsejétől december 15-éig lehet majd a biztosítóknál jelentkezni (Obamacare).

Németországban a kötelező befogadás a bázistarifák vonatkozásában érvényesül, amelyek szolgáltatása megegyezik az állami egészségbiztosítás által nyújtott fedezettel. Minden biztosító köteles bázistarifán alapuló biztosítási terméket kínálni valamennyi jelentkező ügyfél számára (Langheid–Wandt, 2009–2010).

Az önkéntes egészségbiztosítások tekintetében viszont a legtöbb országra az a jellemző, hogy a biztosítók szabadon dönthetik el, hogy melyik ügyféllel kívánnak szerződést kötni. Emellett azonban arra is találhatunk példát, hogy a jogalkotó önkéntes egészségbiztosítások esetén is előírja a kötelező befogadás valamely formáját. Erre példaként Belgiumot, Írországot, Szlovéniát, Ausztráliát vagy a Dél-afrikai Köztársaságot említhetjük.

Belgiumban a vonatkozó jogszabály mondja ki, hogy nem utasíthatók el a 65 év alatti ügyfelek valamilyen meglévő betegségük miatt (tehát a 65 év felettiekre nem vonatkozik a kötelező befogadás), de az egészségbiztosítási pénztárak (amelyeknek alapvetően a társadalombiztosítás finanszírozása a feladata, de emellett nyújthatnak magán-egészségbiztosítási szolgáltatásokat is) összességében korlátozhatják az ilyen ügyfeleknek nyújtandó szolgáltatásokat, a profitorientált biztosítók pedig kizárhatják a már meglévő betegségek miatt szükségessé váló szolgáltatásokat (Gerken–Merkur).

Írországból és Ausztráliából a biztosítóknak választaniuk kell, hogy vagy csak nyílt, vagy csak korlátozott hozzáférésű biztosításokat (adott munkavállalókra vagy szakmát végzőkre szabott csoportos biztosításokat) kínálnak. Ausztráliában csak a nyílt hozzáférésű biztosításokat nyújtó biztosítóknak kell valamennyi jelentkező ügyfelet befogadniuk, tehát a kötelező befogadás szabálya csak rájuk vonatkozik teljes egészében. A korlátozott hozzáférésű biztosítások tekintetében ugyanis csak korlátozottan érvényesül a kötelező befogadás: a biztosítónak csak az adott csoportba tartozókkal (például egy adott cég munkavállalóival és az ő hozzátartozóikkal) kell biztosítást kötnie (PHIO). Ezzel szemben Írországból valamennyi, tehát a nyílt és korlátozott hozzáférésű biztosításokra is teljes mértékben érvényesül a kötelező befogadás szabálya. Azaz a korlátozott hozzáférésű biztosítások (restricted membership insurance) csak a nevükben azok, mivel a biztosítók olyan személyekkel is kötelesek megkötni ezeket a biztosításokat, akik nem tartoznak abba a csoportba, amelyre célzottan a feltételeket a biztosító kialakította (HIE). A Dél-afrikai Köztársaságban a biztosítók mind nyílt, mind korlátozott hozzáférésű biztosításokat is nyújthatnak, és ez utóbbiakba csak az adott csoportba tartozók jogosultak jelentkezni (CMS).

Szlovéniában pedig csak azokra a kiegészítő biztosításokra vonatkozik a kötelező befogadás, amelyek az állami egészségügy igénybevétele során a betegek által megtérítendő költségeket fedezik (Thomson–Mossialos, 2009).

A fenti példákat nézve az állapítható meg, hogy a jogszabály akkor írja elő a kötelező befogadás szabályát önkéntes kiegészítő biztosítások (vagy azok egy része) vonatkozásában, ha az adott ország egészségügyi rendszeréből következően a jogalkotó azt kívánja elérni, hogy a lakosság nagy része rendelkezzen ilyen típusú egészségbiztosítással, mert például az állami egészségügy nem ingyenesen hozzáférhető a teljes lakosság számára. Így Belgiumban és Szlovéniában e biztosítások alapvetően a betegek által igénybe vett egészségügyi szolgáltatások önrészét fedezik, Írországból pedig a lakosság kétharmadának fizetnie kell az állami egészségügyi szolgáltatásokért. Nem véletlen, hogy ezekben az országokban a lakosság többsége rendelkezik is kiegészítő egészségbiztosítással (Thomson–Mossialos, 2009).

Végül megjegyezzük, hogy az ügyfelek befogadásához kapcsolódó szabályozási kérdés az is, hogy a biztosító köteles-e az ügyfél hozzátartozóját is biztosítani. Értelemszerűen ez akkor releváns kérdés, ha az adott biztosításra nem vonatkozik a kötelező befogadás. Ilyen jogszabályi előírás nem jellemző, de találhatunk rá példát: Németországban a biztosítási szerződési törvény (Versicherungsvertragsgesetz, VVG) VVG 198. §-a valamennyi belföldi hatályú egészségbiztosítás vonatkozásában úgy rendelkezik, hogy ha ezt igénylik, akkor a biztosító köteles kiterjeszteni a biztosítási védelmet a biztosított újszülött és örökbe fogadott gyermekére is, ráadásul újszülött esetén még kockázati pótlékot sem számíthat fel. A biztosító feltételként csak a biztosított szülő biztosításának korábbi fennállására vonatkozóan írhat elő minimális időtartamot, de ez sem lehet több három hónapnál.

2. Díjszabás

A magán-egészségbiztosítások szabályozásának másik kulskérdése az ügyfelek befogadása mellett a díjszabás meghatározása. Ennek keretében az a leglényegesebb pont, hogy a biztosítók a biztosítási díjaik kalkulálása során milyen kockázati tényezőket vehetnek figyelembe.

A legradikálisabb megoldás a közös díjszabás (community rating), amely azt jelenti, hogy a biztosítók valamennyi ügyfelüknek azonos díj ellenében kötelesek biztosítást nyújtani. A közös díjszabás a jellemző a kötelező magán-egészségbiztosításokra (például Hollandia és Svájc), valamint a helyettesítő biztosításokra (lásd a bázistarifák vonatkozásában Németországot). Emellett azonban a közös díjszabást néhány országban – ha korlátozásokkal is – a kiegészítő biztosításokra is alkalmazzák (például Írországból, Ausztráliából, a Dél-afrikai Köztársaságból vagy Szlovéniából, utóbbi esetén kifejezetten csak az állami egészségügy igénybevétele során a betegek által megtérítendő költségeket fedező biztosításokra).

Ennek megfelelően a példaként említett Írországból a biztosítók életkortól, nemi hovatartozástól, egészségi állapottól stb. függetlenül azonos áron kötelesek az egészségbiztosítási termékeiket kínálni valamennyi ügyfél számára. E főszabály alól azonban van néhány kivétel. Egyrészt a 18 évesnél fiatalabbak, a 18 és 23 éves kor közötti továbbtanulók, valamint meghatározott esetben a korábbi munkáltatójuk által kötött egészségbiztosítás alapján jogosult nyugdíjasok biztosítási díjai alacsonyabbak lehetnek, és csoportos biztosítás esetén legfeljebb 10 százalékos díjkedvezmény adható. Másrészt 2015. május 1-jétől azok a személyek, akik legalább 35 évesen kötik meg az első egészségbiztosításukat, pótdíjat kötelesek fizetni. A pótdíj nagysága az általános díj 2 százaléka minden egyes olyan életév után, amennyivel a biztosított belépési életkora meghaladja a 34 éves életkort. Tehát egy 35 éves korban belépő biztosított 2 százalékos, egy 50 éves életkorban belépő biztosított pedig 32 százalékos pótdíjat fizet egészen addig, amíg egészségbiztosítással rendelkezik. A pótdíj maximuma 70 százalék, tehát azok, akik 69 évesen vagy annál idősebben kötnek először egészségbiztosítást, 70 százalékos pótdíjat kötelesek fizetni. Ennek az új szabályozásnak a hátterében a közös díjszabás fenntarthatóságának biztosítása áll. Ugyanis abban az esetben, ha nem kötelező a magán-egészségbiztosítás megkötése, de a biztosítók egységes díjakat kötelesek alkalmazni,

akkor fennáll annak a veszélye, hogy egyre többen csak idősebb korban kötnek biztosítást, amikor már jelentőssé válik az egészségbiztosítási kockázatuk. Ha viszont csökken a fiatal és kevésbé kockázatos személyek száma a kockázatközösségben, azzal az egész közösség kockázata megnő, ami még magasabb biztosítási díjakat eredményez. Ez a jelenség a fenti pótdíjjal visszaszorítható, mert így a biztosítottak érdekeltté válnak a minél fiatalabb kori belépésre (HIA). Egyébként ehhez hasonló pótdíjazási rendszer működik a Dél-afrikai Köztársaságban és Ausztráliában, az utóbbiban többek között azokkal az eltérésekkel, hogy már 30 éves belépési kor felett kell pótdíjat fizetni, viszont tízéves fizetés után megszűnik a pótdíjfizetési kötelezettség, amely egyébként csak az 1934. július 1-je után születettek vonatkozásában (PHIO).

Megjegyezzük, hogy a közös díjszabás jellemzően együtt jár egy kockázatkiegyenlítő rendszer működésével (risk equalisation scheme). Ilyen működik a kötelező egészségbiztosítások vonatkozásában Hollandiában és Svájcban, a bázistarifák tekintetében Németországban, az önkéntes biztosításokra pedig Írországban, Ausztráliában és Szlovéniában (ez utóbbi esetén állami egészségügy igénybevétele során a betegek által megtérítendő költségeket fedező biztosításokra). E rendszerek működtetésére azért van szükség, hogy ne kerüljenek hátrányba azok a biztosítók, amelyek kockázatközösségei magasabb kockázatú személyekből állnak. A kockázatkiegyenlítő mechanizmusoknak az a lényegük, hogy előre meghatározott szabályok szerint a kockázatosabb biztosítottakkal rendelkező biztosítók felé a kevésbé kockázatos állománnyal rendelkező biztosítók bevételeinek egy részét átcsoportosítják. Megjegyezzük, hogy az ír kockázatkiegyenlítő rendszernek az európai versenyjoggal való összeférhetőségét az Európai Unió Elsőfokú Bírósága is vizsgálta a T-289/03. sz. ügyben. Ebben azt mondta ki, hogy a kockázatkiegyenlítés általános gazdasági érdekű szolgáltatási kötelezettségek elmentételeként fogható fel, és ha az ellentételezés számítási alapjául szolgáló szempontok előzetesen megállapítottak, objektívek és átláthatók, annak alkalmazása szükséges és arányos, valamint a mértéke a felmerülő költségekhez igazított, akkor az összeegyeztethető az Európai Unió Működéséről Szóló Szerződés versenyjogi rendelkezéseivel.

A közös díjszabás jellemzően együtt jár egy kockázatkiegyenlítő rendszer működésével.

A fentiekől eltérően a legtöbb országban nem alkalmazzák a közös díjszabást. Ez azonban nem jelenti azt, hogy a biztosítók teljesen szabadon határozhatnák meg a biztosítási díjakat. Ezzel kapcsolatos korlátozás leggyakrabban a genetikai adatok és a nemi hovatartozás vonatkozásában fordul elő.

Ma már számos országban jogszabály tiltja azt, hogy a biztosítók az egészségbiztosítási díjaik meghatározásához genetikai adatokat használjanak fel, vagy genetikai vizsgálatok elvégzésére kötelezzék az ügyfeleket. Ilyen tilalmat tartalmaz például az Amerikai Egyesült Államokban a 2008-ban elfogadott genetikai adatokon alapuló hátrányos megkülönböztetést tiltó törvény (Genetic Information Nondiscrimination Act of 2008, GINA), Németország-

ban a humán genetikai vizsgálatokról szóló törvény (Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen, GenDG) 18. §-a, Franciaországban a közegészségügyi kódex (Code de la santé publique) L-1141-1 paragrafusa vagy Ausztriában a géntechnikai törvény (Gentechnikgesetz, GTG) 67. §-a. Inkább kivételesnek számít az, hogy a genetikai tulajdonságokat mint kockázati tényezőt figyelembe vegyék, erre példaként Kanada szolgál (CCGF).

A nemi hovatartozás szintén egyre kevesebb országban befolyásolhatja az egészségbiztosítások díját. Ezen a téren a legnagyobb változást az Európai Unió Bíróságának a C-236/09. sz., Test-Achats-ügyben 2011. március 1-jei ítélete hozta. Ez a 2004/113/EK irányelv 5. cikkének (2) bekezdését, mely a nők és férfiak közötti hátrányos megkülönböztetés alóli kivételként lehetőséget adott a biztosítóknak nemenként eltérő biztosítási tarifák alkalmazására, 2012. december 21-i hatállyal érvénytelennek nyilvánította. Ugyan az ítéletet a biztosítási szakma erősen vitatta, ennek ellenére a tagállamok kénytelenek voltak a fenti határidőig a vonatkozó szabályozásukat módosítani, és azóta a biztosítók az Európai Unióban valamennyi biztosítás, így az egészségbiztosítások esetén is csak uniszex tarifákat alkalmazhatnak. Megjegyezzük, hogy az Európai Unióhoz hasonlóan az Amerikai Egyesült Államokban sem vehetik figyelembe az egészségbiztosítók a nemi hovatartozást, mivel 2014 óta csak az alábbi tényezők befolyásolhatják a biztosítási díjat: a biztosított keresete, kora, dohányzása, a család mérete, a földrajzi elhelyezkedés és a nyújtott szolgáltatások (Obamacare).

3. Szolgáltatási csomagok előírása

A kötelező biztosítások esetén a jogalkotó értelemszerűen előírja azt a minimális egészségbiztosítási fedezetet, amelyet az egészségbiztosításoknak nyújtaniuk kell, hiszen ennek hiányában a biztosításkötési kötelezettség nem lenne értelmezhető. Az önkéntes biztosításoknál azonban jellemzően a biztosítók szabadon határozhatják meg azt, hogy egyes biztosítási termékek milyen szolgáltatásokat foglalnak magukban. Ennek megfelelően kivételesnek mondható az az írországi szabályozás, amely meghatározza a kórházi költségeket is fedező, önkéntes egészségbiztosítások minimális tartalmát. Így Írországban ezeknek a biztosításoknak minimálisan különösen az alábbi ellátásokat kell magukban foglalniuk: fekvőbeteg-ellátás, járóbeteg-ellátás, anyasági és pszichiátriai ellátások (HIA).

Ez a megoldás egyrészt értelemszerűen azt szolgálja, hogy a biztosítottak valódi, ne csak névleges fedezetet kapjanak, ugyanis a biztosítóknak az áll érdekükben, hogy minél több szolgáltatást kizárjanak az adott csomagból. Másrészt ezzel összehasonlíthatóvá válnak az ügyfelek számára az egyes biztosítási termékek. Ugyanakkor egyáltalán nem egyszerű meghatározni azt, hogy hol legyen a minimális fedezet határa: minél több szolgáltatást von ebbe a körbe a jogalkotó, annál magasabbak lesznek a biztosítási díjak, ami viszont egyre több embert tarthat távol az egészségbiztosításoktól.

4. Várakozási idő

A várakozási időnek, amely a biztosítás megkötése során fel nem ismerhető, látens kockázatok kiszűrésére szolgál (Bach–Moser 2009), az egészségbiztosítások körében fokozott

jelentősége van. Hiszen a kockázatok pontos felmérése más biztosításokhoz képest jelentősen nehezebb. A várakozási idő egyik legfontosabb célja az egészségbiztosítások körében az, hogy kivegye azokat a betegségeket a biztosítási fedezetből, amelyek már a biztosítás megkötésekor fennálltak, de akkor még nem voltak felismerhetőek, ugyanakkor a várakozási idő befejeződése előtt szükségessé válik a kezelésük. Természetesen az is elkerülendő, hogy egyes személyek a biztosító előtt a betegségeiket eltitkolva akkor kössenek magán-egészségbiztosítást, amikor már valamilyen egészségügyi ellátásra szorulnak (Beckmann–Matusche–Beckmann, 2009), és esetleg a kezelés igénybevétele után fel is mondják azt. Így a várakozási idő nemcsak a biztosítót, hanem a kockázatközösséget is védi a visszaélésektől.

Kötelező biztosítások esetén a jogalkotó előírja a minimális egészségbiztosítási fedezetet.

Az egészségbiztosítások körében mind az általános, azaz minden kockázatra vonatkozó várakozási időt, mind a különös, azaz egy adott kockázatra vonatkozó várakozási időt alkalmazni szokták. Emellett olyan megoldás is előfordul, hogy a biztosító az adott kockázatot nem teljesen zárja ki, hanem a várakozási idő alatt bekövetkezett biztosítási esemény alapján csak korlátozott szolgáltatás nyújtását vállalja.

Gyakran előfordul az, hogy kiegészítő egészségbiztosítások vonatkozásában is jogszabályban korlátozzák a maximálisan kiköthető várakozási időt. Ennek az az oka, hogy a biztosítók értelemszerűen érdekeltek minél hosszabb várakozási idők kikötésében, éppen ezért a minél szélesebb és gyorsabban hozzáférhető egészségbiztosítási fedezet megteremtése érdekében több országban is szabályozzák ezt a kérdést.

