



GAZDASÁGI
VERSENYHIVATAL
VERSENYTANÁCS

* 1054 Budapest, Alkotmány u. 5.

(472-8864 7Fax: 472-8860

Vj-173/2005/41.

Ikt.sz: AM/257/2006/54.

A Gazdasági Versenyhivatal Versenytanácsa

- az **Allianz Hungária Biztosító Rt.** (Budapest),
- a **Generali-Providencia Biztosító Zrt.** (Budapest),
- az **Uniqa Biztosító Rt.** (Budapest) és
- az **OTP-Garancia Biztosító Rt.** (Budapest)

eljárás alá vontakkal szemben versenykorlátozó megállapodás és összehangolt magatartás, illetve gazdasági erőfölénnyel való visszaélés miatt indult versenyfelügyeleti eljárásban - tárgyaláson kívül - meghozta az alábbi

határozatot

A Versenytanács az eljárást megszünteti.

A határozat felülvizsgálatát a kézhezvételtől számított 30 napon belül a Fővárosi Bíróságnak címzett, de a Gazdasági Versenyhivatalnál benyújtható keresettel lehet kérni.

I n d o k o l á s

I.

Az eljárás tárgya

1. A Gazdasági Versenyhivatal azt követően indított versenyfelügyeleti eljárást, hogy észlelte, az **Allianz Hungária Biztosító Rt.** (a továbbiakban: **Allianz**), a **Generali-Providencia Biztosító Zrt.** (a továbbiakban: **Generali**), az **Uniqa Biztosító Rt.** (a továbbiakban: **Uniqa**) és az **OTP-Garancia Biztosító Rt.** (a továbbiakban: **OTP-Garancia**) az egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosítása területén helytállási kötelezettségüket úgy a bejelentés okán a károkozás utáni, de bejelentése előtti

időpontban megszűnt biztosítások esetében is, mint az érték vonatkozásában a biztosítási szerződésekben általában korlátozzák (Vj-173/2005/1.).

2. Az ügyindító határozat értelmében a fentiek alapján nem kizárható, hogy eljárás alá vontak az egészségügyi szolgáltatások felelősségbiztosítására vonatkozó tevékenységük során a tisztességtelen piaci magatartás és a versenykorlátozás tilalmáról szóló 1996. évi LVII. törvény (a továbbiakban: Tpv.) III. és/vagy V. fejezetébe ütköző magatartást tanúsítanak.
3. Figyelemmel az ügyindító határozatban foglaltakra a jelen versenyfelügyeleti eljárás tárgya annak vizsgálata volt, hogy az eljárás alá vontak az egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosítása kapcsán
 - a gazdasági verseny korlátozására alkalmas magatartást tanúsítottak-e megállapodás megkötésével, illetve összehangolt magatartással,
 - a gazdasági erőfölénnyel való visszaélés tilalmába ütköző magatartást valósítottak-e meg,

két vonatkozásban:

§ a biztosítási fedezet időbeli hatályának és

§ a biztosítási összegnek

a meghatározásakor.

II.

Az eljárás alá vontak

Allianz

4. Az Allianz gazdálkodásának egyes főbb mutatószámait az alábbi - az Allianz internetes honlapján közzétett éves jelentései alapján készült - táblázat foglalja össze:

Millió forint

	2002	2003	2004	2005
Bruttó díjbevétel	141 121	156 152	155 055	172 342
Bruttó kárfizetés	75 421	83 766	82 309	89 123
Fizetett osztalék	5 624	7 951	9 797	11 885
Mérleg szerinti eredmény	1 875	2 650	3 248	3 962

5. Az elmúlt években az Allianz Magyarországon a legnagyobb piaci részesedéssel rendelkezett úgy a biztosítási piac egészén, mint a nem-életbiztosítási ágban piaci részesedése (a díjbevétel alapján) az alábbiak szerint alakult (a Magyar Biztosítók Szövetségének internetes honlapján közzétett adatok):

	2002	2003	2004	2005
Biztosítási piac	28,5%	27,9%	25,9%	25,1%
Nem-életbiztosítás	42,9%	42,6%	38,3%	39,1%

Generali

6. Az élet- és nem-életbiztosítási ágban egyaránt biztosítási tevékenység folytatására jogosult Generali a piac jelentős szereplője, amely jelenlegi formájában 1999-ben a Providencia Osztrák-Magyar Biztosító Rt.-nek a Generali Budapest Biztosító Rt.-be történő beolvadásával jött létre.
7. A Generali gazdálkodásának egyes főbb mutatószámait az alábbi - a Generali internetes honlapján közzétett éves jelentései alapján készült - táblázat foglalja össze:

Ezer forint

	2002	2003	2004	2005
Díjelőírás	88 206 946	94 469 137	102 414 157	106 499 059
Károk, szolgáltatások és kárrendezési költségek	38 500 591	44 819 834	59 094 339	50 071 311
Fizetett osztalék	400 000	425 000	700 000	4 000 000
Mérleg szerinti eredmény	980 818	1 083 470	3 468 054	3 890 359

8. A 2002-2005 közötti időszakban a Generali a második legnagyobb piaci részesedéssel rendelkezett úgy a biztosítási piac egészén, mint a nem-életbiztosítási ágban. Piaci részesedése (a díjbevétel alapján) az alábbiak szerint alakult (a Magyar Biztosítók Szövetségének internetes honlapján közzétett adatok):

	2002	2003	2004	2005
Biztosítási piac	17,8%	16,9%	17,1%	15,5%
Nem-életbiztosítás	20,7%	20,3%	20,4%	19,5%

Uniqa

9. A valamennyi biztosítási üzletágot művelő Uniqa jogelődjei révén 1990 óta van jelen, a kezdetekben Colonia, majd AXA, 2003 októberétől pedig Uniqa néven.
10. A 2002-2005 közötti időszakban az Uniqa a hatodik legnagyobb piaci részesedéssel rendelkezett úgy a biztosítási piac egészén, mint a nem-életbiztosítási ágban. Bruttó

biztosítási díjbevétele a következő volt (a Magyar Biztosítók Szövetségének internetes honlapján közzétett adatok):

Millió forint

	2002	2003	2004	2005
Összdíjbevétel	25.943	28.561	30.196	34.336
Nem-életbiztosítás	19.625	21.922	23.560	25.445

11. Piaci részesedése a biztosítási piacon (a díjbevétel alapján) az alábbiak szerint alakult (a Magyar Biztosítók Szövetségének internetes honlapján közzétett adatok):

2002	2003	2004	2005
5,25%	5,11%	5,04%	5,00%

12. Az Uniqa piaci részesedése a nem-életbiztosítási területen 2005-ben 6,62% volt.

OTP-Garancia

13. Az 1987-ben alakult OTP-Garancia az OTP csoport tagja. Tevékenysége a biztosítás minden területére kiterjed. Szlovák és bolgár biztosítói révén más országok biztosítási piacán is jelen van.

14. Bruttó biztosítási díjbevétele a következő volt (a Magyar Biztosítók Szövetségének internetes honlapján közzétett adatok):

Millió forint

	2002	2003	2004	2005
Összdíjbevétel	53.946	61.136	55.603	75.763
Nem-életbiztosítás	26.929	32.110	28.930	31.194

15. A 2002-2005 közötti időszakban az OTP-Garancia a 4-5. legnagyobb piaci részesedéssel rendelkezett úgy a biztosítási piac egészén, mint a nem-életbiztosítási ágban. Piaci részesedése (a díjbevétel alapján) a biztosítási piac egészén az alábbiak szerint alakult (a Magyar Biztosító Szövetségének internetes honlapján közzétett adatok):

2002	2003	2004	2005
10,91%	10,93%	9,28%	11,04%

16. Az OTP-Garancia piaci részesedése a nem-életbiztosítási területen 2005-ben 8,11% volt, amellyel a negyedik helyet foglalta el.

III. A biztosítási piac

17. A biztosítási piacon a magyar felügyeleti hatóság engedélyével rendelkező biztosító részvénytársaságok száma az alábbiak szerint alakult [a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (a továbbiakban: PSZÁF) külön közli a biztosító egyesületek adatait, amelyek piaci részesedése igen csekély]:

	Biztosító részvénytársaság összesen	Élet- és nem-életbiztosítási ágra egyaránt szóló engedéllyel rendelkező biztosító rt.	Csak nem-életbiztosítási ágra szóló engedéllyel rendelkező biztosító rt.	Csak életbiztosítási ágra szóló engedéllyel rendelkező biztosító rt.
2001.12.31.	26	13	8	5
2002.12.31.	31	13	11	7
2003.12.31.	30	13	10	7
2004.12.31.	29	13	9	7

18. A biztosító részvénytársaságok tevékenységének egyes legfontosabb mutatói az alábbiak szerint alakultak (a PSZÁF internetes honlapján közzétett adatok):

		<i>Milliárd Ft</i>			
		2002	2003	2004	2005
Díjbevétel	<i>Összesen</i>	489,7	550,4	587,4	673,4
	<i>Élet</i>	200,7	220,1	239,0	297,8
	<i>Nem-élet</i>	289,0	330,3	348,4	375,6
Kár- és szolgáltatás kifizetések	<i>Összesen</i>	210,2	244,2	280,0	310,6
	<i>Élet</i>	69,4	84,0	117,3	133,4
	<i>Nem-élet</i>	140,8	160,3	162,6	177,2

IV. Az egészségügyi szolgáltatók polgári jogi felelőssége

19. Az egészségügyi szolgáltatók polgári jogi felelősséggel tartoznak az általuk az egészségügyi szolgáltatás nyújtása során okozott károkért.
20. Az egészségügyi szolgáltatók (jellemzően: az orvosok) polgári jogi felelőssége egyes kérdéseinek állami szabályozásban történő megjelenését megelőzően a szakmai szervezetek etikai előírásai szabályozták a szolgáltatók (az orvosok) tevékenységét. A jogszabályok útján történő rendezés igényének előtérbe kerülését a személyhez fűződő jogok hangsúlyosabbá válása és az egészségügyi szolgáltatások fogyasztói szemléletű igénybevétele indokolta (Vj-173/2005/2.).
21. Az ún. betegjog mindazon jogosultságok összessége, amelyek az egészségügyi ellátás során az azt igénybevevő személyt megilletik, függetlenül attól, hogy az ellátást igénybevevő személy betegsége miatt vagy más okból (pl. szűrővizsgálattal) kerül-e kapcsolatba az egészségügyi ellátással (Vj-173/2005/2.).
22. A polgári jogi felelősség bíróság általi megállapítása kapcsán alkalmazásra kerültek az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény egyes rendelkezései is, így például a 43.§, amely az alábbiakat írta elő:
- (1) A gyógyító-megelőző tevékenység körében az orvosi vizsgálatnak a beteg minden panaszára és a vizsgálat során észlelt minden kóros tünetre ki kell terjednie. A beteget az adott lehetőségek között az orvostudomány mindenkori állásának, a beteg egyéni adottságainak, valamint betegsége szakának megfelelő gyógykezelésben kell részesíteni. Az orvosnak és a fogorvosnak (a továbbiakban: orvos) a legcélravezetőbb vizsgálati módszereket, gyógymódokat és gyógyító eszközöket kell alkalmaznia.
 - (2) Az orvosnak a legnagyobb gondossággal és körültekintéssel meg kell tennie mindazokat az intézkedéseket, amelyek a betegségek megelőzéséhez, a beteg életének megmentéséhez, gyógyulásához, munkaképességének helyreállításához szükségesek. Az orvos az általa gyógyíthatatlannak vélt beteget is a legnagyobb gondossággal köteles gyógykezeltetni.
 - (3) Az orvos gyógyító-megelőző tevékenységében a tudományosan elfogadott vizsgálati eljárásokat, gyógymódokat és gyógyító eszközöket - a fennálló jogszabályok korlátai között - maga választja meg. Az orvos felelős a beteg vizsgálata és gyógykezelése, egészségének védelme érdekében tett intézkedéseiért, illetőleg a szükséges intézkedések elmulasztásáért.
23. Az 1970-es években világszerte egyre szélesebb körben kerültek kinyilvánításra a beteg személy önrendelkezési és személyiségi jogainak tiszteletben tartását megfogalmazó betegjogok. A WHO ún. lisszaboni deklarációja 1981-ben számos alapvető betegjogot fogalmazott meg (szabad orvosválasztás, ellátáshoz való hozzájárulás, elutasítás joga, tájékoztatási kötelezettség, adatkezelés titkossága). A

WHO 1994. évi, a betegek jogairól szóló deklarációja általános irányelveket rögzített, keretet nyújtva a nemzeti szintű betegjogi szabályozásoknak.

24. A betegjogok részletes szabályozása iránti igény hazánkban az 1990-es években fogalmazódott meg egyre erőteljesebben (az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény betegjogi szabályozást nem tartalmazott).
25. A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kollégiuma 1991-ben adta ki IV. számú, betegtájékoztatásra vonatkozó állásfoglalását, amely kitért a betegeknek adandó tájékoztatás terjedelmére, tartalmára.
26. A személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény 2.§-a 2. pontjának b) pontja különleges adatnak minősítette az egészségi állapotra vonatkozó személyes adatot, a 3.§-ban szabályozva a különleges adat kezelhetőségének sajátos kérdéseit [lásd még a 12.§ (1) bekezdését].
27. Az egészségi állapotra vonatkozó különleges személyes adatok és az azokhoz kapcsolódó személyes adatok kezelésének feltételeit és céljait az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény határozta meg.
28. A betegjogokat részletesen az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény II. fejezete szabályozta. E törvény egyebek között a 77.§-ának (3) bekezdésében rögzíti, minden beteget - az ellátás igénybevételének jogcímére tekintet nélkül - az ellátásában részt vevőktől elvárható gondossággal, valamint a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával kell ellátni.
29. Az 1990-es években a műhiba (orvosi műhiba) perek száma és a követelt kártérítések összege igen jelentősen megnőtt, amelynek háttérében több tényező állt, így a jogszabályi háttér módosulása és a média fokozott figyelme, a károsultak igényérvényesítési készségének és képességének a növekedése [műhiba: az orvostudomány általánosan elismert szabályainak az egészségügyi szolgáltatóval szembeni kártérítési igényt megalapozó megsértése (Vj-173/2005/2.)]. A jelen évtizedben ez a tendencia tovább folytatódik.

V.

Az egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosítása

30. A magyar biztosítási szerződési jog legfontosabb előírásait tartalmazó, a Magyar Köztársaság Polgári Törvénykönyvéről szóló 1959. évi IV. törvény (a továbbiakban: Ptk.) 536. §-ának (1) bekezdése értelmében a biztosítási szerződés a felek akaratának kölcsönös és egybehangzó kifejezésével létrejövő olyan szerződés, amelynek alapján a biztosító meghatározott jövőbeni esemény (biztosítási esemény) bekövetkeztétől függően bizonyos összegnek megfizetésére vagy más szolgáltatás teljesítésére, a másik szerződő fél pedig díj fizetésére kötelezi magát.

31. A Ptk. 559. §-ának (1) bekezdése szerint felelősségbiztosítási szerződés alapján a biztosított követelheti, hogy a biztosító a szerződésben megállapított mértékben mentesítse őt olyan kár megtérítése alól, amelyért jogszabály szerint felelős. A felelősségbiztosítás keretében a biztosító tehát arra vállal kötelezettséget, hogy - a létrejött biztosítási szerződés szerződési feltételeiben rögzítetteknek megfelelően - a szerződésen kívül vagy szerződésszegéssel okozott kár bekövetkezése miatt szükségessé vált kártérítést a biztosított helyett megfizeti.
32. A biztosítási szerződés Ptk.-ban meghatározott forgalmát meg kell különböztetni e a biztosítási tevékenység fogalmától, amelyet a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 4. §-a határoz meg: a biztosítási tevékenység biztosítási szerződésen, jogszabályon vagy tagsági jogviszonyon alapuló kötelezettségvállalás, amely során a tevékenységet végző megszervezi az azonos vagy hasonló kockázatoknak kitett személyek közösségét (veszélyközösség), matematikai és statisztikai eszközökkel felméri a biztosítható kockázatokat, megállapítja és beszedi a kötelezettségvállalás ellenértékét (díját), meghatározott tartalékokat képez, a létrejött jogviszony alapján a kockázatot átvállalja és teljesíti a szolgáltatásokat.
33. Maga a biztosítás lényegét tekintve nem más, mint jövőbeli kockázatok ellenszolgáltatás ellenében történő rendszeres átvállalása. A biztosítás lényegi eleme tehát a kockázat, illetőleg a kockázat biztosító általi átvállalása. A kockázat nem más, mint annak bizonytalansága, hogy biztosítási szerződésben meghatározott (biztosítási) esemény bekövetkezik-e vagy sem.
34. A felelősségbiztosítások a polgári jogviszonyok és a különböző tevékenységekkel (pl. a gépjárművezetéssel, egyes foglalkozásokkal) kapcsolatban jelentkező károkozások tömegessé válásával szintén elszaporodó kártérítési igényekre figyelemmel az elmúlt évtizedekben egyre nagyobb jelentőségre tettek szert, amelyet csak fokoz az, hogy a bekövetkezett károk mértéke egyre nagyobb. Ennek ellenére a magyar biztosítási szerződési jog kevésbé foglalkozik a biztosításnak ezzel a területével, hiszen a Ptk. biztosítási fejezetében csak egy cikkely, az 559. § tartalmaz különleges rendelkezéseket a felelősségbiztosítási szerződésekre (ezen kívül még az 554. § utal a felelősségbiztosításra).
35. A „bizonytalansági tényező” a felelősségbiztosítás esetében több oldalról megjelenik: jelen van a biztosítási esemény bekövetkezése kapcsán, de megmutatkozik a biztosító által a biztosítási esemény bekövetkezését követően teljesítendő pénzbeli szolgáltatást befolyásoló tényezők vonatkozásában is. Ilyen tényezőnek minősül egyebek között a biztosítási összeg maximális mértéke és a biztosítási fedezet (a biztosítási szerződés) időbeli hatálya, amelyek szerződésben történő meghatározása révén a biztosító igyekszik kezelhetővé tenni az ezekkel összefüggő bizonytalanságot.
36. A biztosítási jogviszonyok döntő többsége esetében a szerződő felek (a szerződő és a biztosító) szabadon döntenek abban a kérdésben, hogy létre kívánnak-e hozni egy

biztosítási szerződést vagy sem, ugyanakkor egyes jogszabályi előírások korlátozhatják az e kérdésben megmutatkozó döntési szabadságukat. A jogszabályi korlátozás jellege és mélysége kapcsán különbséget lehet tenni az önkéntesen és a nem önkéntesen megkötött biztosítási szerződések között. A nem önkéntes biztosítások közé sorolandók a kötelező biztosításokba tartozó szerződések és a biztosításkötési kötelezettséget előíró jogszabályok alapján megkötött biztosítási szerződések. Az önkéntes biztosításoknál a szerződők szabadon döntenek abban a kérdésben, hogy megkötik-e a szerződést, a nem önkéntes biztosításoknál egyik vagy másik, esetleg mindkét fél döntése nem teljesen szabad akaratelhatározáson alapul.

37. A kötelező biztosítás esetében nem a felek szerződése, hanem maga a jogszabályi rendelkezés hozza létre a biztosítási jogviszonyt. Napjainkban kötelező biztosítás már nem létezik.
38. A biztosításkötési kötelezettségnél nem jogszabály, hanem a felek ezirányú szerződése hozza létre a biztosítási jogviszonyt, azzal, hogy jogszabály valamely személy számára előírja egy biztosítási szerződés megkötését. Ennek háttérében valamilyen általános érdek, mindenekelőtt egy adott tevékenység folytatása során károsodott személyek érdekeinek a védelme fogalmazódik meg, azzal, hogy a károsultak számára a károkozó fizetőkészségének vagy fizetőképességének a hiányában is biztosítsa az okozott kár megtérítését.
39. Jelenleg több tucat tevékenység esetében kerül kimondásra biztosításkötési kötelezettség. A jogszabályi rendelkezések igen eltérő módon szólnak a kötelezettségről. Egyes esetekben a jogalkotó nem kizárólag felelősségbiztosítás útján látja elérhetőnek a kitűzött célt, vagyis azt, hogy az adott tevékenység folytatója által a tevékenység során okozott károk lehetőség szerint minden körülmények között megtérítésre kerüljenek, s a biztosításon kívül más biztosíték is elfogadható (pl. vagyoni biztosíték).
40. A biztosítási kötelezettségek megalkotott jogszabályokat illetően megállapítható, azok szinte minden esetben hiányosak, nem rendelkeznek a felelősségbiztosítási jogviszony azon kérdéseiről, amelyek a kötelező jelleggel szempontjából jelentőséggel bírnak, így például a minimális biztosítási összegről, a káreseményenkénti (évenkénti stb.) limitről és az önrészesedésről. A jogszabályok általában nem térnek ki a fenntartási kötelezettségre, illetve e kötelezettség teljesítésének ellenőrzésére sem, amely alapvető fontosságú, hiszen a biztosítási kötelezettség megkövetelésének célja nem egyszerűen a felelősségbiztosítási szerződés megkötése, hanem az, hogy a felelősségbiztosítási fedezet az adott tevékenység végzése alatt folyamatosan fennálljon.
41. A biztosítási kötelezettséget létesítő jogszabályi rendelkezések (egy-két kivételtől eltekintve) nem fogalmazzák meg egy ajánlatelfogadási kötelezettséget a biztosító részére, amely azt eredményezi, hogy a biztosító nem köteles elfogadni azt a biztosítási ajánlatot, amelyet az ajánlattevő valamely jogszabályban meghatározott biztosítási kötelezettség teljesítése érdekében nyújt be hozzá. Ajánlatelfogadási

kötelezettség ugyanakkor nemcsak jogszabályon, hanem a biztosító egyoldalú nyilatkozatán vagy megállapodásban tett vállalásán is alapulhat.

42. A korábbi szabályozás értelmében ha valamennyi magyarországi biztosító visszautasította a biztosítási szerződés megkötésére tett ajánlatot, s ezáltal nem volt mód a biztosítási kötelezettség teljesítésére, a felelősségbiztosítási fedezet megteremtésére, akkor a biztosítóintézetekről és a biztosítási tevékenységről szóló 1995. évi XCVI. törvény 5. §-ának (6) bekezdése értelmében a belföldi személy biztosítási szerződést köthetett egy külföldi biztosítóval, feltéve, hogy a PSZÁF írásban igazolta, a Magyarországon bejegyzett biztosítók nem kötnek a jogszabályi előírásnak megfelelő biztosítási szerződést. A biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény ilyen rendelkezést már nem tartalmaz, tekintettel arra, hogy 2004. május 1-jétől a magyar biztosítási piac azon egységes belső biztosítási piac része lett, amelyen megnyílt a határon átnyúló biztosítási szolgáltatások kínálásának és igénybevételenek a lehetősége (azzal, hogy a biztosításkötési kötelezettség teljesítésére szolgáló biztosítási szerződések kapcsán a biztosítási irányelvek tartalmazznak néhány külön rendelkezést).
43. Az 1990. január 1-jén hatályba lépett, az egészségügyi és szociális vállalkozásról szóló 113/1989. (XI. 15.) MT rendelet 8. §-ának (1) bekezdése előírta, hogy az egyéni vagy társas vállalkozó az egészségügyi és szociális vállalkozást akkor kezdheti meg, ha az e tevékenysége során okozott kár megtérítésére felelősségbiztosítással rendelkezik, azt is megkövetelve, hogy a biztosítási szerződést a tevékenység megkezdése előtt be kell mutatni a vállalkozást engedélyező szervnek.
44. 1998. július 1-jétől valamennyi egészségügyi szolgáltató számára előírta az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. §-a (1) bekezdése, hogy egészségügyi szolgáltatás kizárólag az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély birtokában, az abban meghatározottak szerint kezdhető meg, illetve folytatható. A (2) bekezdés szerint a működési engedély csak abban az esetben adható ki, ha a kérelmezőnek az egészségügyi szolgáltatás során okozott kár megtérítésére van felelősségbiztosítása. A felelősségbiztosítási szerződés megszűnése esetén a biztosító ennek tényét haladéktalanul köteles bejelenteni az engedélyező szervnek, amely a működési engedélyt visszavonja, amennyiben az egészségügyi szolgáltató nem rendelkezik más biztosítónál felelősségbiztosítással. A törvény 247. §-a (2) bekezdésének g) pontja felhatalmazta az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter, hogy rendeletben állapítsa meg az egészségügyi szolgáltatás megkezdésére és gyakorlására, valamint az egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosítására vonatkozó részletes szakmai szabályokat, továbbá az egészségügyi szolgáltatás folytatásához szükséges tárgyi feltételeket. E rendelkezést 2003. január 1-jétől felváltotta a 247. § (1) bekezdésének f) pontja, amely már a Kormányt hatalmazta fel arra, hogy az egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosítására vonatkozó részletes szabályokat rendeletben állapítsa meg. A törvény adta felhatalmazással sem a miniszter, sem a Kormány nem élt, az egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosítási vonatkozásában rendelet még nem jelent meg.

45. A biztosítóintézetekről és a biztosítási tevékenységről szóló 1995. évi XCVI. törvény 69. §-ának 1999. január 1-jétől hatályos (1) bekezdése kimondta, hogy biztosítási szerződéskötési kötelezettség a törvény 9. számú mellékletében, illetve más törvényben meghatározott esetekben írható elő. A törvény 9., az egyéb törvényben nem szabályozott szerződéskötési kötelezettségekről szóló számú mellékletének 10. pontja biztosítási szerződéskötési kötelezettséget írt elő orvosi magángyakorlat folytatása esetén.
46. Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet 6. §-ának (1) bekezdése kimondja, hogy egészségügyi szolgáltatás nyújtására - ha törvény másként nem rendelkezik - a rendelet szerinti működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltató jogosult. A (3) bekezdés értelmében az egészségügyi szolgáltató a tevékenységét csak érvényes felelősségbiztosítási szerződés birtokában kezdheti meg és folytathatja. Ha a felelősségbiztosítási szerződés bármely okból megszűnik, az egészségügyi szolgáltató köteles azt haladéktalanul bejelenteni a működési engedélyt kiadó egészségügyi hatóságnak, egyúttal bemutatva az új felelősségbiztosítási szerződést.
- A 6/A. § (2) bekezdése szerint az egyéni egészségügyi vállalkozó egyéni vállalkozói igazolvány, érvényes működési engedély és felelősségbiztosítási szerződés birtokában, a saját nevében és kockázatára nyújtja a működési engedélyében meghatározott egészségügyi szakmákhoz tartozó szolgáltatásokat.
- A 7. § (1) bekezdése alapján az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító engedélyezési eljárás lefolytatása és a működési engedély kiadása az ÁNTSZ feladat- és hatáskörébe tartozik.
- A 8. § (2) bekezdésének d) pontja szerint a kérelemhez mellékelni kell az egészségügyi szolgáltató e tevékenysége során okozott kár megtérítésére vonatkozó felelősségbiztosítási szerződése másolatát, illetőleg azt a nyilatkozatot, hogy a felelősségbiztosítási szerződést a működési engedély jogerőre emelkedésétől számított 8 napon belül bemutatja az egészségügyi hatóságnak.
- A 19. § (1) bekezdésének i) pontja alapján az egészségügyi hatóság a működési engedélyt visszavonja, ha az egészségügyi szolgáltató nem rendelkezik érvényes felelősségbiztosítási szerződéssel.
47. A biztosítóintézetekről és a biztosítási tevékenységről szóló 1995. évi XCVI. törvény helyébe lépő, a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 105. §-ának (1) bekezdése szerint biztosítási szerződéskötési kötelezettség a törvény 7. számú mellékletében, illetve más, törvényben meghatározott esetekben írható elő.
48. Az egészségügyi szolgáltatók több más európai államban is kötelesek felelősségbiztosítási szerződéssel rendelkezni, így az Európai Unió tagjai közül Csehországban, Dániában, az Egyesület Királyságban, Finnországban, Franciaországban, Lengyelországban, Lettországban, Litvániában, Portugáliában, Svédországban és Szlovákiában (Vj-173/2005/7/a.).