A német és az osztrák szabályozás e téren (is) igen hasonló. A VVG 197. §-a alapján az általános várakozási idő a három hónapot, a szülésre, pszichoterápiára, fogorvosi kezelésre, fogpótlásra és szájsebészetre vonatkozó különös várakozási idő pedig a nyolc hónapot nem lépheti túl. Az osztrák biztosítási szerződési törvény (Versicherungsvertragsgesetz, VersVG) 178d. §-a annyiban tér el a VVG szabályától, hogy szülésre és az azzal összefüggő kezelésekre vonatkozó különös várakozási idő a kilenc hónapot nem lépheti túl, valamint abban az esetben, ha a biztosítási védelem kifejezetten kiterjed olyan betegségekre vagy baleseti következményekre, amelyek mindkét fél előtt már a szerződéskötés idején ismertek, akkor bármilyen hosszú várakozási idő kiköthető.

Írországban 2015. május 1-jével változott meg a várakozási időre vonatkozó szabályozás. Korábban ugyanis a biztosított életkorától függött a várakozási idő maximálisan megengedett hossza: 55 éves korig 26 hét (már meglévő egészségi állapot vonatkozásában 5 év), 55 és 64 éves kor között 52 hét (már meglévő egészségi állapot vonatkozásában 7 év), 65 éves kor felett pedig 102 hét (már meglévő egészségi állapot vonatkozásában 10 év) volt. Az új szabályozás szerint azonban a maximálisan kiköthető várakozási idő 26 hét (már meglévő egészségi állapot vonatkozásában pedig 5 év). Megjegyezzük, hogy az anyasággal kapcsolatos ellátások tekintetében mind a régi, mind az új szabályozás szerint legfeljebb 52 hetes várakozási időt lehet kikötni (HIA).

Ausztráliában legfeljebb 12 hónap lehet a várakozási idő már meglévő egészségi állapot vonatkozásában, valamint az anyasággal kapcsolatos ellátások tekintetében is. Minden más ellátás vonatkozásában viszont legfeljebb két hónap. A pszichiátriai, a rehabilitációs és a palliatív kezelések annyiban sajátosak a várakozási idő tekintetében, hogy ezeknél még a szerződéskötéskor már meglévő egészségi állapot esetén is csak kéthónapos várakozási idő köthető ki (PHIO).

Végül megemlítjük, hogy a Dél-afrikai Köztársaságban az általános várakozási idő legfeljebb 3 hónap, a már meglévő egészségi állapot vonatkozásában 12 hónap, terhesség tekintetében pedig 24 hónap lehet (CMS). A fent bemutatott országokra általánosan jellemző az, hogy biztosítót váltás esetén a korábbi biztosítónál letöltött várakozási időt az új biztosítónak figyelembe kell vennie.

Ugyanakkor arra is találunk példát, hogy a jogalkotó kiterjedt önkéntes magán-egészségbiztosítási rendszer mellett egyáltalán nem szabályozza a várakozási idő maximális mértékét (lásd például Spanyolországot). Ennek több oka is lehet: egyrészt ahogyan már fent is említettük, a hosszabb várakozási idők alkalmazása nemcsak a biztosító, hanem az egész kockázatközösség érdeke is lehet. Másrészt vannak olyan speciális ellátások, amelyek egészségbiztosítási fedezete kifejezetten hosszú várakozási idő alkalmazását indokolja. Így abban az esetben, ha a jogalkotó néhány hónapos időtartamra korlátozza a várakozási időt, akkor a biztosítók jó eséllyel nem fogják ezeknek a kezeléseknak a költségét megtéríteni. Példaként a mesterséges megtermékenyítést említenénk, amelynek esetén Spanyolországban 24-48 hónapos várakozási időt is alkalmaznak a biztosítók (Polizamedica). Nagyon valószínű, hogy ha a spanyol jogalkotó is – néhány hónapban vagy egy évben – határozná meg a várakozási idő maximális terjedelmét, akkor a mesterséges megtermékenyítés kimaradna a spanyol biztosítók által nyújtott biztosítási termékekből.

5. Szerződés módosítása

Az egészségbiztosítások annyiban sajátos biztosítások, hogy a biztosítás időtartama alatt a biztosított kockázata jellemzően növekszik. Egyrészt a biztosítottak egyre idősebbek és egyre betegebbek lesznek (nő a különös kockázat), másrészt nő a várható élettartam, fejlődik az orvosi technika, egyre drágábbak lesznek az egészségügyi beavatkozások, így az egész kockázatközösség egészségbiztosítási kockázata is nagyobb lesz (nő az általános kockázat). Ez a kétféle kockázatnövekedés azonban eltérő megközelítést igényel.

A különös kockázat növekedése jellemzően előre kalkulálható, és nem a biztosított magatartásának függvénye. Éppen ezért várható el a biztosítótól, hogy a díjat előre ennek megfelelően alakítsa ki (például a növekvő életkorra képzett tartalékot alkalmazzon), és ne emelje folyamatosan a biztosítási díjat a kockázat növekedésének megfelelően. Ugyanis ha ezt tenné, akkor idősebb korban, amikor igazán szüksége lenne az ügyfélnek az egészségbiztosításra, az már megfizethetetlenül drága lenne a számára. Ennek megfelelően számos jogrendszerben az egészségbiztosítási szerződésekre a biztosított kockázatának megnöveke-

désére különös szabályokat kell alkalmazni. Például a német VVG 194. § (1) bekezdése vagy az osztrák VersVG 178a. § (3) bekezdése kizárja azoknak az általános biztosítási szerződési szabályoknak az alkalmazhatóságát az egészségbiztosítási szerződések körében, amelyek a biztosító számára más biztosítások esetén lehetővé teszik a díj emelését (a szerződés módosítását) a biztosított kockázatának megnövekedése esetén. Vagy a holland Ptk. 7:940. § (5) bekezdése szerint a biztosító nem szüntetheti meg, valamint nem módosíthatja a szerződést a biztosított egészségi kockázatainak megnövekedése miatt, ha ezek a biztosított valamely személyes tulajdonságához vagy jellemzőjéhez kapcsolódnak. A francia Code des assurances L113-4. §-ának utolsó mondata pedig kizárja a biztosítási kockázat növekedésére vonatkozó szabályok alkalmazását élet- és egészségbiztosítás esetén, ha a biztosított egészségi állapota változik meg.

Az egészségbiztosítások időtartama alatt a biztosított kockázata jellemzően növekszik.

A különös kockázattal szemben az általános kockázat változása nem mérhető fel több évtizedes időtávlatra (nem kalkulálható pontosan, hogy mennyibe fognak kerülni egyes beavatkozások a távolabbi jövőben, vagy hogyan fog növekedni a várható élettartam, stb.). Ha ezt a költségnövekedést a biztosítónak kellene viselnie, akkor az veszélyeztetné a hosszú távú fizetőképességét, amely összeegyeztethetetlen a biztosítókra vonatkozó közjogi szabályokkal. Ezért elkerülhetetlen, hogy e körülmények megváltozása miatt az egészségbiztosítás léte alatt a szerződést a változásokhoz (növekvő költségekhez) igazítsák. Értelemszerűen a módosítást mindig a biztosító fogja kezdeményezni, de mivel az az ügyfél számára hátrányos következményekkel, elsősorban a díj emelkedésével jár, abba az ügyfél önként nem egyezne bele. Ebből kifolyólag számos országban a jogalkotó szabályozza ezt a folyamatot. E szabályozásoknak az a céljuk, hogy a biztosító kezdeményezésére módosulhasson a szerződés, de csak azokban az esetekben, ha az valóban megalapozott.

Belgiumban például a biztosító az egészségbiztosításnak a biztosítási díját, az önrészét és az általa fedezett ellátást a biztosítási évfordulókör kizárólag a fogyasztói árindex, az „egészségügyi” index (amennyiben mértéke meghaladja a fogyasztói árindexét) vagy az érintett biztosítótársaság kérelmére eljáró, a biztosítótársaságok felügyeletét ellátó közigazgatási hatóság engedélye alapján módosíthatja, az utóbbi esetben is csak akkor, ha a hatóság megállapítja, hogy a díj alkalmazása – e kétfajta index alapján számított kiigazítások ellenére – a vállalkozás számára veszteséghez vezet vagy vezethet. Megjegyezzük, hogy az Európai Unió Bírósága vizsgálta ezt a szabályozást, és C-577/11. számú, 2013. március 7-én kelt ítéletében megállapította, hogy az nem ellentétes az uniós joggal.

A német VVG 203. § (2)–(3) és (5) bekezdései szintén részletesen szabályozzák ezt a folyamatot. E rendelkezések alapján helyettesítő egészségbiztosítások körében a biztosító egyrészt jogosult a biztosítási díjnak a módosítására, ha a díj meghatározásának alapjául szolgáló tényezők körében (ezek csak a biztosító szolgáltatásai és a halálozási statisztikák

lehetnek) előreláthatólag tartós változás áll be. Másrészt az általános biztosítási feltételeket és a díjszabási rendelkezéseket akkor módosíthatja, ha az egészségügyi viszonyok megváltoznak, és az az ügyfelek érdekeinek megóvása végett indokolt. Mindkét esetben további feltétel, hogy a biztosító módosítási javaslatát egy független szakértőnek át kell vizsgálnia, és ahhoz hozzá kell járulnia.

Az osztrák VersVG 178f., 178g., 178h. és 178m. paragrafusai is meglehetősen alaposan rendezik ezt a kérdést. Így meghatározzák azt, hogy milyen esetben és hogyan módosíthatja egyoldalúan a biztosító a szerződést. A szerződés módosítására csak meghatározott okból (például meghatározott index használata, átlagos várható élettartam változása, a szolgáltatások igénybevétele gyakoriságának vagy a szolgáltatási díjnak a változása) kerülhet sor. Ezzel kapcsolatban a jogszabály kifejezetten kimondja, hogy az életkor növekedése vagy az egészségi állapot romlása nem adhat okot szerződésmódosításra. Ha a szerződő fél nem vállalja a megnövelt díjat, akkor arányosan módosított szolgáltatást kell felajánlani neki. A tervezett módosításról egyébként a jogszabályban meghatározott hatóságokat és szervezeteiket értesíteni kell, amelyek az általuk érvénytelennek tartott szerződésmódosítás mellőzése érdekében közérdekű keresetet nyújthatnak be az értesítést követő három hónapon belül. E hatóságok és szervezetek jogosultak a biztosítók vonatkozó kockázatszámítási adatbázisaiba betekinteni. A biztosító nemcsak a díjat, hanem a biztosítási védelmet is megváltoztathatja.

Ausztráliában a biztosítók két okból emelhetik meg a biztosítások díját: egyrészt ha valamely kórházi, gyógyszer- vagy más egészségügyi költség növekszik, másrészt, ha a biztosítottak által igénybe vett szolgáltatások száma (vagy az igénybevétel gyakorisága) növekszik. A biztosítónak indokolt javaslatot kell készítenie a díjemelésről, amelyet egy szakmai bizottság véleményez, és ennek alapján az egészségügy-miniszter hagyja jóvá. Miniszteri jóváhagyás hiányában a díjemelés nem hatályosul (PHIO). Ehhez hasonlóan Szlovéniában is jóvá kell hagynia a díjemelést nemcsak a biztosító aktuáriusának, hanem a biztosításfelügyeleti hatóságnak is (Thomson–Mossialos, 2009).

Végül megjegyezzük, hogy a kiegészítő biztosításokat szigorúan szabályozó Írországban éppen a díjmódosítást nem szabályozzák, nem felügyelik (HIA).

6. A szerződés megszűnése

Az egészségbiztosítás megszűnésére vonatkozó szabályok rendkívül fontosak. Ennek az oka, hogy az ügyfelet rendkívül hátrányosan érintheti az, ha megszűnik az egészségbiztosítása, hiszen az idő elteltével az egészségbiztosítási kockázatának folyamatos növekedése (nő az életkora, egyre betegesebb lesz, stb.) miatt egyre kedvezőtlenebb feltételekkel tud másik egészségbiztosítást kötni.

A biztosítóknak viszont az az érdekük, hogy a kockázatosabb biztosítottak (tehát a betegek és az idősek) kikerüljenek a kockázatközösségből. Éppen ezért több országban is (például Spanyolország vagy az Egyesült Királyság) elterjedt az a gyakorlat, hogy egy évre szóló, határozott időtartamú szerződéseket kötnek, amelyeket bizonyos életkor után (körülbelül a 65.

életév) nem újítanak meg (Thomson–Mossialos, 2009). Tehát akkor veszítik el az ügyfelek az egészségbiztosítási védelmüket, amikor a leginkább szükségük lenne rá.

Ez ellen megoldást az élethosszig tartó fedezet (lifetime cover) jogszabályi előírása jelent. Értelemszerűen vonatkozik ez a szabályozás a kötelező egészségbiztosításokra (például Hollandia, Svájc vagy Németországban a helyettesítő biztosítások), de több olyan országot is találhatunk, amelyekben a kiegészítő biztosításokra is alkalmazzák: például Ausztrália (PHIO), Írország (HIA), Ausztria, Szlovénia (az állami egészségügy igénybevétele során a betegek által megtérítendő költségeket fedező egészségbiztosítások tekintetében) és Belgium (Thomson–Mossialos, 2009). Az élethosszig tartó fedezetet jellemzően úgy írják elő, hogy kötelezik a biztosítókat arra, hogy határozatlan idejű szerződéseket kössenek (például Ausztriában, ahol a VersVG 178i. § (1) bekezdése alapján főszabály szerint az egészségbiztosítási szerződések csak határozatlan ideig tarthatnak, de kivételesen lehet – például rövid ott-tartózkodás esetén – egy évnél rövidebb időtartamra is egészségbiztosítást kötni), vagy a határozott idejű (általában egy évre kötött) szerződéseket azonos feltételekkel újítják meg, például Írországban (HIA). Az élethosszig tartó fedezet megteremtésének másik pillére a biztosító felmondási jogának korlátozása. Ennek az a lényege, hogy a biztosító ne szüntesse meg azoknak a biztosítottaknak a biztosítási védelmét, akiknek az egészségbiztosítási kockázata jelentősen megnövekszik. Így a jogalkotó meghatározza azokat az eseteket, amikor a biztosító felmondhatja az egészségbiztosítási jogviszonyt. Ennek megfelelően a biztosítók élethosszig tartó fedezet esetén nem jogosultak az egészségbiztosítási szerződés rendes felmondással való megszüntetésére. Ez jellemzően csoportos biztosításokra nem vonatkozik, de az ezek által nyújtott fedezet megszűnésekor a biztosítottak arra válnak jogosulttá, hogy egyéni biztosításként folytassák a korábbi egészségbiztosítási jogviszonyt (lásd például a belga vagy az osztrák szabályozást). Azt is gyakran meghatározzák, hogy a biztosító milyen esetben élhet a rendkívüli felmondás jogával (lásd például Szlovéniát, Belgiumot, Ausztriát vagy a Dél-afrikai Köztársaságot). Ez a díjfizetési kötelezettség elmaradása, a közlési kötelezettsége megsértése vagy a biztosított egyéb megtévesztő magatartása lehet. Megjegyezzük, hogy Ausztriában a VersVG 178k. §-a alapján a közlési kötelezettség megsértése miatt a biztosító a felmondási jogát csak a szerződés megkötését követő első három évben gyakorolhatja.

Az élethosszig tartó fedezet megteremtésének másik pillére a biztosító felmondási jogának korlátozása.

Konklúzió

A fentiek alapján azt vehetjük észre, hogy azokban az országokban, amelyekben a jogalkotó legalább egyes egészségbiztosítások vonatkozásában a részletesebb szabályozás mellett döntött, a megoldások koncepciója azonos célok és elvek mentén halad: minél több ember számára elérhető árú hozzáférést biztosítani magas színvonalú szolgáltatásokat és széles biztosítási fedezetet nyújtó egészségbiztosításokhoz.

Az egyes államok szabályozása azonban az egyértelmű hasonlóságok ellenére lényeges eltéréseket is mutat. Például Írországban előírják a kötelező befogadást, a közös díjszabást és az élethosszig tartó fedezetet, de a biztosítók szabadon módosíthatják a szerződéseket. Ugyanakkor Ausztriában erősen korlátozzák a biztosítókat abban, hogy módosítsák az egészségbiztosítási szerződéseket, valamint előírják az élethosszig tartó fedezetet, de sem a kötelező befogadást, sem a közös díjszabást nem alkalmazzák.

Az egyes különbségeknek álláspontunk szerint két oka van. Egyrészt a szabályozási célok egymásnak ellentmondó törekvéseket jelentenek. Ugyanis ha egyre több magasabb kockázatú személy kerül bele a kockázatközösségbe, az az egész közösség kockázatát szükségszerűen növeli, ami magasabb biztosítási díjakat generál. Ebből kifolyólag nincsenek egyértelműen jól működő szabályozási eszközök. Könnyen belátható ugyanis, hogy ha a biztosítókat arra kötelezik, hogy mindenkinek nyújtsanak biztosítást, akkor vagy a szolgáltatási csomagok tartalma csökken, vagy a díjak emelkednek meg jelentősen.

Az eltérések másik oka az egyes országok egészségügyi rendszere közötti különbségek, amelyekbe a magán-egészségbiztosításoknak és a szabályozásuknak be kell épülniük. Az eltérő funkciójú egészségbiztosítások eltérő szabályozást vonnak maguk után. Jellemzően azokban az esetekben találkozunk erősen és részletesen szabályozott magán-egészségbiztosítással, ahol az állami egészségügyi szolgáltatások igénybevétele során a lakosság vagy annak egy jelentős része köteles a költségeket legalább részben megtéríteni (például Belgiumban, Írországban és Szlovéniában).

Így megállapíthatjuk, hogy nincsen általánosan bevált, biztos recept a magán-egészségbiztosítások szabályozására. Ennek ellenére kifejezetten hasznos lehet a külföldi trendek figyelemmel kísérése, hiszen az alapvető célok és a rendelkezésre álló szabályozási eszközök az egyes országokban hasonlóak, így lehet tanulni mások sikereiből és kudarcaiból egyaránt.

IRODALOMJEGYZÉK

- Bach–Moser (2009): Private Krankenversicherung – MB/KK- und MB/KT-Kommentar, München
 Beckmann–Matusche-Beckmann (2009): Versicherungsrechts Handbuch, München
 CCGF: Canadian Coalition for Genetic Fairness <http://www.ccgf-cccg.ca/en/about-genetic-discrimination>
 CMS: Council for Medical Schemes <http://www.medicalschemes.com>
 Daley–Gubb: Health Care Systems: Switzerland. www.civitas.org.uk/nhs/download/switzerland.pdf
 García-Armesto–Abadía-Taira–Durán–Hernández-Quevedo–Bernal-Delgado (2010): Spain: Health System Review. Health Systems in Transition http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128830/e94549.pdf
 Gerken–Merkur (2010): Belgium: Health System Review. Health Systems in Transition http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF
 HIA: Health Insurance Authority <http://www.hia.ie/>
 HIN: Health Insurance in the Netherlands <http://www.government.nl/files/documents-and-publications/leaflets/2012/09/26/health-insurance-in-the-netherlands/health-insurance-in-the-netherlands.pdf>
 Langheid–Wandt (2009-2010): Münchener Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz, München
 Obamacare: <http://obamacarefacts.com/>
 PHIO: Private Health Insurance Ombudsman <http://www.phio.org.au/>
 PMIEU: Private medical insurance in the European Union, 2011 <http://www.insuranceeurope.eu/uploads/Modules/Publications/private-medical-insurance.pdf>
 Polizamedica: <http://www.polizamedica.es/comparar-seguro-medico/periodo-de-carencia.html>
 Thomson–Mossialos: Private health insurance in the European Union. LSE–European Commission, 2009. <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4216&langId=en>

ADATBÁNYÁSZAT A BIZTOSÍTÁSI SZÉKTORBAN

Szabó Dániel (adatbányász csoportvezető, AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt.) szabo.daniel@aegon.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Jelentősen eltérő utat járt be az ügyfélszintű elemzés a banki, telekommunikációs és a biztosítási szektorban.

A 2000-es években a magyarországi banki és telekommunikációs cégek CRM rendszereiket fejlesztették, amelyek erőteljesen támaszkodtak az adatbányászat eredményeire.

A biztosítási szektorban biztató indulás után nem találni nyomát, hogy az üzleti folyamatokban alkalmazott adatbányászati fejlesztések folytak volna a 2000-es évek második felében.

A cikkben megvizsgálom, melyek lehettek azok az okok, amelyek más-más pályára állították az adatbányászatot a korábban említett gazdasági szektorokban.

SUMMARY

When comparing the bank and telecommunication sectors with insurance, it shows that customer analytics was developed in different ways.

In the years of 2000, Hungarian banks and telecommunication companies invested intensively in their own CRM systems, which strongly used the results of data mining.

After a promising start in the insurance sector, no signs of data mining analysis could be traced in the second half of the first decade of the 2000s.

In this article I analyze what reasons caused the different ways of data mining development in these sectors.

Kulcsszavak: adatbányászat

JEL: C55

Key words: data mining

JEL: C55

DOI: 10.18530/BK.2015.4.62

<http://dx.doi.org/1018530/BK.2015.4.62>

Bevezetés

A Clementine Consulting 2011-ben publikálta, hogy az Aegonban bevezette a ClemVoice rendszerét, amellyel a hanganyagokat minimális késleltetéssel leiratozza és feldolgozza. (Hangbányászat 2011). Két évvel az Aegonban történt bevezetés után az OTP Bankban is bevezették a ClemVoice rendszert. (Pancza, 2015)

Katona Krisztina 2012-ben bemutatta az ING Ügyfél-szegmentációját az SPSS konferencián (ING, 2012). A Groupama 2014-ben CRM rendszer bevezetéséről ad hírt (Groupama, 2014). Mind az ügyfél-szegmentációs projektek, mind a CRM bevezetése a bank és a telekommunikációs szektorban a 2000-es évek végére lezajlottak.

A fentiek alapján látható, bizonyos elemzési területeken évekkel megelőzi a biztosítási szektor a bank- és telekommunikációs szektort, míg más területeken jelentős fáziskéséssel követi azokat. A továbbiakban arra keresek magyarázatot, mi lehet az oka ennek a viszonylagos lemaradásnak.¹

Az adatbányászat definíciója

Az adatbányászatot számos szerző többféleképpen definiálta. „Az implicit, korábban ismeretlen és hasznos információk kinyerése különféle adatokból”. (W. Frawley, G. Piatetsky-Shapiro, C. Matheus, 1992)

„Az adatbányászat nagy mennyiségű adatok kutatása és elemzése rejtett minták és szabályok felfedezése érdekében.” (Michael J. A. Berry, Gordon S. Linoff, 2004)

A két definícióból levezethető, hogy az adatbányászat ideális módszertan az ügyfelek elemzésére, mivel ügyfélszinten rengeteg adat áll rendelkezésre. Ha egy nagyobb mobilszolgáltatóra gondolunk, akkor a bejövő és kimenő hívások akár a milliárdos nagyságrendet is elérhetik havi szinten. Ugyanez igaz a nagyobb bankokra is, ahol a folyószámla-tranzakciók feldolgozásához hasonló méretű adatbázison keresztül vezet az út.

Mint az első definícióból is látható, már 1992-ben definiálták az adatbányászatot. Az első üzleti célú magyarországi adatbányász projektek az 1990-es évek végén megvalósultak, a tanácsadó cégek a 2000-es évek elejétől felvették a portfóliójukba ezt a módszertant, számtalan új céget alapítottak. Ehhez képest 2015-ben is érdemes írni erről a témáról, ami az alábbiakkal magyarázható:

A „big data” körüli lelkesedés kapcsán az adatbányászati módszertanok reneszánszukat élik.

A „big data” körüli lelkesedés kapcsán az adatbányászati módszertanok reneszánszukat élik. Olyan felhasználási területeken jelenik meg ez a módszertan, és olyan mennyiségű adatot gyűjthetünk az emberekről – ezen belül az ügyfeleinkről, és ezek felhasználásával

elemzések készíthetők –, amelyek korábban elképzelhetetlenek lettek volna, és jelentősen megváltoztathatják a gondolkodásunkat számtalan kérdésben.

Öt példát mutatok ezekre, kettő a biztosítási szektoron kívüli eset, a többi a biztosító szektorból származik:

„Hogy mi mindent tudnak rólunk a gépek, arról leginkább az amerikai hitelképesség- és fogyasztói minősítők tudnának mesélni, ha akarnának. Csakhogy nem nagyon akarnak. Tavaly ősszel a World Privacy Forum nevű szervezet igazgatója egy konferencián mindenesetre azt állította, hogy ezek a hitelképességünket vagy fogyasztási hajlandóságunkat előrejelző cégek mintegy ezer ránk jellemző adatot tartanak nyilván és értékelnek, és ezekből különböző indexeket képeznek és bocsátanak áruba. Létezik index az emberek munkanélküliségének esélyéről, de ugyanígy arról is, hogy milyen eséllyel csöngetnek be adománygyűjtő szervezetek, vagy mekkora eséllyel követhetünk el bűncselekményt. Ez komoly emberjogi kérdéseket vet fel, hiszen ezek a cégek nemcsak vásárlási szokásaink alapján minősítenek, de figyelembe veszik a bűrszint, a beszélt nyelvet vagy az egészségi állapotunkat is.” (Szőke P., 2015)

Az Office-of-Neighborhood-Safety program egyik célja, hogy csökkentse a gyilkosságok számát Richmondban. Ehhez kockázatelemzés segítségével negyedévente kiválasztanak 50 embert, akik a legnagyobb eséllyel követnek el gyilkosságot, vagy lesznek áldozatai egy gyilkosságnak az elkövetkezendő időszakban, és segítséget ajánlanak nekik, hogy ezt elkerülhessék. A program hatásának köszönhetően is a 100 000 főre jutó gyilkosságok száma a 2007-es 45,9-ről 2013-ra 15-re esett vissza. (D. Baer, 2015)

Biztosítói szektorból eredő példák az alábbiak:

1. Az amerikai Progressive Biztosító kínálja fel a lehetőséget az ügyfeleknek, hogy autóbiztosítás esetén, ha beszerelnek egy eszközt az autójukba, és bizonyos autóvezetési szokásoktól tartózkodnak (például gyakori, hirtelen fékezés), akkor a viselkedésük alapján a normál díjhoz képest kedvezményt kapnak, ami elérheti a 30 százalékot is.
2. A dél-afrikai Discovery egészségbiztosítással foglalkozó biztosítótársaság, amely már hárommillió ügyfelet szolgál ki, valamint Ázsia és Európa felé terjeszkedik, kedvezményt ad azoknak az ügyfeleinek, akik igazolják, hogy figyelnek az egészségükre akár azzal, hogy sportklubhoz csatlakoznak, akár azzal, hogy egy eszközzel folyamatosan figyelik a fittségüket.
3. A New York-i Oscar, amely szintén egészségbiztosítással foglalkozik, olyan eszközt ad a biztosítottjainak, amellyel az aktivitásukat figyeli. Amennyiben a biztosítottak elérnek egy személyre szabott célt – például 10 000 lépést naponta –, akkor díjvisszatérítést kapnak. (The Economist 2015.)

Az üzleti hasznát könnyű belátni annak, hogy előre tudjuk jelezni, ki fogja megvásárolni a termékünket, és ki nem fogja visszafizetni a kihelyezett hitelt. Ezáltal a vállalkozás hatékonysága jelentősen növekszik, illetve az esetleges veszteség csökken.

Biztosítás esetében, ha az egyéni kockázati tényezőket jobban fel tudják mérni, akkor

azokat érvényesíteni tudják az árban is. Ezt a kockázatelbírálás (underwriting) folyamán bizonyos esetekben alkalmazzák a társaságok, a hatékonyságát érdemes lenne ellenőrizni. A kockázatelbírálás folyamata után, a szerződés ideje alatt, az ügyfél viselkedése alapján további kedvezmények lennének adhatók, amennyiben azok indokolhatók. Éppen úgy, mint a fenti egészségbiztosítási példákban olvasható. De természetesen elképzelhető az inverz megoldás is, azaz a kockázatosabb ügyfelek magasabb díjszinten tudnak szerződést kötni. Ez segíti a biztosítót a piaci versenyben, hogy az alacsonyabb kockázatú szerződőit nehezebb legyen a versenytársaknak kedvezőbb árral elcsábítani.

A növekvő hatékonyság nemcsak a menedzsment számára fontos, hanem a tulajdonosok számára is jelentős értéket teremt. Azon cégek esetében, ahol a cég az ügyfelek értékét 10 százalékponttal növelni tudta, az esetek 86 százalékában a tulajdonosi érték több mint 10 százalékkal nőtt. (C. Schulze, B. Skiera, T. Wiesel, 2012)

A munkanélküliség, a bűnelkövetés és az áldozattá válás esélyének előrejelzése akár társadalompolitikai programok átalakulásához is vezethetnek. Munkanélküliség esetén a kapott eredmények alkalmasak arra is, hogy a veszélyeztetett csoportok részére át- és továbbképzéseket szervezzenek, az őket foglalkoztató iparágakat, vállalkozásokat valamilyen kedvezménnyel vagy támogatással erősítsék. Esetleg a munkaerő migrációjának lehetőségét szubvencionálják, ha más régiókban éppen az adott típusú munkaerőből jelentkezik hiány.

Adatbányászat Magyarországon a 2000-es években

Jelentősen eltérő utat járt be az ügyfélszintű elemzés a banki, telekommunikációs és biztosítási szektorban, bár a kiindulópont a 2000-es évek elején nagyon hasonló volt.

A 2000-es években a magyarországi banki és telekommunikációs cégek CRM rendszereiket fejlesztették, amelyek jelentősen támaszkodtak az adatbányászat eredményeire.

Ügyféllérték-számítás, banki és készülékvásárlási hitelcoring rendszer kialakítása, ügyfél-segmentációk, ügyfélevándorlást előrejelző és keresztértékesítési (cross-sell) modellek fejlesztése támogatta adatbányászati oldalról a CRM rendszerek hatékony működését. Ezekről a fejlesztésekről folyamatosan jelentek meg előadások az SPSS és az IQSYS által szervezett adatbányászati konferenciákon és CRM témában rendezett szemináriumokon. A lemorzsolódás (churn) előrejelzéséről (biztosításban a törlés-előrejelzés problémájának szinonimája) a VI. SPSS konferencián tartott előadást Kovács Gyula, és az alábbiakat állapította meg:

- „ELTERJEDTSÉG: a legtöbb telekommunikációs cégnek és banknak van saját churn előrejelző rendszere
- MINŐSÉG: a modellek minősége között jelentős eltérések tapasztalható. Vannak 6-7 éve fejlesztett, viszonylag elavult modellek, frissen fejlesztett egyszerű modellek, és vannak igen stabil, professzionális churn rendszerek. A modellek többsége statikus – azaz egy projekt eredményeként előállt modell nem változik időben.
- TECHNOLÓGIA: A technológia szintje nem változott – a modellek többsége továbbra is logisztikus regresszióval kerül kiszámolásra. Az sem ritka, hogy a churn modellek „kézzel”,

adatbányászati elemzések nélkül készülnek.” (Kovács Gy., 2007)

Az előadó állítása szerint tehát már a 2000-es évek elején megindult a churn előrejelző modellek fejlesztése, leggyakrabban logisztikus regresszióval, és a legtöbb bank és telekommunikációs cég 2007-re már rendelkezett saját modellel.

A banki szektorban megjelent egy korábban nem tárgyalt, új hatás is, amely segítette az adatbányászat térnyerését. Ez volt a 2008. január 1-jétől kötelezően alkalmazott Basel II. szabályozás.

Ez a szabályozás lehetővé tette a szabályozott intézmények számára, hogy a sztenderd modellek helyett saját, úgynevezett belső modelleket fejlesszenek. Ezek egyedi intézményi döntések voltak, amelyek befolyásolták az adott bank tőkeszükségletét. Ez azt jelentette, hogy egy belső modell alkalmazása csökkenthette az adott bank sajáttőke-szükségletét, ahhoz képest, mintha a sztenderd modellt alkalmazta volna. A PD (Probability of Default), azaz a nemteljesítés valószínűségének és az LGD (Loss Given Default) nemteljesítési veszteségráta meghatározásának kialakult gyakorlata volt, így voltak olyan magyarországi bankok, amelyek ezekre belső modelleket fejlesztettek. (Radnai M. – Vonnák Dzs. 2010) Ezek részben adatbányászati elemzések eredményein alapultak, ami tovább erősítette az adatbányászat szerepét a bankokban a kockázatkezelés területén is.

Eközben a biztosítási szektorból nem publikáltak adatbányászati elemzésen alapuló eredményeket, egy-egy kivételtől eltekintve. Három kivétellel találkozhattunk 2010 előtt:

A Generali 2002-es éves jelentésében szerepel az alábbi idézet, amelyben jelzik a tulajdonosoknak, hogy az adatbányászati módszertant használják.

„Társaságunk az ügyfélkapcsolati tevékenységünk fejlesztése és koordinálása érdekében 2001 végén létrehozta a Stratégiai ügyfélkapcsolat fejlesztési osztályt.

Így egyetlen szervezeti egységbe integrálta azon tevékenységeket, melyek az ügyfélkapcsolati rendszerek fejlesztését fogták össze. Az osztály a Generali Holding Vienna AG-val együttműködve megalkotta a cég CRM stratégiáját, és meghatározta a stratégiai feladatokat.

A célterületeken elkezdett tevékenység eredményeként kidolgoztuk az ügyféladat-kezelés ügyvitellel alátámasztott rendszerét, elindítottuk az ügyfélérték kialakításának programját, és az adatbányászat kutatási módszert sztenderd eszközzé építettük ki. A másik két súlyponti területen, az ügyfélapólás és a keresztértékesítésre alapozott ügyfélérték-növelés vonatkozásában elindítottuk és folytattuk azokat a fejlesztéseket, melyek a CRM alapfilozófiáját jelentő egyedi ügyfélkezelés irányába viszik el cégünket.