49. Magyarországon 1991-1992-ben jelentek meg az egészségügyi felelősségbiztosítási termékek (Vj-173/2005/2. és 8.). 1991-ben az összes bejelentett kár 6,7 millió Ft volt (Vj-173/2005/8.).

50. A Generali (Providencia) nyilvántartása szerint 1990 és 1999. július 15. között a nyilvántartott, élő orvosi szerződések száma a következők szerint alakult (az alábbiakban közölt adatok forrása: Vj-173/2005/23., az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 1999. október 28-i, hat biztosítóhoz eljuttatott, így üzleti titoknak nem minősülő anyaga):

1990	53
1991	760
1992	1.894
1993	3.326
1994	4.778
1995	7.692
1996	11.655
1997	14.701
1998	16.523
1999	17.893

1999. július 15-én a 17.893 szerződés közül kb. 300 tartozott az állami, önkormányzati szerződések közé (fekvő- és járóbeteg-ellátását biztosító kórházak, rendelők és a megyei ÁNTSZ intézmények).

51. Az évek szerinti biztosítási díj állományi értéke (az éves díjelőírás) ebben az időszakban a következő volt:

1990	563.530 Ft
1991	6.175.173 Ft
1992	36.057.299 Ft
1993	69.460.798 Ft
1994	91.741.507 Ft
1995	123.178.932 Ft
1996	155.124.883 Ft
1997	186.104.943 Ft
1998	196.756.222 Ft
1999	214.205.712 Ft

52. 1999. július 15-én a Generali (1995-től) 427 lezárt orvosi kárt és 344 darab nyitott kárt tartott nyilván.

53. A lezárt károk az alábbiak szerint alakultak (lezárt kárnak minősülnek azok a biztosítónál bejelentett káresetek, amelyeknél a kárrendezés szakasza kárkifizetéssel vagy anélkül lezárult):

	Darabszám	Feloldott tartalék*	Kifizetett károk	Arány	Átlagos kifizetés
1995	17	2.307.689 Ft	865.897 Ft	37,52%	50.935 Ft
1996	36	12.552.502 Ft	3.048.957 Ft	24,29%	84.693 Ft
1997	88	84.321.969 Ft	11.013.262 Ft	13,06%	125.151 Ft
1998	144	197.668.485 Ft	107.892.391 Ft	54,58%	749.253 Ft
1999.07.15.	142	347.426.620 Ft	220.860.532 Ft	63,57%	1.555.356 Ft
Összesen	427	644.277.265 Ft	343.681.029 Ft	56,71%	804.873 Ft

(* Feloldott tartalék: a kár lezárásakor az adott káresetre képzett és felszabadított tartalék összege)

54. Az egészségügyi intézmények nyitott kárai kapcsán (amikor a kárrendezés még folyamatban van) megképzett tartalékok összege 998.214.466 Ft volt. A magánszolgáltatók esetében ez az összeg 66.250.951 Ft-ot tett ki.

55. A Generali ebben az időszakban szerződéseiben nem alkalmazott önrészesedést.

56. Azt követően, hogy nagy számú felelősségbiztosítási szerződés került felmondásra a szerződési állományának szanálását elhatározó Generali részéről, az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete és az Erix Biztosításközvetítő és Tanácsadó Kft. a 1999. év I. negyedévében áttekintette az egészségügyi felelősségbiztosítási piac alakulását, megállapítva, hogy a piacvezető biztosító területről való kivonulása az alábbiak szerint nehéz helyzebe hozza az egészségügyi szolgáltatókat:

- a biztosítási díjak jelentős emelkedése várható, mivel a Generali nyilvánosságra hozta a döntését indokoló kárstatisztikákat, amely óvatosságra inti a többi biztosítót is,
- a biztosítót váltani kényszerülő egészségügyi szolgáltatók jövőbeni kárainak egy része fedezetlenül maradhat, mert a piacon elérhető szerződések azokra a károokra vállalnak fedezetet, amelyeknél a károkozás, a kár bekövetkezése és a kár bejelentése a szerződés hatálya alatt történt, miközben a statisztikai adatok szerint a károk 54%-a a károkozást követő egy évnél később következik be, a károsodás csak 1-3 év elteltével jelentkezik (Vj-173/2005/23.).

57. Az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete (később a Magyar Kórházszövetség, illetve a Magyar Orvosi Kamara támogatásával) párbeszédet kezdeményezett az Egészségügyi Minisztériummal. A megbeszélések során többféle megoldás merült fel (pl. központosított közbeszerzéssel történő beszerzés, keretmegállapodás az Országos Egészségbiztosítási Pénztár és a tárgyban kiírt pályázaton nyertes biztosító között), azonban ezek nem voltak megvalósíthatók. Ezt

követően döntés született arról, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztár mint az Egészségügyi Alap kezelője az Egészségügyi Minisztérium felkérésére bekéri mindazon biztosítók ajánlatát, amelyek egészségügyi szakmai felelősségbiztosítási termékkel rendelkeznek.

58. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 1999. október 28-i keltezéssel kereste meg az érintett biztosítókat, jelezve, szükségesnek ítélte, hogy az Egészségügyi Alapból finanszírozott egészségügyi szolgáltatókat (közel 260 fekvő- és járóbeteg ellátó intézményt és kb. 6.000 háziorvost) tájékoztassa a biztosítási piacon megtalálható biztosítási módokról (termékekről). A biztosítókat felkérte, ajánlataik elkészítése során vegyék figyelembe az általa közölt szempontokat, illetőleg jelezte, a biztosító a benyújtott ajánlatával kötelezettséget vállal arra, hogy a benyújtott ajánlatban rögzített feltételekkel és díjakkal szerződést köt (2000. január 1-jei kockázatviselési kezdettel) mindazon egészségügyi szolgáltatókkal, akik ilyen igényrel fordulnak hozzá. Az anyag (Vj-173/2005/23.) egyebek között rögzítette, hogy

- a biztosítási termékben kétféle limitre kér ajánlatot tenni, azzal, hogy azok bármelyikét választhatják a szerződők (5 millió Ft/káresemény és 50 millió Ft/biztosított/év, illetőleg 5 millió Ft/káresemény és 25 millió Ft/biztosított/év),
- a károk eloszlása azt mutatja, hogy a károkozást követő 5 évben kerülnek a károk bejelentésre,
- a bejelentett károk egyre nagyobb részének kárrendezése befejeződik még a kárrendezés évében, s az elhúzódó kárügyek is lezárulnak 5 év alatt,
- a bejelentés évében rendeződő károk növekvő száma azt mutatja, hogy egyre több az egyezséggel lezárt kár, illetve a bírósági szakaszba jutott ügyek is egyre rövidebb idő alatt futnak át, az ügyek lezárása így az egységek számának emelkedésével és a bírói szakasz lerövidülésével mind kevesebb időt vesz igénybe.

59. A pályázatra meghívott hat biztosító közül kettő, az Allianz és a Generali nyújtott be pályázatot.

60. A pályázatok értékelésében az Egészségügyi Minisztérium, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete, a Magyar Kórházszövetség, a Magyar Orvosi Kamara, valamint az Erix Biztosításközvetítő és Tanácsadó Kft. vett részt. A beérkezett anyagokat az Országos Egészségbiztosítási Pénztár az Értékelő Bizottság minősítésével megküldte az egészségügyi szolgáltatóknak, amelyek ezt követően saját döntésük szerint köthették meg felelősségbiztosítási szerződéseiket.

61. Az Erix Biztosításközvetítő és Tanácsadó Kft. a pályázatokat értékelő anyagában (Vj-173/2005/23.) egyebek között az alábbiakat állapította meg:

	Allianz	Generali
Ajánlatelfogadási kötelezettség	egyoldalú kötelezettséget vállalt arra, hogy a megajánlott feltételek szerint szerződést köt minden olyan egészségügyi szolgáltatóval, aki ilyen igénnyel fordul hozzá	nem vállalt kötelezettséget
Időbeli hatály	a szerződés hatálya alatt okozott, bekövetkezett és bejelentett károkra terjed ki a biztosítási fedezet	a szerződés hatálya alatt okozott, bekövetkezett és bejelentett károkra terjed ki a biztosítási fedezet
Előfedezet	három éves (a szerződéskötéskor ismeretlen károkra szóló) előfedezetet tartalmazott, amely választható eleme a terméknek Külön, kockázatarányosdíj ellenében nyújtja az Allianz, azzal, hogy az előfedezetre díjat csak az első évben kell fizetni, s a díj mértéke általában nem éri el az éves díj nagyságát	nem vállalt előfedezetet
Utófedezet	utófedezetet a szerződés megszűnését követő egy évre kínált a biztosító	nem vállalt utófedezetet
Biztosítási összeg	a meghatározások tekintetében az általában szokásos formák alkalmazása a díjszabásnál komoly szerepet kap a választható biztosítási összeg nagysága. Az eddig szokásostól (5, Ft/kár; 50m Ft/év) lényegesen el lehet térni	a meghatározások tekintetében az általában szokásos formák alkalmazása, a biztosítási összeg meghatározott mértékű, 5m Ft/kár és 50m Ft/év biztosítottanként, amely megfelel a gyakorlatnak
Önrészesedés	10%, de min. 50e Ft (levonásos, azaz minden kárkifizetésből levonásra kerül)	nincs önrészesedés

Az Erix Biztosításközvetítő és Tanácsadó Kft. a két pályázat közül az Allianz ajánlatát minősítette jobbnak.

62. A megítélt kártérítések 1995-1996-ig az ezen biztosítási területet alapjaiban meghatározó bírói gyakorlathoz igazodtak, azonban 1995-től a kártérítéseket a biztosítási szerződésekben meghatározott limitek kezdték befolyásolni. A megítélt károk átlaga az 5 millió Ft-hoz közeledett, 2000-ben pedig már 7 millió Ft körül alakult, ugyanakkor 10, 20, 30 milliós kártérítések is megállapítást nyertek, s további emelkedő tendencia figyelhető meg. 2005-re már 100 millió Ft-os kártérítés is megítélésre került. Mindeközben az is tapasztalható, hogy míg 1998-1999. előtt kevés volt a peren kívüli egyezség, ezt követően években egyre gyakoribbak voltak a peren kívüli egyezségek, s ezzel párhuzamosan csökkent az egészségügyi kártérítési perek száma. Ennek oka az volt, hogy ez sokszor kedvezőbb megoldást kínált a kórháznak és a károsultnak, mivel a kórháznak kisebb kártérítést kell fizetnie, mintha annak bíróság általi megítélésére kerülne sor (arra is tekintettel, hogy a

biztosítási limiten felüli részt egyébként is a kórháznak kellene fizetnie), az eset nem kerül nyilvánosságra, illetőleg a károsult gyorsabban jut a kártérítéshez (Vj-173/2005/8.).

63. Az elmúlt években ismét az figyelhető meg, hogy már nem a peren kívüli kárrendezésen van a hangsúly, hanem a peres ügyeken. Ennek okai között szerepel a felelősségbiztosítási szerződésekben meghatározott biztosítási összeg alacsony volta és az egészségügyi szolgáltatók alulfinanszírozottsága. Ez utóbbi azt eredményezi, hogy például könnyebb egy önkormányzati tulajdonban lévő kórháztól jogerős ítélettel kártérítéshez jutni, mint vele peren kívül megegyezni. Ugyancsak a perek számának növekedéséhez vezet, hogy a biztosítottak nehezebben ismerik el felelősségüket, ha a kár megtérítéséből nekik is részt kell vállalniuk (az önrészesedés által, illetőleg azért, mert a biztosítási összeg nem fedezi a teljes kártérítést).
64. 2003-ban az eljárás alá vontakon kívül további négy biztosító volt jelen a piacon egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosításával: az Aegon Magyarország Általános Biztosító Rt., a Groupama Biztosító Rt. (korábban: Európa Biztosító Rt.), a QBE Atlasz Biztosító Rt. és az Union Biztosító Rt. A QBE Atlasz Biztosító Rt. 2004-re kivonult erről a területről. A másik három biztosító ezt követően is a piacon maradt.
65. A Magyar Kórhákszövetség által 2004-ben végzett felmérés (Vj-173/2005/2.) szerint
- a jelentősen megemelkedett biztosítási költségek ellenére 113 kórházból 6 kórháznak (5%) nem volt felelősségbiztosítása,
 - a biztosítási díjak 2003-ról 2004-re átlagosan 187%-kal emelkedtek,
 - az intézmények 20,5%-ánál az emelés mértéke meghaladta a 100%-ot,
 - két évvel korábban is hasonló mértékű díjemelés történt, kb. 180%-os átlaggal,
 - a felelősségbiztosítási fedezet nem terjed ki a tájékoztatási kötelezettség teljesítésének elmaradásával vagy hiányosságával, a dokumentációs kötelezettség teljesítésének elmulasztásával és az adatvédelmi jogsértéssel kapcsolatos károkra.
66. A Magyar Kórhákszövetség által 2005-ben végzett felmérés (Vj-173/2005/2.) szerint a válaszadó 90 kórházból 3 kórháznak nem volt felelősségbiztosítása (3,5%). Az igénybejelentések száma az alábbiak szerint alakult: (15% válasza nem volt értékelhető):

Nem volt igénybejelentés	Az igénybejelentések száma nem nőtt	A kárigények száma és összege nőtt
20%	25%	40%

A biztosítási díjak az alábbiak szerint emelkedtek (a válaszok 6%-a nem volt értékelhető, illetőleg 2% nem válaszolt):

A biztosítási díj nem emelkedett	15%
A biztosítási díj nem emelkedett, de kisebb lett a kockázatviselés	5%
5% alatti emelés	6%
5-20% emelés	20%
20-30% közötti emelés	8%
30-100% közötti emelés	10%
100% feletti emelés	28%

A kérdésre választ adó 84 intézmény által kifizetett biztosítási díj összege mintegy 415 millió Ft volt.

A választ adó 73 intézmény esetében az elmúlt két évben kb. 526 millió Ft kártérítési összeg és 35-40 millió Ft járadék került kifizetésre.

A válaszadás időpontjában 75 intézményben összesen 450 darab bejelentett, folyamatban lévő ügy volt.

70 intézményben összesen kb. 3.143 millió Ft kártérítési igény volt bejelentve.

Az intézetek tapasztalatai szerint

- a perek évekig elhúzódnak,
- emelkednek a kártérítési összegek,
- a történés és az igénybejelentés között sokszor évek telnek el, a biztosítók nem vállalnak felelősséget,
- az intézmények nagyobb önrészesedése a biztosítók oldalán kisebb kockázatvállalást eredményez.

67. Az egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosításaiból származó díjbevétel a 2004. és a 2005. évben sem érte el a 2 milliárd Ft-ot, vagyis csak igen kis részét képezte a teljes biztosítási piacról (2004-ben: 587,4 milliárd Ft, 2005-ben: 673,4 milliárd Ft), illetve a nem-életbiztosítási ágból (2004-ben: 348,4 milliárd Ft, 2005-ben 375,6 milliárd Ft) származó díjbevételnek.

68. Az eljárás alá vontak 2004. évi gazdálkodási adataiból megállapíthatóan az egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosításaiból származó díjbevétel a teljes díjbevétel igen kis részét, 0,08-0,55 %-át adta.

69. Az elmúlt években olyan elképzelések is megfogalmazódtak, hogy az egészségügyi felelősségbiztosításokra egy biztosító egyesületet, illetőleg egy külön biztosítót kellene létrehozni (Vj-173/2005/8.).

A Magyar Orvosi Kamara évekkal ezelőtt javasolta az Egészségügyi Minisztériumnak, hogy az hozzon létre egy nonprofit formában működő országos szervezetet, amelynek célja nem a nyereség lenne, hanem kizárólag a kártérítésekre, illetve saját szervezetének fenntartására gyűjtené be a biztosítási díjakat. A javaslat szerint ezt a szervezetet akár az Országos Egészségbiztosítási Pénztár is működtethetné az egészségbiztosítási költségek terhére (vagy részben ezek terhére), tekintettel arra, hogy a Magyar Orvosi Kamara szerint a műhibákat is fel lehet fogni a betegségek statisztikai kockázataként, s ilyen módon az általános egészségi kockázat részének lehet tekinteni. Megítélése szerint ez a szervezet jóval olcsóbban és hatékonyabban működne, mint a jelenlegi biztosítók, mivel egyrészt az ilyen centralizált szervezetben jóval nagyobb szakértelem áll rendelkezésre az egyes

ügyekben, mint jelenleg, így optimalizálhatók lennének az egyes esetek utáni kártérítési összegek, másrészt ismeretei szerint majdnem kétszerese az évente országosan befizetett biztosítási díjak összege a kifizetett kártérítési összegekének, azaz egy nem haszonelven működő biztosító szervezet országosan érzékelhető nagyságú összegeket tudna a betegellátás céljára felszabadítani (Vj-173/2005/4).

70. A PSZÁF az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításaival csak a biztosítóknál folytatott – a vizsgálat céljától, típusától függően, adott esetben a terjesztett termékek szűrőpróbaszerű ellenőrzésére is kiterjedő – ellenőrzések keretében, illetve az esetleges bejelentések kapcsán találkozik (találkozhat). A PSZÁF az elmúlt öt évben ellenőrzései során az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításához kapcsolódóan nem állapított meg termékspecifikumhoz köthető jogsértést, illetőleg olyan jogsértést, amely a feltételek esetleges tisztességtelennek minősíthető volta miatt megtámadást indokolt volna (PSZÁF megkeresésére adott válasza, Vj-173/2005/6.).
71. A PSZÁF-hoz az elmúlt években két kórház nyújtott be panaszt (Vj-173/2005/6.).
72. Az egyik kórház azt kifogásolta, hogy az általa megkeresett biztosítók nem kívántak vele felelősségbiztosítási szerződést kötni. A PSZÁF megkeresésére adott válaszában ezt az adott biztosító a kórház korábbi biztosítási jogviszonyával, kárhányadával és körülményeivel indokolta (a 2002. évben az adott kórház felelősségbiztosítási szerződése alapján hat káreset kapcsán kifizetett kártérítési összegek jóval meghaladták a kórház által megfizetett biztosítási díjat). A másik megkeresett biztosító ismertette, hogy az érintett terület kiszámíthatatlanná és veszteségesé vált, ezért 2000. január 1-jével kivonult az egészségügyi szolgáltatók felelősségi piacáról.
73. Egy másik kórház a PSZÁF állásfoglalását kérte azzal kapcsolatban, hogy a biztosító a felelősségbiztosítási szerződésben a kockázatviselés terjedelmére vonatkozó azon kikötései jogszerűnek tekinthetők-e, amelyek szerint a kockázatviselés csak a biztosítási szerződés megszűnését követő egy éven belül bejelentett károkra terjed ki.
- A PSZÁF arról tájékoztatta a kórházat, hogy a kockázatviselés terjedelmére - erről szóló jogszabályi rendelkezés hiányában - a felek megállapodása, a biztosítási szerződésben meghatározott feltételek az irányadók. A gyakorlatban a kockázatviselés terjedelmét illetően többféle megoldás kerül alkalmazásra, a biztosító szolgáltatási kötelezettségének beálltát három feltétel (a kár okozása, bekövetkezése és bejelentése) a biztosítási szerződésben meghatározott időtartamon belül történő bekövetkezéséhez kötik.
- A kórház újabb megkeresésére adott válaszaiban a PSZÁF az alábbiakról adott tájékoztatást:
- a hazai szabályozási rendszer az egészségügyi szolgáltatást végzők működési engedélyéhez előírt felelősségbiztosítási szerződéskötési kötelezettséggel nem állítja szembe a biztosítók szerződéskötési kötelezettségét,

- mivel az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben adott felhatalmazás alapján kiadható rendelet még nem jelent meg, a biztosítási szerződés tartalmát alapvetően a felek megállapodása határozza meg,
- a biztosítók önálló elszámolás alapján és piaci elven működő olyan szervezetek, amelyek pontos valószínűségi számítások alapján felméri a helyzetet, s csak akkor vállalnak kockázatot, ha ez számukra (a várhatóan bekövetkező biztosítási események, a biztosítások száma és a biztosítottaktól befolyó biztosítási díj számbavételével) kifizetődő, tehát a profitelvárásoknak is megfelel,
- jelenleg a biztosítót a piac korlátozza azon összeg meghatározásában, amelyet a kockázatfelmérés eredményeként megállapított, a kockázat bevállalásához szükségesnek ítélt ellenérték felett (a profit maximalizálása érdekében) a biztosítási díjba beépít,
- a PSZÁF javasolta, ha a kórház számára nem elfogadható az adott biztosító 2003. évre vonatkozó [egyértelmű és mindkét fél számára érthető, így tisztességtelennek a Ptk. 209/B. §-ának (5) bekezdése alapján semmiképpen nem minősíthető] szerződési ajánlata, akkor e helyett a kórház keresse meg a hazai piacon felelősségbiztosítással foglalkozó más biztosítókat,
- az egészségügyi szolgáltatót terhelő kártérítési felelősség alapján fennálló kötelezettségre vonatkozó (Ptk. szerinti) 5 éves elévülési idő nem érinti a biztosító és az egészségügyi szolgáltató között létrejött biztosítási szerződésben (a káresemény okozására, bekövetkezésére, illetve bejelentésére) meghatározott feltételeket. A PSZÁF szerint a biztosítónak a kockázatviselése terjedelme, valamint e behatárolt kockázatviselés ellenértéke (díja) meghatározásának lehetősége a biztosítás természetéből szükségszerűen adódik. Következik ez mind a Ptk. 536. §-ának (1) bekezdésében foglaltakból, mind a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 4. §-ának a biztosítási tevékenység fogalmát meghatározó (1) bekezdéséből. A jogszabályi rendelkezések szerint akkor, amikor a biztosító a kockázatviselése terjedelmét úgy határozza meg, hogy csak a szerződés hatálya alatt okozott és bekövetkezett biztosítási esemény esetén teljesíti a szolgáltatását, a kockázatok bizonyos körét kizárja, azokat, amelyeknek hosszabb, akár több éves a „lappangási ideje.”

74. A PSZÁF ezen második kórház ügyével összefüggésben megkereste a szerződéskötéstől elzárkózó biztosítókat, amelyek az alábbiakkal indokolták, miért nem kívántak szerződést kötni a kórházzal:

- ez a biztosítás rentábilisan nem művelhető, rossz a kárhányada,
- a nagyobb egészségügyi intézmények, kórházak biztosítási szempontból kiemelt kockázatot jelentenek, a piacvezető biztosítók jelentős veszteségeket szenvedtek el,
- a kártérítési ügyek száma és a kártérítési összegek mértéke folyamatosan növekszik, a perelt kártérítési igények milliárdos nagyságrendűek, s ezt a biztosítási díjak (az intézmények fizetőképességét is tekintetbe véve) nem tudják követni,
- az átlagosnál lényegesen nagyobb kárrendezési költségek merülnek fel (jogi és szakértői költségek stb.),
- a biztosítók nem tudnak megfelelő viszontbiztosítási háttérrel teremteni.

VI.**A biztosítási fedezet összegszerű korlátozása**

75. A Ptk. 559. §-ának (1) bekezdése szerint felelősségbiztosítási szerződés alapján a biztosított követelheti, hogy a biztosító a szerződésben megállapított mértékben mentesítse őt olyan kár megtérítése alól, amelyért jogszabály szerint felelős. A törvény értelmében nincs annak polgári jogi akadálya, hogy a felelősségbiztosítási szerződésben a felek meghatározzák a biztosítási fedezet korlátait.
76. A felelősségbiztosítási fedezet összegszerű korlátozása elsősorban a biztosítási összeg meghatározása által történik. A biztosítási összeg az az összeg, amely a biztosítottnak a biztosítási esemény bekövetkeztével beálló teljesítési kötelezettségének rendszerint egyik felső összeghatárát jelenti (megjegyzendő, hogy a biztosítási összeg meghatározására nem minden biztosítási szerződés esetében kerül sor, így pl. a gépjárművek cascobiztosításánál sem). A biztosítási összeg szerződésben történő meghatározása lehetővé teszi a biztosítók számára, hogy csak azon összeg egy részének megtérítését vállalják, amely a kárért felelősséggel tartozó biztosítottat kártérítésként terheli.
77. A felelősségbiztosítási szerződésben a biztosító által teljesítendő pénzbeli szolgáltatás kapcsán meghatározásra kerülhet
- a káreseményenkénti biztosítási összeg, amely az az összeg, amelyet a biztosító egy biztosítási eseménnyel összefüggésben maximálisan kifizet,
 - a biztosítási időszakra szóló (éves) limit, amely az az összeg, amelyet a biztosító maximálisan kifizet az adott biztosítási időszakban (biztosítási évben), függetlenül attól, hogy hány biztosítási esemény következett be.
78. A felelősségbiztosítások esetében a biztosítási jogviszonyok fontos eleme az önrészesedés intézménye, amelynek elsődleges célja az, hogy a biztosított érdekelt legyen a biztosítási esemény bekövetkezésének az elkerülésében. Az önrészesedés kikötésével a bekövetkezett kár egy meghatározott részét nem téríti meg a biztosító, hanem azt közvetlenül a biztosított (a szolgáltatásra jogosult személy) viseli. Az önrészesedés alkalmas arra, hogy mintegy alulról limitálja a biztosító szolgáltatását, meghatározva azt az összeget, amelyet a kárból a biztosítottnak kell viselnie, illetőleg azt eredményezve, az önrészesedés mértékét el nem érő kár megtérítésére nem köteles a biztosító. Az önrészesedés mértékének a meghatározása többféle módon történhet, egyebek között egy előre rögzített összegnek, a kár vagy a biztosítási díj adott százalékának vagy a fix összeg és a százalékos kombinált meghatározásának az alkalmazásával.
79. Az elmúlt években a biztosítók az alábbi biztosítási összegeket (káreseményenkénti / éves limit), illetőleg önrészesedési mértékeket határozták meg az egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosítása esetében (a táblázat nem tartalmazza a QBE Atlasz Biztosító Rt. adatait, illetőleg az Allianz egy konkrét, speciális szerződésére vonatkozó adatokat):