A 2002-es évben szintén definiálásra került a szegmentált biztosítási piacra alapozott vállalati és marketingcélok kialakításának igénye. Klasszikus szegmentálási módszerek segítségével elemeztük a lakossági és vállalati célpiacokat, és a marketingtervezés keretében meghatároztuk a stratégiai célszegmenseket. Ezen piaci szegmensek folyamatos vizsgálata és specializált kezelése teszi lehetővé, hogy minőségi és célzott szolgáltatásainkat a megfelelő módon és formában bocsássuk potenciális ügyfeleink rendelkezésére.” (Generali, 2003)

Az Allianz Hungária már 2003-ban használt adatbányászati módszertant a gyanús gépjárműkárak azonosítására:

„Az Allianz Hungáriánál olyan számítógépes adatbányászati módszert is alkalmaznak, amely – a kárszakértők alapvetően fontos felmérései mellett – mindinkább jelezni képes

azokat a bejelentéseket, amelyeknél valami nem stimmel. Ilyen esetben a társaság udvariasan felszólítja ügyfelét: vizsgálja meg, nem tévedett-e. Sipos József szerint azok között, akik többet nem jelentkeznek, természetesen akadhatnak látens csalók is. Ahol egyértelmű a csalási szándék, a biztosítónak törvényi kötelezettsége a hatóságok tájékoztatása. A kárszakértői munka folyamatos fejlesztése mellett – éppen most terjesztik el országosan a gépjármű-kárrendezés digitális eszköztárát – a számítógépes szűrőrendszer is mind hatékonyabb segítséget tud majd nyújtani a minden szempontból korrekt kárrendezéshez.” (Cégvezetés, 2003)

Az Aegon Biztosító Next Best Offer számítása megjelent az SPSS konferencián 2009-ben, illetve a Clementine Consulting referenciái között is szerepel. (Clementine Consulting referencia, 2009)

Ezzel a néhány hazai esettel szemben nemzetközi példák sorát tudnánk hozni arra, hogy az adatbányászatot a biztosítók hogyan használták. Ezek közül egyet emelek ki. Az AXA csoport tagja, a spanyol Axa Seguros e Inversiones bevezetett a SAS közreműködésével egy törlés-előrejelző modellt, amelynek segítségével a gépjármű-biztosítások esetében a megke-resett csoportban 9 százalékponttal csökkent a törlési ráta. (F. Buttle, 2009)

Bár a 2002-es Generali és a 2003-as Allianz hírei azt mutatták, hogy az adatbányászat hasonló szerepet tölthet be, mint a banki és a telekommunikációs szektorban, ehhez képest ez a várakozás nem teljesült a 2000-es években. Az alábbiakban azt vizsgálom meg, mi lehetett ennek az oka, miért alakulhatott így, valamint 2015-ben milyen jövőképe lehet az adatbányászatnak.

Az adatbányászat sajátossága

Az adatbányász adatokkal dolgozik. Az adatok csoportosításának számtalan lehetősége van, a cikk szempontjából az adat forrása a fontos. Megkülönböztethetünk belső és külső forrásból származó adatokat.

Belső adatoknak tekintjük mindazon adatok körét, amelyeket a rendszerekben tárolunk, amelyekhez bármikor hozzáférhetünk. Ezek az adatok jellemzően az ügyfél által szerződés-kötéskor a szolgáltató rendelkezésére bocsátott adatok, valamint a szerződéses kapcsolat alatt, az ügyfélszolgálat folyamán keletkeznek.

Külső adatok alatt értjük azon adatok körét, amelyeket valamilyen meghatározott céllal gyűjtenek össze a vállalkozások, illetve valamilyen adatvendortól vásárolnak meg. Tipikus példa a KSH T-Star adatbázisa, amely a települések fejlettségéről tartalmaz releváns információkat, azaz egy terjeszkedését mérlegelő vállalkozásnak nyújt segítséget a döntés meghozatalában.

Eltérések a biztosító, valamint a banki és telekommunikációs szolgáltatók között

Az adatbányászat működésének kezdetén a meglévő belső adatokat felhasználva állított elő eredményeket az üzlet számára. Fontos látni, hogy ezek a belső adatok nem elemzési céllal

kerülnek rögzítésre, hanem az üzleti folyamatok elvégzését támogatják. Ezek alapján történik a számlázás/díjbekérés. Ezen a bázison azonosítjuk a biztosítás tárgyát, ami a kárrendezés alapja. Ebben a kontextusban nincs jelentősége, hogy két különböző típusú szerződésnek (kgfb/lakás) ugyanaz-e a szerződője vagy más, mivel az alapvető üzleti folyamatainkban a biztosítótársaságok nem használják ezt az információt, mivel nem befolyásolja sem a díjbeszedést, sem a kárkifizetést (ha azonosítható a biztosított vagyontárgy), sem az ügyféllel történő kommunikációt. Így üzletileg racionális, azaz elfogadható és megengedhető, hogy ne fordítsanak extra figyelmet arra, hogy a meglévő szerződő, ha új szerződést köt, azt hozzá rendeljük. Az ügyfél-kiszolgálási folyamatok akkor is működnek, ha külön ügyfél-azonosító alá rendezik az azonos ügyfélhez tartozó szerződéseket.

Ugyanez egy banknál és telekommunikációs szolgáltatónál eltérő módon működik. A termék helyett egy központi egység köré épül a kiszolgálás. Egy vezetékes telekommunikációs szolgáltató pontos lakcímhez rendeli a szolgáltatást, a mobil telekommunikációs szolgáltató pedig mobilhívószámhoz. Telekommunikációban máshogy nem is tudna ez működni. A meglévő mobilhívószámra, illetve SIM-kártyára kell a keresztértékesített új szolgáltatást aktiválni. Ugyanígy működik a vezetékes telekommunikációs szolgáltató is, ha a meglévő internet-előfizetése mellé egy IPTV-t igényel az ügyfél, a beszerelési cím azonosága miatt a szolgáltató össze tudja rendelni a két szolgáltatást. Vagyis az ügyfél-szolgáltatás összerendelés automatikusan megtörténik.

Eltérés a termékek között

A banki és telekommunikációs termékek az ügyfelek számára kézzelfoghatóak, használatuk azonnal kielégít valamilyen meglévő szükségletet.

A biztosítás is meglévő szükségletet elégít ki. Olyan előre meghatározott esemény bekövetkezése esetén ígér anyagi segítséget, amelynek bekövetkezésétől a szerződő tart. A banki és telekommunikációs termékekkel szemben ez az igény azonban időben változik. Míg az ügyfelek folyamatosan meg szeretnék kapni a fizetésüket a bankszámlájukra, és szeretnének a barátaikkal telefonon vagy interneten kapcsolatot tartani, vagyis a banki és telekommunikációs szolgáltatásokat folyamatosan igénybe veszik, addig egy biztosítási szolgáltatást – típusától függően – szerencsére az ügyfelek nem 100 százaléka vesz igénybe, mivel az az esemény, amely ellen a biztosítás véd, nem feltétlenül következik be. Tipikus példája ennek a lakásbiztosítás, ahol egy-egy vihar után szükségét érzi a lakásbiztosítási szerződés megkötésének, de a viharmentes időszakban ez a szerződés okafogyottá válhat a biztosított szemében.

A rendelkezésre álló adatok

A korábban tárgyalt termékek eltéréseinek következtében a rendelkezésre álló adatok mennyiségében jelentős eltérés látszik. Míg egy telekommunikációs cég esetében, ahol naponta több hívást indítanak és fogadnak, SMS-t küldenek, internetet olvasnak, számtalan tranzakció

adat keletkezik. Ettől kissé elmarad a banki szolgáltatás, ahol a folyószámlás és a bankkártyás tranzakciók száma nem napi, hanem havi szinten jelentős. A fentiekhez képest a biztosítástranzakció szegény iparág, amelyben előfordulhat, hogy egy szerződéshez éves szinten csupán 1-2 tranzakció vagy ügyfél-szolgáltató interakció kapcsolódik.

Ugyanakkor a biztosítási szektorban a szerződés megkötésekor lényegesen több információ tudható meg az ügyfelek családi állapotáról, jövedelmi és vagyoni helyzetéről, esetleg egészségi állapotáról, illetve utazási szokásairól, mint a másik két szektorban.

A biztosítástranzakció szegény iparág, előfordulhat, hogy egy szerződéshez éves szinten csupán 1-2 tranzakció kapcsolódik.

Az adattisztaságot befolyásoló egyéb tényezők

Még a 2010-es években is számtalan esetben az értékesítő papíron töltötte ki az ajánlatot az ügyféllel együtt. Ebben az esetben jelentős a veszélye annak, hogy a kézírást pontatlanul értelmezi, és emiatt tévesen rögzíti az adminisztrátor, ami az ügyfelek összerendelését nehezíti, vagy akár el is lehetetleníti.

Vannak olyan esetek, amikor az ügyfél nem érdekelt az adatainak pontos megadásában. Ha egy ügyfél ajánlatát a biztosító visszautasította, ám az ügyfél mindenképpen az adott biztosítóval szeretne szerződést kötni, akkor az adataiban minimális változtatást eszközölve megpróbál az ellenőrzési rendszeren átjutni.

A jutalékszabályzatok az értékesítőket is ösztönzik arra, hogy ne tegyék összekapcsolhatóvá az ügyfeleket. Vannak olyan korlátozó tényezők a jutalékszabályzatokban, amelyek szerint, ha előre meghatározott időn belül köt ugyanolyan típusú szerződést az ügyfél, akkor ez nem számít új értékesítésnek, ez pedig csökkentett vagy akár 0 Ft jutalékkifizetést eredményez. Ezt elkerülendő előfordulnak olyan esetek, hogy az értékesítő az azonosítás folyamatában kulcsfontosságú adatot pontatlanul ad meg.

A biztosító és az alkusz között több helyen is sérülhet az adatok átadásának pontossága, valamint a két különböző nyilvántartási rendszer összehangolásából adódhatnak eltérések.

Állandó vitakérdés egy alkusz és biztosító között, hogy ki próbálhat meg értékesíteni az adott ügyfélnek. Az alkusz szeretné, ha az ügyfélnek csak ő értékesíthetne. Ez számára előnyös, mivel ebben az esetben ő dönthetné el, melyik szolgáltató milyen termékét ajánlja az ügyfélnek. Ez azonban sérti a biztosító érdekeit, mivel az alkusz által ajánlott termék nem biztos, hogy az adott biztosítóé lesz. Továbbá van olyan félelmük a biztosítóknak, hogy nem is keresi meg az ügyfeleket az alkusz, például a későbbi fejezetben bemutatott specializáció miatt. Ha az alkusz nem bízik a biztosítóban, akkor nem az ügyfél valódi elérhetőségi adatait adja meg (például egy generált e-mail címet jelöl meg a kitöltött ajánlaton), ami tovább csökkenti az esélyét az ügyfelek összerendelésének.

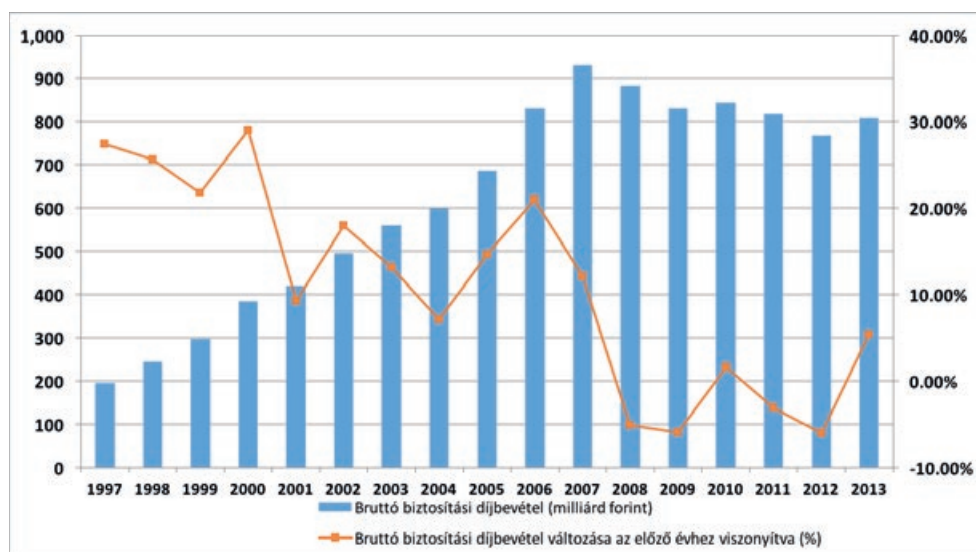
A fentiek eredőjeként levonhatjuk azt a következtetést, hogy amíg egy biztosító nem fordít kellő hangsúlyt az adatok pontosságára, és az esetleges érdeklentéket nem rendezi minden érintett fél részére megnyugtató módon, addig jelentős fejlesztések árán tudja csak az ügyfél-összevonást megvalósítani.

Az értékesítő szerepe

Nagyon fontos tényező az értékesítő felkészültsége. Ahhoz, hogy bizonyos típusú terméket értékesíteni tudjon, szakmai vizsgát kell tennie. Ha nincsen vizsgája, nem értékesítheti az adott terméket. Ugyanilyen fontos tényező az, hogy melyik terméket mennyire hitelesen képviseli. Ennek alapján gyakran előfordul, hogy bár a jogosultságot megszerezte az értékesítő egy adott termék értékesítéséhez, de nem adja el.

Korábbi kutatási eredményeink – olyan kutatásból, amelyet azok között az értékesítők között folytattunk, akik hosszabb időt töltöttek el biztosítási szerződések értékesítésével, és ezen időszak alatt legalább az átlagkeresetet elérő jövedelmet realizáltak ebből a tevékenységből – alapján látszik, hogy jól elkülöníthető értékesítési stratégiák léteznek. Vannak, akik egy-egy termék értékesítésére fókuszálnak, a részarányuk a várakozásoknál nagyobb, míg azok az értékesítők, akik a biztosító teljes termékpalettáját tudják ügyfeleiknek kínálni, elenyésző számban vannak.

A fenti összefüggések ismeretében racionálisan gondolhatta egy biztosítói menedzsment, hogy azért sincs szükség cross-sell támogatásra, aminek az alapja lehet egy adatbányászati cross-sell modell, mivel az értékesítők jelentős része egy, esetleg két típusú termékre specializált.



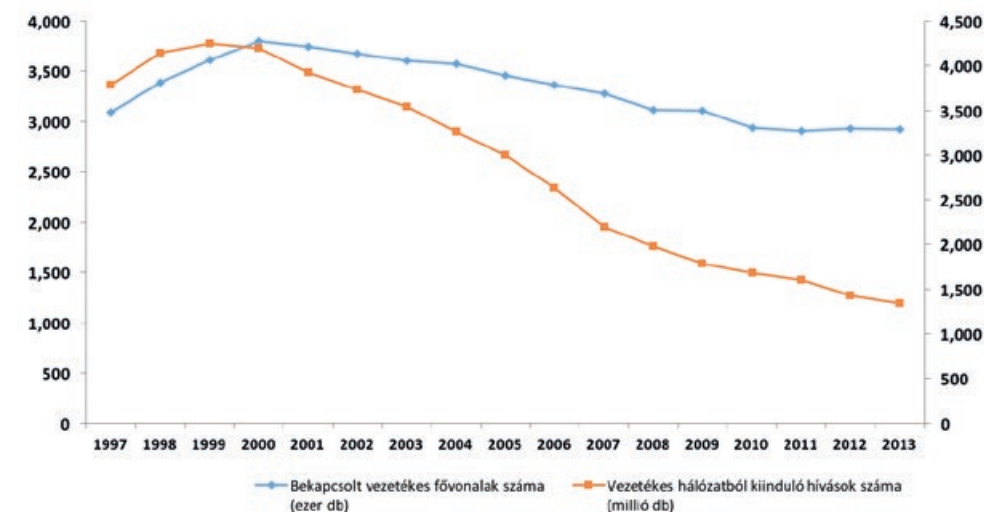
1. ábra: Bruttó biztosítási díjbevétel változása 1997–2013 között

(Forrás: Magyar Biztosítók Évkönyve 2008 p:7, in: Magyar Biztosítók Évkönyve 2014, p:9)

Piaci környezet alakulása a telekommunikációs és biztosítási szektorban

Amint az 1. ábrán látható, a 2000-es években a biztosítási piacon a díjbevétel dinamikusabban nőtt. Ebben a piaci környezetben racionális stratégia, ha az értékesítésre fókuszál egy szolgáltató az ügyfelek megtartása helyett, mivel az esetlegesen elvándorló ügyfelek könnyen pótolhatóak új szerzéssel. Ez a tény is az adatbányászat elterjedése ellen hatott a 2000-es évek közepéig.

A vezetékes telekommunikációs szektorban ugyanebben az időszakban már az ügyfél-megtartásra voltak kénytelenek fókuszálni a vállalkozások. Ahogy a 2. ábrán is látszik, a 2000-ben elért előfizetői létszámcúcs elkezdett csökkenni évi 40.000-120.000 darabban a 2000-es években. Ezzel párhuzamosan a mobiltelefon-szolgáltatás előretörésével a lebonyolított hívások mennyisége is évente jelentős mértékben, 5-10 százalékkal csökkent. Ebben a piaci helyzetben a bevételi tervek teljesítése már nem volt menedzselhető új előfizetések értékesítésével. A szolgáltatók elsődleges prioritásává a meglévő ügyfelek megtartása vált. Másodlagos célként a bevételt termelő hívásforgalom visszaesésének minimalizálása fogalmazódott meg.