Biztosító	Alkalmazás ideje	Biztosítási összeg	Önrészesedés
Allianz	2000. június 5. előtt	járóbeteg-ellátás esetén: min. 300e/1m Ft max. 5m/50m Ft fekvőbeteg-ellátás: min. 1m/5m Ft max. 50m/50m Ft	járóbeteg-ellátás esetén: min. önrész nélkül max. 10%, minimum 50e Ft fekvőbeteg-ellátás: min. önrész nélkül max. 20%, minimum 50e Ft
	2000. június 5-től	járóbeteg-ellátás esetén: min. 100e/300e Ft max. 10m/30mFt fekvőbeteg-ellátás: min. 1m/5m Ft max. 5m/50m Ft	járóbeteg-ellátás esetén: min. önrész nélkül max. 20%, min. 50e Ft vagy 10%, min. 100e Ft fekvőbeteg-ellátás: min. 10%, min. 50e Ft max. 10%, min. 50e Ft
	2001. november 5-től	járóbeteg-ellátás esetén: min. 100e/1m Ft max. 10m/50m Ft 75m/75m Ft (egy speciális igényre) fekvőbeteg-ellátás: min. 1m/5m Ft max. 5m/62,5m Ft 8m/30m Ft (egy speciális igényre)	járóbeteg-ellátás esetén: min. önrész nélkül max. 10%, min 100e Ft vagy 20%, min. 50e Ft fekvőbeteg-ellátás: min. 10%, min. 100e Ft max. 30%, min. 50e Ft 12,5m Ft/biztosítási időszak (egy speciális igényre)
	2005. január 1-jétől	járóbeteg-ellátás esetén: min. 100e/1m Ft max. 10m/50m Ft 75m/75m Ft (egy szerződésnél) fekvőbeteg-ellátás: min. 1m/5m Ft max. 10m/50m Ft	járóbeteg-ellátás esetén: min. önrész nélkül max. 10%, min 100e Ft vagy 20%, min. 50e Ft fekvőbeteg-ellátás: min. 50e Ft max. 20%, min. 50e Ft (egy esetben 10m Ft)
Generali	1999. május 1-jétől	5 m Ft káreseményenként, 50 m Ft évente	-
	2001. november 1-jétől	5 m Ft káreseményenként, 50 m Ft évente	-
	2003. január 1-jétől	5 m Ft káreseményenként, 50 m Ft évente	-
	2004. január 1-jétől	5 m Ft káreseményenként, 50 m Ft évente	-
	2005. január 1-jétől	5 vagy 10 m Ft káreseményenként, 50 m Ft évente	-
	2007. január 1-jétől	5 vagy 10 vagy 20 m Ft káreseményenként, 50 m Ft évente	-
Uniq	1995-től	10 millió Ft / év személyi károkra	10.000 Ft / kár (abszolút jellegű)
	2002. március 1-jétől	2004.04.15. – 2005.09.11: 3 millió Ft / kár és 15 millió Ft / év a személyi károkra vonatkozóan	10%, de minimum 50.000 Ft / kár (levonásos)
	2005. szeptember 12-zől	3/15 m Ft, 5/10 m Ft, 5/15 m Ft	10%, de minimum 50.000 Ft / kár (levonásos)
OTP-Garancia	1998. december 12-től	alaplímit: 5m Ft/kár 15m Ft/biztosítási év	10%, de min. 10e Ft (levonásos)
	2005. július 16-tól	alaplímit: 5m Ft/kár 15m Ft/biztosítási év	10%, de min. 10e Ft (levonásos)
Union	n.a.	10m Ft/kár/év	30%, de min. 1m Ft
Groupama	2004. február 10-től	5m Ft/kár és 10m Ft/év	10%, de min. 50e Ft
	2004. október 15-től	5m Ft/kár és 10m Ft/év	10%, de min. 50e Ft
Aegon	1999. január 1-jétől	500.000-5mFt/kár 1m-25m Ft/év a feltételek szerint: max. 5m Ft/kár 50m Ft/év	10%, de max. 100.000 Ft

VII.
A biztosítási fedezet időbeli korlátozása

80. Az egészségügyi felelősségbiztosítások egyik sajátossága, hogy a károkozás és a kár bekövetkezése időben jelentősen elválhat egymástól, a kár tényleges bekövetkezésére (pl. az egészségügyi állapot kedvezőtlen változására) akár évekkel a károkozás (pl. a szakmai műhibával elvégzett műtét) után kerülhet sor, s lehetséges, hogy ezt követően csak újabb jelentősebb idő bekövetkezése után kerül megfogalmazásra és érvényesítésre, bejelentésre a kártérítési igény.

81. Az 1990-es években a károk okozása, bejelentése és a kárrendezés az alábbiak szerint alakult (a közölt adatok forrása: Vj-173/2005/23., az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 1999. október 28-i, hat biztosítóhoz eljuttatott, a Generali által közölt adatokon alapuló anyaga):

A káresemények okozása és a bejelentések évének alakulása a lezárt károk esetén

Károkozás	1988	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Bejelentés									
1993			1						
1994			2	2					
1995				1	35				
1996	1	1	2	1	36	34			
1997			2	2	30	35	52		
1998			1		12	11	37	73	
1999			1		1	9	9	30	10

A kárbejelentés és a kárrendezés évének alakulása a lezárt károk esetén

Kárrendezés	1995	1996	1997	1998	1999
Bejelentés					
1993					1
1994					4
1995	18	10	6	1	1
1996		27	27	11	10
1997			57	42	22
1998				92	42
1999					60

A károkozás és a kárrendezés évének alakulása a lezárt károk esetén

Kárrendezés	1995	1996	1997	1998	1999
Károkozás					
1988					1
1992					1
1993					9
1994					6
1995	18	18	34	25	19
1996		19	25	24	1
1997			31	44	23
1998				53	20
1999					10

A károkozás és a bejelentés éve az összes (431) káresemény esetében

<i>A károkozás éve megegyezik a bejelentés évével</i>	207	48%
<i>A károkozás éve nem egyezik meg a bejelentés évével</i>	224	52%
A károkozás és a bejelentés között 1 év telt el	141	33%
A károkozás és a bejelentés között 2 év telt el	51	12%
A károkozás és a bejelentés között 3 év telt el	25	6%
A károkozás és a bejelentés között 4 év telt el	4	1%
A károkozás és a bejelentés között 5 év telt el	1	0%
A károkozás és a bejelentés között 6 év telt el	1	0%
A károkozás és a bejelentés között 8 év telt el	1	0%

82. A felelősségbiztosítási szerződés esetén meg kell különböztetni a biztosító által nyújtott biztosítási fedezet időbeli hatályát rögzítő biztosítási tartamot és a biztosítási időszakot.

83. A fogalmát nem határozzák meg a jelenleg hatályos jogszabályok, ugyanakkor a Ptk. több rendelkezése szól a biztosítási időszakról [pl. az 550. §, az 551. § (4) bekezdése, a 562. § (3) bekezdése]. A Ptk. nem ad egyértelmű választ arra a kérdésre sem, hogy a biztosítási időszak alatt milyen időtartam értendő, miközben például a felelősségbiztosítási szerződés rendes felmondását illetően kiemelkedő jelentősége van annak, hogy mikor ér véget a biztosítási időszak [lásd a Ptk. 551. §-ának (4)

bekezdését, amely szerint a szerződést a biztosítási időszak végére kell felmondani]. A Ptk. két rendelkezésében arra utal, hogy a díjszámítás alapjának (vagyis a biztosítási időszaknak) egy év tekintendő.

84. A biztosítási időszak nem azonosítható a biztosítás tartamával. A biztosítás tartama a biztosítási szerződés, illetőleg a biztosítási fedezet fennállásának időtartamára utal, a biztosítási időszak pedig - figyelemmel a fentiekben elmondottakra - az az idő, amelyre a biztosítási díj megállapításra került, azzal, hogy a biztosítási díj megfizetése kapcsán megfogalmazott szerződésbeli kitételek önmagukban nem határozzák meg egyértelműen azt, hogy a biztosító ténylegesen mit tekintett egy biztosítási időszak, a biztosítási díj milyen időtartamra szólóan került megállapításra. Ez utóbbira a biztosítási szerződés és a biztosítási díj meghatározásának háttérében álló (és a biztosító ügyfelei részéről általában nem ismert) díjkalkuláció adhat egyértelmű választ. A biztosítók által jellemzően követett gyakorlat szerint a biztosítási időszak egy évben kerül meghatározásra.

85. A biztosítási fedezet időbeli korlátozása különös jelentőséggel bír a felelősségbiztosítási szerződések esetében. A biztosítási szerződések többféle megoldást követhetnek, így például

- a biztosító a szerződés érvényességi ideje (hatálya) alatt történt események miatti felelősséget fedezi, abban az esetben is, ha a felelősség beállta egy későbbi időre esik (akár több évvel vagy évtizeddel az esemény után),

- a biztosító azokra az igényekre nyújt fedezetet, amelyeket a szerződés érvényességi ideje (hatálya) alatt bejelentettek, még abban az esetben is, ha azokat a biztosítási szerződés hatályabálépését megelőzően okozták (meghatározott korlátok között),

- a biztosító kizárólag a szerződés hatálya alatt okozott, bekövetkezett és bejelentett károk megtérítését vállalja.

86. A biztosítók által a piacon jellemzően követett gyakorlat szerint ha a felek (a szerződő és a biztosító) oly módon kötnek a biztosított tevékenységére szóló felelősségbiztosítási szerződéseket, hogy a biztosítási fedezet folyamatos, megszakítás nélkül fennáll, akkor a károkozás szempontjából az összes biztosítási szerződést egy szerződésnek kell tekinteni.

87. A Versenytanács előtt ismert a Pesti Központi Kerületi Bíróság 1.P. 54.243/2004/7. számú ítélete, amelyben a bíróság egy önálló bírósági végrehajtó felelősségbiztosításával kapcsolatban értékelte az adott biztosítóval létrejött szerződés azon rendelkezését, amely szerint a biztosító kockázatviselése - amennyiben Külön Feltétel eltérően nem rendelkezik - a biztosítási szerződés hatálya alatt okozott, bekövetkezett és a biztosító részére bejelentett károkra terjed ki. A szerződéshez 30%-os pótdíj ellenében megköthető volt a 306. számú Külön Feltétel, amelynek értelmében a biztosítási védelem kiterjed azon káreseményekre, melyek okozása a Külön Feltétellel kiegészített biztosítási szerződés hatálya alatt, de

bekövetkezése és bejelentése a biztosító felé legkésőbb a szerződés megszűnését követő 5. év december 31-ig megtörtént. Az adott esetben a felek nem állapodtak meg a 306. számú Külön Feltétel alkalmazásában. A bíróság szerint a 306. számú Külön Feltétel kikötésének hiányában nem lehet a kárt időbeli korlátozás nélkül, bármikor bejelenteni, a bejelentés csak szűkebb időkorlátok között történhet, mint a 306. számú Külön Feltétel esetén. A 306. számú Külön Feltétel ugyanis egyrészt nevében is mutatja, hogy az időbeli hatály kiterjesztéséről szól, másrészt szövege szerint is az általánostól eltérő feltételeket határoz meg. Mivel az adott esetben nem került alkalmazásra a 306. számú Külön Feltétel, a bíróság megállapította, a biztosító nem köteles a biztosítási szerződés alapján biztosítási szolgáltatást nyújtani.

A Fővárosi Bíróság mint másodfokú bíróság 61.Pf. 26.625/2005/5. számú ítéletével az elsőfokú bíróság ítéletét helyben hagyta. A Fővárosi Bíróság aláhúzta, az elsőfokú bíróság helyesen mutatott rá arra, hogy az általános szerződési feltételek szerint a perbeli káreseményt a szerződés hatálya alatt be kellett volna jelenteni a biztosítóhoz ahhoz, hogy a kockázatviselés e kárra is kiterjedjen. A másodfokú bíróság arra is utalt, hogy mivel a biztosítottnak a 306. számú Külön Feltétel kikötésével módja lett volna a kockázatviselés időbeli hatályát öt évvel meghosszabbítani, a vitatott szerződési feltétel nem ütközik a Ptk. 567. §-ának (1) bekezdésébe.

88. Ugyancsak ismert a Pesti Központi Kerületi Bíróság 11.G. 302.224/2005/8. számú (jogerős) ítélete.

A biztosítóval szemben az egyik kórház által indított perben a bíróság megállapította, a biztosító (illetve jogelődje) a biztosítási szerződés szerint csak olyan károkért tartozott helytállni, amely károkat a biztosítási szerződés hatálya alatt okoztak és azt legkésőbb a biztosítási szerződés megszűnésétől számított 1 éven belül a biztosítónak bejelentettek. A felek között a biztosítási szerződés 2002. december 31-vel megszűnt, a felperesnek tehát a bejelentési kötelezettségét 2003. december 31-ig kellett volna teljesítenie. Mivel a felperes ilyen bejelentést nem tudott igazolni, a keresetet a bíróság elutasította.

89. Az elmúlt években a piacon elérhető biztosítási termékek a biztosítási fedezet időbeli hatályával, így az elő- és az utófedezet létevel kapcsolatban a következő képet mutatták (a táblázat nem tartalmazza a QBE Atlasz Biztosító Rt. adatait):

Biztosító	Alkalmazás ideje	Előzetes fedezet (a biztosítási szerződés hatályba lépése előtt okozott kár)	Utólagos fedezet (kár bejelentése a biztosítási szerződés megszűnését követően)
Allianz	2000. június 5. előtt	-	igen, 30 nap
	2000. június 5-től	igen, 3 év	igen, 1 év
	2001. november 5-től	-	igen, 30 nap
	2005. január 1-től	-	igen, 30 nap, fekvőbeteg ellátók esetén 180 nap
Generali	1999. május 1-jétől	-	-
	2001. november 1-jétől	-	igen, 2 év (308. számú Külön Feltétel)
	2003. január 1-jétől	-	igen, 2 év (308. számú Külön Feltétel)
	2004. január 1-jétől	-	igen, 2 év (308. számú Külön Feltétel)
Uniq	1995-től	-	-
OTP-Garancia	1998. december 12-től	-	-
	2005. július 16-tól	-	A biztosítási szerződésből eredő kárigények elévülési ideje 3 év. A szerződés megszűnése utáni ún. kiterjesztett kárbejelentési időszak nincs külön meghatározva. A szerződés megszűnése után, a kár bejelentésére még rendelkezésre álló időszakot az említett elévülési időszakból még hátralévő idő hossza jelenti
Union	n.a.	-	1 év
Groupama	2004. február 10-től	-	1 év
	2004. október 15-től	-	1 év
Aegon	1999. január 1-től	-	a szabályszegés óta 5 évnél, vagy a károsult bejelentése óta 2 évnél hosszabb idő telt el

VIII. Az eljárás alá vontak előadása

Allianz

90. Az Allianz részéről előadásra került, a szakmai felelősségbiztosítások piacán olyan kockázatvállalási irányelvek kristályosodtak ki, amelyek nemzetközi és hazai tapasztalati adatokon nyugszanak. A nemzetközi és a hazai viszonylatban is általánosan követett gyakorlat az, hogy a biztosítók káreseményenkénti, illetőleg a biztosítási időszak egészére szólóan biztosítási limitösszegeket jelölnek meg a helytállási kötelezettségük egyik korlátjaként. Az ügyfelek választják meg a biztosítási limiteket az azokhoz tartozó biztosítási díjkínálat ismeretében, figyelemmel a pénzügyi teljesítőképességekre.
91. Másik korlát a szerződés hatálya alatt okozott, bekövetkezett és bejelentett károkra szóló helytállás biztosítói vállalása. Igény szerint ez a korlát feloldható az ún. retroaktív (szerződéskötés előtti időszakra szóló), illetőleg kiterjesztett bejelentési (szerződés megszűnését követő) időszak alkalmazásával. Mindkét esetben a térítési kötelezettség kizárólag a még nem ismert károkra vonatkozhat. A vállalhatóság korlátja tisztán díjkérdés.
92. Az Allianz szerint a fentiek oka az, hogy az adott szakma képviselői által létrehozott veszélyközösség adatai statisztikailag, illetőleg biztosításszakmailag mérhetőek és összehasonlíthatók legyenek.
93. Ismertette, a szakmai felelősségbiztosításokkal foglalkozó viszontbiztosítók gyakorlatában a magyar biztosítási összegek (limitek) nagyságrendileg nemzetközi szinten az önrészesedés mértékével azonosak. A jelenlegi hazai limiteknél magasabb, a nemzetközi gyakorlatban alkalmazott limitek biztosítási díja annyira magas lenne, amelynek megfizetése a biztosítottaknak jelentős pénzügyi nehézséget okozna. Kiemelte, a jelenleg ismert hazai kárstatisztika adatai alapján a megfelelő viszontbiztosítási háttér megteremtése nem lehetséges.
94. Az Allianz jelezte, a károkozás évéhez képest a kárbejelentések 1,5-5 évvel később jelennek meg a biztosítónál, így az egyes biztosítási időszakok eredményességéről hozzávetőleges információ a biztosítási időszakot követő 4-5 év elteltével látható. Kárbejelentés ezt követően is érkezhet, azonban ez az eredményt nagyságrendekkel nem befolyásolhatja. Hangsúlyozta, a termék eredményessége negatív.

Generali

95. A Generali hangsúlyozta, a felelősségbiztosítási termékek esetében a károk okozása, bekövetkezése és bejelentése időben egymástól elválik, közöttük akár több év is eltelhet. A károkozás, a bekövetkezés és a bejelentés közötti időszak alatt a

kárbejelentési kedv, intenzitás, illetve a jogi környezet változásának a modellezése csak jelentős mértékű bizonytalansági tényezővel lehetséges. Ha a felelősségbiztosító nem alkalmaz a kárkifizetésekre egy maximális összeget és a bejelentési időszakra vonatkozóan nem tudja ezt a bizonytalansági tényezőt megfelelően kiküszöbölni, akkor ez a késői károk tartalékának, az ún. IBNR tartaléknak olyan mértékű megnövekedését jelentené, amely a termék művelését lehetetlenítené el, nem utolsósorban a biztosítási díjak mértéke emelkedne indokolatlanul nagy mértékben. Ezzel szemben az IBNR tartalékok esetlegesen nem megfelelő, alultartalékkolt szintje a felelősségbiztosító jövőbeli biztonságos működését veszélyeztetné.

96. Előadta, ma Magyarországon a kárigény érvényesítési kultúra gyökeres változásának vagyunk tanúi, ezen a téren egy természetes felzárkózás tapasztalható a nyugati kultúrához. Ez a kultúraváltozás csak erősíti a fentiekben felvázolt jövőbeni modellezés bizonytalanságát.

Uniqa

97. Az Uniqa előadta, az időbeli korlát alkalmazását a felelősségbiztosítási jogviszony speciális, igen összetett, a biztosítási fedezet körébe vonható káresemények (egészségkárosodás, testi sérülés és halál) súlyossága, az esetleges bizonyítási nehézségek (körülmények kideríthetatlenné válása) indokolják, egyértelműen ösztönözve a károkozót a lehető legkörülményesebb, időbeli késedelmet nem méltányoló, a károsultak érdekeit messzemenően figyelembe vevő, haladéktalan (szerződés szerinti) kárbejelentésre.

OTP-Garancia

98. Az OTP-Garancia előadta, a módozat művelésének első időszakában az óvatos, körültekintő állományépítés indokolta az alap limit értékeknél magasabb kártérítési limitek és a hosszú kárbejelentési időszak vállalásának elkerülését. A kezdeti időszakot követően, a kedvezőtlen kártapasztalatok miatt maradt óvatos, visszafogott az állományépítési politikája. A magyar biztosítási piacon általánosságban tapasztalt, kedvezőtlen kárhányadok megerősítik a kockázatvállalásban gyakorolt óvatosságát. A módozat nem rendelkezik viszontbiztosítással, így a jelentkező károk teljes egészében az eljárás alá vontat terhelik. Viszontbiztosító partnereivel folytatott megbeszélések is óvatosságra intenek, mivel a nyugat-európai biztosítási piacon is a magyar piacon tapasztalható magas kárhányadokkal küzdenek a biztosítók.
99. Megjegyezte, a biztosítási szerződés a Ptk.-ban nevesített, de a kötelmi jog általános részéhez képest speciális szerződés. A biztosítási szerződések esetén is érvényesek azonban azok az általános szabályok, melyek szerint a szerződéssel kapcsolatos releváns eseményeknek, jogi tényeknek a szerződés hatálya alatt kell bekövetkezniük ahhoz, hogy a szerződéssel kapcsolatban jogi hatásokat váltsanak

ki. Egyértelmű és az általános szabályokkal is összhangban lévő tehát az az időbeli korlátnak is felfogható rendelkezés, mely szerint a biztosítási eseménynek a szerződés hatálya alatt kell bekövetkeznie ahhoz, hogy az a biztosító teljesítésben megvalósuló szolgáltatását eredményezze. Hangsúlyozta, egy, a szerződés hatálya alatt bekövetkezett biztosítási eseménynek minősülő káreseményt - mint a szerződés hatálya alatt bekövetkezett - a szerződés esetleges megszűnése után is be lehet jelenteni.

100. A felelősségbiztosítási fedezet pénzbeli korlátozása is megfelel a kötelmi jog általános szabályainak, hiszen a szolgáltatás pénzbeli összegét - a kárbiztosítási szerződéseknél felső határát - minden visszerthes szerződésnél meg kell határozni, hasonlóan ahhoz, miképpen egy adásvételi vagy hitelszerződésben is meghatározásra kerül a vételár vagy a nyújtott hitel összege. A jó erkölcsbe ütközne egy olyan szerződés, amelynél az egyik szerződő fél pénzbeli teljesítési kötelezettsége korlátlan lenne. Ez a biztosítási szerződések körében is így van, olyannyira, hogy korlátokat, limiteket a tartalmukban bizonyos jogszabályok által meghatározott felelősségbiztosítási szerződések is tartalmazznak. A szolgáltatás pénzbeli korlátozásának hiányában a biztosító kockázatvállalása is korlátlan lenne, amely a biztosítási díj meghatározását is lehetetlenné tenné. A biztosítási díj ugyanis a biztosító által átvállalt kockázat, a biztosító folyamatos praestare jellegű szolgáltatásának az ellenértéke. A kockázatvállalás ellenértékének a mértékét alapvetően a vállalt kockázat mértéke (amelyet a biztosításmatematikai elvek alapján kerül kiszámításra) határozza meg, azzal, hogy a díj és a kockázatvállalás mértékét a biztosítási összeg, limit alapvetően befolyásolja. A biztosítási összeg, valamint a limitek, mint pénzbeli korlátozások alkalmazása megfelel, s teljesen összhangban van a jogszabályokban foglaltakkal és a bírósági gyakorlattal is.

101. Aláhúzta, bármely biztosítási termék esetében - így az orvosok szakmai felelősségbiztosításánál is - a vállalt kockázatok díjai összegének és a kifizetett károk összegének hosszú távon egyensúlyban kell lenni egy adott veszélyközösségen belül. A kockázatok korlátok nélküli vállalása felborítaná a díj-kár egyensúlyt, és ez veszélyeztetné a biztosítók szolgáltatási képességét. A korlátlan kockázatvállalás egyben a biztosítottakkal szembeni felelőtlenséget is jelentene, hiszen fizetéseképtelenség esetén az ügyfelek egy része a befizetett díjaik ellenében nem kaphatna kár esetén szolgáltatást. Előbbiekre való tekintettel a vagyonszabályozásoknál a biztosított vagyontárgyakra meghatározott biztosítási összeg, felelősségbiztosításoknál pedig a káreseményenkénti kártérítési limit képezi a biztosító szolgáltatásának felső határát.

IX.

A vizsgálók vizsgálati jelentésben tett indítványa

102. A vizsgálók vizsgálati jelentésükben a versenyfelügyeleti eljárás megszüntetését indítványozták.

103. A vizsgálati jelentés egyebek között rögzíti, az eljárás alá vontaknak az egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosítására vonatkozó termékei szerződéses feltételeinek összehasonlításával és elemzésével megállapítható, hogy úgy a biztosítók helytállásának időbeli, mint értékbeli korlátozása nem minősíthető méltánytalannak vagy visszaélésszerűnek, s azokkal kapcsolatban az eljárás alá vontak összehangolt magatartása sem valószínűsíthető.
104. Megjegyzésre került a vizsgálók részéről, a fennálló helyzetben sok az olyan biztosítás, amely az egészségügyi szolgáltató által még kigazdálkodható minimális díj ellenében nem jelent védelmet az ellehetetlenülés ellen egy esetleges káresemény esetén az egészségügyi szolgáltató számára. Ugyanakkor az egészségügyi szolgáltatók kiszolgáltatottságát elsősorban és jellemzően nem a biztosítók magatartása, hanem a féloldalas és rendezetlen jogi helyzet, a tevékenység végzésével összefüggő károk miatti reparációhoz szükséges pénzügyi fedezetnek az egészségbiztosítás rendszerében fennálló hiánya okozza.

X.

Az érintett piac

105. Egy magatartás versenyhatásai az érintett piacon vizsgálhatók. A Tpv. 14. §-a értelmében az érintett piacot a megállapodás tárgyát alkotó áru és a földrajzi piac figyelembe vételével kell meghatározni. A megállapodás tárgyát alkotó árun kívül figyelembe kell venni az azt a felhasználási célra, az árra, a minőségre és a teljesítés feltételeire tekintettel ésszerűen helyettesíthető árukat (keresleti helyettesíthetőség), továbbá a kínálati helyettesíthetőség szempontjait. Földrajzi terület az, amelyen kívül a fogyasztó nem, vagy csak számottevően kedvezőtlenebb feltételek mellett tudja az árut beszerezni, vagy az áru értékesítője nem, vagy csak számottevően kedvezőtlenebb feltételek mellett tudja az árut értékesíteni.
106. Az érintett földrajzi piac azt a területet foglalja magában, ahol az érintett vállalkozások termékek vagy szolgáltatások kínálásával foglalkoznak, s ahol a versenyfeltételek elég homogének, és amely a szomszédos területektől megkülönböztethető, mert azokon a versenyfeltételek érzékelhetően eltérőek. Figyelemmel erre a jelen esetben a Versenytanács szerint érintett földrajzi piacnak Magyarország területe tekintendő.
107. Érintett termékpiacnak az egészségügyi szolgáltatások nyújtása során okozott károkért való felelősség vonatkozásában előírt biztosításkötési kötelezettség teljesítésére szolgáló felelősségbiztosítási termékek piaca minősül, azzal, hogy az adott termékpiac nem tekinthető homogénnek. Az egészségügyi szolgáltatások nyújtása során okozott károkért való felelősség vonatkozásában előírt biztosításkötési kötelezettség teljesítésére szolgáló felelősségbiztosítási termékek piacán belül az eltérő versenyfeltételekre tekintettel meg kell különböztetni
- fekvőbeteg-ellátás keretében végzett (kórházak, klinikák által nyújtott) egészségügyi szolgáltatásokra és

- a nem fekvőbeteg-ellátás keretében végzett egészségügyi szolgáltatásokra szóló felelősségbiztosítási termékek alpiacát.