2. ábra: Bekapcsolt vezetékes fővonalak száma 1997–2013 között

(Forrás: KSH 4.7.3. A távbeszélő szolgáltatás főbb mutatói (vezetékes, mobil) (1990–2013))

Kockázatközösség vs. ügyfélszintű gondolkodás

A banki- és a telekommunikációs iparág egyedi ügyfeleket szolgál ki. A biztosítói iparág gondolkodásmódja élesen eltér ettől abban a tekintetben, hogy kockázatközösségek szervezésével foglalkozik. Mivel a kockázatközösségekben egy-egy fajta kockázatot kezelnek, amelyre egy-egy típusú termék nyújt megoldást, ezért a gondolkodás és a kiszolgálás inkább a termék alapján történik, a másik két iparágban alkalmazott ügyfélközpontú gondolkodás helyett.

Az 1. táblázat összefoglalja, mi a különbség a termék és az ügyfélközpontú megközelítés között. Nem mindegyik pont jellemző a bal oldali oszlopból a biztosítókra. Azonban „az ügyfélszolgálat kevésbé fontos” és „méréselt kapcsolat az ügyfelekkel” pontok nagyon plasztikusan mutatják meg, hogy a forgalmas bevásárlóközpontokban és a frekvenciált helyeken mennyire felülreprezentáltak a bankfiókok és telekommunikációs ügyfélszolgálati pontok a biztosítói irodákkal szemben.

Nagy kérdés, hogyan ötvözhető a kockázatközösség gondolata az egyéni ügyfélkezelés stratégiájával.

A biztosítói iparág gondolkodásmódja élesen eltér ettől abban a tekintetben, hogy kockázatközösségek szervezésével foglalkozik.

Tranzakációs marketing	Kapcsolati marketing
Egyszeri eladásra koncentrálnak	Az ügyfelek megtartására koncentrálnak
A termékjellemzők hangsúlyozása	A termék hasznosságának hangsúlyozása
Rövid távú periódusok	Hosszabb távú periódusok
Az ügyfélszolgálat kevésbé fontos	Az ügyfélszolgálat nagyon fontos
Alacsony szintű elkötelezettség	Magas szintű elkötelezettség
Méréselt kapcsolat az ügyfelekkel	Magas szintű kapcsolat az ügyfelekkel
A minőség a gyártási folyamat része	A minőség minden szinten fontos

1. táblázat: Termék- és ügyfélközpontú megközelítés összehasonlítása (Forrás: Fajsi-Cser-Fehér p: 206)

Ha kockázatközösség szintjén gondolkozik egy szolgáltató, akkor számára az adott kockázatközösségre vonatkozó pénzügyi mutatók, megmaradási arányok, kárgyakorosság és kárhányad lesz releváns, és ennek alapján dönt az árazásról, a kiszolgálásról és egyéb tényezőkről. Ezek a döntések csupán az adott termék szempontjait veszik figyelembe, és az egész csoportra vonatkoznak. A csoportba kerülést azonban csak a szerződéskötéskor rendelkezésre álló információk befolyásolják. Jó példa erre a kgfb. A sofőr neve, bonus-malusa, a lakóhelye, a kora, az autójának a típusa alapján besorolja a szolgáltató a szerződést, és ennek alapján állapítja meg a díjat. A csoporton belül mindenkinek ugyanazt. De a csoporton belül még számtalan szegmens képzelhető el, amelyek viselkedésük alapján különböző kockázati besorolásba kerülhetnének, és ez eltérő díjat és kiszolgálást eredményezne.

Kgfb esetén az alábbi változók lehetnek relevánsak:

- 1. Adott időszakban megtett út (km)
- 2. Veszélyes útszakaszok használatának aránya vagy gyakorisága
- 3. A sofőr vezetési stílusa óvatos vagy kockázatos

Tekintsünk úgy ezekre a változókra, mint egy új csoportosítási lehetőség bemenő paramétereire. Ezáltal új kockázati besorolást kapunk, amely a megismert viselkedés alapján új csoportosítási lehetőséget biztosít. Ily módon termékszinten pontosabb árazásra és a kiszolgálási szint pontosabb meghatározására nyílik alkalma a szolgáltatónak, ha erre a biztosítási feltételek lehetőséget adnak.

Következő lépésként megvizsgálható a kérdés, hogy az egyik termékben az ügyfél által mutatott kockázati profil mennyire jellemző a másik termék kockázati besorolására. Amennyiben látunk kapcsolatot, úgy jelentős lépést tehetünk a termék alapon álló tranzakciós marketing irányából a kapcsolati marketing irányába. Ugyanis ekkor az általános elbírálás helyett az ügyfélre egyedileg jellemző kockázati profil alapján tehet ajánlatot a biztosító.

A viselkedésalapú újraszegmentálásban és ezen keresztül a kapcsolati marketing felé tett lépésekben tud az adatbányászat jelentős segítséget nyújtani, amelyet érdemes kihasználni.

Háztartási összevonás

Ha az ügyfeleink számára teljes kiszolgálást tervezünk nyújtani, akkor mindhárom tárgyalat szolgáltatás esetében háztartási szinten érdemes gondolkodnunk. Gyakran előforduló eset a biztosítások esetében, hogy a lakásbiztosítást a feleség, a kgfb-t viszont a férj kötötte. Ekkor a háztartások összerendelése nélkül két külön ügyfelet látunk egy-egy szerződéssel, akiknek – feltételezésünk szerint – szükségük van a másik biztosításra is. Ha a szolgáltató tudja azonosítani, hogy ők azonos háztartásban élnek, akkor két felesleges megkeresést el tud kerülni, ami mindkét fél számára kedvező. Korábban tárgyaltuk, milyen tényezők jelentenek nehézséget az ügyfélszintű összerendelésben, ezek hatványozottan igazak, ha az összevonást háztartásokra próbáljuk elvégezni. Tapasztalatom szerint a címek a házszám szintjéig nagyjából azonosíthatóak. Természetesen tudok ellenpéldát mondani, amikor már az utca szintjén problémát okoz az összevonás. (2. táblázat)

Munkácsy utca
Munkácsy Mihály utca
Munkácsi u.
Munkácsy u.
Munkácsy M. út

2. táblázat: Egy település Munkácsy Mihály utcájának előfordulása az adatbázisban (Forrás: Szerző gyűjtése)

Ez még tovább folytatható az elképzelhető esetekkel. Ennek kezelésére a folyamatos formátum-ellenőrzés javasolt, illetve egy utcatorzs kialakítása és ennek folyamatos használata már az adatrögzítésnél is. (Fajsi-Cser-Fehér p: 215-241)

A házszámok esetében az A/B megkülönböztetések és a kötőjeles számok, azaz a 12-22 típusú, de lépcsőház-megjelöléssel kiegészítve, jelentenek azonosítási problémát. Ha pedig

egy emeletes házban próbál valaki emelet-ajtó szintre azonosítást elvégezni, akkor különösen nehéz dolga van a földszint-félemelet-alagsor, tetőtér-III. emelet kombinációkkal, amelyek páronként jelenthetik ugyanazt a szintet is.

A fentiekben a címek azonosításának nehézségeit gyűjtöttem össze, de az összevonás során problémát jelent, ha az állandó lakcím a férj és a feleség esetében eltér, valamint a nevek sem segítenek sok esetben a családi kapcsolat feltárásában.

A háztartás azonosítása csak adott időpillanatra érvényes. Egy következő időszakban már nem feltétlen lesznek azonos háztartásba tartozóak a férj-feleség (válás miatt) vagy a szülők-gyermekek, amikor a gyermek önálló családot alapít, és elköltözik otthonról. A korábban említett nem túl gyakori biztosító-ügyfél kapcsolat miatt az utóbbi változások nehezen követhetőek az adatbázisban.

Összességében elmondható, hogy a háztartások azonosítása olyan kihívások elé állítja a szolgáltatókat, amelyekre algoritmikus úton nehéz megoldást találni, mivel jelentős az esélye annak, hogy az algoritmus összevon olyan ügyfeleket, akiket nem kellene, és nem von össze olyanokat, akik közös háztartáshoz tartoznak.

Árukapcsolt árazás

A korábban bemutatott vezetékes telekommunikációs szolgáltatás előfizetői létszámának csökkentésére tett egyik kísérlet a csomagban árult szolgáltatások voltak. Ezek az ajánlatok a 2000-es évek második felében jelentek meg. Ez azt jelentette, hogy az ügyfél az internet- és tévé-előfizetése mellé a listaárnál lényegesen kedvezőbb díjon megkaphatta a vezetékes telefonszolgáltatást. Nyilvánvaló, hogy ezek a csomagok előzetes elemzésekben alapultak, miszerint azoknál az ügyfeleknél, akik több termékkel kötődnek a szolgáltatójukhoz, az elvándorlási esély alacsonyabb, mint azoknál, akik csak egy szolgáltatásra fizetnek elő. Az alacsonyabb elvándorlási esély hosszabb várható élettartamot eredményez, így a szolgáltató a rövid távú bevétel- és profitelvárását feláldozva hosszabb távú ügyfél-szolgáltató kapcsolatban reméli elérni ugyanazt az eredményt.

Hasonló együttműködési kedvezmény a telekommunikációs szektorral egy időben megjelent a biztosítási szektorban is. Ennek első példája az egymást logikusan kiegészítő kgfb és casco.

Adatbányászat lehetőségei a biztosítási szektorban

A korábban leírtak alapján komoly lehetőség kínálkozik az adatbányászat számára a biztosítási szektorban. Ebben a részben címszavakban összefoglalom, hol azonosíthatóak megoldásra váró feladatok.

A stagnáló díjbevételező piacon már nem egyszerű akvirálni, így felértékelődik az ügyfelek megtartásának fontossága. Az ügyfélmegtartást törlés-előrejelző modell építésével támogathatja az adatbányászat. Az alkalmazott módszertan tekintetében megfelelőnek tűnik a logisztikus regresszió és a döntési fa is.

Az ügyfélmegtartási stratégiában nem pusztán azt érdemes figyelni, hogy mely szerződések a leginkább veszélyeztetettek, hanem az egyes szerződések/ügyfelek értékét is számba kell venni. Ennek nagyon jó kiindulási alapját jelentik az aktuáriusi modellek, de ezeket érdemes kiegészíteni olyan, ügyfelekre egyedileg jellemző paraméterekkel, amelyek adatbányászati elemzések outputjaiként állnak elő.

Az értékesítés hatékonysága is javítható, ha célzottan értékesítünk. Számba vesszük, mely ügyfélkörnek, milyen terméket, milyen csatornán, mikor, milyen élethelyzetben érdemes kínálni. Ezt az ügyfelek múltbeli viselkedésének elemzésével, az egyes kampányok és értékesítési csatornák konverziós rátáinak elemzésével tudja az adatbányászat támogatni.

A kárrendezési munka támogatása a múltbeli fraud esetek mintázatainak feltárásával és ezen mintázatok újbóli előfordulásának azonosításán keresztül történhet meg.

Az eddigi lehetőségek a meglévő adatbázisok felhasználásán alapulnak. Nagy kérdés, hogyan változik az ügyfelekről rendelkezésre álló adatok köre. Ha az autós biztosítások esetén folyamatosan adatot kap a biztosító arról, hogy a biztosított mikor, mennyit és hol használja az autóját, akkor pontosabb biztosítási díj állapítható meg, akár szerződés szinten is. Ha még ennél is részletesebb adat áll rendelkezésre, amelynek alapján a vezetési stílus is azonosítható, annak alapján tovább lehet differenciálni díjban az ügyfelek között. Ez természetesen ügyfél- és szabályozói döntéseket is felvet, de jó példa arra, hogy az ügyfélszintű elemzésben jelentős kiaknázatlan lehetőségek rejljenek.

Összefoglalás

A fentiekben áttekintettem, miért maradhatott le az adatbányászati fejlesztésekben a biztosítói szektor:

- Csak 2007-ben érte el a csúcspontját a piac, szemben a vezetékes telekommunikáció 2000-es csúcsevvel szemben, így később szembesült a szektor az állományvédelem fontosságával.
- A gyorsan növekvő biztosítói piacon az akvizíció nagyobb eredménnyel kecsegtetett, mint az ügyfelek megtartására és kiszolgálására fókuszáló stratégia.
- Mivel az adatbányász módszertan az ügyfelek elemzésével foglalkozik, nehezen találta meg a szerepét egy termékvezérelt és az ügyfél helyett ügyfélcsoportokat fókuszba helyező iparágban.
- Jelentős arányban voltak egy, maximum két termékre fókuszáló értékesítők, ami ellehetetlenítette a valódi keresztértékesítési lehetőségeket.
- Az ügyfél – és a valójában alkalmazandó háztartási szintű – adatok előállításának nehézségei.

A fenti érvek elégségesnek látszanak arra, hogy egy menedzsment racionális döntése az legyen, hogy az adatbányászatra nem allokál jelentős erőforrást. Ha a fenti feltételekben változás áll be, akkor az adatbányászat számtalan ponton támogatni tudja az üzleti célok megvalósulását.

HIVATKOZÁSOK

¹ Köszönöm kollégámnak, Wágner Józsefnek a technikai segítséget, valamint a vitára és gondolkodásra készítő megjegyzéseit, valamint Horváth Gyulának, hogy a kéziratot gondosan átnézte és javította. A tanulmány a szerző magánvéleményét tükrözi, ez nem feltétlenül egyezik meg az Aegon Magyarország Biztosító Zrt. álláspontjával.

IRODALOMJEGYZÉK

- Michael J. A. Berry and Gordon S. Linoff (2004): Data Mining Techniques, John Wiley & Sons
Francis Buttle (2009): Customer Relationship Management, Second Edition, p:10
<http://www.tandfebooks.com/isbn/9780080949611>
Cégvezetés (2003): Csalók, károk és az adatbányászat
Online: <http://cegvezetes.hu/2003/02/csalok-karok-es-az-adatbanyaszat/>
Clementine Consulting referencia (2009) (http://valaszado.hu/letolt/AEGON_hun.pdf)
Drake Baer (2015): A California city is paying would-be murderers not to shoot anybody – and it's working
Online: <http://www.techinsider.io/richmond-uses-data-to-reduce-murders-2015-7>
Éves jelentés – Generali (2002) p:19,
Online: https://www.generali.hu/~media/01_Rolunk/ev-es_jelentesek/ev-es_jelentes_magyar_2002%20pdf.ashx?la=hu
Fajsi Bulcsú – Cser László – Fehér Tamás: Üzleti haszon az adatok mélyén, Alinea Kiadó-IQSYS 2010 p: 206
W. Frawley and G. Piatetsky – Shapiro and C. Matheus (1992): Knowledge Discovery in Databases: An Overview. AI Magazine, pages 213-228.
Groupama: CRM Fentről és lentől http://konferenciak.advalorem.hu/uploads/files/CRM%202_CRM_Fentrol_es_lentrol%20a%20Groupama.pdf
Hangbányászat: az adat a XXI. század olaja Online: http://hvg.hu/tudomany/20111027_hangbanyaszat
ING Ügyfél-szegmentációja 2012.
(Katona Krisztina az analitikus CRM alkalmazási területeit mutatja be az ING Biztosítónál egy esettanulmány részletesebb ismertetésével.) Forrás: <http://pmsz.org/hu/esemeny/xi-spss-adatbanyaszati-es-adatelemzesi-konferencia>
Kovács Gyula (2007): SVM alkalmazása churn előrejelzésre Churn előrejelzés, VI. SPSS Konferencia p:5
Online: <http://slideplayer.hu/slide/2060005/>
Pancza Judit (2015): CLEMVOICE – an intelligent call center assistant solution
http://www.lt-innovate.org/sites/default/files/lt_summit/2_ClementineConsulting.pdf
Radnai Márton – Vonnák Dzsamila: Banki tökélmegfelelési kézikönyv, Alinea Kiadó – Ramasoft 2010
Christian Schulze, Bernd Skiera, & Thorsten Wiesel (2012): Linking Customer and Financial Metrics to Shareholder Value: The Leverage Effect in Customer-Based Valuation, Journal of Marketing Volume 76 p.17-32
<http://journals.ama.org/doi/abs/10.1509/jm.10.0280>
Szóke Péter (2015): Mindent tud rólunk a big data, Világgazdaság, page: 12
The Economist (2015): Risk and reward (2015)
Online: <http://www.economist.com/news/finance-and-economics/21646260-data-and-technology-are-starting-up-end-insurance-business-risk-and-reward>

Internetes oldalak:
<http://www.ci.richmond.ca.us/271/Office-of-Neighborhood-Safety> 2015-09-15

BESZÁMOLÓ A MABISZ 2015. OKTÓBER 14-ÉN TARTOTT KONFERENCIÁJÁRÓL

Lencsés Katalin (Magyar Biztosítók Szövetsége) katalin.lencses@mabisz.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

A MABISZ októberben tartotta VI. konferenciáját, mely ismét ragyogó alkalmat teremtett arra, hogy a szektor képviselői, a biztosítók és közvetítők szakemberei, a kormányzati döntéshozók és a felügyeleti szervek képviselői számba vegyék az elmúlt időszak eseményeit, és együtt gondolkodjanak a szakma előtt álló kihívásokról. Az idei rendezvény középpontjában a felelősségbiztosítások és a magán-egészségbiztosítások álltak. Jelen beszámoló erről az eseményről ad összefoglalót.

SUMMARY

The Association of Hungarian Insurance Companies (MABISZ) held the 6th conference in October. It was a brilliant occasion for the representatives of the insurance sector, the experts in the insurance companies, mediators and the representatives of governmental decision-making and supervisory authorities to consider recent events and to think together about the challenges in the insurance business. This year's event focused on corporate liability and private health insurance. The present report summarizes this event.