108. A fekvőbeteg-ellátás keretében végzett (kórházak, klinikák által nyújtott) egészségügyi szolgáltatásokra és a nem fekvőbeteg-ellátás keretében végzett egészségügyi szolgáltatásokra szóló felelősségbiztosítási termékek között nem állapítható meg keresleti helyettesíthetőség, az egészségügyi szolgáltatásokat fekvőbeteg-ellátás keretében nyújtó vállalkozások számára nem alternatíva valamely, az egészségügyi szolgáltatásokat nem fekvőbeteg-ellátás keretében végző szolgáltatók számára kínált felelősségbiztosítási termék választása. Amint az a biztosítási fedezet összegszerű korlátozása kapcsán korábban bemutatott táblázat mutatja, a biztosítási összeg vonatkozásában például a fekvőbeteg-ellátás keretében végzett egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó felelősségbiztosítási termékek alpiacának piacvezetője, a több mint 90%-os piaci részesedéssel rendelkező Allianz biztosító a biztosítási összeg kapcsán maga is megkülönbözteti a két alpiacot. A biztosítási díjak meghatározásában is eltérés mutatkozik, a kisebb egészségügyi szolgáltatók díja jellemzően egy előre megadott, egyszerűbb szempontrendszerű metódus (táblázat) révén kerül kiszámításra, míg a nagyobb szolgáltatók, így jellemzően a kórházak biztosítási díját egyedi kalkuláció alapján számítják ki.
109. A két alpiac esetében a versenyfeltételek nem tekinthetők homogéneknek, amelyet a biztosítóváltásra és az új szerződések megkötésére vonatkozó (üzleti titoknak minősülő) adatok egyértelműen mutatnak.
110. A nem fekvőbeteg-ellátás keretében végzett egészségügyi szolgáltatásokra szóló felelősségbiztosítások esetében évente számos (több ezer, 2004-ben és 2005-ben közel 7.000) új szerződés kerül megkötésre, illetve a vizsgálók által a Versenytanács elé tárt adatokból megállapíthatóan évente a szerződések egy jelentős részénél biztosítóváltás történik. Ezen az alpiacon a díjbevételt tekintve az Allianz és a Generali rendelkezik jelentős részesedéssel (2004-ben közel azonos piaci részesedéssel, 2005-ben az Allianz piaci részesedése több mint 10%-kal haladta meg a Generali részesedését), a többi biztosító piaci részesedése 2004-ben és 2005-ben kb. 11-12% volt.
111. A fekvőbeteg-ellátás keretében végzett egészségügyi szolgáltatásokra szóló felelősségbiztosítások vonatkozásában ettől eltérő helyzet alakult ki, itt csak igen kis számban kerül sor új szerződések megkötésére, biztosítóváltásra. Ezen az alpiacon 2004-ben és 2005-ben a piacvezető, több mint 90%-os piaci részesedéssel bíró Allianz biztosító több új szerződést kötött kórházzal (klinikával). Az általa megkötött új szerződések száma meghaladta az ezen a piacon jelenlévő többi biztosító által megkötött új, kórházakkal megkötött szerződések számát, illetőleg az üzleti titoknak minősülő adatokból az is megállapítható, hogy a többi biztosító által biztosított kórházak száma tovább csökkent a 2004. és a 2005. évben, így az Allianz piaci részesedése tovább nőtt.

XI. A versenykorlátozó megállapodások tilalma

112. A Tpv. 11. §-ának (1) bekezdése szerint tilos a vállalkozások közötti megállapodás és összehangolt magatartás, valamint a vállalkozások társadalmi szervezetének, a köztisztviselőnek, az egyesülésnek és más hasonló szervezetnek a döntése, amely a gazdasági verseny megakadályozását, korlátozását vagy torzítását célozza, vagy ilyen hatást fejthet, illetve fejt ki. A (2) bekezdés a) pontja szerint például e tilalom vonatkozik különösen a vételi vagy az eladási árak, valamint az egyéb üzleti feltételek közvetlen vagy közvetett meghatározására.
113. Versenyjogi szempontból nem akkor jön létre egy, a Tpv. 11. §-ába ütköző megállapodás, ha azt a szerződő felek a polgári jogi vagy társasági jogi alapon érvényesen aláírják, hanem akkor, amikor a megállapodásban rögzítettek vonatkozóan a felek közötti akarategyezés megállapítható. A versenyjogi értelemben tiltott megállapodáshoz nem szükséges feltétel, hogy az polgári jogi vagy társasági jogi értelemben érvényes legyen, illetve az sem, hogy az bármilyen írásbeli formát öltön. Szükséges és egyben elegendő feltétel, ha az érintett felek akarategyezése megállapítható vagy a felek megállapodásra utaló magatartást tanúsítanak.
114. A Tpv. 11. §-a igen széles körben határozza meg az általa tilalmazott magatartásokat. Egyaránt tiltja a két vagy többoldalú, megállapodás vagy összehangolt magatartás formáját öltő versenyellenes magatartásokat, illetve három magatartásformát fogalmaz meg: olyanokat, amelyek a gazdasági verseny megakadályozását, korlátozását vagy torzítását célozzák, ilyen hatást fejthetnek ki vagy ilyen hatást fejtenek ki.
115. A versenyjogi értékelés kapcsán leszögezendő, a vállalkozások közötti megállapodások (összehangolt magatartások, vállalkozások társadalmi szervezetének döntései) versenyjogi megítélésének kiindulópontja azon követelmény, hogy a vállalkozások piaci döntéseiket önállóan hozzák meg, mellőzve a versenytársaikkal akarategyezésben tanúsított piaci magatartást. A piaci szereplőknek saját maguknak, önállóan kell kialakítaniuk a piacon általuk alkalmazott politikát, követett magatartást, s ez az elvárás meggátol minden közvetlen vagy közvetett kapcsolatot az egymástól független piaci szereplők között.
116. A jogsértés Tpv. 11. §-a alapján történő megállapításához - úgy a megállapodás, mint az összehangolt magatartás vagy a vállalkozások társulásának döntése esetében - nem szükséges a jogsértő magatartás hatásának bekövetkezése, ehhez - amint azt maga a Tpv. 11. §-ának (1) bekezdése is egyértelműen megfogalmazza - elegendő a cél vagy az alkalmasság bizonyítása. A vállalkozások közötti megállapodás, az összehangolt magatartás és a vállalkozások társulásának döntése olyan súlyos jogsértés, hogy ezeket a Tpv. nemcsak tényleges hatás, hanem már a célzat, illetve a lehetséges hatás esetében is versenyjogi eszközökkel üldözni rendeli. Ez egyben azt

is jelenti, hogy nem szükséges vizsgálni egy magatartás konkrét hatásait, ha annak célja a verseny korlátozása, akadályozása vagy torzítása.

117. A Versenytanács rögzíti továbbá, a versenyjogi tilalmat kimondó rendelkezés alkalmazásához elég akár a hatás bekövetkezésének a lehetősége is, azzal, hogy a jogsértő magatartás versenyjogilag releváns hatása lehet közvetlen, közvetett, tényleges vagy potenciális.
118. A vállalkozások magatartásának egymástól való függetlenségének követelménye kizár minden olyan közvetlen vagy közvetett kapcsolatot a piaci szereplők között, amelynek célja vagy hatása a versenytársak piaci magatartásának befolyásolása vagy a saját maga által követendő magatartás feltárása a versenytársak előtt. A függetlenség követelménye azonban nem zárja ki azt, hogy a piaci szereplők ésszerű módon alkalmazkodjanak versenytársaik viselkedéséhez, mindazonáltal tilos mindenféle olyan közvetlen vagy közvetett kapcsolat a felek között, amelynek célja vagy hatása egy versenytárs jelenlegi vagy lehetséges magatartásának befolyásolása, illetve az, hogy tájékoztatást adjon egy, a vállalkozás által elhatározott vagy szándékolt magatartásról.
119. Ha a vállalkozások közötti kapcsolatfelvétel célja vagy hatása a vállalkozások piacon tanúsított magatartásának versenytárs(ak) tudomására jutása, akkor ez kizárja a vállalkozások által a piacon követett magatartások autonóm, egymástól függetlenül tanúsított, párhuzamos jellegének a megállapíthatóságát. Nem párhuzamos, hanem összehangolt magatartásra utal például, ha a vállalkozások magatartásának párhuzamos volta nem áll összhangban a piaci viszonyokkal, figyelembe véve az érintett termék és az adott piac sajátosságait. A párhuzamos és az összehangolt magatartás megkülönböztetésekor figyelembe veendő ugyanakkor, hogy a magatartás jogsértő voltának megállapításához nem elegendő, hogy a vállalkozások párhuzamos magatartást tanúsítsanak, az egyik vállalkozás piaci magatartását a versenytárs(ak) piaci magatartásához igazítja. A jogsértés megállapíthatóságához a versenytársak között olyan közvetlen vagy közvetett kapcsolatnak kell lennie, amelynek célja vagy hatása a jelenlegi vagy potenciális versenytárs(ak) piacon tanúsított vagy tervezett magatartásának a befolyásolása.
120. A jelen esetben a rendelkezésre álló adatokból nem lehet arra a következtetésre jutni, hogy az eljárás alá vontak a gazdasági verseny korlátozására alkalmas magatartást tanúsítanak megállapodás megkötésével, illetve összehangolt magatartással, az általuk megkötött felelősségbiztosítási szerződések kapcsán a biztosítási fedezet időbeli hatálya és a biztosítási összeg vonatkozásában, úgy a fekvőbeteg-ellátás keretében végzett (kórházak, klinikák által nyújtott) egészségügyi szolgáltatásokra, mint a nem fekvőbeteg-ellátás keretében végzett egészségügyi szolgáltatásokra megkötött felelősségbiztosítási termékek alpiacán. A vizsgálat semmilyen olyan bizonyítékot, adatot nem tárt fel, amely alapján felmerülne a jogsértés megállapíthatósága. Nem állapítható meg egy, minden piacon lévő (és ezen belül: minden eljárás alá vont) biztosító által egységesen alkalmazott gyakorlat, illetőleg az, hogy ezen feltételekben összehangoltan, időben egybeesve következtek volna be változások.

121. Nem lehet jogsértésre következtetni önmagában abból sem, hogy a biztosítási összegre vonatkozó limitek egyes biztosítók esetében azonosan kerültek meghatározásra, mivel ennek egyik oka egyebek között éppen a keresleti oldalon lelhető fel: az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 1999. évi ajánlatkérése maga is azokat a limiteket tartalmazta, amelyek részben visszaköszönnek a biztosítási termékekben.
122. A fentiekben kifejtettek egyben azt is jelentik, hogy nem mutatkozott szükségesnek kiterjeszteni az eljárást azon többi biztosítóra, amelyek az eljárás alá vontakon kívűk kötnek (az elmúlt években kötöttek) egészségügyi szolgáltatókra vonatkozó szakmai felelősségbiztosítást.

XII.

Visszaélés a gazdasági erőfölénnyel

123. A Tpv. 21. §-ának a) pontja szerint tilos a gazdasági erőfölénnyel visszaélni, így különösen az üzleti kapcsolatokban - ideértve az általános szerződési feltételek alkalmazásának esetét is - tisztességtelenül vételi vagy eladási árakat megállapítani, vagy más módon indokolatlan előnyt kikötni, vagy hátrányos feltételek elfogadását kikényszeríteni.
124. A Tpv. 21. §-ában írt törvényi tényállás megvalósulásának kettős feltétele van, egyrészt a vállalkozás adott piacon megvalósuló erőfölényes helyzete, másrészt az ezzel való visszaélésszerű magatartás.
125. A Tpv. 22. §-ának (1) bekezdése szerint gazdasági erőfölényben van az érintett piacon (14. §), aki gazdasági tevékenységét a piac többi résztvevőjétől nagymértékben függetlenül folytathatja, anélkül, hogy piaci magatartásának meghatározásakor érdemben tekintettel kellene lennie versenytársainak, szállítóinak, vevőinek és más üzletfeleinek vele kapcsolatos piaci magatartására. A (2) bekezdés előírja, a gazdasági erőfölény megítéléséhez vizsgálni kell különösen
- a) azt, hogy az érintett piacra való belépés és az onnan történő kilépés milyen költségekkel és kockázattal jár, illetve, hogy milyen műszaki, gazdasági vagy jogi feltételek megvalósítását igényli,
 - b) a vállalkozás vagyoni, pénzügyi és jövedelmi helyzetét, illetve annak alakulását,
 - c) az érintett piac szerkezetét, a piaci részesedések arányát, a piac résztvevőinek magatartását, valamint a vállalkozásnak a piac alakulására gyakorolt gazdasági befolyását.
126. A Tpv. alapján a gazdasági erőfölény lényege a független piaci viselkedés lehetősége.