Kulcsszavak: biztosítás, konferencia

JEL: G22

Key words: conference, insurance

JEL: G22

DOI: 10.18530/BK.2015.4.78

<http://dx.doi.org/1018530/BK.2015.4.78>

A Magyar Biztosítók Szövetsége 2015. október 14-én tartotta VI. konferenciáját a Corinthia Hotel Budapestben. A biztosítási szektor legnagyobb konferenciája ismét kiváló alkalmat jelentett a biztosítók, a velük együttműködő vállalkozások, a szabályozói és felügyeleti döntéshozók képviselői számára a magas szintű szakmai eszmecsere.

A konferenciát a MABISZ főtitkára, **Dr. Molnos Dániel** nyitotta meg, előre-bocsátva, hogy idén a fókusz a felelősségbiztosításokra és a magán-egészségbiztosításra irányul.

A 2014. január 1-jétől bevezetett adójóváírás lehetősége hatékonyan tudja ösztönözni a hosszú távú megtakarításokat.

Az első előadó **Pandurics Anett**, a MABISZ elnöke volt, aki átfogó képet adott a hazai biztosítási piac elmúlt évről, illetve aktuális kérdéseiről. Az előadás pozitív felütéssel indult, mivel 2015 első félévében ismét nőtt a biztosítási piac, nemcsak bruttó értékben, hanem az inflációval korrigált nettó értékben is. A piaci erőviszonyok nem változtak jelentősen, a piaci koncentráció az előző év végéhez képest csak kismértékben csökkent (TOP5 esetében 58,5%-ról 57,2%-ra).

Amennyiben az egyes biztosítási ágakat, illetve ágazatokat külön-külön is megnézzük, az életbiztosításoknál azt találjuk, hogy nőtt a folyamatos díjas szerződések díjbevétele, míg az egyszeri díjas szerződések díjbevétele 11,6 százalékkal csökkent. Ez egy régóta várt pozitív tendencia jele lehet, ami a megtakarítási szerkezet jó irányban történő elmozdulását jelzi, mivel a stabilabbnak tekinthető rendszeres befizetések aránya növekszik a portfólión belül az időnként jelentős volatilitásokat is mutató egyszeri díjas piachoz képest. A nyugdíjbiztosítások adatai jól mutatják, hogy a 2014. január 1-jétől bevezetett adójóváírás lehetősége hatékonyan tudja ösztönözni a hosszú távú megtakarításokat az előzetes várakozásokkal összhangban. Ebben a szegmensben valóban hosszú távú megtakarítások akumulálódnak, ami azt a társadalmi célt segíti, hogy egyre szélesebb rétegek legyenek képesek élni a támogatott öngondoskodás lehetőségével. A hazai biztosítótársaságok továbbra is elkötelezettek abban, hogy a hosszú távon kötelezettséget vállaló ügyfél transzparens és összehasonlítható módon értesüljön a termékek költségvonzatáról, ezért a 2010 óta működtetett TKM rendszer keretében a költségmutató számításának kötelezettségét 2015. július 1-jétől kiterjesztették a klasszikus nyugdíjbiztosításokra is. Ezáltal a nyugdíjbiztosítások kiemelten fontos termékcsoportjában a fogyasztó már a unit-linked típusú és a klasszikus nyugdíjbiztosítások vonatkozásában egyaránt egyszerű és jól érthető módon tud tájékozódni a költségekről.

A nem-életbiztosítások legnagyobb fókuszot kapó termékcsoportja a kgfb, melynek kapcsán mostanában a legtöbbeket izgató kérdés, hogy tényleg drágult-e ezen

termék az utóbbi időben. Az adatok szerint piaci szinten 10 százalékos körüli volt a díjemelkedés, e mögött ugyanakkor differenciált kép rajzolódik ki. A növekedés egyrészt a személyautókat kevésbé érinti, másrészt pedig a díjszínvonalat befolyásoló paraméterek kedvezőtlenül változtak az elmúlt időszakban: nőtt az üzemanyag-fogyasztás, ezzel párhuzamosan emelkedett a futott kilométerek és a személyi balesetek száma, és a kárgyakoriság is növekedésnek indult. A reális kép érdekében fontos kiemelni, hogy mindezek ellenére a kgfb átlagdíja még mindig a 2009-es szint alatt van.

A casco biztosítások penetrációja alacsonynak tekinthető (18%) nemzetközi összehasonlításban, míg egy hasonló kitekintésű összevetésben a termék adóterhelése kifejezetten magas (15%). A biztosítási piac lát arra lehetőséget, hogy a casco adókulcsának csökkenésével is teljesüljön a költségvetési bevételi előirányzat. Az újautó-vásárlás élénkülésével, a gépjárműpark fiatalodásával ugyanis nőne a szerződésszám, illetve emelkednének az átlagdíjak, ami növelné az adóalapot. Ez az összefüggés már ma is igaz, hiszen a teljes nem-életbiztosítási piac vonatkozásában a biztosítási adóból származó költségvetési bevétel – az eredetileg előirányzott 0,5 százalékos csökkenéssel szemben – 2015-ben az év végéig jelentősen emelkedni fog az adóalap-növekedés miatt. Egy másik slide pedig arról tájékoztatott, hogy a teljes nem-életbiztosítási piac vonatkozásában a biztosítási adóból származó költségvetési bevétel – az eredetileg előirányzott 0,5 százalékos csökkenéssel szemben – 2015-ben az év végéig jelentősen emelkedni fog az adóalap-növekedés következtében.

A felelősségbiztosítások vonatkozásában az elmúlt időszakban a D&O (directors and of officers liability insurance) biztosítások kaptak nagyobb súlyt, ezek állománydíja 20 százalékkal növekedett az év végéhez képest. Az általános felelősségbiztosítások állománydíjában is megfigyelhető a növekedés (9%), ugyanakkor ez még távolról sem ad okot elbizakodottságra, mivel Magyarország nemzetközi összehasonlításban kifejezetten alulbiztosítottnak számít a penetráció vonatkozásában, valamint a fedezetek és limitek tekintetében egyaránt.

A lakásbiztosítási piac 3 millió szerződést regisztrál, ami azért tekinthető viszonylag magas számnak, mivel az üres és bontásra érett lakások becsült aránya a lakásállomány 22 százaléka. Az előadás végén előkerült a magán-egészségbiztosítás területe is, ahol az állománydíj 15 százalékkal nőtt 2015 első félévében az előző év végéhez képest, de ez a szám eltörpül a piac tényleges potenciáljához képest.

A szövetség elnöke ezt követően felvázolta a biztosításügy aktuális, átfogó témáit. Ezek közé tartozik hazai szinten az MNB etikus életbiztosítás koncepciója, mely konzultációs szakaszban van, illetve a TKM-számítás kiterjesztése a klasszikus nyugdíjbiztosításokra is. Európai szinten pedig az immár célegyenesbe ért IDD irányelv (Insurance Distribution Directive), PRIIPs rendelet (Packaged Retail Investment and Insurance Products) és a Szolvencia II szabályozási cso-

mag foglalkoztatja a szakmai közvéleményt. A szövetség elnöke végül, de nem utolsósorban kiemelte a MABISZ éppen most egy éves születésnapját ünneplő tudományos folyóiratát, a Biztosítás és Kockázatot, mely iránt örömdetesen élénk az érdeklődés a potenciális szerzők és az olvasókörözönség részéről egyaránt.

A Felügyelet konzultatív, de szigorú felügyeleti tevékenység mellett kötelezte el magát.

A konferencia második előadója **Dr. Szebelédi Ferenc**, az MNB Biztosításfelügyeleti főosztályának vezetője volt, aki a biztosításfelügyelet aktuális kérdéseit foglalta össze. A Felügyelet konzultatív, de szigorú felügyeleti tevékenység mellett kötelezte el magát, melynek sarokpontjai a nyitott konzultáció a piaci szereplőkkel, a piac orientálása ajánlások, vezetői körlevelek és koncepciók megfogalmazásán keresztül, illetve szigorodó intézkedések foganatosítása az utóvizsgálatok és bírságpolitika vonatkozásában.

Természetesen továbbra is kiemelt fókusz kap a Szolvencia II csomaghoz kapcsolódó felügyeleti aktivitás, mely magában foglalja a konzultációkat és hatásmérőket, a releváns jogszabályi változásokhoz (Bit. törvény) kapcsolódó feladatokat, valamint a szükséges felügyeleti ajánlásokat.

A hazai biztosítási piac elemzését az MNB munkatársa is az életbiztosításokkal kezdte, amely téren mintha lelassulni látszana a növekedési fordulat. A Felügyelet kiemelt jelentőséget tulajdonít az adókedvezménnyel is támogatott nyugdíjbiztosításoknak, ezért is bocsátotta ki még 2014 nyarán a nyugdíjbiztosítási ajánlást, melynek elvárása az egyszerű, átlátható, értékálló és ügyfélönnyel biztosító termékek forgalmazása. Az ajánlás visszamérésének második fázisa most zajlik, az azonban már tudható, hogy a TKMny sávok zsugorodtak az ajánlás hatására, a drága unit-linked termékek kiszorultak a piacról. A nyugdíjbiztosításoknál az átlagos belépési kor 45,3 év, ami nem tekinthető rossz értéknek, de tendenciájában ennél korábban kell a lakosságnak gondolnia a nyugdíjas évekre.

A nem-életbiztosítási piac díjbevétel-növekedése továbbra is töretlen, a kgfb kapcsán pedig ebben a prezentációban is megemlítsre került, hogy az átlagdíjak még mindig a 2010-es szint alatt vannak, az akkorinál jóval magasabb kockázatok mellett. A biztosítók tőkemegfelelése csökkenő trendet mutat, de kielégítő, a szektor jövedelmezősege pedig összességében megfelelő, ami azonban az egyes biztosítók tekintetében már differenciált képet mutat.

A felügyeleti munka kiemelt fontosságot tulajdonít a fogyasztóvédelmi tevékenységnek, melynek szerves részét képezi a fogyasztók jogérvényesítésének segítése, a szigorú és folyamatos fogyasztóvédelmi felügyelet. Ebbe az ívbe illeszkednek azok a megfogalmazott koncepciók is, melyek a korrekt termékek forgalmazását ösztönzik. Ilyen például az etikus életbiztosítások koncepciója, melynek legfon-

tosabb célja a transzparencia további erősítése a biztosítási befektetési termékek piacán, az ügyfélérdek és az értékesítési motiváció összhangjának megteremtése. Ezt a célt a felügyelet összetett eszközrendszerrel kívánja elérni (Bit. szabályok, felügyeleti rendelet és ajánlások kombinációja).

Egy rövid kávészünetet követően a konferencia **Palotai Dániel**nek, az MNB ügyvezető igazgatójának előadásával folytatódott a magyar gazdasági növekedés kilátásairól, melyek közvetlen módon hatnak a lakosság megtakarítási hajlandóságára. A makrogazdasági környezet stabil és kiegyensúlyozott szerkezetűnek tekinthető, az infláció jelentős csökkenésének köszönhetően pedig a lakosság elkezdett alternatív befektetési formákat is keresni. A csökkenő munkanélküliség és a szignifikáns jövedelemnövekedés hatásának nagy része szintén megtakarításokban csapódott le, miközben a fogyasztásra is jutott pénz. Az elmúlt időszakban a ciklikus és strukturális tényezők egyaránt növelték a megtakarításokat, ez utóbbinak fontos elemét képezi a hosszú távú megtakarítások ösztönzőrendszere. A jelenlegi magas megtakarítási hajlandóság a várakozások szerint tartósan is fennmaradhat, mivel mérséklődnek a ciklikus tényezők (pl. a túlzott eladósodás hatása).

A magyar háztartások pénzügyi vagyona meghaladja a régiós országok szintjét, a lakossági portfólión belül pedig átrendeződéseknek lehetünk tanúi. Továbbra is meghatározó a bankbetétek szerepe, de azok aránya csökkenést mutat, míg az értékpapíroké nő. Legnagyobb mértékben a jelentős kamatelőnyvel rendelkező állampapírok aránya emelkedett.

A biztosítói piacra rátérve az előadó megállapította, hogy a piac fejlettségének megfelelő – a GDP-arányban mért – vagyon van elhelyezve a biztosításokban és pénztári termékekben. Ezeken a termékeken keresztül is jelentős a lakosság közvetett állampapírtartása, ami tovább segíti az állam külső adósságának csökkenését. Pozitív végkicsengésként pedig kihangsúlyozta az előadó, hogy a gazdasági felzárkózással még inkább előtérbe kerülhetnek a hosszú távú megtakarítási formák.

A nap első felét kerekasztal-beszélgetés zárta a hazai felelősségbiztosítás kiadvásairól és lehetőségeiről (résztevők: **Bérczi László** tűzoltó dandártábornok, OKF, **Hajas Gábor** vállalati vagyonbiztosítási igazgató, Generali Biztosító, **Faragó-Szabó Flóra** főosztályvezető, Groupama Biztosító, **Szombat Tamás** vezérigazgató-helyettes, Aegon Magyarország Biztosító, moderátor: **Horváth Andrea** biztosítási szakértő). A beszélgetés során elhangzott, hogy életünk minden területén bármelyik pillanatban bekövetkezhet olyan helyzet, amikor szembetaláljuk magunkat károkozással, amelyért magánemberként vagy vállalkozásként felelősséggel tartozunk. A felelősségbiztosításoknak komoly jelentőségük van a kockázat kezelésében, bár ezt még nem minden vállalkozás ismerte fel.

A vörösiszap-katasztrófa után 5 évvel elmondható, hogy nagy ívű strukturális változások következtek be a katasztrófavédelem szervezetében, melyek elősegítik a megelőzést, és kiemelt szerepet kapott az iparbiztonsági szakterület. A biztosítók véleménye szerint van még hová fejlődni, főleg azokon a területeken kötnek felelősségbiztosítást, ahol azt jogszabályi előírás megköveteli. Az állami szerepvállalás növekedése nem jelentheti azt, hogy biztosításra nincsen szükség, hiszen a véletlen, váratlanul bekövetkező események során keletkezett károkra a biztosítás nyújt fedezetet. A környezetszennyezés, a veszélyes üzemek, tevékenységek felelősségbiztosítása iránt még nem nőtt meg az érdeklődés. A megfelelő kockázatkezelés érdekében gondoskodni kell a tényleges tevékenységgel arányos felelősségbiztosítási fedezet fenntartásáról. A károsultak érdekének védelme is azt követeli meg, hogy a biztosítási összeg legalább egy reális mértékig igazodjon a várható kárnagysághoz, hiszen az alulbiztosítottság a károsult érdeksérelmével járhat, a túlzottan magas limit megkövetelése a vállalkozásokat lehetetlenítheti el. Elhangzott, hogy sok esetben a vállalkozásoknál a pénzügyi szempontok döntik el, hogy milyen felelősségbiztosítást választanak, nem pedig a valós igények, szükségletek. Szemléletváltás sokszor csak akkor történik, ha már bekövetkezett a káresemény.

A vállalkozások, magánemberek esetében is növelni kell a tudatosságot, hogy miért van szükség felelősségbiztosításra.

Minden résztvevő kiemelte, hogy a vállalkozások, magánemberek esetében is növelni kell a tudatosságot, hogy miért van szükség felelősségbiztosításra. Ugyanakkor elengedhetetlennek tartották, hogy a jogalkotó a szakma (biztosítók, MABISZ) közreműködésével, véleményének kikérésével, tapasztalatainak figyelembevételével biztosítsa a biztosításszakmai szempontok érvényesítését a jogalkotás során.

A résztvevők egyetértettek abban, hogy a biztosítók termékválasztéka jelenleg is alkalmas a piaci igények kielégítésére. Az extrém, egyedi elvárásokat külön vizsgálják, de nyitottak ezek kezelésére is. Az alkuszoknak kiemelt szerepük van abban, hogy az ügyfél igényeinek megfelelő felelősségbiztosítást ajánlják a kockázatnak és a tevékenységnek leginkább megfelelő limittel.

A résztvevők felhívták a figyelmet a kármegelőzés, a prevenció fontosságára. Az OKF-el egyre több cég teremt együttműködést. A biztosítók megítélése szerint a termékoldal, a választék megfelelő, a limitek alacsonyak, mindenképpen szükséges a biztosítási összegek fokozatos növelése. A penetráció növekedésére számítanak hosszabb távon, mely magával hozza majd a termékek fejlesztését is.

A kerekasztal befejező kérdése a felelősségbiztosítási piac jövőjére vonatkozott, számokban kifejezve 2-3 év távlatában. Jelenleg a felelősségbiztosítás 20,6 milliárd

forint állománydíjjal rendelkezik. A résztvevők – miután kifejtették álláspontjukat a piac várható növekedéséről – egyetértettek abban, hogy 24-25 milliárd forint lehet az éves díjbevétel, melyben a gazdaság növekedésének is nagy szerepe lesz. A piac fejlődéséhez a korrekt fedezetek, a tudatos ügyfelek, az igényekhez igazodó termékek, a megelőzés elterjedése, a penetráció növekedése szükséges. Kiemelten fontos továbbá a közös gondolkodás a jogalkotóval, az együttműködés az állami döntéshozók és a biztosítók között, melyhez a szakma minden tapasztalatával hozzá kíván járulni.

A mennyiségileg több tájékoztatás nem szükségszerűen jelent minőségileg jobbat.

A délutáni szekció első eladó vendége **Varga Mihály**, nemzetgazdasági miniszter volt, aki az Euromoney szaklaptól a közelmúltban kapta meg a „Kelet-Közép-Európa év pénzügyminisztere” címet. A miniszter összefoglalót adott a magyar gazdaság állapotáról. Az elmúlt időszakban sikerült konszolidálni a gazdaság helyzetét, az adósságállomány anélkül csökkent, hogy az lerombolta volna a növekedési kilátásokat. Jók a prognózisok a növekedés szerkezetét tekintve is. Az eddigi növekedés ugyanakkor a hitelezés érdemi bővülése nélkül valósult meg. A jövőben az lenne kívánatos, hogy a továbbiakban ez a banki hitelezésen keresztül történjen meg.

A foglalkoztatási szerkezet is pozitív irányban változott, most félmillióval több ember dolgozik, mint korábban. Magyarországon ugyanakkor továbbra is van munkaerő-tartalék, ennek dinamizálását célozza a szakképzési rendszer módosítása, ami a gazdaság valós igényeiből indul ki.

A biztosítási piacra rátérve a miniszter megköszönte a szektornak a prudens tőkeellátottságot és a befektetéseket egyaránt. A pénzügyi válság a biztosítási piacon is nyomot hagyott, visszaesett a díjbevétel és a szerződések száma, de 2014-ben már tapasztalhatók voltak a javulás jelei is. Mivel a gazdaság eredményei (devizahitelek konverziója, reálnövekedés) többletforrást juttat a lakosságnak, megalapozottnak tűnik a bizakodás, hogy a pozitív trend folytatódni fog. Ezt csak megerősíti az, hogy a 2016. évi költségvetési számok már elfogadásra kerültek, aminek keretében az szja-kulcs 15 százalékra csökken a mostani 16 százalékról. A miniszter megerősítette, hogy a gazdasági kormányzat partner abban, hogy az öngondoskodás elemei tovább erősödjenek.

A MABISZ konferencián az európai dimenzió is megjelent a következő előadó, **Michaela Koller**, az Insurance Europe vezérigazgatója személyében. Jó ideje már megkerülhetetlen témát jelentenek minden szakmai konferencián a Szolvencia II éppen aktuális kihívásai, és valószínűleg ennek soha nem is fogunk a végére érni,

mivel a bankok Basel-szabályozásához hasonló módon, itt is várhatóak az újabb és újabb verziók. Az elvárások napi gyakorlatba történő átültetése továbbra is kihívásokkal terhes. Problémát jelent például, hogy a nemzeti felügyelet kon-
servatív módon implementálják az elvárásokat, ami a későbbiekben nehézségeket fog eredményezni a felügyeleti együttműködésben.

A másik nagy európai szabályozási csomag a biztosítási termékek eladási szabályaihoz, illetve transzparenciájához kötődik (IDD irányelv, PRIIPs rendelet), melyekről már a MABISZ elnökének előadásában is szó esett. Ennek kapcsán azt a dilemmát osztotta meg az előadó a hallgatósággal, hogy a mennyiségileg több tájékoztatás nem szükségszerűen jelent minőségileg jobbat, sőt, könnyen eredményezheti a fogyasztók elárasztását információval, ami nem segíti a jobb fogyasztói döntés meghozatalát. A jövő feladatai között pedig Michaela Koller a technikai fejlődésből adódó kihívásokat, a digitalizációt és az életbiztosítási üzleti modell újragondolását a szükségességét említette meg.

A konferencia hátralévő részében az egészségbiztosításoké volt a terep, elsőként mindjárt egy kapcsolódó kutatási eredményt prezentált **Hidvégi Áron**, a Századvég közvélemény- és piackutatási igazgatója. A bemutatott felmérésből kiderül, hogy a megkérdezettek jelentős része nem tud különbséget tenni az egészségbiztosítás, a baleset-biztosítás, az életbiztosítás és az egészségpénztár intézménye között. A hazai lakosság a biztosítási termékek közül átlagosan négyféle biztosítási terméket ismer, és a háztartások – saját bevallásuk szerint – átlagosan 3-4 féle biztosítási termékkel rendelkeznek.

Az adatok azt mutatják, hogy a megkérdezettek szerint nem a hálapénzzel van a legnagyobb probléma a magyar egészségügy területén. A válaszadók 33 százaléka jelentős problémának gondolja a várólisták hosszát, 27 százalékuk pedig az orvosok és ápolók számának növelését tartja kiemelten fontosnak. A 40 és 60 év közöttiek, az iskolázottak, valamint a magas jövedelműek 74 százaléka is úgy nyilatkozott, hogy adott már hálapénzt egészségügyben dolgozó személynek.

A megkérdezettek 28 százaléka vélekedett úgy, hogy a közeljövőben szándékozik kötni kiegészítő egészségbiztosítást. A termék iránt a legnagyobb nyitottság a 40 és 49 év közötti diplomások és magas jövedelműek körében tapasztalható. Az összes válaszadó közül 58 százalék volt az, aki hajlandó lenne havonta, átlagosan közel 6900 forintot fizetni egy széles körben elérhető, kiegészítő egészségbiztosításért, ha az a szabad orvosválasztást, a várakozási idő nélküli ellátást, illetve a betegút megszervezését biztosítaná a számára.

De milyen makro finanszírozási környezetben kell a magán-egészségbiztosításoknak megtalálniuk a helyüket? **Lantos Csaba** egészségügyi befektető arra a kérdésre igyekezett választ adni a konferencia közönségének, hogy milyen arányú

az állami és magánfinanszírozás az egészségügyben. Az előadó olyan értékes és strukturált adatokat prezentált az egészségügy finanszírozásáról (2012. évi bá-zison), melyek transzparens módon, összesített formában egyébként nem állnak rendelkezésre. Amennyiben az egészségügyi kiadások arányát a GDP százalékában mérjük, akkor azt találjuk, hogy a magyar adat (8%) elmarad az EU28-ak átlagától (8,7%), de nem szignifikáns mértékben. Differenciálttá akkor válik a kép, ha azt vizsgáljuk, hogy a finanszírozás milyen forrásokból érkezik. Nálunk az egészségügyi ráfordítások harmadát (38%) a magánszféra finanszírozza, ami már jelentős mértékben meghaladja az OECD országok 27 százalékos arányát. Továbbá nyalja a képet, hogy ha levonásra kerülnek a pénzügyi ellátások (pl. gyes), a gyógyszer-gyártói befizetések, gyógyszerre történő kifizetések és adminisztratív költségek, akkor a gyógyító-megelőző kassza ráfordítása mindössze 850 Mrd Ft.

Az előadás részletekbe menően elemezte az egészségügyi kiadások szerkezetét a finanszírozó aktorok megoszlásában (kormányzat, OEP, háztartások, pénztárak, vállalatok stb.) és a szolgáltatási piac összetétele szempontjából. Az elemzés nemcsak a hivatalos, számlával igazolt transzferek összegeit vette figyelembe, hanem a becsült paraszolvencia-kifizetéseket is. Ez utóbbi figyelembevétel vezetett el odáig, hogy amikor az előadó arra a kérdésre kereste a választ, hogy mi mozgatja valójában az egészségügyi szolgáltatások piacát, akkor eljutott az orvosok jövedelméhez, mely nettó jövedelemnek – az akkurátusan levezett kalkuláció szerint – mindössze fele „adózott jövedelem”, a többi a szürke, illetve fekete zónában keletkezik. A vonatkozó viszonyok tisztításának szükségessége később, a következő kerekasztal-beszélgetésben is előkerült.

A magán-egészségügyi szolgáltatók adatai is megismerhetőek legyenek az előzményadatok miatt.

A rendezvény utolsó programja az egészségbiztosítási kerekasztal-beszélgetés volt, mely a magán-egészségbiztosítások hazai lehetőségeit járta körül (résztevők: **Bóna Katalin** ügyvezető igazgató, UNION Biztosító, **Kozek András** vezérigazgató-helyettes, Allianz Hungaria Biztosító, **Lantos Csaba** egészségügyi befektető, **Schaub Erika** személybiztosítási igazgató, Generali Biztosító, moderátor: **Hegymegi Anita**, a MABISZ Egészség- és Baleset-biztosítási és Kockázatelbírálói tagozatának elnöke).

A moderátor a nap folyamán korábban elhangzott Századvég-kutatás nyomán azzal a provokatív felütéssel kezdte, miszerint a lakosság hozzáállása a biztosításhoz minimum ellentmondásosnak tekinthető. Bízalom van a biztosítások iránt, de nem igazán ismerik azokat, bíznak abban, hogy megfelelő ellátást kapnak, mégsem kötnének tömegesen egészségbiztosítást. Mi lehet akkor a növekedés motorja? A kerekasztal résztvevői lényegében egyetértettek abban, hogy bár a piac potenciálja valóban nagy, valódi áttörést a jogilag szabályozott, tiszta keretrendszer megte-

remtése jelenthetne. Abban viszont megoszlottak a vélemények a biztosítói és az egészségügyi szolgáltató oldal képviselői között, hogy szükséges-e a társadalombiztosítás szolidaritási rendszerét valamilyen mértékben átalakítani ahhoz, hogy nagyobb teret nyerhessenek a magánmegoldások. A biztosítók képviselői kulcskérdésnek látják azt, hogy az állami egészségügyi szolgáltatók képesek-e hivatalosan magánpénzeket fogadni. Ebben a vonatkozásban a helyzet pillanatnyilag nem egyértelmű. Vannak továbbá tartalékok a már most is meglévő jogszabályok pontosításában, gondolva az egészségbiztosítások díjának önkéntes pénztárból történő fizetésére, ami a jelenlegi törvényi megfogalmazás szerint a gyakorlatban nem megvalósítható. Amennyiben pedig felmerülne a lehetősége további adókedvezménynek, akkor az a kérdés, hogy mi a hatékonyabb, a magánszemélynek vagy a vállalatnak adni a támogatást?

A témát tovább boncolgatva a beszélgetés annak okát kutatta, hogy a magán-egészségügyi szolgáltató szektor növekedése az elmúlt időszakban miért volt dinamikusabb, mint a releváns biztosítói termékeké? A biztosítói válasz erre egyértelmű, és a biztosítási szakma alapszabályaiból indul ki. Az egészségbiztosítási szerződést akkor kell megkötni, amikor az ügyfelet még messziről elkerüli a betegség, vállalkozva arra, hogy akár hosszú időn keresztül kell fizetni az átalánydíjat, ami komoly előrelátást, magas szintű öngondoskodást feltételez. Az egészségügyi szolgáltatókhoz ellenben akkor fordul az ember, amikor szüksége van rá, és olyan mértékben veszi azt igénybe, ahogy éppen akkor és ott indokolt. Strukturális különbség is van a két szolgáltató palettája között. A magánszolgáltatók elsősorban a járóbeteg-ellátásra szakosodtak, amelyet jellemző módon az emberek nem túl gyakran és nem túl nagy összegben vesznek igénybe. A biztosító ugyanakkor arra törekszik, hogy az ügyfél igényeit minél szélesebb palettán tudja kiszolgálni, ennek része a fekvőbeteg-ellátás is, melyben a biztosító számára csúcskockázatok is előfordulnak. Ez utóbbi jellemzően az állami infrastruktúrán keresztül elérhető, melybe a magánforrások becsatornázása – a korábban már jelzettek szerint – egyelőre nem megoldott.

További kérdés volt, hogy mit gondolnak a résztvevők a biztosítók és a magán-szolgáltatók együttműködéséről, hol lehetne azt javítani? A kerekasztal egyetlen, szolgáltatókat képviselő résztvevője a járóbeteg-ellátást biztatónak látta, ahol gond van, az a magas belépési korláttal rendelkező fekvőbeteg és rehabilitációs ellátás, ilyen intézményből csak néhányat tudott felsorolni. Ezeknél ugyanakkor különösen fontos a fix bevételek megléte, ami a biztosítók oldaláról kárhányadként jelentkezik. Az asztalnál számszerű túlsúlyban lévő biztosítós szakértők nem meglepő módon árnyalták a képet. A felsorolt magán-fekvőbetegellátók inkább klinikák, semmint kórházak, a beavatkozási szám alacsony, hiányoznak a megfelelő statisztikák, a biztosítók erre nem tudnak ellátást rászervezni. Előke-rült továbbá az eddig még nem említett harmadik szereplő is, a betegütszervező.

A három lábnak (termék, szolgáltató, betegútszervező) a kívánatos esetben együtt kellene mozognia, de jelen körülmények között mindhárom inkább inog.

Szóba került még az elérhető biztosítói statisztikák témaköre is, melyek rászorulnának a fogalmak egységesítésére, illetve pontosítására. Általánosságban kívánatos lenne a továbbfejlődés szempontjából a magasabb adattranszparencia, beleértve azt is, hogy a magán-egészségügyi szolgáltatók adatai is megismerhetőek legyenek, különösen az előzményadatok miatt.

Végül a kerekasztal résztvevői szolid becslést adtak a várható perspektívákról. Áttörést rövid távon a biztosítások vonatkozásában senki nem prognosztizált, reálnövekedést is inkább a vállalati piacnak köszönhetően. Generális lendületet valamennyien az állami szabályozástól reméltek.

Az eseményt a MABISZ főtitkára, **Molnos Dániel** zárta, kifejezve reményét, hogy a résztvevők számára tartalmas és gazdag programot kínált a nap, és egyben rögzítette annak fontosságát, hogy a biztosítók, a döntéshozók, illetve a felügyeleti szervek képviselői a jövőben is folytatják a konstruktív együttgondolkodást a hazai biztosítási piac és az ügyfelek érdekében.

Az érdeklődők az előadások anyagait a MABISZ konferencia honlapján megtalálják: <http://mabiszkonferencia.hu/>

KONFERENCIA A BIZTOSÍTÁSI SZÉKTOR TÁRSADALMI FELELŐSSÉGVÁLLALÁSA JEGYÉBEN

BESZÁMOLÓ AZ FBAMSZ ÁLTAL SZERVEZETT XII. BIZTOSÍTÁSSZAKMAI KONFERENCIÁRÓL ÉS KIÁLLÍTÁSRÓL

Varga Péter (Target Communication, a FBAMSZ szakértője)

ÖSSZEFOGLALÓ

A Független Biztosítási Alkuszok Magyarországi Szövetsége által szervezett XII. Biztosításszakmai Konferencia és Kiállítás 2015. szeptember 21-22. között zajlott le a siófoki Hotel Azúrban. A konferencián idén kiemelt figyelmet kapott a társadalmi felelősségvállalás. A mostani beszámoló ennek a 3 napos eseménynek az előadásait és programjait foglalja össze.

SUMMARY

The ordinary annual conference of the Independent Insurance Brokers' Hungarian Association (FBAMSZ) took place in autumn at which they devoted particular attention to taking social liability. The recent report summarizes the presentations and programs of the three day event.

Kulcsszavak: biztosítás, biztosítási alkusz, konferencia
JEL: G22

Key words: conference, insurance, insurance broker
JEL: G22

DOI: 10.18530/BK.2015.4.90
<http://dx.doi.org/1018530/BK.2015.4.90>

A biztosítás egyik fontos alappillére az önmagunkról és másokról való gondoskodás. A hazánkban szolgáltató biztosítótársaságok azonban korántsem csupán üzleti alapon vesznek részt ebben a folyamatban, hanem különböző támogatási programokon keresztül is. Társadalmi felelősségvállalási tevékenységeiken keresztül összességében évente milliárdos nagyságrendű értékben támogatják a közjót, a legtöbb esetben szociális, kulturális és baleset-megelőzési területeken.

Erre a jelentős, de legtöbbször igen kevés figyelmet kapó pozitív gyakorlatra kívánta felhívni a figyelmet a FBAMSZ azzal, hogy idei, immár 12. alkalommal megrendezett biztosításszakmai konferenciájának és kiállításának tematikáját e téma köré építette. Mind az előadások többségében, mind a kiállításon a biztosítók e sokrétű tevékenységeikről nyújtottak alapos bemutatót.

A rendezvény az idén közel nyolcszáz résztvevőt vonzott (a meghívott vendégeken kívül 350 közvetítői és 420 biztosítói munkatárs regisztrálta magát), akik közösen vitatták meg a biztosítási piac aktuális kérdéseit, egyúttal megoldást keresve a legégetőbb problémákra is.

Az első nap programja jórészt plenáris ülés keretében zajlott, amelyen a hazai biztosítási piac meghatározó intézményeit képviselő vezetők mutatták be különféle szemszögekből a terület aktuális fejleményeit. A sort **Pandurics Anett, a MABISZ elnöke** kezdte, aki átfogó képet adott a teljes szektort foglalkoztató főbb kérdésekről. A részletes adatsorral gazdagított előadásban bemutatta a biztosítási szektor első féléves eredményeit, örömdetesnek nevezve, hogy mind az élet, mind a nem-élet üzletág növekedni tudott. Előbbiben fontos szerepet játszott az adókedvezményes nyugdíjbiztosítások térnyerése is: az immár 100 ezerre rúgó szerződésszám 21 milliárd forintot állománydíjjal párosul. A MABISZ elnöke kitért arra, hogy dolgozni kell azon, hogy várhatóan hamarosan olyan jogszabályváltozások lépjenek életbe, amelyek a felelősségbiztosítási piac további fejlődését eredményezhetik. Külön is szó esett a gépjármű-felelősségbiztosítási piacról, amelynek kapcsán egyrészt felhívta a figyelmet annak fontosságára, hogy az Astra még meglévő ügyfelei éljenek a törvényi szabályozás nyújtotta lehetőséggel, és mielőbb keressenek maguknak új biztosítót, másrészt hangsúlyozta, hogy a kgfb-piacon zajló árváltozások mértéke 10 százalék körüli, az aktuális árak még mindig jóval a 2010-es érték alatt alakulnak.