127. A tartós üzleti kapcsolatot eredményező szerződések esetében mindig felvethető valamelyik fél kiszolgáltatottsága, e helyzetet azonban a versenyjog önmagában nem minősíti gazdasági erőfölénynek.
128. A gazdasági erőfölény vizsgálatokor figyelembe kell venni, hogy van-e olyan vállalkozás, amely az érintett terméket helyettesítő árut az érintett földrajzi piacon ugyan nem kínál, de ésszerű időn belül, megfelelő áron képes lenne a fogyasztók számára szolgáltatni. Amennyiben piacralépése rövid időn belül, kellő mértékben valószínű, úgy adott vállalkozást az érintett piac szereplőjének kell tekinteni. Amennyiben piacralépése nem tekinthető azonnalinak, úgy az erőfölény kapcsán potenciális versenytársként lehet értékelni. Mindkét esetben az adott versenytárs versenynyomást kifejtve korlátozhatja a vizsgált vállalkozás piaci viselkedését.
129. A nem fekvőbeteg-ellátás keretében végzett egészségügyi szolgáltatásokra szóló felelősségbiztosítási termékek alpiacán nem állapítható meg egyetlen biztosító erőfölénye sem, függetlenül piaci részesedésüktől. Az érintett piacra való belépés és az onnan történő kilépés a biztosítási közjogi előírásokban rögzített tárgyi, személyi és pénzbeli egyébként megfelelő biztosítók számára jelentős többletköltségekkel nem jár. A tevékenység kockázata a hagyományosan a biztosítók rendelkezésére álló technikák (így különösen a biztosítási fedezet szerződésekben történő korlátozása, illetőleg a viszontbiztosítás igénybevétele) alkalmazásának lehetősége révén nem jelentős. Az ezen piacra történő belépés a nem-életbiztosítási ágra szóló tevékenységi engedéllyel rendelkező biztosítók számára különösebb gazdasági vagy jogi feltételek megvalósítását nem igényli. Összességében megállapítható, hogy a piac más vállalkozások (biztosítók) számára igen könnyen, különösebb akadályok nélkül megtámadható. A biztosítóváltásra vonatkozó adatok azt igazolják, hogy ezen az alpiacon tevékenykedő biztosítók gazdasági tevékenységüket nem tudják a piac többi résztvevőjétől nagymértékben függetlenül folytatni, anélkül, hogy piaci magatartásuk meghatározásakor érdemben ne kellene tekintettel lenniük versenytársaik, vevőik velük kapcsolatos piaci magatartására. Megjegyzendő, hogy a 2004. és a 2005. évben volt olyan eljárás alá nem vont biztosító, amely igen jelentős (pontos mértékét tekintve üzleti titoknak minősülő) számban kötött új felelősségbiztosítási szerződéseket. Kiemelendő továbbá, hogy az az alpiac (és a fekvőbeteg-ellátás keretében végzett egészségügyi szolgáltatásokra szóló felelősségbiztosítási termékek alpiaca is) az eljárás alá vontak gazdálkodásában nem minősülnek jelentősnek, az ezen területről származó díjbevétel igen csekély részét képezi az összes díjbevételnek.
130. Ha egy vállalkozás esetében nem állapítható meg a gazdasági erőfölény, a Tpv. 21. §-ának sérelme esetében nem állapítható meg még akkor sem, ha egyébként a magatartás gazdasági erőfölény fennállta esetén visszaélészerű lenne. Mivel a Versenytanács szerint az eljárás alá vontak gazdasági erőfölényes helyzete nem állapítható meg a nem fekvőbeteg-ellátás keretében végzett egészségügyi szolgáltatásokra szóló felelősségbiztosítási termékek alpiacán, így e körben nem került vizsgálatra az általuk megkötött szerződéseknek a biztosítási fedezet időbeli hatályára és a biztosítási összegre irányadó rendelkezéseinek visszaélészerű volta.

131. A fekvőbeteg-ellátás keretében végzett egészségügyi szolgáltatásokra szóló felelősségbiztosítási termékek alpiaca kapcsán szintén rögzíthető, hogy az érintett piacra való belépés és az onnan történő kilépés a biztosítási közjogi előírásokban rögzített tárgyi, személyi és pénzbeli egyébként megfelelő biztosítók számára jelentős többletköltségekkel nem jár, s az ezen piacra történő belépés a nem-életbiztosítási ágra szóló tevékenységi engedéllyel rendelkező biztosítók számára különösebb gazdasági vagy jogi feltételek megvalósítását nem igényli. Mindazonáltal a biztosítási szerződésekre, illetőleg a biztosítóváltásra vonatkozó adatokból megállapíthatóan a döntően a piacvezető (és piaci részesedését az elmúlt években is növelő) Allianz által uralt piacon sajátos helyzet alakult ki.
132. A gazdasági erőfölény fennállása szempontjából meghatározó jelentőségű, hogy a vizsgált magatartással összefüggésben lévő áru a piac más szereplőjétől beszerezhető-e. A jelen esetben a piacon több versenytárs van jelen, s a nem-életbiztosítási piac egészén több más biztosító is (figyelemmel egyébiránt arra is, hogy a vizsgálattal érintett felelősségbiztosításokból származó díjbevétel, s így e terület teljes gazdálkodásban képviselt súlya igen csekélynek mondható) nagy valószínűséggel képes lenne felelősségbiztosítási szerződést kötni az egészségügyi szolgáltatások fekvőbeteg-ellátás keretében végző vállalkozásokkal. Mindazonáltal annak ellenére, hogy a többi piacon lévő, illetőleg a nem-életbiztosítási ágra szóló tevékenységi engedéllyel rendelkező potenciális versenytárs részéről a piac megtámadhatónak minősül, s az arra történő belépés a Versenytanács megítélése szerint különösebb akadályba nem ütközik, a ténylegesen már piacon lévő versenytársak részéről nem mutatkozik szándék a piaci részesedés növelésére, de még megtartására sem, illetőleg a potenciális versenytársak piacra lépési szándékának sincs semmilyen jele. A jelenlegi gazdasági és jogi körülmények között a biztosítók olyan kockázatokat magában rejtőnek ítélik ezt a - jelenleg jelentős díjbevétellel nem szolgáló - piacot, hogy távol tartják magukat tőle, amely azt eredményezi, hogy a fogyasztóknak reálisan nincs lehetőségük más biztosítóhoz fordulni.
133. Mindez azt eredményezi, hogy az Allianz első megközelítésben a jelenlegi jogi-gazdasági-biztosításszakmai környezetben ezen az alpiacon gazdasági tevékenységét a piac többi résztvevőjétől nagymértékben függetlenül tudja folytatni, anélkül, hogy piaci magatartásának meghatározásakor érdemben tekintettel kellene lennie versenytársainak, vevőinek vele kapcsolatos piaci magatartására. Ez nem egyszerűen az Allianz piaci részesedéséből következik (hiszen magas, akár 100%-os piaci részesedés sem feltétlenül jelent olyan piaci korlátot, amely a többi versenytársat a piacra lépéstől teljes mértékben elrettentené), hanem a piac szerkezetéből és a versenytársak piacon tanúsított magatartásából.
134. Mindazonáltal ezen alpiac esetében is olyan mértékű megtámadhatóság léte állapítható meg a potenciális versenytársak részéről, amely kizárja a gazdasági erőfölény megállapíthatóságát az Allianz esetében. A megtámadhatóság ugyanakkor a jelen esetben a visszaélészerűség vonatkozásában is jelentőséggel bír. A magas megtámadhatósági szint ellenére a versenytársak tartózkodnak a fekvőbeteg-ellátás keretében végzett egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó felelősségbiztosítási

termékek alpiacára történő belépéstől, noha ennek részükről semmilyen jelentős jogi, pénzügyi vagy más akadálya nem áll fenn. Ez arra mutat rá, hogy abban az esetben, ha az Allianz jelenleg tanúsított magatartása az esetleges visszaélésszerűség, a fogyasztók „kizsákmányolása” következtében kedvező gazdálkodási eredményeket biztosítana, akkor minden bizonnyal mások is aktív magatartást tanúsítanának ezen az alpiacon, s – hasonlóan a másik alpiachoz – itt is sor kerülne biztosítóváltásra, új szerződések megkötésére. A versenytársak versenytől való tartózkodása ugyanakkor a jelen esetben a visszaélésszerűség hiányát mutatja.

135. A Versenytanács megítélése szerint még ha a fekvőbeteg-ellátás keretében végzett egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó felelősségbiztosítási termékek alpiacán fenn is állna az Allianz erőfölényes helyzete, az nem lenne megállapítható, hogy az Allianz ezen helyzetével visszaélve, a Tpv-t-be ütköző módon határozná meg felelősségbiztosítási szerződéseiben a biztosítási fedezet időbeli hatályára, illetőleg a biztosítási összegre vonatkozó rendelkezéseket.
136. A vizsgált szerződési rendelkezések nem visszaélésszerűségekre, hanem a biztosítási fedezetbe vont kockázat sajátosságaira vezethetők vissza. Ezt mutatja, hogy a többi biztosító arra való hivatkozással tartja távol magát a biztosítási szerződések megkötésétől, hogy a biztosítottak biztosítási szempontból kiemelt kockázatot jelentenek, s ez a biztosítás nem művelhető nyereségesen.
137. Az eljárás alá vontak nyilatkozataiból, illetőleg a PSZÁF eljárásban megismert álláspontjából megállapíthatóan az átvállalt kockázat kezelhetővé tétele, illetőleg a korábbi kedvezőtlen tapasztalatok teszik indokolttá a szerződésekben kikötött biztosítási összegek (limitek) alkalmazását, illetőleg a biztosítási fedezet időbeli hatályának korlátozását.
138. A gazdasági erőfölényben lévő vállalkozótól sem várható el a saját gazdasági érdekei ellenében történő kötelezettség- és veszteségvállalás, az, hogy veszteségeket realizáljon. A fentiek alapján megállapítható, a veszteség elkerülése teszi szükségessé a biztosítási összeg (limitek) és az időbeli hatály meghatározása kapcsán az Allianz által követett gyakorlatot, amelyet a többi biztosító magatartása (a szerződések megkötésétől való tartózkodás) is igazol, hiszen az adott piaci, gazdálkodási feltételek között más biztosító gyakorlatilag nem kíván új biztosítási szerződéseket kötni, még úgy sem, hogy ezen biztosítás mellé valószínűleg több esetben más (vagyonbiztosítás, személybiztosítási) szerződés megkötésére is módja nyílna a szerződővel.
139. A Versenytanács megjegyzi, a fekvőbeteg-ellátás keretében végzett egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó felelősségbiztosítási termékek alpiaca kapcsán a másik három eljárás alá vont, a Generali, az Uniqa és az OTP-Garancia gazdasági erőfölényes helyzete nem merült fel, így helyzetük, illetve magatartásuk részletes elemzését a Versenytanács mellőzte.

XIII. A közös erőfölény kérdése

140. A Versenytanács már több határozatában foglalkozott a közös erőfölény kérdésével (Vj-16/2001., Vj-17/2001., Vj-73/2001., Vj-205/2004. stb.), rögzítve ezzel kapcsolatos álláspontját.
141. Közös erőfölényben van két vagy több vállalkozás, ha azok együttesen olyan piaci helyzetet élveznek, amely alapján vevőiktől vagy/és versenytársaiktól nagymértékben függetlenül alakíthatják piaci magatartásukat (Tpv. 22. §). A vállalkozások közötti bizonyos fokú verseny léte nem zárja ki a kollektív erőfölény megállapítását, ha a vállalkozásokat olyan speciális kapcsolat, érdekkötélék fűzi össze, amely miatt közöttük érdemi versenyre nem kerül sor, lényegében azonos piaci magatartást folytattak vagy fognak várhatóan folytatni.
142. Vállalkozások közötti megállapodáson is alapulhat közös erőfölényt megalapozó kapcsolat - ez tipikusan egyben a Tpv. 11. §-ába ütköző kartellnek minősül, azaz a Tpv. 11. § alá eső versenykorlátozó megállapodás is megalapozhatja két vagy több vállalkozás közös erőfölényét.
143. Az sem kizárt, hogy az adott piac sajátosságai okozzák a vállalkozások közös erőfölényes helyzetét. Az ún. szűk oligopolisztikus piacokon gyakori jelenség a versenykorlátozó megállapodás hiányában is fellépő párhuzamos magatartás, amelynek eredményeként adott piacon érdemi versenyre nem kerül sor a résztvevők között.
144. Az egymástól jogilag független vállalkozásokat közös erőfölénye fennállásának megállapításához szükséges speciális, érdemi versenyt kizáró kapcsolat, érdekkötélék alapulhat egyebek között ún. oligopolisztikus interdependencián.
145. Oligopolisztikus interdependencia esetén a piacon minden egyes szereplő tisztában van azzal, hogy piaci stratégiája a többi szereplő piaci stratégiájától függ. Az oligopol piac jellegzetességéből adódóan a versenytársak kölcsönös függőségi helyzetére figyelemmel a piaci szereplőket azonos vagy hasonló lépésre kényszerítő hatás alapján párhuzamos magatartást valósítanak meg.
146. A jelen esetben a vizsgálók által a Versenytanács elé tárt adatokból a fenti szempontok szerint nem állapítható meg, hogy az eljárás alá vontak együtt vagy közülük egyesek közös erőfölényben lennének. Nem bizonyított, hogy az eljárás alá vontakat olyan speciális kapcsolat, érdekkötélék fűzi össze, hogy érdemi versenyre erre tekintettel nem kerül sor közöttük az egészségügyi szolgáltatások nyújtása során okozott károkért való felelősség vonatkozásában előírt biztosításkötési kötelezettség teljesítésére szolgáló felelősségbiztosítási termékek piacán, s piaci magatartásuk erre a kapcsolatra, érdekkötélékre lenne visszavezethető.

XIV.
A Versenytanács döntése

147. A Versenytanács az előzőekben kifejtettekre figyelemmel a versenyfelügyeleti eljárást a Tpvt. 72.§-a (1) bekezdésének a) pontja alapján megszüntette az eljárás alá vontakkal szemben.

XV.
Egyebek

148. A Versenytanács határozatát a Tpvt. 74.§-a második mondatának figyelembevételével tárgyaláson kívül hozta meg.

149. A határozat elleni jogorvoslati jogot a Tpvt. 83.§-ának (1) bekezdése biztosítja.

Budapest, 2007. március 27.