A soron következő előadó a **Magyar Nemzeti Bank két igazgatója volt: Nagy Koppány**, aki a biztosítás-, pénztár-, pénzügyi vállalkozások és közvetítők felügyeletéért felel, illetve **Szabó József**, aki az MNB Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központját vezeti. Nagy Koppány kitért arra, hogy a hazai biztosítási és pénztári megtakarítások szintje igen alacsonynak mondható, a GDP növekedésével azonban megkezdődhet a felzárkózásunk. A biztosítási tartalék csaknem kétharmadát állampapírban helyezték el, vagyis a biztosítási szektor fontos finanszírozója az államnak. A nyugdíjbiztosítások témakörét tárgyalva kiemelte, hogy az MNB tavalyi ajánlása jelentősen csökkentette a vonatkozó termékek TKM-szintjét. Az igazgató a kgfb-re kitérve fontosnak tartotta megemlíteni, hogy a megindult díjnövekedés szükségszerű volt, mert a hatóság az elmúlt időszakban 100 százalék feletti kárhányaddal

is találkozott már. Az élet és nem-élet üzletágak szerzési jutalékainak arányát bemutató célnak nevezte, hogy a közvetítói jutalék mindkét területen jobbára a befolyt díjhoz kötődjön. Jelezte, hogy szigorodott az MNB bírságpolitikája, 2015 első nyolc hónapjában közel félmilliárd forint folyt be biztosítói és közvetítói bírságokból.

Szabó József a pénzügyi fogyasztóvédelmet nevezte az MNB társadalmi felelősségvállalása fő alkotóelemének. Hangsúlyozta, hogy a fogyasztókkal szembeni korrekt és tisztességes eljárás kikényszerítése mellett fontos feladat a fogyasztók tájékoztatása is annak érdekében, hogy elősegítsék a tudatos döntéshozatalt, és elkerüljék a későbbi problémákat. E cél megvalósításának eszköze egyrészt a telefonos és személyes ügyfélszolgálat működtetése, másrészt a Pénzügyi Navigátor 40 részes füzet sorozat, amely több mint 150 intézmény 3700 fiókjában érhető már el. További eszköz a Civil Háló program, amely tavaly 500 megvalósult rendezvényen keresztül segítette a fogyasztói tudatosság növelését.

Szintén a délelőtti szekció programjának keretében szólalt fel **Paul Carty, az Európai Biztosításközvetítők Szövetsége EU Bizottságának elnöke**, aki a szövetség tevékenységének bemutatását követően az aktuális EU-s törvénykezési témaköröket vette sorra, külön kiemelve az IDD (Biztosítási eladási irányelv) főbb elemeit. A fontosabb fejezetek bemutatása után a bevezetés főbb állomásait is ismertette.

Ezt követően **Papp Lajos**, a házigazda FBAMSZ elnöke tartott beszédet. Az elnök kifejtette, hogy az alkuszi piacon további konszolidáció várható, miközben a piac növekszik: a szövetséghez tartozó cégek tavaly mind díjbevételüket, mind az állományukat 10-11 százalékkal növelték. Az IDD kapcsán az elnök reményét fejezte ki, hogy a jó irányt kijelölő direktíva hazai átültetése során is figyelembe veszik majd a döntéshozók a hazai piac és az ügyfelek alapvető érdekeit. Az Astra-ügy kapcsán az elnök kiemelte, hogy a jövőben nem engedhető meg, hogy hasonló – fióktelepet érintő – esetekben a helyi felügyelet csak mellékszereplő lehessen.

A délelőtti szekciót **Nyéki Emőke, a FranklinCovey tréner-tanácsadója zárta**, aki előadásában a szakmai oktatás, képzés, utánpótlás kérdéskörét járta körül.

A kétórás ebédszünetet követően **Küllői Péter, a Bátor Tábor igazgatója** lépett a pulpitusra, hogy bemutassa, hogyan segítheti az üzleti szféra hatékonyan a nonprofit szervezeteket. Utána **Lantos Gabriella, a Róbert Károly magánkórház operatív igazgatója** adott kitekintést a járulékfizetők előtt álló jelenlegi és jövőbeli egészségügyi szolgáltatási lehetőségekről. Rámutatott arra, hogy a magán-egészségbiztosítási formának komoly jövője van a hazai piacon, mivel felmérések szerint mintegy másfél millió járulékfizető vár teljes körű magánbiztosításra.

Dr. Hetesi Zsolt fizikus, a Pécsi Tudományegyetem tudományos főmunkatársa az éghajlatváltozás kockázatait ecsetelte.

A délutáni programot a kávészünet után további három előadás zárta: **Tibori Tímea szociológus** a hátrányos helyzetű gyermekek kulturális és pénzügyi neveléséről beszélt, **Kőrös András, a Groupama Vezetéstechnikai Centrum vezető instruktora** a biztonságos közlekedésre vonatkozó edukációs lehetőségeket mutatta be, míg **Dr. Lénárt Ágota**

sportpszichológus a feladatokhoz való mentális hozzáállással kapcsolatban osztotta meg gondolatait a hallgatósággal.

Ezt követően került sor **Péterfy Gergelynek, az Aegon Művészeti díj idei díjazottjának** részvételével arra a pódiumbeszélgetésre, amely megpróbált választ találni arra a kérdésre, „Hogyan tegyük szexivé az irodalmat?”. A beszélgetést megelőzően **Winkler Nóra**, a díj háziasszonya mutatta be a most tízéves Aegon Művészeti díjat.

A délutáni program jelentős részével párhuzamosan zajlott a Magyar Jogászegylet Biztosítási Jogi Szakosztálya AIDA Biztosításközvetítői Munkacsoportjának szekcióülése: a téma az elektronikus felületen történő biztosításkötéshez és biztosításközvetítéshez kapcsolódó MNB ajánlások gyakorlatba történő átültetése volt. A témát három előadó vezette fel: Dr. Szebelédi Ferenc, az MNB főosztályvezetője, Sebestyén László, a FBAMSZ online szekciójának elnöke, és Péterfi Éva, a MABISZ jogi tagozatának vezetője. Az eseményt dr. Bérdi Erika moderálta.

A hagyományoktól eltérően nem a napot záró gálavacsorán, hanem közvetlenül azt megelőzően, még a konferenciateremben került sor a szakmai berkekben komoly elismerésnek számító **szolgáltatásminőségi verseny díjainak átadására**. Ez a díj azokat a biztosítókat illeti, amelyek a független alkuszok szavazatai alapján a legjobb teljesítményt nyújtották a biztosítói szolgáltatások terén. Az idei, immár sorrendben a tizenegyedik szavazás négy kategóriában zajlott, a szakma ítélete alapján három kategóriában (lakossági vagyoni-, személy-, illetve gépjármű-biztosítás) a Generali, míg a negyedik (vállalati vagyonszerzési) kategóriában az AIG bizonyult a legjobbnak. A második és harmadik helyeken további szereplőként rendre az Aegon és Allianz biztosítók szerepeltek.

A napot záró vacsorára a FBAMSZ jótekonysági szavazást hirdetett. Felkérte a vacsoravendégeket, hogy válasszák ki azt a projektet a szavazólapról, amelyet a legszívesebben támogatnának. A FBAMSZ felajánlotta, hogy a legtöbb szavazatot kapott, győztes jótekonysági projektet 300.000 forinttal támogatja.

Az adományt a résztvevők döntése értelmében az MKB Biztosító által támogatott Vigyél Haza Alapítvány kapta meg.

A konferencia második napján a hagyományoknak megfelelően a „céges” előadások zajlottak, ezek során szintén számos alkalommal feltűntek a rendezvény fő tematikájaként futó társadalmi felelősségvállalási tevékenységek is. Az előadó cégek – ábécésorrendben – a következők voltak: Aegon, AIG, Allianz, BOI, Dimenzió, Generali, Medihelp, Medrisk, QBE, Signal, SK Trend.

A konferenciabeszámolót és a prezentációkat megnézheti, letöltheti a <http://www.fbamsz.hu/rendezvenyek/biztositasszakmai/aktualis> linken.

FELHÍVÁS RECENZIO ÍRÁSÁRA

A szerkesztőség szeretné tovább bővíteni a publikált cikkek skáláját, ezért a jövőben szívesen fogadunk recenziókat is, melyek egy biztosításszakmai szempontból érdekesnek ítélt könyv ismertetését tartalmazzák azzal a céllal, hogy minél szélesebb körben felhívják a figyelmet az adott műre. A recenzióval szembeni elvárások az alábbiak:

- Szükséges feltétel a mű valamennyi bibliográfiai adatának pontos feltüntetése.
- Tartalmaznia kell minimálisan a könyv szakszerű ismertetését, szerkezeti felépítését. A recenzió szerzője ezen túlmenően megosztja az olvasóval a könyvvel kapcsolatos észrevételeit, benyomásait, akár kritikai értékelését is.
- A jó recenzió felkelti a vágyat az olvasásra, miközben tudományos értéke is megmutatkozik, szakmai szemmel – az ajánló szempontjain keresztül – orientálja a könyv potenciális olvasóját.
- Az idézetek és források megjelölésénél – amennyiben ilyenek vannak – be kell tartani a Biztosítás és Kockázat szerzői útmutatójában foglaltakat.
- Ajánlott terjedeleme: 2-5 oldal.

Biztosítás és Kockázat Szerkesztősége

SZERZŐI ÚTMUTATÓ A BIZTOSÍTÁS ÉS KOCKÁZAT FOLYÓIRATBAN PUBLIKÁLOK RÉSZÉRE

A kéziratokat elektronikus (pdf és word/excel fájl formátumban) mellékletként csatolva kérjük beküldeni az erzsebet.kovacs@uni-corvinus.hu e-mail címre, egy másolattal a MABISZ-ba (katalin.lencses@mabisz.hu).

A kézirat befogadásához csatolni szükséges még a kitöltött szerzői nyilatkozatot.

Terjedelmi ajánlás: 1-1,5 ív (1 ív=40 000 karakter). A közlemények hossza a 60 000 karaktert (szóközökkel) ne haladja meg. A karaktárszámok tartásakor kérjük figyelembe venni, hogy amennyiben a cikkben/tanulmányban ábra vagy egyéb box jelenik meg, akkor az ábránként 300 karakterrel kerül beszámításra.

A kézirat tartalmazza:

- címloldal
- magyar összefoglalás, magyar kulcsszavak;
- szöveg
- irodalomjegyzék
- táblázatok
- ábrák
- lábjegyzetek

1. A címloldalon sorrendben a következők szerepeljenek: a kézirat címe, esetleg alcíme, a szerzők neve, a szerzők tudományos fokozata, titulusa, a szerzők munkahelye, a szerzők beosztása. Továbbá kérjük megadni a levelező szerző e-mail címét, telefonszámát és a beadás dátumát!

2. Az összefoglalást magyar és angol nyelven kérjük beküldeni, külön-külön lapon. Ez nem tartalmazhat rövidítéseket. Megszerkesztésekor az alábbiakat kérjük figyelembe venni: „Bevezetés”, „Célkitűzés”, „Módszer”, „Eredmények” és „Következtetések” lényegre törő megfogalmazása oly módon történjen, hogy csupán az összefoglalás elolvasása is elegendő legyen a dolgozat lényegének megértéséhez. A magyar és az angol összefoglalás hossza igazodjon egymáshoz, a maximális karaktárszám 1000 lehet. Maximum öt kulcsszó adható meg a magyar és az angol nyelvű összefoglaló után, szerepeljenek továbbá a JEL – kódok.

3. A kézirat világos, jól tagolt szerkesztése különösen fontos, beleértve az alcímek megfelelő alkalmazását is. Az eredeti közleménynél a bevezetőben, néhány mondatban meg kell jelölni a kérdésfelvetést. A módszertani részben világosan és pontosan mutassuk be, és hivatkozzunk azokra a módszerekre, amelyek alapján a szerzők az eredményeket megkapták. Az eredmények és a diszkusszió részeit külön és érthetően szükséges megszerkeszteni. A diszkusszió rész legyen kapcsolatban az idevonatkozó legújabb ismeretanyaggal, valamint azokkal a megállapításokkal, amelyekből a szerzők a következtetéseket levonták. Az eredmények újszerűsége világosan tűnjön ki! A módszerek, eredmények, megbeszélés részek megfelelő alcímet kapjanak. A kéziratban az ábrák helyét, címét kérjük arab számokkal jelölni!

4. Az irodalmi hivatkozásokat a legújabb eredeti közleményekre és összefoglalókra kell korlátozni. Kizárólag azok az irodalmi felsorolások adható meg, amelyekre a szövegben utalás történt, és közvetlen kapcsolatban vannak a kutatott problémával. Háromnál több szerző esetén a három szerző neve után „et al” irandó. A szövegközti szakirodalmi utalásokat zárójelben kérjük feltüntetni, például (Osipian, 2009). Amennyiben valamelyik szerzőtől több, azonos évben megjelent munkára hivatkozik, a művek megkülönböztetésére használja az évszám mellé írt a, b, c stb. indexet. Szó szerinti idézetnél az oldalszám kötelezően jelölendő. Az irodalomjegyzéket a tanulmány végén abc-sorrendben közöljük a következőképpen:

- Könyveknél:
Dickson DCM (2005): Insurance Risk and Ruin, Cambridge University Press
- Tanulmányköteteken, gyűjteményes kötetekben megjelent publikációknál: Mario Jametti & Thomas von Ungern-Sternberg

(2003): Assessing the Efficiency of an Insurance Provider – A Measurement Error Approach, CESifo Working Paper Series 928, CESifo Group, Munich

- Folyóiratban megjelent cikkeknél:

Wiltrud Weidner – Robert Weidner (2014): Identifikation neuer Ansätze zur individuellen Kfz-Tarifierung, Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft May, Volume 103, Issue 2, pp. 167-193

Dickson DCM. (2006): Premiums and reserves for life insurance products, Australian Actuarial Journal, vol. 12 (2), pp.259 - 279

- Web címeknél:

Insurance Europe (2012): How insurance works
Online: <http://www.insuranceeurope.eu/uploads/Modules/Publications/how-insurance-works.pdf>

5. A táblázatokat sorszámmal és címmel kell ellátni, és minden táblázatot külön lapon szükséges megadni. A táblázat ne legyen kép, a táblázatokat Wordben/Excelben kérjük elkészíteni!

6. Az ábrák a kéziratban megfelelő helyen, számozottan (arab számok) szerepeljenek, és címmel is el legyenek ellátva. Kérjük a mértékegységek, jelmagyarázatok értelem szerűen történő megadását. Az ábra forrását is kérjük megjelölni, így a szövegben megfelelő helyen jelenjen meg az ábrákra, táblákra, jegyzetekre való hivatkozás. Az ábrákat és grafikonokat nagyfelbontású képként és xls formátumban egyaránt külön kérjük csatolni a beküldött íráshoz.

7. A képleteket a jobb oldalon, zárójelben folyamatosan kérjük számozni.

8. A lábjegyzetek a felhasznált irodalom elé, a folyószöveg után kerüljenek!

9. Két-három oldalanként kérünk javasolni egy-egy kiemelésre szánt mondatot, mondatrészt a szövegből.

10. A Biztosítás és Kockázat folyóirat csatlakozott a DOI CrossRef rendszerhez, ezért kérjük a cikkek irodalomjegyzékében feltüntetni minden olyan forrás DOI azonosítóját linkként, amit szintén a CrossRef-nél regisztráltak más folyóiratok. Erre a célra használható a CrossRef keresője: <http://search.crossref.org/>. A DOI-ból úgy képezhető link, hogy elé kell írni: <http://dx.doi.org/>

11. A szerkesztőség szeretné tovább bővíteni a publikált cikkek skáláját, ezért a jövőben szívesen fogadunk recenziókat is, melyek egy biztosításszakmai szempontból érdekesnek ítélt könyv ismertetését tartalmazzák azzal a céllal, hogy minél szélesebb körben felhívják a figyelmet az adott műre. A recenzióval szembeni elvárások az alábbiak:

- Szükséges feltétel a mű valamennyi bibliográfiai adatának pontos feltüntetése.
- Tartalmaznia kell minimálisan a könyv szakszerű ismertetését, szerkezeti felépítését. A recenzió szerzője ezen túlmenően megosztja az olvasóval a könyvvel kapcsolatos észrevételeit, benyomásait, akár kritikai értékelését is.
- A jó recenzió felkelti a vágyat az olvasásra, miközben tudományos értéke is megmutatkozik, szakmai szemmel – az ajánló szempontjain keresztül – orientálja a könyv potenciális olvasóját.
- Az idézetek és források megjelölésénél – amennyiben ilyenek vannak – be kell tartani a Biztosítás és Kockázat szerzői útmutatójában foglaltakat.
- Ajánlott terjedeleme: 2-5 oldal.

Köszönjük, hogy a megfelelően előkészített kézirrattal Ön is segíti munkánkat!

Biztosítás és Kockázat Szerkesztősége

